



Innhold:

LEDER: Med pasienten i sentrum. Av ESPERANZA DIAZ	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med skjerpet blikk på forebygging. ANNE KAREN JENUM INTERVJUET AV TOM SUNDAR	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Diabetes – oppfølging og kontroll i allmennpraksis. Av GUNNAR MOULAND	7
Diabetes på legekontoret og diabetes i hverdagen. Av ANNE WILHELMSEN	11
Enkle tiltak kan hjelpe. Av ESPERANZA DIAZ	15
Kronisk hodepine – møteplass for medisinsk vitenskap og legeskunst. Av ROLF SALVESEN	19
Allmennmedisin 2020 – Faget allmennmedisin. Av EDVIN SCHJØ	23
Allmennmedisin 2020 – Arbeidsgruppe utdanning. Av HANS HØVIK	27
FRAMTIDAS LEGEVAKT: Visjon legevakt 2015. Av STEINAR HUNSKÅR	33
Den skjulte delen av konsultasjonen. Av ESPERANZA DIAZ	38
Fusidin og impetigo. INNLEGG AV SVERRE RØRSTVIST	40
BOKANMELDELSE: Grunnleggende bra om forskning i ny utgave.	41
Faste spalter	42

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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 Homlong

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

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: tsundar@online.no

Forsidebilde: Tom Sundar

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Du finner Utposten på
www.utposten.no

Med pasienten i sentrum

Now more than ever» er navnet på et dokument om allmennmedisin publisert i 2008 av WHO. Dokumentet inviterer til refleksjon rundt faget vårt, og i dette nummeret av Utposten gir vi dette ekstra stor plass.

Margaret Chan, generaldirektør for WHO, oppfordrer alle land til å forbedre sine allmennmedisinske tjenester slik at pasientene kommer i sentrum. Ifølge dokumentet er de viktigste satsingsområdene for en bedre primær helsetjeneste universell dekning av befolkningen («universal coverage»), tjenesteyting («service delivery»), offentlig politikk («public policy») og lederskap («leadership»).

Norge kan være stolt av en sterk allmennmedisin, utviklet gjennom stor innflytelse fra medisin i distriktene i et land med store avstander, men med relativt beskjedne sosiale forskjeller. Også takket være utviklingen av allmennmedisinske akademiske miljøer de siste 40 årene, har faget vårt kommet langt og er godt renommert så vel i Norge som utenfor landets grenser.

Vi bør imidlertid ikke hvile på våre laurbær. Generelt er befolkningen fornøyd med fastlegeordningen, men fremdeles er det forbedringspotensial, ikke minst som følge av de nye oppgavene fastlegene får. Det administrative presset bør ikke få oss til å glemme at vi har ansvar for forstøtt å sikre helsedekning til alle innbyggerne i Norge når det trengs. Pasienter som ikke er i stand til å følge spillereglene – ringe, få en time og vente på time – eller voldsofre som ikke blir oppdaget, pasienter med psykiske lidelser som ikke selv tar kontakt eller holder avtaler, innvandrere som ikke forstår hvordan systemet fungerer, og andre svake grupper burde kanskje ha enklere tilgang til legekontorene. Nye former for tjenesteyting må kartlegges, fra bedre samarbeid med andre helsearbeidere ved utvalgte oppgaver – slik Legegruppen Grandgården i Arendal presenterer i dette nummeret – til andre og nye uprøvde praksisformer i allmennpraksis, som for eksempel aktivt besøk hos listepasienter som vi mistenker kan trenge oss, men som vi ikke alltid ser. For å få dette til, trenger vi klokt lederskap og fornuftige politiske valg.

Gjennom prosjektet **Allmennmedisin 2020** inviterer Legeforeningen allmennpraktikere til å reflektere rundt faget vårt slik det er i dag, og til å drøfte drømmer, visjoner og muligheter frem til 2020. I dette nummeret kommenterer Hans Høvik hvordan man kan sikre at allmennleger har de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som arbeidet som allmennlege vil kreve i fremtiden. Edvin Schei skriver at allmennmedisin i Norge er sterk, men sårbar, og han foreslår blant annet at vi endrer metaforen «fastlege som portvakt» til «fastlege som knutepunkt». Steinar Hunskaar fremsetter i artikkelen **Visjon legevakt 2015** et forslag til en handlingsplan for utvikling av legevaktstjenesten i Norge som nylig er sendt til Helsedirektoratet. Utposten takker for kloke ord fra alle de tre legene, og håper at debatten om fremtiden av faget fortsetter og beholder perspektivet om pasienten i sentrum.

Esperanza Díaz

Utpostens
dobbeltime

Med skjerpet blikk på forebygging

Anne Karen Jenum
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Anne Karen Jenum er den navngjetne legen som ifølge pressen slanket en hel bydel i Oslo ved å få folk ut på tur.

Gjennom Romsås-prosjektet har hun vist hvorledes målrettet innsats kan gi oppsiktsvekkende helsegevinster i en lokalbefolkning.

Hun fremholder at dagens forebyggende helsearbeid i for stor grad er basert på god tro – og etterlyser forskningsbasert kunnskap som en plattform for å ta klokere beslutninger om hva som virkelig hjelper.



– Det er meningsfylt å være lege på et sted hvor behovene er store og folk virkelig trenger meg, og hvor det fortsatt er store folkehelseutfordringer, sier Romsås-lege Anne Karen Jenum.

1999: Gjennom flere år har bydelsoverlege Anne Karen Jenum vært vitne til en bekymringsfull helseutvikling på Romsås. Rapporter slår fast at den nordøstlige oslobydel er et av de stedene i landet med lavest levealder og høyest andel fysisk inaktive, overvektige og dagligrøykere. I arbeidet som allmennpraktiker reagerer Jenum på at så mange av hennes pasienter utvikler diabetes. Hun bestemmer seg for å agere, og tar initiativ til prosjektet *Morjon på Romsås* (MoRo) – som i løpet av noen få år skal vise seg å bli et skjellsettende nybrottsarbeid innen folkehelse.

Idag er Romsås kvitt verstingstempleet i presseoppslagene om uhelse i hovedstaden. Takket være MoRo-prosjektet har bydelen i Groruddalen fått pionerstatus i en rekke helsepolitiske dokumenter. Romsås er nemlig stedet der folk lar bilen eller heisen stå, og heller tar i bruk gangstier eller trapper. Og områdets beboere står mer rakrygget enn noen gang før.

– Det virker som om MoRo-prosjektet har gitt bydelens beboere en bedre selvfølelse. Det i seg selv er jo helsebringende. Jeg får stadig tilbakemeldinger om positive ringvirkninger av prosjektet. Ekstra gledelig er det når mine egne pasienter forteller at de har det bedre, sover bedre, og har mindre vondt i nakke og rygg, sier Anne Karen Jenum. Hun er fastlege ved Romsås legesenter

Jenum har gjennom yrkeslivet kombinert kurativ praksis med samfunnsmedisinsk arbeid, undervisning og forskning.





*Hjemme på Korsvoll er det kort vei til turgledene i oslomarka.
Nettopp turglede er en sentral ingrediens i doktor Jenums oppskrift for bedre folkehelse.*

to dager i uken. Når hun ikke skjøtter sin pasientliste, arbeider hun som postdoc-forsker med base på Diabetesforskningssenteret ved Aker universitetssykehus. Hun har også lang fartstid som bydelsoverlege på Romsås, en stilling hun forlot i 2004 for å frigjøre mer tid til forskning. To år senere tok hun doktorgraden på en avhandling om resultatene fra MoRo-prosjektet. Nå er hun i gang med et nytt forskningsprosjekt som skal identifisere kvinner med svangerskapsdiabetes – igjen med utgangspunkt i kunnskaper om helse- og risikoer i en multi-etnisk befolkning.

Turglede som intervensjon

– Jeg er opptatt av hvordan levekår og sosiale ulikheter påvirker folks helse. Det har alltid vært en drivkraft både i lege- og forskningsarbeidet, sier Jenum, som tar imot Utpostens medarbeider hjemme på Korsvoll i Oslo etter endt arbeidsdag. Ettermiddagsfreden senker seg i det rommelige huset som ligger bare et steinkast unna markagrensen. Her bor hun med legeektemannen Pål og den yngste av parets tre døtre – og med naturen som nærmeste nabo.

– Vi har flotte turmuligheter rett utenfor stuedøren, bedyrer Jenum og peker mot skogholtet like i nærheten. Og nettopp turglede er en sentral ingrediens i hennes oppskrift for bedre helse. Ikke fordi hun fremstår som noen predikende mosjonær, men fordi fysisk aktivitet viser seg å være et effektivt virkemiddel som treffer mange mennesker, og

som ikke minst lar seg gjennomføre som en medisinsk intervensjon. Så var tilfellet i MoRo, prosjektet som er blitt omtalt som et kroneksempel på intervensjonsforskning i en definert befolkning. Få hadde gjort noe sånt før, da Anne Karen Jenum for et tiår siden begynte å spinne på ideen om en intervensjonsstudie i en hel bydel i Oslo.

– I 1990-årene fikk vi «Oslohelse» og andre undersøkelser som viste at det på bydelsnivå var en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og dødelighet. Vi så også at øst-vest-forskjellene med hensyn til diabetogene risikofaktorer som overvekt og fysisk inaktivitet var slående – og økende. Dette gav oss ny kunnskap om mulige og påvirkelige årsaker til de høye mortalitetsratene. Jeg syntes tiden var inne for å ta steget fra erkjennelse til handling. På den tiden var det også en del svada i offentlige utredninger om forebyggende helsearbeid. Jeg ville ha tingene mer konkretisert, og finne ut mer om effekten av forebyggende tiltak. Hensikten med MoRo-prosjektet var å se om tilrettelegging av fysisk aktivitet kunne redusere risikofaktorene for diabetes og hjerte- og karsykdommer i Groruddalen. Romsås ble valgt som intervensjonsbydel og Furuset som kontrollbydel, ettersom de to bydelene hadde sammenliknbare befolkninger, forklarer Jenum.

Etter å ha sikret seg støtte i den lokale bydelsledelsen, henvendte hun seg til forskningsmiljøene ved Norges Idrettshøgskole, Statens helseundersøkelser (nå en del av

Nasjonalt folkehelseinstitutt), Universitetet i Oslo og Aker og Ullevål universitetssykehus. Hun fikk med seg sentrale fagfolk som Kåre Birkeland ved Aker og Roald Bahr ved Idrettshøgskolen, og fikk etablert en styringsgruppe. Våren 2000 begynte den første datainnsamlingen. Alle Romsås-beboere i alderen 31–67 år og et tilsvarende utvalg i bydel Furuset ble invitert til en stor helseundersøkelse. Nær halvparten, det vil si 2950 personer, møtte.

– Resultatene av denne forundersøkelsen var urovekkende. Vi så at forekomsten av type 2-diabetes var svært høy i enkelte innvandrergupper og at langt flere enn antatt hadde udiagnostisert diabetes. For eksempel fant vi i aldersgruppen 30–59 år en diabetesforekomst på 27,5 prosent blant sørsasiatiske kvinner og 14,3 prosent blant sørsasiatiske menn. Tilsvarende andeler hos norske kvinner og menn var 2,9 prosent og 5,9 prosent, sier Anne Karen Jenum.

Med forholdsvis beskjedne midler ble en rekke tiltak satt i verk i intervensjonsbydelen. Innbyggerne ble informert om viktigheten av fysisk aktivitet. En informasjonsfolder med kart over løyper og severdigheter ble delt ut. Gangveier ble merket som «folkestier». Det ble sørget for snørydding, strøing og belysning på vinterstid. Ved heisene i boligblokkene ble det hengt opp plakater som manet folk til å ta trappen. Gå- og trimgrupper ble organisert av fysioterapeuter og studenter fra Idrettshøgskolen. To ganger i året kunne alle som ønsket det, få testet formen ved å gå en to kilometer lang trimløype. Høyrisikoindivider som var identifisert ved forundersøkelsen, ble systematisk fulgt opp.

Etter intervensjonen møtte 67 prosent til oppfølgingsundersøkelsen i 2003. Resultatene viste at andelen inaktive på Romsås var blitt redusert med 25 prosent. Andelen som gikk opp i vekt, var blitt redusert med 50 prosent i forhold til kontrollbydelen Furuset. Gunstige effekter ble funnet for kolesterol/HDL-ratio, triglyserider og glukose, systolisk blodtrykk og andel dagligryktere.

– Vi visste at inaktivitet var en minst like viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdommer som forhøyet kolesterol, røyking, høyt blodtrykk og overvekt. Vi forventet også at helsegevinstene av økt fysisk aktivitet ville være størst for dem som i utgangspunktet var inaktive. Det gledelige var at intervensjonseffektene var like store hos grupper med høy som med lav utdanning, og hos ikke-vestlige innvandrere som hos norskfødte. Tiltakene ble implementert gradvis for å oppnå synergieffekter, kommenterer Jenum.

Samhandling – en suksessfaktor

I årene som bydelsoverlege møt hun stor respekt i bydelens politiske og administrative organer. Selv karakteriserer

hun samarbeidsklimaet som ryddig, men hennes eget bidrag til den vennlige tonen har ikke vært uvesentlig. Det blir sagt at hun har en egen evne til godt håndlag med politikere og byråkrater. Hun er samarbeidsinnstilt, men samtidig fast i egen overbevisning – viktige egenskaper for å lykkes med samfunnsmedisinske oppdrag på lokalplan.

– Da jeg var bydelsoverlege, begynte jeg å snakke med lokalpolitikere om å gjøre noe. Jeg hadde sett behovet for å tilrettelegge for fysisk aktivitet, og det var noe som også andre var opptatt av. Denne dialogen gav prosjektet en lokal forankring. MoRo ble dermed et resultat av samhandling mellom fagfolk, lokalpolitikere og ildsjeler i lokalsamfunnet.

UTPOSTEN: Hvordan vurderte du fallhøyden forbundet med å gå i gang med en så omfattende intervensjonsstudie som uvegerlig måtte skape store forventninger?

– Fallhøyden var knyttet til prosjektets finansiering, kompleksitet og tidsplan. Under planleggingen pågikk det en rekke reformer i den sentrale helseforvaltningen. Det førte til organisatoriske endringer som også fikk praktiske og økonomiske følger for fremdriften. Utsettelse ble det, men det var aldri noen reell fare for gjennomføringen av prosjektet, sier Jenum. Hun vedgår at arbeidspresset var stort og dagene lange. Men ville hun ha gjort det samme en gang til, dersom hun hadde ant hva hun begav seg ut på?

– Ja, det ville jeg nok, sier hun etter litt betenkning og med et smil i blikket.

Samfunnsperspektiv

Omsorg for pasientene, engasjement i forskningsarbeidet og en kunnskapsbasert innstilling til fagarbeidet er ting som blir trukket frem når vi spør kolleger om hva som kjenner seg ut. Anne Karen Jenum som lege. Det blir påpekt at hun gjennom mange år har bidratt aktivt for å bedre helsen i bydelen og nærmiljøet hvor hun arbeider. At hun er opptatt av de svakeste gruppene i samfunnet, kommer til uttrykk også utenom faget, gjennom styrevervet i Kirkens Bymisjon. Og da hun i 2006 ble tildelt Karl Evang-prisen for sin innsats innen helseopplysning og folkehelsearbeid, ble hun omtalt som et samfunnsmedisinsk fyrtårn. Selv er hun forsiktig med å kommentere den slags karakteristikk, men hun legger ikke skjul på at hedersbevisningen betyr mye.

– Karl Evang-prisen var en anerkjennelse av mange års arbeid. Det jeg i alle år har brent for, er å løfte frem helseutfordringene i Oslo øst. Da jeg begynte som allmennpraktiker på Romsås i 1992, slo det meg at så mange pasienter hadde metabolsk syndrom. Noen år senere deltok jeg i

arbeidet med Oslohelse, sammen med Marit Rognerud og Dag Thelle. Det var første gang man bredt kartla geografiske helseulikheter i Oslo. Vi fant blant annet store forskjeller i mosjons- og røykevaner. Totalt sett var andelen røykere nedadgående, men på den annen side var andelen personer med fedme og andelen fysisk inaktive økende – spesielt i de østlige bydelene. Disse funnene gav ideen til MoRo-prosjektet, og Oslohelse dannet grunnlag for Hubro, helseundersøkelsen i Oslo, som mange av dagens kliniske retningslinjer i allmennpraksis bygger på.

utposten: Du har i dine år som allmenn- og samfunnsmedisiner arbeidet i Oslo øst. Er det et bevisst ideologisk valg?

– Det er ikke tilfeldig. Kall det gjerne et ideologisk valg. Befolkningen i Oslo øst er sammensatt med en høy andel innvandrere. For meg er det meningsfylt å være lege på et sted hvor behovene er store og folk virkelig trenger meg, og hvor det fortsatt er store folkehelseutfordringer. Generelt tror jeg at det er viktig å ha et samfunnsperspektiv for å

gjøre en god jobb som doktor. For å ta et eksempel: Hvis jeg gir råd til en pakistansk kvinne, bør jeg vite noe om hvilke miljømessige og kulturelle forhold som påvirker hennes forståelse av egen helse så vel som hennes valg- og endringsmuligheter. Hun har ofte en sentral rolle i sin familie, og mange hensyn å ta. Da skal det mye til for å endre livsstil og levevaner på legens anbefaling.

Forebygging og forskning

Siden studietiden i Bergen har Anne Karen Jenum vært opptatt av forebyggende helsearbeid, men det var som turnuslege i Finnmark midt på 1970-tallet at hun for alvor ble grepet av fagfeltet.

– I turnustiden fikk jeg nærmest en pangerkjennelse om behovet for forebygging. Jeg var vitne til meningokokkdødsfall hos ungdom; jeg opplevde hvordan ulykker eller omsorgssvikt rammet barn; jeg så unge menn dø av hjerteinfarkt før de fylte 40. Særlig var fiskere en utsatt gruppe.

Jenum tar til orde for å styrke intervensjonsforskning innen folkehelsearbeidet: – Helse på gruppenivå er noe annet enn helse på individnivå. Vi trenger kunnskap om andre typer behandling og andre typer intervensjoner enn de rent individrettede.



Disse erfaringene satte varige spor. Da jeg som allmennpraktiker flere år senere registrerte at folk i Oslo øst var overrepresentert på statistikken over hjerte- og karsykdommer og diabetes, ble det nok en bekreftelse på at jeg manglet kunnskaper og verktøy for å forebygge og håndtere disse problemområdene godt nok. Det var behov for nye metoder innen forebygging, rettet mot de store helse-truslene som inaktivitet og overvekt, sier hun.

Etter endt turnustid i Finnmark flyttet hun i 1979 tilbake til hjemtraktene i Oslo. Hun jobbet et år som helsestasjonslege på Grünerløkka, hvor hun blant annet fikk befattning med de første innvandrerbarna med rakitt – en tilstand som nesten var utryddet hos norske barn. Så fulgte vel et år med pediatri ved Sentralsykehuset i Akershus (Ahus). I 1980-årene ble hun allmennpraktiker i Oslo, og siden 1992 har hun vært tilknyttet Romsås legesenter. Foruten kurativ praksis, har Jenum hatt samfunnsmedisinske stillinger, undervist medisinstudenter og drevet med forskning og foredragsvirksomhet. De siste årene har hun vært engasjert i studier om diabetesomsorgen, både i Oslo og på nasjonalt og internasjonalt plan. Hun har deltatt i arbeidet med Helsedirektoratets retningslinjer for diabetes som skal publiseres senere i 2009, og som bygger på NSAMs handlingsprogram. I 2008 rakk hun også å sjøsette et nytt forskningsprosjekt i Groruddalen: STORK, som blant annet står for «store barn og komplikasjoner». Bakgrunnen er ny viten om at overvektige kvinner får større barn og at svangerskap eksponerer risikoen for diabetes.

– STORK Groruddalen er en befolkningsbasert, prospektiv kohortstudie av 1000 gravide og deres barn, i samarbeid mellom helsestasjoner i Groruddalen og universitetssykehusene i Osloområdet. Vi har fått statlig støtte som ledd i Groruddalen-satsningen. Målet er å bedre svangerskapsomsorgen og blant annet å identifisere kvinner med svangerskapsdiabetes. På den måten håper vi på å redusere svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, og på lengre sikt andre helserisikoer for mor og barn, forteller Jenum.

Vil styrke intervensjonsforskning

– Jeg er kanskje ikke representativ for dagens fastleger, smiler 58-åringen: – Jeg jobber redusert i praksis og har nesten alltid kombinert pasientarbeidet med samfunnsmedisin og forskning. Det som særlig opptar meg, er samspillet mellom individ og miljø. Vi ser så mange eksempler på at ansvaret for bedre helse ikke bare hviler på den enkelte pasient, men på samfunnet, sier hun.

Samtalen penser inn på hennes mantra om at forebygging handler om tilrettelegging, men at tilrettelegging best kan skje når man har kartlagt problemområdene, så vel deres årsaker som behovene for innsatsfaktorer: – Mange helseproblemer og mye prematur sykdom kan forebygges, hvis vi bare vet hvor vi skal intervensjon. Derfor trenger vi kunnskaper om hva som virkelig hjelper, ikke minst i forhold til dagens store sosiale og etniske helseforskjeller!

UTPOSTEN: Du har etterspurt en større nasjonal prioritering av intervensjonsforskning. Hva innebærer det?

– Intervensjonsforskning på ikke-medikamentelle strategier eller på folkehelsenivå er mangelvare i Norge. Helse på gruppenivå er noe annet enn helse på individnivå. Kunnskap om andre typer behandling og andre typer intervensjoner enn de rent individrettede, vet vi minst om. Poenget mitt er at kunnskapsgrunnlaget innen folkehelsearbeid er svakere enn for eksempel innen medikamentell behandling. I medisinsk forskning anerkjennes nesten bare kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier. Men studiedesign må velges ut fra problemstilling. Vi verken kan eller bør bestandig begrense kunnskapsutviklingen til kun randomiserte kontrollerte studier. I Norge har vi sett mange eksempler på at myndighetene pøser ut penger til forebyggende tiltak, uten at tiltakene evalueres slik at vi styrker kunnskapsgrunnlaget. En nasjonal prioritering av intervensjonsforskning må derfor omfatte kunnskapsbaserte tiltak på flere nivåer, konkluderer Anne Karen Jenum.

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



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.

Diabetes – oppfølging og kontroll i allmennpraksis

AV GUNNAR MOULAND

Når diagnosen diabetes mellitus er stilt, må man informere pasienten om at vedkommende har en livslang tilstand med økt risiko for både akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Likeledes er det viktig å formidle at med god behandling og oppfølging kan komplikasjonsrisikoen reduseres betydelig. Slurvete behandling og høyt blodsukker gir større fare for komplikasjoner. Oppfølging med regelmessige kontroller er derfor helt nødvendig for personer med diabetes. Denne artikkelen gjennomgår sentrale aspekter ved diabetesoppfølging i allmennpraksis – basert på rutinene ved Legegruppen Grandgården i Arendal.

