



Innhold:

LEDER: God nok! Av KARIN FRYDENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med hjerte for refleksjon. MARGRETHE AASE INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Senja – Norges første helsekommune. Av KARSTEN KEHLET	6
Akutt onkologi. Av OLAV ERICH YRI	10
Langtidseffekter av kreftbehandling. Av HANNE STENSHJELM	14
Vedlikehold av livstilsendringer – hvordan gjør vi det i praksis? Av THOMAS MILDESTVEDT	20
Ultralyd ved muskel-skjelett-lidelser – aktuelt i allmennpraksis? Av PER SUNDE	24
Morgendagens akuttmedisin – en disiplin uten allmennleger? Av NILS RUNE NILSEN OG HARALD LYSTAD	28
ARBEIDSGRUPPA «LEDELSE OG SAMARBEID» AM 2020: Fastlegene i ledelsen! Av KJELL MAAKTMANN-MOE	31
Faste spalter	37

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

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

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrein@online.no

Lisbeth Homlong

Sciensbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Forsidebilde: Karin Frydenberg**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



God nok!

God nok kan høres reduksjonistisk ut, men ofte må vi nøye oss med det. Særlig vi som behersker breddekunnskap bedre enn spisskompetanse. Best på bredde, best på overblikk, og god nok på kunnskap om enkeltsykdommer. Et hovedmål for meg som fastlege er at pasientene mine skal være trygge på at jeg er god nok, tilgjengelig nok, faglig oppdatert nok – og at de kan komme til meg når det virkelig gjelder. Margareth Aase, vårt intervjuobjekt i dette nummeret, sier at vi allmennleger enten må være ekstremt dyktige på mange ting eller kunne leve med at det er en god del ting vi ikke kan. De fleste av oss må nok leve med at det er en del vi ikke kan mye om, men vi må vite hva vi ikke kan. Det er klart at vi av og til blir usikre: Har vi valgt riktig vei for utredningen av en pasient, eller har vi tolket signalene riktig?

Aase har konfrontert en del av sine kolleger på hjerteavdelingen med spørsmål om liv, død, skyld og legeansvar. Mange av oss i allmennpraksis er svært alene når vi står overfor vanskelige hendelser i arbeidet. Det sies at det aspektet skremmer mange unge kolleger fra å velge allmennpraksis som karrierevei; det at vi står alene når det gjelder, når vi må løse vanskelige problemer, eller når vi har gjort feil. Holder vi hodet over vannet selv om vi møter alvorlig lidelse og død, og kanskje dramatiske hendelser som vi føler at vi ikke mestrer? Hvordan greier vi å møte alle utfordringene? Mange av oss savner arenaer hvor vi kan drøfte tap, sorg og kriser åpent.

Det burde være mulig å lage slike arenaer også i allmennpraksis. Vi skrev i et annet nummer av Utposten i år om Balint-grupper – som kan brukes til å drøfte de usagte ting som skjer mellom pasient og behandler. Noen allmennleger har smågrupper som fungerer slik at de kan brukes til filosofiske og personlige drøftelser. Det er lett å drukne i det daglige arbeidet og de mange krav som der stilles. Men det er viktig å løfte blikket og se utover vårt eget lille virke fra dag til dag, og sette langsiktige mål og søke gode, praktiske løsninger for å nå dem. Det er viktig å ta ledelsen i vårt eget legeliv, sette mål for vår personlige utvikling som lege, for egen praksis og vårt arbeid i kommune og samfunn. Prosjektet *Allmennmedisin 2020* forsøker å inspirere oss til å tenke ledelse og systematisere fokuset på allmennleger og ledelse. I fremtiden blir det nødvendig for allmennleger å ta mer del i ledelse og utvikling av for eksempel sykehjemsmedisinen i våre kommuner.

Viktigheten av stadig oppdatering og aktiv deltagelse i egen utvikling viser seg på mange fronter. I dette nummeret av Utposten belyses noen aspekter ved kreftbehandling. Vi frykter å overse signaler på kreftsykdom, de første symptomene som bør lede til utredning og diagnose så raskt som mulig. Men er vi like klar over langtidsbivirkningene etter en kreftbehandling? Det blir flere og flere «overlevende» som fordrer spesiell årvåkenhet overfor dette. Akutt sykdomsforverring og livstruende tilstander under pågående kreftbehandling er mer kjent, men likevel skjer det av og til risikofylte forsinkelser i behandling av disse tilstandene. Skal vi allmennleger kunne behandle våre pasienter godt nok når de blir akutt syke, må vi være deltagende i akuttmedisinen utenfor sykehus, melde oss på slik artikkelforfatterne fra Gol og Hemsedal gjør i dette nummer, og sørge for at vi er en del av det akuttmedisinske teamet. Utviklingen innen pre-hospital akuttmedisin, til dels uten allmennleger, viser at vi stadig må kjempe for det faglige innholdet i allmennmedisinen.

Karin Frydenberg

Utpostens
dobbeltime

Med hjerte for refleksjon

Margrethe Aase
INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ

Margrethe Aase er lege i spesialisering

i hjertemedisin ved Haukeland

Universitetssykehus og stipendiat ved

seksjon for allmennmedisin i Bergen,

hvor hun forsker på hvordan leger og pasienter håndterer

død og tap, mening og sårbarhet. Litt over 30 år gammel er hun allerede blitt

intervjuet i forskjellige sammenhenger. Spør vi henne hvorfor, responderer hun med noe av det som karakteriserer henne best: det brede smilet.



Studietiden

Margrethe vokste opp i Måløy i Sogn og Fjordane og flyttet til Samnanger kommune utenfor Bergen ti år gammel. Hun bestemte seg for å bli lege av idealistiske grunner. Barnedømmen var å jobbe med gatebarn i Brasil og dit dro hun i 1997. Etter å ha jobbet tre måneder i en barnehage i landsbyen Faxinal med fattige barn, skulle hun tilbake til Norge og bli lege. Verden skulle reddes og en romantisk ung pike var villig til å gjøre noe godt for flest mulig. Men hun hadde ikke helt tenkt gjennom hva medisinstudiene skulle bety for henne. En eksistensiell krise startet allerede etter det første møte med disseksjonssalen i første studieår i 1997. Illusjonene og det hun kaller for «vrangforestillinger» om livet og om å være doktor falt fra hverandre. Spørsmål om legerollen, profesjonalitet, invasjon av pasientens intimitet, å leve seg inn i andres smerter versus evnen til å distansere seg fra lidelse opptok henne:

«Jeg ble veldig opptatt av å skape en kontrast til denne vellykkede medisinstudenten som bare suste gjennom alt. Derfor valgte jeg å snakke om tro, religion, etiske og filosofiske problemer ved studiet. Det var et problem for meg at folk ikke snakket så mye om disse problemene som var knyttet til å være medisinstudent, å tilpasse seg den medisinske kulturen, særlig dette med døden.»

Invitasjonen til Filosofisk poliklinikk i Bergen i 1998 kom da som frisk luft til en student som nesten hadde gitt opp. Der fant hun «et språk som beskrev det opplegg jeg var inne i,



Margrethe på kontoret.

de etiske og filosofiske sidene ved medisin som jeg var opptatt av. Det var som å komme hjem». Men Margrethe fant ikke bare ord, men mennesker, både medstudenter og leger som ble forbilder for henne. Den personlige kontakten viste seg å være noe av det viktigste for Margrethe gjennom årene. Også for å velge spesialitet.

Valg av spesialitet

Egentlig søkte Margrethe jobb på hjerteavdelingen som student med lisens for å bevise at hun ikke passet der. Likevel blir smilet enda bredere når hun snakker om hjerteavdelingen på Haukeland.

M: Vi hadde egne faddere som passet på oss. Det var mange skumle ting, men det var veldig kjekt å jobbe med de andre.

U: Men du hadde dine forbilder i allmennmedisin og du har i dag en hovedveileder, Kirsti Malterud, som er fastlege i Bergen. Hvorfor ble du ikke allmennpraktiker?

M: Det var overraskende for meg selv. Det var allmennmedisin og psykiatri jeg hadde tenkt på, men det ble så store kontraster for meg i turnus. Jeg var for mye alene på kontoret. Pasientene kom inn og ut. Vaktene var for tøffe og skremmende for meg, og de var ensomme, bortsett fra når det var rød respons. Det var nesten det beste. Da kom jo ambulanseteamet. Da var vi sammen... Læringskurven ble for meg litt for bratt.

U: Men du går nå lange vakter og har alvorlig syke pasienter på hjerteavdelingen.

M: Ja, men der er vi alltid tre assistentleger pluss turnuslegen i forvaktsteamet, og bakvaktene er tilgjengelige og vi kan alltid ringe dem. Men det er mest det med å jobbe i team. Å gå visitt, morgenmøter med 20-30 leger. Du er aldri alene.

U: Hva skal til for å bli i allmennpraksis, synes du?

M: Du må være ekstremt dyktig på mange ting. Alternativet er at du kan leve med at det er en god del ting du ikke kan nok om. Ellers må du være som de gamle, gode allmennlegene, tilgjengelig 24 timer i døgnet, alltid for pasienten. Du må tåle ensomhet og vurderingene alene. Alle de andre yrkesgruppene med denne type utfordrende vaktarbeid (politi, brannmenn, osv) har muligheter til debrifing ved vanskeligheter. Dette savnet jeg i allmennpraksis. Jeg tror at det er viktig å legge godt til rette i turnus hvis man vil rekruttere flere til allmennpraksis.

Forskning på sårbarhet og andre legeutfordringer

Margrethe vurderte muligheten til å forske etter turnus allerede på slutten av studiet. Som en forlengelse av sine tankeprosesser ville hun forske innen medisinsk filosofi anvendt i en klinisk setting. Hun begynte å skrive på en protokoll i turnus, som hun hadde på Lærdal Sjukehus og

distrikt i Vågsøy Kommune, og fikk ja frå Kirsti Malterud og Jan Erik Nordrehaug om å være veileder.

«Det var ikke noe pågående prosjekt innen dette på hjer-teavdelingen fra før, og siden det var der jeg hadde hatt sommerjobb, spurte jeg sjefen, Jan Erik Nordrehaug, om dette var interessant å se på i en kardiologisk sammenheng. Det synes han absolutt, siden det er mye dramatik og liv/død-settninger på denne avdelingen, som kan være utfordrende både for pasienter og helsepersonell.»

Margrethe begynte å jobbe i 2005 på hjer-teavdelingen, og fikk den høsten PhD-stipend frå Helse Vest. Hun har siden det kombinert klinikk og forskning. I forbindelse med sitt doktorsgradsprosjekt har hun intervjuet en del av sine kolleger om temaer som liv, død, skyld og legeansvar. «Det gjør noe med miljøet når man kan ha en slik åpenhet» sier hun med et alvorlig, men fremdeles smilende, ansikt. Hun har lært at de fleste kollegene faktisk har en del tanker om disse eksistensielle problemstillingene som hun savnet som student. Mange leger har andre kolleger de drøfter vanskelige situasjoner med. Men man bruker ikke mye tid på å snakke om dette. Det blir mer en slags intern kode for anerkjennelse av vanskelige situasjoner.

«Fellesskapet er nesten som skjebnefelleskap. Du vet at folk har respekt for de påkjenningene en står ovenfor, selv om det ikke blir pratet så masse. Det kan være nok med et anerkjennende nikk, at du visste at alle rundt deg vet om dette som er tøft. Døden er faktisk ikke det verste for legene, men ansvarligheten som gir en fallhøyde. De (kollegene) kan bare nikke til deg og du vet at de også vet at dette kan være vanskelig.»

«If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician» er tittelen og kanskje konklusjonen for hennes siste artikkel¹. Da snakker vi om risiko for å ta feil, for å erkjenne eksistensielle sider av legerollen. Hun understreker at dette ikke bare gjelder hjerteleger, men alle som jobber i kliniske stillinger. Dette står det fremdeles lite om på timeplanen for studentene.

Mentor for studenter

U: *Det du savnet som student har du på en måte funnet igjen blant legene som daglig tar seg av alvorlig syke pasienter og som må snakke med dem om for eksempel, kirurgiske inngrep med høy dødelighet. Burde dette komme tydeligere frem i studietiden?*

¹ M Aase, JE Nordrehaug, K Malterud. «If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician»: a qualitative study about existential experiences among physicians. *J Med Ethics* 2008; 34:767-771.

«Døden er faktisk ikke det verste for legene, men ansvarligheten som gir en fallhøyde. Kollegene kan bare nikke til deg og du vet at de også vet at dette kan være vanskelig.»

M: Ja, og det er Seksjon for allmennmedisin samt Psykiatrisk klinikk som gjør noe med dette i Bergen. Vi hadde god undervisning i kommunikasjon av allmennleger, og psykiater Tor Jacob Moe snakket om det å gjøre alvorlige feil og overbringe dårlige budskap. Men for meg og andre studenter som var med i Filosofisk poliklinikk var det viktigste å ha en personlig mentor, Edvin Schei. Vi var hjemme hos ham og kunne snakke om alt mulig, bli kjent med en lege, ha en personlig kontakt. Men disse temaene skulle absolutt tas mer systematisk opp på timeplanen. Ferdigheter som debriefing må læres.

U: *Du er selv mentor for medisinstudenter nå. Hva opplever du der?*

M: I starten lurte jeg på om det var mest givende for meg selv. Det er så kjekt å få lov til å snakke om det de lurer på, og eventuelt bidra.

Mentorordning er et tilbud fra Universitet i Bergen til noen studenter. Grupper av seks til sju studenter blir tildelt en frivillig mentor. Studentene treffes regelmessig med mentoren og drøfter spørsmål om det de lurer på. Stikkord er relasjon, personlig kontakt og tillit blant studentene overfor en lege med erfaring som er åpen for alle typer samtaler.

Elektronikabasert popstjerne på fritid

I tillegg til medisin, studerte Margrethe i perioder musikk. Hun er komponist, sanger og pianist, og hovedinspirasjonskilden i mange år har vært medisinstudiene og kontakt med pasientene. For henne har musikk vært en måte å bearbeide eksistensielle spørsmål på, en slags egenerapi. Første platen ble spilt inn i valgterminen rett etter preklinikken, blant annet med «I dissociate», en death metal-inspirert hat-sang til de prekliniske studiene. Etter hvert ble sangene roligere. Hun komponerer og spiller fremdeles, med inspirasjon både fra medisin og fra andre deler av livet. På fritiden jobber hun med den neste platen. Den skal hete «Appearing» og kommer forhåpentligvis ut i løpet av året på hennes eget plateselskap, Ischemia Records.

Vant til å bevege seg i de eksistensielle rommene

Margrethe har virkelig jobbet for å klare å forstå hva hun kunne gjøre for andre mennesker som lege, og hvordan hun skulle forstå sin egen rolle. Hun har brukt mange timer og dager på å lese filosofi, skrive dagbok, lage musikk. Utposten tør å spørre om det ikke kan være for mye av det også. Vi lurer på om dette har kommet pasientene til gode.

M: For meg var det ikke noe valg. Nå har jeg fått en annen ro. Jeg håper at jeg er mer i stand til å se en helhet i pasientene. Du kan se det på blikkene deres: en redsel av og til, og utryggheten. Men jeg sitter ikke med fasit. Jeg blir fremdeles altfor involvert iblant, men jeg er nå vant til å bevege meg i de eksistensielle rommene både personlig og akademisk. For meg

var det viktig å fokusere på personlig prosess gjennom studiene, og dette er kanskje noe jeg kunne ønske for andre studenter også. Legens sårbarhet har vært et forsømt tema,

og jeg tror det er viktig å øke fokus på dette, både under studiet og senere, med for eksempel diskusjonsforum, debriefing eller kollegastøtteordninger.

“For meg var det viktig å fokusere på personlig prosess gjennom studiene og dette er kanskje noe jeg kunne ønske for andre studenter også.”





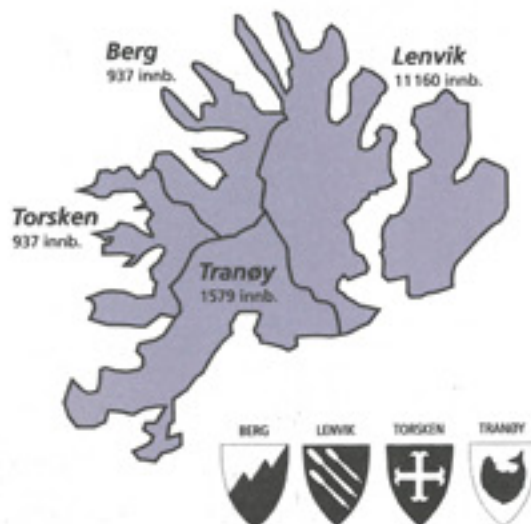
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Senja

– Norges første helsekommune

AV KARSTEN KEHLET



Senja er Norges nest største øy med et areal på 1583 km². Senja er delt i fire kommuner, Berg (937 innbyggere), Lenvik (11 160 innbyggere), Torsken (937 innbyggere), og Tranøy (1579 innbyggere). Lenvik kommune har deler av sitt areal på landjorden, mens de øvrige kommunene er rene øykommuner.

Alle de fire kommuner har hatt problemer med legebemanningen og ikke minst med stabiliteten og kontinuiteten i legebemanningen, og problemene har vært mest uttalt i de minste kommunene.



Karsten Kehlet
allmennlege i Lenvik og prosjektleder

Den siste legen vi hadde her i kommunen som representerte stabilitet og kontinuitet reiste herfra i 1990. Et år hadde vi 14 forskjellige, og jeg har møtt over 50 leger de siste 20 år – jeg har sluttet å telle dem.

Anne Kaja Knutsen, enhetsleder HPO, Torsken kommune

På bakgrunn av denne situasjon og en økende erkjennelse av at situasjonen ikke ga innbyggerne i kommunen et helse-tilbud av tilstrekkelig kvalitet, ble det i 2007 innledet et samarbeid først mellom Torsken og Lenvik kommuner, senere også med Berg og Tranøy, med tanke på at Lenvik kommune skulle fungere som vertskommune for en lege-tjeneste for alle fire kommuner.

I løpet av høsten 2007 ble det gjort kommunestyrevedtak i de fire kommunene om at det skulle utredes muligheten for å etablere Senjalegen – en felles allmennlegetjeneste. I samme periode var Nasjonalt senter for Distriktsmedisin



Anna Kaja i bløtt lys en januardag foran legekontoret i Sifjord.

(NSDM) blitt involvert i prosjektet og fungert som veilevende instans, spesielt i forhold vedrørende rekruttering, utdanningsstillinger og forskning.

Våren 2008 utarbeidet en arbeidsgruppe et forslag til innhold i Senjalegen hvor man la følgende prinsipper til grunn:

- For å dekke behovet i Tranøy, Torsken og Berg kommuner, og for å sikre gode arbeidsbetingelser for de tilsatte legene er det behov for fire allmennleger og to nye turnuskandidater. I tillegg vil de to turnuskandidater som Lenvik kommune (vanligvis) tildeles bli benyttet en eller to dager i uken.
- Allmennlegene og turnuskandidatene har base på et felles legekontor på Finnsnes i Lenvik kommune. En eller to dager ukentlig reiser de ut til kontorer i de tre andre kommunene.
- Ingen av legene eller turnuskandidatene skal være nødt til å reise ut fra Finnsnes mer enn to dager ukentlig.
- Reisetid til og fra kontorene inkluderes i arbeidstiden.
- Det legges til rette for at en eller flere av stillingene skal være utdanningsstillinger.
- Det opprettes et forskningsstipend på opp til tre måneder årlig, som kan søkes av de tilsatte allmennlegene.
- Det opprettes en 50 prosent stilling med ansvar for kvalitetssikring i allmennlegetjenesten i de fire kommuner.
- Det planlegges at allmennlegene tilbys fast lønn, men med mulighet for andre avlønningsformer.

