



Innhold:

LEDER: Utposten – om hva og for hvem? Av ANN-KRISTIN STORKE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Tromsøs distriktsmedisinske stemme. SVEIN STEINERT INTERVJUET AV TOM SUNDAR	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Impingment. DIALOGMØTE Med trang og litt kald skulder. Av HARALD SUNDBY	7
Flere nye europeiske retningslinjer for å forebygge hjerte-kar sykdom i klinisk praksis – men hva kan brukes i allmennpraksis? EN KOMMENTAR TIL ARSNES OG KJELDSEN, UTPOSTEN NR. 2/2008. Av BJØRN GJELSVIK	10
Behandling ved impetigo. Av SVERRE RØRTVEIT	16
Studentutplassering i allmennpraksis. SAMMENDRAG AV INNLEGG FRA PRAKSISLERERKURSET 2008. Av RUTH MIDTGÅRDEN	20
Landeplage – borrealia og flått. Av KNUT ERIK ELIASSEN	24
Prosjekt brukerkunnskap om angst. Av ELLEN STYEN-HANSEN	29
Mal for akuttmedisinskurs for allmennleger. Av JESPER BLINKENBERG	33
Forskning om rus, kan vi bli bedre? PRESENTASJON AV NASJONAL UNDERSØKELSE AV OLAV AASLAND	38
Faste spalter	40

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

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

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrein@online.no

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

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:

Måke i lufta

foto: Ida Myklebust Sundar

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Utposten

– om hva og for hvem?

I Utposten nummer to i år trykket vi en artikkel om de nye retningslinjene for hypertensjonsbehandling utgitt av de europeiske foreningene for hypertensjon og kardiologi.

En av forfatterne var Sverre Kjeldsen, indremedisiner og en tydelig person gjennom flere år i debatten om når og hvordan blodtrykk skal behandles. At redaksjonen har valgt å trykke artikkelen har vakt en del kritiske reaksjoner.

Vi har fått tilbakemeldinger om at dette ikke var i god allmennpraktikerånd.

Noen har stilt spørsmål om Utposten har lagt seg på en ny redaksjonell linje.

Kritikken handler om at retningslinjene ikke er tilpasset den lav-prevalens-befolkningen vi som allmennpraktikere jobber med. Mange vil synes at blodtrykksverdiene både for behandlingsmål og anbefalt behandlingsstart er for lave, slik at vi får en for stor andel pasienter i forhold til friske individer i befolkningen. Kanskje handler kritikken også litt om at en profilert indremedisiner har sluppet til i et forum som tradisjonelt har vært dominert av hans motdebattanter?

I redaksjonen var det enighet om at dette var en god artikkel om et viktig tema.

Ved å kjenne til de siste retningslinjene fra en spesialitet har vi som allmennpraktikere oppdatert medisinskfaglig kunnskap for å gjøre gode kliniske vurderinger for den enkelte pasient. Å kjenne til retningslinjene er ikke det samme som å være enig i at alle med blodtrykk over 140/90 skal defineres som pasienter og behandles medikamentelt. Både på individnivå og populasjonsnivå skal fokus på hypertensjon prioriteres opp mot andre plager og tilstander. I mange tilfeller vil vurderingen bli et begrunnet avvik fra retningslinjene. For mange av oss er dette et tegn på at vi burde få flere retningslinjer beregnet primært på allmennpraksis. Artikkelen har i alle fall vakt engasjement, og i dette nummeret kommer det derfor en artikkel om hypertensjonsbehandling i allmennpraksis av Bjørn Gjelsvik i NFAs referansegruppe i forebyggende kardiologi.

I den aller første lederen fra dagens redaksjon ba vi om innspill fra hverdagen på kontoret og tanker om de lange linjene. Vi ønsker å lage et blad med både nyttige medisinskfaglige artikler og innlegg som løfter blikket, er kritiske, morsomme eller bidrar til refleksjon om praksis, et blad allmennleger og samfunnsmedisinere vil lese. Det skal være stor takhøyde, både i tema og stil.

Uttrykket å *redigere* kommer fra latin, «å sette i en viss tilstand». Som redaksjon skal vi ikke stå inne for alle synspunkter i enhver artikkel. Når en artikkel kommer på trykk i Utposten, er det fordi vi vurderer artikkelen som god og temaet som interessant for våre lesere. Dette vil vi fortsette å gjøre. Om innholdet provoserer, kan det av og til være et mål i seg selv. Dersom Utposten kan bidra til å skape debatt og engasjement, er det også et mål. Vi i redaksjonen tar gjerne imot reaksjoner.

Ann-Kristin Stokke

Utpostens
dobbeltime

Tromsøs distrikts- medisinske stemme

Svein Steinert
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Svein Steinert ledet fastlegeforsøket i

Tromsø i 1990-årene, var sentral i arbeidet

med å utvikle den nasjonale fastlege-
ordningen, og bygde opp en fastlege-
praksis fra scratch i ishavsbyen.

Nylig sluttet han i praksisen ved

Skansen legekontor for å ta en leder-

stilling ved Nasjonalt senter for

distriktsmedisin. Fortsatt er han over-

bevist om fastlegeordningens fortreffelighet,

men han understreker at fremtidig suksess beror på en mer offensiv

satsing for å rekruttere unge leger til allmennmedisin i distriktene. Oppskriften hans er klar:

Få på plass utdanningsstillinger.

– Utdanningsstillinger i allmennmedisin er nødvendig og etterspurt. Det er noe vi trenger for å gjøre fastlegeordningen mer attraktiv for nyutdannede leger, sier Svein Steinert som har vært turnusveileder i Troms fylke i åtte år. Han viser vei inn til sitt nye arbeidssted ved Institutt for samfunnsmedisin i medisin- og helsefagbygget ved Universitetet i Tromsø. Den upåklagelige utsikten fra toppetasjen inspirerer til store vyer for faget og fremtiden, og det kan Steinert og hans medarbeidere ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) trenge. For utfordringene står i kø: Rekrutteringen til allmennmedisin har nesten stoppet opp. Bare halvparten av norske allmennleger er spesialister i allmennmedisin, og under ti prosent av legene som er ferdig med turnus har startet sin yrkeskarriere i allmennmedisin. I Danmark, Nederland og Canada rekrutteres til sammenlikning 20 til 30 prosent av unge leger til utdanningsstillinger i allmennmedisin.

UTPOSTEN: Hvordan vil NSDM arbeide for å styrke norsk allmennmedisin?

SS: Senteret skal fremme medisinsk forskning, fagutvikling og utdanning i distriktene. Målet er å bygge bro mellom praksis og akademi samt bedre kvalitet, stabilitet og rekruttering i helsetjenesten i distriktene. Konkrete tiltak er å kartlegge behovet for hvilken kompetanse leger i distriktene trenger, og hvilke lønns- og arbeidsvilkår som skal til for at leger søker seg til distriktene og blir der.

Som et nasjonalt kompetansesenter må NSDM drive med forskning og fagutvikling som kan komme hele landet til

gode – og kanskje kan ha overføringsverdi utover landets grenser. Det er ikke godt nok å sette i gang prosjekter som vi tror vil virke. Vi må dokumentere om ting virker, og hvorledes ting virker. For eksempel vet vi lite om hvorvidt leger i distrikt trenger et bredere repertoar av praktiske ferdigheter enn leger i byene. Det er grunn til å tro at mangel på ferdigheter skaper faglig utrygghet, men det finnes så å si ingen forskning på dette området. Forskning og fagutvikling må derfor skje i samarbeid med andre kompetansesentre i Norge samt fagmiljøer i utlandet. Våre naturlige samarbeidspartnere er de allmennmedisinske forskningsenhetene og kompetansesentret for legevaktsmedisin i Bergen. I utlandet samarbeider vi med fagmiljøer i Canada og Australia, to land som står overfor mange av de samme distriktsmedisinske utfordringene som oss.

UTPOSTEN: Hvilke oppgaver har størst prioritet for NSDM?

SS: Forskningen vår må styrkes, både på student- og doktorgradsnivå. NSDM satser også på å styrke det nordiske samarbeidet i allmennmedisin. Det skal vi blant annet gjøre ved å påta oss et hovedansvar for Nordisk kongress i Tromsø i 2011. Den siste gangen Norge var vertsland var i 2001, da kongressen ble lagt til Trondheim. Vi ønsker å sette preg på konferansen ved å ta opp temaer som er relevante for distriktsmedisin. For øvrig er NSDM engasjert i arbeidet med å revidere den medisinske studieplanen ved Universitetet i Tromsø – som stort sett har vært uendret siden 1973. Målet er at studiet i Tromsø skal ha en klar distriktsmedisinsk profil i tråd med intensjonene. Hvis ikke dette universitetet



klarer å produsere leger til distriktene, gjør vi ikke jobben vi er satt til. Vi håper også at en ny studieplan i Tromsø med mer vekt på legeutdanning i kommunene vil påvirke landets andre universiteter i samme retning. Også som helsepolitisk aktør spiller NSDM en sentral rolle, blant annet ved å påvirke beslutningstakere til å innse at de største utfordringene i norsk helsestell ikke er å drifte sykehoteller i hovedstaden, men å bidra til en mer balansert bruk av ressurser mellom sentrale og perifere strøk.

Med hjerte for fastlegeordningen

Svein Steinert har vært primus motor i arbeidet med å utvikle fastlegeordningen (FLO) siden opprinnelsen i 1993, den gang Tromsø sammen med Åsnes, Lillehammer og Trondheim ble utpekt som forsøkskommuner. Som prosjektleder i ishavsbyen opplevde Steinert at erfaringene med fastlegeforsøket var så gode at både pasienter og leger ville forlenge ordningen etter prosjektslutt. Som leder av fagutvalget i Aplf (Allmennlegetforening) hadde han en finger med i spillet rundt den nasjonale FLO-prosessen.

SS: Før fastlegeforsøket startet, var det krise i Tromsø fordi vi manglet leger. Mange av dem som var der, flyttet etter kort tid igjen. Med FLO fikk vi bedre stabilitet i legekorps. Det samme er tilfelle for de fleste andre byer her i lan-

det. Distriktskommunene, derimot, sliter stadig med rekrutteringen og situasjonen er trolig blitt verre i de siste årene. Det er ikke nok å vite at legestillingene er besatt, vi trenger også data over bruken av vikarer i fastlegehjemlene.

UTPOSTEN: *Mangel på stabilitet er et tema som går igjen i diskusjonen om fastlegeordningen. Hva er grunnen til at FLO svikter?*

SS: FLO som system mangler dynamikken som skal til for å sikre stabilitet og rekruttering. Verken Helsedepartementet, Helsedirektoratet, KS eller Legeforeningen har bidratt nok til å gjøre FLO til en attraktiv karrierevei for unge leger. Vi ser at erfarne leger engasjerer seg for lite i arbeidet med å rekruttere nye fastleger. Hvis FLO fortsetter å stivne til som et system tilpasset de etablerte legene, men ikke de nyutdannede, kan utviklingen bli kritisk. Noen liker å fremstille det som lukrativt at unge leger bare kan kjøpe seg en pasientliste, og dermed «gå til dekket bord». I realiteten går ikke legene til dekket bord når inngangsbilletten er så høy som den er. Og i og med at mulighetene for strukturert veiledning heller ikke er til stede, kan det neppe kalles lukrativt å betjene en stor liste.

UTPOSTEN: *Nylig besluttet Allmennlegetforeningen – etter forslag fra deg og Olav Thorsen i Stavanger – å arbeide for opprettelsen av utdanningsplasser til spesialiteten i allmennmedisin. Målet er*

å tilby leger et strukturert utdanningsløp med konkurransedyktig inntekt, uten at de må binde seg til en fastlegehjemmel. Hvordan kan slike utdanningsstillinger styrke stabiliteten i FLO?

SS: Før fastlegeordningen hadde vi flere fastlønnede stillinger i kommunene. Det gjorde det enkelt for ferske leger å gå inn i allmennpraksis etter turnustjeneste. Disse stillingene fungerte dermed som viktige rekrutteringsstillinger til allmennmedisin. Mange leger startet sin yrkeskarriere der, for senere å gå over i ordinær allmennpraksis. I dag er det nesten ingen slike stillinger igjen Norge. Allerede før 2001 tok fagutvalget i Apf til orde for å opprette utdanningsstillinger som skulle erstatte den typen rekrutteringsstillinger. Dette var også et sentralt tema under fastlegeforhandlingene, men ideen om utdanningsstillinger ble dessverre aldri realisert.

UTPOSTEN: Du har uttalt at leger som kan tenke seg å begynne i allmennpraksis, ofte vegrer seg på grunn av høyt prisede pasientlister. Er det mulig å justere systemet slik at det ivaretar interesse til både leger som vil inn og leger som vil ut?

SS: Hvis de ikke har garantier om en sikker inntekt de første årene, vil unge leger vegre seg mot å ta opp store lån for å finansiere kjøp av en pasientliste eller for å starte på bar bakke med en nullliste. Verken store lister eller nullister fungerer som en egnet gulrot for leger som vil inn i allmennmedisin. Løsningen kan nettopp være å opprette utdanningsplasser i fastlønnede stillinger ved etablerte legecentre. Disse stillingene bør være kommunale, men for at

systemet skal bli en realitet er det nødvendig med statlige overføringer. Vi trenger også gode praksislærere som selv er spesialister i allmennmedisin, og som fortrinnsvis har veilederkompetanse. Min alvorligste innvending mot dagens fastlegeordning er fraværet av et bindeledd mellom utdanningskandidatene og de erfarne legene. Jeg mener også at kompetansekravene i kommunehelsetjenesten er for lave. Tidligere var det tilstrekkelig med norsk autorisasjon for å søke en fastlegehjemmel, mens det fra 2006 er innført krav om tre års veiledet tjeneste for å arbeide selvstendig for trygdens regning – i tråd med EØS-direktivet. Debatten rundt dette direktivet illustrerer bare at vi i Norge har problemer med å tilfredsstille minstekravet, og den tydeliggjør at systemet har svakheter. Jeg tror vi ville profitte på å innføre et system som man har i Danmark eller Nederland, der legen må være spesialist for å praktisere selvstendig. Det ville dessuten harmonere med kravet om spesialistkompetanse for å få fast overlegestilling på sykehus. Dette er en sak som fremfor alt Legeforeningen bør jobbe videre med.

UTPOSTEN: Innebærer forslaget om utdanningsstillinger at fastlønnede stillinger på sikt skal erstatte privatpraksis og selvstendig næringsdrift – eller tar du til orde for en blandingsmodell?

SS: Jeg ønsker helt klart en blandingsmodell der hovedregelen er at leger under utdanning skal ha fastlønn, mens spesialister er selvstendig næringsdrivende. Hovedpoenget mitt er at leger under spesialisering trenger bedre faglig veiledning enn det de har i dag. De bør også lære om drift av privatpraksis før de selv etablerer seg som spesialister. Vi trenger altså et system der legene lærer faget innenfor trygge rammer, før de blir kastet ut i selvstendig praksis. På enkelte steder vil det imidlertid være behov for å etablere fastlønnede stillinger også for spesialister, dersom man skal sikre stabiliteten og legedekningen i distriktene.

UTPOSTEN: 60 prosent av nyutdannede leger er kvinner, likevel synes andelen kvinnelige fastleger å holde seg konstant på rundt 30 prosent. Hva må til for at FLO skal få draget på damene?

SS: Dagens fastlegesystem er for dårlig tilpasset kvinnes behov for økonomisk trygghet så vel som faglig utvikling i en etableringsfase av livet. Her gjelder mange av de samme overveielser som for unge leger generelt: frykten for å ta opp store lån og binde seg økonomisk uten å ha gode nok garantier for inntekt, sykepenger eller svangerskapsstønad. Noen oppfatter FLO som en komplisert arbeidsarena fordi det er så mange faktorer knyttet til selvstendig næringsdrift, sammenliknet med sykehusstillinger som utløser fast lønn og forutsigbare ytelser. Men ser man bort fra de rent økonomiske aspektene ved denne problemstillingen, velger jeg å tro at leger flest er mer opptatt av å ha gode faglige vilkår enn å tjene mest mulig penger. Hvis rammebetingelsene for faget blir for dårlige, forsvinner også legene. Det er enkel logikk.





UTPOSTEN: *Har debatten rundt kvalitet og stabilitet i FLO kommet i skyggen av sykehusreformen? I så fall, hva har det ført til?*

SS: Etter 2002 har sykehusreformen fått stor helsepolitisk oppmerksomhet, mens det har vært stille i debatten om å videreutvikle fastlegeordningen. Dette har ført til fravær av nytenkning, endringsvilje og utvikling rundt FLO og norsk allmennmedisin. FLO var ment å være allmennmedisinens rammeverk, men nå frykter jeg at systemet er i ferd med å bli sementert. Det er særlig to forhold jeg sikter til: Det ene er behovet for utdanningsstillinger, det andre er behovet for forpliktende legevaktsamarbeid der hvor det ligger til rette for interkommunale løsninger. Begge disse sakene har vært motarbeidet av KS, av frykt for å bli sittende igjen med regningen. Man har antatt at FLO uten videre ville bli et attraktivt og selvrekrutterende system, men problemet er at man har neglisjert behovet for endringer på viktige områder som utdanning og legevakt. Prisen vi må betale er økt forgubbing av FLO, med fare for sammenbrudd i allmennlegetjenesten dersom vi ikke snarlig tar nye grep. Etter min mening har KS unnlatt å ta på alvor det ansvaret kommunene har for å bli gode arbeidsgivere for allmennlegene og bidra som faglige premissleverandører for

allmennmedisinen. Kommunene burde være aktivt med på å skape attraktive muligheter for utdanning og fagutvikling – men dette skjer i altfor liten grad.

Fremtidstro

Svein Steinert bedyrer at han fortsatt er «fast i troen på fast lege» – som var tittelen på et intervju med ham i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2001. Hans klare meninger om FLO og distriktsmedisin er tuftet på mange års prøvelser som allmennlege i Nord-Norge. Han flyttet til landsdelen og startet legekarrieren i begynnelsen av 1980-årene. Det var en tid da nyutdannede leger valfartet til distrikter og kommuner nordpå, minnes 55-åringen. Legene var preget av fremtidstro og utferdstrang, og Steinert var intet unntak. Da han var ferdig med turnustjeneste i Levanger og Nord-Trøndelag, tok han i 1982 et distriktslegevikariat på Karlsøy i Troms. Han hadde også en sterk tilknytning til landsdelen, ettersom morslekten var fra Kvæfjord utenfor Harstad.

SS: Med røtter i Nord-Norge, var det naturlig for meg å jobbe i landsdelen. Jeg vokste opp på Bekkelaget i Oslo og

tok medisinstudiet i hovedstaden. Da jeg etter turnus fikk tilbud om å prøve meg som distriktslege, var valget soleklart. At jeg valgte distrikt fremfor sykehus, var heller ikke tilfeldig. Det handlet om mer enn bare eventyrlyst. På den tiden var det faktisk vanskelig å få seg legejobb etter turnus. Det var 10-15 søkere til de fleste stillingene i utkantstrøk, og å få jobb som distriktslege var attraktivt. Vi hadde gode lønns- og arbeidsvilkår, og det var stor entusiasme blant unge leger.

Han priser seg lykkelig over erfaringene han fikk som distriktslege, før den skjellsettende loven om kommunehelsetjenesten i 1984 trådte i kraft. Loven innebar en radikal reform som førte til at distriktslegeembetet over natten ble avviklet. En del av oppgavene ble videreført i den nye kommunelegefunksjonen, men myndighetsforholdene ble nå annerledes. Mens de gamle distriktslegene hadde en statlig forankret faglig myndighet, var de nye kommunelegene nærmest å regne for en degradert kommunal variant i sammenlikning. Da reformen kom til Karlsøy, bestemte Svein Steinert seg for å dra derfra. Han fryktet dårligere arbeidsbetingelser som en ny kommunelegestilling ville medføre.

SS: Å bli kommunelege anså jeg som mindre attraktivt enn å være distriktslege. I tillegg var det flere faktorer som spilte inn. Stor vaktbelastning og fravær av en legevaktsentral var forhold som gjorde legearbeidet slitsomt. Selv om for eksempel arbeid på ambulansebåt var spennende, var ikke det god nok grunn til å bli. Jeg begynte å lese stillingsannonser, og etter hvert falt blikket på Sverige. Der kunne jeg gjennomføre min spesialisering. Det var dessuten lettere å få jobb over kjølen enn det var i Norge, hvor det nærmest var full legedekning.

Flytteturen gikk til Storuman i hjertet av Västerbottens län i den såkalte Lappmarken, Sveriges samiske region. Der gjorde Steinert unna det meste av spesialiseringen i allmennmedisin, med et strukturert utdanningsopplegg som ikke eksisterte i Norge på den tiden.

UTPOSTEN: *Hvordan har årene i Sverige preget deg?*

SS: Oppholdet i Sverige har uten tvil preget min tenkning om utdanning og spesialisering innen allmennmedisin. Jeg innså tidlig at spesialistkandidater trenger faglig struktur og god veiledning. Som en bonus fikk jeg mindre vaktarbeid, noe som var klart bedre for familielivet i en etableringsfase.

Den biografiske kortversjonen etter fullført allmennlækerblokk i Umeå i 1986 er som følger: Steinert flyttet til Tromsø og tok en stilling sin fastlønnet kommunelege. Senere var han leder for AIDS-prosjektet i Tromsø og assisterende fylkeslege i Troms. I 1992 ble han prosjektleder for fastlegeforsøket.

UTPOSTEN: *Foruten familiære forhold, hva har fått deg til å bli i Tromsø?*

SS: Hvis jeg skal si det med få ord, verdsetter jeg den iboende optimismen blant folk her i nord. Den er utenom det vanlige. Folk tar dagen som den kommer. Selv om uforutsette ting vil skje, er nordlendingene et folkeferd preget av viljestyrke og pågangsmot. De er åpne og lite fordomsfulle, og har en smittende livsholdning om at det er mulig å få ting til. Jeg må også legge til at jeg underveis har fått spennende arbeidsoppgaver, fremfor alt som prosjektleder for fastlegeforsøket og nå som leder ved NSDM. Jeg kan bare slutte meg til omkvedet: Det er mulig å få ting til – hvis man bare vil.

Løvetannprisen 2008

Norsk forening for allmennmedisin skal dele ut Løvetannprisen under Primærmedisinsk uke 2008.

Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 20 000 kroner. Den skal deles ut til en allmennlege som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som må gjøre styret kjent med potensielle kandidater. Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

Fristen for å sende inn forslag på gode kandidater er 1. oktober 2008. Forslag med begrunnelse sendes til Norsk forening for allmennmedisin, Legenes Hus, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO





ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Impingement

DIAlogmøte med trang og litt kald skulder

AV HARALD SUNDBY

Onsdag etter lunsj, og dagens hastetimer. Nummer 3: Rolf Erik K. f. 54, blinket ut som «skulder / sykmelding»
Jeg kjente ham kun fra et par møter for to år siden. Da med «ribbeinsbrudd? / sykmelding?» Den gangen hadde han ramla på isen og slått seg litt i bringa. Det gikk over på 3-4 uker. Raskere enn jeg hadde trodd, for han framsto som en litt sliten fabrikkarbeider. Han var skilt, hadde bodd alene noen år, men hadde ny samboer. Og hadde det ganske greitt. Så langt man kan vurdere slikt på 2 x 8 minutter når det er forstuet brystkasse som er hovedproblemet.

Jeg liker å tro at jeg jobber pasientsentrert, og startet ut i åpent modus. Tror jeg, som sagt.

«Hei og velkommen til fastlegen, Rolf Erik. Jeg ser du ikke akkurat løper ned dørene her. Så hva bringer deg hit i dag?»

«Vondt i venstre skuldra siste 3-4 uker, og det blir verre»

«Og hva tenker du selv om dette?»

«Jeg tenker at det er fordi jeg løfter for mye. Jeg tenker det er senebetennelse eller noe slikt»

«Og kan du fortelle litt om hvordan dette påvirker deg i hverdagen?»

«Det påvirker meg ikke så mye i hverdagen, men det gjør det vanskelig å jobbe. Det er for vondt, så nå går det ikke lenger.»

«Kan du fortelle litt om hva du tenker deg at jeg kan gjøre for deg»



Harald Sundby

Utdannet ved Universitetet i Trondheim, ferdig 1990, kommunelege i Skogdal. 1993-98, ass. lege St. Olavs hospital. 1998-2002, fra 2002 spes. i allmennmedisin og fastlege for 1200 pasienter ved Kalvskinnet Legesenter, i sentrum av Trondheim. Universitetslektor 40% ved med. fak. NTNU. Gift, 4 barn.

«Jeg tenker meg at du kan ta og sykemelde meg litt, og så går det over. Jeg hadde vondt i skuldra, husker jeg, for noen år siden, og da ble jeg bra igjen på tre uker tror jeg»

Jeg pleier å messe for studenter om viktigheten av å åpne rom for pasientens bekymringer, men i dag fikk dette holde. Man må av og til gjøre raske tilnærminger. Skulderundersøkelsen bekreftet det Rolf Erik fortalte om en dårlig skulder. Jeg syntes hans forventninger var i tråd med en grei klinisk løsning for meg også. Forslaget om tre ukers time out passet dessuten perfekt med min timebok, der det akkurat nå etter ferien var nesten tre uker til neste ledige time.

«Smertestillende?»

«Nei det bryr jeg meg ikke om. Kan ke gå og gnaske tabletter for alt mulig.»

Tida flyr for travle allmennleger, og snart var Rolf Erik tilbake.

«Bedre i skuldra?»

«Nei, verre»

«Altså i alle fall for tidlig for friskmelding, kanskje?»

«Det er jo du som er legen. Men jeg greier ikke å vaske opp engang for tiden»

«Hva med fysioterapi, kan det være noe?»

«Prøvde det sist. Kosta flekk. Hjelp ikkeno'. Tror vi droppe det.»

Tallenes klare tale

Vel, vel. Tiden og veien så ikke ut til å være nok. På tide å rydde litt plass for grundigere tilnærminger. To nye uker på sykmelding, og i alle fall 23 min. neste gang. Da så klinikken i grove trekk slik ut:

FAMILIE/SOSIALT: Altså skilt, men ny samboer siste tre år. Trivdes med det. To voksne barn, de greidde seg. Et par barnebarn også. Oppvokst i Trondheim, enkle kår, sju søsken. Far var sjømann, mor tok renholdsjobber.

YRKE: Trivdes ikke på skolen. Slutta som 15-åring. Fikk jobb som piccolo, men litt senere som visergutt på «Næringsmiddel AS», en gammel og kjent hjørnesteinsbedrift her i byen. Den ble startet opp i 1877. Rolf Erik begynte der 17 år gammel i 1971. Han hadde vært der siden. Vi regnet på det og kom fram til 36 år. Det meste av tida som produksjonsarbeider, og på lageret.

TIDLIGERE HELSE: Ikke så mye som pekte seg ut. I følge journal og pasient litt krisepreget rundt skilsmissem, noen sovetabletter, men ikke sykmelding. Den forrige vonde skulderen viste seg å være tilbake i 1994.

AKTUELT: Skulderplager med impingement mønster. Ved undersøkelse, klare funksjonsutfall. Litt nattesmerter. Ingen bedring på snart fem ukers avlastning. Mindre interessert i andre behandlingsforsøk, sannsynligvis med rette. 36 år med løfting av kasser. Visstnok 4–5 tonn om dagen. Vi regnet litt på dette også: et yrkesliv med rundt regnet 250 000 tonn med kasser, fra bakkenivå til hodenivå.

«Og hvordan plager denne skulderen din deg i hverdagen nå da?»

«Det blir som sagt verre. Det stråler ut i armen. Broren til samboeren min mener det kan være prolaps, eller hva det var han kalte det. Jeg synes du skal ta og sende meg på røntgen».

Det virket ikke urimelig.

«Det tenker jeg også at vi tar og gjør. Hva tenker du om hvordan dette med skuldra di vil gå. Noen bekymringer?»

«Jeg synes dette går veldig seint og jeg tenker at dette ikke går noe bedre. Jeg har sett en del kompiser gjennom årene med vonde skuldre. En ble operert, men han kom aldri tilbake.»

«Så du bekymrer deg for dette med jobben?»

«Ja, det tror jeg kanskje du kan si. Men hva tror du?»

Jeg hadde jo regnet litt sammen med Rolf Erik, og syntes det var mange tonn. Det virket ikke så helt på jordet med «utslitt skulder» som en foreløpig hypotese.

«Nå får vi kartlegge dette skikkelig grundig, og jeg sender deg på røntgen og MR. Etter det kan vi vurdere dette litt nærmere. Jeg foreslår at du gjør det beste ut av denne sykmeldingstiden din»

Rolf Erik så ikke så mørkt på akkurat det, og syntes det høstes ut som en grei plan.

Vi går i Dialog

Han ringte meg uka etter. En arbeidsleder hadde ringt ham og foreslått aktiv sykmelding eller gradert sykmelding. Hva mente jeg?

«Hva jeg mener om hva?» måtte jeg spørre.

«Hva mener du om at de på jobben legger seg opp i sykmeldinga mi? Jeg har snakket med en tillitsmann her som mener det er litt spesielt.»

Det var jeg enig i. Litt spesielt. Mest vanlig at fastleger bestemmer mest om det der med sykmeldinger. Samme dag hadde jeg forresten mottatt innkalling til Dialog-møte om denne pasienten. Fra arbeidsgiveren; «Næringsmiddel AS». Om to uker. Jeg ringte dem og avklarte. Vi ble enige, vi kunne saktens vente de to ukene for videre samsnakk og koordinerte innsatser. Det var første gang jeg hadde fått en slik innkalling, og jeg merket en litt god følelse av å henge med. Jeg hadde lest i avisen om Stoltenberg-utvalget og deres ønske om endringer i sykmeldings-Norge. Jeg likte egentlig mye i denne filosofien; at sykmeldinger og arbeids-helse i større grad måtte bli et større fellesansvar. Ikke så mye en lege/pasientgreie. I alle fall ikke bare det.

Dialog med høy risiko

For ikke lenge siden gikk vi gjennom en liten analyse ved vårt legekontor. Vi inviterte en tidligere politimann, som jeg kjente litt fra før, til å se på generell risiko ved driften av kontoret. Hans konklusjon når det gjaldt meg var veldig klar. Så lenge jeg syklet rundt i byen, halsende 15 minutter etter skjemaet for neste møte, uten verken sykkelhjelm eller overdreven respekt for trafikklys, framsto all annen risiko som bagatellmessig. Ikke en gang et scenario med ruset asylsøker kunne matche den syklinga, mente han å kunne sannsynlighetsberegne.

Jeg fikk ingen intensjoner om å la sykkelene ligge, til tross for sikkerhetsanalysen. Det har jeg uansett ikke tid til. Så derfor lå jeg trolig i en slags gul risikosone, da jeg tråkket meg gjennom byen for å nå mitt livs første Dialogmøte. Målet var «Næringsmiddel AS». Jeg burde etter timeboka allerede vært der. Det jeg knapt tør å fortelle, var at jeg på veien dit også måtte oppdatere meg på den trykksverteferske MR beskrivelsen av Rolf Eriks v. skulder og nakke. Som en siste ting oppdaget jeg nemlig nesten litt desperat at svaret nyss

var kommet inn i det jeg forlot kontoret den dagen. Og jeg syntes jeg for skams skyld måtte virke oppdatert før jeg gikk i Dialog. Jeg oppdaterte meg i Prinsenkryset. Der er det litt dødtid av og til, for nesten alle bussene i byen passerer der, og de har sine egne trafikklysprivilegier. Og om jeg av og til ser med litt åpent sinn på dette med røde og grønne lys, jeg har opparbeidet respekt for nesten alle yrkessjåfører. Ikke minst de med buss. I dette lyskryset registrerte jeg at MR-radiologen mente det forelå impingement, og dessuten et prolaps i nakken som kanskje klemte litt på nerverøtter.

Det viste seg at møtet vårt var det første dialogmøte i «Næringsmiddel AS» sin historie. Ikke bare i Trondheim, men nasjonalt. Jeg ble hilst velkommen av tre-fire mann. En av dem minst underdirektør, så langt jeg kunne registrere. De gliste alle tre - fire og fortalte meg at det aldri tidligere hadde vært noen fastleger innenfor portene i denne bedriften. Jeg ble rimeligvis litt kry og fjåg jeg også. De spurte om det ville la seg gjøre å ta et bilde av oss alle til bedriftsbladet. Når møtet var over. Jeg mente uten videre at det ville la seg gjøre.

Dialog med inneklemming

Vi gikk i Dialog. Underdirektøren ble ikke med, men sa han ville være med på bildet etterpå. Jeg ble vist gjennom produksjonslokalene og opp til Bedriftshelsetjenestens (BHT) lokaler. Det brakte mye, og jeg så en mengde kasser. Jeg tenkte at dette sikkert var de kassene Rolf Erik hadde snakket om, og hadde løftet på. Jeg merket at det var greitt å se de kassene. Ikke det at kasser på 20 kg i store stabler er så håpløst komplekst å fortelle om, men selv med kasser er det nok slik at det å se dem er noe annet enn det å høre om dem. Ikke minst for en kanskje litt skoleguttaktig fastlege. Jeg merket at respekten for Rolf Eriks løftejobb i 36 år økte ganske mye på bare 45 sekunder.

Jeg tror det var grei dynamikk å ta med seg inn i dialogen. For da ble det hele i alle fall mer komplekst. Vi var til sammen seks personer som var samlet til dialog om Rolf Eriks vonde venstre skulder. Arbeidslederen hans var med, hun var ca. 35 år og kanskje på en måte i sin beste alder. Dessuten en sykepleier fra BHT. Kanskje også hun i sin beste alder, dog sikkert 20 år eldre. De to var Dialogens uten sammenlikning mest velkledd. En representant fra NAV Trygd, som jeg kjente fra før som en grundig og flink saksbehandler med sans for gode løsninger. Dessuten Rolf Erik selv, litt spak i dag. Ved hans side en som presenterte seg som tillitsmann. Det gikk ikke lenge før jeg fikk mer inntrykk av at han fungerte som en slags *mistillitsmann*.

Og til slutt altså fastlegen. Han var nok den som i størst grad følte seg på bortebane. Sann i starten, i alle fall. Det var lett



Mai 2008: seks i dialog ved to av dem. Rolf Erik til venstre, omsider med inkluderende T-skjorte. Fastlegen til høyre, for anledningen med firmasykkel og i daglig leders nattskjorte. FOTO: TORILD AURAN

å merke at det denne dialogen handlet om, var mer enn det jeg kunne levere på. For det jeg kunne levere var strengt tatt en ganske tydelig medisinsk vurdering. Jeg tok det litt grovt og skjønnsmessig, og mente at min pasient var ferdig mann som lempet / løftet av kasser. I alle fall over brystkasse høyden. Jeg mente at denne karen måtte få annet å gjøre. Om mulig. Hvis han fikk det, mente jeg han gjerne kunne friskmeldes ganske raskt. Så enkelt var det strengt tatt.

Så enkelt var det likevel ikke. Det jeg merket tror jeg helt kort kan sammenfattes med bedriftskultur. Det ble en del

runder på mange forhold, og jeg gjorde meg tanker om at 150 års gnissninger mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kunne ligge i bunnen av alt dette. Det kunne virke som om begge sider gjerne ville ha noen medisinske trumfkort fra meg. BHT og arbeidsleder virket skeptisk til tilbakeføring, og mente det forelå mulig varig arbeidsuførhet. Mistillitsmannen var også, logisk nok, skeptisk, muligens til hele tanken om inkluderende arbeidsliv her ved «Næringsmiddel AS», og i alle fall til om det i det hele tatt lot seg gjennomføre noen som helst tilpassninger som ville skåne Rolf Erik for løftene. Rolf Erik selv virket ganske taus. Jeg gjorde meg tanker om at det ikke bare var hans skulderseener som lå litt trangt her. Strengt tatt kunne jeg merke en viss innklemming selv.

Billeddiagnostikk

Vi var i Dialog, og det virket som Rolf Erik nesten ikke lenger visste helt hva han ville. Dialogen gikk ham nesten litt over hodet, kunne det se ut som. Vi avtalte visse tilbakeføringsplaner og avtalte et nytt møte om tre måneder. Og slik disse forhandlingene utviklet seg, fikk jeg også med to T-skjorter på kjøpet. Det var et eksemplar hver av de to stablene med «Næringsmiddel AS» BHT T-skjortene som lå der på en hylle. Jeg fikk XL utgaven av både «Tydelig. Engasjert. Romsig. «og en «Æ e me æ å!». Med møteavtaler og T-skjorte utdeling vel avklart gjensto bare fotograferingen. Jeg ble stoppet av underdirektøren der ute ved inngangsporten, og vi ble arrangert i en gruppe for avbildning. Som sagt; til bedriftsbladet. De to velkledde damene ble med, underdirektøren ble med, og jeg fikk en impuls og trakk på meg den ene T-skjorta: «Æ e me æ å!». Det ble ganske løssluppent. Da registrerte jeg mistillitsmannen og Rolf Erik, som stod der med en viss avstand til begivenhetene. Jeg hadde tenkt meg at de kanskje også kunne være med, og lurte litt på om dette dreidde seg om furtereksjoner. Men jeg forsto på underdirektøren at de ikke var spurt. Slik var det, slik ble det, og jeg tenkte litt på dette med inkluderende arbeidsliv. Hovedtanken var vel strengt tatt ikke at fastlegen skulle inkluderes. Med ny T-skjorte var det vanskelig å ikke tenke tanken om keiserens nye klær. Uansett, bildet talte sitt ganske tydelige språk.

På veien hjem tok jeg det litt mer med ro, og i det samme Prinsenkrysset så jeg over røntgenbeskrivelsen en gang til. Prolapset satt på høyre side og klemte på høyresidige nerver, viste deg seg. Rolf Erik hadde ingen høyresidige plager overhodet. Litt pinlig, for jeg hadde nettopp presentert nokså bombastiske fortolkninger i Dialogen. Impingement og prolaps hadde vært min oppsummering der. Den utvidede og refortolkede billeddiagnostikken pekte mer mot impingement og litt kald skulder. Begge deler trolig

med like signifikant betydning for pasientens fungering som kasselempen på 36. året.

Dialogens frukter

Det tok sin tid med denne prosessen. Men per i dag kan jeg fortelle om gode resultater! Bjørn Erik har fått allehånde oppgaver på lageret, men slipper løfting. Han overkom egen skepsis og tok opp truckkjøring uten store problemer. En uke før sykmeldingsåret gikk ut ba han om full friskmelding. Han har blitt klart lettere i ganglaget. Det ikke så komplisert å forstå. Hele livet hans er litt lettere nå, tror jeg. Så jeg merker at jeg har blitt en slags dialogmann. Våre møter og vårt samarbeid bar frukter helt etter intensjonen. Hvor ellers i verden ville en utslitt fabrikkarbeider møte et slikt apparat? Tenker jeg. Men det hender også at jeg tenker at Bjørn Eriks omplassering strengt tatt kunne vært gjort på tre uker og ikke 11 måneder. Hvis inkluderingen satt litt mer i veggene som en kultur i denne bedriften. Og ikke bare var fraser på en T-skjorte.

Og så kan man spørre: Hva var den medisinske delen av problemet her? Underforstått: Kanskje var ikke «det medisinske» den mest kompliserte delen av problemet. Men et slikt spørsmål er egentlig irrelevant. Spørsmålet er nemlig: Hva var den **allmennmedisinske** delen av problemet? På et slikt spørsmål gir svaret seg selv. Hele pakka. Alt dette og intet mindre er allmennmedisin. Akkurat det kan jeg av og til få litt bakoversveis av. Særlig når jeg ligger 19 minutter etter skjema, på vei til neste Dialogmøte. Men oftest synes jeg det er *lent*. Som de kaller det her i Trøndelag når det er noe de liker. Dessuten har jeg funnet fram sykkelhjelmene min og bruker den regelmessig nå.

T-skjorta med «Æ e me æ å!» gav vi forresten til vår nyan-satte sekretær på forrige julebord. Skjorta med «Tydelig. Engasjert. Romsig.» gav vi til Nils L., vår daglige leder. Han kan bære den med atskillig legitimitet, men er mot all slags spon-sing og bruker den så og si aldri på jobben. Men kona hans har fortalt meg at han bruker den desto oftere hjemme. Som nattskjorte.

Så da passer det med følgende glade konklusjon: Her er det framskritt og velferd å spore over hele (arbeids-)linja.

Interessekonflikter: Forfatteren har uformell T-skjorte sponsor- og dialogavtale med «Næringsmiddel AS, Trondheim».

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: har-su2@online.no

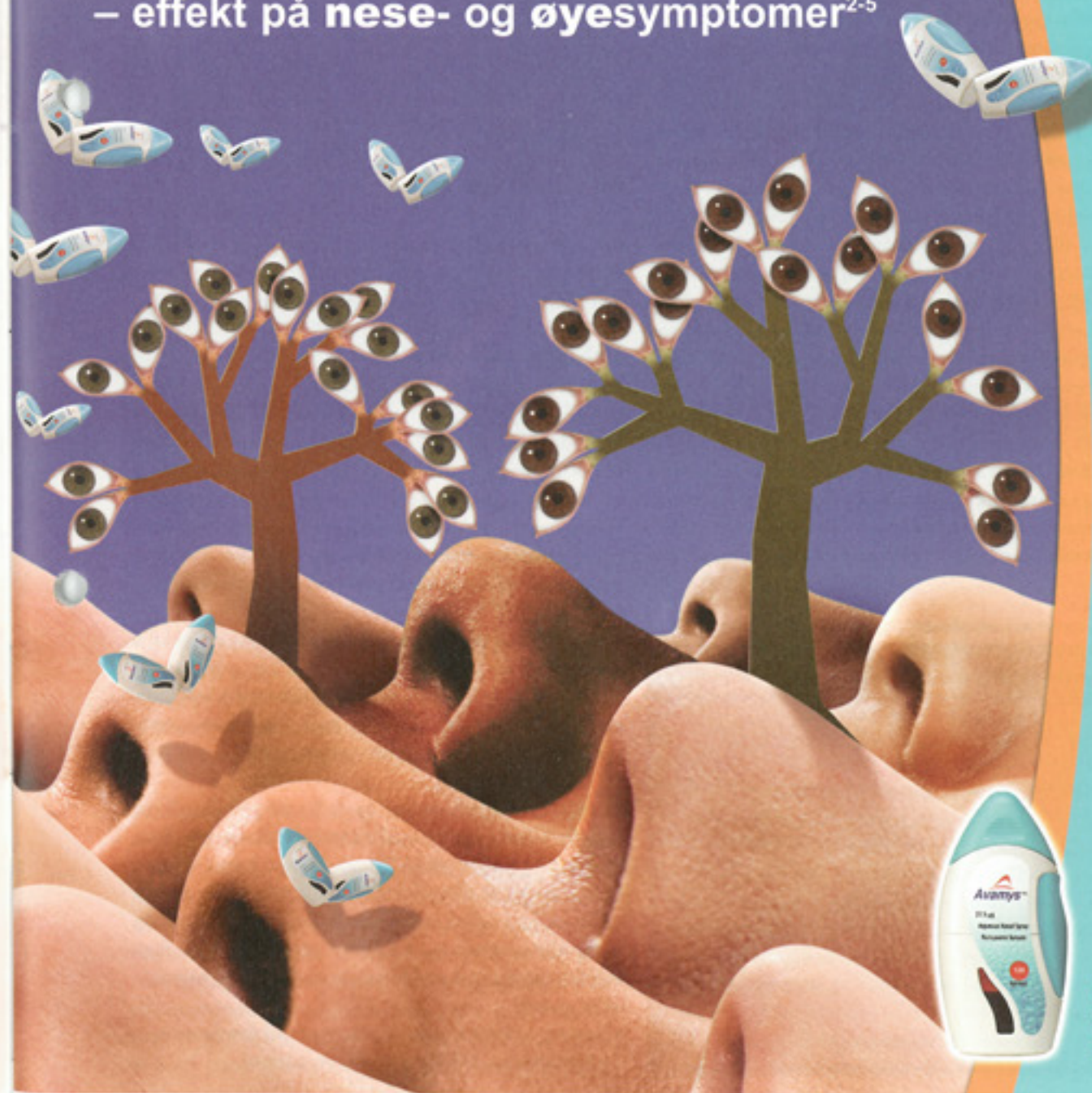
Nytt nasalt steroid til behandling av allergisk rhinitt¹

Avamys
– effekt på nese- og øyesymptomer²⁻⁵

Nyhet

Avamys[®]
flutikasonfuroat

Effekt på nese- og
øyesymptomer



Ny og
brukervennlig
nesespray⁶⁻⁸

Flere nye europeiske retningslinjer i klinisk praksis – men hva kan bru

En kommentar til Tonje Amb Aksnes og Sverre E. Kjeldsen,

AV BJØRN GJELSVIK

Artikkelen om de europeiske European Society of Hypertension – European Society of Cardiology (ESH-ESC) – retningslinjene for hypertensjon (1) i Utposten nr 2/2008 (2) fortjener en kommentar og en klargjøring. Det er viktig for Utpostens lesere å kjenne til at det også finnes europeiske, multi-disiplinære retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdom fra 2007 (3) som har en annen tilnærming til hjerte-kar-risiko og andre intervensjonsgrenser enn ESH-retningslinjene. Disse utgår fra et mangeårig samarbeid mellom flere europeiske organisasjoner som representerer både primærhelsetjeneste og organspesialister (se ramme 1). Sverre E. Kjeldsen kjenner godt til disse retningslinjene, også fordi han sammen med undertegnede deltar i et tilsvarende norsk arbeid forankret i Sosial- og helsedirektoratet. Det er ganske spesielt av Kjeldsen å gå ut med en presentasjon av de europeiske ESH-retningslinjene for hypertensjon på et tidspunkt der det norske arbeidet er i sin avslutning, og der ett av de aller viktigste temaene dreier seg om kriterier for når legen skal anbefale medikamentell intervensjon ved økt risiko for hjerte-karsykdom. Kjeldsen vet selvfølgelig godt at de intervensjonsgrensene som ESH-

RAMME 1.