Personer med diabetes har sine egne problemer og utfordringer, men pasienter så vel som leger må se på sykdommen som en av flere sentrale risikofaktorer for hjertekar-sykdom. Derfor er det essensielt at legen legger vekt på å følge opp og eventuelt behandle også hypertensjon, hyperlipidemi, røyking, overvekt, fysisk inaktivitet m.m., og ikke



Gunnar Mouland

Fastlege ved Legegruppen Grandgården, Arendal. F. 1948 i Sarpsborg. Cand.med. Oslo 1973. Startet gruppepraksis i Arendal 1975 sammen med tre kolleger. Spes. allmennmedisin 1986. Var med og startet Forskergruppen i Aust-Agder 1994. Var med og planla interkommunal legevakt i Arendal 1998–2000. Legevaktoverlege 2000–2006. Fra 2006 praksiskonsulent ved Sørlandet Sykehus.

bare konsentrere seg om blodsukker og HbA1c. Fastlegen er en nøkkelperson som representerer kontinuitet og som i de fleste tilfellene kan følge opp disse tilstandene (og eventuelt andre sykdommer som pasientene måtte ha). Det er også viktig å ha en «åpen linje» til sykehusets diabetes-team med endokrinolog, når det oppstår spesielle problemer.

Siden man fra diagnosetidspunktet vet at det er nødvendig med et kontrollopplegg for resten av et (forhåpentlig) langt liv, er det viktig å finne gode rutiner som er levelige for både pasient og lege. Det er nok av eksempler på at både pasient og lege kan «glippe» i et så mangeårig prosjekt – og det er pasientene det går ut over.

Vår gruppepraksis ble etablert i 1975, opprinnelig med fire leger, nå med seks (pluss en fast vikar). Vi har vel 6000 listepasienter og ti ansatte (til sammen seks årsverk): en sykepleier, en bioingeniør og åtte helsesekretærer. Siden vi har drevet samme praksis så lenge – og med de samme legene – har vi mange gamle pasienter og dermed mange med diabetes. I 2008 hadde vi 282 pasienter med diagnosekodene

VANLIG KONTROLL (HVER TREDJE MÅNED) skal minimum inneholde:

- Vekt
- «Hvordan har du det» – kost og mosjon
- Blodtrykk
- Gjennomgang av egenmålinger av blodsukker (hos insulinbrukerne)
- S-glukose (fastende eller ikke-fastende)
- HbA1c
- Urin stix
- Gjennomgang av fast medikasjon – ajourføres på diabeteskort og i journal

ÅRSKONTROLL

De samme undersøkelser som ved 3-måneders-kontroll pluss:

- Fastende lipider (totalkolesterol, HDL, LDL, triglyserider), TSH og Hb.
- Urin stix og urindyrkning (uricult)
- Urin A/C-ratio (hos alle som ikke har proteinuri 1+ eller mer – i slike tilfeller er A/C-ratio ikke aktuelt)
- Kontroll av at øyelegekontrollene er «i rute», påfør dato for siste kontroll (hos oss er øyelegen ansvarlig for å gi diabetikere ny time når de er henvist en gang)
- Samtale om røykeslutt (for dem som ennå ikke har sluttet)
- Fotundersøkelse

Hvordan kan diabeteskontrollene effektiviseres?

De siste tre til fire årene har to av våre medarbeidere (en sykepleier og en helsesekretær) fått opplæring i diabeteskontroll. De startet med å delta på et kurs arrangert av Novo Nordisk og har senere gått på flere andre kurs og lest faglitteratur. Vi har i disse årene forsøkt å få de fleste diabetikerne til å gå annenhver gang til lege og sykepleier/helsesekretær (etter mønster av ordningen med at de fleste gravide går annenhver gang til jordmor og lege) og begynner å få gode erfaringer med dette. Når pasienten har vært til en legekonsultasjon, får de altså time hos sykepleier/helsesekretær neste gang og omvendt. Sykepleier/helsesekretær har satt av en hel dag annenhver uke til dette formål og har egen timebok merket «diabetes». De setter av 30 minutter til hver konsultasjon. De har som oppgave spesielt å ta seg av:

- Kostveiledning
- Blodsukkermåling
- Injeksjonsteknikk
- Fotkontroll (som det ofte viser seg at legene bruker for lite tid til)

Vi har i fellesskap samlet gode brosjyrer og informasjonshefter utgitt både av Norges Diabetesforbund, legemiddelfirmaer og andre til utdeling til pasientene. Sykepleier/helsesekretær har således hovedansvar for at pasientene skal få

Grandgården ytterst på Langbryggen i Arendal en vinterdag i januar. Legegruppen har kontor i tredje etasje.



de nyeste informasjonsheftene og vi oppfordrer alle pasientene til å bli medlem av Diabetesforbundet.

Legene skriver i journalen om det er spesielle temaer som sykepleier/helsesekretær bes ta opp i neste konsultasjon (for eksempel forberede insulinbehandling ved å lære blodsuktermåling og injeksjonsteknikk) og i avtaleboken anføres det om det er vanlig kontroll eller årskontroll. Konsultasjonen hos sykepleier/helsesekretær avsluttes med en oppsummering sammen med fastlegen (inkludert resepter og lignende). Legen skriver vanlig konsultasjonstakst (men ikke tidstakst 2c) og pasienten betaler vanlig egenandel.

Sykepleier/helsesekretær skriver sitt notat inn i journalen og lagrer det som «usignert», og fastlegen leser gjennom og godkjenner notatet (evt med tilleggsopplysninger).

Erfaringer med kontrollopplegget

Både pasienter, leger og medarbeiderne har gode erfaringer med å benytte sykepleier/helsesekretær mer aktivt. Spesielt vil vi fremheve:

- Mer ensartet opplæring i egenmåling av blodsukker og injeksjonsteknikk
- Mye bedre ajourføring og systematisk utdeling av instruksjonsmateriell til pasientene
- Vi sikrer oss at viktige ting ikke blir uteglemt, spesielt fotkontroll og vekt. Det kan være sunt for legene å bli «kikkert i kortene» av andre.
- Noen ganger er det kanskje lettere å våge å stille «dumme» spørsmål til sykepleier/helsesekretær enn til legen, også fordi det settes av mer tid enn ved legekonsultasjonen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Gunnar.Mouland@grand.nhn.no

NORGES DIABETESFORBUND 

Nasjonalt Diabetesforum 2009

med godkjente timer for allmennmedisin, indremedisin og pediatri.

Kom, lær og bli inspirert på nasjonalt Diabetesforum i Oslo 23.–24. april 2009. Her vil du kunne få en faglig oppdatering på diabetes, og få med det siste nye fra forskningen. Diabetesforum vil også være en Kick-off for de nye behandlingsretningslinjene for diabetes utarbeidet av Helsedirektoratet.

På konferansen vil det spesielt bli tatt fatt i de store utfordringene rundt oppsporing av om lag 120.000 personer med uoppdaget type 2-diabetes i Norge. I tillegg skal det settes fokus på utfordringene rundt samhandling mellom kommunehelsetjenesten, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På programmet står også en presentasjon og gjennomgang av de nye nasjonale behandlingsretningslinjer for diabetes, utarbeidet av Helsedirektoratet.

Målgruppen for konferansen er leger i allmennpraksis, indremedisinere, pediatere og annet helsepersonell.

Den norske legeforening har godkjent nasjonalt Diabetesforum for spesialitetene allmennmedisin, indremedisin og pediatri.

Allmennmedisin: Godkjennes med 17 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i endokrinologi til videre og etterutdanningen. Indremedisin: Godkjennes med 17 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning. Pediatri: Godkjennes med 17 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning.

For program og påmelding kan du gå inn på vår nettside
www.diabetes.no/Diabetesforum2009

Du kan også ta kontakt med organisasjonskonsulent
Liv Nordby tlf 23 05 18 19 eller liv.nordby@diabetes.no

Diabetes på legekontoret og diabetes i hverdagen

AV ANE WILHELMESEN

Mer enn bare «å ta insulin»

Hvis du får en ny pasient med diabetes er det umulig for deg å vite hvor mye det påvirker dem i hverdagen. Omtrent to tredjedeler av dem med diabetes mener de ikke mestrer sykdommen sin. Har man diabetes kan man oppfatte seg selv som nesten helt frisk, med god helse og med kontroll på livet. Men man kan også slite hver dag med å få livet til å gå videre på en akseptabel måte. Man kan ha et perfekt blodsukker, men slite med tvangspregnet kontroll av blodsukkeret. Man kan føle seg frisk som en fisk, men ha høy HbA1c. Vi vet at vi ikke kan skille mellom kropp og sjel. Å ha diabetes er ikke bare en somatisk sykdom, det påvirker også psyken og dette bør være et tema på ethvert legekontor.

Hva vil det si å ha diabetes for den enkelte?

Som lege vet man hva diabetes type I og II er. Men tenker du av og til gjennom hvordan det er å leve med diabetes, hver eneste dag? Det er mye som påvirker blodsukkeret, blant annet; mat, trening, klima, hormoner, sykdom, medisiner, søvn, følelser og oppsugingsevne. Mengde, varighet, intensitet og hyppighet av hver av disse varierer også og påvirker blodsukkeret på ulike måter. Det sier seg selv at det er en enorm utfordring å lære seg alle disse sammenhengene, og det som gjør det enda vanskeligere er at de ulike faktorene ikke påvirker blodsukkeret på samme måte hver gang. Selv om man har hatt diabetes i 60 år, vil man ikke klare å spise riktig mengde mat eller ta riktig mengde medisiner hver gang, mye fordi det er så uforutsigbart. Er man på ferie i USA kan det hende appelsinjuicen gir høyere blodsukkerstigning enn den juicen man har hjemme. En dag er man mer sliten enn andre dager og treningsøkten man er vant til på onsdager ga lavt blodsukker 24 timer senere. Man forelsker seg og blodsukkeret løper kanskje løpsk.

Kunnskap og forståelse

Personer med diabetes er ikke født med en evne til å besitte en så omfattende reguleringsoppgave som det å ha diabetes er. Hele tiden må man vurdere mengde insulin og tabletter og prøve å ha kontroll på alt som påvirker insulinbehovet, for å få et ønsket blodsukkernivå. Man må utvikle en for-



Ane Wilhelmsen

psykolog og stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin, seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen.

ståelse av dette reguleringsystemet for at det skal bli ok å leve med diabetes. Dersom man ikke forstår så vil man heller ikke mestre reguleringsoppgavene. Kanskje man ikke helt vet hvordan og trenger hjelp. Kanskje har ikke alle lyst. Kanskje er noen mer opptatt av nåtid enn komplikasjoner i uoverskuelig fremtid. Og selv når man forstår det, og gjør som man skal, er det ikke nødvendigvis slik at man klarer det. Kanskje mange gjør så godt de kan, men det er andre faktorer som hindrer et tilfredsstillende resultat, for eksempel at insulin typen ikke fungerer optimalt på denne personen.

Den som har diabetes gjør nytte av å være interessert i å lære mest mulig om sykdommen for å få et godt liv med diabetes, dette kan du som lege hjelpe med. Har han en holdning om at andre skal behandle ham, vil han ikke kunne klare å justere reguleringsoppgavene etter livets endringer. Da blir det vanskelig å leve godt med en slik sykdom. Oppsummert kan man si at det som blant annet kreves for å være «sjef» for sin diabetes er; aksept/forsoning, kunnskap og forståelse, å ta ansvar for seg selv og støtte fra de rundt seg.

Aksept eller forsoning?

En av grunnene til at mange ikke synes de håndterer det å leve med diabetes er at de ikke har forsonet seg med sykdommen. Det er urettferdig, de har nok fra før av, de fortjener det ikke, de vet ikke hvordan de skal leve med det, de orker kanskje ikke. Vi kan heldigvis ikke velge hvilken sykdom vi skal bli rammet av, eller om vi skal få lov til å være frisk. Det første hadde vært en umenneskelig oppgave. Dersom man ikke forsoner seg med at man har fått diabe-

tes, vil man oppleve mye skuffelse. Man vil gang på gang mislykkes, fordi man ikke har integrert sykdommen som en del av seg selv. Har man ikke det, vil man heller ikke ha den respekten sykdommen krever.

Hvordan kan man forson seg med «å være syk»? Det handler om holdninger til livet, til en selv og til verden. Hva gjør du dersom livet tar en annen vending enn du hadde planlagt, er det mulig å gardere seg mot det? Nei. I en samtale om forsoning hjelper det kanskje ikke å si at de bare må akseptere det, for de har ikke noe annet valg. Som ved andre livsendringer handler det om å komme til en slik erkjennelse selv. Hvordan kan en hjelpe mennesker på vei til en holdningsendring om livet, om sykdom? Det er viktig å stille spørsmål, utfordre tankene deres og teste ut andre alternativer. Utforske konsekvensene av forventningene deres og holdningene deres. Teknikker fra kognitiv terapi kan være et godt redskap i en slik sammenheng. Mange med diabetes vil ikke komme lenger enn at de kan forson seg med å ha sykdommen, mens andre kan kanskje til og med akseptere det.

Et psykologisk behov for insulin

Psykolog Jon Haug snakker om å utvikle et *psykologisk behov for å ta insulin*. Det fysiologiske behovet har jo alle, kroppen reagerer med økt urinproduksjon, tretthet, kvalme og slørete blikk når blodsukkeret er for høyt, og man trenger insulin. Fysiologisk sett får man klar beskjed om å injisere insulin. Men det er mye man kan bli vant til, også høyt blodsukker. Det oppstår en habituering, kroppen kan venne seg til å ha høyt blodsukker over lengre tid, selv

om det er skadelig. Jon Haug har utviklet en teori om blant annet det psykologiske behovet for å ta insulin. Noen har ikke et psykologisk behov for insulin, og for disse blir det veldig vanskelig å leve med diabetes. Det vil si at de tar bare insulin når blodsukkerapparatet sier at man ligger for høyt, eller når man skal spise. Mange utvikler da en negativ følelse i forhold til å ta insulin eller tabletter. Man opplever å bli «fortalt» at man trenger insulin og det føles da som om kontrollen ligger utenfor en selv, i måleapparatet eller kanskje til og med hos legen. Har man derimot også et psykologisk behov for insulin, så vil man *ønske* å sette insulin og man vil ikke ha negative følelser knyttet til dette. Selv om man kanskje ikke synes det er så kjekt å stikke seg, så har man likevel et indre behov for å sette insulin og få regulert blodsukkeret sitt fordi det er bedre enn alternativet. Det er kanskje lett å tenke at det virker jo helt absurd at mennesker med diabetes ikke skal ønske å ta tablettene sine eller insulinet sitt når de vet at de trenger det! Det er jo til deres eget beste, og folk ønsker vel ikke å opptre skadelig for seg selv? Det skulle man kanskje tro, men hva med rusmisbrukere, overvektige, røykere, alkoholikere, basehoppere. Overraskende mange bruker ikke medisiner slik de er foreskrevet. Er det ikke en kjensgjerning at mennesker ofte opptrer annerledes enn de «burde»?

Som et eksempel på hva et psykologisk behov vil si, kan man tenke seg at en person med spiseforstyrrelser selvfølgelig har et *fysiologisk behov* for mat, det har vi alle. Men hun har utviklet et mye svakere *psykologisk behov* for mat, hun har kanskje vridd helt om på det og utviklet et psykologisk behov for nettopp *ikke* å ta inn mat. Mat har blitt hennes fiende, eller kanskje det eneste i livet hun klarer å ha kontroll på. Hjernen kan ta kontroll over kroppen, og fysiologien kan bli overstyrt av vår evne til å tenke. St. Catherine fra Siena sultet seg selv til døde på grunn av sin religiøse tro. Det er faktisk mulig å overstyre kroppens behov for insulin dersom man har sterkere følelser eller sterke argumenter mot å ta det.

Følingsangst

I mange sammenhenger er det spesielt lite gunstig å få lavt blodsukker, eller føling. Resultatet er at man måler blodsukkeret oftere i slike situasjoner. Kanskje passer man på at det ligger litt høyt for sikkerhets skyld. Ingen ønsker å få føling i en situasjon der det passer dårlig, det er ubehagelig og det kan bli pinlig. For mange er dette en angst som strekker seg langt. Man er så redd for å få føling at man går med skyhøyt blodsukker «for sikkerhets skyld». En som jobber alene i en butikk vil unngå å få føling med mange kunder i butikken. En lege ønsker ikke å virke svak eller ute av det foran pasienter. En som har barn er livredd for å få føling mens han kjører dem til skolen, så han passer på at blod-

Vi kan heldigvis ikke velge hvilke sykdommer vi blir rammet av.



KJØTTALOMFOTO: ANNE LUNDIN

sukkeret er høyt før han setter seg i bilen. Det er ikke så rart at mange er redd for å få føling. For mange blir denne angsten så sterk at den styrer hverdagen deres. For mange opplever følingsangst som en spesifikk fobi.

Legens rolle

Det er viktig at personer med diabetes utvikler et ønske og et behov for å styre sykdommen sin selv. I motsetning til de fleste andre sykdommer er diabetes noe en selv behandler. Men, du som lege er viktig for å gi støtte, råd og veiledning. Diabetes på legekontolet og diabetes i hverdagen arter seg veldig ulikt. På legekontolet er man «pass-ient», personen som sitter der blir ofte passivisert av maktforholdet i en slik situasjon. Akkurat i denne sammenhengen er det faktisk ikke slik at legen kan mest, det er den som har diabetes som kan mest om seg selv og om sin egen kropps reaksjoner. Likevel sitter den som har diabetes ofte passivt og venter på legens spørsmål og resultatene på HbA1c, blodsukkeret, vekten, kolesteroleet. Man blir kontrollert og legen skal si deg hvordan det ligger an. Det kan føles blottende at andre vet hva blodsukkeret har ligget på i gjennomsnitt de siste par månedene, slikt kan man ikke pynte på.

Ofte er det to ulike innfallsvinkler på legekontolet; legens side der medisinske tall er fokus, og personen som har diabetes, som er mest opptatt av hvordan hun har det. Selvsagt er det mange leger som ser personen som har sykdommen og ikke kun fokuserer på tallene, men dessverre alt for få. Å få en dialog rundt dette er uhyre viktig. Hva er det personen som sitter foran deg ønsker og håper? Er dette det samme som du ønsker som lege? Kan dere møtes et sted som er akseptabelt for begge? Tilgangen på slike samtaler hos legen er dessverre lav og etterspørselen er særdeles høy! For å hjelpe pasienter med diabetes eller andre kroniske lidelser, er det helt sentralt å sette seg inn i hverdagen deres, prøve å forstå hva som er viktig for akkurat denne personen her og nå, i deres hverdag og ikke bare på legekontolet. I konsultasjonen må helsepersonell derfor prøve å forstå atferden til personen som sitter foran dem, ved å blant annet stille spørsmål som handler om mer enn det somatiske ved sykdommen de har.



Hva er viktig for akkurat denne personen i hennes hverdag?

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ane.wilhelmsen@isf.uib.no

Her er
UTPOSTEN
– føl deg hjemme!



Centyl® mite*

Diuretikum

INDIKASJONER:

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

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



INNEHOLDER IKKE LAKTOSE



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

For preparatomtale, se side 18

Enkle tiltak kan hjelpe

AV ESPERANZA DÍAZ

Helsegevinsten av å redusere innendørs forurensning i fattige land kan være stor.

Har dette noe med oss å gjøre?

Røyk fra andre kilder enn tobakk er sikkert ikke blant de risikofaktorer vi tenker på i hverdagen blant pasientene våre i Norge. Likevel er innendørs forurensning en risikofaktor for 3 milliarder mennesker, halvparten av befolkningen i verden, som bruker åpen ild for matlaging og oppvarming hver dag. Menneskene som er rammet av dette problemet er ikke tilfeldig plassert i verden, men hører til rurale strøk i Afrika, Asia, Latin-Amerika og, i noe mindre grad, Øst-Europa. De er altså de fattigste i verden. Blant



Esperanza Díaz

Spesialist i allmennmedisin, Førsteamanuensis og post-doc forsker ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen. Fastlege inntil for noen måneder siden. Disputerte i november 2008 med avhandlingen: «Impact of reducing indoor air pollution on women's health. RESPIRE Guatemala»

dem er spesielt kvinner som lager mat, og barna de passer på, de mest eksponerte for forurensning fra åpne ildsteder. Innendørs forurensning er årsaken til at 1,5 millioner mennesker dør hvert år; én million av dem er små barn. De viktigste dødsårsakene er lungebetennelse blant barn og KOLS blant kvinner (1). Hvis ikke nok blir gjort for

San Marcos i Guatemala.





Feltarbeiderne på vei mot en av familiene i studien.

å redusere innendørs røyk, både fra åpen ild og fra tobakk, er KOLS beregnet til å bli den tredje vanligste dødsårsaken blant kvinner i verden i 2015 (2).

Millioner av kroner er brukt til å bekjempe tobakksrøyking, spesielt i rike land som Norge. Både fornuften og tidligere forskning rundt tobakksrøyk skulle være nok til at helsemyndighetene ville forstå viktigheten av å også støtte alternativer til åpen ild i fattige land. Ingen av oss ville velge frivillig å grille inne i huset med lukkede vinduer, akkurat som de fleste av oss har valgt å ikke røyke innendørs. Likevel er verdenssituasjonen slik at midlene som finnes for fattige land er svært begrensede. Derfor er man, enda mer der enn her, nødt til å prioritere: skal WHO betale for vaksiner eller for rent vann eller satse på å hjelpe familiene med å skaffe seg alternativer til åpen ild?

Et av de mest kostnadseffektive alternativer til åpen ild er murte ovner med avtrekk (3). Slike ovner vil kunne forebygge en stor andel av dødsfallene i fattige land (4), samt redusere forekomst av kroniske lungelidelser (5). Størrelsen på helsegevinsten ved overgang til nye ovner er imidlertid usikker og hittil basert på observasjonsstudier. Det er også foreløpig gjort få studier for å kartlegge hvilke subjektive helseplager kvinner har som daglig opplever massiv eksponering for røyk.

RESPIRE: Randomised Exposure Study of Pollution Indoors and Respiratory Effects

For å overkomme kunnskapsmangelen på dette området ble en stor randomisert intervensjonsstudie som undersøkte helseeffekten av å redusere slik inneforurensning ved å

installere nye ovner i hjemmene satt i gang i 2004: «RESPIRE: Randomised Exposure Study of Pollution Indoors and Respiratory Effects» (<http://ehs.sph.berkeley.edu/guat/>). Undersøkelsen var den første i sitt slag, og resultat av samarbeid mellom universitetene i Berkeley, del Valle de Guatemala, Liverpool og Bergen, med støtte fra WHO.

