



Innhold:

LEDER: Samhandlingsreformen – retorikk og realisme. Av MONA SØNDENÅ	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Doktor i egen bygd. ÅSE VALLA INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Allmennmedisinsk akuttmedisin – empirien gjev rettleiing til handling Av SVERRE RØRTVEIT	7
Samhandlingsreforma – i korte trekk. JIBRETH HOMLØNG	13
Samhandlingsreformen – hva forventer legene? ENQUETE	14
Om praksisoverdragelse – synspunkter på dagens ordning, goodwill og badwill. Av FREDRIK JERVELL	22
Kjøp en god praksis! Av GUNNAR RAMSTAD	24
Vold i nære relasjoner – fra å være den utvalgte til å bli den utsatte. Av KJERSTI ALSAKER	29
Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser – hva skal vi gjøre og hva virker? Av GRETHE E. JOHNSEN	35
Om vikarer. Av OLE ANDREAS HOVDA	40
Vikar og fastlegeordning – hva sier regelverket? Av KJELL MAARTMANN-MOE	40
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

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

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

Forsidebilde: Ole Andreas Hovda**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Samhandlingsreformen

– retorikk og realisme

Etter et halvår med gradvise statsrådsdrypp om innholdet i samhandlingsreformen, kan det knapt sies at stortingsmeldingen som kom på forsommeren bød på mange overraskelser. Den tiden som er gått siden meldingen kom, har imidlertid gitt rom for refleksjon over de forslag som er fremmet – noe som også fremgår av den senere tids mediedebatt. Som et faglig forum for allmennmedisin og samfunnsmedisin anser vi denne debatten som både nyttig og nødvendig, ikke minst for å belyse spenningsfeltet mellom retorikk og realiteter.

Helseministeren skal gis ros for at han djervt har satt dette viktige temaet så tydelig på dagsordenen. For allmennlegene er det positivt at kommunehelsetjenesten skal prioriteres i tiden fremover, etter år med markant vekst i spesialisthelsetjenesten. Forslaget om å styrke fastlegeordningen med en betydelig økning i antall hjemler hilses velkommen. Dette trengs for å ivareta både kurative og samfunnsmedisinske oppgaver. Men i vurderingen av den tilvekst dette representerer i arbeidskraft, må det også tas hensyn til at nye generasjoner av leger vil verdsette sin fritid høyere enn de legene som i det nærmeste tiåret skal pensjoneres. I dette perspektivet er fastlønnelementer egnet for å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet, mens forslaget om å redusere stykkpriselementene kan være en risiko for produktiviteten i det kurative arbeidet. Et sideblikk på produktivitetsutfordringene i sykehusvesenet burde vekke ettertanke.

Stortingsmeldingens sterke fokus på forebygging er retorisk og politisk korrekt, men her synes ikke ambisjonsnivået å stå i forhold til sparsom faglig dokumentasjon om mulige effekter og økonomiske besparelser. Forebygging forutsetter langsiktig og tålmodig satsing kombinert med en sektorovergripende innfallsvinkel; det meste må trolig skje utenfor helsetjenesten.

I løpet av sin tilblivelse ble samhandlingsreformen stadig mer kommunefokusert og nærmest presentert som en kommunehelsereform. Samtidig som vi takker for tilliten, er det grunn til å mane til nøkternhet i vurderingen av hva kommunene er i stand til å påta seg – selv når de samarbeider gjennom interkommunale løsninger. Der hvor avstandene mellom kommunene er store, slik som i Nord-Norge, sier det seg selv at oppgavene vil bli krevende. Selv samarbeidende enheter med 20–30 000 innbyggere er beskjedne, sett i forhold til store foretak. Primary Care Trusts i England dekker til sammenligning et befolkningsmessig nedslagsfelt på 300–500 000 innbyggere.

Å utvikle intermedieære løsninger som kan substituere enklere sykehusbehandling, kan være en god idé – men det gjenstår å se om slike løsninger har potensial for det volum som meldingen legger opp til. Dessuten trenger vi mer erfaring og grundigere studier på dette området. De gode resonnementene som ligger til grunn for slike løsninger fortjener videre og tålmodig utprøving – dvs. en kunnskapsbasert tilnærming. På dette punkt kan statsråden behøve flere utprøvings- og lytteposter før man konkluderer. Og kanskje noen supplerende råd fra helsetjenestens utøvere?

I meldingen sies det mye klokt om helhetlige behandlingsskjeder og sammenhengende pasientforløp. Det dreier seg dels om logistikk og arbeidsflyt, men like mye om endring av fag- og organisasjonskulturer og om gjensidig respekt og kommunikasjon mellom ulike enheter og nivåer. Her kan det gjøres mye forbedringsarbeid uten at det behøver å koste mye penger. Anvendt på den rette måten, og med den nødvendige lydhørhet overfor konstruktive kritikere, kan stortingsmeldingen om samhandling legge grunnlaget for vesentlige og nødvendige kulturendringer i helsetjenestens mange ledd.

En kritisk forutsetning for å lykkes vil være å utdanne og rekruttere nok leger og helsepersonell med nødvendig kompetanse og ønskede holdninger til samarbeid. For fastlegene og kommunehelsetjenesten er det flott å bli verdsatt og oppgradert, men vi kan ikke sitte alene i førersetet for en samhandlingsreform. Vi trenger den likeverdighet som er nødvendig for et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

God høst og god samhandling. Eller skal vi like gjerne si samarbeid – slik vi gjorde før?

Mona Sævi

Utpostens
dobbeltime

Doktor i egen bygd

Åse Valla
INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE

Som ung skulle Åse Valla bli arkitekt, ikke lege. Da hun ble medisinstudent tenkte hun ikke på å bli allmennlege, og i alle fall ikke lege i egen bygd.

Tanken på å være lege for slekt og venner var lite fristende. I dag er 39-åringen fastlege og kommuneoverlege i hjemkommunen Hemnes i Nordland og bor med familien sin på gården Solheim på Valla, der hun vokste opp. Hva fikk henne til å velge som hun gjorde?

Valla ligger innerst i Ranafjorden sør i Nordland, omgitt av frodige marker og høye fjell. Etter fire sommeruker med sol og lite regn er det tørt mange steder i området, men i hagen hjemme hos Åse Valla blomstrer det godt og bringebærene er modne. Med kaffe i kruset, 26 varmegrader og sol fra skyfri himmel, nyter hun feriedagene fra legearbeidet. Siden 2002 har Valla vært fastlege i hjemkommunen. Etter hvert har hun også fått økende ansvar for samfunnsmedisinske oppgaver i stillingen som kommuneoverlege.

UTPOSTEN: Du hadde som ung helt andre planer enn å bli lege. Hva gjorde at du valgte å studere medisin?

– Egentlig planla jeg å bli arkitekt. Etter et par år i utlandet kom jeg inn på arkitektstudiene i Trondheim, men det var et vanskelig jobbmarked på den tiden og jeg ombestemte meg. Etter noen år med andre fag, bestemte jeg meg for medisin. Tanken på gode muligheter for jobb ble nok avgjørende for valget. Jeg kom inn i Trondheim og gikk på det første kullet med PBL (problembasert læring) gjennom hele studiet der. Og ettersom jeg hadde brukt så lang tid på andre ting, så kunne jeg jo ikke slutte når jeg først hadde begynt på medisinstudiene! Så da ble jeg lege.

UTPOSTEN: Under studiene, og i tiden etter, hvilke tanker hadde du da om hvordan yrkesfremtiden innenfor medisin kom til å bli?

– Som student syntes jeg kunnskapsmengden var stor og uoversiktlig, og jeg gledet meg til å kunne konsentrere meg om å bli riktig god i en liten del av medisinen. Å bli all-





Sommeridyll på Åse Vallas hjemgård, Solheim. FOTO: ANNE-KRISTIN STORKE

mennlege var derfor slett ikke planen. Tanken var nok å bli hudlege eller spesialist på et annet «lite fagområde», der det var mulig å kunne alt om lite. Men det er ofte tilfeldigheter som avgjør hvordan livet utvikler seg. Da jeg var ferdig med studiene i 1999 og skulle ut i turnustjeneste, hadde moren min fått Alzheimers sykdom og begynte å bli veldig dårlig. Jeg valgte derfor å bo hjemme på gården det året jeg var i turnus på sykehuset i Mo i Rana, både for å avlaste far og for å få være sammen med mor mens hun fortsatt bodde hjemme og kunne ha glede av det. Ole-Bernt, samboeren min som er sivilingeniør, fikk en stilling i Statkraft her i Hemnes i samme perioden. På den måten kunne vi bo her begge to, mens jeg gjennomførte sykehusturnus og distriktturnus på Mo.

– Det var da jeg var i sykehusturnus at jeg først fikk prøve å ha kjenninger som pasienter. Det var ikke noe problem, slik jeg hadde trodd. Det var faktisk ganske hyggelig, og tanken på kanskje å jobbe i Hemnes, ble mindre skremmende. Da jeg var ferdig i turnus, var jeg gravid og ettersom Ole-Bernt hadde ett år igjen i en jobb i Oslo, flyttet vi dit. Etter fullført svangerskapspermisjon fikk jeg tilbud om en fastlegehjemmel i Korgen, ti minutter å kjøre fra Valla. Ole-Bernt fikk fast jobb i Statkraft her, og med to gode jobber i vente, valgte vi å flytte tilbake. Vi overtok gården i 2002.

UTPOSTEN: *Hvordan har dere organisert legearbeidet i kommunen for å løse oppgavene med både fastlegearbeid på dagtid, vakt og offentlig legearbeid?*

– Hemnes er en liten kommune, med ca 4500 innbyggere og fire fastlegehjemler fordelt på to kontorer. Da en av fastlegene har fritak fra vakt, har vi i prinsippet tredelt legevakt i kommunen. Selv med telefonsentral på sykehuset på Mo, og en befolkning som etter hvert har blitt relativt godt oppdratt når det gjelder bruk av legevakt, er dette en uholdbar situasjon over tid. Siden 2003 har jeg og en annen kvinnelig kollega derfor delt et fastlegehjemmel, og samtidig vaktbelastningen. Det er veldig praktisk, vi jobber begge halve uken med kurativt arbeid. Vi bytter dager fra uke til uke, slik at hvis jeg en uke jobber med pasienter mandag og tirsdag, jobber jeg torsdag og fredag uken etter. På onsdager er alle tre legene ved kontoret til stede. På denne måten har vi en felles møtedag.

– Fordi vaktbelastningen er så stor, har alle legene som går vakt redusert stilling på dagtid. På vårt kontor jobber tre leger i to hjemler, og alle tre jobber mellom 60 og 70 prosent stilling på dagtid. Økonomisk vil legevaktkjøringen, selv om den er svært hyppig, aldri kunne dekke inn det vi taper på den reduserte jobbingen på dagtid. Med nullavtale med kommunen slipper vi å tenke på å dekke inn utgifter til drift av kontoret, avlønning av hjelpepersonell og lignende. Dette gjør nok regnskapet vårt enklere enn for de fleste andre selvstendig næringsdrivende. Samtidig gir det rom for fleksibilitet, som er viktig i en periode av livet der en har små barn. Ulempen er selvsagt at vi i mindre grad kan bestemme over organiseringen av driften og hvem vi til enhver tid jobber sammen med på kontoret.

– Med en stilling ledig og en vaktbelastning som allerede er for stor i følge de sentrale avtalene, har vi nesten kontinuerlig vikarer for å dekke vaktbehovet. Da er det ofte mulig for oss faste å gi bort noen vakter. Dette er for oss personlig en god avlastning, men om det er like bra for pasientene i kommunen, er jeg ikke så sikker på. Heldigvis skal den kommunale vaktordningen avvikles og erstattes av et interkommunalt legevaksamarbeid med Mo i Rana. Avstandsmessig vil ikke dette bli noe problem for det store flertallet av pasienter, men vi jobber fortsatt med å finne ordninger som sikrer god legeberedskap for sykehjemsbeboere og ved ulykker på E6 i kommunen. Dette vil imidlertid ikke bli organisert som en fast bakvaksordning, men heller som en «kollegial» avtale.

– Jeg ser veldig frem til å slippe dagens ordning med hyp-pige hjemmekvakter. Slik det er nå kan jeg for eksempel ikke sette en brøddeig eller være alene med barna når jeg er i vakt, og dette hemmer hele familien relativt ofte. Da er det bedre å være tilstede på jobb hele vakten og ha helt fri når jeg kommer hjem.

FOTO: ANNE KRESTEN STOKKE



UTPOSTEN: I tillegg til de rent praktiske forholdene, vil nok mange tenke at det kan være både sosiale og følelsesmessige utfordringer i den situasjonen du er. Som lege i egen bygd kan man kanskje bli «Legen» og lite annet?

– Folk er veldig flinke til å skille mellom meg som lege og som privatperson, slik at henvendelser på fritiden er svært sjeldne. På jobb opplever jeg at folk respekterer meg som lege, og ikke tenker på at de tidligere har vært lekekamera-tene mine, læreren min eller lignende. Man går inn i en rolle, får en annen holdning, sier ting på en annen måte, når man er på jobb. På mange måter tror jeg det er enklere for folk å se meg som lege i arbeidstiden og Åse på fritiden fordi jeg er vokst opp her – de er vant til meg og vet hvem jeg er.

– Men det ligger naturligvis i bakhodet at det en dag vil kunne være en av mine nærmeste jeg rykker ut til. Og den dagen det er jeg som kommer til det syke barnet til et vennepar og gjør en feilvurdering, eller det bare ikke er noe som kan gjøres – hvordan vil det bli? Spesielt i forbindelse med en situasjon har jeg tenkt mye på dette. En formiddag våren 2006 var jeg på kontoret for å levere utstyret etter en slitsom vakt. Jeg vurderte å ta helse-radioen og eventuelle uttrykninger hvis det skulle bli behov den dagen, selv om jeg hadde administrasjonsdag og det lå høye papirbunker og ventet. Det ble likevel en kollega som rykket ut da rød respons-alarmen gikk, med melding om en motorsykkelulykke i Korgfjell-tunnelen. I ettertid har jeg tenkt hvor tilfeldig det var. Det var faren min som kjørte motorsykkelen, og han døde dessverre som følge av ulykken. Jeg var i ettertid takknemlig for at jeg kunne være datter og pårørende, og ikke doktor midt oppi det hele.

UTPOSTEN: Når du har vokst opp og jobber med mennesker samme sted, sitter du sannsynligvis med mye uuttalt bakgrunnskunnskap om familier, holdninger, steder. Hva tenker du om dette i hverdagen – bruker du det bevisst?

– Jeg tenker at det er viktig å forvalte den bakgrunnskunnskapen jeg har på en riktig måte. Hvis man kan unngå å være for forutinntatt, er det flere fordeler enn ulemper. Hvis en pasient forteller at hun er fra en dal eller bygd i kommunen, forteller det meg en god del om hennes oppvekstkår. Familienavnet kan ofte også gi en del informasjon. Dessuten er det fantastisk å være i den samme sosiale konteksten som pasientene. Kontrasten til Oslo, der jeg jobbet tre måneder i allmennpraksis rett etter turnus, er slående. Jeg måtte legge om måten å kommunisere med pasientene på. For eksempel forsto ikke pasientene meg når jeg brukte nordnorsk ironi, de bare så rart på meg. Her oppe kjenner jeg mentaliteten. Dette gjør at konsultasjonen flyter mye mer uanstrengt og naturlig, og jeg tror dermed at også pasientene slapper bedre av og snakker lettere.



UTPOSTEN: I tillegg til fastlege er du kommuneoverlege. Hvordan har det vært å komme som ung kvinne i den stillingen?

– Frem til nyttår var vi tre leger som delte det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen, men det fungerte aldri i praksis. Fra nyttår overtok jeg alt det samfunnsmedisinske arbeidet, og har nå en kommuneoverlegestilling på 20 prosent. Jobben tilsvarer imidlertid en større stilling enn som så, ikke minst nå når vi jobber med pandemiberedskapen. Mens jeg som fastlege opplevde at det ikke var noe problem å være lokal, ung kvinne, har det tatt lengre tid å få grep om samfunnsmedisinen i kommunen. I årene før jeg flyttet hit var det lite fokus på samfunnsmedisin. Før det igjen var det den gamle distriktslegen, som hadde jobbet her i en mannsalder, som var kommunelege. Han dro nok med seg mye opparbeidet autoritet inn i stillingen som kommuneoverlege. De første årene leste jeg ofte i avisen om saker som var ferdigbehandlet uten at jeg hadde fått uttale meg. Jeg ble sjelden innkalt til møter der et samfunnsmedisinsk blikk kunne vært nyttig, og opplevde derfor at kommunen ikke var så interessert i å ha en velfungerende kommuneoverlege. Kanskje er det utfordrende for administrasjon og politikere å forholde seg til en kommunelege, fordi vi faktisk har lov til å være «opponenter» på et fagmedisinsk grunnlag?

– Litt etter litt har ting endret seg. Jeg ser mer og mer betydningen av å kunne påvirke lokalsamfunnet, her hvor barna

våre skal vokse opp, i en riktig retning. På mange måter går samfunnsmedisin og politikk hånd i hånd. Det har også blitt flere henvendelser og nå får jeg de møteinnkallingene jeg skal ha. Men jeg merker at det tar tid å forme rollen. Jeg håper ikke at enhver ung lege i en samfunnsmedisinsk bistilling må gå opp den samme veien som jeg har gjort! En av mine store forhåpninger til samhandlingsreformen er at både vi og kommunene skal få tydeligere retningslinjer for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen, og at vi blir sett på som en ressurs og en samarbeidspartner.

– Hadde det ikke vært for kommuneoverlegeforumet her på Helgeland, som ble startet i 2004, tror jeg neppe jeg hadde fortsatt som kommuneoverlege. Vi møtes fem til seks ganger i året og diskuterer saker som gjelder helsetilbudet på Helgeland, hele spekteret fra forebygging til kurativ virksomhet. Inntrykket er at det lokale helseforetaket og Helse Nord ser på oss som en viktig høringsinstans, og dette oppleves som tilfredsstillende i en ellers nokså ensom og til tider frustrerende jobb. Vi bruker hverandre som rådgivere i vanskelige saker, og forumet blir også en «container» for frustrasjoner.

– Etter hvert som jeg har blitt mer interessert og vil lære mer om det jeg driver på med, har jeg startet i veiledningsgruppe i samfunnsmedisin. Men jobben tar mye mer tid enn de 20 prosentene jeg har, hvis den skal gjøres ordentlig.

Håpet mitt er derfor at kommunen skal øke stillingen til 40 prosent.

UTPOSTEN: Du nevnte at kommuneoverlegegruppen også blir et sted å få faglig fellesskap og støtte. Har du andre arenaer hvor du er engasjert?

– Jeg er med i en smågruppe på Mo og i den kollegiale støt-tegruppa i Nordland og har derfor litt kontakt med den lokale legeforeningen. I år er jeg også med på å arrangere et par kurs, det ene er en konferanse i regi av Kommuneoverlegeforumet for politikere, administrasjon og ansatte i hel-gelandskommunene, og det andre et kurs for kommune-overleger i regi av Nordland legeforening. Begge dreier seg naturlig nok om samhandlingsreformen. Til kurset for kommuneoverlegene har vi også invitert kommunelegene i Troms og Finnmark. Dette tror jeg blir et spennende kurs,

om hvordan vi som lokale samfunnsmedisinere i nord skal forholde oss til den kommende reformen.

UTPOSTEN: Du og Ole-Bernt har to sønner, på fem og åtte år. Ut fra det du forteller, er du kanskje en atypisk småbarns-mor?

– Det har jeg ikke tenkt så mye på. Selv om jobben inne-bærer mye ansvar og krever mye tid, har jeg også stor flek-sibilitet. Jeg kan bytte arbeidsdag med kollegaen min eller rett og slett la være å sette opp pasienter hvis jeg trenger å ha fri en dag. Allmennpraksis passer egentlig bra med å være småbarnsforeldre. Også faglig opplever jeg at det er svært tilfredsstillende å være allmennlege, å gjøre medisinske vurderinger og prioriteringer der folk hører til.

– Likevel er det nok gården og hjemstedet som gjør at vi bor her i dag – det er her jeg får fred i sjela.

Endringer i Utpostens redaksjon



Mona S. Søndena

52 år, fastlege og kommune-overlege i Sør-Varanger hvor jeg har vært siden distrikts-turnus i 1984. Spesialist i all-menn- og samfunnsmedisin. Har en bistilling hos Fylkes-mannen i Finnmark hvor jeg jobber med utdanning av spe-sialister i samfunnsmedisin. Var en periode aktiv i Finn-mark legeforening; først somstyremedlem, deretter som leder. Har i den senere tid vært styremedlem i Helse Finnmark HF, deretter i Helse Nord RHF.

Utdanningene som ung og nyutdannet lege sitter fort-satt i kroppen og jeg har derfor valgt å jobbe mye med veiledning av både allmennmedisinere og samfunns-medisinere. Dette er et lærerikt og inspirerende arbeid – det er flott å jobbe med unge mennesker når den tiden er passert for en selv. Som fastlege er det kommunika-sjon jeg er mest opptatt av; kommunikasjon som et ver-difullt og viktig redskap i min allmennmedisinske verktøykasse og som bærebjelken i et faglig fellesskap på jobb. Dette er et arbeid som både er utfordrende, inspirerende og lærerikt. Jeg har vært svært heldig å få lov til å være lege i et meget særpreget og flott fylke som er rikt på utfordringer av mange slag, men som også byr på fantastisk natur, flotte mennesker, et meget godt faglig fellesskap og rikelig med gode opplevelser. Når man blir tilbudt utfordringer av det kaliber jeg har vært

så utrolig heldig å få, samt velger å ta de utfordringene som dukker opp, blir livet spennende, lærerikt, men kanskje til tider også litt hektisk.

Utposten har vært en viktig inspirasjonskilde fra jeg var ferdig utdannet i 1982 og har vært viktig for meg som en slags realitetsorienterende krukke som aldri blir tom – det var i Utposten, i tillegg til sammen med gode kolleger, jeg fant trøst for hverdagens små og store frus-trasjoner. For meg var det derfor vanskelig ikke å si ja da jeg nylig fikk forespørsel om å være medredaktør nettopp i Utposten.

Mona

Karin Frydenberg

Vi har hatt utskifting i redaksjo-nen. Karin Frydenberg, allmenn-lege på Skreia, har takket av etter nesten fire års dugnadsinnsats i Utposten. Det har vært veldig spennende å jobbe sammen med henne. I tillegg til at hun har faglig tyngde og engasjement, så er hun et «fyrverkeri» av en dame! Hun er inspirerende, kreativ og har mye humor. Det gjør at hun makter å ha seriøst faglig fokus, også når det er hylende morsomt. Jeg har hele redaksjonen med meg når jeg takker henne for mange fine bidrag til Utposten, for gode lederegenska-per og samarbeidsevner. Det har vært flotte år sammen med Karin i redaksjonen.