Det grunnleggende prinsipp for Senjalegen er at alle legene skal være del av et nettverk, hvor de har sin faglige forankring. Dette er bakgrunnen for at alle fire leger og turnuskandidatene skal ha kontor på legekontor på Finnsnes. Derfra reiser de så ut til kontorer på Senja en eller to ganger ukentlig. En dag hver uke er alle legene samlet på Finnsnes, og denne dagen vil det være smågruppevirksomhet, andre fellesmøter og veiledning av utdanningsleger og turnuskandidater.

Utdanningsstillinger

To av stillingene i Senjalegen ønskes besatt med leger som er under spesialisering i allmennmedisin. Det planlegges å bli lagt til rette for deltakelse i veiledningsgruppe i tillegg til strukturert veiledning av utdanningskandidatene. Det er ikke tenkt at det skal være faste utdanningsstillinger. Såfremt utdanningskandidaten ønsker å fortsette i fast stilling etter endt spesialisering skal dette være mulig. Når stillinger lyses ut skal et strukturert veiledningstilbud trygge utdanningskandidatene, spesielt i situasjoner hvor de befinner seg alene på kontorer med lang avstand til nærmeste kollega og enda lenger avstand til nærmeste sykehus. Jan Arne Holtz avsluttet sin turnustjeneste i Berg kommune 15. august 2008 og fortsatte som fastlege i ytterligere seks måneder hvor han fikk veiledning av en kollega på Finnsnes.



Jan Arne Holtn, veileder selv Ingebjørg Sørfonden Bye, da hun fortsatt var turnuslege.

Veiledningen har bidratt til at min opplevelse av å jobbe i Berg kommune er helt annerledes enn den ellers ville vært. Jeg sitter igjen med en opplevelse av å ha lært mye. Veiledningen har bidradd til at jeg har håndtert situasjoner på en måte hvor jeg har behandlet pasienter her og unngått unødige innleggelser.

Jeg er utdannet i Berlin og hadde min kliniske praksis på Europas største sykehus, men i Berg har jeg lært en masse som jeg aldri lærte på universitetet.

Jan Arne Holtn, tidligere fastlege i Berg kommune

Forskning

I budsjettet for Senjalegen er det inkludert et årlig forskningsstipend som kan søkes av de fire allmennlegene. Stipendet er på 3 måneder og tildeles av styret. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin vil kunne bidra med veiledning.

Hensikten med opprettelsen av forskningsstipendet er primært å bidra til at det utvikles et robust faglig miljø med tette bånd til NSDM. Forskningsstipendet oppfattes også som direkte rekrutterende.

Arbeidsbelastning

Ved utarbeidelse av arbeidsbetingelser og budsjett er det tatt utgangspunkt i en listestørrelse på 250 pasienter pr. kurativ dag. Det er planlagt med to pasienter i timen, og det er gått ut fra en behandlingskapasitet hos turnuskandidater på 50 prosent sammenliknet med fastlegene. Det er i tillegg lagt inn kjøring i arbeidstiden på de dager hvor man er på kontor utenfor Finnsnes. Det er således lagt til rette for at man skal kunne ha en arbeidsdag på 7,5 timer. I tillegg utvides dagens avtale om legevakt i helgen til å gjelde alle dager, hvilket vil gi en vaktbelastning på to til tre vakter/måned.

En vesentlig forutsetning for at jeg valgte å takke ja til å fortsette i Berg kommune er dels muligheten for å få fast lønn, at vaktbelastningen ikke overstiger en vakt/uke og muligheten for å ha kolleger å diskutere med og få veiledning av. Muligheten for å kunne delta i forskning gjør det også interessant.

Ingebjørg Sørfonden Bye, nyløst fastlege i Berg

Fordelene ved Senjalegen er mange. Det vil øke kvaliteten og stabiliteten av fastlegearbeidet, og dermed gi befolkningen et bedre tilbud. Faste leger er også bedre samarbeidspartnere for legevaktsentralen. Med dette arbeidet er vi i forkant av samhandlingsreformen som er i gang med å skape helsekommuner. Utfordringen blir å få besatt stillingene med de rette legene.

Margrethe Hagerupsen, rådmann Lenvik kommune

Utfordringer

Senjakommunene har som mange andre distriktskommuner slitt betydelig med rekrutteringen. Senjalegen er en interkommunal organisering, hvor man forsøker å forene gode arbeidsbetingelser for allmennlegene, med normal arbeidstid og deltakelse i et faglig nettverk, samtidig som kommuner som har slitt med bemanningen får et mer stabilt fastlegetilbud.

Fortsatt gjenstår mange praktiske problemer som må løses, men det er en realistisk målsetting at Senjalegen kan være i full drift fra 1. januar 2010.

Det er en forutsetning at stillingene blir besatt!
Jeg tror de blir det.



Margrethe Hagerupsen, rådmann i Lenvik kommune.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: karsten.kehlet@utviklingssenteret.no

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

TLF.: 907 84 632 – FAX 63 97 16 25 – E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



AKUTT ONKOLOGI

AV OLAV ERICH YRI

«Om du får feber skal du ta direkte kontakt med sykehuset – ikke gå via legevakten!» Denne beskjeden får alle kreftpasienter som har fått cytostatika. Mange i allmennpraksis vil kanskje reagere på en slik oppfordring. Hvorfor pasienten instrueres slik, og tiltak ved andre haste-diagnoser i onkologien blir her forsøkt belyst. Samtidig vil jeg understreke at et samspill med fastlegen som kjenner pasienten, er meget viktig og nødvendig for best og raskest mulig intervensjon ved akutt sykdom hos kreftpasienter og ikke minst med tanke på senere oppfølging.

Akutte onkologiske situasjoner blir i lærebøkene omtalt som kliniske situasjoner der adekvate tiltak skal være iverksatt innen 24 timer etter at symptomene har oppstått. Denne definisjonen blir egentlig for unyansert i praktisk klinisk hverdag, da hver enkelt situasjon må vurderes for seg og tiltak igangsettes etter vurdering. Enkelte situasjoner krever umiddelbare tiltak mens andre kan avvende noe etter symptombylde og pasientens situasjon. Siden kreftpasienter tilbringer mesteparten av tiden utenfor sykehus er det viktig for allmennlegen å vite om de viktigste situasjoner der raske tiltak er påkrevd. De mest vanlige av disse situasjonene er listet opp i tabellen under og gjennomgås nedenfor. Generelle bivirkninger av cytostatika gjennomgås summarisk.

Generelt om akutt sykdom hos kreftpasienter

Når akutt sykdom oppstår hos en kreftpasient, er det flere forhold som må vurderes før adekvate medisinske tiltak igangsettes. Det er viktig å skaffe oversikt over pasientens tilgrunnliggende kreftsykdom. Er han i et kurativt eller palliativt behandlingsopplegg? Skyldes den akutte situasjonen kreftsykdommen i seg selv eller behandlingen av denne, eller har den en annen patogenese? Er det forhold ved kreftsykdommen eller behandlingen av denne som en må ta hensyn til når man skal behandle den akutte situasjonen? Det er vel nærmest en selvfølge at pasienter med kurative utsikter skal behandles etter samme retningslinjer som pasienter uten kreft, men det er viktig å understreke at også kreftpasienter i et palliativt behandlingsopplegg kan ha lange leveutsikter med god livskvalitet og at «stempelet» palliativt ikke må forringe en kreftpasients tilbud om lindring og helbredelse fra en akutt sykdom der det er mulig. Akutte sykdommer kan også gjøre det vanskelig å vurdere en kreftpasients egentlige tilstand allment og medisinsk, og



Olav Erich Yri

cand. med UiB 2000. Lege i spesialisering i onkologi og stipendiat ved Radiumhospitalet.

det er derfor viktig at fastlegen og andre behandlende leger kan være i tett og fortløpende kontakt med pasientens onkolog.

Noen generelle bivirkninger av medikamentell kreftbehandling

Bivirkninger av antineoplastiske medisiner (cytostatika, anti-stoffer, tyrosinkinase-hemmere, steroider m.m.) er ofte uspesifikke og generelle, men enkelte stoffer og medikamenter har særpregede bivirkningsprofiler. Det er ikke lett for helsepersonell utenfor onkologien å holde oversikt over hvilke medikamenter dette dreier seg om (ofte ikke for onkologer heller!), og det kan være nyttig å forholde seg til enkle oppslagsverk i tillegg til felleskatalogen. Cytostatikahåndboken foreligger om kort tid i oppdatert, trykt versjon, og kan også finnes på internett (se referanseliste). De vanligste, potensielt alvorlige bivirkninger både på kort og lang sikt er benmargsupresjon (se under nøytropen feber), evt. med utvikling av leukemier/myelofibrose, nyresvikt (for eksempel ved cisplatinum, cyclofosfamid, høydosert metotreksat), hjertesvikt/coronarsykdom (antracykliner, trastuzumab), pneumonitter (bleomycin) og blødninger og tromboser/embolier (de fleste cytostatika, bevacizumab). Fra den onkologiske avdeling der pasienten behandles bør det følge utfyllende epikriser/pre-epikriser med pasienten om eventuelle medikamentbivirkninger og potensielle situasjoner som øvrig behandlende leger bør være oppmerksomme på.

Spesifikke tilstander

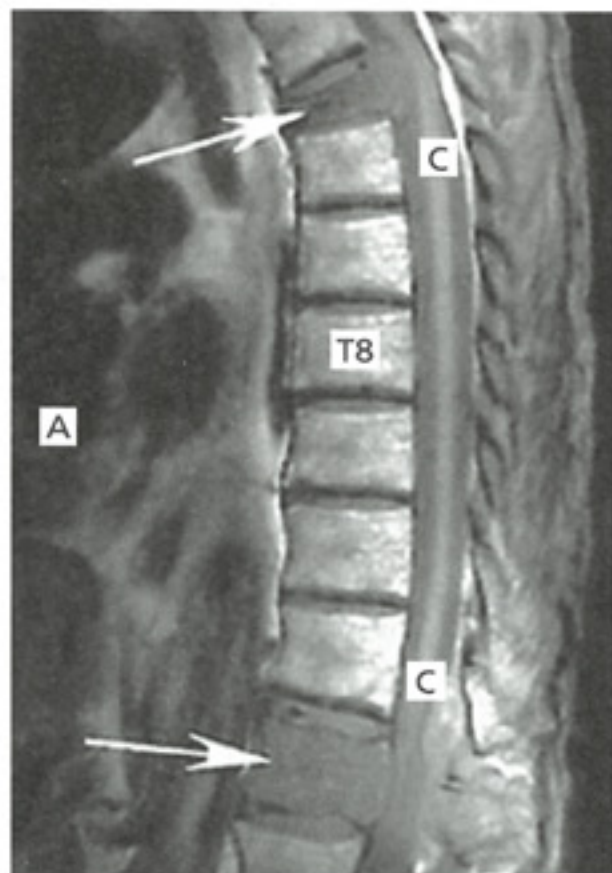
Neutropen feber

De fleste cytostatika (sjelden antistoffer og tyrosinkinase-hemmere) gir benmargsupresjon. Graden av benmargsupresjon avhenger av type cytostatika, hvilke kombinasjoner av cytostatika som benyttes og om pasienten har mottatt annen form for cytostatika tidligere. Benmargsupresjonen gir utslag i alle hematopoetiske linjer, men mest merkbar er

leukopenien, fremfor alt neutropenien. Den fremtrer mest uttalt 10–15 dager etter at cytostatika har vært gitt, men kan også komme før, slik at det er viktig å sjekke hematologiske verdier før man evt. sender fra seg pasienten i en tidligere fase. En praktisk definisjon på nøytropeni er neutrofile $< 0,5$ (strengt tatt $< 1,0$). I en slik situasjon er feber, gjerne lavgradig, ofte det tidligste og eneste symptom på en potensielt alvorlig infeksjon. Feber er her definert som rektal temperatur $> 38,5$ grader eller over 38 grader målt med en til to timers mellomrom. Feber i neutropen fase er en av de mest alvorlige og potensielt fatale tilstander en kreftpasient kan ha under pågående kjemoterapi, og pasienten må få administrert adekvat intravenøs antibiotikabehandling så raskt som overhodet mulig. Det er derfor pasientene får beskjed om å kontakte sykehus direkte, fordi alle pasienter med nøytropen feber skal innlegges og i.v. antibiotika startes raskt – innen 1 time etter symptomstart. Det skal tas adekvate infeksjonsprøver, inkl. halsprøve, urinprøve, blodkulturer og prøver fra evt. katetre. Blodkulturer prioriteres og andre prøver skal ikke hindre tidlig oppstart av antibiotika. CRP er ofte normal og sier lite om hvor alvorlig tilstanden er. Blodkulturene er positive i ca. 20 prosent av tilfellene, dvs.

FIGUR 1. Tverrsnittlesjoner på MR. Sagittal T1-vektet avbildning av thoracolumbale av et lymfom som affiserer Th5 og Th12 (pil) og ekspanderer ut i spinalkanalen. Medulla spinalis (c) er komprimert.

Reprint fra Quin D. Indications for emergent MRI of the central nervous system. JAMA 2000;283:3554.



hos de fleste pasienter vil man ikke finne noe aktuelt agens. Behandlingen blir dermed empirisk, og det er indisert med bred dekning, både for gramnegative og –positive bakterier, som oftest sikret ved bruk av penicillin og et aminoglykosid. For enkelte cytostatika, spesielt platina-forbindelser, vil nyretoksiske medikamenter være kontraindiserte. Man anbefaler i slike tilfeller eksempelvis cefotaksim 1 g x 4. Ved langvarig immunsuppresjon og bruk av steroider kan også trimetoprim-sulfa mot pneumocystis carinii og antimykotika og evt. også antiviralia være indisert.

Truende tverrsnitt

Denne tilstanden oppstår i det tumor eller metastase(r) gir avklemming av medulla spinalis og/eller conus. Den opptrer hos ca fem til ti prosent av alle kreftpasienter, oftest ved cancer med tendens til spredning til skjelett (mamma, prostata, lunge, nyre, myelomatose). Symptomene er hos nesten alle smerter med eller uten nevrologiske symptomer (som oftest motoriske og/eller sensoriske utfall). Blære- og analsfinkterutfall er alarmsymptomer og som oftest irreversible. Et viktig moment er at lesjonene kan sitte multifokalt i columna, og det er derfor indisert med MR totalcolumna, evt med bekken, for å kartlegge den totale situasjonen. Behandlingen bør starte raskt, spesielt der nevrologiske utfall har oppstått, for å forhindre irreversible skader med de implikasjoner det vil ha på funksjonsnivå og livskvalitet.

Akutte onkologiske situasjoner

- Nøytropen feber
- Truende tverrsnitt
- Vena cava superiorsyndrom
- Tromboemboli
- Hjernemetastaser
- Tumorlysesyndrom
- Hypercalcemi

Høydose steroider

- Dexametason
4 mg x 4
- Metylprednisolon
16 mg x 4

Høydose steroider (eks. dexametason 4 mg x 4 eller medrol 16 mg x 4) brukes ved nevrologiske utfall i påvente av andre tiltak og videre under evt. strålebehandling. Det er i det senere dokumentert at kirurgi i tillegg til strålebehandling og/eller kjemoterapi gir noe bedre langtidsresultater for overlevelse og tilheling av utfall. Det er ved Radiumhospitalet i samarbeid med Rikshospitalet etablert et ryggkirurgi-team som konsulteres i hvert enkelt tilfelle for å diskutere indikasjon for evt. kirurgisk behandling. Kirurgi kan også være aktuelt for å oppnå vev til histologisk diagnose eller der lesjoner oppstår i et tidligere bestrålt område og hvor rebe-stråling derfor kan være vanskelig. Uansett kirurgi eller ikke er strålebehandling oftest indisert. Dersom det foreligger en kjemo-sensitiv tumorform, for eksempel småcellet lungecancer eller lymfom, kan kjemoterapi erstatte strålebehandling. Det viktigste er likevel at adekvat behandling innsettes så raskt som mulig. Ved nevrologiske utfall som har

stått lenge, blir ofte målsettingen å bevare restfunksjon. Ved utfall av kort varighet (under ett døgn) kan normalisering av funksjon være reelt siktemål. Et viktig poeng er cancer prostata hvor pasienten ikke er hormonsupprimert. Ved truende tverrsnitt skal pasienten da orchiectomeres akutt, da dette gir rask fall i testosteron med rask symptomlindring. Motsatt kan oppstart av LHRH-agonist hos en symptomfri pasient utløse en kortvarig tumoroppblussing (utsvømming av testosteron og proliferasjon av cancercellene) og dermed «fremskynde» en potensiell tverrsnittslesjon.

Vena cava superior-syndrom

Dette syndromet kjennetegnes av stuvning av sentrale vener på grunn av tumorvev og evt. ledsagende ødem rundt tumorvevet. Oftest skyldes dette svulster i øvre thorax/mediastinale tumores, og oftest primær luncancer eller lymfom, men fjernmetastaser til mediastinale strukturer fra andre cancerformer er selvsagt også mulig. Pasienten preges ofte av dyspné og ødem i ansikt og evt. overekstremitetene og av og til smerter. Den akutte initiale behandling er også her høydose steroider som symptomlindring. Ved ukjent histologi av tumor er det indisert å forsøke å oppnå en adekvat biopsi, men her må behovet for rask behandling settes opp mot behovet for histologisk diagnose. Da strålebehandling og/eller kjemoterapi er indisert etter samme vurderinger som ved truende tverrsnitt er histologisk diagnose ofte nødvendig. Et godt alternativ i kombinasjon med disse to modalitetene er stenting av vena cava/subclavia. Dette gjøres ved intervensjonsradiologisk avdeling ved Rikshospitalet.

Tromboser/embolier

Det er utarbeidet en kortfattet og god veileder om trombose og cancer ved dr. Frank Brosstad ved Rikshospitalet (se ref.). Kreftpasienter er funnet å ha fordoblet risiko for å dø av lungeembolisme i forhold til pasienter uten cancer. Ved kirurgi tredobles risikoen. Risikoen for venøs tromboembolisme (VTE) er fire-doblet ved cancer, seks-doblet ved kjemoterapi. Risikoen for re-trombosering er høy tross warfarin-behandling. Ved erkjent tromboembolisme er lavmolekylært heparin indisert i standard dosering både initialt og de etterfølgende seks måneder. Tromboseprofylakse er anbefalt før kirurgi og ved hospitalisering av kreftpasienter. Pasienter som får talidomid eller lenalidomid mot myelomatose sammen med kjemoterapi eller steroider, anbefales også tromboseprofylakse, men rutinemessig profylakse ved annen kjemoterapi anbefales ikke. Det er ikke tilstrekkelig dokumentert at lavmolekylært heparin har noen antitumoreffekt *per se*, og det er derfor ikke anbefalt med den indikasjon.

Hjernemetastaser/økt intrakranielt trykk

Hos kreftpasienter foreligger økt fare for intrakraniell blødning og infeksjoner/abscesser ved langvarig kjemote-

rapi pga. benmargsdepresjon med tendens til immunsvikt og trombocytopeni. Hjernemetastaser/primær CNS-tumor er likevel vanligste årsaker til økt intrakranielt trykk. Symptomene kan variere fra minimale til uttalte trykkløse fenomener, og behovet for akutt intervensjon vurderes deretter. Ved trykksymptomer er rask intervensjon indisert, og igjen er høydose steroider en effektiv symptomlindring i startfasen, idet det kan være et betydelig bidrag fra ødem rundt tumor i symptombildet. Strålebehandling er den mest aktuelle tumorrettede behandlingsform. Kirurgi kan vurderes dersom tumor er teknisk operabel og pasientens prognose og allmentilstand forsvarer inngrepet. Kjemoterapi har mindre plass i en slik situasjon, men ved enkelte tumorformer kan man benytte seg av det faktum at blod-hjernebarrieren kan være brutt i en slik situasjon. Ved Radiumhospitalet tilbys nå muligheten for stereotaktisk strålebehandling, hvilket gir mulighet for å levere store stråledoser til tumor og samtidig unngå for store doser til normalvevet. Sjansen for en bedre respons kan da øke uten for stor økning i bivirkningsprofil.

