



Innhold:

LEDER: Hva er en lege? Av OLE ANDREAS HOVDA	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Mannen som snudde spedbarna fra magen til ryggen. TROND MARKESTAD INTERVJUET AV KARIN FRYDENBERG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet Av ARILD AAMBØ	7
Allmennlegen viktig ved rød respons. Av ERIK ZAKARIASSEN	15
Genetikk på Island – deCODEme. Av STEFÁN HJÖRLEIFSSON	18
Samfunnsmedisin i utvikling. Av EINAR BRAATEN	22
Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? – Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis. Av INGER LYNGSTAD	27
Refleksjoner fra et annerledes år – USA på godt og vondt. Av HANNE UNDLÉN	32
Presentasjon av sammendragene fra forsknings- dagen på Primærmedisinsk uke, 2008. REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD OG SIGURD HØYE	38
Faste spalter	43

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

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

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrein@online.no

Lisbeth Homlung

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

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: Esperanza Diaz**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk: 07 Gruppen AS

Hva er en lege?

Hva er en stol? Hva er egentlig en stol? Og hvorfor heter stol nettopp «stol»? Springer meningen stol ut av de fire bokstavene «s», «t», «o» og «l»? Eller er det lyden? Lyden av ordet stol når det uttales, som av naturgitte årsaker bare kan bety det vi forstår som stol? Kunne ikke ordet «stol» betydd noe helt annet, som for eksempel «lykke», «kulde» eller «det å glede seg til regnvær»?

I artikkelen «Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet» tar Arild Aambø opp en rekke viktige og grunnleggende problemstillinger i forhold til legerollen og våre møter med pasienter. Den pasientsentrerte metoden oppfattes av noen som motstykket til den evidensbaserte, sier Aambø, og viser både at, og hvor viktig det er at disse to modellene kombineres. Hans utgangspunkt er møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn, men de språklige utfordringene han peker på er universelle, og alltidsnærværende. De blir bare så mye tydeligere når vi møter noen der de kulturelle og språklige forskjellene er lettere å se.

Kierkegaard sa: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.» Dette er så grunnleggende og selvfølgelig at det kan bli lett å glemme å være oppmerksom på. Hvor ofte reflekterer vi over gapet mellom pasientens og vår egen forståelse av situasjonen? Hvor ofte ser vi dette gapet og gjør noe aktivt for å gjøre det mindre; å gjøre det til en passe forskjell? Jeg tror vi kunne klare å enes ganske godt om hva en stol er. Men hva med smerte og ubehag? Hva legger vi i «mye», og er det du mener med «litt» det samme som jeg gjør?

Hva er oppgaven vår i møte med pasientene? Er pasienten der for meg, eller er jeg der for pasienten? Er de diagnostiske og behandlingsmessige utfordringene bare krydder i min hverdag, et mer sosialt og innbringende alternativ til sudoku og påskenøtter? Eller er jeg i legerollen for å forsøke å hjelpe pasienten med et problem? Og hvordan klarer vi å være pasientenes hjelpere uten samtidig å gå på kompromiss med oss selv, og uten å bli kelnere på helsemarkedet? «Var det to MR, én sykemelding og 100 Vi-va du sa?»

Og hva er egentlig samfunnsmedisin? I dette og neste nummer redegjør leder i NORSAM Einar Braaten entusiastisk for hva han og NORSAM tenker om samfunnsmedisin. Vi får også møte en rekke engasjerte samfunnsmedisinere som er glade i faget sitt. Helsepolitikk er uenkelig relevant for oss alle, og Braatens ønske om å skape større engasjement og forståelse for faget samfunnsmedisin er prisverdig. Samtidig tar han til orde for at spesialiteten i samfunnsmedisin er en forutsetning dersom man skal jobbe innenfor faget. Det stusser jeg på – både fordi han i artiklene trekker fram flere eksempler på profilerte og dyktige samfunnsmedisinere som ikke er spesialister, men også fordi ensretting sjelden har vært en god idé. Der det er muligheter for det, er mangfold nesten alltid en styrke. Regelverket åpner for alternative veier for å bli spesialist, og den linjen bør man følge videre. Annen kompetanse og erfaring enn det som er nevnt i spesialistreglene, kan gjøre en lege skikket til jobben som samfunnsmedisinere.

Vi kan ikke alle bli spesialister i samfunnsmedisin, men våre møter med pasientene finner sted i et samfunn, og innen et system, enten vi liker det eller ikke. Dette innebærer at vi i tillegg til ansvaret overfor pasientene har et samfunnsmedisinsk ansvar. Og på samme måte som det er viktig å se pasientene og deres behov, er det viktig at vi også ser dette samfunnsmedisinske aspektet i hverdagen vår. Derfor er Braatens engasjement for samfunnsmedisinen svært velkomment, og jeg håper det kan smitte over på oss alle.

Ole Andreas Hovda

Utpostens
dobbeltime

Mannen som snudde spedbarna fra magen til ryggen

Trond Markestad
INTERVJUET AV KARIN FRYDENBERG

Trond Markestad er en allsidig doktor, engasjert barnelege, forsker og professor ved Universitetet i Bergen. Han har skrevet lærebøker og veiledere, enga-

sjert seg i nyfødtnedisin og etikk. Han har vært kommune-

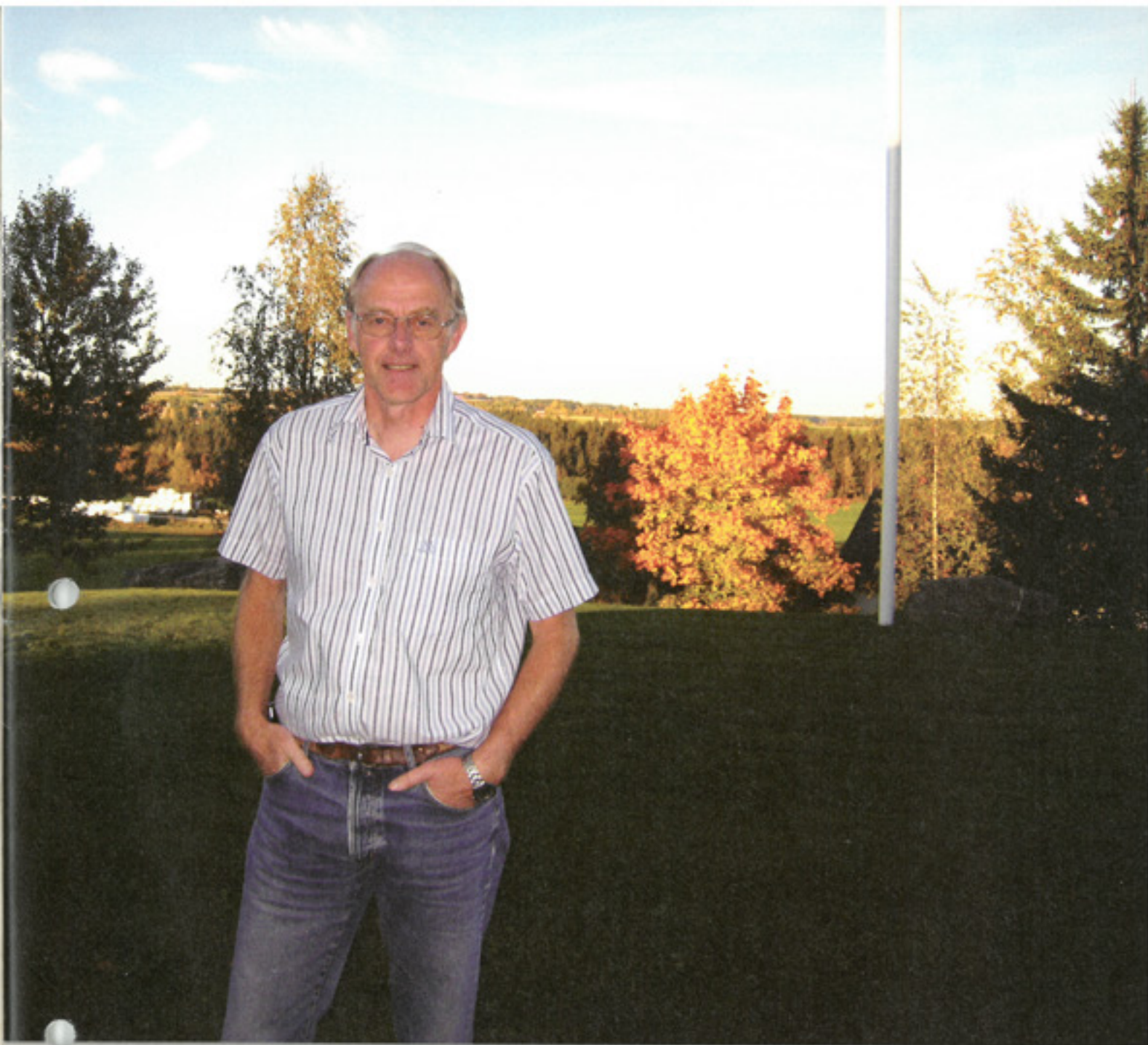
overlege og interessert seg for ungdomshelsestasjon og helsestasjonsdrift og har de siste tre årene vært leder av Legeforeningens råd for legeetikk. Berømt ble han da han på slutten av 80-tallet sørget for at spedbarn ble lagt på ryggen i stedet for på magen når de skulle sove, og derved reduserte krybbedødeligheten fra 150 til 20 tilfeller per år nærmest over natta.

Jeg treffer ham hjemme på Toten en vakker høstkveld. Dit flyttet han tilbake til sine røtter i 1999, etter noen år i USA og Canada og 23 år i Bergen. En sprek og uhøytidlig 62-åring med mange jern i ilden. Han har nylig sluttet i klinisk arbeid, er delvis tilbake i Bergen og pendler mellom professorat og oppgaven som forskningsveileder der og i Sykehuset Innlandet, mest med oppfølgingsstudier. Han er delaktig i og leder flere arbeidsgrupper, bl.a. om utvidet nyfødtscreening der arbeidet ennå ikke er sluttført, og en veileder om begrensning av livsforlengende behandling er nå ute på høring. Samtidig har han skrevet bok siste året!

UTPOSTEN: Hva fikk deg bort fra klinikk og forskning i Bergen til denne stille bygda?

TM: Det var en evig lengt tilbake til farsgården, naturen og familien her, og så var det en stilling som helsesjef og kommuneoverlege på Vestre Toten som gjorde det konkret mulig. Jeg ble i stillingen i kun to år, for selv om jeg hadde et veldig godt samarbeid med kommunen og kollegene og mange utfordrende saker, følte jeg meg faglig isolert og savnet et større miljø å samarbeide med. Jeg savnet en stab med kunnskap om alle de delene jeg selv kunne for lite om. Det kunne kanskje vært mulig hvis jeg hadde ansvar for et større område, men slik var det ikke da. Så det ble med de to årene som kommuneoverlege før jeg i noen år

var travel generell barnelege på Gjøvik. Men jeg hadde stort faglig og personlig utbytte av tida i kommunen, og har fortsatt en fot i primærhelsetjenesten gjennom mitt engasjement for helsestasjonen og det forebyggende arbeidet. Helsestasjonen er unik ved at praktisk talt alle barn og familier i Norge følges nøye. Det som er trist, er at det drives en så omfattende og systematisk registrering av barns helse og utvikling uten at det kan brukes til forskning eller systematisk helseovervåking, eller til å undersøke om intervensjon virker. I Bergen arbeider jeg i en tverrfaglig gruppe med forankring i kommunen og et datafirma for å utvikle et journalsystem som nettopp skal gjøre dette mulig.



Utsikt over Bøverbu mot Ås kirke.

UTPOSTEN: Du har uttalt deg kritisk om tiltak som settes i verk uten evidens for effekt, og hvor man evt. ikke vet om det kan være negative effekter. Hva med intervensjon ved fedme – som du selv er engasjert i?

TM: Vi vet lite om hva som har effekt når det gjelder råd og veiledning ved overvekt. Jeg veileder nå et forskningsprosjekt i Oppland hvor vi undersøker om tidlig innsats hos overvektige barn kan ha bedre effekt enn ingen individrettede tiltak. Vi har valgt ut noen kommuner hvor vi tilbyr tiltak og har andre som kontroll der vi ikke intervensjoner. Utvelgelsen skjer i samarbeid med helsesøstrene og oppfølgingen skjer på barnepoliklinikkene på Gjøvik og Lillehammer i samarbeid med lærings- og mestringssenteret.

Tiltaket er rettet mot foreldrene, ikke barna. Barna skal følges i fem år. I slik forskning er det viktig å følge barna i lang tid for å se om tiltaket har varig positiv effekt. I verste fall risikerer vi at programmet bare har uheldige bivirkninger slik som stigmatisering og tap av selvbilde.

UTPOSTEN: Forskning og evaluering synes å være en grunnleggende innfallsvinkel i det du driver med. Hvordan startet du selv å forske?

TM: Det å forske var en selvfølgelig ambisjon som pediater på et universitetssykehus og en nødvendighet for å få fast jobb. Jeg tok doktorgrad i 1984 på vitamin D-stoffskiftet hos for tidlig fødte og barn med rakitt. Men det har ikke

passet for meg å gå særlig i dybden, og jeg har en tendens til bare å holde på så lenge jeg synes temaet har klinisk relevans. Derfor er jeg heller aldri blitt noen stor forsker.

UTPOSTEN: Hva kom det av at du forstod at leie kunne ha betydning for krybbedød?

TM: I siste halvdel av 1980-tallet var det en skremmende høy forekomst av krybbedød, og jeg begynte å registrere detaljert informasjon om krybbedødsfallene som kom inn på Haukeland sykehus. Så kom det en artikkel av to engelske patologer som hadde vært i Hong Kong. De mente at krybbedød var sjelden der, og de hadde merket seg at barna sov på ryggen. I mitt materiale på den tiden var alle unntatt ett av mer enn 20 barn funnet døde på magen med ansiktet ned i madrassen. Så gjorde jeg en retrospektiv studie i alle fylkene og kunne følge dødskurven parallelt med at man la barna på magen. Selv om jeg var trygg på hva jeg gjorde, var jeg redd for negativ omtale da jeg i 1989 gikk ut og ba foreldre, fødeavdelinger og helsestasjoner i Hordaland om å legge spedbarna på rygg eller side og ikke på magen. Det var sterkt å oppleve at fra den dagen rådet ble offentliggjort gikk det flere måneder til neste krybbedødsfall mens vi i forkant hadde hatt ett tilfelle hver annen uke! I løpet av kort tid hadde hele landet endret sovestillingen. Årene forut var det lansert flere hundre mer eller mindre intrikate hypoteser om årsaker til krybbedød, og det var en alvorlig

tankevekker at hovedforklaringen var så enkel. Forskere i Bristol og New Zealand, fant det samme som oss på samme tid, men i USA fikk de ikke implementert kunnskapen før i 1994 og da etter en stor konsensuskonferanse arrangert av National Institutes of Health der også jeg var invitert som foredragsholder. I informasjonsbrosjyrene ble det senere henviset til erfaringene fra Norge, og det var jo hyggelig!

UTPOSTEN: Du har vært opptatt av problemene rundt når man skal avslutte behandling, eventuelt når behandling ikke bør startes. Hva gjorde at du ble opptatt av disse etiske dilemmaene?

TM: I nyfødtemedisinen har dette vært et stadig tilbakevendende og ofte meget vanskelige spørsmål. Hvem skal få leve og hvem skal få dø av fostrene i 23.-24. uke? Hvilke barn skal vi redde til hva slags liv? Men jeg er også opptatt av det motsetningsfylte i samfunnets aksept for selvbestemt abort, samtidig som man ofte møter mangel på forståelse for det å kunne ta abort når fosteret er alvorlig sykt. Noen kaller det et sorteringssamfunn, men jeg opplever at foreldrene oppriktig er opptatt av sitt barns beste og ikke egen bekvem-

Hus og uthus må man ha på Toten.





lighet i slike situasjoner. Pga. samfunnets holdning blir disse avgjørelsene gjemt og skambelagte. Jeg har på oppdrag fra Legeforeningen og Helsedirektoratet, vært med å lede en bredt sammensatt gruppe fra flere spesialiteter, som har utarbeidet forslaget til «Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende» som nå er på høring. Jeg håper at den kan være klargjørende og en støtte i de vanskelige avgjørelsene om når det er riktig å avslutte livsforlengende behandling.

UTPOSTEN: *Tilbake til de for tidlig fødte barna som jo kommer til oss i allmennpraksis, på helsestasjon og hos oss som fastleger, evt. i ansvarsgrupper. Vi i primærhelsetjenesten mener at de ofte blir gående for lenge hos barnelegen – som står langt fra den virkeligheten barna møter i kommunene. Hvordan mener du samarbeidet bør håndteres?*

TM: I overgangsfasen fra sykehuset til hjemmet bør det være et nært samarbeid mellom første- og annenlinjen, slik at førstelinjen blir trygg og derved kan gi en god oppfølging. Dette er en gruppe som generelt har litt større grad av utviklingsvansker enn andre barn, men det går bra med de fleste. Jeg har ledet en gruppe i Helsedirektoratet som har skrevet en veileder for oppfølging av for tidlige fødte barn. Den slår fast at førstelinjetjenesten skal ha hovedansvaret for oppfølgingen, og den sier en del om hvilke tiltak som er hensiktsmessige. Jeg var i sommer medforfatter på en artikkel i *New England Journal of Medicine* (ref.) som viser i tall hvordan det går med de for tidlig fødte barna som voksne. Som sagt går det jo bra med de fleste, men da vi skrev at det er 79 ganger større risiko for cerebral parese hos de aller minste, førte dette til dramatiske overskrifter i media. Den relative risikoen er jo stor, men tross alt er det ikke mer

enn én av ti av disse aller minste som rammes. Diskusjonen om for tidlig fødte dreier seg oftest om alt som kan gå galt. Jeg er opptatt av hvordan familiene takler medicoppslagene og har det siste året skrevet en bok om det å være foreldre til for tidlig fødte barn. Der har jeg blant annet tatt med tre fortellinger med bilder og intervjuer av hele familien. Der forsøker jeg å vise at tross problemer, har de fleste rike liv på linje med andre.

UTPOSTEN: *Ditt arbeid med etiske spørsmål har ført deg inn i Legeforeningens råd for legeetikk, og de tre siste årene har du vært leder. Hvordan opplever du arbeidet i rådet?*

TM: Det er veldig interessant, mange viktige og vanskelige saker, fra prinsippaker til relativt enkle klagesaker. Jeg får også mange uformelle henvendelser fra kolleger som spør om råd. Noen av disse er av en slik art at de løstes mer prinsipielt. Da ber vi ofte om vurdering fra andre deler av fagmiljøet som har andre kunnskaper om området enn vi selv.

UTPOSTEN: *Det skrives og menes mye om etikk og etiske spørsmål i pressen. Nylig ble rådet for legeetikk kritisert i Dagens Medisin for å begrense kollegers mulighet for å uttale seg om hverandres medisinske avgjørelser offentlig.*

TM: Grensene her bør være under kontinuerlig debatt. Vi oppfordrer leger til å være aktive og tydelige debattanter i helsespørsmål, men leger må samtidig være varsomme med å blande seg inn i saker som de kun kjenner fra pressen. Vi har et stort ansvar fordi våre uttalelser ofte blir tillagt stor vekt, selv om vi ikke har kunnskaper om det vi uttaler oss om. Jeg kan heller ikke forstå at vår behandling av enkelt saker har virket dempende på legers vilje til å bruke kliniske etikkomiteer, slik det har vært spekulert om. Tvert

om oppfordrer vi kolleger til å bruke disse. Jeg tror faktorer som gjør at noen av de kliniske etikkomiteene på sykehusene blir brukt lite, er vegring blant leger i lederposisjoner mot å eksponere vanskelige saker overfor det de oppfatter som en overordnet «domstol», samt mangel på tid i hverdagen.

UTPOSTEN: Du er kritisk til manglende bruk av data i forskning på helsestasjonen. Du er engasjert i forebyggende helsearbeid men samtidig opptatt av hva som er nyttig. Vet vi at helsestasjonsarbeidet er nyttig?

TM: Jeg er overbevist om at helsestasjonen har en viktig forebyggende og helsefremmende effekt, men samtidig vet vi ikke helt hvordan. Det skjer ingen samlet evaluering! Selv om, eller fordi jeg er opptatt av forebyggende helsearbeid og har jobbet mye med det i forhold til spesielt barn og unge, har jeg vært kritisk til screening og intervensjon uten at en forsøker å dokumentere effekt eller bivirkninger. Ingen tiltak er uten bivirkning uansett hvor velment tiltaket er. Som eksempel vil jeg nevne at selv om det vises at det er mye psykiske problemer hos ungdom, kan dette være en del av normalutviklingen. Økt fokus på det kan kanskje gjøre vondt verre. Kanskje bør man heller satse på å gripe inn ved funksjonell svikt som for eksempel skolefravær og gå målrettet inn via skolehelsetjeneste og eventuelt med andre tiltak. Med hensyn til vektproblemer har vi kanskje havnet i en annen grøft. Av frykt for å skape anorektikere ble veiing avskaffet i skolehelsetjenesten. Men anorektikere skapes neppe av å veie. Ved å fjerne systematisk veiing har

vi mistet en gylden mulighet til å måle effekt av samfunnsmessige tiltak for å hindre overvekt og kanskje også anoreksi.

UTPOSTEN: Hvor ser du de største utfordringene fremover?

TM: For det første: Økt samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Vi må skape konsensus om hva som er viktig, for eksempel om grunnlaget for å starte utredning og om behandlingslinjer. Dette må være en dynamisk prosess etter hvert som kunnskapsgrunnlaget og tekniske muligheter endrer seg. For eksempel ble utredning og oppfølging av hofteleddsdysplasi endret da vi kunne undersøke hofteleddet med ultralyd.

For det andre: Prioritering av helsetjenester blir kanskje den viktigste og vanskeligste utfordringen i tida framover. Men her må legene være villige til å være de viktigste premissleverandørene for beslutningstakerne. Dette blir smertefullt, men jeg håper at vi kan trekke i lag, og jeg har store forhåpninger til de nye fagmedisinske foreningene. I denne debatten må vi unngå å svartmale. Vi skal selvfølgelig stadig streve for å bli bedre, men vi må samtidig formidle at norsk helsevesen har høy kvalitet og tilgjengelighet. Dette er viktige verdier som en ser tydelig når en besøker andre land.

Referanse

Dag Moster, Rolv Terje Lie, Trond Markestad. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *New England Journal of Medicine*, Vol 359: 262–273, juli 2008.

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





ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet

– et mulig perspektiv for arbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn?

AV ARILD AAMBØ

Legeyrket utvikles i et broket og til tider spenningsfylt område, omkranset av ideer om evidensbasert medisin, pasientsentrert medisin, profesjonsetiske føringer og markedsmekanismer. Her stilles det store krav både til legens evne til å kommunisere og forhandle.

Forhandlinger krever imidlertid at også pasienten kan presentere sitt syn, hvilket legen ikke alltid kan ta for gitt. Denne artikkelen viser hvordan legen kan assistere pasienten i å utvikle sitt perspektiv og videre en utvikling av lege-pasient-forholdet fra compliance til samarbeid.

To viktige begreper har de siste tiårene gjort sitt inntog i vestlig medisin: Det ene er evidensbasert medisin, av mange oppfattet som en vei ut av den vilkårligheten, usikkerheten og tvilen som fra tid til annen kan ramme den praktiserende legen. Når den frembragte evidensen så spriker, hvilket den



Arild Aambø

er fungerende direktør ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelsetilstander (NAKMI) ved Ullevål universitetssykehus. Tidligere spesialist i allmennmedisin. I 1994 opprettet han Primærmedisinsk verksted (PMV) i Bydel Gamle Oslo, og ledet dette frem til 2004. PMV har arbeidet for å utvikle metoder og modeller for helsefremmende arbeid som kan oppleves meningsfulle i en flerkulturell sammenheng.

fra tid til annen gjør, søkes enten en omforent forståelse ved at eksperter på det aktuelle feltet samles i consensusgrupper og utarbeider felles retningslinjer («state of the art»), eller ved at forskere trekker konklusjoner på basis av metastudier – studier av andres forskning som baseres på strenge kriterier for hva som kan gjelde som evidens. Det sier seg selv at dette har vært et viktig tilskudd til både medisinfaget generelt og allmennmedisinen spesielt. Evidensbasert medisin er da også for mange blitt så godt som synonymt med «best practice», selv om det noen ganger kan se ut som om enkelte proponenter, i et skinn av vitenskapelighet, ukritisk lener seg på teknologisk kunnskap og prosedyrer (1).

Det andre begrepet som i økende grad har vunnet terreng, er pasientsentrert medisin. Den pasientsentrerte medisinen, som noen ganger ikke bare oppfattes som en kontrast til den evidensbaserte, men nærmest som dennes motpol, baserer seg på en forståelse av pasienten som et menneske med

unike behov og muligheter, og refererer til kliniske møter som kan karakteriseres ved at legen ikke bare lar pasientens egne behov og preferanser komme til uttrykk, men hvor pasientens egen kunnskap aktivt brukes som rettesnor – både for interaksjonen og i informasjonsarbeidet – og hvor beslutninger tas i fellesskap (2). Det har også vist seg at pasienter med for eksempel kroniske sykdommer som blir involvert i utformingen av den helsetjenesten de skal motta, har færre symptomer, mindre smerter og er både gladere og mer tilfreds enn dem som har en lege som selv fikser det meste (3). Ideen om at pasienten (og til dels også pårørende) besitter kunnskap som er verdifull, ja nærmest uunnværlig i helsearbeidet, har fått stort gjennomslag også på det helsepolitiske plan. For eksempel kan en lese i Opptrappingsplan for psykisk helse (4):

Pasienter, brukere og pårørende har viktig erfaring med og kunnskap om hvordan tjenestetilbudet bør fungere. Denne informasjonen er viktig for politikere, administrasjon og fagfolk og gjør brukerne til viktige deltakere når tjenestetilbudet skal utvikles og formes. Samtidig vil brukere som engasjeres i medvirkning ofte få styrket egne evner til å mestre eget liv. Brukermedvirkning vil også skape kunnskap og forståelse om psykisk helse i befolkningen.