Tove Rutle





ALLMENNMEDISINSKE 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.

Allmennmedisinsk akuttmedisin – empirien gjev rettleiing til handling

AV SVERRE RØRTVEIT

Utposten er eit tidsskrift som dokumenterer at det finst ei levande interesse for akuttmedisin i nokre miljø i den norske allmennmedisinen. Eg hugsar mellom anna eit entusiastisk referat frå Henningsvær-kurset i nr. 7/8-03, Mads Gilbert sin flammande og programmatisk artikkel i nr. 3-04, dessutan fleire bidrag frå Helen Brandstorp opp gjennom åra, inkludert intervju med akuttmedisinske eldsjeler i distrikts-Noreg. Seinast i nr. 3-09 uttrykkjer Nils Rune Nilsen og Harald Lystad i ein velskriven artikkel, bekymring både for at allmennlegane ikkje tek ansvar for akuttmedisinen, og for at AMK-systemet til dels pressar allmennlegane vekk frå feltet.

Akuttmedisinsk epidemiologi

I dette innlegget bringer eg materiale frå eit anna perspektiv, nemleg data frå ein studie med detaljert og fullstendig registrering av alle akuttmedisinske tilfelle i Austevoll kommune over ein to-års periode. Det dreier seg med andre ord om den allmennmedisinske akuttmedisinen sin epidemiologi, noko det ikkje er lett å finna stoff om andre stadar. Innlegget er basert på to artiklar i Tidsskrift for den norske legeförening nr 8/2009 (1, 2). Innbakt i refereringa av funn, har eg også gjeve vurderingar basert på desse data.

Austevoll er ein øykommune utan fastlandssamband, med 4400 innbyggjarar. Kommunen er liten og oversiktleg. På den tida me starta studien, hadde Austevoll ein liten stamme av entusiastiske legar og velfungerande, stabilt ambulansepersonell. I legetenesta har det vore ein mangeårig kultur for mobilitet, noko som viser igjen i ein atskilleg høgare frekvens av sjukebesøk enn landsgjennomsnittet, høgare deltaking i akuttmedisin, og, i den andre enden av skalaen, høgare fre-



Sverre Rørtveit

er kommunelege 2 i Austevoll kommune, og har deltidsstilling ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Spesialist i allmennmedisin. Han har forskningsinteresser innanfor område akuttmedisin i allmennmedisin og impetigo. Medlem av arbeidsgruppa som utarbeider nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetenesta. Er med-initiativtakar til nystarta forskingsprosjekt om epidemiologisk kartlegging av utviklinga av svineinfluensa-epidemien i nokre kommunar i Hordaland.

kvens av telefonråd som tiltak ved legevaktkontaktar. Desse forholda gjorde det mogleg å gjennomføra prosjektet.

Allmennmedisinsk lærdom nr 1:

I løpet av to år registrerte me 236 akuttmedisinske hendingar, med til saman 240 pasientar. Det tilsvarar 2,7 prosent av populasjonen per år. Det er to og ein halv gong meir enn ei undersøking basert på teljing frå ein AMK-sentral kom fram til. Det passar godt med at berre litt meir enn ein tredjedel av hendingane vart meldt til legen frå AMK-sentralen. Resten vart meldt direkte til legekontoret, via legevaktsentralen, eller andre kanalar.

Det betyr at ein norsk fastlege med vanleg listelengde vil koma bort i ei akuttmedisinsk hending annakvar veke eller oftare. Vel å merka dersom vedkommande organiserer seg slik at ho/han er tilgjengeleg for dei akutt farlege situasjonane som skjer med pasientane, og tek del i ordinær legevaktdordning. Altså, spørsmålet om legen eksponerer seg for dei potensielt akutt farlege hendingane. Dette er allmennmedisinsk lærdom nr 1: Allmennmedisinsk akuttmedisin inneheld eit stort tal hendingar.



Øykommunen Austevoll har både båt- og bilambulanse. Personellet er fra venstre: skipper Johnny Horgen, sjåfør Diana Troland og ambulanse-mann/matros Jostein Hoeland.

FOTO: SVENNE RØNNESTAD

Allmennmedisinsk lærdom nr 2:

Teljingar frå sjukehus, det vil seie frå AMK, underestimerer grovt kva som faktisk skjer av akuttmedisin ute i samfunnet. Det er i allmennmedisinen dei faktiske tilhøva kan kartleggjast.

Allmennmedisinsk lærdom nr 3:

Oversikt over dei diagnosene som legen mistenkte, frykta eller såg det som viktig å få utelukka, omfatta totalt 62 ulike ICPC-koder. Med andre ord er det ei stor variasjonsbreidde og eit stort mangfald av situasjonar ein kjem opp i, og som utgjer den allmennmedisinske akuttmedisinen. Det utgjer allmennmedisinsk lærdom nr 3.

Det er vanskeleg å få dette faktumet til å rima med at det mange stader i landet framleis er manglande formell, medisinsk kompetanse hjå ambulansepersonellet og dermed på den akuttmedisinske hendingstaden. Yrkestittelen ambulansearbeidar føreset tre års vidaregåande skule og deretter praksis. Mange er unge, utan særleg klinisk erfaring og har sett få pasientar, mange er så unge at dei ikkje har sertifikat for ambulansen eingong! Alle er likevel godt drilla i den avgrensa lista av prosedyrar dei skal meistre.

Det er eit paradoks for meg at mange av legekollegene mine meiner at ambulansepersonellet er meir kvalifisert enn dei sjølve i akuttsituasjonane, og at legane ikkje treng å ta del der. Det gjeld kanskje for dei få prosedyrane, men ikkje for det breie spekteret av tilstandar allmennpraktikaren har

diagnostisk kompetanse på. Det er ingen grunn til å nedgradere verdien av å sjå hundrevis av pasientar årleg, i forhold til at mange ambulansearbeidarar faktisk ser monaleg færre pasientar i løpet av eit år.

Allmennmedisinsk lærdom nr 4:

Kor skjeddde dei akuttmedisinske hendingane? I pasienten sin heim eller anna bustadhus i 71 prosent av tilfella, på veg eller i terreng i 11 prosent, på offentlig stad i åtte prosent, industriarbeidsplass eller i fritidsarbeid i seks prosent, på båt eller i sjø i fire prosent, og på legekontor i en prosent.

Dei første behandlingstiltaka vart gjort i heimen i 63 prosent av tilfella, i 79 prosent vart behandlinga starta på hendingstaden. I studien var legen første personell hos pasienten i 53 prosent av tilfella, ambulansefolka var først i 25 prosent og i 21 prosent kom dei samstundes. Akuttmedisinske hendingar er noko som skjer heime hjå folk og ute i samfunnet, og det er urimeleg at ikkje behandlinga skal starta der. Då må me vera der! Dette er allmennmedisinsk lærdom nr 4.

Allmennmedisinsk lærdom nr 5:

Ein viktig del av studien var høvet mellom alvorgraderinga ved meldingsmottaket og når ein deretter kom til pasienten og fekk undersøkt ho eller han. Alvorsvurderinga vart nedgradert i 43 prosent av hendingane. I 11 prosent av hendingane skjeddde oppgradering av alvorret, men nedgradering var altså fire gonger så hyppig og skjeddde i meir enn fire av ti tilfelle.

Nedgraderingsfenomenet er nok felles for den prehospitala akuttmedisinen og når pasienten kjem til sjukehuset sitt akuttinntak, men det blir sjeldan omtala og talfesta. Eg har ei kjensle av at det sannsynlegvis er litt flaut at ting ikkje er så alvorlege som først mistenkt, heltestatusen vår blir litt mindre når me ikkje heile tida gjer medisinsk avanserte saker.

Men det er ingen spøk for medisinske lettvektarar å avgjera at synsforstyringane til ein pasient dreidde seg om migræne med aura og ikkje hjerneslag, at barnet med krampar om natta hadde feberkrampe og ikkje var nær ved å dø, og at synkopetilfellet var av vasovagal karakter og ikkje trong sjukehusinnleggjing.

Mi oppsummering av dette er at medisinen generelt, og allmennmedisinsk akuttmedisin spesielt, har bruk for høg utelukkingskompetanse, ikkje berre høg tiltaks- og prosedyrekompetanse. Utelukkingskompetansen krev gode medisinske kunnskapar, det krev den medisinske profesjonen. Det er allmennmedisinsk lærdom nr 5.

Allmennmedisinsk lærdom nr 6:

Som ein del av dette aspektet inngår det å vita kva tid teknikk ikkje er viktig, kva tid det rett og slett er viktig å leggja prosedyrane vekk, fordi dei kan vera skadelege. Typiske eksempel er det viktige i ikkje å ta EKG av ein svært ung pasient med angst og brystsmerte, der god samtaleteknikk og epidemiologisk kunnskap sikkert kan utelukka alvorleg sjukdom, og det viktige i å ikkje gje O₂-tilføring til ein pasient med hyperventilasjonsanfall. Ofte må overivrige medarbeidarar hindrast i å iverksetja slike prosedyrar, og berre den legen som har ei viss breidde i den medisinske kompetansen sin, kan sørgja for at det skjer.

Det er allmennmedisinsk lærdom nr 6, betydninga av prosedyrenekting i nokre situasjonar.

Allmennmedisinsk lærdom nr 7:

At utelukkingskompetanse og prosedyrenekting er sentralt, betyr det at prosedyrekunnskap ikkje er viktig? Sjølv sagt ikkje.

Dersom me ser heilt konkret på prosedyrar som vart gjort med pasientane i Austevoll, så kan me kanskje utkrystallisera den allmennmedisinske akuttmedisinen sitt daglege brød. Sjå tabellen.

Innleggjing av venekanyle, gjeving av intravenøse medisinar, administrering av oksygen, EKG-taking og overvaking av hjarterytme med skop, var dei tiltaka som vart gjort spesielt hyppig, og i Austevoll var det legen som iverksette desse tiltaka minst like ofte som ambulansepersonellet.

Neste allmennmedisinske lærdom frå studien vår kan då vera at vekt bør leggjast på å skaffa seg ei basal meistring av desse tiltaka. Det kan bety skilnaden mellom om legen føler at «dette greier eg, eg må læra meir» på den eine sida, og «dette greier eg ikkje, det er best eg finn meg ein jobb der eg ikkje kjem bort i akuttmedisin» på den andre sida. Venekanylering, kunnskap om O₂-flaska med ventilar og masker, gjeving av akuttmedikamenter og EKG og hjarteovervaking, er det som allmennmedisinen bør satsa på å læra seg og beherska, i tillegg til basal meldingsteneste på helseradio.

Kanskje bør me vera skarpere i å avvisa at store delar av den mentale kapasiteten på kurs i akuttmedisin for legar skal gå med til innstikkstadar og ventilmekanismer ved trykknemothorax, cricothyrotomi og innlegging av sentralt venekateter.

I akutsituasjonen har det stor betydning for det psykologiske forløpet om pårørende, tilskodarar og pasient ser at legen har eit nokolunde flytande og planmessig grep om korleis han skal gjera desse vanlegaste akuttmedisinske

TABELL 1. Spesielle prosedyrar utført første og andre behandlingstid (prosent av 240 pasientar)

	Første behandlingstid	Tilleggsbehandling andre behandlingstid
Prosedyre	%	%
Venekanyle	37	10
Luftvegstilsk inkludert O ₂	37	7
Medikament iv/im/sc	29	5
EKG-taking/rytme-overvaking	28	5
Stabilisering av fraktur og ryggstøyle	6	1
Inhalasjon av medikament	4	1
Hjarte-lungeredning	3	0
Andre	4	1



Turnuslege Øystein Espeland Karlsen med: defibrillator, O₂-ekkk, legesvaktsekk, akuttesekk og EKG-apparat. FOTO: SVENNS RØNTGEN

prosedyrane. Dette verkar attende på legen sitt ry og rykte i lokalsamfunnet, og står i vekselverknad med legen si kjensle av suksess eller fiasko.

Allmennmedisinsk lærdom nr 7 er altså å fokusera på kva som eigentleg er dei viktige kunnskapane for allmennmedisinsk akuttmedisin. Nokre vil meina at dette var ei overforenkling av realiteten. Tabellen viser at det blir gjort andre prosedyrar også. Men ein viss tryggleik i basiskunnskapane er antakeleg grunnleggjande for at legen skal kunna gå vidare i den akuttmedisinske prosedyrepymiden, der toppen kanskje består av avansert hjarte-lungeredning og medisinsk leiing av skadestadsarbeid. For å kunna retta dei akuttmedisinske kursa inn på allmennmedisinen sitt behov, bør me ikkje ta rolla som passive diffusjonsmottakarar frå utstyrsfabrikantar og anestesilegekorps.

Litt om metode

Dei lesarane som har greid å halda koken heilt til no, skal belønnast med nokre linjer om metoden for studien. Lege og ambulansepersonell fylte ut kvar sitt registreringsskjema straks etter kvar akuttmedisinske hending. For legen inneheldt skjemaet 84 spørsmål og for ambulansepersonellet 29 spørsmål. Me registrerte data om hendingsstaden, første og andre behandlingsstad, den medisinske behandlinga, om

det var legen eller ambulansepersonellet som gjorde det, data om kommunikasjon og ulike praktiske forhold og eventuelle problem under behandlinga og transporten.

Spesielt la me vekt på å få ei vurdering av kor alvorleg den aktuelle situasjonen vart vurdert av legen og ambulansepersonellet ved to tidspunkt: Først ved mottaket av meldinga om situasjonen, dernest ved den faktiske undersøkinga av pasienten.

Hovudinklusionskriteriet var hendingar der legen ved det primære meldingsmottaket vurderte pasienten sin tilstand slik at ho eller han måtte leggja all anna pågåande aktivitet til side og rykkja ut til pasienten straks. Med andre ord ein subjektiv definisjon.

Er akuttmedisinen vårt bord?

Mange meiner at det ikkje er det. Det er ei kjent sak at ein passiv og til og med fráverande tendens ser ut til å ha utvikla seg mange plassar, me høyrer utsegner som «hos oss lar me ambulansen ordna opp» og «dei går rett til akuttmottaket» og av og til: «akutte hendingar skjer veldig sjeldan i vårt nærmiljø». Nilsen og Lystad uttrykkjer stor bekymring for dette i Utposten nr. 3-2009, dei meiner definitivt dette er vårt bord, og eg er heilt samd i det.

Korleis kan utviklinga snuast? Det er ein god ting at kurs i akuttmedisin er kome inn som eit obligatorisk element i utdanninga til spesialiteten, og det er ein god ting at Handlingsplanen for legevakt (3) foreslår obligatorisk legeutrykking ved raude responsar, i tillegg til at sjukebesøk skal gjenopprettast som eit reelt tilbod.

Eg har to moment som eg vil fokusera på, som kan ha noko å gjera med allmennlegane si deltaking i feltet. I det første momentet er eg meir ein synsar enn i det andre momentet, som har belegg i data frå studien.

1) Legen vil føla seg meir fortapt enn nødvendig i akuttsituasjonen dersom ho/han i alle andre situasjonar enn raudrespons-utrykking gjer legearbeidet sitt på legekontoret eller legevaktstasjonen. Legen må faktisk utstyra seg for og organisera seg for å vera mobil og koma seg ut til pasientane, også når det «berre» gjeld mindre hastande tilstandar, men der sjukebesøk kan vera ei gunstig kontaktform. Tenk gjerne på dei svært gamle pasientane med akutt infeksjonsproblematikk, men også på andre aldersgrupper med betydeleg nedsett allmenntilstand.

Eg høyrer mange motargument frå kolleger, om kor vanskeleg det skal vera å gjera ein god jobb heime hos pasien-

ten, fordi det er veldig tungvint å bringa moderne diagnostisk utstyr med seg.

Dette er etter mi meining eit reint kultur- og tradisjons-spørsmål. Det er ikkje vanskeleg å bringa med seg dagens enkle laboratorieutstyr eller EKG-apparat ut til pasienten, eg synast det er lett som berre det. Evne til å vera mobil, mental og utstyrmessig beredskap til å yta legejobben sin hos pasienten, trur eg utgjer ein del av den nødvendige treninga for at legen skal kunna yta noko positivt i akutsituasjonane. Omstilling for mange? Ja. Vanskeleg? Overhøvd ikkje, det er eit haldningsspørsmål.

2) Det andre momentet er at me ikkje må gjera den allmennmedisinske akuttmedisinen vanskelegare enn nødvendig. Her er eg redd for at eg må polemiserer mot kolleger som har same ønskje som meg, at allmennmedisinarane skal ta ansvar for akuttmedisinen i lokalsamfunnet rundt seg.

Eg synast Nilsen og Lystad i artikkelen sin i nr. 3/2009 fokuserer for mykje på:

- tilstandar som er svært dramatiske og sjeldne, og treng avansert utstyr for diagnostikk
- at avanserte enkelt-tiltak (eller kombinasjon av tiltak) verkar direkte livreddande
- at ambulansepersonellet har høg kompetanse og er dei som ordnar opp, medan legane er urøynde og forkomne i situasjonane.

Eg meiner at:

- i røynda er det svært sjeldan at akuttutrykkingar viser seg å resultera i at ein finn ein pasient i direkte overhengande livsfare, så sjeldan at det ikkje er rimeleg å fokusera så sterkt på det
- avanserte enkelt-tiltak som er spontant livreddande, er noko som ein lege opplever uhyre sjeldan i karrieren sin, og faktisk også ambulansepersonellet, og
- at me ikkje har empirisk belegg for å meina at ambulansepersonellet generelt sett har veldig god akuttmedisinsk kompetanse.

Eg har i dette innlegget forsøkt å få fram litt om den faktiske variasjonsbreidda i tilstandar, kva for behandlingssmessige tiltak som har vore aktuelle i vår kommune, og eg har forsøkt å framheva at den spesifikke legekompetansen dreier seg ikkje minst om å utelukka alvorlege tilstandar og avverga skadelege tiltak. Me kunne kalla det klokkskapsdimensjonen i akuttmedisinen. I klokkskapsdimensjonen har prosedyrekunnskap og utstyr ein sentral plass, men det skal balanserast mot det som i røynda viser seg å vera behovet.

Referansar

- Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Sverre Rørtveit, Steinar Hunsbår. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129:738-42
- Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Sverre Rørtveit, Steinar Hunsbår. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129:735-7
- ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 75 s., 2009

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sverre.rortveit@austevoll.kommune.no

FAGSEMINAR I SYKEHJEMSMEDISIN

STED: Bergen Røde Kors Sykehjem,
Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen

TID: Torsdag 22.10.2009
og fredag 23.10.2009

LÆRINGSMÅL: Øke kompetansen
og interessen for lindrende
behandling i livets siste fase. Helhetlig tilnærming
med fokus også på ikke-medikamentelle tiltak.

MÅLGRUPPE: Leger, allmennleger, leger som arbeider i
sykehjem og geriatere

KURSARRANGØR: Verdighetsenteret ved Bergen Røde Kors
Sykehjem, Bergen

KURSKOMITÉ: Stein Husebø/Lege og leder for Verdighet-
senteret, Gerd Torbjørg Åmdal/Lege ved Verdighet-
senteret og overlege ved Bergen Røde Kors Sykehjem

GODKJENNINGER: Allmennmedisin: godkjent med 16 poeng
som emnekurs/klinisk emnekurs i geriatri/sykehjems-
medisin til videre- og etterutdanningen.

GERIATRI: Godkjent med 16 timer som valgfritt kurs for
leger under spesialisering og for spesialistenes etter-
utdanning.

KURSAVGIFT: 2500 kr som inkluderer lunch begge dager
ANTALL DELTAKERE: max 25

PROGRAM: Se på www.verdighetsenteret.no under
kurs eller du får det av koordinator Inger Wilhelmsen
Seljestad. Programmet er også på Legeforeningens
nettside.

PÅMELDING: til Inger Wilhelmsen Seljestad, koordinator,
Tlf.: 55 39 77 41 / 416 36 184,
E-POST: koordinator@verdighetsenteret.no

VELKOMMEN TIL KURS I BERGEN!



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE



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

Barn sover gjerne tolv timer.

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

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

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

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

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



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

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

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

Fucithalmic®
Fusidinsyre

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

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

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

Samhandlingsreforma – i korte trekk

AV LISBETH HOMLONG

Fleire fastlegar, større kommunalt ansvar for førebyggjing og rehabilitering, etablering av økonomiske insentiver for å stimulere kommunene til å gi betre og meir effektive helsetenester, koordinerte tenester for pasientar med samansette lidningar og utvikling av IKT-system for å effektivisere og kvalitetsforbetre helsetenesta – dette er nokre sentrale element i samhandlingsreforma som helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen la fram i sommar.

Stortingsmeldinga tek mellom anna til orde for å opprette eigne helsekoordinatorar for pasientar med komplekse behov, meir offentleg arbeid for fastlegane, utbyggjing av kommunale lærings- og meistringsentra for risikantar og kronikarar og utarbeiding av ein såkalla nasjonal kjernejournal. Kva vil så dette få å seie for allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid?

Bakgrunn og formål

Samhandlingsreforma er den siste av ei lang rekkje store reformar i Helse-Noreg dei siste 10–15 åra. Det byrja i 1996, med dåverande helseminister Gudmund Hernes, som innførte innsatsstyrt finansiering av helsetenester. Utgangspunktet var då som no, dårleg utnytting av tilgjengelege ressursar, lange ventelister, store regionale forskjellar og frykt for svære kostnadssprekkar i framtida. Seinare har vi fått innført vurderingsgaranti, pasientrettighetslov og fastlegeordning, gått frå fylker til regionalt samarbeid og vidare til statleg eigarskap. I 2008 var utfordringane likevel dei same som 12 år tidlegare: ventelister, kostnadsvekst og for store regionale ulikskapar. Tida var dermed mogen for nye tiltak!

I august i fjor presenterte så helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen planen om å utarbeide ei ny reform for helsetenesta. Etter å ha tiltrådt som statsråd tidlegare same år, brukte han ei veke på å reise land og strand rundt for å «ta pulsen» på Helse-Noreg. Diagnosen vart stilt og

gav utgangspunktet for ideen om samhandlingsreformen, som er tenkt å bote på det som regjeringa meiner er hovudutfordringane i det norske helsevesen på sikt: fragmenterte tenester med behov for koordinering, for lite fokus på førebyggjing og avgrensning av sjukdom og sist, økonomisk bereevne. Det vart sett ned ei breidt samansett ekspertgruppe som skulle hjelpe ministeren med arbeidet. Resultatet vart presentert i juni i år; i ei stortingsmelding med slagordet «Rett behandling – på rett sted – til rett tid».

