



Innhold:

LEDER: Rollen til fastlegen: enda en gang? Av ESPERANZA DIAZ	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Foreningens mann JAN EMIL KRISTOFFERSEN INTERVJUET AV LISBETH HOMSLONG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Går papirløse innvandrere til allmennlege? Av SVEIN AARSETH, TRYGVE KONGSHAVN OG OLGA KRISTENSEN	7
Grunnleggende strategivalg i forebyggende helsearbeid. Av STEINAR KRØKSTAD	13
LAR – medikamentelle aspekter. Av ANNE-KRISTEN STORKE	18
Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. Av JØRGEN G. BRAMNESS	22
Egenmåling av blodsukker for personer med diabetes. Av GUNN B. B. KRISTENSEN	29
Når sensuren gir epidemien et navn. Av DAG THELLE	33
Fastlegen – kommune- tjenestens faglige motor? Av MARTE WALSTAD	34
ENQUETE: Erfaringer med kognitiv terapi.	37
Kurs i kognitiv terapi – bedre behandling og bedre samhandling. Av JON AGA	39
Den allmennmedisinske våruke er befestet! RAPPORT FRA BERGEN VED KARIN FRYDENBERG	40
LESERBREV: For sterkt fokus på glykemisk kontroll. Av EIVIND MELAND	42
Faste spalter	43

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

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

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrein@online.no

Lisbeth Homlong

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@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: Esperanza Diaz**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



ROLLEN TIL FASTLEGEN:

Enda en gang?

Hvor går grensen for vår jobb som leger? Hvilket mandat har vi når det gjelder forebygging av sykdom? Har vi ansvar for ressursplassering i samfunnet? Kloge allmennpraktikere i Bergen stilte seg nylig disse spørsmålene etter noen timers refleksjon rundt primærforebygging av hjerte- karsykdommer. Det var spørsmål uten opplagte svar.

De siste månedene har vi hørt og lest en del om rollen til fastlegen i fremtiden. Forslag om at fastlegene skal ta seg av flere samfunnsoppgaver, er blitt tatt imot med varierende grad av skepsis. Noen av utfordringene knyttet til vår rolle i et samfunnsperspektiv blir belyst i dette nummeret av Steinar Kokstad, som skriver om forebygging på befolkningsnivå. Uten å antyde at vi skal slutte med individrettet forebyggende helsearbeid, peker Kokstad på hvor mye økonomiske og sosiale forhold har å si for utvikling og opprettholdelse av sykdom. Han foreslår et pedagogisk grep: å tenke på den enkeltes risikofaktorer, som vi allerede gjør, men også på sårbarhet og tilbøyelighet til sykdom.

Sammenhengen mellom dårlig helse og sosiale og økonomiske problemer er tydelig hos mange pasienter som kommer til oss på grunn av fedme, hjerte-karsykdom, diabetes eller KOLS. Paradoksalt nok er det en del pasienter som ikke oppsøker lege nettopp på grunn av sosiale og økonomiske forhold. Blant dem er utlendingene som bor i Norge uten gyldig oppholdstillatelse. Svein Aarseth, Trygve Kongshavn og Olga Kristiansen presenterer ferske data om hvordan og i hvilken grad fastlegene tar seg av «papirløse pasienter». Forfatterne – og mange med dem – mener at det må være i samfunnets interesse å tilby helsetjenester til denne gruppen. Men for å få dette til bør regelverket klargjøres, noe som ligger utenfor fastlegenes mandat og innflytelse.

På samme måte som ulike personer har ulik risiko for sykdom, ser det ut til at ulike mennesker også har ulik sårbarhet for utvikling av rusmiddelavhengighet. Jørgen Bramness redegjør for de endringene som skjer i hjernens belønningssystem eller motivasjonsbaner ved rusmiddelavhengighet. Dette gir en bakgrunn for hvorfor mange pasienter har vansker med å avslutte rusmisbruk, også etter oppstart med for eksempel legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Erfaringer fra mange leger sier at det skal mer til enn bare medikasjon for at LAR-pasienter skal klare å levere rene prøver. Utfordringen ligger, blant annet, i å bedre tverrfaglig samarbeid, noe som kanskje vil kreve nye arbeidsformer. Det vil likevel være viktig å gi en god substitusjonsbehandling, for å skape et best mulig grunnlag for rehabilitering, slik Ann-Kristin Stokke omtaler.

Fastlegeordningen fylte åtte år nå 1. juni. I forbindelse med bursdagen kunne vi igjen spørre oss om grensene for fastlegens ansvarsområde eller om fastlegens mandat. Vi kan trekke paralleller mellom fastlegeordningen og andre åtte-åringer. Kjærlig, men bestemt grensesetting er den viktigste delen av barneoppdragelse i de første leveårene. Etter hvert, for å kunne bli til et fritt, kreativt og modig menneske, trenger barnet å få lov til å utforske verden videre på egen hånd, på tross av risiko for skader og desillusjoner iblant. Barna mine er på alder med fastlegeordningen, og jeg ser tydelig at de har et åpenbart behov for å få flere ansvarsområder i den nye verden som de oppdager. Kanskje gjelder det også for fastlegeordningen.

Esperanza Díaz

Utpostens
dobbeltime

Foreningens mann

Jan Emil Kristoffersen
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Han trådte sine allmennmedisinske
barnesko i Øvre Telemark. Tilfeldig-
heter gjorde at han i 1983 havnet i
Lørenskog der han siden har vært en
populær og driftig allmennlege, senere
fastlege ved Skårer legesenter. I skrivende stund befinner

vi oss i Bergen, det er Allmennmedisinske vårdager, Allmennlegeforeningen
holder landsråd og Jan Emil Kristoffersen takker av etter fire år som leder for allmennlegene.
Når dette kommer på trykk i juni vet vi om han er Legeforeningens nye president.



Jan Emil Kristoffersen gir seg som leder for Allmennlegeforeningen.
FOTO: LISBETH HOMLONG

Egentlig var intervjuobjektet fast bestemt på å bli øyelege, og tidlig på 80-tallet var han godt i gang med spesialist-utdannelsen ved den gang St. Torfinns hospital på Hamar. Etter å ha utført sitt øyekirurgiske svennestykke, enucleatio bulbus oculi – i lokalbedøvelse, havnet han ad omveier like-vel i allmennmedisinen. Siden har han blant annet jobbet med HIV/AIDS-problematikken, vært engasjert i rehabilitering av rusmisbrukere, jobbet i Helsedirektoratet og undervist legestudenter i kommunikasjon som universitetslektor. Men det mest sentrale i hans yrkeskarriere er arbeidet som tillitsvalgt, og etter snart 30 år i «bransjen» kan man være fristet til å spørre om motivasjonen:

– Utgangspunktet mitt var at jeg ble forbanna! Som distriktslege i en liten kommune i Telemark i 1981 var jeg svært misfornøyd med det interkommunale legevaktssamarbeidet. Med en kun få måneder gammel autorisasjon i lomma var jeg på topp når det gjaldt følelse av uovertruffenhet og kunnskapsrikhet, og jeg satte meg ned og skrev et sint brev til distriktslegen i nabokommunen. Brevet ble dessverre sendt videre til rådmannen og slik begynte ballen å rulle.

Økt satsing på førstelinjetjenesten

Fra 1983 i Lørenskog fortsatte han tillitsvalgtarbeidet, blant annet som deltaker i de lokale forhandlingsrundene ved innføring av kommunchelseloven og driftstilskuddordningen. Som fagforeningsmann og styreleder blir han beskrevet som engasjert, lyttende og åpen for motargumen-



Kristoffersen og Ole Bull nyter fine vårdager i Bergen. FOTO: LISBETH HØMELING

ter, men tydelig og fast når det trengs. På spørsmål om hva han mener er det viktigste han har fått utrettet som leder i Allmennlegeforeningen, fremhever han blant annet de strukturelle endringene som ble gjennomført i mai 2006 under den første allmennmedisinske våruke på Soria Moria, etter flere års forberedelser. Applf endret da navn til AF, Applfs fagutvalg og Norsk Selskap for Allmennmedisin (NSAM) ble nedlagt og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) stiftet. Den nye strukturen har gitt større slagkraft og handlingsrom.

Arbeidet med å videreutvikle førstelinjetjenesten er likevel viktigst. De siste årene har faktisk spesialisthelsetjenesten vokst økonomisk med «en fastlegeordning» i året. På bakgrunn av dette mener Kristoffersen at noe må gjøres. Grunnholdningen er at fastlegeordningen er en så vellykket reform i seg selv at det er viktig å ikke kaste barnet ut med badevannet, men økt dimensjonering i form av økt rekruttering har vært en viktig sak:

– Som fagforening måtte vi stille oss selv spørsmålet: Skal vi bidra til å øke dimensjoneringen av fastlegeordningen, eller ikke? Vi måtte påpeke overfor helsepolitikkerne at de stadig beskrev kapasitetsproblemer som kvalitetsutfordringer, og at den allmennmedisinske bøtta var begynt å bli full.

Presidentkandidaten

Han har en slentrende selvsikkerhet over seg, denne mannen. I starten av samtalen også en viss slipskledd

tilknappethet, men det løsner fort, han tar styringen og etter hvert blir talestrømmen vanskelig å følge for Utpostens medarbeider. Det er blitt sagt at han er trygg, ryddig, uredig og med et ikke ubetydelig medietekke. Når han blir spurt om hva han selv mener er hans sterke sider i fagforeningssammenheng, blir han imidlertid nesten svar skyldig:

– Jeg er ikke så glad i å snakke om dette. Jeg vil heller si det på denne måten: jeg har vært veldig heldig som har kommet inn i en forening som er sterk og som har gitt meg lov til å bli god. Et annet moment er at jeg er like opptatt av fortid som fremtid, idet jeg synes det er viktig å lære av historien. I det politiske arbeidet er det for øvrig en stor fordel å ha vært med en stund slik at man kjenner forvaltningen godt.

Hvorfor stiller du til valg som president i Legeforeningen?

– Dette har mange spurt om og i fare for å repetere meg selv må jeg nok si at beslutningen har modnet frem over tid, dessuten er det mange som har oppfordret meg til å stille. Jeg mener at det er viktig at legeforeningen får en allmennlege på topp nå som kommunehelsetjenesten er satt i spill i forbindelse med samhandlingsreformen. At presidenten kjenner denne delen av helsevesenet godt er en absolutt fordel. I arbeidet med samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten mener jeg også at sykehuslegene vil være tjent med at en allmennlege taler deres sak.

Dersom du blir valgt, hva vil være de viktigste sakene for Legeforeningen å jobbe med fremover?

– Legeforeningen er jo ofte tvunget til å være reaktiv, og jeg er bekymret for den demokratiske risikoen vi har med en flertallsregjering. Det betyr en farlig kombinasjon av endringsiver uten grundig nok utredningsarbeid, dermed kan kvaliteten på det som blir fremmet av forslag være så som så. Dette gjelder for eksempel saken om fjerning av delegasjonshjemmelen i helsepersonelloven. Samhandlingsreformen er for øvrig den største utfordringen, og her er det «grøfter på begge sider av veien». En annen viktig sak er etableringen av faste stillinger for leger under utdanning på sykehus, disse er i front, tar de tyngste takene og er en viktig ressurs for sykehusene. Jeg mener de må brukes på en bedre måte i pasientbehandlingen slik at merverdi både for utdanningen og for arbeidsgiver kan bli bedre. Faste stillinger kan bidra til dette. Man kan få inntrykk av at sykehusene som arbeidsgivere foretrekker kortest mulige vikariater, og sparker ut gravide og andre så snart de har anledning. Dette medfører selvsagt dårlig rettsvern for de ansatte, men gir også dårligere pasientbehandling.

Leder med sosialt engasjement

Tidligere i år ble Jan Emil Kristoffersen rangert som nummer 16 i Helse-Norges makthierarki. På spørsmål om

Kristoffer holder åpningstalen på drets landsrådsmøte.



hva det betyr for ham å ha makt og innflytelse, kommer det først en avvæpnende latter, men så sier han enkelt: – Man må jo ta det som kommer. Og det å få øket sin formelle makt betyr også at man må avgi reell makt, kompromisse og få til medvirkning.

55-åringen mener at han har en nøktern forståelse av sin egen posisjon og evne til å se seg selv utenfra. Han håper ikke han har blitt blåst. Kristoffersen har dessuten ord på seg for å være en mann med et sterkt sosialt engasjement med et spesielt hjerte for de svakest stilte, for eksempel i arbeidet med rusmisbrukere og HIV/AIDS-pasienter. Dette kan synes som en motsetning til hans dragning mot lederposisjoner, noe han selv ikke umiddelbart kan si seg enig i.

Her penser samtalen vår innpå noe som kan betegnes som norsk medisinsk historie. I august 1983 undersøkte han som ung lege en rusavhengig. Pasienten hadde et mononukleoselignende sykdomsbilde, med feber, utslett og redusert allmenntilstand og Kristoffersen reagerte på at vedkommende hadde usedvanlig store glandler. Diagnosen forble uklar, men da HIV-testene ble tilgjengelige, tok han initiativ til å få undersøkt den infeksjonssyke personens nedfrosne hepatittserologi for HIV, eller HTLV-III som viruset da ble kalt. Det viste seg at det hadde foreligget en akutt HIV-infeksjon, kanskje den første dokumenterte serokonversjon hos en rusmisbruker i Norge?

Tidlig på 90-tallet var intervjuobjektet engasjert i noen av de første rusavhengige som fikk tilbud om legemiddellastert rehabilitering i Norge, mange år før Senter for Metadonassistert rehabilitering i Oslo ble etablert. En av de første som Kristoffersen var involvert i behandlingen av, lever ennå, er rehabilitert og velfungerende. Han blir tydelig rørt når han snakker om dette.

Jeg vil ikke helt slippe Jan Emil Kristoffersens langvarige og sterke engasjement i fagforeningen. Det er blitt sagt at han har stor evne til strategisk og analytisk tenkning, og at han er diplomatisk inntil det arrogante. På bakgrunn av dette spør jeg i hvor stor grad han lar seg fascinere og drive av spillet som alltid foregår når man driver fagforeningsarbeid?

– Både engasjement og teknikk opptar meg. På den ene siden er man i lege-pasientforholdet vant til å være en autoritetsperson, her er det relativt lite spill og som leger blir vi generelt lite trenet i å lese intriger og spill. På forhandlingsarenaen er situasjonen en annen. Man må forstå hva som foregår, hvilke behov motparten har og hvilke taktiske spill man utsettes for. Man må videre se det muliges kunst. Det



umulige må man sortere bort med en gang, ellers blir man bare skuffet. Uansett er det tilfredsstillende å se sine egne forslag og formuleringer vinne frem, gjerne lang tid etter at de er fremmet.

Allmennlegen

Vi går over til å snakke om allmennlegen Jan Emil, og på direkte spørsmål, innrømmer han at han som frikjøpt AF-leder savner denne delen av livet. I begynnelsen syntes han det var godt, men han poengterer at det er viktig å ha en fot i praksis. Å ha frikjøpte ledere er bra, men sitter man for lenge, er det fare for at det blir en «forpamping», der avstanden mellom organisasjonen og klinikerne blir for stor.

– For eksempel er det jo slik at jeg på organisasjonsnivå vet mer om den nye blåreseptordningen enn de fleste andre her i kongeriket, men når jeg skal tilbake på kontoret og bruke den i praksis, vil jeg trenge opplæring. Dette gjelder også i arbeidet med oppfølging av sykemeldte, der jeg har vært en pådriver for utviklingen av dialogmøter mellom arbeidsgiver og den sykemeldte. Jeg fått mye kjeft for dette, men jeg tror likevel at å lage en arena der partene kan møtes har vært viktig, det å bli kjent, se ansiktet på folk, det kan løse mange problemer.

Hvorfor ble du allmennpraktiker?

– Tilfeldig? Jeg skulle egentlig bli øyelege, men trivdes svært godt i vikariat som distriktslege etter turnus i Tele-

mark. Jeg søkte faktisk på en fast stilling i Hjørtedal, men ble innstilt som nummer sju av 12 søkere. Så da flyttet jeg til Hamar og begynte på øyeavdelingen. Jeg stortrivedes, hadde gode veiledere og kom godt i gang med min øyelegekarriere. Men jeg ble så nødt til å avtjene verneplikt og ble satt til å ta imot menige på Oslo militære legekontor på Akershus festning. Jeg begynte da så smått å tenke at allmennmedisin kanskje ikke var så dumt. Tilfeldigvis møtte jeg en gammel speiderkamerat på handledur hos Kjøpmann Kolbjørn Jacobsen på Holtet. Han spurte om jeg var interessert i å være med på å etablere et legesenter i Lørenskog. Der stod tomme lokaler klar til å ta imot oss, ikke lenge etter flyttet vi inn, og der ble jeg!

Intervjuobjektet svarer ikke alltid på det jeg spør om, og dreier da gjerne samtalen over på temaer han brenner for. Her blir han raskt vanskelig å avbryte, men det betyr jo ikke at det han sier er uinteressant! Jeg ville gjerne vite hva som skal til for å drive en stabilt velfungerende allmennpraksis. Han trekker da frem at det er viktig å være klar over at om man er tilsatt i kommunen som fastlønnslege eller driver selvstendig næring, så er man uansett dømt til å være leder av driften resten av tiden man er der, derfor må man skolere seg på ledelse. Som langtidsutdannede akademikere må alle leger regne med å jobbe mer enn 37,5 timer i uken, i perioder mye mer. Men i faser av livet, som småbarnsfasen og på slutten av sin yrkeskarriere bør man kunne jobbe til dels mindre. Han poengterer også at for de aller fleste vil den beste løsningen i driften av et legesenter være å

drive som selvstendig næringsdrivende med kommunal avtale.

Utvikling av fastlegeordningen har vært en altoverskyggende sak for Kristoffersen i arbeidet som tillitsvalgt, først som styremedlem i Aplf og senere som AF-leder. Vi spør hva han konkret mener bør gjøres for ytterligere å forbedre denne ordningen?

– Jeg er nok litt redd for denne samhandlingsiveren, for vi kan ikke få til alt. I arbeidet med samhandlingsreformen har man vært opptatt av grensesnittet mellom første- og andrelinjetjenesten. Hva gjør vi med såkalt «utskrivningsklare ferdigbehandlede» i sykehus, hva med alle de «unødvendige» innleggelsene, pasienten som er for dårlige til å være hjemme, men for friske til å innlegges i sykehus? Dette er viktige tema, som krever prioritering av fastlegenes innsats i behandling og oppfølging av de syke. Dette henger imidlertid ikke godt sammen med fokuset som statsråd Hanssen har på at fastlegen skal ut av kontoret og drive det statsråden har kalt for «allmennnyttig legearbeid». Fokuset her er på tidlig intervensjon hos de litt syke, de kanskje syke, de snart syke og de kanskje friske.

Han understreker at fokus i helsetjenesten skal være på de som er syke og de med særlig høy risiko for sykdom. Mestrings- og læringssentrene i forbindelse med kronisk sykdom er nå lovmessig forankret i spesialisthelsetjenesten, de bør flyttes ut av helseforetakene og inn på legesentrene, for eksempel ved å knytte til seg sykepleiere som kan drive opplæring om astma, KOLS og diabetes. Man må også utvikle bruk av medisinsk-teknisk utstyr for å kunne tilby et bredere diagnostisk og terapeutisk repertoar enn i dag. Her trekker han spesielt frem åpningen for å bruke ultralyd i allmennmedisinsk diagnostikk. Dette er han sikker på vil gjøre allmennmedisin mer attraktivt for yngre kolleger.

I all samhandlingsiveren kan det virke som om helsepolitikkerne ønsker at vi i førstelinjetjenesten skal gjøre det meste. Hva mener du vi allmennleger skal gjøre mindre av?

– Jeg syns først og fremst vi skal være stolte over vårt brede repertoar, men i alt arbeidet vi nå blir pålagt, for eksempel i forbindelse med oppfølging av sykemeldte og med alle mulige kontroll- og dokumentasjonskrav, er det lett å miste fokus. Vi skal være svært tilgjengelige, og et hovedpoeng her er at det er de syke som trenger oss mest. Forebyggende barnehelsearbeid må legges om slik at helsesøster og fastlege samarbeider om felles barnepopulasjoner. Helsestasjoner for ungdom bør nedlegges, i stedet må man tilrettelegge for gratis «drop in»-timer for ungdom på legekontoret hvor både fastlegen og helsesøster vil finnes i fremtiden.

«Easy rider»

Det fins utrolig nok et liv utenom yrkeslivet for intervjuobjektet. Faktisk er han kjent for å være generelt samfunnsengasjert, han har mye allmennkunnskap, er opptatt av historie, gamle ting, fjell og friluftsliv, blant annet. Privat er han en familiemann og han understreker betydningen kona Gro har hatt som støttespiller. Han beskriver henne som hans viktigste støtte og kritiker. De tre barna er blitt voksne nå, men har tidvis sagt at de gjerne hadde sett at han levde et mer normalt liv. En av sønnene har imidlertid selv jobbet som fastlege, og er nå stipendiat ved Institutt for allmennmedisin i Oslo – så han har i alle fall ikke blitt skremt. I fjor ble Kristoffersen også bestefar for første gang. I den sammenheng kan det kanskje være betryggende å vite at bak sitt ryddige og seriøse ytre, så er han like fjollete som andre bestefedre, med bilde av nurket liggende som skjerm-sparer på mobiltelefonen sin!

Det er vanskelig å komme utenom Jan Emil Kristoffersens lidenskaplige forhold til motorsykler i et portrettintervju som dette. Han har vært heftet siden han prøvde sin første moped som 13-åring, og fra 1966 har han ikke gått glipp av en eneste sesong. Han har bak seg 95 000 kilometer bare på veteransykler av merket Indian:

– Det er nok litt flaks at det har gått bra, for bremsekvaliteten har ikke alltid vært like god! Nå kjører jeg en BMW 1150 kubikk, da det ble for tidkrevende med alt vedlikeholdet en veteransykel trenger. Jeg har begynt å tenke at jeg snart må legge inn årene og finne på noe annet, men det er jo fryktelig morsomt. Medlemskapet i Bækkelagshøyden motorsykkelklubb setter jeg stor pris på, vi er kamerater som har kjørt sammen snart 40 år, men i den senere tid har vi nok vært mer opptatt av vinkart enn veikart.

Et eget rom hjemme er blitt innredet spesielt med tanke på «mekking» av gamle sykler, mens bilen derimot, går «for lut og kaldt vann». Kan du utdype dette?

Det er sant at da vi bygde om huset var det liten plass til garasje, men jeg fikk altså rom til en «motorsykelgarasje» der jeg la ned varmekabler, satte opp furupanel, og installerte et stereoanlegg. Innredningen omfatter også en gammel kirurgkrakk som jeg stjal fra vrakhaugen da gamle Notodden lasarett ble revet. I garasjen hører jeg gjerne på 60-tallspop og -rock, som Pink Floyd, Bob Dylan og Beatles. En annen favoritt er Mahlers Adagietto i D-moll fra hans femte symfoni. Denne kan også høres i introen til filmen «Døden i Venedig» – anbefales på det sterkeste!

Dette høres ut som et fint sted for foreningsmannen å trekke seg tilbake til når politikken blir for dominerende.



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

580 allmennleger i tre kommuner ble spurt om å delta i en Questback-undersøkelse om kontakt med udokumenterte immigranter. 37 prosent svarte. 43 prosent oppgav å ha behandlet denne gruppen. Mange behandlet kun når de var pliktige i henhold til helsepersonelloven (47 prosent) og smittevernloven (17 prosent). 47 prosent tok imot uavhengig av alvorlighetsgrad. Betaling for tjenestene ble håndtert forskjellig. Noen tok ikke betalt, noen krevde full betaling og noen sendte regning til NAV.

Somatisk sykdom og infeksjoner er årsak til ca. halvparten av kontaktene. 1/4–1/3 av kontaktene gjelder psykiske lidelser. Ca. ti prosent gjelder hjelp til oppholdstillatelse. Det øvrige er oppgitt som andre årsaker. I tillegg til at denne gruppen representerer en humanitær utfordring, mener vi det må være i samfunnets interesse å tilby helsetjenester til gruppen. Det bør etableres helsetjenesteordninger, og regelverket bør klargjøres.

Går papirløse innvandrere til allmennlege?

AV SVEIN AARSETH, TRYGVE KONGSHAVN OG OLGA KRISTIANSEN

Papirløse innvandrere er en gruppe man vet relativt lite om. En spørreundersøkelse blant leger i Osloregionen viser at nesten halvdelen av de spurte har behandlet papirløse innvandrere. I halvparten av tilfellene var det somatisk sykdom eller infeksjon som førte til at pasienten oppsøkte lege, mens psykisk lidelse utgjorde en tredel av kontaktårsakene.

Det er anslått at 5000–10 000 personer med ulik nasjonalitet lever i skjul (1). Gruppen antas også å omfatte mange barn og ungdom som hindres i å motta nødvendig helsehjelp, sannsynligvis av samme grunner som gjelder de voksne: frykten for å bli registrert eller «angitt», manglende kjennskap til helsevesenet i Norge og dårlig økonomi.



Svein Aarseth

F. 1950, cand.med. Oslo 1976. Spes. allmennmedisin og arbeidsmedisin, fastlege ved Frysja legeklinikk i Oslo. Leder for Oslo legeforening.



Trygve Kongshavn

F. 1953, cand.med. 1984. Spes. allmennmedisin, fastlege ved Fjell legesenter i Drammen og praksiskordinator ved Sykehuset Buskerud. Medforfatter av Legeforeningens statusrapport 2008: Helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere.



