



Innhold:

LEDER: En passe forskjell. Av OLE ANDREAS HOVDA	1
Presentasjon av redaksjonen	2
UTPOSTENS DOBBELTTIME:	
Intervju med Tor André Johannessen. Av TOVE RUTLE	4
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:	
Hva er kognitiv terapi – og kan vi bruke det i allmennpraksis? Av NILS KOLSTRUP	7
Kognitiv terapi – en kasuistikk. Av BENTE ASCHIM	11
Erfaringer med kognitiv terapi i allmennpraksis. Av ARNE GOTTERBERG	12
Kognitiv terapi i hverdagen. Av BJØRN LICHTEWARK	13
30 år siden Alma Ata-deklarasjonen. Av GISLE ROKSUND	14
Om å være i takt med seg selv. Av OLE ANDREAS HOVDA	20
Antibiotika til gravide – farer og feller. Av EDEL HOLNE OG TOM SUNDAR	23
Nye retningslinjer for antibiotika i allmennpraksis og sykehjem. Av KNUT ERIK ELIASSEN	27
Primærhelsetjenesten som hovedarena for medisinstudiet. Av ELLEN RYGG M/FLERE	29
Ultralyd i allmennpraksis. Av SVEIN LUNDE	34
Skal politikere overprøve leger som sier nei til pasienter? Av EDVIN SCHJØI	38
Faste spalter	40

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22. FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@isf.uib.no

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrcin@online.no

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

TLF.: 23 19 81 75

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@yahoo.no

Ann-Kristin Stokke

Sognsvannsveien 49 c

0372 Oslo

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tosu03@yahoo.no

Forsidebilde:

Karin Frydenberg

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



En passe forskjell

Jeg lærte uttrykket «en passe forskjell» av en klok mann for ikke så lenge siden. Og disse enkle ordene – en passe forskjell – inneholder så mye visdom, og det å få øynene opp for dette begrepet, var et av høydepunktene mine i 2007. Hvorfor? Fordi et så enkelt uttrykk sier så mye sant om livet. Enhver utvikling forutsetter en passe forskjell. Skal vi kunne lære noe nytt må det nye være forskjellig fra det vi kjenner til, men ikke så forskjellig at vi ikke klarer å innlemme det i vår forståelse. Noe nytt legges til vår erfaring. Men er avstanden mellom vår forståelse og vår nye erfaring for stor, avviser vi det nye som usant. Forskjellen gjør at vi ikke klarer å forene vår gamle forståelse og vår nye erfaring til en ny forståelse og ny innsikt.

Dette nummeret er ditt første møte med Utpostens nye redaksjon. Vi tok over 1. januar og bladet er allerede i gang med sin 38. årgang. Som lesere, som samfunns- og allmennmedisinere har vi alle mye å takke de tidligere redaksjonene for. Gjennom de 37 årene Utposten har bestått har den bidratt med mange spennende og viktige innspill i den medisinske debatten i Norge.

Vi i den nye redaksjonen ønsker å bidra til en passe forskjell i Utpostens utvikling. Vi håper vi klarer å videreføre Utpostens rolle som en viktig faktor i det medisinske ordskiftet. Ikke ved å bruke svulstige ord og store bokstaver, men ved å være et forum der nye tanker og meninger kan komme frem og brytes. Vi ønsker at Utposten skal være et blad av og for allmennleger og samfunnsmedisinere, og et blad som har plass for de store og grunnleggende diskusjonene. Men det er ikke bare de filosofiske tankene som er viktige og retningsgivende, det er også det nære og håndfaste. Det hverdagslige og praktiske. Og vi ønsker at Utposten skal romme alt dette. Alt fra flyktige betraktninger og provoserende refleksjoner, til konkrete tips og råd til og fra praksis.

For å nå dette målet trenger vi hjelp fra deg, vår leser. Vi trenger å få høre om dine smarte løsninger som fungerer bra i hverdagen. Alt fra en lur funksjon i journalsystemet, til hvordan du praktisk gjør det med doseringen av warfarin. Vi trenger dine historier fra virkeligheten, som vi alle kan lære av. Dine fortellinger og dine tips som utgjør en passe forskjell. Og vi trenger å høre dine meninger om saker og temaer du ønsker vi skal ta opp. Skal Utposten være et diskusjonsforum som utgjør en forskjell så trenger vi dine innspill.

Redaksjonen mener det er svært viktig at Utposten i størst mulig grad er uavhengig og uten bånd som begrenser hva vi kan skrive. Troen på en absolutt uavhengighet er en illusjon, og derfor er det desto viktigere med gjennomsiktighet og tydelighet. Det er grunnen til at vi i redaksjonen i denne utgaven av bladet gir en presentasjon av oss selv. Ikke fordi vi ønsker eller trenger å vise oss frem, men fordi vi ved å si noe om hvem vi er, gjør det tydeligere for dere hvem som står bak Utposten i tiden fremover. Det handler enkelt og greit om kildekritikk. Og vi ønsker at du skal være kritisk til oss, til Utposten og det som står her. Vi vil veldig gjerne ha korreks når du synes vi har gått for langt, eller når du er uenig i det vi skriver. Og vi tar gjerne i mot ros hvis det er noe du syntes er bra. Skal vi kunne gjøre et stadig bedre arbeid som redaksjon for Utposten trenger vi å høre hva du synes; at du utgjør en passe forskjell.

På vegne av den nye Utpostenredaksjonen.

Ole Andreas Hovda



OLE ANDREAS HOVDA

JESPER BLINKENBERG

Jesper Blinkenberg

39 år, fastlege, Strand lege-senter, Askøy. Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for lege-vaktmedisin, Bergen.

Jeg studerte medisin i Bergen og var ferdig i 1994, spesialist i allmennmedisin 2004. Etter turnustjeneste i Finnmark har jeg jobbet som fastlege på Askøy i over ti år, avbrutt av syke-hustjeneste og ett år som assisterende fylkeslege i Hordaland. På Askøy, hvor jeg nå er fastlege, har jeg tidligere arbeidet som kommunelege 2 med ansvar for beredskap og smittevern. Nå kombinerer jeg fastlegejobben med en forskerstilling ved Nasjonalt kompetansesenter for leg-evaktmedisin. Jeg var varamedlem i det siste NSAM-styret og er medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin.

Jeg er opptatt av allmennlegens plass i helsetjenesten og fascinert over fagets bredde. Vi behandler fotsopp og hjerteinfarkt, psykiske lidelser og blindtarmbetennelser, trygdesaker og småkirurgi. Vi følger pasienter fra før de er født og gjennom alle livets faser. Vi samarbeider med sykehus, sykehjem, hjemmetjenester, psykiatrisk helsetjeneste, ambulansetjeneste og NAV. Ingen dag er lik. Jeg er glad for fastlegeordningen og måten den definerer forholdet mellom pasientene og allmennlegen.

Legevakt er for meg en av rosinene i den allmennme-disinske pølsen. Her kommer vi i kontakt med mennesker med akutt sykdom. Vår sorteringsfunksjon i denne sammenheng både fascinerer og skremmer meg. Hvordan finne de syke blant de snottete, hvordan skille tidlig menin-gitt fra influensa? Som kasuistikken i dette nummeret viser, er dette ikke en enkel jobb. Det er en utfordring å heve kvaliteten i legevaktjenesten. Det håper jeg vi kan bidra til i *Utposten* gjennom lærerike kasuistikker og ved å formidle nyttige tips og ny kunnskap.

Ole Andreas Hovda

33 år, fastlege Sandaker Legekontor, Oslo. Cand. med. fra UiB -00. Cand. theol fra UiO (TF) -07. Under spesia-lisering i allmennmedisin. Sønn av barne- og ung-dompsykiater Olaug Borghild H (f -30), og prost og TF-teolog Andreas H (f -21, d -99). Bror av MD Ph.D Knut Erik H (f -71). Haugesunder, men bodde før det i Oslo fram til høsten -84. Gift og venter barn med ungdomsprest og TF-teolog Anna Bæckström H (pikenavn Sindre) (f -77).

Jeg har alltid vært en ensom tenker, og jeg er veldig opptatt av egen personlige utvikling. Jeg blir lett engasjert, og kan i mitt engasjement fremstå som mer konfronterende enn jeg ønsker. Urettferdighet, uredelighet og mangel på kritisk tenkning provoserer meg. Jeg er opptatt av systemkritikk, og tror på ansvarliggjøring, bevisstgjøring og gjennom-siktighet.

Mine to utdannelser preger meg som menneske, og jeg opp-lever selv kombinasjonen av en naturvitenskaplig og en his-toriskfilosofisk tradisjon som svært fruktbar. Den radikale teologiens kombinasjon av filosofering og kritisk tenkning på den ene siden, og et fokus på den svake og på menneske-verdet på den andre siden, har blitt en stadig viktigere del av mitt liv, og har vekket mitt politiske engasjement på ny. Dette engasjementet er en viktig årsak til at jeg ønsker å være med i *Utposten*s redaksjon. Jeg ønsker her å få være med på å stille spørsmål og å utfordre. Jeg ønsker å bringe den radikale teologiens progressivitet inn i allmennmedisi-nen og helse-Norge. Og jeg ønsker å jobbe for det jeg tror på teologisk, politisk og psykologisk: Menneskets frigjø-ring.

Ann-Kristin Stokke

31 år, ansatt ved Oslo Legevakt, allmennseksjonen. Cand.med. fra UiO 2002, under spesialistutdanning i allmennmedisin. Etter turnustjeneste i Vesterålen har jeg jobbet som fastlønnet kommunelege 2 i Øksnes kommune nordvest i Vesterålen, vært engasjert som tillitsvalgt og i samarbeidet med lokalsykehuset. I løpet av 3 ½ år med varierende antall faste kolle-gaer, turnusleger og vikarer i kommunen, overgang fra fellesliste til fastlegelister og fra kommunal til interkommunal legevaksordning, har jeg stadig fått påminnelser om hvor viktig primærhelsetjenesten er for befolkningen.

Jeg tror vi primærleger vil få en nøkkelrolle i et helsevesen med stadig økende ressurs-bruk og spesialisering. Dette krever god me-disinsk faglig kunnskap, evne til helhets-tenkning og tid nok – til pasientene, faget, oss selv og hverandre. Her håper jeg *Utposten* kan bidra!

I tillegg ønsker jeg at vi kan pre-sentere kollegaer, prosjekter og historier til inspirasjon, gjenkjen-nelse og glede, slik at *Utposten* fortsatt kan bidra til å styrke en identitet som allmennlege og gi en følelse av å høre til i et fellesskap, uavhengig av geografi og erfaring.

For meg personlig er *Utposten* en ny og annerledes måte å jobbe med formidling på. Utfordringer er alltid spennende, og jeg grugleder meg!



ANN-KRISTIN STOKKE

ESPERANZA DIAZ

Esperanza Díaz

36 år, fastlege og stipendiat.

Kokstad Medisinske senter og Universitetet i Bergen.

Jeg studerte medisin i Spania og ble ferdig spesialist i allmennmedisin i Madrid (1999). Deretter flyttet jeg til Bergen med min norske mann og to små tvillinger og begynte å jobbe som kommunelege II i Fusa. Da det tredje barnet kom, ble jeg fastlege på Kokstad, hvor jeg fremdeles er fastlege for tusen mennesker, mange av dem spansktalende. Jeg ble spesialist i allmennmedisin i Norge i 2003 (resertifiserer i år).

Helt siden jeg studerte savnet jeg en mer humanistisk-pregget utdannelse. Jeg kom nærmere Seksjon for allmennmedisin i Bergen i forbindelse med veiledning av medisinstudenter og fant andre som brant for det samme. Da ble jeg mer og mer engasjert, først som timelærer, deretter som universitetslektor.

Men verden er større enn Norge (og Spania) og da jeg fikk invitasjon fra hun som i dag er min veileder til å jobbe med et prosjekt som studerte helsen til fattige kvinner i Guatemala, visste jeg at det var noe for meg. Derfor bruker jeg nå 50 prosent av min tid på Seksjon for allmennmedisin i Bergen som stipendiat.

Allmennmedisin, legeutdanning, forskning, dugnadsarbeid, rettferdighet innen og over landegrensene... kunne ikke si nei til å være medredaktør i *Utposten*!

Karin Frydenberg

53 år, cand. med fra Ulm i Syd-Tyskland 1982. I allmennpraksis fra 1986, på Skreia Legesenter fra 1989. Spesialist i allm. med. fra 1991. Helsestasjonslege i 17 år, siste år sykehjemslege og praksiskonsulent på Gjøvik sykehus.

Jeg er engasjert av allmennlegens faglige ståsted, både arbeidsbetingelsene og jobbens innhold og kvalitet og har derfor vært med i Aplf/Af og lokalt i Dnlf's avdelingsstyre og i forskjellige kurskomiteer. Vi allmennleger får stadig nye oppgaver som det er viktig at vi har ressurser til og viktig at vi er med å sette premissene for hvordan skal utføres. Vi trenger rammer slik at vi kan ta nye oppgaver med glede og engasjement og slik at vi ikke settes i skruetikke mellom spesialisthelsetjenestens, NAVs og pasientenes forventninger.

Jeg har vært med i *Utposten*redaksjonen i to år nå. Det har vært veldig engasjerende og inspirerende arbeid. Min interesse for egen faglig utvikling og å samle noen tråder fra egne erfaringer, har fått mulighet til å blomstre og konkretisere seg. Det føles både krevende og givende. Man ser spor etter skrivende arbeid. Det er gøy og av og til litt skummelt. Jeg håper at vi skal fortsette å bidra til refleksjon på mange faglige fronter, både praktisk, etisk og teoretisk.

Tom Sundar

43 år, fastlegevikar ved Skårer legesenter, Lørenskog Cand.med. Oslo, 1993. Allmennpraksis fra 2003.

Etter en årrekke med stillinger i ulike sammenhenger, har jeg valgt allmennmedisin som arbeidsfelt. Jeg har bakgrunn fra Statens legemiddelverk, Legeforeningen og *Tidsskrift for Den norske legeforening* – hvor jeg i flere år var fagjournalist. Lenger tilbake i tid var jeg innom kirurgi og forskning. Samlet har disse erfaringene gitt en stødig plattform for min allmennmedisinske hverdag.

Som allmennleger er vi mer enn bare generalister utenfor sykehus. Vi er veivisere i jungelen av helsetilbud og sentrale aktører i kontaktflaten mellom pasientene, spesialist-helsetjenesten og helseforvaltningen. Arbeidshverdagen krever et skjerpet legeblikk og et bredt spekter av kunnskaper. Den kaster oss ut i en rekke etiske dilemmaer. Til sjuende og sist tilligger lojaliteten den enkelte pasient. Vi er der for dem som trenger oss.

Disse overveielsene bidrar til min motivasjon for å være medredaktør i *Utposten*. Målet er at bladet – i tråd med sine gode tradisjoner – fortsatt skal være toneangivende i faglige, helsepolitiske og etiske diskusjoner. Med en ny redaksjon på plass, kan det komme endringer i presentasjonsform så vel som tematiske prioriteringer. Ikke for å forandre, men mulig for å forbedre – og ikke minst for å formidle. Til det trenger vi lesernes innspill og bidrag!

Tove Rutle

60 år, redaksjonssekretær gjennom mange år.



Utpostens
dobbeltime

Hva nå – unge mann?

Tor André Johannessen
INTERVJUET AV TOVE RUTLE

Tor André Johannessen var turnuslege
da Utposten kapret han som redaktør.

Vi hadde fått gode anbefalinger om ham,
og for Utposten er det viktig også å
utfordre unge kandidater til redaksjons-
arbeid.

Utfordringene skulle vise seg
å bli størst og flest for Tor André

Johannessen selv! Kort tid etter en av våre

første redaktør-samlinger ble han alvorlig syk. Han fikk diagnostisert
langerhans-celle histiocytose lokalisert utelukkende i hjernen juni i 2003.

UTPOSTEN: Når skjønnte du selv at «noe var galt»?

TAR: Små ting som jeg lenge hadde bagatellisert, forstår jeg
nå at var deler av sykdomsbildet. Disse går nok år tilbake i
tid. Ting jeg nok ville tatt langt mer alvorlig om det var en
pasient som kom til meg med slike plager. I april 2003 be-
gynte jeg også å få parestesier i venstre hånd. Jeg bortfor-
klarte dette med en prolaps i nakken. Jeg forventet at smer-
ten snart skulle dukke opp. Smerten i nakken kom aldri,
men jeg merket at sykkelturen til arbeid ble tyngre og
tyngre, balansen var heller ikke som før.

Under Utposten-samlingen i mai samme år forstod jeg at
noe var galt, men jeg klarte ikke helt å forklare hva det var.
Tross mange hyggelige og dyktige leger rundt meg, kunne

jeg ikke få meg til å ta opp mine problemer i dette forumet.
Da jeg kom hjem ble jeg stadig verre, og det ble klart for
meg at dette var trykksymptomer fra hjernen. Da jeg innså
at dette trolig var alvorlig, var min første innskyttelse å holde
dette for meg selv - for så å la ting gå som de ville. I løpet av
en dag eller to kom jeg heldigvis på bedre tanker.

Jeg bestilte selv et CT av hodet på et privat røntgensenter i
Trondheim. Dette var en fredag ettermiddag. Denne hel-
gen kom en god nevrokirurg-venn av meg på besøk. Uten
at jeg sa noe, observerte han at noe var galt. Etter å ha av-
klart situasjonen med meg, ringte han nevrologen på St.
Olav og forklarte situasjonen. Jeg fikk time ved poliklinik-
ken første virkedag klokken ti. Fra det øyeblikk jeg trådte
over dørstokken til nevrologen, gikk det mange uker før jeg
slapp ut fra sykehuset på noe annet enn permisjon.

UTPOSTEN: Hva ble så det videre forløpet?

TAR: Først en biopsi fra hjernestammen. Dette gikk heldigvis
bra. Svært dyktige folk rundt meg og «state-of-the-art» ut-
styr (MR/ultral lydveiledet biopsi) bidro til det. Både situasjo-
nen rundt og under inngrepet gjorde nok at jeg ikke gikk i
glemmeboka til kirurgene bak inngrepet med det første. Da
jeg mange måneder senere tilfeldig møtte kirurgen som ope-
rerte meg, ble jeg møtt med «Vi følger med deg, Johannes-
sen, slik at vi vet hva vi skal gjøre når vi igjen møter en med
samme diagnose – om 50 år». Min diagnose er sjelden, men
det er viktig å huske at det er mange sjeldne tilstander –
summen av alt det sjeldne er ikke veldig sjeldent. Stråling og
cellegift ble så forsøkt, og cellegiften hadde svært god effekt.





UTPOSTEN: *Det virker som behandling og sykdomsforløp har gått forholdsvis greit, var det virkelig slik det var?*

TAR: Vel, som hos de fleste oppleves ikke sykehusvesenet kun positivt. Hjelpen jeg fikk til slutt har uten tvil reddet meg, men det har vært noen konflikter underveis. Jeg fikk først diagnosen gliom – trolig glioblastom. Behandling mot dette ville vært ødeleggende på sikt. Selv om svaret på mine biopsier var litt «grumsete», så var det ingen annen diagnose som passet bedre. Etter en lang kamp ble mine biopsier sendt til Mayoklinikken i USA (den i Norge som kunne håndtere dette, var på ferie). Noen uker senere fikk vi svar – dette var LCH, ikke et glioblastom. At ressursterke pårørende var utslagsgivende her, er det ingen tvil om. Behandlingen mot LCH var mye mer skånsom enn det behandling mot et glioblastom ville vært.

Siden min diagnose var sjelden, var det mye motstand mot å avvike fra kjente behandlingsprinsipper – en støttet seg i utgangspunktet litt for mye til dette fremfor å ta inn over seg ny kunnskap. Om alle kunne vært som nevrologen jeg møtte, en høyt anerkjent og dyktig professor. Da han og vi fikk vite diagnosen, uttalte han: «når denne dagen er omme, kan dere mer enn meg om LCH». Etter dette er god samhandling mellom lege og pasient, hvor samme kunnskap ligger i bunn, blitt enda viktigere for meg.

UTPOSTEN: *Det virker som du har hatt solid støtte og hjelp fra både sykehus og venner, hva tror du sterke støttespillere har betydning for deg?*

TAR: Uten hjelp fra sykehusvesenet ville jeg ikke vært i live i

dag. At jeg er så bra som jeg er i dag, må jeg takke venner og familie for. Min fars måte å takle min sykdom på, var å sette seg så godt som mulig inn i det som fantes av informasjon rundt sykdommen. Etter hans råd prøvde vi cellegiften cladribin etter at forsøk med stråling var mislykket. Dette var en fremmed cellegift for kreftavdelingen, men den var blitt anbefalt av to uavhengige «eksperter» på min sykdom – den ene i Wien og den andre i San Diego. Cellegiften hadde svært god effekt. Hvor mye både min nevrokirurgvenn og min far hadde å si på utfallet kan man bare spekulere rundt, men jeg er i alle fall svært takknemlig for hjelpen fra dem begge. Det er viktig å understreke at det ble mye synsing rundt min sykdom, men dette var fordi det ikke eksisterte kliniske data som entydig rådet oss til spesifikk behandling. Vi måtte forholde oss til «best guess». Legen i Wien hadde flest til behandling – 23 pasienter i 17 land tror jeg det var...

UTPOSTEN: *Det virker som om du ganske fort bestemte deg for hvordan du skulle håndtere sykdommen?*

TAR: Ja, pasienter i liknende situasjoner har lært meg mye. Nå måtte jeg også forsøke å etterfølge de råd jeg selv hadde delt ut, og høste av mine pasienters erfaringer.

Min far, som for øvrig er lege, var der i de rette øyeblikkene og passet på at jeg ikke skulle gi opp. Det at far presset meg litt mer enn jeg tenkte jeg kunne klare, er jeg glad for i ettertid. Det er svært behagelig og av og til nødvendig at noen syr «puter» rundt deg, men utfordringene gjorde nok mer nytte. Mor og samboer sørget for de nødvendige «putene».



At det var nettopp min far som presset meg, gjorde nok at han kunne vurdere bedre enn de fleste terapeuter hvor langt strikken kunne tøyes. Jeg hadde min «livlege» døgnet rundt, noe som også har reddet meg fra mye i mange situasjoner.

Personlig måtte jeg jobbe med skyldfølelse for å ha blitt syk. Sakte, men sikkert kom bevisstgjøringen om at sykdom og helbred til syvende og sist dreier seg om flaks eller uflaks. Det gjøres mye viktig arbeid for å forbygge sykdom, men i noen tilfeller er ikke den beste livsstil nok for å holde sykdom unna. Møter med pasienter som tross en glimrende livsstil var blitt syke, gjorde at jeg ikke kunne tillate meg å bli bitter. Fokuset ble «hva kan jeg fortsatt gjøre» – og ikke «hva har jeg mistet evnen til å gjøre». Denne tankegangen har nok vært svært viktig når jeg har navigert gjennom vanskelige tider.

Jeg tror både min utdanning og min personlighet har hjulpet meg gjennom sykdommen – arv og miljø! Utdanningen er jeg svært glad for å ha, ikke bare har den gitt meg kunnskap og erfaringer som gjorde sykdomsforløpet lettere å bære – den tillater også at jeg nå kan gjøre nytte for meg til tross for at jeg ikke er i stand til å yte 100 prosent. Det er et privilegium svært mange uføre ikke deler med meg. Å kjenne hvor godt det er å få lov til å gjøre nytte for seg, er blant mine viktigste erfaringer fra sykdommen.