Koordinerte helsetenester

Det er eit solid dokument vi har fått i fanget, det er omfattande og grundig gjort greie for dei definerte hovudutfordringane, kva mål ein har med arbeidet, og ei lang rekkje tiltak er foreslått for å nå desse måla. Eit sentralt poeng er at mange pasientar med samansette lidningar i dag opplever at dei fell mellom to stolar. Dette gjeld til dømes psykisk sjuke, rusavhengige, pasientar med sjukeleg overvekt, diabetes-, hjartesvikt- og KOLS-pasientar. Reformen har som mål å sikre at desse gruppene skal få betre koordinerte helsetenester. Det er her fokusert på det ein kallar pasientforløp, altså at brukaren skal møte eit heilskapleg behandlingsforløp prega av kontinuitet og samordning, herunder meir bruk av individuell plan og forslag om ein personleg pasientkoordinator.

Risikogrupper for å utvikle slike sjukdomar skal også prioriterast: det skal satsast på primærførebyggjing ute i kommunene. Det er tenkt at fastlegane skal yte meir på dette feltet, men også det kommunale helseapparatet for øvrig, i form av utbyggjing av helsestasjon og skule-helseteneste, likeeins etablering av lågterskeltilbod for helse- og risikantar. Den økonomiske biten er sentral her; det viktigaste grepet er å flytte finansieringsansvar frå stat til kommune. Dette skal motivere kommunene til å satse på førebyggjing, for å unngå bruk av dyre sjukehusenester. Dette medfinansieringsansvaret inneberer også at kommunene får økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasientar, noko som skal stimulere kommunene til å satse på pleie- og omsorgstenester lokalt. Eit døme er etablering av intermediær-avdelingar for utskrivningsklare pasientar. Det er for øvrig også foreslått å endre finansieringsordninga for sjukehusa, til større grad av rammefinansiering – dette for å hindre ikkje naudsynte sjukehusinnleggjingar og leggje betre til rette for behandling i kommunen.

Flere fastlegar og økt IKT-satsing

Fleire fastlegar er eit sentralt element i styrkinga av kommunehelsetenesta. Det er ønske å auke talet på fastlegar med 50 prosent. Det er mellom anna tatt til orde for at meir tid skal brukast på allmennmedisinsk offentleg arbeid, deltaking i rehabilitering samt arbeid i lærings- og meistringssentra. Kompetansebygging for å styrke portnerfunksjon og vurderingskompetanse på legevakt er også nemnt, samt sterkare kommunal styring av både fastlegen sine offentlege oppgåver og den kurative verksemda.

Eit viktig og visjonært tema i reformen er satsing på IKT. Målsetjinga er at elektronisk kommunikasjon skal vere den normale måten å utveksle informasjon på. Regjeringa vil satse på å styrke styringa av feltet, vurdere å innføre tidsfrister for oppkobling til norsk helsenett og utgreie utvikling av ein nasjonal kjernejournal. Dette skal vere ei IKT-løysing med ei avgrensa mengde kjerneopplysningar om pasienten, informasjon som autorisert helsepersonell kan få tilgang til.

Endra oppgåvefordeling?

Hovudpoenget med samhandlingsreforma er altså at det over tid må utviklast eit betre samarbeid mellom dei ulike aktørane i helse- og omsorgstenesta. I gjennomføringa av reforma skal det etter planen leggast vekt på langsiktighet, og at endra oppgåvefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetenesta må skje kontrollert. Når kommunene skal påta seg nye oppgåver, er det meininga at kompetanse- og rekrutteringsmessige føresetnader skal vere på plass på førehand. Det skal også sørgjast for at kommunene får dei naudsynte midla til å kunne gjennomføre tiltak. Målsetninga er at oppfølgjande lovproposisjonar skal fremjast i 2010 og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten skal vere på plass i 2012.

Stortingsmeldinga har mange gode intensjonar og ei rekkje konkrete tiltak er føreslått, og dersom alt vert gjennomført vil det medføre omfattande endringar i helsevesenet si organisering. Tidlegare reformer har som nemnt ikkje løyst problema dei var tenkt til. Kva kan så gå gale denne gongen? Kompetansemangel i kommunene kan bremse arbeidet. Mange bekymrar seg for den økonomiske biten. Å få til samarbeid med fastlegane er sjølvstendig viktig, og signala om sterkare kommunal styring over både arbeidsmengde og arbeidsform, er kontroversielt. Forskning viser dessutan at fleire fastlegar kan få motsett effekt på trykket i høve til spesialisthelsetenesta, enn det som er intendert, idet fleire tilviste pasientar i sum går opp. Primærførebygging på individnivå versus folkehelsearbeid på befolkningsnivå, er også eit tema til diskusjon, for vert vi eigentleg friskare av at fleire fastlegar fortel oss kva som sunt og usunt? Kanskje må politikarane her ta styring på eit heilt anna nivå i samfunnet?

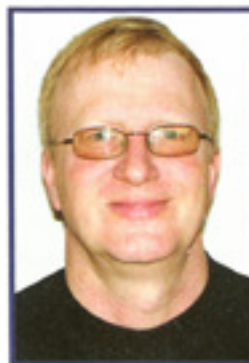
SAMHAN

I dette nummeret av Utposten omtales hovedpunktene i samhandlingsreformen som ble lagt frem tidligere i år. Hva mener så legene om innholdet i stortingsmeldingen – og hvilke endringer kan man forvente eller håpe på? Vi har bedt seks kolleger i ulike stillinger og landsdeler om å meddele sine synspunkter ved å besvare følgende spørsmål:

1. Hva anser du som hovedpoenget med samhandlingsreformen?
2. Hvilken gjennomslagskraft tror du reformen vil få?
3. Hvilke endringer forventer du i norsk helsestell etter samhandlingsreformen?
4. Hvordan kan reformen få konsekvenser for din legehverdag og din arbeidsarena?

Trond Egil Hansen

Overlege ved Longyearbyen rykeshus, Svalbard og leder av Allmennlegeforeningen



1. Stortingsmeldinga har undertittelen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Det er vanskelig å være uenig i det. Det er også lett å være enig i de hovedutfordringene samhandlingsreformen peker på: at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok (fragmenterte tjenester); at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom; at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

DLINGSREFORMEN

— hva forventer legene?

Så langt, så vel. Dette må gis tilslutning. Reformen er imidlertid svakere på forslagene til løsninger. Noen av hovedgrepene vil kunne gi bedre helsetjenester, så som større grad av pasientmedvirkning, styrking av kommunehelsetjenesten for i større grad å oppfylle LEON-prinsippet samt bedre og mer helhetlige pasientforløp. I samhandlingsreformen er dette imidlertid omtalt som tiltak ikke bare for å gi bedre helsetjenester, men også for å begrense utgiftsveksten i helsetesenet. Det er lite realistisk.

Stortingsmeldingens tro på forebyggende tiltak i helsevesenets regi er sterkt overdrevet. Forebyggende og helsefremmende arbeid må omfatte beslutninger og tiltak i alle samfunnssektorer, og kan føre til at flere holder seg friske lengre, men kan ikke forventes å gi innsparinger i helsevesenet – verken på kort eller lengre sikt. En styrking av primærhelsetjenesten må dessuten i første omgang forventes å gi et større henvisningsvolum til spesialisthelsetjenesten, ved at pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester blir identifisert raskere.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også bli en svært krevende øvelse. Det er stor sannsynlighet for at dette blir «svarteper»-penger. Midlene blir kanalisert gjennom kommunen, men kommunen vil i realiteten ikke ha noen råderett over disse pengene, da pasientenes rett til spesialisthelsetjenester må oppfylles. Kommunen vil få et rasjoneringsansvar som blir umulig å ivareta.

2. Jeg tror at samhandlingsreformen vil bli fulgt opp med videre utredninger, og at resultatene av disse utredningene vil avgjøre reformens gjennomslagskraft. Mange av tiltakene er lite konkretisert i stortingsmeldingen. Om reformen bør få gjennomslag, kommer an på om disse utredningene munner ut i virkemidler som faktisk gir de resultatene som ønskes. Det er et viktig anliggende å få de ulike ledd i helsevesenet til å fungere godt sammen til pasientens beste. Det krever enighet om ansvars- og oppgavedeling, og kapasitet og prioritering må være avstemt hos de instanser som skal samhandle. Det betyr at slagordet «ingen nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten» må legges vekk,

da også områder i spesialisthelsetjenesten med kapasitetssvikt må styrkes. Primærhelsetjenesten trenger en robust spesialisthelsetjeneste å samhandle med.

Vi trenger finansieringsordninger som fremmer kvalitet og gode prioriteringer i hele helsetjenesten, herunder samhandling til beste for pasienter med sammensatte behov. Noen av insentivene som samhandlingsreformen nevner, vil være direkte destruktive – som en dreining av finansieringsordningen for fastlegeordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster. Det vil pasienter med store behov for legetjenester tape på.

3. Også her vil svaret bero på resultatene av de videre utredningene som stortingsmeldingen legger opp til. Eventuelle endringer vil neppe skje med det første, men etter hvert. Som nevnt tror jeg at innsparingene som meldingen antyder, aldri vil komme. Det kan bringe reformen i miskreditt, selv om mange av forslagene vil kunne føre til bedre helsetjenester dersom de blir fulgt opp med hensiktsmessige virkemidler.

4. For mitt nåværende arbeidssted, Longyearbyen sykehus, vil ikke reformen få noen betydning. Svalbard har på grunn av beliggenhet og samfunnsstruktur helt spesielle behov. Longyearbyen sykehus leverer både primærhelsetjenester og sykehustjenester til den norske befolkningen på Svalbard, til besøkende og turister på øygruppen samt turister og fiskere i farvannene rundt. I Longyearbyen er det hensiktsmessig å ha en slik fullintegrert løsning, som samtidig betyr at vi ikke har liknende samhandlingsutfordringer som på fastlandet.



Anne Grethe Olsen

Kommunaleoverlege i Hønefoss

1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen anser jeg å være å redusere veksten i utgiftene til helsesektoren. «Vi ønsker 'litt mindre meir' vekst i utgiftene til helsetjenester», sa helseministeren under arbeidet med refor-

men. For å få dette til ønsker man at pasientene til enhver tid behandles på laveste effektive omsorgsnivå, blant annet ved at det opprettes behandlingsenheter hvor kommunene har behandlingsansvaret for pasientene, og ved at det også blir et kommunalt medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Forebyggende helsearbeid skal også prioriteres høyere, for å begrense økningen i antall kronisk syke og skadde – og derved redusere behandlingsutgiftene.

Mangelfull samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, dårlig koordinering av tjenester, for lite forebyggende arbeid og en økning i tallet på pasienter med kroniske sykdommer er beskrevet som framtidens helse- og omsorgsutfordringer. Det er disse utfordringene samhandlingsreformen skal bidra til å finne gode løsninger på. Jeg er usikker på om det er det samfunnsøkonomiske perspektivet eller pasientperspektivet som har vært drivkraften bak reformen, men jeg håper selvsagt at de har gått «hånd i hånd» gjennom prosessen. Da kan vi kanskje oppnå en sømløs helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet på alle nivåer. Det vil være kostnadseffektivt, men om det gir besparelser gjenstår å se.

2. Gjennomslagskraften vil avhenge av hvilken regjering som skal følge opp reformen, hvilken «oppbacking» kommunene får til å utvikle gode samhandlingsløsninger, hvor god tid man får til utviklingsarbeidet og i hvilken grad spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanseoverføring. Noen kommuner har allerede gode samhandlingsarenaer med spesialisthelsetjenesten og nabokommunene, og kan videreutvikle disse. Andre kommuner står på «bar bakke» og trenger tid til å finne ut av hvilken samhandlingsmodell som passer best for å gjennomføre gode prosesser lokalt.

Det er viktig at kommunene blir eiere av prosessene rundt utviklingen av samhandlingsløsninger. Interkommunale avtaler, lokalisering av samhandlingsenheter, tilknytning til sykehus, bemanning og ressursutnyttning er temaer som kommunene må få tid til å finne ut av. Dersom tidsfaktoren ved innføring av samhandlingsreformen blir for knapp, vil vi sannsynligvis få dårligere løsninger – noe som kan svekke reformens gjennomslagskraft og forverre behandlingstilbudet til pasientene.

Spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi reformen gjennomslagskraft ved å være «på tilbudssiden» hva gjelder kompetanseoverføring, opplæring, ambulante team osv. Dette vil være avgjørende for god kvalitet i de kommunale behandlingsenheterne.

3. Jeg forventer at samhandlingsreformen vil styrke både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Styrk-

ingen av kommunehelsetjenesten må skje ved å tilføre økonomiske ressurser, «friske penger» til nye oppgaver. Styrkingen av spesialisthelsetjenesten vil ligge i en flytting av oppgaver fra sykehusene til kommunene, slik at spesialisthelsetjenesten får frigjort ressurser til å gi mer spesialisert behandling. Flytting av oppgaver, økt satsing på forebyggende helsearbeid og nye finansieringsmodeller vil føre til endringer i norsk helsestell i form av nye samarbeidsformer, herunder økt interkommunalt samarbeid, mer kompetanseoverføring mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og utvikling av nye arenaer for forebyggende helsearbeid. Vi vil måtte få strukturendringer både i kommunene og på sykehusene.

Kommunale behandlingsenheter beliggende i sykehus krever gode løsninger og avtaler, det samme gjelder interkommunale enheter. Man må avklare hvilke personellgrupper som skal jobbe i disse enhetene, og hvilken kompetanse de skal ha.

4. Samhandlingsreformen kan få store konsekvenser for Hammerfest kommune. Vi er vertskommune for Hammerfest sykehus, og har verken sykestueplasser eller lokal samhandlingsenhet. Vi trenger derfor tid til å planlegge en lokal samhandlingsenhet, gjerne i samarbeid med nærliggende kommuner. Planleggingen må også skje i nært samarbeid med sykehuset, da det kan være hensiktsmessig at en interkommunal samhandlingsenhet er samlokalisert med Hammerfest sykehus. Gode løsninger avhenger av at man får tid til gode prosesser. Som kommuneoverlege og samfunnsmedisiner vil jeg ha en viktig rolle i planleggingsfasen, innføringsfasen og oppfølgingsfasen av reformen.

Når det gjelder det forebyggende helsearbeidet – som kommunene skal gjøre mer av – så kan ikke dette hvile på fastlegene og kommuneoverlegene alene. Både skoler, barnehager, politi, teknisk sektor og sosialtjenesten tar beslutninger som påvirker folkehelsen. Økt fokus på forebygging og flere samarbeidspartnere innen denne arenaen, kan gjøre arbeidet enklere for oss som jobber med individrettet forebyggende arbeid og helseopplysning i større målestokk.

Min legehverdag etter innføring av samhandlingsreformen vil sikkert bli annerledes. Jeg håper på økt behov for og etterspørsel etter min samfunnsmedisinske kompetanse, og jeg tror at jobben som fastlege kan bli enda mer spennende. Jeg tror at vi som jobber i primærhelsetjenesten er klare for nye oppgaver, dersom oppgavene føles meningsfulle og til nytte for pasientene og befolkningen.

Torbjørn Uhre

Fastlege og tidligere kommunaleger i Alta, Nordland



1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen er etter min mening å gi pasientene bedre helsetjenester med en mer effektiv og knirkefri samhandling mellom tjenestenivåene. Bedre elektronisk samhandling er et av tiltakene som kan fasilitere samhandlingen. LEON-prinsippet står sentralt i min forståelse av effektiv pasientbehandling.

Prinsippet er viktig for å forhindre overforbruk av helsetjenester. En undergraving av LEON og av henvisningsplikten i helsetjenesten vil garantert svekke våre muligheter til å håndtere endringer i sykdomsbildet som kommer og som ellers vil kunne true samfunnets økonomiske bærekraft. En annen stor utfordring er å øke innsatsen innen forebygging og begrenning av sykdom, men jeg er ikke sikker på at de grepene samhandlingsreformen legger opp til, er i stand til å løse de oppgavene man her står overfor.

2. Dette avhenger blant annet av hvordan vi setter primærhelsetjenesten i stand til å løse de oppgavene man kan håndtere på dette nivået. Vi trenger gode rammevilkår som sikrer rekruttering av dyktige leger til primærhelsetjenesten, og vi er avhengig av et utdanningssystem som gjør nyutdannede leger trygge nok til å utrede pasientene ambulant og behandle de fleste i primærhelsetjenesten. Legene må også ha kunnskap og erfaring nok til å tørre å bruke tiden som et diagnostisk hjelpemiddel, når de står overfor umodne sykdomsbilder – istedenfor å henvise for sikkerhets skyld, noe som raskt fører til at spesialisthelsetjenesten drukner i unødvendige henvisninger. På den måten kan man sikre at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å løse sine oppgaver raskt og effektivt.

3. Jeg forventer en styrking av primærhelsetjenesten, med rammevilkår som gjør at godt skolerte leger søker seg til allmennpraksis og forblir der! Jeg forventer også at myndighetene innser at primærlegene alene ikke kan forebygge de nye store folkesykdommene, uansett hvor mye kommunalt arbeid vi blir satt til å gjøre. De viktigste grepene for å forebygge sykdom og skader må tas av våre politikere, ved at de utformer en politikk som virker helsefremmende innen for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Et glimrende eksempel på politikerstyrt folkehelsearbeid er endringene i forskriften til tobakkskadeloven, som på sikt vil ha positive konsekvenser for utviklingen av KOLS og andre lunge- og hjertesykdommer.

4. Jeg håper og tror at reformen skal bidra til en bedring av folkehelsen, også i min kommune hvor vi i mange år har satset på forebyggende helsearbeid og miljørettet helsevern. Eksempler på det er tobakksforebyggende arbeid og tiltak for fysisk aktivitet og bedre ernæring, blant annet ved å ansette klinisk ernæringsfysiolog og diabetessykepleier. Samhandlingsreformens satsing på forebygging gir derfor ikke noen grunn til å tro at det skal skje store forandringer i kommunens forebyggende arbeid. Jeg tror at de største effektene innen forebygging vil komme av tiltak som ligger utenfor kommunens og kommunehelsetjenestens ansvarsområde.

For øvrig har fastlegene i vår kommune listestørrelser langt under taket som myndighetene hittil har operert med, og gjennomsnittlig arbeidstid avsatt til kommunale oppgaver er langt over de åtte timene som legene i utgangspunktet er forpliktet til. Jeg tror derfor ikke reformen vil få store konsekvenser for vår egen legehverdag.

Lars Vorland

Administrerende direktør i Helse Nord RHF



1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen er at samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten skal bli mest mulig sømløs og understøtte behandling på rett nivå. Slik systemet i dag fungerer, understøtter det ikke denne samhandlingen. Reformen prøver å få systemene til å understøtte og initiere god samhandling.

2. Kostnadsutviklingen innen spesialisthelsetjenesten i den vestlige verden i årene fremover, vil bli av en slik størrelsesorden at det er tvingende nødvendig å redusere forventet vekst. Jeg tror derfor at det er tverrpolitisk enighet om behovet for en reform hvor man forsøker å behandle pasientene utenfor sykehus i størst mulig grad. Helseprofesjonene tror jeg også vil støtte denne tanken, men hvor stor gjennomslagskraft denne reformen vil få, vil avhenge av hvordan finansieringsmodellen vil virke, og hva effekten av det økte antallet primærleger vil bli. Personlig tror jeg at reformen er nødvendig – og med de rette grep (se spørsmål 3) vil den ha stor gjennomslagskraft.

3. Dersom reformen skal ha den tiltenkte effekt, vil man i kommunene se en utbygging av observasjonssenger og en «halvannetlinjetjeneste» hvor primærlegene kan legge inn en del av pasientene – og som pasientene kan føres tilbake til etter å ha vært innlagt i sykehus. Behandling av eldre pasienter vil få en enda større betydning i kommunene enn det

som er tilfelle i dag. Antall ansatte i kommunehelsetjenesten vil øke sterkt, både hva angår pleie- og omsorgstjenestene og legetjenestene. Spesialisthelsetjenesten vil oppleve mindre vekst enn det man historisk har hatt, og vil måtte rendyrke sine behandlingsprofiler. Servicenivået vil måtte økes da man vil flytte makt og innflytelse over til primærhelsetjenesten.

4. For spesialisthelsetjenesten er det viktig hvordan den endelige finansiering blir. Dersom 20 prosent av ISF (innsatsstyrt finansiering) skal overføres til kommunene, kan det medføre store endringer dersom kommunene bygger ut sine tilbud og behandler en stor andel av pasientene der. På den annen side kan de ikke bygge ut tilbudet og behandle pasientene med kun 20 prosent ISF, så det krever at kommunene også får økte basisrammer. Det kan bety at forutsigbarheten for spesialisthelsetjenesten blir mindre, og at det vil kreve økt fleksibilitet av foretakene.

Det er vanskelig å forutsi hva en 50 prosent økning i antall primærleger vil si for innleggelsesfrekvensen. Dersom det følges opp med mulig behandling på halvannenlinjetjeneste-nivå i kommunene, kan det bety økt pasientbehandling utenfor sykehus. Dersom man ikke bygger ut behandlingsmulighetene i kommunene, kan det motsatte skje, slik at man får økt tilsig av pasienter til foretakene. Slik reformen er utformet, vil den sannsynligvis gi økte utfordringer for spesialisthelsetjenesten både med hensyn til fleksibilitet i størrelse på institusjonene og innholdsmessig.

Guri Rørtveit

Professor i allmennmedisin, Universitetet i Bergen



1. Hovedpoenget med reformen er å skape bedre og mer sammenhengende helsetjenester for pasientene. Et vesentlig og, etter min mening, helt riktig middel for å oppnå dette er å styrke primærhelsetjenesten. En godt utbygd primærhelsetjeneste er kostnads-effektiv og gir mer rettferdig fordeling av helsetjenester.

Et legitimt delmål for reformen er å redusere kostnadene i helsevesenet. Håpet om at man kan oppnå to gode målsetninger på en gang gir god grunn til å være positiv til samhandlingsreformen.

For helseministeren og departementet er det også et hovedpoeng at helsetjenesten skal forebygge sykdommer i langt større grad enn i dag. Troen på at primærforebygging kan foregå i så stor grad i en klinisk virksomhet der man pri-

mært bør ta seg av de syke, og med så store effekter som man trenger for at dette skal ha økonomisk gevinst, er i beste fall rørende. Problemet med denne forestillingen er at den er forstyrrende for en grunnleggende debatt om hvor primærforebygging bør foregå. Virkelig og effektiv primærforebygging foregår i det offentlige rom gjennom god og modig politikk, der man prioriterer muligheten for befolkningen til å gjøre sunne valg uavhengig av økonomi og sosiale forhold ellers. Det betyr ikke at vi ikke kan bli bedre i arbeidet med å identifisere og forebygge sykdom hos høyriskopasienter i allmennpraksis. Men for å bli bedre, trenger vi mer kunnskap om effektive strategier.