Tumorlysesyndrom

Når antineoplastisk behandling igangsettes, og særlig ved kjemosensitive tumorformer, kan et stort tumorvolum raskt henfalle og frigi metabolitter og elektrolytter til vev og blodbane. Dette kan medføre acidose, utfelling av karbamid i nyrene med fare for nyresvikt og alvorlige elektrolyttforstyrrelser. For å unngå dette gis pasienten store mengder væske intravenøst (2-4000 ml per døgn) som forsert diurese, bikarbonat og allopurinol. Ved etablert nyresvikt og høye nivåer av urinsyre, er allopurinol kontraindisert og rasburicase (Fasturtec) kan være indisert. Blodprøver tas minst to ganger daglig for å monitorere utviklingen i nyrefunksjon og elektrolytter. Både forebygging og behandling av tumorlysesyndrom er relativt lik. Tumorlysesyndrom kan også oppstå spontant, dvs. før behandling av canceren begynner, da tumor kan henfalle pga. anoxi eller andre forhold i tumor.

Hyperkalsemi

Hyperkalsemi kan oppstå ved de fleste tumorformer, men vanligst ved de cancerer som hyppigst metastaserer til skjelett. Neuroendokrine og småcellete cancerer, for eksempel småcellet luncancer, kan via endokrine substanser også påvirke kalsiummetabolismen uten at det nødvendigvis foreligger skjelettmetastaser. Nedbrytning av bensubstans pga metastaser eller primærtumor er den vanligste mekanismen, men utskillelse av parathyroidealiknende hormon (PTHrh, parathyroidea-related hormone) fra tumorcellene kan også forekomme. Det er også et poeng at stigningshastigheten av serumnivået av kalsium kan ha betydning for utvikling av symptomer, slik at en verdi innen normalområdet kan gi symptomer dersom nivået har steget raskt. Symptomene på

hyperkalcemi er ofte generelle og vage, som letargi, anoreksi, kvalme, tørste, polyuri, diaré/obstipasjon, og muskelfasikulasjoner/kramper. Psykiatriske symptomer, for eksempel depresjon eller psykoser kan også forekomme, og det er eksempler på at pasienter er blitt innlagt på psykiatriske avdelinger pga. hyperkalcemi-symptomer forårsaket av en udiagnostisert malign sykdom. Behandlingen er tilførsel av væske og bisfosfonater, oftest brukt er pamidronate eller zoledronate, og adekvat behandling av canceren. Vær oppmerksom på faren for osteonekrose i underkjeven ved bruk av bisfosfonater, særlig de nitrogen-holdige.

Oppsummering

Onkologiske sykdommer og -behandling kan medføre ulike følgetilstander og bivirkninger. Det er viktig å være klar over flere situasjoner der raske, adekvate tiltak skal settes inn. Høydose steroider kan i mange tumorbetingede situasjoner gi en rask symptomlindring i påvente av mer

målrettede tiltak. Det er nødvendig for behandlende lege å få god oversikt over pasientens totalsituasjon, og tett samarbeid med ansvarlig onkolog er viktig.

Referanser

1. DeVita, Hellman, Rosenberg: Cancer; Principles and Practice of Oncology, 8th edition. Philadelphia 2008.
2. Diagnostikk og behandling av infeksjoner hos pasienter med kreft. Dag Torfoss, Ernst Arne Høiby, Radiumhospitalet 2004, 1. utgave. ISBN 82-91929-06-8.
3. Trombose og cancer – profylakse og behandling. Frank Brosstad, Inst. for indremed. forskning, Rikshospitalet, 2008. ISBN 978-82-997621-2-0.
4. Cytostatikahåndboken. Utgitt av Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Redaktører: O. Dahl, T. Christoffersen, S. Kvaløy, I. Baksaas. <http://www.med.uio.no/rh/farmakoterapi/cytostatika/>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olav.erich.yri@radiumhospitalet.no

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 helse-tjenesten, 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

Langtidseffekter av kreftbehandling

AV HANNE STENSHEIM

I Norge var det ved utgangen av 2007 over 180 000 personer som tidligere har vært diagnostisert med kreft, og av dem hadde nesten 110 000 levd fem år eller mer siden diagnose-tidspunktet. (TABELL 1) Både kreftinsidensen og overlevelsen er økende, slik at antall langtidsoverlevende må antas fortsatt å stige. (1)

Med langtidsoverlevelse etter kreft menes at det har gått minst fem år etter diagnose-tidspunktet. I litteraturen er begrepet «cancer survivor» mer og mer brukt, i alle fall i amerikansk sammenheng. I det begrepet inkluderes vanligvis alle som noen gang har fått en kreftdiagnose, til forskjell fra «long term cancer survivor» som er gruppen denne artikkelen handler om.

Kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi har vært, og er fortsatt, de vanligste behandlingsformene ved kreft. Mer moderne behandling som hormonterapi og «targeted therapy» vil ikke bli belyst i denne artikkelen. Alder, komorbiditet og allmenntilstand ved behandlingsstart kan påvirke i hvor stor grad behandlingen vil gi negative effekter på lang sikt. Kroppsdel eller organ som rammes, har også betydning for om seneffekter oppstår, og en kombinasjon av de ulike behandlingsmodalitetene kan potensere risikoen.

Kirurgi

Kirurgi kan føre til reduksjon eller bortfall av organfunksjon. Varierende grad av nerveskader, fibrose og andre problemer på grunn av arr er ikke uvanlig. Eksempel på redusert organfunksjon er urinlekkasje og ereksjonsproblemer som kan ramme menn operert for prostata- eller tarmkreft. Fantomsmerter er kjent etter alle former for



Hanne Stensheim

Cand.med fra Umeå, Sverige, år 2000. Allmennlege i Tysvær 2002, fra 2003 assistentlege ved Kreftklinikken, Radiumhospitalet. Siden juni 2006 stipendiat ved Kreftregisteret, på prosjektet «Longterm sequelae in cancer survivors: Parenthood after adulthood cancer. A registry-based study».

amputasjoner, men smerter forårsaket av nerveskader kan være et problem også ved andre typer inngrep. Arr kan synes som det minste problemet, men arrbrokk er ikke uvanlig, noe som kan kreve brokbelte for å fungere best mulig i hverdagen. Abdominell kirurgi, og særlig i kombinasjon med stråleterapi, kan gi opphav til sammenvoksninger og problemer med subileus. Reoperasjoner må vurderes ut fra problemene og muligheten for bedring. Gjentatt kirurgi gir ofte større risiko for flere synekier og øket risiko for brokk.

Strålebehandling

Strålebehandling kan gi akutte bivirkninger og senbivirkninger. Kun senbivirkninger tas opp her. De kan både debutere tidlig etter at behandlingen er avsluttet eller oppstå langt senere. Typisk kan huden og underhuden i strålefeltet bli rammet av fibrose og arrdannelse, misfarging, teleangiektasier, depigmentering, redusert svetteproduksjon og manglende underhudsfett. Dette gjelder særlig pasienter som ble behandlet en del år tilbake. På strålebehandlet hud skal man være forsiktig med sol og i alle fall unngå solbrenthet, selv om dagens høyenergetiske strålebehandling gir reduserte stråleskader. Huden «husker»

TABELL 1. Kreftforekomst 31.12.1997 og 31.12.2007, begge kjønn.
Kilde: CANCER IN NORWAY 2007. (1)

Antall personer i live	
31.12.97	31.12.07
121 074	183 252

TABELL 2. Levedr etter diagnose.
Kilde: CANCER IN NORWAY 2007. (1)

År etter diagnose			
<1	1-4	5-9	10+
19 910	55 973	42 194	65 175

stråledosen som er gitt, og beskyttelse med solfaktor eller klær anbefales. Elastisiteten reduseres, og det gjelder også om slimhinner i munn og hals eller underliv bestråles. Dette kan gi plager i varierende grad for pasienten. For eksempel kan strålebehandling mot munnhule og hals gi varig redusert spyttsekresjon, med munntørrehet og større risiko for karies og tannkjøttssykdommer som følge. Tannhelse må passes ekstra godt på hos disse pasientene, med regelmessige tannlegekontroller, daglig god munnhygge og økt fuktning gjennom stadig å ta en slurk vann, eller bruk av tygg gummi og sukkerfrie spyttproduserende pastiller. Der det kan dokumenteres nedsatt tannhelse som følge av strålebehandling, kan deler av tannlegebehandlingen søkes refundert fra trygdekantoret.

Hår og skjegg kan bli midlertidig eller permanent borte fra strålefeltet, avhengig av den totale stråledosen. For eksempel bestråles lymfom med en relativt lav dose, og noen får hårveksten tilbake etter behandlingen, mens andre får redusert eller uteblitt hårvekst i området. Ved bestråling av lymfeknuter på halsen er det håret i nakken og eventuell skjeggvekst som kan rammes.

Muskler som har blitt bestrålt, kan rammes av atrofi og nedsatt gjennomblodning i varierende grad, noe som igjen kan gi opphav til myalgier og belastningsskader. Skjelett som blir bestrålt i barnealder, løper risiko for vekstreduksjon. Også for de som bestråles i voksen alder, kan artrose og osteoporose oppstå i større grad og ved yngre alder enn hva man vanligvis forventer. Så langt det er mulig, unngår man å bestråle vekstsoner og ledd.

Strålebehandling mot lungene kan gi fibrose i lungevevet, og de som røyker, bør sterkt oppfordres til å slutte, da risikoen for sekundær lungecancer er økt.

Hypothyreose er en potensiell senskade etter strålebehandling på hals. Det er ikke bare de som har hatt tumor på hals som kan utvikle hypothyreose, men også pasienter behandlet for eksempelvis brystkreft, lymfom eller lungekreft, der bestråling mot lymfeknutestasjoner supraklavikulært har vært utført.

Lymfødem kan for enkelte pasienter bli bestående og behandlingskrevende, særlig etter kombinasjonsbehandling med lymfeglandeltoilette i armhule eller lyske og påfølgende strålebehandling. Rikstrygdeverket yter full refusjon for fysioterapi ved behandlingstrengende lymfødem. Bandasjemateriell og kompresjonsstrømper må pasienten betale selv. Pasienter som har lymfødem bør heller ikke bli solbrent på den aktuelle armen eller benet, da huden er skjøre i utgangspunktet og ødemet kan øke.

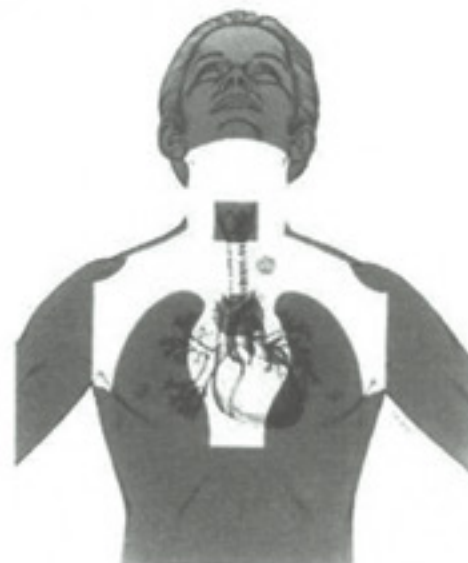


Figure 26-2. A typical mantle field for the treatment of Hodgkin's disease. Note the blocking of healthy lung tissue and humeral heads. An anterior larynx block and posterior cervical spine block are optional, depending on the location of the affected nodes. The treatment is with parallel opposed anterior and posterior fields. (From Cox JD: *Moss' radiation oncology*, ed 7, St. Louis, 1994, Mosby.)

FIGUR 1. Illustrasjon og beskrivelse av kappfelt.

For pasienter som har fått store strålefelt mot toraks, er det risiko for både lungefibrose, muskelatropi på hals, overarm og skulderregion, og de kan på lengre sikt utvikle kardiomyopati og klaffeinsuffisiens om hjertet er bestrålt. Dette er det spesielt viktig å være klar over hos pasienter som har fått kappfeltbestråling mot Hodgkin's lymfom i ungdomsårene eller ung voksen alder (FIGUR 1).

Strålebehandlet tarm og urinveier kan bli rammet av strikturer, obstruksjon, fisteldannelser og økt slimproduksjon fra tarm. Diaré og inkontinens samt blødninger fra tarm og urinveier er vanligvis forbigående og vanligere i akuttfasen, men kan for enkelte vedvare, særlig om hele tarmavsnitt eller store deler av urinveiene er bestrålt.

Kjemoterapi

Kjemoterapi kan også føre til bestående bivirkninger, eller økt risiko for helseproblemer som kan komme til uttrykk etter lengre tid. Eventuelle senbivirkninger er relatert til samlet dose, type medikament og eventuell tilleggshandling. En av de vanligste bivirkningene som for noen er vedvarende, er nevrotoksisitet. Perifer polyneuropati og Raynaud er de mest vanlige uttrykkene, med perifere stikninger og nummenhet, og kalde hender og føtter. Nevromuskulære problemer er mindre vanlig, men kan gi muskelsvakhet og smerter. De fleste tilpasser livet sitt med



Lungefibrose. FOTO: EIVIN REINERTSEN

disse plagene, for eksempel har de ekstra varme sko og votter, og reduserer uteaktivitet i kaldt vær. For unge pasienter kan yrkesvalg være viktig, slik at forhold i yrket ikke forverrer deres besvær.

Mer alvorlig er påvirkning på nyre- og hjertefunksjon. Cellegifter som potensielt kan gi slike skader, doseres slik at man ikke overskrider det som anses som toksisk grense, men her ser man stor individuell variasjon hos pasientene. Strålebehandling som har inkludert en del av hjertet potensielt øker risikoen, for eksempel hos lymfompasienter som tidligere har fått kappefelts bestråling (figur 1). Kurer inneholdende cellegiften adriamycin er potensielt hjertetoksisk og pasienter kan utvikle kardiomyopati eller hjertesvikt etter noen år. Cisplatin kan gi nyresvikt, men som regel er det faktorer som predisponerer eller innsetning av nyretoksiske legemidler langt etter avsluttet kreftbehandling som potensielt øker skaden slik at nyresvikt oppstår.

Testikkelkreftpasienter har nesten alltid fått cisplatin, og de kan også ha en annen typisk bivirkning, nemlig nedsatt hørsel eller tinnitus, da midlet er ototoksisk.

Seksualitet og infertilitet

Både kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi kan påvirke seksualiteten og reproduksjonsevnen gjennom nerveskade og organpåvirkning. Her tas det bare opp fysiske plager som rammer seksualiteten, selv om sykdommen og behandlingen i seg selv kan føre til forandringer som er av mye mer sammensatt karakter.

For kvinner kan inngrep i lille bekkenet føre til bakoverbøyd livmor, som kan gi besvær med ansamling av utflod og smerter under samleie. Strålebehandling som rammer vagina kan gi sammenvoksninger i slimhinnene og en trangere skjede. Dette kan motvirkes med en dilatator som bør tilbys alle kvinner ved risiko for synekier i skjeden. Dersom operasjonen etter kreftbehandlingen har ført til skader på nervene, kan det gi nedsatt følsomhet og ubehag på grunn av tørr skjede. Dette kan motvirkes ved bruk av glidemiddel og eventuelt lokalt østrogentilskudd. For menn kan strålebehandling eller kirurgiske inngrep skade nervebaner i underlivet med risiko for ereksjonsproblemer og manglende eller retrograd sædtømming. Det finnes flere typer hjelpemidler ved impotens. Impotens kan også ha psykiske årsaker, og

funksjonen kan komme tilbake etter en tid. Det er viktig at pasienten før behandling er informert om muligheten for eventuell påvirkning av fertilitet og ereksjon/ejakulasjon.

Strålebehandling mot gonadene medfører infertilitet for begge kjønn, selv ved relativt lave doser. Kvinner blir ikke bare infertile, men får også en tidlig menopause. For unge kvinner søker man å skjerme eggstokkene, eventuelt operere dem ut av strålefeltet før behandlingen starter. På samme måte unngår man å bestråle menns testikler.

Flere typer cellegift kan føre til subfertilitet eller infertilitet både hos kvinner og menn. Menn har i over 20 år hatt muligheten til nedfrysning av sædceller før oppstart av kreftbehandling. For kvinner er det få fertilitetsbevarende tiltak selv i dag, som ikke er av eksperimentell karakter. Alder ved behandling spiller stor rolle når kvinner gis cellegiftkurer som fører til subfertilitet. Med økende alder ved behandlingsstart, øker risikoen for «premature ovarian failure», der de som rammes får en tidlig menopause.

Sekundær kreft

Sekundær kreft kan oppstå etter både strålebehandling og kjemoterapi, men det må understrekes at det generelt er lav risiko. Hud som er bestrålt, har økt risiko for basalecellecarcinomer. Ved store strålefelt mot brystveggen kan organ i strålefeltet noe hyppigere bli rammet av kreft, som thyroideacancer, brystkreft, lungekreft og sarkomer. Leukemi er noe mer vanlig hos pasienter som har fått kjemoterapi. Alderen ved behandling har også betydning, da ikke bare kreftbehandlingen, men også den generelle risikoen for sykdom antas å gi større livstidsrisiko for de som er behandlet i ung alder. Sekundær kreft oppstår oftest 5–20 år etter gjennomgått behandling.

Fatigue

Fatigue regnes som kronisk om pasienten har hatt en vedvarende subjektiv følelse av energiløshet, tretthet og kognitiv reduksjon i mer enn seks måneder. De fleste med fatigue opplever at det oppstår i relasjon til eller kort tid etter endt behandling. Dette kan vedvare opptil flere år. Det kan være nødvendig med tilpassing av studiehverdag eller yrkeslivet siden de som har kronisk fatigue ofte har nedsatt kapasitet, konsentrasjonsevne og hukommelsesproblemer. Fatigue må skilles fra depresjon og søvnproblemer, og det er viktig å utelukke somatiske tilstander som for eksempel hypothyroidose. Behandlingen er ikke entydig, men moderat fysisk aktivitet, psykomotorisk fysioterapi og tilrettelegging av hverdagen ser ut til å gi positiv effekt. Studier har vist at omtrent 15 prosent av alle testikkelkreftpasienter opplever fatigue, og ca 30 prosent av alle som er behandlet for lymfom eller brystkreft.

Barn

For de som får kreft i barneårene, kan det være større risiko for flere langtids effekter. Barn tåler på den ene siden cellegift mye bedre enn voksne og har en høyere reparasjonsevne. På den andre siden er de i vekst, og dermed mer sårbare. Helserelevante langtidsplager er avhengig av sykdommens lokalisasjon, utbredelse og den behandling som er gitt. Det er i hovedsak de samme langtids effekter som rammer barn som voksne, selv om enkelte sykdommer, som hjernekreft, kan gi flere permanente skader som krever spesiell oppfølging og tilpassing. De fleste har dog lite langtidsplager (2).

Denne artikkelen kan se ut som en sørgelig liste over mange alvorlige plager som kan ramme tidligere kreftpasienter, selv om den ikke er uttømmende på emnet. Det er imidlertid svært sjelden at mange kjente bivirkninger rammer en og samme pasient. Det er riktig å understreke viktigheten av behandlingen, og at de fleste ikke har daglige problemer som er knyttet til langtids effekter etter kreftbehandling.

Montebello-Senteret

er et landsdekkende rehabiliteringssenter med ukeskurs for de som har, eller har hatt kreft og deres pårørende/nærstående. Senteret ligger på Mesnali ved Lillehammer. Opphold og reiseutgifter dekkes (refunderes) av Folketrygden slik at alle skal kunne reise dit. Egenandelen er kr. 150,- pr. døgn for den som har, eller har hatt, kreft og kr. 100,- pr. døgn for den pårørende/nærstående.

På familierhabiliteringskursene er det ingen egenandel for barna samt at reiseutgifter blir dekket for alle i familien.

