



Innhold:

LEDER: Kvalitetsarbeid i våre hjerter? Av JESPER BLINKENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Solen må aldri gå ned to ganger over en kvinne i fødsel. ANDERS SEIM INTERVJUET AV ANN-KRISTEN STORKE	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: TrinnVis – en firkantet runding. JANETTE THISEN INTERVJUET AV JESPER BLINKENBERG	7
Convensjonell blodtrykksmåling. Av RUNE MO	12
Sosiale helsegradienter i arbeidslivet – hva vet vi? Av HANS MAGNE GRØNSETH OG PETER KRISTENSEN	16
Opioider ved behandling av langvarige non-maligne smerter. TELRETTELagt AV INGARD LØGE	21
Destinasjon Cuba – for å lære om helsestell. Av GJERTRUD LØDDEN	27
Medisinens rolle i litteratur- og kunsthistorien. Av PERNILLE NYLÉN	30
Hvordan kan du som fastlege møte dine lesbiske og homofile pasienter på en god måte? Av MARI BJØRCKMEAN	35
Brev til redaksjon vedrørende «Behandling av impetigo». Av LISE K. ANDRESEN	38
Lokalt fusidin eller ikke i behandling av impetigo. SVAR TIL LISE ANDRESEN AV SVERRE RØRTVEIT	39
Faste spalter	43

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

TEL: 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

Snøråshagen 4

5238 Rædal

TEL: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TEL: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrcin@online.no

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@yahoo.no

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

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:

Stentrapp

foto: Jesper Blinkenberg

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Kvalitetsarbeid i våre hjerter

En god kollega og jeg har av og til noen samtaler, gjerne telefonsamtaler, som får en absurd vending til glede for oss begge. En av dem forløp omtrent slik.

- Hallo?
- Er det fra tilsynsmyndighetene?
- Det er det.
- Det var da som bare...
- Overgi dere. Vi har omringet bygningen. Legg fra dere alle internkontrollpermer og kom ut med hendene over hodet.

Det var jo bare tøys, men som Piet Hein sier: «Den som kun tar spøk for spøk og alvor kun alvorlig, han og hun har faktisk fattet begge deler dårlig.» Den lille spøken illustrerer en del helsearbeideres forhold til internkontrollsystemer, som tykke permer vi har i hyllen, først og fremst til bruk som vern mot merknader og avvik hvis tilsynet kommer på besøk. Dette er i endring etter hvert som vi i helsevesenet ser fordelene av kvalitetsarbeide. Men allmennlegene har ikke vært i forkant her, ikke ennå. Det skyldes flere forhold, men ikke minst at våre virksomheter er små og oversiktlige, og at vi derfor ikke har følt behovet for skriftlige prosedyrer. I dette nummeret av Utposten presenterer vi TrinnVis som ventelig vil snu opp ned på innstillingen til kvalitetsarbeide og internkontroll. Internkontrollpermene brennes på bålet mens datafiler produseres så harddisken går i spinn. TrinnVis lover oss et smart system som gjør kvalitetsarbeidet både lettere å komme i gang med og mer oversiktlig å jobbe med. På toppen av det hele loves det at TrinnVis vil oppleves som svært nyttig og heve kvaliteten på vårt daglige arbeid for pasientene. Vi gleder oss.

Kunnskap om undersøkelser og prosedyrer vi gjør hver dag er viktig for kvaliteten av vår praksis. Små systematiske feil kan i løpet av tid gjøre store utslag. I dette nummeret presenterer vi en grundig gjennomgang av blodtrykksmålingen. Det er en velkjent prosedyre men vi har nok likevel noe å lære, og kanskje tips å putte inn i TrinnVis?

Korrekt bruk av de sterkeste virkemidler vi har, er viktig for kvaliteten i vår daglige praksis også når hva som er rett endrer seg. I artikkelen om bruk av opioider ved behandling av langvarige non-maligne smerter presenteres de siste terapianbefalingene fra Statens legemiddelverk på dette området.

Høst og høstutstilling. I dette nummeret føres den medisinsk vinklede debatten om kunsten og kunstneren videre. Skal kunsten stå for seg selv, eller ligger forståelsen av den hos kunstneren og kunstnerens kropp og sykdom. Vi bør være varsomme med å plukke fra hverandre kunstverk og redusere til resultater av kunstnerens sykdom. I sin ytterste konsekvens ville det bety at helsevesenet ved å bekjempe sykdom også kjemper mot denne kunsten. På den annen side kan det å vise til berømte kunstneres mentale sykdom være med å heve selvfølelsen til psykisk syke. Dette er en pasientgruppe med lav status i et fremdeles tabubelagt område av medisinen. Men likevel, å tolke kunsten kun i lys av kunstnerens sykdom er noe annet.

Om kunstnerne er syke eller ikke syke så er vel de uføre det? Likevel er det andre faktorer som også kjennetegner denne gruppen, eller som predikerer risikoen for å havne i den. Utposten presenterer i dette nummeret en artikkel med et mer langsiktig perspektiv på arbeidsførhet. Den viser at mye av grunnlaget for funksjonsnivået i arbeidslivet legges i barndommen. Kan hende det inkluderende arbeidsliv også må ha en forkant i skolen, og at legeattester om fravær og fritak for kroppsøving skiftes ut med en dialog med lærer om hva man kan gjøre og hva man ikke kan gjøre, og med vide fullmakter for egenmelding?

Jesper Blinkenberg

Utpostens
dobbeltime

- Solen må aldri gå ned to ganger over en kvinne i fødsel

Anders Seim
INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE

Etter 25 år som norsk allmennlege og bedriftslege, har Anders Seim nå jobbet full tid med internasjonal

folkehelse siden 2001. Gjennom organisasjonen

Health & Development International (HDI) har han i 18 år jobbet for verdighet og for å styrke fattige befolkningers sosioøkonomiske muligheter ved å bidra i bekjempelsen av guineaorm, elefantiasis og de siste årene også fødselsfistler og mødredødelighet. Med base på HDIs kontor på en kai på Nesoddens vestside mobiliserer og koordinerer han organisasjoner, politikere og frivillige landsbymedarbeidere i flere land.

I juni ble Anders Seim, som eneste utlending, tildelt Harvards *Alumni Award of Merit* innen folkehelse for 2008. Prisen deles ut til tidligere studenter ved Harvard som har gjort et betydelig arbeid innenfor folkehelse, og 60-åringen er den hittil eneste nordmannen som har fått prisen.

Hvordan kan en organisasjon som i praksis er drevet av en mann bidra på denne måten?



FOTO: KENT DAYTON

UTPOSTEN: Veien fra allmennpraksis og bedriftshelsetjeneste, der du startet legelivet, til forebygging av tropiske sykdommer, kan virke lang. Hvordan startet dette?

AS: Jeg begynte yrkeslivet som doktor på landet i kombinasjon med bedriftshelsetjeneste, først i Lier og deretter på Nesodden i 1982. Mesteparten av tiden jobbet jeg i solo-praksis, og syntes det var fabelaktig å kunne delta på de mange gode kursene for allmennleger. Det var under et slikt kurs i Ålesund at jeg overhørte en samtale mellom noen kollegaer jeg passerte. De snakket om en som hadde tatt et ett-års studium i folkehelse ved Harvard. Jeg gikk bort til dem, forklarte at jeg hadde overhørt samtalen, og lurte på om det var riktig, at et masterstudium i folkehelse på Harvard kunne gjøres på bare ett år? Ja, det kunne de bekrefte.



Dr. Anders Seim mottar Harvards utmerkelse for sine bidrag innen folkehelse. FOTO: KENT DAYTON

Jeg søkte og fikk plass studieåret 1987/88. Familiemessig var det et godt tidspunkt å flytte til Boston i USA. Sønnen vår var ferdig med første klasse og datteren skulle begynne på førskolen. Begge lærte engelsk godt i løpet av året. Studiet var fantastisk spennende. Det var en obligatorisk del på seks måneder, og seks måneder med valgfrie fag der jeg blant annet valgte emner innenfor administrasjon og bistandsfag på Kennedy School of Government og organisasjonsfag ved Harvard Business School. Jeg har ofte lurt på hvordan en person kan være sjef i for eksempel IBM. Hvordan klarer en person å være leder for kanskje 100 000 ansatte, er det mulig?

På Harvard tipset en etiopisk medstudent meg om en gjesteforeleser, Don Hopkins. Temaet var utryddelse av guineaorm. Guineaorm er en mark på en meters lengde,

som lever i menneskekroppen et år etter man har fått i seg infisert vann, før den baner seg vei gjennom huden hvor som helst på kroppen. I 1987 var anslagsvis 3,5 millioner mennesker i 20 land smittet. Mens ormen jobber seg ut av huden gjennom tre til åtte uker har personen mye smerter og dårlig funksjon. Barn får høyt skolefravær, mange dropper ut av skolen, arbeidsfolk klarer ikke å bidra i innhøstingen og landbruket og barn går for lut og kaldt vann. I tillegg gjør guineaorm noe med folks verdighet.

Det som tente meg, var at man faktisk hadde visst hva som skulle til for å utrydde sykdommen helt siden 1800-tallet: rent vann og filtrering av vann før det drikkes fra kuller der noen kunne ha «deponert» larvene mens de hadde for eksempel en affisert fot i vannet.

Jeg tenkte derfor at støtte til utryddelse av guineaorm måtte være midt i blinken for Norge, og tok kontakt med NORAD og andre deler av norsk bistandsmiljø for å forsøke å formidle kontakt til Dr. Hopkins, uten å lykkes. Ettersom 75 prosent av bistandsmidlene til Afrika kommer fra Europa, forsøkte jeg så å mobilisere europeiske bistandsorganisasjoner, og mislyktes med det også. Det første året brukte jeg på dette, samtidig som jeg lette etter en organisasjon å jobbe i. Problemet var at oppgaven ikke passet organisasjonenes arbeidsmåte. Å utrydde en sykdom krever samordnet og samtidig innsats over et stort geografisk område, mens mange organisasjoner jobber i mindre områder. Det var også et problem at det innenfor tradisjonelt bistandsarbeid ikke var rom for å bruke penger i rike land selv om effekten kommer i fattige land. Så vi, altså et styre i USA og jeg, startet Health & Development International (HDI) i 1990. Driften har hele tiden skjedd fra Norge, men fordi man i USA har en helt annen tradisjon med innsamling og veldedighetsarbeid, var det naturlig å stifte organisasjonen der. Fortsatt sitter Dr. Don Hopkins i HDIs styre.

UTPOSTEN: Navnet Health & Development International favner både helse og utvikling. Selv om du siden 2001 har jobbet fulltid i organisasjonen, og avvirket allmennlegejobben på Nesodden, er det fortsatt en liten organisasjon med bare en ansatt. Hvordan jobber du og dere for å oppnå resultater?

AS: Fordelene med en så liten organisasjon, er at vi har muligheten til å handle raskt. Det er mye av arbeidet som skjer gjennom andre organisasjoner. Å jobbe politisk for å sette fokus på de tingene vi jobber med er også viktig. I bunnen er det meste arbeidet basert på frivillige medarbeidere i byer og landsbyer og deres innsats. Et eksempel er utdelingen av sugerørsfiltre til ni millioner sudanese på begge sider av borgerkrigen i Sudan i 2001 for å forebygge guineaorm. Når befolkningen måtte flykte, fikk de ikke med seg vannkrukkene og filtrene de vanligvis brukte. Ved hjelp av Norsk Hydros petrokjemidivisjon, deres ansatte og fagforeninger, Kirkens Nødhjelp og over 40 organisasjoner som jobbet i Sudan, lyktes vi å dele ut filtre som en kan henge rundt halsen og alltid ha med seg, for også på flukt å sikre vann fritt for guineaorm. Dette prosjektet ble senere

Entusiastisk demonstrasjon av undervisningsmaterieil om fødselsfistler. 1990-1992



supplert med flere sugerørsfiltre og bandasjevesker fra medisinstudentenes humanitæraksjon i 2003. På den måten fikk også de som var blitt syke hjelp. Medisinstudentene og Hydros folk gjorde en kjempejobb!

Vi ønsker også å være en katalysator for nye prosjekter. Mange tiltak, både ute og her hjemme, begynner som små, lokale initiativ som etter hvert innlemmes i den eksisterende, offentlige tjenesten. I Norge har vi for eksempel Luftambulansen, som startet som et privat tiltak. Helsestasjonene ble mange steder drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening før de ble en del av det offentlige helsevesenet. På grensen mellom Ghana og Togo, som har liten tradisjon for samarbeid og har ulike offisielle språk, koordinerte HDI et prosjekt med utdeling av gratis medisiner for å forebygge elefantiasis. Ved å jobbe fra begge sider av et grenseområde der det var mye elefantiasis, unngikk man resmitte og fikk stor reduksjon i forekomst av sykdommen. Da dette arbeidet viste seg å fungere, ble det senere overtatt av nasjonale myndigheter i begge land. Prosjektet bidro på den måten også til å fremme samarbeid over landegrensene.

Målet har helt fra starten vært å bidra til en generell utvikling i utviklingsland, i tillegg til å fremme helse. Når en stor del av befolkningen er «ute av drift» på grunn av sykdom, er det vanskelig for et samfunn å utvikle seg. I Nigeria sank skolefraværet fra 60 til 13 prosent da guineaormen forsvant, arealet dyrket land økte med 25 prosent og jordbruksproduksjonen økte 40 prosent. Dette er viktige endringer for et samfunn rent økonomisk, men det handler også om å bidra til menneskers verdighet.

I det prosjektet vi akkurat har satt i gang og er ansvarlig for, er nettopp verdighet sentralt. I 2004, da guineaorm og elefantiasis var på god vei til å bli utryddet, ønsket vi å se om vi kunne bruke de organisatoriske teknikkene fra spissede prosjekter også på ikke-utryddbare sykdommer. Fødselsfistler er en varig og svært nedverdiggende skade, som gir redusert inntektsevne og er stigmatiserende et helt liv. Samtidig er fødselsfistler en markør for dødelighet for mor og barn under fødsel. Det finnes etter hvert gratis tilbud om kirurgisk behandling av fødselsfistler noen steder, og det jobbes med langsiktige tiltak som utdanning av jordmødre og generell utdanning til kvinner. Men er det mulig å forebygge fødselsfistler og, med dette som katalysator, også barne- og mødredødelighet innenfor en kortere tids-horisont?

I februar 2008 startet et pilot-prosjekt i regionen Bankilare i Niger. Bankilare er et multietnisk, tilnærmet veiløst, vannløst og strømløst ruralt område, dobbelt så stort som Vest-



OTTO NERZ

fold. Området har 100 000 innbyggere, og har nylig fått mobiltelefondekning. Som mange andre steder, er ikke helsetjenester gratis. Dersom en kvinne går i fødsel, denne drar ut og det kan bli behov for å reise til sykehus, skjer ikke dette dersom mannen ikke er hjemme og sier at han vil betale for reisen til sykehuset og sykehusoppholdet. I det nyoppstartede prosjektet er det i hver landsby i området to frivillige, en kvinne og en mann. Begge gjennomgår et tre dagers kurs. Kvinnen har som oppgave å snakke med de gravide i landsbyen, og mannen skal spesielt snakke med mennene. Målet er å få avtalt på forhånd, at dersom fødselen setter i gang og trekker ut, kan den frivillige få henne til sykehus, også om mannen ikke er hjemme. En regel er at solen aldri må gå ned to ganger over en fødende kvinne.

Om det ser ut til å skje, skal den frivillige ta kontakt med nærmeste ambulanse på mobiltelefon. Hvis mobilnettverket ikke virker skal en bruke eselkjerre til å kjøre den fødende til nærmeste sykestue, der det finnes radiosamband. På denne måten kan kvinnen komme til sykehus i tide til å få gjort keisersnitt og kanskje unngå fødselsfistel og andre fødselskomplikasjoner.

Hver måned registrerer de frivillige også antall gravide i landsbyen, hvor mange som går til svangerskapskontroll, hvor mange som føder i landsbyen og hvor mange som sendes av gårde på grunn av forlenget fødsel. Noe av målsetningen på lengre sikt er å bidra til at flere føder på sykestue hos helsepersonell. Registreringene samles inn månedlig av veiledere i prosjektet, som reiser ut til landsbyene. De frivillige driver også undervisning om fødsel, fisteldannelse og hvordan det kan forebygges, ved hjelp av en «flipchart» i stoff med vannfaste bilder.

UTPOSTEN: Å drive vellykket forbygging ved hjelp av frivillige krever sannsynligvis stor motivasjon og enkle instruksjoner og skjemaer. Har du, gjennom din erfaring, gjort deg noen tanker om forutsetninger som må være tilstede for at denne type prosjekter skal kunne lykkes?

AS: Ja, det ser ut til at det er fem kriterier som er viktige for å få til en effektiv bruk av lokale frivillige. Alle kriteriene bør også være oppfylt for at det skal være etisk akseptabelt å be frivillige i fattige samfunn om å bruke tid på et slikt prosjekt, tid som ellers kunne vært brukt til annen innsats for familie og samfunn.

Det første er at diagnosen må være like enkel å stille for en frivillig som for en lege, for eksempel er solnedgang under en fødsel like lett å vurdere for en ufaglært som for en medisinert. Når frivillige håndterer en situasjon riktig, må det med stor sannsynlighet påvirke det kliniske forløpet, i dette tilfellet forekomst av fødselsfistler og dødsfall som skyldes forlenget

fødsel. Samtidig må tilstanden være såpass vanlig at det er mulig å få erfaring i et begrenset geografisk område, og såpass sjelden at det er mulig å gjøre dette på fritiden.

For at et godt system skal kunne videreføres over tid, må prosjektet tilby årlig oppdateringskurs, regelmessig veiledning med månedlig innsamling av data og regelmessig tilbakemelding av egne og andres resultater. Det årlige oppfriskningskurset for de frivillige gir mulighet for nyrekruttering når noen ikke lenger kan delta, og sikrer kvalitet og motivasjon. Det er også fint å kunne gi de frivillige en ny t-skjorte, tøy til å lage et klesplagg av, eller en annen type «uniform», som synliggjør og skaper identitet og tilhørighet til prosjektet. Sist, men ikke minst, må saken være så viktig for menneskene det gjelder at «alle» vil kunne ønske å bidra til bedring.

UTPOSTEN: Når du nå jobber med forebygging av helsetilstander i utviklingsland, tiltak med betydning for svært mange mennesker, har du gjort deg noen tanker om hvorvidt vi som leger og mennesker i Norge burde føle et større ansvar for dette enn de fleste av oss gjør?

AS: Prinsipielt er det ikke bedre eller viktigere å hjelpe en million mennesker enn ett menneske, slik jeg ser det. Jeg tror vel det viktigste, enten man er lege eller i et annet yrke, er å bidra i verden på en skikkelig måte, der hvor en er og på måter som kjennes riktig for en selv. For min egen del måtte jeg på et tidspunkt velge mellom allmennpraksis og videre internasjonalt forebyggende helsearbeid fordi tiden ikke strakk til. Da valgte jeg HDI. Som hos alle andre er dette en jobb som tidvis sliter. Mens av og til er det veldig gøy å se hva som er mulig å få til. Jeg trives med forandring, og stresser mer av rutine. Derfor er det et utrolig privilegium å kunne gjøre dette, å kunne komme inn i stadig nye rom, møte nye mennesker fra alle samfunnslag og på nye steder der en ellers aldri ville få kommet, og der prøve å gjøre nytte for seg.



Primærmedisinsk uke arrangeres for 10. gang i 2008!

Aplf, NSAM og LSA inviterer til en allmennmedisinsk «happening» som varer en uke til ende!

Vi ønsker å samle flest mulige allmennpraktikere og deres medarbeidere til faglig og sosialt påfyll. Vi byr på spennende kultur program og opptil fem-seks forskjellige fagkurs pr dag!

Vi ønsker å legge vekt på både kliniske, praktiske, teoretiske og etiske problemstillinger, så dette er noe å glede seg til! Hold av uke 44, fra mandag den 27. oktober til fredag den 31. oktober 2008!

Hovedkomiteen for 2008 består av:

Kenneth Sagedal (leder)

Bente Rusten, Helle Dunker, Hanne Thürmer, Gjertrud Lødøen, Petter Brelin, Phuong Ngoc Nguyen, Vegard Vige, Mariann Mathiesen, Torfinn Kleive og Tove Rutle

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.

TrinnVis – en firkantet runding

Intervju med Janecke Thesen om TrinnVis

Mange har ventet i spenning på noe spesielt som skjer denne høsten. Det er ikke høstjakten på fjellet, ikke valget i USA eller cupfinalen, men lanseringen av det komplette kvalitetssystem for legekantor og legevakter, servert på sølvfat av et team med «kvalitetsfreaker» og designere med trygg forankring i allmennmedisinen. Utposten er blant dem som er spent på dette produktet og har tatt en prat med TrinnVis' mor, Janecke Thesen.