Olga Kristiansen

F. 1979, master i helseøkonomi og helseledelse Oslo 2008, master i statsvitenskap i Russland 2004. Økonomisk rådgiver ved NAV Lørenskog.

	Respondenter fastleger	Respondenter avtaleløse	Respondenter alle	Svar alle	Svarprosent
Oslo	467	49	516	179	35
Lier	18	0	18	10	55
Drammen	46	0	46	26	57
Alle	531	49	580	215	37

TABELL 1. Svarfordeling etter arbeidform og kontorkommune.

I 2008 la Legeforeningen fram statusrapporten *Likeverdig helsetjeneste?* (2). Vi ønsket i den sammenheng å kartlegge i hvilken utstrekning allmennleger har kontakt med gruppen udokumenterte innvandrere, definert som personer som har kommet inn i landet ulovlig eller som er blitt værende uten tillatelse, for eksempel etter at visum er utløpt eller asylsøknad avslått.

Materiale og metode

Spørreskjemaet ble utformet i Questback-format, i samarbeid med bl.a. Karin Harsløf Hjelde fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Undersøkelsen var anonym. Vi sendte det elektronisk til allmennleger i Oslo, Drammen og Lier med kjent e-postadresse. Det ble sendt purring etter en uke. Leger uten kjent e-postadresse fikk skjemaet i papirform med frankert svarkonvolutt. Disse ble ikke purret.

Resultater

Det ble sendt ut 580 spørreskjemaer. 215 svarte (responsrate 37 prosent). 89 prosent av respondentene er fastleger, de øvrige er avtaleløse leger. Kommunevis svarfordeling framgår av TABELL 1.

TABELL 2 angir hyppigheten av kontakt med ikke-vestlige innvandrere, bruk av tolk og kontakt med udokumenterte innvandrere. Mange leger (43 prosent) oppgir å ha behandlet udokumenterte innvandrere. På spørsmål om hvilke

TABELL 2. Kontakt med ikke-vestlige og papirløse innvandrere. Svar i prosent av totale antall svar på spørsmålet.

	Spm. 1	Spm. 2	Spm. 3	Spm. 4
Daglig	61	7.5	14.8	0.5
Ukentlig	21.9	20.6	32.4	2.8
Månedlig	9.5	29.4	21	5.2
Sjeldnere	6.2	30.6	26.7	34.4
Aldri	1.4	11.7	5.2	57.1
Antall svar	215	215	210	212

1. Hvor ofte ser du listepasienter med ikke-vestlig bakgrunn?
2. Hvor ofte benytter du tolk?
3. Hvor ofte ser du pasienter som ikke er listepasienter?
4. Hvor ofte ser du pasienter som ikke har lovlig opphold i Norge?

Definisjoner

Ikke-vestlige innvandrere har bakgrunn fra land i Asia, Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa.

Øst-Europa omfatter følgende land: Albania, Bosnia-Hercegovina, Bulgaria, Estland, Hviterussland, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Polen, Romania, Russland, Serbia og Montenegro, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia, Ukraina og Ungarn.

Svaralternativ	Antall svar
Har vært fastlege for vedkommende	12
Har vært lege på asylmottak	2
Ny pasient /direkte kontakt	35
En annen pasient formidlet kontakt	45
Andre formidlet kontakt	35

TABELL 3. Hvorledes kom pasienten i kontakt?

Svaralternativ	Ant. svar
Min etnisk/språklige bakgrunn som lege	6
Har jobbet med flyktninger	5
Tilgjengelighet	25
Legeskjemaet har mange ikke-vestlige pasienter	40
Andre årsaker	44
Antall svar	120

TABELL 4. Hvorfor mener du at du ble oppsøkt?

problemer legene ville behandle, svarte 46,8 prosent at de kun vil behandle øyeblikkelig hjelp i henhold til § 7 helsepersonelloven. 38 prosent vil henvise til legevakst. 17 prosent angir at de behandler allmennfarlige smittsomme sykdommer (smittevernlovens § 3-5). 15 prosent tar imot svangerskapsrelaterte problemer og 44 prosent tar imot pasienter uavhengig av alvorlighetsgrad og problemstilling.

TABELL 3 viser at kontaktårsaken i de færreste tilfellene skyldtes tidligere kontakt med legen som asylmottakslege eller fastlege. TABELL 4 viser at legens etniske bakgrunn og erfaring med arbeid med flyktninger tillegges liten betydning for legevalg.

Barnekonvensjonen

(Ratifisert av Norge 8. januar 1991)

Artikkel 24 – Helse

1. Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlings- tilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal be- strebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester.

FN's konvensjon om økonomiske og sosiale rettigheter

Artikkel 12

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.
2. For å oppnå full virkeliggjørelse av denne rettighet, skal konvensjonspartene sette i verk tiltak som er nød- vendige for å:
 - a) Minske foster- og spedbarnsdødeligheten og fremme barnets sunne utvikling.
 - b) Forbedre alle sider ved den samfunnsmessige og industrielle hygiene;
 - c) Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer;
 - d) Skape vilkår som trykker alle legebekandling og pleie under sykdom.

Kommunehelsetjenesteloven

§ 1-1. (Kommunens ansvar for helsetjeneste)

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helse- tjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskom- mune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen som nevnt i § 4-1.

Prioriteringsforskriften

§ 1. Virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2

Pasientrettighetslovens kapittel 2 med unntak av § 2-1 første ledd, gjelder bare for personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folke- trygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

Utlendingsloven

§ 108, tredje ledd:

Med bot eller med fengsel inntil tre år straffes den som a) forsettlig hjelper en utlending til ulovlig opphold i riket eller i annet land som deltar i Schengen-samarbeidet.

Innst. O. nr. 42 (2007-2008)

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det må på plass en presisering av lovforslagets § 108 tredje ledd, som forbyr forsettlig hjelp til utlending som oppholder seg ulovlig i riket. Denne bestemmelsen kan ikke tolkes så snevert at den setter forbud mot det humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov.»

Helsepersonelloven

§ 7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighets- loven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasi- enten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helseper- sonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

Pasientrettighetsloven

§ 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialis- thelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller syk- domsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Er papirløse innvandrere nærmest å betrakte som skyggemennesker uten klare rettigheter til helsehjelp? ILLUSTRASJONER: UTPOSTEN

TABELL 5 (se side 10) viser de hyppigste kontaktårsakene og hvilket problem siste konsultasjon gjaldt. Somatisk sykdom og infeksjon er årsak til halvparten av kontaktene. En firedel til en tredel av kontaktene gjelder psykisk lidelse. Ca ti prosent av kontaktene gjelder hjelp til oppholdstillatelse. Det kan synes som om avtaleløse leger i noe større grad ser denne pasientgruppen (TABELL 6, se side 10). Tallene er imidlertid små og sikre konklusjoner kan ikke trekkes.

43 prosent av legene opplever det som problematisk å henvise til spesialist, mens 44 prosent opplever det som uproblema- tisk (TABELL 7, se side 10). 11 prosent angir at de ikke henvi- ser, mens 2,4 prosent henviser utenom det offentlige systemet.

På spørsmål om hvorledes legen vurderer sin kompetanse overfor pasientgruppen, angir 62 prosent av respondentene

	Generelt (prosent)	Siste pasient (prosent)
Infeksjonssykdom/seksuelt overført sykdom	10	13
Annen somatisk sykdom	49	37
Psykisk lidelse	23	31
Hjelp til oppholdstillatelse	7	6
Andre grunner	11	13
Antall svar	83	86

TABELL 5. Kontaktsak generelt og for siste pasient.

at de har lav eller middels kompetanse. 38 prosent angir at de har over middels eller høy kompetanse (TABELL 7). Tallene er for små til å si noe om mulig sammenheng mellom henvisning og kompetanse.

Når det gjelder betaling, oppgir 29 prosent at pasienten eller de pårørende betaler alt. 31 prosent oppgir at de ikke får betalt. Resten sender regning til NAV.

Diskusjon

Helseproblemer hos papirløse innvandrere er knyttet til skader (herunder arbeidsskader), infeksjoner, seksuelt overførbare infeksjoner og psykiske lidelser (3). Helseproblemer må ses i sammenheng med dårlig levestandard, arbeidsvilkår, språkbarrierer, liten bruk av landets helse-system samt frykten for å bli oppdaget av immigrasjonsmyndighetene. Dette bidrar også til å forsterke helseplagene over tid (4). Gruppen som helhet har større forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og HIV, og disse er ofte udiagnostiserte (5).

Vår undersøkelse viser at nesten halvdel av de spurte legene hadde behandlet papirløse innvandrere. Av disse legene behandlet 50 prosent kun øyeblikkelig hjelp-tilfeller. I om lag halvparten av tilfellene var kontaktsaken somatisk sykdom eller infeksjon. I en tredjedel av tilfellene var kontaktsaken psykisk lidelse. I ti prosent av tilfellene ba pasienten om hjelp til oppholdstillatelse. En tredjedel av legene tok ikke betalt.

Hvem har ansvar – og hvem tar ansvar – for denne pasientgruppen? Det er et stort behov i Norge for å tydeliggjøre regelverket på området, herunder bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt. Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold får den helsehjelpen de har behov for utover øyeblikkelig hjelp. Økonomiske forhold knyttet til behandling av papirløse innvandrere må klargjøres. Det er viktig at det blir etablert praktiske ordninger for tilgang til medisiner og legehjelp. Kjent fødselsnummer må ikke være en forutsetning for helsehjelp. Det er det som oftest ved bruk av laboratorietjenester og reseptforskrivning.

Frekvens/prosent som ser udokumenterte migranter	Allmennlegens status					
	Fastlege		Avtaleløs		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Daglig, ukentlig eller månedlig	13	6,8	5	22,7	18	8,5
Sjelden	68	35,8	5	22,7	73	34,4
Aldri	109	57,4	12	54,5	121	57,1
Totalt	190	100	22	99,9	212	100

TABELL 6. Hyppighet av kontakt med papirløse innvandrere for fastleger og avtaleløse lege.

Hvor vanskelig er det å henvise til spesialist?	Legens vurdering av egen kompetanse									
	Lav		Gjennomsnittlig		Over gjennomsnittet		Høy		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uproblematisk	4	40	18	43,9	13	48,1	1	25	36	43,9
Pasienten henvises i det offentlige systemet	0	0	2	4,9	0	0	0	0	2	2,4
Pasienten henvises ikke	4	40	4	9,7	1	3,7	0	0	9	11,0
Henvisning er vanskelig	2	20	17	41,5	13	48,1	3	75	35	42,7
Totalt	10	12	41	50	27	33	4	5	82	100

TABELL 7. Forholdet mellom vurdering av egen kompetanse og hvor vanskelig det er å henvise.

Det råder per i dag usikkerhet rundt legers og helsepersonells adgang til å gi papirløse innvandrere helsehjelp. I forbindelse med behandlingen av endringene i utlendingsloven, mente et bredt stortingsflertall at

«lovforslagets § 108, tredje ledd som forbyr forsettlig hjelp til utlendinger som oppholder seg ulovlig i landet, ikke kan tolkes så snevert at den setter forbud mot det humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov» (6).

Vi mener det er på plass med en presisering, og at ordlyden «ikke å tolke så snevert» ikke er godt nok. Regelverket må være mye tydeligere enn som så.

I andre land har humanitære organisasjoner tatt på seg ansvar for å tilby papirløse innvandrere helsehjelp. Kirkens Bymisjon (KB) har i en ny rapport (7) kartlagt situasjonen i Norge og påpeker paradokset i at nettopp denne gruppen faller utenfor på en helt annen måte enn andre marginaliserte grupper som alle har rettigheter. Rapporten oppfordrer KB i samarbeid med andre aktører til å iverksette konkrete humanitære tiltak overfor de papirløse innvandrerne, i tråd med hva som er tilfelle i andre vesteuropeiske land.

Materialet i denne artikkelen er brukt av Olga Kristiansen i hennes masteroppgave i helseøkonomi (8).

Referanser

1. Stokke O, Samuelsen RJ, Aale PK. Røde Kors vil hjelpe de papirløse. Aftenposten 18.11.2007.
2. Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjeneste til ikke-vestlige innvandrere. Oslo: Den norske legeforening, 2008. (www.legeforeningen.no/id/144525.0)
3. Årsrapport 2006. Prosjektet vård for gömda. Stockholm: Röda Korset, 2006.
4. Eriksson, A, Larsson T, Westerberg, B. Hälsan försämrats hos två av tre gömda flyktingar. DN (Sverige) 25.11.2005.
5. Kullgren JT. Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. Am J Public Health 2003; 93: 1630-3.
6. Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven). Innst. O. nr. 42 (2007-08).
7. Ottesen SH. Papirløse migranter. Oslo: Kirkens Bymisjon, 2008.
8. Kristiansen O. Undocumented immigrants and the experiences of Norwegian general practitioners with this group of patients (masteroppgave). Universitetet i Oslo, 2008.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
svein.aarseth@frysjalegene.nhn.no
trygve@portamedicus.no

NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober

Forskningsmidler fra NORM

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) lyser ut midler til forskning med følgende formål:

- kartlegge resistens mot antimikrobielle midler i mikrober
- fremme kunnskap om årsaker til resistensutvikling i mikrober
- fremme kvaliteten på forebyggende tiltak mot utvikling og utbredelse av resistens

NORM er et nasjonalt helseregister med sekretariat ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Søknader om forskningsmidler vil bli behandlet av Fagrådet i NORM. Støtten til enkeltprosjekter vil normalt være begrenset oppad til kr. 50 000. Det kan søkes om midler til reagenser, forbruksmateriell, timelønn til assistent (for eksempel bioingeniør), presentasjon av aktuelle studier på møter og kongresser, hospitering og lønn for arbeid i eget prosjekt (må begrunnes særskilt). Fagrådet vil spesielt stimulere til samarbeid på tvers av spesialiteter og fagmiljøer og til forskning i kliniske avdelinger og i allmennpraksis. Fagrådet vil også prioritere forskning på bruk av antibiotika og forebyggende tiltak mot resistens, samt forskningsprosjekter i mindre fagmiljøer i ulike deler av landet.

Eget søknadsskjema for forskningsmidler fra NORM må benyttes. Nærmere opplysninger og søknadsskjema fås fra forskningssiden til NORM på www.antibiotikaresistens.no eller ved kontakt med NORM sekretariatet ved Anne-Sofie Furberg (anne-sofie.furberg@unn.no, telefon 77 62 70 30) og Gunnar Skov Simonsen (gunnar.skov.simonsen@unn.no, telefon 77 62 84 93).

Søknad sendes elektronisk til norm@unn.no eller gunnar.skov.simonsen@unn.no. I tillegg sendes ett underskrevet eksemplar av søknadsskjema med alle vedlegg til: NORM, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge, 9038 Tromsø.

Søknadsfrist 15. september 2009.

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

Grunnleggende strategivalg i forebyggende helsearbeid

AV STEINAR KROKSTAD

Vi leger forholder oss som oftest til pasienter, og hjelper individer med helse og sykdom. Når vi tenker forebygging er det som oftest enkeltpersoner vi har i hodet. I tillegg bidrar den generelle samfunnsutviklingen og medisinproducentene til at vi kan ha vansker med å løfte blikket ut av konsultasjonene. Velstand fører med seg et økende fokus på individuelle egosentriske behov (1), individuelle rettigheter og vektlegging av individets frie valg (2). Medisinindustrien designer medikamenter som er beregnet for brede andeler av befolkningene i den rikeste og friske del av verden, og bruker enorme summer på markedsføring mot leger (3). Organspesialister understøtter «behovet» for medikamenter i primær- og sekundærforebygging, og utarbeider retningslinjer som definerer 90 prosent av alle voksne 50-åringer i normalbefolkningen «at risk» (4). Skulle vi ha konsultasjoner med alle disse, hadde vi knapt hatt tid til en eneste pasient med etablert sykdom. Det blir tydelig at individrettet forebyggende helsearbeid som hovedstrategi ikke er bærekraftig.

Risikofaktorer

Det er blitt hevdet at risikofaktorer for individuell sykdom og risikofaktorer for insidens av sykdom i befolkningen (antall nye tilfeller per tusen per år) er forskjellige (5). For å komme på sporet av risikofaktorer for sykdom hos individer kan vi benytte følgende spørsmål: *Hvorfor fikk denne pasienten denne sykdommen på dette tidspunktet?* Svarene er vi kjent med fra klinikken. Det dreier seg om livsstil og det vi finner med kliniske undersøkelser, målinger, blodprøver og genetiske analyser. Svært mye forskning er også opptatt av hva som karakteriserer individer. Gjennom kasus-kontroll- og kohortstudier i epidemiologien finner vi relativ risiko for individer med visse karakteristika. Svarene gir hypoteser om forebygging, og håp om at hvis vi fjerner risikofaktoren kan vi eliminere sykdommen. Men metodene har en viktig begrensning. Hvis alle eller svært mange i befolkningen er eksponert for helseskadelige forhold, vil disse forholdene ikke bli avdekket i studiene. Det finnes ingen kontrastgruppe. Hvis alle røykte, ville lungekreft kunne bli klassifisert som en genetisk sykdom. Dermed kan sosiale og økonomiske forhold som preger samfunnet og som har



Steinar Krokstad

Født 1958, født og bosatt på Steinkjer. Tidligere kommunelege II i Holtålen og spesialist i allmennmedisin. Nå daglig leder ved HUNT forsknings-senter i Verdal og spesialist i psykiatri i deltidsstilling i Helse Nord-Trøndelag. Forskningsinteresse for trykdemedisin og sosial ulikhet i helse, og tok doktorgrad på disse temaene i 2004.

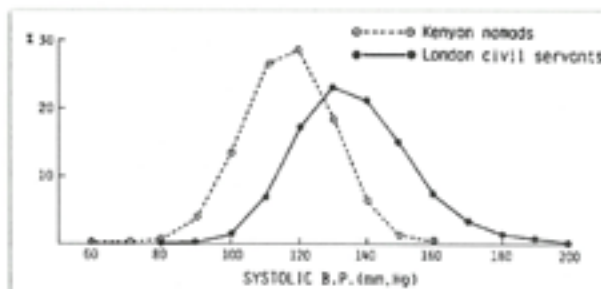
betydning for helse, få mangelfull oppmerksomhet. Vi kan nesten oppnå en komplett forståelse for hvorfor sykdom varierer mellom individer, men likevel ikke være i nærheten av de viktigste folkehelseproblemer (5).

Å avdekke risikofaktorer for insidens av sykdom i befolkningen er en annen oppgave. Vi må stille et helt annet spørsmål: *Hvorfor er denne sykdommen så hyppig i denne befolkningen?* Vi nærmer oss her forhold i samfunnet som mange eller alle er eksponert for. Geoffrey Rose pekte på at normalfordelingen av risikofaktorer ofte er parallellforskjøvet hvis vi sammenligner populasjoner (FIGUR 1) (5). Figuren tyder på at det å bo i et moderne bysamfunn sammenlignet med å bo i en primitiv nomadekultur, kan ha alvorlige konsekvenser for biologiske prosesser som regulerer blodtrykk for alle mennesker som bor der.

To ulike forebyggingsstrategier

Risikofaktorer for individuell sykdom og risikofaktorer for insidens av sykdom i befolkningen har hver sin korresponderende forebyggingsstrategi. Det er med andre ord i prinsippet to forskjellige metoder som benyttes i forebyggende

FIGUR 1. Normalfordeling av systolisk blodtrykk fra to populasjoner (hentet fra 5).



Høyrisikometoden, rettet mot individer**Styrker**

- Adekvat for individet
- Individet kan motiveres
- Leger er motivert
- Kost-effektiv bruk av ressurser
- Fordel/ulempe ratio positiv

Populasjonsmetoden, rettet mot individer**Styrker**

- Radikal, reduserer de tilgrunnliggende årsaker
- Påvirker ofte sosiale forhold alle er eksponert for
- Stort potensial for befolkningen
- Effektiv på adferd

Svakheter

- Problemer og kostnader med screening
- Palliative og utsettende – ikke radikal strategi
- Angiper ikke årsakene alle er eksponert for
- Begrenset potensial for individ og i populasjon
- Dårlig effekt på adferd

Svakheter

- Liten effekt på hvert individ
- Lav motivasjon i befolkningen
- Lav motivasjon i helsevesenet
- Individuell frihet versus politiske og sosiale grep
- Krever modige politikere

TABELL 1. Høyrisikometodens- og populasjonsmetodens styrker og svakheter.

og helsefremmende arbeid: Høyrisikometoden og befolkningsmetoden (TABELL 1). Høyrisikometoden retter seg mot enkeltindivider eller spesielle utsatte grupper i befolkningen. Dette er helse- og sosialtjenestenes arbeidsmetode, der vi gjennom konsultasjoner, screening og helseundersøkelser avdekker risiko og gjør tiltak på denne bakgrunnen. Her kan mye oppnås for den enkelte hvis man greier å skape endring. Metoden framstår som adekvat for pasienter som er eller blir opplyst om sin risiko, og de er derfor ofte motiverte. Vi leger er motiverte, fordi vi har sett mange skjebner blant pasienter med liknende risikobilder. Hvis vi setter intervensjonsgrensen på rett plass er dette også kost-effektiv bruk av ressurser og fordel-ulempe ratio blir positiv (5).

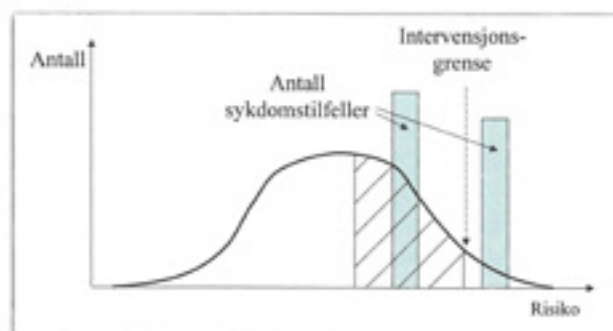
Men forskning viser at for mange folkesykdommer har slike tiltak liten effekt i befolkningen. Og hvorfor blir det slik? Vi opplever i det daglige betydelige problemer og kostnader med screening (6). Det å gi kolesterolsenkende eller blodtryksmedisiner kan defineres som palliative tiltak eller utsettende behandling, og ikke radikal behandling. Med det menes at behandlingen ikke angriper de bakenforliggende årsakene til høyt kolesterol eller høyt blodtrykk, og at de som får behandling fortsatt er eksponert for disse årsakene. Det hjelper lite å ta inn en og en pasient på kontoret, så lenge forholdene som skaper uhelse i samfunnet ligger urørt. Derfor har høyrisikometoden et begrenset potensial for både pasientene og i populasjonen. I tillegg har vi med våre metoder dårlig effekt på atferd, fordi atferd er sosialt bestemt og svært avhengig av normer i de sosiale miljøene der pasientene lever (TABELL 1) (7).

Populasjonsmetoden har til hensikt å redusere helseskadelige forhold i samfunnet som påvirker helse. Lover som regulerer helserelatert atferd er eksempler på slike tiltak, som røykeloven, alkoholloven og vegtrafikkloven. Ofte

reflekterer vi ikke over de svært viktige populasjonsbaserte tiltak som er etablert i Norge når vi diskuterer forebygging. Tenk deg hvor mange trafikkrelaterte skader og dødsfall vi ville hatt i Norge hvis vi ikke hadde fartsgrenser. Den løpende politikken, som regulerer fysiske, sosiale og økonomiske forhold har stor betydning for folkehelse. Populasjonsmetoden kan kalles radikal, fordi tiltakene påvirker risikofaktorer for insidens av sykdom, angriper de tilgrunnliggende årsakene til sykdom. Dette kan være forhold alle i samfunnet er eksponert for. Tiltakene har et stort potensial i befolkningen og er ofte effektive på adferd (jfr. røykeloven eller vegtrafikkloven). Men denne metoden har også sine begrensninger. Den har relativt liten effekt på hvert individ, og dermed er ofte motivasjon lav blant folk. I tillegg medfører slike tiltak og slik lovgivning begrensninger for den individuelle frihet. Dermed blir det ofte mye politisk støy når slike tiltak diskuteres, og vi havner midt i den politiske verdidebatten (5). En effektiv folkehelsepolitikk kan lett bli ofret i kampen for neste valgseier (TABELL 1).

Forebyggingens paradoks

Høyrisikometoden kan være effektiv når det gjelder å forebygge sykdom hos individer (for eksempel røykeslutt for en pasient), men har en begrenset effekt i populasjonen (stadig starter nye ungdommer å røyke). Populasjonsmetoden derimot, har liten effekt på hvert enkelt individ (for eksempel reduksjon av fartsgrensen på strekningen du kjører til arbeidet), men kan være meget effektiv i befolkningen (antall trafikkskader per år på strekningen). Dette forholdet har blitt kalt forebyggingens paradoks. I tillegg er det ofte slik at det ikke er i gruppen med høyest risiko at de fleste sykdomstilfeller oppstår, men fra gruppen med middels høy risiko. Dette fenomenet skyldes at det ofte er et tilnærmet lineært forhold mellom risiko og sykdom, og at de fleste risikofaktorer er normalfordelte. Gruppen i befolkningen med middels høyest risiko er derfor mye større i



FIGUR 2. Ikke alle sykdomstilfeller kommer fra grupper med høy risiko. Ofte kan grupper med middels høy risiko bidra til like mange eller flere kasus på grunn av gruppenes størrelse.

antall. Så selv om folk i denne gruppen har lavere risiko, blir et høyt antall syke (FIGUR 2). Dette er også forklaringen på at høyrisikometoden ikke har særlig god effekt. Det er bare de med høyest risiko over intervensjonsgrensen som kan håndteres i helsevesenet. Vi har ingen muligheter til å intervensere mot de store gruppene med middels risiko uten å få alvorlige prioriteringsproblemer eller forbruke uendelig mye ressurser (5).