Likevel, selv om svært mange støtter opp om disse ideene – på den ene siden den evidensbaserte medisin, som i dag kan love optimal behandling for en lang rekke sykdommer, og på den andre siden ideen om at pasientens perspektiv må tillegges betydelig vekt i utformingen av helsetilbudet – viser forskning at ideene kun i begrenset omfang gjenspeiles i praksis (3, 5, 6).

Til tross for alle sine fortrinn, klarer ikke den evidensbaserte medisinen helt å ta steget fra ideenes verden til konsultasjonsrommet. En kanadisk spørreundersøkelse (5) viser at selv om 86 prosent av legene var positive til fremveksten av den evidensbaserte medisinen, og hele 75 prosent avviste tanken at den kun hadde begrenset verdi i allmennpraksis, mente halvparten at denne form for legevirksomhet stilte for store krav til deres praksis. Medianverdien for hvor stor del av respondentenes kliniske praksis som var evidensbasert, var 60 prosent. Fire faktorer viste seg å være av signifikant betydning: pasientens forventninger, legens kjønn, type praksis (solopraksis eller

gruppepraksis) og det kliniske arbeidets omfang (antall timer per uke). I vår sammenheng er 'pasientens forventninger' av særlig relevans. At disse har signifikant betydning er vesentlig å merke seg, i og med at de i stor grad formes av «ikke-medisinske» kilder. Media og internett (5) spiller naturlig nok en viktig rolle her, men også pasientens sosiokulturelle bakgrunn, og pasientens forventninger kan til tider være stikk i strid med gjeldende evidens.

Når det gjelder den pasientsentrerte tilnærmingen, finner en at en rekke pasienter rett og slett ikke presenterer sitt perspektiv for legen – i alle fall ikke uten videre. Grunnen antas å være deres tro på at legen ikke verdsetter «ikke-medisinske» kunnskapskilder, som f.eks. personlig erfaring eller lekmannens oppfatning om hvordan helse og sykdom påvirkes av hverdagslivets realiteter. Tendensen til at pasientens anliggender forblir uuttalt, er blitt forsøkt kompensert for gjennom ulike pasientutdanningsprogrammer (bl.a. nettbaserte kurs) (3), tildels med godt resultat. Men det er heller ikke uvanlig at legen på sin side vegrer seg for å ta pasientens perspektiv på alvor, da dette lett kan bidra til at hans overveielser om diagnose og behandling, som i seg selv kan være kompliserte nok, ytterligere kompliseres (2). I en oversiktsartikkel om hvordan pasienters hint og bekymringer kommer til uttrykk i kliniske konsultasjoner (6), siteres undersøkelser som viser at all-

mennpraktiserende leger ikke bare er lite flinke til å legge merke til stressbetinget adferd hos sine pasienter, men at legens adferd ofte hindrer pasienten i å komme frem med sine bekymringer. Dette skjer for eksempel ved at legen avbryter eller stiller avledende spørsmål, ofte relatert til fysiske forhold – noe det utvilsomt også kan være viktig å ta rede på, men som altså kan bidra til at pasientens perspektiv neglisjeres.

En annen undersøkelse (3) viste at bare fire av 35 pasienter var i stand til å ta opp alle de tingene de ville snakke med sin lege om, og nesten halvparten av de 35 konsultasjonene som denne studien omfattet, endte med misforståelser, uønskede resepter, ubrukte resepter eller manglende compliance. Forskningen viser altså at legene er lite flinke til å få frem pasientens perspektiv – med andre ord: Til tross for at mange leger responderer ut fra hva de tror pasientene forventer av dem, står heller ikke den pasientsentrerte medisinen så sterkt som en skulle ønske.





De fleste pasienter vil ha ideer om årsaker og sammenhenger som kan bidra til et tilfredstillende behandlingsforløp. I den kliniske konsultasjonen er det legen som må ta ansvar for at det utvikles en felles forståelse, skriver artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONFOTO.

En slik verden-eller-situasjon kan tyde på at det er andre, konkurrerende hensyn tilstede – det skal jeg komme tilbake til. Først vil jeg presentere to kliniske vignetter som illustrerer hvordan ideene om den evidensbaserte og den pasientsentrerte medisinen noen ganger gjenspeiler seg i klinisk praksis, og baner vei for et mulig tredje perspektiv som jeg har kalt pasienten som *medskapende aktør i behandlingsrommet*.

På venterommet insisterte en eldre mann høylydt på at han umiddelbart måtte snakke med legen. Så imperativ virket hans fremtreden at legesekretæren ikke så annen utvei enn – til tross for overfylte timelister – å be legen finne litt tid for ham mellom to andre pasienter. Vel inne på legens kontor fortalte mannen så indignert at han kom fra Legevakten, hvor han først hadde henvendt seg. Der hadde de ikke skjont noe som helst, mente han. Først hadde de tatt røntgenbilder av lungene og deretter fortalt at han hadde en lungebetennelse som han trengte penicillin for. Men, fortsatte han: «Hva hjelper vel det? Det som skjedde var at jeg besvimte og falt om på gulvet hjemme i leiligheten. Jeg vet ikke hvor lenge jeg lå der eller hva som kan ha skjedd mens jeg lå der, men noe slikt har jeg aldri opplevd før. Jeg ble helt lam, og klarte såvidt å komme meg inn i en drosje som så kjørte meg til Legevakten. Jeg mener bestemt at jeg må ha vært utsatt for et nervegassangrep. Slik føltes det. Men tror du at de på Legevakten ville høre? I stedet kom de med disse penicillintablettene som de insisterte på at jeg måtte ta!»

I denne situasjonen var det nødvendig for legen å ta stilling til følgende problemstilling: Er mannens utsagn uttrykk for en underliggende sykdom som vil kreve en helt annen form for behandling – kanskje til og med bruk av tvang? Med andre ord: Led han av vrangforestillinger og var hans beretning uttrykk for en psykotisk tilstand? I neste omgang måtte legen så stille seg spørsmålet: Hvilke konsekvenser vil det ha om mannens egen historie settes til side, at hans uttalelser bagatelliseres eller ignoreres? Og videre: Hva ville

skje om han nå forsøkte å tale denne mannen til rette? Erfaringene fra Legevakten synes å gi en pekepinn: Her hadde legen gitt sin medisinske vurdering (som det forøvrig neppe var grunn til å stille spørsmål ved), uten å ta hensyn til pasientens egen oppfatning. Pasientens umiddelbare reaksjon vites det ikke noe om, men resultatet av den konsultasjonen var at han altså straks hadde oppsøkt en annen lege.

På den annen side: Om det samme hadde skjedd i Nord-Irak under Saddam Husseins regime, ville en slik historie ikke være helt usannsynlig (i alle fall ikke i ettertid, når evidensen for nervegassangrep mot enkelte kurdiske landsbyer var etablert). I dagens fredelige Norge ville det nok likevel være mest rimelig å oppfatte mannens historie om et nervegassangrep som vrangforestilling. Men hva om mannen var irakisk flyktning? Kunne en ikke da tenke seg at han hadde hatt et alvorlig «flashback»; at han her i eksil spontant gjenopplevde noe som faktisk en gang var skjedd i hans hjemland? Det som legen altså måtte ta stilling til, var om pasientens historie gav mening i den konteksten han befant seg, og i denne saken var det kun sitt eget skjønn legen hadde å stole på.

Om legen derimot velger å oppfatte mannen som en rasjonell, meddelende aktør (7), hvordan skulle da hans budskap forstås? Kunne det være at mannen uttrykte seg metaforisk? Sett at han forsøkte å gi uttrykk for at hans luftveier var blitt skadet av et sykdomsfremkallende agens, som videre hadde påvirket hans nervesystem på en slik måte at han hadde mistet kontroll og falt sammen, og nå trengte hjelp for å komme til hektene etter denne sjokkerende opplevelsen? Kunne det være at hans «nervegassangrep» i bunn og grunn likevel var forlikelig med legens forståelse, som hadde utgangspunkt i kunnskap om bakterier og nevrotoksiner, og at mannen faktisk bare ikke hadde innsett dette?

Folks respons avhenger (som vi har sett gjelder dette også legers adferd overfor sine pasienter) av hvilke forventninger man har til dem. Konsekvensene av å oppfatte mannens historie som et «symptomatisk» uttrykk for alvorlig sinnssykdom, ville ganske sikkert være svært forskjellige fra om han ble oppfattet som en tilregnelig aktør som uttrykker seg i uvanlige eller mer eller mindre gåtefulle metaforer. I vårt tilfelle valgte legen det siste:

Legen forklarte mannen at han hadde hørt om noen tabletter som nettopp kunne lindre skadene etter slike «nervegassangerep», og at han kunne få en ny resept på dette. Dette var utvilsomt mer i tråd med mannens oppfatning, og han ønsket å forsøke en slik medisin en periode. Han fikk en ny resept, denne gangen på et annet antibiotikum, og dessuten avtale om kontroll etter en uke. Ved kontrollen kunne mannen nøkternt fortelle at han følte seg bedre. Tablettene hadde hjulpet, men han var likevel ikke helt bra. Det var en hoste som plaget ham. Så kom det, til legens forbauselse: «Tror du vi skulle forsøke en penicillinkur?» Under denne konsultasjonen var mannen betydelig mer meddelssom, og han fortalte nå at hans tilværelse var «fullstendig forgiftet» av konflikter han hadde rotet seg opp i. Han hadde som følge av tidligere uoverensstemmelser flere rettsaker gående, og fordi han følte at myndighetene motarbeidet ham, hadde han til overmål stevnet såvel politi som fylkesmann inn for retten. Ved neste konsultasjon kom han med to bærepapper fylt med rettsdokumenter. På legens spørsmål: «Hvordan orker du å holde på med alt dette da?», svarte han lakonisk: «Jeg har ikke noe annet å fylle tiden med!» Det fulgte flere samtaler som naturlig nok dreide seg om hva som ville være meningsfulle aktiviteter for denne mannen.

Gjennom de korte samtalene med legen hadde mannen utviklet en ny forståelse av sine problemer. Når han ble oppfattet som en rasjonell aktør hvis utsagn ble ansett som valide beskrivelser av den virkeligheten han var fanget i, og som det var grunn til å ta på alvor – med andre ord en mann som det var verd å samhandle med – begynte han å oppføre seg deretter. Samtalene fikk etter hvert et eksistensielt preg som både lege og pasient hadde glede av og kunne verdsette.

En mann i 50-årene var nettopp blitt utskrevet fra en psykiatrisk institusjon, hvor det var blitt startet opp medikamentell behandling for en alvorlig depresjon. Også før den aktuelle episoden hadde han hatt lengere perioder hvor han hadde vært sykmeldt på grunn av nerveproblemer. Han hadde før han ble syk hatt en ansvarsfull jobb og hadde nå en svært vanskelig tid hvor det stod om å gjenvinne innflytelse, respekt og tillit på arbeidsplassen. Dessuten hadde han nylig pådratt seg betydelige økonomiske problemer fordi hans kone hadde sluttet i jobben og begynt å studere. Allerede i den første samtalen kom det frem at denne mannen næret en betydelig interesse for såvel sin egen historie som for vårt lands kulturhistorie. Legen, som selv nettopp hadde stiftet bekjentskap med Snorres beretning om Harald Hårfagres langvarige depresjon og hvordan Torleiv den spake gjennom sine kløke-

tige ord hadde bevirket at «kongen steig til vit og gløymde av all dårskapen» (8), kunne ikke dy seg og fortalte til pasienten hvilket inntrykk denne historien¹ hadde gjort på ham. Pasienten, som også hadde lest Snorre, kjente ikke igjen akkurat denne historien, men da han kom tilbake neste time hadde han ikke bare funnet frem til den og lest den, men han kunne stolt vise frem et dikt han selv hadde skrevet: King Harald. Det lød²:

Chained to past as dead your life becomes a sad mourning of life that once was real but never more shall be

How to loosen the chain that bind to past as dead the powers of your mind

Open your bewitched mind and beware of the signs of death that prove how dead the dearest one really is

Now, never more allow your soul to be bound to the dearest one who never more shall be alive.

Dette diktet kan på mange måter forstås som et uttrykk for mannens egen situasjon. Hans utfordring var: Hvordan kan vi glemme det som binder oss til fortiden og komme oss videre i våre liv? Når en skal besvare dette spørsmålet vil en måtte ta stilling til to vesentlige problemstillinger: Den første er knyttet til språket. Det er i bestrebelsene på å sette ord på våre erfaringer at vi knytter forbindelser mellom sanseinntrykk, ord og mening. Om vi glemmer våre tidligere erfaringer, forsvinner også deler av språket, og våre muligheter for å kommunisere med andre reduseres. Dette leder oss til problem nummer to, som er knyttet til vår identitet: Hvem er jeg? Er det ikke nettopp gjennom vår kommunikasjon med andre at vi blir i stand til å danne oss et bilde av oss selv og våre relasjoner, og er det ikke også gjennom disse relasjonene at våre liv får mening? I språkliggjøringsprosessen vil sosiale normer og andre kulturelle forhold spille en viktig rolle som vesentlige føringer for meningsdannelse – som en mer eller mindre tydelig ramme som kan utfordres, neglisjeres, eller som vi kan innrette oss etter. For meg ser det ut til at det er først når vi blir i stand til å se våre erfaringer i en slik sammenheng at vi kan komme oss videre i våre liv. Det er kun pasienten selv som kan ha en formening om når han er klar til å ta en slik beslutning, men legens perspektiv og erfaring kan likevel være viktig «input», noen ganger nærmest fungere som en katalysator i tilhelingsprosessen:

Mannen kom senere tilbake for flere samtaler, men han virket ikke lenger deprimert, og i løpet av forbausende kort tid var han tilbake på jobb – nå i redusert stilling slik at han også kunne dyrke sin interesse for diktekunsten.

I begge disse vignettene ser vi at den evidensbaserte og den pasientsentrerte medisinen utfyller hverandre. Evidensbasert behandling var i begge tilfeller allerede foreskrevet. Det vignettene handler om er hvordan denne behandlingen

¹ Denne historien viser forøvrig tydelige likhetspunkter med den amerikanske psykiateren Milton Erickson tilnærming til mentale problemer (9).

² Forfatteren har tidligere gått sitt samtykke til at diktet kan benyttes i undervisningssammenheng.

ble satt inn i rammer som gav rom for pasientens eget perspektiv. Begge vignettene bærer videre preg av en slags spontanitet. Intervensjonen sprang ut av situasjonen der og da. Som redaktøren av JAMA skrev i en leder (1):

«The compassionate and effective application of the best medical science to a particular patient is the essence of the art of medicine.»

Det hører likevel med til den siste historien at da jeg hørte om den frapperende effekten det faktisk hadde hatt for mannen å skrive dikt, ville jeg selv prøve å foreslå det overfor en annen deprimerert pasient som også hadde vist betydelige kreative evner. Det førte imidlertid bare til at hans prestasjonsangst ble aktivert og hans lidelser forsterket – noe jeg først ble gjort kjent med etter lang tid. Det er nok manges erfaring at den type intervensjoner, som er så preget av legens relasjon til pasienten og ikke minst den aktuelle situasjonen, vanskelig kan overføres til andre kontekster. Det vesentlige her tror jeg likevel var at det allerede i utgangspunktet lå en anerkjennelse av pasientens eget perspektiv. Pasienten ble oppfattet som en rasjonell aktør som det var verdt å lytte til og samhandle med. Det var ikke lenger et spørsmål om compliance eller lydighet, men om *deltakelse*.

Denne anerkjennelsen av pasienten som rasjonell, medskapende aktør beforder gjensidig læring, hvor legen, dels gjennom sine spørsmål, dels gjennom hva han bringer inn i konsultasjonen, bidrar til at pasientens eget perspektiv utvikles (10). Pasientens perspektiv er altså ikke nødvendigvis en «stabil» størrelse som han eller hun bringer med seg til konsultasjonen og som kan uttrykkes bare pasienten får muligheten til det (7), men, om jeg kan ty til et begrep fra familierapien, en slags ko-konstruksjon (11). I samhandlingen utvikles et felles synspunkt, en måte å se, tenke og snakke om ting på. Og det er når pasienten har utviklet dette perspektivet, som altså ikke er et resultat av at legen har informert ham om hvordan hans sykdom best skal kunne forstås, men som likevel må kunne sies å være et produkt av samtalen (12, 13), at han får et grunnlag for egne beslutninger. Med andre ord: En felles forståelse som danner grunnlag for handling.

Finnes der da evidens for at en slik forståelse, som jeg her argumenterer for, er viktig for vårt kliniske arbeid? Og videre: Hvordan kan vi egentlig vite at vi forstår hverandre? Selv om forskningen på feltet synes sparsom, finnes det likevel noe: En nederlandsk forskergruppe har således nylig utviklet et instrument for å ta rede på i hvilken grad lege og pasient faktisk har utviklet en felles forståelse av pasientens tilstand. De har også funnet at en slik felles forståelse er knyttet til såvel pasienttilfredshet som pasientens opplevelse av å bli tatt hensyn til (14). Andre har kommet til lignende resultater (2). Slik sett kan *felles forståelse* sies å være et sentralt begrep i pasientsentrert medisin.



ILLUSTRASJONSFOTO: LUCIAN COMAN

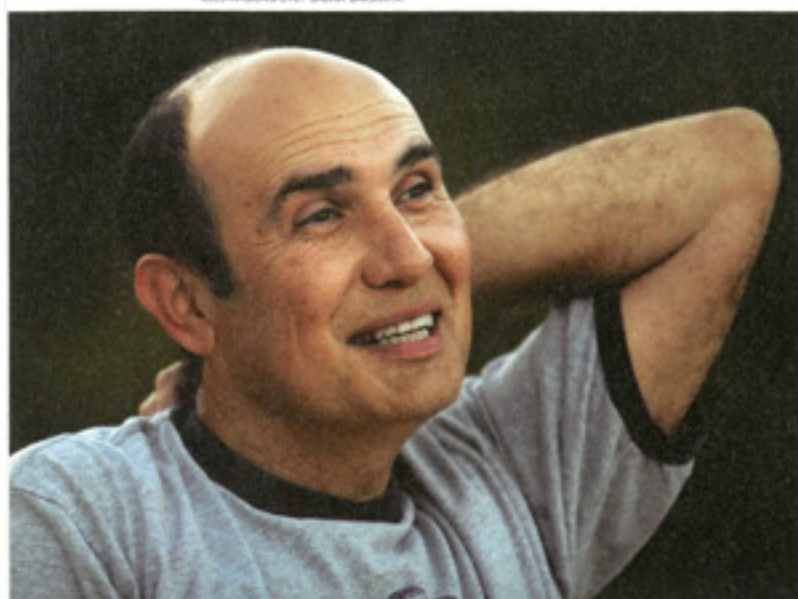
I psykiatrien blir betydningen av dette særlig tydelig, idet vi her ser ut til å stå overfor et paradoks³: På den ene side et ønske om å se pasienten som en rasjonell aktør hvis utsagn gir mening i den livssituasjonen han befinner seg i, på den annen side det faktum at pasientens utsagn *også* er viktige som grunnlag for vårt diagnostiske arbeid. I arbeid med pasienter som har en annen sosiokulturell bakgrunn kan en stå overfor lignende problemer: Ønsket om å ta pasientens perspektiv på alvor kan noen ganger bli lammet av forklaringsmodeller som, om pasienten i det hele tatt presenterer de, kan virke altfor eksotiske og fremmedartete til at en norsk lege kan ta dem på alvor. Den nederlandske forskergruppen har da også vist at både etnisk bakgrunn og språkferdigheter i stor grad innvirket på om en felles forståelse ble utviklet eller ikke (14). Derfor synes denne problemstillingen å være av særlig interesse også i et flerkulturelt perspektiv.

I den kliniske konsultasjonen er det legen som må ta ansvar for at det utvikles en felles forståelse, men det synes betimelig å reise spørsmålet: Kan det skje på måter som er mer systematiske og forutsigbare enn det vi har sett i vignettene over? Innen kommunikasjonsforskningen møter en begrepet «grounding»:

«To ground what is said is to establish the mutual belief that the addressees have understood the speakers well enough for current purposes... People carry out joint activities against their common ground – their mutual knowledge, mutual beliefs, and mutual assumptions» (16).

³ Et paradoks blir forklart som en sekvens av påstander som er av en slik karakter at, dersom de sees isolert, hver for seg, vil de alle virke fornuftige og riktige; men når de stilles sammen, vil de føre til motsigelser eller til absurditeter (15).

ILLUSTRASJONSFOTO: GALINA BARSKAYA



Grounding (17) skjer f. eks. gjennom en prosess hvor legen (om)formulerer noe av det pasienten allerede har sagt, og så spør: «Har jeg forstått dette riktig?» Når pasienten bekrefter dette verbalt eller nonverbalt, har en vært gjennom en grounding-sekvens. I vanlig samtale gjentas slike sekvenser ofte, men, merkelig nok, når en kommer i stressende situasjoner hvor det kan være svært viktig å forstå hverandre, kan det være lett å glemme dette vesentlige elementet i kommunikasjonen.

Til grunn for felles beslutninger ligger altså en prosess hvor begge parter utvikler tro på at en forstår og blir forstått av den andre. Det andre spørsmålet som straks reiser seg er: Hva er så viktig i den kliniske samtalen at vi må være særlig omhyggelige med å gjennomføre slike til dels tidkrevende grounding-prosedyrer? Innen den transkulturelle psykiatrien har en lenge vært opptatt av explanatory models (EM) (18), dvs. hvordan pasienter forstår og forklarer sin sykdom. Til grunn for EM, som i stor grad kan sidestilles med det vi tidligere har omtalt som pasientens perspektiv, ligger bl.a. vår sosiokulturelle tilhørighet, og fullt utviklet vil EM inneholde fem elementer (19): Hva sykdommen kalles, sykdommens årsak, sykdommens forløp, behandling og prognose. De fleste pasienter vil ikke presentere en fullt utviklet modell, men mange vil ha ideer om årsaker og sammenhenger som, dersom de ikke tas i betraktning, kan påvirke behandlingsforløpet slik vi så det i den første vignetten. Fra legens side vil en omhyggelig grounding av pasientens EM kunne bidra til å sikre et tilfredsstillende behandlingsforløp. Dersom en pasient ikke spontant kommer frem med sitt perspektiv, finnes der i dag gode metoder som legen kan benytte seg av i arbeidet med å utvikle pasientens perspektiv, og akronymet ETHNIC er introdusert for å gjøre det lettere å huske de ulike stegene i prosessen (20):

E: EXPLANATION

- Hva tror du kan være grunnen til at du har disse symptomene?
- Hva sier venner, familie og andre om disse symptomene?
- Kjenner du noen andre som har hatt eller har denne typen problemer?
- Har du hørt/lest/sett noe om det på radio/aviser/TV? (Hvis pasienten ikke kan gi noen forklaring, spør hva som bekymrer ham mest i forhold til problemene hans).

T: TREATMENT

- Hva slags medisiner, andre remedier eller annen behandling har du prøvd for disse plagene?
- Er det noe du spiser, drikker eller gjør (eller unngår) jevnlig for å holde deg frisk? Fortell meg om det.
- Hva slags behandling ønsker du fra meg?

H: HEALERS

- Har du søkt råd fra alternative healere/behandlere, venner eller andre personer (ikke leger) for å få hjelp til problemene dine? Fortell meg om det.

N: NEGOTIATE

- Forhandle om alternativer som er gjensidig akseptable for deg og pasienten din og som ikke strider mot, men heller inkorporerer, pasientens oppfatninger.
- Spør hva som er de viktigste resultatene pasienten din håper å oppnå etter denne intervusjonen.

I: INTERVENTION

- Bestem en intervensjon sammen med pasienten din. Den kan inkludere alternative behandlinger, religiøs praksis og healere i tillegg til annen kulturell praksis (f.eks. mat som spises eller unngås generelt og ved sykdom).

C: COLLABORATION

- Samarbeid med pasienten, familiemedlemmer, annet helsepersonell, healere og ressurser i miljøet.

Som vi ser, stilles det mange spørsmål og det kan være tidkrevende å få svar fra pasienten på alt, ikke minst om legen gjennom grounding-prosedyrer skal sjekke ut sin forståelse av pasientens perspektiv. Dessuten kan det være at en del pasienter slett ikke er interesserte i å delta i utformingen av helseshjelpen – at de faktisk ønsker å overlate ansvaret til de profesjonelle (selv om forskning viser at leger har en tendens til å undervurdere pasienters behov for medvirkning) (21). Det vil da være legens ansvar å finne ut i hvilken grad pasienten er motivert for å gå inn i en slik aktiv rolle. Om de ikke ønsker det, må også dette respekteres, men slike forhandlinger krever både tid og energi. Derfor er det ikke til å undres over om noen betakker seg og heller – på samme

måte som ved bruk av tolk, hvor forskning viser at mange leger ikke tar seg bryet med å tilkalle tolk fordi det er tidkrevende, til dels upraktisk og noen ganger vanskelig å få til (22) – tar det som det kommer, og forsøker å se an det hele. Her står vi, som det innledningsvis ble antydnet, overfor et annet dilemma: I en tid da nyliberalismen står sterkt og markedskreftene har fått mer og mer å si, også innen medisinen, er det fare for at medisin faget som profesjon med sterke etiske føringer kommer i skyggen, ja til og med noen ganger blir satt til side. Kanskje trenger vi å bli minnet om at: *Medicine is, at its center, a moral enterprise grounded in a covenant of trust* (1).

