



Innhold:

LEDER: Fastlegeordningen – fortsatt ung og i utvikling. Av KARIN FRYDENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Elise Klouman. Av ANN-KRISTIN STOKKE	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Prosjekt Allmennmedisin 2020. Av GUNLE RØKSUND OG JAN EMIL KRISTOFFERSEN	6
Prosjekt Allmennmedisin 2020 er nå sjøsatt. Av TROND EGIL HANSEN	8
Mer vind i seilene til allmennmedisinen! Av KARIN FRYDENBERG, ANN-KRISTIN STOKKE OG TOM SUNBAR	10
Nye europeiske retningslinjer for behandling av hypertensjon. Av TONJE A. ARSNES OG SVERRE E. KJELDSEN	12
Finnes det fornuftig bruk av benzodiazepiner? Av PÅL SANDVIK	14
Vent og se – om jeg tør be. Av SIGURD HØYE	20
Vasco da Gama Movement – engasjement for unge allmennmedisinere. Av MONICA KNUTSEN OG THOMAS MILDSTVEDT	24
Røykfri ut ungdomsskolen – røykfri ut gymnasen? Av TRYGVE KONGSHAVN	28
Fem unge leger om allmennlegeframtiden.	31
Faste spalter	35

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: frydrein@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:

Fenoksymetylpenicillin i krystallisk form,
fotografert i polarisert lys med 100x forstørrelse.
FOTO: Laszlo Borka

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Fastlegeordningen

– fortsatt ung og i utvikling

Utposten setter i dette nummer fokus på allmennmedisinens utvikling i tiden fremover. Nylig var vi med på et inspirerende møte om prosjekt *Allmennmedisin 2020*. Både møtet og artiklene fra lederne i Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin er forbilledlig fremtidsrettet. Litt vil jeg likevel «syta og klaga», men kun forbigående: Jeg vil også rette et forhåpentligvis friskt, ungt blikk mot løsninger, rekruttering og fagets innhold.

Vi har sett at allmennleger stadig har fått nye, store oppgaver som vi skal løse. Samtidig er samfunnet blitt mer kontrollorientert. Dokumentasjon og oppfølging av prosedyrer har fått en mer fremtredende plass, medikamentell forebygging av sykdom tar en stadig større del av vår arbeidsdag, samhandling med omsorgstjenesten og NAV og en aldrende befolkning krever også mye, mens vi er omtrent like mange legehoder og legehender som på begynnelsen av 80-tallet. Antall leger i spesialisthelsetjenesten er i samme periode doblet, slik vi kan lese i artikkelen bak i bladet. Vi får høre at vi er ryggraden, grunnmuren og fundamentet i helsetjenesten, mens nesten alle legeressursene går til spesialisthelsetjenesten.

Allmennlegene inviteres i for liten grad med til planlegging og gjennomføring av viktige prosjekter som omhandler våre oppgaver og setter premissene for vår fremtid. Men vi må også selv ta en mer aktiv rolle og melde oss på.

Fastlegeordningen (FLO) er hyllet «av alle» som vellykket. Også allmennlegene sier at FLO er bra, men når oppgavene blir større enn vi orker – og det vi gjør blir tatt som en selvfølge – er det vanskelig å strekke seg, løfte seg og se ut og videre. Nettopp her kommer prosjekt 2020 som et nytt håp.

Unge leger må på banen, og fortelle hva som skal til for å få allmennmedisin til å virke forlokkende. Sannsynligvis må vi ha en forutsigbar, trygg inngangsport med velorganisert veiledning og utviklingsmuligheter. Det betyr at både rammene for veiledning og spesialistutdanning bør endres. Attraktive utdanningsstillinger bør opprettes i kommunene. Allmennlegen som en sentral aktør i teamet rundt pasienter med sammensatte lidelser og syke og gamle, trenger bedre rammevilkår – både når pasientene bor hjemme og når de er på sykehjem.

Samhandling innad i kommunene og utvikling av samfunnsmedisinen må få nye og kreative løsninger. Samhandling på tvers av linjene er under utvikling, bl.a. gjennom praksiskonsulentordningen (PKO), men denne må også utvikles og bygges videre.

Skal vi være med å utvikle faget ved forskning og ledelse, eller skal vi halse etter spesialisthelsetjenesten på deres premisser?

Nei, vi skal heller gi dem våre premisser slik at en felles forståelse kan gi den beste løsningen for pasientene. Forutsetningen er: **Vi må bli mange flere!**

Karin Frydenberg

Utpostens
dobbeltime

Pendler mellom enevakt og akademi

Elise Klouman
INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE

for infeksjonsovervåkning. Klouman har bodd og arbeidet i Tanzania, og vært aksjonist for en rekke saker. Hvem er denne allmennlegen med så mye engasjement og så mange ulike arbeidsområder?

UTPOSTEN: På Værøy er du på jobb fra helikopter setter deg av, og til du blir avløst noen uker senere. Hvordan er hverdagen?

EK: Vi jobber som fastleger på dagtid, i tillegg til at vi utfører kommunelege 1-oppgavene og arbeidet ved helsestasjon og sykehjem. Jeg har delt denne jobben med Brynjulf Barexstein i åtte år. På en vanlig dag har vi 10–15 pasientkonsultasjoner. Med døgkontinuerlig legevakt og få akuttressurser til å bistå, er det en utfordring å leve med redselen for alvorlige hendelser. Helikopteret er vår sykebil. Tidligere måtte vi vente inntil halvannen time på assistanse, men nylig ble det etablert tilstedevakt på helikopterbasen i Bodø. Nå er ventetiden redusert – en stor forbedring for oss som betjener ytterste utkant.

En ulempe er at vi er så faglig isolert og ikke kan delta på kollegiale møter i regionen. Jeg savner kontakt med andre fastleger. Fra 2008 har vi fått en tredje lege, Tønnes Puntervold, som har jobbet på Værøy før. Så nå er jeg tre uker på vakt og har seks uker vaktfri. Tidligere var det en måned på og en måned av. Til sammen har vi over 20 års fartstid som leger for Værøys befolkning. At vi er leger med forskjellig faglig profil innebærer et godt tilbud til befolkningen.

Vi lever i et interessant «kollektiv» – én bolig, som brukes av alle leger, både faste og vikarer. Samme seng, samme skuff, ikke engang et låsbart skap har vi for oss selv. Kattene deler vi også! Til gjengjeld har vi en fantastisk utsikt, spesielt fra kjøkkenet. Der kan jeg kan drikke morgenkaffe mens jeg ser utover havet.

Elise Klouman har de siste åtte årene vært kommunelege på Værøy, en øygruppe med rundt 750 innbyggere ytterst i Lofoten.

Fra hun overtar stafettpinnen på helikopterbasen og frem til hun leverer den videre noen uker senere, har 60-åringen døgkontinuerlig legevakt. Og når hun er tilbake på hjemstedet Nesodden ved Oslo, skjøtter hun en halv stilling som overlege ved Folkehelseinstituttets avdeling

UTPOSTEN: Hva brakte deg til Værøy i 2000? Du hadde passert 50, arbeidet på doktorgraden og var trygt etablert som allmennpraktiker på Nesodden.

EK: Drømmen har alltid vært å være distriktslege i Nord-Norge. Etter turnus jobbet jeg sju år nordpå. Jeg begynte i Balsfjord og Malangen. Så fulgte seks år i Tromsø før mannen min fikk jobb sørpå. Jeg og våre fire barn flyttet med. På Nesodden var jeg kommunelege, med liten tid til å forske på fritiden. Mot slutten av doktorgradsarbeidet, etter at forskningsmidlene forlengst var brukt opp, så jeg et avisoppslag om at leger i Nord-Norge tjente så godt! Jeg tenkte at jeg fikk ta et raid, og søke permisjon. Da jeg begynte å ringe rundt, viste det seg at Brynjulf Barexstein på Værøy ville ha en å dele jobben med. Da jeg forsto at vi var flere aktuelle leger til stillingen, sendte jeg umiddelbart en e-post hvor jeg sa at jeg tok stillingen uten betenkningstid. For første gang etter en slitsom skilsmisseperiode, opplevde jeg gevinsten ved å være singel: Å kunne slå til på flekken!

UTPOSTEN: Hva er det med legelivet på Værøy som tiltrekker deg?

EK: Det handler nok om meg som person. Jeg reiser på jobb med landets eneste helikopterrute. Det er et «kick», og appellerer til vagabonden i meg. Det er første gang jeg som lege jobber i pakt med min natur, kanskje med unntak av årene på Oslo kommunale legevakt. Jeg er grundig, sein, rotete og glad i å prate og å lytte. Det er egenskaper som er vanskelig å forene med vanlig travel allmennpraksis. Når en gammel mann kommer inn på kontoret mitt nå, har jeg



tid til å vente på at han skal kneppe opp alle knappene i skjorten. Imens spør jeg om hva han mener om fiskeriministeren, eller ber ham fortelle om gamle dager.

Å følge pasientenes sykdomsforløp sammenhengende på dagtid og under vakt, er lærerikt. Når alarmen går, har jeg nesten alltid noen «knagger» å henge henvendelsen på. Jeg har orkesterplass til faget og livet!

UTPOSTEN: *Det er stor kontrast mellom et doktorgradsprosjekt i Afrika og legelivet på Værøy. Hva gjorde at du reiste til Tanzania?*

ES: Mest eventyrlyst. Jeg vokste opp som nest eldst av sju søsken i en storfamilie på Nesodden med foreldre og bestemor. Mens vi fortsatt bodde hjemme, søkte min far – som var språklektor – en bistandsstilling i Afrika. Da det kom frem at han planla å ta med sju barn og en bestemor, fikk han ikke stillingen. Noen år senere, etter at vi eldste søsken hadde flyttet ut, reiste resten av familien til Tanzania gjennom NORAD. Jeg giftet meg på den tiden, men var alltid misunnelig på dem som fikk oppleve Afrika.

I 1987 ble jeg headhuntet til å bli den første generalsekretæren i Landsforeningen mot AIDS – nå HivNorge. Under en konferanse i Tanzania møtte jeg en delegasjon fra Universitetet i Bergen som planla et hiv/aids-prosjekt i regionene Kilimanjaro og Arusha. De trengte en lege til prosjektet. Bostedet kunne bli den samme byen der foreldrene mine hadde bodd. Jeg meldte meg der og da, og fikk jobben. Endelig en mulighet til å komme til Afrika! At oppholdet

var basert på et forskningsprosjekt var i begynnelsen nesten et aber. Jeg tok med meg mine fire barn i alderen 7 til 14 år og opplevde eventyret: fantastiske møter med mennesker, natur og kultur. Vi bodde på skrenten av Kilimanjaro, og med en god firehjulstrekket kunne jeg krysse elver og kjøre «off road» i Tanzanias fantastiske nasjonalparker.

UTPOSTEN: *Oppholdet i Tanzania resulterte i doktorgradsavhandlingen «Women at risk. Population-based research on HIV, sexually transmitted infections and female genital cutting in Northern Tanzania», som du disputerte for i 2004. Hvilke tanker har du om å forske på så intime problemstillinger innen en fremmed kultur? Er dette relevant for dagens debatt om obligatorisk underlivsundersøkelse av jenter i Norge?*

ES: Det var gjort mye forskning om sammenhengen mellom omskjæring og hiv-risiko blant menn, men ikke kvinner. Jeg spurte meg selv: Handler dette om våre tabuer?

Jeg ledet en stor befolkningsbasert undersøkelse på hiv og seksuelt overførbare infeksjoner i en fattig landsby med svært dårlig helsetjeneste. En av utfordringene var å gi god nok informasjon til deltagerne i forskningsprosjektet. Vi fikk godkjenning i alle ledd, fra Helseministeriet til regionale og lokale myndigheter, men dette var mannsdominerte fora. At en del av kvinnene sa ja til blodprøve og intervju, men nei til underlivsundersøkelse, oppfattet vi som en bekreftelse på at kvinnene hadde skjont hva informert samtykke betydde. Det er jeg stolt av, selv om det svekket studien.

Undersøkelsene viste at 75 prosent av unge jenter og kvinner var omskåret, en mye større andel enn det vi hadde forestilt oss. Blant de kvinnene jeg samarbeidet med, var det trolig også mange som var omskåret. Da ble det plutselig så nært at jeg måtte omtale det på en annen måte enn jeg ellers hadde gjort. Omskjæring var en integrert del av kvinneidentiteten. Kvinnene organiserte selv omskjæringen, som var en tradisjon etter forfedrenes ønsker. Mennene hadde ingen direkte rolle. Tradisjonelt ble dette feiret, men mye var i endring slik at omskjæring mange steder ble en mer privat handling.

Likevel er det en kvinneundertrykkende tradisjon. For de fleste er omskjæring seksuelt mutilerende. Den ytterste delen av klitoris, noen ganger hele klitoris, og kjønnslepper blir fjernet. Da blir et hovedspørsmål: Hva betyr seksuell tilfredsstillelse sammenlignet med det å være «gifteverdig»? Det kan være svært stigmatiserende ikke å følge tradisjonen. I dag pågår det mange interessante prosjekter der hele landsbyer eller etniske grupper i felleskap forkaster denne tradisjonen. Det har jeg tro på. Det var slik man på kort tid fikk bukt med fotbinding av kvinner i Kina.

I synet på obligatorisk underlivsundersøkelse, er jeg vaklende. Jeg har liten tro på tvang. Skal vi få avskaffet kvinnelig omskjæring, må forandringen komme innenfra, i gruppene det gjelder. Jeg er ikke uenig i tiltaket dersom undersøkelsen blir en rutine hos alle jenter, og ikke bare for utvalgte grupper.

UTPOSTEN: Hvilke erfaringer har du tatt med deg fra Tanzania?

IK: Gleden over å ha blitt forsker! Jeg ble godt mottatt i landsbyen hvor studien pågikk, og fikk oppleve et spen-

nende faglig samarbeid. I starten fikk vi ofte høre at «alt går bra» – det gjorde det jo ikke, men det var et uttrykk for høflighet. Etter hvert fikk folk større forståelse for kvalitetssikring av prøver, undersøkelser og rapportering – noe som er helt nødvendig for god forskning. De samme krav gjelder for en tanzanianer og meg. Derfor er forskningssamarbeid en svært effektiv form for kompetansebygging. Nå erfarer jeg det samme i samarbeid med russiske kolleger.

UTPOSTEN: Helt siden studenttiden har du vært politisk engasjert, blant annet i abortsaken og kampen mot atomvåpen. Kombinasjonen kvinnesak, nei til selvbestemt abort og aidsforebyggende arbeid kan virke noe paradoksalt?

IK: Dette henger sammen. Jeg vokste opp i et liberalt folkekirkelig miljø. Jeg var gift med en teolog i 25 år. Livets ukrenkelighet er en grunnleggende holdning som jeg fikk med meg hjemmefra hvor barna kom på rekke og rad, og ble tatt imot som gaver. Det gjorde at jeg som student ble engasjert i abortdiskusjonen tidlig på 70-tallet. Jeg syntes det var problematisk at abort bare skulle være kvinnens ansvar. Hva mente mannen – hvis paret hadde et forhold? Og hva med barnet, den svakeste parten? Hadde ikke også samfunnet et ansvar? Jeg syntes det var ulogisk at når all annen kvinnekamp gikk ut på å få mannen til å dele ansvar for barn og reproduksjon, så skulle han ikke ha noe å si her. Jeg var nok naiv i forhold til lovspørsmålet den gang. Da jeg begynte å arbeide som lege, og fikk erfare hvordan ting fungerte i praksis, opplevde jeg loven om selvbestemt abort som nødvendig.

Der er viktig og nødvendig å diskutere etikk i det åpne rom, med respekt og i en god dialog. Det var ikke mulig den gangen. Jeg brant meg på abortdebatten, men lærte utrolig mye. Politisk har jeg vært opptatt av minoriteters rettigheter, eksempelvis retten til å leve i pakt med sin seksuelle legning. Som et aktivt kristent menneske, opplever jeg selv å tilhøre en minoritet. Siden jeg har bekymret meg for ufødt liv, har jeg følt en tilsvarende sterk forpliktelse for å jobbe mot de trusler som truer alt levende liv, så veien til anti-atomvåpenengasjement var kort.

Jeg har forandret mening om mye i livet. Abortsaken er ikke det eneste. Edith Piaf-sangen om ikke å angre noe er svært fremmed for meg. Jeg er grunnleggende risikovillig og ganske handlekraftig. Det gjør jo at jeg har gått på noen smeller, både i det offentlige rom og privat. Jeg øver meg på å være klok, og ikke bare etterpåklokk!

UTPOSTEN: Du var en av legene som skrev under på presseoppropet mot økt kommersialisering og korrupsjon i 2004, som en protest mot bindingene mellom leger og legemiddelindustrien. Et av de siste prosjektene du har ledet i stillingen din på Folke-





helseinstituttet, er utredningen om HPV-vaksinen - der studier fra nettopp legemiddelindustrien var en stor del av grunnlagsmaterialet. Hva tenker du om samhandling mellom leger og industri i dag?

IK: De første 20 årene jeg jobbet, tok jeg ikke imot så mye som en kulepenn fra industrien. Det er åpenbart at bindinger påvirker oss når industrien spanderer middager og hotellopphold. I 2004 syntes jeg selve ordet korrupsjon var litt problematisk. Senere har jeg blitt mer åpen for å kalle det korrupsjon - ikke minst når vi nå ser på lignende situasjoner i for eksempel forsvar, eller Terra-saken. De viser hvor strenge krav samfunnet stiller. Det samrøret som store deler av legemiljøet har med industrien, kan ikke forsvares. I Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU), der jeg nå er leder, har vi et vedvarende fokus på legemiddelininitert forskning. Trenger vi forskning initiert av industrien i allmennpraksis, eller dreier det seg om skjult markedsføring?

Jeg tror vi er på riktig vei. Det er en økende åpenhet innen forskningen ved at vi for eksempel erklærer interessekonflikter. Utviklingen av nye vaksiner og legemidler er viktig for verdens befolkning, og hadde ikke vært mulig uten industrien. I forbindelse med utredningen av HPV-vaksinen fra Folkehelseinstituttet, skulle vi bedømme om en vaccine som var utviklet av industrien og som det er knyttet store økonomiske interesser til, burde innlemmes i vaksinasjonsprogrammet. En bredt sammensatt gruppe av fagfolk og forskere kom til at vi ville anbefale dette for unge jenter før seksuell debut. At Europas smitteverninstitutt i Stockholm

nylig kom til samme konklusjon, gir solid støtte til vårt standpunkt. Vi gir faglige råd, men det skal tas en politisk beslutning om dette. Det synes jeg er greit. Effekten av vaksinen vil være svært mye større i utviklingsland som Tanzania enn i vårt land. Dessverre er det ikke slik at områder med størst behov får tilbudet. Det blir likevel for enkelt å forkaste et godt produkt utelukkende fordi det er legemiddelfinansiert.

UTPOSTEN: Du har passert 60 år, likevel uttalte du nylig at du fortsatt ønsker å jobbe på Værøy. Hva tenker du om tiden fremover?

IK: Helst vil jeg fortsette på Værøy til jeg blir pensjonist. Jeg har giktplager som gir noen begrensninger, men nattarbeidet plager meg ikke. Fortsatt kan jeg jobbe når jeg må - og hvile når jeg kan. Jeg tror jeg kan bo hvor som helst, gjerne med utsikt til havet, for hjemme er der PCen er. Den har jeg alltid med i sekken. Jeg har bodd mange steder og er ikke avhengig av å være sammen med akademikere eller å ha et kulturtilbud - selv om jeg setter pris på begge deler. En kirke med sang og musikk og mulighet for meditasjon finner jeg alltid. Jeg liker en fest, men det er det litt for lite av alle steder! Jeg frakter med meg lyrikk, musikk, og mye faglitteratur. Jeg har som mål å gå utslitt og oppbrukt i grava. Det er et privilegium å ha et yrke med så mange muligheter, hvor jeg lærer noe hele tiden og kan arbeide med verdens store helseutfordringer som hiv-epidemien og vaksiner mot kreft. Som fastlege opplever jeg at det er et ekstra privilegium å være til nytte for andre mennesker!



ALLMENNMEDISINSKE 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.

Prosjekt Allmennmedisin 2020

AV GISLE ROKSUND, leder NFA og JAN EMIL KRISTOFFERSEN, leder Af

Det må sikres bærekraftige rammebetingelser for utøvelse av faget allmennmedisin i tiden fremover. For å sikre nødvendig til-



Gisle Roksund

er leder av Norsk forening for allmennmedisin og fastlege ved Klosterhagen legesenter i Skien.