2. Reformen er helt avhengig av at de som skal gjennomføre endringene føler eierskap og motivasjon i forhold til både mål og midler. Reformen slik den er beskrevet i stortingsmeldingen, er rund i kantene, og det er rom for å ta med fagmiljøene i arbeidet med å fylle den med innhold. Legeforeningen og andre faglige foreninger samt kommunene og helseforetakene bør være sentrale i dette arbeidet. Men også utdanningsinstitusjonene som skal utdanne helsepersonell som skal arbeide på nye og utradisjonelle måter, og forskningsinstitusjonene som skal skape et kunnskapsgrunnlag som helsepersonell kan stole på, må med i arbeidet for å oppnå reformens mål. Hvis alle disse instansene blir trukket inn på en forpliktende måte i det videre arbeidet, har jeg faktisk stor tro på at reformen kan bli en viktig milepæl i arbeidet med å gjøre helsevesenet mer pasientvennlig og effektivt uten at kostnadene fortsetter å øke eksponentielt.

3. Forventninger og forhåpninger er to forskjellige ting. Jeg håper at samhandlingsreformen vil føre til et helsevesen som i mye mindre grad tenker todelt, og som i langt større grad klarer å ha pasientens langsiktige beste som et felles mål. For at dette skal skje, må de to organisasjonsnivåene bli likeverdige, og helsepersonell i begge nivåer må forstå og respektere de betingelser som personell i det andre nivået arbeider under. Jeg håper også at det i arbeidet med å legge innhold til reformen, vil komme en større offentlig diskusjon om hvordan forebygging bør foregå i vårt land – og at en slik diskusjon vil munne ut i langt større vekt på bygging av sykkelveier, tilrettelegging av kollektivtransport og fornuftig prissetting av matvarer istedenfor en udokumentert tro på at fastlegen skal forebygge samfunnsproblemet diabetes ved å følge opp blodprøver hos mange nok enkelt-pasienter.

Jeg håper også at universitetene i langt større grad vil rette blikket mot primærmedisin som læringsarena og forskningsfelt. Jeg tror at fakulteter som raskt skjønner at grundigere opplæring i allmennmedisin og samhandling innad

og mellom nivåene gjennom hele studiet, vil fremstå som langt mer moderne og fremtidsrettet enn de andre.

4. Jeg arbeider med forskning i allmennmedisin og undervisning av sisteårs medisinstudenter, og jeg håper og tror at samhandlingsreformen vil ha store konsekvenser for begge disse oppgavene. Det bør bli mer undervisning om pasientløp og samhandling i hele studiet, og dette vil kreve mer allmennmedisinsk kompetanse. Behovet for større ressurser på lærersiden er åpenbart. Jeg er også veldig opptatt av at samhandlingsreformen ikke skal bli en ren kvantitetsreform, der 2000 nye fastleger pøses inn i systemet for å gjøre «mer av det samme». Vi må få økt fokus på kvalitet i primærhelsetjenesten. Som ledd i dette er det nødvendig med en økning av både kvalitet og kvantitet av allmennmedisinsk forskning. Fastlegene må i større grad enn nå få beslutningsstøtte fra forskningen i mange av de vurderinger som skal gjøres, inkludert beslutninger om å la være å handle, la være å henvise, la være å skrive ut resept. Trygge og kunnskapsrike fastleger er nødvendig for en oppdemming mot den feilslåtte forståelsen av at en fragmentert og subspecialisert helsetjeneste er det beste vi kan tilby befolkningen.

Einar Braaten

Kommuneoverlege i Øvre og Nedre Eiker, Buskerud



1. Å gjøre kommunene bedre i stand til å forebygge at pasienter blir så sjuke at de trenger behandling på sjukehus, og gjøre kommunehelsetjenesten bedre i stand til både å ta imot pasienter fra sjukehusene tidligere og behandle enklere tilstander som

kan overføres fra sjukehusene. Viktigst er at vi kan forebygge at innbyggerne blir sjuke og at de får hjelp til å takle sykdommen sin hjemme. Slik jeg opplever hverdagen ute i kommunene, er det verken fagkompetanse nok, personellressurser nok eller økonomi til å bygge opp en robust og effektiv forebyggende tjeneste. Få kommuner har etablert gjennomgripende primærforebyggende tiltak med satsing på frivillige organisasjoner og kulturtiltak i samarbeid med helsetjenester. Rehabiliteringstiltakene lider alltid overfor behandling og omsorgstjenester. Dette er omfattende tiltak som berører både pasientenes hverdag og de ansattes holdninger, og som ofte kommer i konflikt med krav til effektivisering og nedskjæring i budsjetter.

Jeg savner fastlegenes engasjement i primær- og sekundærforebyggende tiltak – et engasjement som enkelt kan organiseres og synliggjøres i samarbeid med kommuneoverleger som samarbeider internt i kommunene, inter-

kommunalt og overfor helseforetakene. I den andre enden har vi sjuke pasienter som skal hjem igjen fra sjukehusene. Jeg er opptatt av «Omsorgstrappa». Ute i kommunene må vi være rustet på alle nivåer; fra tilpasninger i hjemmet, hjemmehjelp og hjemmesjukepleie, omsorgsboliger og rehabiliteringssentre til sjukehjem med korttids- og langtidsavdelinger, lindrende avdelinger og demensavdelinger. Det hjelper lite bare å ruste opp sjukehjemsplasser. Jeg vil slå et slag for utvidede legestillinger på sjukehjemmene – vi må innse at vi kommer til kort med dagens 20–40 prosent stillinger. Det er først når vi får inn denne kompetansen i nært samarbeid med omsorgspersonalet, at vi klarer å gjøre stillingene mer interessante og rekruttere ambisiøse og flinke leger, sjukepleiere og annet fagpersonell. Sjøl om sjukehjemsmedisin ikke er en egen spesialitet, må det være et fokusområde i allmennmedisin.

Samarbeidet mellom fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester er et sentralt tema i samhandlingsreformen. Fastlegene må utgjøre en like aktivt deltakende ressurs som andre kommunale pasienttjenester. Fastlegeordningen må tilpasses så legene lettere får mulighet til dette. Det er derfor vi som samfunnsmedisinere er opptatt av at de foreslåtte økningene i antall fastleger blir gjennomført.

2. Jeg tror reformen er oppstarten på en endring i helsetjenestene i Norge – en endring som vil ta tid, men som må opprettholde sin retning. For første gang på svært lenge er det satt fokus på at spesialisthelsetjenesten er avhengig av en velfungerende kommunehelsetjeneste. Jeg tror at forståelsen av hvor stor effekt forebygging og rehabilitering har, aldri har vært så stor i en regjering. Erkjennelsen av at sjukehusenes utvikling avhenger av funksjonsnivået i primærhelsetjenesten, er grunnleggende i reformen. Derfor tror jeg at reformen kan overleve både regjeringsskifter og budsjettbehandlinger.

Reformens største utfordring er helseforetakenes omstillingsevne. Helt siden Karl Evangs tid – men også før det – har sjukehusene vært motstandsdyktige mot organisasjonsforbedringer og manglet endringsvilje. Jeg mener at legestanden har bidratt til dette i stor grad, og er spent på hvordan reformen vil bli mottatt i den kliniske hverdagen i sjukehusene.

3. Samhandlingsreformen kan bare endre norsk helsestell hvis den blir videreført i nasjonale planer, helseplaner og budsjett- og økonomiplaner. Jeg forventer at det vil komme flere små endringer som samles i noen hovedretninger:

- Tydeligere pasientrettigheter; pasientene får mer innflytelse og behandlingslinjene blir mer pasientfokusert.

- Kontinuerlig arbeid med å øke kompetanse, kapasitet og faglige utfordringer for ansatte i kommunehelsetjenesten.
- Oppgradering av kommunehelsetjenester, med utvikling av kommunelegefunksjonen, fastlegefunksjonen og omsorgs- og rehabiliteringstjenestene.
- Etablering av et grunnlag for gjennomgripende organisasjonsendringer og effektivisering i spesialisthelsetjenesten.

4. Noen forventer at samhandlingsreformen vil revolusjonere helsevesenet i Norge, men det tror ikke jeg. Jeg håper at jeg oftere vil oppleve å bli kontaktet av sjukehus for å bidra i deres utviklingsprosjekt, og at vi kan bidra i vår organisasjonsutvikling for å endre pasientgrunnlaget for sjukehusene. Jeg forventer å delta i større grad i utviklingen av våre kommunale tjenester, og jeg håper vårt gode forhold til fastlegene kan videreutvikles så vi finner fram til

samarbeidsmodeller som imøtekommer ønskene fra fastlegene så vel som fra samarbeidende tjenester.

Samhandlingsreformen kan bli et utgangspunkt for store endringer i kommuneoverlegefunksjonen. Kommunene vil i langt større grad enn før trenge medisinsk kompetanse for å møte kravene fra fastlegene, andre interne tjenester og ikke minst fra sjukehusene. Jeg klarer ikke å dekke dette behovet innen den stillingsrammen jeg har i dag. Samtidig håper jeg at flere kolleger bidrar aktivt til å realisere de mulighetene som samhandlingsreformen gir oss. Vi trenger flere engasjerte kommuneoverleger, og flere interkommunale nettverk der noen av oss jobber strategisk for å støtte kommuneoverlegene i enkeltkommunene. Jeg er en svoren tilhenger av at kommunehelsetjenesten skal være grunnlaget for hele vår helsetjeneste, og vil bidra aktivt i det videre arbeidet rundt samhandlingsreformen.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning



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

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

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

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

SØKNADSFRIST: 15. oktober 2009

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

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

Hasse Melbye
Vara prosjektleder

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

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

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

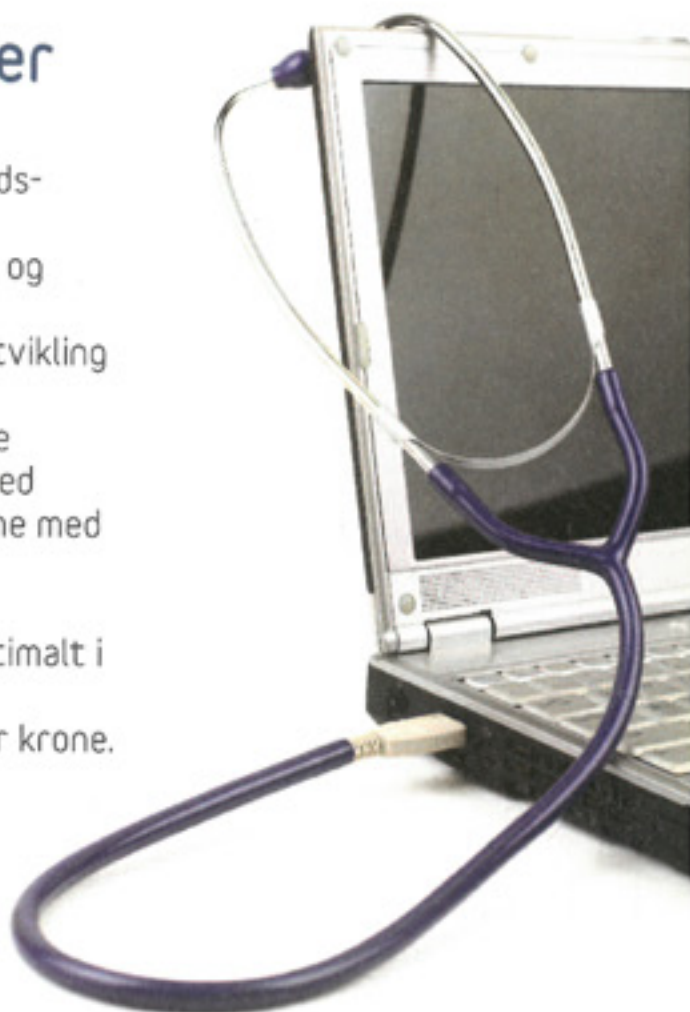


Vi gir helsevesenet IT-løsninger som fungerer

Gjennom vår 20-årige historie og store markedsandeler med mer en 43.000 brukere, har vi opparbeidet solid kompetanse innen teknologi og helsefag.

Med dette som utgangspunkt for design og utvikling av våre løsninger leverer vi teknologi som understøtter effektive arbeidsprosesser. Våre spesialiserte løsninger utvikles i tett dialog med brukergrupper fra de ulike helsefaglige miljøene med spisskompetanse innen sine fagområder.

Dette betyr at våre IT-løsninger fungerer optimalt i et helse-faglig perspektiv, og effektiviserer administrative rutiner som gir mer helse i hver krone.



Om praksisoverdragelse

— synspunkter på dagens ordning, goodwill og badwill

AV FREDRIK JERVELL

Et mye sitert stykke statistikk viser at gjennomsnittsalderen til norske allmennpraktikere stiger med ca 0,1–0,2 per år, noe som illustrerer at rekrutteringen til faget er dårlig. Bakgrunnen for dette er trolig sammensatt, men en viktig årsak er at terskelen inn i faget er for høy for mange unge kolleger.

Dagens ordning for overdragelse og opprettelse av praksis fører til relativt store økonomiske belastninger for fastleger i etablering. En lege som ønsker å overta en praksis i en større by ser på overdragelsessummen på godt over en million kroner, av og til opp mot to. Opprettelse av ny, privat praksis er kostbart, og det er ikke uenighet om at frattedende lege skal ha kompensert for verdien av det utstyr, andel av lokaliteter og fasiliteter som han eller hun har anskaffet og vedlikeholdt i perioden. Min kritikk er knyttet til den praksis som synes å ha utviklet seg når det i tillegg kreves uforholdsmessig stor betaling for såkalt opparbeidet praksis (goodwill).

Mange yngre kolleger i allmennpraksis er i etableringsfasen av livet, en periode hvor økonomisk trygghet er viktig. Familiestiftelse med små barn medfører gjerne hyppig fravær fra jobb og økte utgifter. Videre er det en periode av livet hvor man tar opp lån og kjøper bolig, ofte for første gang etter turnustjeneste. Mange er usikre på sine karrierevalg. Boliggjeld, familieførøkelse og studiegjeld er en belastning som gjør at å måtte «kjøpe seg en jobb» blir lite attraktivt. Dette er ikke faget tjent med.

Før innføringen av fastlegeordningen var overdragelsessummen oftest relativt konservative og basert mer på materielle verdier. Etter etableringen av fastlegelister ble de såkalte immaterielle verdier ved en praksis tillagt økt verdi, og det er grunn til å stille spørsmål om dette er rettferdig og ikke minst gunstig for rekrutteringen til faget.

I det private næringsliv beregnes goodwill etter den markedsverdien et produkt navn besitter, såkalt «brand name». Dersom noen skulle kjøpe the Coca-Cola Company ville store deler av kjøpesummen være for selve produktnavnet. For en fastlege vil derimot produktnavnet være knyttet til den individuelle legen, ikke til en ny lege som overtar en pasientliste. Pasientene var lojale mot dr. Sørensen, men er det kanskje ikke mot dr. Martinsen før denne har vist seg som en dyktig lege. Det faktum at mange pasienter likevel



Fredrik Jervell ble uteksaminert fra UiO i 2004 og dro etter turnus på Levanger og i Namsskogan til Hammerfest hvor han har jobbet som fastlege i tre år. Han har ved siden av dette vært tilsynslege på eldreheim, medisinsk ansvarlig på Legevakten i Hammerfest og i 2008 ble han tilsatt som lektor ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Han har nå flyttet til Trondheim og planlegger å gjennomføre sykehustjeneste for spesialisering i allmennmedisin før han fortsetter som fastlege.

blir værende på en liste etter overdragelse skyldes neppe lojalitet mot den avtroppende legen eller dennes «opparbeidede praksis», men snarere geografiske forhold og kontorpersonale. Mange kommuner har få tilgjengelige valgmuligheter for pasientene sine, hvilket fører til et kunstig inntrykk av lojalitet som neppe kan tas til inntekt for de «immaterielle verdier» ved en praksis.

Fastlegeordningen medførte at svært mange leger gikk fra å være kommunalt lønnede leger til å bli selvstendig næringsdrivende, en planlagt overgang som økte inntektsnivået til landets fastleger betydelig. I tillegg viser det seg at introduksjonen av forretningsmodellen i allmennpraksis medførte en voldsom akselerasjon av krav om kompensasjon for immateriell verdi, selv om mange av legene fikk sin praksis tilnærmet gratis. Mange har selvfølgelig hatt utlegg ved etablering av praksisen, en investering de ønsker å få betalt for. Dette er et rettmessig krav, men det bør finnes langt klarere retningslinjer for verdsetting av slike investeringer.

Av og til oppstår uenighet omkring overdragelsesbeløp da de to kollegene er uenige om verdien av praksis. Kanskje mener den påtroppende legen at den avtroppende har misligholdt sin praksis faglig, eller at journalsystemet og rutinene ikke er så bra som det hevdes. Heldigvis finnes det en nemnd for vurdering av dette, selv om mange unge leger kvier seg for å benytte seg av nemnd for ikke å skape ugreie. Nemnden består av jurister og kolleger som vurderer krav og tilbud opp mot hverandre. Retningslinjene for nemndvurdering ved praksisoverdragelse sier at de faglige rutiner og immaterielle verdier skal verdsettes. Imidlertid foreligger det ingen konkrete retningslinjer for hvordan dette skal beregnes.

I Legeforeningens retningslinjer for praksisoverdragelse står det at følgende kriterier skal tillegges vekt: kontinuitet, type praksis (gruppe- eller solopraksis), kontorrutiner, opplært personell, attraktivitet/beliggenhet, driftsresultat, pasientgrunnlag (herunder stabilitet og vekst i listepopulasjon), samarbeidsavtaler, systemer i praksisen (f.eks. journal-system) samt husleieavtaler og andre leieavtaler. Det er flere ting å utsette ved denne listen, og når man leser tilgjengelige nemndavgjørelser de seneste årene ser man at de ulike faktorene blir svært ulikt vektlagt i forskjellige saker.

At kontorpersonelet er opplært og har kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver er hjemlet i både arbeidsmiljøloven og helsepersonelloven, og må betraktes som en selvfølge, ikke noe det skal betales ekstra for ved en overdragelse. Skriftlige rutiner for organisering av kontorvirksomheten er også lov-hjemlet og likeså HMS-prosedyrer. At det foreligger et journal-system og at dette ivaretar legens evne til å behandle pasienter er meget grundig hjemlet i helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal, og må anses som et krav. At journal føres grundig og samvittighetsfullt er å anse som en selvfølge og en del av jobben, dette gjelder også oppdatering av faste medisiner. Imidlertid er slike faktorer i mange nemndsavgjørelser anført som aspekter som trekker prisen opp, hvilket er oppsiktsvekkende og ikke standen verdig.

Hva angår beliggenhet virker dette å være definert i forhold til bynære strøk eller det sentrale østland, hvor det er attraktivt å jobbe. Dette oppleves av mange leger i distriktene som særdeles urettferdig da disse bare kan drømme om de overgangssummene man ser i mer sentrale områder. En overdragelse i mindre byer kan kanskje gi summen på 50–100 000 for en liste (unnskyld, opparbeidet praksis!) som i en større by ville gått for mellom 500 000 til en og en halv million. Det er betimelig å stille spørsmål ved rettferdigheten i dette og hvorfor det ikke fra Legeforeningen er fastsatt en maksimal overdragsessum.

Nemndordningen er relativt sjelden i bruk. En grunn kan være at retningslinjene for nemndas arbeid for mange unge leger fremstår vel skjønnsbaserte og relativt usikre. Nemnda er bundet til å ligge mellom bud og krav, og det hevdes at nemnden gjør en reell vurdering av verdien av en praksis. Imidlertid gir nemndavgjørelsene ved gjennomlesning inntrykk av å stort sett kompromisse mellom tilbud og krav. Det er ved gjennomlesning av de siste to års nemndsavgjørelser ikke ett tilfelle av fullstendig medhold til den ene part, på tross av grove mangler ved solgt praksis. Derfor er det grunn til å tro at mange unge leger velger å kompromisse og å gå med på det de mener er en urettmessig høy pris for å unngå en dyr nemndbehandling som stort sett vil gi det samme resultatet.

Det legges ved beregning av «goodwill» stor vekt på mulighet for inntjening, men liten vekt på fagligheten i praksisdriften. Dette blir feil da mange måter å drive en «etablert praksis» kan være problematisk for den kjøpende legen. For eksempel vil en lemfeldig forskrivningspraksis for B-preparater eller ditto for sykemelding gi betydelige mengder merarbeid for en lege som ønsker å drive annerledes. Inntjening per time arbeid for påtroppende lege vil således synke. Dette er kommentert av kjøper i en nemndavgjørelse, men er av nemnden ikke tillagt vekt, med kommentaren at selger har drevet sin praksis i mange år uten reaksjon fra tilsynsmyndigheten. Dette må anses som et relativt dårlig argument da det er stor avstand mellom å drive suboptimalt og å få reaksjon fra tilsynsmyndigheten. For mange kjøpende leger vil «goodwill» heller dreie seg om «badwill», uten at det nåværende regelverket tar hensyn til dette.

I de fleste tilgjengelige nemndavgjørelser skrives det at goodwill skal kompensere fordelen ved å slippe å etablere en praksis selv. Det er da betimelig å spørre hvorfor prisen på nyetablering ikke er kommentert i en eneste nemndavgjørelse de siste to årene.

Det er urealistisk å forvente at «goodwill»-systemet skal avskaffes fullstendig, og dette ville også være urettferdig overfor de kolleger som allerede har måttet kjøpe seg en dyr jobb. Imidlertid bør markedet for praksisoverdragelse reguleres langt strengere. Det må stilles tydeligere krav til hva som skal vurderes ved fastsettelse av de immaterielle verdiene ved en praksis. Videre bør det settes et maksbeløp på hvor mye en veldrevet praksis er verdt, slik at dette ikke overlates fritt til markedskreftene. Det som trengs er gode stønadssystemer for nyetablering, ikke kompensasjon ved salg av allerede etablerte praksiser.

Dagens ordning for praksisoverdragelse er ugunstig for rekrutteringen, dårlig regulert og har hindret unge motiverte kolleger fra å satse på et givende og spennende fag. Tiden er moden for endring, og Legeforeningen må ta ansvar.