I alle fall vil vi som allmennpraktikere gjøre klokt i å bevisstgjøre oss selv om at det er i det brogete og kontrastfylte feltet som omkranses av ideer om evidensbasert og pasientsentrert medisin, legeprofesjonens etiske føringer og de liberale markedskreftene, at vårt fag utvikles. Noen ganger kan dette feltet fremstå som ubehagelig spenningsfylt, men det er likevel her vi må utøve vårt virke, og det er innenfor de begrensningene som her skapes at pasientens eget perspektiv fremstår som en ny ressurs som kan berike vår praksis.

Referanser

1. Glass MR: The Patient-Physician Relationship. JAMA Focuses on the Center of Medicine (leder) JAMA 1996 Vol 275, no 2, s 147–148.
2. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A: Uncovering the Limits of Patient Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness. *Qual Health Res* 2005; 15: 224–239.
3. Ellner A, Hoey A, Frisch LE: Speak up! Can patients get better at working with their doctors? *BMJ* Vol 327: 303–304.
4. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. St.prp.63 (1997–98).
5. Tracy C, Dantas G, Moieddin R, Upshur R: The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice* 2003, 4:13 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/4/13>).
6. Zimmermann C, Del Piccolo L, Finset A: Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review. *Psychological Bulletin* 2007 Vol 133, No 3 438–463.
7. Velprey L: The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Cult Med Psychiatry* (2008) 32: 238–258.
8. Sturlason S: Soga om Harald Hårfagre i Snorre; *Kongesogor*. Oslo: Lie & Co 1959.
9. Haley J: *The Psychiatric Techniques of Milton Erickson, MD – Uncommon Therapy*. New York: W.W. Norton & Company (1986).
10. Phillips B: Reformulating Dispute Narratives Through Active Listening. *Mediation Quarterly* Vol 17 nr 2: 161–180 (1999).
11. Inger IB, Inger J: *Co-constructing Therapeutic conversations. A Consultation of Restraint*. London: Karnac Books Ltd (1992).
12. McGee D: An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy* Vol 31, nr 4: 371–384 (2005).
13. Bavelas BB, Cotaes L, Johnson T: Listeners as Co-Narrators. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol 79 nr 6: 941–952 (2000).
14. Harmsen JAM et al: Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counseling* 59 (2005) 171–181.
15. Psillos S: *Philosophy of Science A-Z* Edinburgh: Edinburgh University Press 2007.
16. Clark HH: Conversation, structure of. I: Nadel L (Ed.) *Encyclopedia of Cognitive Science* (820–823). Basingstoke, England: Macmillan (2002).
17. Clark HH, Brennan SE: Grounding in Communication. Kap 7 i LB Resnik, JM Levine, SD Teasley; *Perspectives on Socially Shared Cognition*. S 127–149. Washington: American Psychological Association.
18. Kleinman A: *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press (1980).
19. Bhui K, Rüdell K, Priebe S: Assessing Explanatory Models for Common Mental Disorders. *J Clin Psychiatry* 67 (2006): 964–971.
20. Levin SJ, Like RC, and Gottlieb JE. ETHNIC: A framework for culturally competent clinical practice. In Appendix: Useful clinical interviewing mnemonics. *Patient Care* 2000; 34(9):188–189.
21. Arora NK: Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 791–806.
22. Kale E: «Vi tar det vi har» Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo, en spørreundersøkelse. *NAKMI's skriftserie om minoriteter og helse nr. 2*. Oslo: NAKMI (2006).

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: a.aa@nakmi.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin

Pharbio K2+ styrker skjelettet. Selskap på turen får du fikse selv.



NYHET!

"Et aktivt liv krever et sterkt skjelett. Derfor anbefaler jeg Pharbio K2+."
Magdalena Forsberg, VM- og OL-medaljevinner i skiskyting.

Pharbio K2+ styrker skjelettet

Pharbio K2+ er et nytt kosttilskudd som har fått navnet sitt fra vitamin K2, en vitamin som er viktig for å bygge opp og holde skjelettet sterkt. Vitamin K2 hjelper til å danne nytt bein og reduserer nedbrytningen av skjelettet, noe som er ekstra viktig når man blir eldre og skjelettet normalt blir svakere på grunn av naturlig aldring.

Vitamin K2 finnes naturlig i små mengder i matvarer som ost, yoghurt og andre meieriprodukter, men norsk kost inneholder generelt lite vitamin K2.

De positive egenskapene til vitamin K2 er vist i flere studier^{1,2}. Med Pharbio K2+ får du et daglig tilskudd av vitamin K2.

Pharbio K2+ finner du på apoteket, i helsekostbutikker og hos Vita.
Les mer på www.pharbio.no



1. Cranenburg, EM et al. 2007: Vitamin K: The coagulation vitamin that became omnipotent. 50th Anniversary Issue Contribution. Thromb Haemost, vol 98, p.1.
2. Cockayne S et al. Arch Intern Med. 2006;166:1256-61.

Allmennlegen viktig ved rød respons

AV ERIK ZAKARIASSEN

Det er en oppfatning blant mange at akuttmedisin består av enkle men alvorlige tilstander som kan håndteres ved hjelp av enkle prosedyrer av trenet personell, men de fleste akuttmedisinske situasjoner i Norge er kompliserte og trenger legens kompetanse. De ukompliserte protokollstyrte situasjonene, som eksempelvis hjertestans, er sjeldne.

I 2007 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant landets fastleger. De fastleger som de siste 12 måneder hadde deltatt i legevakt ble spurt om hvilke akuttmedisinske situasjoner de hadde vært borti, hvilke akuttmedisinske prosedyrer de hadde gjennomført og om de følte seg trygge i å utføre prosedyrene (1). Med akuttmedisinsk situasjon mente vi det som tilsvarte rød respons etter medisinsk indeks, eller en situasjon der legevurdering ble antatt å haste.

Et vidt spekter av erfaring

Det ble spurt om fjorten forskjellige akuttmedisinske situasjoner som alle var potensielt livstruende (TABELL 1). Det var stor erfaringsbredde innen akuttmedisinske situasjoner blant legevaktlegene. Alle situasjonene var erfart av noen. Ikke overraskende var det vanligste vanlig. Brystsmerter, akutt psykiatri og tungpust hadde nesten samtlige leger behandlet mellom fire og seks ganger i løpet av de siste 12 månedene. Fødsler hadde lavest skår med erfaring minst en gang blant bare elleve prosent av legene. Fastlegene som deltar i legevakt har altså en vid akuttmedisinsk erfaring, men likevel oppleves de fleste akuttmedisinske situasjonene relativt sjeldent. Det er indikasjoner på at den akuttmedisinske erfaringen kunne vært større om fastlegene hadde hatt mer fokus rettet mot de sykeste. Det kommer jeg tilbake til senere.



Erik Zakariassen

sykepleier.

Cand.polit / forsker Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Stipendiat Norsk Luftambulansse

Studerer akuttmedisinske hendelser med hovedfokus rettet mot legevakt

Fastlegene ble spurt om de hadde vært i en situasjon der det var nødvendig å utføre noen av de åtte akuttmedisinske prosedyrer (TABELL 2, s.17), hvem utførte prosedyren (legen selv, ambulansepersonell etc) og om fastlegene følte seg trygge i å utføre prosedyrene. De akuttmedisinske prosedyrene som det oftest hadde vært nødvendig å gjennomføre, var oksygen på maske, innleggelse av venekanyler og intravenøs medikamentering. Hjerter-lungeredning, defibrillering, maske-bag ventilering og intubering var sjeldent eller aldri nødvendig å gjøre. Hvem som utførte prosedyrene svarte ikke fastlegene på. Fastlegene hoppet til neste spørsmål som dreide seg om de følte seg trygge i utførelsen av prosedyrene, noe de i stor grad gjorde, bortsett fra intubering.

TABELL 1. De akuttmedisinske situasjoner med prosent av fastlegene som hadde erfart situasjonen minst en gang.

Akuttmedisinske situasjoner	%
Brystsmerter / hjerteinfarkt / lungeødem	94
Akutt psykiatri	92
Astma / Kols	88
Intox / overdose	69
Hode skade	68
Kramper	60
Koma / bevisstløshet	59
Utrykning	52
Anafylaksi	47
Hypoglycemi	42
Hjertestans	42
Multitraume	30
Hypotermi	12
Fødsler	11



Legevaktlegen og ambulansetjenesten samarbeider tett om akuttmedisinen noen steder.

ILLUSTRASJONSFOTO: KNUF EKANGER

Store forskjeller mellom by og land

Grovt sett kan vi si at på bygda rykker legene ut til pasientene, mens i byen jobber de kun i legevaktslokalet. I undersøkelsen rapporterte fastleger ved interkommunale legevakter og i legevaktdistrikt med mer en 20 000 innbyggere lavere eksponering for akuttmedisinske hendelser og prosedyrer, og en betydelig lavere deltagelse ved utrykninger. Dette er rart. Er det slik at tilfeller av akutt syke eller skadede i interkommunale legevakter er lavere enn i kommunale legevakter? Færre vakter, som er motivasjonen bak interkommunalt samarbeid, gir selvsagt mindre tid i vakt, men samtidig vakt for en større befolkning og skulle således ikke gi lavere eksponering. Ved statistisk analyse, der det blant annet ble justert for antall vakter og innbyggere i legevaktdistriktet, fant vi likevel lavere eksponering for akuttmedisinske hendelser ved interkommunale legevakter og i legevaktdistrikt med mer enn 20 000 innbyggere sammenlignet med små kommunale legevakter. Her er det klare indikasjoner på at de akuttmedisinske pasientene som ikke møter direkte på legevakten i større grad blir overlatt til ambulansetjenesten. En forklaring på dette kan være at disse legevaktene ligger nærmere sykehuset og at legen ikke ser behovet for å rykke ut. Dermed blir pasientene ofte unødvendig kjørt direkte til sykehus.

Erfaring innen akuttmedisinske hendelser kunne altså vært større blant fastlegene om de hadde konsentrert seg om de

sykeste. Samtidig vet vi at de fleste kommuner / legevaktdistrikt ikke har legebil til disposisjon for legevaktlegen, men overlater transport av lege til helseforetak eller legens private bil. Dette er en organisering som sannsynligvis ikke øker legevaktlegens lyst til å rykke ut.

Har legevaktlegen akuttmedisinsk kompetanse?

Undersøkelsen viser at de fastlegene som deltok i legevakt, også deltok ved akuttmedisinske situasjoner. Det er flott. Erfaringsgrunnlaget er bredt, men samtidig er akuttmedisinske hendelser sjeldne. Eneste krav til lege på vakt er at vedkommende er lege. Det er ikke krav om kurs i akuttmedisin. For spesialiteten allmennmedisin, er det nå krav om et akuttmedisinkurs hvert femte år. Det hjelper jo noe for dem som er allmennleger, men ikke for dem som tar legevakt som ikke er allmennleger. For å opprettholde praktiske ferdigheter er kurs hvert femte år uansett for sjeldent. Øver man eksempelvis hjerte-lungeredning hvert femte år vil man huske hva som skal gjøres, men den praktiske utførelsen vil være dårlig. Her er også noe av min bekymring vedrørende svarene på undersøkelsen. De kompliserte akuttmedisinske prosedyrene ble utført meget sjeldent, men fastlegene svarte i stor grad at de følte seg kompetent til å utføre dem. Ut fra den forskning som finnes innen praktiske ferdigheter i akuttmedisin må prosedyrene enten utføres jevnlig eller det må øves jevnlig(2). I undersøkelsen ble det ikke spurt om antall treninger i året. Enten er det slik at

legene over mye, eller så er dette en større opplevelse av mestring enn det en kan forvente. Fastlegene må i dag selv ta ansvar for hvor ofte de trener på akuttmedisinske prosedyrer. Kan hende kommunene burde ta større ansvar her.

Legevakt for hvem?

Min oppfatning (som innbygger i en kommune) er at kommunen har en lege på vakt om ettermiddagen og natten for å kunne ta seg av de innbyggerne som blir akutt syke eller skadet og som ikke kan vente til fastlegekontoret åpner om morgenen. Det vil si de pasienter som må ha umiddelbart hjelp av lege og de som kan vente noen timer, men ikke til dagen etter. Håndtering av akuttmedisinske pasienter og utføre akuttmedisinske prosedyrer blir dermed en naturlig del av legevaktsarbeidet. Høyst kompetanse til de sykeste pasientene bør være mottoet til legevakten i Norge.

Akuttmedisinsk hjelp av hvem?

Helseforetakenes ambulansetjeneste og personell ved landets AMK sentraler beklager seg over manglende deltakelse fra legevaktstjenesten når det dreier seg om akutt syke og skadede pasienter som ikke befinner seg i legevaktlokalet. Stemmer det at legene ikke rykker ut? Halvparten av landets legevaktdistrikt har leger som alltid er tilknyttet helseradionettet (altså leger som bruker radio på vakt) slik at AMK sentralene kan varsle dem når det skjer noe som krever legens umiddelbare oppmerksomhet. Det kan bety at halvparten av landets legevaktdistrikt delvis eller alltid bryter forskriften om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dessuten er det problematisk hvis legevakten er organisert slik at den overlater behandling av de antatt sykeste til helseforetakenes ambulansetjeneste. De ukompliserte akuttmedisinske tilstandene, som eksempelvis hjer-testans, er sjeldne blant de røde responsene men forholdsvis lette å behandle for trenet personell. Hjer-testans behandles etter protokoll og dette er ambulansepersonellet gode på.

TABELL 2. Median verdi av antall ganger akuttmedisinske prosedyrer hadde vært nødvendig å utføre og prosent av fastlegene som hadde vært i situasjonene

Prosedyrer	Median verdi antall ganger		Alle
	Median	25–75 % percentil	
Venøs tilgang	4	1–10	78
Oksygen på maske	3	1–10	77
IV medikamentering / væske	3	1–10	78
Pålegge nakkekrage	0	0–2	41
Hjerte-lungeredning	0	0–1	36
Bag-maske ventilering	0	0–1	37
Defibrillere	0	0–1	30
Intubasjon	0	0–0	22

Det forventes at fastleger som tar legevakt har praktiske ferdigheter innen også disse sjeldne akuttmedisinske hendelsene. Konsekvensen av mangel på praktisk kunnskap kan bli alvorlig (3). Men det vanlige er jo likevel det fastlegene selv rapporterte var vanlig, nemlig ondt i brystet, vanskelig for å puste eller alvorlige psykiatriske tilfeller. Dette er oftest eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde under akutt forverring og de pasientene trenger den beste kompetanse innen diagnostikk og behandling, noe det er legen, i dette tilfelle fastlegen, som har.

I tillegg ser det ut som om helseforetakene også bryter forskriftene angående varsling. Det oppstår daglig mange akuttmedisinske hendelser rundt i landet som ingen legevaktleger blir varslet om. Vet ikke legevaktlegen om at noen er akutt syk i legevaktdistriktet sitt, så kan legevaktlegen selvsagt ikke delta i behandlingen.

Vi må vite mer om legevakt, og mer kunnskap er på veg. I løpet av våren 2009 skal Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Stiftelsen norsk luftambulans ha analysert alle akuttmedisinske hendelser i tre AMK distrikt som til sammen dekker omtrent 800 000 mennesker. Da får vi tall på hvem som varsles fra helseforetakene, hvem som rykker ut, hva som er antatt problem og hvor pasientene blir behandlet. Insidens av akuttmedisinske problemstillinger i befolkningen vil være representativt for innbyggerne i Norge. Åttifire forskjellige kommuner er representert med alle varianter av organisering av legevakter. Om administreringen av akuttmedisinske hendelser i de tre AMK sentralene er representativt for landets AMK sentraler er mer usikkert. Men jeg gleder meg til å analysere resultatene. Kanskje det kan knekkes noen myter om akuttmedisin og legevaktleger?

Takk til fastlegene som svarte på undersøkelsen. Dette var tydeligvis noe fastlegene mente var viktig ettersom 95 prosent av alle som hadde tatt vakter på legevakten siste 12 måneder besvarte spørreskjemaet, til sammen 1832.

Referanser

1. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J* 2008; 25: 528–533.
2. Isbye D, Høiby P, Rasmussen et al. Voice advisory manikin versus instructor facilitated training in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2008, doi:10.1016/j.resuscitation.2008.06.012
3. Makeham M, Saltman D, Kidd MR. Lessons from the TAPS study. Management of medical emergencies. *Australian Family Physician* 2008; 37. <http://www.racgp.org.au/afp/200807/25441>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
erik.zakariassen@isf.uib.no

Genetikk på Island – deCODEme

AV STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Ønsker du eller pasientene dine opplysninger om genetisk betinget risiko for astma, hjerteinfarkt, lungekreft, makuladegenerasjon, Alzheimers sykdom, cøliaki og andre sykdommer? I løpet av de siste månedene er det blitt



Stefán Hjörleifsson

tok medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Bergen 1998 og arbeider som allmennpraktiker i Årstad bydel i samme by. Han er også førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen i 40% stilling og underviser i medisinsk etikk ved Universitetet på Island. I mai 2008 forsvarte han doktorgraden med tittelen «Genetics, risk and medicalization – A case study of preventive genetic technologies in Iceland».

mulig å bestille slike tester over internett fra leverandørene Navigenics, 23andME og deCODEme.

Allmennpraktikeren Stefán Hjörleifsson har i sitt doktorgradsarbeid fulgt den islandske forskningsbedriften Decode genetics som har utviklet deCODEme og skrevet om høye forventninger og manglende debatt om usikkerheter og betenkeligheter knyttet til genetisk forskning.

De fleste av de over 100 genetiske testene som kan bestilles på internett undersøker forekomsten av én eller noen få mutasjoner i et bestemt gen. Men det siste halvåret har kommersielle selskaper begynt å tilby lekfolk gentester der hundretusenvis av genetiske markører fordelt i hele genomet deres analyseres mot en betaling som varierer mellom 1000 og 2500 amerikanske dollar. Når Navigenics, 23andME eller deCODEme rapporterer tilbake til kunden, får vedkommende informasjon om sin risiko for å utvikle ulike sykdommer. Dessuten får kunden mer kuriøs informasjon om for eksempel sannsynligheten for at hun eller han har grønne eller blå øyne, og hvor på kloden hennes eller hans forfedre og formødre kom fra.

Kritikken mot disse testene har ikke latt vente på seg. Allerede i 2003 advarte den britiske Human Genetics Commission om at kommersielle aktører ga misvisende framstillinger av genetikkens rolle i utviklingen av vanlige sykdommer. Da Human Genetics Commission oppdaterte sin rapport på dette området i desember 2007 – samtidig med at Navigenics, 23andME og deCODEme ble lansert – ble det understreket at markedsføringen av prediktive genetiske tester burde vært regulert, og at disse testene egentlig ikke burde tilbys direkte til forbrukerne. I en kommentarartikkel

kel i *New England Journal of Medicine* i januar i år skriver tre ledende genetikere at disse testene foreløpig er uten nytteverdi. Det vitenskapelige grunnlaget for denne formen for prediktiv testing er tvilsomt og testene forteller i beste fall om en ganske beskjeden økning eller reduksjon i sykdomsrisiko. Likevel har mange ledende nyhetsmedier i USA og andre land omtalt disse testene i positive vendinger. Etter hvert har det imidlertid også kommet mer kritiske reportasjer. For eksempel publiserte det amerikanske tidsskriftet *Discover* i september i år en artikkel hvor journalisten påpeker at testresultatene hun selv har fått fra de tre leverandørene gir direkte motstridende opplysninger om hennes helserisiko.

Da Decode genetics ble opprettet i 1996 var profesjonelle investorer i USA og folk flest på Island villige kjøpere av aksjer i selskapet. Selskapet ble også etter hvert finansiert ved at det ble inngått avtaler med internasjonale legemiddelprodusenter og bioteknologibedrifter om felles produktutvikling basert på fremtidige forskningsresultater. Decode brukte store beløp på å innrede sine laboratorier, ansatte hundrevis av forskere og fikk i stand samarbeid med leger i det offentlige helsevesenet på Island. I tillegg har firmaet hatt god tilgang til slektsopplysninger og deltakere i sine

forskningsprosjekter blant den islandske befolkningen. Alt dette har gjort det mulig for Decode å bli en produktiv og respektert aktør innen genetisk forskning på vanlige sykdommer. Selskapets forskere har faktisk publisert omkring 150 vitenskapelige artikler basert på genetisk og farmakologisk forskning på omkring 50 sykdommer.

De islandske massemediene har viet Decode stor oppmerksomhet. Hjørleifsson har studert omtalen av Decode i islandske massemedier, og hans undersøkelse avslører at pressekonferanser og uttalelser fra Decode som regel blir referert uten at mediene stiller kritiske spørsmål. I tillegg tas den vitenskapelige kvaliteten og de framtidige helsegevinstene av forskningen mer eller mindre for gitt. Den eneste usikkerheten som fremheves er knyttet til selskapets økonomiske situasjon. I mange år har mediene på Island omtalt denne usikkerheten med fascinasjon: Man har visst at den finansielle situasjonen kunne bli usikker, men hvis Decode bare klarer å omsette sine vitenskapelige funn til forretningsprodukter, vil selskapet ikke bare overleve økonomisk - gevinsten vil være stor for alle parter og gi bedre helse, økonomisk profitt og faglig prestisje.

I dag er selskapets pengesekker i ferd med å tømmes. I følge regnskapstallene for første halvår 2008 vil de tilgjengelige midlene ikke rekke til å drive selskapet lenger enn til slutten av året. Derfor forsøker Decode nå å skaffe driftsmidler og lanseringen av deCODEme i desember 2007 kan ses som et forsøk på å øke inntjeningen og overbevise aksjemarkedet om at det nå er mulig å høste store gevinster av genetisk forskning.

Hjørleifsson har intervjuet flere av de vitenskapelig ansatte hos Decode. Han har også intervjuet islendinger som har avgitt genprøver til selskapets prosjekter. I disse intervjuene framgår det klart at forskerne så vel som de menige deltakerne i forskningen ser vesentlige betenkeligheter ved genetisk forskning og bruken av prediktive genetiske tester for å forebygge sykdom. De mener generelt at ukritisk bruk av prediktive tester kan skape unødvendig bekymring og til og med være helseskadelig. For det andre frykter de at overdreven markedsføring på lengre sikt kan svekke publikums tillit til at genetisk forskning vil bedre folks helse. For det tredje mistenker de at ressursene som kreves for å tolke informasjonen de genetiske testene gir kan være så skjev fordelt i befolkningen at sosiale ulikheter i helse vil øke. Endelig påpeker de at forekomsten av mange vanlige sykdommer har sterk sammenheng med livsstil og sosiale forhold, og at høye forventninger til genetikkens betydning kan ta fokus vekk fra politiske og sosialmedisinske tiltak for å redusere sykdomsforekomst. På grunn av alt dette mener



forskerne og deltakerne i Decode sin forskning at samfunnet trenger å oppruste sine politiske og moralske ressurser for å sikre hensiktsmessig håndtering av genetikken.

På tross av at både fagfolk og lekfolk gir tydelig uttrykk for betenkeligheter som de ovennevnte, blir refleksjoner som disse praktisk talt aldri omtalt eller diskutert i de islandske nyhetsmediene. Til dels ser det – ikke helt overraskende – ut for at forretningsinteresser veier tyngre enn ønsket om å fremme debatt om genetikkens bidrag til bedre helse når Decode velger sin strategi overfor nyhetsmediene på Island. Dessuten – og dette er sannsynligvis mer alvorlig – virker det som islandske nyhetsmedier er styrt av en ubetinget forskningsoptimisme og fokus på økonomi og gevinst.

Selv om Hjørleifssons gjennomgang av medias dekning av Decode viser at selskapet i alt overveiende grad omtales i positive vendinger, skal det likevel nevnes at Decode en periode fra 1998 til 2000, måtte tåle kraftig kritikk i offentligheten både på Island og i andre land. Dette skyldtes selskapets planer om å samle omfattende helseopplysninger om hele befolkningen på Island i et helseregister. Opplysningene skulle kunne innhentes uten at hver enkelt person hadde gitt samtykke på forhånd. Kritikerne, inkludert den islandske legeforening, hevdet at ingen bør gjøres til deltakere i medisinske forskningsprosjekter uten at de har fått tilstrekkelig informasjon om forskningen og selv har gitt samtykke til å delta. På grunn av denne motbøren ble det planlagte helseregisteret aldri opprettet. Imidlertid argu-

menteres det også utenfor Islands grenser stadig oftere for at informert samtykke er urealistisk og unødvendig i forbindelse med forskning som anvender helseregistre og biologisk materiale. En slik argumentasjon føres i marken i mange land – også i Norge.

Det ser ut til at den forskningsetiske debatten om informert samtykke har medvirket til å lede offentlighetens oppmerksomhet vekk fra andre viktige spørsmål angående genetisk forskning. Viktige spørsmål som i liten grad blir debattert og i liten grad fanges opp av dagens forskningsetikk, inkluderer for eksempel: Hvor viktig er det å forske på genetiske årsaker til diabetes type II, overvekt og depresjon sammenliknet med viktigheten av å innføre sosiale og politiske tiltak for å motvirke overforbruk og diskriminering? Hva kan og bør gjøres for å unngå at prediktive genetiske tester skaper forvirring og økte helseulikheter? Hvem skal hjelpe publikum til å tolke resultatene av prediktive genetiske tester og hvem skal betale regningen for videre utredning når folk er blitt bekymret over påstått økt risiko for å utvikle gitte sykdommer? Rådende tilnærminger i medisinsk forskningsetikk åpner dessverre i liten grad for debatt om disse problemstillingene. Og erfaringene fra

Island tyder på at selv om mange av dem som er involvert i forskningen egentlig ønsker en bred offentlig debatt, så er disse og tilsvarende tema i liten grad blitt løftet fram i media.