Jan Emil Kristoffersen

er leder av Allmennlegeforeningen, medlem av sentralstyret i Legeforeningen og fastlege ved Skårer legesenter i Lørenskog.

gjengelighet og tjenester tilpasset befolkningens behov, samt økt kvalitet i diagnostikk, behandling og samhandling, må det skje en betydelig vekst i allmennlegetjenesten de nærmeste årene.

Sentralstyret i Legeforeningen har etter initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Allmennlegeforeningen (Af) bevilget inntil kr 400 000 til en bred utredning av faget allmennmedisin og av allmennlegetjenesten frem til 2020. Målet er å lage et helsepolitisk veiviser-dokument som moderforeningen kan stille seg bak, til bruk vis-à-vis myndigheter og besluttede politiske organer.

Utredningen, som er forankret og skjer i regi av NFA og Af, skal ferdigstilles i november 2008 for videre organisasjonsmessig behandling med henblikk på Legeforeningens landsstyremøte i 2009 (se artikkel av Trond Egil Hansen).

Bekymringsfull utvikling

Grunnen til at denne utredningen kommer nå, er at vi står overfor store utfordringer i norsk helsetjeneste. De siste årene har det vært en betydelig vekst innen spesialisthelsetjenesten, mens allmennlegetjenesten finansielt og bemanningsmessig nærmest har stagnert.

I perioden fra 1980 til 2001 økte antall legeårverk i somatiske sykehus per 10 000 innbyggere fra 8,8 til 16,0. I samme periode varierte antall legeårverk i primærhelsetjenesten

mellom 7,0 og 7,9 per 10 000 innbyggere. Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001, har veksten i legeårverk innen spesialisthelsetjenesten vært 13 prosent (2002–05) mot 1,6 prosent i allmennlegetjenesten. Færre enn 40 av 440 nye legeårverk hvert år tilfaller allmennmedisinen. Resten går til sykehusene. Basert på data fra Statistisk sentralbyrås inntekts- og kostnadsundersøkelser fra 1998 og 2003, er det grunn til å anta at fulltids praktiserende allmennleger har økt sin ukentlige arbeidstid med seks til sju timer til 49 uketimer etter innføringen av FLO, altså henimot en arbeidsdag per uke. Dette er arbeidstid ekskludert legevakt – altså kommer vakttimene i tillegg. Gjennomsnittlig alder på allmennlegene har økt fra 43,5 år i 1995 til 47,7 år i 2007 (1).

Primærhelsetjenesten og helsetjenesten generelt

En helsetjeneste som bygger en sterk primærhelsetjeneste er samlet best og billigst. Barbara Starfield sier det slik (2):

Primary care deals with most health problems for most people most of the time. Its priorities are to be accessible as health needs arise; to focus on individuals over the long term; to offer comprehensive care for all common problems; and to coordinate services when care from elsewhere is needed.

There is lots of evidence that a good relationship with a freely chosen primary-care doctor, preferably over several years, is



Primærhelsetjenesten er fundamentet for resten av helse- og sosialsektoren.

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.

Nasjonale myndigheter beskriver betydningen slik (3):

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.

Vårt allmennmedisinske samfunnsoppdrag er beskrevet slik (4):

Kommunene skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, for å fremme helse; forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, skade eller lyte; utføre medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg, samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Og videre (5): Fastlegen har bl.a. ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Innbyggerne på fastlegens liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester.

Som allmennleger opplever vi at vår kompetanse i økende grad er etterspurt i forhold til ulike pasientgrupper og samarbeidspartnere. Det gjelder stadig flere eldre og kroniske syke, og viktige pasientgrupper med sammensatte helseproblemer, ofte med psykiske lidelser og/eller rusproblemer og med langvarig utfall fra arbeidslivet til følge. Videre er vi etterspurt på en rekke områder, både internt i kommunchelsetjenesten (sykehjem, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, tverrfaglig samarbeid, lokalt samfunnsmedisinsk arbeid), i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, samt i forhold til NAV.

Allmennmedisin er et ungt fag i rivende utvikling. Faget ble en spesialitet i 1985 og er nå et av hovedfagene i grunnutdanningen i medisinstudiet. Det er et betydelig behov for forskning i allmennmedisin. Derfor har myndighetene etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter. Og Legerforeningen har etablert Allmennmedisinsk forskningsfond.

Derfor er det behov for en fremtidsrettet beskrivelse av fagets oppgaver og innhold, kvalitet og grensesnitt mot så vel spesialisthelsetjeneste som annen kommunal helse- og sosialtjeneste.

Rammebetingelsene – ikke bærekraftige

I hverdagen opplever allmennleger økt arbeidspress med større forventninger til samhandling med ulike instanser. Stigende produksjon i spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren og økte krav fra NAV bidrar til mer arbeid for allmennlegen. Ingen andre yrkesgrupper blir stilt overfor samme krav til tilgjengelighet som fastlegene. Hverdagen preges av en vekslende mellom akutt syke, kronisk syke, alvorlige og mindre alvorlige tilstander. De faglige og juridiske krav til tilgjengelighet for personer som søker helsehjelp, vil innenfor dagens rammebetingelser ofte måtte få prioritet fremfor samhandling og forvaltningsoppgaver.

Vi er bekymret for norsk allmennmedisins fremtid dersom stagnasjonen i rekrutteringen fortsetter. Særlig er vi bekymret for allmennlegenes muligheter for å kunne utføre oppgavene vi er pålagt innenfor områder som rus, psykiatri, tverrfaglig arbeid, IA-virksomhet og sykehjemsmedisin, på en tilfredsstillende måte. Et godt nok tilbud til pasientene, både hva angår kvalitet og volum, avhenger av at fastlegeordningen er dimensjonert riktig og tilføres nok ressurser. Allmennlegetjenesten vil ikke ha bærekraft til å være fundamentet i helsetjenesten dersom det ikke skjer en betydelig vekst i antall yrkesaktive allmennleger de nærmeste årene.

Dialog med myndighetene

Sentralstyret har opprettet en styringsgruppe som har engasjert nestleder i NFA Trond Egil Hansen som prosjektleder. Startskuddet for prosjektet var et åpent møte i Legenes hus i januar i år, og mer informasjon vil komme fortløpende utover året. Sluttproduktet er planlagt å bli Legeforeningens helsepolitiske dokument om allmennmedisin og allmennlegetjenesten, og vil danne grunnlag for kontakt med myndigheter og politikere. Parallelt med dette prosjektet, vil NFA og Af ha løpende kontakt med helsemyndighetene for å utrede utviklingsbehovene i allmennlegetjenesten. Det blir således tett kontakt med myndighetene underveis i prosessen.

Håpet er at denne utredningen vil danne grunnlag for en nødvendig vekst i allmennlegetjenesten i kongeriket. Det må bli mer attraktivt for unge leger å satse på allmennmedisin og etablere seg som allmennleger. Vi må gi en fremtidsrettet beskrivelse av faget, kvalitetskriterier og utdanningsstrukturen. Det trengs utdanningsstillinger og et bedre veiledningstilbud. Mange yngre leger forteller at det oppleves ensomt og utrygt å arbeide som allmennlege. Dette må endres – noe som krever at kollegiet tar de unge vel imot og tilbyr både plass, pasienter og veiledning!

Til sjuende og sist må det skisseres en fremtidsrettet dimensjonering, organisering og finansiering av allmennlegetjenesten. Får vi ikke nødvendig utvikling og vekst, frykter vi at allmennlegene ikke vil være i stand til å utføre sitt samfunnsoppdrag – nemlig å være lege med ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling av våre pasienter. Bryter denne biten av helsetjenesten sammen, vil vi få en ytterligere og til nå uant økning i etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Og det blir det ikke noe bedre helsetjeneste av.

Referanser

1. Roksund G. Legevaktens fremtid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1334.
2. Barbara Starfield, <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.html>
3. Utviklingstrekk i Helse og sosialsektoren. Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
4. Lov om Helsetjenesten i kommunene, § 1–3.
5. Forskrift om fastlegeordningen, § 7 med merknader.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gisle.roksund@gmail.com

Prosjekt Allmennmedisin 2020 er nå sjøsatt

AV TROND EGIL HANSEN

Etter forarbeid i styrene i Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen vedtok sentralstyret i Legeforeningen høsten 2007 å støtte initiativet om en bred utredning av allmennmedisinen og allmennlegetjenesten – i et tidsperspektiv frem mot 2020.

Undertegnede er prosjektleder for *Prosjekt Allmennmedisin 2020*. Prosjektet har etablert en styringsgruppe som ledes av Jan Emil Kristoffersen fra Allmennlegeforeningen (Af). Med seg har han Gisle Roksund og Marit Hermansen fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Tone Dorte Sletten (Af), Ernst Horgen fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Arne Eivindson fra Praktiserende Spesialisters Landsforening, Hege Gjessing fra Yngre legers forening og en representant fra Norsk overlegeforening.

Fire hovedområder

Utredningen er forankret og skjer i regi av NFA og Af. Sentralstyret i Legeforeningen skal holdes informert om arbeidet underveis. Prosjektet har ligget på beddingen frem mot stabelavløp i form av et åpent møte i Legenes Hus i januar i år. På møtet stilte om lag 120 kolleger (se egen sak). Mange tok ordet og kom med verdifulle innspill, men tiden gikk fort og noen i salen brant kanskje inne med ting de ønsket å si. Det er selvsagt ønskelig med ytterligere innspill fra de om lag 4000 kollegene som ikke var til stede!



Trond Egil Hansen

leder for Prosjekt Allmennmedisin 2020 og nestleder i Norsk forening for allmennmedisin. Fastlege ved Nesttun Allmennpraksis i Bergen.



Panellet for «Prosjekt Allmennmedisin 2020».

Prosjekt Allmennmedisin 2020 blir omfangsrik. Man har derfor opprettet arbeidsgrupper svarende til fire av prosjektets hovedtema:

1. Faget: Beskrivelse av fagets fremtidige innhold, kunnskaps- og forskningsbehov
2. Kvalitet i allmennlegetjenesten
3. Grunn-, videre- og etterutdanning
4. Allmennmedisinsk fagledelse og samhandling, grensesnitt mot samarbeidspartnere

Lederne av de fire arbeidsgruppene er henholdsvis Edvin Schei, Janecke Thesen, Hans Høvik og Kjell Maartmann-Moe. Arbeidsgruppene skal komme med skriftlige innspill som prosjektledelsen kan bruke og eventuelt videreutvikle. Lederne av gruppene utgjør prosjektets hovedarbeidsgruppe. De fire arbeidsgruppene rapporterer til prosjektleder og ventes å ha sine innspill ferdig innen juni 2008.

Sluttrapport til landsstyret 2009

Prosjektledelsen ivaretar innspillene fra arbeidsgruppene som vil danne grunnlaget for kapitlene i den ferdige rap-

porten. Rapportens øvrige innhold vil prosjektledelsen ta ansvar for. Det gjelder for eksempel annet allmennlegearbeid (sykehjem, fengselshelsetjeneste, helsestasjoner, skole, m.m.) og rammer for allmennlegetjenesten. En fremtidsrettet dimensjonering, organisering og finansiering av allmennlegetjenesten vil kreve flere hoder og hender i fastlegeordningen. Finansiering må sikres. Fastlegeordningen må finne plass til mange nye leger, som i sin tur må se det som et attraktivt valg å bli fastlege.

Ledergruppene i AF og NFA utgjør prosjektets referansegruppe. Prosjektleder kommuniserer underveis med referansegruppen og rapporterer til styringsgruppen. Referansegruppen vil fullføre rapporten i samhandling med styringsgruppen. Utredningen skal leveres Legeforeningens sentralstyre innen 15. november 2008. Planen er at utredningen skal på høring og organisasjonsmessig behandling med sikte på presentasjon i Legeforeningens landsstyre i 2009.

Prosjektledelsen inviterer leger til å komme med ideer og innspill.

Innspill, spørsmål og kommentarer kan rettes til: trond.egil.hansen@broadpark.no

Mer vind i seilene til allmennmedisinen!

AV KARIN FRYDENBERG, ANN-KRISTIN STOKKE OG TOM SUNDAR

Møte om *Prosjekt allmennmedisin 2020* samlet 120 engasjerte allmennleger fra hele Norge i Legenes hus 22. januar 2008. Presentasjonen av Prosjekt allmennmedisin 2020, både programmet og innleggene fra salen tyder på at Allmennlegeforeningen (Af) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA), gjennom dette ambisiøse prosjektet, kan tenne «begeistringens flamme» hos et stort antall allmennleger og andre leger utenfor sykehus.

Leder i Af, Jan Emil Kristoffersen og leder i NFA, Gisle Roksund la frem prosjektets mål og fremdriftsplan (se egne artikler av Jan Emil Kristoffersen, Gisle Roksund og prosjektleder Trond Egil i dette nummeret). Edvin Skei ledet møtet og mye klokt og fremtidsrettet ble sagt. Utposten noterte noen gullkorn:

JAN EMIL KRISTOFFERSEN: beskrev allmennlegen som helsevesenets Marte Svennerud: kurativ allmennpraksis, legevakt, skole og helsestasjon, sykehjem, fengsel, kommunal samfunnsmedisin, trygdemedisin og praksiskonsulent.

GISLE ROKSUND: Fremhevet at vi må ha tillit for å ha legitimitet – hos pasientene, myndighetene og våre samarbeidspartnere.

EDVIN SKEI: Hvorfor er vi blitt usynlige? Fordi vi gjør alt så godt og velsmurt at ingen merker det?

STEINAR HUNSKÅR: Mente fastlegeordningen står som «the miracle of the modern medicine», mens nesten all fokus er på sykehusene.

IRENE HETLEVIK: La vekt på at vi skal ha kunnskap om de helseproblemene pasientene som kommer til allmennlegekontoret opplever å ha. Og ikke dytte på dem helseproblemer de ikke har bedt oss om å ta opp.

KJELL MAARTMANN-MOE: Ledelse i allmennmedisin dreier seg om samarbeidsledelse. Vi må sette dagsorden overfor alle våre samarbeidspartnere og lede an i en team-kultur.

JANECKE THESEN: Også allmennlegene må holde orden i eget hus og skape rom for refleksjon over egen praksis. Hvordan kan vi skape anvendelig hverdagskvalitet?

HANS HØYVIK: (om spesialistutdanningen) Det må legges økt vekt på veiledet tjeneste og hvordan unge leger skal komme inn i faget. Skal spesialistutdanningen bli tre-årig som i utlandet? Skal sykehustjenesten endres, eventuelt fjernes?

HANS KRISTIAN BAKKE: Endringsprosesser må forankres hos politikere og det forutsetter tillit til endringene hos aktørene. Motstand må forventes og respekteres, men det gjør at endringene kan utvikles underveis.

Fra diskusjonen: Skal vi kunne møte alle endringene – både de strukturelle og de faglige – må vi bli flere. Hva med 100 nye allmennleger hvert år fram til 2020? (= 1200 nye allmennleger.) Da må vi tåle å ha færre pasienter på listen (900?), så får vi tid til samtalebehandling, samarbeidsmøter, kort ventetid, god journalføring, sykehjemsmedisin, faglig oppdatering og kanskje en liten bistilling i samfunnsmedisin på hvert sitt fagfelt i kommunen? Er målet 80 prosent spesialister i allmennmedisin som samtidig har tid til et liv ved siden av medisinen? Og hvordan friste de unge inn i allmennmedisinen? Vi må ha trygge rammer med gode utdanningsstillinger, med skikkelig veiledning av erfarne kolleger. Kort oppsummert: Et strålende møte med mye entusiasme og tro på fremtiden. Utposten tilstede ved Karin Frydenberg, Ann-Kristin Stokke og Tom Sundar.

(Se også s. 6–9 i denne utgaven av Utposten).



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!

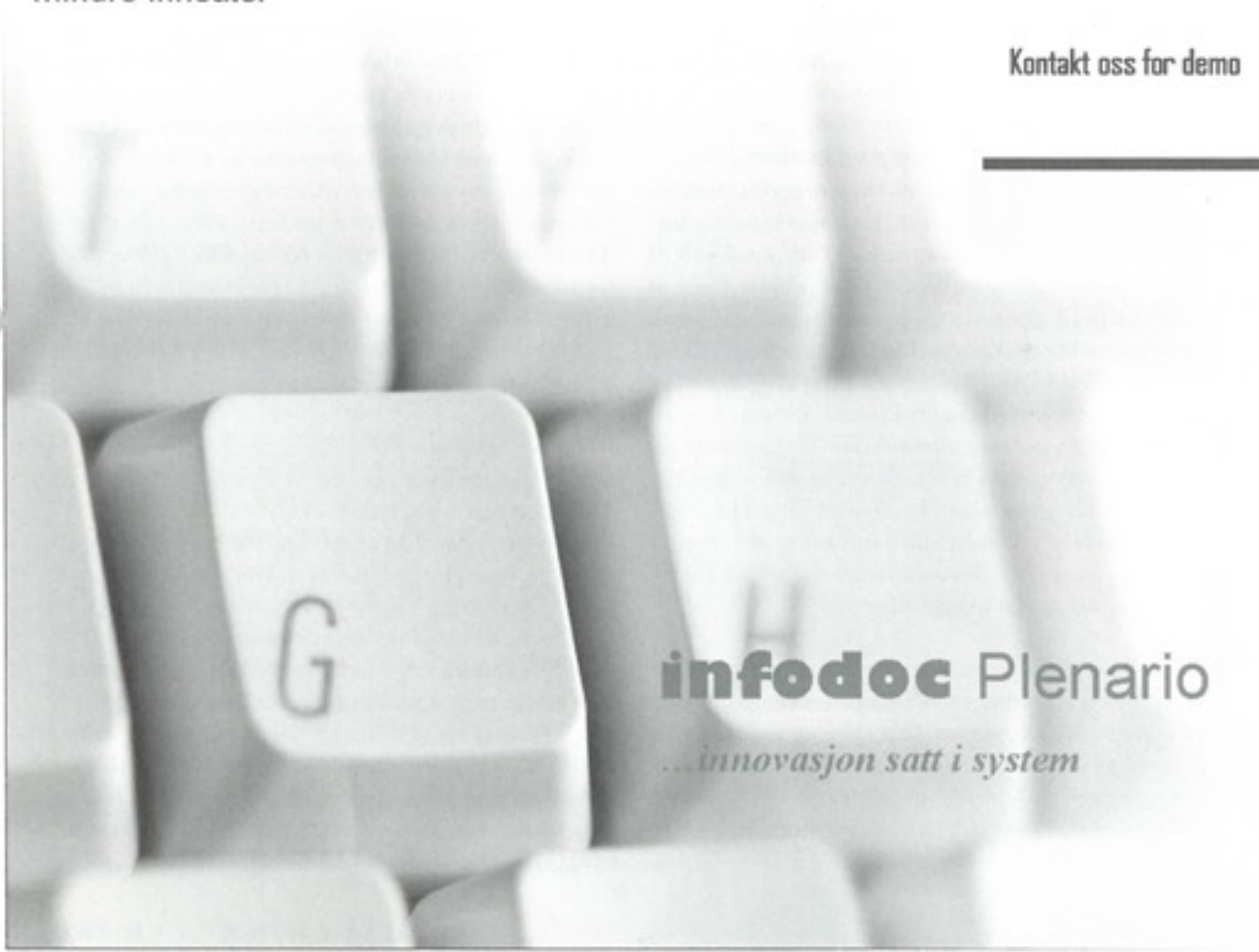
Infodoc as

► 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

Nye europeiske retningslinjer for

AV TONJE A. AKSNES OG SVERRE E. KJELDEN

I 2007 ble nye og reviderte retningslinjer for behandling av hypertensjon fra den europeiske hypertensjonsforeningen

og den europeiske hjerteforeningen presentert.

Her gjennomgår vi sentrale momenter og endringer som norske allmennleger bør kjenne til.



Tonje A. Aksnes

er lege i spesialisering ved hjertemedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, og doktorgradsstudent ved Universitet i Oslo.



Sverre E. Kjeldsen

er seksjonsoverlege og professor ved hjertemedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Han er forhenværende president i den europeiske hypertensjonsforeningen.

De første europeiske retningslinjer for hypertensjon ble publisert i 2003 som følge av et ønske om retningslinjer som var tilpasset europeiske forhold. Selve publikasjonen av retningslinjene i *Journal of Hypertension* var verdens mest siterte medisinske artikkel i 2003 og 2004. De nye retningslinjene er bygd over samme lest. De vektlegger dokumentasjon – slik at legelesere kan vurdere og behandle sine pasienter best mulig.