KONKURRERENDE INTERESSER: Fredrik Jervell har nylig sluttet som fastlege i Hammerfest etter tre år i byen og har nettopp flyttet videre til en større by hvor han må kjøpe eller opprette praksis. Han er prinsipiell motstander av å selge pasientlister eller «praksis», da han mener det er en selvfølge å gjøre jobben sin godt og samvittighetsfullt og at man allerede får meget bra betalt for dette. Han vil av prinsipielle grunner ikke ta betalt for sin egen liste (750 pasienter, kjøpt for 60 000). Han har gitt listen gratis videre forutsatt følgende kontrakt: Påtroppende lege binder seg for minimum to år, binder seg til å gi den videre med samme betingelser uten goodwill og stiller opp for tre dagers introduksjon til de kompliserte pasientene på listen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
fastlegefredrik@gmail.com

Kjøp en god praksis!

AV GUNNAR RAMSTAD

Prisfastsettingen av allmennlegepraksis har vært et aktuelt tema i Allmennlegeforeningen helt siden fastlegeforhandlingene på slutten av nittitallet. Det har vært bred enighet om at det ligger mye arbeid og innsats i en god allmennpraksis, og at denne arbeidsinnsats representerer en opparbeidet verdi som, ved praksisoverdragelse, kommer den nye legen til gode.

Det har vært en del usikkerhet omkring fastsettelse av prisen på praksis, og det har vært hevdet at det er mye tilfeldigheter som avgjør dette. Legeforeningen har opprettet en nasjonal nemnd som avgjør slike spørsmål dersom partene ikke blir enige. Dette har, etter min vurdering, vært et verdifullt tiltak for å hindre spekulasjon og uriktig prisfastsetting. Nemndens avgjørelser vil være et korrektiv og en normdanner for hvilke priser som vil være riktig ved omsetning. Men vi må være klar over at minst 90 prosent av all omsetning gjøres i minnelighet mellom partene.

Hver nemnd består av en jurist som leder, og to leger som medlemmer. De to eksterne juristene som er engasjert til dette arbeidet, får tildelt hver annen sak som meldes inn til foreningen. Kjøper og selger kan så peke ut hver sin lege fra en pool på ca 12 leger som er utpekt til å være nemndmedlemmer. Disse er oppnevnt fra AF, LSA og YLF.

Det vanlige ved oppstart av arbeidet er at nemndens formann ber partene sende inn grundige redegjørelser for sine standpunkt, og det påhviler selger en betydelig plikt til å dokumentere en rekke forhold ved praksis. Manglende dokumentasjon og uryddighet fra selger, kan svekke dennes prisforlangende. Det er viktig at kjøper får grundig innsyn i alle relevante opplysninger om praksisen. Herunder omsetning, utgiftsnivå, kontraktsforhold, prosedyrer, journalkvalitet, samarbeidsavtaler etc. Allmennlegeforeningen har utarbeidet en nokså detaljert liste over hvilke elementer som skal inngå i vurderingen av kvaliteten på praksisen. Denne listen kan alle finne på AF sine hjemmesider. Det er enighet om at denne listen peker på de viktigste kvalitetskriterier på en god praksis. Når alle opplysninger er innhentet er det regelen at det berammes et nemndsmøte i praksisen, med selger og kjøper til stede. Man har da en felles inspeksjon av praksisen, av og til med



Gunnar Ramstad

Allmennlege, Fana
Medlem av nasjonal nemnd for
praksisomsetning

ansatte og andre av praksisens kolleger til stede. Dette siste for å oppklare eventuelle uklarheter.

Under det påfølgende nemndsmøtet får selger redegjøre for sitt syn, med kjøper til stede, og vice versa. Begge parter må her komme med alle de opplysninger og synspunkter de mener er relevante for saken. Partene forlater deretter møtet og nemnden foretar som regel en avgjørelse i et sær møte. Avgjørelsen tilskrives partene etter et par uker.

Det er intet grunnlag for å hevde at nemnden legger seg midt mellom kjøpers tilbud og selgers forlangende ved sine avgjørelser. Nemnden søker ikke et kompromiss, og er ikke en megler mellom partene. Man ser ofte at selger øker sitt prisforlangende rett før nemnd, og at kjøper senker sitt tilbud. Dette er nok ut fra en tankegang om at man «havner i midten».

Hver nemndsavgjørelse er imidlertid basert på en vurdering av kvaliteten på praksis, og er kun begrenset nedad av tilbud og oppad av krav. Jeg har sittet i nemnd hvor selger har fått helt medhold og i nemnd hvor kjøper har fått absolutt medhold.

Nemnden legger stor vekt på de tidligere nevnte kriterier. Det er også klart at nemnden tar i betraktning kjent omsetning i området, samt tidligere nemndsavgjørelser. Man vil ennå også ta hensyn til geografi og tradisjonell attraktivitet, men det synes klart at verdien på praksiser i utkantstrøk har en bedre verdiutvikling enn tidligere, også fordi det foreligger en rekke objektive kriterier som er til stede i mange praksiser utenfor byer. Det er en del punkter som kan være problematiske. Kjøper og selgers til dels store uenighet om utstyrskvalitet og innredning er her av de letteste å takle. Et problem som dukker opp av og til er at kjøper mener det ikke er selger som har opparbeidet praksisen, altså at selger

har hatt hjemmelen i for kort tid, i forhold til kravet for opparbeidet praksis. Videre kan man møte påstander om at praksisen er drevet dårlig, dårlige journaler, mye A- og B forskrivning osv.

Fra kjøpers side kan det av og til, ofte med rette, pekes på manglende internavtaler, kontrakter og ryddighet i driften. Det har hanglet og gått på et vis med «gamle-legen», men vil ikke være tilfredsstillende for en ny lege.

Legene liker helst å drive med sin kurative eller forebyggende kjerneaktivitet i praksisen, og det er en ekstra arbeidsbelastning å bygge all den kvalitet, administrative rutiner, avtaler, prosedyrer og kvalitetssikring som er ønskelig i våre praksiser. Dette er arbeid som må gjøres over lengre tid, og ofte utenfor arbeidstid. Likeledes er det en arbeidsom prosess, med redusert inntekt, å opparbeide en stabil god praksis med gode journaler. Alle som starter en nullliste vil erfare dette.

Det er min påstand at kvalitetskriteriene for vurdering av praksis er gode, men dersom det er tilleggssforslag til denne listen er jeg sikker på at de vil bli vurdert nøye.

Godt drevet allmennpraksis, med god kvalitet og gode rutiner, er en trygg og sikker arbeidsplass. Det er ikke sjelden at prisen på en slik praksis ligger på omtrent 1 million kroner. Denne prisen gjenspeiler også inntjeningsnivået i praksisen, da økonomi og utgiftsnivå også inngår i vurderingen av praksisen.

Jeg mener at unge leger vil få en øket økonomisk handlefrihet til å etablere seg med bolig og familie, ved å kjøpe en god praksis. Dersom det er riktig at unge leger «setter seg flere millioner i gjeld for bolig», før de er i en posisjon hvor de har en god og trygg inntekt ville jeg nok anbefale å endre på rekkefølgen. Jeg har over mange år møtt en rekke unge kolleger som har kjøpt gode praksiser i dette prisleiet, og jeg møter stort sett tilfredse kolleger.

Regler for omsetning av praksis vil alltid kunne forbedres, men det er ingen grunn til å endre grunnleggende på regelverket.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gr@bakkehuset.no

RED. ANM.: Dette innlegget er et svar til den foregående artikkelen på side 22-23.

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 godt kjent 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, ÅHUS

1445–1515 Epigenetics in breast cancer PROF V. KRISTENSEN, ÅHUS

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. HOFVIND, 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; (TO BE DECIDED) current practice and future perspectives

0945–1045 Thyroid surgery; current practice PROF J.E. VARNHAUG, UIB

1045–1100 Coffee Break

1100–1145 The imaging modalities in thyroid pathology. M. BERGMANN, HAUKEJAND

1145–1230 Positron emission tomography & thyroid carcinoma PROF D. RUBELLO, ITALIA

1230–1330 Lunch

1330–1430 Diagnostic and treatment of parathyroid diseases PROF L.O. FARNEBO, KAROLINSKA

1430–1515 Thyroid cancer incidence and survival in Norway

FREDDIE BRAY, CANCER REGISTRY OF NORWAY

1515–1530 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:

ALLMENNEMEDISIN: 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 valgfri 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 valgfri delen for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

RADIOLOGI: 15 timers valgfritt kurs under valgfri 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 kr. 1400,- / 2 dagers kurs: kr. 1800,-

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

Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning

Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Gunn Bjørnerud/Tatjana Razumova

Tlf: 23 10 92 80/9279. Fax: 23 10 91 00. E-POST: kurs.oslo@legeforeningen.no

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

Lyrca "Pfizer"

Antiepileptikum

ATC-nr.: N03A X16

KAPSLER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg. Hver kapsel inneholder: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioxid (E 171). **Indikasjoner:** Perifer og sentral nevropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfallet med eller uten sekundær generalisering. Behandling av generalisert angstlidelse hos voksne. **Dosering:** Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Nevropatisk smerte: Behandlingen kan innføres med maks. 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Behandlingen kan innføres med maks. 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Generalisert angstlidelse: 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Behandlingen kan innføres med maks. 150 mg daglig. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg daglig etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til 450 mg daglig. Maksimaldosen på 600 mg daglig gis etter ytterligere en uke. Behovet for behandling bør vurderes jevnlig. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke uavhengig av indikasjon. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialyse-pasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres iht. kreatininclearance (ClCR), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: $ClCR (ml/minutt) = [1,23 \times (140 - \text{alder (år)}) \times \text{kroppsvekt (kg)}] / \text{serumkreatinin (μmol/liter)}$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (ClCR) (ml/minutt)	Total daglig dose pregabalin*		Doseringsregime
	Startdose (mg/dag)	Maks. dose (mg/dag)	
≥60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30-60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
15-30	25-50	150	1 eller 2 ganger daglig
<15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)	25	100	enkeltdose**

*Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet for å gi mg/dose.

**Supplerende dose gis som enkeltdose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn og ungdom anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller med en spesiell form for arvereditert laktasemangel (lapp-laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykæmi behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Etter markedsføring er hypersensibilitetsreaksjoner inkl. tilfeller av angioødem rapportert. Pregabalin skal seponeres umiddelbart ved symptomer på angioødem, som f.eks. hevelse i ansiktet, rundt munnen eller i øvre luftveier. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke faren for skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Det er også rapportert om tap av bevissthet, forvirring og mental svekkelse. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. I studier er sløret syn rapportert, men dette opphørte hos de fleste ved fortsatt dosering. I studier hvor oftalmologiske undersøkelser er utført, er det rapportert redusert synsskarpheit og synsfeltforandringer. Etter markedsføring er det rapportert om bivirkninger på syn, inkl. tap av syn, synsforstyrrelser eller andre synsforandringer. Mange av tilfellene var raskt forbigående. Seponering kan opphøre eller forbedre synsforstyrrelsene. Tilfeller av nyresvikt er rapportert. Håndteltene har vært reversible ved seponering. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallskontroll er ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponeringssymptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diaré, influensasyndrom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart. Etter markedsføring er korgestiv hjertervikt rapportert. Korgestiv hjertervikt er hyppigst sett hos eldre med kardiovaskulære lidelser og som får behandling med pregabalin for nevropatisk smerte. Pregabalin bør brukes med forsiktighet hos disse pasientene. Seponering av pregabalin kan reversere reaksjonen. Ved behandling av sentral nevropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger høyere. Dette kan skyldes en additiv effekt ved samtidig medisinering med andre nødvendige legemidler (f.eks. legemidler mot kramppe). Ved forskrivning av pregabalin ved denne tilstanden skal dette tas med i vurderingen. Selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd er rapportert ved behandling med antiepileptika. En metaanalyse av antiepileptika har vist en liten økning i risiko for selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd. Mekanismen bak risikoen er ukjent, og tilgjengelige data kan ikke utelukke muligheten for økt risiko ved behandling med pregabalin. Pasientene bør overvåkes for tegn på selvmordstanker eller selvmordsrelatert atferd, og nødvendig behandling vurderes. Pasienten (og pårørende) bør oppfordres til å søke medisinsk hjelp omgående dersom selvmordstanker eller selvmordsrelatert atferd oppstår. **Interaksjoner:** Pregabalin ser ut til å være additiv i påvirkning av kognitive funksjoner og store bevegelser forårsaket av oksykodon. Pregabalin kan potensielt øke effekten av etanol og lorazepam. Gjensatte doser gitt sammen med oksykodon, lorazepam eller etanol har ikke vist klinisk signifikant effekt på respirasjonen. Det er rapportert om åndedrettsvikt og koma ved samtidig bruk med andre CNS-beroligende legemidler. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikoagulasjonsmidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjons toksiske effekter ved eksponering over anbefalt human eksponering, og dette indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Bivirkningene er oftest milde til moderate. Ved behandling av sentral nevropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger generell og bivirkninger relatert til sentralnervesystemet, spesielt søvnighet, høyere. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munnenhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsesvansker, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, sløret syn. Urogenitale: Erekttil dysfunksjon. Øvrige: Utmattelse, perifer ødem, følelse av å være full, ødem, normal gange, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi, abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofageal reflukssykdom, oral hypoestesi. Hud: Svette, papuløst hudutslett. Luftveier: Dyspné, tørrhet i nesen. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammenbrenninger, hevelse i ledd, muskelkramper, myalgia, artralgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskeltatvhet. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnsløshet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, unormale drømmer, økt libido, panikkangst, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypoestesi, nystagmus, talevansker, myoklonus, hyporefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agresi, brennende følelse, intensjonsstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, rødme, hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tørre øyne, hornve øyne, synsfeldefekter, latesyn, øyesmerter, synstetthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tårer, tett bryst, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatininfosforase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert plateletall. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykæmi, Ascites, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse. Hørsel: Hyperakusis. Luftveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseebleding, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hørning, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokines, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyemittasjon, mydriasis, oscillopi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjeling, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulært blokk, sinusstykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenital: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmerte, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anarkia, anksietadom, hoven tunge, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, vektreduksjon, redusert antall hvite blodlegemer. I tillegg er det rapportert om reaksjoner etter markedsføringsstartpunktet med ukjent frekvens: Angioødem, kerattitt, tap av syn, hypersensitivitet, allergisk reaksjon, tap av bevissthet, mental svekkelse, hodepine, korgestiv hjertervikt, hoven tunge, diaré, kvalme, kløe, ansiktsødem, urinretensjon og Stevens-Johnsons syndrom. **Overdosering/Forgiftning:** Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert uventede bivirkninger. De vanligste bivirkningene ved overdoser er somnolens, forvirringstilstand, agitasjon og rastløshet. Behandling av pregabalinoverdoser bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N03A X16. **Egenskaper:** Klassifisering: Pregabalin (5-aminometyl-5-metylheksansyre) har strukturell likhet med nevrotansmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanismer: Pregabalin bindes til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: >90%, uavhengig av dose. «Steady state» oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilstyreltende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer. Men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaklearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Utbredelig. Ingen indikasjon på racemiseren ved dosering 2 eller 3 ganger daglig. Pregabalin 5-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskilleleshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance. **Pakninger og priser:** 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 222,00. 75 mg: Enpace: 100 stk. kr 865,50. Enpac: 14 stk. kr 151,80. 150 mg: Enpace: 100 stk. kr 1320,80. Enpac: 14 stk. kr 216,10. 225 mg: Enpac: 56 stk. kr 920,90. 300 mg: Enpac: 56 stk. kr 994,40. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets slutfase. Tilleggsbehandling ved epilepsi med partielle anfallet med eller uten sekundær generalisering.

Refusjonskode:

ICPC

-71

-90

N88

Vikar:

111

112

135

Smerter

Palliativ

Epilepsi

Vikar nr

111, 112, 135

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Vikar nr

-71

-90

G40

Epilepsi

Vikar nr

111, 112, 135

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

111 Smerteranalyse skal være utført, og dokumenteres i journal. Det skal brukes et validert verktøy for diagnostikk, vurdering av smertegrad og evaluering av effekt av legemiddeltiltak.

112 Behandlingen skal følges opp etter 3 måneder. Legen skal spesielt vurdere effekten opp mot bivirkninger, og behandlingen skal bare fortsettes dersom det har skjedd en vesentlig eller betydelig effekt som påvirker pasientens livskvalitet og/eller funksjonsevne. Dette skal dokumenteres i journal.

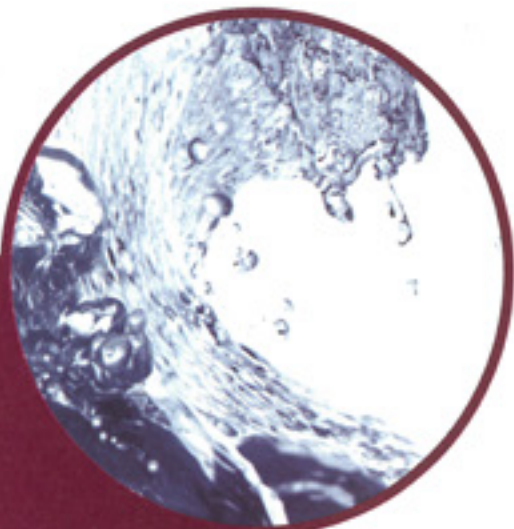
135 Behandling med pregabalin skal kun skje dersom gabapentin er forsøkt først uten tilfredsstillende resultat eller når andre tungveiende medisinske grunner tilsier dette.

Behandlingen skal være innlevert av spesialist i anestesilogi, barnesykdommer, fysiskisk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, kjevelkirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, revmatologi, øre-nese-halsykdommer eller psykiatri. Dette skal dokumenteres i journalen.

Sist endret: 27.04.2009

Lyrica®

Refusjonsregler ved nevropatisk smerte¹



Fra 1. mai 2009 kan ikke Lyrica® forskrives direkte på blå resept til behandling av kroniske, sterke smerter (refusjonskode -71).

- Blåresepter skrevet ut før 1. mai 2009 er gyldige ut sin gyldighetstid, det vil si maksimalt ett år.
- Blåresepter skrevet ut etter denne dato, kan kun ekspederes for Folketrygdens regning når det foreligger vedtak om individuell refusjon. (www.nav.no/Helsetjenester/For_helsepersonell/Leger/Sakema/1073747548.cms)
- Behandling med Lyrica® dekkes kun på blå resept dersom gabapentin har vært forsøkt først uten tilfredsstillende resultat eller når andre tungtveiende medisinske grunner tilsier dette.
- Behandlingen med Lyrica® må være instituert av følgende spesialister eller tilsvarende sykehusavdeling: anesthesiologi, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, psykiatri, revmatologi, øre-nese-hals sykdommer.
- Instituering kan her også være telefonkonsultasjon mellom instituerende spesialist og lege som søker på vegne av pasienten. Dette må da dokumenteres i journalen og på søknaden om individuell refusjon.

Dosering²

Maks Startdose (3-7 dager)	 75 mg 2 ganger daglig
Vedlikeholds- dose	 150 mg 2 ganger daglig
Maks dose	 300 mg 2 ganger daglig

Referanser:

1. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_80714.aspx
2. Preparatomtalen - februar 2009

KONFERANSEINVITASJON MISBRUK AV RESEPTBELAGTE LEGEMIDLER

Onsdag 18. november 2009



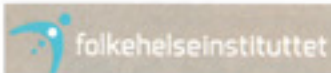
Sted:

Oslo kongressenter
(Samfunnssalen),
Arbeidersamfunnets
plass.

For mer informasjon og
påmelding besøk:
www.seraf.uio.no

Påmeldingsfrist
12. oktober

NB: Konferansespråket
er engelsk



0800 – Registrering

0900 - Gunnar Morken: *Introduction and welcome*

0910 - Lars E. Hansen: *Benzodiazepines: How are they prescribed?
Supervisory experience on addictive agents*

0930 - Malcolm Lader: *The abuse of benzodiazepines and its history*

1030 - C. Ineke Neutel: *The epidemiology of benzodiazepine use*

1100 - Malcolm Lader: *How to deal with the drug seeking patient and
psychiatric comorbidity*

1130 - Frans G. Zitman: *Screening for and diagnosing benzodiazepine use
and problems*

1300 - Jørgen G. Bramness: *The patient as drug seeker and doctor as pill pusher*

1330 - Michael Gossop: *Benzodiazepines, poly drug use and role in opiate addiction*

1400 - Frans G. Zitman: *Benzodiazepine detoxification and discontinuation in
general practice*

1500 - Ingemar Thiblin: *Use/abuse of anabolic steroids*

1530 - Malcolm Lader: *Benzodiazepines, crime and violence*

1600 - Jørg Mørland: *Driving under the influence of benzodiazepines*

Vi inviterer også til Forskerseminar torsdag 19. november

Dette er for forskere som planlegger eller er i gang med forskningsprosjekter
innen problematikken rundt misbruk av reseptbelagte legemidler.

Les mer på www.seraf.uio.no

Vold i nære relasjoner

— fra å være den utvalgte til å bli den utsatte

AV KJERSTI ALSAKER

Hvilke medisinskfaglige tilbud finnes til overgrepssatte og hva kan legen gjøre når en av pasientene forteller om overgrep fra partner?

Hvordan hjelpe en eldre mann som er utsatt for vold i familien? Dette er noen av de spørsmål denne artikkelen vil prøve å gi svar på.

Overgrepsmottak

Siden 80-tallet har legevakter flere steder i landet ytt medisinskfaglig hjelp til mennesker utsatt for seksuelle overgrep ved voldtektsmottak. Etterhvert ønsket styresmaktene også å sikre medisinskfaglig hjelp til mennesker utsatt for vold i nære relasjoner, og veileder kom i 2007 [1]. Dette ble etablert som et lavterskeltilbud ved utvalgte legevakter i hvert fylke, og tilbudet endret derved navn fra «voldtektsmottak» til «overgrepsmottak». Overgrepsmottakene skal således inneha særskilt kompetanse ikke bare i møte med kvinner, menn og barn utsatt for seksuelle overgrep, men også for mennesker utsatt for vold i nære relasjoner uavhengig av kjønn og alder. Overgrepsmottakene betjener alle innbyggerne i sitt fylke, og ikke bare innbyggerne i vertskommunen.



Kjersti Alsaker, dr. polit/post.doc. Disputerte med avhandlingen «Quality of life among women who have experienced intimate partner violence. A one year follow-up study among women at Norwegian women's shelters» i mai 2008. Alsaker er ansatt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin og som postdoc. med forskningsprosjektet «Arbeid og vold» ved forskningsgruppe for Arbeids- og miljømedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB.