På Island har flere allmennpraktikere i det siste stilt betimelige spørsmål om deCODEme, Navigenics og 23andME i nyhetsmediene. Etter hvert som flere liknende – og forhåpentligvis også bedre – produkter blir tilgjengelige, vil de sannsynligvis vekke allmennhetens interesse også i Norge. Når den tid kommer kan norske allmennpraktikere gi vesentlige bidrag til offentlig debatt og være med på å utvikle kompetanse og infrastruktur som kreves for å sikre hensiktsmessig håndtering av slike produkter. Allmennmedisinere i Norge har i mange år satt ord på kunnskapsmessige, praktiske, samfunnsøkonomiske og etiske utfordringer knyttet til det å forutse og forhindre at enkeltmennesker utvikler alvorlig sykdom på grunnlag av ugunstige verdier av for eksempel blodtrykk, kolesterol og bentetthet. Vår erfaring med å håndtere slike utfordringer og løfte dem fram i offentligheten kan vise seg igjen å komme til stor nytte når nye genetiske risikofaktorer kommer i søkelyset.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: stefan.hjorleifsson@isf.uib.no



Burinex®

1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:

Bumetanid. 1 mg

Lactos. monohydr.
constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon.

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

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



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

For preparatordata, se side 47

Samfunnsmedisin i utvikling

ARTIKKEL 1

AV EINAR BRAATEN

Norsk Samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) har bestått i tre år. Jeg har vært leder for foreningen disse årene og fått erfare bredden i fagfeltet og en rivende fagutvikling. En utvikling vi samfunnsmedisinere i liten grad er premissleverandører til, snarere mottakere av. Det er en kjempeutfordring for oss som arbeider med fagutviklingen, men også for fagforeningen. Hvorfor håper jeg å vise i denne artikkelen.

Mange mener samfunnsmedisin som fagfelt og som spesialitet er diffust og vanskelig å beskrive lett forståelig. Denne artikkelen er den første av to som jeg håper kan gi litt innsikt, men fagfeltet er slett ikke entydig og velavgrenset. Jeg synes det er en av de store gledene ved faget at det forandres, er vidtspennende og omfattende, omtrent som samfunnet ellers.

Hva er samfunnsmedisin?

Målbeskrivelsen for spesialiteten i samfunnsmedisin bruker følgende definisjon: Samfunnsmedisin er grupperett legearbeid for å:

- Kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden
- Tilrå, iverksette og administrere helsetiltak og helse-tjenester
- Tilrå fordeling av helseressurser
- Utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten

Du er samfunnsmedisiner hvis du arbeider med grupperettede oppgaver innen medisin! Dette er en av våre store utfordringer fordi det er så mange som arbeider innen dette



Einar Braaten

Allmennlege og leder av Aidsteamet på Kongsberg fra 1986–1988

Bedriftslege 1988–1990 i Kongsberg kommune.

Helsesjef 1990–1999 med et avbrekk på ett år hvor jeg var helse- og sosialdirektør, hele tida i Kongsberg.

Jobbet også som prosjektmedarbeider på Folkehelse i 20% stilling for å lage en inter-nettbasert rådgivningstjeneste til kommuneleger.

1999–2001 prosjektleder for «Rådgivningsprosjektet» i Helsetilsynet.

Fra 2001 Kommunelege i Øvre Eiker.

Fra 2008 Kommunelege i Øvre og Nedre Eiker.

feltet og har sin hovedspesialitet i andre fagfelt. Det vil du se senere i denne artikkelen. Det er et paradoks for meg at f.eks. en nevrolog som tar jobb i Helsedirektoratet som oftest ikke ser på seg sjøl som samfunnsmedisiner enda han/hun jobber med å utvikle sykehustjenester... Vi i NORSAM mener at man trenger samfunnsmedisinsk fagkompetanse for slike jobber i tillegg til tidligere spesialitet.

Hva er en samfunnsmedisiner?

Han eller hun er selvfølgelig lege, og er interessert og engasjert i samfunnet hun bor i, med et ønske om å bidra til å bedre innbyggernes helse på systemnivå, arbeide med forebyggende helsearbeid overfor grupper av mennesker eller rett og slett ønsker å bruke medisinsk kunnskap som grunnlag for å gi råd til organisasjoner som har behov for dette i sin utvikling. Ofte er han eller hun i en lederposisjon, en samfunnsengasjert lege med interesse for samfunnsutviklingen i Norge eller i utlandet og som arbeider med det.



Jeg har intervjuet flere leger som jobber som samfunnsmedisinere. Først: **Geir Sverre Braut**, assisterende direktør, Statens helsetilsyn (og litt attåttnæring ved Høgskolen Stord/Haugesund og Universitetet i Stavanger).

Hvor lenge har du hatt din nå værende stilling?

Sidan 2002. Har vore i samfunnsmedisinske heildagsstillinger sidan 1985 (assisterande fylkeslege Rogaland/Kontinentalsokkelen, fylkeslege Rogaland)

Hvorfor jobber du som samfunnsmedisinere?

Eg møter eit spennande samspel mellom samfunn og velferdstenester, gruppetilnærming og individomsyn; og ein arena der medisinsk fagkunnskap får bryne seg på andre fagfelt, både når det gjeld oppfatting av årsaks-verknadsforhold og når det gjeld vurdering av verknader av tiltak.

Kan du kort beskrive hva du jobber med til daglig?

Ei salig blanding av det meste som foregår i Statens helsetilsyn, med ganske stor vekt på uttretta formidlingsverksemd.

Hva har du engasjert deg mest i din yrkesaktive karriere til nå?

Tja, sei det. Ein gjennomgangstone er vel kanskje å finne i arbeid relatert til risikohandtering?

Hva får du mest glede av i jobben for tida?

Samspill med utruleg mange gilde og rare menneske.

Spesialiteten i samfunnsmedisin

Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har nettopp gjort ferdig ny målbeskrivelse, det veiledede utdanningsprogrammet og holder på å avslutte arbeidet med kursprogrammet. Det har vært et stort arbeid ledet av Frank Andersen.

I målbeskrivelsen skriver komiteen blant annet:

Samfunnsmedisinere skal levere faglige innspill i løpende beslutningsprosesser i samfunnet, både i folkevalgte, administrative og faglige fora. Medisinsk kunnskap skal gjøres tilgjengelig og kjent for beslutningstakere på alle forvaltningsnivå. Samfunnsmedisinsk kompetanse skal påvirke utviklingen av strategier og metoder for å fremme tiltak til forbedring av folkehelsen.

For å kunne gjøre dette er det behov for spesialister i samfunnsmedisin på alle forvaltningsnivå. For å kunne bidra i en samfunnsmedisinsk stilling, må en spesialist i samfunnsmedisin ha høy kompetanse innen disse hovedområdene:

metodekunnskap, forebygging, kunnskapshåndtering, formidling, saksbehandling, planarbeid, rådgivning, administrasjon og ledelse, samhandling, tilsyn, internasjonalt arbeid, økonomi/prioritering og helserett.



Tove Røstad er overlege i Trondheim kommune, universitetslektor NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og nå nestleder i styret for Helse Midt-Norge. Hun sitter også i spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin og er et godt eksempel på en engasjert samfunnsmedisinere.

Hvorfor jobber du som samfunnsmedisinere?

Jeg synes det er veldig artig å jobbe med pasienter, men på et tidspunkt ble jeg litt mett – litt oppspist. Begynte å lukte litt på samfunnsmedisin, men lurte lenge på om det var riktig bruk av evner og ressurser. Kjennte meg ganske overveldet – spesielt da internkontrollkravene ble innført. Det løsnet da jeg tok grunnkursene i samfunnsmedisin og så mulighetene i faget. Siden har det i grunn bare blitt stadig mer spennende.

Kan du kort beskrive hva du jobber med til daglig?

Jeg synes ofte jeg har litt for mange baller i luften i det daglige. I Trondheim kommune arbeider jeg i hovedsak i forhold til helse- og omsorgstjenesten for eldre. Hovedperspektivet er fagutvikling og samhandling mellom ulike aktører innad i kommunen og mellom helseforetaket og kommunen.

Bistillingen ved samfunnsmedisinsk institutt er liten og innebærer planlegging og drifting av grunnkursene i samfunnsmedisin. Sammen med en kollega er jeg også veileder for en gruppe som er under utdanning i samfunnsmedisin. Det er også veldig artig. Men jeg ser klart at skal du ha det morsomt som samfunnsmedisinere, er det en klar fordel å ha en stor stillingsprosent, 50 prosent og derover.

Ellers har jeg siste måneder fått betydelig fornyet interesse for helseforetakenes ve og vel takket være at HOD ønsket en samfunnsmedisinere inn i styret for Helse Midt-Norge. Det vervet har gitt nye perspektiver til utfordringene i samhandlingene mellom sykehus og kommuner.

Hva har du engasjert deg mest i din yrkesaktive karriere til nå?

Jeg har lett for å engasjere meg og tenker gjerne at det mest spennende jeg har gjort er det jeg holder på med akkurat nå. Akkurat nå er det sammenhengende pasientforløp av god kvalitet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

som opptar meg aller mest. Det må vel være en av de aller viktigste samfunnsmedisinske oppgavene for tiden? Sykehusene behandler langt flere, men kutter på antall senger og liggetid og forventer at kommunene skal kompensere for dette. Det går jo ikke alltid så bra, og i Helse Midt-Norge fornemmer jeg nærmest en frustrasjon over at foretakene ikke kan instruere primærhelsetjenesten – og da spesielt fastlegene.

Hva får du mest glede av i jobben?

Jeg får mest glede av at vi får til å gjøre tjenestene bedre og at vi er flere samfunnsmedisinere som jobber sammen om dette. Har gledet meg spesielt over de gode resultatene vi fikk ved Søbstad sykehjem som Helge Garåsen nettopp har tatt sin doktorgrad på. Vi prøvde ut en modell der vi tok ut pasientene tidlig fra sykehuset. De fikk avsluttet sin behandling på en oppgradert sykehjemsavdeling og var der inntil 3 uker slik at vi fikk fulgt dem tett i en medisinsk relativt ustabil periode, vurdert funksjonsnivået og planlagt videre oppfølging. Det har vært kjempegøy å være sykehjemslege på den avdelingen.

Innenfor ditt arbeidsområde, hva mener du er viktigst for en samfunnsmedisiner?

For at en samfunnsmedisiner skal få noen innflytelse, må hun være tilgjengelig, bli kjent i sitt system og med sitt system og ha en god forståelse for hvilken rolle hun har. Og hun må basere sine råd på kunnskap, ikke på synsing og omtrentligheter. Det blir fort avslørt.

Ett godt råd til andre samfunnsengasjerte leger?

Bli med på grunnkurs i samfunnsmedisin – det gir en smakebit på hva dette dreier seg om!

Kommuneoverlegefunksjonen

Kommuneoverlegen er den mest kjente av de samfunnsmedisinske oppgavene. I min hjemkommune har vi hatt en slik siden 1700-tallet, først en barber/kirurg for ansatte i Sølvgruvene, seinere en gruvelege/medicus som dekket hele byens helseproblemer, stadslege og nå en helse- sosial-sjef/kommuneoverlege. Kommuneoverlegene har beveget seg fra å jobbe med reint medisinske problemstillinger som

tuberkulose, kopper og andre smittsomme sykdommer, over til sykdommer med miljøsammenhenger, til forebyggende helsearbeid videre til dagens viktige planarbeid. Her er kommuneoverlegen ved å bli en viktig premissleverandør i planleggingen i kommunene.

Nylig har Helsedirektoratet gjennomført en større gjennomgang og vurdering av kommuneoverlegefunksjonen. Arbeidsgruppa har stadfestet arbeidsoppgavene til kommuneoverlegen slik:

- Lokal helsemyndighet
- Medisinsk-faglig rådgiver, bl.a. på disse områdene:
 - Forebyggende og helsefremmende arbeid
 - Helseovervåking
 - Planarbeid
 - Samarbeid med helseforetak / stat
 - Miljørettet helsevern
 - Smittevern
 - Helsemessig beredskap
 - Kvalitetssikring og tilsyn
 - Helhetlig evaluering og koordinering
 - Sosialmedisinsk arbeid
 - Samarbeid med fastlegene
 - Administrative oppgaver

Dagens kommuneoverleger må være generelle leger helst med gode kunnskaper innen alle disse oppgavene. I den seinere tida har det vist seg hvor viktig det er for en kommune å ha en egen lege som kan mye om smittevern, både om sykdommene og hva man må gjøre for å avdekke smitekilder og hindre spredning. Legionellautbrudd, Giardia Lamblia smitte i vann, E.coliutbrudd i matvarer, SARS og truende fugleinfluensa, har vist hvor viktig det er å ha leger som kan dette i, eller nært til, kommunen.

Samfunnsmedisineren er i økende grad ettertraktet som deltaker i kommunenes planarbeid. Vi kan mye om helseberedskap og smitteplaner men har også viktige innspill til

NORSAM

kommuneplaner, reguleringsplaner og arealplaner. I Øvre Eiker kommune deltar jeg i arbeidet med kommuneplaner, diskuterer konsekvenser av høyspentlinjer i luft og i bakken, radiomaster, radonfelt, vann og kloakk, trafikk-sikkerhet og andre forhold som kan virke inn på helse til våre innbyggere. Dette stiller krav til kommuneoverlegetstillingen fordi det tar mye tid og ligger langt utenfor hva legeklinikere er vant til å jobbe med.

I den videre utviklingen av samfunnsmedisin i kommunene er det derfor viktig å kunne yte høy faglig kompetanse til å dekke alle disse nye oppgavene. Jeg mener vi er nødt til å arbeide etter to linjer. Vi trenger fortsatt fastleger med interesse for samfunnsmedisin som kan dekke oppgaver i mindre kommuner. Samtidig må vi bygge ut et samfunnsmedisinsk nettverk med fulltidsansatte kommuneoverleger i interkommunale tiltak eller store kommuner som server mange kommuner. Helst i samarbeid med kombileger i mindre stillinger. Stillingene bør være 100 prosent stillinger og ikke under 19 t/uke fordi den «nye» kommunale samfunnsmedisinen krever mer tid av legen.

Jeg håper også kommuneoverlegene framover kan utvide sitt arbeidsområde mer. Epidemiologi og statistikk sammen med anvendt forskning trenger vi svært i kommune-Norge! Blant annet bør vi nå få i gang innhenting av statistiske data fra fastlegenes journaler. SEDA-prosjektet (SEntrale Data fra Allmennlegetjenesten) heter et slikt tiltak som vi har hørt om, men ikke sett resultater av enda. SEDA-prosjektet har som formål å samle inn relevante data fra et utvalg fastlegers elektroniske pasientjournal (EPJ) og benytte disse til statistikk og forskning. Forskning bør bli samarbeidsprosjekter mellom samfunnsmedisinere og fastleger for å komme fram med forskning som kommer fastlegepraksis og kommunchelsetjeneste til gode.



Kommune-Norge er svært forskjellige med like forskjellige arbeidssituasjoner. Vi i NORSAM har snakket med noen få og gjengir litt av deres inntrykk. Disse intervjuene kan du lese i sin helhet på NORSAMs nettside: www.norsam.info

Hege Raastad Basmo er kommuneoverlege i Stange kommune i Hedmark.

Hvor lenge har du hatt din nå værende stilling?

I Stange kommune har jeg vært siden høsten 2003. Men samfunnsmedisin har jeg vært «hele mitt liv» tror jeg. Litt svulstig sagt kanskje, men jeg alltid vært opptatt av hvorfor folk har det som de har.

Hva jobber du mest med nå for tiden?

Stange er midt inni prosessen med å utarbeide Kommunedelplan for folkehelse – og jeg er prosjektleder (og «sjefs-ideolog»!). Planprogrammet fastslo strategiområdene:

1. Utjevne sosial ulikhet
2. Bedre psykisk helse for barn og unge
3. Fysisk aktivitet for de som trenger det mest.

Her er det mye å fortelle og mye å lære. Og så jobber jeg med samarbeid innen psykisk helsearbeid. Åtte kommuner i midt fylket har slått seg sammen for å utvikle seg selv – og sammen med brukerrepresentanter og Sykehuset Innlandet HF divisjon psykisk helse har vi dannet Effektiviseringsnettverk for å utvikle tjenestene, samarbeidet og kvaliteten. Fastlegene har vært invitert med, men ingen har funnet mulighet til å delta. Her er det også mye å fortelle og lære. Det er KS som stiller som prosessledere og sekretariat for nettverket. Effektiviseringsnettverket er en arena for perspektivutvekslinger og meningsbrytninger med fakta som grunnlag for diskusjoner og med mytenkning som viktig ingrediens.

Ett godt råd til andre samfunnsengasjerte leger?

Det er ikke bare du som skal redde verden – og dessuten tar det litt tid. Så stell godt med deg selv og ditt eget liv også.



Nesten i den andre enden av Norge jobber **Elise Klouman** kommuneoverlege, Værøy legekontor og overlege på avdeling for infeksjonsovervåking på Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hvor lenge har du jobbet sånn, Elise?

I vel åtte år på Værøy og tre år på FHI.

Hva var din første samfunnsmedisinske stilling?

Jeg var den første generalsekretæren i det som den gang het Landsforeningen mot AIDS, nå HivNorge, fra 1987 til 1989.

Hvorfor jobber du som samfunnsmedisinere?

Jeg er genuint samfunnsinteressert. Dessuten blir jeg for sliten av å ha pasienter full tid uten opphold. Som allmennpraktiker synes jeg det ofte er vanskelig å tenke sammenhengende tanker og fordype meg i noe som helst. Å være samfunnsmedisinere gir rom for litt mer «metaanalyser». Jeg liker også å jobbe tverrfaglig og i gruppe. Jeg synes sam-

spill med det politiske apparatet er utfordrende, og finner meg godt til rette med å ha en rådgiverrolle både i kommunen og på nasjonalt nivå.

Å være «kombilege» i endelt vakt gir utvilsomt magre kår for lokalt samfunnsmedisinsk arbeid. «Vakta» tar stadig styring over den tiden jeg skulle bruke til slikt arbeid. For tiden føler jeg det som en uløselig konflikt.

Er du spesialist i samfunnsmedisin?

Jeg er ikke spesialist i samfunnsmedisin. Jeg har ikke fått inntrykk av at det å inneha spesialiteten betyr mye, verken for å få samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene, eller på Folkehelseinstituttet. Men særlig for det kommunale arbeidet, hadde det vært god hjelp å gå igjennom et strukturert utdanningsopplegg. Der skal jeg løse oppgaver jeg i utgangspunktet har svært liten kompetanse på.

Jeg synes det har vært vanskelig å få tak i både hva som kreves og nærmest umulig i min arbeidssituasjon, å gjennomføre en spesialisering i samfunnsmedisin. De som fikk med seg det såkalte Bygdøkurset og spesialiserte seg i den tiden, hadde det enklere.

Hva har engasjert deg mest i din yrkesaktive karriere til nå?

Å jobbe med hiv-epidemien både nasjonalt og internasjonalt; å bli forsker og å være kliniker.

Innenfor ditt arbeidsområde; Hva mener du er viktigst for en samfunnsmedisiner?

Kunnskap om lov og regelverk og evne til å innhente og bearbeide kunnskap. Det er ikke nødvendig, men svært nyttig å ha forskningskompetanse (jeg valgte vel å skaffe meg det fremfor spesialiteten), god samarbeidsevne og evne til å jobbe tverrfaglig og i gruppe. For oss som også er kliniskere, er det nødvendig å skifte fokus fra det individrettete til et befolkningsperspektiv. Man trenger ikke å ha all kompetansen selv, men mer en evne til å skaffe tilgang til kompetansen der den finnes.

Så tror jeg det er svært bra å ha et grunnleggende samfunnsengasjement i bunn.

Elise Kloumanns ord avslutter den første halvdel av artikkelen om dagens samfunnsmedisin. I neste artikkel vil jeg komme inn på samfunnsmedisin i helseforetakene, forvaltningen, litt om spesialiteten og hva jeg mener med «moderne samfunnsmedisin».

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
einar.braaten@ovre-eiker.kommune.no

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2009

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	Best.frist	Mat.frist	Utsendelse
Nr. 1	16. januar	28. januar	16. februar
Nr. 2	6. februar	18. februar	16. mars
Nr. 3	19. mars	31. mars	27. april
Nr. 4	14. mai	26. mai	15. juni
Nr. 5	28. august	9. september	28. september
Nr. 6	2. oktober	14. oktober	2. november
Nr. 7/8	6. november	18. november	7. desember

ABONNEMENT:

Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig:

Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32,

2050 JESSHEIM

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

E-POST: rmrtove@online.no

Materiell:

Elektronisk

(mail / FastSend: se www.07.no / CD).

Format:

A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf).

Satsflate 165 x 236 mm.

Raster: 60 linjer

Trykkeri:

07 Gruppen AS

1930 AURSKOG

Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson:

Morten Hernæs

Tlf.: 63 86 44 63

E-POST: morten.hernaes@07.no

Hvordan fungerer legekontoret for dine pasienter?

– Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis

AV INGER LYGSTAD

Ni fastleger ved Ringerike Medisinske Senter gjennomførte høsten 2007 en brukerundersøkelse med NorPEP-spørreskjema. 557 pasienter (62 prosent) besvarte spørreskjemaet.

Resultatene ble presentert på et tverrfaglig

seminar ved legesenteret i januar 2008. Legene opplevde at brukerundersøkelsen var faglig inspirerende og nyttig i arbeidet med å forbedre tilbudet til pasientene. Prosjektet ble finansiert med midler fra Legeforeningens Kvalitetssikringsfond I og allmennpraktikerstipend fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg.



Inger Lyngstad

F. 1957. Cand.med. 1985 ved Universitetet i Oslo. Spesialist i allmennmedisin 1999. Fastlege i Ringerike. Praktiskonsulent ved Ringerike sykehus. Allmennpraktikerstipend 2007/2008 med professor Per Hjortdahl som veileder.

Selv om jeg har vært allmennlege i over 20 år, søker jeg fortsatt etter verktøy for å forbedre min medisinske praksis. God kvalitet og kunnskapsbasert praksis forutsetter at brukeres og pasienters erfaringer og synspunkter får påvirke tjenestene, ifølge en veileder fra Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn (2, 3). Målet er at brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging og i den enkelte konsultasjon. Kunnskapsbasert praksis står på tre bein: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, bruker-kunnskap og brukermedvirkning.

Kurset *Fra allmennpraksis til praksisbasert forskning* ved Primærmedisinsk uke 2006 ga ideen til å gjennomføre en brukerundersøkelse i allmennpraksis. Hensikten var å få frem synspunkter på legenes oppgaver og på risiko knyttet til helsetjenesten, slik dette er beskrevet i rapporten *Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse* som er utgitt av Helsetilsynet (4). Rapporten peker på allmennlegenes hovedoppgaver som tredelt: faglig virksomhet (teknisk kvalitet, faglige prosedyrer), holdninger/kommunikasjon og organisering av virksomheten. De mest sårbare områdene i allmennlegetjenesten er mangelfull refleksjon rundt

egen praksis, svikt i utredning og behandling, svikt i håndtering av øyeblikkelig hjelp, sviktende oppfølging av «utsatte pasientgrupper» og mangelfull tilgjengelighet.

EuroPEP – et standardisert spørreskjema

Jeg søkte informasjon fra Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) og Norsk forening for allmennmedisin (referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid) mens jeg lette etter bedre verktøy enn bare en «tips og klage-postkasse» på venterommet. I KUPs verktøykasse fant jeg EuroPEP.

Den europeiske forskergruppen EQuIP, som er tilknyttet Wonca, har utviklet spørreskjemaet for brukerundersøkelser. Skjemaet er standardisert, validert i 16 land, og ble introdusert i 2000 (5). Gjennom 23 spørsmål evaluerer pasienter de tjenestene som leger og medarbeidere gir i allmennpraksis. Sentrale punkter i EuroPEP er

- lege-pasient-forholdet
- legens faglighet
- informasjon/support
- kontinuitet/samhandling
- organisasjon/tilgjengelighet.

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om pasientenes kjønn, alder og helsestatus – herunder kontakthypighet til allmennpraksis og en selvevaluering av helse – samt mulighet for fritekst-kommentarer. Fordelen med å bruke et standardisert og validert spørreskjema er at en kan sammenlikne leger og legesentre, og at en bruker mindre tid til å gruble over spørsmålsformuleringer og hvilke resultater av en brukerundersøkelse som er bra nok. I Danmark har Forskningsenheten for Almen Praksis i Århus benyttet en nasjonal versjon av skjemaet, DanPEP, til å samle inn data fra over 56 000 pasienter og 700 leger (6). I Norge foreligger skjemaet under navnet NorPEP.



Legene ved Ringerike Medisinske Senter i Hønefoss har høstet gode erfaringer med å be sine pasienter evaluere fastlegepraksisen.

Vi vil bli bedre



Hva mener du om fastlegen og legesenteret ditt?

BRUKERUNDERSØKELSE

ved Ringerike Medisinske Senter – Legesenteret (RMS)

- ♥ Vi vil høre dine synspunkter slik at vi kan bedre kvaliteten på helsetjenesten.
- ♥ Spørreskjemaet deles ut hos legene.
- ♥ Vi ber om at du fyller ut skjemaet og sender det tilbake til RMS i svarkonvolutt. Porto er betalt.
- ♥ Vær vennlig å svare så raskt som mulig.

Det er legene og medarbeiderne ved RMS som utfører undersøkelsen og gjennomgår svarene. Vi vil ikke kunne finne ut hva akkurat du svarer, du skal ikke fylle inn navn eller nummer som kan spores tilbake til deg.