Ett oppgjør med det snevre årsaksbegrepet

Det blir nødvendig å ta et oppgjør med det snevre årsaksbegrepet i denne diskusjonen (5). I følge Koch's postulat (fra bakteriologien) skal en årsak definere patofysiologien til sykdommen, forekomme før sykdommen i tid, være spesifikk for hver sykdom, finnes hos alle sykdomstilfellene og kunne påvises med kliniske metoder. Dessuten skal eliminering av årsaken eliminere sykdomstilfellene. Dette begrepet fungerer for det vi i denne sammenhengen kan kalle individuelle proksimale årsaker, men ikke for de til grunnliggende årsaker til høy insidens av sykdom (FIGUR 3).

Årsakene til høy insidens av sykdom i en befolkning kan ofte ikke oppdages når man sammenligner individer, årsakene er ofte definert på gruppe/populasjonsnivå (for eksempel normer som bestemmer atferd) og eliminering av årsakene fører nødvendigvis ikke til eliminering av sykdommen, men til reduksjon i insidens av sykdommen i populasjonen (FIGUR 3). Det snevre årsaksbegrepet kan altså ikke anvendes på årsakene til høy innsidens av sykdom i befolkningen. Like fullt er disse de viktigste årsakene å eliminere i det forebyggende helsearbeid. Tiltak som reduksjon av fattigdom, massevaksinasjon mot virus, lover og regler som reduserer alkohol- tobakk- og sukkerkonsumet i populasjonen og rensing av drikkevann vil kunne ha formidabel helseeffekt i en populasjon.

Selv for de distale til grunnliggende årsaker til høy innsidens av sykdom, der det kan være vanskelig å påvise direkte kausalitet, finnes det selvsagt mekanismer som er involvert,

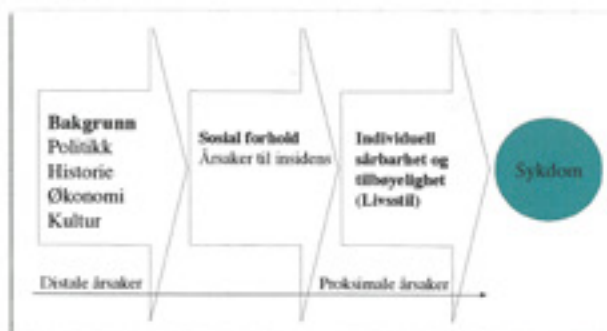
mekanismer som forklarer hvordan sosiale forhold påvirker biologien i kroppen og skaper sykdom, på engelsk kalt «embodiment» (8). Dette kan dreie seg om psyko-nevro-hormonelle, psyko-nevro-immunologiske og andre biologiske mekanismer (9). Fattigdom og arbeidsløshet er klassiske til grunnliggende årsaker til uhelse og sykdom, formidlet via stress, inadekvat kosthold, helseskadelig atferd og dårlige boforhold. Slike klassiske forklaringer har lenge vært avskrevet her i vår befolkning, fordi man antok at det i alle fall i prinsippet var slutt på helseskadelig materiell nød i vår tids velferdssamfunn. Nå er man ikke lenger fullt så sikker på det. Under betegnelsen neo-materialistiske forklaringer legges det i dag vekt på summen av ulike materielle deprivasjoner over lang tid, med antakelser om at utjevning av sosiale forhold kan bidra til å bedre utsatte gruppers helse (10).

Et pedagogisk grep

Geoffrey Rose benytter heller begrepene sårbarhet og tilbøyelighet i stedet for begrepet risikofaktor for å dreie fokus fra individuelle forhold til sosiale og økonomiske forhold i samfunnet (FIGUR 3) (5). Det er lett å peke på årsaken til lungekreft hos en pasient som røyker. Da er det også lett å legge skylden på dette individet. Men å være motivert for å endre atferd med tanke på sin helse i framtiden er et luksusfenomen, og er avhengig av at man ser for seg en positiv framtid. Ikke alle er i en slik situasjon.

Ved å benytte begrepene sårbarhet og tilbøyelighet blir det enklere å dreie oppmerksomheten mot de viktige sosiale årsakene til forekomst av røyking i befolkningen. Hvis røyking var forbudt eller ikke eksisterte som fenomen, ville insidensen av lungekreft vært minimal. I et samfunn der røyk er lett tilgjengelig, reklame er tillatt og tobakk er billig å kjøpe, vil mange av dem som er tilbøyelige til å røyke være utsatt for å få lungekreft. Denne tenkningen kan anvendes på en rekke forhold som fedme, hjerte- karsykdom, diabetes og KOLS, og drøfte hvilke sosiale og økonomiske forhold som er årsak til høy insidens av disse tilstandene og hva som må gjøres fra politisk hold for å påvirke disse.

FIGUR 3. Proksimale og distale årsaker til sykdom. De proksimale årsakene forklarer sykdom hos individer, de distale forklarer insidens av sykdom.



Røyking**Røykerens sosiale miljø, karakteristika og effekter**

- Høyt stressnivå
- Begrenset økonomi
- Sosiale normer understøtter røyking
- Forårsaker sykdom og død

Årsaker til røyking og effektene av røyking på individer

- Reduserer stress
- Relativt billig
- Positiv sosial aktivitet, samhold, fellesskap
- Forårsaker sykdom og død

TABELL 2. Den dobbelte byrde, eksempel på interaksjon mellom individ- og gruppenivå som kan ha en additiv negativ helseeffekt.

Den dobbelte byrde

En spesiell utfordring i folkehelsearbeidet er de sosiale ulikhetene i helse (11). Folk med lav sosioøkonomisk status har høy individuell risiko for sykdom og beveger seg i tillegg ofte i sosiale og fysiske miljø som er mer helseskadelige enn folk med høy status (Levekårsundersøkelsen 2000, SSB). Et illustrerende eksempel på dette er røyking (TABELL 2). Ofte er det et negativt forsterkende samspill mellom individuelle og sosiale sykdomsskapende forhold. Dette kan kalles den dobbelte byrde (12).

Alle forebyggende tiltak må evalueres i forhold om de vil kunne bidra til en reduksjon av sosiale forskjeller. Ellers får de ofte motsatt effekt. Men vi kjenner mange tiltak som er utformet slik at de bidrar i riktig retning. I et forskningsprosjekt ledet fra Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo fikk ni tilfeldig utvalgte barneskoler i Hedmark delta gratis i Skolefrukt hele skoleåret 2001-2002. Dette hadde en meget god effekt på barnas inntak av frukt og grønnsaker. Alle grupper av barn økte sitt inntak, også de fra familier der inntak av frukt og grønnsaker i utgangspunktet var lavt. I tillegg til at de som fikk gratis frukt og grønnsaker spiste mer, reduserte de også sitt inntak av usunn mat (www.helsedirektoratet.no).

Å endre atferd i befolkningen

Det foregår hele tiden raske endringer i atferd i befolkningen. Dermed er potensialet stort hvis vi kan påvirke forhold som skaper endring. Det kan listes opp fem enkle prinsipper for å forstå atferdsendringer i befolkningen. Folk flest

- gjør det som er enklest. Hvis vi har en bil stående og det er parkeringsplass ved jobben er sannsynligheten for at bilen

blir brukt høy. Hvis folk har sykkel, vil de heller sykle enn gå.

- kjøper det som er billigst. Dette peker på potensialet i en aktiv prispolitikk.
- sørger for å ha det mest mulig behagelig.
- gjør det som er moteriktig.
- gjør det som er lovlig.

En klok helsepolitikk griper mulighetene som ligger i å påvirke disse forholdene (5).

Fra teori til praksis

I forebyggende helsearbeid må alle mulige strategier utnyttes (TABELL 3). En forebyggende strategi bygd på høyrisikometoden vil aldri bli bærekraftig fordi vi vil kunne bruke uendelig mye ressurser og aldri komme til målet. Det viktigste i forebyggende helsearbeid vil alltid måtte være å sikte mot å redusere insidens av sykdommer og helseplager i befolkning. Da må populasjonsbaserte tiltak få første prioritet. Det er en politisk oppgave. Men det faglige grunnlaget for politikken må vi som har kunnskap om samfunns- og allmennmedisin utarbeide og formidle.

Men å gå fra kunnskap om folkehelse til praktisk forebyggende helsearbeid er ofte ikke lett. Det fins få vitenskapelige studier som viser hvilke tiltak som virker på folkehelse og hvilke tiltak som kan bli bortkastede. Det reiser et viktig spørsmål: Hva slags dokumentasjon skal vi kreve for å si at et forebyggende tiltak virker (13)? På den annen side vet vi at samfunnsutviklingen vi har hatt i Norge har hatt en formidabel effekt på helse, og tiltakene har sjelden eller aldri vært vitenskapelig dokumenterte. Sunn fornuft og klok

TABELL 3. Intervensjon på alle nivå må til for å utnytte potensialet i forebyggende helsearbeid. Men populasjonsbaserte tiltak for å redusere insidens av sykdom må ha førsteprioritet.

Nivå	Type	Ansvar	Tiltak
Individ	Høyrisiko	Helse/sosialvesen	Råd, motivasjon, forebyggende behandling
Gruppe	Høyrisiko	Helse/sosialvesen	Råd, motivasjon, sosiale og økonomiske
tiltak			
Organisasjon	Høyrisiko/populasjon	Organisasjoner	Psykososiale intervensjoner
Lokalsamfunn	Populasjon	Kommuner	Sosial- og fysisk organisering
Politisk nasjonalt	Populasjon	Storting	Lovgivning

politikk har bidratt til økonomisk fremgang og utjevning, utdanning for alle, en felles helsetjeneste, garanti mot sult og absolutt fattigdom, forutsigbare framtidsutsikter, likhet for loven og arbeid for de fleste. Fortsatt er det mye å hente langs disse linjene. Og mye å ta vare på.

Selv om det ikke finnes dokumenterte metoder, er det ofte i praksis lett å se hva som må gjøres når man bare vet hvor skoen trykker (13). Hvis det i en kommune er dobbelt så mange ungdommer som begynner å røyke på ungdomsskolen som i en annen kommune, har man en jobb å gjøre. De ressurser vi likevel bruker på forebygging i kommunene, må kanaliseres mot områder der potensialet er størst. Forskjeller i helseskadelige forhold og sykdom må avdekkes, for eksempel med utarbeidelse av kommunehelseprofiler. Her er det mye å lære av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (<http://www.ntnu.no/dmf/hunt/kommunedata>) og ved å studere kommunehelseprofilene i Helsedirektoratet (<http://www.helsedirektoratet.no/kommunehelseprofiler/>).

Mer fysisk aktivitet, mindre røyking og sunne matvaner er tre av mange målsettinger i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. For å nå målene, må det iverksettes tiltak overfor befolkningen. Hvis vi skal kunne forebygge fedme-epidemien trengs det virkelig kraftige nasjonale kollektive grep. Hittil er vi ikke i nærheten av å utvikle tiltak som vil ha særlig betydning.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: steinar.krogstad@ntnu.no

Referanser

1. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 1943 Jan 1;50(4):370-96.
2. Coburn D. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2000;51:135-46.
3. Angell M. The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It. New York: Random House; 2004.
4. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. *BMJ* 2005 Jun 25;330(7506):1461-2.
5. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
6. Stewart-Brown S. Screening could seriously damage your health. *BMJ* 1997;314:533.
7. E. The rules of sociological method. New York: The Free Press; 1964.
8. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30:668-77.
9. Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997;314:1472-6.
10. Lynch J, Kaplan GA. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 13-35.
11. Krokstad S. Socioeconomic inequalities in health and disability. *Social epidemiology in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*, Norway. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2004.
12. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998 Feb;88(2):216-22.
13. Davey Smith G, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. *BMJ* 2001;322:184-5.



Hematologianalysator SYSMEX pocH-100i

pocH-100i – spesielt utviklet for bruk i primærhelsetjenesten og pasientnær analysering.

- Raske og nøyaktige svar på 19 parametere
- 3-parts differensiering av WBC
- Histogram for WBC, RBC og PLT
- Kvalitetskontrollprogram
- Lagringskapasitet: 100 pasientprøver og 60 QC plot
- Enkel betjening via berøringsskjerm
- Lukket prøvesystem med perforering av kork
- Lav prøvepris
- Lite plasskrevende
- Stillegående
- Kan kobles til journalsystem
- Minimalt vedlikehold
- Gunstig og fleksibel serviceavtale

Art. nr. 023-1851-1 Hematologianalysator SYSMEX pocH-100i

 **MEDINOR**
Oslo Tlf: 22 07 65 50
Bergen Tlf: 55 94 83 10
Trondheim Tlf: 73 82 64 50
Sandnes Tlf: 51 63 79 79
www.medinor.no

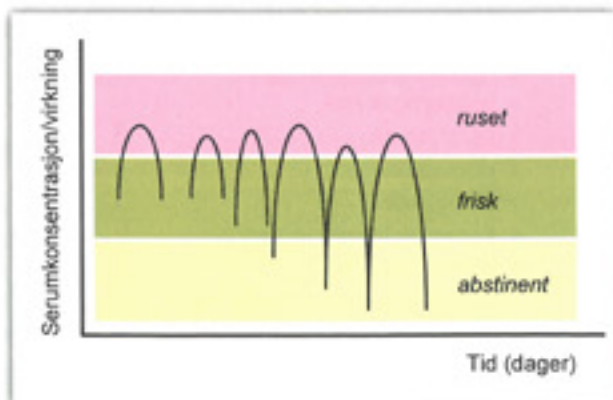
LAR

– medikamentelle aspekter

AV ANN-KRISTIN STOKKE

Legemiddellassiert rehabilitering (LAR) er en tverrfaglig rehabilitering av opiatavhengige rusmisbrukere – oftest heroinmisbrukere – der langtidsvirkende opiat er brukt som substitusjonspreparat for heroin eller andre (korttidsvirkende) opiat. Hensikten er å kompensere for de nevrobiologiske forandringene av langvarig heroinmisbruk, slik at det i større grad blir mulig for den opiatavhengige pasienten å nyttiggjøre seg andre behandlings- og rehabiliteringstiltak. I Norge var det ved inngangen til 2008 4950 pasienter i LAR (1). De første prosjektene med metadon-assistert behandling ble startet i Oslo i 1987, den første pasientgruppen var heroinmisbrukere med HIV. I løpet av de vel 20 årene som er gått har LAR blitt en mer utbredt behandling, og behandlingen har gått fra å være et tilbud til den aller tyngste gruppen misbrukere med gjentatte mislykkede forsøk med rusfri behandling, til å bli en pasientrettighet for pasienter med opiatavhengighet. Pasientene kan henvises av lege eller sosialtjeneste. I dag foreskrives

FIGUR 1. Når ikke-tilvendte bruker heroin som rusmiddel, får de en kortvarig rusopplevelse, med normalisering av funksjon når virkningen avtar.



Ann-Kristin Stokke

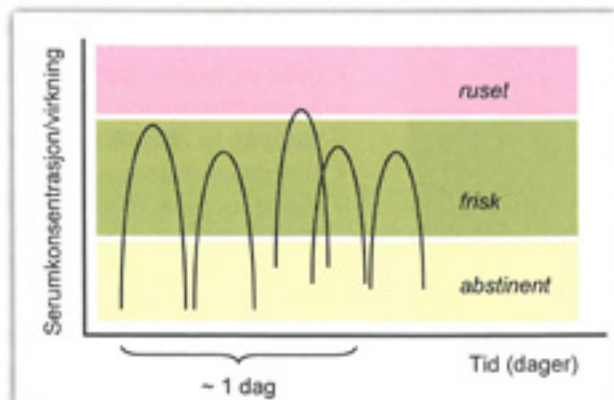
Lege, uteksaminert ved UiO 2002. Under spesialisering i allmennmedisin, jobber nå med rehabilitering av opiatavhengige ved Avdeling spesialiserte poliklinikk/LAR Øst, Klinikk rus og avhengighet, OUS Aker i Oslo.

omtrent 65 prosent av reseptene i LAR av fastleger (1). Når LAR blir et behandlingstilbud til stadig flere pasienter, vil også et økende antall allmennleger få behandlingsansvar for disse pasientene. Denne artikkelen skal forsøke å gi en oversikt over noen medikamentelle problemstillinger som er spesielle for pasienter i LAR.

Medikamenter i LAR – langtidsvirkende opiat

Heroin som rusmiddel utøver sin virkning i hjernens belønningssystem, og gir i starten en rusfølelse når det tæes,

FIGUR 2. Personer som er tilvendt opiat etter lang tids bruk, vil sjelden oppleve rus ved nytt inntak av heroin, men trenger regelmessig inntak av heroin for å unngå abstinens, føle seg frisk.



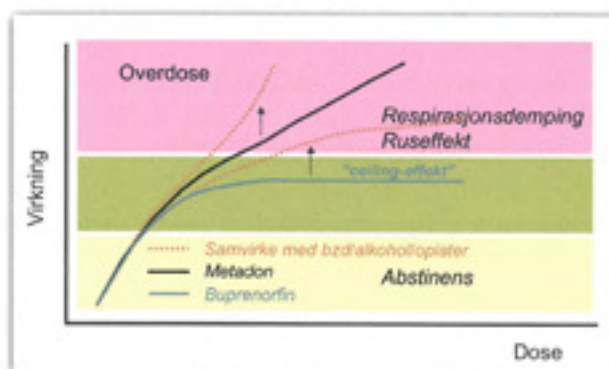
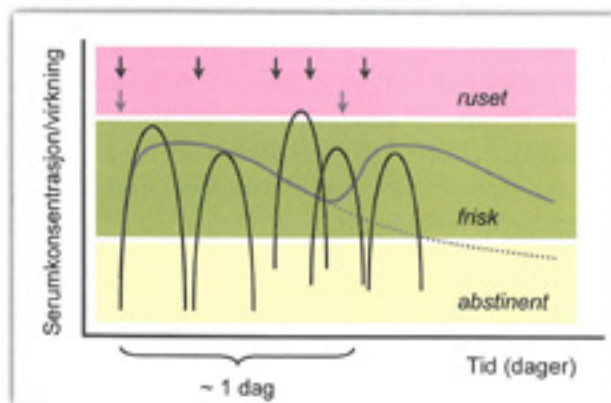
og mellom inntakene opplever personen å være normalt frisk (FIGUR 1). Etter lengre tids bruk vil det skje en nevrobiologisk tilpasning (toleranseutvikling) med bl.a. en nedregulering av opiatreseptorer i hjernen, og personen går gradvis fra å føle seg frisk uten rusmiddel og få rus ved bruk av heroin, til en tilstand der heroin eller annet opiat er nødvendig for å føle seg frisk, og fravær av opiat gir abstinens, pasienten føler seg syk (FIGUR 2).

En opiatmisbruker trenger to til tre doser heroin daglig for å holde seg «frisk», enten denne injiseres intravenøst, intramuskulært, eller røykes/sniffes. Ved oppstart i LAR erstattes heroin av de langtidsvirkende opiatene metadon eller buprenorfin. Det man gjør, er altså å erstatte et avhengighetsskapende middel med et annet avhengighetsskapende middel med enklere og sikrere administrasjon og lengre virketid. Både metadon og buprenorfin inntas per os og har abstinensdempende effekt ved administrasjon en gang daglig. Administrasjon per os reduserer de akutte komplikasjonene relatert til injisering, hovedsakelig blodpropp, infeksjoner eller sepsis, og bruk av preparater med lengre virketid gir jevnere serumkonsentrasjon av opiat. Pasientene kan innta medikament kontrollert en gang daglig uten ruseffekt og uten å bli abstinent før inntak av neste dose (FIGUR 3). Målet er at pasienten skal oppleve seg frisk og dermed ha bedre muligheter for rehabilitering. For de aller fleste pasientene vil LAR være en livslang behandling.

Buprenorfin og metadon – hva er forskjellene?

Metadon lindrer abstinens ved å virke som agonist på myreseptorene i hjernens endorfinsystem. Buprenorfin er en partiell agonist på de samme reseptorene. Dette innebærer at metadon ved økende dosering, eller ved bruk av heroin i tillegg, også hos tilvendte opiatbrukere vil gi en økende respirasjonsdempning, og i verste fall overdose. Dyrestudier har vist at buprenorfin har avflatet dose-virkningskurve slik at ytterligere doseøkning ikke gir økende

FIGUR 3. Metadon og buprenorfin (blå pil/curve) vil ved riktig bruk holde pasienten abstinentfri («frisk») uten å gi rus ved administrasjon en gang i døgnet.



FIGUR 4. Alene har buprenorfin liten respirasjonsdempende effekt hos opiattilvendte pasienter. Ved metadoninntak er den respirasjonsdempende effekten økende med inntatt mengde. Virkningen av begge medikamenter blir forsterket ved samtidig inntak av andre sentraldempende midler, samvirkningen er betydelig større for metadon enn for buprenorfin.

respirasjonsdempende effekt og dermed mindre fare for overdose av buprenorfin alene (FIGUR 4). I pasientbehandling gjør dette at stabile pasienter kan bruke doble eller triple buprenorfindoser henholdsvis hver annen eller tredje dag. Dersom en pasient stabilisert på buprenorfin bruker heroin, er overdosefaren betydelig mindre enn hos en pasient stabilisert på metadon. Dette skyldes at buprenorfin har en svært sterk reseptorbinding, sterkere enn andre opiat, og derfor virker blokkerende for andre opiat.

Ved inntak av andre sentraldempende stoffer, som alkohol og benzodiazepiner, vil den respirasjonsdempende effekten i kombinasjon med metadon øke ytterligere, med økt fare for overdose. Denne synergieffekten er vesentlig mindre uttalt for buprenorfin, selv om også dette legemiddelet i kombinasjon med alkohol og/eller benzodiazepiner kan føre til overdose (FIGUR 4).

I Norge ble det i årene 2001–04 registrert mellom 20 og 60 overdosedødsfall per år der metadon var et av stoffene som har bidratt til dødsfallet (2), for buprenorfin er dette tallet usikkert, men antas å være betydelig lavere. Dette illustrerer sannsynligvis medikamentenes ulike potensiale for respirasjonsdempning, men kan også gjenspeile forskjellig grad av utbredelse, for eksempel større illegal import av metadon og at det er flere pasienter på metadon enn buprenorfin i LAR (1). De fleste overdosedødsfallene der metadon er et av stoffene som påvises skjer hos pasienter utenfor LAR, mens et mindretall, omtrent 20 prosent, er LAR-brukere (Jean Paul Bernard, FHI, personlig meddelelse). Hvor stor andel av metadon på det illegale marked som er lekasje fra helsetjenesten, er usikkert.

Mange pasienter opplever noe generell demping på metadon, mens buprenorfinbrukere i større grad rapporterer om ubehagelig uro, våkenhet og tankekyr, spesielt i en opp-

startperiode. Hvorvidt denne uroen er en bivirkning av buprenorfin eller «bare livet» – med andre sykdommer, det levde liv og følelser som over lengre tid har vært ruset bort – kan være vanskelig å vurdere. Metadon har kanskje en noe sterkere smertedempende effekt.

Bivirkningene er i stor grad de samme som for andre opia-ter: obstipasjon, nedsatt libido, svettetendens, ødemer, kvalme og vektøkning. Sannsynligvis er svettetendens og nedsatt libido en noe hyppigere bivirkning av metadon enn buprenorfin, mens buprenorfin oftere gir kvalme og hodepine (3). Det er også holdepunkter for at buprenorfin gir noe mildere abstinensplager ved en planlagt nedtrapping enn metadon.

Buprenorfin og metadon – hva bør pasientene bruke?

Metadon føres av to produsenter, DnE og Martindale. Buprenorfin finnes i to formuleringer, Subutex, som er kun buprenorfin, og Suboxone, der en naloxone-kjerne skal hindre at medikamentet gir rus effekt dersom det injiseres intravenøst. Naloxone tæs i liten grad opp ved sublingual administrasjon. Erfaringen er likevel at noen pasienter forteller om rus effekt ved injeksjon av Suboxone, og at noen forteller om bedre effekt og mindre bivirkninger av Subutex enn Suboxone ved riktig bruk.

På bakgrunn av medikamentenes ulike egenskaper, bør man vurdere hva som er beste medikament for den enkelte pasient. I utkastet til de nye retninglinjene for LAR er det anbefalt at buprenorfin skal brukes dersom det ikke er noen spesifikk grunn til avvik fra dette, og at Suboxone bør brukes fremfor Subutex dersom det ikke er grunn til noe annet. I anbefalingen om buprenorfin som førstevalg som medikament i LAR er forsvarligheten – mindre fare for overdoser – tillagt avgjørende betydning, mens Suboxone bør foreskrives fremfor Subutex for å hindre at medikamentet blir brukt til injisering og for å redusere lekkasjen til det illegale marked (4).