Organisasjoner som samarbeider i Joint Task Force IV (2007)

Akronym	Organisasjon
ESC	European Society of Cardiology
EACPR	European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation
ESH	European Society of Hypertension
ISBM	International Society of Behavioral Medicine
WONCA-Europe	European Society of General Practice/ Family Medicine
EHN	European Heart Network
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EAS	European Atherosclerosis Society
IDF-Europe	International Diabetes Federation Europe
EUSI	European Stroke Initiative



Bjørn Gjelsvik

Fastlege Tanum Legekontor, Bærum.
Universitetslektor, Universitetet i Oslo.
Tidligere leder av NSAM.
Medlem av NFA's referansegruppe i forebyggende kardiologi.
Medlem av Joint Task Force IV 2006-2007 (redaksjonsgruppe for felles europeiske retningslinjer for forebygging av hjerte-kar sykdom).

retningslinjene anbefaler ikke blir akseptert i de forestående norske retningslinjene, og heller ikke er anbefalt i de felles europeiske retningslinjene som jeg skal omtale nedenfor.

Debatten om blodtrykket

Det har i mange år vært debatt om retningslinjer for hypertensjon og forebygging av hjerte-karsykdom. Debatten har særlig dreid seg om intervensjonsgrenser, behandlingsmål og medikamentvalg. Underliggende har debatten også dreid seg om hvordan vi oppfatter risiko, hvordan vi formidler risiko, etiske spørsmål, politiske og samfunnsøkonomiske aspekter. Grovt sett har frontene gått mellom representanter for hypertensjonsmiljøet og representanter fra allmennmedisinen.

Uenigheten har først og fremst bakgrunn i ulike perspektiv. Representanter for allmennmedisinen har argumentert med at retningslinjer må være anvendbare i klinisk allmennmedisin og være forenlig med allment aksepterte etiske og samfunnsøkonomiske prioriteringer.

De felles europeiske retningslinjene fra 2003 (4) avstedkom atskillig debatt i europeisk allmennmedisin, som bl.a. kom til uttrykk på rådsmøtet i Wonca Europe i 2004. Wonca Europe favner 36 allmennmedisinske foreninger og selskap i Europa, og er et representativt forum for akademisk og faglig allmennmedisin. 2003-retningslinjene hadde flere anbefalinger som var problematiske sett fra et allmennmedisinsk ståsted:

- generell anbefalt intervensjonsgrense ved fem prosent total risiko for død iflg. SCORE-algoritmen

for å forebygge hjerte-karsykdom kes i allmennpraksis?

Utposten nr 2/2008.

	ESC-ISH Hypertension Guidelines 2007	European Joint CVD Prevention Guidelines 2007
Primær fokus	Hypertensjon	Total risiko
Intervensjonsgrense	BT > 140/90	Total risiko > 5 %, (for medikamentell intervensjon > 10% ved alder over 60 år.)
Deltakere	Hypertensjonsspesialister og kardiologer	10 partnere (se ramme 1)
Behandlingsmål	BT < 140/90	Redusere total risiko, hvis mulig til definerte karakteristika knyttet til livsstil og biologiske parametre
Behandlingsmål ved særlig høy risiko (diabetes, nysesykdom, osv)	BT < 130/80	BT < 130/80 hvis hensiktsmessig (if feasible) ut fra kostnader og bivirkninger
Deltakelse fra allmennmedisin	Nei	Ja
Appliserbar i allmennpraksis	Vanskelig pga lave intervensjonsgrenser og en-faktor mål.	Ja. Det anbefales nasjonal kalibrering av risikotabell, intervensjonsgrenser og behandlingsmål.

TABELL 1.

Forskjeller mellom ESH-ESC 2007 Hypertension Guidelines og JTF IV 2007 European Guidelines for CVD Prevention in Clinical Practice.

- framskriving av risiko til 60 års alder hos de yngre (vurdering av risiko som om personen var 60 år)
- i tillegg til dette behandlingsalgoritmer som anbefalte medikamentell intervensjon ved BT > 140/90 og kolesterol > 5 mmol/l uansett total risiko

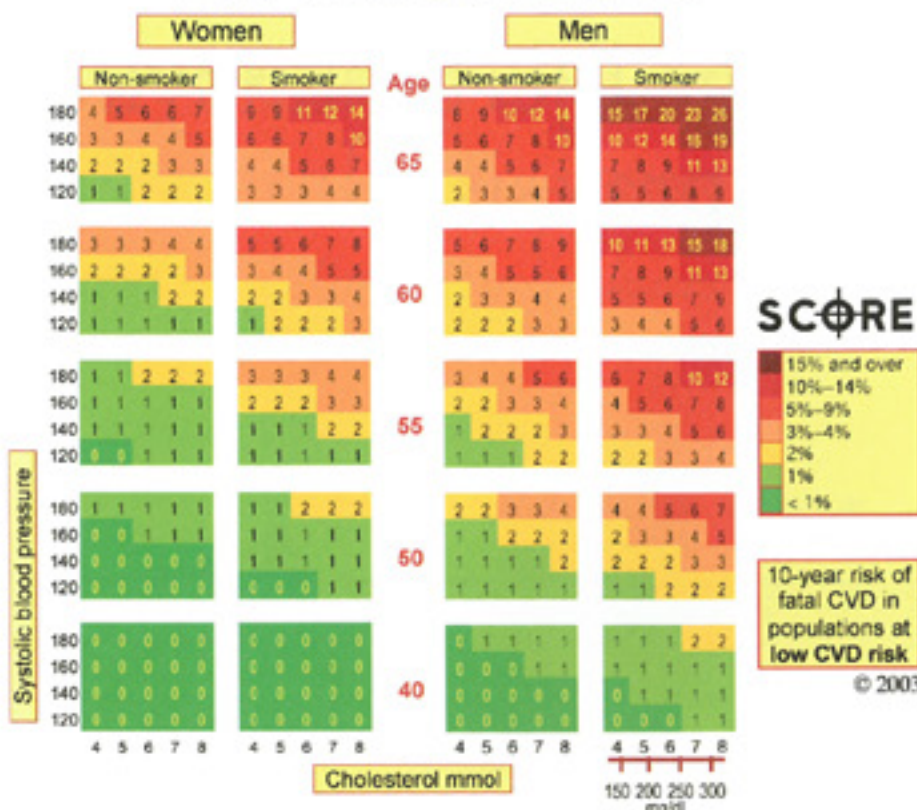
Retningslinjene ville føre til at en stor andel av befolkningen ble definert som risikanter og kunne bli gjenstand for medikamentell intervensjon (5). På bakgrunn av denne debatten vedtok Wonca Europe å trekke tilbake sin tilslutning til 2003-retningslinjene. De andre europeiske organisasjonene som hadde deltatt i utarbeidelsen av 2003-retningslinjene tok da kontakt med Wonca og ba om at foreringen revurderte beslutningen om å gå ut av samarbeidet. Etter en intern diskusjon ble det formulert noen spesifikke krav til samarbeidet, bl.a. en sterkere representasjon fra

allmennmedisin og at intervensjonsgrensene ble endret for å bli mer i samsvar med allmennmedisinske prioriteringer. Vedtak om dette ble fattet på Wonca Europe Council meeting i 2006. Sammen med to nederlandske kolleger var undertegnede representant for europeisk allmennmedisin i utarbeidelse av de nye felles europeiske retningslinjene.

Joint Task Force IV 2007

De nye felles europeiske retningslinjene ble publisert i september 2007, og var da allerede godkjent av Wonca Europe Council meeting i Singapore i juli. Vi mener Joint Task Force IV-retningslinjene fra 2007 i store trekk er anvendbare i europeisk allmennmedisin. De inneholder to sett risikotabeller, ett for lavrisiko-land og ett for høyrisiko-land. Tabellene kan stort sett brukes slik de er, men det er anbefalt at det på nasjonalt nivå settes sammen multi-disiplinære

Low Risk Cholesterol



Bruk av tabellen:

Finn cellen som er nærmest pasientens alder, blodtrykksnivå, kolesterol-status og røykestatus.

Tilleggsfaktorer som bør vurderes ved bruk av tabellen (qualifiers):

- risiko vil bli overestimert i områder med fallende forekomst, og underestimert i områder med økende forekomst av hjerte-karsykdom.
- I alle aldersgrupper er kvinners risiko lavere enn menns. Dette er noe misvisende, ettersom flere kvinner enn menn til slutt dør av hjerte-kar sykdom. Kvinners risiko er forskjøvet ca 10 år ut i tid i forhold til menn.
- Risikoen kan være høyere enn angitt:
 - Ved fysisk inaktivitet og/eller overvekt, spesielt abdominal fedme
 - Ved økt forekomst av hjerte-kar sykdom i familien
 - Hos personer som lever sosialt isolert
 - Hos personer med diabetes
 - Hos personer med lav HDL og/eller forhøyet triglyceridnivå
 - Hos asymptotiske personer med tegn til subklinisk aterosklerose, for eksempel redusert ankel-brakial indeks eller funn av plaque ved dopplerundersøkelse av halskar

Yngre personer kan ha betydelig forhøyet relativ risiko selv om den absolutte risikoen er lav, spesielt der det foreligger økt familiar risiko og/eller metabolsk syndrom. Dette kan gjøre det nødvendig med mer intens ikke-farmakologisk behandling for å forhindre økt absolutt risiko i fremtiden.

FIGUR 1. Score low risk tabell. Absolutt 10 års risiko for død av hjerte-karsykdom.

komiteer med representanter fra primær- og sekundærhelsetjeneste, brukere og fra politisk nivå for å tilrettelegge retningslinjene for nasjonale forhold, herunder vurdere intervensjonsgrenser og behandlingsmål. Hensyn til lokale forhold og nasjonale prioriteringer er nødvendig for å oppnå konsensus og oppslutning om et slikt forebyggende program. Lavrisiko-tabellen, som kommer nærmest risikonivået i en norsk populasjon nå, er gjengitt i FIGUR 1.

Viktige forbedringer sett fra allmennmedisinsk synsvinkel i 2007-retningslinjene er:

- Sterkere understrekning av at beregning av total risiko er utgangspunktet for all intervensjon.

- Intervensjonsgrensen på fem prosent absolutt risiko er beholdt, men ved alder over 60 år anbefales medikamentell intervensjon først ved ti prosent risiko eller mer.
- Anbefalingen om framskrivning av risiko til 60 års alder er fjernet.
- Det er lagt større vekt på ikke-farmakologisk intervensjon.
- Det er større vektlegging av pasientpreferanser og pasient-sentrert behandling.

Når det gjelder beregning av risiko og intervensjonsgrenser, er det viktig å være oppmerksom på at det finnes verktøy som bare predikerer risiko for kardiovaskulær død, slik som SCORE, mens for eksempel Framingham-algoritmen

beregner risiko for hjerteinfarkt/koronarsykdom. Tyve prosent risiko i Framingham tilsvarer grovt sett fem til ti prosent risiko i SCORE, noe avhengig av alder, der de yngres dødsrisiko er nærmere en fjerdedel av sykdomsrisikoen. Ingen av risikoberegningsalgoritmene er ideelle. Det er ofte nødvendig å bruke tilleggsinformasjon som ikke inngår i formelen. For SCORE er disse gjengitt i FIGUR 1.

Det er forvirrende for leseren at det finnes flere internasjonale retningslinjer om nært beslektede tema. Ikke minst når noen av de samme organisasjonene deltar i utgivelsen av dem, og en nærmere gjennomgang viser at de på vesentlige punkter står i strid med hverandre. I tabell 1 redegjøres for noen viktige kjennetegn ved de felles europeiske retningslinjene, og hvordan de skiller seg fra ESH-retningslinjene som Aksnes og Kjeldsen refererer til.

Definisjon av risiko og intervensjonsgrenser

Den viktigste forskjellen er knyttet til definisjonen av risiko og derav følgende intervensjonsgrenser. Hypertensjonsmiljøet definerer blodtrykket som utgangspunktet, selv om det også skjeles til total risiko. Det benyttes en spesiell risikofaktor som ikke tar hensyn til alder, og som tar utgangspunkt i den blodtrykkdefinisjonen ESH har skrevet på steintavler. Den viktigste innvendingen er at ESH anbefaler at grad 1 hypertensjon (BT 140–159/90–99) uten andre risikofaktorer skal behandles medikamentelt etter noen måneders observasjon og ikke-farmakologisk behandling. Anbefalingen vil føre til at mange personer med lav risiko (for mange yngre personer vil den være godt under en prosent) vil bli tilbudt medikamentell behandling. Det vil koste penger for samfunnet, føre til bivirkninger for pasientene og oppta mange arbeidstimer i helsesektoren. De eneste som blir «frikjent» i henhold til ESH-retningslinjene er personer som har blodtrykk < 140/90 og ingen andre risikofaktorer. Anvendt på norsk befolkning vil retningslinjene føre til at ca. 42 prosent av menn ved alder 50 år skal ha medikamentell blodtrycksbehandling (5).

I motsetning til ESH, har de felles europeiske 2007-retningslinjene tatt inn over seg mye av kritikken som ble reist mot 2003-utgaven. Retningslinjene benytter det europeiske SCORE-verktøyet, som beregner alders-spesifikk absolutt risiko for død av hjerte-karsykdom ut fra kjente variabler som røyking, BT og kolesterolnivå. Blodtrykket inngår der som en risikofaktor på linje med de øvrige. SCORE er basert på europeiske dødelighetsdata, og norske data utgjør en betydelig andel. En innvending mot SCORE-verktøyet er at det baserer seg på risiko for død, og i liten grad fanger opp risiko

for hjerte-karsykdom hos personer under 50 år. Retningslinjene inneholder derfor en tabell for relativ risikoøkning ved ulike verdier for kolesterol og blodtrykk, og framhever flere tilleggsfaktorer legen må ta hensyn til i beregning av risiko (se FIGUR 1). Disse hjelpemidlene vil gjøre det lettere for legen å finne fram til yngre personer som har en økt risiko og som har nytte av intervensjon. I de tilfellene der total risiko ikke er forhøyet (< 5 %), men det foreligger forhøyet blodtrykk eller forhøyet kolesterolnivå (isolert forhøyet enkeltfaktor) bør medikamentell behandling vurderes hvis blodtrykket er vedvarende forhøyet over 160/100 (grad 2 hypertensjon) eller total kolesterol er over 8 mmol/l.

ESH-retningslinjene er ikke appliserbare i allmennpraksis. Først og fremst fordi de anbefaler intervensjonsgrenser som ikke er forenlig med god allmennpraksis, men etter min bedømming også pga ensidig fokus på én risikofaktor både når det gjelder intervensjon og behandlingsmål. De er preget av at det ikke har vært deltakelse fra allmennmedisin i utarbeidelsen av retningslinjene, og har av den grunn blitt mer og mer overflødige. Jeg vil tilrå kolleger å benytte de felles europeiske retningslinjene (lavrisiko-tabellen) og ellers vente på de norske retningslinjene som forhåpentlig snart kan bli publisert.

Litteratur

1. Mancia G, De BG, Dominiczak A, et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1751–62.
2. Aksnes TA, Kjeldsen SE. Nye europeiske retningslinjer for behandling av hypertensjon. *Utposten* 2008; 12–3.
3. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 Suppl 2: S1–113.
4. De Backer, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: S1–S10.
5. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I, et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ* 2005; 331: 551.

Interessekonflikter

Medforfatter og har mottatt honorar fra Leo for utarbeidelse av hefte om blodtrycksbehandling (tiázider).

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bjorn.gjelsvik@medisin.uio.no

Statens legemiddelverk publiserte nylig terapianbefalingen *Legemiddelbehandling ved impetigo (brennkopper)*. Ekspertgruppen som står bak anbefalingen består av:

- Prof. M. Lindbæk, Inst. for allmenn og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo
- Avdelingsoverlege E. Lingaas, Avd. for sykehushygiene, Rikshospitalet
- Prof. K. Melby, Mikrobiologisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus
- Prof. T. Midtvedt, Karolinska Institutet, Stockholm
- Kommunelege S. Rørtveit, Bekkjærviik legekantor
- Prof. C. Solberg, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus
- Avdelingsoverlege Y. Tveten, Medisinsk mikrobiologisk laboratorium, Teelab
- Overlege B. Viggen, Avdeling for infeksjonssykdommer, St. Olavs Hospital
- Spesialistlege B. Gerden, Läkemedelsverket i Sverige

Behandling ved impetigo

– *Avstå fra lokal fusidinbehandling*

– *Ikke gode grunner for bruk av nytt medikament for lokalbehandling*

AV SVERRE RØRTVEIT

I 2007 ble legemidlet retapamulin (Altargo) godkjent til lokalbehandling av blant annet impetigo (1). På denne bakgrunn tok Statens legemiddelverk initiativ til en revisjon av gjeldende retningslinjer for legemiddelbehandling. Revisjonen er nylig publisert som terapianbefalingen *Legemiddelbehandling ved impetigo (brennkopper)* (2). Denne artikkelen gjengir hovedpunktene i terapianbefalingen. Hovedbudskapet er at impetigo er en tilstand som er enkel å behandle, og at norsk behandlingstradisjon med bruk av få midler er viktig å opprettholde.

Kliniske former for impetigo

Vanlig impetigo

Tilstanden skyldes gruppe A-streptokokker og/eller gule stafylokokker (*S. aureus*). Klinisk finnes honninggule skorper på lett erytematøs hud etter forutgående vesikkeldannelse.

Bulløs impetigo (*impetigo bullosa*)

Tilstanden skyldes alltid gule stafylokokker som danner karakteristiske «slappe» blemmer på erytematøs hud. Når blemmene brister, oppstår fuktige, erytematøse sårflater som dekkes av tynne, lysebrune skorper.

Epidemiologi

I perioden 2002–2004 var det betydelig økt forekomst av impetigo i Norge (3–6). Senere har forekomsten avtatt. Generelt er det tydelig sesongvariasjon av impetigo med høyest forekomst i august og september. Sykdommen antas hovedsaklig å smitte ved person-til-person-kontakt og rammer først og fremst barn under 12 år. Det er grunn til å tro at bare en mindre andel av tilfellene skyldes gruppe A-streptokokker. Denne andelen er høyere i vintermånedene enn i sommermånedene.



Sverre Rørtveit

er kommunelege og fastlege i Austevoll. Han har forskningserfaring fra akuttmedisin i distrikt, og for tiden deltar han bl.a. i arbeidet med å revidere retningslinjer for antibiotika-behandling i allmennpraksis – som utgis senere i 2008.

Resistens

RESISTENS MOT MIDLER TIL LOKAL BEHANDLING

I 2002 var forekomsten av fusidinresistens hos gule stafylokokker isolert fra hudprøver 30–40 prosent, mens for isolater fra pasienter med bulløs impetigo var den minst dobbelt så høy, det vil si 60–80 prosent (3, 5). Fusidinresistens hos gule stafylokokker isolert fra hudprøver var i 2007 ca 15 prosent, mens i isolater fra impetigo-pasienter er fusidinresistensen på samme nivå som tidligere (8). Lokalbehandling med fusidin er hevdet å være effektiv fordi resistensgraden er lavgradig og fordi det oppnås høye konsentrasjoner lokalt. Imidlertid kan det ikke utelukkes at en slik bruk av fusidin kan føre til seleksjon av resistente stammer i tillegg til at resistensgraden økes ved induksjon.

Resistens overfor andre lokalt virkende midler som bacitracin, klorheksidin og retapamulin er lite undersøkt i Norge i de senere årene. Med hensyn til retapamulin (Altargo), har ansvarlig firma forpliktet seg til å overvåke resistensutviklingen etter markedsføring. Det er imidlertid rapportert plasmidoverført resistens for pleuromutelingruppen som retapamulin tilhører (9).

RESISTENSMEKANISMER FOR FUSIDIN

Det er i prinsippet beskrevet to ulike mekanismer for fusidinresistens, mutasjoner (*fusA*) og beskyttelse av målområdet (*fusB* og *fusC*) (7). Mutasjoner skjer vanligvis i tre domener i elongeringsfaktor G (EF-G), mens *fusB/C*-genene produserer små, cytoplasmatiske proteiner som beskytter målområdet. Begge mekanismer hindrer binding av fusidin til EF-G.

RESISTENS MOT MIDLER TIL SYSTEMISK BEHANDLING

I underkant av 80 prosent av gule stafylokokker isolert fra sår er penicillinaseproduserende (resistente mot benzylpenicillin), ca fem prosent er resistente mot erytromycin (8, 10), og ca tre prosent mot klindamycin (10). Alle gule stafylokokker er i praksis følsomme for penicillinastabile penicilliner. Forekomsten av meticillinresistente *S. aureus* (MRSA) er i Norge svært lav, mindre enn 1 prosent (10).

Streptokokkene er alltid penicillinfølsomme. Selv om resistensutvikling hos streptokokker overfor erytromycin er påvist, er forekomsten i Norge lav (10, 11). Ettersom erytromycinresistens hos streptokokker er et betydelig problem i Finland (12), bør norske leger være oppmerksomme på denne problemstillingen ved forskrivning av antibiotika. I Norge har forekomsten av erytromycinresistens hos pneumokokker økt betydelig i perioden 2001–2006 (10).

Diagnose og behandling

Diagnosen impetigo stilles på grunnlag av det kliniske sykdomsbildet. Mikrobiologiske prøver bør tas for å kartlegge lokal forekomst av *S. aureus*, følge resistensutviklingen og muliggjøre genotypisk kartlegging. Ved manglende klinisk behandlingsrespons, residiv eller utbrudd i familier og barnehager er det særlig viktig å ha bakteriologisk diagnose. Impetigo ansees som en ukomplisert sykdom med et selvbegrensende forløp hos ellers friske pasienter. Formålet med behandlingen er å lindre symptomene, slå infeksjonen raskt tilbake, hindre smittespredning og forebygge komplikasjoner som for eksempel utvikling av furunkler og karbunkler ved stafylokokkinfeksjon. Det er sjelden alvorlige infeksjonskomplikasjoner ved impetigo hos ellers friske individer.