Undersøkelsen foregår i samarbeid med Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og støttes av Den norske legeforening.

PÅ FORHÅND TAKK!

Hilsen Ringerike Medisinske Senter



Praktisk gjennomføring

Brukerundersøkelsen ved Ringerike Medisinske Senter (RMS) ble gjennomført med NorPEP-skjemaet. Kollegene samtykket skriftlig til gjennomføring av undersøkelsen. De ville alle delta med å utdele spørreskjema til pasienter og få personlig evaluering, det innebar også å bruke tid og ressurser til prosjektet og forbedringstiltak. Listestørrelsen for legene ved RMS er mellom 700 og 1500. Fartstid som allmennlege er tre til 40 år, og legenes alder 37 til 71 år.

Informasjonsmateriell og spørreskjema ble trykt og plakater ble hengt opp på legesenteret i prosjektperioden. En tilbakesendingsavtale som var gratis for brukerne ble etablert. Legene delte ut skjema fortløpende til pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene. Kriteriene var at man var over 18 år og hadde vært til konsultasjon, eller under 18 år hvis foreldrene hadde vært til stede ved konsultasjonen; at man vanligvis brukte legesenteret; forstod og leste norsk; ble vurdert til å ha

Jeg trenger å vite at når jeg blir syk, får jeg hjelp av en god gammeldags doktor som oppfører seg som et medmenneske (1).

mentale evner til å fylle ut spørreskjemaet; og at man ikke var så syk at det ville være etisk uforvarlig å delta i undersøkelsen.

En viss risiko for skjev utvelgelse av mulige respondenter er til stede ved denne metoden, men et høyt antall utdelte skjemaer bidro antakelig til å motvirke dette. Pasientene deltok anonymt og det var ingen registrering av hvem som hadde fått skjemaer og av hvem som svarte. Pasientene skulle imidlertid krysse av for hvilken lege de vurderte. Det var ingen purring på svarene. Siden metoden ikke registrerte data som kunne identifisere pasienter, var det ikke påkrevd med melding til Datatilsynet.

Målet var at hver lege skulle inkludere 100 pasienter, til sammen 900 pasienter. De ni legene inkluderte selv mellom 88 og 100 pasienter på egen liste, mens 47 pasienter (5 prosent) fikk skjemaet utdelt av en annen lege. Resultatene (kfr. tabell 1) ble presentert for alle legesenterets ansatte ved et eget seminar. Her ble også virksomhetsdata (bl.a. konsultasjons- og telefonstatistikk) for årene 2000–07 lagt fram, og en ekstern fagperson fra Legeforeningen holdt innlegg om behandlingsprosesser og kvalitetsforbedring gjennom prosessmetodikk. Videre hadde vi gruppearbeid og diskusjoner. Etter seminaret mottok legene individuelt sine egne resultater, som ga grunnlag for å reflektere over egen praksis. Legene på senteret har også hatt et smågruppemøte om erfaringene med brukerundersøkelsen.

Hvordan svarte pasientene?

Av de 900 pasientene som fikk skjemaet, var det 557 som responderte. Av disse var 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. 48 prosent av respondentene var i aldersgruppen 40–65 år mens eldre over 65 år utgjorde 35 prosent. Gjennomsnittlig hadde respondentene vært seks ganger hos legen siste 12 måneder. 20 prosent av respondentene hadde vært mer enn ni ganger hos legen de siste 12 måneder. Flertallet av respondentene (67 prosent) oppga at helsetilstanden var god eller nokså god. 39 prosent hadde en alvorlig sykdom med varighet over tre måneder. 13 prosent svarte med en fritekst-kommentar i tillegg til svar på spørsmålene.

Brukerne var mest kritiske til tilgjengeligheten ved legesenteret, nærmere bestemt telefontilgjengelighet og ventetid på venterommet. Dette er et spesielt sårbart punkt, særlig etter fastlegereformen, da enhver pasient er henvist

til å søke legetjenester hos sin egen fastlege og ikke kan ringe rundt og få legetjenester der de er lettest tilgjengelig. Folk flest mener at det er relativt lav telefontilgjengelighet og tilgjengelighet til time hos lege i kommunehelsetjenesten og at dette ikke er blitt bedre etter at fastlegeordningen ble innført (7). Evalueringen av fastlegeordningen viser at tilgjengeligheten faktisk har økt, men at folks forventninger har økt mer. President Torunn Janbu i Legeforeningen kommenterer telefontilgjengelighet slik:

«Kravene til tilgjengelighet øker i samfunnet, og det gjelder også overfor fastleger. Selv om telefontilgjengelighet sikkert har et forbedringspotensial, må forventningene være realistiske i forhold til fastlegens prioriteringer. I en totalvurdering vil dette komme pasientene til gode. Det blir spennende å se hvordan ny IKT-satsing og Helsennett kan bedre kommunikasjonen mellom pasientene og legekantoret» (8).

At våre brukere var spesielt fornøyd med legenes håndtering av taushetsplikten, og at de skåret vår øyeblikkelige hjelp-service til å være på samme nivå som ved andre legesentre (9–11), var positivt. På legesenteret har vi rettet oppmerksomheten mot telefontilgjengelighet og ventetid på venterommet. Vi har også drøftet ulike endringer som vi holder på å gjennomføre.

Erfaringer vi gjorde

Legene ved RMS fikk en rekke aha-opplevelser: Brukerundersøkelsen ble oppfattet som en objektiv gjennomgang og legene syntes det var greit å få tilbakemeldinger. Undersøkelsen ga legene en annen type innsikt enn det man vanligvis får gjennom for eksempel praksisbesøk. Legene fikk inntrykk av at når de selv delte ut skjemaet, bidro det til en god svarprosent og til at pasientene opplevde å bli tatt på alvor. Legene fikk ofte anerkjennende bemerkninger som gjorde det til en uventet hyggelig oppgave å dele ut skjemaene.

(forts. neste side)

En gang måtte jeg vente en time etter avtalt tid. Legen unnskyldte seg veldig med at det hadde oppstått flere akutte tilfeller. Det synes jeg er flott! Min forrige fastlege tok seg sjelden tid til å se på meg istedenfor på PC-skjermen – eller unnskyldte seg når han ble forsinket. Min nye lege får meg til å føle at jeg også er et menneske som er verd noe.

(Tilbakemelding fra en pasient)

NorPEP undersøkelsen ved Ringerike medisinske senter 2008

Hva er mitt syn på min fastlege og på legesenteret de siste 12 måneder, når det gjelder ...	Prosent andel svar i 5 kategorier; fra svært misfornøyd = 1 til svært fornøyd = 5 og passer ikke:							Gj.snitt verdi av skår
	Svært misfornøyd				Svært fornøyd	Passer ikke		
1. Å gi meg følelsen av at jeg hadde nok tid da jeg var hos legen?	0,5	2,7	13,3	26,6	56,6	0,4		4,4
2. Å vise interesse for min personlige situasjon?	0,5	1,6	9,2	24,8	63,2	0,7		4,5
3. Å gjøre det lett for meg å fortelle ham eller henne om mine problemer?	0,4	1,6	8,1	23,0	66,4	0,5		4,5
4. Å ta meg med på avgjørelser om hva som skulle gjøres av medisinske tiltak?	0,2	2,0	11,5	26,0	54,9	5,4		4,4
5. Å høre på meg?	0,2	1,1	8,6	21,7	68,2	0,2		4,6
6. Å holde informasjonen om meg og min journal fortrolig?	0,2	0,9	3,4	12,2	70,2	13,1		4,7
7. Raskt å lindre mine plager?	0,9	1,6	11,0	28,7	49,9	7,9		4,4
8. Å hjelpe meg til å føle meg så frisk at jeg kan utføre mine daglige gjøremål?	0,0	2,5	11,0	24,8	51,5	10,2		4,4
9. Grundighet?	0,9	2,3	11,5	29,6	52,1	3,6		4,3
10. Kroppslige (fysiske) undersøkelser av meg?	1,4	4,3	14,7	27,5	44,5	7,5		4,2
11. Å gi tilbud av forebyggende art (som helsesjekk eller vaksinerings)?	1,8	6,6	13,8	25,3	41,3	11,0		4,1
12. Å forklare formålet med undersøkelser og behandling?	0,7	2,9	10,1	27,6	54,4	4,3		4,4
13. Å fortelle meg hva jeg ønsker å vite om mine plager eller min sykdom?	0,7	3,2	12,6	24,1	56,7	2,7		4,4
14. Hjelp til å håndtere følelsesmessige problemer som har sammenheng med mine	1,3	3,1	10,4	22,8	40,4	21,9		4,2
15. Å få meg til å følge legens råd?	0,0	0,5	7,2	28,9	57,6	5,7		4,5
16. Å huske hva han/hun har fortalt meg eller gjort ved tidligere anledninger?	0,7	3,1	11,5	29,6	45,2	9,9		4,3
17. Å forberede meg på hva jeg kan forvente vil skje hos en spesialist eller på sykehuset?	0,4	2,9	14,0	23,2	34,8	24,6		4,2
18. Hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)?	0,9	2,0	11,3	27,8	53,1	4,8		4,4
19. Å få time på et tidspunkt som passer for meg?	1,8	4,1	12,7	21,7	58,5	0,9		4,3
20. Å komme gjennom til legesenteret på telefon?	17,2	24,8	27,6	17,4	9,9	2,9		2,8
21. Anledning til å få snakke med legen på telefon?	9,9	14,7	21,0	17,4	14,2	22,6		3,1
22. Ventetid på venterommet?	7,2	11,3	32,9	31,2	16,5	0,9		3,4
23. Å yte rask hjelp i akutte situasjoner?	1,4	2,0	6,8	19,2	39,3	31,1		4,3
	Helt uenig	Ganske uenig	Verken enig eller uenig	Ganske enig	Helt enig	Passer ikke		
24. Jeg opplever at fastlegen bruker for mye tid ved datamaskinen	3,1	9,0	25,1	21,2	39,3	2,3		3,9
25. Jeg kan varmt anbefale denne fastlegen til mine venner	1,8	1,3	7,0	17,1	70,7	2,2		4,6
26. Jeg ser ingen grunn til å vurdere å bytte til en annen fastlege	3,2	0,7	5,7	9,5	79,7	0,7		4,6

Spørreskjemaet består av 23 spørsmål med svaralternativ i fem kategorier fra «svært misfornøyd» til «svært fornøyd» og «passer ikke», og tre spørsmål med svaralternativ i fem kategorier fra «helt uenig» til «helt enig» og «passer ikke». Tabellen viser prosentfordelingen av svarene i disse kategoriene. Siste kolonne viser hvilken skår respondentene gjennomsnittlig har gitt spørsmålet (skår 1 er dårligst omdømme og skår fem er best omdømme). Teksten på spørreskjemaet er redigert i forhold til tidligere NorPEP-skjema og spørsmål 24 er lagt til.

Den største gevinsten ved en brukerundersøkelse med standardmåling av kvalitetsindikatorer, er at man får i gang en prosess der man blir bevisstgjort om hvordan legesenteret fungerer, og hva man vil eller kan oppnå i framtida. Brukerundersøkelser kan derfor være nyttig i arbeidet med kvalitetsforbedring ved et legesenter. Allmennmedisinsk kvalitetsforbedring er nødvendig for å bedre fagets omdømme og bidra til å styrke rekruttering og utvikle bedre tjenester med hensiktsmessig prioritering av ressursene.

Referanser

1. Gro Hillestad Thune. Hva betyr egentlig «sterkere brukerrolle» for meg som pasient? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 23, 2007; 127.
2. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005–2015), IS-1162, Veileder Sosial og Helsedirektoratet 2005.
3. Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, IS 1183, Veileder Sosial og helsedirektoratet 2004.
4. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Helseilsynet 13/2004 (www.helseilsynet.no)
5. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Gro R & Wensing M for the EUROPEP group. Medigroup KUN/UMC. Neijmegen NL, 2000.
6. Hove G, Heje H, Olesen F et al. DanPEP, Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus, 2006.
7. Sandvik, H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Rapport fra Norges forskningsråd 2006.
8. Janbu, T. Med takk til fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:809.
9. O. J. Kvamme, L. Sandvik, P. Hjortdahl. Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2503–6.
10. Bjørnar Nyen. Brukerundersøkelse ved fastlegekontor. Norsk forening for allmennmedisin, Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2007 (www.legeforeningen.no/asset/35080/1/35080_1.pdf)
11. Legetjenesten 2005. Hovedrapport Utviklingstjenesten, Trondheim Kommune. (www.trondheim.kommune.no/content.asp?thisId=1117615940&language=0)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
inger.lyngstad@rms.nhn.no

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 7 g inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. **Tabletter** 10 mg inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. **Tabletter**, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddeltakst. **Diagnostisering** bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose. **Startpakning**: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40–60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksamfetamin bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. **Overvåking** av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syreanalyserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring for pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III–IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon**: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50–80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30–49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig oppfølgningsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5–29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorisert kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorisert kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytika stoffer som danrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksamfetamin bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekokresjon av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkeltilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/FØDSEL**: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofil stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, uormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/ tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, søvnprikkninger, krampeanfalle er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykiske reaksjoner og parkereititt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSE/ERGIFNING**: Symptomer: Hb: 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller dør eller ingen symptomer. Ved overdoser på >140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlens, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og uormal gange), og/eller mage-tarm-beværlighet (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble rehydrert. Behandling: Symptomatisk. **EGENSKAPER**: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmitters, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3–8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70–150 ng/ml (0,5–1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60–100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7–9. Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles resultat. **OPPRETTING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 783,40. Tabletter: Eppac: Startpak: 7 tabl. 5 mg + 7 tabl. 10 mg + 7 tabl. 15 mg + 7 tabl. 20 mg kr 939,90. 10 mg: 30 stk. kr 519,50. 50 stk. kr 778,90. 100 stk. kr 1523,50. 20 mg: 28 stk. kr 939,90. 98 stk. kr 2954,20.

Sist endret: 28.07.2008

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





Refleksjoner fra et annerledes år – USA på godt og vondt

AV HANNE UNDLIEN

Sommeren 2007 pakket jeg kofferten og forlot Norge for ett år, med Baltimore, USA som destinasjon. I utgangspunktet uten noe klart mål, ble jeg med ektefelle og to barn som hadde jobb, studier og skole. Rammer og innhold for året ble til underveis. Jeg vil dele med leserne noen refleksjoner fra min utpost midt i verden: Dels om hvordan å forflytte seg endrer tilværelsen, dels om opplevelsen av USA fra innsiden og pussigheter og paradokser som møtte meg. Noe om kompleksiteten og det mangefasetterte samfunnet og avslutningsvis en liten smakebit fra et kurs i etikk som har aktivert og drevet fram noen av de slumrende og vanskelig formulerbare spørsmålene.

Å bli revet ut av sin vante trakt brakte nye perspektiver på ulike nivåer. Tid er ett nivå, vant som jeg er til å være travel, fatte beslutninger raskt og simulanthåndtere mye på en gang – ofte i skjæringspunktet mellom yrkesliv og privatliv. Her var overfloden av tid nesten en utfordring. Og en vel-signelse.

Jeg ble overrasket over hvor kort tid det tok å føle seg overflødig og unyttig. Det ledet meg videre til refleksjoner rundt selvfølelse og identitet som åpenbart er sterkt knyttet til mitt yrke. At dette er assosiert med status og samfunnsnytte er helt sikkert ikke uvesentlig for meg selv om jeg i det daglige ikke skjenker det så mange tanker. Jeg så at jeg – ute av yrkeslivet og den vante «legeidentiteten» – manglet et lite støttebein i ny og ne. Jeg var mer usikker, hadde lettere for å føle meg underlegen og usynliggjort, bli dupert og marginalisert. Dette hadde selvsagt også sammenheng med

at jeg var ny i landet, og måtte snakke et språk jeg bare delvis behersket samt forholde meg til en rekke ordninger, etater og en kultur jeg kjente for dårlig. Det at jeg visste at det var en tidsbegrenset periode, og at jeg skulle tilbake til livet i Norge i overskuelig framtid, ga kanskje en liten fraksjon av innsikt i hva mennesker som ikke forflytter seg frivillig sliter med – og som ikke har alt det jeg har: familie, kontakter og trygg økonomi.



Hanne Undlien

Fastlege på Vinderen i Oslo siden 2001. Jeg har 1450 pasienter på lista, to hyggelige kolleger og en velorganisert praksis.

Paradokser

Dette leder videre til velsignelsen med god tid: muligheten til å iakttå, undersøke og reflektere. For USA er et land for paradokser og ytterligheter. Det slo meg tidlig at dette er et godt land for mennesker som har OK økonomi, men et av de siste land jeg ville valgt å være fattig i. Det skal jeg selvsagt si med en viss ydmykhet da jeg slett ikke har sett hele verden. Fattigdom er vel aldri vakker og skal ikke glorifiseres. Det som slår meg med den amerikanske fattigdommen, er at den er spekket med vold, rus og håpløshet. Den sementeres åpenbart av ulike politiske og samfunnsmessige ordninger. Den utspiller seg midt i verdens eneste supermakt, omgitt av en ufattelig rikdom i et av verdens første demokratier, den nye verden der alt skulle bli bedre.

Sjelden har jeg blitt møtt med en imøtekommenhet, nysgjerrighet og åpenhet som her. Å komme fra et tilknapnet Norge – der mye er et ork, der man later som man ikke har sett kjente for å slippe å snakke, eller stønner oppgitt over sosiale forpliktelser som like godt kunne vært en glede, og der det er legitimt ikke å hilse på kolleger når man treffes om morgenen – gjorde dette nesten befriende. Amerikanere er ikke redde for pinlige pauser, de deler raust med deg det de har der og da; om det er et ledig sete, en morsom historie eller en venn som introduseres. Vi ble inkludert på en måte som er helt forbilledlig og helt unorsk.

Og på den annen side, aldri har jeg sett et vestlig land der offentligheten møter sosial nød med så stor likegyldighet og neglekt. Hvordan kan alle disse hyggelige menneskene godta et system som skaper og opprettholder slik fattigdom, og som i så liten grad ser det som sin oppgave å lindre den?



Og det motsetningsfylte forholdet til lover og regler: På den ene siden en «allergi» mot statlig innblanding og direktiver. Ingen skal fortelle amerikanere hva de skal gjøre. De skal få bære sine våpen og bruke sine penger som de vil. Skatt er utelukkende penger som sløses bort. Man skal få tro hva man vil og tilhøre hva man vil uten innblanding – selv om det innebærer at skolene underviser vitenskapelige fag med uvitenskapelig visssvass eller man rett og slett unnlater å undervise det alle barn bør lære.

Dette i kontrast til et imponerende antall regler og et påtrengende behov for ytre dem, som skiltjungelen du møter når du beveger deg ute, med alle tenkelige og utenkelige påbud og forbud. – I taxien: «Maryland-lovgivning forbyr å stige ut av drosjen på venstre side». – I damegarderoben ved svømmebassenget: «Gutter over fire år har ikke adgang». – Ved stupebrettet: «Kun tre hopp per stup». «No loitering» møtte oss over alt. Det tok litt tid før vi fikk tak i betydningen: Her er det ikke lov å stå og henge...

Baltimore

Baltimore ligger i delstaten Maryland og er en av USA's mest voldelige byer. Flere år på rad har den ligget øverst på mordstatistikken, i 2007 fikk New Orleans den tvilsomme æren (1). Baltimore City har 640 000 innbyggere, det er 65 prosent «african-americans» som jeg i det følgende vil omtale som «svarte» i tråd med anerkjent språkbruk her, også i de offentlige statistikkene. Tre prosent er «hispanics», innvandrere fra Mexico og Sør Amerika og resten er «hvite» (2).

Antall mord har de siste årene vært rundt 260 (2), til sammenligning har Oslo rundt 15 (3). Byen er «verdensmester» i syfilis, 2004-tallene (2) viser 209 nye tilfeller mot



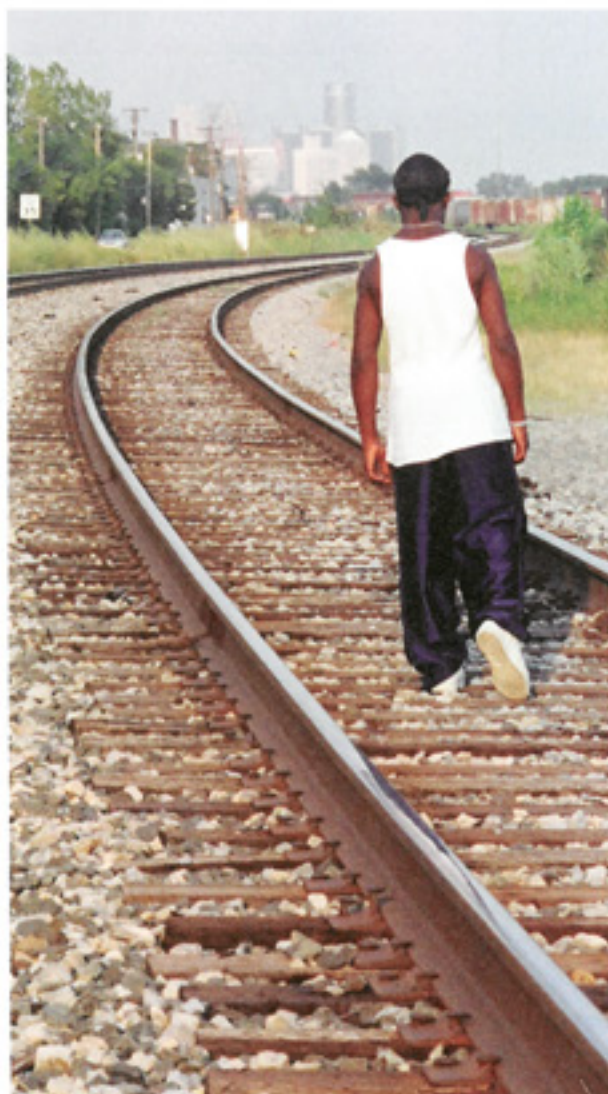
Murmaleri i Farmer's market-området i Baltimore.

Oslo fire (4). Samme år var det 3938 tilfeller av gonore mot Oslo 19, 1082 tilfeller av HIV mot Oslo 16 og 6651 chlamydia mot Oslo 411.

22,5 prosent (2) av befolkningen lever under fattigdomsgrensen. Det er ca 3200 hjemløse, ca 80 prosent (5) av disse er svarte. Gjennomsnittlig levealder for en svart mann er 64,8 år, for en hvit mann 71,5 (6). I Norge ligger gjennomsnittsalder for menn på 77,7 (7).

Baltimore – en by med store sosiale kontraster.





Hvorfor topper svarte menn alle dystre statistikker i USA?

ILLUSTRASJONSFOTO: PATRICIA NARR

Dødelighet av AIDS er nær den samme som for cerebrovaskulær sykdom, og diabetes følger hakk i hæl... I dette sjiktet ligger også mordraten. Basert på ren statistikk er det altså nesten like stor sjanse for å dø av slag som det er for å dø av AIDS – eller å bli myrdet (2). I virkeligheten er det selvsagt ikke slik. Over 90 prosent av alle mordofre er svarte menn (2). I virkeligheten er det svært usannsynlig at jeg som hvit kvinne vil rammes. I det hele tatt er kjønn og hudfarge viktige risikofaktorer i en rekke statistikker: Kriminalitet, avbrutt skolegang, lav eller ingen utdanning, arbeidsløshet, sykkelighet og rusmisbruk.

Svarte menn topper alle disse statistikkene. Hvorfor disse er spesielt utsatt er det gjort mye forskning på. Ting det særlig pekes på er kort skolegang og mange skole-«dropouts», massivt bortfall av arbeidsplasser for ufaglærte med svært høy arbeidsledighet som resultat. Familiemønstre preget av

unge, enslige mødre der barn sjelden har samme far. Menn har tradisjonelt lite ansvar for familienheten og barna vokser opp uten mannlige rollemodeller. Dårlige skoler, fattigdom og rasisme forsterker håpløshet og dårlig selvbilde og gir grobunn for uheldige subkulturer, tilsammen mange selvforsterkende mekanismer (8).

Faktisk er én av fem svarte menn mellom 20 og 30 år til en hver tid i varetekt (8). I en by med ca syv prosent arbeidsløshet er ca 16 prosent av svarte menn uten arbeid (9), i bykjernen er dette tallet over 50 prosent (8).

Man regner med at det er ca 55 000 narkomane i Baltimore city, av disse ble 25 000 behandlet innen rusomsorgen ifjor (10). Heroin er dominerende med ca 30 000 brukere (11). Til sammenlikning er det i hele Norge anslått å være 8200–12 500 injiserende misbrukere (12).

Det positive

Som svar på den åpenbare nøden har byen et vell av frivillige organisasjoner. Oppsiden ved et samfunnsystem der det offentlige ikke garanterer velferd, er at borgerplikten til å hjelpe er mye større. Dette avspeiles bl a i holdning til frivillig arbeid som er høyt skattet, og som faktisk i mange tilfeller er en forutsetning om du f.eks. søker inntak på college og universitet. Det finnes over hundre ulike private initiativ med tiltak rettet mot hjemløse (13), i tillegg til alle andre frivillige organisasjoner rettet mot stoffmisbruk, HIV/AIDS, tenåringssvangerskap, seksuelt overførte sykdommer osv. Det å bruke tid på frivillig arbeid eller bidra med økonomisk støtte gir status og anseelse og gjenspeiles i hele samfunnslivet, på skoler, arbeidsplasser, sosiale settinger, i media og reklame. I Maryland med 5,6 millioner innbyggere var bidraget i 2005 rundt fem milliarder dollar, i snitt rundt 20 000 kroner per skatteyter til ideelle formål (14).