UTPOSTEN: Kvalitetsarbeidet har gått trått på mange allmennlegekontor. Nok en dårlig samvittighet å bære på våre stive skuldre. Hvor er permene vår? Hva tror du er årsaken til at mange kvier seg for kvalitetsarbeid?

JT: Det er en del åpenbare årsaker til dette. Kvalitetsarbeide er en av de ulønnete oppgavene som kommer på toppen av det å drive en virksomhet. Det representerer noe mange av oss allmennleger i utgangspunktet verken har utdannelse i eller ønske om å arbeide med. Og vi mangler noen modeller for dette arbeidet. Hvem på kontoret skal gjøre dette arbeid? I og med at det heller ikke har vært noen tilsyn, har heller ikke det vært noen drivkraft for dette arbeidet. Det har for den saks skyld heller ikke vært noen gulrot for dette arbeidet annet enn å være flink pike eller snill gutt, og det er ikke nok.

UTPOSTEN: Hva er egentlig et kvalitetssystem?

JT: Et kvalitetssystem er en skriftliggjøring av alle de styrende strukturene som gjelder på legekantoret og som ikke angår enkeltpasienter. Vi sier at en oppgave som trenger å skriftliggjøres er en prosedyre, og denne samlingen av prosedyrer er grunnstammen i et kvalitetssystem.

UTPOSTEN: Du har jobbet med kvalitetssystemet TrinnVis i noen år. Hva er tanken bak TrinnVis?

JT: Vi vil gi allmennlegene og deres ansatte et verktøy, noe som hjelper dem å komme i gang med noe som hjelper dem til daglig slik at alt kan slås opp ett sted og noe som viser dem at dette er mulig uten å slite seg helt ut.

TrinnVis er også, rett og slett, et elektronisk kurs i kvalitetsarbeid spesielt tilpasset legekantorene. På en måte kan du si at TrinnVis er en firkantet runding. Rundingen symboliserer at ved å gå igjennom TrinnVis fra første til siste bokstav, lærer du kvalitetsarbeid uten å gå på kurs. Det du trenger å gjøre er å snakke sammen med dem du jobber sammen med. Når du er igjennom hele denne kursmodulen, så går TrinnVis over til å bli en firkant. Da har du alle prosedyrene, avtalene, beskrivelsen av organisasjonen, og overordnede dokumenter. Hver gang du trenger å legge til en prosedyre, slette en prosedyre eller revidere avtaler så går du inn, finner det et sted i TrinnVis, gjør endringen en gang, og så blir hele greia rettet opp.

UTPOSTEN: Men hvorfor skal legekantorer og legevakter ha elektroniske kvalitetssystemer? Er det slik at vi ikke har orden på disse oppgavene og rutinene i dag?

JT: Ja sånn er det. Mange av oss ble fridd til av diverse firmaer for noen år siden, gjerne i regi av legemiddelindustrien. Vi ble tilbudt oss å kjøpe sju til åtte permer som vi skulle gå gjennom og fylle ut og så sette i hyllen. Når vi hadde gjort det, så var jobben gjort og vi var ferdig med det. De fleste stedene står disse permene og støver ned og er ikke i aktiv bruk.

Det finnes noen veldig flotte unntak fra dette med folk som lager kvalitetshåndbøker som etter hvert er mer og mer elektroniske. På nettet kan du finne slike håndbøker fra legekontor i eksempelvis Bergen, Tvedestrand, og Skien. Men de er i fåtall.

UTPOSTEN: Allmennleger er helsearbeidere og skal helbrede, lindre og trøste. De har en travel hverdag. Hvordan kan TrinnVis bedre tjenestene for pasientene? Flytter det ikke bare fokus fra pasientbehandling og diagnostikk, over på byråkratiske prosesser?

JT: Da jeg var i praksis nylig ropte jeg opp en pasient som stod på timelisten min. Jeg fant henne ikke på venterommet, så jeg antok at hun ikke hadde møtt - det skjer jo av og til. Et par timer senere kom legesekretæren oppskjørtet til meg og sa: «Har du ikke sett på pasienten som ligger og blør på akuttrommet?» Det viste seg da at kvinnen lå alene der og blødde ganske kraftig fra et sår. Hun stod på Marevan og var anemisk på forhånd. Vi fikk tatt en Hb og INR og klarte å stoppe blødningen. Så gikk vi bak denne saken for å finne ut hvordan slikt kunne skje. Legesekretæren var ny hos oss, meget samvittighetsfull og gjorde det hun var vant med fra forrige arbeidsplass - skrev beskjed om pasient på akuttrommet inn i timelisten. Hun hadde ikke fått overført kunnskap om hvilke prosedyrer vi har for informasjon i slike situasjoner, og hun visste ikke at vi har en datafeil der det du skriver i timelisten er synlig i resepsjonen men ikke på legenes skjerm. Videre hadde vi en lege som slo seg til ro

med ikke å finne pasienten, og en pasient som lå tålmodig og blødde og ventet uten å klage. De fleste hendelser eller nestenhendelser skyldes en kjede av slike uheldige ting som vi er nødt til å være mye mer oppmerksom på og - ofte - få skriftliggjort. Det gikk heldigvis bra med pasienten, men vi var ganske flau. Kvalitetsarbeid handler ofte om konkret pasientbehandling.

UTPOSTEN: Du har fortalt hvordan TrinnVis kan fungere, men hva inneholder TrinnVis? Hva er det for noe?

JT: TrinnVis har to bruksområder. Det ene er introduksjonen, kursdelen eller rundingen som jeg kalte den. Da går du gjennom oppbygningen av legekontoret ditt trinn for trinn, - TrinnVis. Det begynner med veldig enkle ting som navn på de legene som jobber der, helsepersonellnummer, adresser og mobiltelefonnummer, datamaskiner, hvordan disse er knyttet sammen, altså ren informasjon som tastes inn. Dette er grunnstrukturen, våre ressurser. Og så kommer du til neste modul eller del av TrinnVis som er litt mer vanskelig som handler om å beskrive hvordan man gjør jobben, hvordan man deler den opp. Da har TrinnVis valgt å dele inn i mange oppgaver som kan skriftliggjøres som prosedyrer. Et knippe slike prosedyrer er organisert som en funksjon. En funksjon er et ansvarsområde. På et legekontor er eksempler på slike ansvarsområder resepsjon, akuttrom, lab, funksjoner som gjerne betjenes av flere av personalet. Andre funksjoner er personalansvar, økonomi og daglig ledelse som bare kan innehas av en person, vanligvis en lege.



På den måten har vi bygget opp en struktur for hele legekontorets virksomhet. Du kan tenke på det som en kommode der funksjonene utgjør skuffene. Når du er ferdig med den andre delen som handler om oppdeling i funksjoner så kommer du til den tredje delen, den som kan være vrien. Her må legekontoret med leger og medarbeidere jobbe sammen. Den handler om hvordan vi gjør selve kvalitetsarbeidet. Ta kvinnen som ble gjenglemt på akuttrommet. Der har vi en avviksrapportering hvor vi kan rapportere hva som er skjedd, gjøre det man må gjøre i situasjonen og så følge opp med et praksismøte med en gjennomgang av hvorfor skjedde dette? Trenger vi noen nye prosedyrer, trenger vi å endre prosedyrer? Hvordan kan vi lære av dette? Når du har vært gjennom disse modulene går du over til å bruke TrinnVis som et oppslagsverk som du ved det elektroniske formatet kan nå fra alle arbeidsstasjonene.

Vi har også noe vi kaller en kvalitetsgjennomgang. Man kan ved hjelp av denne gå igjennom de sentrale ansvarsområdene for eksempel en gang i året, og sjekke opp i forhold til nye krav, for eksempel fra datatilsynet, arbeidstilsyn osv.

Det er nemlig en lang rekke andre instanser enn Helse-tilsynet som har krav som vi må oppfylle. I denne modulen er det også lagt opp til å inspirere til prosjekt innenfor kvalitetsarbeid, for eksempel læringsnettverk.

UTPOSTEN: Mange kvir seg for å komme i gang med nye oppgaver og særlig nye datasystemer. Hvordan skal man praktisk komme i gang med TrinnVis?

JT: Det er to veier: Den ene er å laste ned programmet fra nettet, snakke sammen på kontoret om hvem som skal være ansvarlig for dette og så bare sette i gang etter kursmodulen som ligger klar. En annen mulighet er å bruke en veiledningsgruppe eller smågruppe til å drøfte erfaringene når man har jobbet litt med programmet og inspirere hverandre.

UTPOSTEN: Tror du det er realistisk å bruke TrinnVis i det daglige arbeidet på legekontorer og legevakter?

JT: Ja det tror jeg, når folk opplever hvor stor nytte og hjelp de kan ha av det. To ting vil jeg fremheve: Når du skal starte opp med å lage et helt nytt kvalitetssystem på et legekontor som ikke har noe system fra før, vil du i TrinnVis få helt konkrete forslag til alle prosedyrer man trenger på et

middels stort legekantor. Du kan bruke disse forslagene, endre dem eller du kan slette dem hvis de ikke passer til ditt legekantor. Du kan gjøre akkurat hva du vil med dem, men forslagene ligger der.

Det andre jeg vil fremheve kommer ikke med første versjon av TrinnVis, men jeg håper det kommer snart. Vi vil lage en web-side, og i programmet kan du eksportere hele eller deler av TrinnVis-filen din til denne siden og dermed gjøre den tilgjengelig for andre. Da kan andre legekantorer se på dine prosedyrer, laste dem ned og ta dem i bruk eller tilpasse dem til sin hverdag på sitt legekantor. Det vil si at hver gang det kommer en ny forskrift, det være seg fra Helsetilsynet, Arbeidstilsynet eller andre tilsyn, så kan de kontorene som ligger i forkant og lager prosedyrer, funksjoner eller noe annet som tar høyde for dette, dele det med andre legekantorer og legevakter som igjen kan tilpasse det til sin virkelighet.

UTPOSTEN: Hva er den største fordel ved TrinnVis versus prosedyrepermen? Hvorfor tror du TrinnVis vil bli en suksess?

JT: Jeg tror at de som har gode prosedyrer per i dag, kan ta de prosedyrene de har og legge det rett inn i TrinnVis. Det er ikke noen prinsipiell, stor forskjell i tekstene eller måten å tenke på, men det er en stor forskjell i måten å jobbe på. Når du taster inn personnavn, for eksempel Anne Andersen, Bjørn Bjørnsen, Camilla Christensen, i den første delen av programmet, og du senere kommer til funksjoner og skal fordele ansvaret for en funksjon så vil disse tre navnene poppe opp. Du må ikke skrive tingene mange ganger slik som man ofte må i permene. Dette henger sammen. Når du skriver inn hvilket medisinsk utstyr du har og krysser av om det trenger strøm, om det trenger vedlikehold og om det lagrer personopplysninger, så vil du i en senere del av TrinnVis få forslag til funksjoner og oppgaver som er nødvendige når du har slikt utstyr. Permene, de som er gode, er laget av personer med ordenssans, og jeg tror at disse personene umiddelbart vil se fordelene med å legge det materialet de har per i dag inn i TrinnVis.

En av TrinnVis' styrker er at nybegynnere i kvalitetsarbeid får et kurs samtidig som de bygger opp kvalitets-systemet, mens de erfarne brukerne kan ta systemet direkte i bruk.

Det som ikke finnes i prosedyrepermen vanligvis, men som er integrert i TrinnVis er alle ansettelsesavtalene, instruks til den som vasker, et avvikssystem som fanger opp alle uønskete hendelser, kvalitetsgjennomgangssystem og en risiko- og sårbarhetsanalysegenerator.

UTPOSTEN: Du leder NFA's referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid som i 2007 mottok kvalitetsprisen. Gratulerer. Hva motiverer deg til å legge så mye tid i kvalitetsarbeid?

JT: Det var et spennende spørsmål. I bunnen ligger en stor kjærlighet til faget allmennmedisin, og en stor takknemlighet for å ha en så spennende jobb og for å kunne ta del i så mange viktige livshendelser. Jeg ser at de aller fleste legekantor kunne jobbet mye smartere. De aller fleste legekantor kunne jobbet slik at de ble en lærende organisasjon, som lærte noe nesten hver dag ved å ta kvalitetsarbeidet mer på alvor. Jeg er nok ingen direktorats- eller departements-bokstavtro person. En del av det som er lansert som kvalitetskrav, bør og skal vi avvise. Jeg tror at TrinnVis også kan hjelpe oss til å avvise krav, ved å vise frem hvor mange oppgaver, regelverk, avtaler og analyser arbeidet vårt består av. For eksempel bør vi ta datasikkerhet mye mer på alvor enn vi gjør i dag. Men når det gjelder elektromedisinsk tilsyn så bør tilsynsmyndighetene ta inn over seg at, de fleste legekantor ikke har farligere elektriske verktøy enn det du finner i en vanlig husholdning (kanskje med unntak av defibrillator og EKG-apparat). Den typen litt tullede regelverk bør vi få vekk.

UTPOSTEN: TrinnVis er trygt i havn. Hva er dine neste prosjekter?

JT: He he. Da må jeg nevne mitt hovedprosjekt som er «Det gode liv» med en rekke delprosjekter. Men til det du spør om. Jeg er med i noe som heter Kvalitetsverktøyprosjektet og som er støttet av Legeforeningen. Der skal vi teste ut TrinnVis og en rekke andre kvalitetsverktøy, for eksempel Maturity Matrix. Ellers er vi i gang med et spennende prosjekt med de kvalitetsindikatorerne som KUP utviklet for en tid siden. Det kan se ut som om det blir et større nasjonalt prosjekt i årene som kommer.

Utposten ønsker Janecke Thesen lykke til videre i arbeidet, og norske allmennleger til lykke med den firkantete rundingen.

Jesper Blinkenberg

Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



MALARONE[®]
atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)* mot *P. falciparum*-malaria for hele familien*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria¹
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert¹

C Malarone - GlaxoSmithKline
C Malarone Junior - GlaxoSmithKline
Antimalariamiddel

ATC-nr.: P01B B51
Tabletter: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

ETTER: Malarone Junior: Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjon: Malarone: Profilakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av P. falciparum.

Malarone Junior: Profilakse mot P. falciparum-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplisert P. falciparum-malaria hos barn > 5 kg og < 11 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av P. falciparum som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profilakse og behandling mot P. falciparum-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offisielle retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistent overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offisielle retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

Dosering: Malarone: Profilakse: 1 tablett daglig til personer > 40 kg. Behandling: Voksne: 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Barn: 11-20 kg: 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 31-40 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. > 40 kg: Dosering som for voksne. Malarone Junior: Profilakse: Barn: 11-20 kg: 1 tablett daglig. 21-30 kg: 2 tabletter daglig. 31-40 kg: 3 tabletter daglig. Behandling: Barn: 5-8 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 9-10 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profilakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profilakse i malariepidemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innflygere (særlig innvandrere) i endemisk område er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tabletterne bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller andre innholdstoffer. Kontraindisert som profilakse mot P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/minutt).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profilakse hos barn < 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dermed pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dermed Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør paracetamol i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungedem eller nyresvikt. Residvirkninger etter tidlig P. vivax-malaria kan bli behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for P. vivax eller P. ovale, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypozoitene. Ved residvirkninger etter infeksjon med P. falciparum eller behandling med Malarone eller ved behandlingsvikt, bør pasienter behandles med et annet middel med depenende virkning på schizontene i blodet. Paracetamol kan i blodet bli overvåket hos pasienter som samtidig behandles med metoprolol eller teofyllin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativt til Malarone bør anbefales for behandling av akutt P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl < 30 ml/minutt). Smittetilstand rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem i fare eller andre i fare dersom de er svikne.

Interaksjoner: Proguanil kan øke den antikoagulerende effekten av warfarin og andre beslektede kumarinbaserte antikoagulasjonsmidler. Ved samtidig bruk med forsiktighet utvises ved

Doseres etter vekt

Tablettstørrelse	Vekt, kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	> 40	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	● ● ●	● ● ●	● ● ●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	● ●	● ●	● ●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

Enkelt i bruk:

Start en dag før innreise til et malarieområde, en gang daglig under oppholdet og i en uke etter utreise fra malarie-endemisk område.

oppstart eller seponering av malarieprofilakse eller behandling. Samtidig behandling med metoprolol og teofyllin har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av C_{max} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsatter atovakvonnivået med hhv. ca. 30 % og 24 % og bør derfor unngås.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta. Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensielt risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kliner i 1. og 2. trimester som behandles med folat-tilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. Overgang i morsmelk: Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profilakse mot malaria: Hodepine, magesmerter og diaré. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profilakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Magesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uønskede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, neutropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Endokrine: Anoreksi, hypoparatiroidisme, Gøsteholsteinstrøke: Magesmerter, kvalme, oppkast, diaré, magesmerter, sår i munnen, stomatitt. Lever: Forhøyede leverenzymverdier og amylase-nivåer. Uønskede leverfunksjonsforstyrrelser er reversible og ikke forbundet med særskilte kliniske hendelser. Luftveier: Hoste. Revmatologiske: Hodepine, sårhet, svimmelhet, Øvrige: Feber, hals, allergiske reaksjoner inkl. utslett (urticaria), kløe, angioedem og isolerte tilfeller av anafylaksi.

Overdosering/Forgiftning: Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttbehandling gis.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizontene i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonte av P. falciparum. Virkningsmekanisme: Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergi-

stisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondrienes membranpotensial. Proguanil, via metabolliten cykloquanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytyridylsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakvons evne til å bryte mitokondriens membranpotensial hos malarieparasitter. Absorpsjon: Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. Fordeling: Atovakvon har høy proteinbinding (99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbinding i blodet. Atovakvon: Uønskede utskillelse i urin. Det meste (> 90 %) utskilles uforandret i feces. Proguanilhydroklorid: < 40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cykloquanil og 4-klorfenylguanid utskilles også i urin.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk. kr 375,20. Malarone Junior: 12 stk. kr 141,10. Sist endret: 20.05.2008

* Personer > 11 kg

Referanser:

¹ McKee K, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil. Drugs 2003;63(6):587-603

gsk GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 2319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 79 20 04. www.gsk.no

KONVENSJONELL BLODTRYKKSMÅLING

AV RUNE MO

Vel 100 år etter sin introduksjon ved Riva-Rocci og Korotkoff, står tradisjonell sfygmomanometri fortsatt sentralt ved vurdering av blodtrykk generelt og hypertensjon spesielt. Store deler av den foreliggende dokumentasjon vedrørende hypertensjon, kardiovaskulær risiko og behandling, er fortsatt basert på konvensjonell blodtrykksmåling. Det målte blodtrykk skiller mellom hypertensiv og normotensiv, indiserer eller kontraindiserer medikamentell behandling, og er parameter for evaluering av intervensjon. Samtidig er det målte blodtrykk en av de mest upålitelige parametre i klinisk medisin. Blodtrykk har stor variabilitet per se og måles i en metode preget av tilfeldig og systematisk feil. Kjennskap til metodens styrker og svakheter er vesentlig for god praksis. På samme måte som god klinisk praksis krever nøyaktige målinger, krever nøyaktige målinger god målepraksis.

Rune Mo

Overlege dr.med. ved Hjertemedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital i Trondheim. Cand.med. 1988 i Münster, Tyskland. Dr.med. 1994 i Bergen. Spesialist i indremedisin 2002 og hjertesykdommer 2008. Sekretær i Norsk hypertensjonsforening.

I denne artikkelen gjennomgås grunnleggende aspekter ved konvensjonell, non-invasiv blodtrykksmåling. Artikkelen er basert på aktuelle retningslinjer som refereres nedenfor. Prinsippet for non-invasiv blodtrykksmåling har i store trekk vært uendret siden metoden ble introdusert ved forrige århundreskifte. En oppblåsbar mansjett legges rundt overarmen, sjelden på underarm, finger eller underekstremitet, og blåses opp til blodstrømmen i de underliggende arteriene komprimeres. Trykket i mansjetten overføres til et manometer som kan avleses. Når blodstrømmen stopper, antas det at trykket i mansjetten er lik trykket i arterien.

Auskultatorisk og oscillometrisk blodtrykksmåling

Ved auskultatorisk registrering, benyttes de akustiske fenomener som ble beskrevet av Korotkoff og som registreres med stetoskop eller mikrofon (TABELL 1).

TAB. 1. Korotkoffs faser ved blodtrykksmåling.