LOKALBEHANDLING

Vask affisert hud med vanlig såpe og vann – og skyll såpen godt av! Løstsittende skorper kan fjernes forsiktig ved vasking, mens mer fastsittende skorper ikke skal røres. Dekk til hudlesjonene med tørre kompresser. Denne behandlingen utføres 2–3 ganger i døgnet og kan suppleres med antiseptisk salve/krem. Dette er tilstrekkelig ved mindre utbredt impetigo (få lesjoner i én region).



AKTUELLE MIDLER I NORGE

- *dibrompropamidin* (*Brulidine krem*)
- *kombinasjon av klorheksidin og bacitracin* (*Bacimycin salve*)

På grunn av fortsatt høy forekomst av fusidinsyreresistens hos gule stafylokokker fra impetigolesjoner, bør Fucidin salve/krem fremdeles ikke anvendes (8, 10). For øvrig er fusidin et verdifullt middel ved behandling av systemiske stafylokokkinfeksjoner. Det tilsier at begrenset bruk ved enklere infeksjoner er viktig.

- *nytt medikament for lokalbehandling:*
retapamulin (*Altargo salve*)

Retapamulin er godkjent til lokalbehandling av impetigo og mindre, overfladiske sårinfeksjoner (1). Erfaringen med retapamulin er beskjeden, og mangler i Skandinavia. Legemidlet tilhører klassen pleuromutiliner. Det er det første registrerte derivatet til human bruk, men andre derivater har vært brukt innen veterinærmedisin (bl.a. mot svinedysenteri) i flere tiår. Retapamulin hemmer proteinsyntesen. In vitro er midlet mest aktivt mot Gram-positive bakterier som *S. aureus* og gruppe A-streptokokker. Det er ingen holdepunkter for at retapamulin har bedre effekt enn de anbefalte midlene. Mupirocin (*Bactroban krem/salve/nese-salve*) skal i Norge reserveres for sanering av MRSA.

Det er spesifisert at retapamulin ikke skal brukes ved MRSA-infeksjon. I tillegg bør den totale overflaten som behandles, ikke overstige to prosent av kroppsoverflaten fordi midlet kan absorberes. Det er usikkerhet knyttet til hvor mye retapamulin som tas opp systemisk og betydningen

av dette; særlig hos små barn. Små barn har relativt større kroppsoverflate i forhold til vekt enn voksne. Generelt sett er det større mulighet for systemeffekter etter lokal applikasjon hos pasienter med defekter i hudbarrieren enn hos dem med intakt hud. Midlet kan også påvirke metabolisme av andre medikamenter ved å hemme leverenzymene (CYP3A4).

SYSTEMISK BEHANDLING

Ved utbredt impetigo (lesjoner i flere regioner) anbefales systemisk bruk av antibiotika i tillegg til lokalbehandling. Vanlig behandlingstid er 7 (10) døgn. Da impetigo for tiden i de aller fleste tilfeller skyldes *S. aureus*, er penicillinaseresistent penicillin førstevalg. Dette kan også brukes ved blandingsinfeksjoner med stafylokokker og streptokokker. Hvis derimot gruppe A-streptokokker påvises alene ved dyrkning fra lesjon, anbefales fenoksymetylpenicillin.

PENICILLINASERESISTENTE PENICILLINER

- **dikloksacillin** (Dicloclil kapsler): Voksne og barn (> 40 kg): 500 mg 3 (4) ganger daglig. Barn (20–40 kg): 250 mg 3 (4) ganger daglig. Fordi miksturformuleringen er trukket fra markedet, er dosering til barn under 20 kg vanskelig.
- **kloksacillin** (Ekvacillin tbl): Voksne: 500 mg 4 ganger daglig. Barn: 12,5 mg/kg kroppsvikt 4 ganger daglig.

SYSTEMISK BEHANDLING VED PENICILLINALLERGI

Mellom en og ti prosent av pasientene angir at de er penicillinallergikere, men den reelle forekomsten er sannsynligvis under en prosent. Det er således en betydelig overdiagnostisering av penicillinallergi (13). Merk at utslett som ikke klør, sjelden er uttrykk for penicillinallergi.

Ved penicillinallergi foreslås følgende alternativer ved behandling av impetigo:

- **ERYTHROMYCIN**: Merk at erytromycinetylsuksinat (Abbotin tbl/mikstur, Ery-Max granulat/mikstur) har lavere biotilgjengelighet og forutsetter derfor høyere dosering enn erytromycin base (Ery-Max kapsler).
ERYTHROMYCIN ETYLSUKSINAT (Abbotin tbl/mikstur, Ery-Max granulat/mikstur):
Voksne og barn > 35 kg: 500 mg x 4
Barn < 35 kg: 10 mg/kg x 4 (mikstur)
Barn < 7 kg: individuelt tilpasset dosering
ERYTHROMYCIN BASE (Ery-Max kapsler):
Voksne og barn > 35 kg: 250 mg x 4
Barn 25–30 kg: 250 mg x 1. Barn < 25 kg: se mikstur
Erytromycin anbefales ikke brukt til gravide i første trimester.
- **KLINDAMYCIN** (Dalacin kapsler/mikstur): Voksne: 150 mg x 4 daglig. Barn (1–12 år): 3 mg/kg kroppsvikt x 4 daglig. Barn (1 måned til 1 år): 3 mg/kg kroppsvikt x 3 daglig. Behandlingstiden er avhengig av klinisk respons, vanligvis 7 (10) døgn.

Forebyggende tiltak

God håndhygiene er det viktigste forebyggende tiltaket. Individer i en familie eller sosial gruppe bør ha separate håndklær og kluter. Nøye tildekking av lesjoner reduserer smitterisiko og bør gjennomføres.

Referanser

1. European public assessment report for Altargo (retapamulin). EMEA 2007
2. Legemiddelbehandling ved impetigo (brennkopper) – terapi-anbefaling. Statens legemiddelverk, 2008 (www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_69772.aspx)
3. Tveten Y, Jenkins A, Kristiansen B-E. A fusidic acid resistant clone of *Staphylococcus aureus* associated with impetigo bullosa is spreading in Norway. *J Antimicrob Chemother* 2002; 50: 873–76.
4. Österlund A, Edén T, Olsson-Liljequist S, Haeggman S, Kahlmeter G. The clonal spread among Swedish children of a *Staphylococcus aureus* resistant to fusidic acid. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 729–34.
5. Meland JA, Afset JE, Marstein L. PFGE-clonal linkages of fusidic acid resistant (FusR) versus sensitive (FusS) *Staphylococcus aureus* (SA). *Clin Microbiol Infect* 2002; 8 (suppl 1): Abstract P870.
6. Høiby EA, Løvøll Ø. Brennkopper. MSIS-rapport 2002; 30: 36.
7. O'Neill AJ, McLaws F, Kahlmeter G, Henriksen AS, Chopra I. Genetic basis of resistance to fusidic acid in *Staphylococci*. *Antimicrobial Agents Chemother* 2007; 51: 1737–40.
8. Rørtveit S, Rørtveit G. Impetigo in epidemic and nonepidemic phases: an incidence study over 4(1/2) years in a general population. *Br J Dermatol* 2007; 157(1):100–5.
9. Long KS, Pochlsgaard J, Kehrenberg C, Schwarz S, Vester B. The Cfr rRNA methyltransferase confers resistance to Phenicol, Lincosamides, Oxazolidinones, Pleuromutilins, and Streptogramin A antibiotics. *Antimicrob Agents Chemother* 2006; 50(7):2500–5.
10. NORM/NORM-VET 2006. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø/Oslo 2007. ISSN: 1502–2307.
11. NORM/NORM-VET 2004. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø/Oslo 2005. ISSN: 1502–2307.
12. Bergman M, Huikko S, Pihlajamäki M, Laippala P, Palva E, Huovinen P et al, Seppälä H; Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance (FiRe Network). Effect of macrolide consumption on erythromycin resistance in *Streptococcus pyogenes* in Finland in 1997–2001. *Clin Infect Dis* 2004 May 1; 38(9):1251–6.
13. Antibiotikabehandling i allmennpraksis. Smittevernloven veileder – IK 2693/2000, Statens helsetilsyn.
14. MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebygge infeksjoner med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) i helsetjenesten. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
svrre.rortveit@austevoll.kommune.no



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. Smittevernet, Håndbok Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn, Oslo 1999; 45-55. <http://www.helsetilsynet.no>
2. Smittevernet, 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.no>
4. NORMINORMIVET 2006. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. Tromsø/Oslo 2007; 53.
5. Raz R, Chazan R, Kennes Y et al. Empiric use of trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) in the treatment of women with uncomplicated urinary tract infections in a geographical area with high prevalence of TMP-SMX-resistant uropathogens. Clin Infect Dis 2002; 34: 1165-9.
6. Gupta K, Stamm WE. Outcomes associated with trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) therapy in TMP-SMX-resistant community-acquired UTI. Int J Antimicrob Agents 2002; 19: 554-6.
7. Grude N, Tveten Y, Jenkins A, Kristansen 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 VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneh. 1) Hesteglass: Mecillinam 400 mg. 2) Hesteglass: Sterilt vann 6 ml. **J01CA11. TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg:** Hver tablett inneh. Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Peroralt: Tablettene tas med rikelig drikke. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig uavhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, uløst kortstidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakterium. **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 gi. **Parenteralt:** **Voksne:** 400 mg 3-4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner gi dobbel dose, eller innel 60 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 stabil i 24 timer. Den oppløste injeksjonsvæsken settes 50-100 ml fysiologisk saltvann, infunderes i 1-2 timer ("slow-drip") i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. **Overfølsomhetsreaksjoner (tablettene):** Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acidurier som metylmalonylaciduri, propionylaciduri, oxiaciduri. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminnangel ved bruk av pivmecillinamtablettene. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvekt hos barn og underernærede, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennomsnittlig behandlingstid (7-10 dager) bør ikke gi med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lenger) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karminnaglene til ca. 40 % av det normale. Dette er når nivået har mange symptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den rene utskillelsen av mecillinam. (J01C beta-laktamantibiotiske midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det er ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør allikevel vises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidsrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminnangel ved at mors karminnangel seres som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk: Preparatet gir i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av carm- og munneflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensitivisering. **Bivirkninger:** Infeksjonsvæske: Sjeldne (<1/1000): Hud Allergiske reaksjoner. Tablett: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Østet og østetpulsasjon. Hud Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelkramper p.g.a karminnangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smaltpekret amidinopenicillin med spesiell 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 syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver. Ikke kryssresistens med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinproduksjon som stammer fra *Gram-positive* kokker og *Haemophilus*. Oppsatt *Staphylococcus saprophyticus* kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og *Pseudomonas* er resistente. **Virkningsmekanisme:** Bactericid. Hemmer celleveggsyntese, angreper cellen for 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.m. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/ml. **Potensbinding:** 5-10 %. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23 % av gitt dose kan påvirkes som metaboler. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved redusert nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bruksferdig injeksjonsvæske er holdbar i 6 timer ved høyt 25°C eller i 24 timer i kjøleskap. Bruksferdig infusjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Mecillinam finnes ved dialyse. Infusjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre infusjonsvæsker. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 812,10. Tablettene: 100 stk. kr 484,90. Enpak: 20 stk. kr 119,60, 30 stk. kr 165,90. Ti (10) i 1, 28 i 1, 51 i 11 2007.



LEO Pharma AS
Liljekvernveien 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: Motvik Grafisk AS 71207

Studentutplassering i allmenn

– refleksjon rundt egen praksis for veileder –

Sammendrag av innlegg fra praksislærerkurset 2008

AV RUTH MIDTGARDEN

Hvordan dele faget med studenter og turnus-leger ved kontoret slik at de kan både lære og utvikle seg som leger? Hvordan organisere studenter og turnusleger inn i vår kontorhverdag preget av kryssende forventninger, pasienter, samarbeidspartnere, pårørende, telefonbeskjeder, mailbeskjeder, og et hav av post og papir og alt det uforutsette som skjer? Det finnes ikke en god oppskrift, det må improviseres hver dag.

Men det finnes nok en slags usynlig verktøykasse av ideer, enkle oppskrifter, forventningsavklaringer, huskelister og inspirasjonskilder som kan nyttes i improvisasjons-hverdagen og gjøre livet som praksisveileder mindre strevsomt og mer utbytterikt.



Ruth Midtgarden

fastlege i Stavanger, praksislærer, turnusveileder, bistilling: kommunelege og praksiskonsulent.

Arbeidsgleden kan variere i styrke og innhold, men ligger der som en positiv grunntone i hverdagen og er det viktigste jeg har å dele med studentene. Det er en ekstra belastning å ha studenter i en travel hverdag, det merkes og kan gi forsinkelser og lengre dager, men det gir noe igjen. Det minner om en flott fjelltur. En må slite og pese litt for å få utsikt, men gleden over utsikten er som regel verd slitet. Studentene gir en mulighet for speiling av egen praksis og dermed utsikt over det jeg holder på med, som blir en kilde til refleksjon.

Verktøykassen

Inspirasjonskilder og forventningsavklaringer

Praksislærerkursene i regi av universitetet i Bergen har vært gode inspirasjonskilder, og gitt nyttige verktøy. Det er inspirerende når det dukker opp nye tanker som gir mening, gamle tanker i ny innpakning, og gode metaforer som beskriver vår virkelighet som lege og praksislærer. På mitt første praksislærerkurs for 10 år siden fortalte Per Stensland at han så på kontor hverdagen som en rafting-opplevelse. Han fortalte studentene at ville de være med fikk de henge på og ga inntrykk av at han ikke kunne endre «elva» for dem men at de måtte bli kjent med «elva» ved å klamre seg til flåten i stryk og stille. Dette er en god og nyttig metafor, som hjalp da jeg tumlet med forventninger om å skape forutsigbare flotte dager for studentene og ikke fikk det til. Rafting-metaforen justerte og avklarte mitt eget forventningsnivå på en slik måte at det ble mer gøy og mindre stress med studenter, og det er egnet til å justere studentenes forventninger til et mer realistiske nivå.



praksis

erfaringer og tanker etter ti år med studenter

1. De faglige oppskriftene

Her deler jeg det faglige støtteverktøy jeg selv støtter meg til, og sjekker ut hva studentene støtter seg til, og som regel er de meg langt overlegne med sine små lomme-pc'er, men jeg har laget en liten menyliste vi titter på etter behov:

- NEL (Norsk elektronisk legehåndbok)
- Favorittene mine på Internet bla. Folkehelse, Helse-direktoratet, Legemiddelverket, Nav og Helsebiblioteket.
- Praksiskonsulentordningen sin hjemme side for mer lokale oppskrifter.
- Ferdighetene: Kutt, nevus, tånegl, GU, spiral, monofilamenttest, nevrologisk undersøkelse, ryggundersøkelse osv.
- Hvem skal henvise til BUP og hvordan
- Personlige og lokale oppskrifter – skrevne og uskrevne – angående legesenterets politikk for oppfølging av:
 - Kronikere
 - A og B prep
 - Orden i medisinalbildet
 - Sykemeldingspraksis
 - Innhold i svangerskapsomsorgen
 - Vurdering av syke barn
 - Vurdering av allmenntilstand
 - Psykiatri i allmennpraksis
 - Å være lege for psykisk utviklingshemmede
 - Demensutredning
 - Førerkortattester når ting ikke er så greitt

2. Kommunikasjon og konsultasjons-teknikk: pasientsentrert metode

Dette forsøker jeg å ha som tema i forbindelse med aktuelle konsultasjoner hvor studenten eller turnuslegen er bisitter eller jeg er bisitter. For eksempel kan det være nyttig å gi studenten konkret i oppgave å følge med på om jeg får sjekket ut at pasienten har fått svar på det den kom for. Forsto pasienten det legen formidlet? Hvordan innlede en konsultasjon, hvordan avslutte?

3. Lifeskills, den faglig livserfaring, praksiskompetanse

- Arbeidsgleden: Hvordan tar vi vare på den?
- Støttesamtaler: Pasientens historie Kap. 19 i bind 37, Hva er hensikten? Kollega John Nessa omtalte i et innlegg støttesamtaler som verdiskapning. Det gir meg faglig selvtilit og noe å drøfte med studentene når de lurar på hva i all verden vi driver med og bruker tid på.
- Dilemmaene våre: når vi kommer på strekk etisk og juridisk, hvor søker jeg råd?
- Forhandlingsteknikk og kultur ved sykemeldinger, vanedannende medisiner med mer
- Utpostens julenummer 2007 med temabilag om dilemmaene med mange gode artikler er verd å ha i verktøykassa og la studentene lese
- Samarbeidspartnere og fornuftig samhandling
- Hva gjør jeg når jeg ikke vet hva jeg skal gjøre? Gi studenten i oppgave å finne ut når det skjer og fortelle det ved slutten av dagen. Noen ser det, noen lurar jeg.
- Hva gjør jeg når jeg ikke får til det jeg vil få til
- Når jeg forsøkes manipulert
- Taushetsplikt og komparenter
- Hvordan prøve å holde tiden
- Sykebesøk
- Fastlegens rolle i palliasjon
- Fastlegens rolle ved våre pasienters små og store kriser og katastrofer (vi tror ofte de venter så mye, men overaskes av takknemlighet for lite, men det er lurt m noe)
- Å drive kontor
- Å ta vare på seg selv
- Når det er skjedd noe som gjør enormt inntrykk på meg (feil, dødsfall, suicid osv)
- Hva er gode containere for meg
- Når jeg føler meg syk selv
- Når jeg er redd på jobb
- Når noe går galt, feil, klager og lignende
- Balanse jobb fritid

Ideer og oppskrifter?

Første dag med ny student settes det av 30 min. til en rask innføring og gjennomgang av legesenteret og opplegget for studenten (et hefte fra universitetet). Resten av de fire ukene jobber jeg som vanlig og studenten sitter og ser på mine konsultasjoner til den føler seg klar til å prøve seg på egen hånd. Det tar vanligvis en uke før de vil prøve seg selvstendig. Studenten må da først sitte en halv dag og leke seg med journalprogrammet og lære det viktigste på egen hånd. Studentene kan ha en egen student-identitet i journalprogrammet. Jeg er bisitter på noen av studentens konsultasjoner, men ved mange konsultasjoner jobber han eller hun selvstendig, men jeg kommer som regel inn på slutten og er med på avslutningen. Vi har vanligvis ordnet en dag for studentene med hjemmetjenesten, en dag på helsestasjon og innblikk i samfunnsmedisin, sykehjem, legevakt og trygdekontor.

Det blir ofte litt kommentarer mellom konsultasjoner og litt tid for refleksjon og drøfting ved dagens slutt. Noen studenter blir søvnige, og finner det ensformig å sitte og se på mine konsultasjoner. Det kommer ofte mer ut av dette når de har konkrete ting de skal se etter og notere. Eksempler på dette kan være: Hva gjør jeg når jeg ikke vet hva jeg skal gjøre? Hva gjør jeg når jeg er i tvil? Hvordan avsluttes konsultasjonene? Fikk jeg tak i hva pasienten kom for?

Det kan av og til være svært nyttig å la utvalgte pasienter fortelle sin liv- og syke-historie til studenten uten tidspress. Det må avtales i forkant, og settes av timer, og studenten må lage en skriftlig oversikt over det som kommer frem. Det har hendt at nyttig informasjon er kommet frem som jeg aldri har fått tak i, tross mange år med samtaler. Det har alltid gått nyttige oversikter til oversiktsbildet i journalprogrammet eller i et notat som kan nyttes senere ved henvisninger og ved trygdesaker.

Faglig utbytte kan være stort for begge når studenter kan og nyttes til å finne frem til faglig stoff om symptomer eller tilstander vi støter på, f.eks. utredning av hemokromatose.

Det dukker stadig opp sjekklister for praktiske ferdigheter for studenter, allmennleger og turnusleger, men jeg har savnet sjekklister for alt det andre vi driver med og kan dele med studentene. På en restaurant i Hanoi lærer man opp gatebarn til å bli restaurantkokker etter tre hovedakser:

1. Kokkekunst
2. Engelsk og gjestfrihet
3. Lifeskills

Som leger lærer og utvikler vi oss på samme måte langs tilsvarende tre akser:

1. Faget med kunnskaper og praktiske ferdigheter tilsvarer kokkekunsten

2. Kommunikasjon og konsultasjonsteknikk tilsvarer språk og gjestfrihet
3. Lifeskills tilsvarer faglig livserfaring, en uformell kompetanse en slags praksiskompetanse.

Det har vært morsomt og nyttig og lage tre ulike og ufullstendige menyer innenfor de tre aksene til bruk i veiledning og refleksjon (se side 21). Menyene er ikke og må ikke bli ferdige sjekklister, men utgangspunkt for personlige sjekklister som stadig endres, og kompletteres sammen med studentene og kolleger.

Jeg rekker ikke på noen måte innom disse temaene med alle studentene, men bruker dem som en meny. Det blir ikke alltid de store dyptdykkene men litt småprat rundt temaene. Det blir ikke alltid så mange ord, men nok til å skape refleksjon.

Jeg begynte med student i praksisen som en slags dugnad for å rekruttere til allmennmedisin. Jeg har fortsatt fordi det gir mer enn dugnad. Det er en stor glede å se kommende kolleger oppdage noe, bli tryggere og utvikle litt mer mot og handlekraft. Det er og en stor glede når en student begeistres, og særlig når vi begeistres sammen. Det ligger en kilde til glede i å grave dypt i faget og den faglige livserfaring sammen. Å være praksislærer hjelper meg å tenke gjennom hva jeg holder på med, og sette ord på det. Det hjelper meg å vedlikeholde verktøyet og meg selv. Min egen faglige kokekunst dvs. faglige kunnskap og ferdigheter, kommunikasjonskompetanse og praksiskompetanse er ikke jevnt stigende størrelser men noe som svinger og krever vedlikehold for ikke å forvitne og gå ut på dato. Studenter og turnusleger bidrar til mitt vedlikehold.

Hans Børli har et lite dikt som favner noe av dette jeg ønsket å formidle.

Velsignet være
Velsignet være de enkle ting
De trofaste ting
Som er stillferdig hos oss i dagene
Og fyller dem med en duft
Som av hvitskurt tre
God redskap i hendene
Grovt brød når du er sulten
Et ly mot uvær
Noen som venter på deg
og hører at det er du
Som trør i ganggolvet
Det er i lognene
Der vatnet flyter ugrumset og stille
Elva speiler fuglene og himmelen

Hans Børli

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ruth.midtgarden@lyse.net

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



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

For preparatomtale, se side 31

LANDEPLAGE

– borrealia og flått

AV KNUT EIRIK ELIASSEN

Sommeren står for døren – og med den korte bukser, turer og bading, sene kvelder under åpen himmel... Og flåttbitt? For noen er dette et vanlig innslag i sommeridyllen, mens andre ennå venter på årets første møte. Forekomsten av flåttbåren sykdom er økende. Derfor er det viktig å kjenne til diagnostikk og behandling.