UTPOSTEN: *Hva mener du med det?*

TAR: Jeg jobber nå for oppslagsverket NEL, jeg fordeler oppgavene mine ut over døgnet og jobber når jeg har overskudd til det. Når overskuddet mangler tar jeg det med ro. Dette er en jobb som både er utfordrende og som jeg føler at jeg lærer mye av. Jeg er også i ferd med å bygge opp et kontaktnettverk som vil være gull verd, uansett hvor i medisinen jeg måtte ende opp. Dersom jeg ikke fikk lov til å gjøre noe hvor jeg både føler at jeg bidrar, men også at jeg utvikler meg – ville nok dagene vært mye tyngre å bære.

UTPOSTEN: *Hvilke tanker gjør du deg i forhold til fremtiden?*

TAR: Jeg er enda veldig fokusert på å bli bedre. Jeg har alvorlig sykdom og handikap friskt i minne, og tør derfor ikke planlegge langt fram i tid. Jobben jeg har i dag er full av utfordringer. Dette er noe jeg er svært fornøyd med, hvor veien går videre gjenstår å se.

UTPOSTEN: *Du kan nå se norsk allmenntilleggsmedisin «utenfra» som ung lege og pasient. Hvilke tanker gjør du deg og hvilke ønsker har du for norsk allmenntilleggsmedisin?*

TAR: Noen grunntanker har jeg jo arvet fra min far. Bedre samhandling mellom leger og et mer enhetlig tilbud til pasienter uavhengig av hvor de befinner seg i landet, er jo grunnsteiner for oppslagsverket jeg jobber med. En bedre informert pasient og bedre felles forståelse av sykdomsproblematikk mellom pasient og behandler er også viktige prinsipper. At det er nettopp dette som er viktig for meg i dag, er nok sterkt knyttet til oppgaver jeg har mulighet til å ta fatt på i min jobb. Pragmatiker har jeg nok alltid vært...

UTPOSTEN: *Jeg fikk «Den lille prinsen» av Antoine de Saint-Exupéry av deg i gave. Dette er en bok jeg ble glad i. Et grunntema i boken er «hva er viktig og hva er ikke så viktig i livet». Har du tanker rundt dette?*

TAR: Ja, dette er en bok jeg også setter høyt. Det er mange gode funderinger i den, og det er vanskelig å skumme gjennom boken uten å stille spørsmål ved de valg en gjør i livet.

Hva som er viktig i livet er noe hver enkelt av oss må finne ut av, og mange av oss bruker hele livet på å avdekke dette. Selv tror jeg at det å lytte – enten til andres erfaringer eller til ytringer fra en bok – er det viktigste for at man en dag skal kunne klare å innse hva det er man setter mest pris på i livet. Den lille prinsen får meg til å lytte og fundere over hva som er viktig i livet mitt. Hva som er viktig endrer seg gjennom livet – jeg tror kunsten er å vite hva som inneholder lykken i de ulike fasene av livet, ikke nødvendigvis holde fast på det som en gang gav lykke. For meg er derfor spørsmålene viktigere enn svarene.



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. 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.

Hva er kognitiv terapi – og kan vi bruke det i allmennpraksis?

AV NILS KOLSTRUP

Kognitiv terapi er en av hovedretningene innenfor psykoterapi. Den er i de senere år blitt populær fordi den har vel-dokumentert og overlegen god effekt i behandlingen av mange psykiske lidelser. Hovedformålet er å endre følelser og adferd som hemmer pasientens livsutfoldelse. Det sentrale angrepspunkt i terapien er tenkningen – kognisjonen – som gir adferds- og følelsesmessige problemer.



Nils Kolstrup

f 1950. Fastlege ved Skansen Legekontor i Tromsø og førsteamanuensis på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Kognitiv terapeut. Blant mye annet interessert i å videreutvikle pasientkommunikasjon som redskap i allmennpraksis.

Historikk

Terapiformen oppstod i midten av 1960-årene. George Kelly introduserte i 1955 ideen om at vi alle konstruerer en personlig modell av omverdenen. I 1958 introduserte Albert Ellis en rasjonell psykoterapi bygget på å endre de personlige modeller som skapte problemer for pasienter. Aron T. Beck fikk terapiformen til å slå an i midten av 1960-årene. Hans evne til systematisk teoribygging basert på empirisk erfaring og vitenskapelig grundighet og redelighet har siden fundamentalt preget kognitiv terapi.

Kognitiv terapi har blitt gradvis mer populær. De siste ti til tjue årene har interessen for alvor skutt fart.

Basale ideer og begreper

Beck beskriver hvordan han under sine terapitimer la merke til at pasienten hadde både en indre og en ytre dialog. Den indre dialogen påvirket hvordan en pasient reagerte følelsesmessig.

Han postulerte at det skjer en utveksling mellom en persons indre psykiske struktur og omverdenen ved hjelp av psykologiske prosesser. Disse prosesser fører til produkter som omverdenen eller personen selv opplever. Prosessene er dynamiske, basert på summen av fortolkning og persepsjon.

Fortolkningen er ikke objektivt nøytral. Oppfattelsen av omverdenen farges hele tiden av fortolkninger og forventninger basert på tidligere erfaringer. Persepsjonen er også selektiv. Alle velger vi ubevisst ut deler av virkeligheten som på basis av sinnsstemning og tidligere erfaring tillegges særlig betydning og mening.

Problemerk oppstår hvis utvelgelsen av virkeligheten og den betydning den tillegges hemmer en persons utfoldelse. Dette skjer i langt de fleste psykiske plager og sykdommer. Den syke har en konstruksjon av sin virkelighet som er basert på forestillinger og tanker som er **dysfunksjonelle**.

Terapien

Terapien går ut på å finne disse dysfunksjonelle tanker og forestillinger. Men hvis man stoppet der – vil ikke terapien virke. Gjennom bevisstgjøring av tankemønstre og ved konkrete eksperimenter, forsøker man i terapien å endre forventninger og følelser som knytter seg til persepsjonen av virkeligheten slik at pasienten får det bedre. Disse eksperimentene kan være **adferdseksperimenter**, for eksempel kan man utfordre den fobiske forutsigelse om at «noe aldeles forferdelig skjer hvis jeg kommer nær en hund», ved å eksponere for hunder og så registrere om pasientens forutsigelse stemmer. Tvangsforutsigelsen «jeg vil aldri klare ikke å vaske meg etter å ha tatt i dørhåndtak» kan utfordres ved å ta i dørhåndtak og så se om noe aldeles forferdelig skjer. Angstforestillingen knyttet til hyperventilasjon kan utfordres ved å hyperventilere sammen med pasienten på kontoret og observere hva som skjer. Det kan også være rene **tankeeksperimenter**, «hva vil skje hvis jeg besvimer», og pasienten registrerer så hvilke tanker, følelser og reaksjoner som provoseres frem ved disse tankene.

Angst for trange rom...



De grunnleggende strategier er altså å øke innsikten i destruktive og konstruktive tankeprosesser. Dette gjøres ved å arbeide pedagogisk slik at pasienten får økt mestring og evne til problemløsning. De grunnleggende metoder er analyse og omstrukturering av dysfunksjonelle tankemønstre.

Hver psykisk lidelse har typiske dysfunksjonelle tanker og forestillinger som er basert på spesielle psykiske prosesser – **skjemata**. Fordi behandlingen tilpasses disse skjemata blir selve terapien avhengig av god diagnostikk. Teknikker for behandling av dysfunksjonelle tanker og antagelser ved angst er forskjellig fra teknikker som anvendes ved depresjon, psykotiske tilstander eller rusproblemer. Hvis feil teknikk anvendes kan man forverre den tilstand man ønsker å behandle. Derfor er det påkrevet med en grundig utdanning før man begynner med egentlig terapi.

Forløp av en time i kognitiv terapi

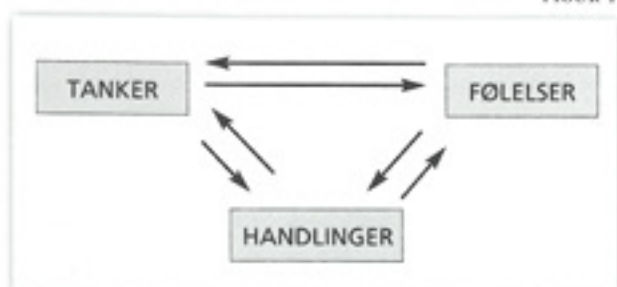
Struktur er svært viktig i kognitiv terapi. Enhver terapitime skal ideelt vare 45 minutter. Den har en fastlagt struktur. Først «**mood check**» – hvordan er humøret i dag. Så «**siden sist**». Hvordan er det gått siden siste møte, har pasienten gjort det som var avtalt. Hvis ikke – hvorfor. Heretter «**selve terapien**». Terapeuten søker sammen med pasienten etter ny viten om prosessene i pasientens forestillingsverden. Terapien kan også omfatte **eksperimenter**. Så fastlegges hvilke bevisstgjørende øvelser eller eksperimenter som pasienten skal jobbe med til neste gang – «**hjemmeleksen**». Heretter pasientens evaluering av «**realismen i hjemmeleksen**». Til slutt må pasienten selv gi et resymé av terapien i dag.

Sentrale kognitive modeller

Den mest sentrale modellen er enkel (se figur 1). Den postulerer at det er et samspill mellom følelser, handlinger og tanker.

For eksempel kan **tanke** om mindreverd i et selskap gi en **følelse** av avmakt hvorefter man **handler** ved være taus, ingen snakker til en og man får derved bekreftet tanken om mindreverd. Det blir en dysfunksjonell sirkel.

FIGUR 1





...og angst for åpne plasser kan behandles med kognitiv terapi.

Depresjon

Depresjon er karakterisert ved at pasientens dysfunksjonelle tanker domineres av rigide **negative forestillinger** (skjemata) om seg selv, andre og fremtiden. Ut fra disse utvikles dysfunksjonelle antagelser og strategier.

Det skjer en **negativ forvrengning** ved depresjon. Man legger kun merke til det som er negativt (selektiv abstraksjon). Man overgeneraliserer, dvs. man slutter fra en negativ hendelse til mange andre. Handlinger hos andre personaliseres, dvs. andres (negative) handlinger ses som kun rettet mot den deprimerte.

Fobi og angst

Disse kan utvikle seg plutselig, som ved første angstanfall i forbindelse med fobi. De kan også komme gradvis ved vedvarende stress som utvikler mer generalisert angst. Felles er skjemata og dysfunksjonelle antagelser som omhandler ukontrollerbar trussel eller fare. Personen opplever et sterkt ønske om sikkerhet.

Forvrengningene er selektiv abstraksjon mot potensielle farer, katastrofetenkning og personalisering av farer («de rammer meg»). Sikkerhetsadferd og unngåelse forsterker

symptomene fordi pasienten aldri utsetter seg for farene. Typisk tør en person med angst ikke å tenke til ende hva som kan skje. Tankene stopper ved «det verste» evt. «jeg bryter sammen» eller «jeg klarer det ikke». Terapien er diagnosespesifikk og presis diagnostikk derfor er viktig.

Hvor er det best dokumentert effekt

Effekten av kognitiv behandling av angst og depresjon er godt dokumentert. Tidlig behandling av fobier og sosial fobi gir ofte frapperende effekter på kort tid. Effekten på mild til moderat depresjon, med eller uten tilleggsmedisiner, er også veldokumentert. Kognitiv terapi gir også gode resultater ved mange andre psykiske lidelser (1).

Hvordan kan kognitiv terapi brukes i allmennpraksis

Egentlige kognitive terapier

Kognitiv terapi er korttidsterapi, ofte fem til ti terapier à 45 minutter. Fordelen er å komme tidlig inn med effektiv behandling. En allmennlege med utdanning i kognitiv terapi vil kunne samarbeide om pasienter som får kognitiv terapi i annenlinjetjenesten. Dessverre motiverer ikke takstsystemet for slike «lange» konsultasjoner på 45 minutter.

Allmennleger uten utdanning som kognitiv terapeut, men med kjennskap til kognitive teknikker og «knepe», vil kunne bruke disse på mange måter.

Teknikker som vi alle kan bruke

Terapiens sentrale teknikker er «**empatisk lytting**» (det kan vi allmennleger), «**sokratisk spørreteknikk**» der terapeuten stiller spørsmål som øker pasienterkjennelse (det krever øvelse), «**eksperimentet**» (mange gode ideer for oss), «**hjemmelekse**» (som skapt for oss allmennleger) og «**evaluering**» (det burde vi alltid gjøre, men glemmer det ofte). For å se om terapien har virket, er en klar «**målformulering**» helt essensiell (det burde vi alltid gjøre).

Kjennskap til tematikken for den indre dialog vil lette forståelsen av pasienter. Når en pasient kommer med et hyperventilasjonstilfelle eller fobi kan man forklare angstens karakteristika og evt. foreta et kontrollert eksperiment og derved ufarliggjøre symptomene før de blir et problem.

Legen vil kunne forklare depresjonens ensidige negative fokusering og i en tidlig fase alminneliggjøre symptomene og derved lette en følelse av ensom desperasjon og håpløshet.

Kartlegging av den indre dialog og rådgiving ved problemer med røykeslutt, slanking og misbruk av smertestillende preparater krever ikke utdanning som kognitiv terapeut. Ved smertetilstander, hypokondri og kroniske sykdommer er det verdifullt å penetrere pasientenes indre dialog og prøve å endre pasientens fokus.

Gode knepe fra kognitiv terapi

Noen «knepe» er gode å kjenne til. **Normalisering** dvs. alminneliggjøring av psykiske symptomer, trøster ofte pasientene, fordi de ikke lengre føler seg alene med sine «sære» forestillinger eller symptomer. **Hjemmelekser** kan brukes mer aktivt i konsultasjonsforløp. **Skriftliggjøring** og repetisjon ved bruk av **huskekort** som styrking av beslutninger kan brukes i mange situasjoner, for eksempel ved forsøk på reduksjon av smertestillende preparater, røykeslutt, slanking eller oppnåelse av bedre compliance. Felles vurdering av gjennomførbarhet av plan samt pasientresymé av konsultasjon kan brukes mer. **Målsetningsskjemaer** med klare delmål (trappeskjema) vil kunne avklare hvor man er i en behandling. **Aktivitetsregistreringer** vil hjelpe mange deprimerte til å innse at de faktisk gjør noe.

Hvordan kan man utdanne seg i kognitiv terapi

Hvis en allmennlege ønsker å utdanne seg til kognitiv terapeut kan det gjøres ved å delta i Grunnkurs i Kognitiv Terapi for leger og psykologer. Kurset består av ti samlinger à to dager og 56 timers veiledning over en periode på to år. Veiledningen tar utgangspunkt i deltakernes egne videoer. Etter en eksamen kan man kalle seg kognitiv terapeut.

Legeforeningen avslutter sommeren 2008 et omfattende kurs i kognitiv terapi for allmennleger. Kurset består av seks samlinger à 15 timer samt gruppeundervisning med fem til åtte deltakere som diskuterer terapivideoer. Basert på erfaringene fra dette kurset tar Legeforeningen sikte på å utvikle innføringskurs i samarbeid med lokale distriktpsikiatriske sentre og allmennleger. I tillegg planlegger Legeforeningen en rekke kortere kurs som gir en innføring i kognitive teknikker. Det vises til kurskatalogen.

Nyttig litteratur

- Mørch, M.M. og Rosenberg N.K. (red.) (2005). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Dette er en god og grundig innføring i kognitiv terapi med mange gode litteraturhenvisninger. Kanskje litt for avansert for en nybegynner.
- Willson R. og Branch R. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy For Dummies*. Chichester, England: J Wiley and Sons Ltd., Selvhjelpsbok, lettlest. Masse gode ideer og «knepe» for den som ønsker å få et begrep om kognitiv terapi.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guildford Press. Nybegynnerklassikeren. Elegant innføring.
- Berge og Repål har skrevet flere gode bøker om kognitiv terapi. De jeg bruker mest er:
 - Berge T. og Repål A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag. God lettlest innføring både for leger og pårørende.
 - Berge T. og Repål A. (2004). *Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Aschehoug. En av klassikerne, den anbefaler jeg til alle mine pasienter som strir med angst.
- Fenell M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse. En selvhjelps-guide basert på kognitiv terapi*. Oslo: Tapir Akademisk Forlag. Bra bok, tro mot prinsippene i kognitiv terapi. Jeg anbefaler de lett til moderat deprimerte pasienter å lese den i forbindelse med mine terapier.
- Oestrich L.H. og Kolstrup N. (2005). *Kognitiv terapi i legepraksis. En manual for leger*. København: Dansk Psykologisk Forlag. Ganske OK hvis man ønsker en innføring i kognitiv terapi.
- I erkjennelse av at kognitiv terapi er et godt redskap i allmennpraksis har det danske *Månedsskrift for praktisk Legegering* fra sommer 2007 og et år frem en rekke gode artikler om kognitiv terapi.

Sokratiske spørsmål

Ved å stille gode spørsmål kan vi få ny informasjon, vurdere ideer og lage nye.

Å stille spørsmål som er tenkt spesielt for å stimulere andres læring kalles sokratiske spørsmål, etter Sokrates i det antikke Hellas.

Sokratiske spørsmål krever at du lytter mye og nøye til den andre. Det vil hjelpe deg å vurdere deres behov og å formulere dine spørsmål på en hjelpsom, konstruktiv og forhåpentligvis ikke-konfronterende måte. De kan være et middel for å hjelpe andre til å reflektere.

Noen eksempler:

KLARGJØRENDE SPØRSMÅL

Hva mener du når du sier _____?

La meg se om jeg har forstått deg riktig; mener du at _____ eller _____?

Hvordan kobler du dette til vår diskusjon?

Nina, kan du summere i egne ord det Tom sa?

...Tom, er det dette du mener?

Kan du gi meg et eksempel?

SPØRSMÅL SOM TESTER ANTAGELSER

Hva er det du antar her?

Hva skulle vi anta i stedet?

Hele resonnementet ditt bygger på tanken om at _____.

Hvorfor begrunner du resonnementet ditt med _____ i stedet for _____?

Det virker som om du går ut fra at _____.

Hvordan forsvarer du at du tar det for gitt?

Er det alltid slik? Hvorfor tror du denne antagelsen gjelder her?

SPØRSMÅL SOM TESTER ÅRSÅK OG BEVIS

Kan du forklare dine begrunnelser til oss?

Fins det noen grunn til å tvile på dette beviset?

Hva ville du sagt til noen som sa at _____?

Hvordan har du resonnet for

å komme til den konklusjonen?

Hvordan kan vi finne ut om dette er sant?

SPØRSMÅL OM SYNSPUNKT OG PERSPEKTIV

Hva vil du si med det?

Men, om det skulle skje, hva ellers vil da skje? Hvorfor?

Hvilken effekt vil det få?

Vil det nødvendigvis skje eller bare muligens?

Hva slags alternativer fins?

SPØRSMÅL SOM TESTER IMPLIKASJONER OG KONSEKVENSER

Hvordan kan vi finne det ut?

Ville _____ stilt dette spørsmålet på en annen måte?

Er dette spørsmålet lett eller vanskelig å svare på?

Hvorfor?

Er dette det viktigste spørsmålet,

eller ligger det et viktigere spørsmål bak?

Kan du se hvordan dette kanskje kan relateres til _____?

Spørsmålene er hentet fra internett: <http://moodle.math.ntnu.no> og er inspirert av Paul, R. (1993). *Critical Thinking: How To Prepare Students for a Rapidly Changing World*. Foundation for Critical Thinking, Santa Rosa, CA.

Kognitiv terapi – en kasuistikk

AV BENTE ASCHIM

Trine er 15 år. Både hun og mor er pasienter på min liste. Foreldrene ble skilt for noen år siden, det har vært et konfliktfylt foreldreforhold. Trine har alltid hatt et nært forhold til moren, men nå er hun i opposisjon, og hun føler seg ikke hjemme hos far i hans nyetablerte familie. Helsesøster er bekymret, Trine gjør dårligere arbeid på skolen. Trine er henvist videre til psykolog og har gått der, delvis sammen med mor. Alt dette kjenner jeg til gjennom mor.

Trine har problemer med smerter og ubehag i brystet, og oppsøker meg som fastlege. Hun trener med jogging og har opplevd at hun har hatt anfall hvor hun har stoppet opp fordi hun ikke får puste. Når vi utforsker tankene hennes ved sokratiske samtale, kommer det frem at hun tror det er noe i veien med hjertet og at hun kan komme til å dø. Jeg gjør en somatisk utredning, hun er frisk. Så gjennomgår vi hva som skjer ved panikkanfall. Når hun ser listen over symptomer ved panikkanfall kjenner hun seg igjen, men hun tror ikke egentlig på det.

Etter to konsultasjoner hos meg er hun villig til å gjøre en hjemmelekkse: hun skal forsøke å jogge igjen. Hun har en god venninne som hun tør å fortelle om sitt problem til, og de avtaler å jogge sammen. Planen er at hun skal fortsette å jogge selv etter at hun får smerter og tror hun skal dø. Venninnen er med som en sikring hvis det skulle skje noe. Trine får ikke noe kraftig anfall denne gangen, bare litt ubehag. Det er ikke noe vanskelig å løpe videre. Etterpå er hun fornøyd med at hun har gjennomført, og gir meg nesten rett i at dette er et angstanfall.

Vi har ikke snakket om forholdene hjemme før dette. Men hun har fått tiltro til meg og vi har etablert en gjensidig respekt. Vi har noen samtaler om hvilke strategier hun kan bruke i forhold til foreldrene for å markere sine egne behov i konflikten mellom dem.

Min konklusjon: mange unge mennesker er lett tilgjengelige for en kognitiv tenkemåte. Det er greit å starte med en avgrenset problemstilling som her. Trine fikk en opplevelse av å mestre og var en sidestilt partner i denne tilnærmingen. Hun fikk også et tillitsforhold til et voksent menneske med taushetsplikt som hun bruker som samtalepartner når hun har behov for det.

Bente Aschim, 54 år. Fastlege for 1200 i Oslo, spesialist og veileder i allmennmedisin. Har gjennomført toårig innføringskurs i kognitiv terapi og har tatt initiativ til, og vært med å arrangere kurs i kognitiv terapi for allmennleger. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: bentema@online.no

Erfaringer med kognitiv terapi i allmennpraksis

AV ARNE GOTTEBERG

Prinsipper fra kognitiv terapi (KT) har jeg brukt lenge uten å vite det! Der symptomer og sykdom burde kunne mestres på en mer hensiktsmessig måte, har jeg tatt opp tanker og følelser pasientene går med for å endre fortolkning, fokus og adferd.

Samtalen er for meg et virkemiddel til livsmestring. KT bruker jeg helst hos «gjengangere». Eksempler er noen typer kronikere, «vanskelige» pasienter, smertepasienter, mennesker med depresjon og/eller angst, f.eks. «helse-angst» og psykosomatiske plager.