- I: Klar, tydelig lyd som samvarierer med palpabel puls
- II: Vedvarende, men svakere lyd
- III: Lyden blir tydeligere men kortere
- IV: Lyden blir tydelig svakere
- V: Lyden forsvinner

Korotkoffs fase I korresponderer til intra-arterielt systolisk trykk, mens Korotkoffs fase V samsvarer med intra-arterielt diastolisk trykk. Noen ganger forsvinner fase II og III, fortrinnsvis pga. fasiske svinginger i blodtrykket. Dette kan gi såkalte «auskultatoriske hull» med underestimering av systolisk blodtrykk og overestimering av diastolisk blodtrykk til følge. Fenomenet er det viktigste argumentet for å palperere systolisk trykk før første auskultatoriske måling, og for å senke trykket i mansjetten helt ned til 0 mmHg under kontinuerlig auskultasjon. Oscillometriske metoder registrerer svingninger som oppstår ved delvis kompresjon av arterien ved systolisk og diastolisk trykk. Disse metodene baserer seg på forskjellige algoritmer, kan variere fra apparatet til apparat, og krever derfor validering mot referansemeter.

Blodtrykket bør måles flere ganger

For å redusere tilfeldig og systematisk målefeil, bør tradisjonell blodtrykksmåling utføres med validerte og kalibrerte apparater, etter standardiserte prosedyrer og med gjentatte registreringer. Diagnosen hypertensjon bør kun stilles når blodtrykket er høyt ved flere målinger utført ved flere konsultasjoner over tid. Ved mildt forhøyet blodtrykk, anbefales gjerne en observasjonsperiode på flere



ILLUSTRASJONSFOTO: ANDRÉS RODRÍGUEZ

måneder. På den annen side tilsier moderat eller alvorlig forhøyet blodtrykk, tegn til hypertensiv endeorganskade eller høy kardiovaskulær risiko for øvrig, raskere evaluering som bør begrenses til uker eller dager.

Måleutstyret må være godt

Konvensjonell blodtrykksmåling utføres i dag med kvikksølvmanometre, aneroide manometre, elektroniske (automatiske) manometre eller såkalte hybride (kombinerte) manometre. Kvikksølvmanometre har vært oppfattet som en non-invasiv gullstandard med nøyaktige målinger, og har således vært basis for klinisk praksis og studier. Metoden har likevel feilkilder i mansjett, slanger, ventiler, stigerør o.a., og anbefales rengjort og kalibrert etter seks måneder (sykehus) respektive tolv måneder (praksis). Kvikksølvmanometre er en forurensingskilde og blir i stadig større grad tatt ut av bruk pga. generelle miljøhensyn eller konkrete forbud. Det kan også bli vanskelig å få gjort nødvendig service på gamle kvikksølvmanometre. Derfor vil aneroide målere samt hel- og halv-automatiske elektroniske apparater få stadig større betydning. Behovet for klinisk validering samt initial og oppfølgende kalibrering av slik apparatur er klart tilstede.

Aneroide målere vurderes generelt som unøyaktig, er brukt i få studier, har feilkilder i samme ledd som for kvikksølvmanometre, og bør rengjøres og kalibreres mot nøyaktig

kvikksølvmanometer hver 6. måned. Tilbudet om elektroniske eller automatiske blodtrykksmålere er stort, og det kan være vanskelig å vite hvilket apparat en skal velge. Her vil hjemmesiden til [dabl® Educational Trust Limited](http://www.dableducational.org) være nyttig (www.dableducational.org). [dabl®](http://www.dableducational.org) er en non-profit organisasjon som ble etablert i Dublin i 2003. Organisasjonen har knyttet til seg en team av eksperter på blodtrykk og hypertensjon som mellom annet vurderer foreliggende studier på blodtrykksapparater. I listen som oppdateres annenhver måned, går det frem hvilke apparater som er klinisk validert i henhold til aksepterte protokoller.

Mansjettstørrelsen er svært viktig, og med størrelse menes her gummiblærens størrelse, ikke stoffmansjettens. Lengden skal være min. 80 prosent og bredden min. 40 prosent av overarms omkrets. Gummiblærens senter skal ligge over over A. brachialis med slanger ut i øvre kant eller bak. Mansjettens nedre kant legges to til tre cm over fossa cubitalis. For liten mansjett vil gi et overestimert BT («undercuffing») i størrelsesorden 3/2–12/8 mmHg. For stor mansjett vil motsatt gi et underestimert BT («overcuffing») i størrelsesorden 10–30 mmHg. En gjennomsnittsmansjett for voksne bør ha en bredde på 13–15 cm og en lengde på 30–35 cm. I tillegg anbefales det tilgang til såvel en liten som til en stor mansjett for henholdsvis tynne og tykke armer. Det foreligger også en såkalt tri-cuff mansjett med tre forskjellige blærer som kan tilpasses forskjellige overarmsomkretser.

	SBT	DBT
Kontormåling	140	90
24-timersmåling – døgn	125–130	80
24-timersmåling – dag	130–135	85
24-timersmåling – natt	120	70
Hjemmemåling	130–135	85

TAB. 3
Blodtrykkgrensene for hypertensjon (mmHg) i henhold til forskjellige målemetoder.

Hvem skal vurderes for supplerende blodtrykksmåling?

Følgende situasjoner kan tilsi bruk av supplerende blodtrykksmåling:

- stor variabilitet i kontorblodtrykk
- høyt kontorblodtrykk med lav øvrig kardiovaskulær risiko
- stor forskjell mellom blodtrykk målt på kontoret og hjemme
- mistanke om behandlingsresistens
- om hypotensive episoder, særlig hos eldre og pasienter med diabetes
- kontorblodtrykket er forhøyet hos gravide og ved mistanke om pre-eklampsi

Oppsummering

Konvensjonell blodtrykksmåling har fortsatt en sentral plass i evaluering av blodtrykk og hypertensjon. Kontormålinger har høy tilgjengelighet samtidig som ressursbruk og risiko er begrenset. Riktig utførte målinger med god apparatur har dokumentert reproducerbarhet og prognostisk verdi. Gjentatte, målinger, under standardiserte rammebetingelser, og med validerte apparater, bør ligge til grunn for diagnosen hypertensjon og ved evaluering av medikamentell intervensjon. Supplerende målinger med 24-timersmonitor eller hjemmebaserte metoder kan være nyttig hos utvalgte pasienter.



Utvalgte referanser

Bevers, Lip, O'Brien. ABC of Hypertension. Blood pressure measurement. Part II – Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. *BMJ* 2001; 322: 1043–1047.

O'Brien et al on behalf of the ESH working group on blood pressure monitoring. ESH recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003; 21:821–848.

Pickering et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part I: Blood pressure measurement in humans. *Circ* 2005; 111: 697–716.
2007 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1105–87.

Mancia, Grassi, Kjeldsen (eds.) Manual of hypertension of the European Society of Hypertension. Informa UK Ltd., London, 2008.

www.dableducational.org

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: rune.mo@stolav.no

UTPOSTEN

– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

Sosiale helsegradienter i

AV HANS MAGNE GRAVSETH OG PETTER KRISTENSEN

Oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for senere deltakelse i arbeidslivet, omfang av sykefravær og risikoen for å bli ufør. Det fremkommer av data for utdanning, inntekt, sykefravær og uførepensjonering basert på en registerbasert kohortundersøkelse av alle som ble født i Norge mellom 1967 og 1976 og deres foreldre. Undersøkelsen gir viktige kunnskaper for å forstå at forebyggende strategier må bygges bredt opp.

Partene i arbeidslivet inngikk i 2001 Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). I 2005 ble det vedtatt at avtalen skulle videreføres. Avtalen er således inne i sin andre periode med utløpsdato 31. desember 2009. Avtalen har tre delmål: reduksjon i sykefravær, flere med redusert arbeidsevne i arbeid, økning av reell pensjonsalder. Det har vært omdiskutert hvor suksessbetont avtalen har vært. Mange mener også at de tre delmålene står i konflikt med hverandre. Størst oppmerksomhet har det utvilsomt vært på å få ned sykefraværet.

En fellesnevner for mesteparten av IA-arbeidet så langt, er at fokus har vært rettet mot den delen av befolkningen som er i arbeidsdyktig alder, og spesielt mot dem som allerede er i arbeidslivet og mot bedriftene (bedriftsinterne tiltak). Dette er viktig, men det utelater en viktig dimensjon: Alle de personene man skal inkludere inn i arbeidslivet har en forhistorie og en bakgrunn de bærer med seg hele livet. Dette gjelder helsemessige så vel som sosiale forhold fra oppvekst og barndom. Innen epidemiologisk forskning på kroniske sykdommer har livsløpsperspektivet fått betydelig større plass i løpet av de senere årene. Livsløpsepidemiologi defineres som studiet av langtidseffekter på helse og kronisk sykdom forårsaket av fysiske eller sosiale eksponeringsforhold i løpet av fosterperioden, barndommen, ungdomstiden og senere voksen alder (1). Denne modellen kan også brukes til å forklare funksjoner i arbeidslivet: Hva er sammenhengene mellom helsemessige og sosiale forhold tidlig i livet og hvordan går det med de samme personene i arbeidslivet i voksen alder – med tanke på f.eks. inntekt, sykefravær, arbeidsledighet eller risiko for uførepensjon?



Hans Magne Gravseth

er lege og doktorgradsstipendiat ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Gravseth forsker på sammenhengene mellom helsemessige og sosiale forhold tidlig i livet og senere funksjon i arbeidslivet.



Petter Kristensen

er forskningssjef ved Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi ved STAMI og professor II ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitet i Oslo.

Statens arbeidsmiljøinstitutt har i samarbeid med Medisinsk Fødselsregister, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Forsvarets sanitet siden 2004 publisert en rekke artikler hvor dette er blitt undersøkt.

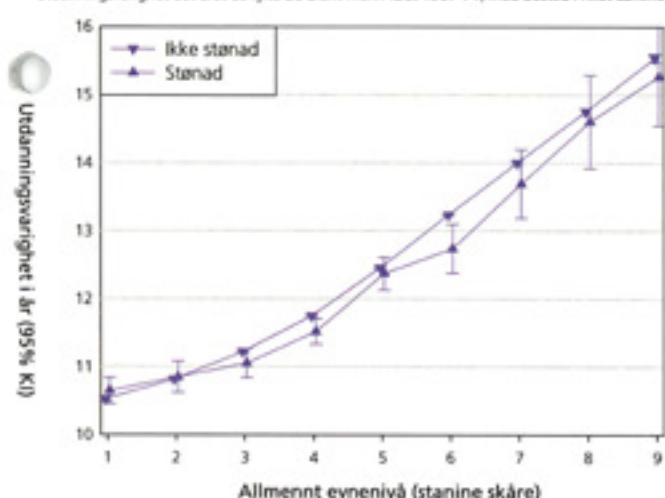
Metode

Studien er foretatt ved hjelp av sammenkobling av flere nasjonale registre. Utgangspunktet er over 600 000 «indekspersoner» som ifølge Medisinsk fødselsregister ble født i Norge i 1967–1976. 1967 er valgt som startår fordi det var da Medisinsk fødselsregister ble opprettet. I dette registeret finnes opplysninger om forhold knyttet til svangerskap og fødsel, f.eks. lengde og vekt ved fødselen, svangerskapets varighet og medfødte misdannelser. Indekspersonene samt

arbeidslivet – hva vet vi?

Gjennomsnittets utdanningsvarighet for menn etter evnenivå ved sesjon og stønad i barnealder*

*Utdanningsvarighet det året de fylte 28 blant menn født 1967-71, med bosted i riket samme år



FIGUR 1.

deres foreldre er fulgt i ulike registre med årlig oppdatering til 2003/2004 for de fleste data. Følgende opplysninger er koblet til: SSB har bidratt med opplysninger om utdanning fra sitt Utdanningsregister, dessuten med sentrale folkeregisterdata som død, emigrasjon, sivilstatus og bosted; fra Forsvarets sanitet har vi fått testresultater fra sesjon, f.eks. høyde, vekt og evnenivå (gjelder kun menn); dessuten har vi data fra ulike registre i NAV (stønad- og pensjonsytelser, sykefravær, pensjongivende inntekt).

Til sammen har vi dermed mange opplysninger om både indekspersonene og deres foreldre. Opplysninger om foreldrenes utdanning, inntekt, sykefravær og pensjonsytelser er brukt som mål på indekspersonenes sosiale oppvekstforhold, mens de før nevnte data fra Medisinsk fødselsregister har vært kilden til opplysninger om indekspersonenes helse-tilstand i barndom og oppvekst, sammen med NAVs registre over mottakere av grunn- og hjelpestønad og dataene fra Forsvarets sanitet. Barn med visse kroniske sykdommer

kan ha krav på slik stønad (2). Slik har vi kunnet konstruere livsløpsdata på individnivå for en lang rekke personer, med opplysninger fra alle faser av livet frem til ung voksen alder. Det er SSB som ved hjelp av fødselsnummeret har foretatt registerkoblingen, og forskerne har fått en aidentifisert arbeidsfil fra SSB. Studien har konsesjon fra Datatilsynet, og den er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Hvordan går det med dem som har en kronisk sykdom?

I en delundersøkelse studerte vi nærmere dem med kronisk sykdom i barnealderen, siden disse som kjent har en lavere arbeidsdeltakelse enn gjennomsnittet. Vi så særlig på hvilken grad av utdanning, yrkesaktivitet og inntekt de oppnår i forhold til hva de ble vurdert å ha potensial for (3). Vi brukte da bl.a. evnenivåtesten fra sesjon blant menn. Gjennomsnittlig evnenivå var riktignok litt lavere blant de med en kronisk sykdom. Imidlertid var, på et gitt evnenivå, andelen menn med høyere utdanning systematisk lavere i sykdomsgruppen sammenlignet med de uten kronisk sykdom (FIGUR 1). Evnenivåtesten ved sesjon har i en gjennomsnittspopulasjon en normalfordelt skåre fra en til ni, hvor gjennomsnittet er fem og standardavviket er to. Den kan sammenlignes med en vanlig IQ-test (4). De med kronisk sykdom oppnår altså lavere utdanning enn andre, selv etter justering for evnenivå. Videre så vi for begge kjønn på sammenhengen mellom utdanning og yrkesaktivitet, og fant at de med kronisk sykdom ikke oppnådde samme deltakelse i yrkeslivet som de uten kronisk sykdom, selv om man tok hensyn til utdanningsnivå (FIGUR 2). Dette gjaldt særlig personer med lav utdanning. Endelig så vi på forholdet mellom utdanning og inntekt, og fant for begge kjønn en klar tendens til at de med kronisk sykdom hadde lavere pensjongivende inntekt enn de «friske», innenfor samme utdanningsnivå. Unntaket var menn med universitetsutdanning. Den betenkelige konklusjonen å trekke av dette, er at personer med helseproblemer i barneårene ser ut til ikke å oppnå den utdanning, yrkesaktivitet og inntekt som de har potensial for, vurdert ut fra evnenivå og utdanning.

Oppvekst med uføre foreldre

I denne studien undersøkte vi hva det vil si å vokse opp i familier hvor minst en av foreldrene har uførepensjon (5). Dette var tilfelle for ca 10 prosent av de undersøkte. Denne gruppen opplevde mange ulike problemer i ung voksen alder, blant annet lavere utdanningsnivå, lavere inntekt og høyere sykefravær. Disse effektene kunne for en stor del forklares med at de materielle kårerne for barn med uføre foreldre er dårligere enn for andre. Aller størst økning fant vi i risikoen for egen uførepensjonering, en risiko som (justert for slike materielle forhold) var omtrent doblet når mor eller far var ufør. Vi fant at sammenhengen med egen uførhet var sterkere jo yngre man selv var da mor eller far ble ufør, dessuten var sammenhengen sterkere for kvinner hvis mor var ufør, mens sammenhengen for menn var sterkere når far var ufør. Dette kan tolkes dithen at man preges av de rollemodellene som nedfelles i barnealderen.

Sykefravær

Som nevnt innledningsvis har det i de senere årene vært stor oppmerksomhet rundt sykefraværet. Den klart største diagnosegruppen for de sykmeldte er muskel- og skjelettlidelser, og i en studie undersøkte vi betydningen av forskjellige bakgrunnsfaktorer på sykefravær med muskel- og skjelettlidelser (6). Kun sykefravær utover arbeidsgiverperioden (16 dager) ble registrert, og de som ikke hadde rett til

sykepenger (uførepensjonerte, arbeidsledige, heltidsstudenter) ble ekskludert fra studien. Vi beregnet risikoen for minst ett sykefravær for en muskel- og skjelettlidelse i løpet av de fire årene f.o.m. 1. januar 2000 t.o.m. 31. desember 2003. Vi fant at 26 prosent av kvinnene og 16 prosent av mennene hadde ett eller flere slike fravær i løpet av denne perioden. De dominerende risikofaktorene var lav foreldreutdanning og lav egenutdanning, som det fremgår av FIGUR 3 A OG B. Lav fødselsvekt og kronisk sykdom i barneårene spilte liten eller ingen rolle for sykefraværet, og alle disse sammenhengene bestod etter at man tok hensyn til andre forhold og til hverandre. Det kan se ut til at personer med sykdom fra barndommen er en like stabil arbeidskraft som andre, dersom de først kommer inn i arbeidslivet. Det er kanskje ikke så overraskende at høyt utdannede har lavere sykefravær. Dette kan bl.a. skyldes at de høyt utdannede har flere valgmuligheter på arbeidsmarkedet og slik lettere kan påvirke eget arbeidsmiljø – de får gjerne de beste og mest beskyttede jobbene. Effekten av foreldrenes utdanning er delvis at den i seg selv direkte påvirker egen utdanning, men dette ser ikke ut til å være hele forklaringen. Forskning har vist at de som kommer fra lavere sosiale klasser gjerne utvikler mindre gunstige mestringsstrategier (7), og det er videre en sammenheng mellom mestringsstrategier og sykefravær (8). Uansett mekanisme viser disse resultatene at de sosiale forholdene man vokser opp under og «ballasten» man får med seg derfra spiller en stor rolle for sykefraværet.

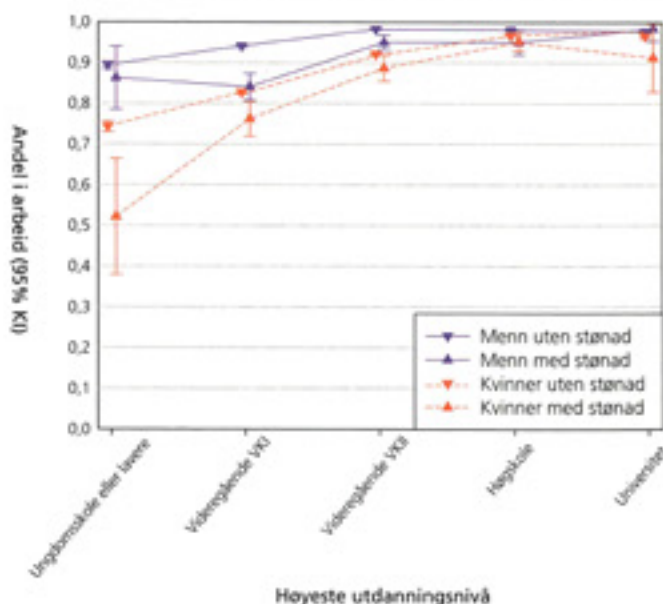
Uførepensjon

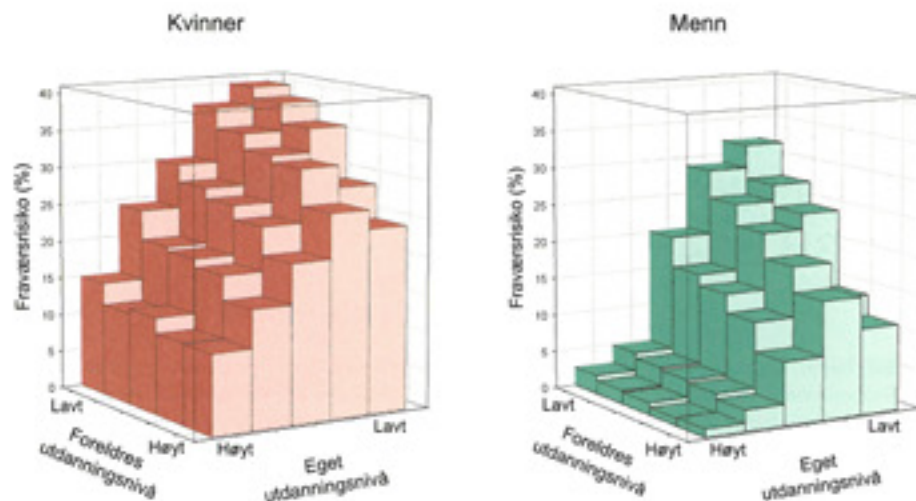
Vi har også studert risikofaktorer for å få uførepensjon i løpet av de første årene man er i arbeidslivet (9). I denne studien startet vi oppfølging ved alder 20 år, og et inklusjonskriterium var at deltakerne hadde hatt et minimum av arbeidserfaring før uførepensjoneringen. På denne måten ble f.eks. psykisk utviklingshemmede og multifunksjonshemmede ekskludert, da hensikten med studien var å se på utstøttingsmekanismer fra arbeidslivet. Ca 10 000 personer (1,6 prosent) ble tildelt uførepensjon i løpet av oppfølgingsperioden (ut 2003). Halvparten av disse ble uførepensjonert med en psykisk lidelse. Også for uførepensjonering spilte eget utdanningsnivå en stor rolle. Vi delte materialet i to omtrent like store grupper, de som ikke hadde fullført videregående skole ved 20 års alder og de som hadde fullført (henholdsvis lavt og høyt utdannede). Risikoen for uførepensjonering viste seg å være omtrent fem ganger så høy for lavt utdannede sammenlignet med høyt utdannede. Foreldreutdanning spilte her en mindre rolle, bortsett fra en omvendt gradient hos lavt utdannede menn: blant disse fant vi en økt risiko for uførepensjonering dersom minst en av foreldrene hadde universitetsutdanning. Dette er et kjent fenomen, at det er en sammenheng med en slik nedadgående sosial mobilitet og f.eks. mentale lidelser (10, 11).