Reiseutgiftene refunderes etter billigste reisemåte ved å levere reisekvitteringer på NAV-kontoret ved hjemkomst, eller ved henvendelse dit på forhånd for å få reiserekvisisjon.

Det arrangeres også enkelte kurs for fagpersonell på senteret.

Kontaktinfo:

TF: 62 35 11 00

E-POST: post@montebello-senteret.no

WEB: www.montebello-senteret.no





Seretide® forebygger astmasymptomer
hele døgnet^{1,2}



Seretide er den eneste kombinasjonsmedisinen som har dokumentasjon
for å oppnå og opprettholde GINA-definert astmakontroll^{1,3}

Vedlikehold av livsstilsendringer

— hvordan gjør vi det i praksis?

AV THOMAS MILDESTVEDT

Har du noen gang forsøkt å gjøre endringer på din livsstil? Mest sannsynlig så er svaret ja. De fleste mennesker svarer bekræftende på at de har gjort mer eller mindre vellykkede forsøk på å mosjonere mer, spise sunnere, bruke tanntråd mer flittig, legge seg tidligere, bruke mer tid på familien, være tydelig med egne begrensninger osv. Problemet er oftest ikke manglende intensjoner om endring eller endog kortsiktige suksesser, som i ukene før og etter at tannlegen har minnet meg om flittig tanntråddbruk. Det er de langsiktige resultatene som gir målbare endringer. Livsstilsendringer har mye til felles med medisinerer i preventiv hensikt. Endringen eller tiltaket må etterleves regelmessig over tid dersom de skal kunne gi effekt. I allmennmedisinen er vi i posisjon til å stimulere våre pasienter til en sunnere livsstil. Men hvordan kan vi gjøre dette på en effektiv måte? Et ønske om å lære mer om dette temaet gav inspirasjon til å gjøre en studie på hvem som klarer å vedlikeholde sine endringer. Resultatene er beskrevet i doktorgradsavhandlingen med tittelen «Langtidsvedlikehold av livsstilsendringer etter hjertesykdom» (1). Denne artikkelen presenterer noen av resultatene fra denne studien sammen med noen innspill til hvordan vi kan gjøre endringsarbeid i våre ulike praksiser.

Preventiv kardiologi i allmennpraksis

Preventiv kardiologi er den kliniske disiplinen som har fått mest oppmerksomhet i forhold til hvordan livsstilen påvirker sykkelighet og dødelighet. Forskning på livsstilsendringer har gitt oss ulike verktøy til å kartlegge kost og mosjonsvaner, samt instruktive røykesluttprogrammer. Takstheftet skal stimulere oss til intervensjonslyst. Vi har også lært om total risikovurdering. Vi har fått detaljert kunnskap om hvordan blodtrykk og kolesterolverdier skal måles og kontrolleres på legekontoret. Livsstil og biologiske mål kan plottes i risikotabeller som gir oss konkrete råd om hvem som bør ha spesielle intervensjoner og hvem som skal få gå ut døren som «frisk».

I disse dager ventes de nye retningslinjene for preventiv kardiologi fra Helsedirektoratet. Her vil vi finne oppdatert kunnskap om hvordan vi kan kartlegge og intervenere. I høringsutkastet er ca ti prosent av sidene i veilederen til-



Thomas Mildestvedt

Født 1972 og fastgrodd i Bergen. Gift og 3 barn. Spesialist i allmennmedisin. Fastlege i Bergen ved Minde Medisinske Senter tre dager i uken. Jobber en dag i uken ved Universitetet i Bergen, institutt for samfunnsmedisin, seksjon for allmennmedisin. Den siste dagen bygger han hus, sykler og dyrker familielivet. Forskningsinteresse på livsstilsendringer og motivasjonssamtaler, og tok doktorgrad på dette temaet i desember 2008 ved UiB.

egnet ikke-medikamentelle tiltak inkludert tre viktige sider om hvordan rådgivning og kommunikasjon har sin plass i dette arbeidet. Risikovurdering og medikamentelle tiltak får mest oppmerksomhet både i veiledere og på legekontorene. Effekten av varig livsstilsendring på sykdom og død er veldokumentert for røykeslutt, økt mosjon og hjertesunt kosthold. Samtidig vet vi at den absolutte effekten av medikamentelle tiltak i preventiv medisin gir grunnlag for ettertanke. Typisk relativ risikoreduksjon av ulike medikamenter undersøkt i primærprevensjon er på 25–30 prosent. Med en utgangsrisk for hjertesykdom eller død på 20 prosent i løpet av de neste ti årene behandler vi gjerne 20 pasienter i ti år for å forebygge ett tilfelle (2). Jo lavere utgangsrisk, jo flere må vi behandle for å oppnå resultater. En annen måte å kommunisere risiko på er antall måneder utsettelse av hjerte-kar-hendelse. Vi vet jo ikke om alle får litt hjelp eller om det er noen heldige som får hele effekten. Våre vurderinger basert på pasientgrupper skal omsettes i en avgjørelse for den enkelte pasient. Pasienten skal informeres om fordeler og ulemper. En fersk avhandling av vår kollega Peder Andreas Halvorsen i allmennmedisinen i Alta, finner at pasienter i større grad velger medisin dersom vi snakker «number needed to treat» enn om vi snakker utsettelse av tid til hendelse (3). Bivirkninger og problemer med polyfarmasi gir oss nye utfordringer og plager for pasienter. Likevel opplever vi som praktiskere at det gir mer følelse av å ha gitt et viktig bidrag for å redusere risikoen for sykdom hos den som får et medikament i forhold til hjelp til varige livsstilsendringer. Det sier seg selv at vår følelse av å ha mislykket er mye større når en av våre pasienter får akutt hjertedød i ung alder uten preventive medisiner, enn dersom vi hadde gitt medisin. Og dette erfarer vi også skjer

hos dem med lav utgangsrisk. Vi hører også de kommerisielle stemmer og på kollegaer med mest erfaring fra sekundærprevensjon. I sum påvirkes vi av indre og ytre press i retning av medikamentell intervensjonslyst.

Vi trenger motkrefter som gir oss nytt håp i arbeidet med å styrke pasienten i at egeninnsats med livstilsarbeid er god medisin for alle, og eneste medisin for dem med lav til moderat risiko for hjertesykdom. Hvilken strategi kan vi velge for at vår innsats skal lykkes uten at vi mister vår egen motivasjon på veien?

Livstilsendringer hos hjertepasienter

I avhandlingen gjør jeg rede for hvordan hjerterehabiliteringspasienter motiveres til å vedlikeholde sine livstilsendringer etter fire-ukers hjertetrening. Studiens hovedmål var å evaluere om en nyutviklet, individuell oppfølging av hjerterehabiliteringspasienter ledet til bedre vedlikehold av livstilsendringer. Vi ønsket også å se på om ulik psykososial bakgrunn påvirket evnen til livstilsendringer. I tillegg belyste studien i hvilken grad ulike motivasjonsfaktorer var forbundet med endret livstil.

Dette var en randomisert kontrollert studie og en langsgående studie av forklaringsvariabler for livstilsendringer. I løpet av en to-års periode fra august 2000 ble 217 av 266 pasienter som kom til rehabilitering inkludert i studien. Bakgrunnsdata, livstil og motivasjonsfaktorer ble kartlagt med spørreskjemaer ved inklusjon, etter seks og 24 måneders oppfølging. Halvparten av deltagerne fikk en forsterket oppfølging. Denne besto av to individuelle samtaler under kurset og telefonoppfølging seks og 24 måneder etter at kurset var over. Pasientene i denne gruppen ble oppfordret til å velge inntil tre livstilsområder som de særlig skulle fokusere på i de neste to årene. Vi ønsket altså å se på om pasientene som hadde valgt livstilsmålene selv ville oppnå bedre vedlikehold enn pasientene som ikke hadde prioritert disse livstilsmålene. Intervensjonen bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, sosial kognitiv teori og selvbestemmelsesteori. Hele studiegruppen fikk tradisjonell, gruppebasert hjerterehabilitering. Denne besto av daglig mosjon, undervisning om hjertesunn kost, hjelp til røykeslutt og psykososial støtte. Hjerterehabiliteringen var tverrfaglig og kurset gikk over fire uker.

Resultater

Hele rehabiliteringsgruppen klarte i stor grad å endre og vedlikeholde sine kost- og mosjonsvaner. Endringene var ikke bedre i gruppen som fikk forsterket rehabilitering. Vi fant en mulig klinisk relevant effekt blant røykere.

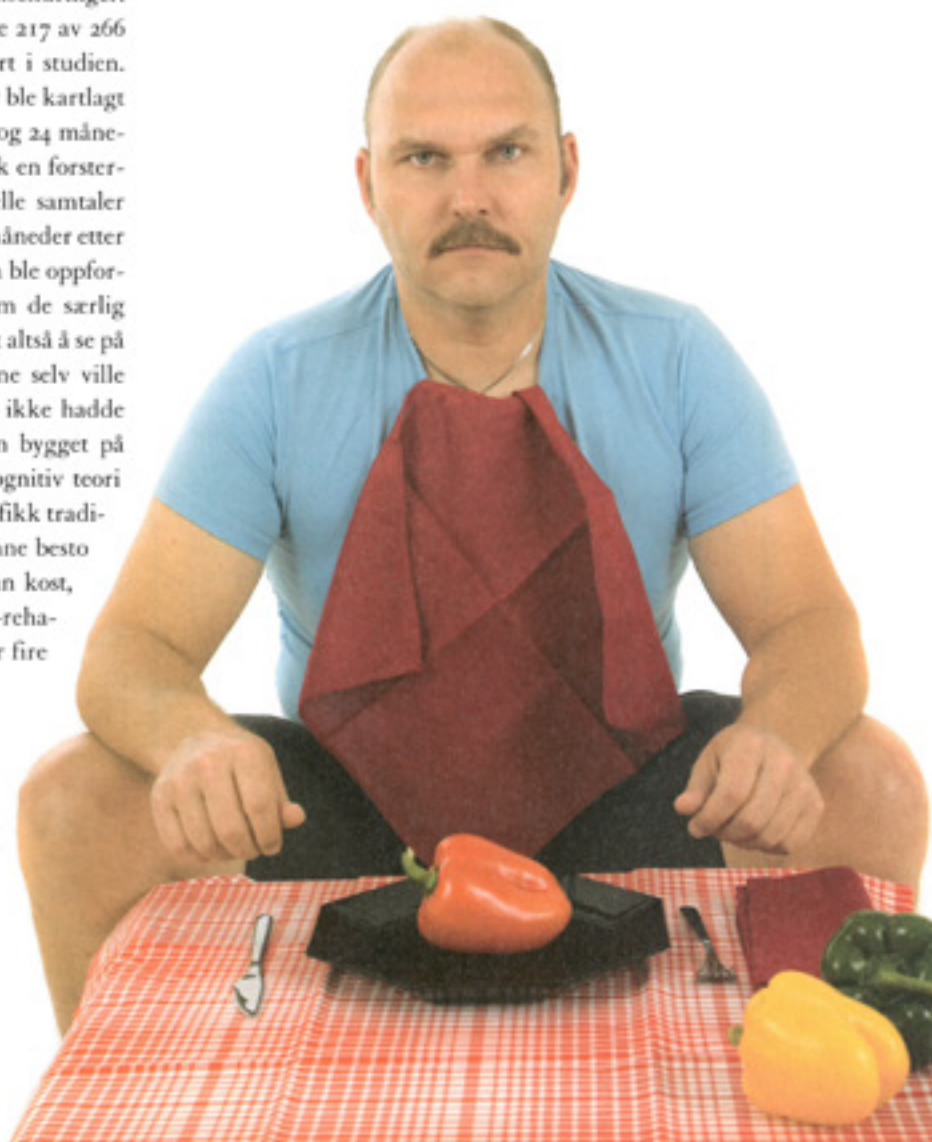
Pasienter som klarte å endre sine levevaner rapporterte høy grad av autonom motivasjon (styrt av indre ønske og lyst), stor tro på å kunne mestre livstilsendringene over tid og tro på gode fremtidsutsikter generelt. Vi kunne ikke finne noen forskjell i suksess mellom ulike inntektsgrupper eller mellom de som hadde opplevd et infarkt vs. de som hadde angina pectoris. Både røykere og de som rapporterte stor grad av angst, depresjon og irritabilitet var i mindre grad i stand til å endre livstil på andre områder.

Konklusjoner

Det er ikke tilstrekkelig å hjelpe deltagerne til å prioritere særskilte livstilsområder dersom målet er å bedre langtids vedlikehold av livstilsendringer. Resultatene tyder på at livstilspåvirkning ikke fører til økte forskjeller mellom ulike sosio-økonomiske grupper av hjertepasienter som kommer til hjerterehabilitering. Studien peker også på at enkelte grupper, slike som røykere og dem med psykiske vansker, bør få mer målrettet oppfølging.

Hvordan kan vi bidra til at denne mannen beholder motivasjonen for et hertevennlig kosthold?

ILLUSTRASJONSFOTO: SMOKE VAN DEN BERG



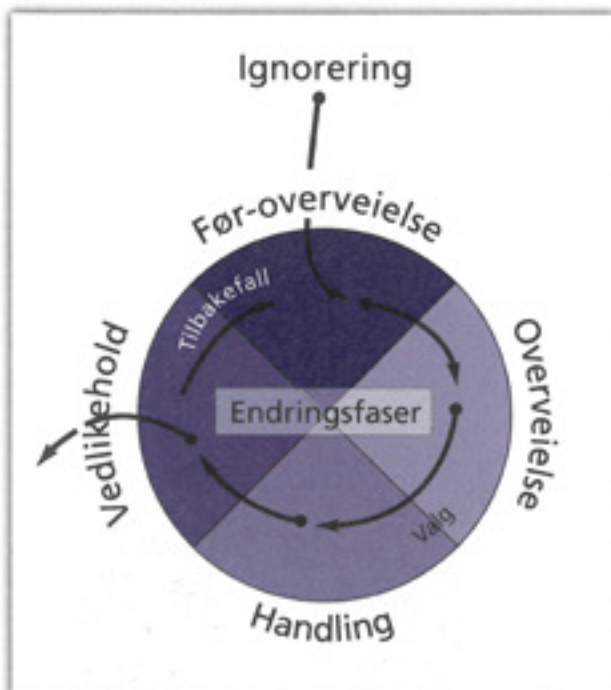
Hvordan kan vi gjøre endringsarbeidet i allmennpraksis?

Resultatene fra studien på hjerterehabiliteringspasientene har overføringsverdi til allmennmedisin. Mekanismene for endring av livsstil er studert i ulike pasientpopulasjoner og det er mulig å finne noen fellestrekk for hvilke endringer i tenkningen som kan være viktige for å bedre suksessraten. Pasientens ønske om endring samt tro på at han eller hun kan mestre endringen, er sentrale kognisjoner å utforske for terapeuten (4). I så måte er metoder fra endringsfokustert rådgivning kanskje det mest anvendelige verktøyet vi kan tilegne oss for bruk i allmennpraksis. Denne metoden søker å øke indre styrt motivasjon og å fremme pasientens mestringstro. Vi skal nå se på de mest sentrale prinsippene fra slik rådgivning.

Endringsfokustert rådgivning – den motiverende samtalen

Enhver endring er preget av ambivalens, klienten har argumenter for og imot endring. Teknikker fra endringsfokustert veiledning forsøker å utfordre klienten til selv å utforske og løse ambivalens i forbindelse med den livsstilsendring klienten ønsker å oppnå. Det siste er et vesentlig startpunkt: Ønsker klienten denne endringen? Den motiverende samtalen er kalt det motsatte av tradisjonell rådgivning. I den grad vi gir råd så er det informasjon som er tilpasset de ønsker og behov som den enkelte uttrykker. Tillatelse til å ta opp temaet og avklaring om hvor klienten befinner seg i endringshjulet (FIGUR 1) gir oss den nødvendige startinformasjon for å kunne lykkes i å lede klienten et skritt nærmere varig endring.

FIGUR 1. Endringsfaser etter Prochaska og DiClemente (5).



Det er en gammel erkjennelse at man i all hjelpkunst, som Kirkegaard uttrykker det, må starte med å identifisere hvor klienten er før vedkommende kan ledes til et annet sted: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der». Filosofen var allerede i 1859 på linje med dagens endringsteori når han i fortsettelsen fremhever ydmykhet, tålmodighet og velvillighet som grunnlaget for å kunne bringe klienten nærmere et mål om endring (6). Kunnskap om endringshjulet gir oss en mulighet til å gi veiledning tilpasset den enkelte endringsfasen. En tabell som vist under kan være et grunnoppsett for å starte målrettet endringsarbeid i egen praksis.

TABELL 1. Typiske tanker og oppgaver i ulike endringsfaser.

Endringsfase	Typiske tanker og utsagn	Veilederens oppgave
Før-overveielse	Livsstilen er ikke et problem!	Gi saklig og personlig informasjon
Overveielse	Kanskje jeg bør endre meg? Ambivalens!	Beslutningsbalanse
Forberedelse	Jeg vil gjøre et forsøk	Planlegge og avtale
Handling	Nå forsøker jeg!	Rose og støtte
Vedlikehold	Jeg klarer det, men jeg må passe meg for tilbakefall	Husk å spørre pasienten hvordan det går!

Som praktikere er det vanlig med ambivalens i forhold til å fokusere på livsstilsendringer overfor egne pasienter. Ambivalens for enhver endring kan settes opp i en enkel gangertabell, et verktøy som kalles beslutningsbalansen (TABELL 2).

Slike tabeller kan en gjerne gi pasientene som hjemmearbeid. Endringer skjer i liten grad på legekontoret, men det er i de tankene som samtalen forhåpentligvis stimulerer til, kraften til endringer befinner seg: «Folk påvirkes i større grad av årsaker og argumenter de har oppdaget selv, enn slike som andre har oppdaget» (Pascal). I tabell 3 er det tatt med noen eksempler i forhold til å fokusere mer på motivasjonsarbeid i egen praksis. Kanskje du vil utdype hvilke argumenter du selv har for å fokusere på eller ikke fokusere på livsstilsendringer i egen praksis?

TABELL 2. Beslutningsbalansen.

	Endring av livsstil	Ikke gjøre endring av livsstil
Fordeler		
Ulemper		

TABELL 3. Eksempel på beslutningsbalansen.

	Fokuserer på livsstils- endringer i egen praksis	I liten grad fokuserer på livs- stils- endringer i egen praksis
Fordeler	– jeg fremmer positiv helse og mestringsfølelse – mer spennende jobb, mindre rutinepreg – jeg blir bedre kjent med pasienten	– jeg sparer tid – jeg trenger ikke lære nye metoder – jeg slipper nederlagsfølelse
Ulemper	– det tar tid	– økt sykkelighet blant pasientene?

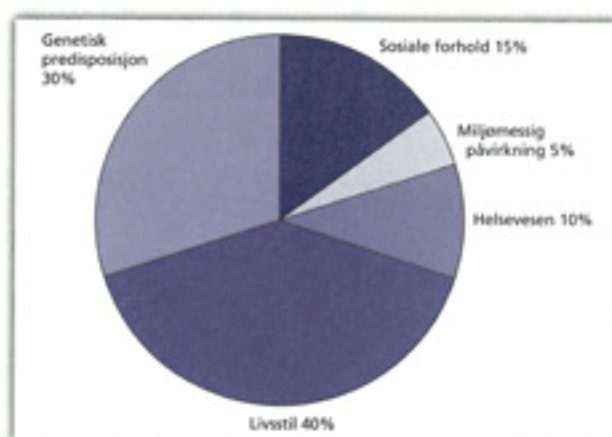
Denne artikkelen har i stor grad fokusert på livsstilsendringer for å unngå hjertesykdom. Innenfor de fleste helseområder finner vi at uheldige atferdsmønstre i stor grad leder til økt sykkelighet og for tidlig død. I en artikkel fra New England Journal of Medicine i 2007 peker Schroeder på livsstilen som vår mest potente innfallsport for å bedre folkehelsen (7).