Knut Eirik Eliassen

Fastlegevikar Nordstrand Legesenter og stipendiat ved Antibiotikasenteret for Primærmedisin, ASP, Seksjon for allmennmedisin, UiO.

Flått i Norge

I 2007 var det 328 registrerte disseminerte tilfeller av borreliose i Norge, dobbelt så mange som i 2003. Hittil i år er det allerede registrert 70 tilfeller (1). Agderfylkene, Vestfold og Telemark representerer sammen med Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal 75 prosent av pasientene, selv om kun 28 prosent av befolkningen bor her. Hudsymptomer registreres ikke, og forekomsten av flåttbitt eller besøk til fastlegen med spørsmål om erytema migrans vet vi derfor lite om. I et område det kan være naturlig å sammenlikne seg med,

Blekinge i Sverige, er det nå fem erytema migrans pr 1000 innbyggere pr år (2). Hvis risikoen er den samme, kan man dermed anslå 5–6000 tilfeller årlig i Norges seks mest utsatte fylker til sammen.

Det er sett sammenheng mellom økte temperaturer og antall flått. Tidlig vår og sen høst spiller en rolle for aktivitetnivået, som nå spenner fra april til november (2). Andre miljøfaktorer som tilgroing av beitemark og økt hjortebestand spiller også inn.

10. april i år var det tverrfaglig flåttforskers møte i Arendal, hvor kommuneoverlege og smittevernlege Harald Reiso hadde tatt initiativet til NorTick, en paraplyorganisasjon for flåttforskning i Norge. Allerede dagen etter fikk vi i vår familie sett årets første flåttbitt. Det var i Lillesand – og riktignok på hunden, men likevel.

Fylke	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Østfold	10	3	3	2	1	3	11	13	18	14	1
Akershus	6	5	2	1	6	1	11	8	13	11	7
Oslo	2	3	2	6	2	1	12	8	11	7	11
Hedmark	-	-	-	-	1	-	2	3	1	2	1
Oppland	-	-	-	-	-	1	2	4	-	3	1
Buskerud	4	1	4	3	3	6	3	8	6	11	1
Vestfold	6	10	13	9	5	6	29	24	14	19	1
Telemark	25	20	21	14	16	23	25	32	71	28	12
Aust-Agder	16	18	9	16	5	25	34	27	17	32	7
Vest-Agder	40	60	38	38	22	37	49	61	47	62	15
Rogaland	12	13	16	19	13	18	33	29	39	44	4
Hordaland	10	3	6	5	2	5	6	23	21	11	2
Sogn og Fjordane	8	7	5	5	5	5	10	15	25	28	1
Møre og Romsdal	21	7	11	20	16	9	20	15	21	36	1
Sør-Trøndelag	6	4	5	2	6	3	3	4	7	9	2
Nord-Trøndelag	1	-	-	-	-	1	2	3	3	5	1
Nordland	3	1	-	-	-	3	1	3	1	4	1
Troms	-	2	-	-	-	1	2	-	1	2	-
Finnmark	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Utenfor Fastlands-Norge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukjent fylke	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt	170	157	135	140	103	149	255	280	316	328	70

TABELL 1.
Antallet disseminerte borreliatilfeller 1995–2008, fordelt på fylker. (Mss.no 14.05.2008)



BILDE 1: Voksen, blodfylt hunn, klar til å legge egg.



BILDE 2: 1 mm stor nymfe. FOTO: JOHAN BERGLUND, LUND UNIVERSITET, MED TILLATTELSE.

Flått i Norge er *ixodes ricinus*, også kjent som skogflått eller skaubjønn. Kjært barn har mange navn. Det finnes stort sett bare denne ene typen, men den kan se litt forskjellig ut avhengig av kjønn og stadium. Den stikkelsbærstore som ofte er avbildet i tabloidavisene er den voksne, blodfylte hunnen, klar til å legge egg (BILDE 1). Nymfen og larven som kun er 1–2 mm, ses knapt, men overfører smitte like fullt (BILDE 2). Dette, og det at flåttens utskiller et bedøvelsesmiddel når den biter, er grunnen til at inntil 50 prosent av pasientene med erytema migrans ikke kan huske å ha blitt bitt (3).

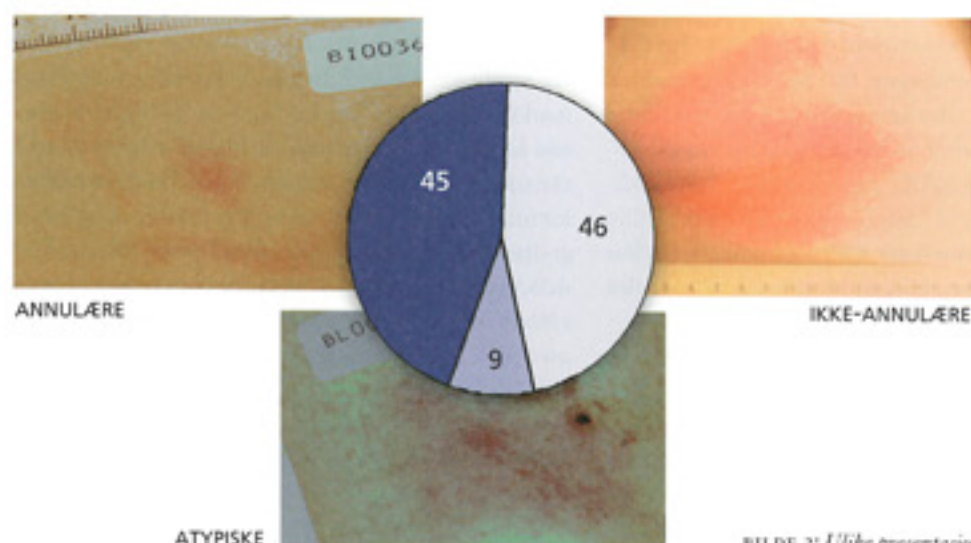
Borreliose er bakterieinfeksjon med spiroketen *Borrelia burgdorferi*. Det finnes flere undertyper. Vanligst er *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii* og *B. garinii*. Den første er utbredt i USA, mens de to siste er mest alminnelig i Europa (4). Alle gir samme type sykdom, men i ulik grad. Infeksjon med borrelia kan som kjent gi det typiske hudutslettet erytema migrans (EM), borreliaartritt eller nevroborreliose. Typisk for det siste er facialisparsese, men andre lammelser ses også (5). Ubehandlet hudinfeksjon kan gi fortykket, skrumpende hud: Acrodermatitis chronica atroficans eller borrelialymfocytom. Hjerterborreliose ses sjelden.

Risiko

I de hardest rammede områdene i Norge er 20–25 prosent av flåttene bærere av borrelia. Selv da er risikoen for smitte ved flåttbitt kun 1–2 prosent (6). Om man oppdager flåttens tidlig og fjerner den, er risikoen ennå mindre. Bakteriene finnes i flåttens tarmsystem og det går normalt minst 24 timer før de spres via bitt. Selv i høyendemiske områder i USA, hvor bærerfrekvensen er enda høyere, har man funnet at risikoen er så liten at antibiotikaprofylakse etter flåttbitt ikke anbefales med mindre det foreligger EM (7). Det er viktigere å følge med på bittstedet og eventuell utvikling av EM. Det kan imidlertid komme en lokal bittreaksjon, som vil gi seg etter få dager.

Klinikk

EM kommer normalt etter 3–7 dager. Det er rødlig makuløst utslett som brer seg i huden. Det er ikke varmt, ømt eller hovent, og ved denne klinikken må man heller vurdere erysipelas. Om man er usikker, kan man tegne en ring rundt bittreaksjonen og be pasienten selv følge med, eller avtale kontroll etter 2–3 dager for å se om utslettet har økt. Lærebokeksmplet på EM er som angitt over, og med sentral oppklaring, men nyere forskning viser at man ikke bør



BILDE 3: Ulige presentasjoner av erytema migrans.

ALLE FOTO: JOHAN BERGLUND, LUND UNIVERSITET, MED TILLATTELSE.



BILDE 4: *Borrelia*spiroketen sett i mikroskop. Kilde: wikipedia

henge seg for mye opp i akkurat det. Både sentral rødme og til og med vesikler, da særlig i knehaser eller albuebøyninger er sett (BILDE 3 på side 25) (8). Pasienten kan også ha lette influensasymptomer eller feber uten at dette er tegn på disseminert sykdom.

Det er viktig å ha for øyet at EM er en *klinisk diagnose* og skal behandles på mistanke. Mistenkelig rødme i hud sammen med bittanamnese eller opplysninger om tur i flått-trikt område er tilstrekkelig. Det er *ikke* anbefalt på ta serologiprøve ved EM. Laboratorieprøvene er ikke gode nok, og kan inntil videre verken avkreftes eller bekrefte diagnosen. Serologi kan imidlertid være aktuelt når man vil utelukke borreliose differensialdiagnostisk ved fibromyalgi, tidlig demens eller andre sammensatte sykdomsbilder, selv om prøvesvarene kan være vanskelige å tolke.

Behandling av erytema migrans er fortsatt penicillin

Det har lenge vært nordisk konsensus å behandle EM med alminnelig per oral penicillin (9,10). I oversiktsartikkelen om borreliainfeksjoner i mainummeret av Tidsskriftet (11), gjengis imidlertid anbefalingen fra Norsk Legemiddelhåndbok: Doksyklin eller amoxicillin. Det er imidlertid *ikke* grunnlag for å anbefale annen behandling enn penicillin ved EM i allmennpraksis, og i den nye antibiotika-veilederen som lanseres til høsten, opprettholdes penicillin som førstevalg ved ukomplisert EM. Ved nevroborreliose eller artritt velges doksyklin og henvisning til spesialist vurderes.

Det diskuteres riktignok om også EM bør behandles med mer bredspektret antibiotika. Det er sett spiroketemi ved EM (12), og man har sett at nevroborreliose kan oppstå uten forutgående EM (5), noe som rokker ved vår tradisjonelle sykdomsoppfatning om at borreliose først er lokal infeksjon i huden som, hvis ubehandlet, sprer seg til ledd og nervesystem.

I Sverige har de hatt den samme diskusjonen. Forkjempere for bredspektret antibiotikabehandling fryktet stor risiko for nevroborreliose om man behandlet EM med alminnelig penicillin (13). Dette avkreftes imidlertid i en retrospektiv studie hvor 708 EM-pasienter behandlet med penicillin (80 prosent) kontra doksyklin (15 prosent) ble fulgt opp etter fem år. 98 prosent av pasientene behandlet med penicillin og 94 prosent av pasientene behandlet med doksyklin var da helt uten symptomer, og ingen hadde tegn til sensykdom (14).

Det er gjort få randomiserte kliniske kontrollerte studier (RCT) av behandling av EM. En amerikansk RCT fra 1983 viser at penicillin har like godt behandlingsresultat som tetracyklin (15) og barneleger i Slovenia anbefaler fenoxymethylpenicillin som førstevalg til barn etter å ha sammenliknet effekten av flere typer antibiotika i flere RCT-studier (16, 17).

Det er dermed god grunn til å opprettholde anbefalingen av penicillin som førstevalgsbehandling ved ukomplisert erytema migrans. For å underbygge anbefalingen for norske forhold ytterligere, planlegges imidlertid norsk RCT gjennomført fra neste sommer.

Hvordan unngå borreliasmitte

Ved opphold i et typisk flåttområde bør man sjekke seg selv og eventuelle husdyr daglig, og fjerne flått umiddelbart. Det er ikke bevist at smør, sprit eller andre kjerringråd har effekt. Man bør gripe om flåten så tett inntil huden som mulig, med fingre eller pinsett, og vri rundt eller trekke den rett ut. Om litt av bittredskapen sitter igjen vil dette avstøtes og gir ikke større risiko for borreliose. Følg med på bittstedet etter rødme.

Flåten trives i fuktig vegetasjon og registrerer CO₂ i utåndingsluften fra dyr og mennesker som kommer forbi. Den kan både hoppe ned fra trær og busker, men oftest kommer den nedefra gress og strå. Lange strømper og bukser anbefales, og unngå bar hud mellom bukse og støvler. Mygg- og insektmidler kan hjelpe noe. Det kan også hjelpe å spise hvitløk. Hund og katt kan bruke flåttbånd eller smøres med et middel i nakken som avstøter flåten. Dette anbefales imidlertid ikke om en har små barn eller gravide i familien. Ellers er det individuelle forskjeller i tiltrekningskraften, på samme måte som for mygg, noe vi ennå ikke kan forklare. Og til dere i Nord-Norge: Flåten er ennå sjelden i Finnmark og Troms, men kan komme med trekkfugl eller andre feriegjester. Om klinikken er til stede kan diagnosen være riktig.

Annen flåttbåren sykdom

Flåten kan også bære på andre sykdommer, blant annet ehrlichiose og babesiose. Ved antistoffmålinger er dette sett hos mennesker i Norge, men det er svært sjelden klinisk (18). Tick Born Encephalitis (TBE) kan imidlertid gi alvor-

lig sykdom hos mennesker. De fleste tilfeller er subkliniske og stort sett bare observert som importsykdom. Nye data fra Sørlandet tyder imidlertid på at sykdommen så smått er kommet til Norge (19). Den eneste «behandling» mot sykdommen er vaksine. Virusset sitter nemlig i flåttens spyttkjertler og smitter umiddelbart ved bitt. TBE sees som endemisk i Østersjølandene og vaksine er obligatorisk på Sveriges østkyst og i de baltiske landene.

Forskning

Utfordringer ved borreliaforskning er uklar klinikk, vanskelig laboratoriediagnostikk og mange differensialdiagnoser. Med ulike undergrupper av bakterien i USA og Europa kan man ikke uten videre overføre amerikansk forskning til norske forhold. Det er i liten grad gjort RCT for behandling av erytema migrans (20). Det er også uvisst om behovet for TBE-vaksine er til stede i Norge.

Man planlegger derfor i regi av ASP og NorTick fra sommeren 2009 å sette i gang en større befolkningsundersøkelse i Agderfylkene, Vestfold og Telemark. Hensikten er å se på utbredelse av antistoffer mot TBE og borreliose i befolkningen, se på kontaktraten for flåttbitt i allmennpraksis, og se på behandlingseffekten av penicillin kontra doksykyklin ved EM i norsk allmennpraksis. Nevrologer, barneleger og mikrobiologer ved Sørlandet sykehus har også flere flåttrelaterte forskningsprosjekter i gang.

Internasjonalt finnes det allerede vaksine mot TBE, og det arbeides med en ny vaksine mot borreliose. Ny og bedre laboratoriediagnostikk med bruk av T-cellediagnostikk fremfor dagens tradisjonelle B-cellediagnostikk med måling av IgG- og IgM-titer er også i utvikling.

Sensyktom – «post-Lyme disease»

Sensyktom er kontroversielt og vanskelig. Bare å påvise at det foreligger en faktisk infeksjon er vanskelig. Man har sett at borreliabakterien kan danne inaktive cysteformer (21), og dette kan være en av forklaringene på at den kan føre til kronisk eller sen infeksjon, og være tilsynelatende behandlingsresistent. I USA har det vært tradisjon for intermitterende eller langvarig antibiotikabehandling (opptil 6 måneder) for å komme infeksjonen til livs. Resultatene er dårlige, og nyere forskning viser at kortere behandlingstid er like effektivt (22).

Symptomene ved sensyktom er diffuse. Ettersom mange med slike symptomer naturlig nok søker en forklaring,

er borreliose i fokus. I USA finnes to hovedfløyer av leger som enten er svært åpne eller svært skeptiske til begrepet «post-Lyme disease». International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) sier det slik:

Lyme disease is the latest great imitator and should be considered in the differential diagnosis of MS, ALS, seizure and other neurologic conditions, as well as arthritis, CFS*, Gulf war syndrome, ADHD, hypochondriasis, fibromyalgia, somatization disorder and patients with various difficult-to-diagnose multi-system syndromes (23).

De mere «konservative» i Infectious Diseases Society of America (IDSA) sier det slik:

There is no well-accepted definition of post-Lyme disease syndrome... Whatever definition is eventually adopted, having once had objective evidence of *B. burgdorferi* infection must be a condition sine qua non. (24).

Sannsynligvis bør man være forsiktig med tildeling av sensyktomsdiagnosene før diagnostikken er bedre.

Med ønske om en flått sommer!

Litteratur

1. mis.no
2. Bennet L et al. Increased incidence of Lyme borreliosis in southern Sweden following mild winters and during warm, humid summers. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2006; 25(7): 426.
3. Steere AC. Lyme disease. *Review. N Engl J Med* 2001; 345(2): 115–25.
4. Weber K. Aspects of Lyme borreliosis in Europe. *Review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20(1): 6–13.
5. Ljøstad U, Mygland A, Skarpaas T. Neuroborreliose i Vest-Agder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 610–3.
6. Stjernberg L, Berglund J. Risk of acquiring tick bites in south-eastern Sweden. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 840–4.
7. Nadelman RB et al. Prophylaxis with single-dose doxycycline for the prevention of Lyme disease after an Ixodes scapularis tick bite. *N Engl J Med* 2001; 345(2): 79–84.
8. Bennet L et al. Clinical appearance of erythema migrans caused by *Borrelia afzelii* and *Borrelia garinii* – effect of the patient's sex. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118(17–18): 531.
9. Danske retningslinjer: Lebech AM, Hansen K. Lyme borreliose – the most frequent vector-borne infection in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2004; 166(25): 2431–3. Institut for rationel farmakoterapi (www.irl.dk) » Skovflåt.
10. Svenske retningslinjer: Läkemedelsverket. Behandling av och profylax mot flättingöverförda infektioner. Information från Läkemedelsverket 1998; 9(2).
11. Ljøstad U, Mygland A. Lyme-borreliose hos voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1175–8.
12. 34. Wormser et al. Hematogenous dissemination in early Lyme disease. *Ann Intern Med* 2005; 142: 751–5.
13. Diskussion om fenoxymetylpenicillin som førstvalgspreparat i Sverige: Penicillin V is the first choice in the treatment of erythema migrans. *Läkartidningen*. 2006; 103(18): 1454; author reply 1455.
14. Bennet L et al. Clinical outcome of erythema migrans after treatment with phenoxymethyl penicillin. *Scand J Infect Dis*. 2003; 35(2): 129–31.
15. Steere AC et al. Treatment of the early manifestations of Lyme disease. *Ann Intern Med*. 1983 Jul; 99(1): 22–6.
16. Arnez M et al. Solitary erythema migrans in children: comparison of treatment with azithromycin and phenoxymethylpenicillin. *Wien Klin Wochenschr*. 2002 Jul 31; 114(13–14): 498–504.
17. Arnez M et al. Comparison of cefuroxime axetil and phenoxymethyl penicillin for the treatment of children with solitary EM. *Wien Klin Wochenschr*. 1999 Dec 10; 111(22–23): 916–22.
18. Bakken JS et al. Serological evidence of human granulocytic ehrlichiosis in Norway. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15(10): 829–32.
19. Referat fra felles flåttforskers møte 2006 (Yttrhus, Ljøstad, Mehl, Skarpaas m fl).
20. Loewen et al. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. *Review. Drugs* 1999; 57(2): 157–73.
21. Brorson O. *Borrelia burgdorferi* cysteformer: En sannsynlig årsak til reaktivering og resistens. *Bioingeniøren* nr. 8-2007.
22. Wormser GP et al. Duration of antibiotic therapy for early Lyme disease. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2003; 138(9): 697–704.
23. Cameron D et al. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2004; 2(1 Suppl): S1–13.
24. Wormser GP et al. Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. The Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2000; 31 Suppl 1: 1–14.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
K.e.eliassen@medisin.uio.no

*CFS: Chronic Fatigue Syndrome, tilsvarende det norske ME-begrepet.

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

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter.
Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

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

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



Se preparatomtale og referanser på side 45

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

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

Bruerkunnskap om angst

Erfaringsformidling om angst og selvhjelp til fastleger og helsesekretærer

AV ELLEN STEEN-HANSEN, prosjektleder

Bakgrunnen for prosjektet* er at mennesker med angstproblemer ofte henvender seg til fastlegen når angstsymptomer begynner å bli for plagsomme. Hvordan man blir møtt og hvilken informasjon man får, har mye å si for hva den enkelte gjør videre med sine problemer. Ut fra ovenstående er legene og helsesekretærene en viktig målgruppe for Angstringens informasjonsarbeid. Vi velger å se legekonto- ret som en helhet.

Beskrivelse av prosjektet

Prosjektet drives av Angstringen Oslo, som samarbeider med Angstringen Norge.

Prosjektets målsetninger er å

- Øke fastlegers og helsesekretærers forståelse av angst med utgangspunkt i Angstringens erfaringsbaserte kunnskap
- Øke brukeres kunnskap om selvhjelp som en mulighet til å bearbeide angstproblemer, med leger/helsesekretærer som informatører om Angstringens virksomhet.
- Utvikle hensiktsmessige kanaler/nettverk for å nå ut til fastleger/helsesekretærer.

Aktiviteter i prosjektet

Angstringen Oslo har prosjektmidler, ut år 2008, til å arrangere informasjonsmøter for fastleger og helsesekretærer, spesielt på østlandsområdet. Det er mulig å rette en forespørsel også for andre landsdeler. Angstringen Oslo har via prosjektet gjennomført informasjonsmøter for fire veiledningsgrupper innen spesialisering i allmennmedisin. I samarbeid med Norsk Helsesekretærforbund er det gjennomført to heldagskurs for helsesekretærer. Videre er det gjennomført et heldagskurs for helse- og sosialseksjonen i Fagforbundet Oslo. Det er også publisert en artikkel om angst og selvhjelp i tidsskriftet Helsesekretæren samt i et temahefte om psykisk helse, som er utgitt av fagforeningen Delta.

Angstringen har en beskrivelse av hvordan angst kan oppleves: «Angst er å være redd for noe man ikke vet hva er.»

* Prosjektet er støttet av Rådet for psykisk helse samt helse og Rehabilitering



Ellen Steen-Hansen

er prosjektleder for prosjekt «Bruerkunnskap om angst». Hun har tidligere vært styreleder samt leder av koordineringsgruppen i stiftelsen Angstringen Oslo.

Angsten kan gi forskjellige symptomer og opplevelser for den enkelte, i ulike situasjoner. Hva som utløser angsten varierer fra person til person. Men grunnfølelsen – den tydelige opplevelsen av en «irrasjonell frykt» – er den samme. Det er denne grunnfølelsen Angstringen jobber med i sitt selvhjelpsarbeid.

Brukermedvirkning og selvhjelp

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse definerer i punkt 4.2 brukermedvirkning og selvhjelp:

Det er en overordnet målsetting for arbeids- og velferdsetaten og kommunenes helse- og sosialtjenester å bidra til å styrke sine brukeres evne til å mestre tilværelsen og eget liv. Til grunn for dette perspektivet ligger et syn på mennesket som den fremste ekspert på eget liv og som selv vet hva som er bra, nyttig og viktig for han eller henne. Selvhjelp er et prioritert område i Opptrappingsplanen, jf. Nasjonal plan for selvhjelp.