Definisjoner, korrekt måling og grenser

Grensen for – og definisjonen av – hypertensjon er systolisk og/eller diastolisk blodtrykk over 140/90 mmHg (se tabellen). Men den virkelige grensen som definerer «hypertensjon» og behovet for behandling må oppfattes som fleksibel, basert på total kardiovaskulær risiko for den enkelte pasient. Foruten absolutt systolisk og diastolisk blodtrykk, vektlegges risikofaktorer som alder, familær belastning, røyking, abdominal fedme, metabolsk syndrom, dyslipidemi, forhøyet fastende blodsukker eller nedsatt glukosetoleranse. Videre vektlegges subklinisk målorganskade – herunder venstre ventrikkelhypertrofi, lav glomerulær filtrasjonsrate, økt s-kreatinin, mikroalbuminuri, redusert ankel-arm-index, økt veggtykkelse i karotisarterien – eller etablert diabetes mellitus, kardiovaskulær sykdom eller nyresykdom.

Ved korrekt blodtrykksmåling skal pasienten først sitte i ro i noen minutter. Legen foretar så minst to målinger med ett til to minutters mellomrom. Hos eldre og pasienter med diabetes eller mistenkt postural hypotensjon, skal blodtrykket også måles etter ett og fem minutter i stående stilling. Hvis det er stor variabilitet i kontorblodtrykk, eller høyt kontorblodtrykk hos pasienter som ellers har lav kardiovas-

kulær risiko, eller ved mistanke om behandlingsresistens, hypotensive episoder eller søvnapnoe, er det viktig med 24-timers ambulatorisk blodtrykksmåling.

Normale gjennomsnittsverdier for 24-timers blodtrykk er lavere enn verdier for kontortrykk (<130–135/80 mmHg). De nye retningslinjene inkluderer også grenser for dag og natt, hhv. <130–135/85 mmHg og <120/70 mmHg. Egenmåling av blodtrykk hjemme har klinisk verdi hvis det kan bedre pasientens behandlingsetterlevelse, eller fremskaffe informasjon om terapeutisk effekt – uten at det medfører engstelse hos pasienten eller at pasienten selv regulerer medikasjonen. Normalverdien for hjemmeblodtrykk er også lavere enn for kontorblodtrykk (<130–135/85 mmHg). Videre bør man lete etter målorganskade så som venstre ventrikkelhypertrofi. Undersøkelse av mikroalbuminuri anses som rutine hos hypertensjonikere.

Behandlingsmål

Det primære behandlingsmålet er å oppnå maksimal reduksjon av den totale kardiovaskulære risiko på lang sikt. Dette krever behandling av det økte blodtrykket så vel som assosierte, reversible risikofaktorer. Hos alle pasienter skal livsstilsforandringer som røykeslutt, vektreduksjon, fysisk aktivitet og kostholdsomlegging (mindre salt/mettet fett/alkoholforbruk og mer frukt/grønnsaker) legges til grunn. Men mange trenger medikamentell behandling for å få redusert blodtrykket til under 140/90 mmHg. Hos pasienter med diabetes, nyresvikt og etablert kardiovaskulær sykdom (f.eks. tidligere TIA, hjerneslag, hjerteinfarkt, perifer karsykdom) bør blodtrykket senkes til under 130/80 mmHg.

behandling av hypertensjon

Medikamentbehandling bør startes umiddelbart ved hypertensjon grad 3, og også ved grad 1 og 2 når den totale kardiovaskulære risikoen er høy. Det viktigste er den blodtrykk-senkende effekten i seg selv. Det er påvist gunstige effekter av blodtrycksbehandling med tiazid, diuretika, β -blokkere (BB), kalsiumblokkere (CCB), ACE-hemmere (ACEI) og angiotensin-II-blokkere (ARB). Som oftest må man bruke legemidler i kombinasjon for å nå målet og kombinasjonene ACEI/diuretika, ARB/diuretika, ACEI/CCB, ARB/CCB, CCB/BB, CCB/diuretika anbefales.

Det advares mot metaboliske bivirkninger av kombinasjonen diuretika og β -blokkere hos pasienter med metabolsk syndrom og risiko for diabetes. Flere studier rapporterer også gunstige tilleggseffekter av enkelte blodtrycksmedikamenter som er uavhengig av blodtrykkseffekten. Bl.a. er det vist at behandling med blokkere av renin-angiotensin-systemet kan være gunstig for å forsinke eller forebygge utvikling av diabetes, nyresvikt/mikroalbuminuri og atrieflimmer.

Pasienter med hypertensjon, kardiovaskulær sykdom eller type 2-diabetes bør vurderes med tanke på statinbehandling, for å oppnå totalkolesterol under 4,5 og LDL under 2,5. Også pasienter med høy kardiovaskulær risiko (> 20 prosent risiko for hendelser i løpet av 10 år) uten etablert kardiovaskulær sykdom bør vurderes med tanke på statinbehandling – selv om totalkolesterol og LDL ikke er spesielt forhøyet.

TABELL: Klassifisering av blodtrykknivå (mmHg)

Kategori	Systolisk blodtrykk	Diastolisk blodtrykk
Optimal	<120	og <80
Normal	120–129	og/eller 80–84
Høyt normal	130–139	og/eller 85–89
Grad 1 hypertensjon	140–159	og/eller 90–99
Grad 2 hypertensjon	160–179	og/eller 100–109
Grad 3 hypertensjon	≥ 180	og/eller ≥ 110
Isolert systolisk hypertensjon*	≥ 140	og <90

Hvis systolisk og diastolisk verdi havner i ulike kategorier, skal høyeste gradering benyttes.

*Isolert systolisk hypertensjon kan graderes i grad 1, 2, 3, i henhold til de angitte systoliske blodtrykkverdier.

Platehemmende behandling (lavdosert acetylsalisylsyre) bør forskrives til pasienter med hypertensjon og tidligere kardiovaskulære hendelser, eller til pasienter over 50 år med moderat økt kreatininnivå eller høy kardiovaskulær risiko – såfremt det ikke er økt risiko for blødning. For å redusere risikoen for hjerneblødning, bør platehemmende behandling først startes etter at blodtrykket er under kontroll. Det er også viktig med glykemisk kontroll hos pasienter med hypertensjon og diabetes. Disse bør få dietetisk og medikamentell behandling med sikte på å senke fastende blodsukker til under seks mmol/L og HbA1c til lavere enn 6,5 prosent.

Konklusjon

De nye hypertensjonsretningslinjene legger vekt på reduksjon av den totale kardiovaskulære risikoen, ved bl.a. å fremheve risikofaktorer som metabolsk syndrom, fastende plasmaglukose, mikroalbuminuri samt målorganskade. Det advares mot betablokker i kombinasjon med diuretika hos pasienter med metabolsk syndrom eller høy risiko for diabetes. Hos høyriskopasienter med diabetes mellitus, nyresvikt/proteinuri, tidligere hjerneslag eller hjerteinfarkt skal blodtrykket senkes til under 130/80.

Kilde

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC); J Hypertens 2007; 25: 1105–1187. Eur Heart J 2007; 28: 1462–536. Blood Press 2007; 16: 135–232.



Finnes det fornuftig bruk av benzodiazepiner?

AV PÅL SANDVIK

Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å komme med noen betraktninger rundt bruken av benzodiazepiner. Det er ikke meningen å gi noen fullstendig oversikt over benzodiazepiners farmakologi eller kliniske bruk.

Historien om benzodiazepinene er velkjent. Introdusert på 1960-tallet som effektive midler mot angst og søvnproblemer og ikke minst som tryggere alternativer til barbiturater, økte forskrivningen raskt. Diazepam var det mest solgte legemidlet i USA fra 1969 til 1982. Fra slutten av 1970-tallet ble det økende oppmerksomhet rundt bivirkninger og avhengighetsproblematikk. Etter hvert ble det i mange land iverksatt tiltak for å begrense forskrivningen av benzodiazepiner. I Norge ga Helsedirektoratet i 1990 ut «Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler». En må anta at denne bidro til at forskrivningen av benzodiazepiner sank på første halvdel av 1990-tallet. Helsetilsynet ga i 2001 ut en revidert versjon av veilederen, nå kalt «Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet» (1) hvor vi finner en grundig diskusjon og veiledning i bruk av benzodiazepiner. I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* fra 2001 gir Mouland en rekke praktiske råd ved nedtrapping og seponering av benzodiazepiner (2). Nyere drøfting av bruk av benzodiazepiner finnes i Norsk legemiddelhandbøk (2007) og i Kunnskapssenterets rapport fra 2007 om benzodiazepiner i behandling av personer med rusmiddelproblemer.

Dette betyr at norske leger ikke mangler lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om benzodiazepiners effekt, bivirkninger og misbruksfare. De faglige retningslinjer fokuserer på korttidsbruk og gir tydelige advarsler mot langtidsbruk. Til tross for dette vedvarer langtidsbehandling med benzodiazepiner å være et problem i helsevesenet. Særlig merkes dette i allmennpraksis, hvor det meste av forskrivningen skjer.

Dette leder til to sentrale spørsmål. For det første om nåværende praktisering av korttidsbehandling med benzodiazepiner fører til uforholdsmessig mye lang-



Pål Sandvik

Legeutdannet i 1986, spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi. Det meste av min erfaring er fra akuttpsykiatri. Overlege, spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi. Avd for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital.

tidsbruk. For det andre om det finnes det gode indikasjoner for langtidsbehandling med benzodiazepiner som ikke fanges opp av de faglige retningslinjene.

Epidemiologi

En indikator på forskrivning av benzodiazepiner er apotekenes salg i definerte døgndoser pr 1000 innbyggere pr dag (DDD). Målenheten DDD er definert som den antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne. Døgndosene fastsettes på bakgrunn av en vurdering av bruken internasjonalt, selv om de nasjonale terapitradisjonene kan variere fra et land til et annet (f.eks. bruksområde og doseringsanbefaling).

Av figur 1 framgår det at forskrivningen av benzodiazepiner som anxiolytika har vært relativt stabil de siste ti år, mens forskrivningen av hypnotika har hatt en kraftig økning. Det siste skyldes utelukkende økt forskrivning av Z-hypnotika. Zopiklone hadde alene et salg på 31 DDD/1000 innbyggere/døgn i 2006 (3).

Virkningen av benzodiazepiner og Z-hypnotika

Benzodiazepiner og zopiklone stimulerer både benzo-1 og benzo-2 reseptorene. Disse reseptorene er knyttet til hjernens GABA-erge system og medierer de angstdempende, sederende, hukommelsedempende, antikonvulsive og muskelrelakserende effektene av benzodiazepiner. Zolpidem virker mer spesifikt på benzo-1 reseptoren og kan mangle benzodiazepinenes antikonvulsive og muskelrelakserende effekter. For øvrig ser det ut til at benzodiazepiner og Z-hypnotika har de samme virkninger og de

samme problemer i forhold til bivirkninger, avhengighet, misbruk og seponeringsreaksjoner (4). Den viktigste forskjellen ligger i farmakokinetikken. Zopiklone og særlig zolpidem skilles ut raskere enn benzodiazepiner.

Benzodiazepiner har neppe noen direkte stressreducerende effekt. Heller ingen effekt på smerter eller depressive symptomer. Eventuelle slike effekter er i så fall sekundære til benzodiazepinenes angstdempende, sederende og muskelrelaxerende virkninger.

Bivirkninger av benzodiazepiner

De vanligste bivirkningene er relatert til benzodiazepinenes generelt dempende effekt på sentralnervesystemet. Disse kan gi seg utslag i sedasjon, konsentrasjonsvansker, trøtthet, søvnighet, koordinasjonsproblemer, ataksi, ustøhet, dysartri, dobbeltsyn, svimmelhet, hukommelsesproblemer og forvirring. Bivirkningene er generelt doseavhengige, men varierer i betydelig grad mellom individer. Eldre er mer følsomme for bivirkninger. De fleste pasienter vil utvikle toleranse for de sedative bivirkningene, både akutt ved at den sedative effekten blir mindre før serumkonsentrasjonen synker, og kronisk ved at de sedative bivirkningene i større eller mindre grad kan forsvinne i løpet av en til to ukers bruk (5). Derimot ser det ikke ut til å utvikles full toleranse for de nevrokognitive bivirkningene, som nedsatt hukommelse og oppmerksomhet, selv ved langtidsbruk (6).

Trafikkfare

Ut fra bivirkningsprofilen er det liten tvil om at akutt bruk av benzodiazepiner kan medføre betydelig nedsatte kjøreferdigheter. Det gjelder også for zopiklone, hvor en vesentlig del av pasientene kan ha tilstrekkelig høye serumkonsentrasjoner neste dag til at kjøreferdighetene påvirkes. Det kan heller ikke utelukkes for zolpidem, selv om den korte halveringstiden gjør

risikoen mindre. Akutt bruk av benzodiazepiner kan medføre så vidt alvorlig trafikkfare, at noen leger hevder man burde bytte resepten mot førerkortet.

Ettersom det ikke ser ut til å inntre full toleranse for benzodiazepiners nevrokognitive bivirkninger, vil det også ved kronisk bruk kunne være nedsatte kjøreferdigheter (7), men betydningen av dette er mer omdiskutert og det finnes mindre data. Graden av trafikkfare ved kronisk bruk av benzodiazepiner vil være doseavhengig og individuell. Helsetilsynet har satt veiledende grenser for døgndose i forhold til bilkjøring ved langvarig bruk av vanedannende legemidler (1). Serumkonsentrasjonen kan i noen tilfeller være veiledende, men det finnes ingen sikker sammenheng mellom nivå og effekt eller bivirkninger av benzodiazepiner.

Seponeringsreaksjoner

Seponeringsreaksjoner forekommer hyppig ved behandling med benzodiazepiner, særlig ved høye doser over lang tid, men kan forekomme allerede etter to ukers behandling. Et seponeringssyndrom kan defineres som et sett av fysiologiske, kognitive, følelsesmessige og adferdsmessige symptomer som oppstår i forbindelse med dosereduksjon eller opphør av legemiddelinntak hos en person som har brukt legemidlet regelmessig over lengre tid.

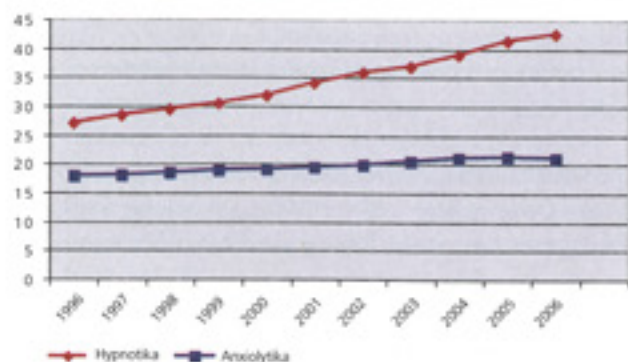
Seponeringsreaksjoner ved benzodiazepinbruk starter typisk med depressive symptomer, angst og søvnvansker. Disse vil kunne være vanskelig å skille fra angstutbrudd («rebound» angst), men inntre raskere enn et eventuelt tilbakefall av angstlidelse.

Deretter vil det over tid kunne opptre en rekke ulike symptomer i form av svimmelhet, hodepine, parestesier, sanseforstyrrelser (fotofobi, hyperakusis, hyperestesi, unormal smak). Seinere kommer smerter, uro og svakhet i muskulatur, tremor og hukommelsesproblemer. I sjeldne tilfeller kan man se forvirring, psykotiske symptomer og kramper. Gastrointestinale symptomer i form av kvalme, anoreksi og magesmerter kommer oftest seint i forløpet.

Varigheten er vanligvis fire til seks uker, sjelden over 15 uker. Det finnes enkelte rapporter på varighet i seks måneder eller mer, men det er lite evidens for et irreversibelt benzodiazepin seponeringssyndrom. (5).

Viktigste tiltak er individuelt tilpasset, langsom nedtrapping, eventuelt med psykologisk støtteterapi. Det finnes lite holdepunkter for symptomrelatert farmakologisk behandling, men krampeprofylakse med karbamazepin eller valproat kan vurderes ved nedtrapping fra høye doser.

FIGUR 1.
Salg av hypnotika og anxiolytika i DDD/1000 innbyggere/dag siste ti år.
Kilde: RUSSTAT (STATISTISKT INSTITUTT FOR RUSFORBRUK) OG LEGEMIDDELFORBRUKET I NORGE.



ILLUSTRASJONSFOTO: INGER ANNE HULBÆDAL



Bruk av benzodiazepiner ved akutte kriser

Benzodiazepiner ved akutte krisereaksjoner er rettet mot å dempe psykisk smerte i forbindelse med sorg, tap, traumer eller andre former for akutt alvorlig stress. Pasienter i slike situasjoner er ofte sterkt lidende. Benzodiazepiner har rask og forutsigbar effekt på angst og søvnproblemer. Kortvarig bruk av benzodiazepiner i slike situasjoner er derfor vanlig, men det finnes få kontrollerte undersøkelser av slik behandling.

Behandlingen er rent palliativ. Det finnes ingen dokumentasjon på at benzodiazepiner ved akutte traumer endrer langtidsprognosen i gunstig retning. I en oversiktsartikkel angis det at benzodiazepiner ved akutte psykologiske traumer demper symptomer, men kan gi økt risiko for posttraumatisk stresslidelse (8). Andre faktorer kan være viktige i slike situasjoner, særlig støtte fra nettverk eller nære personer og tett oppfølging av hjelpeapparatet, men selv i sykehus er det vanlig å gi benzodiazepiner ved akutte kriser (1). Kroniske brukere av benzodiazepiner har hevdet at forskrivningen ofte startet på legens initiativ i akutte livskriser og at de fikk medikamenter i stedet for samtaler. Det ble sjeldent informert om bivirkninger og tilvenningsfare (9).

Spørsmålet er hvor nødvendig det er med benzodiazepiner ved akutte kriser og hvordan man som lege skal forholde seg til palliativ psykofarmakologisk behandling. Mange leger hevder at det ikke er krisereaksjonen i seg selv, men

hvorvidt den ledsages av alvorlige søvnproblemer, som er avgjørende for om man skal intervensere med benzodiazepiner eller Z-hypnotika. Klinisk erfaring med pasienter med krisereaksjoner innlagt i akuttpsykiatriske avdelinger tilsier at de alvorligste symptomene dempes i løpet av få dager og at eventuell farmakologisk intervensjon trolig kan begrenses tilsvarende. Dette kan imidlertid forde at man parallelt etablerer annen type oppfølging i form av støtte-terapi og praktisk hjelp til å løse økonomiske vansker eller andre sosiale problemer.

Et av problemene med benzodiazepiner ved akutte kriser kan være at fysisk avhengighet oppstår raskere enn man tidligere har vært klar over. Alvorlige seponeringsreaksjoner kan oppstå allerede etter to ukers behandling. Det spiller neppe avgjørende rolle om benzodiazepinene ble gitt som søvnmidler eller angstdempende midler. Det er mye som tyder på at samme type problemer vil gjelde for Z-hypnotika (4). Det er videre nærliggende å anta at mennesker i en vanskelig livssituasjon har lite overskudd til å takle seponeringsreaksjoner og lettere kommer i en situasjon med vedvarende bruk.

Dette tilsier at man bør være tilbakeholdende med benzodiazepiner ved akutte kriser. Hvis behandlingen strekker seg utover 1–2 uker må man forutsette at pasienten vil utvikle seponeringsreaksjoner og nøye informere pasienten om denne risikoen. Særlig er det uheldig, men neppe uvanlig, at benzodiazepiner seponeres ved utskrivning fra psykiatrisk avdeling etter akutt opphold og at primærlegen får en komplisert oppgave i å vurdere og behandle en blanding av psykiatriske symptomer og seponeringsreaksjoner.

Bruk av benzodiazepiner ved angstlidelser

Diagnostikken av angstlidelser etter ICD-10 er upresis med betydelig overlapp mellom diagnosekategoriene. I praksis vil de fleste pasienter med angst fylle kriteriene for mer enn en angstlidelse og et betydelig antall vil være komorbide med andre psykiske lidelser, særlig depresjon, rusmisbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser. Som regel vil det være fornuftig å vurdere depresjon eller misbrukslidelser som primære, men angstproblematikk er en viktig faktor som kan vanskeliggjøre behandlingen og forverre prognosen.

Benzodiazepiner kan være aktuelle ved kroniske angstlidelser. Dette gjelder i første rekke generalisert angstlidelse, generalisert sosial fobi og panikkangstlidelse med eller uten agorafobi. Benzodiazepiner ser ikke ut til å ha effekt ved tvangslidelse. Heller ikke ved posttraumatisk stresslidelse, hvor også faren for misbruk antas å være høyere enn ved andre angstlidelser.