Når somatisk utredning/behandling ikke fører fram, introduserer jeg gradvis prinsipper fra KT som en alternativ vei å gå. Jeg sier kanskje at «med så krevende sykdom som du har, må vi gå på to eller flere veier samtidig». Det er min erfaring at presset på somatisk utredning avtar hos disse pasientkategoriene ved samtidig KT-tilnærming. Pasientene virker tilfredse over at jeg ikke «forlater dem» når somatikken kommer til kort og er trygge på at jeg ivaretar somatisk utredning godt nok videre. For meg er det ikke noe «enten-eller», men en «både-og» tilnærming. Det er ikke noen brå og unaturlig overgang fra ordinær allmennmedisin til kognitiv terapi i allmennpraksis. Det er to sider av samme sak. Her mener jeg allmennpraktikeren har et viktig fortrinn.

Grunnet press på to kurative dager prøver jeg å bruke gjentatte, enkle prinsipper fra KT innen rammene for vanlige konsultasjoner på 20 minutter. Jeg setter gjerne opp timen på slutten av dagen. Bare unntaksvis setter jeg opp dobbelttime.

Pasienten og jeg utarbeider en stikkordspreget **problemliste**. Problemene kan være mange, for eksempel en dysfunksjon eller et (psykosomatisk) symptom. Sammen med pasienten defineres ett til to av de viktigste problemene.

Pasienten tenker ut en helt **konkret situasjon** de siste 14 dager hvor problemet/symptomet var på det aller verste («Du sier at du har problemer og fungerer dårlig når du har slike plager/symptomer. Kan du gi meg et eksempel på en slik si-

tuasjon?»). Vi tar så fatt i den helt konkrete situasjonen som pasienten husker godt. Samtalen går videre etter et såkalt **ABC-skjema** (se figur 1). Eksempel på dette har jeg lagt inn i datamaskinen og skriver det ut på et A4-ark som pasienten og jeg bruker flittig. I KT gjør vi bruk av mye notering.

For å avdekke **automatiske tanker** bruker jeg sokratisk (undrende) utspørring. Dette krever litt trening. Et utvalg av slike nøkkelspørsmål har jeg liggende i datamaskinen (red ann: se også faktarammen på side 11).

Vi bruker mye tid på å få fram **alternative tanker/fortolkninger** hos pasienten (om f.eks. symptomet eller situasjonen) og om der er **alternativ og mer hensiktsmessig adferd** enn det rådende (feil-) mønster. Dette er viktig endringslæring for pasienten.

Andre tiltak er å **teste evidens**: Sette opp en tabell over hva som taler for og hva taler mot at tanken/den automatiske tanken er sann/ikke sann. Vi graderer sannhetsverdien av de automatiske tankene før og etter samtalen/testen. Problemet blir gjerne langt mindre fryktingytende etter samtalen. Pasientene får **hjemmelekse**. Det kan være å sette opp en ABC-tabell som nedenfor og ta den med til neste time. Annen hjemmelekse kan være å teste ut alternativ adferd til den uhensiktsmessige adferden som vi sammen har avdekket. (F.eks. la være å telle pulsen eller la være å ringe legen ved palpitasjoner.)

Konklusjon

Etter min erfaring er KT et meget nyttig hjelpemiddel innenfor allmennmedisin. Utdanning i KT burde være obligatorisk for allmennleger. Det er tilfredsstillende å oppleve at pasientene tar mer kontroll over eget liv. Lege-pasientforholdet blir styrket gjennom den likeverdige samtale og tilnærming som KT er.

Arne Gotteberg, 59 år. Kommuneoverlege og helsesjef i Volda i 60% stilling. Fastlege ved Volda Legesenter for 600 pasienter 2 dager i uken. «Landsbylege» i Volda med et par avbrudd siden 1980. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: a-go@online.no

FIGUR 1

Situasjon —	→	Tanke Automatisk tanke (AT) ↔	→	Følelse Kroppslige reaksjoner —	→	Atferd Handling —
		Alternative tanker Alternative fortolkninger —				Alternativ atferd Alternative handlinger —

Kognitiv terapi i hverdagen

AV BJØRN LICHTWARCK

Interessen for kognitiv terapi ble for alvor vekket i løpet av et tre-dagers kurs for tre år siden som omhandlet kognitiv terapi ved somatoforme lidelser med Ingvar Wilhelmsen som foreleser-kursleder (hypokonderklinikken i Bergen). Jeg har etter dette drevet en del selvstudium og brukt behandlingsformen noe usystematisk inntil jeg meldte meg på Legeforeningens kurssamlinger: Kognitiv terapi i allmennpraksis. Jeg har det siste året til enhver tid hatt jevnt over fire til seks pasienter som går hos meg i kognitiv terapi ca. hver 14. dag.

Hvordan få dette til i en travel allmennpraksis?

Sett av nok uforstyrret tid

For å lykkes setter jeg av nok tid til hver konsultasjon. Jeg pleier som regel å sette av 40 min., men er nøye med at den tiden skal jeg ha til rådighet dvs. at jeg stor sett alltid bruker 40–45 min. pr. konsultasjon selv om jeg er forsinket av andre grunner. Man kan ikke ha det «travelt» i en slik konsultasjon. Steng av telefoner, og ikke aksepter noen forstyrrelser. I allmennpraksis vil pasientene ofte ønske å ta opp «alle» sine problemer, men det er viktig at en har forklart pasienten på forhånd at måling av blodtrykk, utsløttet og celleprøven ikke hører hjemme i terapitimen, men må tas i en separat time.

De første konsultasjonene: utredning viktig – introduser behandlingsformen

Jeg bruker alltid første timen til utredningen dvs. diagnose-setting, og avklaring av problemlisten. Det bør en jo gjøre uansett behandlingsform. Dette gjør jeg på en vanlig 20 min. time, og om vi ikke blir ferdige med det i første time, fortsetter vi i neste «dobbeltime» om ca to uker. I tillegg gir jeg på første time pasienten muntlig og skriftlig informasjon (for eksempel fra NEL) om sykdommen og mulige behandlingsformer, deriblant kognitiv terapi (eget skriv om dette). Jeg gir som regel pasienten i «hjemmelekse» å lese det skriftlige materialet, og å fylle ut BDI (Beck Depression Inventory, selvsikringskala for depresjon) eller BAI (Beck Anxiety Inventory, skala for angst) til neste time. I andre time avklarer vi problemliste og behandlingsform, og hvem som skal være behandler, dvs. om pasienten skal henvises eller gå hos meg, og gjennomgår grundig prinsippene for kognitiv terapi dersom dette velges. Jeg fører en kort journal som vanlig i datasystemet, men har ved siden av en litt mer kladdebokpreget arbeids- og huskeliste for hver pasient, som jeg makulerer når vi avslutter. Pasienten gir jeg alltid en kladdebok for egne notater og for hjemmeoppgavene. Timene er strukturerte og følger en fast mal hver gang i henhold til metoden. Det gjør det lettere å gjennomføre.



Med kognitiv terapi kan allmennlegen bidra til bedre livsmestring.

Hvilke pasienter egner seg best til kognitiv terapi i allmennpraksis?

Som regel tar jeg pasienten tilbake hver 14. dag, og det betyr at en ikke kan ha så mange pasienter til behandling av gangen da timelisten ellers fort vil fylles opp. Jeg har spredt pasientene til ulike dager nettopp for variasjonen sin del. I hovedsak har jeg hatt til behandling pasienter med depresjoner og angstlidelser (panikkangst, sosial fobi og GAD). Jeg har som regel valgt ut pasienter som ikke har hatt for komplekse problemer (store personlighetsforstyrrelser eller store sosiale vansker), og har i stedet henvist disse til spesialisthelsetjenesten.

Egne erfaringer er gode, og det har vært givende for meg som lege (dog ikke økonomisk). Jeg ser at det har gitt mine pasienter et tilbud de ofte ikke ville fått på grunn av lang ventetid ved vårt DPS, og fordi ikke alle ved vårt DPS arbeider systematisk etter denne metoden.

Bjørn Lichtwarck, 49 år, fastlege. Spesialist i allmennmedisin, uteksaminert i 1986 fra Universitet i Tromsø, gruppepraksis (3 leger og turnuslege) ved Sentrum Legegruppe, Mo i Rana. **BESTILLING:** sykehjemslege og rådgivende lege i kommunens demensteam (til sammen 13 timer pr. uke). **LISTESTØRRELSE:** 1400. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: bjornlic@online.no

30 år siden Alma Ata

– men 45 år siden Grisjin brøt lydmuren

AV GISLE ROKSUND

Gutter på min alder forbinder nok helst Alma Ata med januar 1963, da den legendariske russiske skøyteløperen Jevgenij Grisjin som førstemann i verden gikk 500 meter under 40 sekunder. Det skjedde på medeobanen i Alma Ata.



Gisle Roksund

f 1951.

Cand med 1976.

Spes allmennmedisin og samfunnsmedisin
Leder Norsk forening for Allmennmedisin.

Tiden var 39,6. At det var mulig å gå så fort på skøyter! Og for en jubel det var rundt radioapparatet! Bare tre år etter OL i Squaw Valley, da Kupper'n gikk 10 000 på 15.46.6 – hele 46 sekunder fortere enn Hjallis! Det var tider for rekorder og optimisme. 15 år senere ble en viktig internasjonal konferanse om primærhelsetjeneste avholdt samme sted, også en hendelse preget av stor entusiasme og optimisme.



FRA WHO-KONFERANSEN I ALMA ATA, 1978



Verdens helseorganisasjon (WHO) hadde allerede i 1948 definert helse som «en tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom». Definisjonen har vært harselert med, men jeg sier meg enig med det Steinar Westin formulerte på Eyr 21. september 2007:

La oss ikke fortape oss i hets mot WHO-definisjonen av helse, som blir latterliggjort over uttrykket fullstendig eller fullkommen (tilstand). Det avgjørende var ikke dette, men at definisjonen fikk tre komponenter – legemlig, psykisk og sosial. Hvis man vil lese den med velvilje.

Styrket primærhelsetjeneste

I 1977 formulerte WHO's hovedforsamling sitt ambisiøse mål om «Helse for alle i år 2000». Året etter fulgte organisasjonen opp ved å arrangere en stor konferanse i hovedstaden i Kazakhstan, Alma Ata, sammen med FNs barnefond. Delegasjoner fra 134 land og 67 internasjonale organisasjoner møttes. Fra Norge stilte fire representanter, tre fra helsemyndighetene under ledelse av daværende medisinalråd i Helsedepartementet, Egil Willumsen. De andre som var med, var Asbjørn Elvik og Øyvind Årflot (E. Willumsen, personlig

deklarasjonen



En fremtidig satsing på primærmedisin er kanskje det viktigste vi kan tilby disse barna på Madagaskar for at de skal fortsette å holde seg friske.

meddelelse). I tillegg stilte Sigurd Humerfelt som representant for International Hospital Federation (1). Primærhelsetjenesten ble gjennom den berømte deklarasjonen definert som hovedmiddelet til å nå målet om «Helse for alle i år 2000» (2).

Deklarasjonen henvendte seg til alle regjeringer og internasjonale organisasjoner, alt helsepersonell og hele verdenssamfunnet, og ba om aktive tiltak for å styrke primærhelsetjenesten. Man uttrykte bekymring for økende ulikhet i helse mellom befolkningen i utviklede og underutviklede land, samt internt i de ulike land: «Økonomisk og sosial utvikling, basert på en ny økonomisk verdensordning, er av avgjørende betydning for å nå målet om helse for alle og for å redusere forskjellene i helse»; «Befolkningens helse er et offentlig ansvar og kan bare forbedres gjennom adekvate helse- og sosiale tiltak.»; «Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice».

Deklarasjonen beskrev primærhelsetjenestens rolle og betydning, men ikke spesifikt allmennlegene eller allmennmedisin. Den inneholdt nok mer samfunnsmedisin enn allmennmedisin – slik disse begrepene vanligvis er brukt – med forslag til lokal helsetjeneste, strukturelle tiltak og tverrfaglig

samarbeid. Manifestet fikk de første årene stor betydning for utviklingen av primærhelsetjenesten i store deler av verden (3), men ble nok også mye oversett i industrialiserte land fordi det ble ansett som et dokument som først og fremst henvendte seg til utviklingsland (4). Det kan være et poeng i denne sammenheng at WHO, til forskjell fra *Wonca* (5), ikke presiserte allmennlegens sentrale rolle. WHO var mer opptatt av lokal helsetjeneste med fokus på forebyggende helsearbeid, gjerne med mindre utdannet helsepersonell (6).

Brytninger

Deklarasjonen inneholdt store ord. Likheter. Sosial rettferdighet. Og primærhelsetjenesten skulle være nøkkelen til suksess. Hvordan har det så gått siden? Bedømt med harde endepunkter, er de sosiale forskjellene neppe blitt redusert mellom rike og fattige. De rike er blitt rikere, og de fattige fattigere. Både land og folk. Visjoner om en ny økonomisk verdensordning har ikke vært noen suksess. Og vår sivilisasjon sliter i dag kanskje med enda større og mer fundamentale problemer hva gjelder bærekraft enn tidligere. Umiddelbart er det nærliggende å konkludere med at deklarasjonen som sådan har vært en naiv fiasko. Men det er bare deler av sannheten.



Er en allmennlege i et område med 10 000 mennesker tilstrekkelig i veiløse områder i Afrika?

Manifestet kom i en tid da vi hadde hatt en utvikling med en stadig voksende og mer spesialisert sykehustjeneste, spesielt i den industrialiserte del av verden. Den industrielle utvikling hadde vært voldsom på hele 1900-tallet, og med den kom en økende spesialisering i helsevesenet. Det var økende erkjennelse både i Norge og i resten av verden om at dette alene ikke kunne gi folk det de hadde behov for av helsetjenester. Og den spesialiserte helsetjeneste viste ingen evne til å utjevne de enorme ulikhetene i helsetilstanden blant folk, især mellom industriland og utviklingsland, men også innenfor nasjonale grenser. Det var nødvendig å ha en sterk primærhelsetjeneste for å løse problemene.

Fra å være Doktor'n med stor D, hadde allmennlegen gjennom mange år tapt anseelse til fordel for det økende antallet sykehusleger. Her på berget opplevde allmennlegene «de harde 1950- og 1960-årene» (7). Men mot slutten av 1960-tallet begynte en fortjenestefull innsats fra en rekke kolleger å føre til resultater. Hos oss ble Fond for legers videre- og etterutdanning etablert i 1967. Det første norske professorat i allmennmedisin ble etablert i 1968 ved UiO.

De nasjonale helsemyndighetene hadde lenge konsentrert seg om sykehusene. *Lov om sykehus mv* kom i 1969. Men de så også at denne loven måtte suppleres med et regelverk eller en lov som sikret og regulerte helsetjenesten utenfor in-

stitusjonene. *Stortingsmelding 85 (1970-71)*. Om helsetjenesten utenfor sykehus var starten på en rekke utredninger, meldinger og «ot.prp» er som beskrev behovet for en sterkere primærhelsetjeneste.

I tråd med deklarasjonen

På 1970-tallet skjedde det mye for faget allmennmedisin. En semispesialitet i allmennmedisin kom i 1973 under tittelen «Almenpraktiker Dnlf». I januar 1978 kom «Almenpraktikernes lille grønne»: *Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste!* (8). Her ble begrepet KOPF (kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) lansert, og grunnlaget for allmennmedisinen slik vi har sett den i vårt land, lagt. Jeg må si jeg egentlig er ganske imponert over «tenkekomiteen» og dens arbeid. Mange av de tanker de gjorde seg for 30 år siden, står seg svært godt den dag i dag. Og tankene var i tråd med det som noe senere kom til uttrykk i Alma Ata-deklarasjonen. Da den norske delegasjonen dro til Alma Ata i september samme år, hadde de med seg utkastet til det som senere skulle bli *Lov om helsetjenesten i kommunene*. Men de hadde også hatt kontakt med Legeforeningen, spesielt gjennom OLL (nåværende LSA), og kjente til «den lille grønne» (E. Willumsen, personlig meddelelse).

Norsk selskap for allmennmedisin, NSAM, ble etablert 1983. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* så dagens

lys samme år. Og i 1984 fikk vi omsider *Lov om Helsetjenesten i kommunene*. Med den fikk kommunene ansvaret for primærhelsetjenesten. Formålsparagrafen lød slik:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Altså en formulering som så definitivt var i tråd med Alma Ata-deklarasjonen!

I 1985 fikk vi regelverket for spesialiteten i allmennmedisin, med et femårig utdanningsprogram og krav til resertifisering. Etter dette har vi sett en stadig sterkere faglig besvissthet i allmennmedisinen, med en økende akademisering av faget. Men organisatorisk skjedde lite de neste 15 årene, før vi i 2001 fikk fastlegeordningen, i 2006 etablering av fire allmennmedisinske forskningsenheter og et allmennmedisinsk forskningsfond (9), samt reorganisering av de allmennmedisinske organisasjonene innenfor Legeforeningen i 2007 (10).

Men det ulmer...

Så langt historie. Det foreligger i dag rikelig internasjonal dokumentasjon på at en helsetjeneste bygget på en sterk primærhelsetjeneste er best og billigst. Barbara Starfield sier det slik (11):

There is lots of evidence that a good relationship with a freely chosen primary-care doctor, preferably over several years, is associated with better care, more appropriate care, better health, and much lower health costs. In contrast, little is known about most of the benefits of specialty care, although we do know that the greater the supply of specialists, the greater the rates of visits to specialists. We also know that when specialists care for problems outside their main area of expertise, the results are not as good as with primary care. Since most people with health problems have more than one ailment, it makes sense to have a primary-care practitioner who can help decide when specialist care is appropriate.

Våre nasjonale myndigheters intensjoner kan synes gode. Sosial- og Helsedirektoratet sier det slik (12):

Primærhelsetjenesten er fundamentet for resten av helse- og sosialsektoren. Dens viktigste oppgave er å sikre alle som har behov for det, gode helse- og omsorgstjenester i nærheten av der de bor.

På tross av dette er følgende utvikling en realitet i Norge: Fra 1980 til 2001 økte antall legeårverk i somatiske sykehus betydelig, fra 8,8 til 16,0 per 10 000 innbyggere, mens antall legeårverk i primærhelsetjenesten var stabilt. Etter fastlegereformen i 2001 har veksten i antall legeårverk i spesialisthelsetjenesten frem til 2005 vært 13 prosent – mot 1,6 prosent i allmennlegetjenesten (13).

Steinar Hunskaar oppsummerer situasjonen slik i Aftenposten (14):

Det ulmer blant fastlegene. De opplever at de ikke verdsettes og brukes fornuftig. Mens helseforetakene suger til seg nesten alle nye leger, har fastlegeordningen ikke holdt følge. Hvis man skulle ha like stor andel allmennleger som for ti år siden, mangler det nå mer enn 1500 fastleger. Norge beveger seg stadig nedover i andel primærlegeårverk i helsetjenesten internasjonalt, fra omkring 30 prosent til at man nå snart når 20.

Hunskaar etterlyser en «fastlegeminister».

Drivende krefter

Hva har gått galt? Svaret er komplekst og ikke bare nasjonalt. Vi ser en liknende tendens en rekke steder, også i utviklingsland. Det kom tydelig fram på Wonca World Council-møtet i Singapore sommeren 2007. Representanter fra ulike verdensdeler fortalte om stor og til dels ukontrollert vekst i spesialisthelsetjenesten, og en stagnasjon i primærhelsetjenesten. Også regjeringer i fattige land bygger ut en svulmende spesialisthelsetjeneste uten primærmedisinsk fundament. Det er fristende å anta at prestisje og status er drivende krefter i dette. Vi ser også en økende grad av privatisering av de ulike delene av helsetjenesten.

Medisinen har sterke iboende krefter i retning av økende spesialisering. Medisinens reduktive potensial er uendelig, og dens økende fokus på friske deler av befolkningen er etter min oppfatning formidabel og sykdomsskapende (15). Ivan Illich er fortsatt beklemmende aktuell (16).

I Norge ser vi at over 400 av 440 nye leger hvert år forsvinner til sykehusene. Samtidig er allmennlegens kompetanse i økende grad et etterspurt, både i forhold til ulike pasientgrupper og i forhold til samarbeidspartnere. Det gjelder spesielt de flere eldre og kronisk syke, og viktige pasientgrupper med sammensatte helseproblemer – ofte med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, og med langvarig utfall fra arbeidslivet til følge. Videre er allmennlegene etterspurt på en rekke områder både internt i kommunehelsetjenesten (sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, tverrfaglig samarbeid, lokalt samfunnsmedisinsk arbeid), i samarbeidet med de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, samt i forhold til NAV.

Skjebnetid

Allmennlegetjenesten i Norge vil ikke ha fremtidig bærekraft til å være fundamentet i helsetjenesten dersom det ikke skjer en betydelig vekst i antall yrkesaktive allmennleger de nærmeste årene. Derfor har Legeforeningen etablert prosjektet *Allmennmedisin 2020* (17). Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen vil i 2008 ha ansvar for en bred utredning av faget allmennmedisin, med oppgaver, innhold, dimensjonering og rammevilkår for



Om å være i takt med seg selv

AV OLE ANDREAS HOVDA, fastlege ved Sandaker Legekontor i Oslo, og teolog

Dagene våre er fylt til randen av valg og avgjørelser. Både i jobben som lege og i livet generelt. Dette med valg er imidlertid ikke bare enkelt. Satt på spissen kan vi si at vi i hele vårt bevisste liv tar valg. Men det er ikke alle valgene vi er oss bevisste. Det er ikke alltid lett å se, eller behagelig å innrømme, at når vi velger én løsning, velger vi vekk alle de andre. Ikke permanent, og ikke ugjenkallelig, men i akkurat det øyeblikket valgte vi alt det andre vekk. Og akkurat det øyeblikket kan vi ikke få tilbake igjen; vi kan ikke spole tilbake og velge på nytt. Det er heller ikke alltid lett å huske på at det å ikke velge også er et valg. Når vi utsetter en avgjørelse velger vi at det skal gå mer tid før vi bestemmer oss. Hele tiden tar vi valg.

La meg ta et eksempel, en historie fra virkeligheten: (kan hende noen kjenner seg igjen.) Mens jeg sitter i en konsultasjon på en hektisk dag på kontoret ringer en av legesekretærene inn og sier at pasient NN står i luken og lager bråk fordi hun er misfornøyd med noe. Hun nekter å godta beskjeden fra legesekretæren, som spør om jeg kan ta to ord med pasienten før neste oppsatte time, for å roe situasjonen. Jeg sier at det kan jeg gjøre, og gir NN noen få minutter før jeg tar inn neste oppsatte pasient. Hva har jeg da egentlig gjort? La oss se litt nærmere på det.

Jeg har hjulpet legesekretæren ut av en vanskelig situasjon, og jeg har bidratt til å skape bedre stemning på venteværelset. Jeg har håndtert et problem på en rask og effektiv måte. Så langt alt vel. Alle tingene er noe jeg gjerne vil gjøre. Men – for det er et men – jeg har gjort mer: Jeg har vist NN at hvis hun bare bråker nok og er ufin nok, får hun komme til med en gang, og jeg har vist alle andre på venteværelset at det å oppføre seg skikkelig ikke nødvendigvis lønner seg.¹ Er dette i overensstemmelse med det jeg står for? Er det i tråd med mine verdier at det er ok å bryte seg fram og dytte andre til siden? På ingen måte! Men det er jo det jeg har vært med på å gjøre. Det er det jeg har legitimert ved mitt valg.