Definisjonen på selvhjelp i «Nasjonal plan for selvhjelp» er hentet fra Angstringens definisjon:

Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess fra passiv mottager til aktiv deltager i eget liv.

I strategiplanen står det at brukermedvirkning går ut på at brukeren skal ha reelle muligheter til å medvirke. Brukermedvirkning fordrer at brukeren har både en viss innsikt i samt respekt for egne opplevelser og behov. Mennesker som opplever hemmende angst, trenger gjerne både tid og støtte når de arbeider med å få tak i egne ressurser. Det å bli tatt på alvor av de som skal hjelpe, det fremmer evnen til å ta seg selv på alvor.

Hva skjer i en selvhjelpsgruppe i Angstringen?

I Angstringen beveger vi oss fra å bekjempe angsten til å bearbeide den. Når vi opplever angst, som hemmer egen livsutfoldelse, så vil angstsymptomene fort ta mye av den daglige oppmerksomheten. Vår erfaring er at det er fruktbart å vende oppmerksomheten bort fra symptomene, over til tankene og opplevelsene som ligger bak symptomene.

Mange mennesker er redde for å belaste sine omgivelser med å fortelle at de har det helt forferdelig. I Angstringen er det omvendt – man deltar for både å bli kjent med og dele egen smerte. Arbeid i en selvhjelpsgruppe handler ikke om å nå et spesielt mål eller å lære en spesiell teknikk. Selvhjelpsgruppen er et forpliktende arbeidsfellesskap – et verksted for egen utvikling, hvor alle deltagerne er ansvarlige for egen utvikling. Når én deltager snakker om sine opplevelser, vil det treffe de andre deltagerne på ulike måter og skape ulike reaksjoner. *Det er evnen til å ta inn over seg reaksjonene som oppstår – og evnen til å gi uttrykk for dem, som øves opp i en selvhjelpsgruppe.*

Gjenkjennelse

Det er en lettelse å kunne snakke om egne erfaringer, og å møte gjenkjennelse fra andre. På samme måte kan det å gjenkjenne opplevelser og situasjoner hos andre deltagere, bidra til økt kontakt med egne følelser og opplevelser.

Her og nå

Selvhjelpsarbeidet er basert på at deltagerne tar i bruk de tankene, følelsene og reaksjonene som dukker opp i øyeblikket. Vi kan ikke ta vekk fortiden, eller kontrollere fremtiden, men vi kan forholde oss til hva vi opplever her og nå. Det gjelder også reaksjoner som kommer opp der og da, når vi snakker om fortiden.

Vi søker å fokusere på hva vi opplever akkurat nå, ikke hvorfor vi gjør det. Vi er mer opptatt av hvordan vi har det, fremfor å søke å analysere hva som er grunnen eller hvem som har skylden for at vi har angst.

Hvordan våge å være sammen med meg selv, når jeg er sammen med andre?

Selvhjelp handler om hva skjer med meg i møte med deg – og hva skjer med deg i møte med meg? Vi skaper noe sammen. Tør jeg kjenne etter hva som skjer med meg? Enda vanskeligere, tør jeg si noe om det? Når vi våger å kjenne og våger å dele, så skjer det noe. Vi påvirker og påvirkes i relasjonen med hverandre.

Utforske

Det ser ut til at vi som har opplevd angstproblemer, har mange oppfatninger om hvilke følelser og opplevelser

som er akseptable, og hvilke vi ikke vil ha. Når vi begynner å ta frem det som er ubehagelig, frigir vi samtidig ressurser som kan brukes til andre formål. Blant annet å bruke ressursene til å bli mer klar over hva som er bra, nyttig og viktig for oss.

Angst som ressurs

Et rikere liv kan tre frem når jeg i større grad blir klar over hva jeg gjør og opplever, jeg kan bruke ressursene til noe annet enn å holde kontroll. Da kan jeg sakte, men sikkert, få tak i mulighetene som ligger i det faktum at jeg er ansvarlig for egne valg og eget liv, og jeg har muligheten til å snu angsten til en ressurs. Gjennom å våge å stå i smerten, øker respekten for egne opplevelser og jeg kan oppdage ressurser jeg ikke visste var der. Jeg kan også bruke angsten til noe, den er ofte et barometer på om jeg strekker meg ut over egne grenser.

Vi har erfart at deltagerne etter hvert tar med seg selvhjelpstankegangen inn i egen hverdag. En person i Angstringen sa det på denne måten:

Min verden ble trangere og trangere, inntil jeg forsto at det ikke var bussen, bilen og menneskene jeg var redd for, men mine egne følelser.

Rammer for selvhjelpsgrupper i Angstringen

Det koster ikke penger å delta i en selvhjelpsgruppe. Gruppen har gjerne 5–8 deltagere. Det er ingen ledere i en selvhjelpsgruppe, alle deltagerne er gjensidig ansvarlige for gruppens indre liv. Mennesker som selv har deltatt i en selvhjelpsgruppe i Angstringen, er med på å starte opp nye grupper. Etter ca. 5 møter står gruppen på egne ben. Gruppen møtes 1 gang i uken, og møtet varer i to timer. Egen motivasjon er viktig, man må selv ta kontakt med Angstringen, hvis man ønsker å starte i en selvhjelpsgruppe. Selvhjelpsgrupper passer ikke for alle mennesker, den enkelte må selv finne ut om det er meningsfylt. Det er mange som velger å gå i psykoterapi samtidig som de går i en selvhjelpsgruppe. Mennesker som har tyngre psykiske lidelser, kan ikke starte i en selvhjelpsgruppe i Angstringen.

Kan erfaringsbasert kunnskap om angst være til nytte for fastlegen?

Økt kunnskap om angst samt det å ta brukerens og egne opplevelser på alvor, styrker samhandlingen mellom fastlegen og bruker. Knutepunktet Selvhjelp Norge bruker begrepet hjelperstyrking og sier blant annet:

En viktig del av det å arbeide med mennesker foregår i det relasjonelle rommet mellom bruker og hjelper.

I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, punkt 4.2, vises det til at det er behov for mestringssstyrkende tiltak

i kommunene. Angstringens selvhjelpsgrupper er et slikt tiltak. Tiltaket kan være av så vel forebyggende som rehabiliterende karakter, avhengig av hvor i prosessen den enkelte deltager befinner seg. Det å lese Angstringens brosjyremateriell kan i seg selv være med på å starte en prosess. Brosjyrene kan gi nye perspektiver både for mennesker som har vedkjent seg sin egen angst, og for mennesker som lurte på om de har angst.

Angstringens virksomhet

Angstringen har utviklet sin erfaringsbaserte kunnskap om angst gjennom mer enn 20 år. Det er satt i gang i underkant av 400 selvhjelpsgrupper i Angstringens regi gjennom disse årene. Angstringen har ikke medlemmer, deltagerne deltar i Angstringen så lenge de har nytte av det. Intensjonen er at man etter en tid skal gå videre på egen hånd. Angstringen Norge har støtte fra Helsedirektoratet til å drive informasjonsvirksomhet på landsbasis. Angstringen Oslo er en egen stiftelse med støtte fra Oslo kommune. Hoveddelen av virksomheten er basert på frivillig arbeid. Det er etablert angstringer på ulike steder i landet, se egen oversikt på Angstringens hjemmeside. Nye angstringer etableres når mennesker, som har angst, ønsker å komme i gang med selvhjelpsarbeid i sitt nærområde. Angstringen Norge bidrar med kompetanse når noen ønsker å starte selvhjelpsgruppe i et nytt geografisk område, men hovedarbeidet gjøres av personer med angst som bor i det lokale området. Det er etablert et samarbeid med mange frivillighetssentra-ler rundt om i landet.

Gratis informasjonsmaterieil kan bestilles fra Angstringen. Det er utviklet en informasjonsfilm som kan kjøpes.

Angstringen Norge

E-POST: angstringen@angstringen.no

TLF: 22 22 35 30

Angstringen Oslo

E-POST: oslo@angstringen.no

TLF: 22 71 26 09



Kilder

Angstringen Norge. <http://www.angstringen.no/>

Knutepunktet Selvhjelp Norge <http://www.selhjelp.no/>

Nasjonal plan for selvhjelp http://www.selhjelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ellen.steen-hansen@vikenfiber.no

c Burinex «LEO» Diuretikum.

T INJEKSJONSVEKSE, oppløsning 0,5 mg/ml: 1 ml innh.: Bumetanid 0,5 mg, disosiumfosfatdihydrat 0,5 mg, natriumkloridhydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, sylind 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. C03C A02

T TABLETTER 1 mg, 2 mg og 5 mg: Hver tablett innh.: Bumetanid 1 mg, resp. 2 mg og 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Tabletter 1 mg og 5 mg: Med delestrek. C03C A02

Indikasjonen: Injeksjonsveksle og tabletter 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedre nyrefunksjon. Sterkt nedre nyrefunksjon og nyresvikt. Følgende diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. Tabletter 5 mg: Sterkt nedre nyrefunksjon (glomerulofiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungedem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Injeksjonsveksle:** Hver øyeblikkelig virkning ønskes eller der personell behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Abort lungedem:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10-15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller innstilt 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. **Abort nyresvikt:** 6,25-12,5 mg (12,5-25 ml) langsomt i.v. eller i 500 ml infusjonsveske gitt over 1-2 timer, ev. gjentatt. **Følgende diurese ved urologiske operasjoner:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelfølgning:** Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter spones dose og intervall etter ønsket timediurese. **Hypertensiv krise:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. **Tabletten 1 mg og 2 mg:** 0,5-2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2-4 mg daglig. Døgndosen kan med fordel gis som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyresviktens forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkeltdosering bør begrenses til 10 mg. I literaturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døg. **Kontraindikasjonen:** Truende eller manifest levervikt og leverkoma. Anæmi som ikke har respondert på ferskesmid, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolemi. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforstyrrelser eller ved hypovolemi. Serumkalium bør kontrolleres før behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedre leverfunksjon og enidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinsyreghet, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinsyreghet må urinsyrekonstraksjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diuretikabehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinmengden skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinrøret krever nøye overvåking, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Bumetanid kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller doseøkning med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedre nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da økes midlertidig spones eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preeklampi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmaprotein og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. **Overgang i morsmelk:** Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes påvises ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkningen:** Hyppig (>1/100): Hypokalemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolemi, hyperurikemi og hypomagnesemi. Mindre hyppig: Muskelsmerter. Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinalt ubehag. Hørsel: Reversibel nedre hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, vimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Injeksjonsveksle:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterke sure. **Rekvireringsregul:** Tabletter 5 mg: Behandlingen skal være initiert av rykhus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** Injeksjonsveksle: Amp: 5 x 4 ml kr 91,80. **Tabletten 1 mg:** Enpac: 100 stk. kr 146,20. **2 mg:** Enpac: 100 stk. kr 265,50. **5 mg:** Enpac: 100 stk. kr 506,40. **Te 125/2, 27/2.** Refusjon: 125/2: Ved oppstart av behandling for akkompilert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyreghet, nedre glukosemetabolisme eller ubehandlet diabetes) skal tiard eller tiard i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiard av medisinske årsaker ikke kan brukes. Anslut til at tiard ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 07.01.2008

ATC-nr.: C03C A02

Spiriva refunderes etter §2 ICD-10: J43 og J44/ICPC-2:R95.

Spiriva «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum. ATC-nr.: R03B B04

T INHALASJONSPULVER, harde kapsler 18 µg: Hver kapsel inneh.: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

Indikasjoner: Bronkodilerende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Dosering: Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgnet, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfølsomhet for hjelpestoffet laktosemonohydrat.

Forsiktighetsregler: Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blære- og halsobstruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart. Munntørhet, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgnet. Interaksjoner: Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Kliniske data mangler. Preparatet skal kun brukes ved graviditet hvis strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet anbefales ikke ved amming hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for det nyfødte barnet.

Bivirkninger: Mange av bivirkningene kan tilskrives preparatets antikolinerge egenskaper. Munntørhet er hyppigst observert ($>1/100$), er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oral candidiasis, kvalme. Luftveier: Bronkospasme, hoste, faryngitt og annen iritasjon på applikasjonsstedet, dysfoni. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, smaksforstyrrelser. Sjeldne ($<1/1000$): Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, forstoppelse. Hud: Hudutslett, urticaria, kløe, annen hypersensitivitet (inkl. umiddelbare reaksjoner). Luftveier: Epistakse. Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Syn: Tåkesyn, økt intraokulært trykk. Urogenitale: Dysuri, urinretensjon, urinveisinfeksjon. Glaukom, supraventrikulær takykardi, atrieflimmer, sinusitt, karies, dysfagi, intestinal obstruksjon inkl. paralytisk ileus, angioedem kan forekomme. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi).

Overdosering/Forgiftning: Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkiens glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstriksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaxering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisetningen fra M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk. Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en sig-

nifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodilatasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mave-tarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. Proteinbinding: 72%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. Halveringstid: Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager. Total clearance: 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering. Metabolisme: Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive metabolitter. Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen. Utskillelse: 14% via urin, resten via feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares $<25^{\circ}\text{C}$. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager. HandiHaler inhalator skal kastes etter 12 måneder bruk.

Pakninger og priser: Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 444,60. 30 doser kr 441,30. 90 doser kr 1255,10.

Refusjonskode: ICPC. R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J44. Annen kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J43. Emfysem

Vilkår: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS (FEV1 $\leq 65\%$ av forventet verdi). - Diagnosen må være verifisert ved spirometri. - Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Sist endret: 01.06.2008

Mal for akuttmedisinkurs for allmennleger

AV JESPER BLINKENBERG

Fra 2012 innføres obligatorisk kurs i akuttmedisin under spesialistutdanningen og ved resertifisering for spesialiteten allmennmedisin.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har hentet ut det beste av dagens gode akuttmedisinkurs og utarbeidet en mal for akuttmedisinkurs for allmennleger. Malen er ment som en rettesnor og et hjelpemiddel for arrangører av akuttmedisinkurs for allmennleger.

Allmennlegen og akuttmedisin

Allmennlegens faglige arbeidsfelt er stort. Noen kliniske problemstillinger er hyppige mens andre forekommer sjelden. Noen av de sjeldne problemstillingene kan henvises til spesialisthelsetjenesten, mens andre håndteres av allmennlegen. Akuttmedisinske tilstander er sjeldne i en slik sammenheng, men må ofte håndteres av allmennlegen på grunn av tidsaspektet, – det haster. Pasienten som faller om og er bevisstløs på legekontoet kan ikke vente på at spesialisthelsetjenesten kan ta imot henvisningen og gi venteliste-garanti. De skadde i en trafikkulykke trenger hjelp umiddelbart, og mange steder i landet representerer allmennlegen den høyeste medisinske kompetansen. Allmennlegens styrke i en slik sammenheng er bredde-kompetansen og den solide erfaringen i å gjøre kliniske vurderinger. Derfor er legen etterspurt i det akuttmedisinske arbeidet (1).

De skadde i en trafikkulykke trenger hjelp umiddelbart, og mange steder i landet representerer allmennlegen den høyeste medisinske kompetansen.



Allmennlegen, ambulansen og spesialiteten

Rammene i de akuttmedisinske tjenestene er endret de siste årene, også allmennlegens plass er endret. Ambulansetjenesten er omorganisert fra å være en kommunal tjeneste med varierende eller liten medisinsk kompetanse til å være en tjeneste organisert i spesialisthelsetjenesten med en raskt økende kompetanse, særlig innen i akuttmedisin. Det forventes at allmennleger samarbeider med ambulansetjenesten og andre i den akuttmedisinske kjeden, både i tjeneste og ved trening (2).

Allmennlegens spesialistutdanning er den viktigste rammen for faglig videre- og etterutdanning av allmennleger i Norge. Både myndighetene, publikum og fagmiljøene forventer at allmennlegene deltar i den akuttmedisinske beredskapen og bidrar til at befolkningen får et godt akuttmedisinsk tilbud. Forutsetningen for dette er at allmennlegene har både praktiske og teoretiske kunnskaper og ferdigheter i akuttmedisin. For å sikre dette har sentralstyret i Den norske legeforening besluttet å innføre et krav om gjennomført emnekurs i akuttmedisin over minst 15 timer, både i videreutdanningen og ved resertifisering i etterutdanningen for spesialiteten allmennmedisin fra og med år 2012.

Ikke alle legevaktleger er allmennleger

Allmennleger kommer oftere opp i akuttmedisinske situasjoner på legevakt sammenlignet med allmennmedisin på dagtid. En betydelig del av legevaktlegene er ikke allmennleger (3). Utover medisinsk embetseksamen er det ingen formelle kompetansekrav for å delta i legevakt i Norge. Retten til å jobbe i legevakt ikke er knyttet til spesialiteten allmennmedisin og mange legevaktleger vil derfor falle utenfor kravet om regelmessige akuttmedisinkurs. Kan hende de obligatoriske akuttmedisinkursene også burde vært knyttet opp mot legevaktarbeid?

Når bølgen kommer

Når nesten 3000 spesialister skal delta på obligatoriske akuttmedisinkurs hvert femte år i tillegg til alle utdanningskandidatene vil etterspørselen etter slike kurs bli stor og antallet kurs må øke kraftig. Det vil bli en stor utfordring for det allmennmedisinske miljøet i Norge å arrangere kurs for så mange.

Akuttmedisinkurs – ikke som andre kurs

Akuttmedisinkurs skiller seg fra andre kurs for allmennleger på flere områder. Disse kursene inneholder mer praktisk øvelse og krever større praktisk deltakelse fra allmennlegene. Kursdeltakerne må eksponere egne praktiske ferdigheter for kolleger og settes i en sårbar situasjon. I tillegg omhandler kurset tilstander og situasjoner som all-



Allmennlege Peter B. Kryvi trener under akuttmedisinkurset på Solstrand 2007.

Sentrale momenter ved akuttmedisinkurs for allmennleger:

- allmennmedisinsk perspektiv på akuttmedisinen
- allmennleger som arrangører, ledere og undervisere, gjerne i samarbeid med andre spesialiteter
- tydelig sporskifte fra vanlig allmennmedisinsk tenkning (anamnese, funn, diagnose og behandling) til målrettet akuttmedisinsk undersøkelse med iverksettelse av tiltak underveis for å sikre vitale funksjoner
- tydelig sporskifte fra vanlig allmennmedisinsk tenkning (vent og se) til verstefallstenkning med lav terskel for undersøkelser og tiltak
- systematisk og samordnet drilling av enkle huskereglene og algoritmer (keep it simple)
- atmosfære av trygghet, gjensidig respekt og mestringfølelse
- hovedvekt på praktiske øvelser, mindre teori
- praktiske øvelser i små grupper, ikke mer enn 6 i hver gruppe
- samme gruppesammensetning gjennom hele kurset
- fokus på tverrfaglig samhandling, arbeidsfordeling og rollefordeling
- mulighet for alle til å øve på den rollen de vanligvis har i akuttsituasjoner
- mulighet for alle til å rette opp feil, gjentakelse av øvelser og scenarier

Praktiske tips:

- start planleggingen tidlig
- lag utstyrsliste, instruktørbehov og budsjett tidlig
- beskriv hver øvelse med læringsmål, innhold, utstyrsbehov og ansvarlig instruktør
- ha en instruktør eller to i reserve dersom det blir frafall
- vurder behovet for støttepersonell til praktiske forhold

Ferdigheter, kortversjon

SKAL være med i kurset

prosedyrer allmennlegen enten er hyppig borti, som kan være livreddende, eller er enkle å gjennomføre, og som er relevant for leger i hele landet

Akuttundersøkelse (ABC(DE))

Frie luftveier
Munn til munn-ventilering, bruk av pocketmaske og svelgtube
Maske/bag ventilering og assistert ventilasjon
O2-behandling
Brystkompresjoner
Defibrillering
AHLR-logaritme
Stanse store blødninger
Intravenøs tilgang
Bruk av helseradio
Ledelse av akuttmedisinsk team

BØR være med i kurset

sjeldnere eller mer avanserte prosedyrer

Larynxtube
Intraossøs nål
Praktisk hypotermiprofylakse
Thoraxpunksjon
Bruk av nakkekrage

KAN være med i kurset

sjeldne eller avanserte prosedyrer

Fødselshjelp
Immobilisering av traumepasient, backboard, bekkenstabilisering
CPAP
Trachealtube (Kun aktuelt hvis ikke larynxtube brukes i legevaktsområdet)
Cricotyrotomi

Temaer, kortversjon

Temaer kan behandles på kurset, enten teoretisk eller ved øvelser. Gjennomgangen av temaene bør knyttes opp mot de praktiske øvelsene.

SKAL være med i kurset

temaer allmennlegen enten er hyppig borti eller temaer som er sentrale ved livreddende behandling og relevante for leger i hele landet

Vurdering av ventilasjon, klinisk og pulsoksymeter
Vurdering av sirkulasjon, klinisk
Rytmevurdering med tanke på defibrillering
Akutte brystmerter
Hjertesvikt
Akutt astma/KOLS
Alvorlig infeksjon
Skader hode/ columna
Skade thorax, abdomen og bekken
Akutt alvorlig sykdom hos barn
O2-behandling
Anafylaksi
Blødningssjokk
Hypotermi

BØR være med i kurset

sjeldnere temaer

Smertebehandling
Væskebehandling
Skadestedsledelse
Samarbeideres kompetanse og utstyr
Medisinsk indeks

KAN være med i kurset

sjeldne temaer

Fødselshjelp
CPAP
Prehospital trombolys
Krisehåndtering i lokalsamfunnet, planlegging og gjennomføring

mennelegene sjelden kommer borti, men som har store konsekvenser for pasientene – liv og død situasjoner. Disse forholdene gjør det derfor særlig viktig at kursene gjennomføres i en trygg ramme med gode forutsetninger for læring.

Malen

Det finnes i dag mange gode akuttmedisinkurs. Vi har studert innholdet i disse. Videre har vi også sett på hvilke akuttmedisinske tema som er sentrale for norsk allmennmedisin og legevaktmedisin, og hvilke pedagogiske metoder som fremmer formidling av kunnskap, ferdigheter og holdninger om disse temaene.

Foruten anbefalinger om hvilke temaer og ferdigheter som bør være med i akuttmedisinkurset inneholder malen beskrivelse av læringsmål og sentrale pedagogiske forhold, herunder ballanse mellom teoretisk undervisning og praktiske øvelser. Videre inneholder den forslag til huskeliste for akuttundersøkelsen, forslag til scenarier/ kasuistikker for den praktiske treningen, og et forslag til evalueringskjema.

Malen anbefales av spesialitetskomiteen som grunnlag for gjennomføring av akuttmedisinkurs for allmennleger, både for utdanning og resertifisering av spesialister i allmennmedisin. Malen er også velegnet for obligatoriske akuttmedisinkurs for turnuskandidater, og momenter i malen kan også brukes som grunnlag for lokal tverrfaglig akuttmedisinsk trening.