Tilnærmingen til et vanskelig tema

Hvordan kan en så spørre pasienter om vold i nære relasjoner? Man anbefaler å unngå ordet vold og heller spørre konkret. En måte å innlede på kan være: I alle forhold hender det vel iblant at en har en konflikt eller blir sint. Hva skjer hjemme hos dere når dere krangler eller hvor ofte har det følgende hendt i ditt forhold. Eller en kan spørre: Er du redd partneren din, barna dine eller andre i din nærhet? Har du blitt truet på livet, blitt slått eller er du redd for å bli det? Blir du tvunget til seksuell handling mot din vilje av din partner eller andre i din nærhet? Spørsmål om kontroll, f. eks. manglende rett til å disponere egne penger eller ha kontakt med familie og venner er eksempler på vanlig psykisk vold. Andre eksempler er at partner truer med å ta sitt eget liv dersom den utsatte forlater ham/henne eller blir stadig fortalt hvor lite verd en er.

Vold i nære relasjoner viser til alle handlinger fra samlivspartner som er årsak til fysisk, seksuell eller psykologisk skade for dem som lever i forholdet. Fysisk, seksuell og psykisk vold opptrer vanligvis samtidig og ofte forekommer det et systematisk mønster av voldelig adferd som finner sted over lengre tid [2]. Denne volden er kjennetegnet av mange ulike og gjentatte handlinger som slag og spark og kvelertak samt psykiske handlinger preget av degradering og frihetsberøvelse, isolasjon, dominans og verbal degradering [3, 4]. Seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner innebærer økt risiko for fysiske og psykiske helseproblemer og redusert livskvalitet [5–8]. Depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse og selvmord forekommer betydelig oftere blant kvinner utsatt for privat vold enn blant kvinner som ikke har slike erfaringer.



Unge kvinner mest utsatt

Ifølge levekårsundersøkelsen øker forekomst av vold, særlig mot unge kvinner. I 1997 var 14 prosent av unge kvinner (16–24 år) utsatt for vold, mens det i 1983 var seks prosent. Unge kvinner har også høyest risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep [9, 10]. Et seksuelt overgrep finner sted dersom noen tvinges til seksuell omgang enten ved vold eller ved å oppleve frykt for liv eller helse, eller dersom en er ute av stand til å motsette seg handlingen for eksempel ved at man er for ruset eller sover.

FNs kvinnekommisjon la allerede i 1998 frem en rapport som konkluderte med at vold mot kvinner er den største hindring for kvinners utvikling. Når kvinner utsettes for vold, er det som oftest partner eller tidligere partner som er utøver av volden [2, 11]. Volden opptrer først og fremst i hjemmet, på den private arena og holdes ofte skjult. Skammen, skyldfølelsen og det sosiale tabu medfører at problemet i større eller mindre grad fremstår som skjult i ulike samfunn, noe som gjør det vanskelig å få noen eksakte tall på forekomst. I en studie fra en legevakt i Norge var omtrent 28 prosent (433 av 1803) av pasientene som var utsatt for vold kvinner, og 40 prosent av disse var utsatt for vold fra partner [12]. Den første prevalensstudien om vold i Norge, publisert i 2005, viste at 27 prosent av kvinner og 22 prosent av menn har opplevd vold fra partner en eller flere ganger i løpet av livet, 8,8 prosent av disse kvinnene og 2,2

prosent av mennene hadde opplevd alvorlig vold, som bruk av skytevåpen, dunking av hode mot vegg eller kvelningsforsøk [13].

Trusler må tas på alvor

Vold i nære relasjoner kan i sin ytterste konsekvens føre til tap av menneskeliv. Det er dokumentert at omtrent halvparten av kvinner som ble drept i Norge de siste 10–15 år, er blitt drept av nåværende og tidligere partner [14]. Fra 2000 til 2008 ble 80 kvinner drept av sin partner i Norge. Tallet har vært jevnt mellom sju til tolv de siste ti år. I tillegg har mange blitt invalidisert.

En studie fra norske krisesentrene viste at 68 prosent av deltakerne rapporterte at de var blitt truet med å bli drept. Slike trusler er kriminelle handlinger som er forbudt i den norske generelle straffelov [15]. Jo flere ganger de var blitt truet, jo større var risikoen for å oppleve alvorlig vold som for eksempel kvelertak. Hele 46 prosent rapporterte at utøver hadde tatt kvelertak på dem en eller flere ganger [3]. Trusler må altså tas på alvor. Kvinner som søker ly og trygghet fra vold ved å oppsøke krisesentre rapporterer mer alvorlig vold enn de som klarer å bryte ut uten å søke tilflukt slike steder. Fra skilsmissegenskningen vet vi at vold i familien er en vesentlig årsak til samlivsbrudd. Når det gjelder mord og selvmord er offeret i fire av fem tilfeller kvinner og utøver og offer har ett intimt forhold. Kvinnen har ofte ytret ønske om å bryte ut [16].

Vold er utøverens ansvar

Samfunnets forståelse og kunnskap om vold i nære relasjoner har økt de senere årene uten at de utsattes behov er blitt tilsvarende bedre ivarett [13, 14, 17]. Studier fra Europa viser halvparten av befolkningen, både kvinner og menn klandrer ofrene for at de utsettes for vold (victim blaming) [8].

Alternativ til vold (ATV)¹ hevder at alle som arbeider med vold i nære relasjoner må ha en etisk regel i bakhodet at «Vold er utøverens ansvar». Vold blir sett på som en av mange mulige måter å reagere på i en situasjon der utøver ønsker å oppnå noe han eller hun trenger eller ønsker [18]. En fin plakat på legekantoret med denne etiske regel, kunne kanskje få flere til å åpne seg? Det at de utsatte selv kan bli klandret kan være en medvirkende faktor til at mange ikke vil fortelle om den vold de utsettes for. De rapporterer om redsel for ikke å bli trodd, samt skam, skyld og redsel for at utøver skal få vite at de har avslørt det «private» og så vil gjøre alvor av noen av sine farlige trusler. Disse handlinger det her er snakk om overskrider grensene

¹ ATV startet i 1987, da som det første behandlingstilbudet i Europa til menn som har volds- eller aggresjonsproblemer mot samlivspartner. ATV er nå et behandlings- og kompetansesenter på vold, med særlig vekt på vold i nære relasjoner.





KNUT STORBERGET

 BOKSTAVEN
 ELLER FOMMEL
 KRISTIN SÆVIK
 ASTRI HUS-HANSEN
 2009

BJØRNEN SOVER om vold i familien

for det private, da handlingene er forbudt ved den norske straffelov. «Dette er svært alvorlige kriminelle handlinger», sier justisminister Knut Storberget [19] i boka «Bjørnen sover» og han hevder at samfunnet sover som bjørnen.

Hjelpe tilbud finnes når pasienten svarer bekreftende på voldserfaringer...

Samfunnet sover som bjørnen fordi det er barrierer mot å avdekke. Familielege Syvie Wong fra Nederland konkluderer i sin doktorgradstudie («The doctor and the women who fell down the stairs») om at de viktigste barrierer mot å avdekke volden er legens frykt for å åpne «Pandoras boks» ved å stille spørsmål om vold.

I tillegg er mangel på trening, tidspress, redsel for å fornærme ved å spørre, samt manglende kunnskap om hva en kan gjøre dersom pasienten svarer bekreftende på voldserfaringer. På grunn av slike begrensninger, blir ofte vold i nære relasjoner uidentifisert.

Det er av betydning for ofre for overgrep at behandler har relasjonskompetanse generelt, samt kunnskap om fenomenet, andre hjelpeinstanser og hva som er de gode spørsmål for avdekking av vold i nære relasjoner. Skriftlig informasjonsmateriell om rettigheter og helsefarer og andre hjelpeinstanser bør være lett tilgjengelig. I dag har alle rett til gratis bistandsadvokat for å snakke igjennom eventuelle rettslige tiltak, selv om en ikke vil anmelde forholdet. Politiet har fått familievoldskoordinatorer i alle fylker og kan bidra med trygghetsalarm, samt besøksforbud med mer. Voldsutøveren kan få hjelp hos Alternativ til vold eller ved et sinnemestringstilbud. Barn som har vært vitne kan også få faglig hjelp enten gjennom Barnehuset eller psykologiske hjelpe tilbud for barn. Regjeringen har også lagt fram forslag om å fordoble voldsoffererstatningsbeløpet fra 20 ganger grunnbeløpet til 40 ganger grunnbeløpet. Rådgivingskontorene for kriminalitetsofre (telefon 815 20 077) er oppdatert på alle rettigheter og kan gi råd for hva de utsatte kan/bør gjøre. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har nylig utarbeidet en informasjonsbrosjyre om overgrepsmottakenes tilbud, som også gir opp-

lysning om andre hjelpe tilbud. Informasjon er også tilgjengelig på www.overgrepsmottak.no og www.krisesenter.com.

Når pasienten ikke vil bryte ut på tross av vold...

Hva hvis den utsatte ikke ønsker å oppsøke krisesenter eller bryte ut på tross av alvorlig vold? Det er en utfordring å skulle «holde litt av et menneskes liv i sin hånd» [20] i slike tilfeller. Oppfølging med jevnlig innkallinger kan være en måte å gi støtte på, samt hjelp til trygghetsplanlegging og sikkerhetsvurdering. Motivering til å skape seg et eget «rom» der den utsatte kan få «puste fritt», som daglige turer, trimtilbud eller andre fritidsaktiviteter, er blitt framhevet som viktig [21]. Det er også mulig å henvise til instanser som vet mer om aktuelle hjelpe tilbud. Å danne en tverrfaglig gruppe dersom pasienten samtykker til det kan være nyttig, da dette jo er et felt som handler om kriminalitet, barn og utøver, ikke bare den utsatte. Prosessen mot ett liv i trygghet kan være lang. Vold i nære relasjoner handler om å gå fra å være den utvalgte til å bli den utsatte. Det er tross alt den mange har valgt å satse på og ønsket å dele livet med som er utøver av volden. Samtidig er det ofte snakk om livslange relasjoner selv om en bryter ut, gjennom felles barn og barnebarn. Det er også av betydning at fastlegen kjenner til det nærmeste krisesenter som det er 50 av i Norge, og vet hva de kan tilby. Sikkerhet, trygghet, hjelp og støtte i en bruddfase er svært viktig. Det er da den farligste volden skjer. Planlegging i forhold til at nye farlige situasjoner kan oppstå, har vist seg å øke de utsattes trygghet [26]. Det kan handle om alt fra fjerning av eventuelle våpen til at den utsatte iverksetter tiltak som å informere en nabo, ha klar ekstra sett med nøkler, penger og telefonnumre til de viktigste hjelpeinstanser som krisesenter og politi for eksempel.

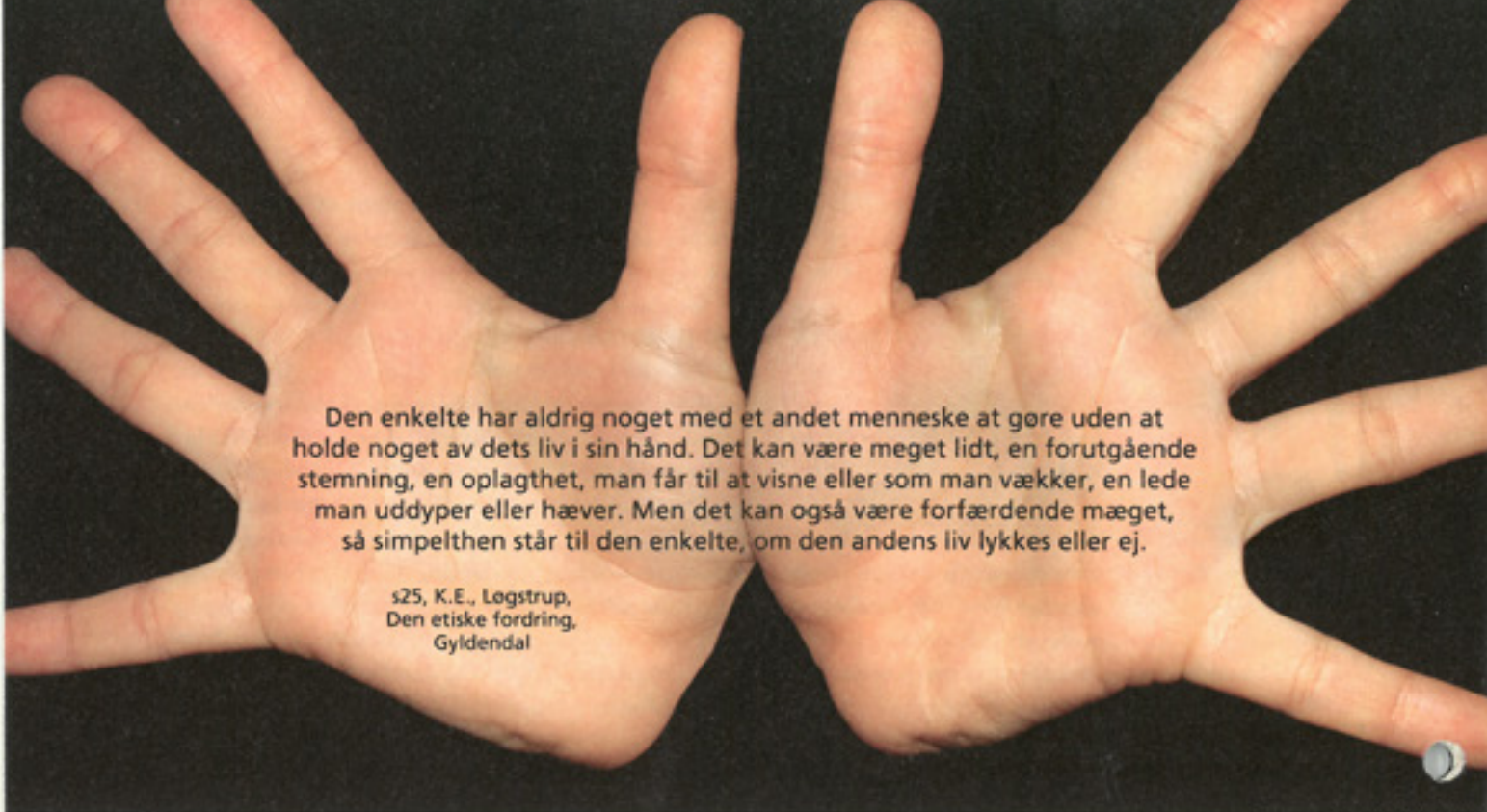
Sikkerhetsplanlegging

Har du

- Gjemt unna penger?
- Et ekstra sett av bil- og husnøkler?
- Etablert en kode med familie/venner?
- Spurt naboer om de kan ringe politi dersom volden starter?
- Fjernet våpen?

Har du klar

- En bag med nødnumre/identitetskort/bankkort/kjøpekort
- Ekstra klær / viktige telefonnumre etc.



Den enkelte har aldrig noget med et andet menneske at gøre uden at holde noget av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forutgående stemning, en oplagthet, man får til at visne eller som man vækker, en lede man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.

s25, K.E., Logstrup,
Den etiske fordring,
Gyldendal

ILLUSTRATION: PHILIP LANG

Fokus på barn

Fokus på barn er også sentralt. Hvor er barna, er de trygge? Barn som er vitne til vold i familien utsettes for alvorlige påkjenninger selv om de ikke har sett volden direkte, fordi de lever i et spenningsfelt i utrygge hjem. Dette kan føre til økt risiko for angst, depresjon og atferdsproblem [22]. Dette er det viktig å informere de voldsutsatte kvinnene om. Samtidig er det viktig å fortelle om hjelpetilbud til voldsutøver. Hvis utøver søker hjelp vil det også kunne redusere faren for vold i en bruddfase.

Vold mot eldre

Hva så med den eldre mannen som utsettes for vold av en i familien? Også her kan prosessen mot ett liv i trygghet være lang. Oppfølgingen er viktig, og legen kan ta initiativ til tverrfaglig samarbeid; politi, psykolog, psykiatrisk sykepleier, sosialetaten. Å opprette ansvarsgrupper og individuell plan, er gjerne veien å gå. Det kan være enda vanskeligere å anmelde en sønn/datter eller svigersønn/datter, enn en partner.

Å bidra til å kriminalisere egne barn, er ikke lett. Vold fra barn representerer også ofte skam over å ha mislyktes som foreldre. Et tiltak kan være å bidra til at den gamle kan få mulighet til å komme på en helseheim, syke- eller gamlehjem. Eventuelt kan en begynne med avlastningsopphold, for at pasienten kan føle seg trygg i en avdekkingsfase, og etter hvert bli mer i stand til å foreta egne valg. En annen løsning kan være at lokalt politi snakker med utøver og følger opp med hjemmebesøk. Det finnes mange mulige løsninger med utgangspunkt i de lokale ressurser. I Bergen kan «Vern for eldre», et tilbud ved Bergen legevakt, blant

annet bidra med at trygghetssykepleier kommer på gjentatte hjemmebesøk.

Nå er det vist, både nasjonalt og internasjonalt, at det å leve i hjem preget av fysisk, psykisk og seksuell vold, utgjør en betydelig helserisiko og reduserer de utsattes livskvalitet i betydelig grad. Vold er også direkte farlig – det kan bety tap av livet og når de utsatte ofte underestimerer faren, er det vesentlig at legen ikke gjør det [23, 24].

Det er viktig å avdekke vold i nære relasjoner. Da er det mulig å oppnå økt trygghet for de utsatte i form av redusert vold. For å oppnå dette er det nødvendig med økt bruk av hjelpetilbudet som krisesenter, rådgivere, advokater, samt å få gjennomført sikkerhetsplanlegging [25]. Det viktigste er å våge å se og avdekke. Vi må vekke bjørnen!

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Overgrepsmottak : veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Report No.: 92-4-154561-5.
3. Alsaker K. Quality of life among women who have experienced intimate partner violence : a one year follow-up study among women at Norwegian women's shelter. [Bergen]: University of Bergen; 2008.
4. Stark E, Flitcraft A. Women at risk. Domestic violence and women's health. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 1996.
5. Krantz G, Østergran P-O. The association between violence victimization and common symptoms in Swedish Women. J Epidemiol Community Health 2000;54:815-821.

6. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res* 2006;15(6):959-65.
7. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *J Gen Intern Med* 2007.
8. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368(9543):1260-9.
9. Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centers: attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(7):707-15.
10. Romans S, Forte T, M C, Do Mont J, Hyman J. Who is most at risk for intimate partner violence? *Journal of Interpersonal Violence* 2009;22:1495-1514.
11. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359(9313):1232-7.
12. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Med Sci Monit* 2004;10(2):CR75-9.
13. Haaland T, Clausen S-E, Schei B. Vold i parforhold. Couple violence. Oslo: NIBR; 2005.
14. Kapoor N, Justice Mo. Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner. With summary in English. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning; 2003. Report No.: 82-583-0746-0.
15. Justice NMo, Police t. The General Civil Penal Code. Act of 22 may 1902 No. 10. With subsequent amendments, the latest made by Act of 21 December 2005 No.131: Legislation Department; 2006.
16. Wik G, Galta K, Olsen SL. Mord - selvmord i nære relasjoner. Oslo: Universitetsforl; 2005.
17. Politidepartementet J-o. Fra ord til handling; 2008.
18. Isdal P. Meningen med volden. 2000.
19. Storberget K. Bjørnen sover : om vold i familien. Oslo: Aschehoug; 2007.
20. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal; 1957.
21. Anderson DK, Saunders DG. Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4(2):163-91.
22. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforl; 2005.
23. Campbell JC. Helping women understand their risk in situations of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2004;19(12):1464-1477.
24. Campbell JC. Commentary on Websdale: lethality assessment approaches: reflections on their use and ways forward. *Violence Against Women* 2005;11(9):1206-13.
25. Trabold N. Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care setting. *Social Work in Health Care* 2007; 45(1):1-18.
26. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomized clinical trial. *Nurs Res* 2002;51(6):347-54.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kjersti.alsaker@isf.uib.no







Afinion™ -
enkelt, raskt og sikkert

900 allerede solgt i Norge.
Prøv selv og finn ut hvorfor.

Analysemeny:

CRP	- 1,5 uL blod
HbA1c	- 3 minutter
ACR	- 5:35 minutter

Kommer:

PT-INR
Lipidpanel
og flere...

Ta kontakt for uforpliktende utprøving:

Medinor AS Oslo	Medinor AS Bergen	Medinor AS Sandnes	Medinor AS Trendheim
Tlf: 22 07 65 50	Tlf: 55 94 83 10	Tlf: 51 63 79 79	Tlf: 73 82 64 50
medinor@medinor.no		www.medinor.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.

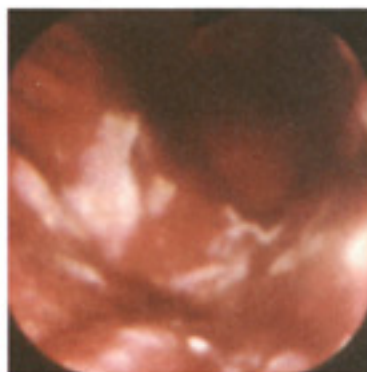
Når du forskriver Selexid® LEO til pasienter med urinveisinfeksjon, bør du derfor påføre:

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, Thøstrup Andersen J. Gastroscopic and pharmacokinetic evaluation of a new pivmecillinam tablet. Eur J Clin Pharmacol 1982; 22: 63-9

Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser

— hva skal vi gjøre og hva virker?

AV GRETHE E. JOHNSEN

Stressreaksjoner er vanlig hos personer som har opplevd traumatiske hendelser. For de fleste går disse over av seg selv etter noen dager eller uker etter at en er kommet i sikkerhet. Bare noen utvikler vedvarende plager. I møtet med traumeutsatte skal leger ikke starte en bearbeidelse av opplevelsene i den umiddelbare fasen, men ivareta og trygge pasienten. For å fange opp de som trenger behandling må leger ha kontakt med disse i noen tid etter hendelsen. Det gjenstår å forske mer på hvilke umiddelbare intervensjoner som er virkningsfulle.



Grethe E. Johnsen

er Ph.D og spesialist i klinisk psykologi. Hun arbeider som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, der hun driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving rettet mot overgrepsmottak. Hun er også militærpsykolog ved Forsvarets sanitet på Haakonsværn i Bergen.

Traumatiske hendelser

I løpet av de siste ti årene har det skjedd en utvikling av hjelpetilbud til krise- og katastroferammende her i landet. Etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), de regionale ressursentre (RVTS) og utbyggingen av overgrepsmottak i alle fylker, viser at fokuset på traumefeltet står sentralt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) har fått det faglige ansvaret for kompetansoppbygging, fagutvikling og forskning knyttet til overgrepsmottakene.

Traumatiske hendelser kjennetegnes ved at de er uforutsigbare, ukontrollerbare, skremmende og gir et ekstremt stress for den det gjelder. Traumatiske opplevelser utløses ikke bare av store katastrofer som for eksempel tsunamikatastrofen i Asia, men også av de alvorlige hendelsene som rammer enkeltmennesker i form av voldtekt, overfall, vold i nære relasjoner og plutselige dødsfall.