Selv om antidepressiva i flere år har vært ansett som førstevalg ved kroniske angstlidelser, brukes benzodiazepiner hyppig, enten alene eller sammen med antidepressiva. Flere undersøkelser tyder på at bruken er langvarig. I en oppfølgingsstudie over 12 år fant Vasile et al. at nærmere halvparten av pasienter med generalisert angstlidelse eller sosial fobi fortsatt brukte benzodiazepiner, men andelen som brukte benzodiazepiner alene var lavere (10). Dette er i overensstemmelse med andre undersøkelser som viser at antidepressiva ikke kommer i stedet for, men i tillegg til benzodiazepiner. En oppfølgingsstudie i Harvard/Brown Anxiety Disorders Program viste at bruken av benzodiazepiner har vært relativt stabil de siste ti år og at det ikke ser ut til å være bedre prognose hos de som bruker SSRI (11).

I en oversiktsartikkel fra 2005 angir Nutt at det er lite evidens for at det utvikles toleranse mot den angstdempende effekten av benzodiazepiner (12). Dette er imidlertid omstridt og kan være vanskelig å vurdere fordi angstlidelser har et naturlig fluktuerende forløp, i tillegg til at man ofte vil se angstutbrudd («rebound» angst) ved seponeringsforsøk.

Det er ikke uvanlig å starte med benzodiazepiner samtidig med antidepressiva ved angstlidelser. En oppnår da akutt symptomdempning samtidig som pasienten bedre tolererer de initiale bivirkningene av antidepressiva. Man vil som regel ha som mål å seponere benzodiazepinene når antidepressiva begynner å virke. Det tar imidlertid to til fire uker eller mer før den angstdempende effekten av antidepressiva setter inn, noe som innebærer at en må regne med seponeringsreaksjoner når benzodiazepinene stoppes. Angstpasienter kan på grunn av sin grunnlidelse ha mindre evne til å tolerere potensielt skremmende seponeringssymptomer. Til dette kommer eventuell økt «rebound» angst som vil kunne forsterke problemene. Likevel er det viktig at seponeringsforsøk gjennomføres. Det finnes dokumentasjon på at intermitterende behandling av generalisert angstlidelse i perioder på fire til seks uker kan medføre at en betydelig andel av pasientene forblir symptomfri over uker og måneder (5).

Benzodiazepiner har veldokumentert symptomdempende effekt, men har ingen eller negativ effekt på funksjonsnivå. Hos dem som klarer å seponere benzodiazepiner ser det derimot ut til å inntre en funksjonsbedring. Dette følger trolig av de kjente negative effektene benzodiazepiner har på kognitiv funksjon (6).

Denne effekten kan medføre at psykologisk intervensjon ved angstlidelser blir mindre effektiv, selv om en nylig

publisert review-artikkel om kombinasjonen av psykologisk behandling og benzodiazepiner ved panikkangstlidelse ikke kunne bekrefte dette (13).

Som en generell regel bør ikke pasienter stå på langtidsbehandling med benzodiazepiner uten at man gjør seponeringsforsøk eller reduserer dosen til et minimum. Langtidsbehandling bør forbeholdes de pasientene som har en kronisk angstlidelse og som ikke har effekt av antidepressiva eller psykologisk intervensjon. Til gjengjeld bør man ikke frata pasienter mulighet for effektiv langtidsbehandling når man ikke kommer til målet med andre intervensjoner. Det er trolig at denne pasientgruppen er liten, og utgjør neppe mer enn et mindretall av de pasienter som i dag er kroniske brukere av benzodiazepiner.

Bruk av benzodiazepiner ved misbrukslidelser

Hos psykiatriske pasienter uten rusproblemer er det antatt at misbruk av benzodiazepiner er relativt sjelden, estimert til å gjelde ca en prosent av pasientene (5). Blant pasienter med kjent misbrukslidelse er frekvensen trolig høyere. Forskrivning av benzodiazepiner til pasienter med kjent misbrukslidelse skal derfor skje med forsiktighet. Helseilsynet angir at slik forskrivning skal skje enten som godkjent opplegg ved legemiddellassisteret rehabilitering, ved nedtrappingsopplegg eller på medisinsk indikasjon.



Det er høy komorbiditet mellom misbrukslidelser og kroniske angstlidelser. Problemstillingen vil ofte være om man skal gi benzodiazepiner til slike pasienter hvis antidepressiva ikke har effekt. Hyppigst vil det dreie seg om pasienter med kjent alkoholisme. Det er antatt at det i denne pasientgruppen er økt risiko for misbruk av benzodiazepiner og også økt risiko for tilbakefall av alkoholmisbruk hos tørrlagte. Særlig bør en være tilbakeholdende til pasienter som har personlighetsforstyrrelser med antisosiale og impulsive trekk.

En studie over 12 år i *Harvard/Brown Anxiety Disorders Program* (14) viste imidlertid verken økt risiko for misbruk av benzodiazepiner eller økt risiko for nye episoder med alkoholmisbruk. Pasientene i denne studien var imidlertid diagnostisert med stringente kriterier for panikk lidelse, generalisert angst og sosial fobi. Pasienter med uspesifikke angsttilstander og posttraumatisk stresslidelse var ekskludert. Dette kan tyde på at presis diagnostikk er av betydning når en skal vurdere bruk av benzodiazepiner til pasienter med misbrukslidelse.

Om lag 40 prosent av pasienter på legemiddellassiert rehabilitering får forskrevet benzodiazepiner, ofte i høye doser. Slik behandling er assosiert med høyere sannsynlighet for utskrivning fra rehabiliteringsprogrammet, samt økt frekvens av overdoser og død (15, 16). Dette tilsier at man bør unngå forskrivning av benzodiazepiner til pasienter med kjent opiatmisbruk, selv om det skulle foreligge medisinsk indikasjon. Det utelukker ikke at utvalgte pasienter i denne populasjonen kan ha nytte av benzodiazepiner ved komorbid kronisk, alvorlig angstlidelse.

Konklusjoner

Kunnskap rundt seponeringsreaksjoner tilsier betydelig forsiktighet med bruk av benzodiazepiner og Z-hypnotika ved akutte krisereaksjoner. Behandlingslengde bør trolig være klart mindre enn to uker for å unngå seponeringsreaksjoner. En bør være bevisst på trafikkkfaren ved akutt bruk av benzodiazepiner.

Hos en mindre pasientgruppe med stringent diagnostisert kronisk, alvorlig angstlidelse som ikke har effekt av antidepressiva, bør det være aksept for langtidsbehandling med benzodiazepiner. I noen tilfeller kan dette også gjelde for pasienter med komorbid alkoholisme. Generelt bør man imidlertid tilstrebe intermitterende behandling og være oppmerksom på at benzodiazepiner kan ha negativ effekt på funksjonsnivået.

En bør trolig være ytterst tilbakeholdende med benzodiazepiner til pasienter med opiatavhengighet.

Referanser

1. Helsetilsynet. Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet. 2001.
2. Moulard G. (Practical advice on withdrawal of benzodiazepines). *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001 Aug 30; 121 (20): 2394-5.
3. www.legemiddelbruk.no (01.02.08).
4. Mellingsæter TC, Bramness JG, Skjold L. (Are z-hypnotics better and (safer) sleeping pills than benzodiazepines?). *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006 Nov 16; 126 (22): 2954-6.
5. Nutt DB, James. *Anxiety Disorders*: Blackwell Science 2003.
6. Rich JB, Svoboda E, Brown GG. Diazepam-induced prospective memory impairment and its relation to retrospective memory, attention, and arousal. *Hum Psychopharmacol*. 2006 Mar; 21 (2): 101-8.
7. Bramness JG, Skurtveit S, Morland J. Flunitrazepam: psychomotor impairment, agitation and paradoxical reactions. *Forensic Sci Int*. 2006 Jun 2; 159(2-3): 83-91.
8. Davidson JR. Pharmacologic treatment of acute and chronic stress following trauma: 2006. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 Suppl 2: 34-9.
9. Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004 Sep 23; 124 (18): 2342-4.
10. Vasile RG, Bruce SE, Goisman RM, Pagano M, Keller MB. Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. *Depress Anxiety*. 2005; 22 (2): 59-67.
11. Bruce SE, Vasile RG, Goisman RM, Salzman C, Spencer M, Machan JT, et al. Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? *Am J Psychiatry*. 2003 Aug; 160 (8): 1432-8.
12. Nutt DJ. Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders. *CNS Spectr*. 2005 Jan; 10 (1): 49-56.
13. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2007; 7: 18.
14. Mueller TI, Pagano ME, Rodriguez BF, Bruce SE, Stout RL, Keller MB. Long-term use of benzodiazepines in participants with comorbid anxiety and alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Aug; 29 (8): 1411-8.
15. Bramness JG, Kornør H. Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Oct 8; 90 (2-3): 203-9.
16. Nilsen B, Bjørner. Benzodiazepiner i behandling av personer med rusmiddelproblemer. Kunnskapssenteret rapport. 2007; 6(6).

INTERESSEKONFLIKTER: De siste fem årene har jeg mottatt kongress/kursstøtte fra AstraZeneca, Glaxo, Lilly og Wyeth og honorar for foredrag fra AstraZeneca, Lilly og Wyeth.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
pal.sandvik@legemidler.no



Fire av fem kvinner gjør det. Nå gjør Levonova® det også:

Ifølge Aftenposten (15.5.07) velger et klart flertall av norske kvinner å skifte navn når de gifter seg. Nå gjør Levonova® det samme. Norges eneste hormonspiral skifter navn til Mirena®.

HVORFOR?

Det er ikke fordi Mirena® er et vakrere navn (selv om det lyder som et pastellfarget sommerhotell på rivieraen).

Eller fordi vi synes Levonova® er tungt (selv om enkelte har antydnet assosiasjoner til kvinnelige, russiske diskoskastere).

Det er ganske enkelt fordi vår hormonspiral heter Mirena®

i de fleste land utenfor Norge. Derfor var det på høy tid at også vi tok i bruk familienavnet, slik at alle i "familien" har samme navn, uansett hvor i verden de befinner seg.

Men produktet er det samme. Derfor kan du fortsatt trygt anbefale Lev... unnskyld, Mirena®!



Mirena®
levonorgestrel 20 µg/24 timer

Vent og se – om jeg tør be

AV SIGURD HØYE

Antibiotikabruken ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis kan og bør reduseres. Kan bruk av vent og se-resept være et egnet virkemiddel for å nå dette målet? Det mener allmennlege Sigurd Høy ved Antibiotikasenteret for primærmedisin.

Vent og se-resept er en antibiotikaresept som leveres til pasienten sammen med en klar oppfordring: «Vent noen dager med å hente ut medisinen. Hvis du blir bedre i ventetiden, trenger du ikke å begynne med antibiotika. Da har kroppen ordnet opp med sykdommen på egen hånd. Hvis du ikke blir bedre, er det grunn til å tro at antibiotika kan hjelpe deg med å bli frisk. Da kan du innløse resepten og begynne på kuren.»

Det er selve anbefalingen til pasienten som skiller en vent og se-resept fra en vanlig antibiotikaresept. Mange leger benytter allerede prinsippet, men oftest av pragmatiske grunner – for eksempel at pasienter skal unngå å oppsøke legevakt i helger eller ferier. Vi vet også at pasienter gjør bruk av prinsippet uten å ha fått det anbefalt av sin lege: Mange antibiotikaresepter forblir ueksponert, eller kuren avsluttes etter bare få dager. Det finnes imidlertid flere grunner enn de rent pragmatiske til å ta i bruk vent og se-resept.

Forskning fra andre land viser nemlig at bruken av vent og se-resept kan redusere unødig antibiotikabruk ved ulike luftveisinfeksjoner. Metoden er inntil nylig ikke undersøkt i Norge, men nå pågår det studier i regi av *Antibiotikasenteret for primærmedisin* og Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo for å undersøke om vent og se-resept kan være virksom og akseptabel – ut fra målet om å redusere antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner.

Økende bruk – men hva er riktig nivå?

Selv om norske allmennleger er restriktive med å skrive ut antibiotika sammenliknet med leger i mange andre land, forskrives det likevel for mye antibiotika ved luftveisinfek-

Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo driver et pedagogisk intervensjonsprosjekt, Kollegabasert terapeveiledning (KTV), der målet er å kvalitetsforbedre allmennlevers legemiddelforskriving innen to terapiområder: antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner og legemidler til eldre. Spesialutdannede kolleger har besøkt prosjektdeltakernes veiledningsgrupper og undervist innen ett av områdene. Vent og se-resept er ett av tiltakene man har undervist om. Deltakende leger er oppfordret til å bruke metoden.



Sigurd Høy

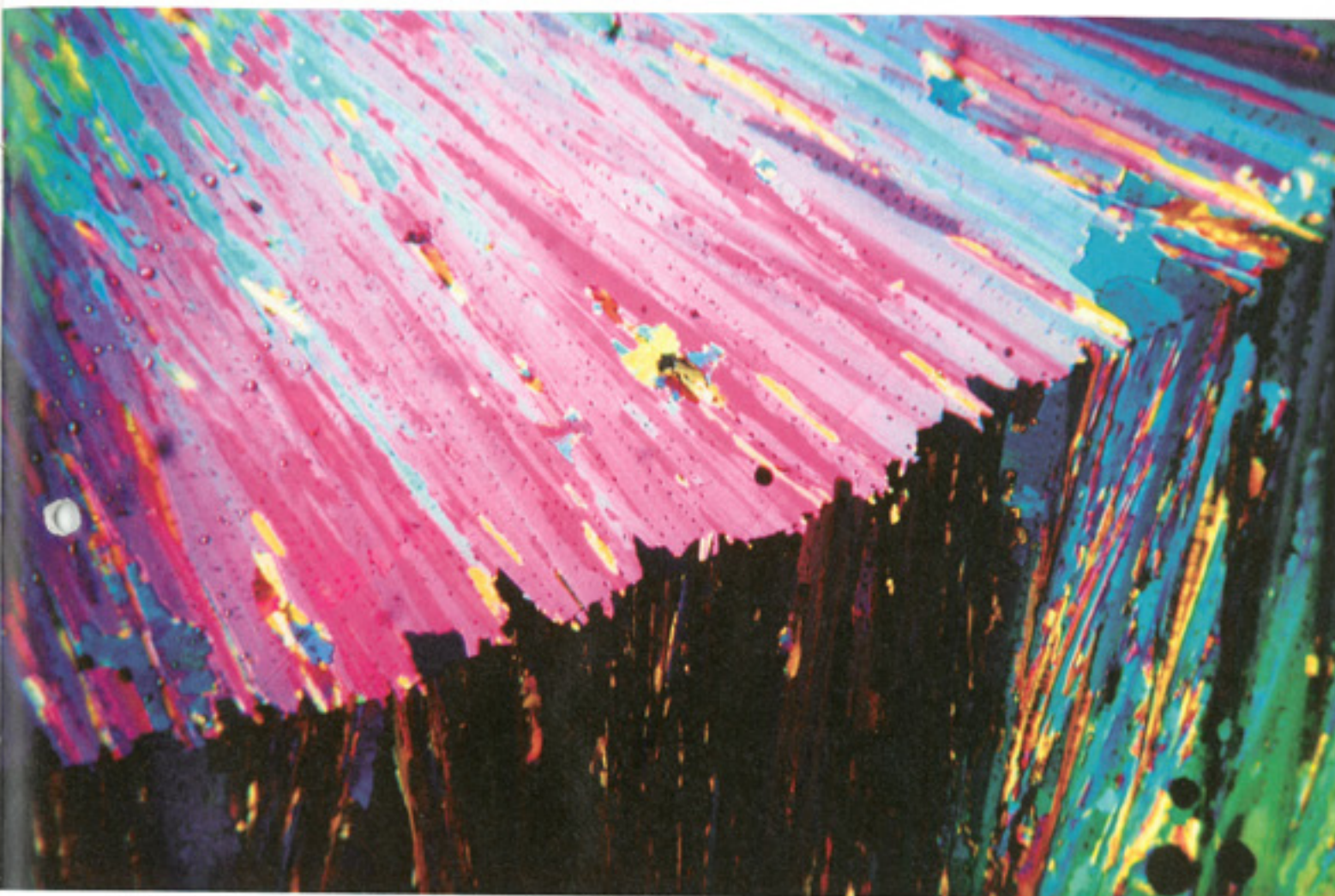
er allmennlege ved Lillestrøm legesenter og forsker ved Antibiotikasenteret for primærmedisin – et nasjonalt kompetansesenter tilknyttet Universitetet i Oslo, seksjon for allmennmedisin.

sjoner. Antibiotika brukes ikke lenger kun for å redde liv og å unngå komplikasjoner, men langt oftere for å lindre eller avkorte et symptomforløp. Dette gjelder i særlig grad ved øvre luftveisinfeksjoner, som i hovedsak er selvbegrensende. Derfor blir det ofte ikke et rent klinisk spørsmål om man skal forskrive antibiotika eller ei. En antibiotikakur kan gjøre pasienten fornøyd, og i beste fall sørge for at feberen forsvinner 12 timer tidligere enn uten antibiotika – men betyr det at vi skal gi resept?

Det er umulig å anslå et riktig nivå på antibiotikaforskriving. Kliniske retningslinjer kan være til hjelp i denne avgjørelsen. Det forrige settet av retningslinjer for antibiotikabruk i allmennpraksis ble utgitt i 2000. Det kan se ut til at disse ofte ikke følges. En undersøkelse fra 2002 viste at 90 prosent av barn på legevakt fikk antibiotika mot akutt mellomørebetennelse, og 18 prosent av disse fikk bredspektret antibiotika. Bruken av antibiotika steg med ca 30 prosent fra 1970 til 1991. Deretter var den stabil i 13 år, men i løpet av de siste årene har bruken igjen begynt å stige. Det er ingen grunn til å tro at dette skyldes mer sykdom i befolkningen. Mer enn 90 prosent av all antibiotika blir forskrevet i allmennpraksis. Selv om norske allmennleger er blant «de flinkeste i klassen», kan det se ut til at det er mulig å bli enda flinkere.

Unngå resistens

Hensikten med å senke antibiotikabruken er å unngå resistensutvikling. Resistens er et økende problem på verdensbasis. Den lave forekomsten av antibiotikaresistens i de skandinaviske land skyldes sannsynligvis et lavere forbruk av disse midlene. Likevel har man sett en økning av makro-



Det kan være fristende å ty til antibiotika for å gjøre pasienten til lags. Bildet viser fenoksymetylpenicillin i krystallinsk form, fotografert i polarisert lys (100x forstørrelse). FOTO: LUISO ROMERO.

lid-resistens hos *Streptococcus pneumoniae* isolert fra blodkultur i Norge: fra 2,4 prosent i 2000 og 6,0 prosent i 2003 – til 12,4 prosent i 2006. En liknende utvikling for gruppe A-streptokokker i Finland ble snudd, etter at bruken av makrolider gikk ned igjen.

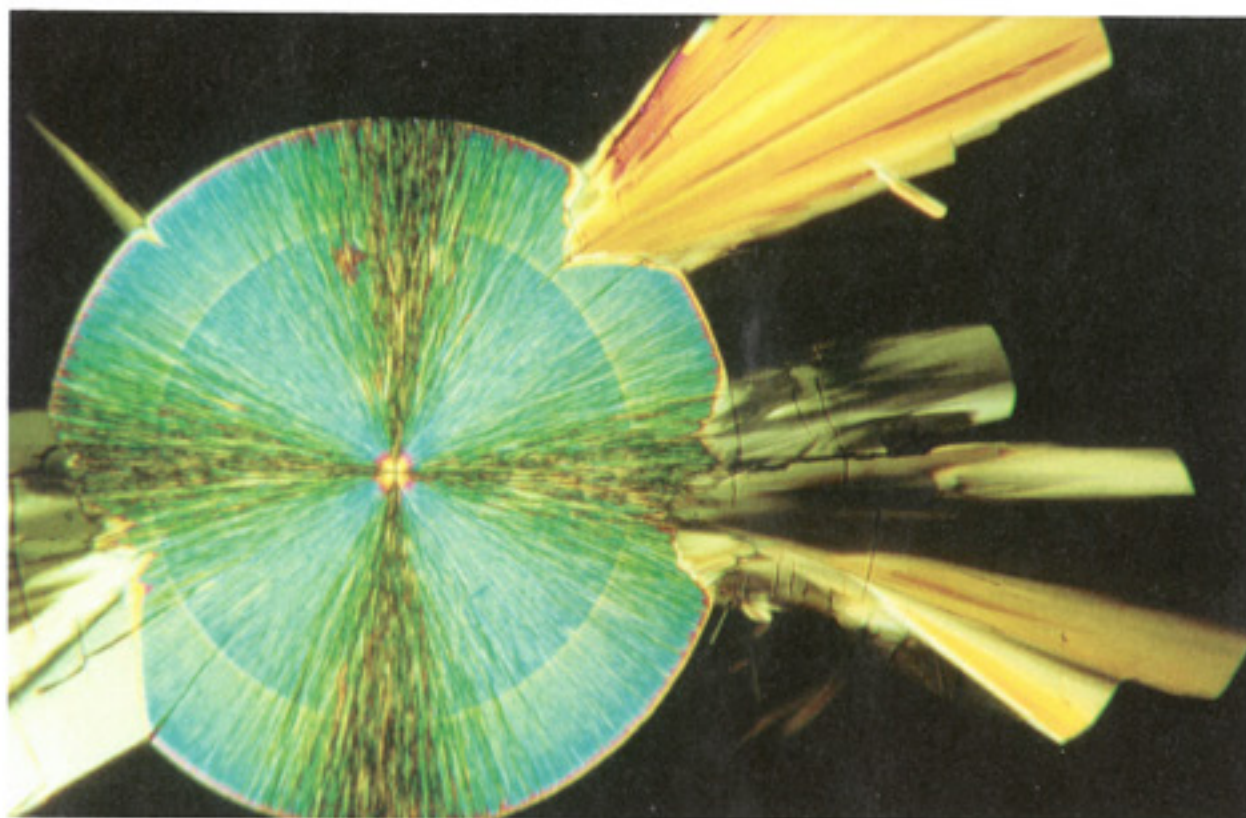
Man har også argumentert for at høy grad av antibiotikaforskrivning ved øvre luftveisinfeksjoner vil øke befolkningens tro på at det er nødvendig å oppsøke lege ved slik sykdom. En mer restriktiv forskrivningspraksis vil tilsvarende hindre medikalisering av tilstander som i utgangspunktet er selvhelbredende. I tillegg vil restriktiv forskrivning minske risikoen for bivirkninger. 5–30 prosent av brukerne vil få diaré av en antibiotikakur, avhengig av hvor bredspektret legemidlet er.

