



Innhold:

LEDER: «Det finnes et mål, men ingen vei». Av LISBETH HOSLØNG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Den utvalgte. GEIR RISE INTERVJUET AV TOM SUNDAR	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Norovirusutbrudd ved Clarion Hotell Oslo Airport – hva har vi lært? Av UNNI BERIT SCHJERVHEIM	7
Om samfunnsmedisinen og samfunns- medisinerens plass i medisinen og i samfunnet. Av TTY JOHANNE PETTERSEN	12
Kan spritvask i barnehager redusere fraværshyppighet? Av GRETE DAATLAND ANDERSEN	20
Vanskelige spørsmål fra legens forgård. Av INGER MARIE LID	23
Trygg hos fastlegen og på legevakta. Av JANECKE THESEN	25
Helseradio og varsling ved rød respons sett fra AMK. Av JESPER BLINKENBERG, ÅGE JENSEN OG KENNETH PRESS	29
PREIMPLANTASJONSDIAGNOSTIKK: Testing av arvematerialet i befruktede egg – en drøm eller et mareritt? Av MARIT KISE	34
Skjønnhetens tyranni. Av BERIT ROSTAD	38
Menn og psykisk helse – et forsømt tema? SVEND ÅAGE MADSEN INTERVJUET AV BERIT ROSTAD	40
Faste spalter	44
BOKANMELDELSE: Flyktningpasienten Av ESPERANZA DIAZ	48

Utpostens
dobbeltime

Den utvalgte

Geir Riise
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

I 2003 var Geir Riise en av søkerne til stillingen som generalsekretær i Den norske legeforening, men den gangen nådde han ikke til topps. Fem år senere ble

han sentralstyrets førstevalg til den prestisjetunge posisjo-

nen. Mannen som i disse dager inntar den administrative sjefsstolen i Legenes hus,

betegnes som både en jovial lagspiller og et organisasjonsmenneske til fingerspissene. Med seg har han ledererfaring fra næringslivet – samt et glødende engasjement for bedre arbeidsmiljø.

– Som leger er vi i en unik posisjon til å sette premisser og påvirke prosesser som kan skape bedre trivsel og helse i arbeidslivet. På den måten bidrar også legene til samfunnets verdiskapning. Ingen annen yrkesgruppe har så stor kontakflate med hele befolkningen. Nettopp det gir oss stor innflytelse, sier Geir Riise. Han snakker seg varm om arbeidsmiljø, jobbtrivsel og IA-avtalen – nøkkelord i hans HMS-vokabular – mens han nipper til en dobbel caffelatte i Posthusets kantine i Oslo sentrum.

53-åringen er aktuell som ny generalsekretær etter Terje Vigen, som går over i pensjonistenes rekke etter seks år i stillingen. Utposten har intervjuavtale med Riise kort tid før overgangen finner sted og før han fratrår stillingen som HMS (helse, miljø og sikkerhet)-direktør i Posten Norge. På heisturen opp til toppetasje i det ruvende Posthuset, tidligere kjent som Postgirobygget, medgir han at den stor-slagne utsikten over hovedstadens navle vil bli et savn – spesielt sommerstid når en lunsjrast på takterrassen frister mer enn matkøene i kantine. Men vyene tar han med seg til Legenes hus – mange høydemetere lavere, dog sentralt lokalisert på Christiania Torv. Og med fjord og festning innenfor synets rekkevidde.

Rolleforståelse

Den nyslåtte generalsekretæren kan igjen skilte med eget kontor, noe han ikke har vært tilgodesett i Posten. Der sitter nemlig alle i kontorlandskap – til og med lederne. Ser man

bort fra akkurat den lille haken, har det vært tre flotte og spennende år, bedyrer Riise. Nå imøteser han nye og andre typer utfordringer i foreningslivet, selv om fellesnevneren er den samme: ledelse.

– Som i Posten eller NHO (Næringslivets Hovedorganisasjon), må jeg være meg selv – tilstede og interessert i det som foregår. Min oppgave er å utvikle og gjennomføre Legeforeningens vedtatte politikk sammen med sentralstyret og sekretariatet. Og det gleder jeg meg til, sier han kort og konsist når vi spør om forventninger til jobben. Med det svaret, kvitterer han dessuten på et sentralt punkt i det som var ordlyden i stillingsannonsen, nemlig kravet om at Legeforeningens generalsekretær skal ha en klar rolleforståelse vis-à-vis presidenten og den øvrige politiske ledelsen. Så er ingen selvfølge – og har heller ikke alltid vært tilfelle – når politiske visjoner og vedtak skal omsettes til praktisk handling og administrative rutiner i en forening så mektig som Den norske legeforening. Vel vitende om at mye står på spill, går Riise til sitt oppdrag med klare ambisjoner og gode intensjoner.

– Rollefordeling er en avgjørende suksessfaktor i enhver organisasjon. Både sekretariatet og den politiske ledelsen må ha en rolleforståelse. Som leder av Legeforeningens sekretariatet, vil jeg naturligvis til enhver tid forholde meg profesjonelt til den sittende politiske ledelsen. Så enkelt vil jeg si det.



Geir Riise på toppen av sitt tidligere arbeidssted, Posthuset, med utsikt til bl.a. Akershus festning som er nærmeste nabo til Legenes hus.

Da president Torunn Janbu i fjor høst kunngjorde ansettelsen av Geir Riise, var det nettopp hans evne til rolleforståelse, samt lederkompetanse, samarbeidsegenskaper og kontaktnettverk, hun trakk frem som avgjørende forutsetninger for å lykkes i jobben som generalsekretær. Disse overveielsene ble også tungen på vektskålen da sentralstyret tok sin avgjørelse i favør av Riise.

I motsetning til hans seneste forgjengere i generalsekretærstolen, som alle ble rekruttert fra foreningens indre sirkler, kommer Geir Riise som et friskt pust utenfra. Han har sin ballast fra næringslivet. I det meste av sitt yrkesaktive liv, har han jobbet innen HMS-virksomhet i ulike bedrifter. Før han kom til Posten i 2006, var han direktør for Hjelp 24 bedriftshelsetjeneste i to år. Forut for det hadde han til sammen 16 års fartstid med HMS-ledelse fra gigantene NHO og Statoil. I tillegg har han engasjert seg i politisk, frivillig og faglig arbeid med hovedvekt på rus-, alkohol- og helsepolitikk. Han har vært leder av Nasjonalt Råd for Tobakksforebygging, medlem av Bondevik-regjeringens ekspertutvalg for alkoholspørsmål og styreleder for Trasop-klinikken i Oslo. For å nevne noe.

UTPOSTEN: *Hvilke fortrinn gir det deg å komme utenfra?*

– Jeg har med meg en annen type bagasje. Mitt ståsted har vært næringslivet, og den bakgrunnen kan selvsagt være til fordel i visse sammenhenger. Uansett er det mye å sette seg inn i. Jeg må orientere meg i nytt landskap og lære Legefor-

eningens organisasjon å kjenne, sier Riise, som lover at han vil bruke tid til å lytte til hva folk har å si. Sentralstyret, til-litsvalgte, landsstyret og ansatte i sekretariatet blir alle viktige informanter.

– For å si det sånn: Jeg må i første omgang bruke ørene mer enn kjeften. Og det er jeg godt i gang med, sier han med et smil.

Kamp mot sykefravær

Egentlig var det anestesilege Geir Riise hadde tenkt å bli, men den ideen lot han ligge igjen i Sarpsborg sammen med sykehusfrakken etter endt turnustjeneste i 1985. Dragningen mot akuttmedisinske og operative ferdigheter måtte etter hvert vike for et samfunnspolitisk engasjement og en gryende interesse for sosial-, trygde- og arbeidsmedisin. I 1987 ble skjebnen beseglet. Den unge legen svarte på en stillingsannonse som åpnet døren til bedriftshelsetjenesten i NSB. Året etter begynte han som bedriftslege i oljeselskapet Norol (Norsk Olje AS), som i 1992 skiftet navn til Statoil. Riise gikk gradene og ble utnevnt til HMS-sjef og sjeflege i samme konsern. I 1998 forlot han Statoil til fordel for NHO, der han var sjeflege og avdelingsdirektør frem til 2004.

I denne perioden var han medlem av Sandmann-utvalget, som i 2000 la frem sin innstilling om tiltak innen det sykefraværforebyggende arbeidet. Riise fikk en sentral rolle i

arbeidet rundt avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA). Den skjellsettende avtalen kom på plass i 2001.

– IA-avtalen førte det sykefraværforebyggende arbeidet inn i virksomhetene, med tydelige rettigheter for både arbeidstakere og arbeidsgivere. Det man oppnådde, var langt fra noen selvfølge. Nå ble oppmerksomheten rettet mot å forebygge og redusere sykefraværet, og få flere med nedsatt funksjonsevne tilbake i arbeidslivet. Legens oppgave var ikke lenger bare å stille en diagnose og skrive sykmelding, men å vurdere arbeidstakerens funksjonsevne. Enkelt sagt har IA-avtalen bidratt til å flytte fokus fra diagnose til funksjonsevne. Vi snakker mindre om pasienter og mer om personer, påpeker Riise.

Da han takket ja til sin forrige lederjobb i Posten, var det avgjørende for ham at konsernet hadde HMS høyt opp på sin strategiske dagsorden. I en årrekke, og spesielt i den perioden han var sjeflege i NHO, har han vært opptatt av og hatt ansvaret for bedriftsutvikling og arbeidsmiljøtiltak. I praksis vil det si å bidra til trivsel og stabilitet i arbeidslivet. Og det kan best skje gjennom en god dialog mellom arbeidsgivere og arbeidstakere, ifølge Riise.

– HMS dreier seg ikke bare om plikter og regler, men mer om forretnings- og organisasjonsutvikling. Hvis vi ikke klarer å håndtere arbeidsmiljøet, vil folk klare seg dårligere i arbeidslivet. Det kan være tøft der ute. Å lykkes med HMS-arbeid innebærer blant annet å legge forholdene til rette for bedre dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er grunnplanken i alt inkluderende arbeidsliv, sier han. Samtidig påpeker han at det ikke finnes fasiløsninger på problemene. I Sverige har man for eksempel sett at personer med diabetes har lavere sykefravær enn ikke-diabetikere som gruppe. Det viser bare at årsaksforholdene er sammenhengende og at diagnose alene ikke gir oss alle svar.

Han tror på en økende debatt om arbeidsmiljøet i årene som kommer, etter hvert som kampen om kompetent arbeidskraft hardner til: – Demografien innhenter oss. Befolkningen eldes, samtidig som det blir færre yngre skuldre å fordele produksjonsarbeidet på. Følgelig må arbeidsmiljøet fungere for at folk vil jobbe, og for at de vil jobbe lenger. I denne sammenhengen vil legene ha en viktig rolle. Som leger kan vi være med på å definere premissene for å tilrettelegge for gode arbeidsforhold i arbeidslivet, slik at folk får bruke sin kompetanse og sine ressurser på en hensiktsmessig måte.

UTPOSTEN: *Hvordan skal vi få til det?*

– Ved å delta. Vi vet at det er stor grad av sosial ulikhet i helse. Derfor er det viktig å møte de svakeste gruppene og få

dem i aktivitet. Aktivitet er viktig for deltakelse i arbeidslivet og for folks opplevelse av helse. Legene kan bidra til å holde døren åpen for dialog på arbeidsplassen. Vi kan spørre våre sykmeldte pasienter om hva de selv tror kan gjøres for å legge forholdene til rette, slik at de kan være i jobb. Vi kan motivere arbeidstakere tilbake i jobb med en aktiv sykmelding, eller oppmuntre dem til å spørre hva bedriften kan gjøre. Evnen til å utføre eget arbeid er knyttet til hvilke muligheter man har for å ta ansvar og få ansvar. Arbeidsgivere må utfordres til å ta denne rollen. Dagens ordning med dialogmøter er et skritt i riktig retning, men det er behov for flere virkemidler som involverer både legene, NAV og arbeidsplassene. Sykefraværforebyggende arbeid handler også om hvordan vi innretter og tilgjengeliggjør helsetjenesten, og hvordan vi styrker rammebetingelsene for legenes innsats. I denne debatten må Legeforeningen være toneangivende.

Kunsten å prioritere

Geir Riise er hedmarking, men har i det meste av sitt voksne liv bodd i hovedstaden. Han er gift med en sykepleier, og paret har tre voksne barn. Hans egne foreldre drev radio- og TV-forretning hjemme i Brumunddal. Den gangen som nå var inntjeningen avhengig av konjunkturopp- og nedganger, og som unggutt la han seg på hjertet nødvendigheten av å skape før man høster: – Hvis butikken gikk bra, hadde familien god råd. Gikk det dårligere, merket vi det helt inn i kjøkkenet. Det var nyttig lærdom.

Under oppveksten fikk han også sin overdose av tekniske duppeditter. Således var det nok ikke tilfeldig at han penset inn på et yrkesspor som hadde med mennesker å gjøre. Etter fullført gymnas i 1974, tok han seg jobb som pleieassistent ved Sanderud Sykehus og ungdomsinstruktør i Motorførernes Avholdsforbund (MA). I 1977 begynte han på tannlegestudiet i Oslo, men odontologifaget mistet ganske snart draget på den unge studenten. Han sluttet, og peilet seg i stedet inn på Bjørknes privatgymnas for å ta opp fag og sanke poeng til medisins. Som medisinstudent i Tromsø i 1978–84, hadde han ingen problemer med å fylle fritiden med politiske verv og freelance-jobbing som NTB-journalist. I denne perioden skjøttet han oppgavene som sentralstyremedlem i Høyre og medlem av formannskapet i Tromsø kommune.

UTPOSTEN: *Hvordan fikk du tid til alt dette?*

– Interessen for fag og mennesker har hele tiden vært der. Men at det i perioder kunne gå ut over studier og familieliv, skal ikke stikkes under en stol. Å prioritere er alltid en kunst, og jeg kan vel si at jeg også har lært noe videre i livets skole, sier Geir Riise.

Etter studiene la han partiboken på hyllen, men videreførte sitt engasjement innen rusforebyggende virksomhet – med Motorførernes Avholdsforbund (MA) som base. Allerede i ungdomstiden hadde han reist Norge rundt med MA, og undervist om rusmidler og trafiksikkerhet. I 1980-årene var han styreleder for ungdomsforbundet i MA, og ti år senere ble han huket inn i styreledelsen for MA på nasjonalt plan. Også på andre arenaer har Riise markert seg innen rusforebyggende arbeid, blant annet gjennom sine verv i Avholdsfolkets Landsråd, den nasjonale AKA-komiteen og i Legeforenings rusmiddelpolitiske utvalg.

Nyter troverdighet

Geir Riise har imponert mange med sin arbeidsiver, men han har også evnen til å koble helt av fra hverdagens gjøren

og laden. Vinterstid trives han godt i skisporene i Lillehammertraktene, hvor familien har hytte. På listen over fysiske utskielser, kan han skryte av å ha gjennomført sykkelrittet Trondheim-Oslo. Om sommeren prøver han gjerne fiske-lykken når ferieturen går til Sunnmøre, hvor han og ektefellen har familiære røtter.

Honnørord som løsningsorientert, ryddig og inkluderende følger ofte i Riises kjølvann. Hans evne til å inspirere kommer eksempelvis til uttrykk når han holder foredrag. Da krydrer han budskapet med gode historier – noe som har begeistret mange hjerter og sinn på grunnkursene i allmennmedisin. Folk som kjenner ham, fremhever egenskapene som kommandant så vel som tilrettelegger. Det får han utvilsomt bruk for i rollen som generalsekretær.

De siste årene har Riise vært involvert i arbeidet med å implementere avtalen om et inkluderende arbeidsliv.





Den forhenværende HMS-direktøren viser frem siste møte fra post-budenes garderobe; den nye uniformen som snart skal tas i bruk.

– Jeg gleder meg til å jobbe med fag, politikk, organisasjon og ledelse. Legeforeningens kompetanse og nettverk er grunnlaget for den troverdigheten vi som leger nyter i befolkningen. Vi må være bevisst vår rolle som samfunns-aktør og arbeide for å ivareta den tilliten vi er gitt. Som organisasjon har vi helt sikkert et forbedringspotensial på flere områder. Noe annet ville jo være rart. Samtidig har Legeforeningen et godt omdømme, det hører jeg jo mye om nå som jeg har skiftet jobb, sier han idet han geleider oss inn til heisen og nedover etasjene i Oslos nest høyeste tårnbygg.

– Legeforeningen må være tydelig på hva som er vårt ansvar, og prioritere slik at vi ligger mest mulig i forkant. Vi må ta tak i de sakene som er viktige for medlemmene, og hele tiden styrke vårt arbeid med å få til gode pasientmøter, sier Geir Riise.

Nærmere en programerklæring fra en fersk general-sekretær kommer vi neppe.

MASTERPROGRAM:

Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer

Institutt for psykiatri, UiO, i samarbeid med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NIKVTSS) tilbyr fra høsten 2009 erfaringsbasert masterprogram, 120 studiepoeng, i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer.

Studiet har som mål å utdanne fagpersonell innen psykososialt arbeid – sykepleiere, sosionomer, pedagoger, leger, psykologer og andre tilsvarende faggrupper til å drive kunnskapsbasert praksis og vitenskapelig arbeid innen temaområdene selvmordsforebygging, rus- og avhengighet, vold og traumatisk stress. Studiet tilbyr tre ulike studieretninger:

Selvmordsforebyggende arbeid – med fokus på forståelse av den suicidale prosessen, forebyggingsarbeid eller forebygging i klinisk praksis.

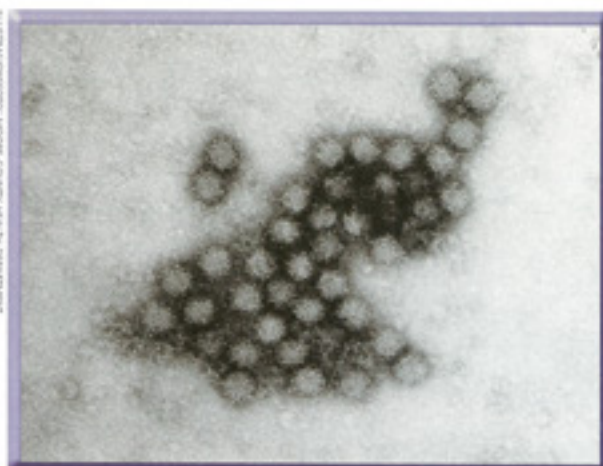
Rus og avhengighet – med fokus på behandling og forebygging av rusmiddelproblemer og sammenhengen mellom rus og psykiatri.

Vold og traumatisk stress – med fokus på forståelse av fenomenet, kjennskap til utbredelse, forebygging, tidlig intervensjon og behandling.

Opptakskravet er helse- eller sosialfaglig/pedagogisk høyere utdanning av minimum 3 års varighet. I tillegg kreves 2 års relevant praksis. Studiet er organisert som et deltidsstudium over 3 år slik at man kan gjennomføre studiet ved siden av annet arbeid. Undervisningen er lagt til hele eller halve ukessamlinger. De to første årene arrangeres det 2–3 samlinger per semester. Det siste året arbeider studentene med masteroppgaven under individuell veiledning. Det er en studieavgift på kr. 15 000,- per semester.

Opptak til studiet skjer annet hvert år, med søknadsfrist 15. april. Det gjøres supplerende opptak fram til studiestart dersom det er ledige plasser igjen ved søknadsfristens utløp.

FOR NÆRMERE INFORMASJON:
www.uio.no/studier/program/erf-psykosos-master/



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.

Norovirusutbrudd ved Clarion Hotell Oslo Airport – hva har vi lært?

AV UNNI BERIT SCHJERVHEIM

28. september 2008: et infeksjøs utbrudd ved Clarion-hotellet på Gardermoen fører til at 70 gjester blir akutt syke med oppkast og diaré. 31 legges inn i sykehus. De to neste dagene blir ca. 200 personer rammet av sykdom.

Hotellet stenges i drøye to døgn. I mellomtiden blir norovirus påvist som agens. Det viser seg at smittespredningen skyldes for dårlige rutiner knyttet til kjøkken- og håndhygiene samt svikt i rutinene for sykefravær. Denne artikkelen oppsummerer det som skjedde og hvilke smitteverntiltak som ble iverksatt.

Natt til denne septembersøndagen fikk legevakten på Jessheim i Akershus beskjed om at mange gjester ved Clarion-hotellet på Gardermoen var akutt syke med oppkast og diaré. Lege og sykepleier rykket ut. Mange av de syke var personer med diabetes, ettersom Norges Diabetesforbund var samlet til 60-årsjubileum på hotellet. Vel 30 av dem som var syke og i tillegg hadde diabetes, ble innlagt ved åtte forskjellige sykehus.



Unni Berit Schjervheim

kommuneoverlege i Ullensaker og Gjerdrum. Cand.med. 1985, bakgrunn fra allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Interesse for psykiatri og har bistilling som «livsstyrketrener».

Selv var jeg på sopptur – «langt av gårde» og uten mobildekning – den søndagen, uvitende om at det hadde vært en hektisk natt ved Clarion-hotellet. Min mann mottok telefoner fra bl.a. NTB, som ville snakke med kommuneoverlegen i Ullensaker. Det hastet! Tilbake fra turen og med tilgang til mobilen igjen, så jeg at det i elleve-tiden hadde begynt å tikke inn meldinger på mobilen – fra bl.a. legevakten, Mattilsynet og pressen. Jeg orienterte meg raskt, ringte Mattilsynet, legevakta, helsesjefen i kommunen, direktøren ved hotellet, og til slutt pressen. Jeg kontaktet også vakthavende lege ved Akershus Universitetssykehus, vår samarbeidspartner i annenlinjetjenesten ved smitteutbrudd, for å høre om pasientenes helsetilstand og forsikre meg om at alle nødvendige prøver var tatt.

Mattilsynet reiste ut til hotellet og gikk gjennom alle rutiner knyttet til mattrygghet. Man satte i gang undersøkelser for å avdekke smitte via næringsmidler, og sikret seg en mengde matprøver til analyse. Hotellet fikk råd om diverse hygiene-tiltak for å stoppe smittespredning via mat og drikke.



ILLUSTRASJONSFOTO: KRISTIN RUTLE

Mandag 29. september

Mattilsynet, folkehelseinstituttet og kommuneoverlegen innleder et samarbeid om å finne svaret på hva som skjedd den natten, og hva som var årsaken. Det er viktig å identifisere smitekilden, stoppe utbruddet og iverksette forebyggende tiltak.

Folkehelseinstituttet tar jobben med å gjennomføre en epidemiologisk undersøkelse blant gjestene ved hotellet. Det blir gjort en kohortundersøkelse, der gjestene svarer på spørreskjema elektronisk.