Den enkelte pasient har i følge Pasientrettighetsloven samme rett til å bli hørt i valg av medikament i LAR som i annen medisinsk behandling, men avgjørelsen tæs av LAR-senter eller behandlende lege i samarbeid med LAR-senter etter en medisinsk vurdering. Individuelle faktorer som taler for buprenorfin, vil være et ønske fra pasienten om nedtrapping på sikt og målsetning om skolegang og arbeid. For pasienter med uttalt smerteproblematikk eller psykose kan metadon være et bedre medikament på grunn av den generelle dempingen. Kontraindiserende forhold for valg av metadon er nedsatt lungekapasitet, hjertesvikt, arrytmier og forlenget korrigert QT-tid. Hovedbudskapet er likevel at effekten av

behandlingen er like god uavhengig av medikament. Et unntak fra dette er de aller tyngste rusmisbrukerne med lengst ruskarriere, der pasientene kanskje er noe lengre tid i behandling dersom de får metadon (4).

Er pasienten riktig dosert?

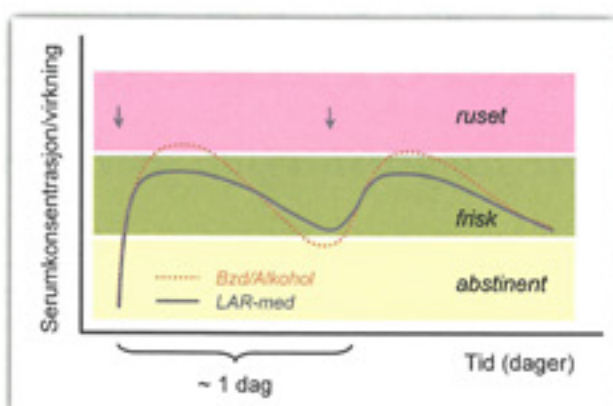
For de fleste pasienter vil oppstart av LAR-medikament skje i spesialisthelsetjenesten. Etter initial opptrapping og stabilisering kan det være behov for dosejustering. Denne gjøres på grunnlag av anamnese og klinisk vurdering. Serumkonsentrasjon av medikament er en faktor ved metadon (referanseområde 6–1200 nmol/L ved prøvetaking rett før inntak av neste dose etter minst fire dagers overvåket inntak til samme tid), men har ingen plass ved dosevurdering av buprenorfin. Ved underdosering vil pasienten gjerne fortelle om typiske abstinenssymptomer, som kaldsvette, frysing, nysing, influensafølelse og løs avføring de siste timene før inntak av medikament, oftest på morgenen, og ofte våkner de tidlig, eller sover dårlig på ettermiddagen. Mange opplever stort russug.

Dersom pasienten ruser seg, vil dosevurdering vanskelig gjøres. Spesielt vil bruk av benzodiazepiner og/eller alkohol for de aller fleste pasienter gi sterkere abstinenser enn ved rusfrihet. Dette vil også gjelde dersom benzodiazepinene er skrevet på resept av behandlende lege, eller alkoholinntaket er innenfor det mange oppfatter som vanlig sosial bruk. Benzodiazepiner og alkohol vil hos en del pasienter også gi rusfølelse og trigge russug tross riktig dose metadon eller buprenorfin. Pasientene vil altså både kunne oppleve rus (mulig overdosering) og abstinenser (mulig underdosering) på det som kan være riktig dose LAR-medisin (FIGUR 5). Det anbefales derfor ofte å unngå dosejustering i perioder med rusbruk, med mindre pasienten er åpenbart underdosert.

Dersom pasienten vurderes over – eller underdosert, foretæs en gradvis økning eller reduksjon, for eksempel med 2 mg buprenorfin eller 10 mg metadon. Etter dosejustering bør pasienten bruke stabil dose i for eksempel to uker, før ny vurdering (4). Når pasient eller lege lurer på om det er behov for endret dose, bør man som behandlende lege alltid vurdere om det er andre årsaker til pasientens plager – somatiske eller psykiske. Elektrolyttforstyrrelser, stoffskiftesykdom, diabetes og anemi er blant sykdommene som kan gi symptomer som av pasientene kan forveksles med abstinens eller bivirkninger.

Annen medisinsk oppfølging – hva er spesielt for pasienter i LAR?

Mange LAR-pasienter har psykiske og/eller somatiske sykdommer i tillegg til sin opiatavhengighet, disse skal følges



FIGUR 5. Når pasienter i LAR bruker benzodiazepiner eller alkohol sammen med metadon eller buprenorfin, vil en del oppleve rus ved inntak av selv små mengder, mens nesten alle opplever abstinens mer uttalt enn ved rusfrihet. Dette gjør dosevurdering vanskelig ved bruk av disse stoffene.

opp på vanlig måte. I tillegg anbefales det at alle pasienter får en årlig helsesjekk inkludert orienterende blodprøver (3). Dersom pasienten bruker metadon, bør det også tas EKG for å oppdage om pasienten har eller utvikler forlenget QTc-tid, med fare for arrytmier og hjertestans. I utkastet til de nye opiatretningslinjene anbefales det å ta EKG før og etter opptrapping. Ved doser over 110–120 mg, ved bruk av andre medikamenter som kan påvirke QTc-tid eller hvis pasienten har andre risikofaktorer, bør EKG kontrolleres årlig (4).

Hva med andre medikamenter, og hva er det med benzodiazepiner?

På bakgrunn av forsvarlighetsperspektivet og faren for å trigge russug som beskrevet over, er benzodiazepiner en gruppe medikamenter som for de aller fleste pasienter i LAR er kontraindisert, i tillegg til at det ikke er dokumentert effekt av disse medikamentene hos tidligere eller aktive rusmisbrukere (4, 6). For de fleste tilstander og pasienter finnes både bedre og tryggere medikamenter enn benzodiazepiner, for eksempel SSRI og andre antidepressive medikamenter.

Dersom pasienten bruker metadon, skal man i tillegg til forsiktighet med medikamenter som kan gi forlenget QTc-tid, være oppmerksom på interaksjoner med noen antiepileptika samt en del tuberkulostatika og antivirale midler (3). Spesielt frarådes karbamazepin, som vil kunne gi lav serumkonsentrasjon av metadon selv flere måneder etter seponering.

Avslutning

Opiatsubstitusjon og LAR er et fagområde i stadig utvikling. Det er en del variasjon i behandlingspraksis og organisering mellom de ulike LAR-sentrene i Norge. Artikkelen er i stor grad basert på praksis og retningslinjer ved LAR

Øst (5). Innlandet HF og LAR Midt har gitt ut gode informasjonshefter til fastleger i sine områder (3, 7). Det forventes også nye retningslinjer for LAR fra Helsedirektoratet i løpet av 2009, et høringsutkast ligger på deres hjemmesider (4).

For pasienter med opiatavhengighet og ofte stort misbruk av andre stoffer, er den medikamentelle opiatsubstitusjonen de får når de tas inn i LAR bare en liten del av en langvarig rehabilitering på mange av livets områder. Bosisuasjon, forhold til familie og annet nettverk samt økonomi er ofte store utfordringer. Håndtering av vedvarende rus og russug og hjelp til å få meningsfylte dager, er viktige brikker for et godt liv. Det er derfor LAR er og skal være tverrfaglig, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Alle pasienter bør ha en ansvarsgruppe, der fastlegen er en av deltagerne enten LAR-medikamentet foreskrives av fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Ansvarsgruppen skal hjelpe pasienten i rehabiliteringen. Som vi sier til pasientene: «Medisinen i LAR er bare en krykke i rehabiliteringen» – men det er viktig at denne krykken fungerer godt!

Referanser

1. SERAF-rapport 1/2008 LAR I NORGE, Statusrapport 2007
2. RusStat-Rusmiddelstatistikk, <http://statistikk.sirus.no/sirus/>
3. Informasjon fra Innlandet HF: Viktig å vite som fastlege i LAR. (http://www.sykehuset-innlandet.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfold=18533&iCategoryId=252&iDisplayType=2)
4. Nasjonal retningslinje for legemiddellassert rehabilitering ved opioidavhengighet. Høringsutkast 19.mai 2009. (www.helsedirektoratet.no/fagnytt/horinger/saker/nytt_rammeverk_for_legemiddellassert_rehabilitering_lar_ute_p_h_ring_407734)
5. Legemiddellassert rehabilitering, Oslo Universitetssykehus HF, Aker (www.aus.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=291&I=2500&mids=397a788)
6. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 06 – 2007. Benzodiazepiner i behandling av personer med rusmiddelproblemer
7. LAR Midt (www.lar-midt.no/templates/StandardMaster_90555.aspx?epslanguage=NO)

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

Nevrobiologisk forståelse av *kan gi også en medisinsk ramme for forståelsen av rusmiddel*

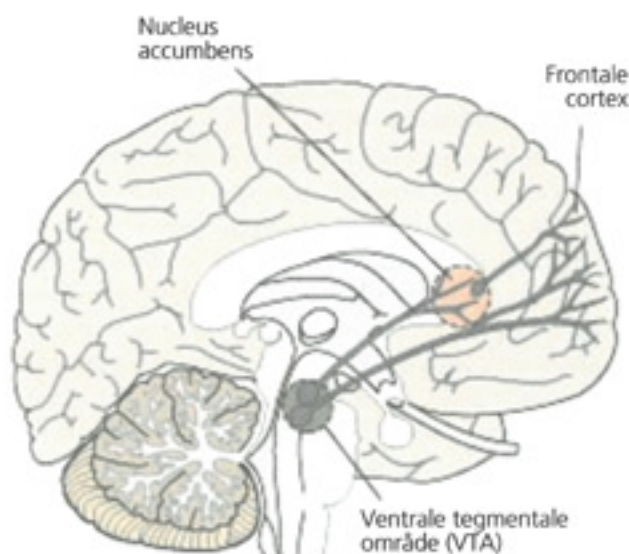
AV JØRGEN G. BRAMNESS

I eldre tider omtalte man de fysiske komponentene av rusmiddelavhengighet (toleranse og abstinens) som den virkelige avhengigheten, mens det andre var «bare psykologi». Som om endret tro eller vilje kunne løse problemet. Nyere forståelse av rusmiddelavhengighet peker imidlertid på at den psykologiske delen av avhengighet kan være den vanskeligste å behandle. Det er nok noe forenklet å prøve å forstå rusmiddelavhengighet som enten et fysisk eller psykisk fenomen. Andre synsvinkler må brukes for å forstå og behandle rusmiddelavhengighet. Rusmiddelavhengighet må forstås innen en biopsykososial modell, der alle de tre vinklingene er like viktig. Moderne nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer kan være med på å gi oss en medisinsk/biologisk forståelse av «den psykologiske biten» av rusmiddelavhengighet.

Hjernens belønningssystem

Utviklingen av rusmiddelavhengighet omhandler prosessen fra kontrollert, sosial bruk av et rusmiddel til ukontrollert eller kompulsivt bruk. Som leger og allmennpraktikere

FIGUR 1. Hjernens belønnings- og motivasjonssystem består i en meget forenklet framstilling bl.a. av mesolimbiske dopaminerge neuroner som strekker seg fra det ventrale tegmentale område (VTA) i den forlengede marg mot nucleus accumbens (NAc) og videre mot prefrontal cortex.



Jørgen G. Bramness

Professor Jørgen G. Bramness er forskningsdirektør ved Senter for rus og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo og innehar en deltidsstilling ved Avdeling for legemiddel-epidemiologi ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Utdannet lege fra Universitetet i Oslo og psykiater fra Diakonhjemmets sykehus. Han har gjort forskning innen områdene psykiatrisk epidemiologi, klinisk farmakologi og rusmiddelmisbruk, og har publisert mer enn 50 vitenskapelige artikler.

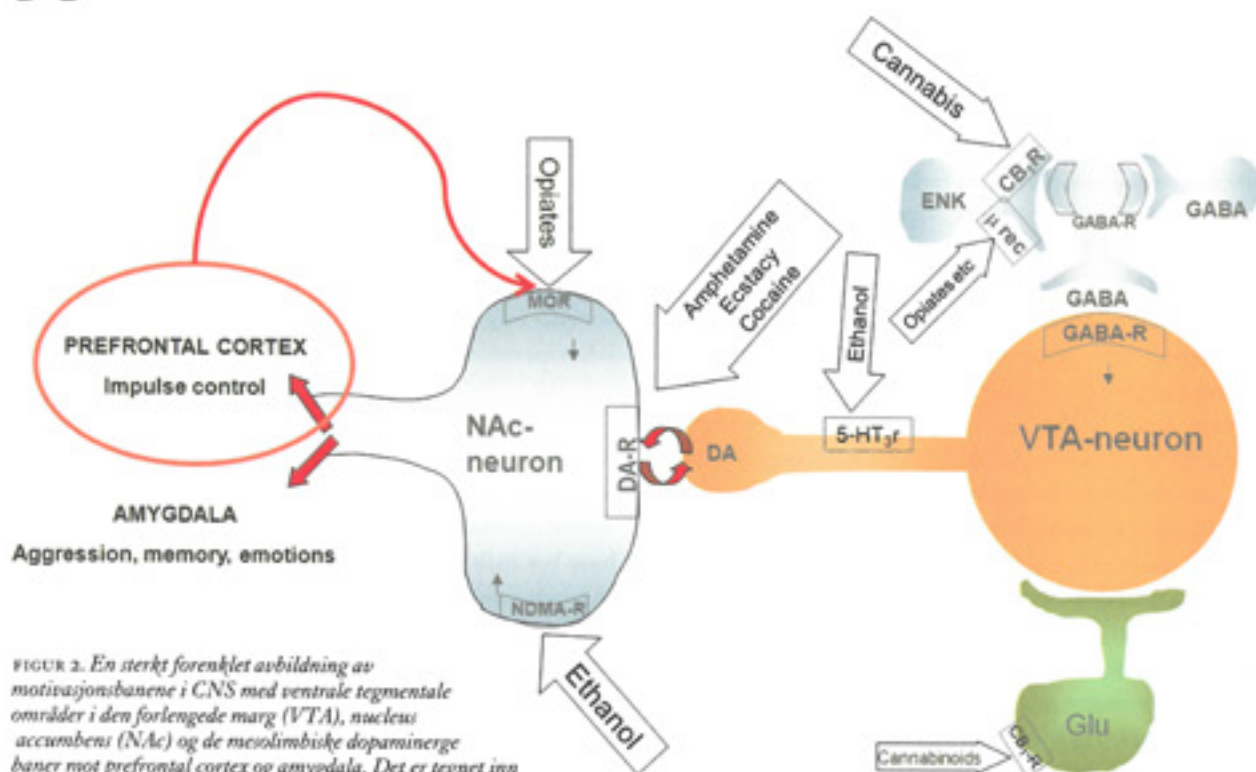
har vi nytte av også den nevrobiologiske forståelsen av hva disse prosessene innebærer. Forståelsen har som hovedfokus endringer i hjernens belønningssystem eller motivasjonsbaner. Sentralt står de mesolimbiske dopaminerge baner som går fra den forlengede marg, spesielt det ventrale tegmentale området (VTA) til nucleus accumbens (NAc) (FIGUR 1). Også områder som prefrontal cortex og amygdala er involvert. Disse deler av hjernen er fra naturens side involvert i hva vi oppfatter som meningsbærende aktivitet og stimuleres av utsikten til å tilfredsstille et behov. Dette gjelder behov som det å spise når man er sulten, drikke når man er tørst, løfte opp et barn som skriker eller å ha sex.

Nyere nevrobiologisk forskning har vist at alle kjente rusmidler, ja, nesten all atferd som har en rus- eller avhengighetskomponent, virker inn på dette systemet. Sterkt forenklet kan vi si at sentralstimulerende midler som amfetamin eller kokain virker direkte i synapsene i NAc ved å øke tilgjengelig dopamin (enten via øket frigjøring eller minket reopptak av dopamin), mens alkohol, opiater eller cannabis virker «oppstrøms» for VTA og stimulerer til øket frisetting av dopamin i NAc ved en serie med stimulerende prosesser (eller hemming av hemmende prosesser) som gir det samme resultatet. Hvordan for eksempel tvangsspising eller spilleavhengighet øker dopaminfrigjøringen i NAc er ikke kjent, men at det gjør det er vist i ulike typer forskning.

Ved bruk av ulike rusmidler blir frisettingen av dopamin i NAc mye sterkere enn når man tilfredsstiller naturlige

rusmiddelp problemer

avhengighet



FIGUR 2. En sterkt forenklet avbildning av motivasjonsbanene i CNS med ventrale tegmentale områder i den forlengede marg (VTA), nucleus accumbens (NAc) og de mesolimbiske dopaminerge baner mot prefrontal cortex og amygdala. Det er tegnet inn hvor de ulike rusmidlene i hovedsak virker og hvilke reseptorer de virker på. CB₁R er cannabinoidreseptoren, GABA-R en gammaaminosmørsyrereseptorer, μ-rec og mor er opiatreseptorer, glu er glutamaterge nevroner, MDMA-R er en glutamatreseptor, DA-R er dopaminreseptorer og 5-HT₂R er en serotoninreseptor (modifisert av forfatteren etter en originaltegning av Bachs og Mørland).

behov. Disse sterkere stimuli vil kunne overgå det naturen selv kan tilby av stimulering eller mening. Det har blitt sagt at rusmiddelavhengighet er en slags «maktvertagelse» av de mesolimbiske dopaminerge baner. Rusmiddelet tar over rollen som det mest betydningsfulle. Disse funn fra dyremodeller gir umiddelbar gjenklang i klinikken; dette synes å forklare at rusmiddelbruket fortsetter til tross for mange negative konsekvenser og at rusmiddelet synes å ha forrang framfor mat, drikke, omsorg og kjærlighet for den rusmiddelavhengige.

Nevrobiologi

Ut fra denne nevrobiologiske forståelsen av motivasjonssystemet og hvor rusmidler virker inn har vi fått en utvidet forståelse for hvordan og hvor rusmidler virker (FIGUR 2). Amfetamin virker direkte på frigjøringen av dopamin i NAc ved at presynaptiske vesikler tømmer dopamin inn i de synaptiske spaltene, mens kokain i tillegg til dette også hemmer presynaptisk reopptak (amfetamin har nok også denne virkningen i noen grad). Mange andre rusmidler

påvirker de dopaminerge nevronene fra VTA til NAc. Ved å stimulere disse øker blant annet alkohol den dopaminerge frisettingen i NAc. Opioider, cannabis og benzodiazepiner virker ved å hemme hemmende nevroner som befinner seg «oppstrøms» fra VTA. Gjennom en demping av hemmende nevroner vil aktiviteten i de dopaminerge nevronene i VTA øke.

Bildet er imidlertid mer komplisert enn dette. For eksempel finnes det også opiatreseptorer i NAc. Dette kan forklare at opioidantagonister (for eksempel naltrekson (Revia®)) ikke bare kan motvirke de forsterkende effektene av opiat selv og alkohol (en demping av opiateffekter vil føre til en lavere firing i dopaminerge nevroner som alkohol virker på), men også at det kan ha en effekt på stoffer som virker direkte i NAc. Til slutt kan vår forståelse av det mesolimbiske dopaminerge systemets interaksjoner med rusmidler gi oss en forståelse for hvordan behandling med antipsykotika og blokkering av dopamin D₂-reseptorer kan føre til en øket tilbøyelighet for psykiatriske pasienter til å

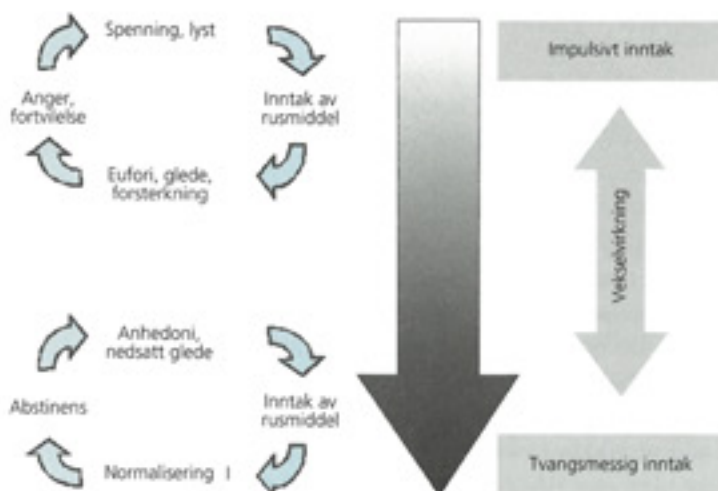
ruse seg. Pasienter på antipsykotika kan oppleve rusmidler som en mulighet til å behandle de anhedoniske bivirkningene D₂-blokkade kan gi.

To modeller for forståelse

Ut fra denne sentrale forståelsen av kjernen i avhengighet har det vokst frem minst to ulike «skoler». Den første fra George F. Koob fra La Jolla i California. Den andre fra Terry Robinson og Kent Berridge fra Ann Arbor i Michigan. Begge modeller bidrar med åpenbart nyttig forståelse, men ingen av modellene kan forklare alt! De har altså sine svakheter og styrker. Begge bygger på et solid teoretisk byggverk med basis i moderne neurobiologi, men det er ikke alltid lett å se hvor evidens slutter og «educated guess» begynner. Mange av funnene kommer fra dyremodeller. Riktignok har dyremodeller for rusmiddelavhengighet større overføringsverdi til mennesker enn dyremodeller for mange andre lidelser, men den nøyaktige overføringsverdien er likevel ukjent. Av og til foretas «pseudogenial translasjon» der man ser «åpenbare kliniske paralleller» uten at det finnes evidens for dette.

Koob sine neurobiologiske teorier om avhengighet tar sitt utgangspunkt i at rusbruk gjerne begynner som ett eller en rekke impulsive inntak, men ender med mer tvangspreget bruk. Utviklingen av avhengighetstilstanden skjer gjerne i en vekselvirkning mellom disse to handlingsmåtene (FIGUR 3). Impulsiv tagning av rusmidler kjennetegnes ved at man opplever en spenning eller en opphisselse ved utsikten til et rusmiddel, tar det mer eller mindre impulsivt for så å oppleve de positive effektene av rusmiddelet. Etterpå vil man kanskje oppleve skyldfølelse eller anger for det man har gjort. Ifølge teorien kan denne skyldfølelsen eller angren i

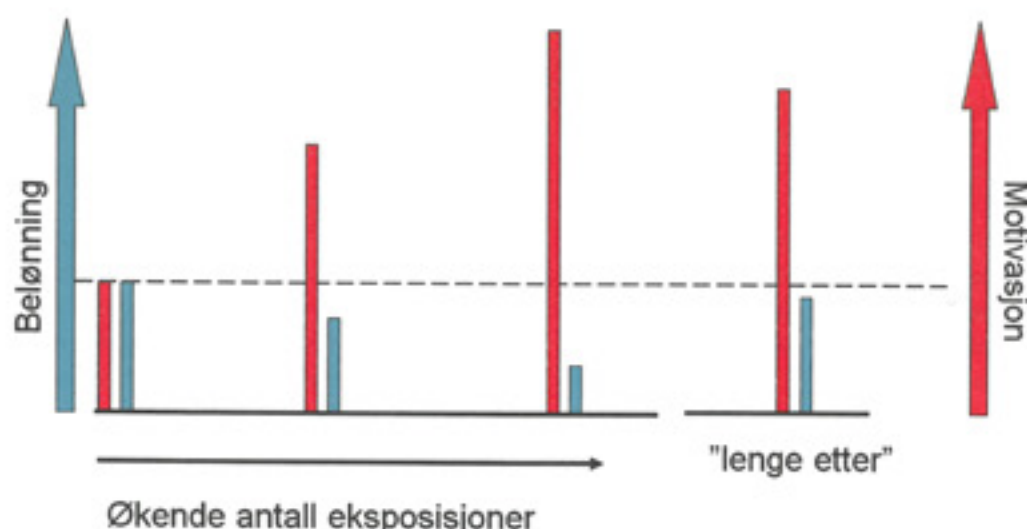
FIGUR 3. George F. Koob ser på rusmiddelavhengighet som en dynamisk utvikling fra impulsdrevet til tvangspreget inntak av rusmidler. Illustrasjonen er sterkt forenklet av forfatteren etter flere av Koobs illustrasjoner.



seg selv gjøre en mer sårbar for å komme i en ny situasjon for inntak. Etter hvert får vi et mer tvangspreget inntak hvor ubehagsfølelsen, angsten og de negative opplevelser heller enn impulsen er det som utløser rusmiddelinntaket. Utsiktene til å innta og det å innta rusmiddelet vil være en lettelse, en tilnærming til normaltilstanden, mens abstinensen oppleves som subnormal. Man beveger seg altså fra en situasjon hvor man inntar rusmiddelet for å oppleve gode ting til en situasjon hvor man inntar rusmiddelet for å unngå negative. Begge disse sidene ved utvikling av avhengighet har klare neurobiologiske korrelater. I tillegg legger Koob vekt på begrepet «craving», som best kan oversettes med det norske «sug» eller lyst til å innta rusmiddelet. Han nevner at både ytre stimuli, som mennesker, situasjoner eller ting, kan utløse dette suget, men også indre stimuli som tanker, assosiasjoner eller følelser.