I følge Schroeder er endringer på atferdsmønstre fire ganger mer potent enn de forbedringer vi kan få til i vårt voksende helsevesen. Han redegjør for den fantastiske endringen vi har sett de siste tiårene med halvering av antall daglig-røykere og stiller spørsmål om overvekt med tilhørende metabolsk syndrom kan oppnå liknende endringer. I et samfunn som krever mest helse for pengene kan det bli vanskelig å forsvare at de fleste ressursene sprøytes inn i helseforetakene og spesialisert behandling. Helseministeren vår bebuder nå mer ressurser til primærhelsetjenesten og særlig mer fokus på forebygging framfor å behandle. Mange klinikkere ser fram til å få mer tid sammen med dem som trenger det mest. Endring er en prosess som tar tid og krever utholdenhet og innsats både hos veileder og pasient.

Endringsfokustert rådgivning er et verktøy som er mulig å tilegne seg til bruk i allmennpraksis. Mange av dere bruker elementer fra denne rådgivningsmetoden i egen praksis mer eller mindre bevisst. Grunnlaget for å videreutvikle egen praksis er godt. Endringsfokustert rådgivning er testet ut på en rekke kliniske tilstander, med overveiende positive resultater. De mest utforskede er rusmisbruk, diabetes, astma, hypertensjon, hyperlipidemi og hjertesykdommer (8).

Hvordan lære mer?

Under referanser finner du tips for dem som vil lese mer. Det er skrevet godt om endringssamtalen, også på norsk (9–13). Kanskje ikke så rart ettersom metoden først ble utviklet av Roger Miller i Bergen på 80-tallet. Bergens-klinikken tilbyr regelmessig kurs i metoden som går over to dager. Kurstilbud ellers i landet forekommer også. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et kommunikasjons-



FIGUR 2. Årsaker til prematur død i den nord-amerikanske befolkningen (7).

verktøy som bygger på endringssamtalen (13). Dette er det mulig å bestille for den interesserte praktiker som vil lære mer om denne intervensjonen.

Forebyggende arbeid i egen praksis driver vi alle med i ulik grad. Hva er ditt ambisjonsnivå i din egen praksis?

Referanser

1. Mildestvedt T. 2008 «Motivating cardiac rehabilitation patients to maintain lifestyle changes» Doktorgradsavhandling UiB. ISBN 978-82-308-0698-2
2. E. Meland og medarbeidere. 2000. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. TDNLF nr 22.
3. PA Halvorsen. 2008. «Explaining risk reductions in medical practice: Prevention or postponement?» Doktorgradsavhandling. Universitetet i Sørdanmark, Odense.
4. P. Norman. (2000). Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390–5.
6. S. Kierkegaard (1859) Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien, C.A. Reitzels Forlag.
7. Schroeder, S. A. (2007). We Can Do Better - Improving the Health of the American People. N Engl J Med, 357(12), 1221–1228.
8. Knight, K. et al (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. Br J Health Psychol, 11(Pt 2), 319–332.
9. Prescott og Børtveit. Helse og atferdsendring. Gyldendal Akademisk (2004)
10. Barth, Børtveit og Prescott. Endringsfokustert rådgivning. Gyldendal Akademisk (2001).
11. Miller og Rollnick. Motivational Interviewing. Guilford Press (2002)
12. www.motivationalinterviewing.org
13. Sosial- og helsedirektoratet: «Å snakke om endring» SI 1400 (Bestilles på -trykksak@shdir.no-)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Thomas.Mildestvedt@isf.uib.no

Ultralyd ved muskel-skjelett

— aktuelt i allmennpraksis?

AV PER SUNDE

Pasienter med muskel-skjelett-plager må ofte vente lenge på spesialistbehandling, noe som kan medføre overskridelse av tidspunkt for en optimal behandling. I allmennpraksis kan bruke av ultralyd være et verdifullt utredningssupplement for denne gruppen, og innebære bedre ressursutnyttelse og pasientflyt.



Per Sunde

Tidligere fastlege og spesialist i allmennmedisin, driver i dag Skulderklinikken ved Bislett Legesenter i Oslo. 15 års erfaring med bruk av ultralyd i allmennmedisin.

Ved skader og lidelser i bløtdelene i muskel-skjelett-apparatet bør dedikerte allmennpraktikere kunne utføre ultralydundersøkelse. Med sin høye oppløselighet, kombinert med økt kontrast og støyreduksjon, gir dagens ultralyd en bildekvalitet som for få år siden ikke var mulig. Bruk av ultralyd kan raskt avklare hvorvidt en oppfylning er fast eller hulromspreget, om den har intraartikulær forbindelse eller er knyttet til en seneskjede. Det tar for eksempel ikke mange sekunder å finne ut om et kne er væskefylt (recessus suprapatellaris eller poplitealcyste). Ultralyd er en god

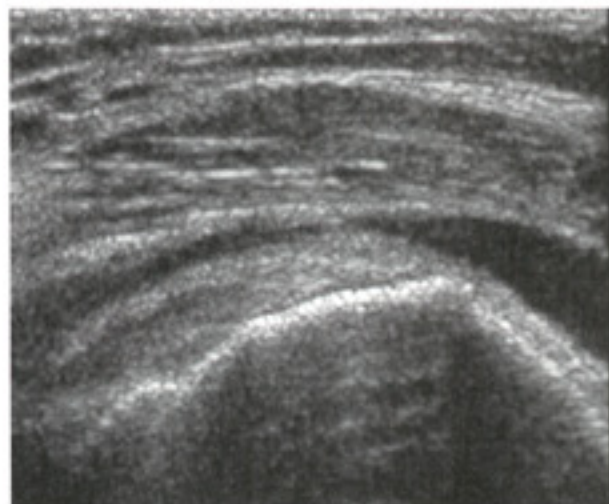
metode for å vurdere strukturelle endringer i sener – særlig hudnære og lange sener som patellar- eller akillesenen. Innen en rekke andre kliniske felt er det i dag utenkelig ikke å bruke ultralyd i utredningen. Det gjelder blant annet blant annet abdominallidelser, gynekologiske og obstetriske problemstillinger og innen veterinærmedisin.

Ulike faglige kulturer

Implementering av ultralyd ved muskel-skjelett-lidelser i allmennpraksis går tregt i Norge. Mulige årsaker er fraværet av økonomiske incitamenter eller manglende interesse hos radiologer for å spre kunnskaper på dette feltet. Mange allmennleger, men også radiologer og ortopedier, har antakelig en overdreven respekt for lærekurven. En annen forklaring kan ligge i den kommersielle tilgjengeligheten til MR-undersøkelser. Imidlertid er det kjent at det utføres for mye og dels ukritisk og dyr MR-diagnostikk ved muskel-skjelett-lidelser, blant annet ved utredning av kne, rygg og skulder (1, 2).

Det er viktig å øke tilgjengeligheten til ultralyd med standardiserte undersøkelsesprotokoller, slik at pasientene kan komme tidlig inn i undersøkelseskjeden. En forutsetning må være balansert kunnskap om metodens pro et contra, dvs. gode kunnskaper om helhetsradiologi. For eksempel kaster man bort tiden hvis man ultrasonografisk forsøker å uteske de viktigste intraartikulære avvikene i et kne.

Lengdesnitt av supraspinatussenen som avdekker ruptur og væskeareal.



-lidelser

Artikkelforfatteren har mange års erfaring med bruk av ultralyd i allmennpraksis.



Menisk-, korsbånd- og bruskavvik må anses som MR-diagnostikk.

Ortopedisk skulderdiagnostikk med ultralyd er en etablert metode i mange land, men brukes lite i Norge (3). Forskjellige land har forskjellige faglige kulturer. En av de mest toneangivende muskel-skjelett-radiologene, David Stoller ved Pacific Medical Center i California, er eksempelvis en eksponent for vektlegging av mindre intraartikulære skulderendringer. Imidlertid har Stoller etter manges mening neglisjert utviklingen av ultralyd på bekostning av MR. I Australia vektlegges ultralyd i betydelig større grad ved utredning av muskel-skjelett-lidelser. I Europa er bildet mer sammensatt. Mange land har sterke ultralydmiljøer. I England har ultralyd høy prioritet i de radiologiske miljøene. I Tyskland finnes det knapt en ortoped som ikke gjør ultralyd av skulder. I de fleste tilfeller klarer man seg godt med det, og rekvirerer målrettet MR bare på utvidede indikasjoner.

Norske ortopeder har med få unntak ikke kjent sin besøkelsestid, og feltet er i ferd med å bli dominert av klinikere (4). Blant revmatologer er imidlertid kunnskap om ultralyd

tatt inn i spesialistutdanningen, og nyere metoder som doppler, som kan påvise neovaskularisering, gir viktige bidrag til tidlig diagnostikk og monitorering av sykdomsforløpet. Andre profesjoner som fysioterapeuter og kiropraktorer har i økende grad sett nytten av ultralyd ved muskel-skjelett-lidelser.

Ultralyd ved skulderdiagnostikk

Ved utredning av skulderlidelser er ultralyd et godt alternativ til MR (5, 6). Metodene er komplementære. For de fleste pasienter over 40 år med non-traumatiske skulderlidelser, vil klinisk undersøkelse supplert med ultralyd gi tilstrekkelig grunnlag for videre beslutninger. Det gjelder særlig ved rotatorcuff-lidelser. Ultralyd gir legen for eksempel bedre mulighet til å vurdere nytten av en målrettet kortisoninjeksjon i en bursa (færre feilinjeksjoner eller «dry taps»). De fleste intraartikulære avvik vil i disse tilfellene ikke være klinisk relevante. Et enkelt anteroposteriørt røntgenbilde og et tilleggssnitt, gjerne et tunnelsnitt («outlet view», supraspinatus-tunnelsnitt), gir informasjon om plassforholdene under acromion og acromions form. Dette vil i de fleste tilfeller gi ytterligere og tilstrekkelig informasjon for videre anbefalinger.

I noen tilfeller vil man ønske en MR-undersøkelse, for eksempel ved store cuffrupturer, ved preoperative vurderinger eller usikre vurderinger når det foreligger vesentlige symptomer. Ved vurdering av rotatorcuffens beskaffenhet er metodene omtrent likeverdige. Både MR og ultralyd gir informasjon om dårlig cuff-muskulatur eller retraksjoner. Når det gjelder detaljer om kalknedslag i cuff'en, er ultralyd overlegen. Man bør antakelig fjerne mer kalk i cuff'en enn hva som hittil har vært praktisert i Norge. Klinisk er det vanskelig å bedømme årsaker til impingement i det subakromiale rom, for eksempel avvik i supra-/infraspinatus eller subscapularis kontra bursaavvik. En kombinert «one-step» klinisk og sonografisk undersøkelse gir bedre presisjon og diagnostisk informasjon enn om undersøkelsene gjøres hver for seg.

Yngre pasienter under 30 år som har vært utsatt for skader, vil som oftest ha best nytte av MR-undersøkelse med kontrast intraartikulært (MR-artrografi). Dette forutsetter skadeproblematikk av ikke ubetydelig omfang. Ultralyd har tettere snitt enn en MR, og vil lettere avdekke kortikale avvik som for eksempel små avulsjoner i tuberculum majus. MR vil best kunne avdekke beinødem. Et røntgenbilde vil ofte ikke vise noe spesielt de første ukene, og vil for eksempel ved skulderluksasjon være dårlig egnet som grunnlag for å vurdere opp trening eller prognose. Det er blant annet viktig å fastslå om rotatorcuffen er skadet i et slikt omfang at man bør tilrå kirurgisk sutur, og i så fall når. Større cuffskader krever ortopedisk hastevurdering.

Noen partielle og totale cuffrupturer kan på grunn av sine beskjedne symptomer og kliniske funn feilaktig medføre en tendinitt- eller bursittdiagnose. Dette forekommer hyppigere enn man har trodd. Disse skal ikke ha steroidinjeksjoner inn i skadet vev.

Patomorfologi behøver ikke å bety sykdom. Særlig MR er følsom for små signalendringer. Ved skulderproblematikk kan det enkelte ganger være vanskelig å skille mellom vanlig forekommende, naturlige varianter og viktige eller uviktige avvik. Dette gir oss mange dilemmaer og utfordringer, og det kan være vanskelig å se sammenhengen mellom klinikk og tolkningen av billedfunn. Ultralyd

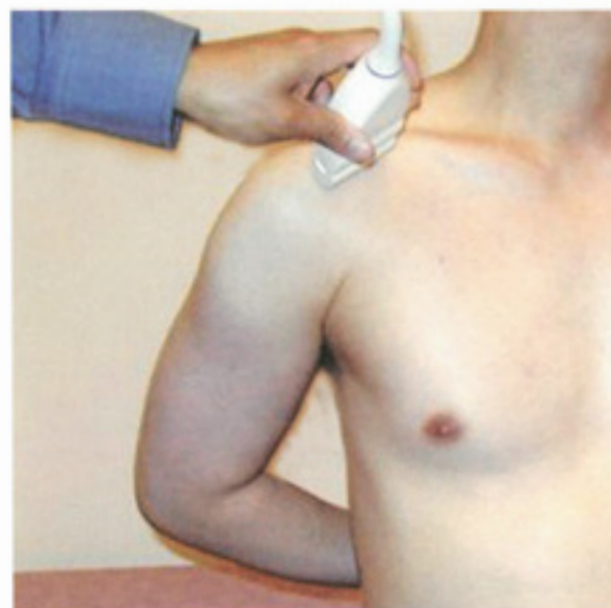
egner seg ofte godt til å skille «klint fra hvete». Det er iblant hensiktsmessig å minne om ordtakene «say little, say more» i betydning av at vi må være aktsomme for ikke å «klientifisere» ut fra usikre funn eller minimale billedfunn.

Skulderdiagnostikk er komplisert og ofte upresis, og kan derfor med fordel kombineres med ultralydundersøkelse. Skulderkapitlet i læreboken *Allmennemedisin* (7) har god systematikk og tydelig føring i henhold til den såkalte Cyriax-lesten. Denne vurderes dog av de fleste spesialister i dag til å være noe enkel og foreldet, ettersom retningslinjene etc. er utformet fra tiden før det store kunnskapstilfanget i moderne bildediagnostikk og artroskopisk kirurgi. Den kombinerte kliniske og sonografiske skulderundersøkelse vil være et viktig ledd i utviklingen videre, og bidra til å endre den vanlige undersøkelsesgangen.

Veien videre

Toneangivende lærebøker om muskel-skjelett-ultralyd belyser potensialet ved ultrasonografiske undersøkelser: «Ultrasound is the most rapidly developing technique in musculoskeletal imaging. It now replaces MRI in many specific clinical settings and serves as an important adjunct in others» (8). «It will have a profound impact on the practice of medicine in rheumatology, orthopedics, sports medicine and traumatology, 'reflection of the sound beam displays structure that is imperceptible with other imaging techniques'» (9).





Ultralud er velegnet til vurdering av bløtdelslidelser i skulderen.

Utviklingen må være faglig kvalitetsstyrt og forankret i gode kurstilbud i spesialistutdanningen. Radiologene har som ikke-klinikere et visst handikap, men de bør helst være med på å styre utviklingen på grunn av sin basalkunnskap. Mens MR kan betraktes som en form for high tech eller «Ferrari», kan ultralud ses på mer som en «mountain bike» – meget anvendelig og smidig. Det ligger i tiden å utvikle nye samarbeidslinjer og vike på gammel revirtenkning, dog uten å gi slipp på allmennmedisinens velkjente LEON-prinsipper.

Referanser

1. Kutt i bruk av MR kan spare millioner. Dagens Medisin 10.11.2005.
2. Overdrevn tro på MR. Dagens Medisin 12.01.2006.
3. Moosmayer S, Heir S, Aaser P, Smith H. Ultralyddiagnostikk av skulderbuen – en metodebeskrivelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 177–80.
4. Sunde P. Ultralyddiagnostikk. I: Juel NG, red. Norsk fysikalsk medisin. Oslo: Fagbokforlaget, 2007: 145–8.
5. Sunde P, Tariq R. Ultralyd, et godt alternativ til MR ved skulderlidelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 842.
6. Utposten 2004, nr 6/7. Geitung JT: Radiologisk diagnostikk. Geitung, Sunde P: Debatt/tilsvar.
7. Hunskaar S (red). Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal, 2003.
8. McNally EG. Practical musculoskeletal Ultrasound. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
9. Van Holsbeek. Musculoskeletal Ultrasound 2nd Ed. Elsevier Science, 2001.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
privat2004@persunde.no

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmkrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneh. laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og villedes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig, Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig, Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig, Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50–80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30–49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig oppstartingsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5–29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekskrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syreneutraliserende midler, renal tubulær acidose [RTA] eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med Proteus) 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. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og dekskrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING**: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amning frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/emboli, tromboemboli. Øvrige: Tretthet, sopplinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: Symptomer: 18h: 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, sømnlens, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbeveger (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfoll, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. Behandling: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **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%. Titrax: 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 t½ 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, mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Epac: Startpak: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 30 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

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



Morgendagens akuttmedisin

– en disiplin uten allmennleger?

AV NILS RUNE NILSEN OG HARALD LYSTAD

I byer og bynære områder blir stadig mer av akuttmedisinen håndtert av ambulanspersonell – uten at allmennlegene er involvert. Ofte medfører det direkte innleggelse i sykehus uten legevurdering. Dette gjelder i første rekke pasienter med skader, brystmerter, akutt dyspné, hjertestans og store magesmerter. Er dette en utvikling vi ønsker? Og er allmennlegene i ferd med å bli fratatt akuttmedisinsk kompetanse og ansvar?

På landet er det tradisjonelt fastlegen eller legevaktslegen som har hatt ansvaret for akutte medisinske og kirurgiske tilfeller. I Hallingdal, der det er et par timers reisevei til nærmeste sykehus, har allmennlegen eller legevaktslegen vært en hovedaktør innen akuttmedisin. Også her opplever vi nå at ambulanspersonell i økende grad forholder seg utelukkende til sykehus, AMK og luftambulansen, uten at allmennlegene er involvert. Ved akutte brystmerter blir EKG tatt i ambulansen og sendt via telenettet til kardiolog på sykehus. Ved bilulykker og andre større skadetilfeller blir pasientene transportert direkte til sykehus.

Ambulanspersonell har fagbrev og stadig flere tar paramedic-utdanning som tilsvarer høyskole med bachelor-grad. Mange tar avanserte kurs som AMLS («Advanced medical life support») og ATLS («Advanced trauma life support») med eksamen som er skriftlig og praktisk. De får en tidsbegrenset sertifisering som gir høy kompetanse i håndtering av traumer samt akutte medisinske og kirurgiske tilstander.

Legene på vikende front

I ti år har legekontorene i Hallingdal drevet med prehospital trombolysed ved ST-elevasjonsinfarkt. I et møte med AMK og lokalsykehus ble det spurt om ikke dette syste-



Harald Lystad

Cand.med. Bergen 1970, distriktslege i Lofoten 1971–1975, distriktslege/kommunelege i Hemsedal fra 1975–, spesialist i allmennmedisin i 1985 og i samfunnsmedisin i 1987. Spesialinteresse er skiskader som han har registrert siden 1997. Kjører legevaktsatt.



Nils Rune Nilsen

Cand. med. Dublin 1979, 1 år indremedisin ved Ringerike sykehus, spesialist allmennmedisin.

met – som har vist seg å fungere godt – bør videreføres. Det ble sagt at i andre deler av fylket var det ikke slik, og at enkelte allmennleger ikke en gang visste hva AMK var. Man kan ikke ha to operative systemer i ambulansetjenesten, med en særordning for Hallingdal. EKG skal tas av ambulansen, selv når pasienten er nabo til legekontoret, ble det sagt.