Mattilsynet gjennomfører flere inspeksjoner ved hotellet, og tar prøver av en hel del matretter som var servert. De foretar også intervjuer av hotellansatte, spesielt ansatte på kjøkken og i restauranten.

Kommuneoverlegen får ansvar for å ta kontakt med sykehusene, for å sikre svar på prøver som er tatt av innlagte pasienter. Det blir en heller nedslående ringerunde, da svært få har tatt særlig mange prøver. Selv de sykehusene som har gode rutiner på dette, og er overbevist om at «alt er tatt», må senere melde tilbake for å si: «Dessverre, vi hadde ikke tatt virusprøver» eller «Vi sjekket ikke på bakterier».

For å hindre videre smittespredning, anbefaler både Mattilsynet og kommuneoverlegen at hotellet stenges. Flere av de ansatte er nå blitt syke, og til sammen nærmer vi oss et par hundre sykdomstilfeller. Hotellet tar rådet til følge, og det blir sendt ut pressemelding. I den forbindelse øker trykket fra pressen og vi blir bl.a. intervjuet av nyhetsredaksjonen i NRK. For meg er det viktig å ha alle muligheter åpne, og jeg formidler at det her kan handle om en infeksjon som er spredt på ulike måter, for eksempel pga. dårlige rutiner med hensyn til hygiene og håndvask.

Tirsdag 30. september

Vi fortsetter arbeidet rundt smitteoppsporing, og har gjensidig kontakt for å følge med på utviklingen av smittesituasjonen. Det er nå få nye tilfeller av syke. Pressen gjentar sitt spørsmål: «Når får vi svar på hva dette handler om?» Det kommer mange henvendelser fra pressen, og jeg har også kontakt med Norges Diabetesforbund.

Onsdag 1. oktober

På formiddagen får vi telefonisk svar om at tre pasientprøver er positive på norovirus, genotype GII.4. Jeg blir litt «oppstemt» – det var slik jeg trodde det var! Jeg ringer raskt til hotellet for å informere. De vil sende ut en presse-

melding. Pressen «står på hæla mine», og det blir en ringe-
runde for å gi «endelig svar».

Samtidig gjør jeg en avtale med hotellet om å ha en
gjennomgang med alt personalet rundt hendelsen. Vi blir
enige om at dette er nødvendig før hotellet åpner igjen.

Torsdag 2. oktober

Kommuneoverlegen og Mattilsynet har gjennomgang med
personalet på hotellet om morgenen, før hotellet åpner
igjen. Vi går gjennom hendelsesforløpet, gir faglig infor-
masjon om norovirus og smittemåte. Vi snakker om fore-
byggende tiltak, god kjøkkenhygiene, gode rutiner for
håndhygiene, og rutiner vedrørende sykefravær hos
ansatte.

Vi understreker at dette ikke i utgangspunktet har vært en
«matforgiftning», men at smitten er blitt overført gjennom
mat, via personalet på kjøkkenet og i restauranten, som har
vært på jobb syke, og/eller ikke har gjennomført gode nok
hygienetiltak. Her har det også vært smitte via kontakt og
dråpesmitte.

De påfølgende dagene

Kohortundersøkelsen blir gjennomført i perioden 1.–7.
oktober, med svarprosent på 90. Undersøkelsen peker ikke
ut én spesiell matrett eller matkilde som smitekilde, men
en kartlegging av når gjestene ble syke og hvilke måltider
de hadde inntatt, tyder på at de ble smittet i forbindelse med
måltidene fredag ettermiddag og kveld.

Intervjuer av personalet avdekker at flere personer har vært
på jobb med diaré og oppkast i dagene før og samme helg
som utbruddet. Flere hadde også kommet raskt tilbake til
jobb etter at de ble symptomfrie. Dette passet med personer
som hadde tilberedt og servert maten som ble spist på
fredag.

Konklusjon

Utbruddet av gastroenteritt blant gjestene på Clarion
Hotell Oslo Airport skyldtes norovirus som ble spredt via
personalet som hadde vært syke på jobb, og som hadde
overført smitten via mat – i sammenheng med for dårlig
hygiene og mangelfulle rutiner. I tillegg hadde viruset
spredt seg via dråpe- og kontaktsmitte blant gjestene.

Kommuneoverlegens overveielser:

1. Vi fikk til et godt samarbeid mellom Mattilsynet, Folke-
helseinstituttet, kommunchelsetjenesten.
2. Vi taklet pressen bra. Jeg er personlig godt fornøyd med å
ha gitt generelle råd vedrørende hygiene, og å ha vært
tydelig og konkret i svarene mine. Jeg mener også at det

er viktig å være imøtekommende, gjerne i forkant, og
være kort og konsis i ens uttalelser. Befolkningen trenger
god, enkel og tydelig helseinformasjon.

3. Vi fikk til et godt samarbeid med hotellet, som var sam-
arbeidsvillig og fulgte våre råd, selv om de fikk mange
utfordringer. De har i ettertid fulgt godt opp sine forbe-
dringspunkter med hensyn til ulike rutiner.
4. Angående melderutiner fungerte dette bra, bortsett fra at
jeg hadde ønsket å få melding den natten det hele startet.
Kommuneoverlegen (evt. smittevernlegen) skal alltid ha
melding om en nyoppstått smittesituasjon. Det kan fort
glippe med å gi kommuneoverlegen beskjed, når en står
midt oppe i en akutt situasjon. Vi har i ettertid gått
gjennom og forbedret våre melderutiner. Vi har også
inngått gjensidige avtaler med Mattilsynet rundt felles
saker, et arbeid som var igangsatt før denne hendelsen.
Det er ubehagelig å få første melding fra pressen – noe
som ikke er uvanlig, men ofte realiteten i dagens medie-
samfunn, og noe vi må forholde oss til.

GODE RUTINER ER VIKTIG

STYRINGSSYSTEMETS PRINSIPPER



2. GJØR DET DU SA DU SKULLE GJØRE



3. SE ETTER AT DU HAR
GJORT DET DU SA DU
SKULLE GJØRE

4. STYRINGSSLØYFEN ER IKKE AVSLUTTET
FØR PAPIRARBEIDET ER GJORT



FIGUR: UNIPRINT SCHERHEIM

5. Angående smitteoppsporing har vi flere forbedringsområder. Det er viktig at både fastleger og sykehus tar alle aktuelle prøver med tanke på smitteoppsporing når vi har å gjøre med denne type infeksjonssykdom. Det er sjelden nødvendig for behandling og oppfølging av den enkelte pasient, men høyst nødvendig for oppklaringen av en slik smittesituasjon. Her har vi et godt eksempel på hva som skiller allmennmedisin fra samfunnsmedisin.
6. Generell helseinformasjon til befolkningen er viktig. Smittevern bør settes på dagsorden oftere, og vi som kommunehelsetjeneste – både fastleger og kommuneoverleger – kan med fordel samarbeide om felles rutiner og informasjon. I Ullensaker og Gjerdrum planlegger vi «helsedager» med blant annet smittevern som tema.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Unni.Berit.Schjervheim@ullensaker.kommune.no

Norovirus tilhører familien Caliciviridae, og har tidligere vært kjent under navn som Norwalk virus og calicivirus – og selve sykdommen under navnet «winter vomiting disease». Sykdommen opptrer vanligvis som utbrudd, ofte på steder hvor folk er i nær kontakt med hverandre – som helseinstitusjoner, barnehager, cruiseskip, militærforlegninger og hoteller.

Norovirus er svært smittsomt og kun 10–100 viruspartikler er tilstrekkelig til å forårsake sykdom. Det smitter primært gjennom fekal-oral smitte, ved direkte person-til-person-smitte eller via fekal forurensede matvarer eller vann. Det smitter og fra person til person ved nærdråpesmitte ved oppkast hvor det dannes aerosoler. Virusset kan overleve i lang tid på overflater som for eksempel dørhåndtak.

De syke er mest smittsomme mens de har oppkast og diaré, men er også smittsomme i en kort periode før symptomstart og et par dager etter tilfriskning. Inkubasjonstiden er 12–48 timer.

Velkommen til kurs:

VERDIGHETSKONFERANSEN på Solstrand Hotel & Bad utenfor Bergen

TIDSPUNKT: 05.06.2009 til 07.06.2009

LÆRINGSMÅL: Øke kunnskap, engasjement og refleksjon i arbeidet for syke gamle, en svak og sårbar gruppe i vårt samfunn.

INNHOOLD: Hva mener vi med verdighet, i vårt daglige liv, som hjelpere og i våre institusjoner? Hva er god pleie, behandling og omsorg ved livets slutt. Dette er nøkkelspørsmål under konferansen og vi arbeider med dette gjennom tverrfaglige innlegg og samtaler.

MÅLGRUPPE: Leger, sykepleiere, ledere i helsetjenesten, alle interesserte

KURSARRANGØR: Forum Sykehjemsmedisin i samarbeid med Verdighetsenteret på Bergen Røde Kors Sykehjem.

KURSKOMITÉ Styret i Forum Sykehjemsmedisin og ansatte i Verdighetsenteret

GODKJENNINGER: ALLMENNEMEDISIN: 20 poeng som emne/kurs/klinisk emne/kurs i geriatri til videre- og etterutdanningen. GERIATRI: 20 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering

SAMFUNNSMEDISIN: 20 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering.

KURSAVGIFT, HELE KONFERANSEN:

Medlemmer i Forum Sykehjemsmedisin: 3400 kr. Ikke medlemmer: 3800 kr

KURSAVGIFT FOR ENKELTDAGER

Medlemmer i Forum Sykehjemsmedisin: 1500 pr dag. Ikke medlemmer: 1900 pr dag

ANTALL DELTAGERE: Max 180.

PROGRAM OG PÅMELDING: www.verdighetskonferansen.no eller kontakt Inger Wilhelmsen Seljestad, koordinator, tlf 55 39 77 41 / 416 36 184 og e-post:

koordinator@verdighetsenteret.no.

*Vi sees på
Solstrand
– du er
hjertelig
velkommen!*

 **FORUM**
sykehjemsmedisin



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE



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 engangsdråper 1%: En engangsdråpe 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 engangsdråpe 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.

Om samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinerens plass i medisinen og i samfunnet

AV BETTY JOHANNE PETTERSEN

Endringer i finansiering og økonomiske betingelser, mer komplekse helsetjenester med behov for samhandling, og nye helseutfordringer inkludert økende sosial ulikhet i helse representerer store utfordringer, kanskje spesielt for kommunene. Den lokale samfunnsmedisinen har vært og er ansett som viktig for å mestre disse utfordringene (1) og yrkesgruppen er derfor utfordret både i forhold til kapasitet, kompetanse, funksjon og yteevne. Det har samtidig vært beskrevet konflikter, dårligere trivsel, høyere jobbstress, profesjonell usikkerhet og mindre autonomi enn for andre leger. Det har vært stor utskifting i stillingene (2–6), og flere offentlige utredninger har forsøkt å finne løsninger for den situasjonen kommunene og deres samfunnsmedisinere står i.

I denne artikkelen vil jeg redegjøre ganske kort for noen av funnene i en langsgående spørreundersøkelse blant kommunale samfunnsmedisinere i 1994, 1999 og 2002. Undersøkelsene inkluderte kommunelege I, kommuneoverlege, bydelsoverlege, distriktoverlege og stedfortreder for disse, helsesjefer som er leger, smittevernleger og ellers alle leger som vi har fått opplyst arbeidet med samfunnsmedisinske oppgaver samt spesialister i samfunnsmedisin som ikke lenger var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 1999 og 2002, men som vi visste hadde vært det i henholdsvis 1994 og 1999.

Jeg vil diskutere måter å forstå funnene på, spesielt hvordan kombinasjonsstillinger og profesjonssosiologiske mekanismer bør vurderes i forhold til de utfordringer samfunnsmedisin har vært i. En mer detaljert gjennomgang av både teori for studien og av funn finnes i mitt doktorgradsarbeid (7).

Noen hovedfunn

På tross av at det ble registrert flere stillinger og at flere leger var involvert i samfunnsmedisinsk arbeid, ble det samfunnsmedisinske arbeidet for hver enkelt redusert fra 1994–1999 og til 2002 (i gjennomsnitt 2,6 timer per uke), mens tid brukt til kurativt arbeid økte (8). Dette ble estimert til en reduksjon på 3,7 prosent i totalt samfunnsmedisinsk arbeid på nasjonalt nivå. Reduksjonene var størst for miljø-



Betty Johanne Pettersen

Cand. med 1986, MPH 1989, spes. i samf. med. 1997, Dr. med. 2008. Privatprakt. og kommunal allmennlege 1988–91/kommunelege i 1990–91 i Hadsel. Prosjektleder/forsker Folkehelse 1991–95. Ass. lege psykiatri 1995–98. Forsker/stipendiat/lektor NTNU/Univ i Tromsø fra 1998. Kommunelege i Vestvågøy kommune fra 2005, p.t. forskningsopphold ved Loma Linda University, California.

rettet helsevern og for administrativt arbeid. Leger i kombinasjonsstillinger (samfunns- og allmennmedisin, rundt 90 prosent alle tre årene) brukte i gjennomsnitt 35 prosent av sin totale arbeidstid på samfunnsmedisinske oppgaver i 1994 og 30 prosent i 1999 og 2002. I tillegg brukte de rundt ti prosent på offentlige allmennmedisinske oppgaver.

Forandringene i arbeidstidsbruk var avhengig av alder og kjønn, spesialitet i samfunnsmedisin, avlønningsform og kommunestørrelse og om samfunnsmedisinsk arbeid var kombinert med klinisk arbeid eller ikke. Dette vil blant annet si at de eldste og menn hadde en høyere andel samfunnsmedisinsk arbeid, på samme måte som de med spesialitet i samfunnsmedisin, de som var på fastlønn for sitt kliniske arbeid og de som arbeidet i større kommuner arbeidet mer samfunnsmedisinsk. Samfunnsmedisinerne reduserte sin tid i administrasjon og ledelse, og andelen som hadde linjeansvar og antall deltjenester de hadde linjeansvar for gikk ned i perioden (9). Det ble færre med spesialitet i samfunnsmedisin i de aktuelle stillinger.

Heller økt arbeidstid i samfunnsmedisin?

De helsemessige utfordringer som man sto ovenfor gjennom nittitallet økte, parallelt med økt bevissthet omkring forebyggende medisin og miljørelaterte faktorer betydning i forhold til helse og trivsel. Dette skulle tilsi en forventet økning i lokalt samfunnsmedisinsk arbeid utført av leger. Nasjonal politikk og internasjonalt og nasjonalt utviklingsarbeid kunne ha inspirert og drevet frem lokalt samfunnsmedisinsk arbeid. Dette skjedde tydeligvis likevel ikke. En viktig grunn kan være at kommunene ikke



hadde en folkehelsepolitikk som omfattet hvordan man kunne bruke samfunnsmedisineren i dette arbeidet. Men andre grunner må også vurderes. En viss utvikling av flerfaglig og tverretattlig folkehelsearbeid foregikk, ved at ingeniører og folkehelsekoordinatorer med ulike profesjonsbakgrunn overtok noen av oppgavene. Den positive utviklingen av arbeidsmetoder og nettverksdannelser som dette bidro med, ville etter min mening ha vært rikere og mer fremtredende med leger som aktive initiativtagere, deltagere og legitimerende kraft.

Teknisk og merkantil støtte

Redusert arbeidstid i samfunnsmedisin kan også ha hatt sammenheng med effektiviserende teknisk utstyr og merkantil bistand. Vi fant imidlertid at det på 90-tallet var en reduksjon i antall samfunnsmedisinere som hadde sekre-

tærbistand, og en økning i antallet som rapporterte at de ikke hadde nok slik bistand. Andre forskere har funnet at norske samfunnsmedisinere opplevde behov for, deres tilgang til, faktiske bruk av og opplevde nytte av vitenskapelige databaser og kunnskapsgrunnlag var lav (10–11). Dette er nedslående i forhold til faglig orientering og involvering, og viser hvor kort man var (og er?) kommet i bruk av teknologi i samfunnsmedisinernes arbeid.

Ny rådgivende funksjon

Reduksjonen i arbeidstid kan også ha vært knyttet til den tendensen man har sett i flere andre land til å redefinere samfunnsmedisineren (public health physicians/medical officers) fra *utøvende* til *rådgivende*. Denne utviklingen startet lenge før, men ble kanskje spesielt tydelig på 80-tallet. Studier av politiske og administrative prosesser på

18-1900- tallet viste at den medisinske profesjonen fra å ha en relativt fremtredende plass på nasjonalt helseadministrativt- og politisk nivå, ble kontinuerlig svekket, om enn med betydelig motstand. En sosiologisk studie av helse reformer på 1980- og 1990-tallet konkluderte med at den medisinske profesjonens posisjon også *lokalt* ble nedtonet og svekket, parallelt med økt samordning mellom lokale helsetjenester og de øvrige velferdstjenestene (12). Dette kan ha bidratt til mindre behov for samfunnsmedisinere i administrasjon og ledelse, spesielt i personaladministrasjon. På den annen side så kaller moderne folkehelsearbeid og samfunnsmedisin også i Norge på systemledelse, flerfaglig samarbeid, samhandling, partnerskapetablering og utvikling av helsepolitikk på lokalt nivå. En rådgivende posisjon, eventuelt i stab, krever formodentlig deltagelse i slike prosesser og oppgaver i like stor grad som en linjeposisjon og det er derfor ingen automatikk i redusert arbeidstid knyttet til endringen til rådgivende funksjon.

Arbeidsmiljø

Problemer i arbeidsmiljøet for samfunnsmedisinere kan ha hatt betydning for arbeidstidsbruk. I en del av studien vår fant vi at konflikter i forholdet til kommunal administrasjon og politikere var viktig for beslutningen om å slutte (13), – noe Romøren også fant tidligere (2). Dette vil jeg redegjøre mer for i en senere artikkel, og her bare kort si at samfunnsmedisinere syntes å oppleve både rollekonflikter og en ubalanse mellom autonomi, kompetanse, ansvarsmengde og tilgjengelige egne og andre ressurser. Under slike forhold er det forståelig at noen fant det vanskelig å prioritere samfunnsmedisin med liv og sjel.

Spenning mellom samfunns- og allmennmedisin?

Alle samfunnsmedisinere har erfaring fra og de fleste må i sitt arbeide forholde seg på noe vis til den kliniske medisin. Gjennom dette erfarer de det som har vært beskrevet som *spenningen* og *antipatien* mellom samfunnsmedisin (public health) og medisin (14). I utgangspunktet er dette beskrevet fra USA, som har en helt annen historie enn Norge hva angår både samfunnsmedisin og medisin, men det kan likevel være viktig å se på hva som ligger i denne beskrivelsen. Kort karakterisert dreier dette seg om forskjeller i makt, prestisje og tilgjengelige ressurser, forskjeller i ideologi, verdensbilde, politikk, arbeidsmetoder og teknologier – og forskjell i tilnærming til *hvor* og *hvordan* man skal takle problemer knyttet til sykdom og dens biologiske og sosiale konsekvenser (14). I USA beskrives *antipatien* gjennom gjensidige krasse karakteristikk: medisinen som et arrogant, egosentrisk og økonomisk fokusert felt og public health feltet som politisert (der fag ikke skal/bør være), med «politi»-metoder og med aktører med manglende intellektuell kapasitet til medisin og vitenskap. *Spenningen* dreier seg mer om forskjellen mellom individ- og populasjonsperspektivet; medisinen som «nedstrøms» og samfunnsmedisin mer «oppstrøms», og forskjellen mellom den biomedisinske sykdomsforståelse og en sykdomsforståelse basert på sosiale og miljømessige faktorer. Disse til dels skarpe kontrastene ser selvsagt bort fra den gjensidige avhengighet og interaksjon som finnes mellom feltene. Utfordringene i dette spenningsfeltet er der uansett om man selv arbeider klinisk eller ikke, men de oppleves kanskje spesielt krevende når man selv arbeider klinisk og vil



kunne ha konsekvenser for organisering av arbeidet og tidsplanlegging. Det er også en potensiell belastning at de to fagfeltene representerer forskjellige vitenskapelige fagfelt med ulike målsettinger og arbeidsmetoder, noe som krever anseelig faglig vedlikehold og oppdatering.

I Norge har kombinasjonsstillingene mellom samfunns- og allmennmedisin vært mye diskutert og i hovedsak forsvart av de fleste (15–17). Argumentene har vært legitimitet og synergieffekter i forhold til enkeltpasienter, befolkningen som helhet, allmennleger, andre helseprofesjonelle og andre kommunale aktører; at små kommuner ikke hadde nok samfunnsmedisinske oppgaver til å forsvare en høy andel samfunnsmedisin og at manglende rekruttering og stabilisering både i samfunns- og allmennmedisin tilsa kombinasjonsstillinger. Man har også henvist til at desentraliseringen av helsetjenestene har bidratt til utvikling av sterke, lokale administrasjoner med få forventninger og krav til samfunnsmedisineren i ledelsen, og kanskje også marginalisering og utfrysing. For legene har den umiddelbare kontakt med og belønning fra pasienten også vært inkludert i kombistillingene, noe som er viktig for mange leger.

De faglige, organisatoriske og tidsmessige spenninger, ambivalenser og kanskje antipatier som samfunnsmedisineren derfor gjerne har opplevd, har imidlertid vært mindre fokusert i debatten. Spesielt har man underkommunisert hvor problematisk det har vært fortløpende å prioritere tid og tilstedeværelse både i samfunnsmedisin og i klinisk medisin, noe som også ble beskrevet som bidragende årsak til å slutte i en slik stilling (13).

I dette perspektivet er det lett å forstå at et tungt og økende krav om klinisk legetilbud i primærhelsetjenesten over lang tid (18) kan ha virket inn på balansen mellom samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk arbeid for samfunnsmedisineren. Befolkningens og myndighetenes krav om mer klinisk medisin, sammen med bedre økonomiske incentiver for slikt arbeid, kan ha bidratt til at legene prioriterte klinisk arbeid, på bekostning av samfunnsmedisinsk arbeid.

Sammen med samfunnsmedisinens manglende eller uvanlige arbeidsmetoder og ofte usynlige effekter av arbeidet, kan dette forklare en mindre offensiv og verdsatt profesjonell utvikling i samfunnsmedisin enn i allmennmedisin. Dette representerer en vond sirkel for samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinere, – som sannsynligvis fører til ytterligere redusert profesjonell selvrespekt, motivasjon og engasjement, med ytterligere orientering mot klinisk medisin.