¹ Jeg har også vist legesekretæren at hvis det blir for ubehagelig å være avvisende mot pasienten så kan hun slippe å gjøre det ved å la meg ordne opp, men det er en mer sammensatt problemstilling som jeg velger å ikke drøfte her.

Per Lauvås og Gunnar Handal har i sine bøker *På egne vilkår – En strategi for veiledning med lærere* og *Veiledning og praktisk yrkesteori* skrevet om hva som ligger bak handlingene våre. Lauvås og Handals teorier er ikke bare viktige verktøy i undervisningssituasjoner, men er også svært anvendelige ved refleksjon over egne valg og handlinger.

Lauvås og Handal bruker Løvlies analyse av praksis som grunnlag for sitt begrep praksisteori.² Handlingene våre, sier Løvlie, er ikke vilkårlige. De baserer seg både på ytre rammer og begrensninger, samt erfaringer og verdier. Løvlie illustrerte disse tre nivåene i sin *praksistrekant*.³ Det første nivået, P1-nivået, tilsvarer våre handlinger; det som kan observeres. Under, eller bak, handlingene utgjør teoribaserte og praksisbaserte begrunnelser P2-nivået, som igjen hviler på P3-nivået som består av etiske begrunnelser og rettferdiggjøring. Det er P2- og P3-nivåene som Lauvås og Handal kaller praksisteori.

Lauvås og Handal sier at praksisteorien er en teoretisk konstruksjon, og skriver: «...vi antar at det finnes en slik privat, tankemessig beredskap med elementer fra egen erfaring, ispedd informasjon om andres erfaringer, satt inn i en ramme av teoretisk kunnskap og innsikt og ordnet etter verdier vi oppfatter som viktige.»⁴ De understreker imidlertid at praksisteorien er svært sammensatt, lite konsistent, motsetningsfylt og inneholder i stor grad taus kompetanse.

Læring er en kontinuerlig prosess. I møte med en ny erfaring kommer vi med hele vårt liv og tankesett. Hvis den nye erfaringen er i overensstemmelse med våre tidligere erfaringer, bygger den opp om den forståelsen vi har. Er den nye erfaringen tvert i mot noe annerledes, kan vi enten avvise den som usann, forkaste vårt gamle tankesett helt, eller innlemme den nye erfaringen i vårt eksisterende tankesett

² Jeg velger å bruke begrepet «praksisteori» og ikke «praktisk yrkesteori», fordi jeg ønsker å vise at begrepet og teorien deres har mye for seg, også utenfor en profesjonell kontekst.

³ Både Løvlies og Lauvås og Handals praksistrekant har en noe annen utforming enn det jeg har satt opp, men jeg velger å gjøre det på denne måten fordi jeg mener at illustrasjonen fungerer enda bedre da.

⁴ Lauvås, P., Handal, G. *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo 2007, J. W. Cappelens forlag, s. 180.

og reformere det. I møtet med nye erfaringer kommer det tydelig frem at ikke alle elementene i praksisteorien er like viktige. Verdiene våre farger i svært stor grad hvordan vi tolker den nye erfaringen, og får dermed mye å si for om vi forkaster eller innlemmer. Sånn sett kan vi si at det er verdiene våre som er det mest grunnleggende i vår praksisteori.

Store deler av praksisteorien er taus kompetanse, det vil si kompetanse som er vanskelig eller umulig å uttrykke med ord. Vi kan lese side opp og side ned om hjertelyder eller om palpasjon av abdomen, men disse ordene, denne teorien, kan aldri erstatte den praktiske kompetansen vi får ved å auskultere eller å palperer selv. Vi kan ikke få følelsene i fingrene ved å lese en bok.⁵ Men det er ikke bare her det er problemer mellom den praktiske kompetansen og den teoretiske kompetansen. Når vi får teoretisk kunnskap som vi ikke har praktiske ferdigheter eller erfaringer til å sette i system, kan den teoretiske kompetansen bli lagret som kun verbal kompetanse, som vi ikke klarer å nyttiggjøre oss praktisk.

Lauvås og Handal sine tanker om praksisteori er rettet mot en undervisningssituasjon, men jeg synes imidlertid at det er når jeg tar med meg den teoretiske kunnskapen om praksisteori og anvender den på mitt liv og min legehverdag, at teorien blir veldig spennende.

Hvilke verdier og idealer har jeg egentlig? Hva ønsker jeg skal prege den jeg er og det jeg gjør? I livet mitt har jeg mange forskjellige roller. Jeg er legen til mange, jeg er kollegaen til noen få. Jeg er mannen til min kone, og sønnen til min mor. I alle disse rollene har jeg forskjellige idealer som preger hva jeg gjør. Hvor ofte er det vi setter oss ned og tenker gjennom hvilke idealer vi ønsker skal prege disse rollene våre? Har du noen gang satt deg ned og tenkt over hvilke verdier og idealer du vil skal prege legejobben din?

Når slike spørsmål blir stilt, kommer fort protestene. Den slags moralisme skal mange ha seg frabedt. «Hvem tror han han er, som kommer her og snakker om verdier?» Men dette handler ikke om moralisme. Dette handler ikke om at jeg eller noen andre skal fortelle deg hvilke idealer du bør ha, eller hvordan du bør velge. Poenget er ikke at du skal ha en bestemt type verdier. Poenget mitt er at verdiene og praksisteorien du har, preger hva du gjør, og derfor er lurt at du stopper opp og reflekterer rundt disse. Ikke fordi du skal være i takt med tidsånden eller god legeskikk. Men fordi det er hensiktsmessig å være i takt med seg selv.

⁵ Denne tause kunnskapen kan være et problem i en naturvitenskaplig positivistisk tradisjon hvor alt skal kunne verifiseres ulikalt «objektivt» og empirisk. Er de praktiske kunnskapene ikke ekte kunnskaper?

Praksistrekant



Det er ikke veldig kontroversielt å hevde at det er lurt å unngå indre strid. Enten det gjelder innad i et land, en forning, på et kontor eller i oss selv. Det er ikke vanskelig å se at dersom det er for store motsetninger mellom det vi gjør (P1) og det vi står for faglig (P2) og etisk (P3), så vil dette kunne ha uheldige konsekvenser i form av indre uro eller distansering fra seg selv. Lauvås og Handals modell kan være et godt redskap for å skape balanse mellom liv og lære ad to veier. På den ene siden kan vi spørre: «Hvilke verdier og meninger ligger implisitt i handlingene mine?» Og på den andre: «Hvilke handlinger bør verdiene mine medføre?» Disse to spørsmålene kan sette i gang en bevisstgjøring hvor handlingene mine både påvirker og utfordrer verdiene mine, og hvor verdiene påvirker og setter spørsmålsteget ved handlingene. På denne måten kan liv og lære i større grad komme i dialog med hverandre, og motsetningene reduseres.

I eksempelet tidligere i artikkelen brukte jeg et perspektiv fra handling til praksisteori. Hva skjer når jeg så snur perspektivet? Refleksjonene rundt valget jeg tok i den aktuelle situasjonen har tydeliggjort for meg at jeg ikke vil at det skal lønne seg å være ufin og bryte reglene, jeg vil ikke at de som oppfører seg skikkelig skal skyves bak i køen. Jeg vil hjelpe legesekretærene dersom situasjonen blir uhåndterlig for dem, og jeg ønsker å bidra til at det er hyggelig på venteværelset. Hvordan skal jeg da handle i en tilsvarende situasjon for å være i takt med det jeg står for? En måte kan være: Hvis konsultasjonen jeg sitter i tillater det, kan jeg unnskylde meg og gå ut på venteværelset, og si til NN at den type oppførsel er uakseptabel. Jeg kan tydelig si at jeg ser at

hun er opprørt, men at jeg synes hun behandler de andre pasientene på venteværelset respektløst, ved at hun prøver å tvinge seg frem på bekostning av de som oppfører seg adekvat. Hvis hun vil ha hjelp, må også hun følge spillereglene. Kan hun ikke akseptere dette, bør hun finne seg en annen lege.

Med eksempelet ønsker jeg å fremheve flere poeng. Refleksjon over handling og praksisteori setter i gang en prosess som kan skape større overensstemmelse mellom liv og lære. Ved å stoppe opp og tolke valget mitt på nytt, ved å se hendelsen fra en annen vinkel, går det an å få en bedre forståelse for hva det jeg gjorde innebar. Ikke bare fra den snevre vinkelen jeg i utgangspunktet så det i. I en travel hverdag med handlingskrav og mange forventninger til raske avgjørelser, er det veldig lett å bli fartsblind og ikke se at situasjonen ble opplevd annerledes for de andre som var til stede. Eller retttere sagt: At situasjonen ble opplevd annerledes for de andre som ble berørt, for det er aldri bare de som er til stede som blir berørt. Det er fort gjort å alltid gi oppmerksomhet til det kravet som rammer oss kraftigst. Men er det alltid en god måte å prioritere på?

Avslutningsvis vil jeg understreke et annet viktig poeng. Dersom vi bruker praksisteorimodellen i jakten på *Støret*, i søken etter *Det Riktige Valget*, så bommer vi alvorlig. Hvis vi tror at dette er et virkemiddel som i én etter én situasjon kan hjelpe oss til å komme fram til fasiløsningen på hvordan løse problemer vi møter, så har vi ikke kommet noen vei. Målet er ikke å komme fram til en riktig løsning. Målet er å stadig være i en prosess; å leve i en hermeneutisk sirkel. Målet er å være åpen til gang på gang å tolke på nytt, og gradvis få en mer og mer reflektert holdning til det vi gjør og det vi står for. Forslaget jeg skisserte for å handle mer i tråd med egen praksisteori, er ikke en endelig løsning. Det kun et utgangspunkt for videre refleksjon. Hvis jeg ved neste korsvei hadde fulgt mitt eget råd, ville nye spørsmål dukket opp. Hva signaliserer jeg med å være så tydelig og avvisende? Er det riktig å ha så liten toleranse for det som bryter med konformiteten? Svarene vi kommer med i dag må aldri være mer enn utgangspunkt for spørsmålene vi stiller i morgen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
oahovda@yahoo.no

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kalium-sorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrager 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksamfetamin kan øke risikoen for epilepsi. Økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drøstiske syrenytrali-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 (h.t. vanlig oppstartingsplan). 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 anleggs- eller ervervet galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tabletterne. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorikjetøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorikjetøy 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 deksamfetamin kan øke risikoen for epilepsi. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nye monitorering av protombindtid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypopigier (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimelhet, 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/emboli, tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og parkinsonisme 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: Hiv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diare eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbeveger (oppkast og diare). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synsforstyrrelser, krampeanfallet, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restitueret. 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 sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patofysiologisk 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. **OPBEVARING 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

REFERANSER:

- 1) Cauchier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20.
- 2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003; Vol 348: 14, 1333-1341.
- 3) Winblad B et al: Int J Geriatr Psychiatry 1999; Vol 14: 135-146.



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

ANTIBIOTIKA

til GRAVIDE – farer og feller

AV EDEL HOLENE OG TOM SUNDAR

Kliniske studier avdekker potensielt foster-skadelige effekter ved bruk av erytromycin i første trimester. Fremfor alt øker risikoen for hjerte-kar-misdannelser. Erytromycin er derfor ikke lenger et alternativ ved behandling av vanlige infeksjoner i første del av svangerskapet, fremgår det av en terapianbefaling fra Statens legemiddelverk.

En ekspertgruppe oppnevnt av Statens legemiddelverk har nylig publisert terapianbefalingen *Bruk av antibiotika under graviditet* (1). Anbefalingen tar utgangspunkt i data fra Sverige som viser økt forekomst av hjertemisdannelser relatert til bruk av erytromycin i svangerskapet (2). Utposten gir et utdrag av terapianbefalingen sammen med en oversiktstabell over hvilke antibiotika som er aktuelle ved behandling av gravide. Den fullstendige terapianbefalingen kan leses på Legemiddelverkets nettsider: Gå til www.legemiddelverket.no (terapianbefalinger).

Makrolider og misdannelser

Det svenske fødselsregisteret samler systematisk inn data om legemiddelbruk under svangerskapet. Dataene kan bl.a. sammenholdes med utfallet av graviditeten. I 2005 fant Källen og medarbeidere at barn født av kvinner som brukte erytromycin i første trimester, hadde høyere forekomst av hjerte-kar-misdannelser enn barn født av kvinner som hadde brukt fenoksymetylpenicillin mot samme type infeksjon (2). Studien sammenliknet antall påviste hjertemisdannelser med antall estimerte misdannelser i perioden 1995–2002. Hos 1844 mødre som hadde brukt erytromycin tidlig

Edel Holene

Edel Holene har ledet arbeidet med terapianbefalingen «Bruk av antibiotika under graviditet». Holene er seniorrådgiver ved Avdeling for legemiddelbruk, Statens legemiddelverk. Hun er veterinær med doktorgrad innen toksikologi.

Tom Sundar har vært med i arbeidsgruppen som har forfattet terapianbefalingen. Han er allmennlege ved Skårer legesenter i Lørenskog. I perioden 2005–07 var han seniorrådgiver i Statens legemiddelverk.

Statens legemiddelverk oppnevnte i 2007 en ekspertgruppe for anbefalinger om bruk av antibiotika ved vanlige infeksjoner hos gravide. Foruten artikkelforfatterne medvirket:

- Jan Erik Berdal, overlege ved Akershus universitetssykehus
- Johan N. Bruun, prof. ved Ullevål universitetssykehus
- Knut T. Hordnes, overlege ved Haukeland universitetssykehus
- E. Arne Høiby, overlege ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Kjetil K. Melby, prof. ved Ullevål universitetssykehus
- Tore Midtvedt, prof. ved Laboratorium för mikrobiell ekologi, Stockholm
- Babill Stray-Pedersen, prof. ved Rikshospitalet
- Bjørn Viggen, overlege ved St. Olavs Hospital

i svangerskapet, var det 31 barn med misdannelser mot forventet 17. Hos 9110 mødre som hadde brukt penicillin V, var det 84 barn med misdannelser mot forventet 85.

Menneskets hjerte utvikles i svangerskapsuke 5–9. Generelt er det en risiko for at ett av hundre barn fødes med hjerte-kar-misdannelser av ukjent etiologi. Tallene fra Sverige viser at dersom moren bruker erytromycin i første trimester, dobles denne risikoen. Årsaken er trolig at erytromycin og andre makrolider blokkerer en spesifikk kaliumkanal i hjertet, hERG (*human ether a-go-go related gene*)-kanalen, og derved forårsaker hjerterytmeforstyrrelser. En normal hERG-strøm er avgjørende for fosterets hjerterytmehos de fleste pattedyr. Dyredata har vist at hemming av denne ionestrømmen i første trimester kan medføre en rekke misdannelser. I prinsippet kan man ikke utelukke at hERG-



Unngå makrolider i første trimester. Spør kvinner om de er gravide før forskrivning.

blokkering kan gi uheldige effekter på hjertet også i senere stadier av svangerskapet, men dette er foreløpig ikke dokumentert.

Det foreligger ikke kliniske data med tilsvarende styrke for de øvrige makrolidene – som alle er hERG-blokkere. Imidlertid er blokkeringsnivåen stort sett den samme for alle makrolider (3), med klaritromycin som den mest potente. I første trimester anbefaler man således forsiktighet ved bruk av makrolider generelt.

Legemidler og graviditet

Av etiske årsaker blir ikke gravide kvinner inkludert i kliniske studier ved utprøving av nye legemidler. Ved godkjenning av nye legemidler har EU foreslått standardtekster i preparatomtalen (*punkt 4.6: Graviditet og amming*). Tekstene bygger på dyrestudier, farmakologiske studier og tilgjengelige epidemiologiske studier med virkestoffet. For eldre legemidler er informasjonen om sikkerhet ved legemiddelbruk under svangerskapet i hovedsak basert på lang tids erfaring. Kliniske sikkerhetsdata må komme fra epidemiologiske studier. Vanligvis er slike studier retrospektive, med en rekke usikkerhetsfaktorer. For å si noe sikkert om resultatene fra slike studier, må bl.a. et tilstrekkelig antall gravide ha brukt legemidlet, sykdom som sådan må ikke ha forårsaket fosterskaden, og skaden skal være forbundet med den utviklingsmessige perioden i svangerskapet da legemidlet ble brukt.

Hvor stor populasjon som må undersøkes, avhenger av hvor vanlig legemidlet blir brukt samt legemidlets skadelige potens og forekomsten av misdannelsen. For eksempel var ta-

lidomid – som i 1960-årene ble benyttet av gravide kvinner mot kvalme – relativt vanlig i bruk (ca to prosent av alle gravide). Det teratogene potensialet for talidomid er høyt (opp til 50 prosent av fostrene som ble eksponert, fikk misdannelser) og prevalensen av de karakteristiske lem-misdannelserne er lav (4). For et slikt legemiddel er det tilstrekkelig å overvåke 1000 fødsler for å stadfeste et teratogen potensial. Til sammenlikning viser beregninger at for et relativt potent teratogen legemiddel som brukes sjeldent (mindre enn 0,1 prosent av alle gravide), må flere enn en million fødsler overvåkes for å identifisere sammenhengen med misdannelser som opptrer med en prevalens på 0,001. For mange legemidler – inkludert de antibakterielle – er det derfor ikke gjort store, systematiske undersøkelser av hvorvidt bruk under graviditet kan påvirke utfallet av graviditeten.

Meldingsrutiner i Norge

Erytromycin og penicillin blir mye brukt under svangerskapet. Derfor har studien til Källen og medarbeidere tilstrekkelig styrke til å detektere en økning i risikoen for misdannelser. I en annen studie som inkluderte bare 15 kvinner, så man på utfallet av azitromycin brukt under svangerskapet (5). Forfatterne selv påpekte at antall kvinner burde ha vært minst 800 for å avdekke en risikoøkning for vanlige misdannelser, og flere tusen for sjeldne misdannelser.

Fødselsregisteret i Norge, Medisinsk fødselsregister (MFR), er basert på meldeplikt og innehar data om alle fødsler i Norge fra 1967. På meldeskjemaet som ble tatt i bruk i 1967, var det imidlertid ikke lagt opp til en systematisk registrering av legemiddelbruk under svangerskapet (6). I 1998 ble meldeskjemaet revidert til å inkludere bruk av legemidler under svangerskap, røyking hos mor før og under svangerskapet, mors bruk av multivitaminer og folat før og under svangerskapet, samt mors yrke.

Farmakokinetikk under svangerskapet

En rekke fysiologiske forhold endrer seg i løpet av graviditeten. Redusert gastrointestinal motilitet kan medføre økt opptak av legemidler fra tarmen. Plasma- og ekstracellulærvæskvolumet øker imidlertid sammen med nyreutskillelsen. Samlet sett fører disse endringene ofte til en lavere plasmakonsentrasjon av legemidler hos gravide enn hos ikke-gravide. Spesielt for antibiotika som utskilles gjennom nyrene, kan det ha betydning for effekten.

Rent praktisk kan man ved å fordele døgndosen på flere doseringer, forlenge den tiden plasmakonsentrasjonen overstiger den laveste konsentrasjon (MIC, *minimal inhibitory concentration*) som er nødvendig for å hemme bakterievekst. I enkelte tilfeller, som ved alvorlige infeksjoner og infeksjoner med mindre følsomme bakterier, kan det for

antibiotika med en høy grad av nyreutskillelse – for eksempel fenoksymetylpenicillin og amoksisillin – være behov for høyere dose til gravide.

På den annen side vet vi at de fleste legemidler passerer placenta, og at fosteret selv har liten evne til å nedbryte og utskille legemidler. Enzymsystemene i den føtale leveren er umodne og nyrefunksjonen er beskjeden. Det som fosteret faktisk skiller ut gjennom nyrene, kommer ut i fostervannet som fosteret svelger. Således sirkulerer vannløslige stoffer mellom foster og fostervann inntil de transporteres tilbake over placenta, og blir metabolisert og utskilt via moren.

Ved bruk av legemidler hos gravide bør man generelt være oppmerksom på legemidler med lang halveringstid. Azitromycin har for eksempel en plasmahalveringstid på to til fire dager, og konsentrasjonen av azitromycin i vev (intracellulært) er opptil 50 ganger den i plasma. Det innebærer at én enkelt dose azitromycin tatt i første svangerskapsmåned kan medføre fetal eksponering under organogenesen.

For spesifikke terapeutiske råd ved ulike typer infeksjoner hos gravide, bes leserne se på selve terapianbefalingen på Legemiddelverkets nettsider (1). Tabellen på neste side gir en saummarisk oversikt over aktuelle antibiotika ved behandling av gravide.

Referanser

1. Bruk av antibiotika under graviditet – terapianbefaling. Statens legemiddelverk, 2007. (www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_63088.aspx)
2. Källen BA, Otterblad-Olausson P, Danielsson B. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? *Reprod Toxicol* 2005; 20: 209–14.
3. Volberg WA, Koci BJ, Su W, et al. Blockade of human cardiac potassium channel human ether-ago-go-related gene (HERG) by macrolide antibiotics. *J Pharmacol Exp Ther* 2002; 302 (1): 320–7.
4. Khoury MJ, Holtzman NA. On the ability of birth defects monitoring to detect new teratogens. *Am J Epidemiol* 1987; 126 (1): 136–43.
5. Sarkar M, Woodland C, Koren G, Einarson ARN. Pregnancy outcome following gestational exposure to azithromycin. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006; 6:18.
6. Daltveit AK, Irgens LM. Epidemiologisk forskning med utgangspunkt i Medisinsk fødselsregister. *Norsk Epidemiologi* 2004; 14 (1): 47–52.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: tosu03@yahoo.no

Antibakterielle midler under graviditet

Tabellen viser hvilke antibakterielle midler som er aktuelle ved legemiddelbehandling under svangerskapet. Legen må overveie forventet nytte mot mulig teratogen

risiko – spesielt i første trimester. Generelt bør man spørre kvinner i fertil alder om de er gravide eller planlegger å bli gravid.