FIGUR 2.

Andel yrkesaktive 28-åringer*, etter utdanning, stønad og kjønn

* Født i Norge bosatt i riket i året de fylte 28, og som da var ferdig med utdanning og som ikke hadde uførepensjon





FIGUR 3 A OG B.
Foreldres risiko for sykefravær pga muskel- og skjelettlidelse, etter kategorier av foreldres og eget utdanningsnivå, hos henholdsvis kvinner og menn.

En mulig forklaring på dette er at det har sammenheng med at man ikke lever opp til høye krav og forventninger fra foreldrene. For øvrig fant vi at det var små, men klare effekter på uførerisikoen ved fødselsvekt lavere enn gjennomsnittet, kronisk sykdom som barn, ikke-gifte foreldre og uføre foreldre. Imidlertid forklarte disse faktorene til sammen mindre enn halyparten av hva eget utdanningsnivå alene forklarte.

Konklusjoner

Resultatene viser at barndom og oppvekstvilkår spiller en stor rolle, ikke bare for helse i voksen alder, men også for funksjonsnivået i arbeidslivet. Dette samsvarer godt med internasjonal forskning, for eksempel de britiske fødselskohortene (12), og er et viktig moment å ha med seg i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv. Røttene til problemene knyttet til et inkluderende arbeidsliv er dype, og skyggene fra barndommen er lange. Dette indikerer at vi som har arbeidsmiljø som anliggende må gå bredt ut og ha innsikt i at mange typer forhold spiller en rolle. Her og nå-tiltak, rettet mot den arbeidende befolkningen, er viktig og har sin verdi, men er ikke tilstrekkelig. Man må for øvrig også ha klart for seg at en livsløpstilnærming til et mer inkluderende arbeidsliv krever langsiktig planlegging og oppfølging og ikke kan forventes å gi kjappe resultater – kanskje de ikke kommer før neste generasjon.

En svakhet med analysene så langt er at vi ikke har hatt tilgang til data om aktuell arbeidssituasjon og arbeidsmiljø. Vi har imidlertid planer om å utvide prosjektet slik at vi kan trekke inn slike forhold, bl.a. med data fra Helseundersøkelsen i Oslo. Slik håper vi å kunne kaste ytterligere lys over sammenhengene mellom kvaliteter i det aktuelle arbeidsmiljøet og funksjonsnivået i arbeidslivet, samtidig som vi tar hensyn til bakgrunnsfaktorene. Vi har også planer om å trekke inn opplysninger fra ytterligere registre, som Forløpsdatabasen Trygd (hvor det bl.a. er opplysninger om sosialhjelp og arbeidsledighetstrygd), Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Dette vil gi oss enda

bedre muligheter til å nøste opp i det kompliserte samspillet mellom oppvekstvilkår, arbeidsmiljø og videre skjebne – i vid forstand – i voksenlivet.

Referanser

1. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 2002; 31(2):285–293.
2. Bjerkedal T, Thune O. Grunn- og hjelpetønad til barn – omfang og medisinske årsaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114(17):1941–1945.
3. Bjerkedal T, Kristensen P, Skjeret GA, Brevik JI. Oppfølging av personer som fikk grunnstønad og/eller hjelpetønad som barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126(4):436–439.
4. Sundet JM, Barlaug DG, Torjussen TM. The end of the Flynn effect? A study of secular trends in mean intelligence test scores of Norwegian conscripts during half a century. *Intelligence* 2004; 32(4):349–362.
5. Kristensen P, Bjerkedal T, Brevik JI. Long term effects of parental disability: A register based life course follow-up of Norwegians born in 1967–1976. *Norsk Epidemiologi* 2004; 14(1):97–105.
6. Kristensen P, Bjerkedal T, Irgens LM. Early life determinants of musculoskeletal sickness absence in a cohort of Norwegians born in 1967–1976. *Soc Sci Med* 2006; 2007:646–655.
7. Bosma H. Socio-economic differences in health. Are control beliefs fundamental mediators? I: Siegrist J, Marmot M, red. *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press; 2006. 153–166.
8. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med* 1991; 32(1):15–27.
9. Gravseth HM, Bjerkedal T, Irgens LM, Aalen OO, Selmer R, Kristensen P. Life course determinants for early disability pension: a follow-up of Norwegian men and women born 1967–1976. *Eur J Epidemiol* 2007; 22(8):533–543.
10. Aro S, Aro H, Keskinen I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Br J Psychiatry* 1995; 166(6):759–767.
11. Timms D. Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med* 1998; 46(9):1235–1247.
12. Kuh DJ, Wadsworth ME, Yusuf EJ. Burden of disability in a post war birth cohort in the UK. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(3):262–269.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
hmg@stami.no / petter.kristensen@stami.no

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: Bronkodilatorende vedlikeholds-
behandling 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 overs-
krides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke
klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter
under 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tiotropi-
umbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipra-
tropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet
laktosemonohydrat.

Forsiktighetsregler: Tiotropiumbromid skal ikke
brukes til innledende behandling av akutte epi-
soder av bronkospasme, f.eks. til behandling
ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner
kan forekomme etter inhalasjon av preparatet.
Brukes med forsiktighet hos pasienter med trang-
vinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blære-
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
nyttens av behandlingen oppveier den potensielle
risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulve-
ret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trang-
vinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbi-
gående 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 pasien-
ten 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 til-
skrives preparatets antikolinerge egenskaper.
Munntørhet er hyppigst observert ($>1/100$), er
vanligvis mild og opphever ofte ved vedvarende
behandling. Mindre hyppige: Gastrointestinale:
Oralcandidiasis, kvalme. Luftveier: Bronkospasme,
hoste, faryngitt og annen irritasjon på applika-
sjonsstedet, dysfoni. Neurologiske: Svimmelhet,
hodepine, smaksforstyrrelser. Sjeldne ($<1/1000$):
Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssyk-
dom, forstoppelse. Hud: Hudutslett, urticaria,
kløe, annen hypersensitivitet (inkl. umiddelbare
reaksjoner). Luftveier: Epistakse. Sirkulatoriske:
Takykardi, palpitasjoner. Syn: Tåkesyn, økt intra-
okulært trykk. Urogenitale: Dysuri, urinretensjon,
urinveisinfeksjon. Glaukom, supraventrikulær
takykardi, atrieflimmer, sinusitt, karies, dysfagi,
intestinal obstruksjon inkl. paralytisk ileus, angi-
oedem kan forekomme. Urinretensjon forekom-
mer vanligvis hos eldre menn med predispon-
erende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi).

Overdosering/Forgiftning: Høye doser tiotropi-
umbromid 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. Virknings-
mekanisme: 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 anta-
gonisme til M3-reseptorene, som fører til relax-
ering. Effekten er doseavhengig og varer i mer
enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes
sannsynligvis den langsomme frisettingen fra
M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært
en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk.
Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en sig-

nifkant 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 mavearmkanalen
(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 gjen-
nomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive meta-
bolitter. Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4)
er involvert i metabolismen av en mindre del
av dosen. Utskillelse: 14% via urin, resten via
fæces.

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 444,80. 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 mode-
rat til alvorlig KOLS (FEV1 $\leq 65\%$ av forventet
verdi). - Diagnosen må være verifisert ved spiro-
metri. - Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må
årsaken journalføres. Sist endret: 01.06.2008

Statens legemiddelverk publiserte i mars 2008 terapianbefalingen *Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander – en oppdatering*. Ekspertgruppen som har stått bak arbeidet består av:

- Rae Frances Bell, Smerteklinikken ved Haukeland Universitetssykehus
- Britt Elisabeth Berghem, Smerteklinikken ved Aker Universitetssykehus
- Petter Borchgrevink, Avdeling for smerte og sammensatte lidelser ved St. Olavs Hospital
- Harald Breivik, Klinikk for anestesi og intensivmedisin ved Rikshospitalet
- Hilde Berner Hammer, Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus
- Åge Norman Hansen, spesialist i allmennmedisin, Oslo
- Per Egil Haavik, Anestesiavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus
- Aud Lilly Krook, konsulent i avhengighetsmedisin, Oslo
- Ingard Løge, spesialist i allmennmedisin, Trondheim
- Halvard Nilsen, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sykehus
- Anne Kjersti Røise, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Just Thoner, Anestesiavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- Torhild Wærncke, Neurologisk avdeling ved Rikshospitalet
- Magnhild Berge, Avdeling for legemiddelbruk ved Statens legemiddelverk
- Lars Gramstad, Avdeling for legemiddelgodkjenning ved Statens legemiddelverk
- Knut Gustav Helgesen, Avdeling for legemiddelbruk ved Statens legemiddelverk

Opioider ved behandling av langvarige non-maligne smerter

Langvarig bruk av sterke opioider er indisert ved behandling av sterke smerter ved kreftsykdom, likeledes plagsomme smertetilstander ved andre sykdommer med kort livsprognose. Det kan også være riktig å benytte et strukturert regime med opioider ved langvarige og plagsomme smertetilstander som ikke er relatert til kreft eller annen alvorlig sykdom. Dette fremgår av en terapianbefaling fra Statens legemiddelverk.

Statens legemiddelverk har publisert terapianbefalingen *Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander – en oppdatering* (1). Den fullstendige teksten kan leses på Legemiddelverkets nettsider: www.legemiddelverket.no (terapianbefalinger). Denne artikkelen formidler sentrale punkter i anbefalingen, og er tilrettelagt for Utpostens lesere av Ingard Løge, spesialist i allmennmedisin ved Edda legesenter, Trondheim.

Hovedbudskap

Over en million nordmenn angir å ha smerter med varighet over et halvt år. Kontrollerte studier av opioider ved behandling av langvarige smerter viser stor variasjon i smertelindrende effekt. I gjennomsnitt påvises omkring 30 prosent reduksjon av smerteintensiteten. Langtidsstudier viser at omkring halvparten av pasientene avslutter opioidbehandling i løpet av ett til to år fordi bivirkninger overskygger den smertelindrende virkningen, eller fordi den smerte- og livskvalitetsforbedrende virkningen er for

dårlig. Opioidbehandling for kroniske smerter er ikke en livslang behandling.

- Moderate doser opioider (både såkalte «svake» og «sterke») kan fungere tilfredsstillende som langvarig behandling hos selekterte pasienter når alle andre aktuelle behandlingstiltak ikke fører frem.
- Hvis man begynner med opioidbehandling, bør det alltid inngå i en helhetlig individuell behandlingsplan hvor ikke-medikamentelle tiltak som omfatter en kombinasjon av trening og smertemestring, står sentralt.
- En prøvebehandling på fire til seks uker med et godt planlagt og kontrollert opioidregime kan vise om pasienten har meningsfylt smertelindring eller endret livskvalitet i form av bedret fysisk, psykisk og sosial funksjon. Hvis sikker effekt uteblir og/eller det oppstår bivirkninger, må behandlingen avsluttes.
- Nøye oppfølging av behandlingen med opioider (både «svake» og «sterke») er viktig for å kontrollere og forebygge komplikasjoner som problematisk opioidbruk (ca

10 prosent) eller bivirkninger som obstipasjon (omkring 50 prosent). Addiksjon (alvorlig problematisk opioidbruk), er sjelden, men kan forekomme og krever kvalifisert behandling.

Råd ved langvarig opioidbehandling for smerter

Ved nyoppståtte og konkrete smertetilstander som med sikkerhet kan forventes å bli sterke og vedvarende – og der ikke-opioide analgetika har utilstrekkelig effekt – er det hensiktsmessig å starte behandling med sterke og lengevirkende opioider fremfor svake og kortvirkende. Ofte utvikles kroniske smerter suksessivt, og vil til å begynne med behandles som akutt smerte. Når smerter som behandles med opioider vedvarer lenger enn forventet, bør pasientens smertesituasjon og opioidbruk revurderes nøye ved gjentatte forskrivninger. Ved daglig bruk av opioider kan det utvikles fysisk, kroppslig tilvenning etter to til fire uker. Abstinensubehag og sterkere smerter oppstår ved brå slutt eller rask nedtrapping av dosen.

En moderat og konstant dose med kortvirkende, svake opioider som ikke overskrider en minste døgntilførsel dose på 120 mg kodein eller 150 mg tramadol per døgn, er akseptabelt. Et eksempel er en fast utskrivning på 100 tabletter kodein/paracetamol-tabletter i måneden. Alarmklokker bør ringe dersom daglig dose er i ferd med å overstige nevnte doser. Ved døgntilførsel doser må det forventes samme typer bivirkninger, risiko for problematisk opioidbruk og toleranseutvikling for de svake som de sterke opioidene.

Hvis utskrivningen av svake opioider skal økes ut over 120 mg kodein eller 150 mg tramadol, må de samme overveielene gjøres som hvis man velger å skifte til lengevirkende, sterke opioidpreparater (se seleksjon av pasienter nedenfor). Det er trolig minst risiko for problematisk opioidbruk og iatrogen påført feilbruk (se FAKTARUTE 2) når daglig totaldose er lavest mulig, og når pasienten får en langsamt innsettende, jevn, langvarig og gradvis avtakende opioidvirkning.

FAKTARUTE 1

Addiksjon (alvorlig problematisk opioidbruk)

En internasjonal definisjon på «addiction» er denne: En primær, kronisk neurobiologisk sykdom med genetiske, psykososiale og miljømessige faktorer som påvirker både utviklingen og manifestasjonene. Den er karakterisert av atferd som inkluderer redusert kontroll over bruk av vanedannende medisin, tvangsmessig bruk, fortsatt bruk til tross for fare, og sug etter mer («craving»).

Iatrogen påført feilbruk

Pasienter med kroniske smerter som får kortvirkende opioide analgetika, kan oppleve bare kortvarig smertelindring med påfølgende abstinens, økende smerter og ubehag. Pasientene vil snart ønske større og hyppigere doser. Dette blir ofte misoppfattet som begynnende addiksjon, men er i realiteten iatrogen påført feilbruk.

Pasienter som behandles med depot-opioider (tabletter eller plaster) vil også utvikle toleranse og kan etter hvert få økt dosebehov. De vil kunne oppleve smertegjennombrudd og akutt abstinens mot slutten av virketiden. Pasienten vil ønske doseøkning. Dersom dette feiltolkes som addiksjon, går det ut over den gjensidige behandler-pasient-tilliten. Dette kan oppstå en vanskelig og krevende situasjon for begge parter. Dette er også et iatrogen påført feilbruk.

FAKTARUTE 2

Seleksjon av pasienter for langvarig døgntilførsel opioidbehandling

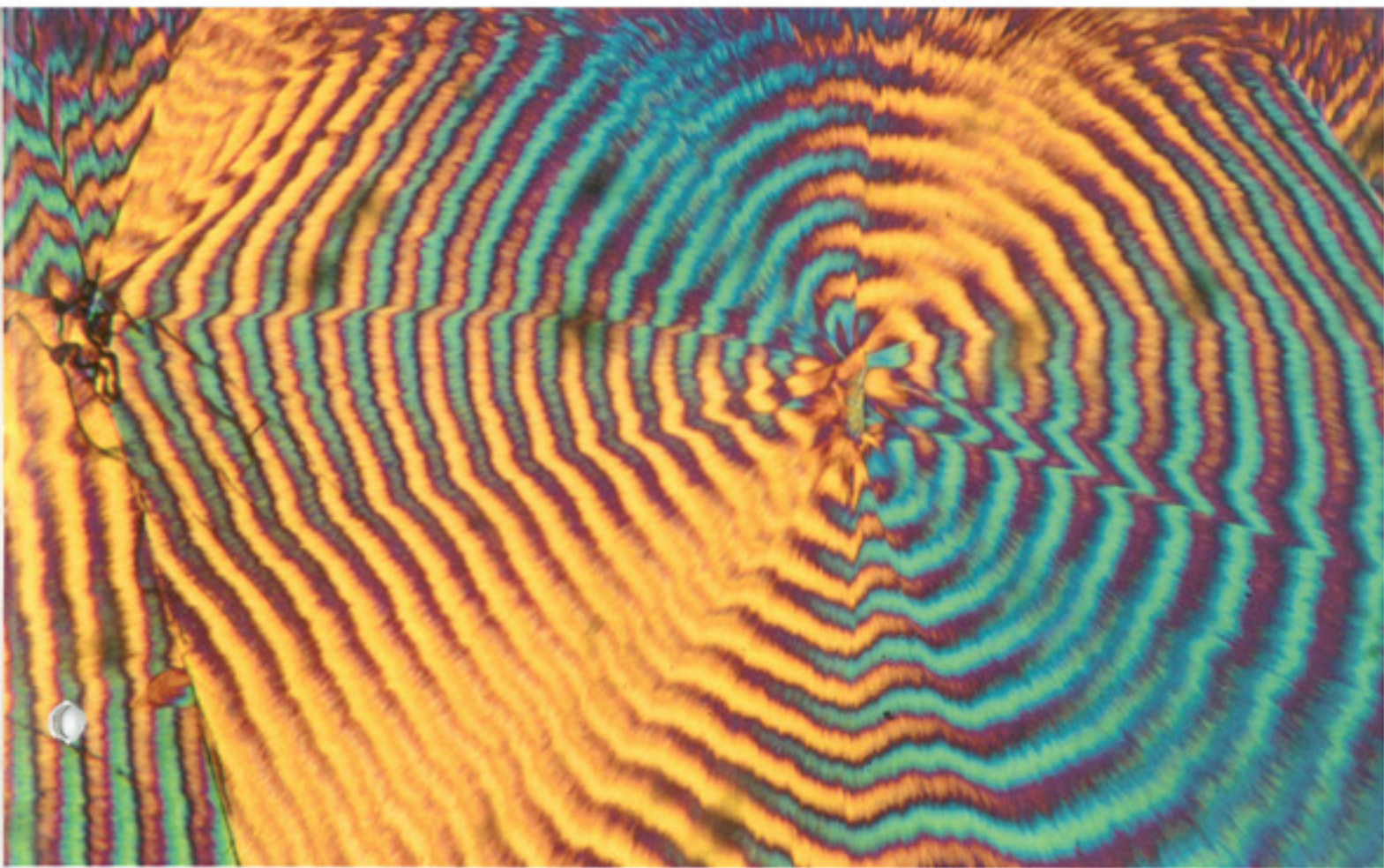
Smertetilstanden og pasientens livssituasjon skal være nøye kartlagt. Pasientens livskvalitet eller fysiske og psykiske funksjonsevne må være vesentlig redusert pga smertetilstanden. Mulig kausal behandling og rehabiliteringstiltak skal være forsøkt, likeledes andre ikke-medikamentelle og medikamentelle alternativer. Pasientens totale livssituasjon og evne til innsikt og ansvar, spiller også en vesentlig rolle for utfallet av opioidbehandlingen.

Kroniske smertetilstander som vanligvis responderer best på opioidbehandling er de som har påvisbar årsak, for eksempel artrose og nevropati. Også ved smertetilstander der årsaken er uklart, kan det være aktuelt å prøve ut opioidbehandling.