Akuttmedisinkurs for allmennleger setter fokus på akuttmedisinske teoretiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter, men kursene kan aldri erstatte den nødvendige treningen lokalt. Snarere er det ønskelig at disse kursene kan inspirere til slik lokal trening med egne samarbeidspartnere, i egne lokaler, og med lokalt utstyr (4). Et godt eksempel på slik trening er Kommune BEST prosjektet (5).

I arbeidet har vi hatt stor glede av velvilje fra flere kursarrangører og av samarbeidet med Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for legevaktmedisin. Vi

Prosjektgruppen

Jesper Blinkenberg – spesialist i allmennmedisin, fastlege og legevaktlege Askøy siden 1997 og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E-POST: jesper.blinkenberg@isf.uib.no

Tobias Nieber – spesialist i allmennmedisin, fastlege i Etne kommune fra 2000, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E-POST: tobias.nieber@isf.uib.no

Janecke Thesen – spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, fastlege Osterøy. Spesiallege og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Leder av Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) og medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E-POST: janecke.thesen@isf.uib.no

ønsker et videre samarbeid med arrangører av akuttmedisinkurs for å bruke deres tilbakemeldinger og erfaringer til å videreutvikle kursmalen og supplere støttematerialet som ligger i malen. Ta gjerne kontakt med oss for dette. På www.legevaktmedisin.no kan du også abonnere på oppdateringer av kursmalen.

Fullstendig rapport fra prosjektet Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger og Mal for akuttmedisinkurs for allmennleger finnes på www.legevaktmedisin.no.

Referanser

1. Brandstorp, Helen. Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Utposten nr 5, 2006
2. FOR 2005-03-18 nr 252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
3. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1347-50
4. Thesen J, Mosevoll T, Malterud K. Hjerne-lungeredning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2113-5
5. Utsi R, Brandstorp H, Johansen K, Wisborg T. Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128:1057-9

UTPOSTEN

– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

16. Nordiske Kongres i Almen Medicin København 13. – 16. maj 2009

Husk at sætte x i kalenderen!



● Videnskabeligt program

Almen praksis' fremtidige rolle
– håndtering af mange opgaver

- Forebyggende medicin
- Omsorg for de kronisk syge
- Komplicerede helbredsproblemer
- Almen praksis som en integreret del af sundhedsvæsenet
- Metodiske udfordringer inden for forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling
- State of the art – kliniske symposier
- Børn: Muligheder og udfordringer

Sociale tiltag

- Velkomst reception på Københavns Rådhus
- Guidede ture til Dansk Design Center, Royal Copenhagen, Louisiana, kanaltur gennem København, m.m.
- Tivoli
- Festmiddag med dans på Langelinie Pavillonen
- Etc.

Flere oplysninger: www.gp2009cph.com

Arrangør: Dansk Selskab for Almen Medicin

16th
Nordic Congress
of General Practice
Copenhagen, Denmark



Forskning om rus, kan vi bli bedre?

Nasjonal undersøkelse av kartlegging og kortvarig intervensjon i forhold til alkohol og røyking

AV OLAF AASLAND

Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) og Legeforeningens Forskningsinstitutt skal i 2008 og 2009 se nærmere på allmennlegenes bruk av kartleggingsverktøy og kortvarig intervensjon i forhold til alkohol og røyking, med særlig vekt på mulige hindringer og problemer knyttet til dette.

Bakgrunn

Kartlegging og kortvarig intervensjon har gjennom de siste 30 år vært et viktig tema i alkoholforskningen. Metoden har vist stort potensial i forhold til sekundær forebygging, det vil si identifisering av personer med risikodrikkning med påfølgende risikoreduksjon (SBI = screening and brief intervention). Denne forskningen viser blant annet at enkel alkoholintervensjon på forskjellige nivåer innen helse-sektoren kan være effektiv på tvers av nasjonale og kulturelle grenser.

Problemer med SBI

Til tross for disse forskningsresultatene vet vi fortsatt lite om virkemidlene i SBI, for eksempel hvilke faktorer som spiller størst rolle for et vellykket resultat. Dessuten vet vi at til tross for primærhelsetjenestens strategisk gunstige posisjon i denne typen sekundærforebygging, blant annet fordi personer med problematisk drikketferd har flere fastlegebesøk enn personer med et «normalt» forbruk av alkohol, har det vært vanskelig å få fastlegene til å benytte metoden systematisk. Dette kan selvsagt skyldes at fagfolk i primærhelsetjenesten ikke har nok kunnskap og kompetanse. Annen forskning har for eksempel vist at leger kan føle seg usikre på

hvordan de bør veilede pasientene sine om livsstilsykdommer, og at bruken av SBI kan skape flere problemer enn løsninger for legene. Dessuten er systematisk alkoholrådgivning fremdeles ikke inkludert i Normaltariffen. Det er viktig å få avklart om forskjellen i honoreringen av to så viktige livstilkomponenter påvirker omfanget av intervensjoner i den kliniske hverdagen.

Denne undersøkelsen

Formålet med denne undersøkelsen er å få et bilde av utbredelsen av kartlegging og rådgivning for både alkohol og røyking, samt hvilke problemer fastlegene opplever i forbindelse med bruken av slike metoder.

Undersøkelsen har to deler. Den første delen er en kort spørreskjemaundersøkelse om bruken av kartlegging og kortvarig intervensjon overfor alkohol og røyking i fastlegenes praksis. Spørreskjema vil bli sendt til ca 2000 fastleger i hele landet. Den andre delen vil bestå av fokusgruppeintervjuer med utvalgte fastleger, og vil fokusere på legenes opplevelse av problemer i forbindelse med bruken av metodene. Denne delen av undersøkelsen vil også kunne gi legene mulighet for å komme med forslag til forbedringer og nye tiltak. Det er nødvendig med et bedre samarbeid mellom forskning og praksis på dette område.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olaf.aasland@legeforeningen.no

NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober

FORSKNINGSMIDLER FRA NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) lyser ut midler til forskning med følgende formål:

- kartlegge resistens mot antimikrobielle midler i mikrober
- fremme kunnskap om årsaker til resistensutvikling i mikrober
- fremme kvaliteten på forebyggende tiltak mot utvikling og utbredelse av resistens

NORM er et nasjonalt helseregister med sekretariat ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Søknader om forskningsmidler vil bli behandlet av Fagrådet i NORM. Starten til enkeltprosjekter vil normalt være begrenset oppad til kr. 50 000. Det kan søkes om midler til reagenser, forbruksmateriell, timelønn til assistent (for eksempel bioingeniør), presentasjon av aktuelle studier på møter

og kongresser, hospitering og lønn for arbeid i eget prosjekt (må begrunnes særskilt). Fagrådet vil spesielt stimulere til samarbeid på tvers av spesialiteter og fagmiljøer og til forskning i kliniske avdelinger og i allmennpraksis. Fagrådet vil også prioritere forskning på bruk av antibiotika og forebyggende tiltak mot resistens, samt forskningsprosjekter i mindre fagmiljøer i ulike deler av landet.

Eget søknadsskjema for forskningsmidler fra NORM må benyttes. Nærmere opplysninger og søknadsskjema fås fra forskningssiden til NORM på www.antibiotikaresistens.no eller ved kontakt med NORM sekretariatet ved Anne-Sofie Furberg (anne-sofie.furberg@unn.no, telefon 77 62 70 30) og Gunnar Skov Simonsen (gunnar.skov.simonsen@unn.no, telefon 77 62 84 93). Søknad sendes elektronisk til norm@unn.no eller gunnar.skov.simonsen@unn.no. I tillegg sendes ett underskrevet eksemplar av søknadsskjema med alle vedlegg til: NORM, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge, 9038 Tromsø.

Søknadsfrist 15. september 2008.

KURS NR.:	L-23635
ANSVAR:	Stein Husebø, professor og overlege.
MÅLGRUPPE:	Leger og sykepleiere og andre interesserte som arbeider med de sykeste eldre i og utenfor sykehjem.
LÆRINGSMÅL:	Øke kunnskap og interesse og engasjement for arbeidet med de svakeste eldre i vårt samfunn.
KURSSTED:	Victoria Hotel, Skansegt. 1, 4006 Stavanger
KURSKOMITE:	Stein Husebø, overlege/professor (kursleder), Kåre Reiten, allmennlege, Sidsel Storhaug, allmennlege, Stephan Ore, allmennlege, Pernille Bruusgaard, sykehjemslege, G. Torbjørn Åmdal, overlege
GODKJENNING LEGER:	ALLMENNEMEDISIN: 16 poeng som emne/kurs/klinisk emne/kurs i sykehjemsmedisin til videre- og etterutdanningen. GERIATRI: 15 timer valgfritt kurs for leger under spesialisering
GODKJENNING SYKEPLEIERE:	SAMFUNNSMEDISIN: 15 timer valgfritt kurs for leger under spesialisering. 13 timer/poeng i relasjon til klinisk sykepleie/spesialsykepleie.
NÆRMERE INFORMASJON OG PÅMELDING:	Catherine Wergeland, Bergen Røde Kors sykehjem, Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen, TLF. 488 95 492, FAX 55 25 64 60 (merk fax til Catherine Wergeland), E-POST: catherine.wergeland@brks.no / INTERNETT: www.sykehjemsmedisin.no
PÅMELDINGSFRIST:	07. juli 2008.
MAKS DELTAKERE:	120
ANDRE OPPLYSNINGER:	Kursarrangør er Forum Sykehjemsmedisin.
KONFERANSEAVGIFT MEDLEMMER:	kr 1800 for begge dager, kr 900 for en dag. I tillegg kommer eventuell dagpakke, overnatting og/eller festmiddag.
KONFERANSEAVGIFT IKKE-MEDLEMMER:	kr 2200 for begge dager, 1100 for en dag. I tillegg kommer eventuell dagpakke, overnatting og/eller festmiddag.
REISE:	Berg-Hansen Reisebureau AS er Legeforeningens hovedsamarbeidspartner i forbindelse med reiser og overnattinger. Alle reiser som søkes refundert eller skal betales av Legeforeningen må bestilles gjennom dette reisebyrået.

Se våre nettsider for program og påmeldingsskjema: www.sykehjemsmedisin.no

C Avamys «GlaxoSmithKline» Kortikosteroid

ATC-nr.: R01A D12

Nesespray 27,5 µg/dose: Hver dose inneh.: Flutikasonfuroat 27,5 µg benzalkoniumklorid, dinatriumedetat, renset vann, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av symptomer på allergisk rhinitt.

Dosering: Regelmessig bruk anbefales for full terapeutisk effekt. Effekt er sett 8 timer etter behandlingsstart. Det kan imidlertid ta flere dager før maks. effekt oppnås, og symptomene vil bedres ved kontinuerlig, regelmessig bruk.

Voksne og barn >12 år: Anbefalt startdose er 2 doser i hvert nesebor 1 gang daglig.

Når tilstrekkelig symptomkontroll oppnås, kan dosereduksjon til 1 dose i hvert nesebor være effektivt som vedlikeholdsbehandling.

Barn: 6-11 år: Anbefalt startdose er 1 dose i hvert nesebor 1 gang daglig.

Pasienter som ikke responderer tilstrekkelig på 1 dose i hvert nesebor 1 gang daglig kan ta 2 doser i hvert nesebor 1 gang daglig.

Når tilstrekkelig symptomkontroll oppnås, anbefales dosereduksjon til 1 dose i hvert nesebor 1 gang daglig.

Erlaring hos barn <6 år er begrenset og sikkerhet og effekt er ikke godt etablert.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Flutikasonfuroat gjennomgår omfattende «first pass»-metabolisme.

Ved alvorlig leversykdom kan dette gi høyere forekomst av systemiske bivirkninger, og forsiktighet tilrådes.

Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser forskrevet for lengre perioder.

Behandling med høyere doser enn anbefalt kan gi klinisk signifikant binyrebarksuppresjon.

Ved høyere doser enn anbefalt, bør tilleggsbehandling med systemiske kortikosteroider vurderes i perioder med stress eller ved planlagt kirurgi.

Flutikasonfuroat 110 µg 1 gang daglig er ikke forbundet med HPA-akse-suppresjon.

Dosen av intranasalt flutikasonfuroat bør imidlertid reduseres til laveste effektive dose.

Den totale systemiske eksponeringen bør vurderes når andre

former for steroidbehandling forskrives samtidig.

Vekstretardasjon er rapportert hos barn ved godkjente doser.

Det anbefales at høyden monitoreres regelmessig hos barn som får langtidsbehandling.

Ved langsom vekst, bør behandlingen gjennomgås med tanke på mulig dosereduksjon, til lavest effektive dose.

Henvielse til spesialist i barnesykdommer bør vurderes.

Det må utvises forsiktighet ved overgang fra systemisk steroidbehandling til flutikasonfuroat, ved mistanke om svekket binyrebarkfunksjon.

Nesesprayen inneholder benzalkoniumklorid som kan gi irritasjon av neselimplinnen.

Interaksjoner: Basert på data fra flutikasonpropionat, som metaboliseres av CYP 3A4, anbefales ikke samtidig bruk av flutikasonfuroat og ritonavir pga.

risikoen for økt systemisk flutikasonfuroateksponering.

Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol), da økt systemisk eksponering ikke kan utelukkes.

Enzyminduksjon og -inhibisjonsdata antyder at det ikke er teoretisk grunnlag for å forvente metabolske interaksjoner mellom flutikasonfuroat og andre forbindelser, ved klinisk relevante intranasale doser.

Graviditet/Amning: Overgang i placent: Tilstrekkelige data foreligger ikke.

Kortikosteroider er teratogene i dyreforsøk. Det er lite sannsynlig at dette er relevant for mennesker som får anbefalte intranasale doser, med minimal systemisk eksponering.

Bør kun brukes under graviditet dersom fordelene for moren oppveier mulig risiko for fosteret eller barnet.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk til ammende bør kun vurderes dersom de forventede fordelene for moren er større enn mulig risiko for barnet.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Luftveier: Nasal ulcerasjon, neseseblodning. Neseseblodning er vanligvis av mild til moderat intensitet.

Overdosering/Forgiftning: Lite sannsynlig at akutt overdose vil kreve annen behandling enn observasjon.

Egenskaper: Klassifisering: Kortikosteroid. Virkningsmekanisme: Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorkortikosteroid med svært høy affinitet til

glukokortikoidreseptoren, og med potent anti-inflammatorisk virkning.

Absorpsjon: Ufullstendig absorpsjon og omfattende «first pass»-metabolisme i lever og tarm, som gir neglisjerbar systemisk eksponering.

Intranasal dosering på 110 µg 1 gang daglig gir vanligvis ikke målbare plasmakonsentrasjoner (<10 pg/ml).

Absolutt biotilgjengelighet er 0,5 %, slik at mindre enn 1 µg vil være systemisk tilgjengelig etter administrering av 110 µg.

Proteinbinding: >99 %. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ved «steady state»:

Gjennomsnittlig 608 liter. **Halveringstid:** 15,1 timer etter i.v. administrering.

Samlet plasmaclearance på 58,7 liter/time. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4.

Utskillelse: Hovedsakelig fækalit via gallen.

Oppbevaring og holdbarhet: Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Holdbarhet etter anbrudd: 2 måneder.

Pakninger og priser: 120 doser kr. 135,90. Sist endret: 04.04.2008

Referanser:

1. Avamys SPC
2. Fokkens WJ et al. *Allergy* 2007; **62**: 1078-1084.
3. Martin BG et al. *Allergy Asthma Proc* 2007; **28**(2): 216-225.
4. Kaiser HB, Naclerio RM, Given J et al. *J Allergy Clin Immunol* 2007; **119**(6): 1430-1437.
5. Ratner P, Andrews C, van Bavel J et al. *J Allergy Clin Immunol* 2007; **119**(Suppl 1): S231.
6. Berger W et al. *Expert Opin Drug Deliv* 2007; **4**(6): 689-701.
7. Berger W et al. *J Allergy Clin Immunol* 2007; **119** (1 Suppl): S231.
8. Godfrey JW et al. *J Allergy Clin Immunol* 2007; **119** (1 Suppl.): S230.k

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

En fullpakket praksisdag hadde nettopp begynt da Mariann Mathiesen ringte meg – «Lyrikkstafetten i Utposten». Etter en hyggelig prat tok jeg utfordringen. Takk for den, Mariann! Mariann og jeg har hatt mange fine musikkopplevelser sammen, det er sant – ikke minst hvor Marianns datter Julie (18) og min sønn Jakob (18) har musisert sammen med oss som stolte tilhørere – det er bare vakkert! De er unge, entusiastiske og flotte. Musikken og vennskapet står sentralt i den alderen! Jeg har en vidunderlig kone, fire flotte barn og en stor god familie – også har jeg noen veldig gode venner! Alle er viktige mennesker i mitt liv.

Diktene jeg skal dele med dere er skrevet av to store nålevende diktere som er kjent for de fleste; Kolbein Falkeid og Jan Erik Vold. Hver for seg har de en stor og innholdsrik diktning bak seg og sikkert mye uskrevet. Diktene jeg har tatt med har med vennskap å gjøre.

Gjennom mitt mer enn 50 årige liv har jeg truffet mange mennesker i mange sammenhenger. Ikke minst har samvær med kolleger på kurs, i smågrupper og ved andre anledninger alltid vært til stor glede for meg – fellesskapsfølelsen er sterk og viktig. Det hadde blitt en stor venneflokk om tiden hadde strukket til! Virkelige venner er for meg noe helt spesielt og Kolbein Falkeid treffer meg veldig sterkt med sitt dikt:

Det er langt mellom venner

Det er langt mellom venner
Mellom venner står mange bekjenskaper
og mye snakk.
Venner ligger som små lysende stuer
langt borte i fjellmørket.
Du kan ikke ta feil av dem.

Venner er ingen selvfølge. Tenk hvor opptatt vi er av at barna våre skal etablere gode vennskap. Tenk på de menneskene vi møter i voksen alder som ikke har venner. Venner og vennskap må pleies. Vi må stoppe opp – ta tid til vennene. Jan Erik Vold sier det kort, fyndig og har gode tips i diktet:

Ta vare

på vennene, ta VARE
på vennligheten, vis gjerne
litt selv om du kan, dagen er blå
og dagen er grønn, dagen
er hvit – det er ikke annet
enn livet det her, vi er alle borte – nå
eller om litt, take it easy menneske
but take it, det er ikke
annet enn virkelighet
vet du, snart er 101 inne snart
er 101 ute – jeg sier:
vennligheten varer lenger, ta VARE
på vennligheten, ta VARE
på vennene – HEI HEI! ta nå
vare på hverandre.

Jeg vil avslutte med et strålende dikt Falkeid må ha skrevet til en av sine beste venner. Første gang jeg leste det, tenkte jeg umiddelbart på min barndoms- og fortsatt beste venn Morten. Det er som diktet er skrevet til oss. Mange vil sikkert kjenne på det samme som meg i diktet:

Treet

Gode vennskap vokser ikke på trær
de er treet.
Rottene graver seg ned i feit eller karrig jord,
bardunerer stammen
og holder byggverket oppreist,
hver rottrevl et år.

Vårt vennskap har en skog av trevler,
et usynlig villnis i det fruktbare mørket.
Vill har vi aldri gått oss der,
men tråkket stier vi kan følge i blinde.

Kom igjen, kamerat.
Treet står, det er ikke meldt uvær
og rotvelte kommer aldri på tale.

Min utfordringer sender jeg til en dyktig og god kollega i Sandnessjøen: Torbjørn Uhre. Som fersk kommunelege i Herøy på vakre Helgelandskysten var han en viktig mentor for meg.

Hilse Pål Myhre

Forbedringsarbeid på en morsom måte

AV ANN-KRISTIN STOKKE

Med stadig større krav til og behov for kvalitets-sikring av medisinsk praksis, er det viktig å ha et system for forbedrings- og avviksbehandling som fungerer på kontoret i en travelt hverdag.

På kommunelegekontoret i Øksnes, min tidligere arbeidsplass, klarte vi med en whiteboard-tavle, tre-fire whiteboardtusjer og en halv ringperm på veggen på spiserommet å få til dette. Morsomt ble det også!

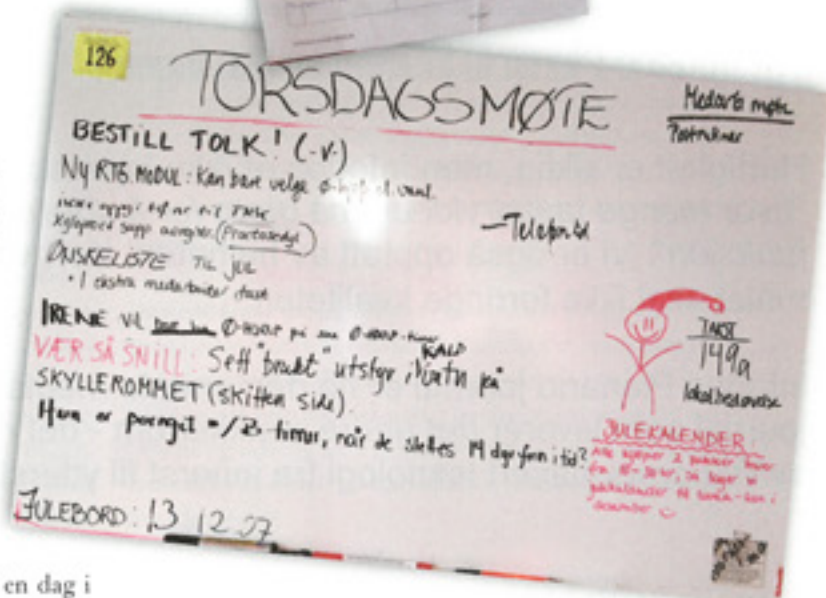
Forutsetningen for å lykkes er faste personal-møter, for eksempel en halvtime til en time fast en dag i uken. Det kreves også en trygghet blant både leger og medarbeidere om at målet med arbeidet er forbedring av kontorets praksis og ikke å kritisere hverandre. Det kan ta litt tid å bli vant til å gi og ta tilbakemeldinger på denne måten.

På tavlen (se bilde) skriver alle gjennom arbeidsuken ned avvik eller ting som ikke fungerer godt nok, eller som man er usikker på rutinene for.

Eksempler på irritasjonsmomenter:

- En lege glemmer gjentatte ganger å titte i kontorhyllen i løpet av dagen. Pasientene må komme innom flere ganger og spørre etter noe som er lovt, det blir flere pasienter i luken og misnøye.
- Øyeblikkelig hjelp-timene brukes av lege eller medarbeider før aktuelle dag, slik at det blir for få akuttimer en (eller helst mange) dager.
- Medisinene i skapet mangler eller er gått ut på dato.
- Hvordan var det nå vi skulle føre svaret på urin-stix inn i Winmed?