Intervensjonsstudien foregikk på landsbygden i Guatemala, blant Mayaindianere som i utstrakt grad bruker tradisjonelle åpne ildsteder. Formålet med hovedstudien var å se om reduksjon av inneforurensningen ved å installere nye ovner som forbedrer inneluften betydelig (6), ville redusere forekomsten av lungebetennelse og astmatiske plager hos spedbarn (7). Ved Universitetet i Bergen studerte vi også hvilken helsegevinst de nye ovnene ga mødrene. Disse kvinnene røyker ikke tobakk. Ovnene produseres lokalt, er rimelige og enkle i bruk. Det ble gjort pilotundersøkelser som viste at a) ovnene fører til en dramatisk nedgang i forurensningsnivået og at b) kvinnene foretrekker de nye ovnene fremfor de gamle åpne ildstedene og derfor faktisk tar dem i bruk.

Studien var hovedsakelig finansiert av National Institute of Health (NIH) i USA; delprosjektet ledet fra UiB ble finansiert av Norsk Forskningsråd med tre millioner kroner. Lokalt rekrutterte feltarbeidere ledet av en prosjektkoordinator fra universitetet del Valle de Guatemala besøkte hver uke de 500 familiene i studien. Tre leger fra Guatemala hadde ansvar for den kliniske hverdagen, spesielt problemene relatert til små barn. Forskerne fra de andre universitetene var i Guatemala flere ganger i året fra 2001 til 2004, først for å planlegge, deretter for å undervise feltarbeiderne

Feltarbeiderne forklarer hvordan resultatene skal registreres.





En av familiene i studien.

og kontrollere at logistikken, teknisk utstyr og mange andre detaljer fungerte som planlagt. En krevende og spennende jobb!

Resultatene fra RESPIRE barnestudie er under publisering, og viser blant annet at tallet på alvorlige lungebetennelser (med unntak av Respiratory SyncytialVirus) blant barn i hus hvor det brukes åpne ildsteder, øker med to tredjedeler sammenlignet med hus med ovner.

I delprosjektet ledet fra Universitetet i Bergen studerte vi helsen til kvinnene som deltok i studien (spedbarnas mødre) og undersøkte om reduksjon av forurensning med ovner hadde innvirkning på deres luftveisplager og lungefunksjon. Ovnene reduserte både kroniske obstruktive lungesyntomer (8) og andre symptomer som hodepine og øyeplager (9). I tillegg ble selvoppfattet helse signifikant bedre blant kvinner som brukte ovnene (10).

Veien videre: å jobbe lokalt og globalt

Nye «cost-benefits» analyser som inkluderer resultatene fra RESPIRE og andre studier skal bli kjørt. Mer informasjon om hvilke helsegevinster vi kan forvente ved installasjon av ovner med avtrekk over lengre perioder i hus som tidligere

brukte åpen ild, er nå i gang (CRECER: <http://ehs.sph.berkeley.edu/guat/>). Men dette sikrer ikke at ovnene vil bli prioritert, verken av lokalbefolkningen eller av myndighetene.

Maya-indianere, som mange andre mennesker med flere tusen års tradisjoner, relaterer ild ikke bare til matlaging, men til selve livet. I en kultur hvor helse og sykdom tenkes som forandringer i kulde-varme balansen, representerer ilden varmekilden og er dermed tildelt kurative og magiske egenskaper. På et møte blant utdannede folk fra Guatemala hvor jeg presenterte resultatene fra RESPIRE, fikk jeg følgende spørsmål som belyser hvilke utfordringer vi står foran: «Vi forstår at røyken ikke er bra for lungehelsen, men skal dere forsette studien for å være sikre på at en del helsegevinster fra ilden ikke forsvinner ved å fange den i enovn?» Flere studier som hjelper oss å forstå kulturelle utfordringer som denne, er helt nødvendige om ovnene skal bli etterspurt og tatt i bruk av lokalbefolkningen både i Guatemala og i mange andre fattige rurale populasjoner i verden.

Når det gjelder myndighetene, vi kan risikere at den nye kunnskapen om helsegevinsten av ovnene ikke når politiske beslutningstakere på samme måte som andre alterna-

tiver til å bedre helse i fattige land. Dette skyldes at verken de lokale produsentene eller forskerne har samme muligheter som for eksempel vaksineprodusenter til å markedsføre sine produkter.

Har dette noe med norske fastleger å gjøre?

Vi bor i verdens rikeste land, men 8,9 prosent av befolkningen i Norge, 415 000 mennesker i 2008, var innvandrere, mange av dem fra fattige land. Det er derfor viktig at vi er klar over at innendørs forurensning som følge av bruk av åpen ild kan være en risikofaktor for KOLS og andre sykdommer. Vi må også være klar over av disse menneskene vanligvis ikke ser på eksponering til røyk fra åpen ild som noen risiko, slik at vi må spørre aktivt om det når det trengs.

I en tid hvor olje- og elektrisitetprisene stiger, øker vedfyring som varmekilde, ikke bare i fattige land, men i Europa og Nord-Amerika, og det samme kan tenkes her i Norge. Det er derfor viktig at vi er oppmerksomme når små barn med gjentatte lungebetennelser eller kvinner med obstruktive symptomer uten andre risikofaktorer kommer til oss.

Ellers er vi ikke bare leger i Norge, men også leger i verden. Derfor vil jeg slutte artikkelen med et spørsmål som Michael Marmot stiller i *The Lancet* i september i år: «If we are one global community should we not care about global health inequalities as much as we care about health inequalities within our own society?» (11).

Referanser

1. Smith, K.R., S. Mehta, and M. Mäuselzahl-Feuz, *Indoor air pollution from household use of solid fuels, in Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease due to Selected Major Risk Factors*, M. Ezzati, et al., Editors. 2004, WHO: Geneva, p. 1435–1493.

2. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Updates projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results, in Evidence and Information for policy*. 2006, World Health Organisation.
3. Hutton, G., et al., *Evaluation of the costs and benefits of household energy and health interventions at global and regional levels*, ed. W.L. Cataloguing. 2006, Geneva.
4. Smith, K.R., et al., *Indoor air pollution in developing countries and acute lower respiratory infections in children*. *Thorax*, 2000, 55(6): p. 518–32.
5. Chapman, R.S., et al., *Improvement in household stoves and risk of chronic obstructive pulmonary disease in Xuanwei, China: retrospective cohort study*. *British Medical Journal*, 2005, 331: p. 1050–1055.
6. Naeher, L.P., B.P. Leaderer, and K.R. Smith, *Particulate Matter and Carbon Monoxide in Highland Guatemala: Indoor and Outdoor Levels from Traditional and Improved Wood Stoves and Gas Stoves*. *Indoor Air*, 2000, 10: p. 200–205.
7. Bruce, N., et al., *Pneumonia case-finding in the Guatemala indoor air pollution trial (RESPIRE): standardizing methods for resource-poor settings*. WHO, 2007.
8. Díaz, E., et al., *Lung function and symptoms among Indigenous Mayan women exposed to high levels of indoor air pollution*. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2007, 11(12): p. 1372–1379.
9. Díaz, E., et al., *Eye Discomfort, Headache and Back Pain among Mayan Guatemalan Women taking part in a Randomised Stove Intervention*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61: p. 74–79.
10. Díaz, E., et al., *Self-rated health among Mayan women participating in a randomised intervention trial reducing indoor air pollution in Guatemala*. *BMC International Health and Human Rights*, 2008, 8(7).
11. Marmot, M., Book. *Health in a just society*. *Lancet*, 2008, 372: p. 881–882.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
esperanza.diaz@isf.uib.no

C Centyl LEO
C Centyl med kalciumklorid LEO
C Centyl mite med kalciumklorid LEO
Diuretikum.

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

T TABLETTER, drageform: Centyl med kalciumklorid Hver tablett inneholder: Bendroflumetazid 2,5 mg, kalciumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalcium), hjelpestoffer. Fargen: Jernoksid (E 172), kislingpulv (E 104), pantenit (E 131), titandisod (E 171). Sukkerdrajer. C03A B01.

T TABLETTER, drageform: Centyl mite med kalciumklorid Hver tablett inneholder: Bendroflumetazid 1,25 mg, kalciumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalcium), hjelpestoffer. Fargen: Kislingpulv (E 104), jernoksid (E 172), titandisod (E 171). Sukkerdrajer. C03A B01.

Indikasjonen: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residerende kaliumholdige nyre-/urteretters. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Ødemer: 2,5–5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. i 3–5 av ukens dager. **Hypertensjon:** Centyl 2,5–5 mg daglig. Centyl med kalciumklorid: Tablettene skal svelges hele. 1,25–2,5 mg 1–2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etterstræbes. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortsettes i 2–3 uker etter at blodtrykket er under kontroll. Profylaktisk ved residerende nyre-/urteretters: 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjonen:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifest urinsyreteri. Anuri, hyponatremi, hyperkalemi, behandlingsrefrakter hypokalemi, Addison sykdom. Overfølsomhet for bendroflumetazid, Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føre til dehydrasjon og elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemi hos eldre pasienter med hjerte- og levervirk. Serumkalcium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinsyreteretters kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydratmetabolisme kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan manifestere seg under administrering av tiurider. Eksacerbasjon eller aktivisering av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at risiko for fall kan økes. Centyl: Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (lapp-lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av lakose. Centyl med kalciumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalemi hos pasienter med nyresvikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukrose-/isomaltosemangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sukkanose. **Interaksjoner:** Potensiering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypotensiver. Samtidig bruk av digitalglykosider kan gi hypokalemi og forverke digitalis-effekten. Serumkalcium bør kontrolleres nøye. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumkalcium må kontrolleres nøye. Samtidig bruk av salol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestyremin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetazid. Midlene bør tas med flere timer mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan forsterke den antihypertensive effekten av tiurider. Centyl med kalciumklorid: Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (E C03A low-celling diuretika, tiurider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preklampsi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmaosmolaritet og nedsatt vannopptak kan være skadelig for fosteret. Behandling av graviditet må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Gir over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstipasjon. Metabolske: Hypokalemi, hyponatremi, forbigående serumurinsyrevedder, påvirkning av karbohydratmetabolismen. Sirkulatoriske: Forstad hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Utslett, kløe, fotosensibilisering. Metabolske: Hypomagnesemi, hypokalemi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, muskelframper. Øvrige: Hyperkalemi, impotens, sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, blodlykæmi. Hud: Vaskulitt. Urogenitale: Påvirket nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kalciumklorid: Ved langsom tarmpassasje og ved vanskeliggjort medfagpasasje kan kaliumklorid i -sustained release-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetazid kan gi unlag på prøver ved dopingkontroll. **Pakninger og priser:** Centyl: 100 stk. kr 163,70. Centyl med kalciumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kalciumklorid: 100 stk. kr 106,30. (E 60), 120, 270, 270, 270. Sist endret: 13.10.2008. **Referanselitteratur:** ICPG, D97 Levingsdom IKA, K07 Hjerne sklerose, K77 Hjertesvikt, K82 Pankreas sykdom, K86 Hypertensjon komplisert, K87 Hypertensjon med komplikasjoner, T99 Diabetes insipidus, U95 Sten i urinveier, U99 Renal diabetes insipidus, U99 Nyrerikt kronisk, ICD, E23.2 Diabetes insipidus, I10 Essensiell (primær) hypertensjon, I11 Hypertensiv hjertesykdom, I12 Hypertensiv hjertesykdom, I13 Hypertensiv hjerte- og nyresykdom, I15 Sekundær hypertensjon, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk lever sykdom, K72 Levervikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, N20 Sten i nyre og urinleder, N21 Sten i nedre urinveier, N25 Forstyrrelser som skyldes ørket tubulær funksjon i nyre, R60 Ødemer, ikke klassifisert annet sted

ATC-nr.: C03C A01 og C03C B01

Kronisk hodepine

– møteplass for medisinsk vitenskap og legekunst

AV ROLF SALVESEN

Hodepine er et utbredt symptom i befolkningen og blant pasienter på et fastlegekontor, og kan ha et vell av ulike årsaker. Felles for de fleste kjente årsaker er at de er relativt sjeldne, mens det som virkelig er hyppig, er hodepine uten kjent medisinsk årsak.

Noen vil si at legens oppgave er å finne frem til den sjeldne pasient og gi ham eller (helst) henne riktig behandling. Andre vil mene at den viktigste oppgaven må være å ivareta «den vanlige» hodepinepasienten, som ikke har noen «sykdom», og der tilnærmingen antakelig bør være mer preget av legekunst enn av evidensbasert medisin. Atter andre vil hevde at dette er et kunstig dilemma, idet den første oppgave må være å identifisere de få som har en medisinsk sykdom, fordi dette er nødvendig for å gjenkjenne flertallet og utøve legekunst på disse.

Hvem er så «eksperten» på hodepinepasienten? Figur 1 viser metaforen om «de seks blinde menn og elefanten» og kan illustrere spesialisthelsetjenestens utfordring når den stilles overfor helsesvikt med mangefasettert etiologi. Tilnærmingen vil gjerne være ulik avhengig av om spesialisten er nevrolog, øyelege, psykiater, endokrinolog, ØNH-lege eller annet, og i verste fall er spesialisten overbevist om å ha akkurat den riktige forståelsen. Som leseren vil forstå, er denne illustrasjonen et uhemmet populistisk frieri til målgruppen for Utposten der betydningen av å kjenne «hele» pasientens situasjon ofte vil være helt sentralt.

Hvorfor er diagnostikk av kronisk hodepine så vanskelig? Den kanskje viktigste årsaken er forsøkt illustrert i figur 2. Vårt viktigste diagnostiske verktøy; anamnesen, er ofte også vårt eneste reelle verktøy for denne pasientgruppen, og Utpostens lesere vet bedre enn de fleste hvilke feilkilder dette verktøyet kan være beheftet med. En viss porsjon ydmykhet er derfor gjerne særlig nyttig i møtene med disse pasientene.

Skal vi få «hull på byllen», kommer vi ikke utenom å benytte ulike diagnosesekker. Den videre omtalen av diagnostikk vil jeg derfor dele i fire hovedavsnitt; «de vanligste pasientene»



Rolf Salvesen

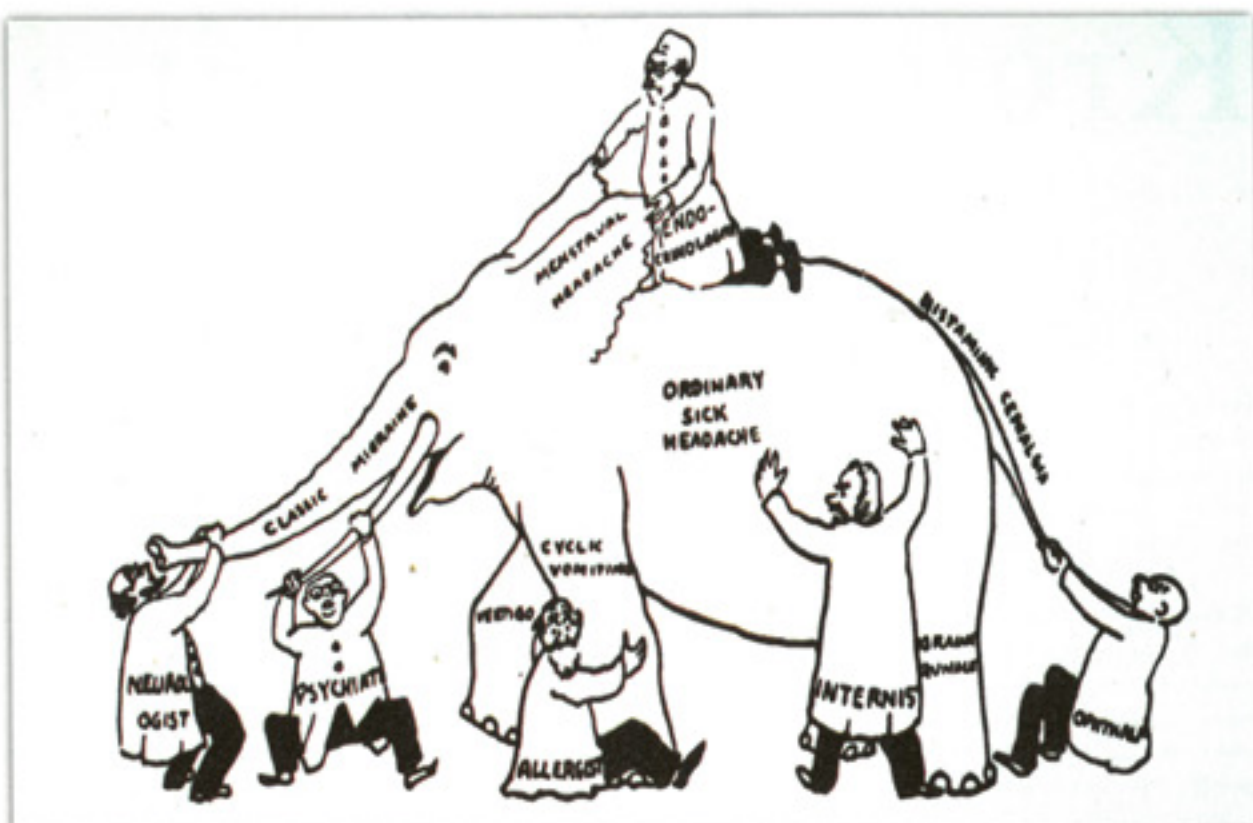
avd. overlege / professor dr. med.
Nordlandssykehuset Bodø / Universitetet
i Tromsø.

(med ukjent årsak), tilstander med kjent årsak som lar seg påvise ved billediagnostikk, tilstander med kjent årsak som har normal billediagnostikk, og endelig kjente syndromer som, selv om de har ukjent årsak, likevel gir oss en følelse av å «skjønne» ut fra gjenkjennelse av mønster.

«Vanlig hodepine» / spenningshodepine / tensjonshodepine

Populasjonsundersøkelser indikerer at ca. 80 prosent av befolkningen har erfart episodisk spenningshodepine, ca. 75 prosent i løpet av det siste året. Flere kvinner enn menn oppgir å ha slike plager; 88 prosent vs 69 prosent for menn, i løpet av siste år 86 prosent for kvinner og 63 prosent for menn (1). Vi kan altså trygt slå fast at det er mer «normalt» å ha episodisk hodepine enn ikke å ha det. Om dette er god eller mager trøst avhenger vel av øynene som ser, men det gir i alle fall substans for å berolige den bekymrede pasient.

Karakteristika ved denne type hodepine er at den sitter på begge sider av hodet og gjerne beskrives som et bånd rundt skalpen, som om en har på en lue som er for trang. Dessuten tolereres fysisk aktivitet godt; faktisk er det slik at mange synes det hjelper å «ta en tur i frisk luft». Dette står i skarp motsetning til smerten ved migræne, der pasienten nesten alltid angir at fysisk aktivitet forverrer hodepinen. Endelig angis i diagnosekriteriene utarbeidet av International Headache Society at smerten er moderat eller mild, i motsetning til migrenesmerten som er moderat til sterk (2). Nå vil mange erfarne kolleger innvende at styrken eller intensiteten av en smerte avhenger minst like mye av personligheten som opplever smerten som av den utløsende årsak, og det er denne forfatter enig i. Det er likevel hevet over tvil at



FIGUR 1. Omskriving av metaforen der seks blinde menn (skråsikkert) beskriver sin oppfatning av hva en elefant er ut fra den direkte erfaring hver av dem har anledning til å gjøre seg. Beskrivelsen blir svært forskjellig alt etter hvilken del av elefanten den enkelte får tilgang til.

pasienter som har både migrene og spenningshodepine ofte bruker smerteintensiteten som et kriterium for å skille mellom typene.

Karakteristika som mangler ved spenningshodepine er ledsagende symptomer som kvalme og særlig brekninger; slike tilleggssymptomer bør føre til vurdering av andre tilstander. Kombinasjonen av lysskyhet og lydskyhet er også sjelden ved spenningshodepine, selv om lysskyhet alene sees ved mange årsaker til hodepine og er mer avhengig av intensiteten.

Den oppmerksomme leser vil ha notert understrekningen av episodisk i den foregående fremstilling, der spenningshodepine er forsøkt banalisert eller normalisert. En slik bagatelisering er imidlertid høyst inadekvat for pasienten med kronisk tensjonshodepine, definert som hodepine som er til stede minst halvparten av årets dager (2). Dette er en ualmennlig plagsom tilstand som rammer så mye som minst tre prosent av befolkningen; fem prosent av kvinner og to prosent av menn (3). Prevalensen er altså langt høyere enn for flere av våre «folkesykdommer» som får uendelig mye mer oppmerksomhet hos myndigheter, i fagpresse og ikke minst i det kollegiale miljø. Pasienter som søker lege med slike

plager fortjener å bli tatt på alvor og ikke med et skuldertrekk.

De fleste pasienter med kronisk spenningshodepine har økte muskelspenninger ved klinisk undersøkelse, særlig i nakke/skuldre og tinninger. Dette gjelder likevel ikke alle, og derfor er den offisielle betegnelse på tilstanden «tension-type headache», for å markere at ikke alle har økt «tension». Sammenlikning av muskelspenning mellom grupper av pasienter med kronisk spenningshodepine og smertefrie kontrollpersoner ved hjelp av EMG-undersøkelser med overflateelektroder har gitt motstridende resultater (4, 5). Dog har pasienter med slik hodepine gjerne lavere smerteterskel målt ved elektronisk trykk-algometer enn personer som ikke plages med hodepine (6).

Årsaken til kronisk spenningshodepine er altså ikke kjent. Det har vært to retninger blant forskere; hypotese om en perifer dysfunksjon (inflammasjon?) i muskulatur / muskelfester versus en dysfunksjon i sentral smertemodulering, altså i sentralnervesystemets modifikasjon av impulser i smerteførende nervebaner. For tiden står den siste retningen sterkest. En kombinasjon kan tenkes der økt muskelspenning medfører sentral sensitivisering (6).

Smertetilstander som er beslektet med kronisk spenningshodepine og til dels overlapper med denne, er oromandibulær dysfunksjon med bruxisme eller malokklusjon av bittet. Samarbeid med tannlege og evt. tilpassing av bittskinne er derfor verd å utprøve i utvalgte tilfeller. Dysfunksjon i temporomandibulærleddet er tilsvarende beslektet, da sitter smerten gjerne foran øret svarende til tyggemusklene og forverres ved tygging, videre kan slike pasienter ofte fortelle om lyder ved gapping og episodisk låsning av kjeveledd.

Hvor grundig skal pasienter med slike symptomer utredes med supplerende diagnostiske undersøkelser? Dette må selvsagt vurderes individuelt, men det kan være nyttig å kjenne til at US Headache Consortium Guidelines fra 2000 slår fast at billediagnostikk av type CT eller MR ikke er indisert ved typisk spenningshodepine og normal klinisk neurologisk undersøkelse. Videre har American Academy of Neurology allerede i 1995 slått fast at EEG ikke har noen plass i utredningen av hodepine. Indikasjon for billediagnostikk avgjøres av såkalte «røde flagg» i anamnese eller klinisk undersøkelse, som vi straks kommer tilbake til.

Tilstander som kan påvises ved billediagnostikk

Enkle tommelfingerregler for når man skal mistenke strukturell intrakranial patologi som årsak til hodepinen, er tilstedeværelse av fokale neurologiske symptomer eller funn, eller at hodepinen debuterer etter fylte 50 år. Dette er de viktigste «røde flagg», og forekommer ytterst sjelden ved primære hodepiner, hvorav spenningshodepine og migrene er de hyppigste.