Antibakterielt middel	ATC gruppe	Administrasjonsform	1. trimester	2. trimester	3. trimester	Problem	Kommentarer
Aminoglykosider	J01G	Par	-	-	-	Mulig ototoksitet	Spesialist-/sykehusoppgave ¹
Beta-laktamer (Penicilliner og cefalosporiner) Inkluderer alle beta-laktamer (også de brukt i sykehus)	J01C	Po/par	+	+	+	Pivmecillinam/ pivampicillin: Langvarig behandling (mer enn 2 uker) kan medføre redusert karnitinnivå hos mor og foster. Ved behov for gjentatte behandlingskurser (7-10 dager) bør det være mer enn 6 ukers intervall (Dieo QN, Holme et al).	Pga fare for reduksjon av karnitinnivå bør ikke pivampicillin brukes til gravide. Et allerede senket karnitinnivå kan skape problemer med hensyn til senere nødvendig bruk av pivmecillinam.
Fluorokinoloner	J01M	Po/par	-	-	-	Bruskskader i ledd under utvikling/ vekst	Spesialist-/sykehusoppgave ¹
Fusidinsyre	J01XC	Po/par	+	+	-	Bilirubinfortrengende effekt. Fusidinresistens 2-9 % i Norge (feb 2007).	Rent stafylokokkmiddel. Risiko for kjerneikterus hos spedbarnet ved bruk i 3. trimester.
Glykopeptider Vankomycin ² Teikoplanin	J01XA	Po ³ /par Par	(-) (-)	(-) (-)	(-) (-)	Erfaring fra bruk under graviditet er begrenset. Lite data tilgjengelig om teratogen potensial.	Spesialistoppgave ¹ Peroral behandling kan gjøres med vankomycin fordi den absorberes dårlig fra normal, intakt magetarm- kanal og i minimal grad går over til foster ² .
Imidazolderivat Metronidazol ³	J01XD	Po/par	(-)	(+)	(+)	Ikke holdepunkter for teratogen effekt hos mennesket til nå. Vist mutagen hos bakterier og karsinogen i dyrestudier; noe som gir usikkerhet mht langtidseffekter ³	Nødvendighet av bruk hos mor må veies mot risikoen for fosterskade; spesielt i første trimester ¹ .
Linezolid	J01XX	Po/par	(-)	(-)	(-)	Erfaring fra bruk under graviditet er begrenset. Hos dyr er det sett nedsatt fertilitet etter intrauterin eksponering.	Spesialist-/sykehusoppgave ¹
Linkosamider Klindamycin	J01FF	Po/par	+	+	+		
Makrolider Erytromycin Spiramycin Azitromycin Klaritromycin Telitromycin ²	J01FA	Po/par Po Po Po Po	- - - - -	+ + + + +	+ + + + +	Kan blokkere en spesiell kaliumkanal i hjertet, som igjen kan gi teratogene effekter (se tekst). Ut i fra dyre- og in vitro studier virker klaritromycin som den mest potente hERG-blokkeren av makrolidene.	Antatt klasseeffekt med hensyn til teratogen effekt. Bruk i 1. trimester: spesialist-/sykehusoppgave ¹
Nitrofuranderivat Nitrofurantoin	J01XE	Po	+	+	+	Sjeldne tilfeller av hemolytisk anemi hos nyfødte fordi umodent enzymsystem i erytrocytter kan gi glutationmangel.	Bør unngås nær fødsel pga fare for hemolytisk anemi hos nyfødte
Tetracykliner Tetracyklin ⁴ Doksycyklin ⁴	J01A	Po Po/par	- (+)	- -	- -	Fare for tannskader hos fosteret fra 15. svangerskapsuke. Doksycyklin har ikke vist økning i misdannelser ved bruk i 1. trimester ⁴	Gravide er særlig følsomme for tetracyklinindusert leverskade ved høye doser. Bruk av doksycyklin i 1. trimester kun om det anses <u>helt</u> nødvendig
Trimetoprim	J01E A01	Po	-	+	+	Rapporter om misdannelser ved bruk i første trimester (ganeleppespalte, spinale, urinveis og kardiovaskulære misdannelser)	Bruk i 1. trimester: spesialist-/sykehusoppgave ¹
Sulfametoksazol og trimetoprim	J01E E01	Po	-	+	(+)	Sulfonamider konkurrerer med bilirubin om binding til albumin.	Sulfa gitt nær fødsel kan medføre fare for kjerneikterus og hemolytisk anemi hos det for tidlig fødte spedbarnet. – Bruk i 1. trimester: spesialist-/sykehusoppgave ¹

+ : kan bruke (-) : kan brukes med forsiktighet i spesielle tilfeller (-) : usikkerhet foreligge - : bør ikke brukes
Po – per oralt (f.eks. tablett, kapsel, mikstur) par – parenteralt (annen administrasjonsform enn via munn)

¹ Brukes bare ved alvorlige infeksjoner der hensynet til moren veier tyngre enn risikoen for fosterskade. Slik bruk er en spesialist/sykehusoppgave

² Sår ikke oppført i Felleskatalogen per oktober 2007. Søk for preparatnøstale via virkestoff på Legemiddelverket hjemmeside (www.legemiddelverket.no).

³ Det transplacentalt karsinogene potensialet til metronidazol blir kanskje aldri helt klarlagt: Kreft hos barn er sjelden, og både hos eldre barn og voksne er det vanskelig å påvise sammenhengen mellom bruk av et legemiddel og kreft pga forstyrrende miljøfaktorer (Briggs GG, Freeman RK, and Yaffe SI, 2005).

⁴ I preparatnøstale til alle tetracykliner anbefales de ikke brukt under graviditet. Epidemiologiske studier hos gravide som hadde brukt tetracyklin i 1. trimester, viser en mulig økning av mindre misdannelser (gingival-brøkk og hypospadi). Andre studier med doksycyklin har ikke vist tilsvarende økning av misdannelser (Briggs GG, Freeman RK, and Yaffe SI, 2005). – Denne ekspert anbefalingen bygger på nytterisikoanalyse basert på tilgjengelig kunnskap. Doksycyklin er foreslått brukt med forsiktighet i spesielle tilfeller.

Nye retningslinjer for antibiotika i allmennpraksis og sykehjem

AV KNUT EIRIK ELIASSEN, fastlegevikar ved Nordstrand legesenter i Oslo og sekretær for revisjon av antibiotikaveilederen

Høsten 2008 vil en ny antibiotikaveileder bli distribuert til landets allmennleger, sykehjem, medisinstudenter samt til utenlandske leger som får norsk lisens.

Nytt i denne utgaven er kapitlene om sykehjemsmedisin, antibiotika til ammende og gravide, utvikling av antibiotikaresistens, «vent-og-se»-resept samt MRSA. I tillegg vil terapianbefalingene i den nye veilederen være evidensgradert.

Veilederen vil foreligge i papirutgave og elektronisk versjon. Terapianbefalingene samordnes med innholdet i NEL og andre informasjonskilder til allmennleger. Målet er å innarbeide innholdet i undervisningen av medisinstudenter og utenlandsmedisinere, i emnekursene for videre- og etterutdanning av allmennleger samt i smågruppeundervisning.

Samarbeidsprosjekt

Den første nasjonale antibiotikaveilederen for allmennpraksis ble utgitt i 1999. Veilederen ble laget av overlege Dag Berild ved Aker Universitetssykehus i samarbeid med allmennleger og sykehusleger. Arbeidet ble igangsatt på bakgrunn av Plan for motvirkning av antibiotikaresistens som kom samme år. Inkludert i denne planen var opprettelsen av Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP). Senteret ble stiftet høsten 2006, og er resultatet av et samarbeid mellom landets fire medisinske fakulteter. ASP administreres fra

Seksjon for allmennmedisin ved Universitet i Oslo. I utkastet til ny tiltaksplan for smittevern og motvirkning av antibiotikaresistens fra 2007/2008, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at ASP skal bli permanent nasjonalt kompetansesenter for bruk av antibiotika i primærmedisin, og stimulere og samordne forskning innen området.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet arbeider ASP med å revidere antibiotikaveilederen fra 1999. Siden våren 2007 har ca 30 leger og farmasøyter vært engasjert i arbeidet. På samme måte som sist samarbeider allmennleger og sykehusspesialister om hvert enkelt kapittel.

Man har observert økende antibiotikaresistens blant mikrober, også i Norge. Selv om vi ligger blant de beste i verden, er det viktig med tiltak for å holde oss der. En særlig utfordring er pågangen av nye bredspektrede legemidler som i for stor grad brukes i allmennpraksis, samt at mange norske leger utdannes i utlandet. Mange utenlandske leger som arbeider i Norge har en annen oppfatning av hva som er riktig antibiotikabruk. Økt reiseaktivitet og tilflytting gjør også at de store resistensproblemene man opplever andre steder, med blant annet MRSA, resistent tuberkulose og gonorré angår oss alle.

Les mer om ASP og antibiotikaveilederen på www.antibiotikasenteret.no



Utlysningstekst AFU stipend 2. halvår 2008

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

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de allmennmedisinske/samfunnsmedisinske instituttene i deler av stipendperioden. Det er redegjort for lønnsvilkårene i statuttene for stipendiat. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning.

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

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

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned på www.legeforeningen.no?id=12573 (link i høyre marg), eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Ved behov for nær-

mere informasjon, ta kontakt med sekretariatet eller et av de allmennmedisinske instituttene.

Det er også mulig å søke om tildeling av inntil 3 månedersverk fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Prosjekt som det søkes om støtte til fra disse midlene må ligge innenfor det legevaktmedisinske feltet. Det må også her være etablert et veilederforhold med kandidaten, og prosjektet skal formelt utgå fra Legevaktssenteret, men kan ha andre adresser. For nærmere informasjon om disse midlene, ta kontakt med professor Steinar Hunsbår ved Universitetet i Bergen. Samme søknadsskjema som nevnt ovenfor bes benyttet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariat innen 15. mars 2008:

Allmennmedisinsk forskningsutvalg v/ Tove Rutle
Sjøbergvm. 32, 2050 Jessheim
Tlf: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25
E-post: rmitove@online.no

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



SELEXID®

pivmecillinam



Preparatvalg ved empirisk behandling av urinveisinfeksjoner (UVI)...

	Preparater anbefalt til empirisk behandling i:				
	allmennpraksis ¹			sykehus ^{2,3}	
	% resistente E. coli ⁴ *	nedre UVI	øvre UVI	nedre UVI	øvre UVI
Selexid®	1,4	+	+	+	+
Nitrofurantoin	1,3	+		+	
Ciprofloxacin	2,2				+
Trim-sulfa	16,9		(+)	(+)	(+)
Trimetoprim	18,5	(+)		(+)	
Ampicillin/amoksisicillin	31,2	(+)	(+)		

*: isolat fra urin

(+): Flere studier har vist at dersom resistensnivået mot et antibiotikum i et område er over 10-20%, medfører dette en øket forekomst av feilslag når medikamentet blir brukt til empirisk behandling av ukomplisert UVI^{5,7}.

Ref:

1. Smittevernet. Håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsestasjon, Oslo 1999: 45-55. <http://www.helsestasjon.no>

2. Smittevernet. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsestasjon, Oslo 2001: 48. <http://www.helsestasjon.no>

3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://antibiotika.helse-vest.no>

4. NORPM-NORM-VET 2006. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. Tromsø/Oslo 2007: 53.

5. Raz R, Ouzan B, Kennes Y et al. Empiric use of trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) in the treatment of women with uncomplicated urinary tract infections, in a geographical area with high prevalence of TMP-SMX-resistant uropathogens. Clin Infect Dis 2002; 34: 1165-9.

6. Gupta K, Stamm WE. Outcomes associated with trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) therapy in TMP-SMX resistant community-acquired UTI. Int J Antimicrob Agents 2002; 19: 554-6.

7. Grude N, Tveden Y, Jenkins A, Kristiansen B-E. Uncomplicated urinary tract infections. Bacterial findings and efficacy of antibacterial treatment. Scand J Prim Health Care 2005; 23: 115-9.

C Selexid "LEO" Amiksinopencillin.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneholder: 1) Hesteglass: Mecillinam 400 mg. 2) Hesteglass: Sterilt vann 6 ml. **J01CA11. TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg:** Hver tablett inneholder: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer: J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Personer: Tablettene tas med rikelig drikke. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig uavhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt kortidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakterier. **Barn:** Normaldose: 20 mg/kg/dag fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose, eller inntil 60 mg/kg/dag, brukes. **Barn:** 20-40 mg/kg/dag fordelt på 3-4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Oppløsningen er svakt sur. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæsken tilsettes 50-100 ml fysiologisk salavann. Infunderes i.v. ("slow-drip") i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjoner overfor cefalosporiner. Øsofagusstricture (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metylmalonyl-CoA-acyl-CoA lyase-defekt, propionyl-CoA-acyl-CoA lyase-defekt. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminnøys ved bruk av pivmecillinamholdige preparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvekt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjentatte, korte behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gis med mindre en av to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karminnøys til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelympomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den rene utskillelsen av mecillinam. (J01C beta-laktamantibiotiske midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Det er ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør allikevel utvises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidsrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminnøys ved at morens karminnøys senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk: Preparatet går i løst grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger:** Injeksjonsvæske: Sjeldne (<1/1000): Hudallergiske reaksjoner. Tabletter: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brøknings, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelresthet p.g.a. karminnøys. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et unispektralt amiksinopencillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som "pro-drug", er tyrestabil og absorberes godt aktivt mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som "pro-drug", er tyrestabil og absorberes godt aktivt mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som "pro-drug", er tyrestabil og absorberes godt aktivt mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. **Andre opplysninger:** Mecillinam fjernes ved dialyse. Infusjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre infusjonsvesker. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 812,10. Tabletter: 100 stk. kr 484,90. Enpac: 20 stk. kr 119,60, 30 stk. kr 165,90. T: 19611, 38111. 01.11.2007.



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

LEO®

© LEO januar 2008.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.
Grafisk utforming: Møllvik Grafisk AS 71207

Primærhelsetjenesten som hovedarena for medisinstudiet

AV ELLEN RYGH *mlflere*

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø arrangerte i dagene 29. september til 4. oktober 2007 en studietur til Northern Ontario School of Medicine (NOSM) og McMaster University i Canada. Med på turen var foruten ansatte og forskere ved senteret og universitetet, senterets nettverkskoordinatorer, samt representanter for Direktoratet og andre samarbeidspartnere. Seniorrådgiver Ellen Rygh ved Senter for telemedisin, seniorrådgiver Ole Bjørn Herland i Sosial- og helsedirektoratet og førsteamanuensis Tor Anvik fra Universitetet i Tromsø gir her Utpostens lesere noen inntrykk fra læresteder for medisin, der distriktene er viktigste arena i studieplanen («Community engaged learning»).

Ny studieplan

Legeutdanningen ved Universitetet i Tromsø ble etablert i 1973. En av de grunnleggende ideene var at studentene etter gjennomførte studier skulle bli i landsdelen. Studieplanen for medisin var den gang relativt radikal med vekt på at studentene skulle møte pasienter tidlig i allmennpraksis en kort periode i første studieår og at hele femte studieår skulle tilbringes hos allmennleger og på lokale sykehus i landsdelen. Gruppebasert læring og organbaserte kurs med integrert undervisning i basalfag og kliniske fag etter mønster fra bl.a. universitetene i Maastricht og McMaster var også grunnleggende prinsipper i studieplanen (1).

Utviklingen over de 34 årene som har gått, har imidlertid gått i retning av flere forelesninger fra kateteret og mindre tid til gruppebasert undervisning. Reduksjon av antall sengeplasser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og økt opptak av studenter har gjort det vanskeligere å gi medisinstudentene tilstrekkelig pasientkontakt i undervisningssituasjonen. Det medisinske fakultet vedtok derfor våren 2007 å sette i gang en full revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø.

Northern Ontario School of Medicine (NOSM)

NOSM betegner seg selv som «Canada's First Medical School for the 21st Century» (2)! Dekan Roger Strasser ble i 2002 hentet fra Monash University i Australia

der han hadde utviklet en tilsvarende rural studieplan. De første studentene ved NOSM startet opp i august 2005. Utdanningen er generalistfokuser, både når det gjelder family doctors og spesialister. I 2007 ble 56 studenter tatt opp, fordelt med 32 ved Laurentian University i Sudbury og 24 ved Lakehead University i Thunder Bay. Disse to campusene ligger med ca 95 miles avstand. NOSM gir ved opptak fortrinns til studenter som kommer fra utkantstrøk, og utvelgelsen skjer blant annet på bakgrunn av intervjuer. Hensikten er å utdanne medisinerer som vil slå seg ned og arbeide i distrikt. Ved årets opptak var det 2274 søkere. Alle som ble tatt opp, var fra såkalte rurale områder i relativt vid forstand. Førti (71 prosent) av de 56 studentene var kvinner, fem (ni prosent) hadde urfolkbakgrunn (inuitter og indianere) og 15 (27 prosent) hadde fransk som sitt hovedspråk.

Campusene i Thunder Bay og Sudbury ligger med ca. 95 miles avstand.





Busstransport til Northern Ontario School of Medicine. FOTO: ELLEN RYDOL

Felleskontor for leger og andre ansatte ved det nye Family Health Centre på McMaster i Hamilton. Omvisning av lederen for Department of Family Medicine ved McMaster universitetet, Dr. David Price. FOTO: ELLEN RYDOL



I Canada må alle studenter ha avlagt en universitetsgrad tilsvarende bachelor eller høyere før de blir tatt opp ved medisinstudiet (3). Studiet ved NOSM varer i fire år og avsluttes med en nasjonal eksamen. Deretter følger to år med spesialisering i «Recidency Training» og etterfølgende tjeneste som vanligvis fører til spesialitet etter til sammen fire år. Selv om lønnsnivået er på vei oppover, tjener fortsatt organspesialistene generelt bedre enn allmennlegene. Som i Norge er det lege-mangel i rurale, nordlige og perifere utkantstrøk (4).

Studieplanen for medisinerutdanningen

Studieplanen vektlegger utdanning av leger som er generalister og som kan og vil inngå i samhandling og tverrfaglighet med andre yrkesgrupper og med andre nivåer i helse-tjenesten. Ved oppstart på studiet må studentene skrive under på at de er innforstått med at en vesentlig del av undervisningen skjer i små lokalsamfunn langt fra de store byene. Hovedtema i pensum er:

- Northern and Rural Health
- Personal and Professional development
- Population Health
- Foundations of Medicine
- Clinical Skills in Medicine.

Studieplanen er hele veien preget av utstrakt klinisk praksis i kontakt med pasienter, kombinert med praksisperioder i distrikt. Studiet baseres på «Self-directed Learning Cycles» og er delt inn i 11 «Case-Based Modules» som løper

gjennom de to første studieårene. Disse modulene tar for seg ulike organsystemer og kombineres med fire ukers distriktspraksis i første studieår og to seks-ukers perioder med distriktspraksis i andre studieår. Hele tredje studieår tilbringes ute i distriktspraksiser og tilhørende lokalsykehus (akkurat som i femte året i Tromsø!). I fjerde studieår møter studentene mer spesialisert medisin på større sykehus.

Akademiske prinsipper

Det er fem akademiske bærebjelker nedfelt i studieplanen ved NOSM:

1. *Interprofessional* – team-tilnærming er vesentlig i moderne helsevesen.
2. *Integration* – koordinert interaksjon mellom studenter, residents, fakultet og ansatte
3. *Community oriented* – studentene skal oppleve seg som en del av lokalsamfunnet de utdannes i
4. *Distributed* – ressursgrunnlaget for studiene ligger i lokalsamfunnene der studentene får sin opplæring
5. *Generalism* – utdanning, organisering og pasientomsorg har en holistisk tilnærming
6. *Diversity* – verdien i at Northern Ontario har ulike kulturer som grunnlag for utdanning av legene som skal virke der.

Lokalsykehus og distriktsmedisinske sentre

Vi fikk besøke ulike praksiser i distrikt. Felles for disse er at allmennlegen jobber både i egne praksiser og i en sykehus-setting sammen med spesialister. Noen av oss besøkte et lokal-



Professor Roger Strasser, vize-
rektor Joel H. Lanphear og
forskningsdirektør Raymond
W. Pong i intense diskusjoner
med Ivar Aarås og Svein
Steinert fra Nasjonalt Senter
for Distriktsmedisin i Tromsø.

FOTO: ELLEN RYGH



Vi tas i mot av rektor Roger Strasser og forskningsdirektør
Raymond W. Pong ved det nye medisinske fakultetet ved
Lauretium University i Sudbury. FOTO: SVEN STEINERT



Sudbury er et distrikt preget av nikkelutvin-
ning og skogbruk. Her er Ole Bjørn Herland,
Elisabeth Swensen og Eivind Vestbø ved
monumentet for gruvedriften. FOTO: ELLEN RYGH



Per Stensland i diskusjon med
Dr. David Price, sjef for De-
partment of Family Medicine
ved McMaster. FOTO: ELLEN RYGH

samfunn med rundt 20 000 fastboende innbyggere som hadde et nybygget sykehus med 70 akutsenger og 110 langtidssenger. Dimensjoneringen av sykehuset er mye begrunnet i at innbyggertallet blir sjudoblet i sommermånedene som følge av turisme. Akuttinntaket på dette sykehuset blir betjent av 20 allmennleger som samarbeider med tre lokale kirurger, to indremedisinere og en radiolog. Utstyr både i radiologi, akuttmedisin og for katastrofer er meget avansert og gjennomtenkt.

Vi fikk også et klart bilde av hvordan sykehuset tok hensyn til ulike kulturer som sognet til det. Ett rom er spesielt innredet og utstyrt som en egen avdeling (Shawanaga First Nation Healing Centre). Her er det lagt til rette for at inuitters og indianeres medisinmenn skal kunne utføre ulike seremonier og ritualer i full forståelse med sykehusets tradisjonelle drift. Kanskje var dette det elementet som gjorde mest inntrykk i en ellers imponerende satsing på å skape et vel fungerende lokalsykehus.

Telemedisin

Canada ligger langt fremme i bruk av telemedisin. Staten har satset på bredbånd og satellitt-dekning helt ut til de mest perifere, ofte veiløse, bosetningene. I utkantstrøk med stor legemangel er det flere steder stasjonert nurse practitioners, erfarne sykepleiere som undersøker pasienter på stedet. Disse benytter telemedisin i sin samhandling med leger og sykehus.



Besøk på et helisenter i distrikt som tar i mot praksisstudenter.
Vi ser Tor Anvik, Jan Hana og Ole Bjørn Herland sammen med
representanter for West Parry Sound Health Centre. FOTO: SVEN STEINERT

I en så desentralisert modell som den vi ble kjent med i Northern Ontario, var det en naturlig forutsetning å bruke moderne informasjonsteknologi som et integrert verktøy for gjennomføring av undervisning mellom to forskjellige campuser med mange miles avstand, og for å følge opp og undervise studenter mens de er utplassert i kommunene. Studentene får utlevert hver sin bærbare PC ved studiestart, og bruker denne aktivt gjennom hele studiet, også under utplasseringsperiodene. NOSM bruker en elektronisk, web-basert samarbeidsplattform som diskusjonsforum og



Pensjonert professor ved McMaster Evert Nieboer, som også er professor II i Tromsø, her i engasjert dialog med Education Coordinator Nancy Fowler ved Department of Family Medicine. Han var en viktig tilrettelegger under planleggingen av vårt studiebesøk og en inspirerende ledsager gjennom dagen. FOTO: SIVIN STENHET



Mc Master Family Health Centre: Legekantorene var trange og nøkterne. Videokamera på vegg på alle legekantor - i kontinuerlig bruk for veiledning. FOTO: SIVIN STENHET

for informasjonsutveksling. Ved universitetet er undervisningslokaler innrettet for observasjon og tilbakemelding fra gruppen til den enkelte student ved hjelp av toveis-spill og videokamera. Sentrale forelesninger blir videooverført mellom de to tvillingskolene i Sudbury og Thunder Bay, samt at de legges ut på web. Studentene legger fram sine utfordringer og oppgaver for medstudenter ved andre lærepraksiser, gjerne med egen praksislærer ved sin side.