Den som oppfatter dette som en utfordring/irritasjon/problem, skriver noen stikkord på tavlen med en gang. På neste personalmøte går møteleder gjennom punktene på tavlen, et av gangen. Den som har skrevet ned problemet, forteller hva det dreier seg om, og om han eller hun har gjort seg noen tanker om løsning. De som ønsker det, kommer med tanker og synspunkter om problemstillingen og vi blir enige om en løsning eller tiltak. En eller flere defineres som ansvarlige for oppfølging.



For å huske hva vi blir enige om og evaluere effekt, skrives punktene Problemstilling – Tiltak – Ansvarlig inn i eget skjema på papir, og henges opp i en halv ringperm (se over tavlen), der det blir stående. Deretter strykes saken fra tavlen.

Papiroppsummeringen gjør at de som ikke var på møtet, kan lese gjennom hva som ble tatt opp neste dag på jobb. Dersom samme sak kommer opp tre uker eller fem måneder senere, kan vi også gå tilbake og sjekke hva vi egentlig ble enige om. Dersom man har et godt internkontrollsystem på data på kontoret, vil det være naturlig å også skrive dette inn der etter hvert, vil jeg tro, men fordelene med papirversjonen er at den synes hver dag og er lett tilgjengelig mens man fyller kaffekoppen.

Det er veldig tilfredsstillende å se så konkret problemløsning under et personalmøte, tavlen blir hvitere og hvitere, og problemene «forsviner». Når det oppstår frustrasjon i hverdagen, er tavlen også et sted å raskt kunne «legge fra seg» frustrasjonen, før man fortsetter arbeidet. Som bonus kan tavlen brukes til ros, «ukens takst», påminning om julebord og annet stort og smått i hverdagen!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
annkristin_stokke@hotmail.com

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!

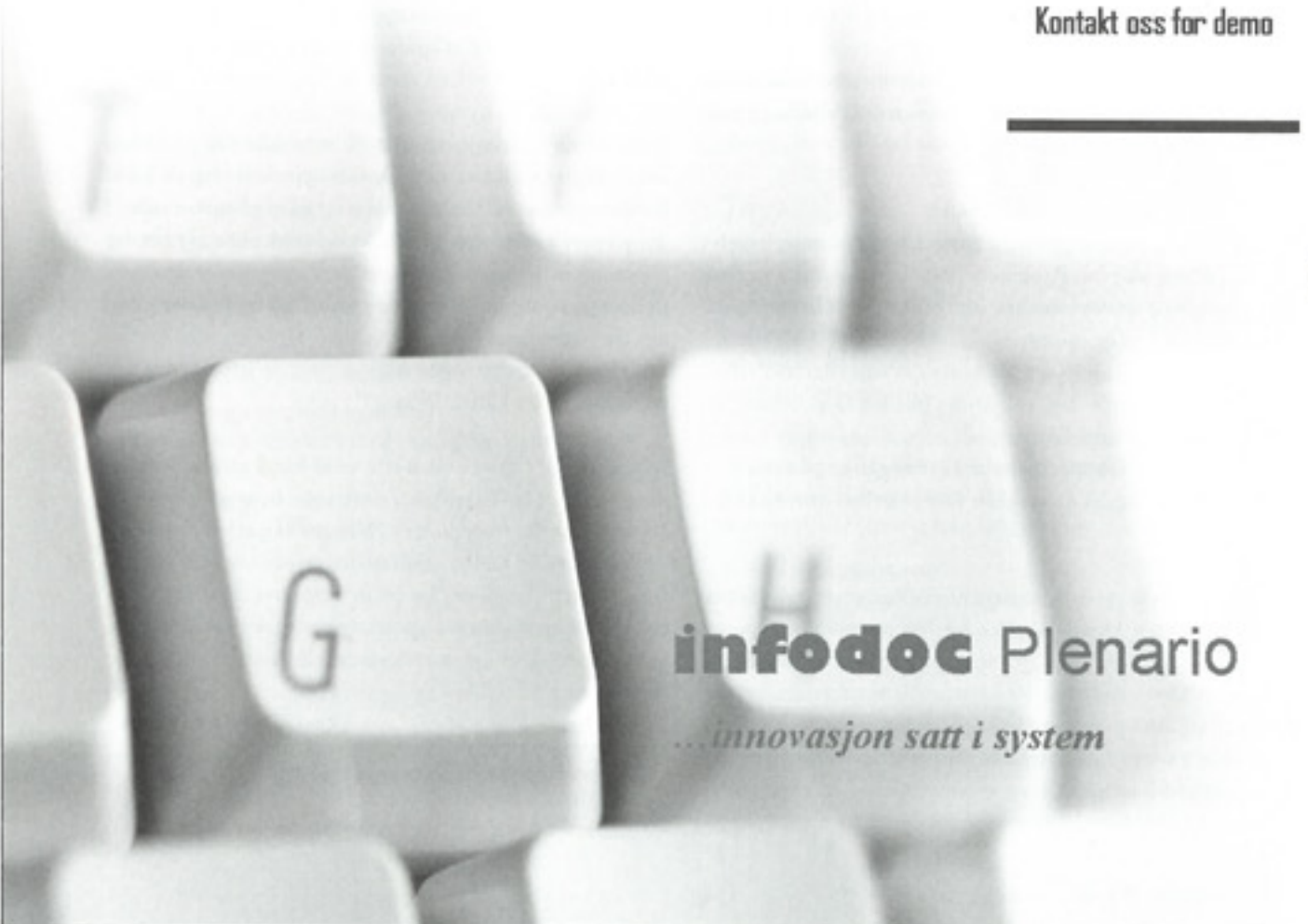
Infodoc as

► 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

Legeskrekk

Historier fra
virkeligheten

Denne historien handler om hvordan Maria, en 85 år gammel dame med legeskrekk, har mottatt helsehjelp.

Jeg kom første gang i kontakt med Maria i 2002 da jeg ble akutt tilkalt i et hjemmebesøk.

Pårørende som «bestilte» besøket fortalte om en svært bestemt dame som i de siste 50 årene hadde hatt en svært legeskrekk: På grunn av dette hadde hun skjult og bortforklart alle plager for å unngå at familien skulle tilkalle lege. Det siste året hadde Maria blitt tynnere og mer ustødig og siste tid hadde hun vært sengeliggende mye av dagen. Familien hadde stelt henne da hun nektet kontakt med hjemmesykepleien. To til tre dager før hjemmebesøket hadde hun falt og klarte ikke å komme seg ut av senga uten hjelp. Dagen før besøket hadde hun sett personer i rommet som ikke var der, fortalt at hun hadde vært bortført og at tyver hadde tatt seg inn til henne. Pårørende mente at Maria var blitt psykisk syk og at hun trengte en innleggelse.

Maria tok imot meg avmålt, men høflig og forklarte seg greit i perioder, men innimellom kom lange detaljerte historier om tyver, bortføringer og innviklede seremonier. Hun lot meg motvillig undersøke henne og sa tydelig ifra om at «ingenting feilte henne». Da jeg avslutningsvis sa jeg ville anbefale en kortvarig innleggelse på sykehus, nektet hun plent, sa at hun ikke aktet å bli med noen ambulanse dersom jeg tilkalte en. Hun var «frisk» og ønsket ikke verken sykehus eller legebehandling. Jeg inngikk avtale med pårørende om at vi skulle ta kontakt med hjemmesykepleien. Maria gikk motvillig med på å ta en liten dose antipsykotika daglig.

Allerede få dager etter oppstart med antipsykotika var hun uten vrangforestillinger og tok godt imot hjemmesykepleien når de kom på sine daglige besøk. Ved hjelp av hjemmesykepleien fikk Maria tatt blodprøver. Etter en måned ble antipsykotika seponert uten at vrangforestillingene kom tilbake.

De neste årene ble jeg tilkalt i sykebesøk et par ganger i året samt hadde møter og telefonisk kontakt med hjemmesykepleien og pårørende. Maria hadde plager med en lett hjertesvikt, et par luftveisinfeksjoner og distorsjon av ankel med hevelse og smerter men nektet røntgenundersøkelse. Maria syntes å ha akseptert oss som hjelpere men nektet å flytte seg ut av hjemmet.

Under et sykebesøk i 2005 kom det fram at synet var blitt gradvis dårligere, og det ble klart at hun hadde en langtkommen grå stær. Etter en diskusjon med henne om dette sa hun at dersom hun kunne få komme direkte til sykehuset og få operert «stæren» i en og samme seanse kunne hun kanskje klare å møte på sykehuset. Jeg lovet å prøve å få sykehuset med på denne planen men sa samtidig at dette var utenfor sykehusets rutiner. Tilbake på kontoret skrev jeg en henvisning til øyenavdelingen med beskrivelse av pasienten ønske og begrunnelsen for denne.

Seks måneder etter henvisningen ringte pasienten selv til meg for første gang. Hun fortalte at hun hadde sendt sitt barnebarn ned til meg med en orkidé. Hun var blitt operert for grå stær i begge øyne og kunne nå lese avisa og se TV uten problemer! Hun var svært fornøyd med livet og med å ha meg som fastlege!

Ved siste hjemmebesøk var hun i fin form og hadde ingen klager på helsen som 85-åring!

Marte Walstad




RELIS

PRODUSENTUAVHENGIG LEGEMIDDELINFORMASJON

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

Reductil (sibutramin) og graviditet

Spørsmål til RELIS

RELIS har den siste tiden fått en rekke henvendelser fra allmennpraktikere om Reductil (sibutramin) og graviditet. Hvilken dokumentasjon er tilgjengelig om eventuell fosterskade etter eksponering i første trimester?



ILLUSTRASJONSFOTO: ALEX HINDS

Skader på det befruktet egg eller embryo inntil ca. tre uker etter befruktning (ca. fem uker etter begynnelse av siste menstruasjon) fører oftest til spontanabort, mens senere skader enten kan gi abort eller teratogen effekt. Små eller større strukturelle misdannelser forekommer hos ca. fire til fem prosent av alle barn. Halvparten oppdages ved fødselen og resten vanligvis i løpet av det første leveåret. I tillegg kommer ulike funksjonelle forstyrrelser uten misdannelser og defekter i mental utvikling. Sannsynligvis er xenobiotika ansvarlig for bare en liten del av fosterskadene (1).

En oppslagsverk beskriver en rapport om utfall av to graviditeter der mor hadde brukt sibutramin tidlig i svangerskapet. Kvinnene brukte 10 mg daglig i henholdsvis uke 4-6 og uke 4-8, og begge fødte friske barn som var normalt utviklet ved 18 og to måneders alder. I følge oppslagsverket tyder dyredata på lav risiko for misdannelser, men mengden humandata er for begrenset til å bestemme en eventuell risiko (2).

En svensk kilde anbefaler at sibutramin unngås tidlig i svangerskap, men dersom eksponering har skjedd er ikke dette abortindikasjon. I det svenske medisinske fødselsregisteret finnes 67 tilfeller der mor var eksponert for sibutramin i svangerskapet. Seks av barna (9 %) hadde en misdannelse, noe som er høyere enn i normalpopulasjonen. Misdannelsene som ble sett var leppeganespalte, ventrikkelseptumdefekt, forkammerseptumdefekt kombinert med åpen ductus arteriosus, polydaktyli, uspesifisert øremisdannelse og uspesifisert hudmisdannelse. De anser det som lite trolig at sibutramin har fosterskadelig effekt, men at den høye misdannelsesfrekvensen og de to tilfellene av hjertemisdannelser taler for forsiktighet (3).

I en epidemiologisk studie gjennomført av et italiensk senter for teratologi, ble 52 kvinner intervjuet om sibutramindose, bivirkninger, indikasjon, eksponeringsperiode, vekttap i behandlingsperioden, diett og andre legemidler. De ble oppringt flere ganger i løpet av svangerskapet, og til og med en måned etter nedkomst. Etter fødselen registrerte man barnets tilstand, eventuelle fødselsdefekter og neonatale komplikasjoner. Alle pasientene ble eksponert for sibutramin i første trimester, og seponerte når

ILLUSTRASJONSFOTO: UNOM ZHOLBOV



gravitet ble oppdaget (gjennomsnittlig eksponeringstid var 16 dager). Det ble registrert åtte spontanaborter, fem elektive aborter, tre for tidlig fødte og 36 fødte til termin, totalt 40 levendefødte barn (en tvillingfødsel). Fire av ni pasienter som hadde en vektneidgang på over en kg/uke spontanaborterte og én fikk diagnostisert trisomi 18 og valgte å avslutte svangerskapet. Ingen av barna fikk påvist spesielle avvik ved 1 måneds alder. Antall pasienter er for lavt til å utelukke sjeldne misdannelser, men forfatterne mener resultatene ekskluderer en høy risiko. Oppfølgings-tiden er også for kort til å kunne utelukke kardiologiske defekter siden noen av disse først kan vise seg senere i barn-dommen. Forfatterne poengter at sibutramin og streng diett ikke er passende under graviditet (4).

Konklusjon

Mengden humandata er for liten til å utelukke at sibutramin har teratogen effekt, og i følge flere kilder bør sibutramin unngås ved graviditet. Oppfølgings-tiden av eksponerte barn har vært for kort med tanke på å avdekke eventuelle seneffekter.

Om eksponering allerede har skjedd er det imidlertid ingen grunn til å avbryte svangerskapet, men sibutramin bør seponeres.

Solveig Worren og Lars Småbrekke

Referanser

1. Norsk legemiddelhandboka for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (10.01.2008).
2. Briggs GG, Freeman RK et al, editors. Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk 2005; 7th ed.: 1462–3.
3. Källen B, Källen K. Läkemedel och fosterskador. <http://www.janusinfo.se/gravreg/> (Sist oppdatert: 01.09.2006).
4. De Santis M, Straface G et al. Early first-trimester sibutramine exposure: pregnancy outcome and neonatal follow-up. *Drug Saf* 2006; 29(3): 255–9.

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 7 g inneholdende: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdekkerte 10 mg. Hver tablett inneholder: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. 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 krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dextrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetar-kost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III–IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsett nyrefunksjon: Ved lett nedsett 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 oppfølgningsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5–29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsett 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, laktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktose-intoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy 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 dextrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortison eller kombinasjonspreparater med hydrokortison er mulig. Enkeltskift eller økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på høy lipofilitet stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og søvnrolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, søvnforstyrrelser. Krampeanfalle er rapportert svært sjeldent. Enkeltskift eller økte psykiske 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/FGIFTNING:** Symptomer: Hvu. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, søvnrolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbevegelser (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, søvnrolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble reinituert. Behandling: Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patalogisk 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 akuttisk urin kan bli redusert med en faktor på 7–9. Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80.

Sist endret: 29.10.2007

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

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

Bivirkninger og diabetes – om ikke å se skogen for bare trær

Selv om sammenhengen mellom årsak og virkning kan være ganske innlysende, er det ikke alltid lett å få øye på den med en gang. Det er fordi man som regel fortaper seg i detaljer eller på annen måte lar seg avlede. Et lærerikt eksempel er fra egen legepraksis og omhandler bruk av et potensielt diabetogen legemiddel.

JULI 2007: Bjørg (72 år) tilbringer mesteparten av dagen i rullestol. Hun har hemiplegi og afasi etter to tidligere hjerneblødninger, og hun behandles for diabetes og moderat hypertensjon. Fraværet av språk samt en beskeden grad av kognitiv svikt gjør at hun er prisgitt andres beslutninger om egen helse og behandling. I realiteten er hun en pleiepasient, men hun klarer fortsatt å bo hjemme – takket være en frisk ektemann som ser det som en livsoppgave å ta hånd om sin hjelpetrequende kone. Han har mye kunnskap om diabetes og styrer Bjørgs insulinbehandling på en forbilliglig måte. I de to årene jeg har vært hennes lege, har vi hatt kvartalsvis avtaler på legekontoret eller sykebesøk i hjemmet. Ved hver kontroll er jeg like imponert over diabetesdagboken som ektemannen fører med nitid korrekthet.

Foruten insulin, behandles Bjørg med et blodtrykksmiddel og statiner. Hun får også det stemningsstabiliserende legemidlet olanzapin (Zyprexa) – en medisin som hun har brukt fast i mange år, på grunnlag av en tidligere psykiatrisk diagnose. Til tross for regelmessig blodsukkermåling og ditto justering av insulindosene, har Bjørgs HbA1c-verdier det siste året vært ustabile og svingt mellom 7- og 10-tallet. Dette har jeg foreløpig valgt å avvente ut fra en vurdering av hennes totalsituasjon: sammensatte helseplager, passivitet, overvekt og et marginalt funksjonsnivå. Hennes generelle helsetilstand er jo uforandret og øvrige metabolske parametre

er tilfredsstillende. Et visst slingringsmonn på langtids-sukkeret må man iblant bare akseptere, tenker jeg – inntil jeg en sommerdag blir konfrontert med et våkent spørsmål fra ektemannen: «Kan blodsukkeret ha noe med Zyprexa å gjøre, doktor? Hun har brukt medisinen i over 10 år. Den virket nok bra den gang hun gikk hos psykiateren – men jeg lurte på om hun egentlig trenger den?»

Han hadde nylig lest at bruk av dette legemidlet kan gi forhøyede glukosenivåer. Nå foreslo han å gjøre et forsøk med å trappe ned olanzapindosen fra 10 til 5 mg daglig – og se om dette kunne gi utslag på Bjørgs HbA1c-verdier, og kanskje også hennes allmenntilstand. Hvis dosereduksjon hadde effekt, var tanken hans å kutte ut medisinen helt. Han ville konferere med meg før han foretok seg noe.

Jeg kjente også til faren for høyt blodsukker forbundet med bruk av olanzapin og visse andre psykofarmaka. Imidlertid hadde jo Bjørg i årevis brukt Zyprexa uten at det hadde ført til metabolske problemer. Så hvorfor skulle hyperglykemien komme først nå? På den annen side kunne jeg ikke annet enn applaudere et fornuftig forslag fra ektemannen, og jeg erkjente samtidig at jeg kanskje hadde sovet i timen. Hadde jeg – i stedet for å overveie en farmakologisk årsak – stirret meg blind på insulinbehandling og metabolske forklaringsmekanismer? Og ikke sett skogen for bare trær?

AUGUST 2007: Mannen fikk rett. Bare noen uker etter halvering av olanzepindosen, begynte Bjørg å kvikne til. Jeg hadde aldri sett henne trekke på smilebåndet før, men det var nettopp et smil jeg fikk da hun kom til legetime seks uker etter dosereduksjonen. Og endatil ga hun meg et håndtrykk. Til min forundring kunne hun nå reise seg og



stå på beina uten nevneverdig hjelp. Da vi tok laboratorieprøver, viste det seg at HbA1c-verdien hadde falt for første gang på mange måneder: fra 8- til 7-tallet. Vi besluttet å seponere olanzepin.

OKTOBER 2007: Etter ytterligere noen måneder kunne diabetesdagboken attestere penere morgensukkerverdier enn tidligere. Ut på høsten krøp HbA1c-verdien ned til 6,5 og den holdt seg under 7-tallet i tiden som fulgte. Bjørg var ikke til å kjenne igjen; hun var mer våken og kommunikativ og ga også språklig kontakt. Hun hadde til og med gått litt ned i vekt.

Effekten av seponering var frapperende. Nå, snart ett år etter seponering, er Bjørgs vedvarende hyperglykemi en saga blott. Hennes funksjonsnivå er fortsatt preget av slagsekvele, men hun og mannen har fått bedre livskvalitet. Og jeg er blitt mer oppmerksom på diabetogene bieffekter av legemiddelbruk.

SPC – en nyttig informasjonskilde

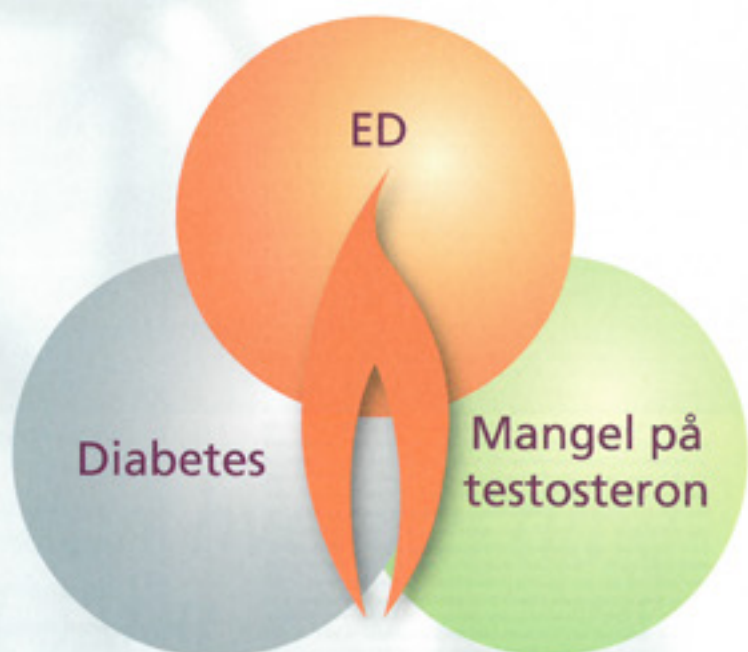
Legemidler og naturlegemidler som gis markedsføringstillatelse i Norge får en preparatomtale eller SPC (Summary of Product Characteristics) som beskriver preparatets karakteristika, effekt, bivirkninger m.m. For Zyprexa gjelder følgende advarsler og forsiktighetsregler:

Hyperglykemi og/eller utvikling eller forverring av diabetes, av og til assosiert med ketoacidose eller koma, inkludert enkelte fatale tilfeller, er sett i meget sjeldne tilfeller. I noen tilfeller er forutgående vektøkning rapportert, hvilket kan være en disponerende faktor. Hensiktsmessig klinisk overvåkning spesielt av diabetikere og pasienter med risikofaktorer for utvikling av diabetes mellitus anbefales... Uønskede lipidendringer er sett hos olanzapinbehandlede pasienter placebokontrollerte studier. Lipidendringer bør behandles klinisk relevant.

Tom Sundar

LEVITRA®
(VARDENAFIL HCI)

For mannens helse



- Erekttil dysfunksjon (ED) er ofte markør for annen sykdom¹
- LEVITRA - dokumentert effekt hos menn med diabetes²
- LEVITRA virker på 10 minutter for noen menn og innen 25 minutter for de fleste³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

¹ Vinik et al, Diabetes reviews, Vol.6, Number 1, 1998
² Goldstein et al., Diabetes Care 2003;26:777-783
³ Montford P et al., J Sex Med 2004;1:166-176
For preparatomtale, se side 48



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 engangspipetter 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

Nyhet!



SPIRIVA®

Nå på blå resept

for KOLS-pasienter
med $FEV_1 \leq 65\%^*$

* Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

For preparatortale, se side 32