Det de fleste kolleger er mest engstelig for å overse er en intrakranial tumor, og da er de ovennevnte røde flagg viktige. I tillegg er ledsagende mental forandring eller krampefall svært suspekte symptomer som må utredes nøyere. «Ny» hodepine av relativt kort varighet skal man også ta seg tid til å penetrere noe nærmere. Blant slike svulster finner vi tumor cerebri, oftest gliomer eller metastaser, dessverre gjerne med en relativt dystur prognose. Imidlertid

kan det like gjerne være et meningeom, som i så fall oftest lar seg greit extirperes.

En annen tilstand som kan debutere med hodepine og diagnostiseres ved MR caput er sinusvenetrombose, som oftest rammer kvinner, men som ikke omtales nærmere her siden den bare unntaksvis gir kroniske plager. Hvorvidt «kronisk sinusitt» kan være årsak til hodepine er mer omstridt; generelt tror denne forfatter at denne årsak er sterkt overestimert.

Kjente årsaker som kan ha normal billediagnostikk

En tilstand som nok erkjennes for sjelden eller i alle fall relativt sent, er idiopatisk intrakranial hypertensjon, tidligere kalt pseudotumor cerebri. Som navnet sier, kjennetegnes tilstanden av økt intrakranialt trykk, og kan derfor klinisk imitere en tumor. Den tidligere vanlige betegnelse «benign intrakranial hypertensjon» er oppgitt, fordi tilstanden slett ikke alltid er godartet; ubehandlet kan den føre til irreversibelt synstap, og er derfor viktig å erkjenne.

Den typiske pasient er en ung overvektig kvinne som gjerne gir en sykehistorie som inneholder forbigående synsforstyrrelser og/eller øresus. Hodepinen er gjerne ukarakteristisk. Klinisk undersøkelse viser papilleødem ved ophthalmoskopi, ellers intet. Diagnosen stilles ved spinalpunksjon med trykkmåling. Billediagnostikk kan være normal. Sinusvenetrombose kan føre til dette syndromet, og må derfor utelukkes før diagnosen «idiopatisk» stilles. Behandlingen er medikamentell med acetazolamid eller diuretika, noen få pasienter som ikke responderer på slik behandling må opereres med shunt eller med fenestrasjon av opticusnerven for å hindre/ redusere synstap.

I den andre enden av spekteret har vi intrakranial hypotensjon, som typisk medfører en såkalt ortostatisk hodepine som er verst når pasienten er i vertikal posisjon og lindres av horisontalt leie. Det klassiske eksempel er vedvarende lek-

HÅREK



FIGUR 2. Illustrasjon av utfordringer man kan møte ved opptak av anamnese, og den konsekvens disse kan ha for vår konklusjon.

kasje av cerebrospinalvæske etter spinalpunksjon, men lekkasjen kan også oppstå i form av en fistel etter hodetraumer, intens fysisk aktivitet eller rett og slett være idiopatisk (7). Igjen stilles diagnosen ved spinalpunksjon med trykkmåling, og der finnes diverse mer eller mindre sofistikerte billediagnostiske metoder for å påvise en eventuell fistel. Behandling med epidural «blood patch» kan godt være effektiv også ved andre fistler enn etter spinalpunksjon, men stundom er operativ behandling nødvendig.

Kjente syndromer med ukjent årsak

Her vil jeg omtale vanlige tilstander som migrene uten og med aura, posttraumatisk hodepine og medikamentoverforbrukshodepine (MOH). Sjeldnere årsaker som klasehodepine, hemicrania continua, kronisk paroxysmal hemicrani og «hypnic headache» vil ikke bli omtalt av plassmessige grunner.

Migrene er hyppig og krever i utgangspunktet egne artikler, og blir derfor bare stikkordmessig beskrevet her. Migrene uten aura er klart hyppigst, og debuterer nesten alltid før fylte 30 år. 75 prosent av pasienter med migrene er kvinner. Det er en anfallsykdom med smertefrie intervaller, anfallene varer ubehandlet typisk mellom fire timer og tre døgn. Vanligvis er smerten unilateral (men ikke alltid på samme side), pulserende og moderat til sterk. Ledsagende symptomer i form av kvalme og/eller brekninger og kombinert lys- og lydskjyhet er oftest til stede. Smerten blir nesten alltid verre ved fysisk aktivitet, selv så lite som eksempelvis trappegang.

Migrene med aura er sjeldnere, og gjerne lettere å diagnostisere grunnet de typiske forutgående nevrologiske symptomer i aurafasen. Aurasymptomene varer mellom fire minutter og en time og utvikles alltid gradvis; som resultat av en prosess som brer seg gradvis over hjernebarken. Dette siste gjør at aura bør kunne skilles fra TIA, men her ser man ofte at kolleger går i vannet. Det klart hyppigste aurasymptom er flimmerskotomer, som innebærer en kombinasjon av positive fenomener (flimring, stjernefigurer etc.) og negative fenomener (blinde flekker), som brer seg over synsfeltet. Sensoriske aura er også hyppig, afasi sjeldnere. Den etterfølgende hodepine er identisk med migrene uten aura.

Posttraumatisk hodepine kan neppe skilles fra spenningshodepine på annet grunnlag enn tilstedeværelse av et ade-

kvat traume i tidsmessig nær tilslutning til debut av hodepinen. Diagnosen har mest juridisk betydning, behandling atskiller seg ikke fra spenningshodepine.

Medikamentoverforbrukshodepine fortjener bred omtale på grunn av sin hyppighet og kollegenes delaktighet i vedlikehold av tilstanden. Plassen tillater imidlertid ikke dette, og det vises til annen litteratur (8). Her vil jeg bare anføre at tilstanden er hyppig og rammer opp i mot tre prosent av befolkningen, at pasientene alltid har hatt migrene eller spenningshodepine i utgangspunktet, og at denne da har blitt forverret ved kronisk inntak av analgetika eller anfallskuperende midler. Den viktigste profylakse er årvåken forskrivningspraksis, særlig ved reitering. Behandling er noe omstridt, men bråseponering er det som oftest anbefales.

Håndtering av hodepine er ikke blant de mest populære arbeidsoppgavene til de fleste allmennleger. Imidlertid gjelder det her som for de fleste andre områder: Jo mer kunnskap man skaffer seg, jo mer interessant blir emnet og utfordringene pasientene presenterer.

Referanser

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 147–57.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 37–43.
3. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 243–9.
4. Leistad RB, Sand T, Westgaard RH, Nilsen KB, Stovner LJ. Stress-induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 64–73.
5. Levine RL, Levy LA. Relationship between self-reported intensity of headache and magnitude of surface EMG. *Psychol Rep* 2006; 98: 91–4.
6. Jensen R, Bendtsen L, Olesen J. Muscular factors are of importance in tension-type headache. *Headache* 1998; 38: 10–7.
7. Salvesen R, Ruzic Z, Teigland GS. Intracranial hypotension following repeated epidural injections of steroids. *Cephalalgia* 2005; 25: 179–81.
8. Diener HC, Dahlof CGH. Headache associated with chronic use of substances. I: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, red. *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000: 871–7.

Prosjekt Allmennmedisin 2020 er en bred utredning av faget allmennmedisin og av allmennlegetjenesten i et tidsperspektiv frem til 2020, iverksatt av Legeforeningen i 2008 etter initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen. Målet er å lage et helsepolitisk veiviserdokument som Legeforeningens organisasjonsledd kan slutte seg til. Utposten formidler sentrale temaområder i utredningen, som skal sluttbehandles på Legeforeningens landsstyremøte våren 2009.

Allmennmedisin 2020 – Faget allmennmedisin

AV EDVIN SCHEI

Arbeidsgruppe 1 besto av Edvin Schei (leder), Irene Hetlevik, Elisabeth Swensen, Ottar Grimstad og Steinar Huns-kår. Det var lett å bli enige om hva som prinsipielt kjennetegner allmennmedisin som fag og hva som er fagets rolle i et moderne helsevesen. Å beskrive norsk allmennmedisin anno 2008 slik det faktisk fungerer i praksis er mer krevende, fordi så mange perspektiver er relevante. Noen få av dokumentets hovedpunkter gjengis i det følgende.

Allmennmedisinen er sårbar

Kulturell omveltning, ny teknologi og stadig mer forskningsbasert kunnskap gir opphav til en rekke ukoordinerte forventninger, krav og pålegg om oppgaver som skal løses i primærhelsetjenesten. Når samfunn, teknologi, organisering og plikter endres, vil leger, pasienter, myndigheter og andre aktører tilpasse seg gjeldende kår. Dette gjør allmennmedisinen sårbar. Stabil kvalitet i norsk allmennmedisin kan ikke tas for gitt. Allmennmedisinen vil trenge stadig vedlikehold, utvikling og politisk oppmerksomhet med kloke justeringer av de organisatoriske rammene, for å kunne opprettholde høy kvalitet. Med høy kvalitet mener vi at befolkningen kan stole på god tilgjengelighet til en oppdatert, pålitelig og engasjert fagperson som evner å forstå og håndtere det brede spekteret av menneskelige problemer det søkes hjelp for. Blant de viktigste forutsetningene for en optimal primærhelsetjeneste er:

1. At allmennmedisinere har et adekvat kunnskapsgrunnlag for å kunne forstå pasientenes mangfoldige helseproblemer og yte reell hjelp deretter.
2. At antall fastlegehjemler gir tilstrekkelig kapasitet i primærhelsetjenesten slik at ikke viktige oppgaver blir liggende uløst.
3. At gode opplærings- og rekrutteringstiltak gjør det lett og attraktivt å velge allmennmedisin som yrkesvei.



Edvin Schei

Født 1957. Fastlege og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatter av flere bøker, sist «Hva er medisin», Universitetsforlaget 2007. Grunnlegger av Filosofisk poliklinikk, forum for debatt og refleksjon om medisin, vitenskap og samfunn.

4. En overordnet organiseringsform som gjør det mulig for allmennmedisinen å fremstå med én stemme, som en koordinert primærmedisinsk virksomhet som kan forhandle utad, tydeliggjøre sin kapasitet, og utøve effektiv selvdisiplin.
5. Et lovverk som hindrer uthuling av tillits- og ansvarsforhold mellom pasient og fastlege. Taushetsplikten må beskyttes og pasientene må sikres koordinering av helse-tjenester gjennom sine fastleger.
6. Høy kvalitet og gjensidig respekt i dialog og samspill mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
7. Legevaktordninger som sikrer god tilgang til primærmedisinsk kompetanse døgnet rundt.
8. God utdanning og veiledning på alle nivåer (grunn-, videre-, etter-), med krav og testing som gjør at allmennpraktikere utvikler og opprettholder bredde og dybde i sin kompetanse gjennom yrkeslivet.
9. Vedvarende høy investering i allmennmedisinsk forskning på fagets egne premisser, samt systematisk utprøving og kvalitetssikring av nye praksisformer og arbeidsmåter i allmennpraksis.
10. Fleksibel bruk av økonomiske og andre insentiver for å dreie legenes innsats mot praksisformer, tidsbruk og prosedyrer som er vist å være mest gunstig for pasientene.

Allmennmedisin forutsetter en personlig og kontinuerlig relasjon til «pasienter» som gjennom livsløpet veksler mellom faser og helsetilstander. Biologi og sykdomslære er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å utøve faget på et høyt profesjonelt nivå. Menneskekunnskap, selvforståelse og innsikt i sammenhengene mellom miljø, livshendelser og helse er viktig for å bli en god allmennpraktiker. Men denne type kunnskap er i liten grad tematisert i grunnutdanning og forskning ved universitetene. Derfor er den også i stor grad en «taus» kunnskap som bare delvis tematiseres i allmennmedisinske fora.

Den kunnskapen allmennmedisinen er satt til å handle ut fra er skapt på sykehus og i forskningsmiljøer langt fra fastlegens virkelighet. Forskningen svarer ofte godt på spørsmål vi ikke stiller, mens den tier om mye av det vi mest trenger å vite. Tverrsnittskunnskap om statistiske sammenhenger i utvalgte grupper er ofte problematisk å anvende på individnivå. Summen av mange små sannheter synes ofte å bli en stor usikkerhet om hva kunnskapen skal innebære på det praktiske planet, illustrert for eksempel av studier som viser at gjennomføring av alle pålagte individuelle forebyggings tiltak i USA vil kreve 7,5 timer av hver enkelt allmennpraktikers hverdag, året rundt.

Som allmennmedisinere må vi derfor ri to hester: Vi må anvende den eksisterende kunnskap og tilpasse oss den rådende virkelighetsforståelse, med sitt organ- og diagnosefokus, på en smidig måte. Samtidig må vi arbeide for å utvikle en bedre faglig beskrivelse av virkeligheten, med tydeliggjøring av erfaringer og kunnskap som er sentrale i allmennmedisinsk kompetanse. Klok anvendelse av forskningsbasert kunnskap krever et høyt kunnskapsnivå og stor selvstendighet i allmennmedisinen. Slik kompetanse finnes allerede i deler av norsk allmennmedisin, og må styrkes og utvides. På lengre sikt bør allmennmedisinsk forskning og

fagutvikling bidra til å utvide medisinenes teorigrunnlag slik at det blir mer i samsvar med kompleksiteten i menneskers biologiske og eksistensielle virkelighet.

Allmennmedisinen – helsevesenets KNUTEPUNKT

Idealet for en velfungerende allmennmedisin er at det skal være et sted med høy medisinsk kompetanse hvor det kjennes naturlig og trygt å henvende seg, for enhver person, med de fleste helseproblemer. Hos allmennlegen skal pasienten også være trygg på at det finnes en oversikt over tidligere medisinske problemer, utredninger og behandlinger fra både første- og andrelinjetjenesten. Fastlegen bør være en stabil fagperson som over tid blir kjent med pasientene på en personlig måte og kan se sammenhengene mellom sykdom, helse og folks levde liv.

Når primærmedisinen har god tilgjengelighet, oppleves kompetent og ivarettende, anerkjenner betydningen av folks livssammenhenger og samtidig besitter en koordinerende oversikt (både over pasientenes liv og helse og de ressurser helsevesenets tjenester rår over), blir den et medisinsk knutepunkt for det enkelte samfunnsmedlem. Et slikt knutepunkt er den eneste måten å sikre at pasientenes ulike medisinske «fortellinger» fra alle livets faser ivaretas gjennom objektiv dokumentasjon og levende relasjoner, og kan hentes frem ved behov. Det mye brukte ordet «portvaktfunksjon» gir feilaktige assosiasjoner, både ved å antyde at allmennmedisinen er et «filter» som skal hindre folk i å få del i kostbare goder, og ved implisitt å bekrefte at de medisinske godene finnes i landet «innenfor», og at allmennmedisin er en barriere, ikke i seg selv det optimale stedet for de fleste typer helsehjelp. Vi foreslår at metaforen «portvakt» kastes på historiens skraphaug. Allmennmedisinen er et knutepunkt.

Allmennmedisinenes fortrinn og særtrekk

Det er visse rammebetingelser, kompetanser og organisatoriske særtrekk som innebærer at allmennmedisinen er alene om å kunne yte bestemte hestetjenester av høy kvalitet. De viktigste er *breddekompetanse, nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet*.

1. KOMMUNIKASJON OG PASIENTSENTRERT MEDISIN

Det kan ikke understrekes for sterkt at allmennlegen har en avgjørende funksjon som den første «oversetter» av pasientens historie, symptomer og tegn til det medisinske språket. Er fastlegens forståelse og oversettelse feil eller mangelfull, vil det ofte være vanskelig å få skikkelig mening i hva som er problemet og hva som bør gjøres, og misforståelser kan forfølge pasienten på en tornefull vei gjennom helse-systemene. En god forståelse av det medisinske problemet – og hva som for pasienten er problematisk med problemet – forutsetter ofte at legen har fått vite noe om pasientens livs-



situasjon, tanker og reaksjoner, i tillegg til de kroppslige plagene og tegnene. Erfarne allmennpraktikere har derfor de siste 40 årene utviklet avanserte metoder for å strukturere samtalen med pasientene slik at man på best mulig måte forstår hva pasienten kommer for, hva som har skjedd, hvordan det fortolkes av pasient og pårørende, og hvordan man kan vinne pasientens tillit slik at alle opplysninger kan komme frem, og nødvendig behandling eller tilpassing kan gjennomføres. Utvikling av det som kalles Pasientsentrert medisin (PSM) har særlig funnet sted i de angelsaksiske land, men Norge ligger langt fremme i forskning og undervisning i PSM. Kommunikasjonsteoriene i PSM er relevante også for sykehusmedisin, og det er i stor grad de allmennmedisinske fagmiljøene som i dag driver kommunikasjonstrening for medisinstudenter i Norge.

2. BREDDekompetanse

Foruten sin kjennskap til pasientene som personer, har allmennlegen kunnskap om tankegang, diagnoser, forekomst, utredning og grunnleggende behandlingsstrategier innenfor alle de vanlige medisinske fagfeltene. Dette gir et godt grunnlag for differensialdiagnostikk, altså evnen til å tenke seg ulike årsaker til et symptom og effektivt iverksette nødvendige undersøkelser for å skille mellom dem. I en aldrende befolkning lider stadig flere av mange sykdommer samtidig, og bruker medikamenter fra flere ulike spesialitetsområder. Breddekompetanse er avgjørende for å vurdere betydningen av ulike faktorer hos slike pasienter. For samfunnet innebærer breddekompetansen fordeler ved at pasienter med symptomer og sykdom i flere organsystemer unngår kostbare parallelle utredningsløp i ulike spesialiteter i andrelinjetjenesten.

Kombinasjonen av «somatisk» og «psykiatrisk» kompetanse (anførselstegn brukes for å minne om at språkets skille mellom soma og psyke er fiktivt), sammen med kjennskap til personer, familier og lokalmiljø, gir et unikt utgangspunkt for å kunne tenke både biologiske og eksistensielle årsaker til opplevde plager. Fenomener som angst og depresjon kan f.eks. henge sammen med lavt stoffskifte, blodmangel eller kreft, og det kan allmennlegen utrede. Men de samme symptomene kan også – og samtidig – ha røtter i menneskets livssituasjon – nære relasjoner eller mangel på slike.

Kompetanse på forekomst og behandling av de vanlige sykdommene innenfor hele det medisinske området gir grunnlag for å sortere farlig fra ufarlig, og dermed begrense utredning og terapeutiske intervensjoner til det nødvendige. Utenlandske undersøkelser har vist at spesialister under ellers like omstendigheter foretar flere innleggelser enn allmennpraktikere, sannsynligvis fordi de fra sykehusarbeid er vant med å assosiere vanlige symptomer med alvorlig sykdom.



At legen har breddekompetanse med tilhørende mulighet for nøkterne sannsynlighetsvurderinger gir pasientene fordeler i form av mindre tidsbruk og angstskapende utredninger, raskere tilgang til adekvat behandling, eventuelt «friskmelding» og ikkebehandling. Fastlegen blir en rådgiver i helsejungelen. Over tid kan fastlegen bli i stand til å samle trådene fra pasientens liv og de forskjellige sykdoms- og utredningsforløp til et individuelt bilde av personen – pasienten blir kjent, og beslutninger kan tas på et bedre grunnlag. Et eksempel gis av Eivind Vestbø, mangeårig lege på Finnøy i Rogaland: «Eg var lege for alle – far, mor, son, svigerdatter og svigerdatter sin familie. Etter at sonen blei gift og bygde kårhus på garden, blei det strid mellom far og svigerdatter. Sonen måtte ta parti for kona og gardsovertakinga enda i krammel, fysisk vold mellom far og son, truing med skytevåpen og meldingar til lensmannen frå begge sider. Kvar for seg kom dei på kontoret med søvnplager, hovudpine, ustabil angina og depresjon. Eg hadde valet mellom å medikalisere konflikten med medikament, sjukemelding og spesialistundersøking, eller prøva å få problemet ut av legekontoret og tilbake til livet der det høyrte heime. ... Eg kalla «partane» inn på legekontoret til mekling etter kontortid. Forhandlingane der resulterte i våpenkvile og ei løysing på den formelle sida av gardsovertakinga. Den store forsoninga uteblei, men dei individuelle konsultasjonane tok slutt utan at reseptblokkja hadde vore brukt.»

Breddekompetanse forutsetter at allmennlegenes kunnskapsnivå er jevnt godt innen de fleste fagfelt, og det er derfor viktig å formalisere kravene til kunnskap i den allmennmedisinske spesialistutdanningen.

3. TILGJENGELIGHET

Allmennedisinen bør generelt være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid. Høy tilgjengelighet innebærer at folk på kort varsel kan bringe nylig oppståtte plager, bekymringer og ubehag til legen. Det oppleves både som en kilde til helsemessig trygghet og som en rettighet, og er sterkt ønsket av befolkningen og av myndighetene. De allmennmedisinske tjenestene bør derfor være utbygd og organisert slik de fleste kan få legetilsyn samme dag, og at det er kort ventetid på legetime for uprioriterte problemstillinger. En god legevaktordning må sikre tilgjengeligheten døgnet rundt og være bemannet med allmennleger når fastlegekontorene er stengt.

God tilgjengelighet og hyppigere bruk av legetjenester innebærer at spørsmål og problemstillinger som tidligere ble ordnet på andre arenaer, eller forble uløst, bringes til fastlegekontoret. En tilgjengelig allmennmedisin håndterer altså ikke bare forebygging og behandling av alvorlig og kronisk sykdom, men et stadig større mangfold av usorterte bekymringer, plager, avmakt og fortvilelse i befolkningen. Dette må ikke betraktes som «bagatellmedisin», men heller at allmennedisinen er å forstå som et følsomt sanseorgan som til enhver tid har kontakt med samfunnets enkeltmedlemmer, med mulighet både for å yte individuell bistand og å gjøre viktig kunnskap om menneskers livsvilkår politisk synlig.

4. KONTINUITET

Kontinuitet innebærer at pasientene blir kjent med sin lege, og dermed blir tryggere til å spørre, rope usikkerhet og bekymring, ta opp følsomme og skambelagte temaer osv. Dette øker sannsynligheten for at sykdomsskapte endringer i kroppen blir rapportert til legen på et tidlig stadium, hvilket igjen muliggjør tidlige intervensjoner og forebygging. Bivirkninger, engstelse og bekymring knyttet til behandling vil også lettere komme legen for øre slik at justeringer kan gjøres. Oppfølging av pasienter med kronisk sykdom, ofte flere tilstander samtidig, lettes betydelig av kontinuitet i lege-pasientforholdet.

En av de viktigste allmennmedisinske diagnostiske teknikene, som samtidig gir trygghet for pasienten og dermed har terapeutisk betydning, er å ta tiden til hjelp i utredning og avklaring av tilstander og symptomer. Forståelsen av hva som er galt og hva som bør gjøres er nært knyttet til at legen kjenner pasientene over tid, og vet noe om hvordan de tidligere har presentert sine problemer og hva slags sosiale sammenhenger de står i.