Kommunene i Hallingdal deltar i en den såkalte STREAM-studien, der pasienter med ST-elevasjonsinfarkt og mindre enn tre timers sykehistorie randomiseres til trombolysed og PCI (perkutan koronar intervensjon) eller til PCI alene. Trombolysed og randomisering gjøres av ambulansen – noe vi oppfatter som mistillit til allmennlegene fra AMK og sykehuslegene. Kan vi ikke lenger tolke EKG og behandle brystmertepasienter? Forspiller vi tid? Selv på landet, ser det ut til at allmennlegene får en mer perifer rolle ved akuttmedisinsk behandling.

Seks akuttmedisinske scenarioer

1.

Ambulansen rykker ut til en trafikkulykke. En kvinnelig passasjer sitter fastklemt og klager over magesmerter. Hun blir raskt frigjort av brannmannskapene. Hun er stabil sirkulatorisk og respiratorisk. I det hun legges ned, klager hun



Allmennleger bør fortsatt ha en aktiv og sentral rolle i akuttmedisinsk arbeid, fremholder artikkelforfatterne. ILLUSTRASJONFOTO: KJETIL SKANVIG

over skuldersmerter. Hun er lett trykkømt i øvre del av abdomen. Ambulansepersonellet mistenker en intraabdominal blødning. De er utstyrt med bærbart ultralydapparat og opplært til «focused assessment sonography for trauma» – til blant annet påvisning av aortaaneurismer. Ultralyd viser blod mellom venstre nyre og milten. Sannsynlig milt-skade diagnostiseres. Man legger inn to grove veneffloner, men er forsiktig med væsketilførsel (ifølge protokoll). Luftambulansen kontaktes for rask transport til sykehus.

2.

En mann med pustebesvær ringer AMK. Ambulansen kommer raskt fram. Man gjør en rask vurdering etter AMLS-protokollen og finner rikelig med knatrelyder på lungene. Oksygen gis. EKG viser akutt STEMI (ST-elevasjons-myokard-infarkt) i hjertets fremre vegg. Etter lokal protokoll og i samråd med sykehus gis morfin, diuretika, nitroglyserin, acetylsalisylsyre og klopidoogrel. Været tillater ikke transport med luftambulans. Man gir derfor trombolys i hjemmet før transport til sykehus.

3.

Fastlegen mottar en kvinnelig pasient med svimmelhet og brystmerter. Blodtrykket er 80 systolisk. Puls er 40. Legen tar et EKG som viser forandringer i hjertets nedre

vegg samt bradykardi. Det er lenge siden legen har hatt befatning med brystmertepasienter. Pasienten er dårlig og legen ringer etter ambulans. Ambulansepersonellet legger inn venefflon, gir metoklopramid intravenøst og tar EKG som blir sendt til sykehuset. Ambulansen er bemannet med paramedics, og det erfarne personellet mener at det er et STEMI i nedre vegg. De finner at lungene er rene og tørre, og gir pasienten raskt 300 ml Ringer intravenøst. Pasientens blodtrykk stiger til 100. Man gir derfor en liten dose morfin i tillegg. Pasienten føler seg bedre. Svaret fra sykehuset bekrefter STEMI i nedre vegg samt AV-blokk grad 2. Man blir enig med sykehuset om å gi en liten dose atropin i tillegg til den vanlige protokollen. Pasienten blir fløyet til Rikshospitalet for PCI-behandling.

4.

En mann med akutte, sterke magesmerter ringer AMK. Ambulansen rykker ut og finner mannen liggende sammenkrøket. Han har smerter i epigastriet med noe utstråling til ryggen. Vitale tegn er stabile. Ambulansepersonellet tar opp en fokusert anamnese og gjør en fysisk undersøkelse. Det foreligger stramhet i epigastriet samt trykkømt og slippømt – forenlig med parietale smerter. Ut fra anamnesen (pasienten bruker NSAIDS) mistenker man et perforert ulcus. Det bærbare ultralydapparatet

viser ingen tegn til aneurisme. Pasienten får væske og morfin intravenøst og transporteres direkte til sykehus.

5.

En kvinne ringer AMK om morgenen. Hennes to år gamle barn har høy feber og gir dårlig kontakt. Ambulansen er raskt framme. Barnet reagerer ikke på tiltale, men på lette smertestimuli. Respirasjonsfrekvensen er økt, pulsen er hurtig og svak. Man sikrer luftveiene ved å legge barnet i sideleie og gi det oksygen. Undersøkelsen avdekker et utslett som ikke lar seg bleke ved trykk. Barnet virker litt stiv i nakken. Kernigs og Brudzinskis prøver er positive. Man mistenker meningokokksepsis og meningitt. Ambulansepersonellet har god trening på å legge venefflon, og klarer det også nå. Barnet får to millioner enheter penicillin og Ringer intravenøst. Ettersom luftambulansen er opptatt med en annen pasient, innledes transporten med bilambulanse. Litt senere møtes bil- og luftambulanse på veien.

6.

En kvinne på 69 år har akutt oppstått kraftsvikt på høyre side. Ambulansen rykker ut. Kvinnen ligger på gulvet og har nedsatt bevissthet, men svarer på tiltale. Ambulansepersonellet sikrer luftveiene gjennom hakegrep og sideleie. Oksygen gis. Glukoseverdien måles til sju. Pasienten er skjev i munnen, har talevansker og nedsatt kraft i armen og i beinet på den ene siden. Ambulansepersonellet er lært opp til å gjenkjenne hjerneslag ved å følge en spesifisert sjekkliste. De ringer luftambulansen for rask transport til sykehuset med henblikk på trombolyse. Vitale funksjoner hos pasienten kontrolleres hvert femte minutt.

Utrente allmennleger – god nok hjelp?

Disse scenarioene er ikke fiksjon, men beskriver reelle akuttmedisinske situasjoner hvor allmennlegen er fraværende. I byer og bynære områder har allmennlegene allerede meldt seg ut eller blitt skjøvet ut av akuttmedisinen. Hvorfor skjer dette? Noe av svaret ligger i at ambulansetjenestens utøvere ønsker en slik utvikling. Man jobber for at ambulansene etter hvert skal være bemannet med paramedics som kan utøve avansert prehospital akuttmedisin og legge pasienter direkte inn i sykehus (1).

Artikkelforfatterne ser flere problemer med utviklingen. Legene, som har den høyeste medisinske kompetansen, tar ikke del i akuttmedisinske vurderinger og mister verdifull

trening i akuttmedisin. Pasientene mister verdifulle differensialdiagnostiske vurderinger og viktig behandling. Ambulansen rykker ut på oppdrag som kanskje kunne vært unngått. Hva skjer om ambulansen ikke er tilgjengelig, eller om ambulanspersonellet trenger bistand? Og hva med dårlige pasienter som kommer direkte til fastlege eller legevakt – hvilken behandling vil de få?

Legevaktene blir etter hvert større, med interkommunale ordninger som krever at både leger og ambulanspersonell har akuttmedisinsk kompetanse som sikrer forsvarlig beredskap. Hva vil befolkningen si dersom man får beskjed om at nærmeste kompetente lege er på lokalsykehuset – to timer unna legevakten?

Noe av sjarmen med faget allmennmedisin er variasjonen i oppgavene. Akuttmedisin er del av dette. Leger velger å jobbe på landet, blant annet på grunn av utfordringene som akuttmedisinen gir. Mange leger på landet har betydelig kompetanse i akuttmedisin. Skal vi kaste vrak på dette?

Fragmentering

Artikkelforfatterne er bekymret over utviklingen. Vi mener det pågår en fragmentering av allmennelegetjenesten. Helse-søstre og jordmødre tar seg av p-pilleforeskrivning, prevensjonsveiledning og svangerskapskontroller. Optikere får henvisningsrett til øyelege. Kiropraktorer og manuellterapeuter tar seg av ryggproblemer – også viderehenvisning og sykmelding (men ikke sykmelding to til NAV). Prehospital akuttmedisin tar ambulansetjenesten seg av. Helseministeren ønsker at allmennlegene skal være helsepedagoger.

Vi mener at allmennlegene – med sin brede kliniske erfaring – har en sentral plass i akuttmedisinen. Skal de beholde sin plass, må de ta ansvar og ikke akseptere at andre overtar. Allmennleger bør fortsatt rykke ut med ambulansen når det gjelder, og samarbeide med ambulanspersonell og andre i den akuttmedisinske kjeden. Det er på mote å snakke om samhandling. Det er på tide at helseforetakene, sykehusene, kommunene, Legeforeningen og departementet kommer sammen og diskuterer hvordan morgendagens prehospital akuttmedisin skal organiseres og ledes.

Referanse

1. Scandinavian Update Magazine nr. 1, 2008.

Arbeidsgruppa «Ledelse og samarbeid» AM 2020:

Fastlegene i ledelsen!

AV KJELL MAARTMANN-MOE

I forbindelse med prosjektet Allmennmedisin 2020 (AM 2020) nedsatte Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) en gruppe bestående av fastlegene Karin Frydenberg, Skreia, Odd Kvamme, Stord, Bente Thorsen, Oslo, kommuneoverlege Einar Braathen, Øvre Eiker og fastlege Kjell Maartmann-Moe, Oslo (leder), for å vurdere allmennlegers ledelsesoppgaver herunder faglig ledelse, ledelse av samarbeid og ledelse i kommunehelsetjenesten.

I denne artikkelen sammenfatter jeg gruppas innspill (heretter kalt innspillet) til allmennlegeforeningenes arbeid med AM 2020. I innspillet har vi anvendt ledelsesmetodeverktøy for å vise leserne hvordan det virker i praksis. Den som ønsker å lese innspillet i sin helhet finner det på nettet i Allmennlegeportalen (1).

En helsereform som medfører mange flere fastleger, må gi tid og rom for bedre allmennmedisinsk ledelse på alle plan, men vi kan ikke vente til 2020. Allmennlegene har i tiden som kommer en enestående sjanse til å sette sitt preg på norsk primærmedisin og helsetjenesten generelt ved å prioritere god ledelse. Bruk av ressurser på god ledelse er blant de viktigste grepene vi kan gjøre for å heve norsk allmennmedisin ytterligere.

Fremtiden kaller på samfunnsengasjerte og -bevisste legeledere med allmennmedisinsk bakgrunn på alle nivå i samfunnet. Det er viktig for å sikre befolkningen allmennmedisinsk kompetanse av god kvalitet fra veldrevne allmennlegekontor med en ryggrad av spesialister i allmennmedisin, med god forankring i lokalsamfunnet i bygd og by og med gode samarbeidslinjer. Fastlegene har en nøkkelrolle for å sikre at ressursene samfunnet stiller til rådighet gir helsetjenester som strekker til for de fleste.

Ledelse – hva er det?

I allmennmedisinen inngår ledelse som et viktig element i å skape gode løp for pasientene og få fastlegenes kompetanse og servicebedrifter til å funksjonere optimalt i forhold til denne kjerneoppgaven. Allmennmedisinsk ledelse handler



Kjell Maartmann-Moe

Fastlege på Grünerløkka i Oslo siden 1983. Spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Leder for Apif (Allmennlegeforeningen) (2002–2005) og arbeidsgruppa Ledelse og samhandling AM2020.

også om å se fastlegekontorene og fastlegeordningen i en større sammenheng – i forhold til kommunehelsetjeneste, kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV og andre samarbeidspartnere.

Ledelse er et særskilt arbeidsfelt som krever bevissthet, ressurser, tid, kunnskap og ferdigheter. Ledelse handler om å sette mål for seg selv og andre. Målene må utarbeides sammen med, og forankres hos dem som skal delta for å søke og nå målene. Ledelse handler om å gjennomføre prosesser i samarbeid med dem som er involvert. Ledelse handler om «å nå mål gjennom andre» (Professor Ole Berg, Institutt for helseøkonomi og helseledelse, Universitetet i Oslo). God ledelse handler også om personlig engasjement, synlighet, redelighet, klokskap, mot og offervilje.

Det kan være nyttig å skille mellom ledelse/lederskap og administrasjon. Ledelse er sterkest knyttet til å definere mål og utarbeide strategiene for å nå målene. Administrasjon har mest å gjøre med å gjennomføre planene på en effektiv og korrekt måte. Spissformulert kan vi si: Lederen skal gjøre de riktige tingene, mens administrasjonen skal gjøre tingene riktig.

Arbeidsgruppa ønsker med sitt arbeid å bidra til at stadig flere allmennleger skal få glede av å være gode ledere. Det kommer ikke av seg selv.

Personlig ledelse (selvledelse)

All god ledelse starter med «en selv».

Hvilke mål har du satt deg for din egen profesjonelle utvikling som allmennlege? Hvordan skal du nå dem?

Et mål for din personlige profesjonelle utvikling kan være å oppnå spesialiteten i allmennmedisin og å opprettholde den. Det er viktig å være generalist når man er allmennlege og ikke bli en slags pseudo-grenspesialist. Derfor kan det være viktig med en kollega eller smågruppen der du legger fram din(e) sist(e) specialistsøknad(er) og diskutere hvilke felt som må dekkes bedre innen neste resertifisering.

Personlig ledelse handler også om bedre styring av egen timebok og arbeidsdag.

Burde vi innføre et system der allmennleger ble overleger i allmennmedisin for eksempel ved første resertifisering?

Ledelse av legene på fastlegekontoret

Uansett Eierform og det individuelle ansvar vi har som utøvende leger, er det behov for ledelse av kollegiet på et legekontor. Internavtalen og styremøtene er partnersnes viktigste redskap i ledelse av legekontoret.

Styret bør med jevne mellomrom avsette tid til å utøve ideologisk ledelse. Da kan grunnleggende tanker og ideer som legekontoret skal styres etter, diskuteres – for eksempel forretningsidé, visjon og hovedmål, menneskesyn og ledelsesfilosofi. Slike diskusjoner må gjerne gjøres i samarbeid med andre legekontor og i allmennlegeutvalg. Diskusjoner om ideologisk ledelse av legekontoret er viktig for å sveise kollegiet sammen, selv om man ikke blir enig i alt. Legekontoret må gjennom engasjement i allmennlegeutvalg, lokalt samarbeidsutvalg, landsrådsrepresentanter og sentrale tillitsvalgte være med og påvirke utviklingen og derfor ha en bevisst policy i forhold til tillitsvalgtarbeid.

Legekontoret må også ha en felles policy i forhold til opplæring av kommende generasjoner leger gjennom undervisning og veiledning av studenter, turnusleger, EØS-leger og leger under spesialisering i allmennmedisin.

Kollegene på legekontoret må vise omtanke og være kollegiale, men ingen bør være fastlege for hverandre. Det skaper ubalanse i forholdet mellom kollegene og kan gjøre styrearbeid og driften vanskelig.

TABELL 1: Verktøy til ledelse av legesamarbeidet på fastlegekontoret.

Internavtalen	Strategisk ledelse
Styremøtene	Samarbeidsledelse
Ideologisk ledelse	Operativ ledelse
HMS, kvalitet og avvik	Lærende organisasjon

Ledelse av legekontoret

En gjennomtenkt ledelse av legekontoret med mål, strategi og gjennomføring er viktig. Hvor formelt en skal gjøre ledelsen av kontoret er avhengig av kontorets størrelse, men et visst minimum av ledelsesstruktur må alle legekontor ha. Formelle medarbeidersamtaler minst én gang i året og regelmessige samarbeidsmøter der alle legene og de ansatte er med, er viktig for bedriftskulturen. På disse to områdene forteller medarbeidere mange steder om stort forbedringspotensial.

Proessen med å lage et kvalitetssystem for legekontoret og arbeid med helse, miljø og sikkerhet (HMS) er utfordrende og viktig. Ansatte kan trekkes inn i arbeidet og gjøre deler av arbeidet med å lage systemet og vedlikeholde det i arbeidstiden. I kvalitetsarbeidet kan en finne god hjelp fra Kvalitetsutvalg for primærhelsetjenesten (KUP) og KUPs hjemmesider fra Allmennmedisinsk portal (1).

Samhandling er en sentral del av fastlegekontorets virksomhet. Bevisst policy på området fra legene og legekontorets ansatte, er avgjørende for gode pasientløp og fornuftig ressursbruk.

Mer om de ulike ledelsesformer og hvordan ledelse av legene og legekontoret kan gjøres, finner du i Fastlegeboka (2) og i innspillet som er lagt ut på Allmennlegeportalen (1).

TABELL 2: Ledelsesverktøy for legekontoret.

Medarbeidersamtaler	HMS, kvalitet og avvik
Kvalitetssystemer (KUP)	Lærende organisasjon

Tillitsvalgt og leder

Å være tillitsvalgt er en god måte å lære om ulike ledelsesutfordringer. Å sette mål for allmennmedisinen sammen med kollegium og kommune og gå mot målet i fellesskap, er spennende. Uten tillitsvalgte stopper allmennmedisinen og medlemmene blir fort offer for vilkårlighet og dårligere arbeidsbetingelser. Mange flere burde ta sin tønn med tillitsvalgtarbeid enten det er i form av fagutvikling eller som fagforeningstillitsvalgt. Felles for alt tillitsvalgtarbeid er at du møter engasjerte mennesker og lærer mye om samfunn og mennesker du ellers ikke så lett vil erfare. Du får som tillitsvalgt muligheter til å påvirke utviklingen i mye større grad enn mange er klar over. Det handler om å ta ledelsen.

Ledelse av fastlegeordningen i kommunehelsetjenesten

I avtale og lovverk er kommunens og kommuneoverlegens ledelse av fastlegeordningen i liten grad beskrevet. På områder der det gis rom for ledelse, utøves den ofte i for liten grad av kommunen.

For å videreutvikle fastlegeordningen trengs det kommunestyre, administrasjon og kommuneoverleger med god kunnskap om og interesse for fastlegeordning og fastleger. Kommuneoverlegen må ha et spesielt ledelses- og rådgivningsansvar både innad i kommuneorganisasjonen og ut mot publikum og fastlegene. Faglig dyktige og samfunnsengasjerte fastleger er avgjørende.

Det er viktig at fastlegene bidrar aktivt i forhold til kommunens administrasjon i utviklingen av helsetjenester og godt samarbeid. Det er viktig at kommuneadministrasjonen tar med fastlegene i sitt planleggings- og tilretteleggingsarbeid. Det er på lik måte viktig at fastlegene melder seg på, tar ledelse og deltar i dette arbeidet slik at kvaliteten på tjenestene blir best mulig.

Allmennlegeutvalg (AU) og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)

Et viktig mål fremover er å få allmennlegeutvalg og lokalt samarbeidsutvalg til å fungere godt som samarbeidsarena mellom fastleger og kommune og bruke disse arenaene til å dyrke frem de gode medisinske løsningene og det gode samarbeidet i kommunehelsetjenesten.

Allmennlegeutvalget er en obligatorisk møteplass for allmennlegene. AU og LSU har potensiale for utvikling av fastlegeordningen gjennom arbeid med lokale målsettinger for ordningen, fag- og kvalitetsutvikling, forskning og samarbeid vedrørende praksisdrift, legevakt og allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Aktiviteten i AU og LSU gjenspeiler fastlegenes og kommuneledelsens engasjement og interesse for å utvikle fastlegeordningen, samfunnsmedisinske tjenester og øvrige kommunale helsetjenester. AU og LSU må også fungere som en møteplass mellom fastleger og andre kommunale helsetjenester. Praksiskonsulentordningen må forankres i kommunehelsetjenesten i AU og LSU.

Fastlegene og deres tillitsvalgte må få tid og rom til å forberede og følge opp vedtak i AU og LSU sammen med kommuneoverlegen. LSU's legerepresentanter må kunne brukes som arbeidsgruppe av kommunens ledelse i utviklingen av kommunale helsetjenester. Slikt arbeid må kunne sees på som likestilt offentlig legearbeid eller gjennom frikjøp til prosjektarbeid.