Robbison og Berridge legger i sin teori vekt på at rusmiddelavhengighet er kjennetegnet av to ledsagende, men ulike fenomener. For det første hvor godt et rusmiddel oppleves; euforien, det de kaller «liking». Det andre fenomenet er hvor lyst man har på stoffet, hvilken betydning det får for en («wanting»). Disse to fenomenene henger sammen. Det er vanskelig å tenke seg at man får lyst på et stoff hvis man ikke har noen positive opplevelser ved det. Det er, i følge teorien, likevel viktig å oppfatte dette som to separate fenomener. Grunnen til at det er nyttig å skille dem, er at de to fenomenene utvikler seg forskjellig gjennom en rusmisbrukskarriere. Mens «liking» vil minke ved repetert bruk, vil «wanting» øke (FIGUR 4). Det positive utbyttet synker fordi man oppnår en toleranse for rusmiddeleffektene. Likevel øker betydningen rusmiddelet får i ens liv, også etter at rusmiddelet tilsynelatende har sluttet å gi positive effekter. Mange rusmiddelbrukere bruker rusmiddelet nesten tvangsmessig til tross for at det ikke lenger kan oppleves noen positivt ved dette, av og til ikke en gang frihet fra abstinens. Rusmiddelet overtar en nesten bisart stor plass i personens liv til tross for at det stort sett også oppleves som negativt av personen selv. Forsøkene til Robbison og Berridge har også vist at selv etter lang tids avholdenhet og en tilnærmet normalisering av rusmiddelvirkningen («liking») vil betydningen av rusmiddelet og sug («wanting») bruke ytterligere tid på å normalisere seg. Kanskje går det aldri tilbake til det normale. Dette kan forklare hvorfor mange får tilbakefall selv etter lang tids avholdenhet. Dette går godt sammen med en forståelse av rusmiddelavhengighet som en sykdom. Også Robbison og Berridge legger vekt på at cravingen kan utløses av mange stimuli på samme måte som Koob.

Disse teoriene har gitt innsikt i en rekke sider ved rusmiddelavhengighet. De har pekt på likheten mellom alle de



FIGUR 4. Robinson og Berridge skiller klart mellom belønning (blå søyler: «liking») og motivasjon (røde søyler: «wanting») i utviklingen av rusmiddelavhengighet. Mens belønningen ved gjentatte inntak synker grunnet toleranseutvikling og nesten når normalnivå etter lang tids abstinens vil motivasjonen sensiteres («incentive sensitization») eller øke og ikke vende tilbake til normaltilstanden selv etter lang tids avhold. (Illustrasjon ved Mørland, modifisert etter Robinson og Berridge)

ulike rusmidlene og annen avhengighetslignende atferd. De har gitt oss en forståelse for hvordan faktorer som omsorgssvikt og andre risikofaktorer gir en øket sannsynlighet for å utvikle avhengighetsproblemer. De har pekt på ulike elementer i avhengigheten og godtgjort at avhengighet er noe som varer lenger enn den farmakologiske virkning eller ettervirkning de ulike rusmidlene har. Og ikke minst har de gitt oss en dypere forståelse for hvordan de ulike rusmidlene virker alene eller sammen og gitt en forståelse av hvordan substitusjonsbehandling kan virke og hvordan vi kan utvikle medisiner mot ulike aspekter av rusmiddelavhengigheten. De mest lovende medikamentelle intervensjonene for å dempe bruk og sug etter bruk har hittil vært opioidantagonisten naltrekson (Revia®) og cannabinoidreseptorantagonisten rimonabant (Acomplia®). Nevrobiologisk rusmiddelforskning har gitt oss forståelsen av hvordan disse tilsynelatende spesifikke antagonistene kan brukes til å dempe sug og motvirke bruk av en rekke rusmidler; også andre enn dem midlene er direkte antagonist til.

Vi mangler fortsatt kunnskap

Men det er også mange ting som ikke forklares ut fra teoriene. Til tross for at vi vet noe om sårbarhetsfaktorer mangler vi mye kunnskap om hvorfor noen kan bruke samme rusmiddel i samme mengde over samme tid, men likevel ikke bli avhengig. Vi vet for lite om hva som predikerer overgangen fra sporadisk bruk til misbruk og deretter til avhengighet. Vi vet enda mindre om hvordan man kan gå den andre veien; fra avhengighet til å kvitte seg med problemet. Den nevrobiologiske forståelsen av rusmiddelproblemet har enda gitt lite på behandlingssiden.

Det nødvendige biopsykososiale perspektivet

På et mer overordnet nivå har imidlertid denne tenkningen bidratt med en rekke «bivirkninger». Rusmiddelbruk og problemer bør forstås innen en biopsykososial modell. Lenge har den biologiske forståelsen vært svakt representert og den nevrobiologiske kunnskapen på feltet har nok vært med på å styrke den medisinske sfære innen rus og avhengighet. Rus og avhengighet skal på ingen måte bare tilhøre medisinen, men det er et viktig framskritt at medisinen også interesserer seg for dette feltet. I noen grad har denne typen forståelse bidratt til at opioidavhengige kan substitueres, at dobbeltdiagnosepasienter får behandling for sin psykiske lidelse til tross for den forvanskende rusen og kanskje at den somatiske omsorgen for ruspasienten økes. Antagelig er det nå også slik at man kan gi en bedre psykiatrisk diagnostikk og behandling til de mange rusmisbrukere som sliter med psykiske problemer som angst og depresjon ved siden av sin ruslidelse.

Mange har imidlertid advart mot uheldige bivirkninger av den nevrobiologiske forståelsen av rusmiddelavhengighet. Ved å kalle rusmiddelbruk «en kronisk tilbakevendende hjernesykdom» og ha et for mekanistisk syn på rusmiddelavhengighet kan man ta bort håpet om bedring fra den enkelte pasient. Men det er ikke slik at den nevrobiologiske forståelsen tar bort verken pasientens vilje eller ansvar. Den rusavhengige har på godt (og vondt) fremdeles muligheten (og plikten) til å velge. Men den rusmiddelavhengige vil oppleve at friheten i valgene kanskje er annerledes og mer begrenset, i hvert fall i en periode. Nevrobiologisk rusmiddelforskning har forklart noe om hvorfor det er slik. At forståelsen av rusmiddellidelser svinger mellom moral og

sykdom er intet nytt. Det er et håp at neurobiologisk forståelse ikke bidrar til å fjerne viljen og for så vidt moralen fra området selv om en medisinsk forståelse (en sykdomsmodell) introduseres.

For det kan være mange farer forbundet med ha et for enkelt «sykdomsbilde» av rusmiddelproblemer. Man har tidligere sett at dette har åpnet veien for lettvinne «medisinske» løsninger. Her kan nevnes «ultra-rapid» detoksifisering under narkose, i ekstreme tilfeller (og ikke bare i eldre tid) stereotaktisk (hjerne-) kirurgi, genetisk testing og en overdreven tro på medikamentell behandling, inkludert en overdreven tro på at subsitusjon kan løse alle problemer for den opiatavhengige.

Den ovenstående presentasjon av nyere neurobiologisk forsknings bidrag til forståelsen av rusmiddelavhengighet er sterkt forenklet. Dette for å prøve å formidle noen av de sentrale elementene på en nokså forståelig måte. Virkeligheten er selvsagt mer kompleks. Hvor mye mer kompleks vet vi ikke, for selv om denne forskningen har kommet langt i forhold til det som er presentert her, er det en nokså bred enighet om at man bare så vidt har begynt å forstå hvordan hjernen er involvert i avhengighet og hvordan man eventuelt kan påvirke hjernen for å hindre utvikling av rusmiddelavhengighet eller hjelpe folk ut av en slik situasjon.

Noen har hevdet at forståelsen av denne siden ved rusmiddelavhengighet er kommet så kort og gitt så få resultater at det ikke er brukbart til noen ting. «Det finnes alltid et neurobiologisk korrelat» har det vært sagt – implisitt at dette ikke kan brukes til noe annet enn forvirrende hjernetrim eller å pakke rusmiddelfeltet inn i en moderne innpakning for å selge det med fargerike hjernebilder og kompliserte figurer til de som bevilger penger til forskning. Det er en viktig oppgave å skaffe penger til rusmiddelforskning, men hvis dette var den eneste hensikten var det kanskje en dyr, komplisert og unødvendig omvei å gå.

Jeg mener at vi som leger trenger å sette oss inn i, forstå og forholde oss til nyere hjerneforskning for bedre å forstå og hjelpe våre rusmiddelavhengige pasienter. Vi må ikke ha overdreven tro på hva dette kan forklare eller hjelpe til med i behandlingen, men samtidig må vi se at denne forståelsen har bidratt til mye positivt og gir håp om muligheter i framtida.

Forslag til videre lesing

1. Koob GF, Le Moal M. *Neurobiology of Addiction*. Academic Press, London 2006.
2. Erickson CK. *The Science of Addiction: From Neurobiology to Treatment*. W.W. Norton & Co, New York 2007.
3. Robinson TE, Berridge KC. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008; 363: 3137–46.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: j.g.bramness@medisin.uio.no

C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml 1 ml innhold: Bumetanid 0,5 mg, disodiumfosfatdihydrat 0,9 mg, natriumhydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, sylfot 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. C03C A02

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

Indikasjoner: *Injeksjonsvæske og tablett* 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Føreset diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. *Tabletter* 5 mg: Sterkt nedsatt nyrefunksjon (glomerulofiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungedrem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. *Injeksjonsvæske:* Hvor øyeblikkelig virkning ønskes eller der personell behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. *Årsk langdosering:* 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentas med 10–15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller innstilt 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentas. *Årsk syvingsdosering:* 6,25–12,5 mg (12,5–25 ml) langsomt i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1–2 timer, ev. gjentas. *Føreset diurese ved uroligiske operasjoner:* 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentas. *Legemiddelfølgning:* Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter justeres dose og intervall etter ønsket diurese. *Hypotensiv krise:* 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentas. *Tabletter 1 mg og 2 mg:* 0,5–2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede vektreduksjon er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2–4 mg daglig. Dagdoseringen kan med fordel gis som flere daglige doser. *5 mg:* Hos pasienter med nyreinsuffisiens forekommer store individuelle forskjeller i diurettisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkeltdosering bør begrenses til 10 mg. I literataturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døgn. **Kontraindikasjoner:** Tilstede eller manifest levervikt og leverkoma. Anuri som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolem. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med store risiko for utvikling av elektrolytforstyrrelser eller ved hypovolem. Serumkalium bør bestemmes før behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokaliemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og enslid ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokaliemi hos digitaliserne pasienter. Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinsyre, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinsyre og med urinsyrekoncentrasjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diurettbehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinsengelen skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinrøret trenger nære overvåking, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Burinex kan gi svimmelhet og tretthet, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsattes. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bumetanid kan forsterke osteoklastenes av aminoglykosider og andre osteotokiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gis samtidig dersom sterke medisinske grunner foreligger. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoksisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkoncentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller dosering med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig suspenderes eller bumetaniddosen reduseres 5 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** *Overgang i plasenta:* Skal ikke brukes ved profylaktisk. Føretakodynamiske effekter som elektrolytforstyrrelser, nedsatt plasmavolum og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. *Overgang i morsmelk:* Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes påvirkes ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** *Hypertensiv (1/100):* Hypokaliemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolem, hyperurikemi og hypomagnesemi. *Mindre hyppige:* Muskelkramper. *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinalt brenn. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulær, svimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopplersonografi. *Injeksjonsvæske:* Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterke sure. **Rekvisitingsregler:** *Tabletter 5 mg:* Behandlingen skal være initiert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske Amp:* 5 x 4 ml kr 91,80. *Tabletter 1 mg:* Amp: 100 stk. kr 146,20, 2 mg: Amp: 100 stk. kr 265,50, 5 mg: Amp: 100 stk. kr 506,49. *Tabletter 120/2:* Ved oppstart av behandling for ukompensert hypertensjon (ikke hypertensiv organisk, urinsyre, nedsatt glukoseintoleranse eller ubehandlet diabetes) skal titrert eller titrert i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom titrert av medisinske årsaker ikke kan brukes. Ansett til at titrert ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 15.10.2008. **Referanselitteratur:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Referansenummer:** JCP, D97 Levernyddom IKA, K07 Hjerne- og hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesvikt, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, I27 Andre pulmonale hjertesviktssykdommer, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk levernyddom, K72 Levervikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. Vilkår: Ingen spesifisert

Burinex®

1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:

Bumetanid. 1 mg

Lactos. monohydr.
constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også
ved nedsatt nyrefunksjon.

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

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



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

Preliminary Program

Ahus Symposium 2009

Thursday 15th – Friday 16th October 2009

Breast and Thyroid cancer; Epidemiology, treatment and follow up

Organisert av Akershus Universitetssykehus, Fakultetsdivisjon Akershus Universitetssykehus og Den norske legeforening (NMA)

SITE: Main auditorium, Akershus University Hospital
For tredje gang arrangeres faglige symposier relatert til kliniske og forskningsmessige satsingsområder ved Akershus Universitets sykehus. Symposiet er godkjent som tellende for leger under spesialisering, se detaljer under.

Thursday 15th October

- 1200–1300 Registration
1300–1310 Welcome
1310–1340 Epidemiology and risk factor of breast cancer (to be decided)
1340–1415 Breast cancer from the pathologist point of view
Prof. I. Ellis, Nottingham UK
1415–1445 SNP in breast cancer
Prof V. Kristensen, Ahus
1445–1515 Epigenetics in breast cancer
Prof V. Kristensen, Ahus
1515–1530 Coffee break
1530–1600 Pre operative diagnostics of breast cancer; is cytology the «method of choice?»
Prof T. Sauer, Ullevål
1600–1630 Pre operative diagnostics of breast cancer; is biopsy «method of choice?»
Prof. Ian Ellis Nottingham UK
1630–1700 The changes in tumor size, stage and survival after introduction of mammography screening in Norway
S. Hofind, Norwegian cancer registry
1700–1715 Coffee break
1715–1745 Has introduction of mammography screening led to changes in surgical treatment of breast cancer?
Prof R. Kåresen, Ullevål
1745–1815 The surgical treatment of breast cancer; current practice and future perspectives
Prof S. Jeffery, Stanford
1815–1845 Impact of single cell microarray in breast cancer
Prof S. Jeffery, Stanford

Friday 16th October

- 0900–0945 Neoadjuvant, and adjuvant treatment of breast cancer; current practice and future perspectives
Prof J. Geisler, Ahus
0945–1045 Thyroid surgery; current practice
Prof J.E. Varhaug, UIB

1045–1100 Coffee Break

- 1100–1145 The Imaging modalities in thyroid pathology
M. Bermann, Haukland
1145–1230 Positron emission tomography & thyroid carcinoma
Prof Domineco, Italia
1230–1330 Lunch
1330–1430 Diagnostic and treatment of parathyroid diseases
Prof Farnebo, Karolinska
1430–1530 The survival of thyroid cancer in Norway
Freddie Bray, Norwegian cancer registry
1530–1545 Closing remarks

Kurskomite:

KURSLIDER: Professor/avdelingsoverlege Solveig Norheim Andersen, Patologisk anatomisk avdeling, Akershus Universitetssykehus

Professor/overlege Ida Bukholm, Kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus

Professor Vessela Kristensen, Epigen, Fakultetsdivisjon Akershus universitetssykehus

Godkjenning:

ALMENNEMEDISIN: 15 timers valgfritt kurs under den valgfrie delen for leger under spesialisering

PATOLOGI: 13,5 timers valgfritt kurs under den valgfrie delen for leger under spesialisering

ONKOLOGI: 15 timers valgfritt kurs under den valgfrie delen for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

BRYST-ENDOKRIN KIRURGI: 15 timers valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

Generell kirurgi: 15 timers valgfritt kurs under den valgfrie delen for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

RADIOLOGI: 15 timers valgfritt kurs under den valgfrie delen for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

Kurs nummer: L-24236

Max antall deltagere: ca. 100

Påmelding og registrering kan skje til KLVE innen 5. oktober 2009

1 dags kurs: 1400,- 2-dagers kurs: 1800,-

Andre yrkesgrupper som deltar på kurs i legers videre- og etterutdanning betaler dobbel kursavgift.

Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning
Den norske lægeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Gunn Bjørnerud/Tatjana Razumova

TELEFON: 23 10 92 80/9279

TELEFAX: 23 10 91 00

E-POST: kurs.oslo@legeforeningen.no

For nærmere opplysninger kontakt:
e.e.westgaard@medisin.uio

Egenmåling av blodsukker for personer med diabetes

AV GUNN B. B. KRISTENSEN

Diabetes er blant verdens mest kostbare sykdommer og utgjør mellom seks og ti prosent av totale helsekostnader i industrialiserte land. I 2004 utgjorde egenmåling av blodsukker en reell helsekostnad på nærmere 5,7 milliarder dollar på verdensbasis med en forventet årlig vekst på 11,5 prosent (1). I Norge brukes det mer enn 300 millioner kroner årlig på refusjon av utstyr til egenmåling av blodsukker, og dette er mer enn det som totalt brukes på laboratorieanalyser i primærhelsetjenesten årlig.

Klinisk nytteverdi

Store kontrollerte kliniske studier har vist at intensiv behandling av diabetes type 1 og 2 kan redusere utvikling av både makro- og mikrovaskulære senkomplikasjoner som følge av sykdommen. De to store studiene utført på 1980- og 90-tallet, Diabetes Control and Complication Trial og United Kingdom Prospective Diabetes Study, demonstrerte fordelene ved å oppnå god/streng glykemisk kontroll hos pasienter med diabetes, noe som fremmet og ga støtte til egenmåling av blodsukker som en integrert del av god diabetes omsorg (2, 3). I dag er egenmåling av blodsukker en viktig del av diabetesbehandlingen, som en hjelp til å oppnå og opprettholde et normalt blodsukkernivå.

Egenmåling av blodsukker kan være til hjelp for pasienter med diabetes på flere måter. Det gjør pasienter og klinikere i stand til å oppdage høye og lave blodsukkerverdier og gjør det dermed enklere å justere behandling for å nå langtids HbA1c-mål. Det hjelper pasienten til øyeblikkelig å bekrefte eller avkreftte akutte hypo- eller hyperglykemier. Egenmåling kan også ha betydning for livskvalitet. Positivt vil det gi større forståelse og kjennskap til egen sykdom og kan gi større trygghet og frihet. Det fremmer egenkontroll og motiverer pasienten til å leve et sunnere liv. Men det kan også ha negative effekter og føre til for mye fokus på sykdom, noe som kan gi depresjon, engstelse og skyldfølelse. En kvalitativ studie publisert i *British Medical Journal* i 2007 viste at det som var viktig for pasientens egen opplevelse og erfaring med egenmåling bl.a. var helsepersonell sin rolle (4). Pasientene opplevde at helsepersonell fokuserte på HbA1c og viste en mangel på interesse for pasientens



Gunn B. B. Kristensen

Disputerte for PhD-graden ved Universitetet i Bergen 7.11.2008 med avhandlingen *Self monitoring of blood glucose; aspects of analytical quality*. For tiden er hun ansatt som kvalitetskonsulent i NIKK (Norsk klinisk-kjemisk kvalitetskontroll) og som forsker ved NOKLUS (Norsk Kvalitetsforbedring av Laboratorieutstyr utenfor Sykehus). Doktorgraden utgår fra NOKLUS, seksjon for allmennmedisin, institutt for samfunnsmedisin, UiB.

egne blodsukkermålinger. Pasientene hadde en tendens til å tolke resultatene som et bilde på god eller dårlig oppførsel, og et høyt blodsukkerresultat kunne gi skyldfølelse. Et annet problem var at de ikke visste hvordan de skulle takle høye måleresultat og hva de skulle gjøre med dette. Studien omfattet nyopptagede pasienter med diabetes type 2.

Frekvens av egenmåling

For pasienter med diabetes type 1 er egenmåling anbefalt som en integrert del av behandlingen, og for denne pasientgruppen anbefales det at man måler minst fire ganger daglig. For pasienter med diabetes type 2 (utgjør mellom 85 og 95 prosent av alle med diabetes) er det mer kontroversielt, og det er ingen enighet i fagmiljøet eller forskningslitteraturen om betydning og verdi av egenmåling av blodsukker. Dette gjelder spesielt type 2 som ikke behandles med insulin. Anbefalingene er vage og varierer mellom ulike land. Den amerikanske diabetes organisasjon (ADA) sier at optimal frekvens ikke er kjent for de som behandles med perorale antidiabetika, men bør være tilstrekkelig til å nå behandlingsmål (5). Den internasjonale diabetes føderasjon (IDF) anbefaler pasienter med type 2 å måle blodsukkeret når man nylig er diagnostisert, ved medikament eller livsstil endring, dersom man har problemer med hypoglykemi (ved bruk av sulfonylurea), ved sykdom, eller når pasienten er motivert til å bedre blodsukkerkontroll (6).

I 2004 ble det arrangert en global konsensus konferanse for å klargjøre og tydeliggjøre egenmålingens rolle som et verktøy til å optimalisere glykemisk kontroll for personer med diabetes (7). Resultatet ble en anbefaling hvor de som

bruker insulin (utgjør ca 30 prosent av alle med diabetes) anbefales å måle tre til fire ganger daglig. De som behandles med perorale antidiabetika (utgjør ca 50 prosent) anbefales å måle minst en gang daglig og i tillegg en ukentlig profil som inkluderer pre- og postprandiale målinger. De som kun reguleres ved kosthold og fysisk aktivitet (utgjør ca 20 prosent) anbefales å utføre en ukentlig profil. Evidensen for hvor hyppig man skal måle er imidlertid ganske svak.

Følger pasientene de anbefalinger som er gitt? Tall fra «Center for Disease Control and Prevention» i USA 2007 viser at antall voksne med diabetes som måler daglig har økt fra 36 prosent i 1995 til 63 prosent i 2006 (8). Frekvens er avhengig av intensitet av behandling og kostnader for pasienten. I utviklingsland er imidlertid målefrekvens mye lavere. I India, det landet i verden med størst diabetespopulasjon (ca 50 millioner), er det kun ti prosent av de som bruker insulin som måler, og bare to prosent av de som ikke bruker insulin (9). I Norge viser tall fra egen forskning at 90 prosent av de som har diabetes (både type 1 og 2) måler eget blodsukker minst en gang i uken (10).

Forutsetninger for god egenmåling

Skal de økonomiske ressurser som brukes på egenmåling være vel anvendt og ha god nytteverdi er det en del forutsetninger som må være på plass:

- kvaliteten på utstyret som brukes må være god
- målingen må utføres korrekt
- kvaliteten må overvåkes
- resultatene må brukes aktivt til å justere behandling

Verdien av egenmåling er begrenset dersom den ikke brukes som del av et integrert behandlingsprogram. Helsepersonell som veileder og har omsorg for diabetespasienter må tydelig definere behandlingsmålene og dermed hensikten med å utføre egenmåling. Pasientene må være i stand til å lære riktig bruk av egenmåling, og de må være villig til å bruke nødvendig tid og innsats for å sikre at målingene er riktige. De må samtidig være forpliktet og motivert på en positiv måte til å endre og modifisere sin behandling i tråd med resultatet fra egenmålingen. På den måten kan egenmåling være et verdifullt redskap til å normalisere blodsukker-nivået.

Hva kan føre til feil resultat

Den totale kvalitet på utførelse av egenmåling er en kombinasjon av analytisk kvalitet på instrumentet, kvalitet på teststrimlene brukt i instrumentet og kompetansen til den som utfører målingen. Generelt måler ikke disse apparatene like riktig som et laboratorieinstrument. De blir stadig bedre, men fremdeles har de svakheter. De måler mer uøyaktig i lavt og høyt område sammenlignet med i nor-

malområdet. Ulik standardisering er et problem. Ulike instrumentmodeller er kalibrert mot ulike referansemeter, noe som fører til at de kan gi forskjellig blodsukker-verdi på samme pasientprøve. Det anbefales derfor at pasienten benytter samme modell dersom man bruker flere instrument. Andre utstyrsrelaterte feil er interferens av ulike stoffer, for eksempel askorbinsyre og maltose. Glukoseinstrument som er basert på en metode som benytter enzymet glukosedehydrogenase-pyrroloquinolinequinone (GDH-PQQ) vil kunne gi falsk høy blodsukker-verdi hos pasienter med diabetes som bruker kodekstrin ved peritoneal dialyse. En unormal hematokritt vil også kunne gi en feil verdi; en høy hematokritt vil kunne gi et falskt for lavt resultat mens en lav hematokritt vil kunne gi et falskt for høyt resultat. Likevel kan brukerrelaterte feil være en større feilkilde enn det som skyldes selve utstyret. Instrumentene er enkle å bruke, men de må brukes riktig. Vanlige brukerfeil er feilkoding (man legger inn feil kalibreringskurve i instrumentet), man måler med for lite blod, eller man måler med skitne fingrer. Man kan oppbevare strimlene feil og utsette dem for lys og fuktighet som gjør at de ødelegges. Det er også noen som ikke er klar over at det er holdbarhetsdato på teststrimlene. Når det gjelder diabetes type 2 rammer det ofte eldre mennesker som gjerne har dårlig syn, dårlig førlighet og dårlig hørsel, og da kan brukerfeil være svært relevant.