En del kroniske smertepasienter bør vanligvis ikke bruke opioider fast, fordi opioider virker dårlig og sannsynligvis vil påføre pasientene ekstra problemer. Eksempler er:

- Pasienter med sammensatte psykososiale problemer, i tillegg til sine smerter
- Pasienter med uklare, generaliserte kroniske smertetilstander
- Ved kronisk hodepine, bl.a. tensjonshodepine
- Pasienter som er avhengig av andre vanedannende legemidler eller vanedannende stoffer

Pasienter som starter på et standardisert opioidregime, bør seponere annen vanedannende medikasjon, evt. med unntak av sovemedisin. Yngre pasienter har noe større risiko for feilbruk og må vurderes ekstra grundig. Eldre pasienter utvikler sjeldnere problematisk opioidbruk, men er mer utsatt for bivirkninger som obstipasjon, sedasjon og



Krystallisert morfin, fotografert i polarisert lys under mikroskop (100x forstørrelse). Det er lett å krystallisere morfin, noe som forklarer at stoffet kan fremstilles rent fra opium med enkelt laboratoriestyr. FOTO: LASZLO BORKA

svimmelhet. For eldre pasienter med et avklart smerte-problem av langvarig karakter, kan allmennlegen initiere prøvebehandling, følge opp et fast opioidregime og søke om blåreseptdekning.

Hvorvidt yngre pasienter skal starte utprøving av et strukturert opioidregime hos allmennlege eller hos spesialist, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder oppstart av sterke opioider bør hovedregelen være at spesialist er med i vurderingen. Uansett må pasienten ses av spesialist når det blir spørsmål om blåreseptdekning. Ved tvil om pasienter skal bruke opioider, bør pasienten vurderes ved en tverrfaglig smerteklinikk.

Prøvebehandling

En prøveperiode på fire til seks uker med godt planlagt og gjennomført opioidbehandling vil gi svar på om behandlingen medfører positive virkninger for smertetilstand, funksjonsevne eller livskvalitet. Fastlegen og pasienten skal alltid delta i vurderingen og beslutningen om oppstart og oppfølging av en prøveperiode med opioidbehandling, og om denne i neste omgang skal forlenges.

Pasienten skal informeres grundig om virkninger og bivirkninger av langvarig behandling med opioider. Eksempel på skriftlig pasientinformasjon finnes i terapi-anbefalingen.

Behandlingsmålene skal diskuteres med pasienten. Pasienten skal være enig i at disse må oppnås og vedlikeholdes for at opioidbehandlingen skal fortsette. Behandlingsmål kan være:

- meningsfylt smertelindring for pasienten. Dette kan evalueres muntlig med en numerisk skala fra null til ti (overbevisende forbedring kan være en nedgang på to intervaller på skalaen)
- generell bedring i velbefinnende og livskvalitet
- bedring i fysisk, mental eller sosial funksjon

Oppfølging av opioidbehandling

Dersom man etter en prøveperiode beslutter å fortsette med lengevirkende, sterke opioider, skal fastlegen eller stedfortreder ha ansvar for at en individuell behandlingsplan foreligger. Planen følges opp i nært samråd med pasienten. De samme forholdsregler gjelder dersom pasienten har brukt kortvirkende svake opioider, og man velger å øke dosen utover en minste døgkontinuerlig dose.

Resepter skal bare skrives ut av én lege eller ett legekontor, og bare ett apotek skal benyttes. En godt informert pasient må være medansvarlig for overvåking av virkning og bivirkninger og for kontroll og oppbevaring av resepter og legemidler. Vurdering av virkninger og bivirkninger skal foregå fortløpende. Regelmessige kontroll- og vurderingsintervaller avtales.

Opioidbehandling anses ikke som livslang behandling, men skal revurderes ved hver kontroll. Om dosejustering til et forhåndsavtalt nivå ikke gir ønsket effekt, eller det oppstår bivirkninger som overskygger smertelindringen, skal opioidbehandlingen trappes ned og avsluttes.

Egnede opioidregimer

I. STERKE OG LENGEVIRKENDE OPIOIDER

Hos pasienter som ikke bruker opioider, er egnede startdoser 10–20 mg x 2 morfin depottabletter, 5–10 mg x 2 oksykodon depottabletter og 5–10 mikrogram per time buprenorfin plaster (sju dagers varighet). Fentanyl plaster (ca. tre dagers varighet) 12 mikrogram pr. time er mer potent og bør benyttes med forsiktighet. Hvis pasienten allerede har brukt svake kortvirkende opioider, trengs erfaringsmessig 50–100 prosent høyere doser enn dem som er angitt over.

Generelt skal pasienter som bruker depottabletter eller plaster, ikke bruke hurtig- og kortvirkende opioider i tillegg. Unntaket fra regelen er kreftrelatert smerte, der hurtigvirkende opioider anbefales som et supplement ved gjennombruddssmerter. Smertetopper bør fortrinnsvis behandles med ikke-opioid analgetika eller med ikke-medikamentelle tiltak. Ved spesielt vanskelige tilfeller bør legen henvise til en tverrfaglig smerteklinikk.

Ved kontinuerlig opioidbehandling bør et tillegg med paracetamol, antiepileptikum, SSNRI eller TCA vurderes. TCA kan hjelpe ved søvnproblemer, men man må være oppmerksom på faren for serotoninerge-symptomer eller det mer sjeldne serotoninerge syndrom ved kombinasjon med tramadol. Ved mistenkt neuropatisk smertekomponent er det spesielt aktuelt å kombinere med antiepileptika, SSNRI (selektive serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere) eller TCA (trisykliske antidepressiver).

Ved toleranseutvikling kan man vurdere dosejustering. Ingen sikker maksimaldose kan angis for de sterke opioidene. Ved økende doser kan kontrollproblemer tilta. Faren for bivirkninger som for eksempel hormonforstyrrelser (se senere) må diskuteres med pasienten. Dårligere smertelindring kan skyldes opioid-indusert hyperalgesi. Ved opioid-

indusert hyperalgesi må opioider seponeres. Det kan være aktuelt å starte igjen med et annet opioid, for eksempel metadon. Slike pasienter bør behandles ved smerteklinikk med spesiell erfaring i opioidbehandling.

II. SVAKE OG KORTVIRKENDE OPIOIDER

Hvis man velger å øke dosen med kortvirkende, svake opioider ut over en minste døgkontinuerlig dose, bør et strukturert opplegg slik som beskrevet for lengevirkende opioider, innføres. En del pasienter med sterke, langvarige smerter har betydelig smertevariasjon og ikke behov for full dekning med opioider. Eksempler er smerter i forbindelse med fysisk aktivitet og nattlige smerter. Ved smerter utløst av fysisk aktivitet er et alternativ å bruke korttidsvirkende opioider. Alternativet ved nattlige smerter er depottabletter om kvelden.

Hvis kodein virker dårlig, bør man være oppmerksom på at nesten 10 prosent av pasientene har redusert metaboliserings- evne til morfin. For tramadol er det tilsvarende problemer når det gjelder genetiske forskjeller i leverens enzymaktivitet. Tramadol, som har tilsvarende tilvenningsfare som kodein, bør fortrinnsvis gis som depotpreparat. Dosene bør ikke overskride 240 mg kodein, tilsvarende åtte kodein/paracetamol tabletter, eller 300 mg tramadol per døgn. Større doser medfører fare for hhv. paracetamoltoksitet og serotonin syndrom. Kontrollproblemer og fare for iatrogen feilbruk øker også erfaringsmessig ved et stort antall tabletter. Dekstropoksyfen anbefales ikke for langvarige smerter pga. høy toksitet, spesielt ved samtidig alkoholinntak.

III. ANNEN OPIOIDBEHANDLING

Petidin og ketobemidon anbefales ikke pga. kort virketid og høy risiko for problematisk feilbruk. Injeksjoner av opioide analgetika må ikke brukes som langtidsbehandling på grunn av stor fare for problematisk opioidbruk, feilbruk og risiko for andre komplikasjoner. Hydromorfon depotkapsler og metadon er alternativer som smerteklinikker kan benytte i spesielle tilfeller.

Pasienter på langvarig opioidbehandling som får akutte smerter pga skade, operasjon eller akutt medisinsk sykdom, trenger høyere doser enn pasienter som ikke bruker opioi-

Praktisk konverteringstabell for opioider til bruk i allmennpraksis

1 Paralgin Forte (PF) tilsvarer ca 5 mg morfin = ca 50 mg Tramadol

4 PF/døgn = ca 20 mg Dolcontin/døgn = 10 mg Oxycontin/døgn = ca 10 mikrogram/time Norspan = ca 150/200 mg Tramadol / Tramagetic / døgn

8 PF/døgn = 3/400 mg Tramadol/døgn = ca 40 mg Dolcontin/døgn = ca 20 mikrogram/time Norspan = 12,5 mikrogram/time Durogesic = 20 mg Oxycontin /døgn

80 mg Dolcontin/døgn = ca 40 mg Oxycontin/døgn = ca 25 mikrogram/time Durogesic

FAKTARUTE 3

der. Individuell titrering til effektiv smertelindrende dose er alltid nødvendig. Når smertene går tilbake må det legges en nedtrappingsplan slik at en ikke ender opp med at langtidsdosen blir høyere enn før den aktuelle hendelsen.

Vanlige bivirkninger ved langtidsbehandling

Opioidindusert gastrointestinal dysfunksjon med langsom ventrikkeltømming, kvalme, refluks, dyspepsi og obstipasjon forekommer hyppig. Obstipasjon forebygges eller lindres med daglig fibertilskudd og mykgjørende midler som laktulose. Sekresjons- og peristaltikkstimulerende laksantia (bisakodyl eller sennaglykosid) vil ofte være nødvendig en til to ganger per uke. I uttalte tilfeller er det nødvendig med en kombinasjon med sterkerevirkende midler (osmotisk laksantium som makrogol eller kontaktlaksantium som natriumpikosulfat).

Langvarig opioidbehandling kan også ha negative virkninger på endokrine funksjoner, bl.a. med senket testosteronproduksjon og svekket libido hos begge kjønn. Immunologiske funksjoner kan hemmes. Depresjon og nedstemthet (anhedoni) er ikke uvanlig, og kan vedvare lenge etter seponering av opioidbehandling. Akutt overdosering med uttalt respirasjonsdepresjon og sedasjon kan også skje i forløpet av en langvarig behandling.

Bilkjøring er ikke automatisk utelukket ved langvarig opioidbehandling. Det er pasientens og legens felles ansvar å avgjøre om pasienten er i stand til å kjøre bil på en forsvarlig og trygg måte. Om pasienten bruker sedativa eller anxiolytika i tillegg til opioid, er bilkjøring vanligvis ikke tilrådelig.

Problematisk opioidbruk og addiksjon

Bruk av benzodiazepiner og karisoprodol (trukket fra det norske markedet i 2008) har ingen plass ved langvarig smertebehandling og vil øke faren for utvikling av addiksjon (SE FAKTARUTE 1). Pasienter med rusmiddelavhengighet skal også gis god smertebehandling, men opioidbehandling skaper som regel ytterligere problemer. Dette er spesielt krevende, og et samarbeid mellom rusmiddelpoliklinikk og tverrfaglig smerteklinikk vil være nødvendig.

Risikoen for feil og problematisk opioidbruk må nøye vurderes før prøvebehandling startes. Ved evt. videreføring må nye vurderinger gjøres regelmessig minst en gang i året. Når en smertepasient utvikler problematisk opioidbruk og fortsatt opioidbehandling finnes indisert, må trygge rammer og kontrollert utlevering sikres. Om tilliten mellom behandler og pasient er blitt svekket, kan porsjonsutlevering av opioid fra apoteket og hjelp fra en tverrfaglig smerteklinikk være aktuelt.

Dersom feil opioidbruk fortsetter tross ovenstående tiltak, kan opioidmedikasjonen noen ganger trappes ned og avsluttes på en enkel måte. Andre ganger må avvenningen skje som ledd i en strukturert poliklinisk behandling. Helst bør det samarbeides med en ruspoliklinikk.

Blå resept for opioider ved behandling av langvarige smertetilstander hos pasienter med antatt normal livsprognose

- Det er et generelt vilkår at en grundig smertevurdering skal være utført
- Opioider vil ikke være forhåndsgodkjent for refusjon for denne pasientgruppen. Det er utarbeidet et eget søknadsskjema for opioider, og søknadene sendes til NAV Helse-tjenesteforvaltning for behandling. Alle vedtak på opioider er tidsbegrenset til to år.
- I tillegg til standardopplysninger om smertetilstanden, hvilken behandling som er forsøkt tidligere, og hvilken spesialist som har instituert behandlingen, skal følgende opplysninger fremgå av spesialisterklæringen/søknaden om opioider:
 - Erklæring om at det foreligger en behandlingsplan
 - Angivelse av dosering eller et dosespenn for opioidet som skal benyttes
 - Erklæring om at faren for avhengighet er vurdert som underordnet pasientens behov for behandling
 - Konkret angivelse av hvilke leger/legekontor eller sykehusavdeling som kan forskrive opioidet på blåresept til den enkelte pasient
- Ved oppstart av opioidbehandling, er hovedregelen for refusjon at relevant spesialist skal ha sett pasienten og vært med på oppstart av behandlingen. Spesialisten søker på vegne av pasienten.
- Videre er det krav om at relevant spesialist fremlegger ny søknad dersom behandlingen endres (for eksempel nytt virkestoff), eller hvis doseringen endres ut over den angitte doseringen i pasientens vedtak.
- Allmennlegen kan fremlegge ny søknad på vegne av pasienten når et tidsbegrenset vedtak utløper. Dette gjelder kun dersom behandlingen er i tråd med pasientens tidligere vedtak. Det skal da fremgå av søknaden at videre behandling skjer i samråd med relevant spesialist. Søknad fra allmennlege, hvor det fremgår at behandlingen er startet i samråd med relevant spesialist, kan gi rett til refusjon for pasienter over 75 år med avklart smerteproblem av langvarig karakter.

Referanse

1. Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander – en oppdatering. Statens legemiddelverk, 2008 (www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_69108.aspx)



Centyl® mite*

Diuretikum

INDIKASJONER:

Hypertensjon. Ødemer. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residiverende kalsiumholdige nyre-/ureterstener.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



INNEHOLDER IKKE LAKTOSE



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 34

Destinasjon **Cuba**

— for å lære om helsestell

AV GJERTRUD LØDØEN

Akershus legeforening sendte sist vinter ut invitasjon til alle medlemmene med tilbud om å bli med til «annerledeslandet» Cuba, som er kjent for å utdanne mange leger og å ha et velfungerende helsevesen. Det ble en gruppe på 30 leger som reiste av gårde i februar 2008, og vi ble møtt av en norsk og en cubansk guide.



Vår norske guide, Olav Kjeldsen, hadde godt kjennskap til Cuba etter samarbeid og en rekke besøk i forbindelse med den årlige filmfestivalen i Havanna og bistandsprosjekter han har ledet der. Sammen med den cubanske guiden Rializ gav han oss et godt innblikk i Cubas helsevesen, historie, geografi og samfunnsforhold både før, under og etter revolusjonen. Rializ gav blant annet en inngående presentasjon av revolusjonsmuseet i Havanna, og vi fikk også innblikk i Cubas historie fra tiden da indianerne var de eneste innbyggerne på øya. De var for øvrig de første som laget sigarer – en av Cubas viktigste eksportartikler. Cuba var den første øya Columbus kom til i 1492 og han skrev i dagboken sin: «Jeg har aldri sett et mer nydelig sted...».

Offensiv satsing

På vår første dag i Havanna fikk vi en innføring i oppbyggingen av helsevesenet på Cuba. En representant fra helseministeriet holdt foredrag om det cubanske helsevesenet. Helsetjenester og utdanning av leger har vært et satsningsområde helt fra Fidel Castro overtok makten i 1959. Det ble poengtert at det i 1959 var 6286 cubanske leger hvorav halv-

Gjertrud Lødøen

Fastlege på Østerås legekonsult Bærum.
Sitter i styret i Akershus legeforening.

parten flyktet i forbindelse med revolusjonen. I 2006 var det 71 489 leger og 48 prosent av disse var såkalte «family doctors» som jobbet på 14 078 «family doctors offices». Det vil si en lege per 159 innbyggere – med andre ord større legetetthet enn i Norge!

Et annet satsningsområde på Cuba var å redusere barnedødeligheten både gjennom bedret svangerskapsomsorg og gjennom barnkontroller. Dette har fungert, og spebarnsdødeligheten er således på nivå med industrialiserte land. Den gjennomsnittlige levealderen har i perioden fra 1959 til 2006 økt fra under 60 år til 77 år. Takket være et omfattende vaksinasjonsprogram har man utryddet en rekke smittsomme sykdommer som f. eks polio, difteri, røde hunder, meslinger og malaria. Man har også en strategi for å bekjempe hiv-smitte.

Che Guevara – prydet til og med skiltene...





En fornøyd pasient hos fotpleieren på en poliklinikk i Havanna.

Den norske legegruppen på besøk ved Latin American School of Medicine som utdanner 1500 nye leger i året. Legene reiser tilbake til sine hjemland i Sør- og Mellom-Amerika og Afrika for å arbeide.

Et annet fokusområde de siste årene har vært utdanning av utenlandske leger slik at de kan reise tilbake til sine hjemland. Ved *Latin American School of Medicine* i Havanna blir det utdannet 1500 nye leger i året som alle reiser tilbake til sine opprinnelsesland i Latin-Amerika og Afrika etter endt utdanning. Helseministeriet er opptatt av både å eksportere cubanske leger til fattigere land med dårlig legedekning, og å sørge for at leger fra andre land som får utdanning på Cuba, reiser hjem for å jobbe i sitt eget land.

Få midler – mye helse

Helsevesenet finansieres av statlige midler, slik at tjenestene er gratis for pasientene. Det er imidlertid vanskelig tilgang på en del medikamenter. Det finnes primær- og spesialisthelsetjenester. De såkalte «family doctors» har et nært forhold til sine pasienter, og er ifølge vår guide ofte på hjemmebesøk hos dem. Legekontorene i landsbyene har en felles utforming og vi så hvor de lå. Det ble dessverre ikke anledning til å besøke et slikt kontor.

Imidlertid besøkte vi i Havanna en av de 498 poliklinikkene på Cuba: Polyclínico Guanabo. Poliklinikken betjente 18000 innbyggere og de tok hånd om en rekke problemstillinger. Der er det spesialister i øre-nese-hals-sykdommer,





En representant fra helseministeriet orienterer om det cubanske helsevesenet.

øyesykdommer, røntgenfag, kirurgi, indremedisin og gynekologi samt tannlegetjenester, fotpleie og sosiale tjenester. I tillegg har de en øyeblikkelig hjelp funksjon med en observasjonspost. Sett med norske legeøyne var standarden svært enkel, utstyret og lokalene var gammelt og slitt og vi så engangshanskene henge til tørk slik at de kunne brukes om igjen!

Det er 213 sykehus på Cuba og i Santa Clara, en tre-timers busstur fra Havanna, fikk vi omvisning på Cardio-senteret. Dette var et senter med hjertespesialister hvor vi fikk forståelsen av at de drev med avansert diagnostisering og behandling av hjertesykdom hos barn og voksne, blant annet hjertekateterisering. Cuba har også et tilbud til utenlandske pasienter. Det ble fortalt om blant annet øyeklinikker hvor pasienter fra andre latinamerikanske land kom for å få utført grå stær-operasjoner.

Slik det ble presentert for oss, ser det ut til at et relativt fattig land som Cuba har fått til et tilsynelatende velfungerende helsevesen for hele befolkningen ved hjelp av enkle midler. Det er tankevekkende for oss som bor i et av verdens rikeste land.



På Cuba er det en lege pr. 159 innbyggere og gjennomsnittlig levealder er 77 år.

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

Glimt fra gamlebyen i Havanna: Plaza de la Catedral.



Granske hjerter og nyrer:

MEDISINENS ROLLE i litteratur- og kunsthistorien

AV PERNILLE NYLEHN

Den tradisjonelle norske litteraturhistorien er *biografisk*, med stor vekt på forfatterens liv, oppvekst, følelsesliv, ekteskap, rikdom/fattigdom etc. Og forfatterens kjønn (det vil si, hvis hun var kvinne ble teksten tolket deretter¹). Private brev og delikate detaljer gjør historien ekstra interessant. Politikk og samfunnsforhold er med, men kun i den utstrekning man mener det virket inn på dikteren og verkene. En egen norsk øvelse i denne sammenhengen er å diskutere om forfatteren var nazist eller ei. Det gjelder ikke bare Hamsun, men bl.a. Rolf Jacobsen, og nå sist Olav Duun.

Andre litteraturhistoriske retninger er mer politiske, bl.a. marxistisk, kolonialistisk og feministisk litteraturkritikk. Dekonstruktivisme og formalisme ser kun på teksten (dermed er forfatteren uinteressant), nykritikk og post-strukturalisme har fokus på *leseren*: teksten blir til mens den leses, og arter seg ulikt fra leser til leser.