McMaster University

Hovedsetet ligger i byen Hamilton som med sine 400 000 innbyggere ikke faller inn under betegnelsen distrikt slik vi bruker det i Norge. Som ved NOSM er filosofien likevel å gi distriktbasert undervisning, og også her brukes videokonferanser slik at distriktpraksisene kan kommunisere med moderuniversitetet, og at de på sin side kan se hvordan det er ute i distrikt (5). Det er lagt stor vekt på interprofesjonell læring, foruten problembasert og evidensbasert læring, som jo er deres varemerke. Vi fikk en engasjerende innføring i flere programmer, der spesielt program for rural palliativ omsorg og bruk av evidence-based medicine under konsultasjonen ga inntrykk som blir sittende.

Vi besøkte deres mest sentrale og nyåpnede lærepraksis som egentlig er en samlokalisering av tre gruppepraksiser for «Family Health». Moderne undervisningsfasiliteter for studenter og utdanningskandidater var en del av bygget. Alle konsultasjonsrom inneholdt utstyr for videooverføring av konsultasjoner til en egen monitor for veileder. Både studenter, kandidater og pasienter aksepterte dette uten problem.

Overføringsverdi

Hva har vi å lære av disse besøkene? For det første ble vi møtt av gjestfrie, vel skolerte og entusiastiske kolleger. For det andre ble det etter hvert klart for oss at det som betegnes som god distriktmedisin i like stor grad kan sies å kjennetegne god allmennmedisin generelt, slik at disse prinsippene bør kunne brukes som en motor for all grunn-, videre- og etterutdanning.

Ved begge lærestedene var alle tydelig stolte av sine studieplaner – og med rette. Det at studieplanene tydeligvis er et fellesei er viktig for å holde motivasjonen oppe for å kunne gjennomføre ideene i praksis. Det første kullet fra NOSM har enda

ikke fullført sitt studium. Vårt møte med studenter ute i lærepraksisene viste i hvert fall minst like engasjerte studenter som de vi opplever ute i praksis her hjemme. McMaster har et imponerende resultat ved at 48 prosent av deres studenter går inn i «Family Medicine» som spesialitet etter avsluttet studium.

Allmennmedisin rekrutterer for dårlig her i Norge. Det virker selvfølgelig å si at studiet danner et viktig grunnlag for hvilken spesialitet som velges siden. Skal vi få til en tilsvarende omlegging av studieplaner i Norge, vil kanskje Tromsø være det naturlige stedet å starte, ettersom de allerede er i gang med sin revisjon. I Ontario har det vist seg mulig å få politisk aksept og prioritering for at utdanning av leger skal kunne skje i lokale distriktmedisinske helsesentra. Å opprettholde en god og stabil helsetjeneste er som kjent ofte avgjørende for å bevare levedyktige lokalsamfunn ute i distriktene.

Til Universitetet i Tromsø har vi derfor følgende å si: Gå hen og gjør likedan!

Etterskrift:

Efter at dette manuskriptet var avsluttet, har det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø gått sammen med NSDM om å invitere lederne for medisinerutdanningen ved NOSM og McMaster til et seminar i Tromsø i mars 2008. I etterkant av dette seminaret arrangerer NSDM en åpen distriktmedisinsk konferanse med tema «Hvordan kan legeutdanningen bidra til økt interesse for allmennmedisin og økt rekruttering til distriktene?». Konferansen finner sted i Bodø 12. og 13. mars 2008, og representanter for sentrale myndigheter og alle de fire medisinske fakultetene i Norge vil bli spesielt invitert. Lederne fra NOSM og McMaster vil også holde foredrag på denne konferansen - og her kan interesserte selv ta del i den begeistring som vi som var på studiereisen opplevde!

Referanser

1. Hjørt PF, Walløe L, Sundby P, Prydz H, Wisløff F, Romøren TT et al. Medisinsk studieplan. Universitetet i Tromsø. Tromsø: Universitetsforlaget, 1971.
2. http://www.normed.ca/about_us/glance.htm - lest 25.11.2007
3. <http://www.normed.ca/programs/undergraduate/admissions/requirements/academic.aspx> - lest 25.11.2007
4. Jong M: President's message. Need for a national rural health strategy C/JRM 2007;12(4):205
5. <http://65.39.131.180/ContentPage.aspx?name=MD%20Program%20Home> - lest 25.11.2007

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Ellen.Rygh@telemed.no

Gir journalsystemet deg mindre tid med pasientene dine?

Nye Infodoc Plenario journal er løsningen!

Hurtighet er viktig, men Infodoc er ikke bare opptatt av "hvor mange tastetrykk en må gjøre for å utføre en funksjon".

- Vi er også opptatt av helheten. Kort vei til målet skal ikke forringe kvaliteten.

Infodoc Plenario journal er nå den eneste medisinske journal som leverer det andre snakker om - det nyeste av Windows-basert teknologi fra innerst til ytterst.

Plenario journal gjør deg i stand til å utføre mer med mindre innsats!

Infodoc as

► WWW.INFODOC.NO

► +47 5552 6300

Skal du vite noe om våre produkter, er det best å spørre oss.

Kontakt oss for demo



infodoc Plenario

...innovasjon satt i system

FRA EN ULTRALYDENTUSIAST:

Ultralyd i allmennpraksis. Er tiden moden nå?

AV SVEIN LUNDE

Før en del år siden begynte enkelte privatpraktiserende gynekologer å ta i bruk ultralyd som et diagnostisk verktøy. I dag bruker samtlige gynekologer ultralyd. Det ville være utenkelig å drive gynekologisk praksis uten dette hjelpemiddelet.

Hva med allmennpraksis? Kan vi dra nytte av billeddiagnostikk? Enkelte eldre kolleger husker kanskje at det på 80-tallet var flere artikler i *Tidsskrift for Dnlf* om ultralyd i allmennpraksis ved kollega Svein Z. Bratland. Han viste nytteverdien av undersøkelse av galleblære, urinveier, terminbestemmelse og fostervekt. Undersøkelse av hjerte, gynekologi og bløtdeler var lite/sikke egnet til ultralydundersøkelse i allmennpraksis. En rekke spesialforeninger i legeforeningen konkluderte med at ultralyd ikke hørte hjemme i allmennpraksis, mulig kun for enkelte spesielt interesserte. Er tiden moden nå?

Anamnesen er fremdeles viktigst når det gjelder å stille en diagnose. Vi supplerer med en klinisk undersøkelse av pasienten, tar EKG, spirometri og blodprøver. Noen ganger henviser vi videre til spesialisthelsetjenesten eller en røntgenavdeling. Allmennleger har generelt vært restriktive mht å «teknifisere» primærhelsetjenesten.

Utdanningen

De siste ti år har to allmennleger, Arne Ivar Østensen og Gunnar Aasheim, sammen med Arne Heilo, radiolog ved Radiumhospitalet, holdt kurs i ultralyd for allmennleger. Ca 200 har deltatt. Mange har tatt kurset om igjen. De trenger repetisjon. Ved det siste kurset som ble av-

holdt 6. mars i år ble «Forening for ultralyd i allmennpraksis» stiftet (FUA). Foreningen tar sikte på status som spesialforening i Legeforening. Styret har sterk tro på at antallet nye ultralydbrukere vil øke betydelig i nær fremtid. Målet er at ultralyd skal bli like selvsagt som EKG og CRP på fastlegekontorer. Skannere er blitt stadig billigere i innkjøp og bruktmarkedet er



Svein Lunde

født 1948. Cand med København 1975
Spesialist i allmennmedisin -92.
Allmennlege i Os/Hordaland fra -77
Siste år i Irisgården Allmennpraksis.

stort (maskinene slites nesten ikke). Et nytt ultralydapparat koster ca kr 100 000. Brukte apparater fåes langt rimeligere. Leasing er også et alternativ.

På grunnkurset i ultralyd lærer vi først å bli kjent med apparatet. Deretter ser vi på de forskjellige organer i normalvariant (soncanatomy) og til slutt sykkelige forandringer (sonopatologi). Vi begynner med å se på de faste organer i magen, det vil si lever, galleblære, galleganger, nyrer, milt, bukorta, urinblære, prostata, testikler og livmor.

Alle får mulighet til å bruke apparater under tilsyn av veiledere. Etter hver forelesning er det som regel satt av tid til praktiske øvelser. De fleste vil etter kursets slutt ha fått nok basiskunnskaper til å begynne på egenhånd. Mye er vanskelig i starten. Man kunne ofte ønske seg en veileder i nærheten, men det er ikke vår hverdag. (På radiologiske avdelinger vil en ofte ha veileder på de første 300 undersøkelsene). Det er lurt å begrense seg til få organer når en begynner, til eksempel; aorta og uterus/tidlig graviditet.

Til nå har det vært nok med ett til to grunnkurs i landet pr år. Vi håper det vil være behov for flere fremover. I styret for vår nye forening vil vi vektlegge strukturert kurstilbud. Det er behov for mer forskning.

I Bergen har vi i 8 år hatt en interesseforening for allmennpraktikere som bruker ultralyd. Vi er ca 25 leger og har fire årlige møter. Forelesere er spesialister, radiologer og jordmødre. Etter forelesning har vi ca en time praktiske øvelser under supervisjon av foreleser. Vi bruker gjerne klinikere for å gjøre hverdagen mer lik vår egen. Forelesningene



ligger på et noe høyere nivå enn grunnkurs og blir en slags etterutdanning som vi til nå ikke har fått til på våre kurs.

Noen har meldt seg inn i NFUD (Norsk forening for ultralyddiagnostikk). I forbindelse med årsmøtene i april er det et symposium med variert program og mange parallelle forelesninger. Her får en informasjon om det meste innenfor ultralyddiagnostikk. Det er en inspirasjonskilde for de som blir litt ekstra interesserte.

Bruksområder i allmennpraksis:

Størst nytteverdi i starten vil en ha ved undersøkelse av gravide. Fosteret visualiseres fra ca sjette uke. Med stor nøyaktighet kan man bestemme fødselstermin, se antall fostre og placentaleie. På et tidlig tidspunkt kan man se om det er et levende foster eller et «blighted ovum». Dette kan spare den gravide fra å gå unødvendig lenge svanger med en tilstand som vil føre til spontan abort. Med ultralyd er det lett å se om det er sete- eller hodeleie. Denne prosedyre har nå fått en takst for allmennleger.

Urinveier er også relativt enkelt å studere. Vi finner ofte nyrecyster hos eldre. Nyresteiner kan man se dersom de er tre til fire mm og større. Et utvidet nyrebekken med varierende grad av hydronefrose kan være verdifull informasjon mht passasjehinder distalt; steiner, tumorer, prostatapatologi etc. Urinblæren sees tydelig i likhet med andre veskefylte rom. Det er lett å måle residualurin som ofte er svært nyttig hos eldre. Denne undersøkelsen utløser nå også en takst.

Personlig undersøker jeg ofte aorta hos hypertonicere, menn over 50, især røkere, og kvinner over 60. I likhet med de to prosedyrene som til nå har gitt takst, synes jeg denne undersøkelse bør bli den neste. Det er enkelt å følge utvikling av aortaaneurismer. Sykehuset overlater ofte dette til oss. Dersom diameteren øker til over fem cm eller aneurismet har en rask vekst, kan vi henvise videre til karkirurger. Mindre aneurismer kan vi selv følge relativt trygt.

I senere tid har jeg også begynt å se på a. carotis, gl. thyreoidea, milt (mononukleosed diagnose ofte stilt på den tilleggsundersøkelsen), leddundersøkelser, (serøs coxitt hos barn, inflammatorisk leddsykdom, artrose). Mange er flinke til å vurdere muskel-sene sykdommer: rotatorcuffskader i skuldre etc. Mulighetene er mange.

Jeg har brukt ultralyd som støtte til den kliniske undersøkelsen fra 1999. I begynnelsen var jeg ofte usikker og redd for å gjøre feil. Dette resulterte nok i noen «unødvendige» henvisninger i starten. Heldigvis ble bildene stort sett godt



Med ultralyd er det lett å se om det er sete- eller hodeleie.

mottatt og det kom tilbakemelding på hvilke «feil» jeg hadde gjort. Dette lærte jeg av. Jeg har i år sendt to pasienter videre til undersøkelse hos spesialist pga funn jeg har gjort, men som ikke ble bekreftet hos spesialist. På begynnerkursene blir det sagt at vi skal skille mellom mus og elefanter og ikke musearter.

Det er lett å lære teknisk bruk av ultralydapparatet. Undersøkelsen er smertefri og den kan brukes på alle. Tolkingsproblemer er ikke større enn mange andre «gråsoner» vi håndterer.

Jeg har hatt stor nytte av å få visualisert det jeg før måtte forholde meg til ved palpasjon av abdomen, uterus etc. Det har gitt meg entusiasme i arbeidet og jeg tror slike nye interesser kan være med på å forhindre utbrenthet. Gradvis har jeg økt min kunnskap og kompetanse og jeg mener selv at jeg har blitt en sikrere kliniker. Mengdetrening er det viktigste og i min praksis tar jeg minst fire undersøkelser daglig. Pasienten blir oftere undersøkt på benk og de virker fornøyde og uttrykker at de føler seg godt ivaretatt.

Skepsis

Det har til nå vært en del skepsis til ultralyd i allmennpraksis. Det har blitt brukt argumenter som «mangel på dokumentert nytteverdi», lite utdannelses tilbud og at prevalens av «sykdom» er lav. I sommer hadde Morten Glasø, Ivar

Mediås og Jørund Straand en artikkel i Tidsskrift for Dnlfi: «Diagnostisk ultralyd i en fastlegepraksis». Konklusjon var at undersøkelsen var nyttig for å avklare diagnose og «reduere bekymring både hos lege og pasient». Det ble mindre behov for henvisning til spesialisthelsetjeneste. Min egen erfaring, er størst nytteverdi når en finner normaltilstand av det organet jeg ser på. Den gravide er redd noe er galt med fosteret. Noen er redd for patologi på nyrer, lever, galle, testikler etc. Det å visualisere at alt er normalt gir en god trygghetsfølelse.

Dokumentasjon på nytteverdi er vanskelig. En kardiolog, gynekolog har billedmessig enkle organer å forholde seg til. Vår hverdag er annerledes. Tross mange gråsoner, mener vi at nettopp i allmennpraksis bør ultralyd ha en berettiget plass.

Økonomi er et minus. Det er ingen penger å tjene på dette. I starten er en ikke særlig flink, får det ikke til som en ønsker, må bruke mye tid, men pasientene er tålmodige.

Til slutt vil jeg ta med noen eksempler fra min praksis.

En kvinne på 29 år kom på kontoret. Hun hadde en kjent dobbel uterus (didelfus). På grunn av bivirkninger med vanlig prevensjon hadde hun 1 år tidligere vært på kvinneklinikken hvor høyre tube ble sterilisert og det var satt inn IUD i venstre del. Da hun kom til meg følte hun seg sliten, var kvalm og hadde vondt i høyre glutealregion. På ultralydbildet kunne jeg se at gynekologen hadde lagt en IUD i den høyre del av uterus (som allerede var sterilisert) og i venstre uterus så jeg en gestasjonssekk. Dette var selvsagt en uvanlig historie, men den kunne løses på kort tid uten laboratoriehjelp.



Bildet ovenfor viser en hvit bred stripe som representerer en kobberspiral i høyre del av uterus. I den venstre del ses en gestasjonssekk, mørk halemåne inne i lysere parti. Bildet er noe uklart, men det er lettere å orientere seg når en har et dynamisk bilde.

En annen dame i 60-årene kom for å sjekke stoffskiftet. Hun hadde følt seg uvanlig trett i senere tid. Hadde gått ned fire til fem kg og appetitten var ikke som den pleide å være. Før ultralydundersøkelsen hadde jeg ingen klare diagnoser å feste hennes noe vage symptomer til. Ved ultralydundersøkelsen fant jeg umiddelbart flere metastaser i leveren. Jeg forklarte henne at jeg hadde sett noe som ville medføre at hun i løpet av kort tid måtte undersøkes nærmere. Jeg tok flere blodprøver til utredning. Hun hadde normale leverprøver, men en betydelig forhøyet CEA. Hun ble så henvist til Haukeland Sykehus, medisinsk avdeling for videre utredning. Hun hadde en symptomløs cancer i colon ascendens. På det stadiet var hennes cancer inoperabel og hun døde vel ett år senere. Når det gjelder levermetastaser er de ikke alltid lett å finne. Dette gjelder også for radiologer. Et par sykehus i Norge bruker kontrastvæske for å påvise levermetastaser som en ikke klarer å se med vanlig ultralyd. Dersom vi har mistanke om metastaser må vi selvsagt henvise pasienten videre.



Bildet her viser lever, hvor en på høyre side ser et rundt parti som er omgitt av en mørk rand. Dette er typisk for levermetastaser.

En eldre mann kom til meg på grunn av verk i nedre del av magen. Han hadde ikke dysuri eller nokturni. Ingen endringer i avføringsmønster. Anamnesen passet ikke med prostatisme eller infeksjon. Nylig tatt PSA var 5,4 og kreatinin var 84 mmol/l. Ved hjelp av ultralyd kunne jeg se at han hadde blærestein og kunne derfor straks henvise ham til urologisk poliklinikk.



Bildet ovenfor viser et større mørkt parti som representerer urinblæren. Nede i høyre kant lå en stein på 14 mm, som kaster skygge. Steinen trillet over på venstre side da jeg ba pasienten legge seg over på den siden.

Personlig kan jeg nå ikke tenke meg en praksis uten ultralyd. Jeg har mange eksempler på tilstander jeg daglig avklarer ved hjelp av ultralyd. I dag er de fleste allmennleger som bruker ultralyd mannlige kolleger over 50 år, men i de siste årene har flere kvinner, også yngre kommet til. De har ofte langt flere undersøkelser av gravide og vil kunne ha en enda større glede av ultralydapparatet enn sine mannlige kolleger.

Referanser

1. Morten Glås, Ivar medias, Jørund Strand. Diagnostisk ultralyd i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 15
2. Svein Z Bratland. Ultralyddiagnostikk anvendt i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 1985.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: lunde1@online.no

Ultralyd i allmennlegekorpset, – vet vi nok?

Det er spennende å lese Svein Lundes begeistrede innlegg om ultralyd i allmennpraksis. Hvis allmennmedisinen skal utvikles videre trenger vi leger med visjoner for fremtiden. Allmennlegen må følge den teknologiske utviklingen og vurdere hvilke tekniske hjelpemidler som kan være nyttige for allmennlegen. Her må vi være både åpne og kritiske. Jeg tror mange allmennleger ønsker en styrking av den kliniske tilnærmingen til faget. Heller en ny undersøkelsesmetode enn en ny attest som skal fylles ut. Dette handler også om hva vi skal fylle dagen med og hva vi skal hjelpe våre pasienter med. Ultralyd høres gøy ut.

Men artikkelen reiser også mange spørsmål, spørsmål som er reist tidligere blant annet i av Svein Z Bratland og Svein Ødegaard i Tidsskrift for den norske legeforening nr 15/07.

Hva er den faktiske medisinske nytteverdien ved bruk av ultralyd i allmennpraksis? Hvilke ultralydundersøkelser er enkle nok og hyppige nok til at allmennlegen får nok erfaring til å kunne vurdere resultatet? Hvilken utdanning er nødvendig for at allmennleger skal kunne betjene ultralydapparatet med tilstrekkelig treffsikkerhet i en populasjon med lav forekomst av sykdom? Hvilke økonomiske konsekvenser vil en utvidet bruk av ultralyd i allmennpraksis medføre? Dette er spørsmål som allmennlegene må besvare. Hva er vel bedre enn en bunke spørsmål når den store satsningen på forskning i allmennmedisin står for døren?

Lykke til.

Jesper Blinkenberg

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22 – FAX: 63 97 16 25 – E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Skal politikere overprøve leger

Om høykostnadsmedisin, rettferdighet og prioritering

AV EDVIN SCHEI

Refleksjoner etter åpent møte i Filosofisk poliklinikk, Bergen, 9.1.2008.

Filosofisk poliklinikk er en arena for debatt og høyttenkning i og om medisinen, se www.uib.no/isf/filpol.

Ole Frithjof Norheim er, sine 42 unge år til tross, erfaren professor i medisinsk etikk ved det medisinske fakultet i Bergen. Etter å ha vært sekretær for Lønning II-utvalget som leverte sin NOU om medisinsk prioritering i 1997, var han fastlege i flere år før han hoppet over på infeksjonsmedisin i halv stilling ved siden av universitetsjobben. Med filosofisk og medisinsk dobbeltkompetanse har han et godt grunnlag for å lede forskningsprosjekter i Afrika, knyttet bl.a. til HIV-epidemien og utfordringene med å prioritere mellom medisinske tiltak i land med altfor små ressurser.

I Norge kan vi iblant få fornemmelsen av at en del problemer i helsevesenet ikke skyldes mangelen, men overfloden av økonomiske ressurser, en pengerikdom som ikke tilsvares av like store mengder dømmekraft og sunn fornuft. Eller skyldes klagingen over helsevesenet at vi er for gjerrige med å bevilge penger til medisinske formål? «Helsegapet» mellom det som er etterspurt på den ene siden, og det vi har råd til på den andre, øker år for år. Og det skjer til tross for at pengestrømmen til helseformål er fordoblet på få år. Investeringskurven peker bratt oppover, men forventningene og kostnadene stiger ennå raskere. Dermed står vi i en situasjon hvor vi ikke kan bevilge oss bort fra et brennende spørsmål: Hvem skal få dekket sine behov, og hvem skal ikke? Usikkerheten er betydelig i et innfløkt landskap av motstridende kulturelle verdier, historiske erfaringer og filosofiske ideer: Hva er behov, hva er etterspørsel, hva er rettferdig, hvem skal ha avgjørelsesmyndighet, og hvordan kan man best avgjøre hvem som skal få svært kostbar behandling, eller ikke?

I kveldens foredrag valgte Norheim å ta utgangspunkt i konkrete eksempler hvor fagmedisinske vurderinger var blitt overprøvd av politiske aktører. En slik sak var den kreftsyke firebarnsfaren Helge Audestads kamp for å få det kostbare nye medikamentet cetuximab. Han var klar over at det ikke ville redde livet hans, men ønsket sterkt at han og andre i samme situasjon skulle kunne få de ekstra månedene det kunne gi, selv om det kostet hundretusener. Overlege Olav Mella på kreftavdelingen på Haukeland universitetssykehus svarte nei til Audestads bønn, hvorefter saken havnet på avisenes førstesider. I april 2005 ringte helseminister Ansgar



Edvin Schei

født 1957, førsteamanuensis ved seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Han er også fastlege halve uken. Han har interesse for medisinsk filosofi, og særlig i lege-pasient kommunikasjon og utdanning av medisinsk personell. Han er gift og har tre barn.

Gabrielsen til Audestad og fortalte at han hadde gitt påbud om at medikamentet skulle tilbys alle som trengte det, gratis.

I sin analyse av dette eksemplet slo Norheim fast at overlege Mella etter alt å dømme hadde tatt en korrekt avgjørelse. Nyten av cetuximab i kontrollerte forsøk var marginal – median overlevelse økte fra 6,9 til 8,6 måneder, men dette funnet var ikke signifikant. Prisen for helseministerens avgjørelse var ca to millioner per vunnet leveår, som er ekstremt kostbart. Prislappen bare i Helse Vest var på 80 millioner i året, et enormt beløp i en region hvor kreftavdelingens samlede medikamentsbudsjett tidligere bare var på 30 millioner. Man ville fått mye mer helse, og også mer rettferdighet, ved å bruke pengene til andre formål.