Krav til kvalitet

Det er viktig å få kunnskap om hvordan man kan sikre god kvalitet på egenmåling av blodsukker. Den internasjonale standarden ISO 15197, som omhandler egenmåling av blodsukker, anbefaler at 95 prosent av målingene skal ha et avvik mindre enn ± 20 prosent sammenlignet med en anerkjent sykehusmetode (11). Dette kvalitetsmålet er ikke optimalt, men et kompromiss mellom medisinske anbefalinger og den kvalitet det er mulig å oppnå på denne typen instrument i dag. I Norge har Arbeids- og velferdsstaten NAV etablert en unik ordning hvor fabrikantene må dokumentere tilfredsstillende kvalitet, før det blir gitt refusjon. Det betyr at alt utstyr skal være testet av helsepersonell og av personer med diabetes ifølge NAVs standardiserte utprøvningsprotokoll. Utstyret må tilfredsstillende NAVs eget krav til analysekvalitet som for helsepersonell er likt det anbefalte krav på ± 20 prosent anbefalt i ISO 15197, mens kravet er utvidet til ± 25 prosent når personer med diabetes utfører målingene. Forhold man antar kan ha betydning for målekvaliteten som opplæring i bruk av utstyret, ulik kvalitet på ulike produksjonsnumre av teststrimler og pasients hematokritt-verdi, er innebygget i protokollen. Denne utprøvningsprotokollen ble utarbeidet som en del av det nasjonale arbeidet med å bedre kvalitet på egenmåling av blodsukker som startet i 1997. Innledningsvis ble det utført



en stor undersøkelse (12) for å kartlegge kvaliteten på egenmåling. Resultatene viste at ingen av de instrumentene som var på markedet den gang tilfredsstilte det anbefalte kvalitetsmålet fra ISO 15197. I tillegg viste resultatene at kvaliteten når personer med diabetes utførte målingene ikke kunne predikeres fra resultater oppnådd under standardiserte og optimale forhold. Målinger utført av personer med diabetes hadde dårligere kvalitet. Studien konkluderte med at det ville være av stor verdi å ha en grundig og standardisert evaluering som inkluderer en brukertest i tillegg til testing under optimale forhold, før markedsføring. SKUP (Skandinavisk samarbeid om utprøving av laboratorieutstyr for primærhelsetjenesten) har i løpet av de senere år utført flere utprøvinger, og resultatene viser at kvaliteten på utstyret blir bedre (10, 13). Alle de egenmålingsinstrumenter som er på det norske markedet i dag tilfredsstiller NAVs krav og andel brukerfeil er betydelig redusert. Det økte fokus på kvalitet setter krav til instrumentleverandørene og bidrar til en teknologisk utvikling hvor utstyret blir bedre og mer robust.

Hvordan kontrollere blodsukkerinstrumentene

Når instrumentene først er på markedet er det viktig at både instrument og utøver blir jevnlig evaluert. Det er utført to studier hvor to ulike kontrollprogram for å over-

våke kvaliteten er beskrevet og vurdert (14, 15). Det ene programmet, ekstern kvalitetsvurdering, er en metode som er kjent fra laboratoriemedisin og som brukes for å overvåke og bedre kvaliteten på laboratorieanalyser på sykehus. For deltakerne innebærer det at de mottar kontrollprøver i posten, analyserer disse på eget instrument, sender resultatet inn og får tilbakemelding med vurdering av kvalitet. Dårlige resultat blir fulgt opp med veiledning. Denne studien gikk over tre år med totalt seks utsendelser av kontrollmateriale. Det andre programmet, parallellanalyse, er en metode som benyttes i stor grad i dag uten at det finnes noen retningslinjer. Det ble utviklet en prosedyre for hvordan dette kan gjøres og prosedyren ble evaluert i en studie hvor 118 personer med diabetes deltok, fordelt på 20 legekantor og en medisinsk poliklinikk. Deltakeren tar instrumentet med på legekantoret eller på medisinsk poliklinikk og måler blodsukker på seg selv på eget instrument. Innen fem minutter stikker medarbeider på legekantor i en annen finger og måler på legekantorets instrument og så blir resultatene sammenlignet. De som får et dårlig resultat får en gjennomgang av riktig utførelse og utfører nye målinger. Fordelen med dette programmet er at det gir en kontroll på alle deler av målingen; prøvetaking, utstyr og utførelse. Det inkluderer direkte observasjon og gir mulighet til å luke ut brukerfeil. Begge kontrollpro-

grammene fungerte bra med hensyn til praktisk gjennomførbarhet og nytteverdi. Resultatene viser at det å delta i et kontrollprogram bedrer og sikrer kvaliteten på utførelsen av blodsuktermåling. Dessverre finnes det per i dag ikke noe permanent tilbud om å kontrollere blodsukkerinstrumentene, noe som i stor grad skyldes manglende økonomiske prioriteringer.

Konklusjon

Egenmåling av blodsukker alene har ingen hensikt og gir ingen effekt. Som del av et totalt behandlingsregime kan det være et verdifullt redskap. Det krever imidlertid at utstyret har god nok kvalitet og pasientene må få grundig opplæring i utførelse av egenmåling og hvordan de skal handle som følge av resultatene. Denne opplæringen bør gis årlig, og pasientene må selv innse at det er nødvendig å bedre metabolsk kontroll og være motivert til å gjøre de nødvendige endringer. Dette krever store ressurser fra helsevesenet, både faglige og økonomiske. Brukt på en riktig måte vil egenmåling av blodsukker være et viktig og nødvendig virkemiddel til å møte de utfordringer vi står overfor med hensyn til en kommende diabetesepidemi.

Referanser

1. Frost & Sullivan: Clinical Diagnostics Growth Partnership Service: Strategic Analysis Service. Global In Vitro Diagnostics Market Outlook; F365-52 May 2005.
2. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med* 1993;329: 977-86.
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352: 837-53.
4. Peel E, Douglas M, Lawton J. Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *Bmj* 2007;335:493.
5. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:S12-S54.
6. International Diabetes Federation. Global guideline for type 2 diabetes. www.idf.org (Accessed 24th November 2006).
7. Bergenstal RM, Gavin JR, 3rd. The role of self-monitoring of blood glucose in the care of people with diabetes: report of a global consensus conference. *Am J Med* 2005;118:1S-6S.
8. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Self-Monitoring of Blood Glucose Among Adults with Diabetes - United States, 1997-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56:1133-7.
9. Joshi S. Self-Monitoring of Blood Glucose in the Asia-Pacific Region. *Diabetes Technol Ther* 2008;10:S89-S92.
10. Kristensen GB, Monsen G, Skeie S, Sandberg S. Standardized evaluation of nine instruments for self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Technol Ther* 2008;10:467-77.
11. International Organization for Standardization (ISO): In vitro diagnostic test systems - Requirements for blood glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus. ISO/TC 212/SC. International Standard ISO 15197 Geneva: World Health Organization, 2003.
12. Skeie S, Thue G, Nerhus K, Sandberg S. Instruments for self-monitoring of blood glucose: comparisons of testing quality achieved by patients and a technician. *Clin Chem* 2002;48:994-1003.
13. Kristensen GB, Nerhus K, Thue G, Sandberg S. Standardized evaluation of instruments for self-monitoring of blood glucose by patients and a technologist. *Clin Chem* 2004;50:1068-71.
14. Kristensen GB, Nerhus K, Skeie S, Sandberg S. Quality Assurance of Self-monitoring of Blood Glucose at the General Practitioner's Office. *Point of Care* 2006;5:100-4.
15. Kristensen GB, Nerhus K, Thue G, Sandberg S. Results and feasibility of an external quality assessment scheme for self-monitoring of blood glucose. *Clin Chem* 2006;52: 1311-7.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gunn.kristensen@noklus.no

ILLUSTRASJONSFOTO: BAKU NGUYEN



Når sensuren gir epidemien et navn

– verken grisen eller Spania har skylden

AV DAG THELLE, UIO

I slutten av januar eller begynnelsen av februar 1918 begynte Loring Miner, en allmennpraktiserende lege i Haskell County i Kansas, å legge merke til et stadig økende antall pasienter med klassiske influensa-symptomer. Flere av pasientene døde, og Miner reagerte på at det ofte var de unge voksne som døde i den akutte fasen av sykdommen. Skoler og offentlige møter ble stengt. I lokalavisen var det notiser om syke pasienter, men ellers var det ingen som rapporterte noe dramatisk. I midten av mars 1918 var det over i Haskell County. Men en ung rekrutt, Dean Nilson hadde vært hjemme i Jean i Kansas på permisjon fra Camp Funston – en militær treningsleir om lag 500 kilometer unna. Den 28. februar dro han tilbake til Camp Funston. Til de 56000 andre rekruttene som forberedte seg på krigen i Europa.

Den 4. mars sykmeldte en menig soldat seg – en kokk – med influensa. I løpet av de neste tre ukene måtte over 1100 soldater tas inn i militærstasjonene i leiren, og flere tusen andre ble behandlet i forlegningene. Bare 38 av soldatene døde. Det var flere enn ved vanlig influensa, færre enn i Haskell County, og ikke mange nok til at man laget noe stort vesen av det. Men fra Camp Funston ble det transportert soldater ut over hele USA. Den 18. mars kom det første

influenساتilfellet i Georgia, og ti prosent av troppene ble syke. Og så falt dominobrikkene over ende. Militærleir etter militærleir ble rammet, og i april slo sykdommen til i Paris, omtrent samtidig med Italia. Nå fikk sykdommen et navn; Spanskekyken eller Spanish flu. Spanske aviser skrev om sykdommen. I motsetning til franske, tyske og britiske, som ikke rapporterte om negative hendelser som kunne skade krigsmoralen. At den spanske kongen Alfons XIII ble alvorlig syk bidro nok også til publisiteten i Spania. Også amerikanske aviser var tause. President Wilsons administrasjon hadde i mai 1918, fått vedtatt en «opprørslov» som truet med inntil tjue års fengsel for offentlige uttalelser som kritiserte USAs regjering (loven ble opphevet i 1921). Omtale av store sykdomsutbrudd ble oppfattet som upatriotisk og ble stoppet av sensuren, dermed tok det tid før det amerikanske publikum forsto omfanget av katastrofen. For verre skulle det bli. Sykdommen ble tillagt spanjolene, men det mest sannsynlige er at epidemien startet i Nord-Amerika. Like lite som grisene er skyld i dagens influensa var Spania skyld i pandemien i 1918–1919.

Litteratur

John M. Barry, *The Great Influenza*, Penguin Books 2004.

NFAs forfatterstipend

NFAs forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Stipendet er ment som en inspirasjon og anerkjennelse til forfattere med bokprosjekter som bidrar til fagets vekst. Tildelingen gjøres hver høst, under Nidaroskongressen eller Primærmedisinsk uke. Forfatterstipendet er på kr 20 000.

Har du en bok «på hjertet» – eller du er kommet langt i prosessen – send inn en prosjektbeskrivelse vedlagt CV. Vurderingen gjøres av Allmennmedisinsk Utdanningsutvalg i NFA.



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Spørsmål eller søknad stiles til:
Norsk forening for allmennmedisin
Allmennmedisinsk Utdanningsutvalg
v/ Sverre Lundevall
Legenes Hus
Postboks 1152 Sentrum
0107 OSLO
E-POST: sverre.lundevall@legeforeningen.no

Søknadsfrist er 20. september 2009.

FASTLEGEN

— kommunehelsetjenestens faglige motor?

AV MARTE WALSTAD

Dersom det skal skje en oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjenesten og fastlegen skal kunne påta seg ansvaret for større oppgaver, må fastlegen kunne spille på lag med robuste kommuner med kompetanse og ressurser til å utvikle og drifte nødvendige helse- og omsorgstilbud av god kvalitet.

Det må derfor stilles krav til at kommunen oppfyller visse standarder med henblikk på legevaktstjenesten, forsterkede sykehjem, sykestueplasser og økt medisinsk faglig styringskompetanse. Det er nødvendig å legge til rette for at små kommuner kan samarbeide om interkommunale løsninger for å kunne innfri disse standardene.

Dersom fastlegene samlet skal ta større oppgaver må det en mannskapsøkning til.

Fastlegene arbeider i dag tett oppunder 50 timer pr uke, før legevaktstjenesten er medregnet, og har derfor ingen reservekapasitet til å bruke på nye eller utvidede oppgaver.

Dersom fastlegen i framtida skal bruke mer av tida si på offentlig allmennmedisinsk arbeid og bruke mer tid på hver pasient, vil det måtte legges til rette for en generell listereduksjon.

Det betyr at et «fastlegeår» legges lavere enn dagens. Det er gjort grove anslag på at det er behov for 2000 nye fastleger for at alle oppgaver skal kunne utføres i kommunene og at alle pasienter skal få en god tilgjengelighet til allmennlegetjenester.

I samhandlingsreformens støpeskje – fra høsten 2008 og fram til nå – har det meste som har lekket fra helseministeren og hans ekspertgruppe dreid seg om kommunehelsetjenesten og fastlegeordningen. Diskusjonene har dreid seg om oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjeneste og om hva som skal være fastlegens framtidige rolle. Helseministeren har ved flere anledninger hevdet at fastlegen skal bli kommunehelsetjenestens «faglige motor». Han har sagt at fastlegene trengs mer ute i kommunen, som veiledere for helse- og omsorgstjenestene, med mer tid til offentlig allmennmedisinsk arbeid og mer tid til å drive



Marte Walstad

Spesialist i allmennmedisin.
Fastlege ved Ranheim Legesenter.
Medlem i Sentralstyret i Legeforeningen.
Medlem i Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.
Medlem i Styret i Norsk Helsenett.

forebyggende helsearbeid for pasientene på lista. Helseministeren hevder at med 2000 flere fastleger kan dette la seg gjøre. Han understreker også at det må skje en endring i finansieringsløsninger som gjør at det lønner seg å forebygge og å samarbeide.

Som fastleger er vi engasjerte i hva som skal bli vår framtidige rolle. Hvordan skal vår arbeidsdag se ut i 2020? Hvordan vil faget vårt se ut? Hvordan vil rammen for vår yrkesutøvelse endre seg? Svarene på disse spørsmålene vil være viktige for om vi fortsatt synes vi har «verdens beste» arbeidsdag, dvs. at vi finner mening i arbeidet og trives i rollen som fastlege. Svarene på spørsmålene vil være kritisk med henblikk på om vi klarer å rekruttere de 2000 nye fastlegene som vi og helseministeren ser et stort behov for.

Ta vare på «suksessen» i fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001 for å forbedre befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenester. Det var i første rekke en pasientrettighetsreform som understreket retten til en fast lege som pasienten selv fikk velge. Evalueringene har vist at fastlegeordningen er en ubetinget suksess hos befolkningen, fastlegene selv og samarbeidspartnere (1). Pasientene har evaluert høyt det å kunne ha en personlig lege, dvs. en fast pasientkontakt over tid som følger opp, koordinerer og tar ansvar for samordning i et ellers kaotisk helse-, omsorgs- og sosialvesen. Fastlegene framhever det å ha et fast antall pasienter å forholde seg til som en stor fordel. Samarbeidspartnere beskriver det å ha en fast adresse for pasientens videre oppfølging som en vesentlig bedring av ansvarsforholdene.

I utformingen av fastlegens framtidig rolle må vi derfor ta vare på den personlige kontakten over tid mellom fastlegen og pasientene. Fastlegen må fortsatt være en lavterskel-tjeneste som har som primæransvar å utrede, rådgi og behandle pasienter. Hun må være portner til andre deler av helsevesenet og bidra med medisinskfaglige vurderinger i forhold til NAV, sosialtjenester, skole og barnevern. *Fastlegen må gis verktøy til fortsatt å være den medisinsk-faglige koordinator for pasientene på lista.*

Faglig kvalitet gjennom forskning, kvalitetsverktøy og krav til spesialisering

Allmennedisinsk forskning er en forutsetning for å øke det kunnskapsbaserte grunnlaget for vår allmennmedisinske praksis og for å kunne tilby pasientene bedre og mer effektive tjenester. Det er behov for betraktelig større ressurser til slik forskning og tilrettelegging for allmennleger som ønsker å delta i forskning. Intern kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling med utvikling av lett tilgjengelig kvalitetsverktøy har vært drevet fram av allmennlegenes egne organisasjoner og bør være en del av alle allmennlevers praksis i framtida. *Som en viktig del av kvalitetsutviklingen har Legeforeningen fremmet forslag overfor departementet om at alle fastleger bør være spesialister i allmennmedisin eller under utdanning for å bli det.*

Kvalitet i kommunal legevaktstjeneste og offentlig allmennmedisinsk arbeid

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 ble det lagt inn som en forutsetning at det faglige innholdet i ordningen måtte utvikles over tid og omfatte et faglig løft for andre tjenester som allmennleger er involvert i i kommunehelsetjenesten. Verken sentrale myndigheter eller kommunene har fulgt opp denne forutsetningen.

Legevaktstjenesten i kommunene trenger en faglig og organisatorisk opprustning. Det er behov for å sette faglige kompetansekrav til legevaktlegen, kvalifisert hjelpepersonell, utstyr og lokaler som fremmer forsvarlig legevirkosomhet (2). For at kommunene skal lykkes med dette vil det mange steder være nødvendig med interkommunalt samarbeid.

Allmennedisinsk offentlig arbeid som allmennlegearbeid på sykehjem, og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste trenger et faglig innhold bygget på kunnskapsbasert praksis. Det må innføres bemanningsnormer for legetjenesten i sykehjem som gjør at kommunen blir pålagt å øke bemanningen opp til forsvarlig nivå. *Legeforeningen foreslår at sykehjemsmedisin bør bli et eget kompetanseområde som leger fra flere spesialiteter enn allmennmedisin kan kvalifisere seg i, som sikrer faglig kvalitet på tjenestene og bidrar til fagutvikling innenfor sykehjemsmedisin (3).*

Legens rolle på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten må avklares. *Hvilke verktøy, prosedyrer, teknikker og arbeidsmetoder gir dokumentert effekt? Hvordan kan fastlegens kompetanse brukes med best effekt i forhold til barn og unges helse?*

Utvikle fastlegerollen til å omfatte andre oppgaver

Oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjenesten vil kunne medføre etterspørsel etter et større repertoar av tjenester på fastlegekontoret. **Nye praksisformer** hvor flere fastleger arbeider sammen med andre tjenesteytere fra kommunehelsetjenesten som helsesøster, jordmor, kommunepsykolog etc vil kunne tilby bedre samhandling og tverrfaglighet innad i kommunehelsetjenesten med mulighet for å ta på seg tyngre oppgaver og tilby utvidet åpnings-tid.

Å kunne tilby pasienter innleggelse i kommunale institusjoner når behovet er observasjon, enkel behandling, pleie eller rehabilitering, og ikke sykehusbehandling, krever at kommunen oppretter og driver et antall «sykestueplasser». Det kan være **forsterkede avdelinger** på sykehjem med økt bemanning av allmennlege og sykepleiere. Fastlegene må gis mandat til å legge inn pasienter som trenger slik oppfølging.

Kommunene trenger medisinskfaglig styringskompetanse for å kunne utvikle og drifte helse- og omsorgstjenester og kunne overta oppgaver fra sykehusene. I framtida må derfor fastlegene i større grad engasjeres i rådgivning og veiledning mot kommuneledelsen. Større oppgaver for den enkelte enhet innenfor helse- og omsorgstjenester og for den enkelte tjenesteyter, vil utløse behov for veiledning som kan gis av fastlegene i kommunen.

En klar ansvars- og oppgavedeling, god kommunikasjon og nok fastleger er nødvendige forutsetninger

En klar ansvars- og oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og foretakshelsetjenesten og mellom aktørene innad i kommunehelsetjenesten er en forutsetning for vellykket samhandling. Det må være tydelig for alle aktører hvilke oppgaver fastlegen skal forventes å ta ansvar for og hvilke oppgaver andre i behandlingsskjeden har ansvaret for. Ansvarsfordelingen må være basert på LEON-prinsippet og være et resultat av en faglig begrunnet konsensus mellom aktørene i behandlingsskjeden. Oppgave- og ansvarsdelingen vil måtte endres i takt med utviklingen i medisinsk kunnskap og teknologi. **PKO-ordningen** har vist seg å bidra til en mer hensiktsmessig samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Ordningen bør utbyg-

ges og utvides til å kunne brukes innad i sykehus, innad i kommunehelsetjenesten og mot NAV og andre aktører.

Samhandling rundt oppgave- og ansvarsfordeling og rundt behandlingsforløp for enkeltpasienter krever *robuste og entydige kommunikasjonskanaler* mellom aktørene i helsevesenet og andre samhandlende etater.

Elektronisk kommunikasjon over helsenett er under utvikling, men det bør taes større styringsgrep fra eier for å få på plass robuste, kompatible løsninger og få opp meldingsvolumene. I mellomtida må aktørene gjøre seg tilgjengelig på telefon. Fastlegen og de andre tjenesteyterne må kunne nå hverandre for at fastlegen skal kunne fungere som en medisinsk faglig koordinator for pasientene sine.

Rekruttering av 2000 nye allmennleger krever tiltak

For at 2000 nye leger skal velge allmennmedisin som sin yrkesvei trengs flere grep. Allmennmedisin må framstå som et **attraktivt fag**, et fag med høy faglig prestisje preget av høy forskningsaktivitet, et godt kunnskapsbasert fundament for allmennmedisinsk praksis og gode utdannelses- og veiledningsmuligheter i både grunn-, videre- og etterutdanning. Utdanningskandidatene må kjenne at det å være spesialist i allmennmedisin – spesialist på hele mennesket – er en yrkesrolle som de føler stolthet over.

Mulighetene for å komme seg inn i faget må gjøres fleksible ved at kommunene oppretter et rikelig antall nye hjemler og det finnes valgmuligheter med henblikk på næringsdrift eller fast lønn. Det må legges til rette for at en fastlege som starter oppbygging av en listepraksis «fra null» kan klare seg økonomisk til lista blir økonomisk bærende. I tillegg bør det opprettes utdanningsstillinger hvor kandidater som ønsker det kan gå inn i en strukturert utdanningsstilling uten å måtte forplikte seg i en hjemmel over tid.

De økonomiske rammene i fastlegeordningen må være slik at lønns- og pensjonsforhold ikke ligger tilbake for det kolleger på sykehus oppnår. Det bør også da taes med i et «livslønnsperspektiv» at en allmennlege i en fastlegeordning mangler muligheten for hierarkisk klatring og derav ikke

kan påregne bedre lønns- og arbeidsbetingelser med årene slik sykehuskolleger ofte oppnår.

Det er behov for å rydde og prioritere i fastlegens oppgaver

Det er behov for å rydde og prioritere i fastlegens oppgaver. Fastlegens kjerneoppgaver; tilgjengelighet for utredning, rådgivning, behandling og oppfølging av egne pasienter; kan bli skadelidende dersom fastlegen i alt for stor grad skal møte på møter utenfor kontoret, ha for stor stilling i offentlig allmennmedisinsk arbeid, utføre for mange kontroll- og forvaltningsoppgaver for NAV, Legemiddelverket, barnevernet etc. Hvilken effekt og nytteverdi har kontroll av friske spedbarn og skolebarn på helsestasjonen? Vi vet fortsatt for lite om det, men det synes nyttigere at fastlegen overtar spedbarnskontrollene av sin populasjon og friske skolebarn trenger ikke helsekontroll! Det er ikke forsvarlig eller ønskelig prioritering at fastlegen skal bruke mer tid på kontroll av risikofaktorer som høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt hos friske individer.

Finansiering må understøtte prioritering og oppgavedeling

Dersom kommunen og fastlegene skal overta oppgaver fra sykehusene og man i større grad enn i dag skal følge LEON-prinsippet, må det følge økonomi med denne overføringen og det må lønne seg for kommunene å holde pasientene friske og i kommunehelsetjenesten.

Helseministeren har pekt på behovet for nye finansieringsordninger som skal gjøre det lønnsomt å forbygge og lønnsomt å samhandle. Allmennlegetjenesten i fastlegeordningen er en kostnadseffektiv lavterskeltjeneste. Vi forventer at samhandlingsreformen også økonomisk styrker vår rolle som pasientens medisinsk faglige koordinator og kommunehelsetjenestens faglige motor.

Referanser

1. Norges forskningsråd 2006; Evaluering av fastlegereformen 2001–2005
2. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin; Rapport nr. 1 – 2009; «... er hjelpa nærmast!» Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt
3. Den norske legeforening 2009; Utredning om spesialistutdanning av leger

Erfaringer med kognitiv terapi

Kognitiv terapi (KT) er en terapiform som en del allmennpraktikere etter hvert har begynt å ta i bruk. Som Jon Aga beskriver, er det nylig gjennomført et kurs med veileder fra Moss DPS, der flere fastleger i området har deltatt. Vi har bedt tre kolleger som har deltatt i kurs og veiledningsgruppe i KT om å besvare noen spørsmål, for å få vite mer om deres erfaring med metoden.



Trine Haug

PRESENTASJON:

42 år, studerte medisin i Tromsø, avsluttet i 1999. Turnustjeneste i Moss. Egen praksis i Moss legegruppe fra 2004. Tilsynslege i Moss fengsel. Jobbet ett år i akuttpsykiatrien ved sykehuset Østfold i 2007/2008. I gang med å starte et nytt legesenter på Jeløya i Moss sammen med 4 andre kolleger.

SVAR:

1) Det viktigste med kurset for meg var å få inspirasjon til å lære meg kognitiv terapi. Det var utrolig inspirerende å høre hvordan man kan behandle vanlige psykiske lidelser med relativt enkle teknikker og noe øvelse. Jeg fikk troen på at også jeg, som allmennpraktiker, kunne bidra med noe mer enn å være en god lytter.

2) Jeg oppdager stadig hvordan jeg kan bruke noen av elementene i KT også i vanlige konsultasjoner, for eksempel når pasienter har uhensiktsmessige forestillinger om medisiner og bivirkninger. Et annet eksempel var en pasient som mente: «jeg må ha perfekt kropp for å finne en kjæreste». Her ville jeg tidligere ha forsøkt å motargumentere. I dag kan jeg spørre pasienten «hvor sikker er du på at det er riktig?», «hvilke bevis har du på det?», «kjenner du noen som har opplevd det motsatte?» osv. Når pasienten må svare, kommer tvilen, som igjen gir grunnlag for endring av tankemønstret.