Vent og se – et aktuelt forskningstema

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) ble opprettet i 2006 og er lokalisert til Seksjon for allmennmedisin ved

Universitetet i Oslo. ASP har i forlengelsen av KTV-prosjektet (se ramme) igangsatt en undersøkelse som skal prøve å gi svar på om vent og se-resept kan være et egnet virkemiddel for å redusere antibiotikabruken ved luftveisinfeksjoner. Undersøkelsen gjør bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Målet er blant annet å kartlegge hvor mange brukere som henter ut sin vent og se-resept, hvilke diagnoser som bestemmer hvorvidt leger forskriver en slik resept, og hvilke holdninger allmennleger og pasienter har til denne forskrivningsmetoden.

Det er gjort en del forskning rundt vent og se-resepter de siste 10 år, særlig i England. En av de første studiene omhandlet hvorvidt antibiotikabruken kan minskes ved bruk av metoden (1). Studien ble utført på pasienter med halsbetennelse. Pasientene ble randomisert til én av tre grupper, der de enten fikk antibiotika forskrevet på vanlig måte, de fikk vent og se-resept med beskjed om å se an i tre dager og hente ut resepten ved forverring eller manglende bedring,



Mange leger gjør allerede bruk av vent og se-prinsippet ved forskrivning av visse legemidler. Dette bildet viser ikke et antibiotikum, men et annet kjent legemiddel – fenobarbital – i krystallinsk form (100x forstørrelse). FOTO: LARS ØYER

eller de fikk ingen antibiotikaresept i det hele tatt – men kunne naturligvis oppsøke legen igjen ved manglende bedring. Mens 99 prosent av pasientene i gruppe 1 brukte antibiotika, var det kun 31 prosent i gruppe 2 som hentet ut resepten, mens 13 prosent i gruppe 3 endte opp med en antibiotikakur. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt fravær fra jobb/skole eller varighet av symptomer, med unntak av feber. Færre pasienter i gruppe 2 og 3 mente det var nødvendig å oppsøke lege igjen for liknende symptomer i fremtiden. Etter dette er det gjort flere randomiserte studier om vent og se-resept, med diagnoser som konjunktivitt, bronkitt og otitt. I flere lederartikler er metoden vurdert som et nyttig tiltak for å redusere unødvendig antibiotikabruk.

En Cochrane-gjennomgang i 2007 er ikke fullt så positiv (2). Her presenteres ni randomiserte, kontrollerte studier. Rapporten viser at vent og se-resept fører til en reduksjon i antibiotikabruken uten at symptomene varer vesentlig lenger, men hovedkonklusjonen er at så lenge det er trygt ikke å gi antibiotika her og nå, bør man heller unngå å gi resept fremfor å gi en vent og se-resept. Vi vet imidlertid at det ofte ikke bare er trygghet som setter grensen for når antibiotika forskrives: Vel så ofte kan det være behovet for å «gjøre noe», ønsker fra pasienten, vansker med oppfølging,

samt tidspress. I de tilfeller der man ikke finner det hensiktsmessig eller praktisk mulig å be pasienten komme tilbake, og man ender opp med å gi en antibiotikaresept selv om pasientens liv og helse ikke avhenger av den, mener vi at det kan være lurt å skrive en vent og se-resept.

Ved hvilke diagnoser?

KTV-prosjektet anbefaler å bruke vent og se-resept ved tilstander der tiden utgjør en viktig faktor når det gjelder indikasjon for antibiotika, så som bihulebetennelse og mellomørebetennelse. Ifølge gjeldende retningslinjer er det ikke anbefalt å behandle bihulebetennelse med antibiotika før symptomene har vart i syv dager (3). Akutt mellomørebetennelse gir normalt ikke indikasjon for antibiotika før etter 1–3 døgn. Akutt bronkitt er i hovedsak en viral sykdom, likevel brukes det ofte antibiotika ved denne diagnosen. I situasjoner der det er vanskelig å skille mellom viral og bakteriell nedre luftveisinfeksjon, kan vent og se-resept være en bedre løsning enn å gi antibiotika her og nå.

Vent og se – hvor lenge?

I de nevnte studier har man bedt pasientene se an i tre dager før eventuell oppstart av antibiotika. Hvor lenge man skal be pasienten vente avhenger selvfølgelig av diagnose og symptomvarighet, men to til fire dager er det vi har fore-

slått. I løpet av denne tiden har de fleste virusinfeksjoner gått over. Man kan også si til pasienten at hvis situasjonen forverrer seg, kan behandlingen begynne tidligere – men at lege bør oppsøkes ved kraftig forverring.

Til hvilke pasienter?

Vent og se-prinsippet bygger på at pasienten eller pasientens foreldre selv skal vurdere symptomene, og ut fra dette avgjøre om de skal begynne med medisinen eller ei. Dette krever en viss modenhet og innsikt. Legene i våre undersøkelser understreket at de kun gav vent og se-resept til pasienter de mente kunne mestre denne oppgaven. Av samme grunn var det flere som foretrakk metoden i fastlegepraksis fremfor på legevakt; i fastlegepraksis kjenner legen gjerne sin pasient og kan i større grad være sikker på at pasienten følger instruksjonen. På den annen side opplever mange at de har lavere terskel for å skrive ut antibiotika på legevakt, så her kan det være mer å hente ved å påføre resepten et vent og se-råd.

Går forbruket ned?

Resultater fra tidligere undersøkelser tyder på at rundt halvparten av pasientene som får en vent og se-resept henter den ut, uten at totalforskrivningen av antibiotika øker. Hvis ca 20 prosent av alle antibiotikaresepter mot luftveisinfeksjoner gis med en vent og se-anbefaling, vil det innebære en reduksjon av antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner på 10 prosent – forutsatt at alle som får «her og nå-resept» henter ut disse.

Dilemmaer

En innvending mot vent og se-resept er at metoden snarere kan øke enn senke antibiotikaforbruket, fordi legen kan tenkes å bli mer slepphendt og pasienten mer forlangende. Dette kan naturligvis skje hvis man gir vent og se-resept i stedet for å be pasienten komme tilbake for en ny vurdering. Hvis metoden skal fungere etter hensikten, er det kun «her og nå-resepter» som skal erstattes med vent og se-resept.

En annen innvending er at man kan ende opp med et arsenal av ubrukte resepter i de tusen hjem, og at pasienten benytter resepten etter eget forgodtbefinnende ved en helt annen tilstand der legeundersøkelse ville vært nødvendig. Så lenge vent og se-metoden ikke medfører et økt antall resepter totalt sett, kan imidlertid denne situasjonen like gjerne oppstå ved bruk av ordinære resepter.

Det har vært foreslått redusert gyldighetsdato på antibiotikaresepter for å unngå dette. I vår studie vil vi til en viss grad ha mulighet til å kartlegge om ubrukte resepter tas vare på eller kastes.

Det tar lengre tid å gi en vent og se-resept enn en «her og nå-resept». Man må forklare hvilke symptomer pasienten skal

reagere på, og forsikre seg om at instruksjonen er oppfattet. Det kan imidlertid være vel anvendt tid, hvis det fører til økt ansvarliggjøring og egenomsorg hos pasienten.

Avslutning

Når våre pågående studier er gjennomført og analysert, håper vi å kunne svare bedre på hvor nyttig bruk av vent og se-resept er for å senke unødvendig antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i norsk allmennpraksis. Erfaringer fra andre land tyder på at når metoden brukes riktig, er den å anse som god medisin og i tråd med en av allmennmedisins viktigste arbeidsmetoder – aktiv ekspektans.

Referanser

1. Little P, Williamson I, Warner G et al. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314 (7082): 722–7.
2. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L et al. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18 (3): CD004417.
3. Antibiotikabehandling i allmennpraksis. Statens Helsetilsyn 2000. www.helsetilsynet.no/webpubl/antibiotika_allmennpraksis_ik-2693/index.htm

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sigurd.hoye@medisin.uio.no

Vent og se-resept bør ikke gis «for sikkerhets skyld» i situasjoner der du ellers ikke forskriver antibiotika

Vent og se-resept kan brukes

- Når du ikke finner det hensiktsmessig eller praktisk mulig å be pasienten komme tilbake, og du ender opp med å gi en resept som viser seg å være unødvendig
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om symptomene har vart i kort tid
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om symptomene er milde eller kan være forbigående
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om det ikke er indikasjon, for eksempel på grunn av press fra pasienten
- Når du er usikker på om det er behov for antibiotika, og det ikke er praktisk mulig å følge med på sykdomsutviklingen
- Ved luftveisinfeksjoner der det mistenkes bakteriell årsak, eller der det er vanskelig å skille mellom bakteriell og viral etiologi. Sinusitt og otitt anses som særlig egnet.

Vasco da Gama Movement

– engasjement for unge allmennmedisinere

AV MONICA KNUSEN OG THOMAS MILDESTVEDT



vasco da gama movement

Vasco da Gama Movement – the WONCA

Europe working group for young and future

General Practitioners er, som navnet sier,

en europeisk nettverksorganisasjon for yngre og

fremtidige allmennmedisinere. Organisasjonen

inkluderer alle leger under videreutdanning

til spesialiteten allmennmedisin og inntil fem år

etter spesialisering.



Monica Knutsen

33 år, gift, 3-barnsmor, bosatt i Trondheim, opprinnelig fra Lillehammer. Cand. med. ved NTNU 1999. Fra 2001 jobbet ved Edda legesenter i Trondheim, 60% som fastlege og 40% som universitetslektor ved Inst. for Samf.med. NTNU. Underviser medisinstudenter i kommunikasjon og kliniske ferdigheter. Medlem av interimstyret i VdGM og leder av interessegruppen for rekruttering 2004–07.



Thomas Mildestvedt

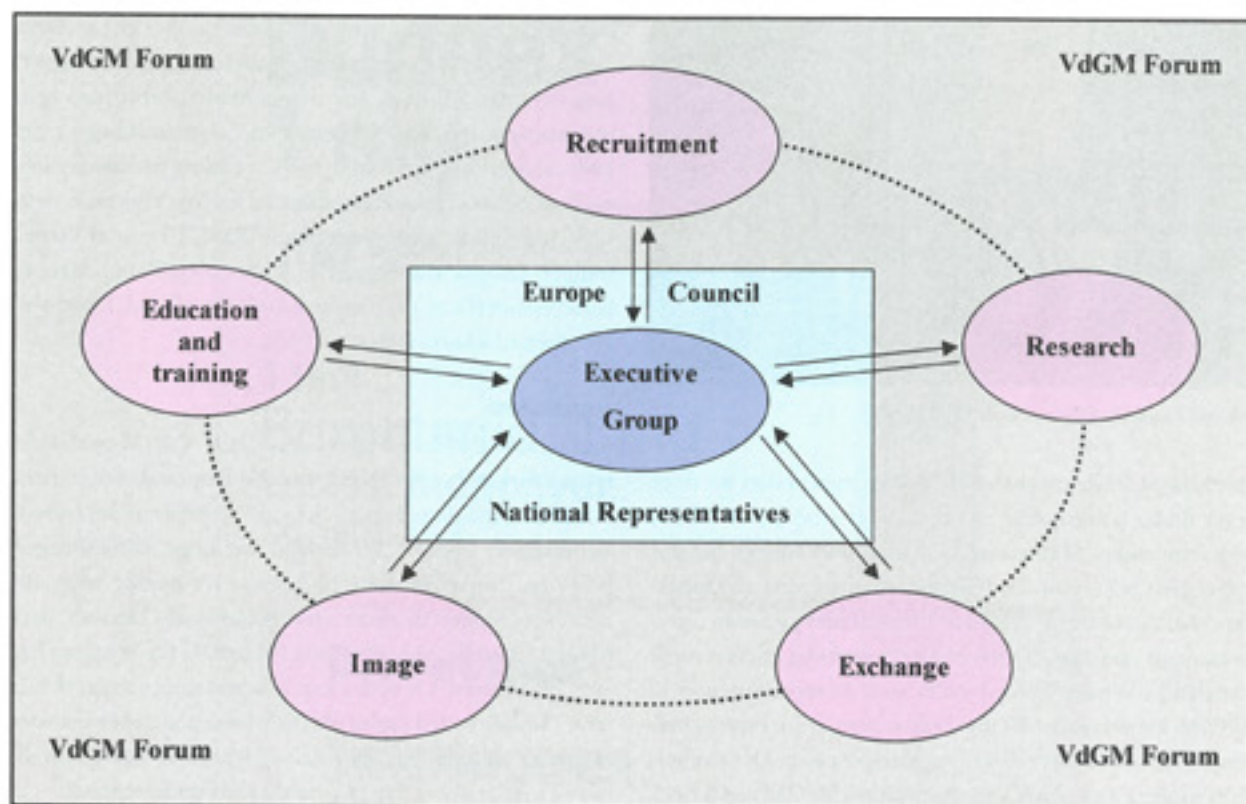
35 år, spesialist i allmennmedisin fra oktober 2007. 60% fastlege ved Minde Medisinske senter og 40% stipendiat ved UiB, institutt for samfunnsmedisin, seksjon for allmennmedisin. 140% gift 3-barnsfar fra Bergen. Forsker på motivasjon for livsstilsendringer etter hjertesykdom. Underviser medisinstudenter i preventiv kardiologi, motivasjons-samtalen og kommunikasjon. Norges representant i Europarådet i 2006 og 2007. Medlem av interessegruppen for forskning.

Historien

VdGM har sitt utspring fra WONCA Europe-konferansen i Amsterdam i 2004. Den nederlandske allmennlegeforeningen tok initiativ til å arrangere en prekonferanse for yngre allmennleger. Ti europeiske land ble invitert til å sende tre utdanningskandidater, og disse dannet sammen med tretti representanter fra Nederland det som ble kalt «Junior Doctor Programme». Konferansen var svært vellykket og skapte stor entusiasme blant deltakerne. Det ble klart at det fantes et udekket behov for et eget forum for yngre europeiske allmennleger. På bakgrunn av dette ble en representant fra hvert deltakerland valgt til å danne et interimsstyre for en slik organisasjon. I januar 2005 hadde gruppen sitt første møte i Lisboa, hjembyen til eventyreren og oppdageren Vasco da Gama. Smittet av hans entusiasme og utforskertrang valgte gruppen navnet «Vasco da Gama Movement».

Etter Lisboa har organisasjonen gradvis tatt form gjennom nettkommunikasjon, møter og årlige generalforsamlinger,

og gjennom kyndig veiledning av engasjerte seniorer fra England og Nederland. Universitetet i Maastricht har sett verdien av arbeidet og stilt til rådighet en sekretær i 10 prosent stilling. For øvrig har vi vært avhengig av støtte fra velvillige nasjonale organisasjoner inntil vi i 2006 fikk status som samarbeidende nettverksorganisasjon under WONCA og dermed også bedre økonomi. Europarådet (VdGM Europe Council) har besluttende myndighet, og består av en valgt yngrerepresentant fra hvert medlemsland i WONCA Europe. I Norge er det Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) som utpeker denne representanten. Europarådet velger ut fra sine representanter et styre bestående av ti delegater som hver sitter i tre år. Det første formelle valg til styre ble gjennomført under Europarådsmøtet i Paris i oktober 2007. Leder ble delegaten fra Portugal, Joao Carlos. For øvrig består organisasjonen av et nettbasert diskusjonsforum åpent for alle valgbare medlemmer samt fem interessegrupper. Interessegruppene jobber målrettet for rekruttering, forskning, utdanning og utveksling.



Målet

Formålet til VdGM er å bidra til utviklingen av allmennmedisin som fag i Europa. Organisasjonen har særlig fokus på utdanning, forskning og utveksling. I henhold til vedtektene er målene tredelt:

- A. Tilby et forum, støtte og informasjon til yngre allmennmedisinere gjennom tilgang til WONCA Europe regionale konferanser og prekonferanser
- B. Etablere et kommunikasjonsnettverk for yngre europeiske allmennmedisinere, identifisere deres behov og bidra i diskusjonen rundt aktuelle problemstillinger
- C. Bidra til å øke kvaliteten på utdanningsprogram for spesialiteten allmennmedisin i Europa

Målene nås blant annet ved å arrangere årlige prekonferanser for yngre allmennleger i tilknytning til WONCA Europe-konferansene, arrangere workshops med spesiell interesse for yngre leger, bidra til utveksling gjennom utvekslingsprogrammet *Hippocrates*, samarbeide med relaterte nasjonale og internasjonale organisasjoner, publisere nyhetsbrev og artikler i diverse tidsskrifter, samt å administrere hjemmesiden og det nettbaserte diskusjonsforumet. Engasjementet og entusiasmen blant medlemmene er stort og smittende. Med sine aktiviteter har VdGM i løpet av tre år blitt anerkjent som en etablert og viktig bidragsyter og samarbeidspartner i arbeidet for utvikling av faget allmennmedisin i Europa. Gjennom WONCA World-konferansene har arbeidet også blitt lagt merke til utenfor Europas grenser.

For oss har det vært utfordrende og spennende å være med på starten av «VdGM-seilasen». Vi har fått mulighet til å få innsikt i organisasjonsarbeid og bygging, knytte kontakter over hele Europa, delta i store internasjonale kongresser og selv arrangere konferanser og workshops. Aller mest setter vi pris på den inspirasjon og lærdom vi har fått ut av møtet med engasjerte og herlige kolleger, der alle sitter med svært forskjellige helsepolitiske, organisatoriske og økonomiske forutsetninger, men likevel de samme hverdagslige problemstillinger når vi kommer ned på pasientnivå. Den erfaringsutvekslingen som oppstår i møtet mellom oss er uvurderlig. Vi har fått satt vår situasjon i Norge i perspektiv på mange felt, både hva gjelder organiseringen av helsevesenet, utdanningssituasjonen, allmennlegens rolle og vår praktiske hverdag. Vi har fått en bredere forståelse for andre kulturer og lært å se alternative løsninger på daglige problemer, noe som også forhåpentligvis vil komme pasientene til gode.

Veien videre

Det er en utfordring å engasjere travle og engasjerte allmennleger til å delta i nettverksbygging og i arbeidsgrupper. Organisasjonen er som illustrasjonen viser oppbygd på en slik måte at alle som vil kan finne sin egen interessegruppe. Her er det mulig å delta på samlinger under kongresser for å bli bedre kjent og utveksle erfaringer. Gruppene vil også bidra på kongressene med presentasjoner og



Europe Council i Firenze 2006

workshops. På denne måten skapes det møteplasser for unge leger under kongressene og en sikrer at arbeidet til VdGM viderefremmes til interesserte. Kommunikasjonen foregår ellers mest per e-post. De fem interessegruppene vil rapportere resultatene av sitt arbeid til Europarådet gjennom en representant i gruppen fra styret. Det er ønskelig at hvert medlemsland i Wonca Europe stiller med to representanter til VdGM-konferansen. Denne holdes som en to dagers pre-konferanse til WONCA Europe-konferansen. Det er ellers fullt mulig å være med som observatør i VdGM ved å delta på presentasjoner under kongressen og ved å delta i webforumet. Alle i målgruppen kan gratis bli medlem, delta i diskusjonsforum eller bare kikke innom hjemmesidene. Vår erfaring er likevel at det mest utbytterike er de mange gode samtalene med kollegaer under kongresser. Det er vanskelig å danne seg et inntrykk av hva VdGM står for uten å ha deltatt på en slik kongress. Her vil du finne at VdGM drives av mennesker som har et sterkt engasjement for å lære av erfaringer til allmennleger i andre deler av verden. Foreløpig er

nettverket europeisk, men også Wonca World har fått interesse for det arbeidet som har startet i Europa. Primærhelsetjenesten i Europa står mange steder sterkt med egne utdanningsinstitusjoner, økonomiske støtteordninger og et godt omdømme i befolkningen. Utnveksling av kompetanse mellom verdensdelene og etablering av nye regionale nettverk, kan bli det neste steget for VdGM. Vi tror at verden trenger innspill fra engasjerte allmennleger som kjenner helsevesenet fra en primærmedisinsk synsvinkel. Du er velkommen til å bidra eller observere.