Men altså den biografiske tilnærmingen. De siste årene har personfokusert om mulig økt, og her kommer medisinen inn. Ved medisinsk hjelp kan man nå trenge enda dypere inn i kunstnerens liv², ved å finne ut hvilke sykdommer hun hadde, og dermed presumptivt forstå henne, og verkene, bedre.

Her tar jeg opp tråden fra artikkelen i Utpostens julenummer 2007 (1), om troen på at bare vi trenger enda litt dypere inn, i cellene, reseptorene, finner vi svaret. I denne sammenhengen er det kunstnerens helse, kropp og sinn som dissekteres.

Den biografiske (og medisinske) tilnærmingen til kunst er interessant nok, innen visse grenser. Det er sannsynlig at en kunstner påvirkes av oppvekstvilkår, helsetilstand og forholdet til andre. Men det er grunn til å hevde at et for biografisk blikk er forbundet med problemer:



Pernille Nylehn

Cand.med fra Bergen 1998. Spesialist i allmennmedisin. Sideutdannelse i gynekologi, psykologi og nordisk. Fastlege ved Orstad legekontor i Klepp. Webredaktør Af, NFA og KUP. Praksislærer ved universitetet i Bergen.

Det ene er privatisering av verket. Hvis man tolker det kun som et produkt av kunstnerens liv, overser man kunstens rolle som frittstående bilde av, eller kommentar til, verdens beskaffenhet. Verket løsrives fra den samfunnsmessige og politiske kontekst det er skrevet i. Videre kan denne tilnærmingen devaluere kunstnerens frie sinn og evne til å se ut over sine personlige erfaringer. **Camilla Collett** kunne –



1. Innledelsen om Camilla Collett på Wikipedia heter de to første avsnittene «Forelsket i Welhaven» og «Ekteskap og enkestand» ...
2. Betegnelsen «kunstner» blir i artikkelen brukt både om forfattere og andre.



Vincent van Gogh: (t.v.) selveportrett malt i 1889, (over): «Starry Night», også malt i 1889, er et av de mest kjente maleriene av van Gogh. Det viser utsikten fra rommet på værelset hans på sanatoriet.

etter mitt skjønn – godt ha skrevet Amtmandens Døtre uten sine personlige erfaringer i kjærlighetslivet. Jenta hadde både øyne og ører. Men ifølge to av nestorene i norsk litteraturhistorie *kunne* hun ikke dikte uten en personlig opplevd bakgrunn (2).

Filosofen og forfatteren **Friedrich Nietzsche** led visstnok av invalidiserende migræne, dessuten av kjærlighetssorg til forfatteren og psykoanalytiker Lou Andreas-Salomé. Mot slutten av livet ble han mentalt syk, og mange biografer mener han hadde syfilis. Andre har foreslått hjernesvulst eller frontotemporal demens. En teoretiker mener han ble mentalt syk *av det han selv skrev*.

Men ingen er uenige om at han skrev banebrytende filosofiske verker som har stor betydning den dag i dag. Spørsmålet er om sykdommene har betydning for verkene hans. Var det plagene hans som lå bak den mørke tonen i filoso-

fien? Var han en stor tenker på tross av dårlig helse, ville han ha vært enda større hvis han var frisk?

Maleren **Claude Monet** hadde katarakt mot slutten av livet. Derfor så han for mye rødt. Etter at han ble operert for katarakt så han for mye blått (3). Han malte altså ikke de bildene han trodde han malte. Kanskje. Han husket hvor fargene lå på paletten, og var en så rutinert maler at han antagelig kunne ha malt i blinde. Det er åpenbart at fargesynet har betydning for en maler, men vi vet ikke om Monets øyesykdom egentlig endret det kunstneriske uttrykket.

Maleren **Vincent van Gogh** hadde – mener noen – forstyrrelse i fargesynet når han drakk for mye absint. Det var derfor han malte så mye gult. Denne teorien er trukket i tvil, for han ville knapt klart å male hvis han hadde drukket så mye absint at han så gult. Andre mener han hadde inntatt digitalis, som også kan forstyrre fargesynet.

Van Gogh er dessuten kjent for sin «galskap», spesielt det at han skar av seg øret (det var riktignok bare en del av øreflippen, men det er mindre *schwung* over det). Etter hans død har hundrevis av psykiatere prøvd å finne ut hva han led av, og et tredvetalls diagnoser er foreslått, bl.a. schizofreni, porfyri, temporal epilepsi, syfilis og blyforgiftning. Men hvis man ser nærmere på livet hans, var det først de siste par årene han ble alvorlig syk. I løpet av karrieren produserte han 900 malerier og over tusen tegninger og skisser. Og skjønt noen av selvportrettene mot slutten ikke så helt friske ut, malte han fantastiske bilder helt fram til sin død i 1890.

Og hva han nå led av, kan ingenting av dette i seg selv forklare verkenes kraft. Man blir ikke en stor maler av å fordrkke seg på absint eller ha syfilis. Skulle man stille diagnoser etter merkelige bilder ville forresten Picasso vært mer nærliggende, for ikke å snakke om Dalí. Men de var såvidt vites friske. Jeg finner i hvert fall ingen journal på dem.

Videre: Det er opplest og vedtatt at forfatteren **Virginia Woolf** var gal. Hun led av voldsomme humørsvingninger, var til tider dypt deprimeret, hun hørte at fuglene utenfor

soveromsvinduet snakket gresk. Hun tok livet sitt i 1941, 59 år gammel. Etter sin død har hun fått diagnosen bipolar. Det har man funnet ut ved hjelp av *moderne diagnostiske teknikker* (grov de henne opp og målte serotoninivået?). Men hun hadde også ikkebiologiske grunner til å bli deprimeret. De første sammenbruddene kom etter at moren, søsteren og faren døde i løpet av få år. Hun ble seksuelt misbrukt av to halvbrødre i oppveksten. Hun ble dypt rystet av første verdenskrig, av fremveksten av fascismen, av andre verdenskrig. Hjemmet hennes i London ble bombet. Både hun og mannen sto på Hitlers dødsliste og måtte flykte. Da var det nok.

Jo, hun var syk i perioder. Men romanene hennes var ikke selvbiografiske. Hun skrev ikke «syke» bøker. Hun var en nyskapende forfatter, en av de tidlige modernistene, og i tillegg meget aktiv i samfunnsdebatten og i litterære sirkler i London. Hun ga ut et tredvetalls bøker – romaner, noveller, biografier – og mengder av essays og artikler.

Hvem er det som skriver bøkene – åndsmennesket Woolf eller pasienten Woolf? Antagelig begge. Men forstår vi henne bedre når vi har fanget henne med ICD10? Gir en psykiatrisk diagnose en bedre forklaring enn en åndelig, samfunnsmessig eller politisk?

«Guernica» viser terror og lidelse ved krig.
Malt av Picasso i 1937.



Hjem igjen: **Alexander Kielland** var, ifølge dissekørene, alkoholiker, overvektig, kanskje homofil, og hadde dessuten obstruktivt søvnapnoesyndrom. Det var angivelig derfor han sluttet å skrive. En mer prosaisk forklaring er at han hadde ganske mye annet å gjøre: Han var bl.a. redaktør i Stavanger avis, borgermester i Stavanger, og amtmann i Romsdal. Han hadde altså langt fra sluttet å bruke hodet, selv om han ikke skrev litteratur. Kanskje hadde han skrevet det han ville skrive.

Mer disseksjon: **Bjørneboe** var en alkoholisert drittsekk. **Sandemose** likeså. **Tor Jonsson** var melankoliker og tok livet sitt bare 35 år gammel. Han burde nok fått SSRI før det var for sent. Men da hadde han kanskje ikke skrevet dette:

Eg er sorg og glede

Skap meg ikkje om med skugge.
Eg vil vera den eg vart.
Eg er sorg i kvite klede,
eg er glede kledd i svart.

Skap meg ikkje om med glede.
Eg vart den eg ville bli;
Konge i eit ukjent rike
slave i mi eiga tid.



Virginia Woolf led av voldsonne humørsvingninger og tok sitt eget liv i 1941.

Et siste eksempel: **Arne Garborgs** roman «Fred» blir gjerne tolket som selvbiografisk. Hans far ligner visst på hovedpersonen i romanen. Men den kan også leses som en presis og rystende beskrivelse av fattigdom, uvitenhet og ekstrem pietisme på Sørvestlandet. Denne kunnskapen hadde Garborg fordi han hadde vokst opp der. Hvis man velger å se «Fred» som Garborgs bearbeiding av traumer fra oppveksten, ser man bort fra den politiske styrken i beskrivelsen. Den blir privatisert og psykologisert.

Det springende punktet er om medisinsk kunnskap om kunstnere er nyttig, eller nødvendig.

Man kan tenke seg flere grunner for å granske hjerter og nyrer på dem. Den ene er ren nysgjerrighet. Vi er interessert i berømte menneskers private affærer, kjærlighetsliv, skandaler. Innblikk i sykdommer er ekstra pikant: *han* hadde syfilis; *han* var manisk depressiv.

En mer aktverdig grunn er tanken om at man ved å forstå kunstnerne kan forstå mer av verkene deres. Det forutsetter at tanker, teorier og kreativitet blir påvirket av kunstnerens tilstand, og det er ikke helt urimelig. Vi vet at sykdom kan gjøre mye med et menneske. Den som har det vondt kan ha tendens til å se mørkt på tilværelsen, og det kan reflekteres i de ord og bilder personen skaper. Den som har det godt vil kanskje skape noe lysere og lettere (... men da blir det vanskelig å forklare Picassos *Guernica*).



Om det er etisk forsvarlig å diagnostisere forlenget avdøde mennesker er en diskusjon i seg selv. De har ikke bedt om en diagnose. Og etterkommerne deres vil kanskje betakke seg for teorier om hvor skrullele slektningene deres var.

Er man veldig biologisk orientert kan man si at *alt* et menneske foretar seg er et produkt av de impulser det får fra omverdenen, eller av instinkter. Den ytterste konsekvens av et slikt syn er at vi ikke har fri vilje eller fri tanke. Hjernen er en bunt nevroner som reagerer etter forutsigbare mønstre.

Teoretikere i den andre enden av skalaen sier at den frie tanke er menneskets adelsmerke, og at man utmerket godt kan heve seg over den fysiske verden og biologien. Det finnes tenkere og kunstnere som tilsynelatende er upåvirket av det som foregår rundt dem. Filosofen **Immanuel Kant** levde f.eks. et helt upåfallende og ganske kjedelig liv, beveget seg knapt utenfor fødebyen; men tenkningen hans var nyskapende og revolusjonerende, og har fremdeles, etter 250 år, stor betydning for vestlig filosofi. Hvor fikk han det fra?

Uansett tilnærming er det neppe noe en-til-en forhold mellom en kunstners liv og det han skaper. Vi vet altfor lite om hvordan hjernen egentlig fungerer, spesielt vet vi ikke hva det er som gjør at noen blir mer kreative enn andre. Det er vanskelig nok, rent nevropsykologisk, å forklare hvordan

en helt vanlig toåring kan sette sammen ord til setninger han aldri har hørt før. Å avklare hvilke synapsekoblinger som skal til for å skrive Nietzsches *Also sprach Zarathustra*, eller male van Goghs mange selvportretter, er knapt teoretisk mulig. Og hvis man nå fikk det til, måtte det neste spørsmålet bli: hvorfor var det akkurat Nietzsches synapser som koblet seg akkurat slik, akkurat i 1883? Hva var det med nevronene til van Gogh som gjorde at han ikke gikk til grunne av sykdom, men malte og malte? Og da er ringen sluttet. Vi vet ikke helt hva som driver folk.

Det er fristende å snu skopet og se på seeren, leseren. Hva er det med oss som gjør at vi har et slikt behov for å plukke fra hverandre det vi ikke forstår? Hva er det med oss som gjør at vi leser inn patologi og dysfunksjon i mennesker som er mer kreative enn oss selv? Kanskje vi rett og slett er litt misunnelige.

We don't see things as they are.
We see things as we are.

ANALIS NIN

Referanser

1. Pernille Nylehn. Utposten 7/8 2007 «Norges største trossamfunn».
2. Harald og Edvard Beyer: Norsk litteraturhistorie, Aschehoug. 4. utgave, 1978 pp 168–171.
3. Hem E. Monet og øyelidelsen. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:1548–9. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: pernille.nylehn@isf.uib.no

c Centyl LEO

c Centyl med kaliumklorid LEO

c Centyl mite med kaliumklorid LEO

Diuretikum.

T TABLETTER 5 mg: *Centyl* Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 5 mg, lakose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, dragepiller: *Centyl med kaliumklorid* Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), patensblått (E 131), titanoksid (E 171). Sukkerdragepiller. C03A B01.

T TABLETTER, dragepiller: *Centyl mite med kaliumklorid* Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104), jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). Sukkerdragepiller. C03A B01.

Indikasjonen: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske reidiverende kaliumholdige nyre-/arterienest. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Ødemer: 2,5–5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. i 3–5 av ukens dager. Hypertensjon: *Centyl* 2,5–5 mg daglig. *Centyl med kaliumklorid*: *Tablettene skal velges hele*. 1,25–2,5 mg 1–2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etableres. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortrinnsvis tas om morgenen. **Profylaktisk ved reidiverende nyre-/arterienest:** 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjonen:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Mangel urinryegikt. Anuri, hyponatremi, hyperkalsemi, behandlingsrefraktær hypokalsemi, Addison's sykdom. Overfølsomhet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føre til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalsemi hos eldre pasienter med hjerte- og levervikt. Serumkalium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinveisobstruksjon kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydratintoleranse kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latente diabetes mellitus kan manifestere under administrering av tiadider. Eksacerbasjon eller aktivert av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsenkes. *Centyl*: Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av lakose. *Centyl med kaliumklorid*: Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalsemi hos pasienter med nyrevikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukkrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sukkrase. **Interaksjoner:** Potensiering av den antihypertensive effekten ved kombinasjonen med andre hypertensivmidler. Samtidig bruk av digitalglykosider kan gi hypokalsemi og forsterke digitaliseffekten. Serumkalium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sodal kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestyramin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetiazid. Midlene bør tas med flere timer mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av tiadider. *Centyl med kaliumklorid*: Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (1: C03A low-ceiling diuretika, tiadider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preklampi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, nedsatt 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 usannsynlig at barn som ammes kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstruksjon. Metaboliske: Hypokalsemi, hyponatremi, forhøyet serumaminyrevedien, påvirkning av karbohydratintoleransen. Støttskader: Postural hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Utslett, kløe, fotosensibilisering. Metaboliske: Hypomagnesiemi, hypokloremi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettmuskel: Myalgi, muskelfatigue. Øvrige: Hyperkalsemi, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, bloddyrkniser. Hud: Vaskulitt. Urogenitale: Påvirket nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. *Centyl med kaliumklorid*: Ved langsom tarmpassasje og ved vanskeliggjennomsig avføringspassasje kan kaliumklorid i «sustained release»-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetiazid kan gi unlag på prøver ved dopingkontroll. **Pakninger og priser:** *Centyl*: 100 stk. kr 103,70. *Centyl med kaliumklorid*: 100 stk. kr 175,80. *Centyl mite med kaliumklorid*: 100 stk. kr 106,30. **Ti:** 6f, 12b/2, 27a/2. **Sie:** endere: 17.01.2008

Hvordan kan du som fastlege møte dine **lesbiske og homofile pasienter** på en god måte?

AV MARI BJØRKMAN



Det er ikke vanskelig å være en god lege for lesbiske, homofile og bifile pasienter. Imidlertid er det noen momenter som er viktige å ha med seg.

1. Tenk alltid på at en pasient du ikke kjenner svært godt kan være homofil.
2. Vis at det er greit for deg at pasienten er homofil.
3. Skaff deg noe kunnskap om spesielle helseforhold ved denne pasientgruppen.

Det beste er å møte hver nye pasient med en åpen holdning, nysgjerrighet og respekt. Det er praktisk å venne seg til å alltid stille kjønnsnøytrale spørsmål helt til man får kunnskap om pasientens seksuelle orientering. Hvis det for eksempel er en kvinnelig pasient bør man si «hva driver kjæresten din med» istedenfor «hva driver han med». Man bruker altså kjønnsnøytrale ord som kjæreste, partner, samboer eller lignende helt til pasienten forteller aktivt om sin seksuelle orientering eller man får vite det via pasientens egen bruk av personlig pronomen eller navn. Det er lettere



Mari Bjørkman

er cand.med. fra Trondheim 1991. Hun jobbet et år på medisinsk avd i Trondheim etter turnus, var deretter kommunelege i/helsesjef i Rødøy kommune i Nordland i tre år. Hun flyttet så tilbake til fødebyen Oslo, først som vikar i allmennpraksis, og fra 1999 har hun vært fastlege på Rodeløkka Legesenter, et 8-legesenter i Grünerløkka bydel. Spesialist i allmennmedisin fra 2000. Mari har forsket på deltid siden 2005. Hovedfokus er lesbiske kvinners møte med allmennlegen og med helsevesenet generelt, samt deres mestringsopplevelser. Videre underviser hun på legestudiet ved UiO om sykdom og helse hos lesbiske og homofile. Hun er leder for Norsk forening for allmennmedisin sin referansegruppe for lesbisk og homofil helse.

enn det høres ut til, ofte går det ganske kort tid til pasientens legning blir åpenbar. Det er også mulig å lage seg rutiner der man spør hver nye pasient, der det er relevant, «er du sammen med menn, kvinner eller begge deler?»

Det å fortelle noen at man er lesbisk eller homofil kalles ofte «å komme ut» eller «komme ut av skapet», på engelsk «coming out» eller «disclosure». De fleste, men ikke alle, homofile ønsker å komme ut til sin lege av flere grunner. Å bli sett som den man er, å kunne være seg selv, være autentisk, blir ofte oppgitt som det aller viktigste. Videre påvirker det kommunikasjonen, idet pasienten kan fortelle åpent om omstendigheter ved for eksempel kjærlighets-sorg, tap av livsledsager eller andre sosiale forhold. Det er en forutsetning for å kunne inkludere partneren ved for eksempel alvorlig sykdom eller når man trenger praktisk hjelp. Og selvsagt kan informasjonen være viktig rent medisinsk, ved for eksempel gynekologiske problemstillinger eller spørsmål om seksuelt overførbare sykdommer. Det er ytterst få som lyver direkte om sin legning, de som ønsker å holde det skjult svarer heller på en slik måte at det ikke kommer fram og de passerer som heterofile. Ulikt mennesker med annen etnisk opprinnelse, som jo også kan bli utsatt for negative holdninger, har den homofile pasienten et valg om å fortelle om sin seksuelle orientering eller



ikke. Man kan jo tenke seg at det blir vanskelig og energikrevende å snakke åpent hvis man skal holde sin legning skjult.

Å fortelle om sin homofile legning oppfattes ofte som å blottlegge en sårbarhet, noe som innebærer en viss risiko. Man risikerer å bli nedvurdert som menneske, som mor/far, å bli sett på som unormal, å bli tillagt bestemte egenskaper som for eksempel promiskuitet, depresjon eller brutte familiebånd, og hos legen risikerer man å få dårligere behandling. Det er lite sannsynlig at så skjer, men følelsen av at det er en slik risiko kan likevel være ganske sterk. Den homofile pasienten vil derfor som regel prøve å finne ut hva legen sannsynligvis mener om homofili før hun/han forteller om sin seksuelle orientering, altså en slags risikovurdering. Pasienten vil se på omgivelsene på venterommet og på legekontoret; finnes det informasjon om homofili, bilder av kjernefamilien, frisyntetidsskrifter? Pasienten vurderer legens kjønn, alder, etnisitet og konsultasjonsteknikker. Å vise imøtekommenhet, bruke et kjønnsnøytralt språk, gi pasienten taletid, vise at man bryr seg, ikke være stresset og lignende, vil gjøre det

Regnbueflagg (mangfold) og løvetann (pent ugress som ikke lar seg kuekø) er noen av symbolene som ofte brukes av homofile og deres organisasjoner. Andre symboler er rosa trekant med spisen ned, etter merket homofile måtte bære i konsentrasjonsleirene, tilsvarende den gule jødesterne. Den rosa fargen har blitt et symbol i seg selv. ILLUSTRASJONSDI: JONAS HELGÅSEN

lettere for pasienten å fortelle om sin seksuelle orientering. Videre er det viktig å gi et signal, som ikke trenger være stort, om at det er greit at pasienten er homofil. En helt nøytral holdning uten noen slags reaksjon vil ofte bli oppfattet som at man er negativ til homofile. Derfor kan man si noe sånt som «det er helt i orden», «det var fint at du fortalte meg dette», «dette var nyttig informasjon», gjerne sammen med øyekontakt og et smil.