5. NÆRHET, SAMMENHENG OG GYLDIG KUNNSKAP

Kjennskap til lokale forhold, arbeidsplasser, familie, skole og historie er en betydelig ressurs for å forstå og yte hjelp i et

lokalsamfunn. Lokalavisen kan være viktigere lesestoff enn Legetidsskriftet. Geografisk nærhet til pasientene øker evnen til å se hva som kan være sykdomsskapende belastninger, og gir samtidig innblikk i ressurser og muligheter i pasientens miljø.

Personlig nærhet mellom legen og pasienten innebærer at pasienten blir sett av legen ikke bare som syk, men som person, med følgende dimensjoner: en kropp, en levd fortid, en familie, samfunn og kultur, et politisk liv, roller og kompetanser, kontakter og relasjoner, underbevissthet, et hemmelig følelsesliv, en fornemmet fremtid, og en opplevelse av transcendent sammenheng, religiøs eller ikke. At legen ser pasienten som en helhet med en levd historie innskrevet i kroppen, ikke som en kropp atskilt fra personen, er nødvendig for yte god og helhetlig medisinsk hjelp. Det tradisjonelle skillet mellom kropp og sinn er ofte meningsløst, eller direkte villedende, i medisinen.

Et av problemene med en mekanisk-biologisk forståelse av mennesket er at det blir vanskelig å erkjenne sammenhenger mellom livshendelser og sykdom (f.eks. infeksjoner utløst av omsorgsansvar og hjerte-karsykdom knyttet til sosial rang). Det blir tilsvarende vanskelig å se hvordan relasjonen mellom helsearbeider og pasient kan ha effekt på sykdoms- og tilfriskningsprosesser uavhengig av farmakologiske og tekniske inngrep. Nyere forskning innen psyko-nevroimmunologi har imidlertid avdekket en rekke mekanismer som viser at skillet mellom kropp og sinn er fiktivt, og at subjektiv fortolkning påvirker, eller mer presist er, fysiologiske prosesser med helsemessige konsekvenser på godt og vondt.

Her er vi ved en dyp utfordring i faget og i kulturen. Den naturvitenskapelige kunnskapen som per i dag er dominerende og som allmennlegen må forholde seg til, forutsetter et skarpt skille mellom psyke og soma, mellom biologi og mening. Et slikt skille er imidlertid vitenskapsteoretisk uholdbart, og praktisk-faglig hemmende, og gjør at kunnskapen også er av begrenset verdi, selv om den består av korrekte fakta. Allmennmedisin er et fag hvor medisinenes naturvitenskapelige og humanistiske tradisjoner naturlig forenes, og hvor uholdbare forenklinger kommer til kort. Allmennedisinen mot 2020 må derfor både arbeide for faglig kvalitet innenfor den eksisterende forståelsesramme og bidra til å utfordre de vitenskapsteoretiske «rammebetingelsene» for medisinen.

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

Prosjekt Allmennmedisin 2020 er en bred utredning av faget allmennmedisin og av allmennlegetjenesten i et tidsperspektiv frem til 2020, iverksatt av Legeforeningen i 2008 etter initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen. Målet er å lage et helsepolitisk veiviserdokument som Legeforeningens organisasjonsledd kan slutte seg til. Utposten formidler sentrale temaområder i utredningen, som skal sluttbehandles på Legeforeningens landsstyremøte våren 2009.

Prosjekt Allmennmedisin 2020 – Arbeidsgruppe utdanning

AV HANS HØVIK

Som ledd i prosjektet Allmennmedisin 2020 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som fikk som mandat å ta for seg hele utdanningsløpet i allmennmedisin og drøfte hvordan det kan sikres at allmennleger har de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som arbeidet som allmennlege krever. Arbeidsgruppen skulle drøfte struktur, innhold, og krav i utdanningen, og ta for seg faglig struktur rundt utdanningsstillinger, eller hjemler med definerte utdanningsløp. Arbeidsgruppen la fram sin rapport med anbefalinger og konklusjoner 1. juni 2008. Arbeidsgruppen besto av Knut Eirik Eliassen, Maria Hellevik, Hans Høvik, Sverre Lundevall og Svein Steinert.

Hvilken kompetanse trenger allmennlegen i 2020?

Allmennmedisin er det medisinske fagområdet som skal ha en bred og generell kunnskap om alle sykdommer og helseplager som rammer befolkningen. Allmennlegen skal utøve åpen og uselektert praksis i førstelinjen, og skal ha kompetanse til å utrede og behandle alle typer helseproblemer fra banale helseproblemer til livstruende sykdom. Allmennlegen må ha oversikt over sin pasientpopulasjon, og skal se og behandle sine pasienter i et helhetsperspektiv med tanke på langvarig og kontinuerlig oppfølging av personer i alle aldersgrupper i deres familiære og sosiale kontekst.

Hvilke samfunnsendringer har betydning for allmennlegens kompetanse i framtiden? Tidligere kunne allmennlegen arbeide mer alene på sitt kontor, men vi ser nå et økende krav til at allmennlegen skal være en svært sentral person i samhandlingen i helsetjenesten. Allmennlegen må ha kompetanse til å koordinere oppfølgingen av personer i primærhelsetjenesten, og må bruke mer av sin tid på samarbeide med andre deler av helse- og sosialtjenesten i kommunene. Allmennlegen må delta i tverrfaglig samarbeide



Hans Høvik

fastlege i Fyllingsdalen i Bergen.
Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.
Leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.
Veileder i allmennmedisin. Gift, 3 barn og en hund, glad i å være på fjellet, skulle gjerne hatt mere tid til det...

og kunne ha et faglig lederansvar i oppfølgingen av sine pasienter. Dette innebærer at allmennlegen deltar i ansvarsgrupper og i arbeidet med individuelle planer for sine pasienter.

Spesialisthelsetjenesten følger opp pasientene i kortere tid enn tidligere, og forventer at fastlegene og primærhelsetjenesten klarer å følge opp personer med stadig mer alvorlig sykdom og komplisert behandling enn tidligere. Dette krever at allmennlegen samarbeider tettere med spesialisthelsetjenesten og at allmennlegen må ha kompetanse i å vurdere hva som kan gjøres i primærhelsetjenesten, og hva som må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Vi kan forvente en forbedring av elektronisk kommunikasjon i hele helsetjenesten i framtiden, og allmennlegen må ha kompetanse til å utnytte dette på beste måte for sine pasienter. Pasientene vil også forvente god tilgjengelighet til allmennlegen, både for konsultasjon, telefonkonsultasjon og for elektronisk kommunikasjon. Allmennlegen vil i framtiden i mye større grad bruke elektronisk kommunikasjon i forhold til henvisninger, epikriser, resepter, attester, sykmeldinger og samarbeide med annet helsepersonell. Allmennlegene trenger kunnskaper både i grunnleggende databruk og datasikkerhet, og opplæring i bruk av de programmene som brukes i helsetjenesten, samt kursing i

kunnskapssøking via internett, og bruk av nettsteder som Helsebiblioteket og andre databaser med kvalitetssikret medisinsk kunnskap.

Allmennlegen må ha kompetanse i:

- Diagnostikk og behandling av sykdom og helseplager
- Lege-pasientkommunikasjon
- Forebyggende helsearbeid, risikovurdering og risikointervensjon
- Praksisorganisering og kvalitetssikring
- Praktiske ferdigheter
- Prioritering i forhold til pasientenes behov og samfunnets ressurser
- Samarbeid med annet helsepersonell
- Ledelse og rollen som arbeidsgiver og næringsdrivende

Hvor mange allmennleger trenger vi?

Det er i dag ca 4000 fastleger i Norge. Manglende rekruttering gjennom flere år har medført et legeunderskudd i forhold til oppgavetillfanget på 2000 allmennleger. Vi vet at bare 56 prosent av fastlegene er spesialister i allmennmedisin. Legeforeningen har vedtatt å arbeide for at det blir et krav å ha spesialistutdanning i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge. Dette vil være en svært viktig kvalitetssikring av allmennlegetjenesten i framtiden, og vil innebære en normalisering i forhold til de andre spesialitetene.

De siste årene er det godkjent ca 150–200 spesialister i allmennmedisin per år. Arbeidsgruppen konkluderer med at utdanningskapasiteten i allmennmedisin sannsynligvis må tredobles slik at man på sikt kan utdanne 450–600 nye spesialister per år. Dette krever at man øker veiledningskapasiteten i allmennmedisin.

Rekruttering

Arbeidsgruppen har sett nærmere på problemene knyttet til manglende rekruttering i allmennmedisin. Fra 2001 har ca 400 årsverk per år gått til helseforetakene, og bare ca 40 årsverk per år til allmennlegetjenesten. Det må bli en radikal forbedring i rekrutteringen til allmennmedisin om man skal få flere hundre nye spesialister i allmennmedisin i nær framtid.

Det er i dag ikke mange ledige hjemler, og man kan hevde at kommunene ikke har opprettet nok fastlegehjemler. Ut fra arbeidsmengden til allmennlegene bør nok gjennomsnittlig listelengde gå ned i framtiden, og det må opprettes nye fastlegehjemler i alle kommuner.

Unge leger som skal velge spesialistutdanning er ofte i etableringsfasen når det gjelder familie og bolig, og vil være opptatt av faglig og økonomisk trygghet. Mange vegrer seg

for økonomiske investeringer og for å påta seg arbeidsgiveransvar og langvarige forpliktelser som fastlege og selvstendig næringsdrivende. Mange vil også ønske fleksible ordninger i forhold til arbeidstid og vaktbelastning, som kan gjøre det mulig å kombinere arbeid og familieliv på en bedre måte enn tidligere generasjoner.

Hva kan gjøres for å bedre rekrutteringen? Arbeidsgruppen mener at det bør opprettes utdanningsstillinger i allmennmedisin slik som i andre spesialiteter. Mange unge leger vil finne det attraktivt å gå inn i strukturerte utdanningsstillinger med god veiledning. Det er også ønskelig å ha fleksible ordninger: deltidsstillinger, delelister, og muligheten for å kombinere fastlegearbeid med forskning.

Turnustjenesten

I dag har universitetene hovedansvaret for grunnutdanningen, mens Helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Fylkesmannens helseavdeling og Legeforeningen deler det operative ansvaret for turnustjenesten. Legeforeningen har hovedansvaret for spesialistutdanningen. Alle parter er i tillegg avhengig av et komplisert samarbeid med helseforetakene og kommunene for å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. I en mer helhetlig modell bør universitetene og Legeforeningen etter vårt syn få et klarere ansvar for innhold og organisering av hele utdanningsløpet, med felles ansvar for godkjenning av praksisplasser og veiledere på alle nivåer.

Omfang og kvalitet på veiledning og supervisjon spiller en viktig rolle for praktisk læring. Turnuslegene er mer fornøyd med veiledningen i allmennpraksis enn i sykehus, men det er store variasjoner mellom tjenestestedene. For å redusere forskjellene bør det utarbeides spesifikke krav for godkjenning av utdanningssteder og veiledere.

Seks måneders tjeneste i allmenn- og samfunnsmedisin bør være obligatorisk i all spesialistutdanning, blant annet fordi kunnskap om lokalsamfunn og kommunehelsetjeneste er nødvendig for å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vår forslag er at man fortsatt har turnustjeneste, med tolv måneder på sykehus og seks måneder i primærhelsetjenesten. Dette er radikalt forskjellig fra Helsedirektoratets forslag våren 2008 om tre-årig obligatorisk veiledet tjeneste.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin

Allmennmedisin ble egen medisinsk spesialitet fra 1985. Midt på 80-tallet ble dagens regelverk for spesialistutdanning utviklet og etablert. Det ble startet veiledningsgrupper i allmennmedisin og erfarne allmennleger tok veilederut-

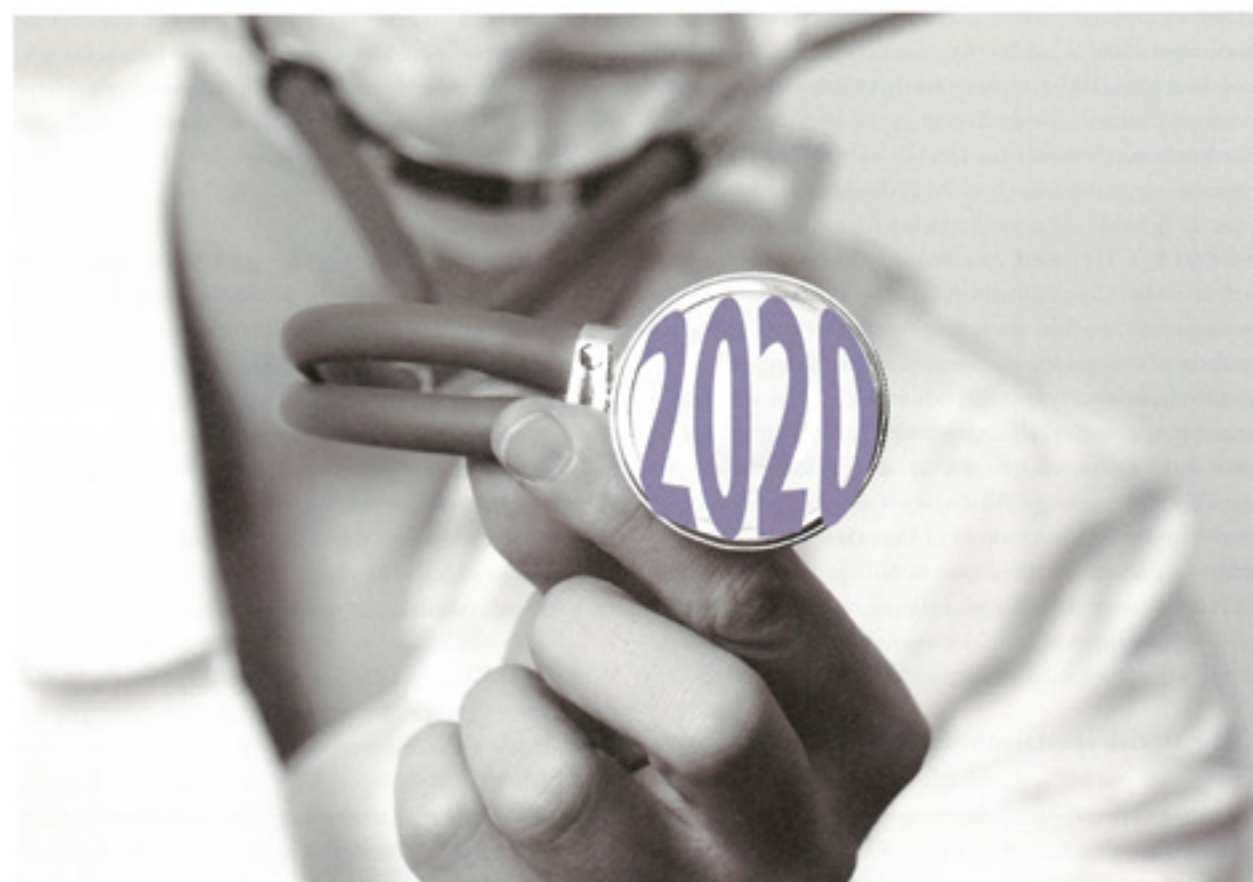


FOTO: OLE-JØRGEN NORDHAGEN

danning og tok ansvar for å få i gang spesialistutdanningen. Legeforeningen har ansvaret for spesialistutdanningen, og bruker store ressurser på dette. Flere prinsipper for denne utdanningen har vært viktige:

- Allmennmedisin læres i allmennpraksis
- Distriktsvennlig spesialistutdanning med hovedvekt på veiledningsgrupper lokalt
- Hovedregelen er fire år i allmennpraksis og ett års sykehustjeneste
- Kurskrav med fire grunnkurs (130 timer), emnekurs (100 timer) og praksisbesøk (20 poeng). Praktiske ferdigheter er også obligatorisk.
- Valgfrie aktiviteter (150 poeng) som kan bestå av kurs, praksisbesøk, smågruppevirksomhet, besøk på poliklinikk og sykehus, veiledning og forelesninger, forskning og annet faglig og vitenskapelig arbeide.
- Krav om resertifisering hvert femte år.

Arbeidsgruppen har diskutert om det er aktuelt å korte ned utdanningstiden, og har konkludert med at vi bør beholde en utdanningstid på minst fem år. Enkelte andre land har kortere utdanningstid, f.eks. Nederland som har tre års utdanning etter grunnutdanningen. De har gruppeveiledning en dag i uken i de 3 årene spesialistutdanningen varer, og har en god og svært strukturert utdanning. Dette vil være umulig å gjennomføre i Norge med våre geografiske

avstander, og det ville være uheldig av distriktsmedisinske hensyn. Arbeidsgruppen mener at vi må legge vekt på at allmennmedisin er et modningsfag, som i hovedsak skal læres i allmennpraksis, og at erfaringen vi har til nå med den norske modellen er god.

Arbeidsgruppen diskuterte mulige endringer vedrørende sykehustjenesten, og foreslår at det opprettes egne stillinger ved sykehus for allmennleger som skal ha sykehustjeneste, gjerne med kortere perioder ved forskjellige avdelinger som til sammen utgjør ett år med variert tjeneste. Vi mottok forslag om at kravet om sykehustjeneste burde fjernes, men arbeidsgruppen anbefaler at det fortsatt skal være obligatorisk med ett års sykehustjeneste. Evaluering viser at sykehustjenesten vurderes som lærerik og verdifull. Det vil heller ikke bli akseptert at vi fjerner kravet om sideutdanning, som er et krav i alle spesialiteter.

Etterutdanning

Spesialister i allmennmedisin må gjennomføre etterutdanning og oppfylle krav til fornyet godkjenning hvert femte år. Dette kravet vedvarer så lenge man driver praksis, men ved resertifiseringsperiode påbegynt etter fylte 60 år halveres kravene til obligatoriske poeng og valgfrie poeng. Det må utføres minst ett års allmennmedisinsk tjeneste i åpen uselektert praksis gjennomsnittlig i fem-års perioden.

Arbeidsgruppen mener at kravene og regelverket i etterutdanningen bør beholdes. Dette sikrer at allmennlegene oppdaterer seg faglig, og er en viktig kvalitetssikring av allmennmedisinen i Norge. Det er bare i allmennmedisin vi har krav om resertifisering. Det har vært diskutert om kravene bør opprettholdes i forhold til de eldste kollegene. Bør man få beholde sin spesialistgodkjenning for livstid etter fylte 60 år? Hva med spesialister i allmennmedisin som velger andre allmennmedisinske arbeidsområder enn allmennpraksis, og ikke får nok åpen og uselektert allmennpraksis til å opprettholde spesialistgodkjenningen? Dette gjelder leger som velger full tids stillinger ved universitetene, og også ved sykehjem og andre typer helseinstitusjoner. Bør reglene endres slik at disse kan beholde sin spesialistgodkjenning? Vi kan se for oss at resertifiseringskravet opprettholdes i forhold til å kunne benytte spesialisttakstene i normaltariffen, men at kolleger som arbeider i full tids akademiske stillinger i allmennmedisin eller annen type helseinstitusjon beholder spesialisttittelen, men uten rett til å benytte spesialisttakstene.

Obligatorisk spesialistutdanning?

Legeforeningen har vedtatt å arbeide for at det skal bli obligatorisk å være spesialist i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge. Dette vil innebære en normalisering av spesialiteten i allmennmedisin på linje med de øvrige spesialitetene. I forslaget står det også at det skal oppnevnes en fast veileder for legen under spesialisering i allmennmedisin og at veileder og utdanningskandidat sammen skal utarbeide en utdanningsplan for spesialiseringen.

Hvis dette blir vedtatt må det settes en dato for når de nye reglene trer i kraft, og alle som begynner som allmennleger / fastleger etter denne datoen må samtidig starte sin spesialistutdanning.

Hvilke følger får dette for spesialistutdanningen i allmennmedisin? Det får størst konsekvenser for kapasiteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin, da det må bli en kraftig økning i antall veiledere i allmennmedisin, både individuelle veiledere og gruppeveiledere. Vi har et godt system å bygge på når det gjelder gruppeveiledere. Vi ser for oss at Legeforeningen og universitetene må samarbeide tettere enn før når det gjelder spesialistutdanningen og oppfølgingen av veilederkorpsen.

Det må utformes et regelverk for obligatorisk spesialistutdanning i allmennmedisin. Vi foreslår at spesialistgodkjenning må oppnås i løpet av ti år etter start av spesialistutdanningen. Dette forutsetter et system hvor man melder seg på til spesialistutdanning til Legeforeningen, og at man så får oppnevnt veileder.

Man bør få utsettelse av fristene ved svangerskap og sykdom. Det er spesialitetskomiteen som nå behandler søknader om utsettelse av resertifisering på grunnlag av dette, og vi synes det er naturlig at spesialitetskomiteen skal saksbehandle slike søknader i fremtiden.

Veiledning

Vi har ingen formalisert ordning med individuell veiledning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Da spesialiteten ble opprettet, ble det brukt store ressurser på å få i gang den gruppebaserte veiledningsordningen som har vært svært sentral i vår spesialistutdanning. Vi mener at tiden er moden for at man i tillegg til deltagelse i veiledningsgruppe i to år i spesialistutdanningen, bør ha en individuell veileder å forholde seg til i hele utdanningstiden. Unge leger forventer i dag mer veiledning enn tidligere generasjoner av leger, og vi tror individuell veiledning kan være en kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

Vi mener at det må etableres et veilederkorps hvor spesialister i allmennmedisin får et kurs i veiledningspedagogikk etter modell av veilederutdanningen vi har fra før i den gruppebaserte veiledningen. Vi må også arbeide for at det blir en naturlig del av å være spesialist i allmennmedisin at man også påtar seg veilederoppgaver for nye kolleger. Legeforeningen må etablere en godkjenningsordning for veiledere i allmennmedisin.

Arbeidsgruppen mener at utdanningskandidatene skal melde seg på til spesialistutdanning i allmennmedisin, ved å melde dette til Legeforeningen. Kandidatene får så oppnevnt en veileder, og skal sammen med veileder utarbeide en plan for spesialistutdanningen.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin?

Legeforeningen opprettet en arbeidsgruppe som utredet utdanningsstillinger i allmennmedisin i 2000 under ledelse av Svein Steinert.

Målsettingen var at utdanningsstillinger i allmennmedisin skulle bli en realitet snarest mulig, i første omgang som en prøveordning. Arbeidsgruppen mener at utdanningsstillinger vil føre til økt interesse for allmennmedisin blant unge leger, og vi tror at eldre leger vil inspireres til å påta seg rollen som veileder i allmennmedisin. Det siste er helt nødvendig dersom vi skal gi det økende antall nye kolleger et faglig forsvarlig utdanningstilbud.

Vi vil foreslå utdanningsstillinger som gjør det mulig for unge kolleger å begynne som allmennlege uten økonomiske investeringer, med regulert arbeidstid og under kyndig veiledning, altså på betingelser som tilsvarer de man får på

sykehus. I allmennpraksis er det særdeles hensiktsmessig at kunnskaper overføres direkte fra erfarne leger til nye. Allmennpraksis kan være en ensom jobb, og det er viktig å skape en kultur og en struktur hvor undervisning og veiledning har en selvstendig plass.