Og byen har mange perler, vakre boligområder med brede alleer og staselige patrisiervillaer. Hyggelige nabolag med en godt bevart rekkehusbebyggelse som er så karakteristisk for byen. Rehabiliterte og nybygde byområder med prisbelønnet arkitektur.

Etikk på amerikansk

Med disse opplevelsene og erfaringene som bakteppe reiste jeg i februar på etikkurs på Mayoklinikken i Rochester, Minnesota – en rotnorsk stat i Midtvesten. Kurset gikk over tre dager og med deltagere fra ulike yrkesgrupper ble innspillene ofte spennende og uventet. Et eksotisk innslag for meg var den sterke representasjonen av helsesarbeidere med religion som arbeidsfundament, blant annet prester og nonner, noe som ga nyttig innsikt i et samfunn som er bety-

delig mer preget av religion og tro enn det jeg er vant til. Et pedagogisk sjakktrekk var mentometerknappene som tvang hver deltager til å ta stilling og avgi en stemme. Før og etter diskusjonen ble du utfordret til å mene noe ved å velge ett av fire–fem alternativer. Stor diskrepans mellom før- og etter-resultat avdekket at mye skjedde med deltagerne under diskusjonene og tydeliggjorde viktigheten av å bringe opp uenighet og ulike perspektiver. Utgangspunktet for mye av forelesningene var kasuistikker, uhyre krevende problemstillinger uten noen form for fasit der man fortsatt kunne ane motsetninger og uenighet når tilbakelagte lokale saker ble brakt opp.

Som kasuistikken med en nylig immigrert afrikansk mor: Kvinnen er gravid 40 uker og to dager, har gjennom hele svangerskapet hatt dårlig regulert diabetes. Barnet har en erkjent alvorlig, men ikke fatal hjertefeil. Mor kommer inn i fødsel og manglende progresjon nødvendiggjør inngrep, men man ønsker ikke å indusere fødsel grunnet fare for uterusruptur. Det haster, blant annet pga hjertefeilen. Tolk innkalles og man mener man informerer presist og forståelig. Likevel nekter mor sectio. Man aner at noe ligger under, men klarer ikke å få tak i hva det er. Tidsfaktoren gjør at det ikke kan brukes mer tid på å komme dypere, en beslutning må fattes. Far ønsker keisersnitt. Hva gjør du? –

Respekterer mors autonomi over egen kropp, eller agerer som barnets advokat og tvangsopererer henne med den risiko det innebærer?

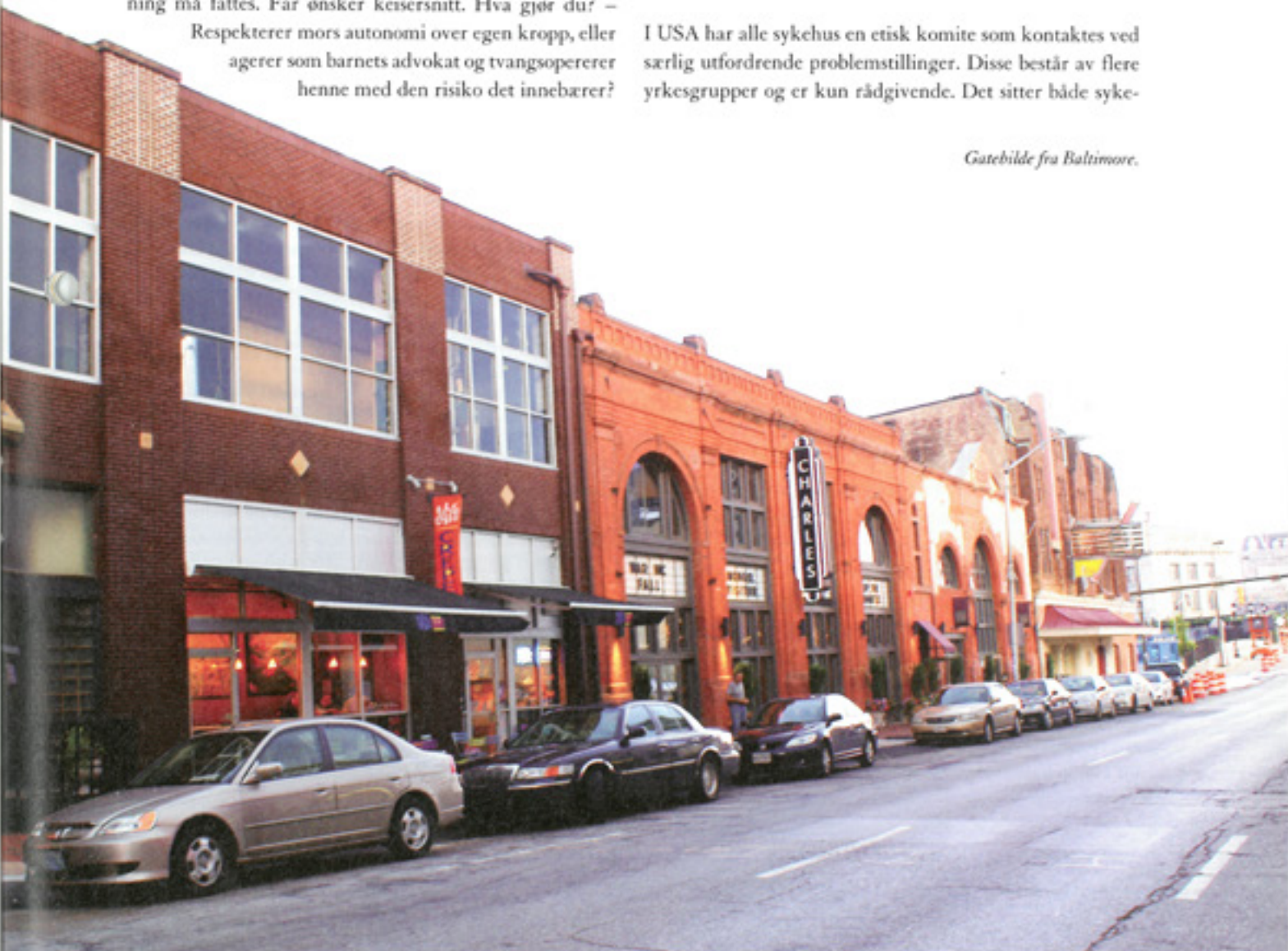
Før meg så det ut som flertallet var opptatt av mors autonomi. Forbausende og kontrastfylt fra mitt ståsted var det da å registrere flertallets ønske om å tvangsbehandle en kronisk alkoholiker med svært destruktivt rusmisbruk, men fullt ut i stand til å ta informerte valg. Hvorfor var plutselig ikke autonomien så viktig nå? Og hvorfor tvangsbehandle en stakkar som vil drikke seg i hjel, når highway-broene året gjennom fungerer som tak for talløse skadeskutte individer, mange av dem psykiatriske pasienter uten forsikring, mange som sikkert mer enn frivillig hadde tatt imot behandlingstilbud?

Alkoholikeren ble tvangsbehandlet, flere ganger. Denne historien endte med at han ble funnet ihjelfrosset med svært høy promille. Og den afrikanske kvinnen ble trillet inn til operasjon, ettertrykkelig mot sin vilje. En fullbåren pike ble forløst og hjertefeilen behandlet.

Noe av det viktigste jeg lærte på kurset, var behovet for grundig belysning – utført av en uensartet gruppe mennesker når vanskelige spørsmål er oppe og beslutninger skal fattes. I dette ligger det at ingen har monopol på sannheten og at hver part bringer vinklinger som er valide når de begrunnes godt. Noen ganger kan man ikke oppnå konsensus.

I USA har alle sykehus en etisk komite som kontaktes ved særlig utfordrende problemstillinger. Disse består av flere yrkesgrupper og er kun rådgivende. Det sitter både syke-

Gatebilde fra Baltimore.





Mayo-klinikken i Rochester, Minnesota.

husansatte og utenforstående i utvalget. Uttalelser fra komiteen vil avspeile diskusjon, resonnement, enighet og uenighet og er et viktig bidrag når vanskelige beslutninger skal fattes. På denne måten vil man som kliniker få solide innspill og man vil stå mindre alene om tunge og upopulære beslutninger.

Autonomi

Å leve i et fremmed samfunn og delta i dets debatt rundt etikk og verdier, vil vel alltid bringe opp undring rundt forskjeller i kultur og mentalitet. Etter å ha bodd i USA og fulgt samfunnslivet i en periode, står autonomibegrepet for meg som kontrastfylt og det vanskeligste å gripe tak i. En del-forståelse tror jeg ligger i landets historikk og gjenspeiles i den amerikanske forfatningen. USA ble i stor grad grunnlagt av mennesker som flyktet fra religiøs forfølgelse. Mange kom fra nasjonalstater der kirke og øvrighet hadde stor og uinnskrenket makt over enkeltindividene, og der den ble utøvd med grusomhet og vilkårlighet.

Den amerikanske forfatningen og mentaliteten gjenspeiler ønsket om å holde sentralisert makt minst mulig, statlig innblanding og regulering skal være på et minimum. Fokus er enkeltindividets rettigheter oppsummert i konstitusjonen som rett til liv, frihet og jakten på lykke, en absolutt vekt på autonomi.

Det eksisterer en sterk og rotfestet tro på enkeltindividet og retten på godt og vondt til å velge, en dyp folkelig mistro til øvrighet og en uttalt motvilje mot offentlig regulering.

Og her ligger paradokset. For til tross for dette er bildet som møter deg på mange måter det motsatte: Et iøyefallende ønske om detaljregulering, en offentlighet og et embedsverk med vilje til maktbruk og autoritet som er helt ukjent for meg fra Norge. Et lovverk og en lovanvendelse der relativt små forseelser kan koste deg år i fengsel og domfellelse i alvorligere saker kan koste deg livet. Relativt små skritt utenfor kan få katastrofale følger og føre til uoverskuelig tap av

autonomi (15). Og slik jeg gjennom kasuistikkene på kurset fikk innblikk i, tvang på langt løser indikasjon enn i Norge og tiltak det rett og slett ikke hadde vært lov hjemmel for.

Jeg har nå nådd enden på et berikende og lærerikt år i USA og føler takknemlighet over måten jeg er møtt på, viljen til å la meg delta og nysgjerrigheten på hvem jeg er. Jeg reiste over med et bilde av relativt få og uvesentlige forskjeller mellom den «nye» og den «gamle» verden. Erfaringer og opplevelser som nordmann i Amerika har tydeliggjort for meg at jeg er europeer. At Vesten er så influert av amerikansk språk og kultur, tror jeg tildekker det faktum at det også er vesentlige og helt grunnleggende forskjeller.

Referanser

1. Federal Bureau of Investigation <http://www.fbi.gov/ucr/cius2006/index.html>
2. Baltimore City Health Status Report 2004 <http://www.baltimorehealth.org/dataresearch.html>
3. http://www.politi.no/portal/page?_pageid=34,49028&_dad=portal&_schema=PORTAL&articles2_mode=about&articles2_articleId=69653&navigation3_mode=shortcuts1&navigation4_mode=shortcuts1&articles5_mode=aboutCategory_od&articles5_articleGroupName=Kriminalitetsbildet%20Underkategori&navigation1_parentItemId=2100&navigation1_selectedItemId=2381&orgUnitId=2110&uicell=12484.JPG&navigation3_parentItemId=2381
4. Folkehelseinstituttet, MSIS statistikk <http://www.msis.no/>
5. Baltimore city's 10-year plan to end homelessness http://www.baltimorehealth.org/info/2008_01_31.10Year-Plan.pdf
6. Baltimore city Health Department <http://www.baltimorehealth.org/snapshots/Life%20Expectancy.pdf>
7. Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/ssp/utg/200103/06/tab-2001-06-19-01.html>
8. New York Times 20 mars 2006, Erik Eckholm: Black plight deepens for black men, studies warn http://www.nytimes.com/2006/03/20/national/20blackmen.html?pagewanted=1&_r=1
9. City-data <http://www.ssb.no/ssp/utg/200103/06/tab-2001-06-19-01.html>
10. Baltimore Sun 3. Feb. 2008, Tony Newman: Drugs and crime in Maryland
11. Baltimore Sun, 16. Des. 2007, Schulte and Donovan: The «bupe» fix <http://www.baltimoresun.com/news/health/bal-te.bupe16dec16,0,437119,print.story>
12. <http://www.sirus.no/files/puls/309/sirusrap.5.06.pdf>
13. Baltimore City Health Department, Office of homeless service <http://www.baltimorehealth.org/homeless.html>
14. The state of giving in Maryland http://www.abagmd.org/user_doc/Giving_in_Marylandhttp://www.ssb.no/ssp/utg/200103/06/tab-2001-06-19-01.htmlnd_FINAL_2007.pdf
15. Washington Post 4/8-07 Darryl Fears: La. town fells «White tree», but tension runs deep. <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/08/03/AR2007080302098.html>

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

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 antimalaria!
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert!

**C Malarone®-GlaxoSmithKline-
C Malarone Junior®-GlaxoSmithKline-
Antimalariamiddel**

ATC-nr.: P01B B01

Tabletter: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), stannoksid (E 171).
Tabletter: Malarone Junior: Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), stannoksid (E 171).

Malarone: Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukompisert malaria forårsaket av *P. falciparum*.

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

Dosering: Malarone: Profylakse: 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: Profylakse: 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. 8-10 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Barn tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppstart den første tiden etter innreise, bør ny dose tas. Ved diett bør normal dosering fortsettes. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malarieendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For reisebyggere (semi-immune personer) i endemisk område er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tablettene bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

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

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn < 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diarre eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med redusert profylaktisk effekt. Dermed pasienter med akutt malarie bør diarre eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dermed pasienter som Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige malarieformasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungedødt eller nyresvikt. Residvirkninger etter når *P. vivax*-malaria kan bli behandlet med Malarone. Reisende som blir utsatt for eksponering for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger slaggbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozoitter. Ved residvirkninger etter bruk av *P. falciparum* eller behandling med Malarone eller ved behandlingsvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drøpende virkning på schizonte i blodet. Parasittfokuset i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetrazyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon (CrCl < 30 ml/minutt). Svimelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.

Interaksjoner: Proguanil kan øke antikoagulerende effekten av warfarin og andre bedøvende kumarinbaserte antikoagulantia. Ved samtidig bruk må forsiktighet utvises ved

Doseres etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	For voksne 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).

oppstart eller seponering av malarieprofylakse eller behandling. Samtidig behandling med metoklopramid og tetrazykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmaproteinsyntesen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av C_{max} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsetter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås.

Graviditet/fødsel: Overgang i plasenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensielt risiko er kjent. 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 folatopplett reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folatstøtte 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 profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter og diarre. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diarre, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Magesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diarre og feber. Uønskede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, neutropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon. Endokrine: Anoreksi, hypotensjon. Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, oppkast, diarre, magntoleranse, sår i munnen, stomitt. Lever: Forhøyede leverenzymverdier og amylase-nivåer. Unormale leverfunksjonstester er reversibele og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. Luftveier: Rhinoré. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet. Øvrige: Feber, hørings- og luktsinnshandling, allergiske reaksjoner (inkl. ubalansert forstyrrelse), kvalme, angioødem og lokale tilfeller av anafylaksi.

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

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drøpende på schizonte i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonte av *P. falciparum*. Virkningsmekanisme: Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergistisk effekt.

Virkstoffene 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 metabolisme til cycloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer desoxytymidylatsyntese. Proguanil kan også forsterke atovakovs evne til å bryte mitokondriens membranpotensial hos malarieparasitter. Absorpsjon: Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fetholdig mat innvirkning 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 proteinbindingsgrad (>99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. Halveringstid Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. Metabolisme: Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. Utskillelse: Atovakvon: Uetydelig utskillelse i urin. Det meste (>90 %) utskilles uforandret i feces. Proguanilhydroklorid: < 40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cycloguanil og 4-klorfenyldihydroklorid utskilles også i urin.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk. kr 371,20. Malarone Junior: 12 stk. kr 141,50. Sist endret: 20.05.2008

* Personer > 11 kg

Referanser:

* McKee G, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil Drugs 2003;6(6):587-603



GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 79 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

Presentasjon av sammendragene fra FORSKNINGS DAGEN på Primærmedisinsk uke, 29.10.08

REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD OG SIGURD HØYE, *Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo*

Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke gir forskere innen allmennmedisin mulighet til å presentere sine prosjekter for kollegene innen faget. Måsetningen er at både små og store prosjekter skal kunne legges frem. Noen prosjekter er i tidlig fase, mens andre nylig er publisert. Alle presenteres under den felles overskriften «Frie foredrag». I tillegg presenteres de siste doktorgradene innenfor primærmedisinen.

De som deltar med frie foredrag konkurrerer om den allmennmedisinske forskningsprisen som deles ut av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU). Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen (Af) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) bidrar med prispengene på 15 000 kroner. Prisen blir delt ut under festmiddagen på Primærmedisinsk uke.

For at flest mulig skal få en oversikt over det som rører seg i allmennmedisinsk forskning for tiden, vil vi i år presentere alle sammendragene fra Forskningsdagen her i Utposten. I alt 13 frie foredrag ble presentert, sammen med to doktorgrader. Mange spennende prosjekter ble presentert, og felles for dem alle er at de omhandler problemstillinger som de fleste allmennleger møter i sitt daglige virke.

Vi håper det kan bli en tradisjon at sammendragene fra Forskningsdagene på Primærmedisinsk uke og Nidaroskongressen blir publisert i Utposten.

Beslutninger rundt røyking

En kvalitativ studie om røyking og tanker om røykestopp hos personer over 60 år i Tromsø

ASTRI MEDBØ OG CARL EDVARD RUDEBECK
Seksjon for allmennmedisin, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Bakgrunn

Langvarig tobakksrøyking har i flere år vært kjent som hovedårsaken til for tidlig død. Det er blitt gjort svært mye forskning med henblikk på hjerte-karsykdommer, lungesykdommer og kreft, og røyking. Annenhver røyker dør for tidlig på grunn av tobakksbruk, og halvparten av disse mister over 20 år av livet sitt – enten plutselig eller etter flere års sykdom. I Norge er det beregnet at omtrent 6400 personer dør av røykerelatert sykdom hvert år. Det er også beregnet at det i tillegg dør rundt 350–550 av passiv røyking. Sosial- og Helsedirektoratet vil at mye av det tobakksforebyggende arbeidet skal utføres i primærhelsetjenesten.

Hva vet vi egentlig om hva røykere og eks-røykere mener er mest virkningsfullt i røyke-av-venningen? Hvilke tanker gjør de seg om røyking, og om helsevesenets rolle og om egen helse? Det finnes lite litteratur om dette temaet.

Metode

Kvalitative, semistrukturerte intervjuer med 15–20 røykere og eks-røykere om røykeslutt, røyke-opplevelser og røykevaner for å få bedre innblikk i hva de mener er vesentlig for å bli, og forbli, røyke-frie.

Status

Studien er så vidt påbegynt. Jeg har snakket med 14 personer til nå. Bare en røyker, og bare tre kvinner. På forskningsdagen ønsker jeg å dele med tilhørerne mine opplevelser om det å intervju pasienter om deres røykevaner, og mine tanker om deres liv og helse, og deres åpenhet.

De Quervains tenovaginit

KURT ANDREASSEN
OMH-Klinikken da

Bakgrunn

De Quervains tenovaginit ble første gang beskrevet for ca 100 år siden av Fritz de Quervain, en sveitsisk kirurg, som også oppfant en god operasjonsmetode. Det er dokumentert i internasjonal litteratur meget gode resultater med kortisoninjeksjoner på denne lidelsen. Resultatene er bedre enn kirurgi og med mindre bivirkninger.

Lidelsen er sannsynligvis ofte oversett i allmennpraksis. Mange pasienter lider antageligvis i årevis uten å vite hva de lider av, og de får alt for sjelden adekvat behandling. Vi vet lite om prevalens og insidens. To tredjedeler av pasientene er kvinner.

Det er i allmennpraksis diagnose og behandling bør skje, og ved bruk av Cyriax's metoder for ledundersøkelse med noen enkle tilleggsundersøkelser og deretter behandling med kortisoninjeksjoner, er tilstanden enkel og takknemlig å behandle i allmennpraksis. Ultralyd hjelper oss diagnostisk.

I vår database er antallet pasienter med diagnosen De Quervain på femte plass av senelidelsene, bare slått av entesopatiene i supraspinatus, det felles extensorforsetet på laterale epikondyl i albuen (tennisalbue), plantarfascien og i infraspinatus.

Materiale og metode

Vi har pr 15/9-08 i vår database 111 pasienter med De Quervains lidelse i hånden. Jeg ønsker å gå gjennom våre pasientjournaler og beskrive pasientene med De Quervains lidelse (kjønn, alder, yrke), symptomer og sykdomslengde, undersøkelsesfunn både klinisk og med ultralyd samt se på gjennomgått behandling og effekt av denne. Jeg vil svært gjerne også lage en oversiktsartikkel om sykdommen i Tidsskrift for Den norske legeforening, da det ikke er skrevet noe på norsk om denne lidelsen tidligere, så vidt jeg vet.

Pneumoprosjekt Hallingdal

PCR-basert luftveisstudie i allmennpraksis

MERETE STURBJØR CHRISTENSEN • Hallingfors

Bakgrunn

Infeksjoner utgjør en stor del av pasienthenvelsene i allmennpraksis med luftveisfokus som den absolutt største andel av alle. Infeksjonene spenner vidt, fra banale forkjølelser til langvarige betydelige nedre luftveisinfectionsjoner med aktiv terapeutisk behov.

En nyere dansk undersøkelse av luftveisdagnostikk i allmennpraksis* avdekket store diagnostiske utfordringer i møte med pasienter med nedre luftveisinfectionsjoner (NLI). Uklar eller feil diagnose fører til problematisk behandling.

Allmennsektoren er den største utskriver av antibiotika. Den er derfor også et naturlig sentrum for forskning og optimering av diagnostikk og behandling for å sikre den beste pasientbehandlingen og bevare den gunstige bakteriologien de nordiske landene fortsatt har.

Formål

Nyere diagnostiske metoder med PCR-undersøkelser er tilgjengelig, men det fins lite dokumentasjon for nytten av bruk av disse i allmennpraksis. De primære spørsmål er:

- Er diagnostikken nyttig for allmennleger?
- Påvirkes behandling/foreskriving?
- Sekundært:
- Hva er forekomsten av mykoplasma, pertussis, influenza m.fl.?
- Hvordan er det kliniske bildet av infeksjonene?

Metode

Ullevål mikrobiologiske avdeling og Hallingfors har inngått et samarbeid med tilbud til legene i Hallingdal om PCR-undersøkelser på pasienter med nedre luftveisinfectionsjoner for alle atypiske pneumonier og en lang rekke virus. Prøvene besvares fra dag til dag, og pasientforløp, diagnose og behandling registreres og analyseres. Prosjektet kjører denne og muligens flere vintersesonger.

* Holten A et al. Aetiology and prediction of pneumonia in lower respiratory tract infection in primary care. *Br J Gen Pract* 2007;57(540):547–54.

Blir otitt og tonsillitt behandlet på samme måte på legevakt som på legekontoret?

MARK FAGAN • Tromsø Legesenter

Bakgrunn

Økt bruk av antibiotika har forårsaket alvorlig resistensutvikling for flere typer bakterier. I Norge for-

skrives over 90 prosent av antibiotika i allmennpraksis, hovedsakelig til pasienter med luftveisinfeksjoner som otitt, tonsillitt og bronkitt. Dette skjer til tross for at sykdommene ofte er selvbegrensende.

Flere faktorer påvirker legers forskrivning av antibiotika. Hensikten med undersøkelsen er å se på legers diagnostikk og behandling av otitt og tonsillitt på legevakt sammenlignet med egen kontorpraksis.

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv gjennomgang av elektroniske journalnotater fra 1.9.1998 til 31.3.1999 ved legevakten i Arendal og hos 15 leger i Arendalsdistriktet. Alle journalnotater ved legevakt og deltagende legekontor med ordene «otitt» eller «tonsillitt» ble gjennomgått. Følgende variabler ble registrert: Diagnose, pasientens alder og kjønn, bruk av CRP og Strep A-test, og behandling.

Resultater

På legevakt ble 88 pasienter med otitt identifisert (41 kvinner). Median alder var fem år. I egen praksis ble 100 otitt-pasienter identifisert (51 kvinner); median alder sju år. Ved diagnostikk av otitt ble CRP brukt hos åtte prosent av pasienter på legevakt og hos seks prosent i egen praksis. Det var ingen signifikant forskjell i andel pasienter behandlet med antibiotika på legevakten (74 prosent) sammenlignet med egen praksis (73 prosent).

På legevakt ble 130 pasienter med tonsillitt identifisert (71 kvinner). Median alder var 19 år. I egen praksis ble 124 pasienter inkludert (59 kvinner); median alder 20 år. Ved diagnostikk av tonsillitt ble Strep A-test, CRP eller begge tester brukt hos 65 prosent av pasienter på legevakt og hos 50 prosent i egen praksis. Det var ingen signifikant forskjell i andelen pasienter som fikk antibiotika på legevakt (76 prosent) og i egen praksis (69 prosent).

Det var signifikante forskjeller legene imellom hva gjaldt bruk av diagnostisk testing og antibiotikaforskrivning.

Fortolkning

Den enkelte lege i denne studien har samme forskrivningspraksis av antibiotika på legevakt eller i kontorpraksis, men det var signifikante forskjeller legene imellom.

Hypnose som behandlingsform ved kroniske utbredte muskelsmerter i allmennpraksis – en pilot-studie

JAN ROBERT GRØNDAL • Tranby Legesenter.