Avlønningsmodell

Legers samfunnsmedisinske arbeid har vært fast, offentlig avlønnnet gjennom svært lang tid, mens det allmennmedisinske arbeidet har vært enten fastlønnnet eller honorert som liberalt erverv. I 1994 var 70 prosent og i 2002 var 33 prosent på fastlønn for allmennmedisinsk arbeid. Samfunnsmedisinere hadde i studieperioden derfor en todelt profesjonell posisjon og også en todelt avlønningsmetode dersom de arbeidet klinisk. Den organisatorisk ubalanse og spenning i forhold til andre kommunale aktører og legekolleger som kan følge av dette er også i liten grad analysert og kommunisert, og kan ha hindret mer omfattende tiltak i forhold til de vansker man har stått overfor.

Frem til 1984 var lønningene for samfunnsmedisinsk arbeid fordelaktig i forhold til lønnen for allmennmedisinsk, men gjennom hele studieperioden forandret dette seg, med stadig bedre økonomiske incentiver for klinisk arbeid sammenlignet med samfunnsmedisin (19). For kommunene fungerte de økonomiske incentiver på samme måte, – klinisk medisin ble betydelig bedre finansiert fra statlig hold, mens samfunnsmedisin måtte betales stort sett i sin helhet av kommunene selv, spesielt fulltidsposisjonene. Man kan kanskje si at den forlokkende kraften i klinisk medisin ble så sterk at det var vanskelig for alle parter å opprettholde fokus på samfunnsmedisinen.

Spesialitet

Samfunnsmedisinere som hadde spesialitet i samfunnsmedisin arbeidet mer samfunnsmedisinsk og reduserte innsatsen mindre, enn de som ikke hadde spesialitet. Spesialisering virket altså mot flere av kreftene for reduksjon av samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan forventes ut fra at spesialisering bør representere en høyere grad av dedikasjon til samfunnsmedisinsk arbeid. Det er på denne bakgrunn betryggende å se at spesialiseringsprogrammer blir revitalisert og at spesialiseringstakten øker etter flere års bekymringsfull stagnasjon.

Administrasjon og ledelse

Mellom 20 og 25 prosent av samfunnsmedisinerens arbeidstid ble brukt til administrasjon og ledelse, noe som viste at kommunene fortsatt brukte samfunnsmedisinerne innenfor dette feltet. Likevel hadde stadig færre budsjett- og personalansvar. De reduserte antall timer innenfor feltet og antall deltjenester de hadde ansvar for, uten at vi fant indikasjoner for mer sekretærassistans eller ny teknologi som kunne forklart mindre tidsbruk.

Dette er totalt sett betydningsfullt. Det kan illustrere et ambivalent forhold til administrasjon og ledelse i samfunnsmedisinen (20–21), men kan også være en konsekvens

av å endre rollen fra «ansvarlig» til «rådgivende», som diskutert tidligere. I et profesjonssosiologisk perspektiv er disse resultatene interessante. «Autonomi» og «dominans» er kjerneverdier for en profesjons utvikling og vedlikehold. Autonomi er i denne sammenhengen profesjonens evne til å kontrollere dens tekniske/kjernekunnskap, mens dominans er kontroll over andres arbeid innenfor det arbeidsmarked en opererer. I Norge har den medisinske profesjonen fortsatt høy grad av autonomi, men samfunnsmedisinere noe mindre enn andre leger (6). Dette kan være relatert til den tverr- og multifaglige karakteren til samfunnsmedisin, og også til de indirekte arbeidsmetodene, der samfunnsmedisineren er mer premissleverandør enn beslutningstaker. Med en svakere posisjon som følge av lang tids politiske og administrative prosesser, kan redusert tid og spenn i administrasjon og ledelse ha svekket «dominans» ytterligere. Dette er sannsynligvis verken forstått, intendert eller en ønsket utvikling for profesjonen og bør bearbejdes internt.

Det administrative spennet som «ble igjen» til de fleste samfunnsmedisinere var i stor grad klinisk og individrettet (allmennleger, fysioterapeuter, helsesøstre). Dette kan bekrefte det som er sagt internasjonalt om at «public health management» er blitt mer helsetjenesteledelse enn ledelse for helse («public health management or health of the population's management») (22). Dette peker på at man må diskutere hvorfor samfunnsmedisineren skal være leder for hvem, – og hvordan, og det må gjøres ut fra en avklaring med dem som skal ledes. For eksempel er forholdet til lokal allmennmedisin underkommunisert og uavklart.

Andre profesjonssosiologiske forståelsesmåter?

Profesjonssosiologien byr på interessante forståelser av utviklingen i kommunal samfunnsmedisin, men her må omtalen klart begrenses, under henvisning til referansene (7, 20, 23–26). I følge profesjonssosiologien søker profesjoner å stabilisere sine posisjoner og privilegier, gjennom strategier for å beholde eksklusiv rett til arbeidsoppgaver, posisjoner og kontroll over utførelse av oppgaver. Profesjoner er regulert av eksterne krefter, ofte myndigheter, og interne krefter og tiltak. Typen og styrken i slike regulerende mekanismer endres over tid, – gjerne i forhandlinger; med en veksling mellom tilpasnings- og kompensasjonsmekanismer, for å beholde balansen i profesjonen eller mellom profesjonen og dets miljø.

Samfunnsmedisinen kan plasseres i en utsatt posisjon «i utkanten» av den medisinske profesjonen, der myndighetenes og andre aktørers rolle i regulering av profesjonens makt og posisjon kjennes mer enn for de grupper av profesjonen som lever et mer «beskyttet» liv i de indre, mer

avklarte og tradisjonsrike deler av profesjonsfeltet. Samfunnsmedisinere opplever stadig hvordan deres kunnskap og arbeidsmetoder ikke lenger er «eksklusive» for dem («kunnskapsmonopolet» trues), men må deles med andre aktører, og at de må forholde seg til beslutningsprosesser som ikke ligner det profesjonen har forutsatt. Spillet omkring arbeidstid og ansvar og myndighet for samfunnsmedisinere kan ut fra en slik forståelse antas å være myndighetene (og andre yrkesgrupper) sitt arbeid for å få kontroll med legeprofesjonens privilegier og makt. Det kan være at resten av profesjonen bør bli mer oppmerksom på hvordan «frontkjempene» samfunnsmedisin(eren) klarer å takle slike utfordringer, ikke bare for samfunnsmedisinen og – medisinernes del, men for stabiliteten også i den øvrige profesjon.

Profesjonene kan også sies å utvikles som en del av statsapparatet, – profesjonene reagerer og tilpasser seg utviklingen av myndighetenes institusjoner, lover, regler og politikk. I forhandlinger og reguleringer kan man identifisere nesten et symbiotisk forhold mellom dem. Slik jeg ser det har de sentrale myndighetene vært mer enn gjennomsnittlig interessert i samfunnsmedisinen, – til og med gått langt inn i eksklusive profesjonsprosesser knyttet til utdanning, sannsynligvis fordi denne delen av den medisinske profesjonen har hatt stort potensial til å gjennomføre en del av myndighetenes målsettinger. Dessverre har det ikke vært knyttet vesentlige ressurser eller «hjelpsomme» avklaringer på de problemer profesjonen påviste som «motsvar» i forhandlingene, for eksempel i forhold til organiseringen i det kommunale apparatet. Dette kan forklares ved at det dialogiske, forhandlingspregede forholdet mellom profesjon og myndighet er punktert i Norge. Man har svært autonome kommuner som ikke forhandler med profesjonene på samme måte som de overordnede myndigheter. Kommunene har kanskje samme oppfatning av hvilke politiske målsettinger som skal prioriteres og hvordan de skal innfris. Dette er en utfordring for både sentrale og lokale myndigheter, men også et forhold profesjonen må vurdere for å finne en strategi som passer profesjonen.

Avslutning

Jeg har i denne artikkelen diskutert en del funn fra undersøkelser fra noen år tilbake. Det er ikke indikasjoner på at situasjonen er annerledes nå, men man må være åpen for det. Jeg har forsøkt å trekke frem faktorer som har betydning for samfunnsmedisinsk utvikling og som peker mot en intern faglig diskusjon og avklaring i legeprofesjonen: hva er det samfunnsmedisinere skal og vil gjøre i fagfeltet samfunnsmedisin? Hvilke konsekvenser har dette i forhold til behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse på ulike nivå i helsetjenesten, og i forhold til faglig aksept og støtte fra og



FOTO: ANNE-KRISTIN STOKKE

felles utvikling med den øvrige legeprofesjon? Det er kommet mange gode forslag til tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering, avklare roller og rydde i juridisk rammeverk, men jeg tror at det er viktig intern å bearbeide faglige spenninger og finne fagets komplementære ressurser, for gjennom det å styrke både identitet og funksjon og unngå konkurranse. Vonde sirkler må brytes. Det tror jeg både profesjonen og myndigheter vil vinne på.

Det er nok noen som har mistet troen på samfunnsmedisinen, – både internt i legegruppen og utenfor. Men oppgavene står i kø, myndighetene trenger noen som kan løse dem, faget utvikles i mange leire, det utdannes mange leger som kan rekrutteres inn, og det som nå er på gang i helsepolitikken er lovende. Så jeg er optimistisk, og tror på en ny, spennende balanse mellom samfunn og medisin. Vi må imidlertid være modige og ta noen (flere) vanskelige diskusjoner internt i profesjonen. Det vil mobilisere og frigjøre krefter til både arbeid og glede!

Jeg vil gjerne benytte anledning til å takke alle de legene som i 1994–2002 besvarte lange spørreskjema, til dels flere ganger, og har ventet tålmodig på mitt svar. Det har tatt tid, – jeg måtte gjøre det «på min måte», slik livet gav meg anledning til. Deres svar på spørreskjema har holdt meg på sporet!

Referanser

1. Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegcoordningen. Rapport nr 6/2005. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttene, 2005.
2. Romøren TI. Kommunchelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie Rapport nr. 12, 1989.
3. Kolstrup N, Sønbo Kristiansen I. Trivsel blandt læger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481–6.
4. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Nord Med 1995; 110: 65–67.
5. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3059–63.
6. Førde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger - hvor forskjellige er de? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2781–6.
7. Pettersen BJ. Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. Workload, work content, and interaction. A story of everyday life in primary health care. Doktorgradsavhandling. ISM skriftserie nr. 97. Tromsø Universitetet i Tromsø, 2008.
8. Pettersen BJ, Johnsen R. More physicians in public health: Less public health work? Scand J of Public Health, 2005; 33: 91–98.
9. Pettersen B, Hofoss D. Are public health physicians fading out of management? Eur J Public Health, Advance Access published April 4, 2007.
10. Forsetlund L, Bjørndal A. Har samfunnsmedisinere tilfredsstillende tilgang til viktige informasjonskilder? Tidsskr Nor Lægeforen. 1999; 119 (17): 2456–62.

11. Forsetlund L, Bjørndal A. Identifying barriers to the use of research faced by public health physicians in Norway and developing an intervention to reduce them. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7 (1): 10-8.
12. Erichsen V. Reformer i helsetjenesten: «Profesjonsstatens» sammenbrudd? I: Lian OS red. Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Otta: Tano Aschehoug, 1996.
13. Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinske legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Oslo: Norges Forskningsråd og Tromsø Universitetet i Tromsø. 2004.
14. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and Accommodation; Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century. *Am J Public Health* 2000; 90(5): 707-715.
15. Fugelli P, Malterud K. Allmennmedisin – alt-mulig-medisin eller veldefinert spesialitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987;107: 3043-5.
16. Ødegaard T. Om samfunnsmedisinen vilkår. *Utposten* 1997; 26: 8-10.
17. Nylenna M. Samfunnsmedisin og allmennmedisin – tid for unionsoppløsning? *Utposten* 2005;5: 32-34.
18. Johnsen R, Holstadahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1997; 117(10): 1489-92.
19. Bjørndal A, Borchgrevink CF, Johansen A. Legemarkedet i Oslo i forandring. Begrunnelser for og konsekvenser av endringer i avtaleforhold. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995; 115(22): 2794-2797.
20. Evans D. Taking public health out of the ghetto: the policy and practice of multi-disciplinary public health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* September 2003; 57:6: 959-967.
21. Davies HTO, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003; 326: 646-9.
22. Hunter DJ. Public health management. *J Epidemiol Community health* 1998; 52: 342-343.
23. Freidson E. The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human behaviour* 7: 279-290, 1983.
24. Brint S. Eliot Freidson's contribution to the sociology of the professions. *Work and occupations* 1993; 20: 259-278.
25. Haug MR. The deprofessionalization of everyone? *Sociological focus* 8: 197-213, 1975.
26. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. *International journal of health services*, 15: 161-195, 1985.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: betty@poseidon.no



C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml: Bumetanid 0,5 mg, disursamfosfodihydrat 0,5 mg, natriumdisursamfosfodihydrat 0,27 mg, sylind 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. C03C A02

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

Indikasjonen: *Injeksjonsvæske og tablett 1 mg og 2 mg:* Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsterkt diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. *Tabletter 5 mg:* Sterkt nedsatt nyrefunksjon (glomerulofiltrasjon < ca. 20 ml/minut). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Koonisk lungedrem, refraktær ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. *Injeksjonsvæske:* Hvor tydelig virkning oppstår eller der peroral behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. *Årst dose:* 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10-15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller inntil 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. *Årst nyresvikt:* 6,25-12,5 mg (12,5-25 ml) i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gir over 1-2 timer, ev. gjentatt. *Forsterkt diurese ved urolitisk operasjon:* 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. *Legemiddelfølgere:* Inntil 2 mg (4 ml) i.v., deretter justeres dose og intervall etter ønsket timedose. *Hypertensive krise:* 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. *Tabletter 1 mg og 2 mg:* 0,5-2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. 1 alvorlig tilfelle 2-4 mg daglig. Dagsdosen kan med fordel gis som flere daglige doser. *5 mg:* Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkeltdose per begrensning til 10 mg. I literatur er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. dags. **Kontraindikasjoner:** Truende eller manifest levervikt og leverkoma. Anæmi som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolem. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet uteser ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolytforstyrrelser eller ved hypovolem. Serumkalium bør bestemmes før behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokaliemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og ennsidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokaliemi hos digitaliserende pasienter. Forsiktighet uteser ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinnyttig, da loop-diuretika kan forverre diase tilstandene. Hos pasienter disponert for urinnyttig må urinnyttigkonsentrasjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diuretikabehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinmengden skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinrøret krever nøye overvåking, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Burinex kan gi uvmiddelet og merket, særlig i starten av behandlingen, som gjør at traksjonsveien kan nedsattes. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp laktase defisiensi) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta disse legemidlene. **Beskrivelsen:** Bumetanid kan forsterke ototoksiteten av aminoglykosider og andre ototoksiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gis samtidig dersom sterke medisinske grunner foreligger. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoksisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller dosering med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig seponeres eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placent:* Skal ikke brukes ved preklampsi. Farmakodynamiske effekter som elektrolytforstyrrelser, redusert plasmaalbumin og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. *Overgang i morsmelk:* Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes påvirkes ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** *Hjerte:* (>1/100): Hypokaliemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolem, hypertensjon og hypotensjon. *Alvorlige:* Muskelspasmer. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale bevar. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, vinnelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. *Injeksjonsvæske:* Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterkt sure. **Rekvisitingsveile:** *Tabletter 5 mg:* Behandlingen skal være initiert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske:* Amp.: 5 x 4 ml kr 91,80. *Tabletter 1 mg:* Espac: 100 stk. kr 146,20, 2 mg: Espac: 100 stk. kr 265,50, 5 mg: Espac: 100 stk. kr 506,40. *Ti 125/2, 27/22:* Refusjon: 125/2) Ved oppstart av behandling for ukompensert hypertensjon (ikke hypertensiv organisk, urinnyttig, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiad eller tiad i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiad i medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiad ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget hos:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hjerne og hjernebinder, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesvikt, U99 Nyresvikt koonisk, ICD, I27 Andre pulmonale hjertesvikt, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Koonisk nyresvikt, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. Vikke: Ingen spesifikt

Burinex[®]

1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:

Bumetanid. 1 mg

Lactos. monohydr.
constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også
ved nedsatt nyrefunksjon.

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

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



LEO



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

En svakhet ved mange referanser til forskning er at man ikke tar med undersøkelser der resultatene er negative. Det gir en skjevhet og kan gi en altfor sterk optimisme i forhold til effekt av tiltak og behandling. Legemiddelindustrien har bl.a. vært kritisert for det. Her bringer vi en artikkel om en studie som ikke kunne vise effekt av spritvask på sykkelighet i barnehager, mens det nylig er presentert en annen som viser effekt. Den blir kort referert av forfatteren tilslutt.

Kan spritvask i barnehager redusere fraværshyppighet?

AV GRETE DAATLAND ANDERSEN

Sykdomshyppighet hos førskolebarn øker med alderen det første leveåret, og er særlig høy for aldersgruppen ett til to år (1). I løpet av ett år vil nesten alle barnehagebarn ha hatt én eller flere infeksjoner. Slike infeksjoner fører til at barna må være hjemme, og til hyppig antibiotikabruk (2). Vi ønsket å finne ut om man med enkle hygieniske tiltak i barnehagen kunne redusere spredning av infeksjon og derved sykefravær. Andre har forsøkt bruk av papirbleier i stedet for tøybleier, vask av leker og forbedrete håndvaskrutiner for å se etter reduksjon i forekomst av sykdom. Reduksjon i fravær kan telles med større sikkerhet enn reduksjon i hyppighet av bestemte sykdommer. Spritgel reduserer antallet mikrober på hendene. Bruk av spritgel gjør også at man vasker hendene oftere (3). Vi ville på bakgrunn av disse funnene undersøke om håndvask med spritgel for både barna og de ansatte i barnehager reduserer fravær sammenliknet med barnehager hvor hendene vaskes med såpe og vann.

Materiale og metode

I intervensjonsbarnehagene ble det brukt Sterisol spritgel i tre måneder fra januar og ut mars 2006. Dette er en periode med mye infeksjoner. De brukte spritgel både fra dispenser og bordflasker. Det ble ikke gjort endringer i rutiner, bortsett fra at barna skulle desinfisere hendene også når de kom om morgenen. Tre barnehager ønsket å delta i intervensjonen. Fire kontrollbarnehager ble valgt ut fra likhet med intervensjonsbarnehagene mht beliggenhet, antall barn, alders- og kjønnsfordeling. De skulle fortsette med de samme håndvaskrutiner som før.

Det pedagogiske opplegget gjorde at alle barna, uansett alder, var i daglig kontakt med hverandre. Alle barnehagene hadde stort uteareal, og brukte omtrent like mye tid ute. Foreldrene ble informert om prosjektet gjennom et brev som ble delt ut i barnehagene. De ansatte ved interven-



Grete Daatland Andersen

Cand. med. 1988.

De siste 11 år vært kommuneoverlege og fastlege i Ringsaker kommune.

sjonsbarnehagene fikk skriftlig presisering av håndvaskrutiner fra kommuneoverlegen, og en kort presentasjon av håndvaskprosedyren.

Foreldrene i alle barnehagene fikk utdelt spørreskjema hver gang deres barn hadde vært borte fra barnehagen. Første del av skjema dreide seg om fraværstider, infeksjonens art og hva slags oppfølging som ble gitt. Foreldrene kunne krysse av for flere vanlige infeksjoner. De ble bedt om å sette kryss ved den plagen som var mest fremtredende. Diagnosen ble stilt av foreldrene selv.

Den andre delen av skjema omhandlet andre smittekilder enn barnehagen. Vi ba om svar på antall dager pr uke barnet var i barnehagen, eldre og yngre søsken, transportmåte til barnehagen, og om det var noen i familien som røkte. Styrerne i barnehagen fikk i oppgave å dele ut og samle inn skjemaene. 95 prosent av de utdelte skjemaene ble besvart. Da intervensjonsperioden var omme, fikk foreldrene til barna som ikke hadde hatt fravær, spørreskjemaer med de samme spørsmål angående bakgrunnsinformasjon. Her fikk vi tilbake svar fra alle.

Resultater

Det var 150 barn i intervensjonsbarnehagene, og 173 i kontrollbarnehagene. Laveste og høyeste gjennomsnittlig



Lett å vaske hendene med sprit. ILLUSTRASJONSFOTO: KRISTIN RUTJE

fravær og fraværsdager per barn og barnehage var 0,70 til 1,26 antall fravær og 1,76 til 4,56 fraværsdager for intervensjonsbarnehagene, og 0,70 til 1,45 fravær og 2,17 til 4,57 fraværsdager for kontrollbarnehagene i de tre observasjonsmånedene. Øvre luftvegsinfeksjon var den vanligste grunnen til fravær, mens mage/tarminfeksjon var nest hyppigst. Nærmest alle barn ble transportert til barnehagen med bil, 25 prosent av barna kom fra hjem med dagligrøykere. 31 prosent av intervensjonsbarn og 14 prosent av kontrollbarn hadde yngre søsken. 34 prosent av intervensjonsbarn og 24 prosent av kontrollbarn hadde eldre søsken. 23 barn i intervensjonsbarnehagene og 19 barn i kontrollbarnehagene oppholdt seg i barnehagen mindre enn tre dager per uke.

Diskusjon

Denne studien kunne ikke vise noen effekt av kun å erstatte såpe og vann med spritgel. Tilbakemeldingene fra barnehagene var at barna var mer ivrige etter å vaske seg med spritgel. Vi tror derfor at barna vasket seg minst like mye som før. Fraværshyppigheten var likevel ikke forskjellig i intervensjons- og kontrollbarnehagene. I begge grupper av barnehager var gjennomsnittlig fraværsdager per barn tre til fire dager i løpet av en periode på tre måneder, hvilket samsvarer med funn i en dansk studie (4).

Så langt vi har kunnet kartlegge var forhold rundt barna i intervensjons- og kontrollbarnehagene like. Det var få barn i de deltagende barnehager som oppholdt seg mindre enn tre dager per uke i barnehagen. Hvis denne andelen hadde vært høy, ville det kunne utviske effekt av intervensjonen. Man kan likevel ikke se bort fra at det kan være confounders som en randomisert studie kunne fordelt likt i gruppene.

Økt fokus på hygiene i kontrollbarnehagene er en mulig feilkilde, men det er rimelig å tenke seg at hygiene også er mer i fokus i intervensjonsbarnehagene, slik at effekten blir lik i begge typer barnehager. Svarprosenten på spørreskjema var høy i begge grupper. De foreldre som hadde barn uten fravær fikk også spørreskjema med anledning til å påføre fravær i ettertid. Dette skulle kompensere for eventuelt manglende utdeling under fraværet.

Selv om denne studien er liten, og det kan reises innvendinger, mener vi den er tilstrekkelig til å vise at det må mer til enn å skifte ut såpe og vann med spritgel for å få ned sykefraværet i barnehagene. Studier som har lyktes i å påvise effekt av hygieneprogram, har gjerne hatt regelmessige og gjentatte opplæringsprogram både for barna, foreldrene og personalet. (5). Videre studier bør derfor vektlegge den pedagogiske utfordringen når hygienen i barnehagene skal forbedres.

