

Kan legeutdanningen bidra til økt interesse for allmennmedisin og økt rekruttering til distriktene?

Utposten presenterte i nr. 1/2008 artikkelen Primærhelse-tjenesten som hovedarena for medisinstudiet. Denne omtalte en studietur til Northern Ontario School of Medicine i fjor høst og presenterte modeller for utdanning av leger med stor vekt på utplassering i distrikter og mindre lokalsamfunn, der integrering og forståelse for minorite-ters kultur og helseforståelse er en viktig del. I lys av proble-mene med å rekruttere leger til små distrikts-kommuner, og utfordringene med å sikre stabiliteten i disse områdene fortsetter debatten om organiseringen av legeutdanningen. Plutselig dukker det opp nye argumen-ter. Studentene ønsker mer allmennmedisinbasert prak-

sis. Kan økt utplassering i allmennmedisin bedre den kli-niske undervisningen ved at studentene flyttes ut fra over-fylte universitetssykehus og ut i distriktene?

Utposten stilte en student, en turnuskandidat i distrikts-turnus, en ung kvinnelig fastlege i distrikt og to represen-tanter fra universitetene følgende spørsmål:

1. Hva tror du skal til for å øke rekrutteringen til all-mennmedisinen i distriktene?
2. Hvilken plass mener du allmennmedisinen bør ha i legeutdanningen og hvordan kan dette gjennomføres?

Studenten

Lars Henrik Marinero, Norsk medisinstudentforening, Oslo.



1: Systematisering av spesialistutdanningen i allmennmed-isin og opprettelse av fastlønnede utdanningsstillinger i dis-triktene med god supervisjon og veiledning og bedre muligheter til forskning i distriktene, gjerne i kombinasjon med spesialisering, er det som skal til for å øke rekrutte-ringen til allmennmedisinen i distriktene.

2: Studentene bør eksponeres tidligere, og i større grad, for allmennmedisin. Mulige virkemidler på kort sikt er at all-mennleger i større grad benyttes som forelesere, og at stu-dentene kan hospitere hos universitetstilknyttede allmennleger slik vi i dag kan ved alle universitetstilknyt-tede sykehusavdelinger. Det viktigste er kanskje å arbeide for en holdningsendring blant dagens forelesere, som hovedsaklig er sykehusleger, slik at allmennmedisin og sykehusmedisin fremstilles faglig likestilt.

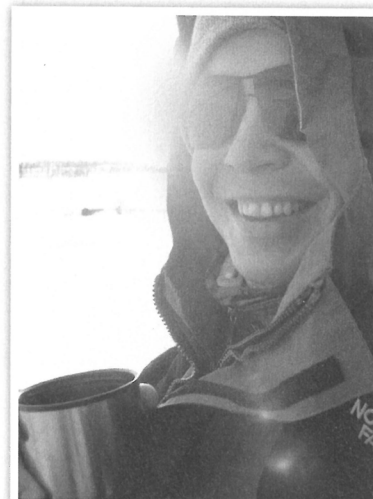
Turnuslegen

Eirik Hugaas
Ofstad, turnuslege i
Engavågen, Meløy
kommune og
cand.med UiB 2006

1: For å øke rekrut-teringen til all-mennmedisinen generelt er ekspo-neringen for all-mennmedisin i grunnutdanningen nødt til å bli større.

I løpet av seks år plasseres norske studenter i et allmennmedisinsk perspek-tiv i fire til åtte uker, avhengig av hvor de studerer, mens de resten av tiden er integrert i spesialisthelsetjenestens verden på universitetssykehusene. Medisinstudenter bør få mer allmennpraksis og utplasseres flere ganger i løpet av studiet.

2: Allmennmedisinsk tilnærming til det å bli lege mener jeg bør gjennomsyre hele grunnutdanningen og jeg tror at man i stedet for å begynne med en tung basalfaglig innfallsvinkel bør ha kasusbasert tilnærming til medisinske problemstil-linger fra første år, begynne med de store, overfladiske lin-jene og fylle på suksessivt til man mot slutten behersker både kliniske og basalfaglige aspekter ved det friske men-nesket og ved sykdomstilstander.



Fastlegen

Marianne Franing, fastlege Saltdalen

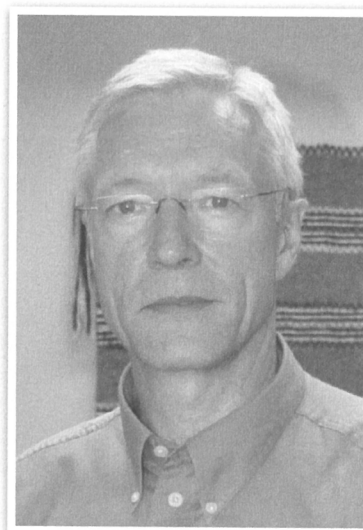


1: For å øke rekrutteringen til allmennpraksis i distriktene bør en øke fokus på allmennmedisin i grunnutdanningen og satse på interkommunal legevakt i distrikter med hyppige vakter. En bør være flinkere til å bruke media. Vi må få frem det viktige arbeidet vi gjør i allmennmedisin, slik at det blir mer status å velge denne retningen. Dersom det er ungdommer fra bygda som studerer medisin, kan en kanskje gi stipend, mot at de binder seg for arbeid en periode i kommunen etterpå. Dersom en først får dem til å komme, tror jeg sjansen er større for at de blir. Et godt samarbeid mellom distrikt og sykehus er viktig. Det må være mulighet for fast, god lønn, barnehageplass, bolig og jobb til partner. Godt utstyrte kontor med tilstrekkelig hjelpepersonell bedrer hverdagen. Mulighet for korte perioder med hospitering på sykehus uten tap av inntekt, kan gi faglig støtte der det er langt til nærmeste spesialist. Når kommunale helsetjenester er lokalisert i samme bygg som legetjenestene, blir det et større og bredere miljø som kan fremme noe av distriktenes fortrinn, små miljøer. Nedskrivning av studielån i de distriktene som sliter mest med å få leger, er et gammelt og godt tiltak. Dette burde ikke bare gjelde i Nord-Troms og Finmark som i dag. Staten bør også gå inn med større stimulerings tiltak i forhold til å ta i mot studenter og turnusleger.