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn

og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

ELLEN OLAUG ROSVOLD • Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn

Kroniske muskelsmerter er en utbredt lidelse i befolkningen, og en hyppig årsak til legekontakter i allmennpraksis. Pasientenes plager viser seg stort sett å være uendret over tid, på tross av eksisterende behandlingsmuligheter. Hypnose er relativt lite utprøvd ved denne lidelsen, og generelt svært lite dokumentert som behandlingsform i allmennpraksis.

Metode

Behandlingen besto av i alt ti hypnosetimer over tre måneder. 16 pasienter inngikk i studien. I første fase var det åtte pasienter i kontrollgruppen og åtte

i behandlingsgruppen, hvorav sju fullførte. I andre fase fikk fem av pasientene i kontrollgruppen også behandling, slik at det totalt er 12 pasienter som har gjennomført behandlingen. Det ble utviklet et eget spørreskjema for tallfesting av plagene. Dette ga en skala fra null til hundre, der økende verdi representerte økende plager.

Resultater

I første fase hadde behandlingsgruppen i gjennomsnitt en forbedring fra 62,53 til 54,44, mens kontrollgruppen hadde en forverring fra 37,18 til 45,07. I andre fase hadde de 12 pasientene som gjennomførte, i gjennomsnitt en forbedring fra 51,46 til 41,95. Effekten så ut til å opprettholdes; ett år etter behandlingen hadde de omtrent samme skåre (41,26).

Forskjellen i de to analysene er statistisk signifikant.

Konklusjon

Denne pilotstudien indikerer at behandling med hypnose kan ha en positiv effekt på smerte og på livskvalitet for pasienter med kroniske muskelsmerter. Effekten ser ut til å vedvare i minst ett år etter behandlingen. For å bekrefte resultatene, bør det gjøres flere studier med et større antall pasienter.

Allmennmedisinsk doktorgrad

Genetisk risiko – en utfordring for pasientene, allmennmedisinen og offentligheten

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen

DOKTORGRADENS TITTEL: Genetics, risk and medicalization: a case study of preventive genetic technologies in Iceland.

Navigenics, 23andME og Decode genetics tilbyr genester der hundretusener av genetiske markører fordelt i hele genomet blir analysert. Mot en betaling fra ca 6000 kroner og oppover får kunden informasjon om sin tilbøyelighet til å utvikle et par titalls ulike sykdommer. Det vitenskapelige grunnlaget for denne formen for prediktiv testing er i virkeligheten tvilsomt, og testene forteller i beste fall om en ganske beskjeden økning eller reduksjon i sykdomsrisiko.

Det ene av de tre selskapene, Decode genetics, har drevet genetisk forskning på Island i over ti år. Selskapets forskere har publisert omkring 150 vitenskapelige artikler basert på genetisk forskning på omkring 50 sykdommer. Men de prediktive genetiske testene som Decode har lansert det siste året ser ut til å kunne undergrave selskapets posisjon som seriøs aktør innen genetisk forskning.

Prosjektet viser hvordan kommersielle interesser og framskrittoptimisme preger framstillingen av Decode i offentligheten på Island. Man har hele tiden vært klar over at den økonomiske situasjonen til selskapet kunne bli usikker, men mediene har fokusert på at hvis Decode bare klarer å omsette sine vitenskapelige funn til forretningsprodukter, vil gevinsten være stor for alle parter – folk flest vil få bedre helse og Decode vil bli belønnet med profit og prestisje.

I intervjuer med forskere hos Decode og lekfolk som har avgitt blodprøver til selskapet, framgår det likevel klart at disse personene ser vesentlige betenkeligheter ved bruken av prediktive genetiske tester for å forebygge sykdom. De mener at

ukritisk bruk av prediktive tester kan skape uønskelig bekymring og være helseskadelig, og de frykter at overdreven markedsføring kan svekke publikums tillit til at genetisk forskning vil kunne bedre folks helse. Dessuten mistenker de at evnen til å nytte seg seg testene kan være så skjev fordelt i befolkningen at sosiale ulikheter i helse vil øke. Endelig påpeker de at høye forventninger til kartlegging av genetisk risiko kan ta fokus vekk fra politiske og sosialmedisinske tiltak for å motvirke sykdom.

I avhandlingen fremsettes argumenter for at helse bør oppfattes som et komplementært fenomen med både biologiske og ikke-biologiske dimensjoner. Hver gang et nytt forebyggende tiltak presenteres bør man systematisk vurdere følgende av dette tiltaket langs de ulike helsedimensjonene – slik som hvis økt bevissthet om risiko medfører trygghet og meningstap, eller hvis individuelt tilpassede tiltak urettmessig blir brukt til å håndtere utfordringer av sosial og politisk art.

Fastlegen i tverrfaglig samarbeid:

LAR det seg gjøre?

DAGFINN HAAR

Sentrum legesenter og Kristiansand kommune

Bakgrunn

Legemiddellassert rehabilitering (LAR) er i Norge basert på et tett tverrfaglig samarbeid rundt pasienten med spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenester og fastlege som deltakere. Sosialtjenesten er som oftest koordinator av arbeidet. Det foreligger lite dokumentasjon på omfang og resultater av dette arbeidet. Denne studien er basert på data fra tverrfaglig samarbeid rundt samtlige nåværende og tidligere LAR-pasienter i min allmennpraksis, i alt 95 personer.

Materiale og metode

Journalgjennomgang fra første ansvarsgruppemøte til 01.08.08.

Resultater

Inntektsforholdene til pasientene skiftet i stor grad fra sosialhjelp til andre ytelser i observasjonsperioden, men bare et fåtall kom i inntektsgivende arbeid. Pasientene deltok på 85 prosent av møtene. 22 av 95 ansvarsgrupper er avsluttet, åtte fordi pasienten ikke hadde behov lenger. Sosialtjenesten deltok på 60 prosent av møtene, og var representert med mer enn tre kuratorer pr pasient.

Fortolkning

Resultatene tyder på at disse pasientene har behov for tett tverrfaglig oppfølging over lang tid. Den høye fremmøteprosenten hos pasientene tyder på at de opplever ansvarsgruppen som nyttig. Endringen i inntektsforhold hos pasientene tyder på at den samlede innsatsen innen rammen av LAR har effekt. Sosialtjenestens mangel på kontinuitet og hyppige skifte av personell er en stor utfordring i gjennomføringen av det tverrfaglige samarbeidet.

Konklusjon

Tverrfaglig samarbeid rundt LAR-pasienter er en omfattende og langvarig arbeidsform. Denne studien tyder på at pasientene er fornøyd, og de har bedret sine inntektsforhold i observasjonsperioden. Sosialtjenesten har store problemer med stabilitet og koordinering. Fastlegen vil ofte være den mest stabile personen i teamet rundt LAR-pasientene, og det vil være fordelaktig om hun/han deltar aktivt i ansvarsgruppen.

Spirometri i allmennpraksis

En deskriptiv studie fra de tre nordligste fylkene

LISA JOENSEN OG HASSE MELBYE

Allmennedisnisk forskningsenhet, Universitetet i Tromsø

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en strategiplan i forhold til KOLS. Primærhelsetjenesten har her en viktig rolle i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene. Sentralt i dette arbeidet står lungefunksjonsmåling gjort ved spirometri.

Vi ønsket å undersøke forekomst av, og prosedyrer ved bruk av, spirometri i allmennpraksis i Nordland, Troms og Finnmark.

Metode

Et spørreskjema ble sendt til alle legekontorene (n=167) perioden november 2007 – januar 2008. De som ikke returnerte svarskjemaet, ble oppringt, og skjemaet ble fylt ut over telefon. Tall på legenes takstbruk knyttet til spirometri (50%) ble innhentet fra NAV.

Resultater

Svarprosenten var 98 prosent. Vi fant at 90,1 prosent av legekontorene hadde spirometer. På 66 prosent av kontorene var det hjelpepersonell som utførte spirometri. 86 prosent av de som utførte spirometri hadde fått opplæring i løpet av de to siste årene. Det var signifikante forskjeller (p<0,05) mellom fylkene knyttet til undersøkelsestilling og hvordan opplæring av hjelpepersonell var gitt. Tallene for bruk av takst 50% viste at ca 70 prosent av legene brukte spirometri i sin praksis. Det har vært en økning i bruk i alle fylkene fra 2006 til 2007. Antall spirometri per lege av de leger som brukte spirometri, var i 2007 for Nordland 25,6, for Troms 18,9 og for Finnmark 14,2. Spirometri per 1000 innbyggere var i 2007 i Nordland 35, i Troms og Finnmark 26, mens landsgjennomsnittet var 35.

Konklusjon

90 prosent av allmennpraktiserende leger i regionen vi undersøkte har tilgang til spirometri. Nordland er det fylket der spirometri brukes mest både pr lege og pr innbygger, og er det fylket som ligger nærmest landsgjennomsnittet. Vi fant signifikante forskjeller i prosedyrer for gjennomføring av spirometri og hvordan opplæring av personale som utfører spirometri, var gitt. En bør vurdere å undersøke nærmere hvordan forskjeller i bruk påvirker kvaliteten på undersøkelsen.

Å intervju kolleger – en metodologisk drøfting

MAY-LILL JOHANSEN

Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Bakgrunn

En allmennlege som intervjuer andre allmennleger om et allmennmedisk tema – kan det bli god kvalitativ forskning?

Metode

Drøfting av egne erfaringer og litteratur.

Diskusjon

Et intervju er et sosialt møte, der erfaring blir fortolkning og mening blir skapt.

Egne erfaringer:

Fordeler med å forske i egen profesjon: 1) Åpenhet mellom informanten og forskeren kommer forttere og lettere når begge er allmennleger. 2) Intervjueren

delet felles fagkunnskap til å kunne følge med i og diskutere kliniske problemstillinger og 3) har kanskje gjort mange lignende erfaringer og kan gi gode innspill til felles refleksjon. Videre vil de ha 4) felles profesjonsetiske rammer i bunnen for sin dialog.

Farer: Forskeren kommer

- 1) forutinntatt basert på egne erfaringer og normer. I stedet for å se ting med nye øyne kommer hun
- 2) blind også for det spesielle og særegne, siden hun kjenner det så godt fra før. Forskeren kan bli
- 3) nøytrisk fordi hun gjerne vil at «de egne» skal framstå som de gode. Legen er også ofte
- 4) uerfaren som forsker.

Andre har pekt på at intervju mellom kolleger kan beskytte mot farer som asymmetrisk maktbalanse, instrumentalisme, reduksjonisme, tolkningsmonopol og manipulering. Å bli intervjuet av en kollega kan også oppfattes som en kunnskapstest eller en vurdering utenfra av egen praksis. Forskerens profesjonelle identitet vil alltid påvirke studiens data.

Kan en direkte henvendelse fra fastlegen bedre oppmøte til cervixcytologisk prøve i en risikopopulasjon for livmorkarsinom?

Et prosjekt i samarbeid med Universitetet i Oslo og Kreftregisteret 2008–2010

KARI HILDE JUWKAM

Skeiegate Legesenter, 4876 Grimstad

METTE BRÆKKE

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn

Cytologisk prøvetaking fra livmorkarsinom fra kvinner i aldersgruppen 25–69 år ble etablert som screeningprogram i 1995 (Masseundersøkelsen mot livmorkarsinom). Regelmessig prøvetaking har gitt økt diagnostikk av premaligne tilstander (CIN) og forekomsten av cervixcancer er synkende fra drøyt 400 per år på 1970-tallet til 204 i 2006.

Mer enn 50 prosent av kvinner som får livmorkarsinom har ikke tatt prøve de siste seks år for diagnosen. Oppmøte synker med økende alder.

Kan en direkte henvendelse fra fastlegen til kvinner i aldersgruppen 50–69 år, som ikke har tatt prøve siste fem år, bedre oppmøte?

Metode

Kreftregisteret vil lage lister over og identifisere fastlegen til kvinner i målgruppen bosatt i Arendal og Grimstad kommuner. Kreftregisteret sender brev til fastlegen om å kontakte kvinnen per brev, og legesekretær ringer kvinnen en til to uker senere og tilbyr konkret timeavtale. Kvinnene som ønsker det, kan henvises til gynekolog.

Datainnsamling

Pr 1/1 2007 bodde det 6800 kvinner i aldersgruppen 50–69 år i Grimstad og Arendal kommuner. I løpet av ett år vil om lag 450 ikke ha tatt prøve siste tre år, ikke respondert på påminnelsbrev og purring fra Kreftregisteret og det vil være fem år siden siste prøve. Ut fra historiske tall vil en forvente at sju prosent spontant tar prøve i løpet av et år. 14 prosent økt prøvetaking regnes som klinisk signifikant. Med et signifikansnivå på fem prosent vil sannsynligheten for å påvise en slik effekt i materialet være inntil 99,8 prosent, avhengig av frafallet i studien.

Hvilke symptomer bør vektlegges for å stille diagnosen luftveisobstruksjon?

En studie av personer over 60 år

ASTRI MEDBO OG HASSE MELBYE

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en underdiagnostisert sykdom. Allmennleger er de første som møter og undersøker pasientene i tidlig stadium av sykdommen. Symptomer er som regel det en først etterforsker i utredningen.

Mål

Evaluerer den diagnostiske verdien av symptomer for å stille diagnosen luftveisobstruksjon.

Metode

I en tverrsnittundersøkelse (Tromsø 5) ble spirometri utført på 1954 personer over 60 år (54,5 pst. kvinner). De fylte også ut et spørreskjema om symptomer.

Resultater

Forekomsten av luftveisobstruksjon var 15,5 pst. for kvinner og 20,8 pst. for menn, og forekomsten av alvorlig luftveisobstruksjon (FEV1 < 50 pst. av forventet) var 3,4 pst. for kvinner og 4,9 pst. for menn.

Påpving i brystet var et symptom som fortsatte på tross av røykestopp, mens hoste var betydelig mindre forekommende hos dem som hadde sluttet å røyke, i forhold til de som røyker.

Påpving, tungpustenhet ved rolig gange, tungpustenhet ved hurtig gange og hoste med oppspyt var uavhengige indikatorer på enhver luftveisobstruksjon. OR var 1,5 – 1,8 – 1,4 og 1,6 for de respektive symptomene, mens for alvorlig luftveisobstruksjon var OR 2,4 – 2,4 – 2,4 og 1,6.

Det viktigste var likevel om en var eks-røyker (OR 2,4) eller nåværende røyker (OR 5,8).

Sjansen for å ha luftveisobstruksjon ble omtrent doblet hvis en hadde to eller flere symptomer (påpving, tungpustenhet og hoste med oppspyt) sammen liknet med ett, hos aldri-røykere og eks-røykere. Eks-røykere med to symptomer hadde samme risiko som røykere uten noen symptomer for å ha luftveisobstruksjon.

Konklusjon

Symptomer fra luftveiene er verdifulle indikatorer ved luftveisobstruksjon og bør vektlegges når en skal velge ut pasienter som bør få utført en spirometri.

Finn Samhandlingspasienten!

Samhandlingsprosjekt mellom første og andrelinjertjenesten

GEIR SETTEKLEIV • Østerås legeklinikk

THOMAS DE LANGE • Sykehuset Askar & Bærum HF

CHRISTINE FURUHOLMEN • Sykehuset Askar Bærum HF

ELIN OLAUG ROSVOLD • Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Bakgrunn

Fastlegen er ofte uvinende om at en av hans/hennes pasienter innlegges på sykehus. Samtidig har fastlegen som oftest best kunnskap om pasienten. Tidlig melding til fastlegen fra sykehuset ved innleggelse kan bedre kvaliteten og øke pasientsikkerheten i helsevesenet. Dette gir mulighet for tidlig å identifisere de pasientene som har nytte av og behov for samhandling mellom første og andrelinjertjenesten

Materiale og metode

Undersøkelsen var et samarbeid mellom tre sengeposter på medisinsk avdeling på Sykehuset Asker & Bærum HF – generell medisin, infeksjon og hjerte/lunge, og Østerås og Lønås legekontorer, to lokale legekontorer. Avdeling for slag, geriatri og rehabilitering var ikke med.

Sykehuset informerte pasientens fastlege om innleggelsen på sykehus første virkedag etter innleggelsen. Hvis sykehuslegen eller fastlegen så behov for samhandling mellom sykehus og fastlege, ble det tatt telefonisk kontakt. Pasienter som det ble tatt kontakt om, ble kalt samhandlingspasienter.

Resultater

I denne undersøkelsen ble det i en tre måneders periode funnet syv samhandlingspasienter av 51 innlagte pasienter i en fastlegepopulasjon på 14 000 i sykehusets nedslagsfelt på 150 000. Nesten en fjerdedel av de som ble innlagt via legevakst, utenom fastlegen, var samhandlingspasienter. Sykehuslege initierte kontakt tre ganger og fastlegen tok kontakt fire ganger.

Konklusjon

Mistanken om at samhandlingspasienten var over 75 år, med flere diagnoser og sammensatte behov, ble bekreftet. Dette kan peke mot et behov for samhandling for 23 pasienter i måneden – eller 276 i året – for de tre avdelingene i en populasjon på 150 000.

Effekt av akupunktur ved spedbarnskolikk

HOLGER SKJEIE

Hellemyr legekontor, Kristiansand, Vest-Agder

TRYGVE SKONNORD • Brår legekontor, Rie, Vestfold

Bakgrunn

Spedbarnskolikk er en ufarlig, men dårlig forstått lidelse. Det er ingen entydige behandlingsanbefalinger for denne tilstanden. Uforklarlige gråtetokter gjør pasient og foreldre til hyppige gjester i allmennpraksis, på helsestasjon og hos komplementære behandlere.

Akupunkturbehandling av spedbarnskolikk er en hyppig brukt metode, og vi har klinisk erfaring som tilsier effekt av akupunktur. Det foreligger dog ingen vitenskapelig dokumentasjon av en slik effekt.

Mål

Vi ønsker å gjøre en randomisert enkelt-blind multisenter studie av effekt av standardisert akupunkturbehandling ved spedbarnskolikk i allmennpraksis.

Materiale og metode

Vi planlegger å utføre studien hos 10-15 allmennleger i Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur. Pasientene rekrutteres fra fødeavdeling, helsestasjoner og fastleger i områdene rundt det enkelte legekontor rundt om i Norge. Behandlerne vil møtes til to dagskurs, hvor vi søker å kvalitetssikre metode, implementering, teknikk og rapportering. Det utarbeides prosedyremal for legesekretærer som skal bidra med informasjon og intervjuer.

Inklusjonskriterier er fullbårne spedbarn og oppfyllelse av Wessels definisjon for spedbarnskolikk. Det er ingen eksklusjonskriterier. Vi vil inkludere 200 pasienter. Halvparten av barna vil få akupunkturbehandling i form av bilateral punksjon av punktet Stomach 36 (ST36), mens resten er kontrollgruppe. Foreldrene og legesekretær er blindet.

Vi vil måle endring i antall timer skrikning per døgn. Klinisk relevans defineres som en times reduksjon i gråt per dag. Vi ønsker å se hvor mange som ikke lenger oppfyller Wessels kriterier for spedbarnskolikk. Vi vil også intervju foreldrene for deres vurdering av tilstanden ved ulike tidspunkt i forhold til behandlingen.

Kvaliteten av diabetesomsorgen i ulike etniske grupper i Oslo

ANH THI TRAN

Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Oslo

A. K. JENNUM
Diabetesforskningscenter, Aker og
Ullevål Universitetssykehus, Universitetet i Oslo

J. G. COOPER
Medisinsk avdeling, Stavanger Universitetssykehus

T. CLAUDI
Medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø

W. INGSKOG
Diabetesforskningscenteret, Aker og
Ullevål Universitetssykehus, Universitetet i Oslo

M. F. HAUSKEN
Medisinsk avdeling,
Stavanger Universitetssykehus

J. STRAAND
Allmennmedisinsk forskningsenhet,
Universitetet i Oslo

Mål

Å kartlegge kvaliteten av diabetesomsorgen for de største etniske grupper i Oslo i forhold til NSAMs retningslinjer.

Materiale og metode

Data om kvaliteten av diabetesbehandlingen i 2005 ble samlet inn fra 11 fastlegekontorer i Groruddalen i Oslo. 2064 pasienter med diabetes ble identifisert. 1670 som gikk til kontroll hos fastlegene ble inkludert (1653 med type 2 og 17 med type 1 diabetes). Etniske grupper (N): Opprinnelse i vestlige land (1129), Indiske subkontinent (322), Øst-Asia (54), Midt-Østen og Nord-Afrika (81) og andre regioner samlet (67).

Hovedutfall for behandlingskvalitet

Prosessindikatorer: Andel pasienter med type 2 diabetes (T2DM) som hadde fått kontrollert HbA_{1c}, systolisk blodtrykk (SBT), lipidstatus, urin-microalbumin og var henvis til øylege.

Intermediære indikatorer: Sist målte verdier for HbA_{1c}, SBT, blodlipider.

Vanlige deskriptive statistiske metoder benyttes.

Føreløpige resultater

Gjennomsnittlig alder for ikke-vestlige pasienter var 54 år, signifikant lavere enn for vestlige pasienter (66 år, $p < 0,001$). Gruppene hadde gjennomsnittlig diabetesvarighet på henholdsvis 6,5 og 6,6 år.

Andelen vestlige pasienter som fikk kontrollert HbA_{1c} var 95 pst., SBT 93 pst., kolesterol 92 pst., urin-microalbumin 47 pst. og henvis til øylege 60 pst. Tilsvarende tall for ikke vestlige pasienter var 94 pst., 87 pst., 96 pst., 45 pst. og 60 pst.

Blant vestlige pasienter fikk 28 pst. kostbehandling, 55 pst. peroral behandling, 18 pst. kombinasjonsbehandling (tabletter og insulin) og ti pst. insulin som monoterapi. Blant ikke-vestlige pasienter fikk kun 18 pst. kostbehandling, 59 pst. fikk peroral behandling, 14 pst. kombinasjonsbehandling og ti pst. insulin. Ikke-vestlige pasienter hadde gjennomsnittlig HbA_{1c} på 7,5 pst. som var signifikant høyere enn vestlige pasienter (7,0 pst., $p < 0,001$).

Gjennomsnittlig SBT for ikke-vestlige pasienter var 128 mmHg, signifikant lavere enn for vestlige pasienter (139 mmHg, $p < 0,001$).

Konklusjon

I forhold til vestlige pasienter med T2DM som gikk til kontroll hos fastlegene, hadde ikke-vestlige pasienter i Oslo betydelig tidligere sykdomsdebut og dårligere glykemisk kontroll til tross for intensivt glukosesenkende behandling. Prosessindikatorene varierende imidlertid lite mellom de etniske gruppene.

Allmennmedisinsk doktorgrad

Befolkningskampanje om ryggplager

ERIK L. WERNER

Eyeheim Legekontor og Allmennmedisinsk
Forskningsenhet Bergen i Unifob Helse

DOKTORGRADENS TITTEL: Media campaign for improving Knowledge, Attitude and Practice in low back pain – An evaluation of the «Active Back» project.

«Vonde rygger» utgjør tre til fem prosent av fastlegens konsultasjoner. Mange pasienter blir frustrert over ulike holdninger og kunnskaper blant leger, fysioterapeuter og kirurger. Vår forståelse av både de akutte ryggplagene og de langvarige (kroniske) ryggsmertene har endret seg betydelig de siste årene. Blåde blant leg og lær synes det fortsatt å være mye ukjent om hvordan man best håndterer ryggsmerte.

I Vestfold og Aust-Agder fylker ble det i 2002–2005 gjennomført en befolkningskampanje, «Alder Rygg», som hadde til formål å gjøre kjent den nye kunnskapen om ryggplager, primært overfor befolkningen. Kampanjen ble gjennomført i et samarbeid mellom Nasjonalt Ryggnettverk og Spesialsykehus for Rehabilitering, Stavern, og benyttet annonser i lokalavis, lokal-TV, lokalradio og kinoer i de to fylkene for å spre budskapet. Samtidig ble det gjennomført egne tiltak rettet mot legene, fysioterapeutene og kirurgene i de to fylkene. Et delprosjekt omfattet spesifikke intervensjoner i seks samarbeidende bedrifter.

Avhandlingen består av fire artikler som er publisert i anerkjente internasjonale tidsskrift.

Den første er basert på data fra før kampanjen startet og undersøkte sammenhengen mellom holdninger og kunnskap om ryggplager og egne ryggerfaringer, og eventuell sammenheng mellom holdninger og kunnskap og hvilken helseprofesjon som ble foretrukket når ryggen ble vond. Slike sammenhenger ble påvist idet de som tidligere hadde hatt egne ryggplager og blitt bra, hadde mer positive holdninger enn de som ikke hadde hatt ryggsmerte eller de som hadde slike plager på undersøkelsestidspunktet. Man fant også at de forskjellige i holdninger som skiller helseprofesjonene gjorde seg gjeldende blant deres pasienter.

Den andre studien er en evaluering av mediekampanjen i «Alder Rygg» hvor data ble samlet inn før, under og etter kampanjen med Telemark som kontrollfylke. Studien viste at det var vanskelig for en lokal lav-budsjettet kampanje å bli lagt merke til i samfunnet, og oppmerksomhetsraten var på det beste på bare 41 prosent. Likevel var det en liten, men statistisk signifikant endring i befolkningens holdninger og kunnskaper om vond rygg i intervensjons- fylkene som ikke fantes i kontrollfylket. Dette var imidlertid ikke tilstrekkelig til å endre helseatferden, slik at sykefravær, kirurgisk behandling og billeddiagnostikk forble uendret.

I den tredje studien ble helseaktørene studert. I en logistisk regresjonsanalyse hvor man fulgte den enkelte helseaktør gjennom kampanjeperioden lyktes man ikke å påvise endringer i holdninger til tross for en oppmerksomhetsrate blant legene, fysioterapeutene og kirurgene på nær 100%. Legene synes i sine holdninger å ligge nærmere internasjonale anbefalinger enn kirurgene, mens fysioterapeutene blir liggende i mellom.