(forts. s. 22)

Tillegg

Det er nylig publisert en svensk studie i Acta Paediatrica med overskrift «Alcohol-based hand-disinfection reduces children's absence from Swedish day care centers». Konklusjonen på denne studien er at desinfeksjon av hender hos barna og personalet i barnehagen reduserer fravær med 12 prosent.

Vi fant ikke en slik forskjell. Den svenske studien inkluderer langt flere barn og barnehager, går over sju måneder og bruker hånddesinfeksjon sammen med vanlig håndvask. De har også månedlig gjennomgang av håndvaskprosedyren. På den måten sikret de at samme håndvaskprosedyre ble fulgt gjennom hele perioden, både hos kontrollbarnehagene og intervensjonsbarnehagene. Vår studie hadde ikke på samme måte kvalitetssikret håndvaskprosedyren. Kanskje er det der forskjellen ligger?

Litteratur

1. Lagerlöv P, Holager T, Westergren T et al. Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1620-23.
2. Nordlie AL, Andersen BM. Barn i barnehager – infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2707-10.
3. Harbarth S, Pittet D, Grady L et al. Interventional study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance. Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 489-95.
4. Mygind O, Rønne T, Søe AL et al. Comparative intervention study among Danish daycare children: the effect of illness of time spent outdoors. Scand J Public Health 2003; 31: 439-43.
5. Hedin K, Petersson C, Cars H et al. Infection prevention at day-care centres: Feasibility and possible effects of intervention. Scand J Prim Health Care 2006; 24: 44-49.

Vi takker skolerådgiver, cand. polit. sociol. Jørn Danielsberg, i Ringsaker kommune for hjelp med databearbeiding, og personalet ved barnehagene Kremmerhuset, Gaupen, Bjørkebo, Moelv, Fossen, Stavsjo og Tingnes for engasjert deltakelse.

Studien er gjort med økonomisk støtte fra Ringsaker kommune, Allmennpraktikerfondet og Antibiotika-senteret for primærmedisin ved Universitetet i Oslo.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gda@ringsaker.kommune.no

Toviaz depottabletter «Pfizer»

Muskarinerseptorantagonist.

ATC-nr.: G04B D11
DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandisid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potente CYP 3A4-hemmere, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Ved samtidig administrering av en moderat CYP 3A4-hemmer bør individuell respons og toleranse evalueres før doseøkning til 8 mg. Skal svelges hele. Kan inntas uavhengig av måltid. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, ukontrollert trangvinkelglaukom, Myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh C»). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere ved moderat til kraftig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Ventrikkelretensjon, Overfølsomhet for fesoterodin eller noen av de andre innholdstoffene, peanøtter eller soya. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømning med fare for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opprettes hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktivt metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponering. Doseavhengige antimuskariske bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariske eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trykkløse antidepressiva, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mave-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks. fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Det forventes økt eksponering av aktivt metabolitt ved samtidig bruk av moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir, grapefruktjuice, verapamil), men mindre økning enn den som er sett med potente CYP 3A4-hemmere. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-indusere (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Graviditet bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Munntørhet er mest vanlig (1/10). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, psykiske: Søvnighet. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Dysuri. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens. Hud: Utslett, tørr hud, hørsele. Vertigo. Lever: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetetthet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, søvnighet. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinveisinfeksjon, urinveisinfeksjon. Øvrige: Utmattelse, generelle lidelser. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opp til 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge virkninger. Behandling: Ev. ventrikkelkylning og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av spesifikk plasmatesterase til 5-hydroksymetyl-derivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet i fesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktivt metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktivt metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktivt metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktivt metabolitt, øker opp til hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyest 25°C, i originalpakningen. **Pakninger og priser:** 4 mg: Empac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. 8 mg: Empac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr.	ICD	Vilkår nr.
U04 Urininkontinens	-	N39.4	Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 09.06.2008

Ref. nr.: 0459-2008



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Pb 3 - 1324 Lysaker - Tlf 67526100 - Faks 67526192 - www.pfizer.no

Vanskelige spørsmål fra LEGENS FORGÅRD

AV INGER MARIE LID

Jeg har legeskrekke og tre diagnoser. Diagnosene er varige, altså det som i medisinsk terminologi kalles «kroniske tilstander». Den ene er ikke så viktig. Den andre kan være alvorlig, men har heldigvis foreløpig ikke gitt plager jeg ikke selv klarer å håndtere. Den siste sykdommen er av en art som har gjort medisinsk inngripen nødvendig. Av samme grunn innfinner jeg meg til nesten-årlig kontroll i spesialisthelsetjenesten. I løpet av de 12 år som er gått siden jeg fikk denne siste sykdommen, har jeg knapt vært hos en allmennpraktiker.

I de siste to-tre år har jeg brukt litt tid på å reflektere over hvorfor jeg ikke kontakter lege når jeg kan oppleve at det ville kunne ha noe for seg med en legetime. Den første og kanskje mest opplagte årsaken til ikke å gå til legen kan være motvilje mot å være svak og skrøpelig i en fremmeds nærvar og bli definert av andre, altså legen. Dette er en motvilje jeg deler med mange.

Hippokrates tilskrives det syn at legens oppgave er «alltid å trøste, ofte å lindre, og noen ganger å helbrede» (1). Om ikke sitatet kan spores tilbake til Hippokrates, har det fått en viss plass i historien, og finnes noe omskrevet i *Etiske regler for leger* §1, hvor det står at legen skal «helbrede, lindre og trøste». Likevel ser det ut til at det som både myndigheter og leger er mest opptatt av; helbredelse, trøst og lindring dessverre er en sjeldenhet på legens travle kontor. Det fører til at den som har kronisk sykdom lett kan bli litt betenkt i møte med sin lege. For hva nå hvis sykdommen er en man skal leve med, og som det ikke finnes helbredelse for? Kroniske sykdommer er en del av livet, men ikke alltid like lett å bære. En legetime vil noen ganger kunne hjelpe til å snakke om ulike sider ved dette livet, og drøfte prioriteringer. Snakke om hvordan en kan ta vare på gode ting og gi rom for vanskelige ting i dagligdagen, og om det å oppleve begrensninger i et samfunn som ser ut til å favorisere dem uten begrensninger. Den som ikke er på topp, skal ikke være nødt til å holde seg hjemme, men det kan være vanskelig å være til stede i et «krevende og hektisk miljø», som «stiller store krav til den enkelte» uten selv å være i toppform. Også denne type problemstillinger kunne det være fint å diskutere med legen,



Inger Marie Lid,
stipendiat.

tror jeg, hvis ikke det var for at denne allerede var i lommen på statsrådets «raskere tilbake» satsing. Raskere tilbake som hva, som frisk? Kunne man driste seg til å spørre. Mine få møter med helsevesenet, og min daglige avislesing har fått meg til å innse at de fleste er mer opptatt av behandling enn det jeg er. Også dette er en grunn til å være tilbakeholdende med å kontakte lege.

Harald Ofstad skrev allerede på 1950-tallet en bok med tittelen *Vår forakt for svakhet* (2), hvor han viser at det er en latent forakt for svakhet i samfunnet. I dag tror jeg det er mulig å se viljen til å betrakte alle som «en ressurs» som et nåtidig uttrykk for forakt for svakhet. Det er riktig at alle mennesker har absolutt verdi, og det er også riktig at ethvert subjektivt perspektiv har betydning. Hvordan pasienten opplever det å være pasient er således betydningsfullt, og å få dette perspektivet frem i lyset er en ressurs for helsevesenet. Men dette betyr ikke at alle mennesker også er en ressurs i den forstand at de kan yte i et produserende samfunn av mange aktive mennesker som bidrar til samfunnsøkonomien. Den som ikke er en ressurs i den forstand at vedkommende kan bidra, skal også ha rom og plass i fellesskapet. Noen mennesker er noen ganger mest av alt en byrde, også den som er en byrde skal være en del av mangfoldet.

En siste, og kanskje mer bagatellmessig grunn til ikke å bestille legetime, er spørsmålet til den som tar telefonen når jeg ringer, og som sitter på legens forvarelse og stiller det spørsmålet jeg aldri vet hvordan jeg skal besvare: – Hva gjelder det? Jeg vil ikke møte dette spørsmålet, jeg har ikke den fjerneste anelse om hvordan jeg skal svare. Hvis en kronisk sykdom er inne i en periode med noe forverring eller

forhøyet aktivitet, skal jeg da si det? At jeg har den og den sykdommen, som jeg har hatt i så og så mange år, og nå er den ikke så bra. Hva vil hun si til det? Stakkars deg, ja så, sier du det? Og hvordan vil hun si dette videre til legen, slik at legen forstå hva jeg mente?

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer er i boken Sannhet og metode (3) opptatt av forutsetninger for forståelse. Han sier at vi ikke forstår noe uten for-forståelse. Et enkelt eksempel er ordboken. Den som ikke kan et eneste ord, vil ikke kunne finne hjelp i en ordbok. For å kunne bruke en ordbok, må vi ha en forståelse av språk og kjenne betydningen av mange enkeltord. Hva er for eksempel et eple? Det er en frukt, det vokser på trær, det er rundt, det kan være rødt, grønt eller gult. Dette og liknende ting kan vi si om eplet, alle utsagn krever en forståelse utover selve utsagnet. Jeg må vite hva «frukt» er, hva et «tre» er, og hva det vil si at noe «vokser på trær», jeg må kjenne farger og former. Slik er det med alle ting, og som barn lærer vi nettopp alle disse tingene vi trenger å vite slik at vi etter hvert bruker språket stadig mer presist og kan gi ord og språk til flere forhold.

Forståelse er vanskelig og viktig. Det er derfor jeg blir så bekymret i møte med dette tilsynelatende enkle spørsmålet fra legesekretæren. Ved nærmere ettertanke er denne vanskeligheten med å gi en kort og lettfattelig beskrivelse av hva det gjelder, tror jeg, hovedgrunnen til at jeg ikke bestiller time hos legen. Jeg vet at spørsmålet vil komme, tenker igjennom hva jeg skal svare, innser at jeg ikke vet hva jeg skal si, og blir stående i forlegenhet med telefonen i hånden uten å slå legens nummer.

Siden jeg en stund nå har tenkt at jeg bør lykkes i å få bestilt en time hos fastlegen, har jeg diskutert denne saken med flere og forstått at jeg ikke er alene. Det viser seg at alle jeg har spurt kjenner seg igjen, dog uten at dette har forhindret dem i å bestille legetimen de mener å ha bruk for. At de føler en utilfredsstillelse ved å måtte late som om de på en enkel måte kan si hva behovet for legetime skyldes, biter de i seg. Leger i familie og vennekrets som jeg har diskutert temaet med, sier at spørsmålet rett og slett stilles for at legesekretæren skal få informasjon om hvor raskt den som ringer bør få tilbud om time. Dette gjør meg ikke mer beroliget, for hvor betryggende er det å få vite at personen i den andre enden av telefonen, på bakgrunn av min mer eller mindre adekvate beskrivelse av behov for time, skal plassere meg i en imaginær kø av mer og mindre plagede mennesker? Dessuten, hvis legesekretærens oppgave er å få vite i hvilken grad det haster med å få time, hvorfor ikke bare stille spørsmålet slik: Er dette noe som haster? Dette spørsmålet skal nok også jeg klare å besvare uten å komme i forlegenhet.

Referanser

1. Hem, Erlend, «Tilbake til Hippokrates?». Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 24 2003 http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=942480#footnote8
2. Ofstad, Harald «Vår forakt for svakhet: En analyse av nazismens normer og vurderinger». Oslo: Pax 10971.
3. Gadamer, Hans-Georg «Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutikk; oversættelse, indledning og noter ved Arne Jørgensen». København: Academica, 2007

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ingermarie.lid@hf.hio.no

UTPOSTEN
 lav terskel og høyt under taket

Trygg hos fastlegen og på legevakta

AV JANECKE THESEN

Legeforeningen har valgt å fokusere mesteparten av sin kvalitetsinnsats på Pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedringsutvalget er erstattet av Pasientsikkerhetsutvalget, og Kvalitetsforbedringsfondene er slått sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Fond for kvalitet og pasientsikkerhet). Dette er viktige retoriske grep i vår moderne tid.

Gjør en liten øvelse, før du leser videre. Sett deg godt til rette, et sted du kan lukke øynene. Tenk gjennom hva du ville si til din mor, eller din sønn, eller din aller kjæreste, eller din beste venn, dersom de spurte deg: Kan vi være trygge på ditt legekontor? Uansett når vi kommer dit, uansett til hvem, uansett med hva? Uansett om det er dagtid eller legevakt?

Bruk litt tid. Kunne ikke du heller svare et ubetinget og automatisk ja? Hva skal til for at du i alle fall kunne svare «ja, trygg nok!» Hvordan skal du få startet opp prosessen med å sette dette ut i livet? Hvis du setter dette ned på papi-ret er du på god vei til å drive kvalitetsarbeid.

Bruk disse tankene i neste møte med dine kolleger og samarbeidspartnere på kontoret, som utgangspunkt for kvalitetsarbeid. For trygghet hos fastlegen handler om kvalitetsarbeid, om vi nå kaller det pasientsikkerhet eller noe annet.



Janecke Thesen

Leder av Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) og leder av referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid. Spesiallege, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Fastlege ved Valestrand legekontor.

Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) har bygget videre på det arbeidet som ble gjort i arbeidsgruppa for Kvalitet i prosjektet allmennmedisin 2020, og du finner det oppdaterte strategidokumentet på våre nettsider www.kup.no. Her oppsummerer jeg hovedpunktene, og peker på noen veier videre – for norsk allmennmedisin, og for dere som jobber på ditt legekontor.

Vi mener at det ikke er grunn til å endre fastlegeordningen bortsett fra på to punkter: Kapasiteten må økes, og legevakta må reorganiseres i tråd med forslagene i Handlingsplan for Legevakt (se www.kup.no). Med dette som utgangspunkt mener vi det er tre grep som må gjøres i fastlegeordningen, og vi har oppsummert dem med ligningen under:

Kvalitet = ReP + OiH + SAK



FIG. 1

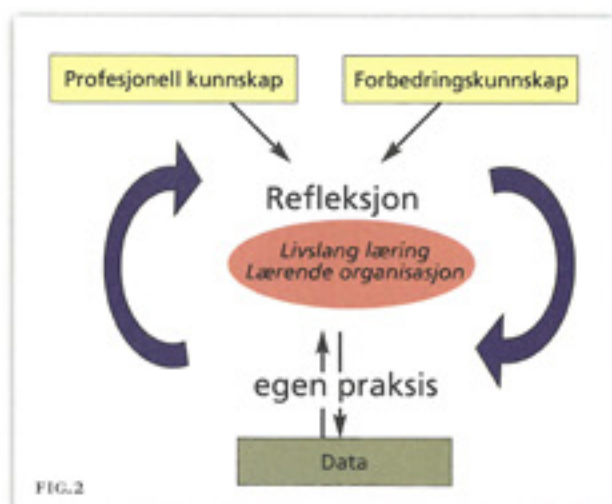


FIG.2

Sagt litt mindre kryptisk betyr dette at vi må tenke over hva det er vi gjør (ReP, Refleksjon over egen praksis), vi må ha orden i eget hus ved at organisering og viktige prosedyrer med stor risiko for feil må være nedfelt i et kvalitetssystem (OiH, Orden i eget hus), og vi må kunne få praksisstøtte for å komme igang med dette (Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling, SAK). Hvis du lurer på hva gulerøttene har i bildet å gjøre, må du vente til lenger ut i artikkelen. Disse metaforene må konkretiseres nærmere for å gi mening i praktisk kvalitetsarbeid, på ditt legekort til daglig.

Refleksjon over egen praksis, ReP (FIG 2) må skje i lys av erfaring og flere typer kunnskap – ikke minst forbedringskunnskap. Og refleksjonen må ta utgangspunkt i data fra egen praksis – som det finnes mange typer av (FIG 3). Dine egne refleksjoner over spørsmålene i innledningen av denne artikkelen kan bli til slike data, gjerne sammen med en brainstorming eller parringsintervjuer med hverandre i din praksis. Refleksjon kan finne sted på individuelt nivå, men blir alltid bedre når flere er involvert – andre kolleger for eksempel i smågrupper, og også tverrfaglig sammen med de andre på legekortet eller i lokalsamfunnet. Dette bør skje så regelmessig at legen bedriver livslang læring, og legekortet utvikler seg til en lærende organisasjon. Som resultat av ReP vil vi ofte endre måten vi utfører faglige oppgaver, noe som resulterer i nye prosedyrer eller organisering.

Men hvordan kan vi endre praksis dersom vi ikke vet hva praksis er? Det er her **Orden i eget hus, OiH**, kommer inn. OiH er metafor for et internkontrollsystem, eller enda bedre: et kvalitetssystem. Når systemet bare holder orden på alt som kreves i lov eller forskrift, f.eks i Internkontrollforskriften, kalles det gjerne et *internkontrollsystem*. Et *kvalitetssystem* er en struktur som holder orden på alt som må

eller bør være skriftlig på et legekort og som ikke angår navngitte pasienter. Eksempler er prosedyrer, avtaler, retningslinjer, beskrivelser av organisering osv. Kvalitetssystemet kan hjelpe utøveren til å praktisere godt over minimumsnivået for hva som lovlig og faglig forsvarlig. Sammen vil ReP og OiH gi god hverdagskvalitet. *TrinnVis-Kvalitet* er et slikt kvalitetssystem, et dataprogram utviklet av KUP og omtalt flere ganger tidligere i Utposten. TrinnVis Kvalitet inneholder både et kvalitetssystem og gir dessuten en trinnvis innføring i hva et kvalitetssystem er, samtidig som allmennlegen legger inn egne data. TrinnVis Kvalitet er gratis nedlastbart for alle medlemmer av Legeforeningen på www.kup.no. Det er et nyskapende kvalitetsprogram i sin første versjon, og programutviklingen er finansiert ved hjelp av et imponerende spleiselag. Det arbeides nå med å etablere en struktur som kan ta ansvaret for en supportweb, et nettsted for deling av prosedyrer, funksjoner med mere i TrinnVis, og en kontinuerlig revisjon og oppdatering av programmet.

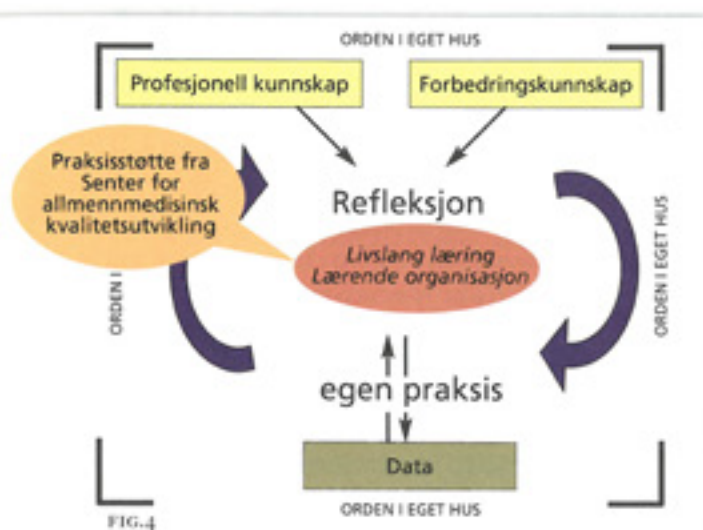
Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling, SAK er foreløpig en tenkt nyskaping. I våre naboland har offentlig sektor vært aktiv og synlig i utviklingen av medisinsk kvalitetsarbeid. Her i landet er Legeforeningen den viktigste aktøren innen kvalitetsutvikling, med kvalitetssikringsfondene, læringsnettverk i form av gjennombruddsprosjekt og spesialistreglene i allmennmedisin som viktigste virkemidler. Offentlig sektor har langt på vei vært uinteressert.

Vi mener at flere instanser bør engasjere seg forpliktende i å bygge langsiktige strategier for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin. Dersom kvalitetstenkning og kvalitetsarbeid skal bli en vane på det enkelte legekort, trenger allmennlegene hjelp i form av praksisstøtte. Vi trenger

Data fra praksis

- **Tekst**
 - historiefortelling, CI, reflekterende team, klager, nesten-hendelser, avvismeldinger, nesten-avvik, risikoanalyser, tilbakemeldinger fra brukere eller samarbeidspartnere (åpne spørreskjema, intervjuer, fokusgrupper)
- **Bilder og lyd**
 - Video-opptak, audio-opptak, fotografier
- **Tall**
 - Registrering fortløpende – audit,
 - Gjennomgang av journaler bakover i tid
 - Uttrekk fra EPJ – SEDA, NOKLUS, RAVE3. Benchmarking
 - Spørreskjema med lukkede svaralternativer
- **Sammensatte bearbeidinger**
 - Praksisbesøk, Revisjoner, Maturity Matrix, EPA, kvalitetsgjennomgang, Scaling Questions osv

FIG.3



verktøy, og vi trenger veiledere som kan komme inn utenfra. Kvalitetsarbeidet må tilrettelegges på overordnet nivå, det er for viktig til å overlates til den enkelte leges interesse og samvittighet. All erfaring med kvalitetsarbeid viser at det både må komme fra grasrota, og samtidig være forankret i ledelsen. Og ledelsen på det enkelte legekontor blir som oftest for spedt og for smått. Det bør etableres en organisatorisk struktur som kan representere kvalitetsledelsen i vårt fag (organisasjon, stiftelse, enhet, myndighet?). Det er denne strukturen som er SAK. Senteret må sikres god finansiering slik at en snarlig og bred satsing på utviklingsarbeid i allmennmedisin er gjennomførbart. Praksiskonseulentordningen (PKO), som er helsevesenets viktigste redskap til å sikre kvalitet i samhandling mellom nivåene, bør også inngå i eller samarbeide tett med SAK.

Vi foreslår at en rekke oppgaver tillegges SAK, det kan du lese mer om i strategidokumentet. Men det viktigste blir trolig å tilby praksisstøtte i form av verktøy, i form av kvalitetsveiledere som kan komme ut i den enkelte praksis for å initiere og støtte kvalitetsprosesser, og å utarbeide incentiver og finansieringsordninger for slike prosesser (fig 4).

Gulrot framfor pisk – FIG 1. Her ligger svaret på gulrotgaten. Vi har større tro på intern kvalitetsutvikling initiert av lokale problemstillinger, enn på omfattende ekstern kvalitetskontroll. Et eksempel på det siste er det engelske systemet, der inntekten legekontoret samlet får inn er avhengig av dokumentert oppfyllelse av et stort antall kvalitetsindikatorer. Men også i flere andre land etablerer man kvalitetskontroll basert på regelmessige vurderinger av store mengder data. Disse samles dels inn av praksisen selv, dels av praksisbesøkere med sjekklister som også intervjuer leger og ansatte. Flere land drøfter også akkrediteringsordninger.