Ledelse av offentlige allmennlegeoppgaver i kommunehelsetjenesten

Innen den enkelte kommune er fagmiljøene i de offentlige allmennlegeoppgavene vært små. Interkommunalt sam-

beid blir derfor viktig for fagutviklingen på disse områdene i tiden som kommer.

Det har i liten grad vært sett på muligheter for at fastleger tar ledelse av fagutviklingen for de offentlige allmennlegeoppgavene under overordnet ledelse av en kommuneoverlege eller en kommuneoverlegegruppe hvis det samarbeides interkommunalt.

I tillegg til de tradisjonelle offentlige allmennlegeoppgavene, helsestasjon for barn og unge, sykehjemsmedisin, fengselshelsetjeneste og skolehelsetjeneste, ser vi for oss en rekke oppgaver som det faller naturlig at fastleger gjør; praksiskonsulent, kollegakonsulent (veileder i medikamentbruk), arbeid i kontrollkommisjon, universitetslektor, forsker, kvalitetskoordinator, legevaksleder osv. Det må være dynamikk med henblikk på oppgavene i forhold til hva samfunnet trenger, og det må legges nasjonale føringer slik at enkeltkommuner ikke kan sabotere utviklingen.

Hvert fagområde kan inngå i større geografiske og nasjonale nettverk. På denne måten får vi levende fagutvikling med mulighet for bred erfarings- og idéutveksling.

Den faglige kvaliteten på alle disse områdene må settes høyt og det må stilles krav til kommunene om at rammebetingelsene for aktiviteten er optimal – lokaler, utstyr, personell, drift. Det må settes av tid til forskning, kvalitetsarbeid og deltakelse i nettverkene.

Lokal medisinsk forsknings- og kvalitetsleder

Anvendt, praktisk forskning er mangelfull i allmenn- og samfunnsmedisin. Våre erfaringer fra praksis blir i liten grad nyttiggjort i forskning og fagutvikling. Fastlegene sitter blant annet på et unikt datagrunnlag i sine elektroniske pasientjournaler. SEDA-prosjektet (SEntrale Data fra Allmennlegetjenesten) må bli en standard for innhenting av data som grunnlag for forskning og læring på kommunalt nivå.

En fastlege må lede forsknings- og kvalitetsarbeidet i kommunen/eventuelt interkommunalt og være bindeledd mellom den praksisnære forskning og kvalitetsutvikling til de allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene og de allmennmedisinske forskningsenheter.

Ledelse av samhandling –en fastlegeoppgave.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

Praksiskonsulentordningen startet opp i Norge i 1996 (3). Ordningen består i at fastleger tilsettes i små stillinger på sykehus, for å fremme samarbeidet mellom sykehus, fast-

leger og øvrig helsepersonell. Praksiskoordinatoren har ansvar for å lede og koordinere konsulentenes arbeid innen et helseforetak. Praksiskonsulenten arbeider på den ene siden med å forankre sitt arbeid hos allmennlegene i kommuner og bydeler rundt helseforetaket og på den andre siden inn i helseforetaket hos legene der. For fastlegene er PKO en unik mulighet til å bruke, og få verdsatt sin kompetanse, som spesialister i allmennmedisin, som samhandlere og som ledere.

Gjennom PKO har vi fått et brohode til sykehusvesenet og mulighet til å påvirke samspillet om pasientene til det bedre.

Skal vi ta skrittet videre og gjøre oss skikket til å sitte i styrer og foretaksledelse? Det er en ledelsesutfordring for allmennlegeforeningene å se organiseringen av lokalsykehus, kommunehelsetjeneste og fastlegeordning som et hele.

Allmennlegeforeningen ga i april 2008 ut det helsepolitiske debattskriftet: «Praksiskonsulentordningen i Norge, et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste» (4).

Dette heftet må legges til grunn for det videre arbeidet med PKO. I debattheftet diskuteres en utvidelse av PKO til å omfatte NAV, PLO (kommune/bydel) og akuttjenester. Vår vurdering er at PKO i helseforetakene bør bygges ut og komme trygt på plass før ordningen utvides.

Mål for videreutviklingen av PKO er presentert i tabell 3. En utdyping av temaet med forslag til strategi og gjennomføring finner du på nettet i Allmennlegeportalen (1).

TABELL 3

Arbeidsgruppens forslag til mål for videreutvikling av praksiskonsulentordningen (PKO).

- Full bemanning i PKO på alle sykehus innen 2020
- Praksiskoordinator plasseres i sykehusets ledelse
- Bedre nasjonal forankring, forankring i de regionale helseforetakene og koordinering av PKO.
- Forankring i kommunehelsetjenesten i allmennlegeutvalg (ALU) og lokalt samarbeidsutvalg (LSU)
- Fastlegenes interesser ivaretas i samarbeidsavtalene mellom HF og bydeler/kommuner
- PKO arbeid sidestilles med offentlig allmennmedisinsk arbeid i kommuner og bydeler.
- Bærekraftige metoder og kontinuitet i PKO arbeid
- Leger får omdømme som gode samhandlere

Utvikling av ledelseskompetanse

Alle lederoppgavene fordrer mer fokus på ledelse på alle nivåer i utdanning av leger – i medisinstudiet og i videre- og etterutdanningen. Samfunnsmedisinere og allmennleger som skal lede, må få tilbud om alminnelig anerkjent lederutdanning på høyskole og universitetsnivå.

Det må legges til rette for lederutdanning for allmennleger og samfunnsmedisinere på samme måte som for leger i sykehus. Vi må få permisjonsrettigheter og romslige stipendordninger for næringsdrivende allmennleger slik at det blir økonomisk mulig å gjennomføre lederutdanning.

Allmennlegeforeningene, samfunnsmedisinerforeningene og Legeforeningen utfordres herved til å utrede slike muligheter snarlig. Vi ønsker at muligheten for å bruke midler fra Legeforeningens lånefond for å støtte tillitsvalgte som ønsker slik utdanning, utredes og kommer på plass så snart som mulig.

Hvordan fastlegeordningen skal ledes (styres) og finansieres i fremtiden er en utfordring som kommer i hurtigtogsfart med den bebudede stortingsmeldingen om samhandling i juni 2009. Det var ikke i arbeidsgruppens mandat å utrede ledelse av fastlegeordningen, men det gjelder for allmennlegene å ta ledelsen og bidra til at skinnegangen legges til de rette stasjonene.

Referanser

1. Allmennlegeportalen – <http://www.legeforeningen.no/id/113824>.
2. Røksund Gisle (Red): Fastlegen. Praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer. Allmennpraktikerserien. Universitetsforlaget. 2002.
3. Alment praktiserende lægers forening. Praksiskonsulentordningen PKO. Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer. 2004.
4. Allmennlegeforeningen. Helsepolitisk debattskrift nr. 4. Praksiskonsulentordningen i Norge: et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste. Allmennlegenes praksiskonsulentordning som metode for godt samarbeid i helsetjenesten. 2008.

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

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2009

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

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

ABONNEMENT:

Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32
2050 JESSHEIM
TLF.: 63 97 32 22
FAX: 63 97 16 25
E-POST.: rmrtove@online.no

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

Format: A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf).
SATSFLATE: 165 x 236 mm, 2 spalter.

Raster: 60 linjer

Trykkeri: 07 Gruppen AS, 1930 AURSKOG.
TLF.: 63 86 44 00

Kontaktperson: Morten Hernæs
TLF.: 63 86 44 63
E-POST: morten.hernaes@07.no

12

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

Barn sover gjerne tolv timer.

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

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

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

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

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



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

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

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

Fucithalmic®
Fusidinsyre

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

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

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

RESEPTBESTILLING VIA NETT

— når og hvordan?

AV LASSE FOLKVORD, Vikhammer Legekontor

Vårt legekontor har i fem år gitt pasienter mulighet til å bestille resept via internett. Vi er et fire-legekontor med ca 5000 listepasienter som benytter Medaxess-programvare integrert i Winmed/Winmed Connect. Løsningen har vært forevist og godkjent av Datatilsynet. Ved oppstarten i 2004 hadde vi 250 henvendelser, men nå er vi oppe i det dobbelte. Alternativet ville vært en telefonhenvendelse med litt «fram og tilbake», oftest endende med en papirlapp i postkassen. Fordelen for pasienten er at en unngår telefonkø, kan ordne med bestilling i fred og ro, og styre leveranse av resepten til rett sted.

For listepasienter

Tjenesten krever ikke passord for innlogging, og gjøres med utgangspunkt fra vår hjemmeside på internett. Pasienten velger elektronisk skjema for reseptfornyelse som har veiledende informasjon. Skjemaet er selvforklarende med hensyn til utfylling av navn, fødselsnummer, mobiltelefon, navn på medikament og evt. noen stikkord med inntil 160 tegn. Det velges fra meny om en ønsker resept hentet ved kontoret, faks til ønsket apotek (rullegardinsmeny), eller sendt hjem per post. Tjenesten kan benyttes for barn under 15 år via foresattes mobilnummer og barnets fødselsnummer.

Vi tar takst 1h. Takst 8 legges til hvis resepten blir videreført. Bekreftelse tilbake gis via SMS. Kun listepasienter kan komme gjennom med sin reseptforespørsel til vårt journalprogram. Bestillingen kommer rett inn i EPJ-innboksen til riktig fastlege. Tjenesten er godt kjent for våre pasienter, i likhet med vår hjemmeside, dels ved oppslag flere steder på kontoret og dels ved at alle resepter, brev og timekort har påført nettsadresse.

Generelt om resepthåndtering

Det er ikke noe mål på å få flest mulige resepthenvendelser via nettet. Vi praktiserer reseptforskrivning i all hovedsak slik: Pasienter med kroniske sykdommer som krever medikasjon og har regelmessig legekontakt i løpet av året, får ved en gitt konsultasjon en samlet årsresept for alle faste og ved behov medisiner.

Hjemmesykepleien leverer en gang i året til kontoret en liste over alle pasienter de har medisinansvar for, med navn på tilhørende fastlege. Den enkelte fastlege ordner med årsresepter som leveres til apoteket, og kopi av nytt ordinasjonskort tilbake.

Ved endringer i medikasjon underveis i løpet av året, gjort av fastlege, ordnes ny årsresept hvis nødvendig. Tilhørende nytt ordinasjonskort sendes tilbake til hjemmesykepleien.

Ved endring i medikasjon underveis i løpet av året gjort av 2.-linjetjenesten, vil noen ganger hjemmesykepleien ha fått ny medikamentliste fra for eksempel sykehuset. Da varsles vi ved at hjemmesykepleien bruker elektronisk melding på vegne av pasienten, og under stikkord (plass til 160 tegn) ber om bekreftelse på ny, gjeldende medikamentliste. På basis av mottatt elektronisk epikrise kan vi oversende nytt ordinasjonskort og melde dette bekreftende tilbake via som en SMS-tjeneste.

Følger en disse retningslinjene, er det begrenset på hvor omfattende resept på nett kan bli. Ved andre situasjoner enn de som er nevnt, vil reseptbestilling på nett være et aktuelt alternativ. Forutsetningen er at vi har nok bakgrunnsinformasjon i vår journal for å skrive ut resept. Vi har også klare regler for hvem som har reseptansvar ved legefravær på kontoret.

Praktisk tips

Dagens løsning er ikke satt opp slik at teksten på bestillingen og svaret tilbake (inntil 160 tegn som SMS) kommer automatisk i fortløpende journaltekst. Vi bruker derfor å markere innkommende tekst/bestilling og svar tilbake, slik at det limes inn som tekst i løpende journal. Sammen med en tilpasset generell makro-tekst som limes inn, gir dette god dokumentasjon. Ikke sjelden klarer vi å føye til en nyttig, kort beskjed til pasienten – i tillegg til at de får bekreftet at resepten er underveis.

Sammenfatning

Resept via nett anses som en tilleggstjeneste som ikke skal fortrenge forskrivning av årsresept ved samtidig konsultasjon for pasienter med kroniske sykdommer. Nettresept er egnet ved bestilling av behovsmedisiner, sesongmedisiner (for eksempel allergimedisin), fornyelse av for eksempel p-piller eller ved tap av resept og/eller medisin.

Tjenesten krever at det er gode kollegiale rutiner for å ta ansvar for hverandres innboks ved legefravær. Der oversiktlig lokale forhold tilsier det, kan også ordningen tilpasses for pasienter hvor ansvaret for medisinbehandling er tillagt hjemmesykepleien. Vi opplever i sum at reseptbestilling både via og utenom internett er – etter de retningslinjene vi følger – arbeidsbesparende når tjenestene er godt etablert. Det fremmer god arbeidsflyt med god dokumentasjon.

Å bruke tid på å lage gode kjøreregler for elektroniske meldingstjenester er på sikt en fornuftig investering for kontoret. I vår elektroniske tidsalder er det forventninger ute om at vi skal levere disse tjenestene. Følg lenken og sjekk funksjonaliteten selv: www.vikhammerlegekontor.no

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

Unni Bilsbak utfordra meg til å bidra til denne spalta, og den utfordringa tek eg imot. Sjølv om eg er ein ivrig lesar, vert det mindre av den poetiske delen av litteraturen. Dikt som passar for meg, skal eg likevel finna. Det er vel med dikt som med anna at det som passar vil kunna variera med tid, alder og røysle. Vers som for meg alltid vil passa, vil vera om fjella som eg er så glad i.

Eg vel likevel å opna med det diktet som i ei årrekke har vore oppslått på kjøkenveggen, sjølv om det er samme forfattaren som Unni hadde. Han tåler det, den diktaren. Kvifor så dette? Tja, det er vel fordi eg synes det er ein god leveregel og det gir meg og minner om oppvekst og levemåte i min barndom.

Gjer ein annan mann ei beine.

Han kom or fjellet, skulle heim,
Fekk føring ifrå Osa
ut til Øydvinsto'.
Og han var raust
og baud betal.
Men Osamannen
var 'kje fal:
Eg vil betala;
eg kan ikkje nå deg
med ei beina att.
So gjer ein annan mann
ei beine då,
sa Osamannen
og skauv ifrå.

Apropos oppvekst, eg tar
og med eit dikt av min tidlegare
sambygding, diktaren og kåsøren
Ingvar Moe. Inspirasjonen til dette
fekk han frå ei resultatnotis etter eit
barneskirenn der Jarle vart nr. 59
og sist med doble tida av vinnaren
Bjørn Egil.



Nummer 59

kjære Jarle!
tykte du så synd i
snøtunge smågraner
langs løypa
lurte du deg til
å banka av dei
med skistaven
når det ikkje skreik einkvan
bakom deg
smilte du litt kvar gong
ei til rista på akslene
og rette seg opp?

skar det brått
eit spennande dyrespor
tvers over løypa
måtte du følgja med dirrande lår
ut i mjuk laussnø
kjende du varm pust
oppunder nasen
mens du venta
framføre holet?

deg
vil eg følgja, Jarle
me skal forsiktig rista snøen
av unge tre
følgja utydelege spor
som kryssar løypa
eg går ikkje ifrå deg
om så alle dei Bjørn Egil'ane
som i verda er
fyk krefsande forbi.

Så kan eg på slutten av eit arbeidsliv håpa at eg i forhold til pasientar og kunnskap har prøvd følgja Bjørn Egil sitt dømme, men fundera på om eg elles har tatt følgje med Jarle i passeleg mengde.

Eg vil utfordra min kollega tvers over gata, Bernt Daltveit. Han har eg kjent i 32 år og me hadde òg same arbeidsplass i nokre år. Ein veldig god og nøyaktig kliniskar. Han er òg ein god historieforteljar, og har nok òg dikt på lager.

Med helsing Reidar Berge, kommunelege II, Voss

Rødt øye

– en uvanlig løsning på en vanlig problemstilling

Pasienten, en 30 år gammel kvinne, tok kontakt med legevaktslegen omtrent klokken åtte på kvelden. Hun anga å ha hatt et rødt, kløende og sviende venstre øye siden kvelden i forveien. Det rant også ganske mye blank væske fra øyet. Det kom frem at pasienten brukte kontaktlinser av døgnvarig type som synskorreksjon. Hun hadde også brukt disse etter at symptomene på venstre øye oppsto, enda hun var klar over at hun ikke burde gjøre dette. Imidlertid hadde hun ikke alternativ synskorreksjon tilgjengelig, både fordi hun var på reise og fordi hun ikke hadde fått tilpasset briller på mange år.

I utgangspunktet ville hun gjerne se om ikke det hun selv oppfattet som øyekatarr ville gå over av seg selv. Hun hadde arbeidet i barnehage tidligere og var ikke uvant med øyeinfeksjoner. Imidlertid syntes hun at synet på venstre øye var blitt vesentlig dårligere i løpet av dagen, noe hun ikke tidligere hadde hatt problemer med ved øyeinfeksjoner. Det ble avtalt at hun skulle komme til legeskjemaet for en undersøkelse.

Pasienten kom til legeskjemaet direkte fra flyplassen, i følge med en slektning og et spedbarn i reisestol. Hun begynte ganske umiddelbart å amme dette barnet, mens hun ba legen undersøke øyet i mellomtiden. Sykehistorien var som beskrevet på telefonen.

Ved undersøkelse var det nedsatt visus på venstre øye i forhold til høyre. Venstre øye var rødt, med blandet injeksjon, det var også en del blank væske i øyekroken, men ingen tegn til purulent sekret i øyet eller på øyelokkene. Venstre hornhinne så uklar og grålig ut, som ved hornhinneødem, og rød refleks var noe svekket på venstre i forhold til høyre side. Det var sidelike og runde pupiller, som reagerte symmetrisk på direkte og indirekte lys, uten smerter. Ved inspeksjon med lupe var det tydelig at det lå en kontaktlinse over venstre hornhinne. Pasienten syntes dette var merkelig, hun var helt sikker på at linsen hun sist hadde satt inn var falt ut. Da legen forsøkte å ta ut kontaktlinsen kom det ut to stykker som hadde ligget oppå hverandre. Ved fluoresceinfarging etter fjerning av kontaktlinsene var det ikke fargeopptak i hornhinnen, men etterpå var hele hornhinnen uklar og difust gullig på farge. Pasienten så fremdeles ikke godt på sitt venstre øye. Dette var ikke uventet, da hun anga å se svært dårlig uten kontaktlinser. Rød refleks var imidlertid fremdeles svakere på venstre enn høyre side. Tonometri ble ikke utført på grunn av frykt for å lage epiteldefekt på hornhinnen i et infisert øye. Legen ringte i stedet nærmeste øyeavdeling. Der kunne vakthavende ikke gi noen god forklaring på funnet av uklar hornhinne, men det ble gitt

råd om å sende inn en dyrkningsprøve fra øyet, samt starte behandling med kloramfenikol salve og dråper. Pasienten skulle også instrueres i å ta raskt kontakt med lege igjen, dersom hun ikke ble bedre i løpet av kort tid.

Legen undersøkte enda en gang med lupe, før han skulle ta dyrkningsprøve, og fant da at det lå enda en linse over hornhinnen. Da denne ble fjernet utbrøt pasienten at hun nå så godt. Legen undret seg over dette. Pasienten hadde sagt at hun var helt avhengig av kontaktlinser for å kunne se skarpt. Og ganske riktig, ved ny undersøkelse fant legen enda en kontaktlinse på det venstre øyet. Etter at denne ble tatt ut var visus riktig nok dårligere, men rød refleks var sidelik, og ved ny fluoresceinfarging ble det ikke funnet fargeopptak i hornhinnen. Det ble tatt dyrkningsprøve og startet behandling med antibiotika som anbefalt fra øyelege.