Hvorfor ble da ikke fagmannens korrekte vurdering akseptert av pasienten og respektert av ministeren? Er det bare fordi kreftpasienter er selvopptatte, og helseministre villige til å bevilge hva som helst for en smule helteglorie i VG?

Etikkprofessorens svar er at selv om overlegens vurdering var fornuftig og rettferdig, så manglet den et annet essensielt kjennetegn ved en god beslutning. En vanskelig avgjørelse må ikke bare være korrekt og velbegrunnet, den må også *oppfattes* som legitim og rettferdig. I dette tilfellet hadde verken kreftavdelingen eller helseforetaket en offentlig tilgjengelig og velbegrunnet strategi i forhold til evaluering og innføring av nye lovende kreftmedikamenter. De gode grunnene for legenes avgjørelse kom frem i etterkant, men da var det for sent. I tillegg gir ikke pasientrettighetsloven pasienter på sykehus noe sted å gå med sin klage når en behandlingsavgjørelse er tatt. Audestad hadde knapt noe annet valg enn massemedia.

som sier nei til pasienter?

Rettferdighetsfilosofi nødvendig i medisinen

Hvordan kan man bli enig om etiske tommelfingerregler som blir noe mer enn filosofers synsing, ofte i strid med hverandre? Ole Frithjof Norheim er faglig inspirert av nyere amerikansk etisk teori, hvor filosofen John Rawls er et sentralt navn. Rawls publiserte i 1971 «A theory of justice», en bok som kom til å få epokegjørende effekt nettopp fordi den pekte på måter å tenke på som alle med rimelighet kan slutte seg til. Rawls gjør det lett (selv for filosofer!) å enes om at alle mennesker har grunnleggende behov for at samfunnet sikrer hvert individ politiske rettigheter på lik linje med alle andre. Det er også rimelig at alle mennesker har omtrent like muligheter for å skape seg et godt liv. Rawls modifierer likhetskravet ved å hevde at ulikhet er akseptabelt hvis det er til beste for de dårligst stilte. Rawls' tenkning er blitt brakt inn i medisinen av Norman Daniels ved Harvard-universitetet, som samarbeider nært med sin norske kollega Norheim. Daniels tar utgangspunkt i at de viktigste faktorene for god helse er jobb, inntekt, utdanning, et godt sosialt grunnlag for selvrespekt, og et adekvat tilbud av helsetjenester. Han har utviklet metoder for helseprioritering basert på to grunnleggende prinsipper, nemlig at tiltak kan gis prioritet i den grad de a) reduserer helseulikheter i et samfunn og b) er mer effektive i å skape helse totalt sett.

Men spørsmålet om hvordan man rent praktisk går frem for å ta rettferdige beslutninger er fremdeles ubesvart. Er det legene, etikkprofessorene, politikerne eller pasientene som skal vurdere om prinsippene innfris? Her kommer den tyske filosofen Jürgen Habermas med gode bidrag, gjennom det som kalles «diskursetikk». Habermas sier at en beslutning er rettferdig hvis alle berørte parter gir sin tilslutning til den, basert på tilgang til relevante fakta. Dette forutsetter at alle som berøres faktisk blir hørt, slik at de beste argumentene når frem til alle parter.

Hvordan prioritere?

Eksemplet med kreftbehandling hvor helseministeren overkjørte kreftlegene kan illustrere hvor galt det kan gå dersom fornuftige beslutninger ikke fattes med tilstrekkelig grad av åpenhet og deltakelse. Ole Frithjof Norheim av-

sluttet sitt innlegg med å peke på at vi har en lang vei å gå i Norge før vi har lært å ta vanskelige beslutninger på en klok måte. Etikere kan lære oss at beslutninger har best mulighet for å få gjennomslag dersom de:

- bygger på åpenhet om problemstilling og argumenter for og imot, med klart formulerte begrunnelser. Slike begrunnelser handler om tilstandens alvorlighet, forventet effekt av tiltaket, kostnadseffektivitet og kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon. Dette bør være åpent tilgjengelig, for eksempel som internettokumenter ved helseforetakene.
- inngår i en regulert praksis med kontinuerlig revisjon av forskningsdokumentasjon og inkorporering av nye relevante argumenter
- kan påklages til en annen instans.

Ikke så lett

I den livlige diskusjonen etter foredraget kom det mange synspunkter og innspill som synliggjorde at virkeligheten vi arbeider i er ekstremt variert, med ulike typer utfordringer til dem som skal fordele ressursene. «Vi hører stadig om hjerte og kreft, kreft og hjerte», sa en gynekolog. «Men hva med andre og mindre flotte lidelser, som urininkontinens? Du finner ingen som står frem på forsiden av Dagbladet med overskriften 'nå lekker jeg enda mer'. Og hvordan skal vi veie omsorgen for 5000 friske fødekvinne opp mot behovene til de hjerte- og kreftsyke? Vi merker hele tiden at den dramatiske medisinen stikker av med de største kakestykkene».

Det ble tydelig i løpet av møtet at vi leger har behov for arenaer hvor tanker og ideer om vanskelige menneskelige problemstillinger i medisinen kan luftes og drøftes. Filosofisk poliklinikk er en slik, og medisinsk-filosofiske fora finnes også i Tromsø og Oslo. Kanskje flere burde følge etter?

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Edvin.Schei@isf.uib.no



anmeldelser

Det store spørsmålet

– elegant besvart av en modig allmennlege

ANMELDT AV LINN GETZ

Universitetsforlaget har, i en delikat bokserie kalt *hva er*, utfordret noen av Norges fremste fagformidlere til å gi svar på store og krevende spørsmål. Serien består av korte essays som skal gi nybegynneren et stimulerende møte med ukjente tema, mens den viderekommende gjennom de samme tekster skal kunne få nye perspektiver på kjente tema. Ingen liten ambisjon. I *hva er*-serien finnes per idag et tyvetalls titler av typen *Hva er makt*, *Hva er etikk*, *Hva er litteraturvitenskap*.

I desember 2007 utkom boka *Hva er medisin*.

Hvem i all verden hadde mot til å skrive en bok med en så mektig og grenseløs tittel, kan man spørre. Utpostens lesere bør være stolte av svaret, – forfatteren er nemlig allmennlege. Edvin Schei, kombinert fastlege og ansatt ved seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. I god allmennmedisinsk ånd tok han en utfordring de aller fleste norske leger, både de med og uten doktorgrader, professorater og ærestitler, ville ha veket unna for. «Greit» må Edvin ha sagt. «Gi meg premissene, og jeg skal løse oppgaven.» Og rammebetingelsene var omtrent disse: «Cirka 150 små tekstsider, alt inkludert. Gå rett til poengene!»

Med andre ord: Mission impossible?

Nå er ikke Edvin Schei noen hvemsomhelst. Han har skrevet bøker før, og er kjent som en modig og kreativ kollega. Ikke minst har han lenge vært en 'mastermind' i planleggingen av en unik, konstruktiv og fagkritisk foredragsserie i regi av «Filosofisk poliklinikk» i Bergen. Tiden mellom 1998 og våren 2008 teller ikke mindre enn 83 solide og nytenkende foredrag (møteoversikt på www.uib.no/isf/fil-pol/). Og i Filosofisk poliklinikk holder man blikket løftet selv når hjertet banker og beina skjelver... Møtene arrangeres midt i skolemedisinens høyborg – Store auditorium på Haukeland Universitetssykehus. Foredragsserien har inspirert og styrket mang en søkende helsearbeider, mens de mer selvtillfredse kan ha blitt provosert og opprørt over å høre kolleger uttrykke bekymring i forhold til utviklingen i vårt fag. Man bør jo vite bedre enn å skite i eget reir. Edvin Schei's engasjement for faget skaper med andre ord bevegelse. Og ryktene om poliklinikkens kompromissløse selv-



Edvin Schei:
Hva er medisin
Oslo; Universitetsforlaget, 2007
160 sider

ransaker har trengt stadig dypere inn i de medisinske korridorer. Til beste for faget medisin – et fag som verken bør betraktes som selvsagt eller uproblematisk. Medisinen trenger kontinuerlig selvrefleksjon og nytenkning omkring sin rolle, sine mål og sine midler. Kun slik kan faget leve opp til forventningene om å være til hjelp, og gjøre minst mulig skade.

En norsk bok om hva medisin 'egentlig' er, kunne vært skrevet på cirka 21 000 forskjellige måter, om vi tar utgangspunkt i antallet leger i vårt land, med tilhørende faglige favoritter og kjepphester. Edvin Schei har gjort klokt i å utvikle en *personlig* beretning om faget medisin, istedet for å presentere et konsensuspreget «overblikk fra ingensteds.» Og han søker bevisst å balansere beskrivelsen av «medisins godhet og slagkraft» opp mot en presentasjon av fagets tvetydighet og problematiske områder. Dette lykkes han godt med. Som i sitt arbeid med Filosofisk poliklinikk viser forfatteren sin sjeldne og dyrebare teft for å kartlegge «områder hvor medisinen – som fag eller tema – trenger ytterligere debatt, kunnskap og refleksjon» (s. 9).

Det er tydelig at forfatteren har sett, tenkt og lest mye før han satte seg ved tastaturet. Det gjør at han evner å skrive både klart og kort om svært komplekse saker. Han har også sirklet inn relevante og spennende referanser for den som vil lese mer. Bokas kapitler har følgende titler: *Riss av medi-*

sinens landskap, Historien, Hvorfor blir noen syke, og andre ikke, Medisin og helsevesen i Norge, Medisin som vitenskap, Helse – et gåtefullt begrep, Makt – til å hjelpe, Fremtiden er nå.

De første kapitlene gir informativ oversikt over medisin-fagets røtter og historiske utvikling. Fra og med kapitlet om medisin i Norge slippes leseren også inn i klinikkens lukkede rom der vi møter pasienter og fagutøvere «tett på». De kliniske vignettene omfatter sykehus, legevakt, allmennpraksis, ja endog en studenteksamen, og har fine detaljer som gjør det mulig for nybegynneren å få øye på (og for den erfarne ringrev å se med nye øyne) en del av fagets grunnleggende tatt-for-gitt-heter, premisser og særegenheter, slik de arter seg i praksis. Eksempler på 'store' temaer som bakes inn i gripende pasienthistorier er klinisk beslutningslære og fagets iboende usikkerhet; finesser og fallgruver i klinisk kommunikasjon; betydningen av å jobbe i team, og teknologiens tvetydige rolle – som essensielt verktøy for elegant problemløsning i ett øyeblikk, og distraherende og dehumaniserende faktor i det neste. Forfatteren formidler også slående kontraster innad i faget, mellom biomedisinske hi-tech-scenarier der personalet framstår som høykvalifiserte og vennlige kroppsteknikere (vi følger en pasient gjennom invasiv cardiologi) og ' nakne' kliniske møter hvor menneskets eksistensielle sårbarhet og grunnleggende ensomhet er hva det handler om – eller bør handle om.

... Og dermed har Edvin Schei etter mitt syn innfridd intensjonen om å tilby nybegynneren et engasjerende «hands on» møte med faget medisin, samtidig som den erfarne kan lene seg tilbake og la seg berike av nye assosiasjoner og tanker. Mission completed!

Hva er medisin er en misunnelsesverdig godt skrevet bok. Stadig kom jeg over utsøkt presise og fortettede formuleringer. Noen eksempler blant mange mulige:

«... helsearbeidere trenger personlige egenskaper som setter dem istand til å integrere universelle og individuelle fakta, vitenskap og subjektivitet, kalkyle og intuisjon.» (s. 11)

«Å gi pasienter tid er viktig, men viktigere enn lang tid i dag er tydelige signaler om at legen kommer til å ha nok tid og engasjement i tiden som kommer.» (s. 110)

«I flommen av nye kunnskaper og teknologiske mirakler vil vi alltid måtte forholde oss til eksistensens grunnvilkår – vi er sårbare, dødelige og avhengige. Vår tid på jorden er begrenset. Den erkjennelsen er grunnfjellet som godt liv kan bygge på.» (s. 149, bokas siste setning.)

I bokanmeldelser er det tradisjon for å peke på noe som kunne eller burde vært annerledes. Jeg har fundert over hva jeg skulle skrive i den anledning. Det finnes passasjer i boka som sikkert kan vekke frustrasjon eller uenighet hos enkelte lesere. Men slik skal nok en *hva er-bok* være. Og noen direkte feil har jeg ikke kommet over. Jeg velger derfor å forbli imponert over helheten, og la detaljene ligge.

*Courage is what it takes to stand up and speak;
courage is also what it takes to sit down and listen.*

WINSTON CHURCHILL

Hva er medisin er en bok du bør eie. Les den, lån sitater fra den, bruk den som «råstoff» i undervisning eller veiledning av studenter og kolleger. Del den med unge mennesker som lurer på om de skal søke seg inn på medisinstudiet. Og er du ennå i tvil, så husk at boka veier 155 gram og koster 149 kroner. Faglig visdom er ofte dyrekjøpt eller tung å erverve seg, men ikke denne gangen.

Midler til allmennmedisinsk forskning

Utllysning av forskningsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond. Søknadsfrist 15.3. 2008

Allmennmedisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisins premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenheter. Det vil bli lyst ut midler fra dette fondet to ganger årlig. Fondets styre vil fastsette tak for samlet tildeling ved hver søknadsrunde. Fondets kapital er for tiden på ca. 12 millioner kroner.

Allmennmedisinsk forskningsfond tildeler stipend av varighet fra 3 til 12 måneders til forskningsprosjekter innen det allmennmedisinske fagfeltet. Det vil bli anledning til å søke om forlenget støtte til samme prosjekt ved senere utlysninger. Det kan søkes om støtte til prosjekter med flere forskere eller samarbeidsprosjekt der for eksempel flere allmennmedisinske forskningsenheter deltar.

Ved vurdering av søknader vil det bli lagt vekt på prosjektets relevans, kvalitet, og gjennomførbarhet samt søkers og eventuell veileders kvalifikasjoner. Det vil bli lagt betydelig vekt på tilknytning til en av de fire allmennmedisinske forskningsenheter eller en av de allmennmedisinske universitetsseksjonene/faggruppene. Fondet vil prioritere støtte til søkere som er allmennleger uten doktorgrad, men der doktorgrad er framtidig siktemål med forskningen. Søkere uten forskerkompetanse (doktorgrad eller tilsvarende), må ha veileder med slik kompetanse.

Søknader om stipend skal inneholde:

- antall måneder og stillingsbrøk søknaden gjelder for
- prosjektbeskrivelse (maksimum 5 sider)
- finansieringsplan/budsjett, tidsplan og plan for formidling
- søkers CV med publikasjonsliste
- veileders CV med publikasjonsliste
- skriftlig bekreftelse på veiledning og tilknytning til allmennmedisinsk forskningsenhet og/eller allmennmedisinsk universitetsseksjon/faggruppe, mv.
- annen relevant dokumentasjon som samarbeidsklæringer, uttalelse fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, opplysninger om andre prosjektmedarbeidere som skal lønnes av de aktuelle prosjektmidler, oa.
- opplysninger om evt. søknad om finansiering fra andre kilder.

Søknad med vedlegg sendes Allmennmedisinsk forskningsfond ved fondets leder, Gisle Roksund, gisle.roksund@gmail.com innen 15.3.08. Søknader mottatt etter denne dato vil ikke bli vurdert. Søknaden sendes som vedlegg til en e-post, fortrinnsvis som ett samlet PDF-dokument. Merk dokumentet med søkerens navn.

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

«Viktigere enn tran og trim er dagens dikt. Det gir helsebot, er sterkt vanedannende og har vidunderlige bivirkninger, som åpner sløve morgenblikk og får oss til å se. På nytt. For meg er kanskje dette det viktigste ved poesi. Jeg rykkes ut av vanens slapphet. Det kjente blir ukjent – og det ukjente kjent...»

har forfatteren Inge Eidsvåg fortalt meg. Jeg kunne ikke vært mer enig. «Alle skulle lese eit dikt kvar dag, elles går ein berre og ser i bakken», sier Bodil Cappelen, poet og bildekunstner. Dikt er stillbilder i en flimrende flom av av inntrykk, malerier blant langfilmene. Romanene må vente til feriene. Men et dikt for dagen rekker jeg, rett i kroppen! Nesten hver dag får jeg dikt på mail fra kolleger eller venner. Disse sender jeg ut til dette fellesskapet, pt. 600 personer. Denne perlen har jeg fått av Signe Flottorp:

SALVATORE QUASIMODO:

Og med ett er det kveld

Enhver står alene på jordens hjerte,
gjennomboret av en stråle av sol:
og med ett er det kveld.

Kan menneskelivet beskrives bedre på tre linjer? Han fikk Nobelprisen i litteratur i 1959.

En dag i november 2007: Det har vært en uvanlig høst i Hurdal. Uvanlig mange alvorlige syke, noen er døde, andre har en usikker fremtid, og noen har varige skader. Unge og voksne, naboer, venner. Noen ganger ligger tåken tykk over dalen her som et teppe av sorg. Så en morgen ringer en ung kvinne. Hun er gravid og blør, hun mistet sitt første og eneste foster nylig og er veldig redd for at det skal skje igjen. Hun kommer inn for de andre pasientene. Det er tidlig i svangerskapet, egentlig for tidlig til å høre fosterlyden. Vi prøver likevel. Og der er den: *dunk - dunk - dunk*, sterkt og klart høres lyden av *liv* ut i rommet. *Hjerteslagenes musikk!* Den mest opprinnelige av alle rytmer. Jeg vet ikke hvem som ble mest glad av oss. Jo, det var selvsagt mor. Men en bedre start på dagen kunne jeg ikke bedt om. Det er gått noen måneder og alt går fint med fosteret. Historien er gjengitt med tillatelse. Solen var så sterk denne dagen, luften så klar, det var rim på alle strå, som om Kong Vinter hadde malt på et strøk *grunning*, for de lagene som skal komme. For å teste fargen. Og fargen var gull. For lyset fra den lave høstsolen er gult.

ROLF JACOBSEN:

Bare tynne nåler

Det er så tynt, lyset.
Og det er så lite av det. Mørket
er stort.
Det er bare tynne nåler, lyset
I en endeløs natt.
Og det har så lange veier å gå
Gjennom så ødslige rom.
Så la oss være varsomme med det.
Verne om det.
Så det kommer igjen i morgen.
Får vi tro.

Vi jobber samvittighetsfullt de fleste av oss og ønsker å gjøre det beste for våre pasienter. Ofte får vi takknemlighet tilbake, bedre betaling finnes ikke. Men selv de gangene vi ikke merker det, har vi sådd et frø, og det er sjelden bortkastet. Dette diktet henger på veggen i et hjem jeg besøkte for et par uker siden. Ingenting er bortkastet.

HANS BØRLE:

På evighetens tavler

Ingenting forsvinner. Alt
blir uutslettelig risset inn
på evighetens tavler.
Om bare en fugl flyr gjennom solfallet,
to mennesker veklser noen vennlige ord
ved postkassa en morgen, eller
et spor snør langsomt igjen innpå skogen,
så vil disse små, små tingene
bli bevart i den universelle bevissthet
så lenge dagene gryr, i øst,
nettene senker sin nåde over jorden.

Det finnes en hukommelse i rommet,
en altfavnende kosmisk hukommelse
som opphever Tiden
og forener alle ting
i et eneste stjernehvitt Nå.

Takk for utfordringen fra min venn Egil Østebrod. Stafett-pinnen sendes videre til diktvenn Elisabeth Juvkam.

Gode hilsener fra Arild Vedvik, Hurdal

Frivillighet, et hinder for behandling

Historier fra
virkeligheten

Jeg hadde vært fastlege for Atle* i noen år. Han hadde generalisert angst og store problemer med alkohol, og var uføretrygdet på grunn av det. Han røykte og hadde diagnosen KOLS samt pustevansker som ikke ble helt bra med legemiddelbehandling. Han var en rolig og behagelig pasient å ha.

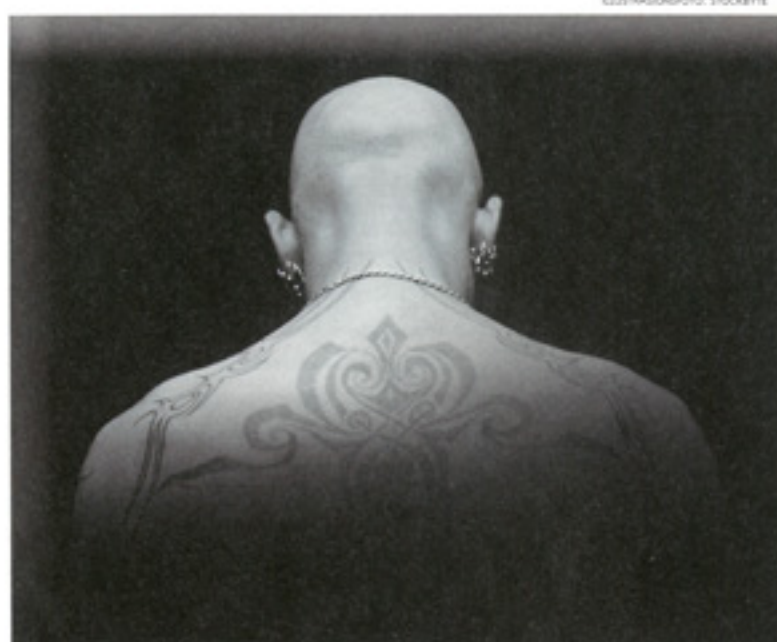
For ikke så mange år siden var Atle blitt utsatt for vold av en gruppe narkomane som brøt seg inn i leiligheten hans. Denne episoden forverret Atles angst. Det var vanskelig for ham å oppholde seg i leiligheten sin, og han klarte ikke lenger å holde seg unna rusmidler når han var hjemme. Han var redd for nye overfall. Jeg var på møte med sosialkontoret for å prøve å skaffe ham et annet sted å bo. Møtet hjalp ikke særlig. Han fikk et annet sted å bo, men det var sammen med andre sosialklienter som han også var redd for. I kortere perioder skrev jeg ut angstdempende medikasjon som en suboptimal løsning for å takle spesielt utfordrende perioder uten alkohol.

Atle hadde vært på sykehus noen dager før han kom til meg i september. Der hadde han fått konstatert leverskader og mulig angina. Han skulle gå med nitroglyserin i lommen. Atle hadde likevel drukket brennevin rett etter at han ble utskrevet til sin bolig, hvor han følte seg svært utrygg. Han ble igjen innlagt dagen etterpå, med fem i promille etter å ha blitt funnet på gaten.

Det var dagen etter dette han oppsøkte meg. Han ville slutte med alkohol, men både han og jeg visste at han ikke klarte det alene. Vi prøvde med hjelp av legemidler i noen dager, men det var tydelig at han var verre enn før. Han kom sterkt beruset på kontoret mitt. Han ville bli innlagt med en gang, men Bergensklinikken hadde ikke plass for ham for tre måneder senere. Jeg ringte og skrev utallige brev for å forklare at livet var i fare. Jeg fikk høre at avdelingen for akutte innleggelser kun kunne prioritere tvangsinnleggelser (og siden han var rusmisbruker, måtte det gjøres av sosialkontoret, og ikke av fastlegen). Men pasienten ville så gjerne bli innlagt... dermed måtte han vente.