Inntil det kommer sikker kunnskap om at ekstern kvalitetskontroll, utover Helsetilsynets virksomhet, bedrer allmennmedisinsk kvalitet uten for store omkostninger, vil vi fortsatt prioritere intern kvalitetsutvikling framfor ekstern kvalitetskontroll. Omkostningene kan tenkes å være mer alvorlige enn de som kan telles i kroner og øre. Tildels er vi bekymret for at et stadig fokus på en rekke indikatorer forstyrrer lege-pasient-forholdet, og gjør det vanskeligere for legen å høre pasientens bestilling. Videre at stadig fokus på hva man måles på tar for mye energi bort fra kjerneområdene i allmennmedisin: Tilgjengelig, omsorgsfull og faglig forsvarlig klinisk praksis. Eller, sagt på en annen måte: Trygghet hos fastlegen – både medisinsk-faglig, medmenneskelig og tilgangsmessig sett.

Mens vi venter på SAK har dels KUP, dels referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid tatt fatt på noe av det arbeidet vi mener SAK skal og bør gjøre. KUP har for eksempel utviklet TrinnVis Kvalitet. Videre har vi fullført prosjektet «Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin», se www.kup.no. Arbeidet er i samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin (NFA) overlevert Kunnskapssenteret, som vil utforme sitt eget implementeringsprosjekt på bakgrunn av indikatorene. Referansegruppas medlemmer har skrevet artikler og laget presentasjoner med eksempler på kvalitetsprosjekter utført i egne praksiser. Presentasjonene er laget slik at du skal kunne forstå prosessene og arbeidsmetodene og få til lignende ting i din egen praksis. Gå til www.kup.no, gå videre til referansegruppa og videre til artikler og presentasjoner. Her kan dere finne gode eksempler dersom dere vil gjøre noe med henholdsvis internkontroll, faglige feil, brukerundersøkelser, pasientjournalen, ventetid på time, drop-ins, NOKLUS-data eller telefontilgjengelighet. Vi mener ikke at dere skal gjøre det samme som oss, men at dere kan hente inspirasjon og ideer til egne prosesser her.

Videre har vi sett på nyere verktøy for kvalitetsarbeid i **Kvalitetsverktøyprosjektet**, som skal sluttføres i 2009. Her tilrettelegger og tester vi ut verktøy vi tror kan egne seg på legekontorene. Vi omtaler noen av dem her. La dere inspirere og ta evt kontakt hvis noe av dette frister!

Maturity Matrix (MM) er et kvalitetsverktøy som stimulerer til diskusjon og arbeid med organisatorisk egenutvikling av allmennlegekontoret. MM tar utgangspunkt i legekontorets egen vurdering av organisatorisk utviklingsnivå i forhold til sju utvalgte områder. Verktøyet er utviklet på engelsk i samarbeid med partnere i inn- og utland, og er oversatt til norsk. Prosessen foregår ved at hver enkelt på legekontoret fyller ut et MM skjema. Dette skjer på et avtalt kartleggingsmøte for hele kontoret der en kollega fra et



FIG. 5

annet legekantor (MM-veileder) leder en etterfølgende diskusjon. Her skal legekantoret enes om hvilket utviklingsnivå kantoret befinner seg på, og vurdere hvilke områder av kantorets drift de sammen ønsker å videreutvikle. Resultatet fra diskusjonen registreres elektronisk, og man kan sammenligne seg med andre legekantor i Europa. Man kan også gjennomføre en oppfølging, der legekantoret arbeider med konkretisering av ideer og tanker som kom fram på kartleggingsmøtet.

MM er testet ut ved flere legekantor i Norge av forskjellige veiledere, og er presentert på Primærmedisinsk uke og på noen andre samlinger. Verktøyet gir en god og engasjert diskusjon, forutsatt en dyktig veileder. Mer om MM kan du finne i verktøykassen på www.kup.no.

Scaling Questions, (SQ) kan brukes til konkretisering av ideer og tanker, for eksempel etter gjennomført MM, eller helt åpent, på hva som helst av problemstillinger på et legekantor. En prosess med SQ ledes av en veileder, sannsynligvis helst en som kommer utenfra. La oss ta eksempelet fra i sted: Er vårt legekantor trygt nok for pasientene våre? Både medisinsk-faglig, medmenneskelig og tilgangsmessig sett? Begynn med å beskrive hvordan legekantoret vil se ut når det er trygt nok, typisk om tre til fem år. Hva vil kjennetegne det, uttalt som en rekke positive utsagn (f.eks.: «et legekantor der alle leger og ansatte kan snakke fritt og åpent om ting som bekymrer», eller enn «et legekantor der ingen baksnakker hverandre, eller alltid er på jakt etter syndebukker»). Hold på til dere har fått en utfyllende beskrivelse etter vanlige brain-storming prinsipper. Resten av prosessen går med til at veileder stiller spørsmål og registrerer svar, for eksempel omtrent som dette: Hvis denne beskrivelsen representerer deres visjon for et trygt legekantor, dvs 10 på en skala fra 1–10, og 0 på samme skalaen representerer et så utrygt legekantor som overhodet mulig på samme skala: hvor vil dere da si at dere fungerer i dag? 4,8 sier dere? Hvorfor ikke 3 (dette får fram det som

fungerer bra, som dere kan bygge på)? Hva mer, hva mer, hva mer...? Hvorfor ikke 8 (dette får fram det som bør bli bedre, som det bør jobbes med)? Hva mer, hva mer, hva mer... Hvordan kan dere oppnå 5,0 innen neste måned (dette viser at det er ok å gå fram skritt for skritt, uten å bli overveldet av høye ambisjoner)? Hva mer, hva mer, hva mer... Og vips, så har man en plan, med tidsfrister, og noen ansvarlige som oftest melder seg selv. Etter en måned kan dere evaluere, og fortsette prosessen framover mot en tier. Eller dere kan velge å stoppe når dere er fornøyde, og fokusere på noe annet. Mer om SQ kan du finne i verktøykassen på www.kup.no.

Brukerundersøkelse med EuroPEP/NorPEP-metodikk ble publisert her i Utposten i fjor høst. Det bruker en norsk versjon, NorPEP, av et europeisk spørreskjema EUROPEP, utviklet i WONCA-Europe sitt kvalitetsutvalg EQuIP. Legene ved legekantoret fikk en rekke aha-opplevelser, og syntes det var en uventet hyggelig oppgave å dele ut skjemaene pga anerkjennende bemerkninger fra pasientene. De fikk i gang en prosess der de ble bevisstgjort om hvordan legesenteret fungerte, og hva de ville forsøke å oppnå videre framover. Se referansegruppas hjemmeside, gjerne via www.kup.no

RAVE3 er et elektronisk uttrekksprogram fra EPJ som er tatt i bruk i Sverige, og som vi tester ut i WinMed-praksiser. Det prinsipielt forskjellige med dette programmet framfor for eksempel NOKLUS uttrekksprogrammer, er at rapportene er tilgjengelige for legekantoret med det samme. Man slipper dermed ventetiden på at rapporten bearbeides sentralt. Samtidig kan man velge å sende en del data sentralt, for eksempel til diabetes-registeret, og få tilbake regionale og/eller nasjonale tall for benchmarking.

Fristet vi deg litt? Bra, da er hensikten med denne artikkelen oppnådd!

En digresjon til slutt: Allerede i 1976 fokuserte Utposten på trygghet på sin forside (FIG 5). Den viste Peter F Hjorts forslag til fane for primærtjenesten: Orienteringsflagget i rødt og hvitt med ett eneste ord for å symbolisere vår ideologi: TRYGGHET. Det var lenge før noen hadde hørt om forbedringskunnskap. Så vi er nok på rett spor!

Dokumentene jeg refererer til ligger alle på www.kup.no, eller på nettsidene til referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid, lettest tilgjengelig via www.kup.no

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Janecke.Thesen@isf.uib.no

Helseradio og varsling

ved rød respons sett fra AMK

AV JESPER BLINKENBERG (Nklm), ÅGE JENSEN (KoKom) OG KENNETH PRESS (Nklm)

Varsling ved akuttmedisinske hendelser og bruk av helseradio er ofte tema

når akuttmedisin utenfor sykehus diskuteres. Varsles legen på vakt, eller varsles hun ikke?

Kanskje hun ikke svarer på helseradioen men bruker privat mobiltelefon. Er det slik at noen steder varsles kun ambulanse? Er det når luftambulansen rykker ut at legevaktlegen ikke varsles?

Dette er noen av spørsmålene vi ønsket å få svar på i dette prosjektet.

Bakgrunn

I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus(1) § 4 2. ledd heter det:

Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

Dagens kommunikasjonsnett («helsedionettet») er et analogt radiosystem. Nettet ble etablert på 90-tallet, og står nå foran utskifting. I prinsippet vil samme bestemmelse videreføres i det nye nødnettet.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) undersøkte organisatoriske forhold ved norske legevakter i 2005 (2). Man fant at legen i 16 prosent av landets kommuner *aldri* bruker helseradioen til å motta og kvittere for anrop ved lege/ambulansealarm. Halvparten av kommunene rap-

porterte at de *alltid* brukte helseradioen til å motta og kvittere for anrop ved lege-/ambulansealarm, men det var store forskjeller etter størrelsen på kommunen. I både små og mellomstore kommuner var 58 prosent *alltid* tilknyttet helseradioen, mot 19 prosent i de store kommunene.

Samme undersøkelse om organisatoriske forhold ved legevakter ble gjort i 2007 (3). Denne gang viser undersøkelsen at legene i 17 prosent av landets kommuner *ikke* bruker helseradioen, mens 10 prosent svarte at legen brukte helseradioen av og til, 20 prosent oftest og 53 prosent alltid.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nklm ønsket i dette prosjektet å se på problemstillingen rundt varsling av lege og ambulanse fra AMK-sentralens ståsted. Vi ville registrere i



FOTO: KARI NYGRENBERG

hvor stor grad AMK-sentralen sender alarm til lege via helseradionettet og hvilke faktorer som har en sammenheng med bruk av helseradionettet for varsling av lege og ambulanse. Videre ønsket vi å undersøke hvilke rutiner AMK-sentralene har for varsling av lege ved rød respons, med særlig vekt på de kommunene der helseradioen ikke blir brukt.

Materiale og metode

Vi har foretatt to undersøkelser/kartlegginger.

1. Registrering av bruk av helseradionettet til varsling og kvittering av lege og ambulanse ved røde responser i AMK-sentralene
2. Intervjuundersøkelse ved AMK-sentralene om rutiner for varsling av lege og ambulanse ved rød respons

REGISTRERING AV VARSLING VED RØD RESPONS

Det ble sendt ut brev med informasjon om prosjektet til lederne ved landets AMK-sentraler. AMK-sentralene ble bedt om å registrere alle røde responser, om lege og ambulanse ble varslet via helseradionettet, og om de kvitterte på varslingen via helseradionettet. Videre ble det registrert om luftambulansen ble varslet. Dato, tidspunkt og kommune ble også registrert. Registreringene fant sted i uke 6–11 i 2008.

Dataene ble ført på papirskjema og analysert i statistikkprogrammet SPSS.

SPØRREUNDERSØKELSE VED AMK-SENTRALER

Vi gjennomførte et strukturert telefonintervju ved alle landets AMK-sentraler. Etter avtale med lederne i sentralen ble en operatør intervjuet om hvordan lege og ambulanse i hver enkelt kommune blir varslet ved rød respons. To av prosjektdeltakerne foretok intervjuene i perioden fra ultimo februar til og med juni 2008. Svarene ble ført direkte inn i Acces database og analysert i SPSS.

Resultater

REGISTRERING AV VARSLING OG KVITTERING VED RØD RESPONS
Vi mottok registreringer fra 14 av 20 AMK-sentraler¹ og det ble registrert til sammen 1584 røde responser.

Varsling og respons

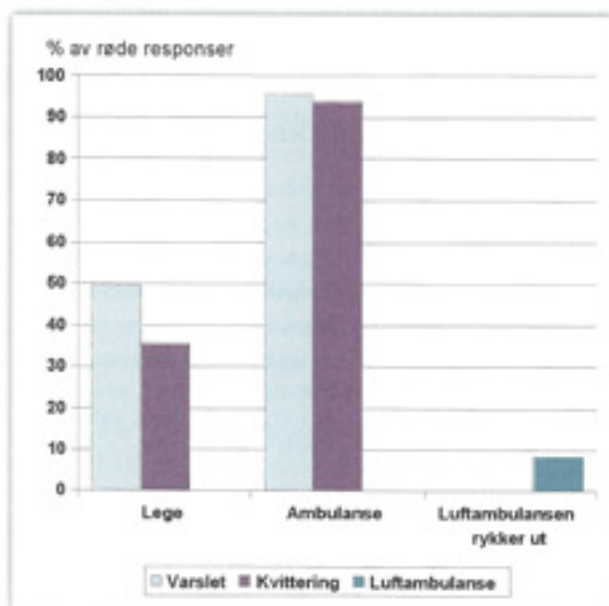
Registreringen viste at ambulansen nesten alltid varsles og kvitterer for melding via helseradionettet, mens lege varsles via helseradionettet i ca halvparten av tilfellene og kvitterer for melding i noe mindre grad. Vi vet ikke om legen ble varslet på annen måte i de tilfellene AMK ikke har varslet lege via helseradionettet, eller om legen kontaktet AMK på annen måte i de tilfellene legen ikke kvitterte på meldingen via

helsedionettet. Luftambulansen rykket ut ved 133 (8 prosent) hendelser, og i disse var lege i kommunen varslet i 97 (73 prosent) tilfeller. Det er altså ikke slik at lege i kommunen ikke varsles fordi luftambulansen blir varslet om oppdraget.

TABELL 1

	Lege	Ambulanse
Varsling	769 (49 pst)	1500 (95 pst)
Respons / kvittering for melding	545 (35 pst)	1475 (94 pst)

FIGUR 1: Viser hvor ofte AMK varsler (lyseblå) lege og ambulanse via helseradionettet, og hvor ofte disse kvitterer (mørkeblå) for mottatt melding via helseradioen. Den viser også hvor ofte luftambulansen rykker ut ved rød respons.



Bruk av helseradionettet i forhold til sentralitet

Vi delte alle kommunene inn i sentralitet etter Statistisk sentralbyrås inndeling:

- Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner
- Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner
- Sentralitet 2 Sentrale kommuner
- Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner

Deretter analyserte vi varsling og kvittering av melding ved hjelp av helseradionettet opp mot sentralitet av kommunen (TABELL 2). Varslingen av lege varierte mellom 42 prosent og 60 prosent i henholdsvis sentrale og mindre sentrale kommuner. Både i de minst sentrale kommunene og de mest sentrale kommunene ble lege varslet i 50 prosent av tilfellene. For kvittering av melding fra lege så vi et lignende bilde. For varsling og kvittering av ambulansen varierte varslingen via helseradionettet fra lavest i sentrale kommuner (84 prosent) til høyest i sentrale kommuner (98 prosent) med en tilsvarende tendens for kvittering fra ambulanse.

¹ Fra 05.05.08 er antall AMK-sentraler redusert til 19.

TABELL 2

Kommunenes sentralitet	Varsling (prosent)				Kvittering (prosent)			
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Sentrale	Særlig sentrale	Minst sentrale	Mindre sentrale	Sentrale	Særlig sentrale
Lege	50	60	42	50	38	47	22	37
Ambulanse	92	93	85	99	90	89	84	98

TABELL 3

Kommunenes størrelse	Varsling (prosent)			Kvittering (prosent)		
	Små	Mellomstor	Stor	Små	Mellomstor	Stor
Lege	47	62	42	32	41	33
Ambulanse	90	97	96	89	94	96

TABELL 4

	Varsling (prosent)			Kvittering (prosent)		
	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Lege	52	49	46	40	36	28
Ambulanse	96	96	93	94	94	93

Bruk av helseradionettet i forhold til kommunestørrelse

Vi delte kommunene inn i små kommuner (0–4999 innbyggere), mellomstore (5000–19999 innbyggere) og store (20000 eller flere innbyggere) og analyserte varsling og kvittering av lege og ambulanse opp mot kommunestørrelse (TABELL 3). I de mellomstore kommunene ble legene oftest varslet (62 prosent av hendelsene), mens de ble varslet sjeldnest i de store kommunene (42 prosent). Legenes kvittering for melding viste et lignende mønster på et lavere nivå. Legene kvitterte sjeldnest for melding via helseradionettet i de små kommunene (32 prosent).

Døgnvariasjon

Døgnet ble delt inn i dag (08.30–15.59), kveld (16.00–22.59) og natt (23.00–28.29), og vi fant liten variasjon i mønster for varsling og kvittering fra lege og ambulanse gjennom døgnet, dog med en tendens til mindre bruk av helseradionettet kveld og natt (TABELL 4). Denne tendensen var sterkest for kvittering fra lege.

Forskjeller mellom ulike AMK-sentraler

Da vi undersøkte varsling av lege og ambulanse ved hjelp av helseradionettet ved de ulike AMK-sentralene fant vi store forskjeller. Varsling av lege varierte fra 19 prosent til 82 prosent (FIGUR 2). Varsling av ambulanse varierte i noe mindre grad (FIGUR 3). Det var ikke samvariasjon mellom AMK-sentralenes varsling av lege og varsling av ambulanse ved hjelp av helseradionettet. Noen sentraler varslet i liten grad lege via helseradionettet mens de varslet ambulanse ved nesten alle tilfellene. Den AMK-sentralen som i minst grad varslet ambulanse ved hjelp av helseradionettet varslet lege i nesten 40 prosent av tilfellene, nesten dobbelt så ofte som de AMK-sentralene som i minst grad varslet lege via helseradionettet.

FIGUR 2

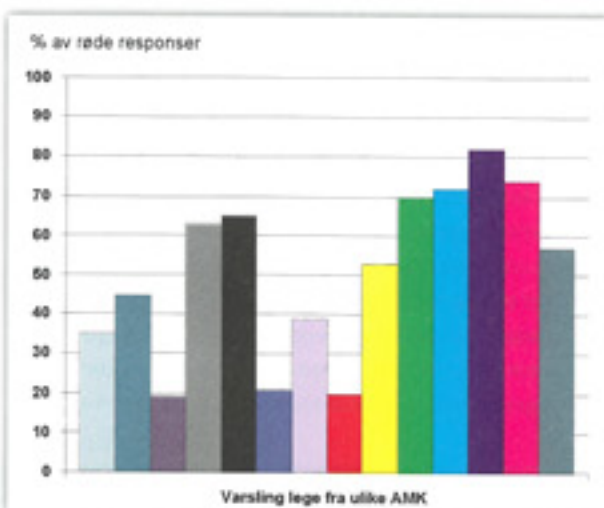
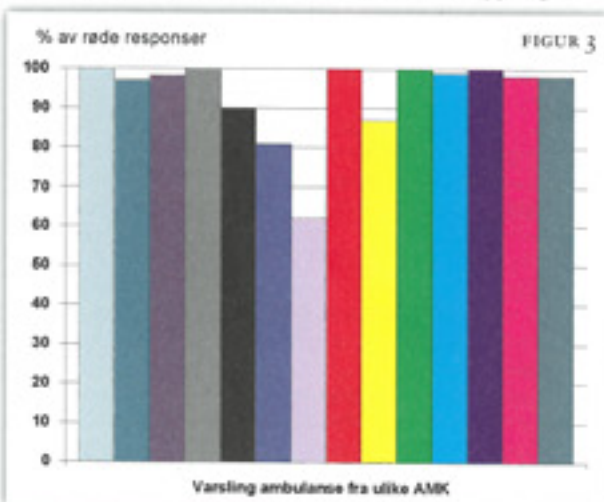


FIG. 2 OG 3 er laget slik at kolonnene korresponderer slik at f.eks. rød kolonne er samme AMK-sentral i begge figurer.



TABELL 5. Hvordan varslers AMK-sentralene lege ved rød respons i landets kommuner (n=431)*

	Hverdag (prosent)			Helg (prosent)		
	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Helseradionettet	74	67	61	67	66	61
Mobiltelefon	13	9	12	8	8	12
Fasttelefon	7	4	4	4	4	4
Via LV-sentral	9	17	18	18	18	18
Lege kontaktes ikke	9	9	10	9	9	10

*AMK-sentralene kan angi flere kontaktmåter for hver kommune. Derfor blir totalprosenten for hver kolonne (dag/kveld/natt) mer enn 100.

TABELL 6. Hvordan varslers AMK-sentralene ambulanse ved rød respons i landets kommuner (n=431)*

	Hverdag (prosent)			Helg (prosent)		
	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Lege/ambulansealarm	71	68	64	68	68	63
Ambulansealarm	4	5	5	5	5	5
Gruppeoppkall	27	31	30	31	31	30
Mobiltelefon	1	1	5	1	1	5

*AMK-sentralene kan angi flere kontaktmåter for hver kommune. Derfor blir totalprosenten for hver kolonne (dag/kveld/natt) mer enn 100.

Spørreundersøkelse AMK-sentraler

Alle (20) AMK-sentralene ble kontaktet og undersøkelsen ble gjennomført slik at en erfaren AMK-operatør ble spurt om AMK-sentralens rutiner for varslings av lege og ambulanse. Vi fikk data fra alle 431 kommuner.

Varsling av lege

Operatøren kunne angi flere måter å varsle lege på for hver kommune. AMK-operatørene svarte at de i de fleste kommuner bruker helseradionettet til å varsle lege ved rød respons (61–74 prosent) (TABELL 5). Helseradionettet brukes mindre om natten enn dag og kveld. Mobiltelefon ble brukt i ca hver tiende kommune. Lege kontaktes via LV-sentralen i større grad om kvelden og natten enn på dagtid. Lege kontaktes ikke ved rød respons i ca hver tiende kommune. Innbyggerne i disse kommunene svarer til ca 1,6 mill. av

befolkningen (jfr tall fra Statistisk Sentralbyrå 1.1.2008). Disse 40 kommunene er lokalisert i kun fem AMK-sentraler og 37 av dem hører til to AMK-sentraler.

I de kommunene der helseradionettet ikke alltid brukes til å varsle legen ved rød respons svarte AMK-operatøren at de i 19 prosent av kommunene ikke sendte alarm til lege. AMK-sentralene begrunner dette blant annet med kort responstid for ambulanse og manglende prosedyrer for varslings av lege. I bare to prosent av kommunene var det ikke dekning for helseradionettet.

Varsling av ambulanse

AMK bruker i stor grad helseradionettet til å varsle ambulansen ved rød respons. I de fleste tilfellene brukes lege/ambulansealarm, men også gruppeoppkall og ambu-

Medisinsk nødmeldetjeneste

I forskrift om krav til akuttmedisinsk tjenester utenfor sykehus blir medisinsk nødmeldetjeneste definert i § 6. «Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varslings og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten». I forskriftens § 8 står det at «de regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helse-tjenesten».