Litt grunnleggende medisinsk kunnskap om denne pasientgruppen er god å ha. Det begynner å bli mye forskning på feltet, og man har godt belegg for å si følgende: Forskjeller i sykkelighet er stort sett forårsaket av det psykiske og sosiale presset ved å være annerledes. Forskning på homofile og lesbiske er metodologisk utfordrende, men noen undersøkelser kan tyde på at homofile mennesker som gruppe har høyere forekomst av angst, depresjon, selvmordsforsøk, alkoholbruk og røyking. Det er viktig å være klar over at det psykiske presset delvis er et indre press som vi betegner «internalisert homofobi». Det betyr at individet har vokst opp i det heteronormative samfunnet, der det normale og ønskelige er å være heterofil, og fordømmer mot homofili blir vevet inn i hele tankesettet. Ungdomstiden er spesielt vanskelig, og det å oppdage at man er homofil kan bidra til indre usikkerhet, skuffelse, depresjon og ensomhet. Flere studier, også i Norge, tyder på at homofile ungdommer har fire ganger høyere hyppighet av selvmordsforsøk sammenliknet med heterofil ungdom. På den andre siden er det mange homofile som har bedre helse, lavere rusmiddelforbruk, bedre økonomi, høyere utdanning og større nettverk enn gjennomsnittet i befolkningen.

Homofil legning i seg selv disponerer ikke for noen somatiske sykdommer. Lesbiske kvinner har ikke høyere forekomst av brystkreft når man korreterer for antall graviditeter, barn og år med hormonell prevensjon. Lesbiske kvinner skal følge det alminnelige screeningprogrammet for celleprøver fra livmorhalsen, både fordi HPV kan smitte ved sex mellom to kvinner og fordi flertallet av lesbiske kvinner har hatt sex med menn. Også homofile menn har i stor grad hatt sex med det annet kjønn. Noen har levd i heterofile forhold i årevis



ILLUSTRASJONSFOTO: SERGEY PRISTVAZNIKOV

før de finner en partner av samme kjønn, andre har sex med en av motsatt kjønn av og til selv om de kaller seg homofile. Det å ha en identitet som heterofil eller homofil forteller sjelden alt om hvem man har som sexpartner.

Også andre seksuelt overførbare infeksjoner kan smitte ved sex mellom to kvinner. Homofile menn og andre menn som har sex med menn bør testes ofte for seksuelt overførbare infeksjoner (serologi for HIV, syfilis og hepatitt B, penselprøve fra uretra, hals og anus for gonoré og chlamydia). Seksualpraksis og antall partnere varierer stort fra mann til mann, og som lege bør man være åpen og spørre om konkret seksualpraksis. Selv etter flere gangers HIV-testing med negativt resultat kan det være en negativ spenning og en belastning å ta en HIV-test, og legen bør omgås også dette

temaet med lydhørhet og varsomhet. Menn som har sex med menn bør vaksinere seg mot hepatitt A og B, og vaksine mot hepatitt B til denne gruppen refunderes av folketrygden. Mer om dette temaet finner du ved å gå til www.fhi.no og klikke på «seksuelt overførbare sykdommer» under «tema», og deretter på «menn som har sex med menn».

Delta gjerne på emnekurset «Helse hos homofile og lesbiske» på Primærmedisinsk Uke den 30. og 31. oktober 2008! Gå til <http://www.pmu2008.no/> og klikk på kursprogrammet.

For fordypning i temaet kan denne norske læreboken anbefales: Ohnstad A og Malterud K (red); *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtjenesta*. Det norske samlaget 2006.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til mari.bjorkman@chello.no

BREV TIL REDAKSJONEN VEDRØRENDE

«Behandling av impetigo»

I UTPOSTEN NR. 4 / 2008

AV LISE K. ANDRESEN, produktansvarlig for Fucidin®, LEO Pharma AS

Artikkelen av Sverre Rørtveit som er skrevet på bakgrunn av de nylig publiserte terapianbefalingene for impetigo, inneholder flere påstander om Fucidin® som ikke bør stå uimotsagt.

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.

Forfatteren henviser til sin egen artikkel fra British Journal of Dermatology i 2007. Artikkelen omhandler imidlertid årene 2001–2005 og ikke frem til 2007 slik det hevdes (1).

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.

1. All bruk av antibiotika eller antiseptika kan føre til seleksjon av resistente stammer. Ovennevnte utsagn kan oppfattes dithen at risikoen for resistensutvikling er større ved bruk av Fucidin® enn av andre midler. Tilsvarende problemer gjelder selvfølgelig også bruk av Brulidine, Bacimycin, Dicloil, Ery-Max og Clindamycin.
2. I litteraturen kan vi ikke finne at bruk av fusidinsyre fører til økende resistensgrad som følge av induksjon. Hvilken dokumentasjon har forfatteren for denne påstanden?

Resistens overfor andre lokalt virkende midler som bacitracin, klorheksidin og retapamulin er lite undersøkt i Norge.

Staphylococcus aureus er ofte høygradig resistent mot bacitracin. I en undersøkelse av Afset og Mæland hadde 212 av 255 isolater MIC-verdier ≥ 32 mg/l, mens bare tre isolater hadde så høye MIC-verdier av fusidinsyre (2). Men her gjelder det samme som for fusidinsyre; ved lokalbehandling fås så høye konsentrasjoner at effekt likevel kan oppnås (3).

For øvrig er fusidin et verdifullt middel ved behandling av systemiske stafylokokkinfeksjoner. Det tilsier at begrenset bruk ved enklere infeksjoner er viktig.

Vi er enig i at fusidinsyre er et verdifullt middel til behandling av systemiske stafylokokkinfeksjoner. Det faktiske forhold er imidlertid:

- Forskjellige stafylokokkstammer synes å gi forskjellige typer infeksjoner. Den klonen som har forårsaket impetigo i Norge de senere årene, er sjelden årsak til systemiske infeksjoner. Den er bare unntaksvis blitt påvist i blodkulturer (4, 5).
- Fucidin® blir i svært liten grad brukt til systemiske infeksjoner (6). Siden forbruket av systemisk fusidinsyre er minimalt, blir seleksjonspresset på stafylokokker som forårsaker systemiske infeksjoner, meget lite. Derimot innebærer bruken av bl.a. bredspektrede makrolid-miksturer et betydelig seleksjonspress på hele kroppens normalflora.

I en tidligere artikkel av Rørtveit ble effekten av ulike behandlingsalternativer vurdert. Tolv pasienter fikk dikloksa-/kloksacillin. Behandlingsvikt eller residiv ble observert hos nesten halvparten av disse (5, 7).

Hvorfor blir penicillinastabile penicilliner anbefalt? Hvorfor fremsettes så kraftige advarsler mot et smalspektret topisk middel som i hovedsak påvirker hudfloraen, og som ikke fører til kryssresistens med andre midler?

Referanser

1. Rørtveit S, Rørtveit G. Br J Dermatol 2007; 157:100–105.
2. Afset JE, Mæland JA. Scand J Infect Dis. 2003; 35:84–9.
3. AFAs rapport (Arbeidsgruppen For Antibiotikaspmåll) Scand J Infect Dis. Suppl 103 1997.
4. Afset JE, Jacobsen T, Mæland JA. Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy. abstracts 2003;15
5. NORM/NORM-VET 2003–2006
6. Farmastats salgstall juni 2008
7. Rørtveit S, Rørtveit G. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:2557–60.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
lise.andresen@leo-pharma.com

Lokalt fusidin eller ikkje i behandling av impetigo

SVAR TIL LISE ANDRESEN, LEO PHARMA

AV SVERRE RØRTVEIT

Eg takkar for interessa og kommentarane til artikkelen om behandling av impetigo (1). Først ei presisering om artikkelen: Den er basert på mi redigering av Statens legemiddelverk si behandlingstilråding, samanfatta etter eit ekspertmøte med ni kompetente personar i desember 2007 (2). Hausten 2008 kjem ein ny antibiotikarettleiar for allmennpraksis, og tilrådinga der er identisk med Legemiddelverket si.

Til Leo Pharma (LP) sine innvendingar: LP påpeiker at den artikkelen som me viser til (3) for å grunnge at fusidinresistens hos impetigoforårsakande *Staphylococcus aureus* (heretter forenkla til gule staf), strekker seg til 2005 og ikkje til 2007. Det er rett. I tillegg til andre observasjonar, bygger resistensevalueringa i behandlingstilrådinga på den kontinuerleg systematiske registreringa av impetigo i Austevoll kommune, som eg har ført vidare saman med kolleger, og som me framleis gjennomfører. Eg kan sjølsagt ikkje gje upubliserte resultat her, men registreringa fram til sommaren 2008 gjev ikkje grunnlag for å endra tilrådingane. Resultata vil verta publiserte på eit seinare tidspunkt.

LP meiner det ikkje er dokumentert at bruk av fusidin fører til aukande resistensgrad som følge av induksjon. Det finnst ein betydeleg mengde dokumentasjon som meir eller mindre sterkt indikerer samanheng mellom bruk av fusidin på den eine sida, og utvikling av resistens mot stoffet hos gule staf, på den andre. Sjølv om nokre studiar ikkje gjev same resultat, synes samanhengen mellom bruk og resistensutvikling så sannsynleg at det må ha konsekvensar for legane sin praksis.

Artikkelmengda om samanhengen mellom klinisk bruk og resistens mot fusidin, er oppsummert m.a. i ein artikkel av Howden og Grayson frå 2005, med tittelen «Dumb and dumber – the potential waste of a useful antistaphylococcal agent: Emerging fusidic acid resistance in *Staphylococcus aureus*» (4).

I laboratoriet utviklar gule staf raskt fusidinresistens ved eksponering (4, 5). Frå Sverige viser Østerlund til ein moge-

leg (men ikkje sikker) samanheng mellom redusert fusidinsalve-bruk og redusert resistens mot gule staf for alle hudinfeksjonar i åra etter 2002, då det vart gjeve nasjonal svensk tilråding om å unngå fusidinsalvebruk (6). Ei britisk undersøking har undersøkt utvikling av fusidinresistens under behandling mot lokale hudinfeksjonar, og funne ein statistisk signifikant samanheng, som dei meiner kan vera kausal (7). Ein nederlandsk og ein britisk rapport viser samanheng mellom bruk av lokalt fusidin og auka prevalens av resistens hos gule staf hos pasientar med atopisk eksem (8, 9), og ein britisk studie viser same samanheng for den generelle bruken av lokalt fusidin og prevalens av fusidinresistens hos gule staf (10).

LP nevner at ulike stammer av gule staf har tendens til å gje ulike typar infeksjonar, og at den spesielle klonen av gule staf som sannsynlegvis er hovudansvarleg for impetigo-tilfella i m.a. Norge, Sverige, Storbritannia og Irland også er ansvarleg for fusidinresistensen som vert observert i desse landa. Det er rett, men er knapt noko argument for å bruka fusidin til behandling av impetigo.

LP fokuserer på forholdet mellom to mekanismer for resistensutvikling: Seleksjon og induksjon. Kva for ein av desse mekanismene som har gjennomslag i ulike behandlingssituasjonar, er ikkje hovudsaka, men at resistensen faktisk utviklar seg.

Forskarane som har karakterisert den nemnde impetigo-klonen (11), meiner at fusidinresistens kan vera med-forklaring til naturleg seleksjon av den ved impetigo og atopisk dermatitt. Det ser altså ut til at nettopp når det gjeld impetigo, så kan epidemien vera eit resultat av seleksjon av ein levedyktig klon under antibiotiketrykket av fusidinsyre.

I Legemiddelverket si behandlingstilråding vert den faktiske og potensielle nytta av fusidin i behandling av systemiske stafylokokkinfeksjonar, framheva. Mot dette innvender LP at fusidin i svært liten grad blir brukt til behandling av systemiske infeksjonar. I oversiktsartikkelen

frå Howden og Grayson (5) vert det argumentert for potensielt stor nytte av fusidin ved invasive stafylokokkinfeksjonar, og at lokal bruk av stoffet derfor bør avgrensast mest mogeleg (dei nevner også forbod som mogeleg tiltak) for at den potensielle nytta ikkje skal øydeleggjast.

LP viser til ein tidlegare artikkel frå Austevoll-studien (12), og meiner at dei behandlingresultat som er referert der, gjer at ein må vera skeptisk til Legemiddelverket si tilråding om å bruka penicillinastabil penicillin ved systemisk behandling av impetigo. Dei der refererte data vart vist som ein illustrasjon av kva behandling pasientane hadde fått under den ganske kraftige epidemien i 2002, og kva utfallet hadde vore. Tala for kvar behandlingsgruppe var likevel ganske små, og kan ikkje brukast som argument for den eine eller den andre behandlinga. Ein må og ha i mente at pasientane med liten sjukdomsgrad fekk lokalbehandling eller ingen behandling, medan pasientane med utbreidd affeksjon var dei som fekk systemisk behandling.

Både den kommande antibiotikarettleiaren og Legemiddelverket si behandlingstilråding gjev lokalbehandling som første alternativ ved få og avgrensa impetigolesjonar, og systemisk behandling ved meir utbreidd affeksjon. Di- eller kloxacillin er såleis ikkje førsteval ved alle impetigotilfelle, men i dei tilfelle som treng systemisk behandling. Den omtalte impetigoklonen har vore stabilt følsom for desse middela gjennom heile perioden. Det er klart at det finnest argument også mot å velja penicillinastabil penicillin, m.a. risikoen for seleksjon av MRSA.

Dette er ikkje eit felt der ein kan gje eksakte og sikre råd, men eit der mange kryssande omsyn må kartleggast og vektleggast så godt ein kan, og søka fagleg konsensus ut frå det. Når det gjeld bruk av fusidin, er det så mange eksperimentelle, laboratoriemessige og kliniske data som indikerer at utbreidd bruk av lokal fusidin medfører resistensauke, at det bør utløyse føre-var-prinsippet: Unngå bruk av lokalt fusidin.

MERKNAD:

Medlemmane av Legemiddelverket si ekspertgruppe på impetigo har lest gjennom innlegget, og dei sluttar seg i all hovudsak til innhaldet.

Referansar

1. Behandling av impetigo. S Rørtveit, Utposten nr 4, 2008.
2. Legemiddelbehandling ved impetigo. Statens legemiddelverk 2008.
3. 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 Jul;157(1):100-5.
4. Howden BP, Grayson ML. Dumb and dumber—the potential waste of a useful antistaphylococcal agent: emerging fusidic acid resistance in *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis*. 2006 Feb 1;42(3):394-400.
5. Dobie D, Gray J. Fusidic acid resistance in *Staphylococcus aureus*. *Arch Dis Child*. 2004 Jan;89(1):74-7.
6. Osterlund A, Kahlmeter G, Haeggman S, Olsson-Liljequist B; Swedish Study Group On Fusidic Acid Resistant *S. Aureus*. *Staphylococcus aureus* resistant to fusidic acid among Swedish children: a follow-up study. *Scand J Infect Dis*. 2006;38(5):334-4.
7. Mason BW, Howard AJ. Fusidic acid resistance in community isolates of methicillin susceptible *Staphylococcus aureus* and the use of topical fusidic acid: a retrospective case-control study. *Int J Antimicrob Agents*. 2004 Mar;23(3):300-3.
8. Peeters KA, Mascini EM, Sanders CJ. Resistance of *Staphylococcus aureus* to fusidic acid. *Int J Dermatol*. 2004 Mar;43(3):235-6.
9. Sule O, Brown NM, Willocks LJ, Day J, Shankar S, Palmer CR, Burrows NP. Fusidic acid-resistant *Staphylococcus aureus* (FRSA) carriage in patients with atopic eczema and pattern of prior topical fusidic acid use. *Int J Antimicrob Agents*. 2007 Jul;30(1):78-82.
10. Mason BW, Howard AJ, Magee JT. Fusidic acid resistance in community isolates of methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* and fusidic acid prescribing. *J Antimicrob Chemother*. 2003 Apr;51(4):1033-6.
11. O'Neill AJ, Larsen AR, Skov R, Henriksen AS, Chopra I. Characterization of the epidemic European fusidic acid-resistant impetigo clone of *Staphylococcus aureus*. *J Clin Microbiol* 2007;45:1505-10.
12. Rørtveit S, Rørtveit G. Epidemi av bulløs impetigo i Austevoll kommune år 2002. *Tidsskriftet* 18/2003.

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

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

Kommentar til Bjørn Gjelsviks innlegg i Utposten nr 4 2008

Bjørn Gjelsvik har i Utposten nr 4 en kommentar til vår artikkel i et tidligere nummer om de nye 2007 europeiske guidelines for behandling av hypertensjon fra den europeiske hypertensjonsforeningen (ESH) og den europeiske hjerteforeningen (ESC). Artikkelen vår ble skrevet etter en invitasjon fra en av redaktørene i Utposten og er kun en enkel beskrivelse av disse retningslinjene som nå er trykket i en mer komplett form på norsk ved professor Per Omvik i siste nummer av Hjerterforum. At fokus for hypertensjonsguidelines ligger på hypertensjon bør ikke overraske noen, men som vi også har forsøkt å formidle i artikkelen er et viktig poeng i de nye retningslinjene reduksjon av total kardiovaskulær risiko for å forhindre både kardiovaskulær sykdom og død. Forebygging av venstre ventrikkelhypertrofi, hjertesvikt, nyresvikt og hjerneslag, og ikke bare død, gjør at ESH/ESC guidelines anbefaler det som for noen synes å være for aggressiv blodtryksbehandling. Vi har intet ønske om å gå inn i noen lengre debatt i Utposten, men bare bemerker at Bjørn Gjelsvik har undertegnet 2007 ESC Preventive Guidelines der prinsippene i 2007 ESH/ESC Guidelines inngår i sin helhet, så formelt har han akseptert disse retningslinjene i en europeisk sammenheng.

Tonje A. Aaknes og Sverre E. Kjeldsen

Kilde

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



Det er dumt å måtte sykmelde hele kroppen hvis det bare er armen som er vond

Betennelse i armen, vond rygg, psykiske problemer eller andre lidelser, er ikke nødvendigvis til hinder for å være i jobb. Ny sykmeldingsblankett gjør det lettere for lege, arbeidsgiver og arbeidstaker å få fram muligheter til å være i jobb på tross av helseplager:

Lege/sykmelder: Ny blankett gjør det lettere å beskrive hva som medisinsk sett er mulig. Gir klar melding om arbeidstakeren kan være i aktivitet eller ikke i sykdomsperioden. Kan be arbeidsgiveren gi tilbakemelding.

Arbeidsgiver: Får bedre informasjon om arbeidstakerens muligheter til å jobbe, men ikke diagnosen. Skal sammen med arbeidstaker tilrettelegge arbeidet med hensyn til wvde rådene som er gitt. Kan gi tilbakemelding til lege/sykmelder.

Arbeidstaker: Står i sentrum for kommunikasjonen. Bruker blanketten til å utveksle informasjon mellom lege/sykmelder og arbeidsgiver. Bidrar til at lege/sykmelder og arbeidsgiver ser mulighetene for at arbeidstaker fortsatt kan være i jobb.

**Ny sykmeldingsblankett
1. september 2008.
Les mer på
nav.no/raskeretilbake.**

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 avmølt, men høflig og forklarte seg greit i perioder, men innimellom kom lange detaljerte historier om tyver, bortføringer og innvik-

lede 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 akttet 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 helse som 85-åring!

Marte Walstad





SELEXID®

pivmecillinam



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

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

*: isolat fra urin

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

- Ref:
1. Smittevernloven Håndbok, Antibiotika i allmennpraksis, Statens helsetilsyn Oslo 1999: 45-55. <http://www.helsetilsynet.no>
 2. Smittevernloven Håndbok, Bruk av antibiotika i sykehus, Statens helsetilsyn Oslo 2001: 48. <http://www.helsetilsynet.no>
 3. Veiledding i bruk av antibiotika i sykehus, Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://antibiotika.helse-vest.no>
 4. NORMNORNET 2006. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway Tromsø/Oslo 2007: 53.
 5. Raz R, Chazan B, Kerner 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, Kristiansen B-E. Uncomplicated urinary tract infections. Bacterial findings and efficacy of antibacterial treatment. Scand J Prim Health Care 2005; 23: 115-9.

C Selexid "LEO" Amidinopenicillin.