Pål Innset

PRESENTASJON:

Cand.med. Trondheim 1982. Spesialist allmennmedisin Sverige 1991. Kommuneoverlege i Sarpsborg 2000-2003. Fra 2003 fastlege i 3-legepraksis i Moss.

SVAR:

1) Jeg har fått innblikk i en systematisk metode som kan hjelpe pasienter ut av problemer der mitt eneste

Spørsmål:

- 1) Hva er det viktigste du har lært gjennom utdanningen i KT?
- 2) Har KT forandret din måte å gjennomføre konsultasjoner/pasientmøter på? I så fall, hvordan?
- 3) Hvilke reaksjoner får du fra pasientene?
- 4) Vil du anbefale kolleger å ta KT-kurs? Hvorfor?
- 5) Har du opplevd at KT-utdanningen som et samarbeid mellom fastleger og lokalt DPS har gitt noen andre fordeler, for eksempel med et tettere samarbeid med DPS?

3) Jeg har opplevd et par skeptiske pasienter, men de fleste er positive og fornøyde med å få tilbud om behandling uten å måtte vente. Fordelen ved at pasientene kjenner meg fra før er åpenbar, de føler seg trygge før terapien kommer i gang. Jeg er også overrasket over hvor fort pasientene aksepterer at de selv må gjøre den viktigste jobben, jo mer de øver, jo fortere blir de bedre.

4) Jeg snakker varmt om KT til mine kolleger, selv om KT nok ikke passer for alle. Det er en fordel å være interessert i psykiatri. For meg handler det også om å ha lært meg noe nytt og spennende som samtidig er nyttig å kunne. Det kan være slitsomt og deprimerende å høre en pasient fortelle sin triste historie igjen og igjen. Nå kan jeg tilby pasienten en behandling der hun/han tvinges til å se fremover, og aktiveres i behandlingen. Eller jeg kan fortsette med «støttesamtaler», men ha en mer aktiv rolle, stille spørsmål på en ny måte som krever refleksjon hos pasienten, og som gjør konsultasjonen mer spennende. Man skal imidlertid være klar over at KT i allmennpraksis er tidkrevende og beslaglegger en del av timeboka. Det svarer seg heller ikke økonomisk.

5) Kanskje henvisningene mine blir vektlagt noe mer enn før, siden de pasientene jeg nå henviser til DPS alle får tilbud om behandling.

bidrag før var støttesamtaler og medikamenter. Den endring som virker, er den endring som pasienten tror på og forstår logikken i. Jeg har blitt flinkere til å analysere problemer (sammen med pasienten!) og besitter nå noen redskaper som kan gjøre det mulig å få til en endring som minsker problemene.

2) Jeg har blitt mer bevisst viktigheten av å starte med å klargjøre en agenda for timen og å gjøre oppsummeringer. En agenda gir en struktur som lege og pasienten er enige om. Det er en nyttig øvelse både for meg og for pasienten. Oppsummeringer for å sjekke ut om lege og pasienten «er på samme planet», mener jeg er helt essensielt, også ved rent somatiske problemstillinger.

Angst har blitt mye mer spennende og håndgripelig for meg når jeg forsøker å gå systematisk gjennom dette ut fra modellen situasjon-tanke-følelse-handling sammen med pasienten. Aha-opplevelsen kan komme veldig fort! Jeg «kjøper» ikke alltid pasientens forklaringsmodell lenger, og har blitt mer aktiv i forhold til å utfordre pasienten på alternative muligheter. Dette er kanskje den viktigste personlige gevinsten: Jeg blir mye sjeldnere en container for pasientens problemer, men kan sende dem tilbake til pasienten når hun/han med på veien får et endringspotensial å fundere videre på eller aller helst en konkret arbeidsoppgave til neste gang!

3) De fleste pasienter synes dette virker tiltalende og fornuftig. Jeg pleier å presentere den kognitive modellen svært

kortfattet der jeg tror det kan være nyttig og anbefaler pasientene å sette seg litt inn i det gjennom lesing før vi eventuelt bestemmer oss for å prøve å gå dypere inn i det. Jeg har opplevd pasienter som da kommer tilbake etter to måneder og stort sett har løst problemet selv.

4) Det må kolleger unne seg! Jeg tror alle allmennpraktikere bruker brokker av dette i sin hverdag, men det å forsøke og forstå mer og å bruke det systematisk, åpner nye muligheter. Kognitiv terapi er selvfølgelig ikke sesam-sesam for alle, men jeg opplever at veldig mange pasienter har nytte av det. Jeg tror kurs i kognitiv terapi også er god medisin for legen, spesielt hvis du etter en lang dag på kontoret føler deg som en container for all verdens elendighet.

5) Jeg sogner til et DPS som på forhånd hadde jobbet godt med samarbeidet med fastlegene, men det er åpenbart at det å sitte i en veiledningssituasjon med folk fra ditt lokale DPS gjør samarbeidet både tettere og bedre. Vi vet etter hvert ganske mye om hverandres muligheter og begrensninger!

Asbjørn Erno

PRESENTASJON:

Født i 1961. Utdannet i Ulm, Tyskland, ferdig i 1990. Har jobbet snart 20 år som lege, hvorav 10 år på sykehus. Spesialist i pediatri 1997, et fag jeg trives svært godt med. Imidlertid lot sykehusjobbing og pendling seg ikke forene med familie, små barn og en kone som også arbeidet turnus. Jeg har også alltid sett allmennmedisin som et interessant yrkesvalg, og da jeg fikk tilbud om å overta en praksis i Rygge i 2001, slo jeg til. Siden har jeg jobbet i denne praksisen – Varna Legesenter – og ble spesialist i allmennmedisin i 2005. Dette er en svært samkjørt praksis, hvor alle har like lange lister (1000 pasienter), like store innbetalinger til drift, felles personale etc.

SVAR:

1) Jeg har noe mer å tilby pasienter med psykiske lidelser, særlig de med angst og depresjon. I stedet for empatisk lytting og støttesamtaler, kan jeg tilby en strukturert og konkretisert terapiform, som faktisk hjelper dem fremover, til egenbehandling og egenutvikling. Terapien har et mye større fokus på nåtid og fremtid, fremfor å dvele for mye ved fortiden og ved hendelser, eventuelt traumatiske hendelser, som man ikke lenger kan få forandret. Terapien har fokus på å forandre egne tankemønstre i en givende og positiv retning. Jeg har også blitt mer oppmerksom på aktivisering og sosialisering som en nødvendig del av behandlingen av for eksempel depresjon, for å kunne bryte ut av onde sirkler og negative spiraler. Dette settes i system i en kombinasjon av kognitiv terapi og atferdsterapi. Dessuten er KT en terapiform hvor noe av det vesentligste skal foregå mellom konsultasjonene. Ansvar for bedring legges i svært stor

grad på pasienten, og det blir en slags opplæring i egenomsorg.

I tillegg har KT-utdanningen gjort noe med min egen måte å tenke og forholde meg til andre på i mellommenneskelige relasjoner. Jeg prøver på en måte hele tiden å se muligheter for å tolke hendelser på en mer positiv måte, både hos meg selv og hos andre. Dette gjøres uten å belære andre, ved å invitere til refleksjon over egne holdninger og tanker.

2) Jeg har nå satt av et par timer i uken hvor jeg har pasienter i kognitiv terapi. Jeg forsøker å gjennomføre konsultasjoner på 45–60 minutter. I disse timene forsøker jeg å ha en agenda: oppsummering fra forrige time, hva har skjedd siden sist, gjennomgang av hjemmeoppgaver, nye hendelser, nye hjemmeoppgaver og oppsummering av timen. Imidlertid bruker jeg også kognitiv terapi i andre konsultasjoner, som nye innfallsvinkler for pasienten og meg selv, uten at det er spesielt strukturert. Det kan være bare enkelte momenter fra KT, for å prøve å få pasienten til å se sine noe fastlåste tanker fra en ny innfallsvinkel. Dette er også nyttig hos de pasientene jeg tidligere har følt jeg ikke kommer noen vei med, de som jeg på en måte «har gitt opp» – de såkalte «heartsink»-pasientene.

3) De klart fleste er positive til å prøve denne terapiformen, og av de jeg har behandlet har kanskje tre fjerdedeler profitert på behandlingen. Flere synes det har vært til stor hjelp. Spørsmålene kan av og til konfrontere pasientens egne tanker og hold-

ninger, slik at en skulle tro at flere ville reagere negativt, men dette går fint så lenge en har en empatisk tilnærming. De fleste setter pris på å måtte se på problemene sine med nye øyne.

4) Ja! KT vil gi deg et nytt instrument for å behandle pasienter med en mer aktiv tilnærming, som også har effekt. Du vil kunne møte pasientene på en annen måte, også de pasientene du oppfatter som «vanskelige», de såkalte «heartsink»-pasientene. KT vil kunne gi ny inspirasjon hvis en av og til føler at en kommer til kort overfor en del pasientgrupper i en travel allmennpraksis.

5) De faste veiledningsmøtene mellom allmennpraktiserende leger, som følger denne videreutdanningen, og DPS i Mossregionen, har klart ført til bedre samarbeid. Vi har i vår gruppe bestemt oss for å videreføre denne veiledningsgruppen også etter at selve utdanningen er avsluttet. Jeg anser dette som svært viktig for å opprettholde og videreutvikle den lærdommen vi har tilegnet oss gjennom utdanningen. Uten en viss opprettholdelse av lærdommen, er jeg redd mye kan forsvinne i travelheten.

Kurs i kognitiv terapi – bedre behandling og bedre samhandling

AV JON AGA

Kognitiv terapi (KT) har god dokumentasjon som en nyttig psykoterapeutisk metode for mange psykiske lidelser. Mange fastleger har over tid, gjennom en pragmatisk holdning til disse pasientene, utviklet ferdigheter som er viktige delkomponenter i KT.

Grunnleggende i KT er forståelsen av at det som skaper og/eller vedlikeholder den psykiske smerten ikke nødvendigvis bare er de krenkelser et menneske har opplevd, men like mye de tankemønstre som blir aktivert. Eksempler på negative tanker kan være: «jeg er ikke verdt noe», «livet er meningsløst», «alt er håpløst», «jeg får ingen ting til», «alt er farlig». Slike negative automatiske tanker er det i KT sentralt å identifisere og reflektere over sannheten i, for deretter å søke etter alternative måter å forstå det smertefulle på, som gir håp og muligheter for forandring.

Selv om KT i utgangspunktet var en strukturert korttids-terapi i andrelinjetjenesten, hvor behandlerne har en lengre formalisert utdanning, er det flere steder i utlandet, og etter hvert også i Norge, fastleger som har skaffet seg kompetanse og bruker tilnærmingen i sin legepraksis.

Gjennom Legeforeningen er det nå to kull fastleger som har gjennomgått et introduksjonskurs med flere samlinger over et og et halvt år. Etter å ha deltatt på det første kurset har jeg erfart at KT er vitaliserende for legen og gir mindre slitenhet, tretthet og uopplagthet. Jeg har sluttet å være container for pasientens smerte. Nå er det dialogen som gjelder:



Jon Aga

66 år, allmennlege på samme legekontor i Rygge i 35 år, med fire 1-års avbrekk, dels for å arbeide i psykiatrien og dels for å seile av gårde på de store hav.

- KT gir en struktur i måten å møte komplekse psykologiske og kroppslige problemer på.
- KT oppmuntrer pasienten til å være nysgjerrig, ta ansvar for forståelsen og mestringen av sine problemer.
- KT forbedrer relasjonen mellom fastlege og pasient. Metoden inviterer til et samarbeid om å se bak symptomene, se sammenhengene i livet og søke nye forståelsesformer.

Min bruk av KT handler mye om situasjonsanalyser. Livet er en kjede av øyeblikk, av situasjoner. Når pasienten presenterer sitt problem inviterer jeg pasienten til å beskrive en nylig opplevd situasjon hvor pasientens problem var sterkt tilstede. Hva skjedde, når, hvor, hvordan? Hva følte du, tenkte du, hvordan tolket du situasjonen, hva gjorde du? Disse forskjellige elementene tegner jeg inn i en sirkel for å anskueliggjøre hvordan disse elementene henger sammen.

Det fundamentale i KT er at måten å tenke og tolke en situasjon på, påvirker følelsene og atferden. Pasienter med depresjon eller angst, tenderer til å ha negative, selvkritiske

Den allmennmedisinske våruke er befestet!

Det var stort fremmøte i Bergen 5.-8. mai til landsrådsmøtet i Allmennlegeforeningen (AF), årsmøtet i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og fire kurs om legevakt, helsepolitikk, ledelse samt grunnkurs A. 200 personer deltok på landsrådsmøtet og årsmøtet, der nye styrever ble valgt til både AF og NFA.



Avtroppende leder Jan Emil Kristoffersen.

Til AF's styre stilte to meget gode kandidater til kamp om ledervervet, Trond Egil Hansen og Marte Walstad. Trond Egil Hansen vant og det nyvalgte styret for øvrig er som vist på bildet:



Det nye AF-styre fra 1/9-09: Fra venstre: Ståle Sagabråten, nestleder, Kari Solli, leder Trond Egil Hansen, Stian Løkken, Kjartan Olafsson. Bodil Aarvang Olsen og Bjørn Nordang var ikke tilstede, varamedlemmer er: 1. Øystein Furnes, 2. Asmund Storebø og 3.-4. Bjørge Winther.

Jan Emil Kristoffersen (bildet t.v.) takket av etter fire år som leder av AF. Han har vært en samlende og tillitvekkende leder som har tillitt langt ut over allmennlegenes rekke. I sin tale til landsrådet la han vekt på at fastlegeordningen er en suksess og at tiden ikke er inne for reformer, selv om listelengde bør vurderes i forbindelse med nye oppgaver, og at spesielt sykehjemsmedisinen må styrkes. Han fremhevet også et dokument som Legeforeningen har vært

forts. fra forrige side

tanker og unnvikende passive atferdsmønstre. KT har metoder for å jobbe med endring av slike uhensiktsmessige tanker og atferdsmønstre.

Etter et inspirerende innføringskurs var det viktig å vedlikeholde interessen og kompetansen i KT. Innføringskurs nummer to i KT som nettopp er avsluttet, hadde seks fastleger fra Mosseregionen som deltagere. De hadde i løpet av disse et og et halvt årene gruppeveiledning fra avdelingsoverlege Kjetil Horn ved DPS i Moss. Som praksiskonsept ved DPS var jeg også med i denne gruppen. Til hver veiledningssamling har deltagerne på omgang hatt med hvert sitt videoopptak av en konsultasjon hvor KT har vært

benyttet. De forskjellige elementene i konsultasjonen har vært tema for drøftinger, og også gitt utgangspunkt for påfyll av teori fra KT.

Denne gruppen av fastleger og veileder vil nå fortsette med to samlinger à to timer i semesteret, som en smågruppe, og derigjennom vedlikeholde interessen og kompetansen i KT. Dette vil også ha som en sideeffekt et bedret forhold mellom fastleger og DPS i Mosseregionen. Jeg har tro på at med så mange fastleger som driver med KT i et lokalmiljø, vil dette virke inspirerende for andre fastleger. Erfaringen er at KT er en nyttig metode også i allmennpraksis!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: jo.ag@live.no

med å utarbeide sammen med KS, Helsedirektoratet og brukerorganisasjonene – og som synes vesentlig for allmennlegenes fremtid: «Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene». Noen punkter fra dokumentet:

- Det bør være en målsetting at fastleger må utdanne seg til spesialister i allmennmedisin og at kommuneoverlegen er spesialist i samfunnsmedisin.
- Det bør utvikles kriterier for tjenestekvalitet i forhold til den populasjonen fastlegen er ansvarlig for.
- Fastlegen bør utarbeide en enkel plan for egen pasientpopulasjon i samhandling med kommuneoverlegen og i samsvar med drøftinger i allmennlegeutvalget og lokalt samarbeidsutvalg.
- Det utarbeides kvalitetsindikatorer og rapportering på kvalitetskrav.

Anne Mathilde Hanstad fikk den nyopprettede Fastlegeprisen for 2009. Utposten gratulerer! Hun fikk den for sitt mangeårige engasjement for allmennmedisin i forskjellige verv i AF og Legeforeningen. Hun er blant annet med i Nasjonalt råd for spesialistutdanning og Rådet for legeetikk.



Anne Mathilde Hanstad med Fastlegeprisen, flankert av leder, Jan Emil Kristoffer og nestleder i AF, Ole Strand.

Sakset fra NFA's årsmøte og leder Gisle Roksunds tale:

Vi skal holde lege-pasientforholdet i hevd. Fastlegen er den medisinske koordinator og vi skal ta det kurative arbeidet som fastlege og samtidig se allmennmedisinens samfunnsoppdrag. Vi skal utvikle legevaktstjenesten, og kanskje skal fastlegen overta de forebyggende barnkontrollene. Men det befolkningsrettede forebyggende ansvaret skal pålegges myndighetene gjennom strukturelle samfunnstiltak og ikke på den enkelte fastlege.

Valget av nytt NFA-styre gikk fredeligere for seg, med gjenvalg av en populær og meget respektert leder som fikk med seg de aktive arbeidene vararepresentantene på bildet.

Det nye NFA-styret fra 1/9-09: Fra venstre: Trine Bjørner, Morten Lundal, Laila Hodali, Gisle Roksund (leder), Trude Bakke, Linda Elise Grønvald (vara), Jan Arne Holtz (vara), Karsten Kehlet (nestleder), Stein Nilsen (vara) og Torgeir Hoff Skarvøy (ikke tilstede).

Litt påfallende og trist, vil noen hevde, at det er menn som besitter lederposisjonene i AF og NFA. Ikke uventet steg temperaturen i debatten etter Pernille Bruusgaards innlegg om rekruttering av kvinner til allmennmedisinsk foreningsarbeid. Det kom ingen konklusjon etter diskusjonen. Man må fastholde at vi kvinner må melde oss på, og både menn og kvinner må vurdere sine egne holdninger til å la kvinnene komme frem. Fortsatt trenger vi dessverre kvotering på en del områder.

Karin Frydenberg for Utposten fra Bergen.



Statsekretær Ellen Pedersen innledet til helsepolitisk debatt men kom ikke med nye rytt om den bebudede samhandlingsreformen.



Anne Kjersti Befring fra Legeforeningen med innledning til helsepolitisk debatt.

Aktive debattanter.



Brev til redaksjonen:

For sterkt fokus på glykemisk kontroll

I spalten «Tips til praksis» i Utposten nr 1/ 2009 slår kollega Ragnar Rabe til lyd for å igangsette insulin behandling hvis HbA1C er over syv prosent. Jeg betviler ikke at dette kan være i overensstemmelse med retningslinjedokumenter. Men er det klokt? Et stort antall av dem som har diabetes type 2 er personer over 70 år. Hovedsiktemålet med behandlingen i høy alder er å fremme livskvalitet og behandle subjektive symptomer knyttet til sykdommen. Det må være fullt forsvarlig å anvende høyere grenseverdier hvis pasientene er godt symptomregulert. I stedet brukes i dag store ressurser blant annet i hjemmesykepleien til monitorering og insulininjeksjoner, og behandlingen er av tvilsom nytteverdi. At grenseverdien flyttes fra 7 til 9 ved fylte 80 år, slik Rabe foreslår, er et berettiget uttrykk for at vi må anvende en pragmatisk tilnærming i behandlingen av type 2 diabetes.

Jeg er klar over at overdreven skepsis mot bruk av insulin ikke er berettiget. Slik behandling reduserer mikrovaskulære komplikasjoner (1). Men å ha for sterkt fokus på forebygging av slike komplikasjoner er mangelfullt.

Behandling av type 2-diabetes bør heller ta sikte på å forebygge makrovaskulære komplikasjoner. Der er solid dokumentasjon både på at slike komplikasjoner er tallmessig viktigst og medfører størst mortalitet og morbiditet. Det er også dokumentert hvordan slike komplikasjoner kan forebygges med metformin, acetylsalisylsyre, blodtrycksbehandling og statiner (2, 3). I forhold til slike intervensjoner, har insulin sannsynligvis bare marginal nytteverdi.

Mange klinikere har et for sterkt fokus på glykemisk kontroll i behandlingen av type 2-diabetes. Praksisregistreringer i norsk allmennmedisin tyder på at selv røykende type 2 diabetikere behandles inadekvat med acetylsalisylsyre og/eller statin (4), med en viss forbedring i nyere studier.

Insulinbehandling ved type 2-diabetes fører nesten alltid til vektøkning (1). Ofte er dette pasienter som er immobilisert av høy vekt og vektrelaterte kroppslige plager som for eksempel artrose, fra før av. Ofte brukes store ressurser i hjemmesykepleie til insulinbehandling og blodsukkerover-

våking av geriatrike pasienter, som ikke er i stand til å iverksette slik behandling selv.

I tillegg til slike betenkeligheter kommer resultatene fra ACCORD, ADVANCE og VADT med skuffende resultater med tanke på å «tynne» glykemisk kontroll til HbA1C-verdier under syv prosent. Slik behandling, hos pasienter med langvarig diabetes, er enten uten verdi eller medfører økt dødelighet. Resultatene av disse studiene ble nylig omtalt i en tankevekkende leder i BMJ (5).

Jeg er derfor av den oppfatning at vi ikke bør bruke absolutte grenser for iverksettning av insulinbehandling hos pasienter med type 2-diabetes, og heller ikke ha krav til absolutte måltall for behandlingen. Fokus må i større grad utvides fra glykemisk kontroll til forebygging av makrovaskulære komplikasjoner. Hos eldre må symptomkontroll og livskvalitet veie tyngre enn krav til HbA1C.

Bergen 14. april 2009, Eivind Meland

Referanser

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352:837-53.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998;352:854-65.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*. 1998;317:703-13.
4. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Michaelsen T, Harboe K, Ingebrigtsen W, et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004;124:1508-10.
5. Lehman R, Krumholz H. Tight control of blood glucose in long standing type 2 diabetes. *BMJ*. 2009;338:b800.



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

Eg takkar Reidar Berge for utfordringa til å bidra i denne flotte spalta. Reidar og eg møttest på Fylkessjukehuset på Voss for over 30 år sidan, og me har drive allmennpraksis her etter at sjukehusetida vår var avslutta.

Som A-menneske er eg oppe tidleg, og mang ei fin morgonstund kosar eg meg med dikt til frukost, med klassisk musikk på P2 i bakgrunnen. Eg har gledd meg til å gå på jobben, ein jobb som aldri har vore kjedeleg, og sjøl om me ikkje reddar liv kvar dag, er den utfordrande nok.

Som trygdelege gjennom mange år er eg likevel litt «lei meg»: Talet på legar har auka mykje i desse snart 40 åra som har gått sidan eg var ferdig utdanna, framskrittet i medisinen vore formidabel, men aldri har så mange vore sjukemeldte og så mange vorte uføretrygda. Og NAV er ikkje lenger komen med sine YRA-tiltak og bedriftsinterne attføring enn der dei gamle var for over 1000 år sidan: Håvamål, vers 71: Er du halt, kan du ride, handlaus gjæte, er du dauv, kan du duga i strid. Blind er betre enn brend å vera: daud mun ein lite duga.

Det er eit paradoks at trass den store sjukeligheten blant folk i yrkesfør alder, har levealderen auka, og det vrirmlar av eldre spreke pensjonistar rundt oss, svært gledeleg, så noko positivt må likevel ha skjedd. Andre enn meg har filosofert omkring dette: Ein lokal skald på Voss, Eirik Finne, har formulert det slik i diktet.