Hastegrad

I den medisinske nødmeldetjenesten opereres det med tre hastebetegnelser, grønn (vanlig), gul (haster) og rød (akutt).

Hastegrad rød (rød respons, akutt) defineres som «hastegrad for antatt for kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmes» (Kith 1996).

Ved rød respons er det viktig å få varslet lege og ambulanse hurtig og gjerne samtidig. Det gjøres i helseradionettet ved lege og ambulansealarm. Både lege og ambulansepersonell varsles parallelt og hører den talte alarmmeldingen.

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral) og legevaktsentral (LV-sentral) bruker Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp som er et kriteriebasert respons og rådgivningssystem. Operatør på AMK- og LV-sentralene fastsetter hastegrad og respons på bakgrunn av datainn-samlings (intervjusituasjon ved mottak av nødmeldingen). Det er et nært samarbeid mellom operatører på AMK- og LV-sentraler.

Varsling

Varsling ved rød respons kan skje både fra LV-sentral og AMK-sentral. Ved varslings der helseradionettet blir anvendt vil mottaker av meldingen (lege, ambulansepersonell) vanligvis svare på henvendelsen med en kvittering. «lege i Utkanten kommune har mottatt meldingen og befinner seg på legekantoret i Utkanten sentrum, kjører ut til pasienten».

lansealarm hvor legen ikke inngår i varslingen benyttes. (TABELL 6). Mobiltelefon brukes i liten grad til å varsle ambulansen, men noe mer om natten enn på dagtid og kveld. AMK-operatørene svarte at også LV-sentralene sender lege/ambulansealarm i bare fem prosent av kommunene.

Diskusjon

En svakhet ved vår undersøkelse er at vi i registreringsdelen av vårt prosjekt ikke har data fra alle AMK-sentralene. Dette kan gi en skjevhet i resultatene fra første del av undersøkelsen, særlig når vi ser hvor stor variasjon det er i resultatene mellom de ulike AMK-sentralene. Vi hadde i denne delen av prosjektet heller ikke like lang registreringsperiode ved de ulike AMK-sentralene. Likevel mener vi at resultatene våre gir en pekepinn på i hvor stor grad helseradioen benyttes ved varsling ved rød respons. Variasjonen i varsling mellom AMK-sentralene var så stor at den ikke kan forklares av feilkildene.

Undersøkelsens styrke ligger i at vi har data fra alle landets AMK-sentraler og alle landets kommuner i spørreundersøkelsen. At kun to personer har gjennomført spørreundersøkelsen reduserer variasjonen i datainnsamlingen.

Oppsummering og vurderinger

I undersøkelsen har vi undersøkt både reelle akuttmedisinske hendelser og varslingsrutinene ved AMK-sentralene. Resultatene viser at helseradionettet brukes til varsling av lege og ambulanse ved rød respons, men lege varsles i mindre grad enn det er dokumentert tidligere.

AMK-sentralene har ingen rutiner for å varsle lege via helseradionettet ved rød respons i omtrent 1/3 av kommunene. Dette er en større andel enn tidligere vist, men da er kommunene og ikke AMK-sentralene spurt.

AMK-sentralene svarte dessuten at lege ikke kontaktes ved rød respons i ca hver tiende kommune. Innbyggerne i disse kommunene svarer til ca 1,6 mill. av befolkningen. Et flertall AMK-sentraler dekker hele 37 av de 40 aktuelle kommunene.

Vi vet lite om hvilke rutiner og prosedyrer som sikrer innbyggerne i disse kommunene nødvendig helsehjelp ved akuttmedisinske hendelser.

Våre registreringer viser at hvilket AMK område hendelsen skjer, er den viktigste faktoren for om helseradionettet brukes til å varsle lege ved rød respons.

Det bør være et fortsatt fokus på varslingsrutiner ved røde responser, og faglige vurderinger bør ligge til grunn for utvikling og revidering av rutinene. Nklm har i forslag til



Fastlege Høgne Vaagland svarer på anrop over helseradioen. FOTO: JESPER BLINKENBERG

handlingsplan for legevakt (5) anbefalt forskriftsendring slik at AMK alltid skal varsle legevakt og legevaktleger ved akuttmedisinske hendelser, fortrinnsvis ved felles legeambulanse alarm til ambulanse, legevakt og vaktlege. En slik endring vil sikre en enhetlig varsling av nødvendige ressurser ved rød respons.

Referanser

1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR 2005-03-18 nr 252. http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20050318-0252.html&emne=krav*+til*+akuttmedisinske*&& (18.12.08)
2. Organisering av legevakter 2005. <http://www.unifobhelse.no/Publications.aspx?site=8&publication=155> (18.12.08)
3. Rapport registerprosjekt 2007 <http://www.unifobhelse.no/Publications.aspx?site=8&publication=154> (18.12.08)
4. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. www.legevaktmedisin.no (10.02.09)
5. Lege/ambulansealarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons. En undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). www.legevaktmedisin.no (10.02.09)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jesper.blinkenberg@isf.uib.no

ede egg – en drøm eller et mareritt?



Hvert befruktet egg har den samme sjansen til å ha like ha genfeilen.
FOTO: SCANDINAVIAN STOCK PHOTO

måneder til ett til to år. Sjansen for å lykkes er 10–25 prosent ved hvert forsøk. Dette har sammenheng med sjansen for å bli gravid med assistert befruktning samt hvilken genetisk feil familien har.

Paret må først henvises til en medisinsk genetisk avdeling for utredning. Der får de genetisk veiledning med mest mulig nøytral informasjon om risiko forbundet med behandlingen, belastning og sannsynlighet for å lykkes. Etter veiledningen kan paret utredes for familiens genetiske problem. Deretter vurderes de ved en infertilitetsavdeling for å være sikre på at de er egnet for å gjennomgå assistert befruktning. Dette gjøres selv om paret ikke har et infertilitetsproblem. Dokumentasjonen fra disse to undersøkelsene må følge med søknaden til preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda, 2). Paret kan søke selv, eller de kan gi samtykke til at den behandlende legen gjør det på vegne av dem.

PGD-nemnda, det avgjørende nåløyet

PGD-nemnda har åtte medlemmer med kompetanse innen medisinsk genetikk, genetisk veiledning, pediatri, assistert befruktning, gynekologi, transplantasjon, jus og etikk. Nemnda har i tillegg to lekrepresentanter; den ene belyser hvordan det er å leve med sykdommen, begge representerer det folkelige skjønn. Nemnda behandler hver søknad særskilt, og vedtaket er endelig.

Det viktigste kriteriet for å få innvilget søknad om PGD, er at det er stor fare for å overføre en alvorlig, arvelig sykdom fra en eller begge foreldre til et kommende barn. Nemnda vurderer sykdommens alvorlighetsgrad konkret for hver søknad ut fra antatt redusert livslengde og hvilke smerter og belastninger sykdommen kan gi barnet. De vurderer også hvilke lindrende eller livsforlengende behandlingsmuligheter som finnes (1).

Hvis paret får innvilget sin søknad, får de dekket alle utgifter i tilknytning til behandling i Norge og utlandet, også reise og opphold. Utgifter til hormonbehandling i tilknytning til den assisterte befruktningen må dekkes av paret. I 2009 utgjør det kr 19 500 (3). Vedtaket inkluderer ikke sykemelding, verken for kvinnen eller mannen, paret må selv ta opp eventuelle behov med sin behandlende lege.

Et vedtak innebærer rett til tre forsøk. Dersom det er friske befruktede egg til overs, kan disse fryses ned dersom paret ønsker det. Tilbakeføring av friske embryo fra tidligere forsøk kan avtales, og kommer i tillegg til de tre forsøkene. Det er mer informasjon om PGD på www.bion.no

PGD ble introdusert i begynnelsen av 1990-tallet, og fram til 2008 var ca 3000 barn unnfanget med PGD på verdensbasis. Fra 2008 ble det i Norge rett til begrenset adgang til PGD etter en endring i bioteknologiloven(1). I 2008 behandlet PGD-nemnda 25 søknader, av disse ble tre søknader avslått. Det foreligger ingen liste over sykdommer som gir rett til PGD, hver sak behandles særskilt. Begrunnede vedtak finnes på klagenemndas nettsider (2).

Metoden krever assistert befruktning selv om paret ikke har fertilitetsproblemer. For å unngå å få med arvemateriale fra overtallige sædceller brukes intracytoplasmatiske spermieinjeksjoner (ICSI). Forberedende undersøkelser og hormonbehandling skjer i Norge. Assistert befruktning, genetisk testing og tilbakeføring av testede friske egg skjer i utlandet, oftest i Sverige eller i Belgia.

Svarer gevinsten til belastningene?

PGD er ressurskrevende og komplisert. Kvinnen må gjennom hormonbehandling hvor eggstokkfunksjonen først nedreguleres, deretter stimuleres. Det er behov for produksjon av så mange modne egg som mulig fordi egg med genetisk feil velges bort i tillegg til at noen egg dør eller har dårlig celledeling. Mengden hormoner tilpasses hver kvinne, men er større enn ved vanlig IVF. Det er risiko for bivirkninger i ca en til to prosent av behandlingene. Den mest alvorlige bivirkningen er overstimulering av eggstokkene (OHSS). Det kan opptre i mild, middels eller alvorlig grad. I verste fall kan det ende med at kvinnen dør. Ved oppstart av hormonbehandlingen er det viktig at kvinnen får beskjed om å følge med og ta kontakt hvis hun får symptomer som hevelse i magen, smerter og uventet stor vektøkning. Ellers er hetetokter og humørsvingninger nevnt som de vanligste plagene.

For mange oppleves både prosessen og den medikamentelle behandlingen som krevende psykisk og fysisk. Likevel sier par som har gjennomgått både fosterdiagnostikk og PGD at de har opplevd PGD som mindre belastende enn fosterdiagnostikk med selektiv abort sent i svangerskapet.

Forhåpentligvis får paret minst ett befruktet egg uten den genetiske feilen som egner seg for tilbakeføring til livmoren. Det er naturlig nok stor spenning knyttet både til resultat av den genetiske undersøkelsen og om egget fester seg og utvikler seg videre i livmoren. Men paret må være forberedt på at det ikke går bra. Det kan være at alle eggene har genfeilen, eller at det ikke etableres noe svangerskap.

Det er en liten risiko for feil i den genetiske testen. Derfor tilbys parene også fosterdiagnostikk i svangerskapet, en prøve som gir ca en prosent sjanse for abort. For et par som har lyktes med å bli gravid med PGD kan det være vanskelig å velge om de skal ta fostervannsprøve eller ikke. Prøven bekrefter gentesten. I tillegg får de vite antall kromosomer, noe de ikke får ved PGD. For noen par er det positivt.

PGD kan være et godt alternativ i familier hvor den ene eller begge foreldrene har en genvariant som gir en bestemt arvelig alvorlig sykdom, eller de har en endring i sammensetning av kromosomene, for eksempel translokasjoner. I disse familiene fører den genetiske feilen til at det er stor risiko (oftest 25–50 prosent) for å få barn som arver genfeilen.

Den store fordel ved PGD er at seleksjonen skjer før egget settes inn i kvinnens livmor. Men dessverre er ikke PGD en lettvinnet løsning, derfor er det bare paret selv som kan vurdere om de ønsker og orker å starte med prosessen.

PGD kan være egnet hvis

- Sykdommen i familien er alvorlig og arvelig, og det er høy risiko for at et framtidig barn arver sykdommen
- Årsaken til tilstanden er kjent og kartlagt i familien
- De genetiske testene som skal brukes for å undersøke det befruktede egget kan etableres. De tilpasses hver familie og krever ofte blodprøver av flere familiemedlemmer
- Paret egner seg til assistert befruktning
- Kvinnen ikke allerede er gravid
- Det ikke finnes en årsaksrettet, helbredende behandling for sykdommen
- Paret er lovlig bosatt i Norge

Etiske spørsmål og utfordringer

PGD reiser mange etiske spørsmål, her viser vi til noen få av dem. I debatten som oppsto i forbindelse med forslag til revisjon av Bioteknologiloven, var spørsmål knyttet til instrumentalisering av menneskets tilblivelse og utvelgelse på grunnlag av genetiske egenskaper svært sentralt. Bioteknologilovens formålsparagraf gir en viktig ramme for etisk refleksjon. Den sier i §1 at «Formålet med denne loven er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi blir brukt til beste for menneske i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv.»

Ved PGD får vi genetisk informasjon som brukes til å velge bort befruktede egg med den aktuelle genfeilen. Hva innebærer det på kort og lengre sikt? Får vi et samfunn med plass til alle? Blir samfunnets syn på de individene som er født og lever med den samme sykdommen endret?

«Kunnskap er makt» sies det ofte. Men det forutsetter at kunnskapen gjelder forhold som individet kan ha eller får makt over. Det er langt fram før genetisk informasjon gir individet makt og mulighet til å utbedre den genetiske feilen. Informasjonen er imidlertid nødvendig for genetikere og veiledere når de skal beregne risiko for utvikling av sykdom eller vurdere en sannsynlig diagnose. Og for noen få åpner kunnskapen for nye behandlingsformer som for eksempel ezymerstatningsterapi.

For å gjøre PGD må familiens genetiske problem utredes. Det krever oftest at familiemedlemmer må spørres om å teste seg, og at familiemedlemmene får genetisk informasjon de ikke har spurt etter ut fra eget behov. Blir den genetiske informasjonen en byrde eller et gode for dem?

Ulike kulturer og religioner har forskjellig syn på bruk av PGD. Det er særlig knyttet til synet på et embryos menneskeverd, om det har gradert verdi eller ikke. For mange er det også problematisk at egg med genfeil kastes fordi de ser på ethvert embryo som starten på et menneskeliv. For andre er PGD mindre etisk problematisk enn selektiv abort etter fostervannsdiganostikk fordi deres syn er at et embryo har mindre menneskeverd enn et foster senere i svangerskapet.

Det er foreldrene som velger å søke om PGD. Når foreldrene gjør det, er det i håp om at fremtidige barn ikke skal få den sykdommen de frykter. Vi får aldri vite hvilket valg et eventuelt barn ville ha gjort selv, men vi må forutsette at foreldrenes valg representerer et framtidig barn på den beste måten.

Hva vil vi med PGD i fremtiden?

Muligheten for å velge bort befruktede egg som har en genetisk feil berører dype, eksistensielle spørsmål av stor interesse og betydning både for enkeltindivid, helseprofesjonene og samfunnet. Det er naturlig og riktig å spørre om nye muligheter automatisk innebærer at det er riktig å benytte dem. Den norske lovgivningen for PGD forbyr genetisk manipulering, genetisk screening og valg av kjønn for familiebalansering. Men hvor langt fram i tiden skal vi komme før dagens grenser er vesentlig flyttet?

Tidlig i januar 2009 ble den første engelske piken født etter PGD med genetisk testing for mutasjoner i BRCA1-genet, som gir stor risiko for brystkreft. Far er bærer av mutasjonen, og familien har opplevd mange dødsfall og mye lidelse. Dersom paret hadde blitt spontant gravide, var det 50 prosent sjanse for at barnet arvet mutasjonen. De norske fundermutasjonene har stor variasjon i penetrans med livstidsrisiko for å utvikle brystkreft som varierer fra ca 15–80 prosent. Ved høring i England om testing for BRCA1 ved PGD, kom det fram svært ulike syn på om det var riktig å genteste for sykdomsgrupper med mutasjoner som har svært varierende penetrans, og som vanligvis oppstår sent i livet. Vi kan antakelig forvente diskusjoner om testing for arvelige kreftformer også i Norge om ikke altfor lang tid.

Det er internasjonal enighet om at PGD på lik linje med prenatal diagnostikk (PND), skal begrense seg til diagnose mht arvelige endringer som kan påvirke framtidig barn i alvorlig grad (den medisinske modell). Når vi ser oppslag om uro for at PGD skal brukes for å skape «designerbarn» dreier det seg oftest om uro for at PGD kan brukes til valg av øyen- og hårfarge, kjønn, musikalitet mv. Det mangler mye kunnskap om mulighetene og begrensningene. Det uttrykkes uro for at PGD skal brukes mer og mer til valg av slike egenskaper. Slik uro bør være ubegrunnet, fordi dette

er egenskaper som er avhengig av både miljø og mange geners innflytelse. PGD vil ikke bli innvilget i Norge ut fra slike ønsker, og vi antar derfor at det er få par som vil betale store summer og starte på en så krevende prosess og med lav suksessrate uten at det er av stor betydning for dem.

Høsten 2008 kunne vi lese at et britisk firma forbereder lansering av en test som kan avsløre 15 000 genetiske sykdommer hos et befruktet egg. Testen som er planlagt innført i løpet av 2009 har populærbetegnelsen «genetic MoT», og skal koste £1500 (MoT er en type NAF-test, 5). Fører slike tilbud til at vi om kort tid får aksept for genetisk screening av embryo for svært mange sykdommer? Vi tror ikke det. Screening vil gi veldig mye informasjon, og en ting er sikkert – ingen egg vil være helt feilfrie. Blir det da noe barn?

Referanser

- 1 LOV-2003-12-05-100, Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m Kap 2A.
- 2 <http://www.klagenemnda.no/pgd-nemnda/>
- 3 NAV // Helsetjenester // Egenandeler
- 4 Guided de Wert, «Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases», Hum Repr Vol 20 (3261–3266), 2005
- 5 The Herald, 27.10.2008. Scientists poised to unveil «genetic MoT» embryos test.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bion@bion.no

Det er vanskelig å se tydelig hvilke veivalg som er best for å nå målene. FOTO: CORBIS/SCANIA



Skjønnhetens TYRANNI

AV BERIT ROSTAD

Siden midten på 1800-tallet har hver generasjon kjempet mot de gjeldende skjønnhetsideal hevder den amerikanske forfatteren Naomi Wolf (1). Skjønnhetsidealet er et produkt av industrialiseringen, fortsetter hun. Industrialiseringen skapte en gruppe av hjemmeværende middelklassekvinner med god tid og god råd, som ble forsørget av utearbeidende menn. Dette bidro til at man på 1800 ble mer opptatt av skjønnhet som et mål på kvinners verdi, og et krav til hvordan kvinner skulle se ut. Nyvinningen fotografiet gjorde at dette nye kvinneidealet ble brakt ut til alle. I 1850-årene kom de første annonser med vakre kvinner (1), og resten av historien kjenner vi. Skjønnhetsidealene er blitt mer og mer nådeløse, mer raffinerte og avanserte. I dag er skjønnhet tilgjengelig ved hjelp av utallige behandlingstilbud: kosmetisk kirurgi, kosmetiske produkter og talløse forslag til dietter som skal gjøre oss både vakrere og sunnere. Alderstegn er blitt en operabel tilstand. Riktignok er ikke rynker et alvorlig helseproblem, men belastningen og engstelsen de skaper kan gå ut over livskvalitet og mental helse (1). Kvinner kan lide av uskjønnhet, men man må lide for skjønnheten. Og når behandling er tilgjengelig er det vanskelig å argumentere mot en behandling som gir bedre helse.

Keiserinne Elisabeth av Østerrike (1837–98) var barn av sin tid, og ekstremt opptatt av sitt utseende. I 1856 giftet hun seg med keiser Franz Joseph av Østerrike 16 år gammel (2). Dette skulle vise seg å bli et ulykkelig ekteskap. For Den unge Elisabeth – kalt Sisi – var det vanskelig å tilpasse seg den rigide hoffetiketten og de langdryge seremonier ved hoffet i Wien. Hun ville ikke underkaste seg sin svigermors strenge regime som skulle gjøre henne til en disiplinert keiserinne. Keiseren var både arrogant, kjedelige og overfladisk, og Sisi led som følge av å leve med en slik mann. Hun fødte tronarvingen kronprins Rudolf og tre døtre, men de fire barna ble oppdratt av svigermoren. Sisi ble melankolsk og flyktet inn i dagdrømmer. Gjennom reiser og i sitt eget speilbilde fant hun adspredelse og trøst. Keiserinnen var oppsiktsvekkende vakker, og ble berømt for sin



Berit Rostad

Inst. for samfunnsmedisin, NTNU. Utdannet sosionom og sosiolog, med mastergrad i folkehelse og ph.d. i samfunnsmedisin. Rostad underviser i sosialmedisin, medisinsk sosiologi, kvinnehelse, sosial gerontologi og internasjonal helse ved Det medisinske fakultet i Trondheim.

skjønnhet. Hennes knelange hår var hennes stolthet, og det tok to til tre timer hver dag å stelle håret. «Jeg er slavinne av mitt hår,» skal hun ha sagt (2), og beklaget hvert hårstrå som falt av under friseringen. Alle hårstrå ble tatt vare på og oppbevart i et sølvskrin. Hennes niese skal ironisk ha bemerket at tantens hårstrå var nummerert (2). Sisi utviklet mange oppskrifter på skjønnhetsprodukter som ble fremstilt for henne av slottsapoteket. Hun eksperimenterte med kremer, lotions, tinkturer og ansiktsvann, og hadde ulike oppskrifter for å løse ulike problem. Man trodde at svette kunne føre til at man fikk fregner, og Sisi hadde en oppskrift på et eget ansiktsvann som skulle brukes til å tørke av svetten, for å hindre at dette skulle skje. Bivoks, nøtter og urter, mandelolje, rosevann, kakaosmør og planter ble benyttet i skjønnhetspreparatene. Frukt og grønnsaker ble også brukt som ingredienser i hennes skjønnhetsprodukter. Jordbær ble for eksempel brukt til ansiktsmaske. Havregrot og rått kjøtt skulle ha en foryngende effekt på ansiktshuden, rått kalvekjøtt ble lagt på ansiktet under ei maske natten over. Håret ble vasket i eggeplommer og konjakk, også dette en selvlaget hårkur.

Hennes skjønnhetsmidler kunne imidlertid også være langt mer spesielle, som slim fra snegler til pleie av ansiktshuden. Hver dag badet Sisi, ofte i damp- eller oljebad. Hun holdt alltid en meget streng diett og hadde tidvis sultekurer. Hennes fysiske aktivitet i form av rideturer og lange gåturer i slottshagen, fikk nærmest et tvangsmessig preg. Sisi hadde som mål å bli den vakreste kongelige og den beste

rytterske i verden (2). Med sine 172 cm og 50 kg (BMI 16,9) var hun meget tynn, og hennes midje ble målt til 51 cm (2), og hun levde således opp til 1800-tallets skjønnhetsideal som den magre tæringssyke, med blanke øyne, og skimrende hud (1). Hun sov på eddikdynkete håndklær, som skulle hjelpe til med å bevare slankhet, uten hodepute, som skulle bevare hennes ranke holdning. Til tross for konsultasjoner hos Europas beste tannleger, forble tennene hennes gule, noe hun forsøkte å skjule med å åpne munnen så lite som mulig når hun snakket, og ved å alltid holde et lommestørkle for munnen. Dette gjorde at det ofte var umulig å høre hva hun sa.