Jeg kunne nesten ikke tro at informasjonen jeg fikk var korrekt. Derfor ringte jeg fylkesmannens kontor for å få

* Fiktivt navn



bekreftet at dette var tilfelle. Jeg fikk det bekreftet, samt en anbefaling om å registrere alt i journalen: da hadde jeg gjort min plikt, ifølge fylkesmannens representant. Kanskje det, men jeg syntes ikke helsevesenet hadde gjort sin plikt.

Det ble mange dager med telefoner og brev og raserianfall fra meg som fastlege, mot det jeg oppfattet som et rigid system. Jeg kunne godt ha skrevet at pasienten måtte tvangsinnlegges, til tross for at jeg visste at det ikke var korrekt. Men pasienten var kjent i andrelinjetjenesten og jeg hadde understreket at han ønsket å bli innlagt da jeg først tok kontakt med dem.

Jeg vet ikke hvor mange ganger Atle kom til meg, sterkt beruset, bare for at jeg skulle se at han fortsatt var i live. Til slutt kom han med en hoven venstre fot som viste seg å være dyp venetrombose, samt massiv lungeembolisme akkurat den samme dagen da han endelig ble akseptert for innleggelse på Bergensklinikken. Heldigvis gikk det bra med behandlingen, og pasienten fikk tilsagn om plass for videre rehabilitering. Men det kunne ha gått langt verre – hvis ytterligere forsinkelser hadde ført til at Atle kom enda senere ut av sin helvetestilværelse.

Esperanza Díaz

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

Gestagener og risiko for redusert beinmasse

Spørsmål til RELIS: Ein allmennlege kjenner til at bruk av p-sprøyte (Depo-Provera) over tid kan gje auka risiko for lav beinmasse, men lurar på kor lenge ein kan bruke p-sprøyta før beinmassen byrjar å bli redusert? Han spør også om det er tilsvarende risiko ved bruk av minipiller med desogestrel (Cerazette).

Desogestrel høgdoserte minipiller (som t.d. Cerazette) gjev ovulasjonshemming i større grad enn tradisjonelle minipiller. Bruk av desogestrel kan gje reduserte østradiolnivå i serum, men det er foreløpig ikkje klart om dette har klinisk relevans i forhold til reduksjon av beinmineraltetthet (BMD). Ei utgreiing frå Cochrane skriv at det foreløpig ikkje er mange eller store nok studiar til å kunne konkludere om gestagenpreparat til peroral bruk, implantat eller intrauterine innlegg har negativ effekt på BMD. WHO seier imidlertid at det ikkje bør vere restriksjonar for bruk av andre gestagenpreparat enn p-sprøyte som medroksyprogesteronacetat depotinjeksjon (DMPA) med omsyn til risiko for redusert BMD (1).

Når det gjeld kva tid redusert BMD kjem til syne refererer preparatomtalen til Depo-Provera til ei studie med vaksne kvinner som vart behandla med DMPA i inntil fem år. Reduksjonen av BMD hos desse kvinnene var mest uttalt dei to første åra av behandlinga, med mindre reduksjon i dei påfølgjande åra. Lengre behandlingsvarigheit var forbunde med langsamar gjevning av BMD, og preparatomtalen skriv at bruk av preparatet ut over to år bør vurderast nøye. Dette gjeld kvinner i alle aldrar (2). Dei britiske legemiddelmyndighetene tilrår på si side byte til eit anna antikonsepsjonsmiddel etter bruk av DMPA i to år (3). Også andre studiar rapporterer om DMPA-relatert beintap som størst dei første to åra (4). I ei studie støtta av produsenten av Depo-Provera var reduksjonen i BMD størst det første året av behandlinga. I denne studia følgde ein 228 kvinner som brukte DMPA i inntil fem år og samanlikna resultatene med BMD hos 310 kvinner som ikkje brukte hormonelle antikonseptiva (5). I ei anna studie viste reduksjonen i BMD signifikant korrelasjon med alder og varigheit av DMPA-bruk, og artikkelforfattarane foreslår at kvinner over 40 år som brukar DMPA i lengre periodar (> to år), bør følgjast opp med måling av BMD og/eller beinremodellering kvar sjette månad

(6). Den norske preparatomtalen skriv ikkje noko om behov for måling av BMD under behandling med DMPA (2).

Generelt gjeld det for DMPA at beintapet aukar med varigheit av behandlinga, men dette kan synast å vere delvis reversibelt etter seponering (1–2). Spesielle populasjonar, som unge kvinner som ikkje er ferdig med beindanninga samt perimenopausale kvinner, kan også synast å vere spesielt utsett, også for moglege langtidsbiværknader (7). Bruk av andre prevensjonsmiddel enn DMPA bør også vurderast for kvinner med betydelige livsstils- og/eller medisinske risikofaktorar for osteoporose (2).

Konklusjon

Bruk av minipiller med desogestrel reduserer østradiolnivå i serum, men foreløpig er ikkje data tilstrekkelige til å kunne seie om dette aukar risikoen for redusert BMD. P-sprøyte er forbunde med eit signifikant tap av BMD som synast å vere mest markant dei første to åra. Beintapet aukar imidlertid med aukande behandlingstid, og bruk ut over to år er av fleire kjelder ikkje tilrådd.

Referansar

1. RELIS database 2007; spm.nr. 2355, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no/database)
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Depo-Provera. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endra: 07. april 2005).
3. Albertazzi P, Bottazzi M et al. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 2006; 73: 577–83.
4. Clark MK, Sowers M et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate (Abstract). *Fertil Steril* 2006; 86 (5): 1466–74.
5. Kauritz AM, Miller PD et al. Bone mineral density in women aged 25–35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception* 2006; 74: 90–9.
6. Shaarawy M, Yousef EM et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception* 2006; 74: 297–302.
7. Lopez LM, Grimes DA et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane database of systematic reviews* 2006, issue 4. Art. no.: CD006033. DOI: 10.1002/14651858.CD006033.pub2.

Tina Bakkeby, cand.pharm.-og Sofia Frost-Wadnes, cand.pharm., RELIS-Vest

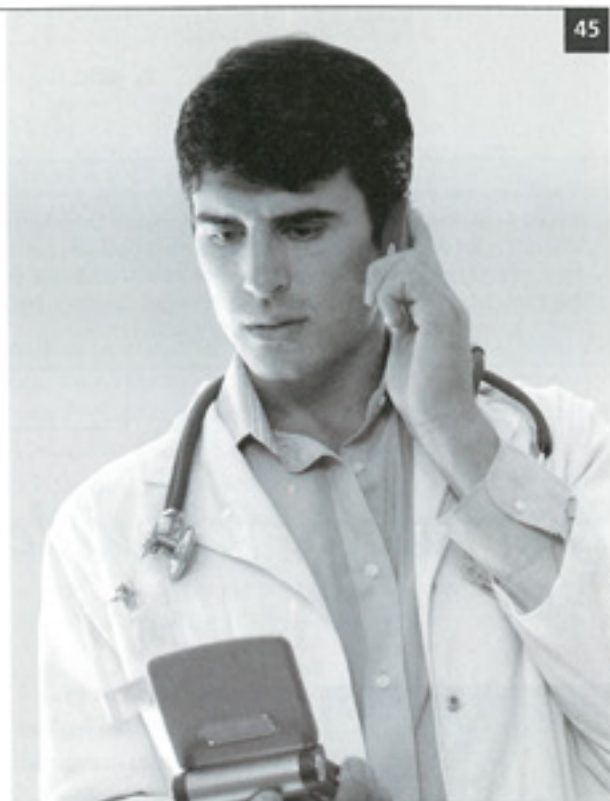
Telefonmøte om pasient – en nyttig metode

Med en av mine psykiatriske pasienter har jeg gjort en lærerik erfaring med problemet polyfarmasi. Min pasient har hatt alvorlige psykiske problemer i mange år. Hun ble uføretrygdet 29 år gammel med diagnosen «dramatiserende personlighetsforstyrrelse». I årenes løp har hun hatt mange opphold ved Nordlandssykehuset avdeling psykiatri og blitt behandlet med mange ulike typer psykofarmaka. I lange perioder har det også vært nødvendig å behandle bivirkninger av disse medikamentene med andre medikamenter. Totalen ble et meget stort forbruk av forskjellige psykofarmaka. Under sykehusopphold ble ofte nye medikamenter lagt til, noen ganger uten at andre ble seponert og uten at problemet polyfarmasi ble kommentert i epikrisene. Det ble da opp til meg som fastlege å videreføre behandlingen og vurdere totaleffekten over tid når pasienten skulle fungere utenfor institusjon sammen med sin familie. Og all medikasjon til tross: pasienten ble ikke bedre! Hun var psykisk labil med store humørsvingninger, svær motorisk uro i perioder, hadde massiv angst og sterke depressive trekk.

På ett tidspunkt, da hun etter hvert hadde fått diagnosen bipolar lidelse og sto på sju ulike typer psykofarmaka pluss diverse annen medikasjon bl.a. for diabetes, astma og smerter, ble det for meg påtrengende å gjøre noe med dette.

Etter en periode med flere akutte innleggelser, endret vi strategi for å unngå dette ved å innføre planlagte korttidsopphold ved en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling i nabolikommunen. Avdelingen hadde regelmessig tilsyn av psykiater. Jeg kontaktet psykiateren og framla problemet med polyfarmasi, vansker med oversikt over potensielle interaksjoner og aller viktigst: pasientens manglende bedring. Min tanke var å benytte denne anledningen til å gjennomføre en strukturert nedtrapping av psykofarmaka. Dersom pasienten selv, psykiater og fastlege kunne bli enige om en slik plan, burde det være en gylden anledning nå når pasienten med noen ukers intervall vekslet mellom å være hjemmeboende og innlagt ved rehabiliteringsavdelingen.

Forslaget ble positivt mottatt av både pasienten og psykiateren og vi avtalte faste telefonmøter med ca. to måneders intervall.



I løpet av ¼ år gjennomførte vi (fastlege og psykiater) til sammen seks telefonmøter av varighet anslagsvis 20–25 minutter (inkludert journalføring). Her drøftet vi pasientens tilstand ved siste konsultasjon. Vi hadde begge møtt henne siden siste samtale. Vi la en plan for hvilke medikamenter vi først ville trappe ned og seponere, hvilke virkninger det eventuelt kunne medføre og aktuelle tiltak hvis så skjedde. Ved avslutning av hvert telefonmøte avtalte vi tidspunkt for neste. Dette ble notert som en timeavtale på tilmelisen.

Resultatet etter ni måneder var at all psykofarmaka med unntak av Lithionit var seponert og pasienten framsto som en tilsynelatende normalt fungerende person.

Erfaringen er at en strukturert og planlagt dialog pr. telefon mellom fastlege og spesialist i andrelinjetjenesten var vellykket som metode og bør kunne benyttes i andre situasjoner der fastlege og spesialist i andrelinjetjenesten samhandler om en pasient.

En forutsetning var at både fastlege og psykiater møtte pasienten regelmessig. For meg som fastlege ble psykiaterens vurdering gjennom sine møter med pasienten et viktig bidrag i dialogen mellom oss, ved at disse fortløpende kunne drøftes opp mot mine egne kliniske vurderinger. Dette bidro til læring.

Jeg tror også at et klart mål for telefonmøtene var gunstig: vi skulle trappe ned bruken av psykofarmaka til et minimum. Det ble et prosjekt med en begynnelse og en slutt hvor måloppnåelse kunne evalueres i etterkant.

Karin Breckan

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

Lærerike kasuistikker

En fastleges feilvurdering med fatal utgang



Det dreier seg om en 57 år gammel kvinne som jeg har hatt som pasient i mange år. Hun fikk innsatt mekanisk aorta-ventil i 1992 for aorta-insuffisiens.

Menopause 32 år gammel, hestekonyre, residiverende urinveisinfeksjoner, mye plaget med nakke-myalgier, hodepine, noe angst og depresjon, samt flere andre plager.

Gift, barnløs. Mannen har også vært mye syk, inn og ut av sykehus og var ACB-operert for annen gang juli 2007 og var for tiden innlagt sykehus for arterielle sår i beina.

Hun stod på Ciproxin for en urinveisinfeksjon, mulig pylonefritt og brukte ellers Marevan, Levaxin, Livial og Trimetoprim.

Pasienten konsulterte meg på kontoret på dagtid og klaget over sterke smerter midt mellom skulderbladene som hadde kommet for tre timer siden. Hatt lignende før, men ikke helt på denne måten. Jeg undersøkte pasienten, BT 130/80, over hjertet fint ventilklikk, lunger og abdomen normale forhold, gode lyskepuls bilateralt. Pasienten var distinkt palpasjonsømt midt mellom skulderbladene på midten og litt paravertebralt. Over og under dette området ikke ømt. Hb 13,5 CRP < 8.

Samtidig med denne pasienten kom det inn en 15 åring med synkope fra skolen. Jeg ble løpende litt mellom disse to pasientene. EKG til min 57-årige pasient viste intermitterende AV-blokkeringer. Jeg oppfattet det som vagusmedi-

ert pga. sterke smerter. Gav pasienten ti mg morfin og Afipran i.v. Det lindret mye på smertene. Nytt EKG viste sinusrytme og normalt EKG og helt likt gammelt EKG til sammenligning. Jeg konfererte med kardiolog på sykehuset om jeg skulle legge pasienten inn. Jeg fikk bestemme var svaret, men vi ble enige om se det an da EKG ble normalisert og sende EKG i posten for nærmere vurdering.

Pasienten ble sendt hjem da klinikken ble tolket som sterke myalgier, og pasienten var utsatt for betydelige psykiske belastninger pga. mannens sykdom og egne sykdommer, men fikk beskjed om å ringe meg hvis smertene var like ille eller ble verre.

Pasienten ble sendt hjem kl. 15.30. Jeg ringte pasienten kl. 20.00 for å høre hvordan det gikk. Det var først opptatt på telefonen, men så svarte søsteren som var på besøk at «du må komme med en gang». Pasienten hadde plutselig fått sterke smerter midt mellom skulderbladene, kastet opp og falt om. Ambulanse og jeg kom frem samtidig etter åtte minutter. Pasienten hadde respirasjons- og hjertestans. Gjenopplivning ble forsøkt i ½ time uten hell. Vi fikk ikke innlagt noen i.v. nål, heller ikke på halsen.

Det var en tragisk situasjon som hadde oppstått. Pasienten hadde vært hos meg for fire timer siden med smerter mellom skulderbladene oppfattet som myalgier og hadde falt død om hjemme. Mannen hadde mistet kona som han var inderlig glad i, jeg hadde gjort en feilvurdering. Jeg hadde sterk mistanke om aortadisseksjon eller oversett hjerteinfarkt. Mannen skrev seg ut fra sykehuset.

Jeg forklarte situasjonen og om mulig feil fra min side. Jeg ville gjerne ha pasienten obdusert både for hans del og min egen del. Han motsatte seg ikke det. Jeg forklarte også at han kunne legge saken frem for fylkeslegen for å få belyst mulig feilbehandling fra min side. Jeg har et godt forhold til

denne familien gjennom mange år, og mannen ville ikke innklage meg til fylkeslegen.

Nede på legekantoret igjen ringte jeg politiet og forklarte det som hadde skjedd, og spurte om de skulle ha saken pga. mulig feilbehandling med fatal utgang. Politiet ville ikke ha saken da pasientens søster var til stede da pasienten døde. Neste dag ringte jeg fylkeslegen og forklarte det som hadde skjedd. De ville ikke ha saken hvis ikke pårørende innklaget meg til dem.

Jeg avtalte med overlegen på patologen neste dag om obduksjon, ringte NAV og fikk bekreftelse på at de ville dekke transporten til sykehuset for obduksjon. Overlegen i patologi ringte meg opp igjen dagen etter. Pasienten hadde en aortadisseksjon hvor riften i intima begynte fire cm over aortaringen og dissekerte seg gjennom thoracalaorta og ut i thorax/pleurahule hvor der var to liter blod.

Personlige betraktninger

Jeg var rystet de neste dagene. Jeg fortalte kolleger på kontoret og sykepleierne som jobber der om hva som hadde skjedd. Jeg gikk gjennom journalnotatet og EKG flere ganger. Ville jeg vurdert det annerledes i ettertid, med fasiten klar? Hva med min egen faglighet og vurderingsevne? Jeg så for meg tap av legelisen. Jeg som elsket faget og jobben min.

Ville jeg heretter legge alle pasienter inn på sykehus ved den minste tvil? Ville pasientene begynne å tvile på meg? Jeg kom frem til at jeg hadde gjort en rimelig vurdering og undersøkelse av pasienten. Jeg hadde gitt klar beskjed om at hun skulle legges inn igjen hvis det ikke gav seg eller ved forverring.

Jeg hadde også selv ringt til pasienten for å høre hvordan det gikk. Jeg hadde gjort så godt jeg kunne selv om det i ettertid kan kritiseres. Etter en del kamp kom jeg til at jeg fortsatt var en habil lege som kunne utføre legeyrket på en bra måte. Jeg var god nok.

Jeg er blitt enda nøyer med å ta en grundig anamnese, lytte til pasientene, tenke differensialdiagnoser og med rimelig skjønn utelukke disse før jeg kommer til en diagnose. Det er innebygget i legeyrket at vi kan komme til å gjøre vurderingsfeil med fatale konsekvenser.

Det er noe må vi leve med. Jeg har fått god støtte av kollegaer og medarbeidere på kontoret.

Om aortadisseksjon

Tilstanden er forårsaket av en rift i intima med disseksjon av blod i aortaveggen. Inndeles i type A eller proksimal disseksjon fra aortaroten og buen, type B eller distal disseksjon som er lokalisert distalt for aortabuen. Disseksjonen kan klemme av grener i aortas forløp: Koronararterier kan gi ST-hevning på EKG, cerebrale arterier kan gi symptomer på slag, spinale arterier kan gi paraplegi eller ischemi til ekstremitet, armarterier kan gi forskjell i blodtrykk på begge armer > 30 mm Hg, tarmarterier kan gi tarmischemi, retrograd disseksjon kan gi aortainsuffisiens.

Typisk er hyperakutt smertedebut, «excruciating pain» mellom skulderbladene eller retrosternalt i motsetning til mer gradvis smertedebut ved hjerteinfarkt, smertevandring ettersom disseksjonen brer seg og tillegg av kompromitert sirkulasjon til noen av aortas grener.

Noen ganger kan det være vanskelig å avgjøre om det foreligger disseksjon eller akutt hjerteinfarkt da begge tilstander kan gi ST-hevning på EKG.

Jeg viser til artikkel i tidsskriftet nr 17/2003 «thoracal aortadisseksjon – en viktig differensialdiagnose ved brystmerter og EKG-forandringer». Men som oftest er EKG normalt eller viser uspesifikke forandringer.

Kilder

The Merck manual, 18th edition 2006.
Tidsskriftet nr. 17, 11. september 2003.

NN fastlege
(for å bevare familiens anonymitet)





Zsolt Knut Børke

ULTRALYDSYMPOSIUM



Trondheim - Tromsø 4. - 6. april 2008
Hurtigruta Finnmarken

- Doppler
- Basalkunnskap
- Ultralyd av barn
- Ultralyd av muskel-skjelett
- Gastroenterologisk ultralyd
- Oppfylninger i adenex
- Rutineundersøkelsen av gravide
- Ultralyd i allmennmedisin og i spesialistpraksis
- Egen sesjon for ingeniører og teknologer
- Tid til praktisk trening
- Frie foredrag med priser
- Gjesteforelesere: *Lil Valentin, Christian Nolsoe og Ann Thuring*



NORSK FORENING FOR ULTRALYD-DIAGNOSTIKK

norwegian society for diagnostic ultrasound in medicine

[Mer info og påmelding: www.nfud.no innen 1. februar 2008]
Symposiet søkes godkjent av Dnlf som tellende kurs i mange spesialiteter





To ganger daglig betyr hver 12. time – ikke morgen og kveld!

Barn sover gjerne tolv timer.

Men for voksne, som sover halvparten så mye, kan det gå opp mot 18 timer mellom morgen og kveld.

Fucithalmic® øyedråper virker som et depot for fusidinsyre, og depotet forsvinner gradvis i løpet av 15-16 timer.

Dine pasienter må derfor dryppe seg ca hver 12. time for å opprettholde konsentrasjonen av fusidinsyre på øyet.

Hvis du ordinerer *To ganger daglig*, kan det oppfattes som "morgen og kveld", noe som betyr både 16 og 18 timers intervaller. Dermed kan det bære galt avsted!

Derfor: Si aldri 2 ggr daglig. Si ganske enkelt *En dråpe hver 12. time!*



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

Telefon: 22 51 49 00, Faks: 22 51 49 01

www.leo.no, e-post: info@leo-pharma.com

Fucithalmic®
Fusidinsyre

C Fucithalmic © LEO Antibiotikum. ATC-nr.: S01A A13

ØYEDRÅPER, suspensjon 1%: 1 g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkoniumklorid 0,1 mg d, dinatriumedetat 0,5 mg, karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 1 g. ØYEDRÅPER, suspensjon engangspipetter 1%: En engangspipette inneh.: Fusidinsyre 2 mg, natriumacetat (E 262), karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 0,2 g. **Indikasjoner:** Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker. **Dosering:** En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. Ved normal dosering rekker en engangspipette til behandling av begge øyne. **Kontraindikasjoner:** Allergi mot innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser. **Graviditet og amming:** Overgang i placenta: Ved bruk av øyedråper anses den systemiske eksponeringen for fusidinsyre å være så liten at det sannsynligvis medfører liten risiko for skadelige effekter på svangerskapsforløpet, fosteret eller det nyfødte barnet. Overgang i morsmelk: Fusidinsyre går over i morsmelk. Ved bruk av øyedråper anses den systemiske eksponeringen å være liten. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket. **Bivirkninger:** Vanlige (>1/100): Lett forbigående svie. Sjeldne (<1/1000): Allergiske reaksjoner. **Egenskaper:** Klassifisering: Antibiotikum med god penetrasjonsevne. Det oppnås en baktericid effekt overfor vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staph. aureus og Staph. epidermidis uavhengig av penicillinaseproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Fusidin frigjøres gradvis da den vandige suspensjonen av mikrokrySTALLINSK fusidinsyre er formulert som viskøse øyedråper. Depotvirkningen medfører at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig. **Virkningsmekanisme:** Hemmer bakterienes proteinsyntese. **Absorpsjon:** God penetrasjon gjennom cornea.

Pakninger og priser: 5 g: kr 63,00 Engangspipetter: 12 x 0,2 g kr 87,70. 18.01.2008

Blå resept har en "lillebror"

Ebixa® refunderes på §10a med
forenklet saksbehandling

Ebixa® reduserer **agitasjon, irritasjon** og andre atferdsproblemer
ved **Alzheimers sykdom**.¹⁾ Ebixa® forbedrer evnen til å utføre **daglige gjøremål**.^{2) 3)}

Effekten kan måles etter **bare 4 uker...**³⁾



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

– Det er aldri for sent å starte.

Ebixa®
memantin

Se preparatomtale og referanser på side 22