Utdanningslegen (ALiS) bør ha én praksisveileder mens hun/han er i utdanningsstillingen. Praksisveileder skal være spesialist i allmennmedisin, ha veilederutdanning og/eller -erfaring, og forplikter seg til å følge et program for videreutvikling av veiledere. Utdanningslegen bør ha jevnlig tilbud om strukturert direkte veiledning under konsultasjonen. I tillegg bør hun/han ha jevnlig veiledning ansikt til ansikt med praksisveileder, der forskjellige sider ved allmennmedisinsk virksomhet gjennomgås etter en nærmere bestemt plan. Praksisveileder bør vanligvis være tilgjengelig for klinisk veiledning når behovet oppstår i det daglige arbeidet. Dessuten bør utdanningslegen ha avsatt tid til faglig fordypning.

Utdanningslegen arbeider på fast lønn i kommunal stilling eller som selvstendig næringsdrivende. Avlønnings (og syke/pensjonsrettigheter) bør være minst like god som det som tilbys assistentleger på sykehus (inkludert de tilleggene som assistentlegene får). Kommunen bør stille bolig og barnehageplass til disposisjon på linje med hva som tilbys på sykehus.

Steinert-utvalget foreslo at det i første omgang burde startes en prøveordning med f.eks. 200 utdanningsstillinger. Arbeidsgruppen vil foreslå at dette tallet kan brukes som et foreløpig måltall. Man kan tenke seg at ordningen med utdanningsstillinger i første omgang starter som et prosjekt i de deler av landet hvor rekrutteringssvikten er størst, som i Nord-Norge og på Vestlandet. Det kan godt hende at rekrutteringsbehovet også er så stort at man bør opprette utdanningsstillinger i byene også etter hvert for å oppnå målene om minst 400–500 nye allmennleger per år om fem til ti år.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: hans.hovik@dalen.no

- **Børn – vores fælles fremtid**
- **Voksne med komplekse sygdomme – vores dårlige samvittighed**
- **Ældre medborgere – vores fælles historie.**

Kom til Nordisk Kongres for Almenmedicinere i København – maj 2009

Tilmeldingerne til Nordisk Kongres for Almenmedicinere er i fuld gang. Planlægningen af kongressen har stået på i et par år, og det tegner rigtig godt. Titlen for det videnskabelige program er «The future role of general practice – managing multiple agendas».

De videnskabelige emner er bl.a. forebyggelse, behandling af kronisk syge, komplekse helbredsproblemer, praksis som en integreret del af sundhedsvæsenet og emnet børn. Se programmet og flere detaljer på www.gp2009cph.com.

Lige fra begyndelsen har Den Videnskabelige Komite sat sig det mål, at i som deltagere skal tilbydes et fagligt bredt program af høj kvalitet og originalitet. Allerede nu står det klart, at vi på kongressen vil være i stand til at præsentere en bred vifte af videnskabelige bidrag inden for alle kongressens fem temaer.

Over 25 symposier, talrige workshops, posters og free standing papers vil give jer aktuel opdatering på nordisk almen medicinsk forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling. Fire spændende key-note speakers er inviteret til at kickstarte dagene: Martin Marshall, England - Barbara Starfield, USA - Linn Getz, Norge/Island - Mikkel Vass, Danmark.

Med børn som vores fælles fremtid, voksne med komplekse sygdomme som vores dårlige samvittighed, og ældre medborgere som vores fælles historie sender vi en særlig opfordring til jer, der arbejder inden for disse tre områder.

Tilmeld jer nu! Brug hjemmesiden www.gp2009cph.com. Det er vigtigt at holde fast i det nordiske samarbejde. Aktiver jeres nordiske netværk, og benyt kongressen som et forum for vidensdeling, nordisk inspiration og som et springbræt til nye fælles nordiske projekter og netværksdannelse!

Vel mødt i København i maj!

Henrik Sängren, Medlem af den Videnskabelige Komite, og Kirsten Talbro Laroigne, kongresleder

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

Tilmelding: gp2009cph.com



Videnskabeligt program

Almen praksis' fremtidige rolle
– håndtering af mange opgaver

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

Sociale tiltag

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

Flere oplysninger: www.gp2009cph.com

Arrangør: Dansk Selskab for Almen Medicin

16th
Nordic Congress
of General Practice
Copenhagen, Denmark



Framtidas legevakt:

VISJON LEGEVAKT 2015

AV STEINAR HUNSKÅR

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i oppdrag å utarbeide eit forslag til ein handlingsplan for utvikling av legevakttjenesta i Norge. Planen vart oversendt Helsedirektoratet 5. januar 2009. Handlingsplanen er på 75 sider og kan lesast på Nklm sine nettsider www.legevaktmedisin.no.

Planen skulle innehalde følgjande element:

1. Myndigheitskrav til og målsettingar for legevakttjenesta.
2. Situasjonen i dag – utfordringsbiletet.
3. Forslag til tiltak (handlingsplan) for å bringe samsvar mellom 1 og 2.
4. Økonomiske og administrative konsekvensar.

Legevakt i 2008

Etter innleiande kapittel vert det gitt ei omfattande oversikt over korleis legevakttjenestene er organisert. Det vert også presentert data for kven som bruker legevakttjenestene, driftsomfang og kva diagnoser og hastegradar legevakt handlar om. Dei fleste kommunane deltek i interkommunalt legevaktsamarbeid, og dette er vanlegast i dei mindre kommunane. Tilsaman har vi no litt over 200 legevaktdistrikt. Legevakt har stort klinisk omfang, med i underkant av to millionar kontaktar totalt, 1,3 mill konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk i året. Om lag kvar sjuande innbyggjar er i kontakt med legevakt årleg, men om lag halvparten av alle born 0–9 år og eldre over 80 år har kontakt med legevakt kvart år.

Dei stasjonære legevaktene i Norge er svært ulike når det gjeld ressursar, lokale og system. Det er påvist manglar ved internkontroll, spesielt når det gjeld opplæring, informasjon og avvikshandtering. Små og mellomstore legevakter ligg etter dei store. Om lag halvparten av vertskommunane oppfyller ikkje alltid kravet om helseradiobruk. Det er rekrutteringsproblem for legar til legevakt. Interkommunal legevaktordning gjev redusert vaktbelastning, men gjev ikkje auka deltaking. Samla sett deltek berre omlag halvparten av fastlegane fullt ut i legevakt.

Eit likeverdig og godt fagleg tilbod over heile landet til utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar, er framleis eit godt stykke unna, men gjennom sterke nasjonale satsingar, oppstart av kompetansehevingstiltak og



Steinar Hunskaar

Forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og professor, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

interesse og motivasjon hos legevakter og enkeltpersonar, har ein komme godt i gang. Men erfaring og kompetanse er varierende på grunn av ulikt pasientvolum og kor lenge mottaka har eksistert.

Basert på ein del relativt sikre tal, men òg mange omtrentlege forutsetningar, har vi berekna dei samla kostnadane ved legevakttjenesta i Norge i 2008 til om lag 2,4 milliardar kroner, av dette fell om lag 1,7 milliardar direkte på kommunane. Samla sett er dei fleste legevaktene svært små organisasjonar, som vert drivne med enkle midlar. Det er lite ressursar til administrasjon og fagleg leiing samt til opplæring, prosedyrearbeid, forskning og fagutvikling. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar med store utfordringar for både fagleg og administrativ kvalitet.

Dokumentet gjev også ein samla situasjonsanalyse og oversikt over nokre av dei sentrale utfordringane som legevakttjenestene står ovanfor i åra som kjem. Kapitlet drøftar kliniske utfordringar, inkludert pasientgrupper som bør få auka fokus, som til dømes livskriser, seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar. Det er store forventningar frå spesialisthelsetjenesta si side når det gjeld samhandling med legevakttjenesta. På bakgrunn av offentlege dokument og spesielt Helsetilsynet sin rapport om tilsyn i legevakttjenesta, blir det drøfta kvalitetsproblem knytta til storleik, kompetanse og systemansvar. Det er stort potensiale for betre samhandling mellom legevakt og andre kommunale tenester.

Naudetat i bakleksa!

Konklusjonen er at legevakttjenesta i dag er ein naudetat i bakleksa. Nklm meiner at legevakttjenestene ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga vi har sett i resten av helsetjenesta dei siste ti åra.

Vi konkluderer med at kommunal legevakt treng betydeleg opprustning og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtida sine krav. Sjølv handlingsplanen består av ei lang rekke forslag om ulike former for myndighetskrav og andre tiltak. Nklm tilrår at kommunal legevakt skal forankrast i ei eiga forskrift. Landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggjarar innan eit rimeleg areal. Ordningar av ein slik storleik vil vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstille foreslåtte forskriftskrav og moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Samla kostnader for årleg drift av ei ny legevaktordning i tråd med forslaga i handlingsplanen vert berekna til i underkant av 3,5 milliardar kroner, av dette er 2,7 milliardar nettoutgifter for kommunane.

Visjon LEGEVAKT 2015

Kapittel seks i rapporten er ein visjon om framtidas legevakt: *VISJON LEGEVAKT 2015*.

Visjonen skal vere ein overordna omtale av kva legevakt skal vere, for kven og kva, og korleis vi bør starte på vegen mot å gjere kommunal legevakt til ein profesjonell naudetat med høg kvalitet, spesifiserte oppgåver og likeverdige tenester over heile landet. Tiltaka og planen skal vere tilpassa norsk geografi og busetnad, tilgjengelege og nye ressursar, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon, og framstå som samhandlande med andre aktuelle helsetenester på kommunalt nivå og i andrelinetenesta, samt andre relevante offentlege etatar og tenester.

Vi har valt å framstille visjonen langs tre dimensjonar:

- Det medisinsk-faglege perspektivet
- Pasientperspektivet
- Organisasjonsperspektivet

Visjonen tek utgangspunkt i det typiske, både folketalmessig og geografisk, men vi er vel vitande at det må gjerast organisatoriske tilpassingar for dei minste og største driftseiningane. Faglege kvalitetskrav og kva som er forsvarlege tenester, skal likevel vere grunnleggande likt.

Det medisinsk-faglege perspektivet

Kommunal legevakt skal vere ein moderne, fagleg kompetent, effektiv og profesjonell naudetat som sikrar befolkninga eit trygt, berekraftig og oversiktleg medisinsk naudhjelpstilbod av høg kvalitet heile døgnet. Tenestene skal både vere organisert som og fungere som samhandlande med pasienten sin nytte i fokus. Neste ledd skal stå klar til å ta over, utan avbrot og opphald dersom det er naudsynt, enten det er ambulanseneste, spesialiserte tenester i sjukehus, politi, brannvern eller kommunale tenester og omsorgstilbod, som til dømes fastlegen, jordmor, psykisk helsevern, kriseteam, barnevern, heimesjukepleie eller sjukeheim.

Legevakt er ein sentral del av ei moderne primærhelseteneste og står i nær samanheng med ei velfungerande fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk verksemd, men òg ein viktig og første del av den akuttmedisinske kjeden, der allmennlegane skal vere den primære legeressursen i prehospital akuttmedisin.

Legevakt har fleire funksjonar:

- Vere ein del av den allmenne helseberedskapen i kommunen.
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstandar som er akutt livstruande, og som krev at pasienten må raskt til sjukehus.
- Diagnostisere tilstandar som krev tilvising til eller innlegging i sjukehus utan særleg tidstap.
- Største volumet av legevakttenester vil framleis vere å diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstandar, der pasienten ikkje har trong for sjukehusbehandling.

Legevakt skal i framtida vere meir innretta mot beredskap, akuttmedisin og det som hastar. Volumet av direkte pasientkontaktar (legekonsultasjonar) må reduserast i høve til i dag. Men utover den eigentlege akuttmedisinske beredskapen har befolkninga framleis trong for, og nytte av, legetenester utanom vanleg arbeidstid for fastlegeordninga. Dette gjeld for tilstandar som gjev pasientane stort ubehag, tilstandar som kan forverrast ved lang ventetid på medisinsk vurdering eller behandling, eller tilstandar og symptom som utløysar stor redsle eller frykt for helseskade.

Pasientstraumen skal styrast av faglege omsyn. Kontakt med legevaktssentralen eller legevakt skal medføre umiddelbar forsvarleg fagleg vurdering og prioritering, og deretter utløsning av relevante tiltak. Slike tiltak kan vere:

- Akuttmedisinske aksjonar i samhandling med andrelinetenesta sine prehospitale tenester.
- Konsultasjon eller sjukebesøk ved vaktlegen.
- Rådgjeving og telefonisk oppfølging frå legevaktssentralen og helsepersonell ved legevakta.
- Aktivisering av og samhandling med andre kommunale tenester.

Hastegradsvurdering og prioritering (triage) er ein sentral del av medisinsk fagkunnskap i legevakt. Slik kompetanse må utviklast og sikrast til eit mykje høgre nivå enn i dag, både hos legar, sjukepleiarar og anna helsepersonell, for å sikre rett diagnose, rett nivå på dei medisinske tiltaka, bidra til rasjonell ressursbruk, men òg for å hindre medisinske feil og klagesaker.

Pasientar med problemstillingar som kan vente til neste yrkedag, skal sikrast tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akutenester til eigne pasientar på dagtid må styrkast, og alle som etter medisinsk vurdering treng time samme dag skal få tilbod om dette frå fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikkje visast til legevakta. Det skal forventast at fastlegen reiser i sjukebesøk til pasientar som ikkje kan komme til legekontoret, for eksempel pasientar med forverring av kronisk sjukdom eller pasientar i livets slutfase.

Pasientperspektivet

Pasientar eller andre som opplever trong for akutt og livreddande medisinsk vurdering eller intervensjon skal fortrinnsvis nytte det felles nasjonale naudnummeret for helse (for tida 113).

Hvis hjelpa kan vente litt, skal alle gjennom eit felles nasjonalt legevaktnummer heile døgnet komme i kontakt med den legevaktsentralen som dekkar det aktuelle området, for raskt å få ei god fagleg vurdering og prioritering av tilstanden. Kontakt med legevakt skal i dei aller fleste tilfelle først skje via telefon, også ved dei største legevaktene.

Legevaktsentralen kan kontaktast ved alle slags akutte helseplager og skadar eller mistanke om akutt sjukdom. I tillegg skal legevakta vere første kontaktinstans ved seksuelle overgrep og vald, og kan dessutan vere ein open kanal ved sosiale og personlege kriser; som alle skal vurderast, prioriterast, eventuelt visast vidare, og handterast på line med andre kontaktar.

Pasientane skal oppleve ei saumlaus helseteneste, der tenesta sjølv tek ansvar for forlaupet og oppfølging av kontakten, uavhengig av forvaltningsnivå og lokal administrativ organisering. Utan forseinkande opphald skal ein kunne få naudsynt hjelp frå helsepersonell ved legevaktsentralen og legevakta, frå ambulansenesta, frå vakthavande lege ved konsultasjon eller sjukebesøk, eller få råd om eigenomsorg eller vidare observasjon eller andre tiltak heime.

God kvalitet er å få rett vurdering og behandling på rett stad til rett tid. God kvalitet er også å bli møtt med gode haldningar og respekt, uansett bakgrunn, problemstilling og personleg situasjon. Handteringa i legevaktsentralen skal medføre tryggleik, tillit og nøgde pasientar, og målet er at informasjon, prioritering og tiltak skal bli forstått og akseptert.

Organisasjonsperspektivet

Kommunane skal organisere seg i legevaktdistrikt som gjer det mogeleg å drive legevakt i form av veldrivne legevakt-

stasjonar med profesjonell fagleg og administrativ leiing, med same kvalitetskrav og krav til internkontrollsystem som i andre etatar og organisasjonar. Kvart distrikt skal ha sin eigen legevaktsentral lokalisert saman med legevakta, og kan bestå av ein eller fleire kommunar eller delar av kommunar. Eit legevaktdistrikt skal alltid vere likt definert, uavhengig av dag og tid på døgnet.

Distriktet skal ha ein eller fleire faste, godt utstyrte legevaktsstasjonar i eigne lokale med kvalifisert lege/legar i tilstadevakt, minstenorma skal i utgangspunktet vere to legar på vakt. I store legevaktdistrikt med fleire legar i aktiv teneste kan ein ha ulike funksjonar med parallelle vaktplanar, som til dømes vaktordning for kommunale helseinstitusjonar, køyrande sjukebesøkslege, lege som gjev telefonråd og er i støttefunksjon for legevaktsentralen, i tillegg til vanleg konsultasjonsverksemd og beredskap på legevaktsentralen. Utover legane skal kvalifisert helsepersonell vere tilstades heile døgnet, og dei skal inngå i jobbrotasjon mellom legevaktsentral og ulike pasientretta oppgåver i legevaktsentralen. Legen skal aldri arbeide aleine, og skal ha tilgang til transport (legevaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utrykningskøyretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utrykningar og sjukebesøk. Slik skal legevakt vere ein god, forsvarleg og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrande arbeidsoppgåver for alle.

I distrikt med lange reisetider for ei nærmare definert folkemengde, skal det vere bakvaktordningar med lege som kan aktiverast ved livstruande hendingar (raud respons) og ved andre oppgåver som treng legevurdering som ikkje kan vente. Aktivering av lege i bakvakt skal ikkje skje automatisk ved alarm frå AMK eller legevaktsentralen, men etter vurdering av legevaktlege i aktiv vakt.

Minst ei av legevaktene i kvart fylke skal ha funksjon som fast organiserte overgrepsmottak, og alle kommunar skal ha avtale om tenester frå eitt slikt mottak. Mottaka skal ha eigne vaktordningar for både legar og anna helsepersonell. Alt personell skal ha gjennomgått særskilt opplæring og kvalifisering for slik teneste. Unntaksvis kan overgrepsmottak organiserast på annan måte, som for eksempel gjennom mobile utrykningsteam eller ved kjøp av tenestene frå andrelinetenesta.

Legevakt skal vere ein integrert del av dei prehospitala akuttmedisinske tenestene. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med dei andre aktørane, inkludert avanserte kommunikasjonsløyserar via naudnettet og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansenesta, AMK og sjukehus, samt brannvern og politi når det er naudsynt. Legevakta bør vere lokalisert langs logisk reiseveg til sjuke-

hus for dei fleste pasientane, og den bør lokaliserast nær eller saman med sjukeheim, base for heimetjenester i døgn-drift, brannstasjon, ambulansetasjon eller lokalsjukehus, der slike finst.

Gjennom legevaktsentralen skal befolkninga ha tilgang til forsvarleg medisinsk vurdering heile døgnet. Men legevakt på dagtid kan av kommunen organiserast slik at fastlegane yter akutte legetjenester frå fastlegekontoret og inngår i beredskapsordningar for legevakttenester utanom kontoret (utrykningar) utover fastlegane sin vanlege akutfunksjon ovanfor eigne pasientar. Pasientar med problemstillingar som ikkje er høgt prioriterte ved legevakt og AMK, skal i utgangspunktet alltid ringe fastlegekontoret på dagtid. Men helsepersonellet på legevaktsentralen skal ivareta mottak og prioritering av alle kontaktar som kjem via legevakttelefonen, samt organisere tilbødet til pasienten, også utan at det alltid er lege i tilstadevakt på stasjonen. Alle legar med regelmessig vakt skal ha kommunikasjonsutstyr (helseradio) og alle fastlegekontor skal ha utstyr for og vere tilgjengeleg på helseradionettet/naudnettet på dagtid.

Legevaktsentralen skal kunne samhandle elektronisk med både spesialisthelsetenesta, fastlegane og relevante kommunale tenester. Legevakta skal ha tilgang på fastlegedatabasen, skal kunne ha elektronisk meldingsutveksling (epikriser og andre meldingar) og kunne ha elektronisk tilgang til akutt-timar i fastlegane sine timebøker. Legevakta må også kunne få tilgang til viktige medisinske opplysningar (medikamentlister, tidlegare og kroniske sjukdommar og diagnosar) dersom slike system vert utvikla nasjonalt.

Alle spesialistar i allmennmedisin med fastlegeavtale skal delta i legevakt som ein integrert del av fastlegeavtalen. I tillegg skal andre legar under utdanning i kommunen (fastlegar, legar i spesialisering og turnuslegar) delta under rettleiing av spesialist i allmennmedisin. Legevaktordninga kan også ha fast tilsette legar og vikarlegar. Felles for alle legane er at dei, som dei andre tilsette, oppfyller nasjonale og lokale kvalifikasjonskrav, har gjennomgått naudsynt

intern opplæring, og tek systematisk del i trening, vidare opplæring og samhandlingsøvingar.

Legane skal inngå i ein fast vakt- og tenesteplan etter prinsippa i arbeidsmiljølova, der vaktene, øvingar, opplæring, utsjekk av utstyr, oppdatering i prosedyrar og møter i legevakt, kurativ verksemd og andre kommunale eller faglege oppgåver inngår, på ein slik måte at totalarbeidstida vert identifisert, inkludert eventuelt fri før og etter vakt, og slik at dei som ønskjer det, gjennomsnittleg kan ha normalarbeidstid. Legane skal ha fast lønn for alt arbeid på tenesteplanen, og det må sikrast kompensasjonsordningar for fråvær av legen frå fastlegepraksis på grunn av legevakt. Vaktomfanget og arbeidsbelastninga, spesielt om natta, skal vere slik at legane kan halde ut over lang tid, og såleis bidra til rekruttering og stabilisering av legetenestene i kommunane.

Kostnadane til legevakt vil måtte auke vesentleg i høve til i dag. Legevakt slik den er omtalt i denne visjonen, vil likevel vere ei relativt billig, men framfor alt kostnadseffektiv løysing i høve til dei viktige beredskapsføremåla, det store volumet av kontaktar og dei viktige helsemessige implikasjonane som tenesta står for. I tillegg kjem eit vesentleg samordningspotensial internt i kommunane, med legevakt i samhandling med andre kommunale oppgåver i stort omfang.

Finansieringa må sikrast gjennom statlege tilskott, ordinære kommunale løyvingar, aktivitetsbaserte refusjonar og eigendelar frå pasientane. Ei legevaktordning i samsvar med prinsippa i denne planen kan medføre svært ulike nettokostnader per innbyggjar mellom kommunar med få og mange innbyggjarar og mellom legevaktstrukturar med små og store avstandar. Det må etablerast statlege ordningar som kompenserer for slike forskjellar og som sikrar eit likeverdig tilbød over heile landet.

Evt. spørsmål og kommentarar kan rettes til:
Steinar.Hunskar@isf.uib.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin



Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning

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

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

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

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

SØKNADSFRIST: 15. mars 2009

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

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

Hasse Melbye
Vara prosjektleder

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

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

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

DEN skjulte delen av konsultasjonen

AV ESPERANZA DÍAZ, spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og post-doc forsker ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen

Denne artikkelen ble til som et resultat av forberedelsene til et foredrag under praksislærerkurset i London.