Ulykkelig og ensom ble Sisi plaget av søvnvansker, appetittløshet og hoste. Hennes leger diagnostiserte en lungesykdom (Lungenschwindsucht) og beordret henne til kuropphold på Madeira, i Venedig og på Korfu, eller på landsbygden i Østerrike (2). Og selv om reisene ga henne adspredelse, ble hun en rastløs reisende. «Om jeg ankom et sted og visste at jeg aldri kunne reise derfra ville selv et opphold i Paradis bli et helvete» (2). Reisene ga fritak for hofflivet i Wien som hun avskydde, og reiser ble hennes livsinnhold, godt beskrevet i hennes poetiske dagbøker.

Det var med sorg og uro at hun erfarte at evig ungdom og skjønnhet var umulig. Hun nektet å la seg fotografere etter at hun ble 40 år. Hun ble preget av de mange tragedier i familien: Datteren Sophie døde to år gammel, sønnen Rudolf begikk sammen med sin elskerinne selvmord i 1889, en søster omkom i brann, svogeren keiser Maximilian ble myrdet, og hennes venn Kong Ludwig II druknet under uklare omstendigheter (2). Etter sønnens selvmord var hun alltid kledd i sorg, og satt ubevegelig på tronen under offisielle mottagelser, marmorhvit i ansiktet, sortkledd, med sorte perler og sorte blonder.



Portrett av Elisabeth av Østerrike malt av Franz Xaver Winterhalter.

Keiserinne Elisabeth av Østerrike var ingen populær keiserinne, og ble beskrevet som kjølig og utilnærmelig; et inntrykk som ble bekreftet av hennes hyppige og langvarige fravær fra Wien. Alt endret seg da hun ble drept av en anarkist i 1898 i Genève. Minnet om den vakre keiserinnen ble hyllet, romantisert og myter florerte. Portretter av den vakre Sisi ses i dag overalt i Østerrike, på alt fra konfekt-esker og såper, til kopper, frimerker og plakater. Portrettet av keiserinnen malt av Franz Xaver Winterhalter har nærmest blitt et varemerke for Wien, byen hun helst unngikk å oppholde seg.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
berit.rostad@medisin.ntnu.no



Skjønnhetens TYRANNI

AV BERIT ROSTAD

Siden midten på 1800-tallet har hver generasjon kjempet mot de gjeldende skjønnhetsideal hevder den amerikanske forfatteren Naomi Wolf (1). Skjønnhetsidealet er et produkt av industrialiseringen, fortsetter hun. Industrialiseringen skapte en gruppe av hjemmeværende middelklassekvinner med god tid og god råd, som ble forsørget av utearbeidende menn. Dette bidro til at man på 1800 ble mer opptatt av skjønnhet som et mål på kvinners verdi, og et krav til hvordan kvinner skulle se ut. Nyvinningen fotografiet gjorde at dette nye kvinneidealet ble brakt ut til alle. I 1850-årene kom de første annonser med vakre kvinner (1), og resten av historien kjenner vi. Skjønnhetsidealene er blitt mer og mer nådeløse, mer raffinerte og avanserte. I dag er skjønnhet tilgjengelig ved hjelp av utallige behandlingstilbud: kosmetisk kirurgi, kosmetiske produkter og tallose forslag til dietter som skal gjøre oss både vakrere og sunnere. Alderstegn er blitt en operabel tilstand. Riktignok er ikke rynker et alvorlig helseproblem, men belastningen og engstelsen de skaper kan gå ut over livskvalitet og mental helse (1). Kvinner kan lide av uskjønnhet, men man må lide for skjønnheten. Og når behandling er tilgjengelig er det vanskelig å argumentere mot en behandling som gir bedre helse.

Keiserinne Elisabeth av Østerrike (1837–98) var barn av sin tid, og ekstremt opptatt av sitt utseende. I 1856 giftet hun seg med keiser Franz Joseph av Østerrike 16 år gammel (2). Dette skulle vise seg å bli et ulykkelig ekteskap. For Den unge Elisabeth – kalt Sisi – var det vanskelig å tilpasse seg den rigide hoffetiketten og de langdryge seremonier ved hoffet i Wien. Hun ville ikke underkaste seg sin svigermors strenge regime som skulle gjøre henne til en disiplinert keiserinne. Keiseren var både arrogant, kjedelige og overfladisk, og Sisi led som følge av å leve med en slik mann. Hun fødte tronarvingen kronprins Rudolf og tre døtre, men de fire barna ble oppdratt av svigermoren. Sisi ble melankolsk og flyktet inn i dagdrømmer. Gjennom reiser og i sitt eget speilbilde fant hun adspredelse og trøst. Keiserinnen var oppsiktsvekkende vakker, og ble berømt for sin



Berit Rostad

Inst. for samfunnsmedisin, NTNU. Utdannet sosionom og sosiolog, med mastergrad i folkehelse og ph.d. i samfunnsmedisin. Rostad underviser i sosialmedisin, medisinsk sosiologi, kvinnehelse, sosial gerontologi og internasjonal helse ved Det medisinske fakultet i Trondheim.

skjønnhet. Hennes knelelange hår var hennes stolthet, og det tok to til tre timer hver dag å stelle håret. «Jeg er slavinne av mitt hår,» skal hun ha sagt (2), og beklaget hvert hårstrå som falt av under friseringen. Alle hårstrå ble tatt vare på og oppbevart i et sølvskrin. Hennes niese skal ironisk ha bemerket at tantens hårstrå var nummerert (2). Sisi utviklet mange oppskrifter på skjønnhetsprodukter som ble fremstilt for henne av slottsapoteket. Hun eksperimenterte med kremer, lotions, tinkturer og ansiktsvann, og hadde ulike oppskrifter for å løse ulike problem. Man trodde at svette kunne føre til at man fikk fregner, og Sisi hadde en oppskrift på et eget ansiktsvann som skulle brukes til å tørke av svetten, for å hindre at dette skulle skje. Bivoks, nøtter og urter, mandelolje, rosevann, kakaosmør og planter ble benyttet i skjønnhetspreparatene. Frukt og grønnsaker ble også brukt som ingredienser i hennes skjønnhetsprodukter. Jordbær ble for eksempel brukt til ansiktsmaske. Havregrot og rått kjøtt skulle ha en foryngende effekt på ansiktshuden, rått kalvekjøtt ble lagt på ansiktet under ei maske natten over. Håret ble vasket i eggeplommer og konjakk, også dette en selvlaget hårkur.

Hennes skjønnhetsmidler kunne imidlertid også være langt mer spesielle, som slim fra sneglar til pleie av ansiktshuden. Hver dag badet Sisi, ofte i damp- eller oljebad. Hun holdt alltid en meget streng diett og hadde tidvis sultekurer. Hennes fysiske aktivitet i form av rideturer og lange gåturer i slottshagen, fikk nærmest et tvangsmessig preg. Sisi hadde som mål å bli den vakreste kongelige og den beste

rytterske i verden (2). Med sine 172 cm og 50 kg (BMI 16,9) var hun meget tynn, og hennes midje ble målt til 51 cm (2), og hun levde således opp til 1800-tallets skjønnhetsideal som den magre tæringssyke, med blanke øyne, og skimrende hud (1). Hun sov på eddikdynkede håndklær, som skulle hjelpe til med å bevare slankhet, uten hodepute, som skulle bevare hennes ranke holdning. Til tross for konsultasjoner hos Europas beste tannleger, forble tennene hennes gule, noe hun forsøkte å skjule med å åpne munnen så lite som mulig når hun snakket, og ved å alltid holde et lommestørkle for munnen. Dette gjorde at det ofte var umulig å høre hva hun sa.

Ulykkelig og ensom ble Sisi plaget av søvnvansker, appetittløshet og hoste. Hennes leger diagnostiserte en lunge-sykdom (Lungenschwindsucht) og beordret henne til kuropphold på Madeira, i Venedig og på Korfu, eller på landsbygden i Østerrike (2). Og selv om reisene ga henne adspredelse, ble hun en rastløs reisende. «Om jeg ankom et sted og visste at jeg aldri kunne reise derfra ville selv et opphold i Paradis bli et helvete» (2). Reisene ga fritak for hofflivet i Wien som hun avskydde, og reiser ble hennes livsinnhold, godt beskrevet i hennes poetiske dagbøker.

Det var med sorg og uro at hun erfarte at evig ungdom og skjønnhet var umulig. Hun nektet å la seg fotografere etter at hun ble 40 år. Hun ble preget av de mange tragedier i familien: Datteren Sophie døde to år gammel, sønnen Rudolf begikk sammen med sin elskerinne selvmord i 1889, en søster omkom i brann, svogeren keiser Maximilian ble myrdet, og hennes venn Kong Ludwig II druknet under uklare omstendigheter (2). Etter sønnens selvmord var hun alltid kledd i sorg, og satt ubevegelig på tronen under offisielle mottagelser, marmorhvit i ansiktet, sortkledd, med sorte perler og sorte blonder.



Portrett av Elisabeth av Østerrike malt av Franz Xaver Winterhalter.

Keiserinne Elisabeth av Østerrike var ingen populær keiserinne, og ble beskrevet som kjølig og utilnærmelig; et inntrykk som ble bekreftet av hennes hyppige og langvarige fravær fra Wien. Alt endret seg da hun ble drept av en anarkist i 1898 i Genève. Minnet om den vakre keiserinnen ble hyllet, romantisert og myter flørte. Portretter av den vakre Sisi ses i dag overalt i Østerrike, på alt fra konfekt-esker og såper, til kopper, frimerker og plakater. Portrettet av keiserinnen malt av Franz Xaver Winterhalter har nærmest blitt et varemerke for Wien, byen hun helst unngikk å oppholde seg.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
berit.rostad@medisin.ntnu.no



Menn og psykisk helse

– et forsømt tema?

AV BERIT ROSTAD

Menn reagerer annerledes enn kvinner på kriser og helseproblemer, og det må behandlingstilbudene ta høyde for. Det mener sjefpsykolog Svend Aage Madsen ved Rigshospitalet i København. Han er aktuell som medforfatter av boken *Kend din krop, mand* – en bok av menn, for menn og til menn – som belyser «de fire store S'er» i menns liv: sunnhet, seksualitet, sport og sinn.

Svend Aage Madsen har skrevet om psykiske krisereaksjoner i *Kend din krop, mand* (1). Nylig gjestet den danske psykologen Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, hvor han underviste studentene om menns helse. I dette intervjuet med Berit Rostad utdyper han hvorfor han mener temaet fortjener større oppmerksomhet.

– Det er ikke skrevet mye om menns helse, påpeker Madsen: – Menn er generelt ikke så opptatt av helse spørsmål. Mens kvinneblader bugner av helseråd, skriver det eneste danske bladet for menn, *Euroman*, litt om helse – men ikke noe om hvordan leve med sykdom eller oppdage sykdom. I det internasjonale magasinet *Men's Health* var det viet stor omtale om 14 måter å være utro på uten at kona merker det! Betegnende var det vel også at det samme tidskriftet i dansk utgave opphørte etter et halvt år.

– Vi vet at menn oppsøker lege for sjeldent og for sent. Menn som blir alvorlig syke viser det ikke, men de kan klage ved mindre plager. Studier i Danmark har vist at menn gjennom livet bruker den allmennpraktiserende lege mindre enn kvinner, men at menn over 55 år har et høyere forbruk av sykehustjenester enn kvinner. En annen konsekvens er at menn har generelt høyere dødelighet enn kvinner av samme sykdom. I alle land er melanom 10–20 prosent hyppigere hos kvinner enn menn, men omkring dobbelt så mange menn dør av sykdommen. Menn har en overdødelighet i forhold til kvinner for alle kreftsykdommer, og kvinner lever lenger med sin diagnose enn menn. Alt er indisier på mannsrollen, sier Svend Aage Madsen.

Hva mener du med at dette skyldes mannsrollen?

– Menn er ikke så opptatt av helse. Menn kjenner ikke etter hvordan de har det. Menn skal ofre seg og prestere, det påvirker hvordan de forholder seg. Se på livsstil og helse. Fedme er jo aktuelt, ingen har lyst til å endre uheldig helseatferd, men kvinner føler at de må. I en undersøkelse vi gjorde uttrykte menn, derimot, at de var sunne og poengterte at tynne menn eldes raskere. Menn vil ikke ta sorger på forskudd, men endre livsstil når de blir syke, selv om de allerede har helseproblemer. Menns bekymring for over-

ILLUSTRASJONSFOTO: TIZIO ARONA



vekt er en annen enn kvinners. For mange menn er problemet med å få en partner, at de er seksuelt mindre attraktive og dårligere elskere. Helseprofesjoner kan ikke hjelpe med dette.

Du har arbeidet med menns psykiske helse og du skriver om krisereaksjoner i boken. Hva er spesielt med menns reaksjon på kriser?

– På den ene siden er det generelle trekk ved krisereaksjoner, men en kan ikke forvente et bestemt kriseforløp hos menn. Kriseforløp er ofte basert på kvinners beskrivelser. Det er kvinner som er villige til å bli med i undersøkelser, de deltar i krisegrupper og behandling. La meg nevne posttraumatisk stressyndrom. Bakgrunnen for denne lidelsen var oppdagelsen av «granat-sjokk» hos soldater etter den første verdenskrig, altså en riktig mannsdiagnose. Den ble videreutviklet etter hjemkomne Vietnam-soldater som hadde store psykiske problemer. Men undersøkelser viser at dobbelt så mange kvinner som menn blir diagnostisert med posttraumatisk stressyndrom i løper av livet. Dette til tross for at menn i langt større grad er utsatt for ulykker, er mer uvørne og risikopregete, og arbeider innen områder med fare for traumatiserende hendelser, som for eksempel politi og brannvesen. Det er vel nok et eksempel på at menn kommer for sjelden til helsevesenet.

Kan det være at behandlingstilbudene ikke appellerer til menn?

– Behandlingstilbudene må også ta høyde for menns måter å reagere på. Når begge i et parforhold rammes, er det mannen som trøster og ordner opp. Det passer mannen å gjøre noe når begge er følelsesmessig belastet. Menn har mindre erfaring med å være avhengige og bruke andre til løse problemer. Mannen tenker at dette må han klare selv, men mannen har også behov for å snakke. Fem ganger så mange kvinner som menn oppsøker for eksempel psykolog. I møtet med psykoterapien vil mannen ofte møte en feminin kultur, det er jo oftest kvinnelige terapeuter. Kvinnelige pasienter engasjerer seg generelt mer i det å være pasient, legger premisser og vil ha innflytelse på behandlingen, mens menn har generelt mindre forventninger fordi de har færre erfaringer. En må nøytralisere feminiseringen av behandlingsspråket, og arbeide for at mannlige behandlere tar menn i behandling. Så kan en se om det gjør noen forskjell.

Du stiller spørsmålet i boken om det finnes en særlig mannlige utgave av depresjon?

– Depresjon er gjerne omtalt som en kvinnesykdom, fordi flere kvinner blir diagnostisert og behandlet, og symptomene passer med kvinners reaksjonsmåter. Depresjon hos menn er mer preget av utagerende symptomer som sinneutbrudd, irritabilitet, aggresjon, rastløshet, lav impuls kontroll



Sjefpsykiolog Svend Aage Madsen.

og destruktiv tankegang – for å nevne noen – ofte kombinert med rusmisbruk. Mens den depressive kvinne bebreider seg selv, føler skyld og unngår konflikter, vil mannen oftere synes at andre har skylden, føle skam og heller skape konflikter.

Skal en utvide depresjonsbegrepet til å omfatte slike symptomer?

– Først må spørsmålet besvares om det nå er tale om en mannlige depresjon.

Mannsrollen er jo i endring: hviler ikke dine synspunkter mye på den tradisjonelle mannsrollen?

– Joda, det vokser frem en ny forståelse av mannsrollen. Menn har en helt annen farsrolle nå, for eksempel. Menn er blitt mer opptatt av helse og utseende, og yngre menn oppsøker helsevesenet i større grad. Vi er i begynnelsen av oppdagelsesreisen inn i menns psykiske sunnhet og sykdom og behandling av menns psykiske problemer, avslutter Svend Aage Madsen.

Referanse

1. Christensen K, Graugaard C, Bonde H, Helge JW, Madsen SA. Kend din krop, mand. Aschehoug, 2005.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
berit.rostad@medisin.ntnu.no

NORDISK KONGRES I KØBENHAVN

13.-16. MAJ 2009

AF SUSANNE REVENTLOW, *præsident for den videnskabelige komité, Nordisk Kongres*

Den praktiserende læge som central person i et komplekst sundhedssystem

Den nordiske kongres i København i maj er ved at tage form. Kongressen i almen medicin giver alle nordiske praktiserende læger mulighed for at formidle og initiere faglig viden om almen praksis i Norden. Som deltagere får I god mulighed for at medvirke, hvad enten I er oplægsholdere eller delegerede. Det er vigtigt at være med – og være med til at skabe et inspirerende klima under kongressen, så alle bibringes en god oplevelse, såvel fagligt som socialt. De nordiske kongresser kan meget vel blive et af de vigtigste faglige inspirationsfora for almen medicin i årene fremover – et tiltagende antal delegerede fra lande uden for Norden kunne vidne om dette.

Fire respekterede hovedtalere om topaktuelle emner

To internationale og to nordiske hovedtalere *Barbara Starfield* (US), *Martin Marshall* (GB), *Linn Getz* (Island/Norge) og *Mikkel Vass* (DK) vil kommentere på emner, der spænder lige fra det kliniske arbejde i praksis til de samfundsmæssige og politiske udfordringer for fremtidens almen praksis som en del af et samlet sundhedsvæsen (Martin Marshall). Udfordringerne er talrige: Ifølge Barbara Starfield vil en stærk primær sundhedstjeneste og adgang til almen praksis forøge helbredstilstanden på befolkningsniveau. Patienter med kroniske sygdomme krydser over sektorer i sundhedsvæsenet, og forskning har vist at kontinuitet i patientbehandling af kronisk syge kræver en velfungerende almen praksis og primær sundhedstjeneste. På den anden side stiller Barbara Starfield også kritiske spørgsmål til sundhedsvæsenets forebyggelsesindsats. Hvad sker der, når den praktiserende læge proaktivt tager initiativ til forebyggelse? Hvordan sikrer vi, at der ikke er u hensigtsmæssige bivirkninger af forebyggelsesindsatsen, og at forebyggelsen er til patientens bedste?

Praktiserende læger har en central rolle i behandlingen og koordineringen af omsorg til ældre og patienter med kroniske sygdomme. Den praktiserendes læges deltagelse og engagement i den ældre patients situation kan hjælpe med at forbedre samarbejdet mellem behandlere i den primære sundhedstjeneste og føre til forlængelse af både den ældres levetid og livskvalitet (Mikkel Vass).

Linn Getz behøver ikke nærmere præsentation i Norge. Linn Getz tager udgangspunkt i nyere viden, der viser eksistentielle erfarings påvirkning af individets mentale og fysiske helbred og betydningen heraf i den daglige klinik. Der er således mange udfordringer. Kom og hør svarene i København til maj!

Stort antal symposier og workshops – send abstracts!

Det står allerede nu klart, at kongressen vil byde på en bred vifte af videnskabelige bidrag inden for kongressens temaer, herunder forebyggelse, behandling af kronisk syge, komplekse helbredsproblemer, praksis som en integreret del af sundhedsvæsenet og emnet børn. Allerede inden udgangen af 2008 modtog den videnskabelige komité over 40 forslag til symposier og workshops.

Der er bl.a. planlagt en spændende ny aktivitet, hvor alle via hjemmesiden eller på kongressen kan beskrive deres forhold til/oplevelse af almen praksis i forskellige kunstneriske udtryksformer. Alle »kunstværkerne« bliver senere tema for en workshop. I den kunstneriske gade arbejdes der også på at få etableret korundervisning til kongressen.

Det færdige program vil være på hjemmesiden www.gp2009cph.com i marts måned.

Hovedsproget på kongressen er engelsk. Dette betyder, at de fire hovedtaleres præsentationer er på engelsk. I resten af programmet vil hovedparten af sessionerne være på engelsk, men der vil på alle tidspunkter være sessioner på nordisk. Flere workshops tænkes afholdt på nordisk.

Tilmelding nu!

Hvis ikke du er tilmeldt endnu, så er tiden inde til at gøre det. Efter den 31. marts stiger prisen på kongrestilmeldingen. Hvis du ønsker at bo på et af kongreshotellerne er det en god ide at registrere dig hurtigst muligt. Erfaringen viser, at sent tilmeldte ofte får bookingproblemer.

16th
Nordic Congress
of General Practice
Copenhagen, Denmark



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



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 for stafettpinnen frå Ragnar Hermstad, ein ven og kollega som deler raust både musikk- og lesaropplevingar med andre.

Eg arbeider altså i Ulvik, som kommunelege her på 23. året. Det er ei stor og mangfaldig utfordring å vera lege på ein så liten plass og bu og leva mellom pasientane sine. Eg har lika det. Å vera ein del av eit lokalsamfunn, leva med i sorger og gleder, dela levekår, vera nær kvardagslivet. Innimellom er det sjølv sagt nausynt med luft og rom, som ein kan skaffa seg på mange måtar, også utanom bygda.

Eg har gjennom desse åra lært meg å setja stor pris på kulturlivet sine mangfaldige former. Her er mange kulturberarar i Hardanger. Eg vart tidleg kjent med diktinga til Olav H Hauge, og uttrykket hans fann gjenklang i hjarta mitt. Etter som åra har gått, skjønar eg også meir av språk og bilete.

I fjor vart eg spurt om å leia «Venelaget Olav H Hauge», noko eg gjer med glede. Vi opplevde ein fantastisk poesifestival i Ulvik i september, som del av Hauge-Tveitt-jubileet 2008.

I arbeidet mitt hender det rett som det er at eg finn eit dikt eller ei strofe frå eit dikt som eg deler med ein pasient. Det kan vera ei fin kommunikasjonsform.

Her i bygda vår kjem stadig nye årskull til, og personalet i grunnskulen er dyktige og kreative i å formidla lokal kulturarv til ungane. Våren 2008 sto 10.klasse for ei framsyning basert på Hauge sine tekstar. Dei rappa, song, las, dramatiserte – både på norsk og gjendikting på engelsk, tysk, hollandsk. Slik vert formidling og uttrykk tilpassa nye tider. Dei hadde mellom anna bygd lauvhytter utafor ungdomshuset der oppføringa fann stad. Eg vil gjerne ta med dette diktet, som seier noko om kor godt det kan vera å finna eit lite pusterom eller ein gøymestad i poesien.