Invitation

I september 2008 arrangeres den femte VdGM-prekonferanse i forkant av WONCA Europe Regional conference i Istanbul. Også dette året vil det være sesjoner under hovedkonferansen spesielt tilrettelagt for unge allmennleger. NFA har innvilget støtte til å sende tre norske unge allmennmedisinere til disse arrangementene. Dersom flere har lyst til å reise, så er det støtte fra fond II for dem som har fått spesialiteten. De andre kan jo kombinere en spennende ferie i Istanbul med faglig påfyll og sosiale sammenkomster for andre allmennleger i starten av legegjerningen. Har du lyst til å delta ber vi deg ta kontakt med undertegnede.

For øvrig er du hjertelig velkommen til å engasjere deg i alt annet av VdGMs aktiviteter. Det er helt uforpliktende å melde seg til det åpne forumet VdGM_Forum-subscribe@yahoogroups.com. Mer informasjon får du på nettsiden www.vdgm.eu eller ved å kontakte en av oss direkte på e-mail. Ikke nøl om du har lyst til å møte inspirerende nye kolleger, ønsker nye utfordringer og vil utvide horisonten – vi gleder oss til å høre fra deg!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: monica.knutsen@ntnu.no / thomas.mildestvedt@isf.uib.no

c Burinex «LEO»
Diuretikum.

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml i ml innh: Bumetanid 0,5 mg, disatriumfosfatdihydrat 0,9 mg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, xylinol 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. CO3C A02

T TABLETTER 1 mg, 2 mg og 5 mg Hver tablett inneh.: Bumetanid 1 mg, resp. 2 mg og 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Tabletter 1 mg og 5 mg: Med delestrek. C03CA02

Indikationer: Infektyonemuse og tablovar 1 mg og 2 mg. Former for adoms, også ved nedre nyrefunktion. Sterk nedsat nyrefunktion og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resins overfor andre diuretika. Tablovar 5 mg: Sterk nedre nyrefunktion (glomerulærfiltration $\leq$ ca. 20 ml/minut). Nytersvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungedrem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Infektyonemuse:** Hvor effektivitet virkning ønskes eller der peroral behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Abat langdosering:** 2 mg (4 ml) i.v. ev. gjentatt med 10-15 minutters intervall. Avsluttende stiller innstil 6,25 mg (12,5 ml) i.v. ev. gjentatt. **Abat syringssprøyte:** 6,25-12,5 mg (12,5-25 ml) langtinn i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1-2 timer, ev. gjentatt. **Forsert diurese ved veslelige opspenninger:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelforforsening:** Innstil 2 mg (4 ml) i.v., dosetter aspasnes dose og intervall etter ønsket tilmelding. **Hypotensiv krise:** 2 mg (4 ml) i.v. ev. gjentatt. **Tablovar 1 mg og 2 mg:** 0,5-2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer innstil den ønskede viktning er oppnådd. I alvorlige stiller 2-4 mg daglig. Dagdosene kan som fordel gi som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyreinsuffisiens forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkelt-dosering bør begrenses til 10 mg. I litrasuren er det rapportert doseringer på innstil 60 mg pr. dags. **Kontraindikasjoner:** Truende eller manifest levervikt og leverkoma. Anemi som ikke har respondert på folsyretilset, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolem. Allergi mot sulfonamid eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet vises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforsyrelser eller ved hypovolemi. Serumkalium bør bestemmes før behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi ser særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og enlig ernæring. En så spesifisert overoppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet vises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinsyreigitt, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinsyreigitt må urinsyrekoncentrasjonen i serum kontrolleres. Pasienter på additiv diuretikabehandling skal ikke stå på strim uavhengig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Vannmengde skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon i urinledningen krever nøye overvåking, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Barinex kan gi svimmelhet og tretthet, særlig i starten av behandlingen, som gir et reaksjonsnivå som nedsettelse. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galakoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktaseangmangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galakosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemiddel. **Interaksjoner:** Bumetanid kan forsterke ototoksiciteten av aminoglykosider og andre ototoksiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gi samtidig dersom sterke modulatorne foreslignes. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoxisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av lithium kan øke lithiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart av doseerking med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig unngås eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubular sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Skal ikke brukes ved periklamp. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforsyrelser, redusert plasmaprotein og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Glir over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er usannsynlig at barn som ammes påvirkes ved tetrasipridiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** ($>1/1000$): Hypokalemi, hypokalsemi, alkalose, hyponatremi, hypovolemi, hypernatremi og hyponagremi. **Mindre hyppige:** Muskelkramp. **Sjeldne ($<1/1000$):** Blød. Leukopeni, trombocytopeni, Gastrointestinalt: Gastrointestinalt besvær. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, svimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Infektyonemuse:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusionsvæsker, unntatt de sterkt sure. **Rekvireringsregul:** Tablovar 5 mg: Behandlingen skal være instruert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakkinger og priser:** **Infektyonemuse:** Amp: 5 x 4 ml til 91,80. **Tablovar 1 mg:** Enpac: 100 stk. til 146,20. **2 mg:** Enpac: 100 stk. til 265,50. **5 mg:** Enpac: 100 stk. til 506,40. Ti 12b(2), 27a(2). Refusjon: 12b(2): Ved oppstart av behandling for ukompilert hypertensjon (ikke hypertensiv organisk, urinsyreigitt, nedsatt glukosemetabolisme eller ubehandlet diabetes) skal tiard eller tiard i fast kombinasjon med kalsiumkanal eller kalsiumkanal legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiard av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at vi tid ikke kan brukes skal angis i journalen. Sin endret: 07.01.2006

Burinex[®]

1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:

Bumetanid. 1 mg

Lactos. monohydr.

constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon.

Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resistens overfor andre diuretika.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

Røykfri ut ungdomsskolen = røykfri ut gymnaset?

*Oppfølging av elever som var med i
Svensedammen skole Røykeprosjekt 2000–2006.*

AV TRYGVE KONGSHAVN

Fra 1993 har vi arbeidet med røykfri-kontrakter ved Svensedammen ungdomsskole i Drammen. Erfaringer fra dette arbeidet ble publisert i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* år 2000. (1)

Kort om prosjektet

Med bakgrunn i øking av dagligrøykende ungdommer startet vi fra høsten 2000 et røykfriprosjekt blant 8. klassinger på Svensedammen ungdomsskole.

Elevene skrev under på røykfrikontrakter 1 år av gangen. Hvert år røykfri ble premiert med en tur.

135 elever (av 180) skrev under på kontrakt 2000, 129 elever fornyet denne i 2001, 114 elever skrev ny kontrakt 2002.

Vi fulgte opp de elevene som gikk røykfrie ut ungdomsskolen med en spørreundersøkelse etter tre år – det vil si i år 2006.

En del elever trakk seg fra prosjektet

- Skoleledelsen var ikke udeelt positive da de mente at Vær røykfri-prosjektet i regi av Statens tobakkskaderåd, Den Norske Kreftforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen som var på banen i samme tidsrom, var det de ønsket å prioritere. Vi mente derimot at en bindende «røykfri ut ungdomsskolen-kontrakt», som ble fornyet hvert år på ungdomsskolen, var et bedre alternativ. Vær røykfri-prosjektet var et tilbud til de lærerne som ønsket å ta det med i sin undervisning og var ikke bindende på noen måte. Undervisningsprogrammet, Vær røykfri, var altså helt avhengig av villige og motiverte lærere. Tilbudet til elevene ble da svært ulikt. Kun de «heldige» med en motivert lærer vil bli inkludert.

Trygve Kongshavn

Fjell legesenter Drammen. Tidligere skolelege Svensedammen skole i Drammen

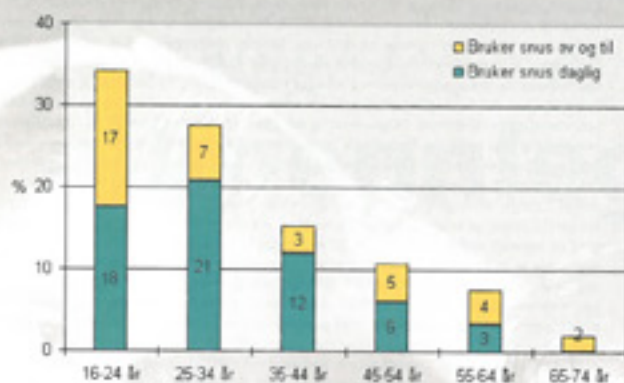
- Noen elever brøt kontrakten fordi de hadde røkt.
- Noen elever ønsket ikke å skrive under eller fornye kontrakten fordi de var redd for at de ikke kunne holde løftet og så det som et nederlag hvis de ikke klarte det.
- Det var også en del selvsjukt blant elevene. Vi fikk rapport fra elever som hadde sett elever som hadde skrevet under kontrakten, røyke, selv om vi var veldig tydelige på at vi ikke skulle ha noen form for angiveri. Avtalen var en tillitskontrakt mellom skolehelsetjenesten og elevene som skrev under.

Men 64 elever gikk røykfrie ut ungdomsskolen og det er disse vi nå har sendt ut spørreskjemaer til for å se hvordan røykestatus er pr i dag.

Vi sendte våren 2006 ut spørreskjema til 63 av elevene. Den siste eleven fant ikke folkeregisteret adressen til. Vi fikk etter tre purringer, svar fra 59, dvs 93,7 prosent.

Svar fra de som var røykfrie ved utgangen av ungdomsskolen:

Alle/no 59	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	86,4	3,9	10,1
Snus	69,5	23,7	6,8
Gutter/no 40	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	85,0	5,0	10,0
Snus	57,5	32,5	10,0
Jenter/no 19	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	89,5	0	10,5
Snus	94,7	5	0



Bråk av snus

Det er langt færre unge som begynner å røyke nå enn for rundt 30 år siden, og dette ser man tydelig i den første figuren. Den store reduksjonen i andelen som røyker daglig blant unge i alderen 16–24 år som vi så fra 1973 til slutten av 1980-tallet stagnerte i en periode, men det kan være tegn til at det igjen peker nedover.

Fra før vet vi imidlertid at andelen røykere ble halvert i ungdomsskolen fra 2000 til 2005 (fra ti til fem prosent), og det er god grunn til å tro at det går den rette veien.

Utvalget (dvs. de spurte i undersøkelsen) i denne aldersgruppa er lite og feilmarginene dermed store. Materialet egner seg dermed best til å se på langsiktige trender, og ikke endringer fra år til år. (FIG 1 OG 2, i rammen under)

Bruk av snus i 2006

Totalt i den voksne befolkningen i Norge er det rundt seks prosent som bruker snus daglig (2005–2006), fire prosent bruker snus av og til. Det er særlig unge menn som bruker snus, og andelen har økt kraftig de senere årene.

Våre resultater sammenlignet med Shdir

Det vi har sammenlignet oss med er tall fra Sosial- og helsedirektoratet, røyking (2006) og snus (2006).

Blant ungdom 16–19 år svarte 19,3 prosent at de røykte daglig (2005). Vi finner at 3,9 prosent av ungdommene som var med på røykeprosjektet på Svensedammen skole, røykte.

Hvis vi sammenligner oss med ungdom 16–24 år er tallene 23,9 prosent versus 3,9 prosent røyker daglig og 17 prosent versus 10,1 prosent røyker av og til (se tabell på neste side):

Tall fra Sosial- og helsedirektoratet: Avdeling tobakk (2005/2006)¹

16–19 år

År	Utvalg (N)	%dagligrøykere
2000	336	24,9
2001	340	24,1
2002	369	21,1
2003	372	20,3
2004	360	18,7
2005	346	19,3

16–24 år

År	Utvalg (N)	% dagligrøykere
2000	806	28,7
2001	781	28,7
2002	819	25,8
2003	812	24,8
2004	852	23,5
2005	833	23,9
2006		20,3*

*20 % av unge i alderen 16–24 år tilsvarer rundt 100 000 personer som røyker daglig. Det var en nedgang fra 24 prosent i 2005, men denne nedgangen er ikke statistisk signifikant på grunn av at undersøkelsen ikke har med mange nok spurte. Man opererer derfor med beregnet treårig glidende gjennomsnitt som for 2005–2006 var på 22,3 % mot 22,8 % året før. (fig 1)

1) SHdir Statistikk «Nye tall for røyking og bruk av snus 2006» publisert 04.01.2007

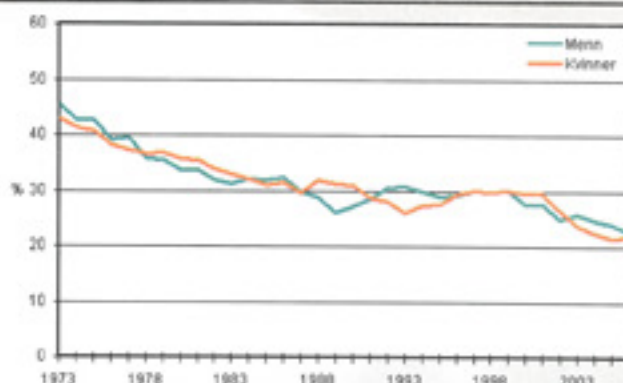


FIG 1. Andel som røyker daglig blant menn og kvinner, 16–24 år, 1973–2006 (treårig glidende gjennomsnitt). PUBLISERT 04.01. 2007 SHdir

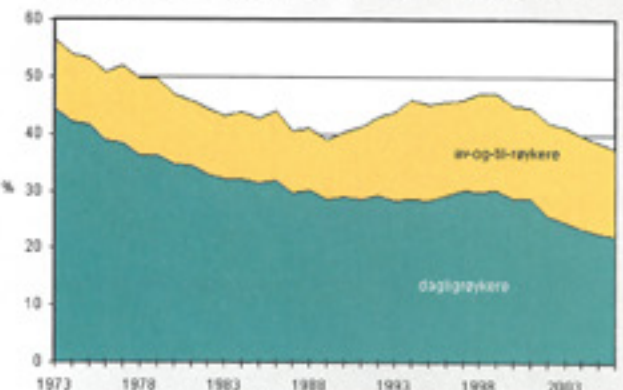


FIG 2. Andel som røyker daglig eller av og til blant menn og kvinner, 16–24 år, 1973–2006 (treårig glidende gjennomsnitt). PUBLISERT 04.01. 2007 SHdir

Alle/no 59 (us Svensedammen skole)	Ja %	Av og til %
Røyker	3,9	10,1
Snus	23,7	6,8
Ungdom 16–24 år (SHdir 2006)		
Røyker (2005)	23,9	17
Snus 2003	4	7
Snus 2006	18	17

Vi kan ikke sammenligne vår selekterte gruppe direkte med tall fra Sosial- og Helsedirektoratet. Men det vi ville undersøke var videre røykeadferd for elever som deltok i det aktuelle røykeprosjekt, ved å undersøke røykestatus etter tre år. Det vi kan fastslå er at disse elevene stort sett holdt seg røykfrie ut gymnaset. Vi vet at mange starter å røyke på gymnaset. Hvis vi har hindret noen elever, som ellers ville begynt å røyke, fra å røyke i 8 år gamle, er dette et oppmuntrende resultat.

Man kan spekulere i om disse elevene allikevel hadde vært røykfrie ut gymnaset, og det kan vi naturligvis ikke si noe sikkert om. Hovedbudskapet i vår undersøkelse er at elever som har forpliktet seg til ikke å røyke på ungdomsskolen ved å skrive under røykfrikontrakter holder seg røykfrie også ut gymnaset.

Derimot er det relativt mange som snuser. Sammenligner vi data med 2003 er antall snusere i vårt materiale betydelig høyere. Men nyere tall fra SHdir i 2006 viser at 18 prosent snuser daglig og 17 prosent av og til i aldersgruppen 16–24 år.

Snusing er blitt populært blant ungdom. Produsentene vet dette og det lages snus tilpasset markedet, som for eksempel snus til damer med vaniljesmak. Det er «in» å snuse. Det lukter ikke og man kan snuse overalt. Jeg tror ikke at ungdom forbinder det å snuse med noe særlig skadelig i forhold til røyking. Det er et betydelig behov for opplysning til ungdom om snus og skadevirkninger. Legeforeningen har foreslått at snus merkes med skadevirkninger både i forhold til kreft og hjerte/kar sykdommer.

Røykfriprosjektet på Svensedammen skole har vært et samarbeid mellom skolehelsetjenesten, elever, foreldre og administrasjonen på Svensedammen skole, helseavdelingen Drammen kommune og Buskerud fylke.

Referanser

1. «Erfaringer med et røykeprosjekt» Trygve Kongshavn, Tidsskrift Den norske lægeforening 2000;120:1672
2. Statistikk hentet fra Sosial- og helse direktoratets nettsider publisert 04.01.2007
3. Statistikk hentet fra Statistisk sentralbyrås nettsider friggitt 04.01.2007

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
trygve@portamedicus.no

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kalium-sorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSEERING:** 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 legemiddeltak. 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 være ugunstig pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syreneutraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III–IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50–80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30–49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag (i.h.t. vanlig 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 arvelig galaktoseintoleranse, laktosemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med øseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å komme i tillegg til å kjøre motorfartøyer og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorfartøyer 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 være ugunstig pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetid, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmakonsentrasjoner. Redusert ekskresjon av hydroklorid eller kombinasjonspreparater med hydroklorid er mulig. Enkeltteller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placent: 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. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervsystemet: Svimelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervsystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme, øvre: Tretthet, sopprinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjelden. Enkeltteller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Hiv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervsystemet (forvirring, sømnlens, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmsvært (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervsystemet (koma i 70 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervsystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfallet, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble reinituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsuavhengig, 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 patologiakt 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. Utviklelse: Gjennomsnittlig 84% utvikles innen 20 dager, og mer enn 99% utvikles renal. **OPPREVING 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) Gauthier 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

Fem unge leger om allmennlegefremtiden

Mye vil bli tenkt og skrevet i løpet av 2008 om rammebetingelser for utøvelse av faget vårt i tiden fremover. Og det er erfarne leger som skal ta seg av denne jobben. I *Utposten* lurte vi på hvilke tanker de unge legene hadde om utviklingen av faget frem til 2020. Derfor stilte vi fem utvalgte, to «enkle» spørsmål:

- 1) Hva tror du vil være de viktigste tiltakene for å få flere unge leger til å velge allmennmedisin frem mot 2020?
- 2) Hva tenker du er de viktigste strukturelle endringene som kan bidra til å gi deg en god arbeidssituasjon som allmennlege i årene fremover?

Her kommer svarene:

Thomas Lund Leivseth (31 år) tre år i allmennpraksis, Skreia legesenter, i spesialistutdanning

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

– En grundig og inspirerende introduksjon til faget allerede på grunnstudiet.

– Kvalitetssikring av distriktturnustjenesten. Flere av mine kolleger ble under turnustjenesten vaksinert mot allmennmedisin på grunn av en lite inspirerende distriktturnustjeneste. Det var distriktturnustjenesten som fikk meg til å ville bli allmennlege. Jeg vet at ca 50 prosent av turnuslegene fra dette legesenteret har blitt allmennleger etter hvert.

– «Tak» på goodwillstørrelsen. Jeg fikk betale en overkommelig goodwill for min fastlegehjemmel.

Jeg hadde ikke gått inn i økonomiske forpliktelser av den størrelsesorden jeg vet forekommer stadig hyppigere, særlig i byene.

– Gode arbeidsmiljø og godt samarbeid mellom lege og kommune.



2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

– Jeg savner et tettere samarbeid mellom fastlege og sykehus, særlig psykiatrien. Jeg opplever at pasienter med dobbelt diagnoser rus/psykiatri tar opp stadig mer tid, og skulle ønske det var lettere å få i gang teambaserte behandlingsopplegg rundt denne pasientgruppen som lett faller mellom alle stoler.

– Men alt i alt er jeg er ganske godt fornøyd med arbeidssituasjonen slik den er i dag. Det viktigste må være trygghet på at de ordningene vi har vil fortsette.