Vi leger liker å tro at vi har kontroll over det som skjer hver dag på legekontoret. Virkeligheten er likevel sta og viser oss daglig at dette ikke er sant.

Etter noen år i praksis blir det tydelig for de fleste leger at pasienter med den samme diagnosen ikke reagerer på samme måte etter at man har gitt dem den samme behandlingen. Utfallene ser i verste fall ut til å være randomiserte. Noen ganger fungerer rådene våre etter sin hensikt, andre ganger ikke. Hvorfor?

For å prøve å komme nærmere en forklaring skal jeg fortelle historiene til tre av mine pasienter¹.

A Edvard er 55 år. Han har vært kokk i flere år. Som følge av lege-konsultasjon på grunn av hodepine får han bekreftet hypertensjon som etter hvert blir behandlet med flere medisiner. Han utvikler tremor, som han selv mener er en bivirkning av medikasjon. Han har også leddgikt. Han føler seg bedre når han reiser til Hellas, hvor han har en liten leilighet. Han søker om uføretrygd, men får først avslag ettersom legen ikke er sikker på om det meste ikke skyldes høy alkoholforbruk, noe pasienten benekter. Før nyrunde med søknad kommer Edvard en dag gråtende til kontoret: «*kona ser ikke at jeg er syk, hun tror ikke på meg*», sier han til legen.

B Grethe er 28 år. Hun har hatt angst i flere år. Faren har vært ufør på grunn av angst siden Grethe var liten. Moren er også uføretrygdet. Grethe byttet lege for noen år siden for ikke å ha den samme legen som faren. Hun er betydelig overvektig, med en KMI vel over 35. Hun kommer til legen en gang i måneden for å snakke om angst og livet. Grethe kommer seg også ut av huset for å gå til psykolog en sjelden gang. Ellers er hun hjemme med mor og far og er plaget med varierende grad av angst. En dag forteller legen at hun skal ha permisjon en periode. Grethe sier: «*Men du skal ikke få en slanke-guru som vikar... Det er første gang i mitt liv at legen ikke snakker til meg om å trene og å gå ned i vekt... og jeg har faktisk gått ned noen kilo.*»

C Sara kom fra et varmere land til Norge for 20 år siden. Hun er nå 58 år og kommer til legen og forteller om fibromyalgi-diagnose hun fikk for noen år tilbake. Hun sier at hun jobber som selvstendig tolk, men benekter det når hun kommer noen uker senere for å be legen om å skrive legeerklæring for uføretrygd. Legen synes dette er vanskelig. Hun har lite dokumentasjon fra tidligere leger. Ingen objektive funn. Sara forandrer på fortellingen, slik legen oppfatter det, avhengig av hva hun vil oppnå. Etter et par håpløse konsultasjoner sier Sara: «*Du er blitt så norsk. Norge må betale meg tilbake for alle de vinterdagene jeg har hatt her.*»

¹ Navn og pasient-karakteristikk er delvis forandret for å unngå at de skal gjenkjennes.

«The most frequently used drug in General Practice is the doctor himself»

I boken «The doctor, his patient, and the illness», skrev Michael Balint for 50 år siden at «By far the most frequently used drug in General Practice is the doctor himself» og at «No pharmacology of this important drug exists yet». Etter at jeg leste boken, begynte jeg å tenke på leger på en litt annerledes måte: hva hvis vi egentlig hadde «våre egenskaper» som alle andre legemidler som vi finner i Felleskatalogen, med indikasjoner, kontraindikasjoner, bivirkninger, interaksjoner og riktig dosering? Kanskje et avsnitt om forsiktighetsregler også ville gjelde for oss? Om svaret var ja (eller kanskje «tja») burde all denne kunnskapen være tilgjengelig et eller annet sted.

En oppklarende artikkel fra Per Vaglum om irrasjonelle faktorer i lege-pasient forholdet ble publisert i 2002. (1) Vaglum påstår at i hver eneste konsultasjon finnes det en rasjonell del (representert av en samarbeidsavtale mellom pasient og lege om aktuelle mål, og en relasjonsmessig tilknytning til hverandre som utvikles etter hvert), men også en irrasjonell del. Men denne siste delen er ofte ubevisst: hvordan kan vi vite mer om den? Han beskriver fem viktige irrasjonelle faktorer som jeg skal prøve å forklare ved å trekke frem pasientene mine. Men først må jeg advare mot feil tolkning av disse faktorene. Leseren kan faktisk være uenig med påstandene mine. Det viktigste er ikke hvem som har rett. Det som er vesentlig er å prøve å tenke om egne pasienter innefor disse rammene, i hvert fall iblant.

Ubevisste motiver, ønsker og fantasier

Grethe hadde gått ned i vekt og hun mente det var takket være legen, som ikke hadde snakket om diett og fysisk aktivitet. Legen hadde faktisk ikke tatt opp mosjon, vekt, eller sunne matvarer med Grethe, til tross for at en KMI over 35 betyr en stor risikofaktor for pasienten. Hva om legen hadde hatt fantasien om å «helbrede pasienten» som retninglinjene anbefaler? Og hvorfor ble det faktisk ikke gjort slik med akkurat denne pasienten?

Sara var like overasket som legen da hun ble «presset» til å uttrykke en del av sine ubevisste motiver for å ønske å bli uføretrygdet. Kan det hende at pasientene, og ikke bare legene, har andre motiver enn de er klar over når de ber om hjelp? Ville det i enkelte tilfeller være en del av en helbredende prosess å la disse motivene komme til overflaten?



Balintgruppe

Automatisk repetisjon av rollepar

Alle mennesker har enkelte roller som oppleves som naturlige. Når pasientene kommer til oss, har de en tendens til å repetere de rollene de føler seg komfortable med. Dette er folk (heldigvis) vanligvis ikke klare over. Da Edvard kom gråtende til meg og fortalte at kona ikke trodde på ham, følte jeg meg ille til møte. Jeg hadde heller ikke trodd på ham. Videre utredning viste at han hadde en encefalopati som var årsak til tremor og han ble uføretrygdet. Kunne det være noe i selve pasienten som gjorde at han satte seg selv i en posisjon som gjorde at folk ikke stolte på ham?

Men vi er også mennesker. Alle leger blir dratt inn i sine spesielle automatiske rollepar. Den autoritative veileder, den omsorgsfulle pleier, eller mange andre. Disse rollene bruker vi for å hjelpe pasientene våre uten å reflektere over det. Faktisk kan det tenkes at pasientene våre velger oss akkurat på grunn av de spesielle rollene vi har som leger. Men av og til fungerer ikke den rollen vi føler oss tilfreds med. Klarer vi da å ta en annen rolle? Men for å kunne svare på dette spørsmålet må hver enkelt ha svart på et annet spørsmål: Hvilke er mine automatiske rollepar?

Overføring

Overføring er blitt beskrevet som en illusjon som pasienten etter hvert utvikler om legen. Den kan være både positiv (idealisering) eller negativ (demonisering). Det kunne tenkes at grunnen til at Grethe faktisk gikk ned i vekt ikke nødvendigvis var en følge av legens handlinger, men at Grethe hadde idealisert legen som følge av god kontakt mellom dem ettersom tiden gikk. Det var Grethe selv som forandret på kosten, men hun attribuerte det til legen. Idealisering kan være en bra middel for å oppnå effekt av terapi. Likevel er farene med det åpenbare, og det er enkelt å hvile for mye på sine laurbær i slike tilfeller.

Sara, derimot, la skylden på legen for at hun ikke skulle få pensjonen hun ønsket seg, og på klimaet i Norge for sine smerter. Disse pasientene vekker raskt motstand hos de fleste legene, noe som kan gjøre det vanskeligere å hjelpe mennesker som allerede føler seg urettferdig behandlet. Det er viktig at vi identifiserer slike reaksjoner hos oss, slik at vi er i stand til å takle situasjonene og eventuelt legge dem til side slik at de ikke påvirker resten av dagen.

Motoverføring

Av og til er det psykologiske forhold (bevisste og ubevisste) hos legen som hindrer det terapeutiske arbeidet. Dette er blitt kalt for motoverføring, idet det kan hindre positiv overføring. Et vist ubehag når en bestemt pasient står på dagens liste, å la en og samme pasient alltid vente litt lenger enn de andre før vi tar imot henne, lettelse over en pasient som ikke kom i dag til avtalte møte... Disse pasientene får faktisk dårligere hjelp av oss enn de fleste andre. Det som er viktig for å kunne hjelpe dem bedre, er å prøve å finne ut av hvorfor vi reagerer som vi gjør. Har pasienten satt kunnskapen vår i tvil? Minner vedkommende oss om noen vi ikke er så glad i? ... Motoverføring mot bestemte pasienter sier en del om pasienten også, og når vi klarer å forstå hva, kan dette eventuelt brukes som informasjonskilde.

Motstand

Motstand beskrives som atferd hos pasienten som hindrer at man kommer videre mot felles mål. Pasienter som glemmer avtaler, ikke bruker medikasjon, eller ikke benytter seg av konsultasjon hos spesialist etter å ha mast i flere uker for å bli henvist.... Vanligvis er ikke pasientene klar over grunnen til slik oppførsel. Mange ganger er det sikkert tilfeldighet eller sløvheter som er forklaringen. Men noen ganger kan det dreie seg om ubevisst motstand som kanskje kan komme til bevissthet ved å spørre pasienten: «... det synes å være krefter i deg som motarbeider behandlingen, til tross for at du helst vil bli frisk fortrest mulig...»

Hvordan arbeider vi med dette?

Hvordan arbeider vi for at det ubevisste skal bli bevisst? Egne ubevisste, irrasjonelle faktorer er ikke enkle å finne ut av alene. Over flere år har grupper av leger i flere land prøvd å jobbe med å synliggjøre de ubevisste faktorer med tanke på både å kunne gi bedre behandling til pasientene og å gi et bedre og lengre liv i praksis til legene. Disse gruppene ble først satt i gang av Michael Balint. Balint gruppene benytter seg av en spesiell metodikk for veiledning: en lege presenterer en pasient fra egen praksis. Deretter må legen sitte å høre hvordan kollegaene, som reflekterende team veiledet av en lege med spesiell kompetanse, diskuterer legen og pasienten og forholdet mellom de to. Til slutt blir legen selv med i oppsummeringen. For tiden finnes det ingen slike grupper i Norge, men John Nessa planlegger en ny gruppe i Ryfylke. Vi som ikke er i området kan benytte oss av veiledningsgrupper og smågrupper i allmennpraksis. Vi kan bruke dem som arenaer hvor lege-pasient forholdene kan være lagt til rette for at de irrasjonelle/ubevisste faktorene kommer tydelig frem slik at man kan reflektere over dem. Lykke til!

Referanser

1. Vaglum P. Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-forholdet. Tidsskrift for den Norske legeforening 2002;122:1906-9.

Fusidin og impetigo

INNLEGG AV SVERRE RØRTVEIT, *Legemiddelverkets ekspertgruppe på behandling ved impetigo*

Lise K. Andresen i Leo Pharma har i Utposten nr 7-2008 eit nytt innlegg om bruk av fusidin krem og salve ved impetigo. Innlegget er ein replikk til mitt svar til hennar innvendingar mot Legemiddelverket si ekspertgruppe, som i 2008 laga anbefaling om rett behandling av impetigo. Anbefalingane er identiske med den nye antibiotikaveilederen for allmennpraksis. Dei første debattinnlegga om dette sto i Utposten nr 5-2008.

Usemla går på i kva grad ekspertgruppa og antibiotikaveilederen har belegg for rådet sitt om ikkje å bruka lokalt fusidin ved impetigo. Lise K. Andresen synes at innlegget mitt i nr 5 var lite overbevisande. I innlegget refererte eg funn og forfatarvurderingar frå åtte ulike artiklar. Andresen har innvendingar mot metode og/eller vurderingar i fem av desse. For kvar replikk i diskusjonsrundane, blir dei argumentative data meir og meir tekniske og mikrobiologisk snevre. Likevel er det nødvendig å gå inn i detaljane i Andresen sitt siste innlegg. Eg tek for meg innvendingane hennar artikkel for artikkel:

Artikkelen til Howden and Grayson (1): Andresen skriv at det står at klonale utbrudd med fusidinresistente gule stafylokokker førekjem også i land med lite eller ingen bruk av fusidin. Det hadde vore interessant, men eg kan ikkje finna noko slik utsegn frå dei, ved grundig lesing av artikkelen. Andresen skriv at «mutasjonar er derimot ikkje observert ved terapeutiske konsentrasjonar på 15–30 mg/l». Denne setninga er identisk referert i Howden og Grayson sin artikkel, men Andresen refererer ikkje den følgjande setninga i artikkelen, som viser til ein studie av MRSA utanfor sjukehus som viste at eksponering for fusidin i 64 gonger høgare konsentrasjon enn MIC, likevel var forbunde med resistensutvikling (2).

Mason et al sin først refererte artikkel (3): Dette var ein case-control-studie, og Andresen meiner at studien har ein dårleg design fordi kasus-gruppe og kontrollgruppe ikkje var samanliknbare. Men gruppene var altså like for dei utplukka variablane, med unnatak av den avhengige studiev variabelen: Vekst av fusidinresistente gule stafylokokker ved bakteriologisk prøve, versus ingen vekst ved bakteriologisk prøve. Dette utfallet vart så testa mot den uavhengige variabelen, som var tidlegare eksponering for fusidin. Forfattarane skriv at kontrollgruppa vart vald slik fordi det ville gje høgast sannsynlighet for at forsøkspersonane huska rett på spørsmålet om dei hadde fått fusidin eller ikkje i tida for den bakteriologiske prøven.

Sule et al sin artikkel (4): Denne studien viser auka prevalens av fusidinresistente gule stafylokokker hos pasientar med atopisk eksem som hadde fått meir langvarig eller repetert fusidin enn hos dei som hadde fått kortvarig kur. Andresen meiner at dette like gjerne kunne skuldast at bakteriefloraen er endra ved atopisk eksem. Men i studien er det altså ein udiskutabel dose-respons-effekt.

Mason et al sin andre refererte artikkel (5): Her blir ulike legesentra sitt utskrivingsmønster for fusidin samanhalde med prevalensen av fusidinresistens hos pasientane. Andresen meiner det er eit argument at senteret med størst forbruk av fusidin hadde lågare fusidinresistens enn gjennomsnittet. Men det statistiske hovudresultatet av studien var altså at det var ein klar positiv korrelasjon mellom mengde fusidinutskrivning og mengde fusidinresistens. Andresen sitt argument tilsvarar at det skulle vera eit argument mot røykinga sine skadelege effektar at me jamleg høyrer om røykande 100-åringar.

Andresen ønsker framleis å bruka behandlingstal som vart gjeve i artikkelen vår i Tidsskr Dnlf i 2003 (6), som diskusjonsgrunnlag. Om dette skreiv eg i Utposten nr 5: «Tala for kvar behandlingsgruppe var likevel ganske små, og kan ikkje brukast som argument for den eine eller den andre behandlinga». Argumentet hennar er at fleire av dei studiane eg har referert, har færre pasientar enn dette. Vår eigen studie var av reint deskriptiv art. Ved dei studiane som me refererer, er det brukt andre metodar og med andre effektmål, slik at talet på kasus ikkje kan samanliknast. I dei tilfelle då dei refererte studiane har små kasustal, blir det spegla i konfidensintervall og p-verdiar.

Dersom behandlingsdata frå artikkelen skulle brukast som argument, kunne ein like godt referera funnet at «ingen antibiotika» hos 11 lokalbehandla pasientar gav 0 behandlingssvikt og 0 residiv, altså mykje betre enn resultatet ved fusidinbehandling. Den konklusjonen er like meningslaus som den utleiinga Andresen gjer av våre data. Andresen sin inferens om at høg prosentdel systemisk behandling under impetigoepidemien i 2002 skuldast at lokalt fusidin vart fråradd, er feil av to grunnar: For det første var det ikkje gjeve nokon slik tilråding på tida for denne epidemien, og for det andre fordi behandlarane følgde det den gong gjeldande rådet frå Folkehelseinstituttet om at «kontant, effektiv behandling av tilfeller vil trolig også bidra til å begrense

videre spredning», som det vart gjort greie for i artikkelen.

Som avsluttande merknader vil eg visa til at nasjonale resistensdata i NORM-overvakinga tilseier at det er lågare frekvens av fusidinresistens i Norge dei aller siste åra. Det er heller ikkje umogeleg at den impetigo-forårsakande nord-europeiske klonen sitt talmessige bidrag til impetigo-prevalensen er redusert, det veit me enno ikkje. Det er ingen grunn til å vera dogmatisk i vurderingane, resistensproblematikken er i dynamisk endring og må følgast empirisk.

Dette bør me vurdere opp mot korleis salet av lokalt fusidin har utvikla seg i Norge i åra etter 2000 (8, 9). Salet er vesentleg redusert, sannsynlegvis som følge av fagleg tilråding i 2003 (6). I Norge var toppåret for sal av lokalt fusidin 2002, medan det i åra 2005–2007 var redusert til under halvparten (8, 9). Salet av kombinasjonspreparatet Fucidin-Hydrocortison «R» (som vert brukt ved atopisk eksem) har vore relativt konstant i denne tidsperioden, men utgjer også i 2007 mindre enn halvdel av monokomponent-preparatet. Ein kan neppe trekka den konklusjonen, at dersom fusidinresistensen hos gule stafylokokkar skulle vera i nedgang i Norge, så kan ein oppheva tilrådinga om å ikkje bruka lokalt fusidin. Tvert om kan tilrådinga, og den sterkt minka bruken, ha vore medverkande faktor til denne moglege gunstige utviklinga.

Referanser

1. Howden BP, Grayson ML. Dumb and dumber—the potential waste of a useful antistaphylococcal agent: emerging fusidic acid resistance in *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis*. 2006 Feb 1;42(3):394–400.
2. Manichoff WJ, Kleinschmidt SL, Turnidge JD. Resistance-development in community-acquired strains of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an in vitro study. *Int J Antimicrob Agents* 2004; 24:605–8.
3. Mason BW, Howard AJ. Fusidic acid resistance in community isolates of methicillin susceptible *Staphylococcus aureus* and the use of topical fusidic acid: a retrospective case-control study.
4. Sule O, Brown NM, Willocks LJ, Day J, Shankar S, Palmer CR, Burrows NP. Fusidic acid-resistant *Staphylococcus aureus* (FRSA) carriage in patients with atopic eczema and pattern of prior topical fusidic acid use. *Int J Antimicrob Agents*. 2007 Jul;30(1):78–82.
5. Mason BW, Howard AJ, Magee JT. Fusidic acid resistance in community isolates of methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* and fusidic acid prescribing. *J Antimicrob Chemother*. 2003 Apr;51(4):1033–6.
6. Rørvæit S, Rørvæit G. Epidemi av bullen impetigo i Austevoll kommune år 2002. *Tidsskriftet* 18/2003.
7. Impetigo (brennskopper). Legemiddelverket 2003.
8. Legemiddelstatistikk 2008: Legemiddelbruken i Norge 1993–2007. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
9. Legemiddelstatistikk 2006: Legemiddelbruken i Norge 2001–2005. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

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

BOK *anmeldelser*

Forskning i
medisin og biofag

Grunnleggende bra om forskning i ny utgave

Forskning i medisin og biofag

Petter Laake, Bjørn Reino Olsen og Haakon Breien Benestad (red.)

550 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2. utg, 2008

ISBN 978-82-05-38487-3

Dette er en ny utgave av boken «Forskning i medisin og biofag» som første gang ble utgitt i 2004. Den nye boken er revidert og utvidet med flere temaer for å gjenspeile utviklingen i medisinsk forskning. Temaene spenner fra vitenskapsteori, forskningsplanlegging, metode og literatursøk til vitenskapelig kommunikasjon. Nye kapitler handler om translasjonsforskning, etikk, kvalitetssikring av forskning og søknader om forskningsmidler. Innholdet er først og fremst beregnet på mastergrads- og doktorgradsutdanningene, men har også intensjon om å tilfredsstille et videre publikum gjennom praktiske tilnærminger. Boken har 18 kapitler med til sammen 21 forfattere.

Boken gir en oversiktlig beskrivelse av sentrale og relevante temaer som er nyttige for forskere innen medisin og helsefag. At boken er på norsk og ikke minst tilpasset norske forhold, gjør den særdeles anvendelig som grunnbok. Boken har mange gode figurer og nyttige oversikter. Mange forfattere gjør imidlertid at flere temaer blir behandlet flere ganger, slik at gjentakelsene til tider oppleves som overflødige. Den språklige kvaliteten varierer. Enkeltkapitler har en så muntlig tone at det minner mer om foredragsmanuskript enn lærebok-kapittel.

Temaer som er relativt godt belyst sammenlignet med andre metodebøker, er etikk, literatursøk, vitenskapelig kommunikasjon og foredragsteknikk. Grundig behandling av forskningsjuks og søknad om forskningsmidler gjør at boken oppleves som oppdatert på temaer som mange forskere er og skal være opptatt av. Som lesere finner vi det betenkelig og paradoksalt at deler av temaet forskningsetikk behandles ved hjelp av detaljert omtale av en navngitt enkeltforsker.

Til tross for innvendinger: Hovedinntrykket er at boken gir nyttig informasjon og svarer på spørsmål som gjerne kommer opp i en forskningsprosess. Dermed vil den være relevant som pensumbok både for mastergradsstudenter og ph.d-studenter innen medisin og helsefag. Den kan også fungere godt som oppslagsbok for forskeren og for praktikerne som vil ha en oppdatert og generell innføring i prinsipper for forskning.

Ingrid Hjulstad Johansen og Tone Mørken

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Unifob Helse, Bergen

Utposten har fått inn dette brevet om hvordan en pasient reagerte på en for oss dagligdags prosedyre, men som slett ikke er det for våre pasienter, og hvilke konstruktive forslag hun har til å forbedre prosedyrer som kan oppleves som svært ubehagelige for noen pasienter.

Historier fra virkeligheten

Kjære fastlegen min

Du håpte jeg ville huske en tidel av hva du hadde sagt på tirsdag. Jeg tror jeg husker såpass, og kanskje til og med etterlever det... Når jeg får tid...

Husker du hva jeg sa, og fikk du noe ut av det? Det var ikke kun gråtlabilitet som forklarte tårene, som nok overrumplet oss begge. Jeg vil dele noen refleksjoner i etterkant. Jeg er jo som du vet både kvinne med noen erfaringer som gynekologisk pasient, men også nevropsykolog med erfaring med å gjøre undersøkelser av folks indre. Også dette kan være undersøkelser som en del har grudd seg for og som stiller krav til sensitivitet og respekt. Sånt kan ta litt tid. Jo mer engstelige folk er, jo mer tid trengs for å fortelle hva vi skal gjøre og hvorfor. Jeg informerer om at jeg hele tiden vil fortelle hva vi skal gjøre og hva jeg tenker. Jeg sier også at vi ikke skal gjøre undersøkelser om de opplever det ubehagelig. De skal uansett få god hjelp hos oss. Noen ganger gjør jeg undersøkelsen kortere enn det som er standard. Jeg opplever likevel sjelden at vi ikke får gjennomført en tilfredsstillende nevropsykologisk undersøkelse.