Lauvhytter og snøhus

Det er ikkje mykje med
desse vers, berre
nokre ord, røysa saman
på slump.
Eg synest
likevel
det er gildt
å laga dei, då
har eg som eit hus
ei liti stund.
Eg kjem i hug lauvhyttene
me bygde
då me var små:
krjupa inn i dei, sitja
og lyda etter regnet,
vita seg einsam i villmarki,
kjenna dropane på nasen
og i håret –
Eller snøhusi i joli,
krjupa inn og
stengja etter seg med ein sekk,
kveikja ljøs, vera der
i kalde kveldar.

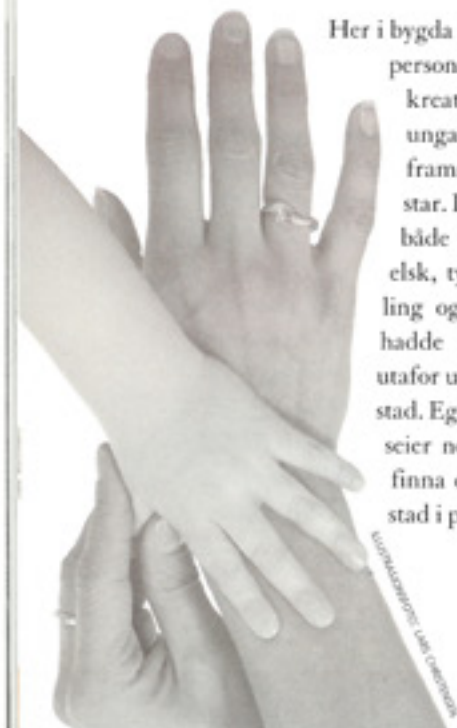
Eg har og lyst å dela med Utposten sine lesarar eit dikt av ein yngre hardanger-poet. Eg «gjeikk meg på» denne diktaren som ei heilt uventa glede på Sola flyplass i haust. På disken i kafeen sto nokre små diktbøker, sikkert som ein del av Stavanger si kulturby-satsing. Fleire av dikta til Odveig Klyve frå Fyksesund i Kvam treffe meg heime. Især dette vesle som seier noko om livets gang og samanhengane me står i:

Steg

Ein gong heldt du meg fast i handa
då eg tok mine første steg
No støttar eg deg
der me går over golvet
Eg kjenner
at du har gått langt

Det er ei glede å senda lyrikkstafetten vidare til ein engasjert og trufast allmennpraktikarkollega, Reidar Berge på Voss. Han har vore ei trygg klippe i kommunehelsetenesta og for sine faste pasientar i ein mannsalder. Han har på sin stillferdige måte mykje omtanke og ettertanke å bidra med, og det skulle ikkje forundra meg om han hadde noko lyrikk på lur.

Helsing Unni Solem Bilbak



Om å anmelde sine pasienter

I vår hverdag som allmennleger, så er det mange som kommer og ber oss om forskjellige ting. De aller fleste vi møter har bedt om å få time. En del ber om sykemelding, mange ber om hjelp. Noen ber om å bli sett, andre om å bli tatt prøver av. Noen ber om tabletter. Mange tabletter. Mange vanedannende tabletter. Og det er i møtet med en av disse siste pasientene, at denne historien fra virkeligheten begynner.

En stund tilbake overtok jeg en hjemmel, og på listen jeg overtok, var det veldig mange som i stor grad hadde vært vant til å få det som de ba om. Selv valgte jeg en annen tilnærming, og brukte mye av arbeidsdagen de første månedene, til å si nei. Nei til å skrive ut B-preparater jeg mente ikke var indisert, nei til å skrive medisiner på §5,22 punkt 9.9 når situasjonen ikke tillot det, og nei til å skrive medisiner på blå resept når vilkårene ikke var oppfylt. Og når svært mye av tiden med pasienter gikk med til dette, gikk også mye tid med til å bli skjelt ut – det er fascinerende hva søte, gamle damer får seg til å si – og å bli truet med klagesaker og svigersønner.

Men denne historien tar ikke sitt utgangspunkt i én av de jeg sa nei til. Denne historien handler om én av de som fikk B-preparatene han ba om. Jeg ser det at jeg nok hadde blitt litt fartsblind av alle forespørslene om vanedannende medisiner, slik at jeg ikke reagerte på at vedkommende hadde stått på så høy dose med Rivotril og Paralgin Forte. Jeg kontinuerte bare foreskrivningen slik den hadde vært tidligere. Uten å tenke nok over det.

Jeg synes selv at listen jeg overtok var ganske krevende. Og jeg ble sliten og lei av å bli skjelt ut, av urimelige krav, og pasienter med ufin oppførsel. En periode i fjor var jeg plaget med å bli oppringt på privattelefonen min av pasienter, pårørende og andre behandlere nærmest til alle døgnets tider. En fredag ettermiddag i fjor vår fikk jeg en telefon fra et av byens apotek. Kvinnen som ringte fortalte at hun hadde akkurat hadde fått levert inn en resept hun mente var falsk. «Er du klar over at du ringer meg på min private mobil?» spurte jeg. Det var hun, og hun beklaget det. Og dersom jeg ville det, kunne hun bare levere ut medisinerne, og så lot vi det hele være. I tiden som hadde gått siden jeg overtok listen, hadde jeg fått flere henvendelser om den aktuelle pasienten fra andre apotek med mistanke om forfalskning av resepter. Og når damen jeg nå snakket med hadde så sterk mistanke om at pasienten hadde levert inn en falsk resept, ble vi enige om at hun skulle be ham legitimere seg, at hun ikke skulle levere ut medisinerne, og at hun skulle sende resepten til meg.

På mandagen lå resepten i postkassen min. Signaturen på resepten var min, og jeg hadde skrevet ut det antallet Rivo-

tril og Paralgin Forte på datoen som stod på resepten. Men resepten var likevel falsk. Det finnes mange gode skannere og printere i dag, og pasienten hadde kanskje unngått å bli tatt hadde ikke vært for at han printet resepten ut med blå skrift. Begrepet blåresept fikk plutselig en helt ny mening. Jeg vet ikke om det er noen av dere som bruker blå skrift på reseptene deres. Så vidt meg bekjent er det ikke engang mulig i Winmed, og i og med at jeg har en svart-hvitt printer, så var det ganske innlysende at resepten var en kopi.

En tid senere ringte jeg politiet for å anmelde forholdet, men fikk beskjed om at jeg måtte ta turen ned til Grønland politikkammer for å gjøre dette, da dokumentfalsk var en såpass alvorlig sak. Etter anmeldelsen hørte jeg ikke mer før jeg mottok et brev om at saken var henlagt på grunn av mangel på ressurser. Men hvis jeg ville, kunne jeg påklage avgjørelsen innen tre uker etter at jeg mottok brevet. Og det ville jeg. Ikke fordi jeg hadde noe ønske om at pasienten min måtte straffes, men fordi jeg mener at forfalskning av resepter enten til eget bruk eller til salg, er et problem som må tas på alvor. Og dersom ikke rettsvesenet forfølger en så opplagt sak som denne, så legitimeres forfalskningen. Dette skrev jeg til Oslo politidistrikt, som svarte med å si at påklagingen var tatt til etterretning, og saken ville bli etterforsket.

Det er ikke bare i helsevesenet at tiden går fort, og like før jul mottok jeg stevning som vitne. Nylig var jeg og vitnet nede i Oslo Tinghus, fordi aktor mente at det ikke var tilstrekkelig at jeg vitnet per telefon. Med de to tilhørerne, var vi tilsammen ni stykker i rommet. Selve vitneforklaringen min tok mellom ti og femten minutter, men jeg hadde kansellert en hel formiddag med pasienter for å få til å vitne.

Om det var ubehagelig å vitne mot en av pasientene mine, som var tilstede i rettssalen? Nei, faktisk ikke, fordi det handlet ikke om en hevnaaksjon mot en pasient, men en form for samfunnsmedisinsk ansvar. Det handlet ikke om meg mot pasienten min, men om å være tydelig på at reseptforfalskning er alvorlig og ikke akseptabelt, og noe jeg som lege har nulltoleranse for. Hvordan saken endte? Jeg vet ikke. Så vidt meg bekjent har ikke dommen falt ennå. Men det som har skjedd er at både jeg som fastlege og rettssystemet har vist at det å forfalske resepter er så alvorlig at vi vil bruke tid og ressurser for å få en slutt på det.

Og dersom noen lurar på det, så får man som vitne dekket tapt arbeidsinntekt i den tiden man må være borte fra jobb. Så penger koster det ikke.

Ole Andreas Hovda





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 produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Hvem skal melde bivirkninger?

En 17 år gammel jente ble innlagt på sykehus på grunn av dyspné og smerter i brystet. Tilstanden ble primært oppfattet som pneumoni, men da det ble klart at pasienten brukte p-piller begynte man å tenke på at det kunne dreie seg om lungeemboli. Det ble gjort en CT-undersøkelse som bekreftet dette. Melding om alvorlig bivirkning ved p-pillebruk ble innsendt av pasientens fastlege etter at resultat av trombofiliutredning forelå.

Alle grupper helsepersonell kan sende inn meldinger om mistenkt legemiddelbivirkning til RELIS (se nedenfor). Det vil imidlertid ofte være naturlig at den som mistenker at en reaksjon kan skyldes et legemiddel også melder hendelsen. Dersom pasienten blir innlagt i sykehus vil det derfor gjerne være en lege på sykehuset som melder. I tilfellet her ble hendelsen meldt av fastlegen fordi han var usikker på om sykehuset hadde meldt.

Meldeplikt

Leger og tannleger har, i henhold til Legemiddelforskriftens § 11-7, plikt til å rapportere tilfeller der det mistenkes at bruk av ett eller flere legemidler har ført til dødelige eller livstruende bivirkninger, bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger samt uventede eller nye bivirkninger (1).

I tillegg er man spesielt interessert i meldinger om alle bivirkninger av nye legemidler og legemidler som er oppført på «Overvåkingslisten» (se www.legemiddelverket.no). Det er også av interesse å få melding om problemer som oppstår ved seponering av legemidler, reaksjoner på grunn av overdosering eller feilbruk av reseptfrie legemidler samt bivirkninger av naturlegemidler og uventede bivirkninger ved generisk bytte.

I 2009 fokuserer RELIS og Statens Legemiddelverk på legemidler og barn, og vi oppfordrer derfor helsepersonell spesielt om å melde bivirkninger av legemidler brukt til barn.

Hensikt med bivirkningsmeldinger

Bivirkningsmeldinger (spontanrapporteringssystemet) er en viktig del av legemiddelmyndighetenes overvåking av legemidler, og bivirkningsmeldinger er sentrale i arbeidet med å fange opp bivirkningssignaler og identifisere mulige risikofaktorer. Målet med overvåkingen er å bidra til tryggere legemiddelbruk.

Bivirkninger av legemidler rapporteres også i forbindelse med utprøving av nye legemidler, men fordi de kliniske studiene gjerne er av forholdsvis kort varighet og med relativt få og nøye selekterte pasienter, er langt fra alle bivirkninger kjent på markedsføringsstidspunktet. Etter hvert som

legemidlet tas i klinisk bruk hos stadig større og mer heterogene pasientgrupper, vil kunnskapen om preparatets bivirkningsprofil øke og inkluderes i preparatomtalene. I en norsk undersøkelse fant man at det i gjennomsnitt tilkom 1,6 nye bivirkninger pr preparat pr år i Felleskatalogens omtale av de samme preparatene (2).

Anonymitet

Informasjonen i bivirkningsmeldinger blir registrert av RELIS i anonymisert form i den norske bivirkningsdatabasen, som er plassert hos Statens legemiddelverk. Legemiddelverket viderefremidler, i henhold til sine internasjonale forpliktelser, data til WHO's internasjonale bivirkningsdatabase og den europeiske bivirkningsdatabasen EudraVigilance. Produsenten av mistenkt legemiddel får også informasjon om meldte bivirkninger i anonymisert form. RELIS sender tilbakemelding til den som har meldt hendelsen.

Alle som er involvert i bivirkningsarbeidet har taushetsplikt. Mistenkte legemiddelbivirkninger ønskes rapportert for å øke kunnskapen om legemidlenes effekt- og sikkerhetsprofil, og ikke for å overvåke helsepersonell eller for å avdekke eventuell feilbehandling. Det er ingen kobling mellom rapporteringssystemet for bivirkninger og de myndigheter som fører tilsyn med helsepersonell.

Nedgang i antall meldinger fra leger

De siste par årene har det vært en nedgang i antall meldte legemiddelbivirkninger fra leger i Norge. I 2008 ble det innsendt ca 1150 meldinger fra leger, mot ca 1250 året før. Det er lite trolig at denne nedgangen skyldes at det er færre bivirkninger nå enn tidligere, da man både i Norge og andre land gjennom mange år har erfart at det er en stor grad av underreportering, også for alvorlige (meldepliktige) bivirkninger. Nedgangen skyldes nok heller at bivirkningsrapportering ikke er i fokus i en travelt hverdag.

Hvordan melde?

Skjemaet for melding av bivirkninger er på to sider og kan blant annet skrives ut fra RELIS' hjemmeside (www.relis.no/meldeskjema). Her finnes også en veiledning for utfylling som gir tips om hvilke opplysninger som er viktig å få med i meldingen (figur 1). Meldeskjemaet anbefales brukt, men journalnotat, epikrise, resultat av laboratorieprøver med mer kan vedlegges for utfyllende opplysninger. Meldeskjema finnes også på Legemiddelverkets hjemmeside (www.legemiddelverket.no/meldeskjema).

FIGUR 1. Tips og råd for utfylling av bivirkningsmeldinger. Veiledningen angir hvilke opplysninger som er viktig å få med i en bivirkningsmelding for at den bedre skal kunne årsaksklassifiseres. Veiledningen kan lastes ned fra www.relis.no/meldeskjema (se under Veiledninger nederst på siden).

Det er nå laget en word-utgave av meldeskjemaet som tillater utfylling av feltene på skjerm før skjemaet skrives ut og sendes inn, men foreløpig finnes ingen mulighet for full-elektronisk rapportering av bivirkninger.

Bivirkningsmelding sendes som vanlig post til RELIS i melderens helseregion, med unntak av vaksinemeldinger som sendes til Nasjonalt Folkehelseinstitutt. På skjemaet finnes nærmere opplysninger om adresser etc. Data fra alle sentrene samles i den nasjonale bivirkningsdatabasen hos Legemiddelverket.

Oppfordring

RELIS og Legemiddelverket anser bivirkningsmeldinger fra leger som de viktigste bidragene til spontanrapporteringssystemet. Den observerte nedgangen i slike meldinger er derfor ikke ønskelig.

Vi oppfordrer leger til å vurdere bivirkning som mulighet når en uventet reaksjon oppdages eller pasienter gir tilbakemelding om uønsket respons på legemiddelbehandling. Vi minner om at man ikke trenger å være sikker på at det faktisk er snakk om en bivirkning – bivirkningsmelding kan sendes inn på mistanke!

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). <http://www.lovdata.no/for/st/ho/ho-19991222-1559.html> (11. februar 2009).
2. Eldholm RS, Bergheim TS, Slørdal L, Spigset O. Hvilken informasjon gis om bivirkninger av nye legemidler? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123(17): 2414-7.

Hanne Stenberg-Nilsen
Cand. pharm.
RELIS Sør
Oslo universitetssykehus HF
Rikshospitalet

Tips og råd for utfylling av bivirkningsmeldinger

Det kan være en utfordring å få alle detaljene på plass i en bivirkningsmelding. RELIS-mottar ofte bivirkningsmeldinger som gir svært mangelfulle opplysninger og verneinstans i bruk av legemidler eller at de er kommet på markedet og brukes i helsepersonellens praksis.

1. **Kommentarer for pasienten**
• Angi utfall for pasienten på meldingsprotokoll.
• Hvis pasienten ikke har opplysninger (f.eks. at pasienten er død), kan RELIS kontaktes for hjelp til utfylling av meldingen.

2. **Legemidler**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

3. **Bivirkninger**
• Bivirkningsbeskrivelsen skal være så detaljert som mulig. Beskriv alle bivirkninger som oppstår, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere bivirkninger, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere bivirkninger, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

4. **Tilleggsoplysninger for legemiddelverket (se bilag 1)**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

5. **Veiledninger**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

6. **Hvis du har spørsmål**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

7. **På bakgrunn av bivirkningsmelding**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

8. **Hvis du har spørsmål**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

9. **På bakgrunn av bivirkningsmelding**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

10. **Hvis du har spørsmål**
• Følg opplysningene med angitt angitt, og bruk dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen. Hvis du har flere legemidler, kan du bruke dem til å utfyller meldingen.

Flyktningpasienten

Behandling, rehabilitering og utvikling. SVERRE VARVIN

«Traumatiserte pasienter har opplevd at noe forferdelig, uforutsigbart og skremmende bryter inn i livet. Det er ingen som kan hjelpe, den eneste som kan stoppe smerten er overgriperen. Man er helt alene.» Sverre Varvin skriver denne boken som en bruksbok rettet mot helsearbeiderne som arbeider med slike traumatiserte mennesker.

Gjennom boken forklarer forfatteren i lys av en psykoanalytisk forståelse hvilke problemer som oppstår som følge av både selve traumatiseringen og manglende bearbeiding av hendelsene. Avgjørende for de fleste av disse pasientene er tap av tillit til verden, til enkeltpersoner, grupper og i mange tilfeller til offentlige institusjoner. Også viktig er at det sosiale nettverket, som i mange kulturer er en betydelig ressurs både materielt og følelsesmessig, er vesentlig svekket hos traumatiserte mennesker. Å finne mening i eget liv etter det som har skjedd og håp for fremtiden er ikke enkle oppgaver.

I kapittel 8 retter Sverre Varvin seg spesielt mot allmennpraktikerne. Forfatteren vet at de fleste flyktningene håndteres hos allmennpraktiker og han ser ut til å stole på oss, som også blir beskrevet som viktig knutepunkt for de forskjellige hjelpeinstansene. Men undersøkelsene viser, skriver han, at «Mange leger nøler overfor denne pasientgruppen». Traumatiserte pasienter tar med seg en del utfordringer inn i det terapeutiske rommet. Derfor kommer han med råd etter mange års erfaring i feltet.

Hjelperens første oppgave er å lytte til pasienten og å bekrefte at de følelser, tanker, behov og ønsker pasienten har er legitime. Traumatiserte pasienter kan videre ha vanskeligheter med å se sammenhenger, for eksempel mellom smerter og vold og mellom angstskapende situasjoner og tidligere opplevelser. Derfor er neste oppgave å hjelpe pasienten til å finne mening og sammenheng både hos seg selv og hos andre, gjerne ved narrative tilnærminger. Den siste delen av behandlingen er å finne veien ut av problemer. Forfatteren er også her temmelig realistisk: å akseptere smerter, tap og begrensninger er godkjent som mål, til tross for noen solskinnshistorier.

Forfatteren Sverre Varvin er selv psykiater med ståsted i psykoanalytisk terapi, noe som naturlig nok preger både tankegang og språk og gjør at deler av boken blir litt tyngre å lese. Likevel gir boken en dypere innsikt i samtalerapi, terapeutisk lytting, overføring og motoverføring, «resiliens» og det terapeutiske rom, for å nevne noen temaer, som kan være nyttige for fastlegene i møte med et mangfold av pasienter, ikke nødvendigvis bare flyktninger.

Flyktningpasienten er en øyeåpner for den vanskelige jobben fastlegene noen ganger har i forbindelse med pasienter fra andre kulturer som har opplevd forskjellige typer traumer. Mens jeg leste boken vandret flere traumatiserte pasienter som jeg har hatt med å gjøre i tankene mine. Noen som jeg har hjulpet, andre som jeg sannsynligvis hadde hjulpet bedre om jeg hadde lest boken før. Det tviler jeg ikke på.

Esperanza Díaz

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder: Memantinhidroklorid 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 inneholder: Memantinhidroklorid 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. Tablett 10 mg inneholder: Laktose. TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhidroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhidroklorid 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. Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose. Startpakning: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40–60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan kan øke risikoen for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kosthold, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenutraliserende 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 oppstillingsplan. 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 til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å redutere evnen til å kjøre motorikjetøy 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 motorikjetøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan kan øke risikoen for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert eksksjon av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkelttilfeller 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 amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, uormal gang. Sirkulatoriske: Venetrombose/ tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, søppelinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSE/INGIFORTNING:** Symptomer: 100–200 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 pasienter fått symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, sømnlens, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og uormal gang), 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, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge 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% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renal. **OPPREVING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 783,40. Tabletter: Enpac: Startpakn: 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



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



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

www.ebixa.com

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.



Partner for bedre helse™

Nyhet!

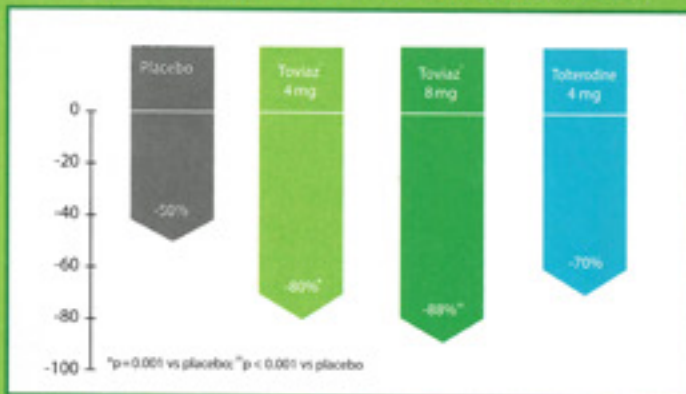
Ny og effektiv behandling til pasienter med overaktiv blære¹



Toviaz®
fesoterodine fumarate
prolonged release tablets 4mg and 8mg



Toviaz® gir bedre kontroll over Urgency
Urinary Incontinence (UUI) episoder¹:



Median % endring fra baseline i antall UUI episoder/24 t
Omarbeidet av Pfizer etter Chapple et al. Eur Urol. 2007 Oct; 52(4):1204-12.

- Fleksibel dosering:
4 mg og 8mg^{1,3}

- Startdose 4 mg:
kan titreres opp til
8 mg for ytterligere
effekt²

- En gang daglig³

Referanse:

1. Chapple C, Van Kerrebroeck P, Tubaro A, Haag-Molkenteller C, Forst HT, Massow U, Wang J, Brodsky M. Clinical Efficacy, Safety, and Tolerability of Once-Daily Fesoterodine in Subjects With Overactive Bladder. Eur Urol. 2007 Oct; 52 (4): 1204-12.
2. Khullar V. Dose response relationship of fesoterodine 4 mg vs 8 mg and onset of action in subjects with overactive bladder: UROLOGY 71 (5), 2008
3. SPC Toviaz

For preparasjonsinformasjon, se side 22