Siden 1980-tallet har klinikere utviklet intervensjoner som skal lindre effektene av traumatiske hendelser og forebygge

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

T TABLETTER. Filmraste 200 mg: Hver tablett inneholder: Pivmecillinamhydroklorid 200 mg, hjelpestoffer. **J01C A08. Indikasjon:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecinamfølsomme mikroorganismer. Dosering: Tabletten tas med rikelig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplicert 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 bakterien. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/dag fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbelt dose gis. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type 1-reaksjon overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (Tabletten). Pivmecillinam (tablett) er kontraindusert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metilmalonylacidemi, propionylacidemi 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 underernerte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjentatte, korte behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn 1-2 måneders intervall. Løngående behandling (2 måneder eller lengre) hos ellers 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. Der ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecinlam. (3: 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 føt/neonatal-toksiskitet 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 sensibilisering. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelbetennelse pga. karbimangel. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01C side 4. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smalekspert amcinopenicillin med spesielt høy aktivitet mot gramnegative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «prodrug», er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecinlam. Relativt stabil overfor penicillinase fra gramnegative staver. Ikke kryssresistent med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdvis lav aktivitet overfor grampositive kokker og H. influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecinlam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. Virkningsmekanisme: Baktericid. Hemmer celledelingssyklusen, 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. Protebinding: 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. Forsikret ved nedsatt nyrefunksjon. **Pakkninger og priser (1.5.2009):** Enkel: 20 stk. kr 122,70, 30 stk. kr 170,60, 100 stk. kr 500,20.

Refusjon: Mecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Urinveisinfeksjoner ved immunsvekket. Palliativ behandling i livets sluttfase. Refusjonskoder: ICPC-90 Palliativ behandling i livets sluttfase, D89 Immunsvekket i livets sluttfase, D90 Immunsvekket med overveidende antistoffmangel (31), D81 Kombineret immunsvekket (31), D82 Immunsvekket forbundet med andre større defekter (31), D83 Vanlig variabel immunsvekket (31), D84 Annen immunsvekket (31). Pivmecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Pyelone kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyre/urinveier. Urinveisinfeksjoner ved immunsvekket. Refusjonskoder: ICPC: B99 Immunsvekket i livets sluttfase, D81 Nyrebetennelse (68, 106), D71 Cystitt/urinveisinfeksjon i livets sluttfase (68, 106), D72 Urettritt (68, 106), D80 Immunsvekket med overveidende antistoffmangel (31), D81 Kombineret immunsvekket (31), D82 Immunsvekket forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvekket (31), D84 Annen immunsvekket, N10 Akutt tubulointerstisiell nefritt (68, 106), N11 Kronisk tubulointerstisiell nefritt (68, 106), N12 Tubulointerstisiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr. (68, 106), N15 Andre tubulointerstisielle nyresykdommer (68, 106), N30 Cystitt (68, 106), N34 Urettritt og uretrasyndrom (68, 106), N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon (68, 106). Vikår: (31) Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk eller onkologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan revidere legemidlet til seg selv på b.d. 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 lunge/bronkier 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 lunge/bronkier eller minst 3 årlige infeksjoner i nyre/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i lunge/bronkier og/eller nyre/urinveier. Sist endret: 24.2.2009

Ref. 1: Hey H, Frederiksen H, 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 Lillaker, 0216 Oslo
Telefon: 22 51 49 00, Faks: 22 51 49 01
www.leo.no, e-post: info@leo-pharma.com

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

kjennetegnes ved: (tilpasset fra diagnosemanualen DSM-IV)

GJENOPPLEVELSER: Påtrengende og tilbakevendende gjenopplevelser av traumet, tilbakevendende mareritt/drammer, opplevelse av at hendelsen skjer igjen, fysiologisk reaktivering ved eksponering for påminnere (ett symptom kreves).

UNNGÅELSESTILFERD: Unngåelse av tanker, følelser og samtaler relatert til traumet, unngåelse av påminnere, amnesi for deler av hendelsen, redusert interesse, tilbaketrekning, isolasjon, nummenhet, følelsesavflatning (minst tre symptomer kreves).

ØKT AKTIVERING: Søvnvansker, irritabilitet, sinneutbrudd, konsentrasjonsvansker, konstant alarmberedskap, anspenthet, skvettenhet (minst to symptomer kreves).

RISIKOFAKTORER VED PTSD: Tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, lav sosioøkonomisk status, alder (yngre), kjønn (kvinner), sterke psykiske reaksjoner under og umiddelbart etter den traumatiske hendelsen, type traume, opplevd livstrussel, manglende sosial støtte, manglende anerkjennelse, unnvikende mestringsstrategier og negative livshendelser i etterkant av traumet.

posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og andre traume-relaterte lidelser. Psykologisk debrifing var en utbredt intervensjon en del år, og effekten av intervensjonen ble systematisk vurdert på 1990-tallet. Da forskning viste at psykologisk debrifing ikke hadde noen effekt på enkeltpersoner, ble det utviklet andre tidlige intervensjoner. Hensikten var å forebygge og fange opp de som har størst risiko for å utvikle vedvarende problemer.

Hovedproblemstillingen for legevaktsleger og fastleger er hvordan en skal bistå traumeeksponerte pasienter i den umiddelbare og akutte fasen, samt hvordan en skal identifisere risikopersoner som trenger videre behandling. I denne artikkelen vil jeg formidle hvordan leger kan ivareta personer etter traumatiske hendelser sett i lys av den forskning og de anbefalinger som foreligger i dag.

Reaksjoner på traumer

Epidemiologiske studier har vist at flertallet av de som eksponeres for traumatiske hendelser ikke utvikler alvorlige psykiske reaksjoner i etterkant. Mange mennesker har en betydelig motstandskraft i møte med denne type hendelser og vil kun få kortvarige reaksjoner som forsvinner av seg selv. Forskning på risikofaktorer har vist at et komplekst samspill mellom kognitive, atferdsmessige og biologiske faktorer ligger til grunn for at enkelte traumeeksponerte utvikler PTSD.

Oppfølgingsstudier av personer utsatt for traumatiske hendelser har vist en forekomst av PTSD på 15–24 prosent (1). Her i landet fant Ingebrigtsen og medarbeidere (2) at livs-

tidsprevalensen for PTSD var 8,8 prosent. Det er de omfattende og vedvarende hendelsene som gir mest omfattende psykiske vansker i etterkant. Prevalensen varierer med type hendelser og en undersøkelse har vist at 47 prosent av de som ble eksponert for voldtekt utviklet PTSD (3).

Kriseintervensjoner – hvor står vi?

Leger vil møte pasienter som er eksponert for alvorlige hendelser på legevakt, ved innleggelse, ved kommunens krisehåndtering eller i allmennpraksis. For å vurdere hvilke psykososiale intervensjoner som skal tilbys disse pasientene er det viktig å ta hensyn til tiden som er gått siden hendelsen inntraff. Selv om psykiske reaksjoner er vanlig etter traumatiske hendelser, har det vært delte meninger om hvordan en best kan ivareta de utsatte i den umiddelbare (0–48 timer) og akutte fasen (de første ukene). Bakgrunnen for denne uenigheten er for det første at krise- og katastrofefeltet har manglet generaliserbare resultater på hva som er effektive intervensjoner i den tidlige fasen (umiddelbar- og akutt fase). Det har også kommet motstridende resultater og anbefalinger fra forskningsfeltet. En særlig opphetet debatt kom da oppfølgingsstudier viste at det ikke var støtte for at en omfattende intervensjon (psykologisk debrifing) kunne forebygge traumerelaterte lidelser (4). Studiene viste at psykologisk debrifing for de fleste var unødvendig. For noen medførte det ekstra belastninger og for noen kunne det sågar være skadelig. Videre ble det hevdet at psykologisk debrifing ofte ble gitt for tidlig, og at for de som hadde betydelig stressreaksjoner var intervensjonen ikke tilstrekkelig.

Etter hvert etterlyste fagfeltet studier som undersøker hvilke intervensjoner som er effektive i den tidlige fasen. Flere studier har gitt støtte til hypotesen om at det å bearbeide inntrykk og reaksjoner i den umiddelbare fasen kunne forstyrre den normale tilhelingsprosessen. Disse studiene tydet på at for tidlig bearbeiding kan påvirke konsolideringen av minner. I en undersøkelse av personer eksponert for terrorhandlinger 11. september 2001, fant man at de som ble bedt om å uttrykke følelser umiddelbart etter hendelsen hadde mer plager i etterkant enn de som ikke gjorde dette (5). Konsolideringshypotesen har fått støtte fra ulike studier. En undersøkelse viste at det å ha amnesi for den traumatiske hendelsen ga mindre risiko for PTSD (6). Studier på søvn viste at det å sove dårlig rett etter en hendelse virket forebyggende på plager i etterkant (7). Disse resultatene tyder på at det å ikke sove godt etter en alvorlig hendelse reduserer risikoen, ettersom mindre søvn gjør at minner konsolideres dårligere. En studie viste at de som rapporterer at de var påvirket av alkohol da hendelsen inntraff hadde redusert risiko for PTSD (8).

Det kan være hensiktsmessig å ta dette i betraktning når en møter pasienter utsatt for voldtekt og andre seksuelle over-

grep, der pasienten det første døgnet ofte må beskrive hendelsen til flere fagfolk innen helsevesen og politi. Når studier peker i retning av at traumatiske minner kan overkonsolideres, er dette kunnskap som kan gi holdepunkter for hva en gjør i møte med traumatiserte pasienter. En bør unngå at pasienten må gjenta hendelsesforløpet til flere helsepersonell i den umiddelbare fasen.

Etter at psykologisk debriefing ble funnet å ikke ha en dokumentert effekt, ble det satt fokus på å utvikle andre tidlige intervensjoner for å ivareta de eksponerte. Psykologisk førstehjelp er nå en utbredt intervensjon til traumeeksponerte. I følge denne tradisjonen skal den umiddelbare ivaretagelsen tilpasses den enkeltes behov, og en skal følge den traumeeksponerte over tid for å se om det skjer en naturlig tilhelingsprosess eller om det blir en problemutvikling. Ivaretagelsen i den umiddelbare fasen skal ta utgangspunkt i personens naturlige robusthet og ta høyde for at en takler stress på ulike måter. En skal tilby praktisk og pragmatisk støtte gitt på en ivaretaende måte. Umiddelbare intervensjoner skal fokusere på trygghet og tilhørighet. Det skal gis informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier, hvordan en kan bruke familie og venner samt hvordan, hvor og når en bør søke ytterligere hjelp. Fokuset skal være på informasjon og en forventning om at situasjonen vil normalisere seg.

I motsetning til psykologisk debriefing, som opprinnelig var utviklet for innsatspersonell, er psykologisk førstehjelp utviklet for de primært eksponerte, altså de som har blitt utsatt for alvorlige hendelser. Når psykologisk førstehjelp ble utviklet, ble det vurdert hva som skulle videreføres fra psykologisk debriefing og hva som skulle legges til. I psykologisk førstehjelp har en vektlagt at de utsatte har ulik eksponering og at intervensjonene skal tilpasses den enkelte. Psykologisk førstehjelp er således mindre standardisert enn psykologisk debriefing. Koblingen av beskrivelser av fakta og relaterte følelser (bearbeidelse) skal ikke inngå i den umiddelbare

intervensjonen. Den enkelte må få reagere og uttrykke seg, men en skal ikke oppmuntre til bearbeidelse for tidlig. En skal også være oppmerksom på mulige negative konsekvenser av overdreven følelsesmessig ventilerende hos eksponerte med sterke stressreaksjoner og dissosiative symptomer.

Når det første sjokket er gått over vil behovet for å snakke om og bearbeide hendelsen, variere fra person til person. De fleste bearbeider hendelsen med nær familie og venner. De som setter seg å snakke over tid, og ikke kommer videre, vil ofte trenge behandling. Forskning viser at eksponerte med vedvarende symptomer etter en måned profitterer på traumefokusert kognitiv atferdsterapi (9). For eksponerte med ekstreme reaksjoner, har det vist seg gunstig å tilby traumefokusert kognitiv atferdsterapi på et tidligere tidspunkt (10, 11).

Forskning har vist at en del av de eksponerte for alvorlige hendelser ikke har stressreaksjoner i etterkant. Dyregrov (12) har påpekt at eksponerte som ikke viser sterke reaksjoner og ikke ønsker å snakke om det som har skjedd, ofte skaper bekymring blant pårørende. Han setter dette i relasjon til det sterke fokuset på viktigheten av å snakke om sine opplevelser og tanker etter kriser, både for helsepersonell og for folk flest. Dyregrov råder leger og annet helsepersonell til å få de pårørende til å vurdere hvorvidt den de bekymrer seg for har endret seg drastisk, isolerer seg eller viser manglende funksjon i skole eller arbeidssituasjon. Er tilbakemeldingene på dette negativt, er det mindre grunn til bekymring.

Forskning omkring hukommelseskonsolidering tyder på at vi bør ha et mer nyansert syn på når hendelsen og opplevelsene skal bearbeides. Det er mye som tyder på at de som utvikler PTSD kun i liten grad opplever lindring og har vanskeligheter med å komme videre i sin bearbeidelse av å snakke om sine opplevelser med sine nærmeste.

Hvem trenger mer hjelp?

Fastlegen er ofte den første, og noen ganger den eneste, som er tilgjengelig for eksponerte for traumatiske hendelser. Å vurdere hvorvidt en pasient etter en traumatisk hendelse vil utvikle psykiske reaksjoner som vedvarer eller som gradvis går over, kan være vanskelig i den umiddelbare fasen. Forskning har vist at en grovt sett kan gruppere reaksjonene som viser seg etter traumatisk eksponering i fire. Den første gruppen omfatter eksponerte som umiddelbart reagerer med sterke psykiske reaksjoner, men som gradvis eller spontant blir bedre. Den andre gruppen omfatter eksponerte som umiddelbart reagerer sterkt, og som over tid fortsetter og ha sterke reaksjoner. I den tredje gruppen finnes eksponerte som umiddelbart ikke viser noen særlige psykiske reaksjoner, men som gradvis får mer alvorlige symptomer. Den fjerde gruppen omfatter eksponerte som

Psykologisk førstehjelp:

- Skal tilpasses den enkeltes behov.
- Skal tilby emosjonell støtte til den enkelte, samt trygge, roe og sikre. Bidrar med informasjon og praktisk hjelp.
- Bør inneholde informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier, råd om sosial støtte; hvordan bruke familie/venner, hvordan, hvor og når en bør søke profesjonell hjelp.
- Bør ta utgangspunkt i personens naturlige robusthet, ta høyde for at en takler stress på ulike måter og ikke tilby en oppskrift.
- Bør monitorere pasientens psykiske reaksjoner; vurdere om det skjer en naturlig tilhelingsprosess eller en problemutvikling.

ikke viser noen særlige psykiske reaksjoner verken umiddelbart eller over tid.

Reaksjonsforløpet i den første måned etter hendelsen vil gi gode holdepunkter for symptomutvikling videre (13). Dersom de akutte stressreaksjonene gradvis avtar er det stor sannsynlighet for at pasienten selv vil mestre situasjonen. Men dersom de psykiske reaksjonene vedvarer, øker eller blir spesielt problematiske må pasienten følges nærmere opp.

Vurderingen av hvem som vil trenge oppfølging bør ta utgangspunkt i diagnosene akutt stressforstyrrelse (ASD) og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), samt at en bør basere seg på den kunnskap som foreligger fra forskning omkring risikofaktorer. I hovedsak skal vurderingen ta utgangspunkt i pasientens symptompresentasjon, anamnesticke opplysninger, vurdering av risikofaktorer og eventuelle komparentopplysninger. Viktige risikofaktorer har vist seg å være tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, sterke psykiske reaksjoner under og umiddelbart etter den traumatiske hendelsen, type traume, manglende sosial støtte, manglende anerkjennelse, unnvikende mestringsstrategier og negative livshendelser i etterkant av traumet.

Helsevesenet vårt er basert på at en selv skal søke hjelp når en trenger det. Imidlertid tyder mye på at personer som etter en umiddelbar ivaretagelse blir anmodet om å ta kontakt ved behov, likevel ikke søker hjelp igjen av eget initiativ. Dette henger sammen med at unngåelsesatferd er et av kjernesymptomene ved PTSD. Klare oppfølgingsavtaler for å vurdere mulig problemutvikling er trolig det mest hensiktsmessige for traumeeksponerte.

Mange av de som har utviklet PTSD, og som etter hvert tar kontakt med sin fastlege, knytter ikke den traumatiske hendelsen og symptomene sammen i sin symptompresentasjon for legen. De kommer ofte med depresjon, søvnproblemer, samlivsvansker eller somatiske plager. Dersom fastlegene ved slike symptompresentasjoner i større grad er oppmerksom på å spørre etter eventuelle traumatiske hendelser vil trolig flere eksponerte fanges opp.

Oppsummering

Flere forskere har etterlyst studier som ser på effekten av tidlige intervensjoner etter potensielt traumatiske hendelser (14), men foreløpig har feltet lite dokumentasjon på effekten av slike tidlige tiltak. Det er imidlertid en konsensus i fagfeltet om at en ikke må ignorere den tidlige fasen etter traumatiske hendelser (13).

Reaksjonsmønstrene etter traumatiske hendelser er forskjellige. Noen viser alvorlige reaksjoner umiddelbart,

andre uttrykker ingen sterke reaksjoner. I den umiddelbare fasen er det vanskelig å vurdere om en pasient vil utvikle vedvarende psykiske reaksjoner eller om vedkommende spontant vil bli bedre.

Fagfeltets anbefalinger for tidlig intervensjon er psykologisk førstehjelp. Når en tilbyr denne type intervensjoner skal man ikke starte en bearbeidelse de første dagene etter hendelsen. En skal tilby informasjon, støtte og individualisert hjelp, slik at pasienten kan gjenvinne kontroll. Ved å følge de eksponerte over tid kan en identifisere de som har vedvarende vansker og tilby dem adekvat behandling. De som utvikler PTSD eller andre traumerelaterte lidelser bør få traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Dette betyr vanligvis henvisning til psykolog/psykiater eller at vedkommende allmennlege er trent i denne form for behandling.

Etter hvert vil forskning kunne gi svar på effekten av ulike tidlige intervensjoner, og om disse kan forebygge traumerelaterte lidelser. Det er blitt dokumentert at traumefokusert kognitiv behandling gir effekt i etterkant, men vi trenger dokumentasjon på hva som er effektive umiddelbare intervensjoner.

Referanser

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
2. Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sørensen T, Dalgard OS. Når ulykken rammer. In: Dalgard OS, Døhle E, Yngstad M, editors. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget; 1995. p. 64-85.
3. Rothbaum BO, Foa E, Riggs DS, Mordock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):455-75.
4. Rose S, Binson JL, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(2):CD000560.
5. Seery MD, Silver RC, Holman EA, Ence WA, Chu TQ. Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Aug;76(4):657-67.
6. Klein E, Caspi Y, Gil S. The relation between memory of the traumatic event and PTSD: evidence from studies of traumatic brain injury. *Can J Psychiatry*. 2003 Feb;48(1):28-33.
7. Wagner U, Hallschmid M, Rasch B, Born J. Brief sleep after learning keeps emotional memories alive for years. *Biological Psychiatry*. 2006;60(7):788-90.
8. Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *Journal of Affective Disorders*. 2001 Mar;65(1-3):113-21.
9. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):1024-32.
10. Binson JL, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan;184:63-9.
11. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1780-6.
12. Dyregrov A. Ikke alltid bra å snakke. *Kronikk Aftenposten*. 10.08.2008.
13. Binson JL, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS, Jr. Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(7):1016-9.
14. Binson JL. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2007;334(7597):789-93.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
grethe.johnsen@psybp.uib.no

LÆGE DAGE

**9. – 13. NOVEMBER 2009
BELLA CENTER – KØBENHAVN**

Efteruddannelseskongres
for praktiserende læger
– arrangeret af læger

PLO

Praktiserende Lægers Organisation

DSAM

Dansk Selskab for Almen Medicin

- 100 kurser på 5 dage
- Workshops
- Debatmoder
- Socialt samvær
- Underholdning
- Udstilling med 80 stande

INFORMATION OG TILMELDING

www.laegedage.dk

Telefon +45 35 44 84 70

E-mail: booking.plo@dadi.dk



Om vikarer

De aller fleste allmennleger vil i løpet av karrieren enten ha vært eller hatt en vikar. I dette nummeret av Utposten har vi fått Kjell Martmann-Moe til å skrive om reglene rundt det å ha vikar. Men er nå det så viktig å bry seg om? Er dette med vikarer så problematisk? Dessverre viser virkeligheten oss at det er det.

Utfordringene i forbindelse med det å være eller å ha en vikar kan variere både fra person til person, og fra sted til sted. For å ta det siste først. Mens det i sentrale og populære strøk kan være vanskelig å få seg en jobb som vikar, og faren for at kontrakten man tilbys ikke nødvendigvis er veldig hyggelig, kan det som hjemmelshaver i mindre populære strøk være vanskelig å få tak på egnet vikar. Selv om disse problemene er av ganske ulik karakter,

så er de begge situasjoner som kan være svært slitsomme og belastende å stå i. Det kan være svært frustrerende å føle at man ikke kan ta permisjonen eller etterutdanningen man ønsker fordi man ikke har klart å skaffe en vikar som på en tilfredsstillende måte kan ivareta listen. På en tilsvarende måte kan det være svært fortvilende å stå uten jobb, og det er ikke alle som da enkelt og greit kan flytte til et annet sted og forlate alle forpliktelser for å komme til et bedre arbeidsmarked.

Som hjemmelshaver er det først og fremst utfordringene med å finne en dyktig vikar som kan gjøre vikarsituasjonen vanskelig. Som vikar er det imidlertid flere potensielle problemer. Dessverre er det sånn at flere av våre kolleger utnytter vikaren sin tildels ganske grovt økonomisk. Jeg må tilstå at jeg sliter med å forstå hvordan noen presumptivt oppegående mennesker får seg til å behandle sine medmennesker og kolleger på den måten. Hva sier det om deg som person når du er i stand til å ta 50, 60 eller 70

Vikar og fastlegeordning

AV KJELL MAARTMANN-MOE

Vicaria / vicarium (f./m. lat).
stedfortreder (med fullmakt), erstatter.
Fra latin *vicis* – veksling, skifting



Kjell Maartman-Moe

Fastlege i Grünerløkka bydel, Oslo.
Spes. allmennmedisin, dr.med. og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

I fastlegeordningen (FLO) erstatter en vikar deg helt eller delvis i en tidsavgrenset periode når du har fravær fra din fastlegegjerning. Deltaelse i offentlig allmennlegearbeid anses i henhold til avtaleverket ikke som fravær, og gir derfor ikke rett til vikar. Nedenfor er den som ønsker eller har vikar omtalt som fastlegen. De øvrige kolleger i gruppepraksis omtales som gjenværende kolleger. Poenget med vikar er at pasientene, du selv, dine kolleger i og utenfor gruppepraksisen, kommunen og øvrige samarbeidspartnere skal bli minst mulig skadelidende i ditt fravær.