Det var noen ord om min erfaring som nevropsykolog. Jeg er sikker på at det langt på vei er relevant også i din virkelighet som lege og har tillatt meg å lage et forslag til opplegg for en standard «GU». Jeg vil tro flere pasienter kan ha nytte av dette opplegget selv om de færreste nok har vist følelsene sine så tydelig som jeg gjorde på tirsdag.

Forslag til opplegg for gynekologisk undersøkelse

1. Spør pasienten om hun har erfaring med gynekologiske undersøkelser og når hun sist var til en. Spør hvordan det var, altså hvordan det var for henne. Du kan også spørre direkte om dette er noe hun gruer seg for og eventuelt hvorfor og for hva hun gruer seg.
2. Dersom hun svarer at dette er noe hun ikke har noe problem med, men bare noe hun vil at du skal bli ferdig med, gjør du bare som du pleier. Du er en effektiv «håndverker».

3. Dersom hun uttrykker antydning til usikkerhet eller ubehag, innstiller du deg på en annen modus. Mens dere sitter ved bordet forteller du hva du skal gjøre. «Du skal ligge på benken der inne. Først kjenner jeg med fingeren/fingrene (vis fingeren/fingrene du skal bruke) inni skjeden for å kjenne... (fortell hva du skal kjenne etter). Jeg kommer til å trykke litt imot med den andre handa på magen din. Etterpå skal jeg se på livmorhalsmunnen din, innerst der skjeden slutter. Da skyver jeg inn den her. Det kalles 'spekel' (vis spekelet. Ha det klar ved pulten.

La henne holde det i handa om hun ønsker det.)

Jeg smører litt salve på tuppen så det blir helt glatt. Når det er helt inne, skruer jeg det opp innerst. Der inne er det ikke så trangt som ytterst ved skjedeåpningen, så det gjør nok ikke vondt selv om det sikkert kjennes litt uvant og rart. Si fra hvis det er vondt, så tar jeg det sammen igjen. Når jeg har spent det opp inni deg, kan jeg kikke inn og se på livmorhalsmunnen din. Jeg stryker litt på med en sønn pinne (vis pinnen) for å få en slimprøve derfra. Det kjenner du bare så vidt. Så skruer jeg spekelet sammen igjen og tar ut, og du kan kle på deg igjen.» Dette tar det under et minutt å si.

4. Når pasienten ligger på benken kan du instruere henne i avslapning gjennom bio-feed-back slik jeg beskrev for deg å ha positiv erfaring med. Hun kjenner kanskje ikke selv hvorvidt hun slapper av eller ikke, men du kan kjenne på magen hennes og fortelle henne når du merker at hun slapper av.
5. Så begynner du undersøkelsen og forteller kort hva du kjenner. «Det kjennes ut som det skal, det er fint.» (om dette er tilfelle).
6. «Nå skal jeg se på livmorhalsmunnen. Er du like flink til å slappe av, tror du?» Før du fører inn spekelet, kjenner du etter om hun fortsatt slapper av og hjelper henne eventuelt til dette. Ta den tida som trengs. Nå kommer det mest kritiske punktet for henne. Gi ros når du merker at hun slapper av. Det er en prestasjon når man er urolig i sjelen, å slappe av i skjeden.
7. Både mens du fører det inn og mens du skruer opp, spør du om det går fint med henne. Dermed vet hun at hun



fortsatt har noe kontroll i situasjonen. Kontroll er hovedvirkemiddelet mot angst, også i en slik situasjon. Kunnskap gir også en opplevelse av kontroll. Derfor den lille runden med informasjon på forhånd. Ikke småprat om andre ting mens du holder på. Det distraherer bare dere begge og virker ikke beroligende. Ikke kritiser. Vent til hun har fått på trusa før du eventuelt kommer med irettesettelse. Fortell gjerne hva du ser når du titter inn, men ikke fordyp deg i detaljer. Ta heller ut spekelet så fort som mulig. Det er betydelig mye lettere å oppfatte informasjon når man har trusa på.

8. Før du tar spekelet ut, kan du også spørre om hun selv ønsker å se livmormunnen sin. Hvor ofte får man anledning til det på seg selv? Ha et speil klar. Ta så ut spekelet så fort som mulig.

Det er en ekstrem følelse av å være utlevert og maktesløs å ligge og sprike med oppsperrert åpning og innsyn inn til ens innerste intime, samtidig som man ikke har noen mulighet til å komme unna eller selv å se hva som foregår. Da du etter undersøkelsen sa at det ikke er noen forskjell på å undersøke menn og kvinner, trodde jeg ikke helt det jeg hørte, men jeg var for tårevåt til å sjekke hva du egentlig mente. Jeg håper jeg misforsto. Jeg tror ikke menn helt kan skjønne hvordan det føles, men uansett har jeg her gitt deg en gratis og god oppskrift som jeg er overbevist om at ville funke for flere enn meg. Du kan få lov å dele den med kolleger også.

Vi snakkes!

Vennlig hilsen din pasient, nevropsykologen

UTLYSNINGSTEKST

AFU stipend 2. halvår 2009

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

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

Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater oppfordres til å framføre sine prosjekter på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen.

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

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned på <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=116954&subid=0>, eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Søknad skal sendes elektronisk i pdf format. Ved behov for nærmere informasjon, ta kontakt med sekretariatet eller et av de allmennmedisinske instituttene.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariat innen **15. mars 2009**:

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

v/ Tove Rutle

TLF: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

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

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

Takk til Bjørn Øygard som utfordret meg til å komme med bidrag i denne lyrikkspalten. Bjørn har vært en nær og god venn siden vi startet medisinstudiene på samme kull for 30 år siden. Det er få jeg kjenner som så til de grader har en «samfunnsmedisinsk sjel» som Bjørn. Han evner å løfte blikket og se strukturer både for enkeltmennesker og samfunn. Her har vi alle noe å lære!

Både skjønnlitteratur og lyrikk er viktige inspirasjonskilder og gir ny innsikt, både om oss selv, og om de mennesker vi lever nært i arbeidet som leger og i våre privatliv. Denne typen litteratur har kanskje lært meg mer om meg selv og mine medmennesker enn noe medisinstudium kunne gjøre.

Jeg har lyst til først å ta med et dikt av Hans Børli som sier mye om å være på de gode hendelser i livet og hvor viktig dette er å ha med når vi møter vansker og motgang:

«Minnene»

Ta det med deg!
Det minste av grønt som har hendt deg
kan redde livet ditt en dag
i vinterlandet.

Et strå bare,
et eneste blakt lite strå
fra sommeren i fjor
frosset fast i fonna,
kan hindre skredets
tusen drepende tonn i
å styrte utfor.

Hele høsten 2008 har Riksteateret turnert med dikt og portrett av Olav H. Hauge. De har kalt oppsetningen etter diktet «Kom ikkje med heile sanningi». Forfatteren gir i mange av sine dikt en stemme til den drømmen som mange av oss bærer på. I dette diktet gjenspeiles også noe av Søren Kierkegaards tenkning om den vanskelige kunst det er å hjelpe medmennesker: «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.» La Olav H. Hauges dikt synke inn:

«Kom ikkje med heile sanningi»

Kom ikkje med heile sanningi,
Kom ikkje med havet for min tørste,
Kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs,
men kom det ein glimt, ei dogg, eit fjom,
Slik fulglane ber med seg vassdropar frå
lauget og vinden eit korn av salt.

Avslutningsvis kan jeg ikke la være å ta med et sitat også fra skjønnlitteraturens verden. En bok som har berørt meg og mange andre er Kahled Hosseini's «Drageløperen». Den omhandler tema som skyld, skam og tilgivelse på en måte som lodder dypt.

«... Den siste tanken hadde ikke etterlatt seg noen brodd. Idet jeg lukket Sohrabs dør, undret jeg meg på om det var slik tilgivelsen begynte. Ikke med en fanfare i en åpenbaring, men med at smerten samler sine ting sammen, pakker dem inn og sniker seg bort midt på natten uten at noen merker det».

Min utfordring går til en dyktig og utholdende venn og kollega i Ulvik, Unni Solem Bilsbak. Hun har over mange år tatt ansvar både som kommunelege og enkeltmenneske i et lokalsamfunn. Og sist, men ikke minst: Hun er en lidenskapelig Olav H. Hauge – kjenner og står i spissen for blant annet «Venelaget Olav H. Hauge».

Hilsen
Ragnar Hermstad



Oppstart av insulinbehandling i allmennpraksis – en kortversjon

Tips til
praksis

Under Primærmedisinsk uke høsten 2008 arrangerte jeg et emnekurs om diabetesbehandling i allmennpraksis. Etter dette fikk jeg spørsmål fra Utposten om å skrive om oppstart av insulinbehandling i allmennpraksis. Rådene som følger er forankret i NSAMs handlingsprogram og på foredraget som indremedisiner Pål Vanberg holdt på emnekurset.

Jeg konsentrerer meg om det praktiske rundt oppstart av insulinbehandling hos personer med type 2-diabetes. For mer utfyllende stoff, anbefaler jeg å lese foredraget til Vanberg som er tilgjengelig på www.pmu2008.no (gå til «kursprogram med foredragene – diabetes»).

Når?

Insulinbehandling er aktuelt når livsstils- og kosttiltak samt perorale antidiabetika ikke har ført til behandlingsmålet (HbA1c <7 hos pasienter under 80 år, <9 hos pasienter over 80 år). Jeg pleier å kombinere metformin og insulin, og seponerer sulfonylurea (f.eks. Amaryl og Mindiab) for å unngå hypoglykemi.

Hvordan?

Det er viktig at pasienten har evne til god etterlevelse av instruksjonene og informasjonen som gis, og at vedkommende er blitt trygg på egenmålinger av blodsukker. Vi går gjennom praktisk bruk av pennen, og det etableres lett tilgjengelighet til en trent medarbeider eller direkte til legen (direktenummer eller mobiltelefon).

Informasjon gis om symptomer på hypoglykemi og føling. Råd gis om alltid å ha tilgang til kjeks/sjokolade/søt drikke eller liknende (type 2-diabetikere er ofte så insulinresistente at de ikke lett får føling).

Hva slags insulin?

Oppstart med middels langsomtvirkende insulin (også kalt NPH-insulin, Neutral Protamin Hagedorn), for eksempel Insulatard/Humulin/Insuman basal som kveldsdose. Etter hvert evt. også morgendose NPH-insulin, før evt. tillegg av ekstra hurtigvirkende insulinanalog (Novorapid/Humalog/Apidra) til måltidene.

Et alternativ er blandingsinsulin: blanding av et middels langsomtvirkende insulin og hurtigvirkende insulinanalog (Novomix 30/Humalog mix 25).

Hvor mye?

Dette avhenger selvfølgelig av hvilket behandlingsmål man setter sammen med pasienten, men som regel starter jeg med 10 IE NPH-insulin som kveldsdose. Behandlingen videre styres etter fastende morgenglukose. Behandlingsmål fastende blodsukker: 4–6 mmol/l (HbA1c: se over).

Forslag til algorime

- Hvis fastende morgensukker er >10 mmol/l tre dager etter hverandre: øk kveldsdosen med 6 IE
- Hvis fastende glukose er 8–10 mmol/l tre påfølgende dager: øk kveldsdosen med 4 IE
- Hvis fastende glukose er 6–8 mmol/l tre påfølgende dager: øk kveldsdosen med 2 IE
- Hvis fastende glukose er <4 mmol/l eller nattlig føling oppstår: reduser kveldsdosen med 2 IE
- Når/hvis kveldsdosen er >60 IE: vurder å dele dosen på morgen og kveld (f.eks. 20 + 40 IE)
- Ved bruk av morgendose NPH-insulin eller blandingsinsulin: styr etter blodsukker før middag (mål: 4–6 mmol/l). Dosejustering x1/uke, 2–6 IE av gangen
- Ved oppstart av hurtigvirkende insulinanalog til måltider: dosen styres etter blodsukker verdien to timer etter måltid. Start med 4 IE til måltid og øk dosen til to-timers verdien er <10 mmol/l
- Langsomtvirkende insulin settes subkutan i låret, hurtigvirkende subkutan på maven
- Ved nattlige følinger eller manglende måloppnåelse vurder ved HbA1c: evt. søke om refusjon for langtidsvirkende insulin (Levemir/Lantus)

Sammenfatning

Oppstart av insulinbehandling ved ukomplisert type 2-diabetes kan gjøres av allmennleger. Ved å følge de nevnte doseringsforslagene, er det liten fare for at pasienten får hypoglykemi eller føling. Kanskje er vi litt for sene med å starte opp insulinbehandling, da dette krever litt ekstra av oss? Dette innlegget er ment å vekke interessen hos kolleger som ikke har våget seg på insulinbehandling så langt. Det er motiverende for allmennleger å administrere også denne delen av diabetesbehandlingen!

Ragnar Rabe,
Østerås legekontor i Bærum



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Juice og interaksjons- potensiale med legemidler

Spørsmål til RELIS

RELIS har fått spørsmål vedrørende en artikkel som omhandler interaksjonspotensiale mellom ulike juicer (grapefrukt-, eple- og appelsinjuice) og legemidler. Det er ønskelig med en vurdering av når appelsin- og eplejuice bør unngås. Er det kun absorpsjon som blir påvirket eller er det også metabolisme?

Svar

Artikkelen som det refereres til er et norsk referat (1) av en pressemelding som ble gitt i forbindelse med årsmøtet til American Chemical Society (2). Her omtales nye resultater fra forskningsgruppen til professor David Bailey. Forskningen viser at juice av grapefrukt, eple og appelsin kan redusere absorpsjonen av legemidler. Ved søk i tilgjengelig litteratur finner vi støtte for dette. I det følgende refereres det både til den nevnte pressemeldingen og til aktuelle studier.

Professor Bailey sin forskningsgruppe har vist at den aktive ingrediensen i grapefruktjuice, naringin, synes å kunne blokkere en viktig legemiddeltransportør, OATP1A2, som er involvert i opptak av legemidler fra tynntarmen. Når denne transportøren blokkeres vil legemiddelabsorpsjonen, og dermed serumkonsentrasjonen, reduseres. Appelsin- og eplejuice synes å inneholde stoffer som ligner på naringin og som også hemmer OATP1A2. I appelsinjuice kan dette stoff være hesperidin, men det er ukjent hvilket stoff i eplejuice som hemmer legemiddeltransportøren (2). I en studie ble det vist at appelsin- og eplejuice i normal styrke reduserte total systemisk eksponering av antihistaminet feksofenadin med henholdsvis 72 og 77 prosent. I denne studien ble 300 ml juice gitt sammen med feksofenadin etterfulgt av 150 ml hver halve time inntil totalt 1,2 l var inntatt. Det er imidlertid behov for flere studier for å bestemme klinisk relevans av redusert biotilgjengelighet av feksofenadin ved samtidig inntak av disse fruktjuicene, men hvis effekten av feksofenadin er lavere enn forventet kan denne interaksjon mistenkes (3).

Det er hittil vist klinisk at appelsinjuice reduserer absorpsjonen av noen betablokkere (3,4), fluorokinoloner (5a), itraconazol (3), ivermektin (5a) og som tidligere nevnt feksofenadin (3,5a), og det er ikke utenkelig at dette kan gjelde flere legemidler. For eplejuice er det kun interaksjonen med feksofenadin som hittil er beskrevet (3,5b).



I en liten studie med friske frivillige fant man at appelsinjuice gav signifikant økt absorpsjon av pravastatin. Dette er altså den motsatte effekten av det som er beskrevet for andre legemidler i kombinasjon med appelsinjuice. Mekanismen for denne interaksjonen er ikke kjent, men OATP kan være involvert også her (6). Et oppslagsverk om interaksjoner skriver imidlertid at interaksjonen mellom pravastatin og appelsinjuice synes å ha liten klinisk signifikans hos de fleste pasienter, men at dette må bekreftes (3).

Det har vært kjent lenge at grapefruktjuice kan øke absorpsjonen av visse legemidler, blant annet felodipin, og dermed øke serumkonsentrasjonen av disse. Det er foreslått at dette skyldes grapefruktjuice sin hemmende effekt på det legemiddelmetaboliserende enzymet CYP3A4 i tarmen. Når denne metabolismehemmingen skjer i tarmen øker mengde legemiddel som er tilgjengelig for absorpsjon og dermed øker også serumkonsentrasjon av aktuelle legemidler som metaboliseres av CYP3A4 (7). Metabolisme av legemidler i leveren synes ikke å påvirkes av grapefruktjuice. Vi har ikke funnet beskrevet at eple- eller appelsinjuice kan påvirke CYP3A4-metabolisme. Seville (sur) appelsinjuice kan imidlertid gi tilsvarende hemming som grapefruktjuice på CYP3A4 (7).

Som en generell anbefaling bør legemidler tas sammen med vann for å unngå eventuelle interaksjoner med f.eks. fruktjuicer (7). Ved tilfeller av utilstrekkelig effekt av legemidler ved normal dosering kan det være aktuelt å undersøke pasientens inntak av fruktjuicer.

Konklusjon

Grapefruktjuice er vist å både kunne øke og redusere serumkonsentrasjonen av visse legemidler. Ved redusert

serumkonsentrasjon er årsaken trolig at grapefruktjuice hemmer en legemiddeltransportør i tarmen og reduserer absorpsjonen. Også appelsin- og eplejuice synes å kunne hemme denne transportøren og dermed gi mulig redusert klinisk effekt. I kombinasjon med pravastatin synes appelsinjuice imidlertid å kunne øke absorpsjonen. Grapefruktjuice kan hemme metabolisme i tarmen av visse legemidler og dette antas å være mekanismen for økt serumkonsentrasjon. Det er ikke beskrevet at eple- eller appelsinjuice påvirker legemiddelmetabolisme. Pasienter bør generelt rådes å innta legemidler sammen med vann.

Referanser

1. Straumshøj Grønli K. Juice kan hindre medisiner. <http://www.forskning.no/artikler/2008/august/190909> (20. august 2008).
2. Marsh C, Bernstein M. New reasons to avoid grapefruit and other juices when taking certain drugs. American Chemical Society. http://www.eurekalert.org/publ_releases/2008-08/acs-nrt072308.php (19. august 2008).
3. Baxter K, editor. Stockley's Drug Interactions. London: Pharmaceutical Press. Electronic version. (09.09.2008).
4. Lilja JJ, Raaska K et al. Effects of orange juice on the pharmacokinetics of atenolol. Eur J Clin Pharmacol 2005; 61: 337-40.
5. Natural Medicines Comprehensive Database. a: Sweet orange, b: Apple. <http://www.naturaldatabase.com/> (04.09.2008).
6. Koitabashi Y, Kumai T et al. Orange juice increased the bioavailability of pravastatin, 3-hydroxy-3-methylglutaryl CoA reductase inhibitor, in rats and healthy human subjects. Life Sciences 2006; 78: 2852-9.
7. Saito M, Hirata-Koizumi M et al. Undesirable effects of citrus juice on the pharmacokinetics of drugs. Drug Saf 2005; 28(8): 677-94.

Sofia Frost Widnes,
RELIS Vest, Haukeland Universitetssykehus

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: F. g. innh.: 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 innh.: 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 innh. laktose**. **TABLETTER**, filmdrasjerte 30 mg: Hver tablett innh.: Memantinhydroklorid 30 mg tilsv. memantin 24,93 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. **TABLETTER**, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett innh.: 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 legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Volumet/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 krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametazon kan øke risikoen for kramper. 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 syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med *Proteus* bakterier) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon**: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig oppfølgingsplan. 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 tabletten. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effektene av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametazon kan øke risikoen for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklorid eller kombinasjonspreparater med hydroklorid er mulig. Enkelstilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING**: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypypie** (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og søvnproblemer. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hypypie: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/ tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, sopplinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjelden. Enkelstilfeller av psykiske reaksjoner og parkinsonisme er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSE/TOXISITET**: Symptomer: Hiv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diare eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, søvnproblemer, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarm-beviser (oppkast og diare). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfallet, søvnproblemer, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble reinitert. Behandling: Symptomatisk. **EGENSKAPER**: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkingsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av 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% gjennfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse**: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 783,40. **Tabletter**: Enpac: 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



Anders Forsdahls minnepris – forslag til nominasjon 2009



Anders Forsdahls minnepris ble opprettet i 2006 til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distrikthelsetjeneste.

Prisen, som er opprettet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø, utdeles til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge, i en vid betydning av dette begrep.

I vurderingen av kandidater til prisen, kan det legges vekt på ulike former for innsats med distriktsmedisinsk relevans:

- Distriktsmedisinsk praksis, med vekt på faglig og organisatorisk utvikling av tjenester som kan bidra til å forbedre tilbudet og kvaliteten for pasientene og som bidrar til styrke rekruttering og stabilisering blant personellet.
- Akademisk arbeid i form av forskning og undervisning som bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget for praksis i utkantområder, både i forhold til de særlige faglige og organisatoriske utfordringer som preger slik praksis.
- Administrativt og ledelsesmessig arbeid med særlig fokus på tilrettelegging for utvikling og drift av helsetjenester i utkantområder.
- Fagpolitisk og helsepolitisk arbeid som bidrar til å sette dagsorden for viktige distriktsmedisinske problemstillinger og som kan være premissgivende for vurderinger og beslutninger om rammer og vilkår for helsetjenestene i distriktene.
- Praktisk, administrativt eller akademisk arbeid som kan bidra til å utvikle og styrke samhandling mellom nivåer og intermedieære tjenesteformer i grensesnittet mellom nivåene (distriktsmedisinske sentre, sykestuer mv.) kan også vektlegges i vurderingen av kandidater.
- Lokalsykehusutvikling, med vekt på å utvikle lokalsykehuset som bærekraftig ledd i tiltakskjeden, og som viktig bindeledd både i forhold til førstelinjen og de mer spesialiserte sykehusenheter

NSDM ønsker forslag til kandidater for prisen i 2009.

Navn og kort begrunnelse bes sendt senterets leder Ivar J. Aaraas innen 15. mars 2009. Hvem som får prisen og tid og sted for utdelingen avgjøres av NSDM styringsgruppe. **ADRESSER**: NSDM v/leder, Institutt for samfunnsmedisin Universitetet i Tromsø 9037 Tromsø eller e-post ivar.aaraas@ism.uit.no.

Vangen S, Nordhagen R, Lie K. Gjensyn med Forsdahl-Barcker-hypotesen. Tidsskr Nor Legeforening 2005; 125:451-3



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

Barn sover gjerne tolv timer.

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

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

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

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

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



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

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

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

Fucithalmic®
Fusidinsyre

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

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

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

Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen
er enklere enn **TO**
ganger om dagen.

**BYTT TIL
20 mg
NÅ!**

ENKEL BEHANDLING

Ebixa

**ÉN OM
DAGEN**

20mg

NYHET!

Ebixa
memantin

*Godkjent for moderat til alvorlig
grad av Alzheimers sykdom.
Se fellekatalogtekst på side 48.

Lundbeck 

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