Hallstein Netland (29 år) jobbet 1,5 år ved Oslo Legevakt, allmennseksjonen etter turnustjenesten

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Jeg tror det er viktig å begynne rekrutteringen allerede fra medisinstudiet i form av mer utplassering i allmennmedisin

og mer undervisning som er allmennmedisinsk vinklet, i tillegg må veien til spesialiteten bli enklere med bedre kapasitet på de obligatoriske grunnkursene og tilrettelagt sykehus-tjeneste, samt gode låneordninger og snillere vaktbelastning. Eller kort sitert: fortid – fritid – fag – finanser og familie.

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Som fast ansatt legevaktslege får man håpe at Hovedstadsutredningen kommer frem til en forenkling av Oslo-sykehusenes logistiske floker.



Kristin Planting Mølmann (31 år)
 Vikar i allmennpraksis i Øksnes kommune
 etter avsluttet turnus februar 2008

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Fastlønn og interkommunale vaktordninger. Vi er leger og ikke forretningskvinner!

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Forutsigbarhet i hverdagen. Ad hoc og kriser annenhver dag er slitsomt, for eksempel er stabilitet i legedekningen i kommunen på lengre sikt enn bare uker og måneder viktig for meg.

Rune Slettbakk (34 år)
 siste års legestudent i Bergen.
 Gift, tre barn, rekrutterbar

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Det er jo så trygt og godt på sykehusene. Sykehusene får masse penger og nye stillinger, vi har alltid mer erfarne folk rundt oss, lønningene stiger jevnt og trutt, arbeidstiden er rimelig fornuftig og en drøss med spesialiteter lar seg enkelt kombinere med henting av barn og familieliv. Hvorfor skulle jeg si nei til alt dette?

Det er fordi jeg og flere med

meg har skjønnet poenget. Vi

ser at det gode legelivet

ligger i blant annet lang-

varige, tillitsfulle, slite-

sterke relasjoner. Men vi

ser også at den gode kli-

nikeren må vite noe om

lokalsamfunnet han bor

i, fremtiden til industrien,

størrelsen på lotten denne

sesongen, tabellplasseringen

til bygdalaget, og ikke minst

tabellplasseringen til laget i nabo-

bygda. Han må vite litt om sammenhengen

mellom sludd i sjelen, slapseføre i ekteskapet og steinsprangfare på veien til arbeidsplassen. Det meste av dette er

ofte uinteressant de neste fire liggedøgn på sykehuset.

Hvordan skal en rekruttere flere? Det korte svaret er at en

må få flere til å skjønne poenget. Det litt lengre svaret er at

en må forbedre allmennmedisinens navn og rykte. Min

høyst subjektive viten om allmennmedisinens rykte fritt et-

ter lunsjpratene på mitt eget kull, er at den er litt sekunda

vare. Den er ikke attraktiv nok. Dette har dels strukturelle

årsaker i at vi trækker rundt på sykehus i fem år og elleve

måneder av et seks års studium, og allmennmedisinen blir

dermed lite eksponert med all sin vidunderlige diversitet. Men det har også PR-messige årsaker, tror jeg. Det er

mangel på storkjefta allmennlegepersonligheter som kan

fortelle både oss studenter og befolkningen generelt

hvordan arbeid i primærhelsetjenesten kan og bør være. Det trengs en person som kan gå litt høyt ut på banen og

skryte litt over alt som er bra.

Anne Gro Stenvang (30 år)
 i distriktsturnus, Skreia legesenter, plan: ett års
 vikariat i allmennpraksis etter turnus, start 15/2!

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

De fleste leger velger sin retning og spesialisering under

turnustiden, eller rett etter denne. Jeg tror

derfor at turnusleger som opplever

distriktstjenesten sin som positiv og

interessant, lettere vil velge all-

mennpraksis i fremtiden. Det er

viktig med gode og engasjerte

veiledere, passe stor arbeids-

mengde og variasjon i arbei-

det. Godt utrustede lokaler

å arbeide i og godt miljø blant

kollegaer. Nå tjener jeg mye

dårligere i distriktsturnusen

enn jeg gjorde på sykehuset og

bedre lønn i distriktsturnus kan

også bidra til at man minnes arbeidet i

allmennpraksis som en god tid og noe

man kan tenke seg å fortsette med i framtida.

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Jeg synes mye er bra, men synes kanskje mer tid per pasient

ville være bra både for pasienten og legen. Jeg ser allerede nå

at det er viktig at ikke allmennlegen pålegges mer enn det

man har kapasitet til, verken når det gjelder listestørrelse eller

kommunale oppgaver. Det er også viktig at de sykehusene

man samarbeider med er velfungerende og opprustet. Økende

ventetid på en del nødvendige undersøkelser og behandling

hos spesialist, vanskeliggjør arbeidet i allmennpraksis.

barnsfamilieliv og tror man bør se videre på rene veiledede utdanningsstillinger, som hovedregel på flerlegesenter, gjerne fastlønnet for dem som ønsker det. Bruke delelister mer. Senke listetaket som fersk fastlege. Ordne forhold når det gjelder kjøp og salg av praksiser. Interkommunale legevaktstjenester der dette er geografisk mulig. Større fleksibilitet i hvordan og hvor en har sykehustjeneste, kanskje dele opp denne i tre, fire, seks bolker, mulighet for å ta deler av denne på rusinstitusjoner, i fengsel, på hospice, som forskning, på norske misjonssykehus, som Norad-arbeid mv.

Fremtiden ser lys ut. Jeg går optimistisk ut og ser 2020 nye mulige måter å bli fastlege på.



1. Beholde fastlegens autonomi, fleksibilitet, ressursbruk, prioriteringer, lønnsvilkår...
2. Medisinstudiet: «få flere til å skjønne poenget». Lengre utplassering i allmennpraksis. Engasjerte lærere.
3. Distriktsturnustjenesten: gode veiledere, bedre lønn, passe arbeidsmengde
4. Forbedre samarbeidet mellom fastlege og sykehus
5. Ordne forhold i kjøp-salg av praksiser
6. Godt arbeidsmiljø
7. Gode vaktordninger
8. Mulighet for fastlønn og kortere lister
9. Muligheter for kombinasjon med familieliv
10. Trygghet og forutsigbarhet

ILLUSTRASJONSFOTO: MØNDET OLSE



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

C Mirena Bayer Schering Pharma

Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERIN INLEGG. 20 µg/24 timer. Hvert intra-uterin inlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriumhyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen.

Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt inlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også settes i forbindelse med abortinnlegg i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsettning. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettningen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallet av bløddet. Livmorinlegget skal fjernes/ byttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udgangsturt unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomal, inkl. myomer dersom de påvirker livmorkulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Før innsettning foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mamma-undersøkelse, cervixutrykk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsettning, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinlegget må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjon eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinlegget bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migræne, lokal migræne med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykkstigning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplas, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjertekaffysykdom med risiko for infeksjon endokarditt. Antibiotikaprofylakse bør gis til disse pasientene når inlegget settes inn eller fjernes. Inlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsettning). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bely eksisterende graviditet. Ved en graviditet skal livmorinlegget fjernes umiddelbart. Livmorinlegget kan stanses ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være akutt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: Metabolismen av progestagener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampepangende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiepileptika (fenytoin, etosuximid, valproat, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinleggets hovedsakelige lokale virkning.

Graviditet/amming: Overgang i placenta. Livmorinlegget skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Inlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir utendene in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av inlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og inlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormoneksponering, kan teratogenitet (spesielt virkning) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anøs å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinlegget på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinlegget.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivssmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøsitet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversible ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenninger, mastalgi, ryggsmerte, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migræne, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterin inlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenkulett med en hormonkjerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormonkjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinleggets størrelse er imidlertid regulert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinner. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinner. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. dag over en periode på 5 år. Inneholder frigitt ca. 20 µg pr. dag. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorkulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagenreseptorer. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østadiol, og en utfall antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykning av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermabiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovariesjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsbehandling brukes inlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,8 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettningen. Metabolisme: I leveren.

Utskillelse: Via urin og feces.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1205,90.

Sist endret: 05.11.2007

Bayer Schering Pharma,
Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Tel: 24 11 18 00, Fax: 24 11 19 93



SELEXID®

pivmecillinam



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

	Preparater anbefalt til empirisk behandling i:				
	allmennpraksis ¹			sykehus ^{2,3}	
	% resistente <i>E. coli</i> * 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 UVI⁵⁻⁷.

- Ref:
1. Smittveienloven. Håndbok Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn, Oslo 1999; 45-55. <http://www.helsetilsynet.no>
 2. Smittveienloven. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsetilsyn, Oslo 2001; 48. <http://www.helsetilsynet.no>
 3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005; 11-13. <http://antibiotika.helse-vest.no>
 4. NORMINORM-VET 2006. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway Tromsø/Oslo 2007; 53.
 5. Raz R, Chazan 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: 1145-9.
 6. Gupta K, Samra 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, Tietjen 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" Amidinopenicillin.

PULVER OG VÆSKETIL INJEKSJONSVÆSKER, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneholder: 1) Hetteglass: Mecillinam 400 mg. 2) Hetteglass: Sterilt vann 6 ml. **J01CA11. TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg:** Hver tablett inneholder: Pivmecillinam 100 mg, hjelpestoffer J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Penicill: Tablettenes tas med rikelig drikke. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig i henheng 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 korttidsbehandling, 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 innvi 400 mg/kg/dag. **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 sterilt. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæsken slutes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. ("slow-drip") i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metylmalonylacidemi, propionylacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for kamtsinmangel ved bruk av pivaloylreholdige preparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernærede, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennomsnittlige behandlingsdager (7-10 dager) bør ikke gå med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos eldre friske vil gi en reduksjon av kamtsinmengde til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecillinam. (J01IC beta-laktamantibakterielle 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 kamtsinnivå ved at mors kamtsinnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk: Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnfloraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger:** Injeksjonsvæske: Spidre (<1/1000). Hud: Allergiske reaksjoner. Tablettene: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Spidre (<1/1000). Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelkramper p.g.a. kamtsinmangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et småspektrert amidinopenicillin 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 styrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver. Ikke kryssresistente med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og H.influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. Virkningsmekanisme: Bactericid. Hemmer celleveggsyntese, angreppspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. Absorpsjon: Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 (g/ml etter ca. 1 time. 400 mg mecillinam som i.v. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/ml. Proteinbinding: 5-10 %. Fordeling: Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. Metabolisme: 8-23 % av gitt dose kan påvises som metabolitter. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bruksferdig injeksjonsvæske er holdbar i 6 timer ved høyst 25°C eller i 24 timer i kjøleskap. Bruksferdig injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Mecillinam fjernes ved dialyse. Infusjonsløsningen bør ikke slutes andre farmaka og bør ikke blandes med andre infusjonsvæsker. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 812,10. Tablettene: 100 stk. kr 484,90. Epac: 20 stk. kr 119,60. 30 stk. kr 165,90. T: 196(1, 38a) 1.01.11.2007.



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: Molvik Grafisk AS 71297

Lyrisk

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 Lyriskspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Takk til Arild Vedvik for stafettpinnen. Arild er en hverdagshelt som utrolig nok klarer å fore seks hundre diktelskere med nye dikt i innboksen nesten hver dag. Og han har med poesiringen sin klart å skape et fellesskap som etterhvert betyr mye for mange.

Dikt gir fortattede, sterke, ofte nesten magiske beskrivelser av alt dette som livet innebærer. Dikt knytter oss mennesker sammen på forunderlig vis

Jeg har lyst til å bidra med et dikt av Marie Takvam som døde i vinter.



ILLUSTRASJONSFOTO: OSCAR WILLIAMS

Å reise seg

Den som aldri har lege oppskrubba i utforbakkar,
aldri har halta med gips rundt ankelen,
aldri falle for smil frå lepper
som løynde hoggtenner og blitt oppgnaga nær inntil døden
aldri har vandra i glede mot utstrekke hender
som greip hardt og slo – funne seg liggande i blod
einsam på jorda,
aldri har gått seg vill i skremmande skogar
på leiting etter ein blome med ukjent namn
aldri har stupt i trapper av rusgifter
og svimla i svermar av ukjende stjerner,
har aldri kjent den umåtelege glede
ved å kunne reise seg att, falle og reise seg att,
finne att den første veldige siger langt, langt
tilbake i ein barndom som tida har raka oske over.

Som eingong langt tilbake i urtida, kravlar
eg meg opp på jorda att, først på hender og kne
så står eg på egne føter og kan gå!

Jeg sender stafettpinnen videre til min kjære, kloke kollega
Mariann Mathiesen på Østerås legekantor.

Hilsen fra Elisabeth Juvkam



ILLUSTRASJONSFOTO: MONICA THANEIN



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig 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.

80 mg simvastatin – en eller flere doser?

Spørsmål til RELIS

Felleskatalogteksten er noe vanskelig å forstå når det gjelder dosering av 80 mg simvastatin. Doseringsområdet oppgis å være fra 5 til maksimalt 80 mg/dag som enkeltdose på kvelden. Under de ulike indikasjonene står det imidlertid ikke noe om dosering opp til 80 mg/dag som enkeltdose. Det står derimot at 80 mg/dag kan gis som to doser på 20 mg og én kveldsdose på 40 mg hos de som har homozygot familiær hyperkolesterolemi. Ved hvilke indikasjoner kan man bruke 80 mg som enkeltdose til kvelden? Og hva er rasjonale for å dele døgndosen i tre ved homozygot familiær hyperkolesterolemi?

Svar

I Felleskatalogen angis det at maksimal dosering for simvastatin er 80 mg/dag som engangsdose på kvelden. Det er kun under indikasjon homozygot familiær hyperkolesterolemi at doseringer i størrelsesorden 80 mg/dag nevnes. Da anbefales det altså at dosen deles opp i to doser på 20 mg og en kveldsdose på 40 mg. Maksimal dosering (uavhengig av indikasjon) anbefales kun ved alvorlig hyperkolesterolemi og høy risiko for kardiovaskulære komplikasjoner (1). Doseringsanbefalingene i den godkjente preparatomtalen for Zocor er de samme som i Felleskatalogen når det gjelder bruk av 80 mg (2). Vi forstår det likevel slik at 80 mg kan brukes på alle indikasjoner så lenge dosen titreres gradvis opp og pasienten har alvorlig hyperkolesterolemi og høy risiko for kardiovaskulære komplikasjoner.

I Legemiddelverkets terapianbefaling for behandling med lipidsenkende legemidler for å forebygge hjerte- og karsykdom gis ingen spesifikke doseringsanbefalinger for statiner. Det angis likevel at den kolesterol-senkende effekten er doseavhengig (3).

I en artikkel fra 1997 beskrives en studie av simvastatin hos pasienter med homozygot familiær hyperkolesterolemi. Studien var en randomisert dobbeltblind studie. Etter en fire uker lang placebo- og diettperiode ble de 12 pasientene randomisert til enten å få 80 mg/dag fordelt på tre doser eller 40 mg/dag som én dose i ni uker. Etter de ni ukene ble dosen i den første gruppen økt til 160 mg/dag fordelt på tre doser, mens dosen i den andre gruppen fortsatt var 40 mg/dag, men fordelt på tre doser. Rasjonale for å dele døgndosen i tre var angivelig å oppnå kontinuerlig hemming av kolesterol-syntesen. Det var ingen forskjeller i reduksjon av LDL hos de som fikk 40 mg når de fikk det én gang daglig versus tre ganger daglig, og forfatterne konkluderer med at reduksjonen av LDL ikke er avhengig av administreringsfrekvensen av simvastatin. Effekten av dosen 80 mg/dag fordelt på tre doser ble altså ikke sammenlignet med effekten av 80 mg/dag gitt som én enkeltdose (4).

På forespørsel oppgir produsenten at doseringsregimet på 20+20+40 mg/dag ved familiær hyperkolesterolemi ble tatt inn i den godkjente preparatomtalen for Zocor i 2005 som et ledd i europeisk harmonisering av preparatomtalene for simvastatin (5). En mulig teoretisk fordel med å fordele dosen av simvastatin på tre ganger daglig er at man reduserer C_{max}, og får en jevnere plasmakonsentrasjon av legemidlet. Dette kunne redusere risikoen for doserelaterte bivirkninger som muskelsmerter. Slik forskrivning øker imidlertid risikoen for non-compliance hos pasienten.

Ved Lipidklinikken på Rikshospitalet opplyser de at de aldri har praktisert en oppdeling av dosen i tre ved bruk av 80 mg simvastatin/dag. Ved forskrivning av simvastatin 80 mg har man anbefalt at hele dosen tas til kvelden, da kolesterol syntesen primært foregår om natta, og simvastatin har kort halveringstid (6). Vi har funnet flere andre studier av simvastatin ved familiær hyperkolesterolemi der man har dosert 80 mg en gang daglig (7, 8), og dette er trolig også vanlig klinisk praksis.

Statens legemiddelverk oppgir at studien til Raal og medarbeidere er den som lå til grunn for godkjenningen av simvastatin inntil 80 mg ved familiær hyperkolesterolemi og at det angitte doseringsregimet derfor er en følge av dette. Den eneste gruppen i Raals studie som fikk 80 mg/dag, fikk dette fordelt på tre doser, og man har derfor ansett dette for å være den eneste dosen man hadde dokumentasjon på effekten av ved den aktuelle diagnosen. Legemiddelverket oppgir likevel at det ikke er noe i veien for å gi hele dosen som kveldsdose i de tilfeller hvor det er hensiktsmessig for pasienten (9).

Konklusjon

Simvastatin 80 mg kan gis ved alle godkjente indikasjoner for simvastatin når pasienten har alvorlig hyperkolesterolemi og høy risiko for kardiovaskulære komplikasjoner.

Anbefalingen om å dele dosen i tre daglige doser ved bruk av simvastatin 80 mg/dag skyldes en europeisk harmonisering av preparatomtalene fra 2005. Rasjonalet for oppdelingen skyldes studien som lå til grunn for godkjenningen, men dokumentasjonen for slik praksis er etter det vi kan bedømme dårlig. I praksis doseres simvastatin 80 mg trolig i de fleste tilfeller som en engangsdose til kvelden, uansett indikasjon. Man bør være oppmerksom på eventuelle doserelaterte bivirkninger ved høy dosering av alle statiner.

Referanser

1. Felleskatalog. <http://www.felleskatalogen.no/> (Sist endret: 5. juli 2007).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Zocor. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 14. november 2006).
3. Statens Legemiddelverk. Terapi anbefaling: Behandling med lipidsenkende legemidler for å forebygge hjerte- og karsykdom, 2003. <http://www.legemiddelverket.no>.
4. Raal FJ, Pilcher GJ et al. Expanded-dose simvastatin is effective in homozygous familial hypercholesterolaemia. *Atherosclerosis* 1997; 135: 249-56.
5. Medical Advisor. Merck. Pers. medd. 15. januar 2008.
6. Lege. Lipidklinikken, Rikshospitalet. Pers. medd. 15. januar 2008.
7. de Sauvage Nolting PRW, Buurma RJA et al. Two-year efficacy and safety of simvastatin 80 mg in familial hypercholesterolemia (The examination of probands and relatives in statin studies with familial hypercholesterolemia [EXPRESS FH]). *Am J Cardiol* 2002; 90: 181-4.
8. Twickler TB, Dallinga-Thie GM et al. High dose simvastatin normalizes postprandial remnant-like particle response in patients with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000; 20: 2422-7.
9. Seniorrådgiver. Statens legemiddelverk. Pers. medd. 17. januar 2008.

Linda Adamstuen, master i farmasi og
Pål Didrik Hoff Roland, cand. pharm
– RELIS Midt-Norge.

UTPOSTEN

– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen

Hyperakutte tilstander i allmenn man bør vite hva man har og hvo

Jeg ønsker å fortelle en historie fra vår praksis. Historien er etter min mening av betydning fordi jeg håper å kunne belyse hvor viktig det er å ha sine prosedyrer og sitt utstyr på plass, og vite hvordan man skal bruke det når det trengs.

BAKGRUNN:

Jeg jobber som kommunelege i en liten kommune, Bjarkøy, nord for Harstad. Legekontoret er ikke på samme øya som vår bolig. Kommunikasjon mellom øyene foregår med ferge.

Avstandene i øyregionen er rimelig grei slik at jeg bruker å sykle mye mellom hjem – kontor – legevakt og pasientbesøk. Dette hadde jeg gjort i flere år og bestandig tatt med meg min akutt koffert bak på min sykkel (veier ca. ti kg). Dette har fungert utmerket, og var til og med en fin måte å trimme på.

Jeg har jobbet noen år på medisinsk avdeling i Harstad og følte meg ganske trygg for å kunne håndtere de fleste situasjonene.