PULVER OG/VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneholder: 1) Hesteglass: Mecillinam 400 mg. 2) Hesteglass: Sterilt vann 6 ml. **J01CA11. TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg:** Hver tablett inneholder: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecilinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Peroralt: Tablettene tas med rikelig drikke. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt korttidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakteriuri. **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 gis. **Pasienter:** **Voksne:** 400 mg 3-4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner gis dobbel dose, eller inntil 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 tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. ("slow-drip") i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjoner overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metilmalonylacidemi, propionylacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminismangel ved bruk av pivmecillinamholdige preparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennomsnittlig behandlingstid (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lenger) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karminislagene til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelfullt og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecillinam. (I J01C beta-laktamantibiotiske midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Det er ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør likevel unngås forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidsrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminisme ved at morens karminnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk: Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger:** Injeksjonsvæske: Spidse (<1/1000): Hud: Allergiske reaksjoner. Tablettene: Hoppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Spidse (<1/1000): Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelbroddet p.g.a karminismangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et unalspekret amidinopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som "pro-drug", er tyntstabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver, ikke kryssresistent med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinproduksjon hos stammer. Forholdvis lav aktivitet overfor Gram-positive bakterier og Hinflorensae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. Virkningsmekanisme: Bactericid. Hemmer cellevegg syntesen, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergistisk 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. Proteinbinding: 5-10 %. Fordeling: Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. Metabolisme: 8-23 % av gitt dose kan påvises som metabolitter. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinker ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bruksterdig injeksjonsvæske er holdbar i 6 timer ved høyst 25°C eller i 24 timer i kjøleskap. Bruksterdig injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Mecillinam finnes ved dalyse. 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. Enpac: 20 stk. kr 119,60, 30 stk. kr 165,90. T: 1961, 3801. 01.11.2007.



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

LEO®

© LEO januar 2008.
All LEO Trademark mentioned belong to the LEO Group.

Grafisk utforming: Malvik Grafisk AS 71207



anmeldelser

Mestring av livsvansker.

Om kriser og psykisk helse

NILS RETTERSTØL OG STEIN OPJORDSMOEN ILNER

«Uten kriser, ingen personlig vekst» er mantraet i denne boken. Alle mennesker vil møte kriser, sorg og problemer i løpet av livet. Målet med boken er å gi den som går gjennom krisen, pårørende og venner mer informasjon om hvordan takle krisene og komme sterkere ut av dem. Slik vi i allmennpraksis prøver å utnytte de positive ressurser som ligger hos pasienten selv og i miljøet rundt denne, vil forfatterne gi mer informasjon til publikum slik at de er i stand til å gi seg selv og hverandre hjelp gjennom kriser.

Boken ble nummer 50 og den siste fra Nils Retterstøl, som døde i februar 2008, 84 år gammel. Han var en høyt anerkjent norsk professor i psykiatri, ofte omtalt som norsk psykiatri «grand old man». Stein Opjordsmoen Ilner er spesialist i nevrologi og psykiatri og professor i psykiatri i Oslo.

«Mestring av livsvansker» begynner med en forklaring om hva en livskrise egentlig er, går gjennom de forskjellige livsfasene med sine typiske kriser, og videre til psykiske lidelser. Deretter tar forfatterne opp temaer som de tidligere har vært interessert i, som selvmordsproblematikk og andre problemer knyttet til kriser og psykiske lidelser. Etter

en litt forenklet beskrivelse av behandlingsaspekter ved psykisk lidelse går forfatterne videre til en nyttig (også for leger) gjennomgang av lover og forskrifter og en oversikt over adresser til lavterskeltilbud.

Boken er godt skrevet, bidrar til åpenhet rundt psykiske lidelser og prøver stort sett å demedikalisere livskrisene. Likevel var det et par steder i boken hvor påstandene kunne oppfattes som moraliserende i høyere grad enn dagens samfunn kan ønske, og ikke i tråd med mange allmennpraktikeres idealer. Noen eksempler: «De idealer avholdsbevegelsen står for, samsvarer ikke bare med 'sunt folkevett', men med forskningsstudier.» «Det er viktig at hun (i forbindelse med kriser for ellers friske kvinner rundt 40–65 år generelt) søker lege og får grundige undersøkelser, for eksempel kontroll av bryster og underliv med gynekologisk undersøkelse.»

I alt kan boken være nyttig for pasienter eller pårørende til de som går gjennom vanlige livskriser. Men, i enkelte avsnitter, reflekterer boken holdninger til medisin og samfunn som kanskje var mer aktuelle for en del år siden.

Esperanza Diaz

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

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

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



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

Først vil jeg takke Pål Myhre for gode ord og for å ha gitt meg nok en anledning til å bidra med et dikt i lyrikksafetten. En utrolig fin og varm sommer på Helgeland er nå på hell.

Sommerferien har vi tilbrakt på småbruket vårt her i Leirfjord, nabokommunen til Alstahaug, og med arbeidsplassen Sandnessjøen en kort kjøretur unna.

En varm Nordnorsk sommer oppleves som en ekstra bonus og balsam for sjela etter den mørke vinteren her oppe. Å reise «til syden» i denne fine lyse årstiden i Nord oppleves som både meningsløst og risikabelt... Tenk om godværet slår

til mens man går og svetter i varmen i fjerne himmelstrøk... Da passer det oss bedre å sette oss på flyet til sol og varme når vinterstormene raser og veiene er ufremkommelige.

Diktet jeg vil dele med Utpostens lesere er skrevet av Helge Stangnes som er en nordnorsk lyriker som i mange år har gledet mange med sine dikt som godt beskriver både nordnorsk lynne og landskap. Nordlendinger kjenner seg igjen i diktningen hans.

Et av hans fineste dikt, som jeg synes passer godt nå som vi går mot høst og vinter heter «lys langs en fjord» og er hentet fra diktsamlingen med samme navn.

Lys langs en fjord

Det mørkne mot vinter som lenge skal vare
– en sommar blei borte, en haust e på reis,
og leia e lagt der vi alle må fare
som tvungen turist på et år under veis.

Så fjern og så frostkald står stjern' der ute,
men nærar e lysan der menneskan bor,
– som glør gjennom natta fra rimgråe rute
skin perlebands-lenker av lys langs en fjord.

Og vi som blei fødd her – og tidlig fekk sanne
at lyset og leiken har mørket som pant,
vi veit at den natta som ligg over landet
e pris førr en sommar som kom – og forsvant.

Men ingen treng sukke og vri sine hender
i lengt etter solskinn og varme i sør
så lenge som lysan fra nordnorske grender
førtell oss at her har vi søstre og brør.

Vi veit at den ætta vi kalle vår eia
i elsk og i armød har kysten bebodd
og tent sine lampe som fyrlys langs leia
tel merke førr folk som har segla og rodd.

Ja, lysan fra stuen langs verharde strender
i mørketidslandet har gått som ei bru
med spenn over fjorda – lik utstrekke hender
med varme og kraft tel å tåle og tru.

Så kom, la oss tenne små lys førr kverandre
som bål imot natt på ei vinterkald jord
der frosten skal vike når menneskevarme
får nå gjennom mørket – som lys langs en fjord.

Helge Stangnes

Avslutningsvis vil jeg ønske Utpostens lesere en fin høst, og jeg vil sende stafettpippen videre nordover, faktisk så langt vi kan komme langs Norges kyst, til Kirkenes. Her har Mona Søndena bodd og arbeidet i mange år som engasjert og dyktig allmennmedisiner og samfunnsmedisiner. Jeg er helt sikker på at hun har et dikt eller to hun vil dele med oss!

Med vennlig hilsen
Torbjørn Uhre



Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter 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.

Samtidig bruk av kvetiapin og escitalopram

Spørsmål til RELIS: En lege vil vite om kvetiapin (Seroquel) og escitalopram (Cipralex) kan brukes samtidig. Spørsmålet gjelder en kvinne på 80 år som har brukt kvetiapin 12,5 mg x 2 i ca. 2 måneder. Legen vurderer å gi henne escitalopram i tillegg (døgndose 10 mg). Fra før bruker pasienten acetylsalisylsyre (Albyl-E) 160 mg x 1 og lisinopril (Zestril) 10 mg x 1.

Det er ikke funnet spesifikk litteratur som besvarer hele spørsmålet.

Farmakokinetisk påvirkning

Personer over 70 år har høyere serumkonsentrasjon av kvetiapin enn yngre etter samme dose (1). Både kvetiapin og escitalopram metaboliseres via CYP 3A4 (2,3). Ingen av dem ser ut til å påvirke eliminasjonen av andre legemidler. Likevel er det sett at citalopram/escitalopram økte likevektskonsentrasjonen av kvetiapin i plasma (1), men økningen var ikke så stor at forfatterne anbefalte dosejustering. Gjennomsnittsalder i studien var 36 år og man kjenner ikke forholdene hos eldre.

Farmakologiske interaksjoner/bivirkninger

- QT-forlengelse med kvetiapin er sett hos 0,1–1 prosent av pasientene i kliniske studier og er også rapportert etter markedsføring, både i terapeutiske doser og ved overdosering (2). QT-forlengelse er også rapportert (men ikke bekreftet) for escitalopram, og QT-forlengelse er et av symptomene på overdosering (4). Additiv effekt på QT-intervallet av kvetiapin pluss escitalopram kan ikke utelukkes (5).
- Både kvetiapin og escitalopram kan gi gastrointestinale bivirkninger (2,3).
- Det kan være økt risiko for nevrotoksisk syndrom, dvs. serotonergt syndrom/malignt nevroleptikasyndrom. Slike problemer er sett ved kombinasjon av antipsykotika og SSRI (5), men data mangler for kvetiapin pluss escitalopram.
- Blødningsrisiko kan være økt idet SSRI og acetylsalisylsyre påvirker trombocyttfunksjonen via forskjellige mekanismer. Blødninger er en kjent bivirkning av disse midlene både hver for seg og i kombinasjon (4).

- Escitalopram kan gi hyponatremi, og eldre pasienter er blant de gruppene som er mest utsatt (4). Hyponatremi er også en risiko ved behandling med ACE-hemmere (6,7).

Vurdering

Fordi dosebehovet av escitalopram er vanskelig å forutsi og man ikke kan utelukke en variabel farmakokinetikk, synes det rimelig at escitalopram initieres i lav dose. Bivirkninger vil antagelig melde seg raskt. Fordi antidepressiva har langsomt innsettende effekt, kan det være rimelig å la hvert doseringsnivå få tid til å virke før en eventuell (neste) dose-økning iverksettes.

Referanser

1. Castberg I, Skogvoll E, Spigset O. Quetiapine and drug interactions: evidence from a routine therapeutic drug monitoring service. *J Clin Psychiatr* 2007; 68 (10): 1540–5.
2. Clinical Pharmacology® 2008 database. Quetiapine. Gold Standard. <http://www.clinicalpharmacology.com> (29. mai 2008).
3. Clinical Pharmacology® 2008 database. Escitalopram. Gold Standard. <http://www.clinicalpharmacology.com> (29. mai 2008).
4. Läkemedelsverket (Sverige). Preparatomtale (SPC) Cipralex. <http://www.lakemedelsverket.se/> (Sist endret: 13. mai 2008).
5. Eiersmann B (red.). Janusinfo - Swedish Finnish Interaction X-referencing. http://drugdb.janusinfo.se/sfinx/interactions/index_menus.jsp (29. mai 2008).
6. Clinical Pharmacology® 2008 database. Lisinopril. Gold Standard. <http://www.clinicalpharmacology.com> (30. mai 2008).
7. RELIS database 2007; spm.nr. 3322, RELIS Sør. (www.relis.no/database)

Tone Westergren,
 leder, cand.pharm., RELIS Sør, Rikshospitalet HF
 Gaute Gadeholt,
 overlege, Avd for Klinisk farmakologi, Rikshospitalet HF

DON'T PANIC!!!

Det er mange utfordringer i en allmennlegehverdag og her kommer et «Tips til praksis» som er et (lite!) forslag om hvor man kan finne frem til noen av de instanser og informasjonskilder som vi trenger!

Listen ble i utgangspunktet laget av kommunelege I i Loppa kommune, Paul Olav Røsbø og Marius Johansen, og var ment å bruke som «flytevest» for nye vikarer på Sentrum Legepraksis i Alta i håp om at vikarene kunne holde litt lenger. Siden har listen tatt veien til andre legekontor både vestover og østover i fylket. Ideen er enkel og gratis- og det er fritt frem å lage sin lokale variant tilpasset lokale forhold. Brukerne må være klar over at listen ikke er bedre kvalitetssikret enn brukerne gjør den til. Bruk derfor listen med vett!

Motivasjonen for å lage listen var også at det kan være tøft å gå fra en beskyttet hverdag som turnuslege og over til full liste og bønn gass som fersk i allmennpraksis. Det er ikke mye trøst å høre av mer garvede kollegaer hvor tøft de hadde det når de begynte – og at sånn må det bare være.

Don't Panic retter seg i størst grad mot udefinerte retningslinjer i de hyppige omskiftningene vi er utsatt for og mot et offentlig skjema byråkrati som ofte ikke er til å finne frem i. Stadig flere veiledere og skjema ligger ute på nettet. Dette gjør at informasjonen er lettere tilgjengelig, men samtidig setter det større krav til brukeren å skille ut gjeldende fra foreldet informasjon.

Temmelig irriterende å bruke lang tid på å finne ut noe en eldre kollega har visst hele tiden, men ikke har tid eller anledning til å formidle til den mer uerfarne i en travel hverdag.

Enhver må bruke listen med vett- og helst lage en egen for enten seg selv eller på hvert sitt legekontor.

Loppahilsen fra Paul Olav Røsbø.



DON'T PANIC!!

LOPPAVARIANTEN

©Paul Olav Rasbo & Marius Johansen 2007

Don't Panic fungerer som et tips- og linkliste til hjelp i en svært variert hverdag i allmennpraksis. Listen vil til enhver tid være både opp- og utdatert. I den medisinske og ikke minst den byråkratiske verden kommer og går skjema og veiledere i imponerende høyt tempo, og stadig mer ligger på nett.... Uttrykket "Don't Panic" er lånt fra en bizarr humor-triologi på fem bøker (!) av Douglas Adams om jordboeren Arthur Dent som backpacker gjennom universet og får hjelp av en reisehåndbok allé "Lonely Planet" med de betryggende ordene "Don't Panic" med store bokstaver på forsiden....

Resyme Wikipedia

"Oppdatert" 06.06.08

"LEGE ARTIS"- LEGEKUNSTEN

HUSK: TIPSLISTEN ER MENT SOM IDEGRUNNLAG OG ER INGEN GARANTI FOR AT ALT SOM STÅR HER ER RIKTIG ELLER STANDARDISERT!

Lag din lokale variant- dersom finner du på noe lurt som du vil føye på, eller du finner noen feil eller inaktive linker- gi tilbakemelding til: tyssevastbu@gmail.com (Loppa Kommune) eller mariusjohansen@hotmail.com (Sentrum Legepraksis, Alta)

- A** -ADHD- Retningslinjer v/oppfølging: <http://praksis.sir.no/Dok/Rutiner-Ritalin.htm> (se også "skjema")
 -Antibiotikaveileder på Sykehus: http://www.helsetilsynet.no/webpubl/antibiotika_sykehus_ik-2737/index.htm
 -Antibiotikaveileder i Allmennpraksis: http://www.helsetilsynet.no/webpubl/antibiotika_allmennpraksis_ik-2693/index.htm
 -Antibiotika spekter: <http://www.srga.org/kompendier/ANTIanti3.htm>
 -Arbeidstilsynet: melding om arb relatert sykdom - <http://www.arbeidstilsynet.no/c26987/publikasjoner/skjemaer/index.html?tid=28995>
 -A-resept: bestilles på www.sem.no
B -BUP: Se under "Henvisninger" - under BUP finner du veileder/henvisning og eget skjema
C -Cytostatikakurer: <http://www.unn.no/category/11395.html#D>
D -Diabetes- se Veiledere sykdommer/tilstander
E -Egenandebestak 1 og 2: se www.legemiddelstiden.no/default.aspx?PageID=496
 -Egenandebestak: Kun påfor legekonsultasjon. Apoteket fører blå-resept-medisiner intet annet. (se baksiden)
 -Eplpen: fås ikke på blå resept. Dersom behandlingen er startet av spesialist kan en søk om dekning av utgifter på individuelt grunnlag. Nav-Hammerfest er ekspert på dette.
F -Fastlege: vispørsmål om bytte av fastlege: www.nav.no finn frem MinFastlege på rullegardinen øverst på siden
 -Fedme, sykkelig overvekt:
 -Alle skal henvises i Helse Nord: Nordlandssykehuset, Bodø, Adipositas teamet prisen gt 154 8005 Bodø (Vær klar over at tross av at Adipositas teamet er pålagt å gjøre en samlet medisinsk vurdering både konservativ og kirurgisk og skal være behjelpelig med videre oppfølging og tilbud, vurderer de så langt kun om det skal være kirurgisk behandling eller ikke
 -Ingen rehabiliteringssenter i Nord er godkjent og har tilbud til denne gruppen så langt. Nærmeste man kommer er Valnesfjord og Rehabiliteringssenteret i Finnmark (nærmerket samisk befolkning). Ved opphold i andre helseregioner må pas. dekke reise til og fra, men selve oppholdet får man dekket.
 -Råttips for rehabiliteringssenter: Mye sterkere rettigheter dersom pas. er sykemeldt, eller fare for å bli sykemeldt. Kan ta komme inn på betraktelig kortere tid og får dekket reise til hele landet. Senter med gode tilbud: Tomsåsen, Evjekklinikken, Røros Rehabiliteringssenter.
 -Et godt tips er å kontakte: Sentral Enhet for Rehabilitering (SER) Pb 174, 1451 Nesoddtangen, tlf: 80030961 e-post: ser@sunnaas.no
 -Felleskatalogen: <http://www.felleskatalogen.no/>
 -Finnmark Legeforening hjemmesider: <http://www.legeforeningen.no/index.asp?id=7396>
 -Flytransport på legevakst: bestilles av legevaktslege via AMK FINNMARK 78973400
 -Flyreiser som er planlagt /OH-reiser med rutefly: Skriv reiserekvisisjon. Pasienten (du, evt.sykepleier) ringer Berg Hansen Reisebyrå på tlf 81033610 og bestiller fly, oppgi da referansenummeret bak på reiserekv (røde tall). Selve rekvisisjonen sendes til Berg Hansen Nord Norge, Postboks 23, 8401 SORTLAND, NB! Standard brevmail ligger nå på WINMED!!
 -Fysioterapi: -Noen sykdommer gir rett på fri behandling. Viktig å få dette med i diagnosen eller henvisningstekst hvor det er tale om langvarig, spesielt viktig behandling.
 Se regelverk under "Kapittel II Sykdomsliste:
 - <http://undskriv.nav.no/tylpest.dll/forskr?20070612net697f-templates&fn-main-j.htm&2.0>
 -Folkehelseinstituttet: Også en meget bra side som du bør gjøre deg kjent med! www.fhi.no
 -Fritt sykehusvalg: Rimelig god oppdatering på aktuelle sykehus og ventetider på www.sykehusvalg.net eller få informasjon om retten til fritt sykehusvalg på gratis tlf. 80041004.
 Kort om hva det innebærer: Pas kan på egen hånd (internett/telefon) eller i samråd med lege finne fram til hvilket sykehus han henne vil benytte. Det lønner seg for pas. å ringe sykehuset og fortelle at det kommer en henvisning. Legen sender så henvisningen til det aktuelle sykehuset

For fullstendig oversikt over «Loppavarianten», se våre nettsider: www.utposten.no

Nasjonalt senter for distriktsmedisin



Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning

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

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

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

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

SØKNADSFRIST: 15. oktober 2008

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

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

Hasse Melbye
Vara prosjektleder

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

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

Søknadsopplysninger finnes også på vår hjemmeside
<http://www.nsdsm.no/programmet/cms/39>



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

Barn sover gjerne tolv timer.

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

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

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

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

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



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

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

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

Fucithalmic®
Fusidinsyre

C Fucithalmic © LEO Antibiotikum. ATC-nr.: S01A A33

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

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

**Nyhet!****SPIRIVA®****Nå på blå resept**for KOLS-pasienter
med $FEV_{1} \leq 65\%^*$

R03B B04 Tiotropiumbromid

Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS ($FEV_{1} \leq 65\%$ av forventet verdi).**Refusjonskode:**

ICPC	Vilkår	nr.
R95	Kronisk obstruktiv lungesykdom	90
ICD	Vilkår	nr.
J43	Emfysem	90
J44	Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	90

***Vilkår:**

90 Refusjon ytes kun til pasienter med etablert KOLS. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Spiriva Boehringer Ingelheim, Pfizer
Antikolinergikum**INHALASJONSPULVER, harde kapsler 18 µg:** Hver kapsel inneholder Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.
Indikasjoner: Bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).**Pakninger og priser:** Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 444,60. 90 doser kr 441,30. 90 doser kr 1255,10