Denne kasuistikken illustrerer flere gode poenger når det gjelder en av de aller hyppigste kontaktårsaker i allmennpraksis; akutt rødt øye. Den vanligste årsaken til dette er infeksjos konjunktivitt, men det er viktig å ikke overse tilstander som akutt glaucom og iridocyclitt. Det var ingen sikre tegn til disse hos denne pasienten. Problemet var at pasientens nedsatte syn på et øye ikke stemte overens med vanlig infeksjos konjunktivitt. Med et nokså rødt øye, og noe suboptimale undersøkelsesforhold, blant annet med en ammende pasient, tok det flere inspeksjoner før legen fikk oversikt over hvor mange kontaktlinser pasienten hadde på seg på det aktuelle øyet, noe som resulterte i en del forvirring, samt en kanskje unødvendig telefon til øyeavdeling. En noe mer nøyaktig anamnese i forhold til kontaktlins bruk den aktuelle dagen kunne muligens hjulpet. Den siste kontaktlinsen pasienten hadde på seg ville neppe blitt oppdaget uten at legen hadde merket seg at pasienten mente at hun knapt kunne se uten sine kontaktlinser, og at hun plutselig anga å se godt da den tredje kontaktlinsen ble fjernet. I dette tilfellet ble ingen epiteldefekt på hornhinnen funnet, men det er tenkelig at en slik kunne oversees dersom den siste kontaktlinsen ikke hadde blitt fjernet. Det er fremdeles ikke avklart hvordan pasienten hadde klart å ta på seg intet mindre enn fire kontaktlinser på ett øye i løpet av en dag, men vi kan vel konkludere med at vanligvis enkle diagnoser ikke alltid er like enkle.

Gunnar Waage Skjeflo
Pr. tid. Lege i Forsvaret.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
goon_r@yahoo.no


RELIS

PRODUSENTUAVHENGIG LEGEMIDDELINFORMASJON

 Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

 Øst
Tlf. 23 01 64 11

 Sør
Tlf. 23 07 53 80

 Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

 Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Erytromycin og graviditet

Spørsmål til RELIS

Lege spør om hva som er førstehåndvalg for behandling av klamydiainfeksjon hos gravide i første trimester. Tidligere var det erytromycin, men lege er i tvil om det kan brukes i første trimester.

Vurdering

Erytromycin har vært på markedet i over 50 år. Det har tidligere blitt anbefalt som et sikkert antibiotikum hos gravide – på linje med penicilliner (1).

En svensk studie fra 2005 basert på data fra det svenske fødselsregisteret (1995–2001) viste en mulig økning i antall hjertemisdannelser hos barn hvis mødre hadde brukt erytromycin tidlig i svangerskapet (2). I studien fant man at det blant 1844 barn som var født av kvinner som hadde fått erytromycin under første trimester, var høyere forekomst av hjertekarmisdannelser enn hos 9110 barn født av kvinner som hadde fått penicillin V. Det er generelt en risiko for at ett av hundre barn fødes med hjertekarmisdannelser (ukjent etiologi). I studien var risikoen økt til ca. to av hundre barn når kvinnen hadde fått erytromycin i første trimester.

En mulig forklaringsmodell er også foreslått; Erytromycin er som alle makrolidantibiotika, hERG-blokkere. hERG er en spesiell kaliumkanal i hjertet, og blokkering av denne kan gi hjerterytmeforstyrrelser. Hos mennesker utvikles hjertet i uke fem til ni, og i første trimester ser hERG kanalene ut til å spille en viktig rolle for hjerterytmene hos alle pattedyr. Potente hERG-blokkere har ved bruk i denne perioden i dyrestudier vist å gi kardiovaskulære defekter (2,3). Etterhvert utvikles både andre ionekanaler og innervasjonen av hjertet, og tilgjengelig data per i dag tyder ikke på at hERG-blokkering kan gi uheldige effekter på hjertet i senere stadier av svangerskapet (3).

På bakgrunn av denne svenske studien advarte norske myndigheter mot bruk av erytromycin i første trimester (1). I 2007 ble det arrangert et ekspertmøte, og anbefalinger om valg av antibiotika ved de mest vanlige bakterielle infeksjonene hos gravide er et resultat av dette (3). I terapianbefalingene står det at klamydiainfeksjon hos gravide i første trimester bør behandles med amoksisillin (500 mg x 3 i 7 dager) eller med doksyklyn (100 mg x 2 i 7 dager). Konsekvensen for mor vurderes som større enn teratogen risiko av doksyklyn når bruk ansees nødvendig (3). Også i de nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten frarådes bruk av erytromycin i første trimester (4).

Det er uenighet rundt Källens studie, og flere fagmiljøer tar ikke de svenske data like alvorlig som norske myndigheter. Kritikken er først og fremst knyttet til metodologien som er benyttet, og at Källen tar for lett på problemer knyttet til multippel testing. Erytromycin har vært det mest brukte makrolidet i Nord-Amerika og Vest-Europa i mer enn 30 år, og det er ganske sikkert at svært mange i løpet av disse årene har blitt gravide under erytromycinbehandling. Dersom risikoen er slik Källens studie antyder, burde en assosiasjon knyttet til en så pass stor økning i risiko vært kjent tidligere (5).

Källen har nylig utført en ny studie på data fra det svenske fødselsregisteret (2002–2006). I dette datamateriale ble det ikke funnet at erytromycin i første trimester gav en signifikant økt risiko for hjertemisdannelser. Det ble her konkludert med at slike funn kan komme av multippel testing eller underliggende sykdommer. Dataene foreligger foreløpig kun som abstract fra en kongress (6). Data fra mer enn 7000 eksponeringer for erytromycin i 1. trimester har imidlertid heller ikke vist en økt risiko for medfødte misdannelser (4).

Konklusjon

I de norske terapianbefalingene står det at klamydiainfeksjon hos gravide i første trimester bør behandles med amoksisicillin (500 mg x 3 i 7 dager) eller doksykylin (100 mg x 2 i 7 dager). Det anbefales ikke bruk av erytromycin hos gravide i første trimester på grunn av mulig økt risiko for hjertemisdannelser. Grunnlaget for å advare mot bruk av erytromycin i første trimester er imidlertid relativt tynt og omdiskutert i flere fagmiljøer.

Cecilie Sogn Nergård
RELIS Øst

Referanser:

1. Statens legemiddelverk. Erytromycin i svangerskapet: Mulig risiko for hjertemisdannelser. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____28568.aspx (sist endret 30. oktober 2005)
2. Källen BAJ, Olausson PO, Danielsson BR. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? *Reprod Toxicol* 2005; 20: 209–14.
3. Statens legemiddelverk. Bruk av antibiotika under graviditet. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____63080.aspx (2. november 2007)
4. Lindbæk M. (Red.). Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Antibiotikaretningslinjer/9+Beh.+av+gravide+og+ammende> (oktober 2008)
5. Farmasøyt. Avd. for samfunnsfarmasi, Institutt for farmasi - Universitetet i Tromsø, pers.medd. 30. januar 2009.
6. Källen KBM. Maternal drug use in early pregnancy and risk of cardiovascular defect in infant - A follow-up study. *Reprod Toxicol*. 2008; 26(1): 64–5. (ETS Abstract 2008)



ILLUSTRASJONSFOTO: FRITZ LANGANN

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

Lærerike kasuistikker

Psykiske symptomer med skjult årsak

Tom er 40 år gammel, han har vært min pasient i ca ti år. Han vokste opp med mor og far til han var 11 år, da skilte foreldrene lag. Etter det bodde han med mor og hadde kun sporadisk kontakt med far. Far var voldelig mot mor og hadde et høyt alkoholforbruk.

Tom oppdaget allerede før skolestart at han hadde tvangstanker, spesielt for lysbrytere og påkledning. Påkledningen måtte skje i rett rekkefølge. Tvingen påvirket hans sosiale liv i barndommen lite. På skolen var han faglig midt på treet, dårlig i matte som han selv sier. Han var svært fysisk aktiv, klatret og gikk løs på det meste med krum hals. Klarte ikke sitte i ro lange tiden. Han hadde konsentrasjonsproblemer, var opptatt av alt rundt seg når han skulle lese eller skrive. I ungdomstiden satt han mer for seg selv. Etter skolen gikk han to år på videregående, deretter var det rett ut i jobb. Han hadde flere jobber, tildels krevende lederjobber og slet seg ut og byttet ofte jobb. Kona traff han som 25-åring. De hadde et godt og harmonisk ekteskap. Hun var svært tålmodig med hans plager og han åpnet seg veldig for henne. Han skjulte sine tvangstanker helt til han traff henne. De har en felles datter.

I forbindelse med en krevende jobbsituasjon for ca fem år siden kom han første gang til meg med sine plager. Han presenterte symptomer som indre uro, kontrolltrang, depresjon og søvnproblemer. Han røykte mye, ca 40-50 sigaretter daglig og drakk gjerne en halv flaske vin hver kveld for å «roe nervene». Kostholdet var dårlig og uregelmessig. Han hadde høy MADRS og vi bestemte oss for å forsøke SSRI. Etter hvert endte vi opp med Effexor® 75 mg som han stod på i ca to år. I tillegg hadde han i perioder bruk for Vival®. Det gikk etter hvert bedre, han byttet jobb nok en gang og fungerte bra i sin nye jobb.

For ca ett år siden ble hans datter henvist til BUP med spørsmål om ADHD. Far fulgte med på utredningssamtalene. Etter noen tid kom han på nytt til meg og fortalte at han kjente seg skremmende igjen i datras symptomer og de funn som ble gjort ved undersøkelsene på BUP. Han hadde sittet på sidelinjen og kjent at dette kunne like gjerne vært ham. Han var sikker på at han hadde ADHD diagnosen selv, og han ønsket å bli utredet. Etter noen måneder i voksenpsykiatrien hadde han selv diagnosen ADHD og hadde startet med Ritalin®.

Han har boksen med tabletter i bukselommen på konsultasjon hos meg. Han klapper seg på boksen og er svært fornøyd med behandlingen. Ritalin® har god effekt på mange av hans symptomer og han takler hverdagen mye bedre enn før.

For meg var dette en vekker. Psykiske symptomer kan være så like, men med forskjellige diagnoser med ulike behandlingsmuligheter. Vi er så vant med å tenke ADHD/ADD hos barn og unge, men bør også tenke på adferds- og oppmerksomhetsforstyrrelser hos voksne med psykiske plager, som hos denne pasienten.

Astrid Holm

ADHD er en tilstand som for mange varer inn i voksen alder, anslagsvis 30-70 %. Prevalensen hos voksne er 0,3-1,4 %. Sykdommen kan føre til betydelige psykiske tilleggspolproblemer som angst, depresjon, alkohol- og stoffmisbruk. Ofte stilles ikke diagnosen før i voksen alder fordi det da stilles større krav til funksjon både i arbeidsliv og privat, og fordi det er mer oppmerksomhet mot denne diagnosen nå.

Under et kreftkurs nylig ble Oncolex presentert for oss. I mitt arbeid med kreftpasienter har jeg ofte opplevd å la meg fortelle av pasientene selv hva slags behandling de skal få, hvordan cytostatika-kurene gjennomføres, hvilke alternative regimer som finnes, hvilke bivirkninger de kan forvente, osv. Det er flott at pasienter er velinformerte, men ofte kunne det vært en meget god støtte for dem og en trygghet for meg hvis jeg hadde vært et skritt foran dem og i alle fall kunne slå opp ting de spør om på en enkel måte. Jeg mener det er meget viktig at vi allmennleger følger våre kreftpasienter med samtaler når de er på behandlinger forskjellige steder i spesialisthelsetjenesten. Da er Oncolex et meget nyttig oppslagsverk. Det er lett å finne frem i. Anbefales!

Her presenteres det kort av redaksjonen!

Karin Frydenberg

Oncolex

oncolex
onkologisk oppslagsverk

Oncolex er et nettbasert oppslagsverk for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft, samt pasientinformasjon. Oppslagsverket er organisert rundt 33 krefttyper. Målgruppen er alt helsepersonell i jobb eller utdannelse innen kreftomsorgen i Norge.

Bakgrunn

Prosjekt Oncolex er utarbeidet etter initiativ fra Rikshospitalet og Radiumhospitalet og støttet av Helse Sør-Øst. Motto for prosjektet har vært: «La oss dele det vi kan».

Hvorfor et Oncolex?

- Det er en stor andel av kreftbehandlingen som skjer utenfor onkologiske avdelinger
- En spørreundersøkelse i forkant av prosjektet viste tydelig et ønske om et slikt oppslagsverk fra andre sykehus.

Oppslagsverket kan være et viktig bidrag blant annet ved:

- opplæring av nyansatte
 - videreutdanning
 - oppdatering av kunnskap
 - nye regimer innen utredning, behandling og oppfølging
- Det er nå cirka 4500 besøk på www.oncolex.no ukentlig.

KONTAKTINFORMASJON:

RADIUMHOSPITALET,

Institutt for medisinsk informatikk

ANSVARLIG REDAKTØR

Håvard E. Danielsen

ANSVARLIG MEDISINSK REDAKTØR

Sigbjørn Smeland

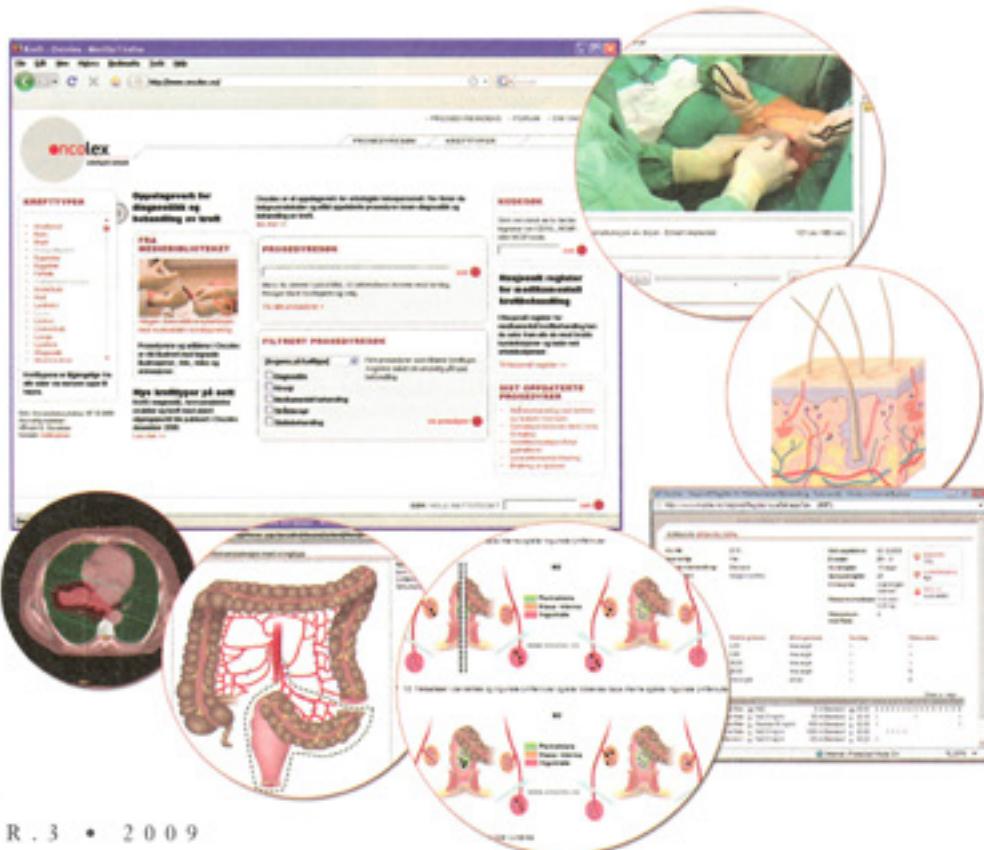
PROSJEKTLÉDER

Janie E. Heien-Larssen

janie.elisabeth.heien-larssen@radiumhospitalet.no

Oncolex har som mål å bidra til et kontinuerlig kvalitetsarbeid i tilbudet som pasientene møter i de ulike behandlingsnivåene innen kreftomsorgen i Norge.

Redaksjonen samarbeider med de fremste ekspertene innenfor hver krefttype, og innholdet revideres etter faste rutiner minst en gang i året. Oncolex er rikt illustrert med tegninger, animasjoner, foto og video.



HVA ANBEALER DU VED BEHANDLING AV HYPERTENSJON?



JEG ANBEALER FØRST ÉN TABLETT CENTYL® MITE MED KALIUMKLORID OM DAGEN. DET GIR EFFEKTIV BLODTRYKKSSENKNING.¹



OG HVIS IKKE DET ER TILSTREKKELIG ETTER 4 UKER BEHANDLING, ANBEALER JEG DIREKTE OVERGANG TIL CENTYL® MED KALIUMKLORID ÉN GANG DAGLIG.



FORSKRIVER DU HØYERE DØGNDOSER ENN CENTYL® MED KALIUMKLORID ÉN GANG DAGLIG?



NEI, DET GIR RELATIVT LITE I FORHOLD TIL REDUSERT BLODTRYKK. DERIMOT GIR HØYERE DOSER ØKT PÅRE FOR BIVIRKNINGER.²



TAKK FOR HJELPEN. SKAL VI TA EN KAPPE!³



Anbefalt av den europeiske hypertensjonsforeningen (ESH).³

Referanser

1. Rasmussen S, Borild N, Vang Andersen J. Efficacy and safety of 24 Weeks of Therapy with Bendroflumethiazide 1.25 mg/day or 2.5 mg/day and Potassium Chloride Compared with Enalapril 10 mg/day and Amlodipine 5 mg/day in patients with Mild to Moderate Primary Hypertension. Clin Drug Invest 2006;26 (2):91-101.
2. Carlsen JE, Køber L, Torp-Pedersen C et al. Relation between dose of bendroflumethiazide, antihypertensive effect, and adverse biochemical effects. BMJ 1990;300:975-8.
3. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;25:1105-1187.



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

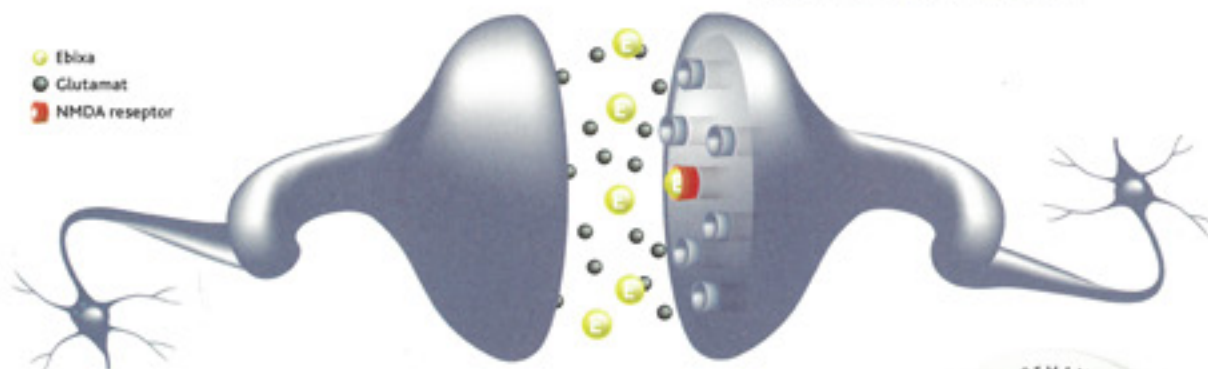
Reduser agitasjon og irritasjon ved Alzheimers sykdom^{* 1)}

^{*}Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

- Forbedrer evnen til å utføre daglige gjøremål^{2) 3)}
- Reduserer pleietid⁴⁾
- Effekten kan måles etter **bare 4 uker**³⁾
- Tolereres godt²⁾

UNIK virkningsmekanisme

NMDA-reseptorantagonist



● Ebixa
● Glutamat
● NMDA reseptor

Lundbeck



20 mg • En om dagen

Ebixa
memantin



¹⁾ S. Gauthier. Int. J. Ger. Psychiatry 2005; 20:459-464. ²⁾ Reisberg B, Doody R, Möller A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333-1341. ³⁾ Winblad B, Forslin M. Memantine in severe dementia: results of the M-8037 study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger. Psychiatry 1999; 14: 135-146. ⁴⁾ Winblad B, Möller A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (1): 1-14.