Historien begynner med at jeg kommer tilbake etter legevakt i Harstad, og plasserer min akutt koffert hjemme. Neste ferge til legekontoret går først kl. 11.30, hvorfor jeg velger å ikke ta kofferten med meg til kontoret for de siste arbeidstimene.

På kontoret er alt fredelig og jeg har min første pasient til kontroll for diabetes og hypertensjon.

Mens jeg sitter og aner bare ro og fred går døra opp og helsesøstera titter inn og ber meg om å komme ut med en gang. Det har hun aldri gjort før, så jeg tenkte det måtte da ha en grunn.

Da jeg kom ut sto helsesøster på labben med et lite barn på armen og en mor ved siden av seg som virker engstelig. Jeg kjenner mor fra før. Denne familien har mistet sitt første og eneste barn tre år tidligere i en stafylokokksepsis. De var egentlig noe for gamle til å få flere barn, men var så heldig å få dette barnet her for ett år siden.

Helsesøster forteller at ungen var helt frisk i morges og hun var kommet i dag for å få trippelvaksine. Den hadde hun satt for ti minutter siden, og hun syns at ungen etter det virket utilpass og misfornøyd.

Ungen er ett år gammel. Jeg kjenner henne knapt fra før. Hun er på helsesøsters arm, våken, men virker misfornøyd. Jeg får ikke ordentlig kontakt med barnet, hun puster noe anstrengt og jeg mener at det høres noen slimlyder i brystet. Ellers var ungen upåfallende. Vi sto i gangen og jeg lyttet på hennes lunger uten å kunne finne noe galt. Helsesøster insisterer at ungen ikke er slik den skal, og lurte på om ungen kan ha reagert på vaksinen.

Derfor beslutter vi å ta situasjonen alvorlig. Jeg ber legesekretæren om å tømme kontoret for folk og sender også min diabetespasient ut. Ungen tas inn på kontoret.

Legesekretær bestiller ambulansebåt, men får beskjed om at den er på oppdrag, og tidligst på Bjarkøy om 30 min. Derfor bestiller vi helikopter fra Tromsø.

Jeg forklarer at jeg ikke har tid å snakke med dem siden vi oppfatter situasjonen som en alvorlig anafylaktisk reaksjon. Helikopter skal være fremme om ca. 35–40 min.

Ungen ble i løpet av kort tid, (kanskje ett til to min) tiltakende dårligere. Jeg skulle hente frem akutt medisinen, men hadde jo latt kofferten stå hjemme. Derfor begynte jeg å lete i medikamentskapet og fant både Phenamin og Solu-Cortef, men jeg fant ikke adrenalin.

Legesekretæren hadde gått til postkontoret. Jeg visste ikke hvilken rutiner vi hadde til oppbevaring av adrenalin og var ikke klar over at det lå godt plassert i kjøleskapet. Situasjonen opplevdes så stressende at jeg ikke hadde hjerte å begynne å lete etter adrenalin på kontoret. Jeg tenkte selv at jeg ikke kunne gå rund og lete etter medisin, mens ungen holdt på å dø. Hvordan skulle jeg forklare det senere til foreldrene.

Jeg ga derfor de medikamentene jeg hadde for hånden. Ungen ble raskt dårligere, mora var hysterisk og nektet å forlate ungen sin. Helsesøster hadde ungen hele tiden på

praksis eller; rdan det skal brukes

Historier fra
virkeligheten

armen og stimulerte med klapp siden pusting ble svakere og svakere.

Så kom legesekretæren tilbake og fant frem adrenalin. Her sto det om liv, jeg brukte en ampulle 1mg adrenalin og satte hele dosen inn i setemuskelen på ungen. Dette var en ti ganger høy dose, siden man skal bruke 0.1 mg per 10 kg kroppsvekt, men slik hadde jeg ikke tid å sjekke der og da.

Rett etter det ble barnet livløst og gikk i respirasjonsstans. Vi la ungen ned, den var marmorert og hadde ikke egen pust. Helsesøster startet med munn-til-munn-ventilasjon mens jeg trykket forsiktig på brystkassen. Vi holdt på i ett til to minutter, så kom det plutselig en ralling fra ungen og ungen begynte å puste igjen, og fikk tilbake noe hudfarge.

Jeg sprang bort til Lærdalskofferten for å hente O₂-flaska og koble den til en maske. Situasjonen var fremdeles meget stresset og ungen var ytterst ustabil.

Jeg åpnet Lærdalskofferten og så alt det utstyret og husket ikke hvordan man skulle koble det i hop. Igjen tenkte jeg at jeg ikke kan sitte her og fikle med utstyr mens ungen holder på å dø. Derfor lot jeg være og vi ventet til ambulansepersonalet kom fra ambulansebåten.

Ungen ble etter hvert mer stabil, men tachycard og våknet ikke opp til å begynne med. Etter hvert begynte det å røre på ekstremitetene og ga noen ynkeltyder fra seg. Jeg hadde kontakt med anestesilege i Harstad for å få råd om overbehandling med adrenalin. Det måtte ikke iverksettes tiltak.

Etter 45 min kom helikopteret og en flink anestesilege overtok ansvaret og tok med seg ungen og mor til Tromsø. Ungen har kommet seg rask og er i dag i fin form og i en helt normal utvikling. Vi har konkludert med en anafylaktisk sjokk etter vaksinerings.

Vi føler vi har vært veldig heldige i og med at ungen ikke døde. Det ville ha hatt store konsekvenser både for meg og helsesøster. Begge tenkte vi under denne hendelsen at hvis denne ungen dør så blir det umulig å fortsette i jobben.

Vi kan nok si at vi har berget livet til denne ungen, men det kunne ha gått skikkelig galt i en meget stressende situasjon, fordi ikke alle rutiner var på plass.

Det har vært flere glipp i forbindelse med denne meget akutte hendelsen.

- 1) Jeg hadde ikke tatt med meg kofferten hvor jeg visste at jeg hadde nødvendig medisin.
- 2) Jeg ante ikke hvor adrenalinet befant seg på kontoret.
- 3) Jeg husket ikke hvordan man setter sammen utstyret i Lærdalskofferten.
- 4) Jeg ga en alt for høy dose adrenalin (selv om det kanskje var det som berget ungen?).

Vi har lært noe av det som skjedde.

- I dag vaksinerer vi kun når det er lege på kontoret.
- Jeg tar alltid med meg kofferten når jeg er på jobb.
- Vi har en egen eske med akutt medisin i medikament-skapet.
- Jeg gjennomgår teknisk utstyr, Lærdalskoffert etc flere ganger per år.

Min personlige lærdom av dette er at man må prøve å ha sine interne rutiner på plass. Man må vite hva man har tilgjengelig og hvordan man skal bruke det.

Det er helt greit å ikke ha utstyr tilgjengelig og så gjøre så godt man kan, men det er ikke akseptabelt ikke å vite hvordan utstyret fungerer eller hvor det fins på kontoret.

Vi allmennleger blir ofte oppslukt av hverdagen og omstendelig og tidkrevende rutinearbeid. Det kan lett føre til at vedlikehold av kunnskaper og rutiner kommer i andre rekke. Men en slik hendelse som her beskrevet kan ha meget store konsekvenser både for pasienten og for legen selv. Derfor bør man avsette tid til internkontroll og prosedyreøvelser.

Frank Hilpusch

Pasientopplysninger til forsikringsselskap: Slik hindrer du utlevering av full

I de snart 25 årene jeg har vært allmennlege har jeg etablert en rutine for hvordan jeg forholder meg til forsikringsselskap som ber om utskrift av full (uredigert) journal når pasienten har gitt fullmakt til det. Formålet med rutinen er at forsikringsselskapet skal få korrekt og relevant informasjon i saken det gjelder, men heller ikke mer.

1. Jeg sender brev til forsikringsselskapet m/ kopi til pasienten + eventuelt pasientens advokat, der jeg ber selskapet sende meg konkrete, relevante spørsmål som vedrører den aktuelle forsikringssaken. I mange saker etterkommer forsikringsselskapet denne henvendelsen.
2. Hvis selskapet ikke gjør det, sender jeg et brev til pasienten med kopi til forsikringsselskapet der jeg ber pasienten innskrenke fullmakten til bare å gjelde relevante opplysninger i angjeldende sak eller rett og slett trekke fullmakten.
3. Hvis pasienten er enig, lager jeg i samme seanse en legeerklæring som inneholder relevant og tilstrekkelig informasjon og sender det til selskapet med kopi til pasienten. Etter punkt tre er det ikke mange forsikringsselskap som forlanger full uredigert journalutskrift, men
4. Hvis trinn to og tre ikke virker, gjentar jeg trinn en eller går til punkt fem.
5. Hvis pasienten insisterer på at selskapet skal få full journal, sender jeg så utskrift av hele journalen til pasienten selv med et følgebrev der jeg problematiserer utlevering av full journal på prinsipielt grunnlag, ber vedkommende lese journalen sin og evt. drøfte konsekvensene av utlevering av journalen med meg og/eller sin advokat, før man evt. gjør det. Jeg gjør oppmerksom på at pasienten kan komme tilbake med journalen til meg og innskrenke fullmakten til forsikringsselskapet til bare å gjelde relevant informasjon.

De færreste pasienter forstår konsekvensen av å gi forsikringsselskapet fullmakt til å innhente fulle journalopplys-

ninger. De aller fleste pasienter blir ganske betenkt på dette stadiet og innskrenker utleveringsfullmakten eller opphever den, om det ikke alt er gjort. Legeforeningen har tidligere konkludert med at slikt samtykke ikke er gyldig av denne grunnen. Legeforeningen har det siste året intensivt arbeidet med å sette skranker for hvordan pasientopplysninger brukes i ulike sammenhenger (1).

Jeg har opplevd at forsikringsselskap ber om full journalkopi selv om fullmakten er avgrenset til relevant informasjon. Du må derfor alltid passe på å lese pasientens fullmakt til forsikringsselskapet nøye før du lager legeerklæringen.

Det er bare ett forsikringsselskap i en bestemt sak som ennå ikke har gitt seg når denne fem-punkts oppskriften er fulgt. Jeg kommer ikke til å utlevere full journal på prinsipielt grunnlag. Pasienten takker meg for min standhaftighet.

Vær oppmerksom på at ikke alle forsikringsselskaper er medlemmer av Finansnæringens hovedorganisasjon (FNH) og derfor ikke formelt sett er bundet av avtalen som Legeforeningen har inngått med FNH (2). Alle personforsikringsselskaper burde ha en navngitt hovedlege til å bistå seg i erklæringsarbeidet og samspillet med oss. Alle legeerklæringer fra oss må adresseres til hovedlegen og vurderes der først. For å søke å stoppe et krav om utlevering av full journal kan en sjekk om selskapet har en hovedlege, og eventuelt en samtale med vedkommende, være et grep.

Det bør også vurderes opprettet en offentlig voldgiftsliggende nemnd som kan benyttes når et forsikringsselskap med pasientens samtykke ikke gir seg på at det vil ha full journalkopi, når legen ikke vil. Journalen og alle øvrige opplysninger forsikringsselskapet innehar i saken sendes nemnda som så velger ut det som den mener er relevante og tilstrekkelige opplysninger fra journalen og gir til forsikringsselskapet. Forsikringsselskapet må så fatte sin beslutning. En slik ordning vil trolig kunne spare partene for mye ressursbruk, frustrasjon og mistenksomhet – og tausheten vil bli ivaretatt. Nemnda burde også kunne brukes i lignende tvister mellom lege og NAV.



uredigert pasientjournal

Vi leger er bundet av lovgivning på området. Vi er pålagt i lov å beholde taushet om pasientopplysninger (3). Den skansen må vi holde. Rutinen medfører ikke mye arbeid i forhold til hva som står på spill. Forsikringsselskapene skal bare ha korrekt, objektiv informasjon som er relevant for det enkelte forsikringstilfellet – helst innen tre uker fra de har bedt om den – når pasientene har gitt sitt informerte samtykke til det.

ILLUSTRASJONSFOTO: SUPREMO SUKARITO

Referanser

- 1) Legeforeningens hjemmesider: www.legeforeningen.no. Legeforeningen mener: Policynotat 8/2007. Tilgang til pasientjournal utenfor helsetjenesten.
- 2) Fastlegetariffen 2007–2008. Avtale om honorar for legesundersøkelse for forsikringsselskap. Legeforeningen 2007 pp. 41–2.
- 3) Befring AKC, Grytten NJ, Ohnstad B. Jus for leger. Del III: Behandling av pasientinformasjon. ISBN 82-7634-310-4. Høyskoleforlaget AS 2002

Kjell Maartmann-Moe



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. 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 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 73 år gammel mann med lett anstrengelsesdyspnoe

Vi kjenner tilstanden godt. Vi har lært om den i studiet. Vi har møtt pasienter med den både i og utenfor sykehus. Og vi har bommet på diagnosen – igjen og igjen. Så også hos denne pasienten.

Mann 73 år, tidligere stort sett frisk, bortsett fra osteomylitt i en arm etter et åpent armbrudd som tenårings, en operasjon for galdestein og en for prolaps i korsryggen mange år tilbake. To epileptiske anfall i godt voksen alder. Anfalsfri etter oppstart med karbamazepin. Sannsynlig dyp venetrombose i venstre legg i 2001. Ingen behandling.

Fra september 2006 økende ubehag baktil i høyre legg ved gange. Først i november 2006 søkte han lege. Over uker hadde han fått økende hevelse i leggen og kjent en stivhet i hele benet ved gange. I tillegg stusset han over at blodårene øverst på låret ble mer tydelige enn vanlig og at han ble noe tungpusten når han gikk litt raskt på flat mark – det til tross for at han mente han var veltrent. Ingen smerter i brystet.

Pasienten ønsket å bli lagt inn, men legene han møtte på sykehuset fant ikke indikasjon for innleggelse. Men han insisterte.

På den medisinske avdelingen fant man:

Blodtrykk 145/80, puls 75, regelmessig. Normale funn over hjerte/lunger. Høyre legg fire cm tykkere enn venstre, – den samme differansen forelå også 15 og 20 cm ovenfor kneleddslinjen. God puls distalt begge underkstremiteter.

Hb 13,9, SR 12, CRP 32, D-dimer 4,0. Normalt antall hvite og normal fordeling. Omfattende laboratorie-screening normal. INR 1,1, protein S og C var henholdsvis 85 prosent og 100 prosent. Fibrinogen normal.

Ultralyd viste dyp venetrombose til lysken høyre side, mens vena iliaca var åpen. Normale funn venstre side. Rtg. thorax normalt, spesielt normale hiluskar, ingen infiltrater og ingen pleuravæske. EKG normalt.

Så det forelå altså en dyp venetrombose, ingen tvil om det. Men hva med pusten? Utførte analyser inklusive røntgen thorax og EKG var helt normale.

Men oksygenmetningen ved innleggelsen var 93 prosent målt i fingertuppen, og der ble den liggende i dagene som fulgte. Pasienten var som sagt veltrent og hadde vanligvis en hvilepuls på 55–60/minutt. Nå var den steget til 70–75/minutt.

Pasienten er en erfaren kollega, en professor emeritus i indremedisin (1). Han var klinisk overbevist om at han måtte ha fått lungeemboli og ba om en spiral-CT av lungene. Denne viste multiple bilaterale lungeembolier.

Han fikk heparin (Fragmin) 18000 enheter (vektjustert). Fra tredje dag også standard warfarindose (5+3+2 tabletter daglig de neste tre dagene). Men warfarindosen måtte gradvis økes til syv til åtte tabletter pr. dag før INR økte til 2,7/3,0 etter henholdsvis fire og 11 dager på denne dosen. Vedlikeholdsdosen ble satt til ukentlig åtte tabletter daglig i tre dager og syv tabletter daglig i fire dager.

Ved utskrivningen etter fem dager var hvilepuls 55–60. Hb var 15,6 g/100 ml, CRP <7, SR 7 og øvrige laboratorieprøver normale. Oksygenmetning 98 prosent. Trombocyter hele tiden normale.

Etter ca. tre dager forsvant hevelsen av høyre underkstremitet, venetegningene likeså, og pusten kjentes normal igjen.

Den observerte warfarin-resistensen kan komme av samtidig bruk av karbamazepin. Det er også kjent at dette medikamentet kan indusere trombose (Felleskatalogen).

Et score-system for diagnosen DVT

Når det foreligger mistanke om DVT, kan et validert score-system bidra til å styrke eller tvert om redusere mistanken om tilstanden. I score-systemet benyttes ja/nei-svar (+1 hhv. -1) på en rekke kliniske funn/risikofaktorer for DVT, slike som aktiv cancer, paralyse/parese i aktuell ekstremitet, gipsing av ekstremiteten, sengeleie i mer enn tre døgn, gjennomgått operasjoner, tidligere gjennomgått DVT, lokalisert smerte langs venestengene, sideforskjell på leggen mer enn 3 cm og ensidig ødem. Et score på minst to anføres som et funn som bør benyttes som «inngangsport» for videre diagnostiske undersøkelser. Dette er beskrevet i en artikkel i CMAJ fra 2006 (2).

D-dimer

Undersøkelse på forekomsten av fibrin-nedbrytningsprodukter (D-dimer) benyttes for å utelukke DVT når mistanken er lav eller usikker, ikke som diagnostisk metode ved sterk mistanke. Ved lav mistanke, men med positiv D-dimer-test går man videre med diagnostikk.

Behandlingsprinsipper

De fleste tilfellene av DVT kan behandles poliklinisk. Unntak vil være DVT med komplikasjoner som lungeemboli eller kjent økt blødningsrisiko. Det startes med kroppsvekt-justert dose lavmolekylært heparin (LMWH), som ifølge randomiserte studier bør foretrekkes framfor ufraksjonert heparin – unntatt når det foreligger nyresvikt (2). Etter tre dager med LMWH startes det med vitamin K-antagonist – i praksis warfarin – med ønsket terapeutisk INR-nivå på 2,0–3,0. Til gravide gis lavmolekylært heparin.

Varigheten av antikoagulasjonsbehandlingen bør ta hensyn til om det dreier seg om

- a) første DVT oppstått i forbindelse med en forbigående økt risiko (traume, operasjon etc.)
- b) første DVT hos pasient med kjent cancer (der langtidsbehandling med lavmolekylært heparin er aktuelt)

- c) DVT hos person med en av en rekke trombofile defekter (2)
- d) DVT-residiv – kort eller lang tid etter foregående DVT
- e) Idiopatisk DVT, dvs. uten kjente risikofaktorer

Avhengig av klinisk bakgrunn anbefales varierende varighet og type av antikoagulasjonsbehandling, fra tre måneder for a), lavmolekylært heparin ved b) (og hos gravide) og seks måneder eller mer for de andre DVT-tilstandene.

Til ettertanke

Klinisk dyp venetrombose (DVT) er en risikofylt lidelse (2). «DVT i leggen» har allerede i tre av fire tilfeller progrediert til lårvenene. Og når disse er affisert, er sjansen for å få lungeemboli meget stor slik at tilstanden kan bli alvorlig.

Et normalt røntgen thorax og et normalt EKG utelukker ikke forekomst av til og med multiple lungeembolier. De fleste av disse er asymptomatiske eller gir symptomer og funn som er meget lette å overse. Faktisk vil lungeemboli som gir symptomer vanligvis være forutgått av fire til fem tilfeller som ikke har gitt symptomer (2). (Denne pasienten hadde lett tachycardi, lett anstrengelsesdyspnøe og lett ned-satt oksygenmetning). Spiral-CT viste imidlertid en uttalt lunge-emboli-sykdom.

Referanser

1. Berg E. Rasjonaliteten kan svikte. Intervjuet: Jan Emil
2. Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis. CMAJ 2006 Oct 24; 175(9): 1087–92.

Eli Berg og Jan E. Eriksen



Nasjonalt senter for distriktsmedisin



Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning

Fra 2008 er Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning et nasjonalt program. Programmets formål er todelt:

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

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

Øvrige søknadsopplysninger fås ved henvendelse til Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Se kontaktinformasjon nedenfor.

SØKNADSRIST: 15. april 2008

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

E-POST: per.stensland@isf.uib.no
TLF.: 57 62 97 00

Hasse Melbye
Vara prosjektleder

E-POST: hasse.melbye@ism.uit.no
TLF.: 77 64 48 14

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

Søknadsopplysninger finnes også på vår hjemmeside
<http://uit.no/distriktsmedisin/4054/>

12

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.: S01AA13

ØYEDRÅPER, suspensjon 1%: 1 g inneholder: Fusidinsyre 10 mg, benzalkoniumklorid 0,1 mg d, dinatriumedetat 0,5 mg, karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 1 g. **ØYEDRÅPER**, suspensjon engangspipette 1%: En engangspipette inneholder: 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