«Valhall»

Det var mest som ei vanære for ein viking å døy på sotteseng
I strid skal ein falla – då ventar Odin i Valhall:

No for tida døyr me litt isenn før me er borte
Fyrst fer idealisten, han har me'kje bruk for.
So samvitet, arbeidsgleda, livstru og stridshug.
Til sist er det att berre eit skal som lever på trygd.
Slikt er ikkje mykje å senda åt Valhall

Så kan me filosofera vidare: Kva har eg gjort, og kva visest etter oss. Då er det godt at det ikkje berre er storverk som visest: Eit dikt av Arnfinn Lilleskare frå Vaksdal illustrerer:

«Mogningstid»

Eg heldt på med eit lad attom løa
Må grava godt inn i bakken for bakmur,
so det ikkje fryr ut seinare

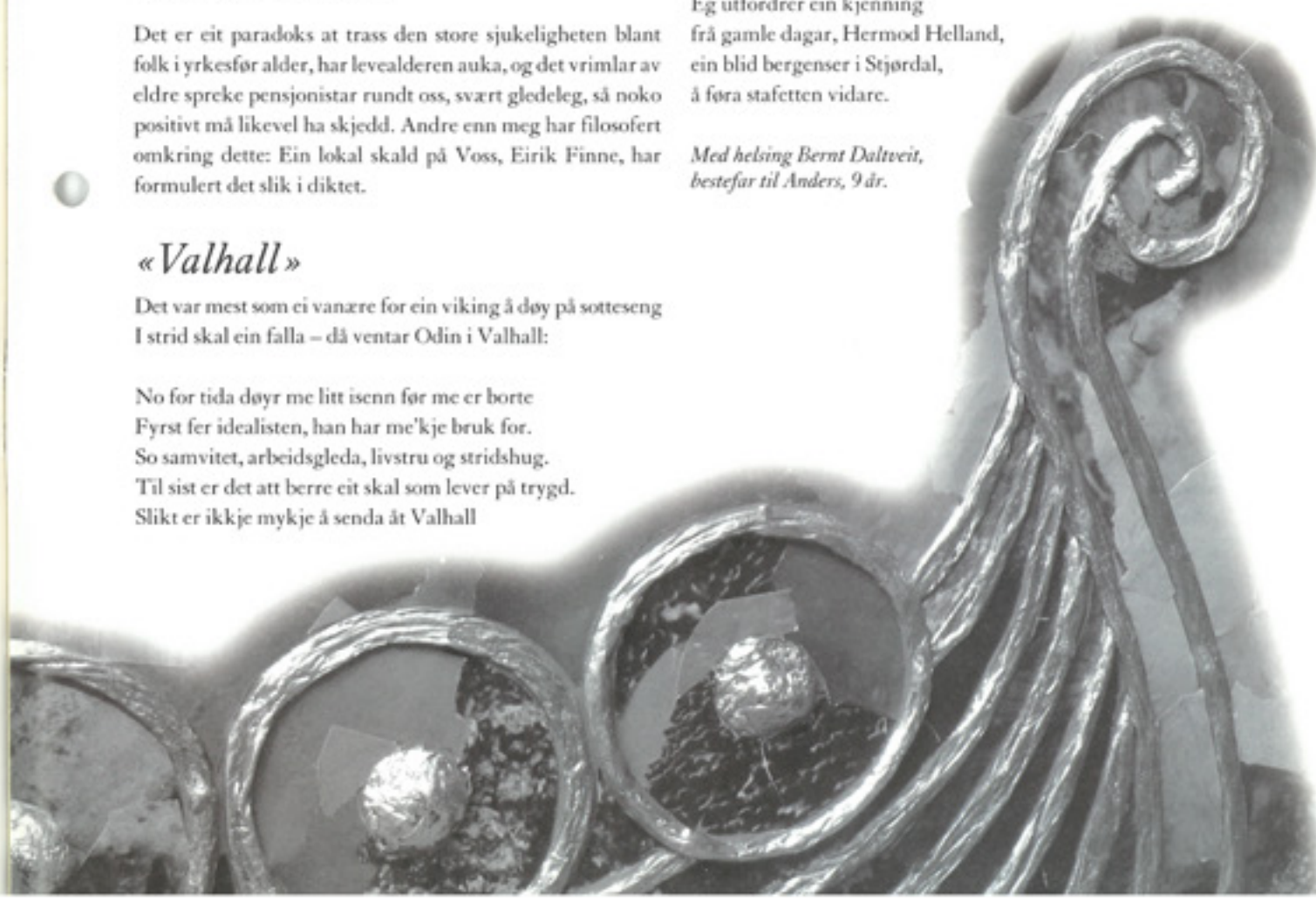
Tida går frå meg – eg er i dei åra at vener døyr,
mange yngre enn eg sjølv.
Har så mangt eg skulle ha gjort, men rekk ikkje på det.

Mogninga i Hagen vil eg halda att;
kirsebæra raudnar ser eg. Dagane lid mot Olsok.

Kanskje einkvan eingong spør om steinane i ladet;
Kan henda nokon svarar då:
Det var han bestefar som la dei slik.

Eg utfordrer ein kjenning
frå gamle dagar, Hermod Helland,
ein blid bergenser i Stjørdal,
å føra stafetten vidare.

*Med helsing Bernt Daltveit,
bestefar til Anders, 9 år.*





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Interaksjoner og interaksjonsdatabaser

Mange henvendelser til RELIS gjelder risiko for interaksjoner, dvs. uheldige hendelser ved samtidig bruk av flere legemidler som kan påvirke hverandre. Noen kombinasjoner bør unngås helt, mens andre kan brukes under visse forutsetninger. Noen interaksjoner har mer teoretisk interesse, men vil likevel kunne forekomme hos enkelte. Det finnes få sikre tall på hyppighet og alvorlighetsgrad for en gitt interaksjon og det vil alltid være et element av skjønn når man skal vurdere risiko for en enkeltpasient. I mange tilfeller har pasienten flere diagnoser og det kan være både fastlege og flere spesialister involvert. Mange kjenner godt risikoprofilen for preparater de selv pleier å forskrive, men er mindre fortrolig med preparater forskrevet av andre. For å hjelpe i slike vurderinger er det utviklet en rekke databaseverktøy med opplysninger om interaksjoner. Dette er blant annet tatt i bruk ved reseptekspedisjon på norske apotek og diskuteres som forskrivningsstøtte i legers journalprogrammer.

Interaksjonsdatabasene kan være verdifulle hjelpemidler, men de løser ikke alle problemer. De vil ikke kunne erstatte de faglige helhetsvurderingene av en behandling, eller eliminere behovet for å kunne gjøre egne vurderinger av farmakodynamikk og -kinetikk. Hvilke advarsler man får avhenger av hvilken database man bruker. Dette kan skyldes at forfatterne har valgt forskjellig nivå, for eksempel av alvorlighetsgrad og omfang, eller at man har gjort forskjellige faglige vurderinger.

Ikke alle databaser har forslag til tiltak eller en utdypende forklaring. Dermed kan det være vanskelig å vurdere hvor relevante advarslene er for en bestemt pasient. Det kan være uklart hva man risikerer: Død, sykehusinnleggelse eller effekttap? I noen tilfeller kan legemiddelkombinasjoner være merket med advarsel, men likevel være forsvarlig å bruke samtidig. Advarsler kan føre til at pasienter oppfatter legemiddelbruken som farlig når det man risikerer er en litt redusert effekt.

Interaksjonssøk i databaser kan gi en falsk trygghet hvis man ikke får «treff». Brukerne må kjenne til at databasene ikke er komplette og at opplysninger kan mangle, for eksempel når det gjelder nyere legemidler eller midler med farmakologisk/bivirkningsmessig likhet.

De fleste interaksjonsstudier gjøres for to parallelle legemidler («interaksjonspaar»). Polyfarmasi medfører en mer usikker risikovurdering. Ingen har undersøkt totaleffekten ved samtidig bruk av fire legemidler som alle har en mindre interaksjonsrisiko hver for seg. Alder og underliggende sykdom er faktorer som gjør vurderingene enda vanskeligere.

Man har i liten grad hatt en bred faglig diskusjon om hvor overordnede eller detaljerte interaksjonsdatabasene bør være. En database som bare omfatter de mest alvorlige interaksjonene kan ha utelatt interaksjoner som i mindre grad gir helseproblemer, men som kan være et problem hos noen pasienter. En interaksjonsdatabase som inneholder alle detaljer kan oppfattes som tungvint å bruke og lite relevant på grunn av mange bagatellmessige advarsler. Det er grunn til å spørre om ukritisk bruk av interaksjonsdatabaser ikke bare gir økt sikkerhet, men også kan føre til økt forbruk av helsetjenester (legetimer), usikkerhet og kostnader ved at pasienter henvises tilbake til legen ved reseptekspedisjon.

Oppfølging av samlet legemiddelbruk kan bidra til mindre bruk av skadelige eller u hensiktsmessige legemiddelkombinasjoner, noe som er sterkt ønskelig. Interaksjonsdatabaser kan være et nyttig hjelpemiddel, men det er viktig at helsepersonell er godt kjent med verktøyet styrker og svakheter.

Eksempler på nettbaserte databaser som kan benyttes gratis (listen er ikke komplett):

DRUID (www.interaksjoner.no) er en norsk database med fokus på farmakokinetiske interaksjoner, der advarslene er gradert etter et trafikklssystem (rødt, gult, grønt). Interaksjonene er kort kommentert, og mangler ofte råd til klinikerne.

SFINX (http://www.janusinfo.se/sfinx/interactions/index_menus.jsp) er en svensk-finsk database som omhandler både farmakokinetiske og farmakodynamiske interaksjoner og gir også råd om hvordan interaksjoner kan håndteres og eventuelt unngås. Interaksjoner er klassifisert etter klinisk betydning og dokumentasjonstype. Databasen er gratis, men krever at man registrerer seg som bruker.

Lexi-Interact (del av Lexi-Comp) er en amerikansk database som tilbys norsk helsepersonell gratis gjennom Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no). Både farmakokinetiske og farmakodynamiske interaksjoner omtales. Interaksjoner er klassifisert etter risikograd. Teksten er omfattende og gir konkrete råd.

RELIS-databasen (www.relis.no/database) har utredninger om en rekke interaksjoner. Den gir ikke noe samlet bilde av kjente legemiddelinteraksjoner, men har utfyllende beskrivelser og vurderinger, med referanser for de problemstillinger som helsepersonell har spurt RELIS om.

Tone Westergren
Seksjonsleder, cand. pharm.
RELIS Sør
Oslo universitetssykehus HF
Rikshospitalet

Har du bilder som viser god helse?

Som tema for årets julenummer av Utposten har vi valgt «Hva er god helse?» Vi ønsker å dekke temaet i stor bredde, fra diskusjonen rundt medikamentell forebygging på fastlegekontoret til filosofiske betraktninger. Til å illustrere nummeret ønsker vi bidrag fra leserne, med fotografier eller andre typer illustrasjoner av god helse – for pasienter, leger, mennesker – i hele sin bredde.

Har du et bidrag? Send det til redaksjonen ved Tove Rutle, rmrtove@online.no

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 7 g (20 dråper) inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmovertrukne 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: 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** inneholder: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE**: Behandling bør initieres og veiledes 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**: Dosering: 15 mg daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å 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 30-60 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) daglig. **Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon** (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper) daglig. **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 krampefall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drøstiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet koronar hjertesykdom (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved alvorlig 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 spasmolytika stoffer som de natrium eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekoksen av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Enkeltilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nye 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 utskilles 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. Øvrige: Tretthet, sømnlens, krampefall, er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: Symptomer: Hiv: 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-tarmbesvær (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 plasmafrese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, symhallusinasjoner, krampefall, 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 sykdomsfremme. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon**: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding**: Ca. 45%. **Fordeling**: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid**: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. **Total clearance** (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². **Renal eliminasjonsrate** av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme**: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse**: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renal. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpent flasker bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpak.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 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



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 Lisbeth Homlong (red.) lisbeth.homlong@hotmail.com Kast dere frampå, folkens

Lærerike kasuistikker

Dårleg magekjensle

Vi snakkar om «heart sink patients», dei som gjer at det søkk i deg når du ser dei på dagens timeliste.

Denne historia handlar om ein pasient som var ukjent for meg, det stod «vondt i magen» på timelista, og det kan jo vera så mangt. Då eg las bakover i journalen såg eg at ho hadde vore på kontoret for vondt i magen opp gjennom mange år, var utreda både slik og sånn, utan funn. Mellom linjene las eg at ho hadde vore ganske krevjande. Eg kjente alt at hjartet byrja søkke. Men så bestemte eg meg for å gløyme det eg hadde lese, opna sinnet så godt eg kunne, og ropte opp pasienten. Det var ei kvinne i tjuetåra, som verka litt skeptisk, hadde vel følt seg avvist mange gongar.

Historia hennar var den same som før. Diffust vondt i magen, mest heile tida, ingen spesiell plass, ingen samanheng med måltid, ingen avføringsproblem, ikkje knytta til mensesen ... berre vondt vondt vondt. Etter ein del fisking spurte eg meir om menstruasjonen, om den var regelmessig? Nei, det var han ikkje, han kom i hytt og vær, og det kunne gå månadar mellom kvar gong. Aha! Då kunne eg i det minste ta nokre hormonprøver. Eg visste jo at det sjeldan er napp på slike og at det neppe hadde noko med magesmertene å gjera, men det var i det minste noko eg kunne gjera, ei byrjing.

Prøvene var normale – bortsett frå prolaktin, som var godt over 2000. Det forklarte oligomenorreen. Kvinna fekk bromokriptin etter råd frå endokrinolog, og tilvising til MR, som viste eit lite prolaktinom. Fint å ha avdekket det, men

eg rekna med at magehistoria ikkje var over. Ved neste kontroll var det berre velstand. Ikkje berre var menstruasjonen på plass, men magesmertene var vekk! Kort tid etter vart ho var gravid. Først då kom det fram at ho ønska seg barn i mange år, men aldri nemnt det til legane, heller ikkje til meg.

Ho fekk tre barn i rask rekkefølge, og har sidan aldri vore på kontoret for anna enn svangerskapskontrollar. Ho meiner ho blei kurer for magesmertane så snart ho fekk medisin, og det er vanskeleg å nekte for det. Ho vart irritert då ho stadig må ta prolaktinprøver, og fekk innkalling til MR og augelege. «Ka ska eg det for, eg e då ikkje sjuk?». Etter kvart slutta eg å mase om det. Vi får ta det viss det vert eit problem. Ho har uansett ikkje tid til å reise til byen for å ta MR, med tre små å ta seg av.

Dette var meir eit lykketreff enn resultat av intelligent klinisk resonnement frå mi side. Eg har aldri funne fleire prolaktinom, sjølv om eg stadig lever i håpet når kvinner har uklare plager og rotete mens. Eg har heller aldri høyrte om andre tilfelle med magesmerter som symptom på prolaktinom.

Poenget med denne historia er at vondt i magen verkeleg kan vera så mangt! Og at vår eigen dårlege magekjensle kan seie meir om oss enn om pasienten. Kanskje vi ikkje har stilt det rette spørsmålet.

Pernille Nylehn
Fastlege, Klepp i Rogaland

Har du et bidrag til *Lærerike kasuistikker* eller *Historie fra virkeligheten* som du kunne tenke deg å dele med Utposten lesere?

I redaksjonen er vi stadig på utkikk etter lærerike kasuistikker og spennende, tankevekkende eller gode historier fra livet som lege, som leserne kan ha glede og nytte av.

Har du en lærerik kasuistikk eller en god historie? Send det til rmrtover@online.no eller en av redaktørene på mail, eller ta en telefon dersom du lurer på om din historie kunne være noe.

 Tips til
praksis

Hyppigere telekonsultasjoner – bedre kunnskapsutveksling

Du får mye større utbytte av telekonsultasjoner hvis du gjennomfører dem hyppig og regelmessig. Det viser en studie fra Nasjonalt senter for telemedisin.

Mange som tar i bruk videokonferansesystemer i helsevesenet opplever at de ikke får nok utbytte av den nye teknologien. De føler at bruken av det blir litt «stykkevis og delt». Derfor blir slike konsultasjoner ofte en heller sjelden affære. Organiseringen av utstyrsbruken er nettopp utfordringen, viser en studie fra doktorgradsstudent Line Lundvoll Nilsen ved Nasjonalt senter for telemedisin (NST) i Tromsø. Hyppige og planmessige møter over videokonferanse øker bredden i det som tas opp. Dermed øker også potensialet for læring.

– Kontinuitet har stor betydning for kunnskapsutvekslingen ved bruk av telekonsultasjoner. Det viser seg at regelmessige møter over videokonferanse, gjør at bredden i det som teknologien brukes til øker. Dermed blir kontinuiteten en drivkraft for læringsprosessen, sier Lundvoll Nilsen.

Over en periode på fem måneder har hun fulgt til sammen 47 telekonsultasjoner ved bruk av videokonferanse i de to nordligste helseregionene. Det er derimot stor forskjell på bruken av teknologien, for 42 av disse konsultasjonene fant sted i Helse Midt-Norge. Bare fem av dem gikk av stabelen i Helse Nord.

Kontinuitet gir flere bruksområder

– I Helse Midt-Norge kopler man sammen spesialistene på ett av sykehusene og legene på ett distriktsmedisinsk senter fire ganger i uken. Morgenmøtene gjennomføres ved videokonferanse, som også brukes til konsultasjoner, organisering av bruken av helsetilbudet og informasjonsutveksling om pasienter.

I Finnmark i Helse Nord er situasjonen en helt annen. Der bestiller legen på sykestue time hos en spesialist på sykehuset, bare når det er behov for medisinsk veiledning.



Det er satt av tid til dette bare en gang i uken. Det betyr færre konsultasjoner, mindre bredde i bruken av utstyret og igjen færre muligheter for læring mellom deltakerne; for ved konsultasjoner er det allmennlegen som sitter igjen med mest utbytte.

– Det gir en mer ensidig læringsprosess enn i Helse Midt-Norge, der kunnskapsutvekslingen skaper et større gjensidig utbytte mellom partene. Hyppigere og bredere kunnskapsutveksling fører igjen til bedre kontinuitet i samarbeidet, og mer helhetlig kunnskap om behandlingen av pasienten, sier Lundvoll Nilsen.

Resultatene er publisert i artikkelen «Teleconsultation – collaborative work and opportunities for learning across organizational boundaries» i *Journal of Telemedicine and Telecare* (2008; 14; 377–380). Artikkelen inngår i doktorgradsavhandlingen «Læring og kunnskapsutveksling» mellom allmennleger og spesialister ved bruk av telemedisin». Arbeidet er finansiert av Helse Nord RHF og skal være ferdig i slutten av 2009.

Kontaktperson er stipendiat Line Lundvoll Nilsen:
TLF 952 80 749 eller e-post line.lundvoll.nilsen@telemed.no

Jan Fredrik Frantzen,
Nasjonalt senter for telemedisin

18. ULLEVÅL SYMPOSIUM • 29.–30. oktober 2009

AKUTT KARDIOLOGI I DET 21. ÅRHUNDRE;

Diagnostikk, forebygging og behandling. Fra forskning til praktisk medisin.

ARRANGØR: Hjertemedisinsk avdeling og Forsknings- og utdanningsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

PROGRAM: Kursdeltakerne vil få ny og oppdatert kunnskap om kardiologisk diagnostikk, forebygging og behandling, samt kjennskap til pågående forskning innen fagområdet. Programmet er lagt ut på www.ullevaal.no under meny-punktet Fagfolk, undervisning, Fagmøter og kurs.

MÅLGRUPPE: Allmennpraktikere, spesialister og spesialistkandidater i indremedisin, geriatri, kardiologi og nefrologi, anestesilogi, arbeidsmedisin, klinisk farmakologi, radiologi, samfunnsmedisin og thoraxkirurgi. I tillegg sykepleiere og andre helsearbeidere med spesiell interesse for kardiologi.

Symposiet er godkjent av:

Den norske legeforening innenfor følgende spesialiteter:

Emnekurs/klinisk emnekurs i kardiologi til videre-/etterutdanning: Allmennmedisin 15 poeng.

Valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialitetens etterutdanning: Anestesiologi, hjertesykdommer, indremedisin, klinisk farmakologi, nyresykdommer, radiologi og samfunnsmedisin 15 timer. Thoraxkirurgi 10 timer og arbeidsmedisin 8 timer.

Valgfritt kurs for leger i spesialisering: Geriatri 15 timer.

Norsk sykepleier forbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

For program/påmeldingsskjema kontakt:

Forsknings- og utdanningsavdelingen Oslo universitetssykehus, Ullevål

TELEFON: 23 01 50 31/16848, 22 11 81 94

E-POST: UUS-symp@ullevaal.no

STED: Store Auditorium, bygg 6, Oslo universitetssykehus, Ullevål

PÅMELDINGSFRIST: 9. oktober 2009

KURSAVGIFT: kr. 1500,-

afinonTM
POINT OF CARE CENTER

Enklere kan det ikke bli!

- Multiparameter analysesystem
- Enkelt, raskt og brukervennlig
- Mulighet for journaltilkobling/LIS
- P-littel og sikkert
- Helautomatisk
- Lite pr. volum



ANALYSER

- CRP
- HbA1c
- ACR
- Kommer i 2009:
- PT-INR
- og flere!



MADINOR

Madinor ASA, Pb. 94 Bryn, 0611 Oslo
Tlf. 22 07 65 60. Fax 22 67 65 05. www.madinor.no

C Selexid LEO Amidinopenicillin. ATC-nr.: J01C A08

TABLETTER, filmraserte 200 mg: Hver tablett inneholder: Pivme-cillinamhydroklorid 200 mg, hjelpestoffer. **J01C A08. Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av medisinfølsomme mikroorganismer. Dosering: Tabletten tas med rikelig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt korttidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakteruri. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbelt dose gis.

Kontraindikasjoner: Penicillinallergi og type 1-reaksjon overfor cefalosporiner. Oesofagusstricture (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acidurier som metilmalonsyreacidemi, propionsyreacidemi o.l. **Følsomhetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karbimangel ved bruk av pivmecillinamholdige preparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjentakelse, korte behandlingskurser (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn 1-2 måneders intervall. Langvarig behandling (2 måneder eller lengre) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karbimangel til ca. 40% av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av pivmecillinam. (I: J01C beta-laktamantibakterielle midler, penicilliner).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: En moderat mengde data (utfallet av mellom 300-1000 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto/neonatal-toksitet forårsaket av pivmecillinam. Hvis nødvendig kan bruk av Selexid vurderes under graviditet. Overgang i morsmelk: Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnfloraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensiblisering.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvæme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Spiseforstyrrelser: Oesofagitt og oesofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskeltrøtthet pga. karbimangel. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01C side 4. Egenskaper: Klassifisering: Mecillinam er et smalspektrert amidinopenicillin med spesielt høy aktivitet mot gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «prodrukt», er syntetisk og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv pivmecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra gram-negative staver. Ikke kryssresistens med andre antibiotika, unntatt med meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdsvis lav aktivitet overfor gram-positive kokker og H. influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvises av de høye konsentrasjoner av pivmecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. Virkningsmekanisme: Baktericid. Hemmer celleveggyntesen, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner.

Synergistisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. Absorpsjon: Pivmecillinam absorberes godt uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg gir maks. serumkonsentrasjon på ca. 3,5 µg/ml etter ca. 1 time. Proteinbinding: 5-10%. Fordeling: Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. Metabolisme: 8-23% av gitt dose kan påvises som metabolitter. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50% i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Pakninger og priser (1.5.2009):** Enpac: 20 stk. kr. 122,70, 30 stk. kr. 170,60, 100 stk. kr. 500,20.

Refusjon: Mecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Urinveisinfeksjoner ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttstadium. Refusjonskoder: ICPC: 90 Palliativ behandling i livets sluttstadium, 899 Immunsvikt IMA (31), 3CD: 90 Palliativ behandling i livets sluttstadium, D00 Immunsvikt med overveidende antistoffmangel (31), D01 Kombinert immunsvikt (31), D02 Immunsvikt forbundet med andre større defekter (31), D03 Vanlig variabel immunsvikt (31), D04 Annen immunsvikt (31). Pivmecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Pyogene kroniske eller stadig residerende infeksjoner i nyre/urinveier. Urinveisinfeksjoner ved immunsvikt. Refusjonskoder: ICPC: 899 Immunsvikt IMA (31), U70 Nyrebekkenbetennelse (68, 106), U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA (68, 106), U72 Uretritt (68, 106). ICD: D00 Immunsvikt med overveidende antistoffmangel (31), D01 Kombinert immunsvikt (31), D02 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D03 Vanlig variabel immunsvikt (31), D04 Annen immunsvikt, N10 Akutt tubulointerstiell nefritt (68, 106), N11 Kronisk tubulointerstiell nefritt (68, 106), N12 Tubulointerstiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr. (68, 106), N15 Andre tubulointerstielle nyresykdommer (68, 106), N30 Cystitt (68, 106), N34 Uretritt og uretrasyndrom (68, 106), N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon (68, 106). Vikår: (31) Behandlingen skal være instruert ved infeksjonsmedisinsk eller onkologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på full resept, (68) Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse før man skifter til et annet middel som kan godtgjøres, (106) Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i lunger/brønner eller minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyre/urinveier. - Pasienten har i gjennomsett de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i lunger/brønner eller minst 3 årlige infeksjoner i nyre/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslister hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i lunger/brønner og/eller nyre/urinveier. Sist endret: 24.2.2009

Ref. 1: Hey H, Frederiksen HJ, Thorup Andersen J. Gastroscopic and pharmacokinetic evaluation of a new pivmecillinam tablet. Eur J Clin Pharmacol 1982; 22: 63-9



LEO Pharma AS
Postboks 193 Lillerød, 0216 Oslo
Telefon: 22 51 49 00, Faks: 22 51 49 01
www.leo.no, e-post: info@leo-pharma.no

Hvordan LEO Pharma løste et irriterende problem:

Da LEO Pharma utviklet Selexid® LEO mot urinveisinfeksjoner, fikk vi en utfordring:

Hvis den ble laget som en vanlig tablett, ville den bli liggende på magens slimhinne.

Fordi virkestoffet pivmecillinam er slimhinneirriterende, vil dette raskt kunne gi hyperaemi eller nye erosjoner i magens mucosa¹. Det var bokstavelig talt et irriterende problem, og det måtte løses. Etter mye forskning lyktes vi endelig

å formulere Selexid® LEO slik, at virkestoffet raskt ble spredt over et stort område av magens mucosa¹. Dermed reduseres faren for irritasjoner i mucosa.

Når du forskriver Selexid® LEO til pasienter med urinveisinfeksjon, bør du derfor påføre:

Skal ikke byttes!

Da er også pasienten sikret et medikament som dekker bredest mulig indikasjon.



Vanlig tablett med pivmecillinam 36 minutter etter inntak.¹



Med Selexid® er pivmecillinam spredt over et stort område av mucosa allerede etter 14 minutter.¹



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



Selexid® LEO

Ref. 1: Hey H, Fredriksen HJ, Thostrup Andersen J. Gastroscopic and pharmacokinetic evaluation of a new pivmecillinam tablet. Eur J Clin Pharmacol 1982; 22: 63-9

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



Lundbeck



20 mg - En om dagen
Ebixa
memantin



NYHET!

1) S. Gauthier, Int. J. Ger. Psychiatry 2005; 20:459-464. 2) Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333-1341. 3) Winblad, B., Poritis, N. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger. Psychiatry 1999; 14: 135-140. 4) Winblad, B., Stoffler, 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.