Den fjerde studien var viet delprosjektet i seks bedrifter hvor man lærte opp egne «mestringskontakter» blant de ansatte. Dette var ikke helsepersonell, men vanlig ansatte som fikk spesiell opplæring i kampanjens budskap for å spre dette blant de ansatte, og spesielt ta hånd om de som fikk ryggplager blant de ansatte. De som fikk vondt i ryggen ble oppfordret til å forbli i arbeidssituasjonen med noe lettere i arbeidet, og fikk erfare hvordan plagene gikk lettere over når man holdt seg i vanlig aktivitet. Dette tiltaket syntes å redusere det totale sykefraværet med 27 prosent, og det ryggrelaterte sykefraværet med 49 prosent.

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

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

Jeg sitter en regnfull lørdagskveld og skriver til Utposten. Stafettpinnen fikk jeg av Torbjørn Uhre på et av våre mange møter i samhandlingsutvalget i Helse Nord. Dette har utviklet seg til svært nyttige, praktiske rettede, meningsfylte og sist – men ikke minst, meget hyggelige møter. Et flott initiativ fra Helse Nord RHF som har inviteret en allmennpraktiker fra hvert foretaksområde som rådgivere i samhandling – et supplement på RHF-nivå til praksiskonsulentene. Torbjørn har jeg lært å kjenne som en meget dyktig allmennpraktiker. I tillegg har han store kunnskaper innen data, og han er både en kulturpersonlighet og en god kollega og venn. Tusen takk for invitasjonen Torbjørn!

I dag har jeg pakket for å reise med 25 ungdommer med «de hvite busser» til Tyskland. Dette, i tillegg til lyrikkstafetten, har gitt opphav en stor verden av tanker under pakking, vasking og andre huslige sysler før avreise i morgen tidlig. Jeg velger å hente et dikt fra Halldis Moren Vesaas først. Hun er for meg kanskje den, som i tillegg til Pablo Neruda, skriver de vakreste kjærlighetsdikt jeg vet om. Og kjærlighetsdikt passer godt i en stund som denne.

Nei eg får aldri nok –

Nei eg får aldri nok,
nei eg blir aldri fulltryg
på at du verkeleg er her.
Her er mørkt så eg ser deg ikkje,
du søv så du høyrer meg ikkje,
men varm er din kropp mot min, og nær.

Hendene mine kan ikkje nok
få visst: ja det er du!
Armane mine som femner din svevn
hungerar enn etter deg
og kan ikkje enno si lykke tru.
Munnen har kyss og ord
å strø ut over deg no med du søv
som blommar ned over eit mørkt rom,
kviskrar: er det du?
Kysser: ja, det er!

Din nærleik er regn over tørst jord.
Endeleg kom det, ei vårnatt skum og mild,
og no ligg all jord og berre drikk,
open og blid og still,
kan ikkje enn på si signingsstund tru,
kviskrar imellom dei lange tørste drag:
meir, meir, meir!

Både som allmennpraktiker og i livet ellers har jeg blitt mer og mer bevisst de valg jeg gjør – og ikke gjør. Bevisstgjøring på det å velge bruker jeg mye tid på i mitt møte med pasienter. For meg har dette vært nyttig, og jeg håper også det har gitt andre et nyttig redskap i livene deres.

Jeg har et bilde på veggen i stua laget av kunstneren Bjørn Thorhallsdottir som daglig minner meg om dette. På bildet står følgende:

Å velge er å miste seg selv et øyeblikk.
Å ikke velge er å miste seg selv.

Paulo Coelho utdyper dette i sin roman *Alkymisten*:

En beslutning er bare begynnelsen til noe.
Når du tar en avgjørelse,
stiger du ned i en mektig elv
som fører deg til et sted
du ikke hadde drømt om
da beslutningen ble tatt.

Lyrikkstafetten sender jeg videre til en mann jeg setter stor pris på og som jeg har hatt den store glede av å jobbe sammen med på Kirkenes legesenter for mange år siden, og som jeg nå har et flott samarbeid med i hans virke som ass. fylkeslege i Finnmark – min gode venn og kollega Bjørn Øygard.

Mona S. Søndend

TrinnVis-kvalitet = kvalitet

Ein fin dag i mai 2008 er ventetida over – «TrinnVis Kvalitet» er klar for pilot-testing! Det er med spenning og forventning at eg omsider får sett meg ned med programmet. Det er jo slik med slikt arbeid, det er vanskeleg å få det prioritert.

Filer blir henta frå oppgitt internett-adresse. Etter ein ørliten frustrasjon over at det ikkje går an å opne direkte i Windows vista, er eg i gong. (Det gjekk greitt å velje rett kompatibilitetsmodus).

Programmet er innbydande allereie frå starten. Eg blir ynskt velkomen, og det står oppført korleis det er best å bruke programmet. Forklaringar undervegs er tydelege og lett forstålege, sjølv for ei som ikkje er svært data-kunnig. Dette gjer programmet lett å bruke.

Det blir anbefalt å starte med registrering i programmet sin innføringsdel. Dette gjer eg, og følgjer oppskrifta etterkvart som nye ruter kjem opp. I innføringsdelen er det tre hovud-områder: «ressurser», «organisering» og «vårt kvalitetsarbeid». Undervegs blir uttrykk forklart, og her er eksempler som også lettast forståing, og gjer at arbeidet går raskare. Programmet byggjer på internkontroll-forskrifta frå 2002 for helse- og sosial-tenesta, og det er omfattande og mykje informasjon som kan registrerast. Informasjon om datasikkerhet kan hentast frå «TrinnVis datasikkerhet» for dei som tidlegare har brukt dette.

Etterkvart som punkt er ferdig utfylt, kan haker setjast for å markere at delen er arbeidd med. I startbildet vil det då stå haker på dei punkt som er gjort registreringar på – så veit eg kva som er gjort. Dette er genialt, og noko eg har sakna på andre kvalitetsprogram. Når eg då ikkje får tid til alt på ein dag, er det lett sjå kor eg skal starte att når programmet blir opna att (punkt utan haker!)

Nederst på startsidea er også ein boks med «statusrapport». Her kjem oversikt over kva som er fylt i, og evt. mangler på det enkelte punkt. Også svært nyttig funksjon.

Når alle deler av «innføring» er haka av, er det på tide å gå over til «oversikt». Her ligg all informasjon eg har registrert, ryddig og lett tilgjengeleg. I tillegg har programmet ei rekkje forslag til retningslinjer, prosedyrer, avtaler og strategi-dokument. Her ligg også lister over lover og forskrifter som regulerer tenesta vår. Forslag kan endrast og tilpassast det enkelte legekantor, og er gitt ut frå informasjon som har

blitt registrert under «innføring». Det inneber at det kun er aktuelle dokument/rutiner som ligg her. Det er enkelt både å leggje til nye og slette det ein ikkje vil ha med.

Tidlegare utarbeidde rutiner og dokument eg vil ha med frå tidlegare runder med kvalitetsarbeid, let seg lett kopiere inn i TrinnVis, – alternativt kan det lagast punkt der det er referert til kor aktuelle dokument er oppbevart. Slik kan tidlegare rutiner og dokument bli registrert og framleis kome til nytte.

TrinnVis har eigen del for avvikshandtering, der alle kan skrive inn uheldige hendingar etter kvart. Eg opplever at det er nyttig å ha dette i kvalitetssystemet, med tilgang frå dataen. Det blir lett tilgjengeleg, og kan forhåpentlegvis brukast oftare.

For å få alle deler på plass krevs det nokre timars arbeid, kor mange er vanskeleg å anslå, det avheng også av størrelse på kontorfellesskap, mengd utstyr mm. Det blir anbefalt at fleire deltek i arbeidet med slikt kvalitetsarbeid, og med TrinnVis er det lett å få til. Med klart definerte punkt/områder, er det berre å fordele. Dersom programmet blir lagt på felles server, kan alle nå det frå arbeids-pcen sin.

Beskjedne irritasjonsmoment som små tekstbokser og «feil» bakgrunnsfarge blir nesten ikkje nevneverdige, dessutan blir det kanskje korrigert til endeleg utgåve kjem??

TrinnVis opplever eg som eit godt og tenleg kvalitetskontroll-system for legekantor. Det har ein innbydande layout som gjer det kjekt å arbeide med. Programmet er lett å bruke og er samstundes omfattande slik at det ved fullstendig utfylling fyller lovkrav til internkontroll. Det er også nyttig å samle informasjon og ha ein fast plass til regler, dokument og rutine-skildringar. At det då er lett å finne att informasjonen styrker ytterlegare programmet sin nytteverdi. Programmet innbyr også til vidare aktiv bruk, både med delar for avvikshandtering, kvalitetsgjennomgang og risikoanalyser, slik at det kanskje blir meir enn eit skipertak den eine gongen...

Eg vil anbefale alle som ikkje har kvalitetssystemet sitt i orden, til å prøve ut dette gode verktøy. Nytt sjansen, det er inspirerende, gir god oversikt og er gratis. Eit lite tips til slutt; ta det trinnvis.

Frøydis Gullbrå



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. Smittvernloven. Håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn. Oslo 1999. 45-55. <http://www.helsetilsynet.no>

2. Smittvernloven. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsetilsyn. Oslo 2001. 48. <http://www.helsetilsynet.no>

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

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

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

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder Pivmecillinamhydroklorid 200 mg, hjelpestoffer. **J01CA08. Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av medikamentfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Tablettene tas med riklig væske. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig uavhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig for ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt kortidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til 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 dobbelt dose gi. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I-reaksjon overfor cefalosporiner. **Oppfølging:** (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acidoier som metylmalonyl-CoA-lyase-defekt, propionyl-CoA-lyase-defekt o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminsmangel ved bruk av penicillinholdige preparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvekt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjenta, korte behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn 1-2 måneders intervall. Langvarig behandling (2 måneder eller lenger) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karminlagrene til ca. 40% av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av pivmecillinam. (J01CA08 beta-laktamantibiotiske midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Det er ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødt barn etter behandling. Det bør allikevel vises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidsrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminnivå ved at morens karminnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk. Preparatet går i løsn grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnsflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensiblisering. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré, munde hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcus. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskeltrekninger, karminsmangel. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger. **J01CA08 side d. Egenskaper:** Klassifisering: Pivmecillinam er et smaltpekret amidopenicillin med spesielt høy aktivitet mot gramnegative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som "prodrug", er tyrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv pivmecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra gramnegative staver. Ikke kryssresistens med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdvis lav aktivitet overfor grampositive kokker og H. influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av pivmecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanisme:** Baktericid. Hemmer cellevegg syntese, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **Absorpsjon:** Pivmecillinam absorberes godt uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg gir maks serumkonsentrasjon på ca. 3,5 µg/ml etter ca. 1 time. **Proteinbinding:** 5-10%. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23% av gitt dose kan påvises som metaboliser. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50% i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Pakninger og priser (1.10.2008):** Engap: 20 stk kr 122,70, 30 stk kr 170,60, 100 stk kr 500,20. **Referanser:** Pivmecillinam: Refusjonsberettiget bruk. **Pyogene kroniske eller stadig tilbakevendende infeksjoner i nyrefurinner:** Urinveisinfeksjoner ved immunsvikt. **Referansesaker:** ICPC: B99 Immunsvikt (N4), U70 Nyrebeholdningsmiddel (M8, M9), U71 Cystitis/urinveisinfeksjon (M8, M9), U72 Urinveis (M8, M9), ICD: D80 Immunsvikt med overveidende anastomose (J1), D81 Kombiner immunsvikt (J1), D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt (J1), D84 Annen immunsvikt, N10 Akutt tubulointerstitiell nefritt (M8, M9), N11 Kronisk tubulointerstitiell nefritt (M8, M9), N12 Tubulointerstitiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr. (M8, M9), N15 Andre tubulointerstitielle nefritsyndromer (M8, M9), N20 Cystitt (M8, M9), N24 Urinveis og urinveis (M8, M9), N29.0 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.1 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.2 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.3 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.4 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.5 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.6 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.7 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.8 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9), N29.9 Urinveisinfeksjon med spesifisert lokalisasjon (M8, M9). **Referanser:** (1) Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse for man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. (106) Pasienten må opplyse at de følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i lunger/bronkier eller minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrefurinner. - Pasienten har i gjennomsnitt de 10 siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i lunger/bronkier eller minst 3 årlige infeksjoner i nyrefurinner. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i lunger/bronkier og/eller nyrefurinner.



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 oktober 2008.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

Grafisk utforming: Mohik Grafisk AS 71207

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

Lærerike kasuistikker

Underdosert på metadon

Elin er en kvinne på 38 år som flyttet til kommunen for et års tid siden og ble min fastlegepasient da. Hun er tidligere heroinmisbruker, men startet i metadonbehandling i 2004 som et ledd i legemiddellassisert rehabilitering (LAR). Rehabiliteringen har vært svært vellykket, slik at hun nå jobber full stilling som butikkmedarbeider i en matbutikk, er mor for tre barn på tre, ti og tolv år og bor i egen leilighet med samboer. Samboeren bruker også metadon. Han røyker noe hasj, men ikke hjemme. Hun har holdt seg helt borte fra rusmidler etter at hun flyttet til kommunen. Hennes inntekt er inntekt for hele familien, da samboer ikke er i jobb, men går skole.

Elin har ingen kroniske sykdommer, og bortsett fra en startsamtale i forbindelse med at jeg overtok forskrivningen av metadon da hun kom flyttende, har hun ikke hatt kontakt med helsesenteret utover å avlegge urinprøver som oppfølging av LAR-medisinering og når barna har vært syke.

Elin bestilte en time fordi hun ikke var helt fornøyd med metadondosen. Hun hadde brukt 100 mg metadon de siste to årene, men syntes at hun de siste månedene hadde begynt å føle seg utilpass og tung i kroppen på kvelden og vært snufsete på morgenen. I tillegg hadde hun frysninger og svette, kanskje mest på morgenkvisten. Hun følte seg abstinert og underdosert på metadon. Disse plagene bedret seg kort tid etter at hun inntok metadon på morgenen.

Hun fortalte at hun sto opp klokken seks hver morgen, våknet en halv time før klokken ringte, la seg i 23-tiden og sovnet i løpet av en halv times tid. Gjennom jobben hadde hun trening på et treningssenter der hun deltok på aerobic to ganger i uken, noe som egentlig fungerte fint. Men samboeren var ikke flink til å hjelpe til hjemme, og hun likte ikke at han fortsatte å røyke hasj. Hun syntes i det hele tatt

det var slitsomt å følge opp alle forpliktelsene, med jobb, tre barn og samboer.

Elin hadde tatt en s-metadon på forhånd, svaret viste 1380 nmol/l (terapeutisk område 600–1200), tatt medikamentfaste. Med serumkonsentrasjon over terapeutisk område,



og vage symptomer som godt kunne relateres til jobb – og hjemmesituasjon, var det ikke sikkert at metadonabstinens kunne forklare pasientens plager. Hun hadde ellers ikke opplevd andre symptomer siste ukene, følte seg ikke deprimert og hadde heller ikke begynt å ruse seg igjen.

Da det var lenge siden siste årskontroll for metadonbehandlingen, rekvirerte jeg en rekke blodprøver inkludert ny kontroll av serum-metadon, hematologi og stoffskifte, og EKG med tanke på korrigert forlenget QT-tid. For å sikre

at hun faktisk inntok full mengde metadon, begynte hun å innta en dose pr uke overvåket, og hun avla urinprøver for å dokumentere rusfrihet. Disse tiltakene hadde hun ingen problemer med å gjennomføre.

EKG var normalt, urinprøvene dokumenterte fortsatt rusfrihet, og hun inntok hele dosen metadon overvåket uten å bli objektivt påvirket. S-metadon var fortsatt over 1300 nmol/L, men det viste seg at hun hadde en Hb på 8,3, med MCV 63, MCH 18,0, jern/TIBC under fem prosent og ferritin på fire. Normal vitamin B12 og folatverdi, og ellers normale prøvesvar inkludert hvite blodceller og trombocytter. Elin hadde altså en uttalt microcytær anemi, men lavt stoffskifte, kroniske infeksjoner, angst og depresjon kunne vært andre aktuelle årsaker til hennes symptomer.

Om rutinekontroll av pasienter i legemiddelasert rehabilitering (LAR):

En uke hver høst (oktober/november) gjennomføres en årlig kontroll som inkluderer

- VIROLOGI: Hepatitt A, B og C samt HIV-status
- LEVERSTATUS: ASAT, ALAT, albumin, INR
- BLODSTATUS: Hb, telling av hvite og trombocytter
- NYRESTATUS: Kreatinin, kalium, natrium
- ERNÆRINGSPARAMETRE: Homocystein, HDL/VLDL/triglycider, ferritin
- EKG: EKG med beregning av korrigert QT-tid
- HØYDE/VEKT

KILDE: Informasjon fra Sykehuset Innlandet HF: Viktig å vite som fastlege i LAR

NN

Da jeg ringte pasienten for å informere om prøvesvarene, kunne hun fortelle at hun hadde fått satt inn en kobberspiral etter den siste fødselen, og etter det hadde fått større menstruasjonsblødninger. Hun hadde ingen andre blødningsfokus. Behandling med jerntilskudd gav bedring av anemien i løpet av noen måneder, og hennes «abstinenser» forsvant uten endring av metadon-doseringen.



C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml: Bumetanid 0,5 mg, disitramfosfadihydrat 0,9 mg, natriumdihydrogenfosfadihydrat 0,27 mg, syltøl 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml, C03C A02

T TABLETTER 1 mg, 2 mg og 5 mg: Hver tablett inneholder: Bumetanid 1 mg, resp. 2 mg og 5 mg, lakose, hjelpestoffer. Tabletter 1 mg og 5 mg: Med delemmek. C03C A02

Indikasjonen: Løselighetsvæsker og tabletter 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterk nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forstørret diatase. Ved resistens overfor andre diuretika. Tabletter 5 mg: Sterk nedsatt nyrefunksjon (glomerulærfiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungeødem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Indledningsdosen:** Hvor øyeblikkelig virkning ønskes eller der personell behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Årsatt dosering:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10-15 minutters intervall. Alvorlige tilfeller inneholder 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. **Årsatt dosering:** 6,25-12,5 mg (12,5-25 ml) langsomt i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1-2 timer, ev. gjentatt. **Forsatt diatase ved alvorlige operasjoner:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelfølgeløp:** Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter justeres dose og intervall etter ønsket timediurese. **Hypertensiv krise:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. **Tabletter:** 1 mg og 2 mg: 0,5-2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2-4 mg daglig. Døgndosen kan med fordel gis som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyreinsuffisiens forekommer store individuelle forskjeller i diuretik response. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkeltdosering bør begrenses til 10 mg. I litteraturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døgn. **Kontraindikasjonen:** Truende eller manifest levervikt og leverkoma. Anzuri som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller osmosemid. Dehydrering eller hypovolem. Allergisk mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet urvises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforstyrrelser eller ved hypovolem. Serumkalium bør kontrolleres for behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og ensidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet urvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinyregi, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinyregi må urinyregikonstruksjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diuretikabehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinmengden skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinrøret kan utvikle urinretensjon under behandlingen. Pasienter bør informeres om at Burinex kan gi nedsatt blodtrykk og tretthet, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsenkes. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hendler laktasemangel (lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta disse legemidlene. **Interaksjoner:** Bumetanid kan forsterke osteoklastenes av aminoglykosider og andre osteoklastiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gis samtidig dersom sterke medisinske grunner foreligger. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoksisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller dosering med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig suspenderes eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preeklampsi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmasvolum og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes påvirkes ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** **Hypotensjon:** Hypotensjon (s-1/1000): Hypokalemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolem, hyperurikemi og hyponatremi. **Andre bivirkninger:** Muskelframper. **Sjeldne bivirkninger:** Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale bivirkninger. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, vinnemelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Indikasjonssvæske:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterke sure. **Rekvisitingsregler:** **Tabletter 5 mg:** Behandlingen skal være initiert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** **Indikasjonssvæske:** Amp: 5 x 4 ml kr 91,80. **Tabletter 1 mg:** Espac: 100 stk. kr 346,20. **2 mg:** Espac: 100 stk. kr 265,50. **5 mg:** Espac: 100 stk. kr 506,40. **Ti:** 12b(2), 27a(2). **Refusjon:** 12b(2): Ved oppstart av behandling for ukompensert hypertensjon (ikke hypertensiv organisk, urinyregi, nedsatt glukosemetabolisme eller ubehandlet diabetes) skal tiutid eller tiutid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som først valg dersom tiutid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Ansvaret til at tiutid ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettigede bruk:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterk nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Refusjonskoden:** ICPC, D97 Levernyddom IKA, K07 Hovne anklrødem, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesvikt, U99 Nyresvikt kronisk, JCD, I27 Andre pulmonale hjertesvikt, 150 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk levernyddom, K72 Levervikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk urinyregi, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. **Vik:** Ingen spesiell



anmeldelser

Traumatologi

CLAUS FALCK LARSEN, JAKOB ROED OG JØRGEN FALCK LARSEN

Traumatologi kom ut på forlaget Munksgaard Danmark i år som den første danske boka om skademedisin, berre eitt år etter den første svenske boka med same namn¹. Me har dermed fått to solide skandinaviskspråklege oversiktsbøker i dette omfattande, tverrfaglege feltet.

Claus Falck Larsen er ortoped og mellom anna tidlegare overlege på Rigshospitalets TraumeCenter i København. Jakob Roed er avdelingsoverlege ved neuroanestesiologisk klinikk ved Rigshospitalet. Jørgen Falck Larsen er tidlegare forfattar til fleire lærebøker og er professor emeritus i gynekologi og obstetikk.

Boka og DVD-en som følger med er i første rekke retta mot legestudentar og legar, men også anna helsepersonell involvert i traumepasientar. Boka følgjer ei meir eller mindre logisk oppbygging rundt stabilisering, diagnostisering og behandling frå skadestaden via sjukehus og operasjonsstova til rehabiliteringa.

Etter ein introduksjon om traumatologiens historie og epidemiologi, skriv forfattarane om den danske redningstenesta og apparatet rundt traumer. Deretter går boka inn på arbeidet ved skadestaden og dei prehospitala utfordringane før me reiser vidare til akuttmottaket. Her går ho i djupna på dei grunnleggjande ABC-ferdigheitene, sjokk, smertebehandling og bilettdiagnostikk. Så følgjer kapittel om traumer på spesifikke kroppsdelar, traumer hjå barn og hjå gravide. Spesielle typer traumer som forbrenningar, drukning og eksplosjonsskader har eigne kapittel.

Kirurgane spelar naturleg nok førstefolin i arbeidet med den skadde, og dette ber boka preg av. Det eine kapittelet spesifikt om prehospital behandling handlar mest om oppbygginga av dei prehospitala tenestene og inneheld berre eit par sider om kva ein faktisk skal gjera når ein til dømes står midt opp i ei uoversiktleg trafikkulukke. Ein annan grunn til at boka soleis rettar seg i noko mindre grad til meg som legevakslege i utkant-Noreg enn ein kirurgisk assis-



tentlege ved eit dansk universitetssjukehus, er nok at Danmark stiller med mindre geografiske utfordringar enn Noreg.

Det eine viktige poenget ved den prehospitala scenen får forfattarane fram likevel: det heiter verken «load and go» eller «stay and play» lenger, det heiter no «limited scene intervention» – spar dyrebar tid ved å gjera berre det heilt mest nødvendige på skadestaden. Arbeid heller om bord på transportmiddelet og få pasienten på operasjonsstova så fort som mogleg – eller som ein òg kan seia det: «Load and play».

Resten av boka er velskriven og svært nyttig oversiktskunnskap for allmennlækjarar flest. Boka er rikt illustrert, lettlest og omfattande. Det er noko lite drøfting om evidence, men ho har rikeleg med relevante litteraturtilvisingar. DVD-en er godt produsert, me vert vist rundt i den danske ambulansenesta, på AMK, akuttmottaket osv. Der er også ein bolk med ferdigheiter som vist på modelldokker og ein om bilettdiagnostikk.

Eg gler meg til den første norske boka måtte komme, kan hende då med ein allmennlækjar og legevakslege som medforfattar?

Bjarte Sørensen,

fastlege Hjelmeland og medlem av NFAs referansegruppe i legevaksmedisin.

¹ Traumatologi, Lennquist S (red). Stockholm: Liber, 2007.

12

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

Barn sover gjerne tolv timer.

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

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

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

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

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



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

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

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

Fucithalmic®
Fusidinsyre

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

ØYEDRÅPER, suspensjon 1 %: 1 g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkoniumklorid 0,1 mg d, dinatriumedetat 0,5 mg, karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 1 g. **ØYEDRÅPER**, suspensjon engangspipetter 1 %: En engangspipette inneh.: Fusidinsyre 2 mg, natriumacetat (E 262), karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 0,2 g. **Indikasjoner**: Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker. **Dosering**: En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. Ved normal dosering rekker en engangspipette til behandling av begge øyne. **Kontraindikasjoner**: Allergi mot innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler**: Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser. **Graviditet og amming**: Overgang i placenta: Ved bruk av øyedråper anses den systemiske eksponeringen for fusidinsyre å være så liten at det sannsynligvis medfører liten risiko for skadelige effekter på svangerskapsforløpet, fosteret eller det nylødte 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!

Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering



STARTPAKKE

– Enkel titrering fra 5 mg til 20 mg med én tablett om dagen!

FOR STARTPAKNING, RING 91 300 800.



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

www.ebixa.com
For preparasjonsveiledning, se side 31

Ebixa
memantin

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.