2: En større del av undervisningen bør etter min mening gjøres av allmennpraktikere. Dette bør være engasjerte og inspirerende allmennpraktikere som klarer å få frem hvor spennende og interessant allmennmedisin er! Det bør også være lengre praksis og hyppigere praksis hos allmennpraktikere. De distriktene som får dårlig evaluering etter turnustjeneste burde få hjelp til å forbedre sitt tilbud til turnuslegene eller bli byttet ut dersom mulig. De som opplever en dårlig turnustid i allmennpraksis, kommer neppe tilbake.

Professoren

Toralf Hasvold,
Professor dr. med.
ved Institutt for
samfunnsmedisin,
Universitetet i
Tromsø



1: Først, det er to overordnede problemstillinger knyttet til distriktsmedisin, rekruttering og stabilisering (holde på leger over tid). For å bedre rekrutteringen,

må grunnutdannelsen av legene være tilpasset til de faglige utfordringene de møter i distriktene. De må føle seg trygge på at de kan faget og kan beherske de utfordringene de møter.

Å jobbe i distrikt med lang transporttid til nærmeste sykehus, stiller spesielle krav til både kunnskaper og ferdigheter og til forståelsen av sin rolle både som profesjonell lege og som alminnelig samfunnsborger av et lite lokalmiljø.

Når disse grunnforutsetningene er på plass, må det gis status og gode økonomiske vilkår for å jobbe i distriktene. Kanskje burde det bygges inn økonomiske incentiver for spesielle «allmennmedisinske prosedyrer» i den faste listebetalingen (per hode honoraret), prosedyrer som man må utføre i distriktene, men som kan velges bort i byene og sykehusnær praksis.

Både nasjonalt og internasjonalt, svarer de som forlater distriktspraksis at en hovedgrunn er faglig isolasjon. Det må derfor etableres faglige nettverk, formelle eller uformelle. Legeforeningens smågrupper i «kollegabasert læring» er et godt eksempel.

2: Allmennmedisin i legeutdanningen må reflektere den plass allmennmedisin har i helsetjenesten, og den kommer til å bli enda viktigere i framtiden med økende andel eldre og kronikere. Det betyr at allmennmedisin må ha en større plass i legeutdanningen enn den har i dag. Akademiet mangler rekruttering til allmennmedisin. Undervisningen skal være forskningsbasert, men det er alt for få søknader med allmennmedisinsk identitet til doktorgradsprojekter. Men her kommer forskningsenhetene og Nasjonalt senter for distriktsmedisin inn og kan bidra til en bedring på lang sikt.

Dekanus

Britt Ingerd Nesheim, Dekanus,
medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo



1: Selv har jeg ingen erfaring med hverken allmennmedisin eller legepraksis i distriktene siden jeg var i turnus i distrikt, og har dermed aldri selv kjent problemet på kroppen. Tall fra Statistisk sentralbyrå tyder på at antall leger i kommunene er høyere i forhold til folketallet jo mindre sentral kommunen er. Jeg er derfor litt usikker på hvor problemet ligger. Det er mulig at fordi befolkningstettheten er lav i enkelte kommuner, blir det absolutte antall leger lite. Dermed blir det tette vakter og lange reiseavstander, liten kontakt med kolleger og lite stimulerende miljø? Det er ikke lett å se en god løsning, men en mulighet kunne være å innse at befolkningen måtte få (enda) lengre reisevei til lege, ved å samle legene i litt større sentre der det kan være flere kolleger, og ved å gjennomføre at stort sett er det pasienten som skal reise til legen, og ikke omvendt. Det er klart at dette på noen måter vil være et kvalitetstap, men er kanskje likevel en realistisk vei å gå.

2: Det er mange fag og mange aspekter som skal rommes i legeutdanningen for at den skal bli fullverdig. Vi skal utdanne leger til allmennmedisin, til spesialisert medisin og til medisinsk forskning. Noen skal bli helsebyråkrater. Alle delene er nødvendige. Det er viktig at studentene får en solid akademisk bakgrunn for livslang læring. De skal erverve de riktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger som basis for å fylle legerollen uansett hvilken vei de velger etter endt studium. Allmennmedisin har – og bør ha – en forholdsvis stor plass i utdanningen ved alle de fire fakultetene. Det felles problemet er at utplassering i allmennpraksis er kostbart. Det skal betales reise og opphold for studenten og praksiskompensasjon til allmennpraktikeren. Med dagens budsjett-reduksjoner, der forskningsmidler fra universitetet allerede er skåret ned så de er nærmest ikke-eksisterende, er det et dilemma at deler av medisinerutdanningen har såpass høye kostnader.

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneholdende: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delstrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetar-kost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lappaktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktose-intoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evenen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, ranitidin, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmamålinger. Redusert ekskresjon av hydrokortizoid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizoid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. **Øvrige:** Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmsvør (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma) i 10 dager, og senere dødelysjon og agitasjon. Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampependens, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80.

Sist endret: 29.10.2007