Retten til vikar er nedfelt i rammeavtaleverket for FLO mellom Legeforeningen og henholdsvis Oslo (§§15–16) og KS (§§13–14). Begge rammeavtalene finnes i oppdatert utgave på Legeforeningens hjemmeside (1) under *Jus, avtaler og arbeidsforhold* i kapitlet om selvstendig næringsdrivende. Rammeavtalen med KS er kommentert. Nyttig informasjon om de juridiske forhold vedrørende inntak av vikar finnes også i boken *Jus for leger* (2).

Rettighetene i FLO til å ta inn vikar er en stor forbedring fra tidligere. Utgangspunktet er at legen har rett til å ta inn vikar ved fravær fra praksis. Det kreves ikke klarering fra kommunen, men at kommunen meddeles inntak av kvalifisert vikar. Kontraktsforholdet mellom kommunen og fastlegen løper i vikarperioden. Misligholder vikaren fastlegeavtalen, kan det slå tilbake på fastlegen. Bryter vikaren strafferettslige eller erstatningsrettslige regler eller profesjonslovgivningen, er det imidlertid vikarens og ikke fastlegens ansvar. Det økonomiske mellomværendet mellom vikar og fastlege er kommunen uvedkommende.

prosent av vikarens inntekt bare fordi du kan? Er mennesker som er så opptatt av egen økonomisk gevinst egnet i jobben som fastlege? Eller vil en slik holdning til det å tjene penger også gi seg utslag i kreativ takstbruk eller en praksisprofil hvor målet om høyest mulig næringsinntekt skygger for målet om godt allmennmedisinsk arbeid?

Jeg har så langt til gode å høre gode argumenter for at vi som er hjemmelshavere skal tjene penger på å ha en vikar. Det er innlysende at vikaren skal betale sin del av driften av kontoret, og jeg synes det er like innlysende at hjemmelshaver skal ha kompensert for det administrative arbeidet hun legger ned mens vikaren er der, men jeg synes at det ikke hører noen steder hjemme at vikaren skal ta av sin inntekt for at hjemmelshaver skal øke sin. En vikaravtale er en avtale som begge parter tjener på. Vikaren får en jobb og mer erfaring, mens hjemmelshaver får anledning til å være borte fra praksisen og med en eventuell økning i good-

will. At enkelte mener at de i tillegg skal ha ytterligere betalt, er bare trist. Mest av alt for den som har en slik tanke om rett og galt, og et sånt forhold til penger.

For en tid siden var jeg på grunnkurs A, hvor tidligere nestleder i Allmennlegeforeningen Ole Edvard Strand fikk spørsmål om hvorfor vi som forening ikke har regler for hvordan forholdene mellom vikar og hjemmelshaver skal være. Strand svarte at grunnen til det var at misbruk av vikarer er et lite utbredt problem, hvorpå salen nærmest eksploderte, og den ene fortellingen verre enn den andre kom frem. Med en så lite oppmerksom holdning overfor våre yngste og mest utsatte kolleger, er det ikke vanskelig å forstå at mange vegrer seg for å begynne som allmennleger. Forhåpentligvis vil en økt bevissthet om alle utfordringene rundt det å ha og det å være vikar bringe Allmennlegeforeningen i større grad på banen i denne viktige saken.

Ole Andreas Hovda

— hva sier regelverket?

Ønsker man å jobbe mindre en periode pga. andre forhold enn sykdom, kan man ta inn vikar. Ønsker man permanent mindre å gjøre, må man legge om måten man driver praksisen på, eller redusere listen.

I rammeavtalene står det nedfelt en del forhold som gir særskilt rett til fravær med eller uten vikar og som regulerer når tilskuddet stopper med mindre det skaffes vikar (TABELL 1).

Hvis fastlegen ikke greier å skaffe vikar, medfører det ikke at fastlegen mister avtalen sin når fraværet skyldes årsaker listet opp i tabell 1. Kommunen kan imidlertid stoppe basistilskuddet etter et visst antall dager som angitt i samme tabell, med mindre man greier å skaffe vikar innen den tid. Ved fravær pga. andre forhold enn dem som er nevnt i tabell 1, kan kommunen kreve at fastlegen skaffer vikar som forutsetning for å akseptere fraværet.

Rammeavtalen forutsetter at inntil åtte uker av året dekkes av kollegial fraværdekning eller inntak av vikar (ferie, videre- og etterutdanning). Kollegial fraværdekning omfatter ikke fravær gjennom året pga. offentlige allmennlegeoppgaver fordi dette arbeidet ikke anses som fravær. Fra Legeforeningens kommentarutgave av rammeavtalen med KS saksen:

Alminnelig reduksjon av åpningstid som følge av redusert hjemmel eller offentlig allmennmedisinsk arbeid defineres ikke som fravær, og gir verken rett eller plikt til å ha vikar. Legen

FRAVÆRSÅRSÅK	KS	OSLO	KOMMENTAR
Egen sykdom	16	16	Vikar senest fra dag 17 for å unngå trekk i basistilskudd
Barns sykdom – 2 foreldre			
Ett barn under 12 år	10	10	
Ett funksjonshemmet eller kronisk sykt barn under 16 år	10	10	Maks. 3 måneder fravær per kalenderår med mindre fravær dekkes av vikar
Mer enn 2 barn	15	15	
Funksjonshemmet eller kronisk sykt barn under 16 år	20	20	
Eneansvar og barns sykdom	a)	b)	
Svangerskap og adopsjon	16	16	Vikar senest fra dag 17
Ordinær verneplikt eller Siviltjeneste	0	0	Vikar fra dag 1 for å unngå trekk
Fagforenings oppgaver	10	10	
Offentlige verv eller oppgaver			Vikar fra dag 11 for å unngå trekk
Forskning på doktorgradsnivå	0	b)	Vikar fra dag 1 for å unngå trekk

TABELL 1. Rett til fravær og basistilskudd. Tallene i de midtre kolonnene angir hvor mange dager basistilskuddet løper per kalenderår hvis man ikke skaffer vikar. a) Dobbel tid i forhold til barn med to med omsorgsansvar. b) Slik rett gis ikke i Oslo.

kan ikke ta inn vikar i samme tidsrom som han selv arbeider, for eksempel for å betjene en «for lang» liste. I slike tilfeller bør legen vurdere å redusere listen. Leger i gruppepraksis har ikke rett til å ta inn fast vikar som på fast basis dekker de dager legene er i offentlig allmennmedisinsk arbeid. Om kommunen og NAV aksepterer det, kan det likevel avtales en slik løsning.

Hvis fastlegen blir langvarig arbeidsufør pga. sykdom eller dør, er det et forhold som ikke dekkes av kollegial fraværdekning. Det er kommunen som i utgangspunktet har plikt til å skaffe vikar.

Skal du ta inn vikar, er det ikke krav om at vikariatet må utlyses, men du kan gjøre det. *Tidsskrift for Den norske legeforening* har for øvrig en hurtigannonsemulighet ved behov for vikar i privat praksis, som kan aksesseres via Legeforeningens hjemmeside (1).

Vikaren må være *skikket*. Særlige forhold gjelder ved inntak av medisinstudent med lisens som vikar. Vikaren må være sikret oppgjørsordning med HELFO fra startdato. Begynner vikaren å jobbe før slikt tilsagn er gitt av HELFO, risikerer vikaren å tape refusjonsinntektene frem til tidspunktet for godkjenning, og fastlegen kan tape basistilskuddet hvis fristene i TABELL 1 overskrides.

Det er ikke adgang til at to kolleger jobber samtidig for normaltariffen på samme liste. Slikt dobbeltarbeid er det ikke budsjettet med i normaltariffen, og bidrar til konkurransevridning slik at man kan opprettholde kunstig lang liste.

I noen tilfeller (TABELL 1) har kommunen plikt til å skaffe vikar: hvis hjemmelen blir stående uten lege i mer enn åtte uker eller fastlegen blir syk. I slike tilfeller er det viktig med dialog mellom tillitsvalgt, gjenværende kolleger og kommunen, slik at man får til smidige ordninger for alle parter. Det er fornuftig å regulere gjenværende kollegers rettigheter i forhold til å skaffe vikar, i tilfelle langvarig uforutsett fravær der fastlegen eller boet ikke selv evner å ordne opp. I vår internavtale hos Schouslegene har de gjenværende kollegene en rett til å skaffe vikar i slike tilfeller.

Vær klar over at hvis kommunen skaffer vikar, tilfaller driftstilskuddet vikaren. Skal vikaren praktisere i fastlegens praksis, må det da inngås avtale mellom kommunen og vikaren og kommunen og fastlegen. Dette kan bli komplisert.

Hvis kommunen spør gjenværende leger i fastlegens praksis om de kan vikariere til vikar er på plass, kan en avtale at driftstilskuddet tilfaller gruppepraksisen. Ved god kommunikasjon mellom fastlegen, gjenværende kolleger og kommunen, ordnes dette som oftest på en smidig måte.

Kommunen har ikke plikt til å skaffe vikar i de åtte ukene som omfattes av den kollegiale fraværdekningen.

Legeforeningen har utarbeidet et eksempel på vikaravtale som er et godt utgangspunkt for velfungerende vikariater

der plikter og rettigheter er omtalt (1). Jeg savner for øvrig en § som omfatter at vikaren har vist fastlegen / kommuneoverlegen gyldig autorisasjon som lege, og at vikaren er språklig skikket både muntlig og skriftlig.

I gruppepraksiser av noe størrelse vil det i forbindelse med avvikling av ferie, spesialistutdanning, permisjoner og lignende i sum kunne være behov for en eller flere vikarer hele året. Kravet om tidsavgrensethet for å være i et vikariat er oppfylt i avtalerelasjonen mellom de enkelte fastlegen og vikaren, og er derfor ikke ulovlig, forutsatt at man har en avtale om slik vikarstafett med HELFO og kommunen.

Imidlertid betyr en slik ordning med vikarstafett at man ved gruppepraksisen har for mange pasienter til at legene der kan betjene dem innenfor den kollegiale fraværdekningen, og at det i realiteten skal være minst en hjemmel til ved kontoret. Jeg mener at man ved neste revisjon av FLO-avtaleverket må vurdere å ta vekk muligheten for å ha vikar i de åtte ukene som skal dekkes opp av den kollegiale fraværordningen i gruppepraksis, da slik vikarstafett virker konkurransevridende til fordel for store fastlegekontor og lange lister. Kolleger som betjener slike vikariater blir stort sett jobbende med «hjelp-i-dag» og får ikke den pasientkontakten og kontinuiteten i pasientarbeidet som ligger i hjemmel-instituttet og det å arbeide på egen liste.

Brukt etter intensjonen er vikarordning et utmerket institutt for pasienter, kommune, fastlege og vikar. Mange har startet sin fastlegevirksomhet som vikar, uten å måtte investere før man får prøvde ut om man trives med allmennlegearbeid eller ei. Det er ikke alle steder like lett å skaffe vikar selv om behovet kan være stort. I noen kommuner betaler man heller «det hvite ut av øyet» på vikarstafetter, enn å bruke noen av disse pengene til å legge til rette for at kolleger som ønsker å slå seg ned, gjør det. Uten fastlegevikaren stopper Norge.

Referanser

1. www.legeforeningen.no
2. Befring AK, Grytten NJ, Ohnstad B. Jus for leger. Høyskoleforlaget, 2002.

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

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

«Leser du dikt?» spurte kollega Bernt Daltveit på Voss da han ringte og skulle kaste stafettpinnen til Trøndelag. «Nei, nei» svarte jeg inni meg, «definitivt feil person å utfordre». Men så raste noen tanker gjennom hodet mens jeg nølte med svaret: Det hender jeg tar meg tid til å lese dagens dikt i Adresseavisa – før jeg haster videre til yndlingstegneserien Hårek.

Og den samme vettuge Bernt Daltveit var det som for mange år siden viste meg godbitene i Håvamål. Jeg tror det var årsfest i Hordaland legeforening på Voss. Bernt var toastmaster og beriket og bandt kvelden sammen mesterlig med utdrag fra Håvamål.

Men avgjørende for et positivt svar fra meg var tanken på en av mine pasienter – Ivar Haugen som døde den 13. juli, 85 år gammel. Dette gir meg en anledning til å hedre ham for sin diktning gjennom mange år.

Fra «Heimsleige dikt og andre tekster» 2005:

Gammalt tre

Det betyr
heller lite
om krona
er bladlaus
og greinene
stivfrosne.

Er stamma rak
og røttene jordfaste,
står du nok framleis av
ein hauststorm eller to.

Anten eller

Det avgjerande
står ofte
mellom desse to:

Dette
vil eg aldri
angre på!

Dette
vil eg alltid
vere glad for!

Så noen vers fra **Håvamål** – «en underlig samling av kvardagsråder, djup kunnskap støyt i ei mesterleg språkform».

23 Vitlaus mann
vaker all natti,
tenkjer både opp og ut.
Han er trøytt og mod
når morgonen kjem,
og alt er flokut som før.

44 Veit du ein ven
som vel du trur,
og du hjå han fagnad vil få:
gjev han heile din hug
og gáva ei spar,
far og finn han ofte.

Runder av med **hverdagsdiktet fra Adresseavisen** nå nylig – skrevet av Randi S. Nielsen

Oppmed vatnet i april

Nå har ishinna gått oppmed
vatnet, og veien hit er
pyntet og tørr.
Og selja står med yndige
rakler mens bjørka er i
tvil om den tør
å la knappene briste fullstendig,
for april har ofte
narret og skrønt –
men når tida glir over
i mai, står nok løvet
og glitrer i grønt!

Kollega Per Rogne i Molde – fastlege og kommunelege-
har allerede grepet stafettpinnen.

Hilsen fra Hermod Helland



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

Overforbruk av triptaner og medikamentindusert hodepine

Pasientkasuistikk

En pasient som også lider av angst og depresjon opplever voldsom migrene. Vedkommende bruker topiramat profylaktisk og sumatriptan og eletriptan mot migreneanfall. Overforbruket av triptaner er betydelig, med omtrent 25 doser per måned. Pasienten opplever en mengde symptomer som tolkes dels som abstinens, dels som symptomer knyttet til angst/depresjon. Pasienten klager over økt hodepine/migreneanfall, men det er uklart om det dreier seg om en kronisk hodepine eller økt hyppighet av migreneanfall. Triptanene blir ikke lenger bare brukt ved anfall, men også i den hensikt «å være føre var». Det er ukjent om pasienten bruker anxiolytika eller opioider. Legen henvender seg til RELIS med spørsmål om noen av de beskrevne legemidlene har et misbrukspotensial eller rusvirkning som kan forklare det høye forbruket, og spør også hvordan en eventuell nedtrapping bør skje.

Overforbruk av smertestillende legemidler i seg selv kan forverre eller utløse hodepine. Vi gjengir her en henvendelse fra en lege som beskriver en pasient med tegn på medikamentindusert hodepine, eller «medication overuse headache» – en tilstand hvor legemidler som i utgangspunktet er forskrevet for å lindre smerter paradoksalt forverrer tilstanden.

Svar

Misbruk av triptaner

Vi har ikke funnet holdepunkter for at sumatriptan eller eletriptan kan gi rus eller kan skape avhengighet i tradisjonell forstand jamfør for eksempel opioider.

Medikamentindusert hodepine

Høyt forbruk av triptaner og andre analgetika, også reseptfrie, kan være en mulig årsak til økte plager med hodepine/migrene. Initialt oppleves som regel god effekt av behandlingen, og dette kan gi økt medikamentbruk. Dersom dette fortsetter kan overforbruket av analgetika medføre en forverring av hodepinen. Dette har fått betegnelsen medikamentindusert hodepine eller «medication overuse headache» (MOH) (1). Prevalensen av MOH i befolkningen er anslått til om lag 1%. Tilstanden er imidlertid trolig underdiagnostisert, og overforbruk av analgetika som årsak til MOH er ofte undervurdert (2). Det finnes få prospektive studier på analgetikaindusert hodepine, og diagnostiske kriterier og kliniske kjennetegn er hovedsakelig basert på klinisk erfaring og kasus-kontrollstudier (3). Mangel på eksperimentelle studier og egnede dyremodeller gjør at patofysiolo-

gien bak MOH fortsatt er ukjent, men en «rebound-withdrawal»-mekanisme er foreslått (2).

De fleste analgetika kan gi MOH (4). I en nyere prospektiv studie med 98 pasienter fant man at triptaner induerte MOH ved vesentlig færre doser enn ergotaminer og andre analgetika (18 doser per måned for triptaner mot 37 for ergotaminer og 114 for andre analgetika). For de fleste pasientene ga bruk av triptaner en migrene-lignende daglig hodepine; enkeltsidig, pulserende hodepine med autonome forstyrrelser som for eksempel kvalme og oppkast (3).

Flere risikofaktorer for utvikling av MOH er identifisert. Det synes å være enighet om at MOH først og fremst forekommer hos pasienter med ulike former for migrene eller spenningshodepine. Pasienter med klasehodepine utvikler nesten aldri MOH, og andre pasienter med høyt forbruk av analgetika, for eksempel revmatikere, har heller ikke økt insidens av MOH (3). Hodepine og spesielt migrene forekommer hyppigere enn ellers hos pasienter med depresjon, angst og bipolare affektive lidelser (1). I en nylig publisert studie av norske 15–16-åringers forbruk av reseptfrie analgetika fant man at blant dem som hadde opplevd sterk hodepine/migrene, brukte halvparten smertestillende daglig til ukentlig. Forfatterne uttrykker bekymring for at flere elever kan ha sterk hodepine betinget av høyt forbruk av reseptfri smertestillende medisin (5).

Behandling av medikamentindusert hodepine

Pasienter med kronisk migrene komplisert av overforbruk av legemidler kan være utfordrende å behandle, særlig når tilfellene er komplisert av komorbide psykiatriske lidelser og/eller motvilje hos pasienten til å begrense eller eliminere legemidlene som er årsak til tilstanden (1). En vesentlig komponent i behandlingen av MOH er å seponere legemidlet som blir overforbrukt. Det synes å være enighet om at brå seponering er den beste løsningen, men gradvis nedtrapping kan benyttes dersom den enkelte pasients situasjon taler for dette. Dette krever imidlertid mer disiplin hos pasienten (1–3). Hos godt motiverte pasienter med relativt kort historie med overforbruk av moderate doser kan en seponering/nedtrapping med tett oppfølging på poliklinisk basis fungere. I tilfeller med langvarig overforbruk, psykiatrisk komorbiditet og bruk av vanedannende legemidler (opioider, barbiturater etc.) vil nedtrapping under innleggelse være å foretrekke (1–3). Det er uansett avgjørende at pasienten er inneforstått med at man i en overgangsfase vil kunne oppleve en forverring, med symptomer som hodepine, kvalme, oppkast, hjertebank, søvnvansker, rastløshet og angst/nervøsitet (1, 3). En behandling på 3–5 dager i sykehus vil normalt være tilstrekkelig (2), men nedtrappingsfasen kan ta opptil ti dager (3). Ved isolert overforbruk av

triptaner ser man ofte en kortere avvenningsperiode sammenlignet med overforbruk av andre analgetika (3). Forutsatt vellykket nedtrapping vil pasienten i løpet av to til seks måneder som regel ha det samme hodepinemønsteret som før overforbruket startet (2). Avvenningssymptomer kan behandles med antiflogistika eller glukokortikoider samt antiemetika. Det er rapportert om god effekt av korttidsbehandling med prednisolon: 60 mg, deretter 40 mg og til slutt 20 mg i to dager hver før overgang til profylakse (4, 6).

Erfaring tilsier at profylaktisk behandling av migrene gir liten eller ingen effekt så lenge det foreligger et overforbruk av legemidler til anfallsbehandling (2, 4, 6). I dette tilfellet er topiramat brukt som profylakse. Alternativer til dette kan være betablokkere, eller ett av de følgende legemidlene (disse har ikke migrene som godkjent indikasjon i Norge, men alle har rimelig god dokumentasjon): Kandesartan (angiotensin II-reseptorantagonist), lisinopril (ACE-hemmer), valproat (antiepileptikum) og amitriptylin (antidepressivum) (7).

Konklusjon

Vi har ikke funnet holdepunkter for at triptaner har et misbrukspotensial i tradisjonell forstand. Et overforbruk kan imidlertid indusere hodepine som lett kan tolkes som en forverring av migrene. Pasienten vil da ofte øke bruken av symptomatisk behandling, og en ond sirkel er etablert. Så lenge et overforbruk er til stede vil effekten av medikamentell profylakse være begrenset. Effektiv behandling vil være å seponere legemidlene som overforbrukes. Dette må skje under tett oppfølging eller innleggelse, og i samarbeid med en godt informert og motivert pasient.

Kristian L. Forsberg, Trude Giverhaug,
RELIS Nord-Norge

Referanser

1. Weeks RE. Practical strategies for treating chronic migraine with medication overuse: case examples and role play demonstrations (conference paper). *Neurol sci* 2009; 30(suppl 1): 95–9.
2. Couch JR, Lenaerts ME. Medication overuse headache: Clinical features, pathogenesis and management. *Drug Dev Res* 2007; 68: 449–60.
3. Katsarava Z, Holle D et al. Medication overuse headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2009; 9: 115–19.
4. Norsk elektronisk legehåndbok. <http://www.legehandboka.no/> (22. juli 2009).
5. Lagerlöv P, Holager T et al. Selvmedisinering med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15–16-åringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129(15):1447–50.
6. Salvesen R. Hodepine som bivirkning av analgetika. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122 (19): 1900–2.
7. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (22. juli 2009).



Anbefalt av den europeiske hypertensjonsforeningen (ESH).³

Referanser

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



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

Mange glasshus – eller i samme båt?

I samarbeid med Legeforeningen utgav Statens helsetilsyn i mai 2009 boken «Læring av feil og klagesaker». Den ble sendt ut til alle landets fastleger og turnusleger. I løpet av kort tid ble internettversjonen den mest besøkte av Helsetilsynets publikasjoner noensinne, og har nå hatt over 17 000 treff.

Feil og klagesaker i helsetjenesten er et stadig tilbakevendende tema i massemedia, og mange av oss har kanskje et noe anstrengt forhold til problematikken. Fokuset i den omtalte boken er imidlertid på hvordan vi som leger kan lære av egne og andres feil. Utgangspunktet er at vi alle gjør feil, oftest små og betydningsløse – andre ganger mer alvorlige, og kanskje med uheldige konsekvenser for våre pasienter.

Som allmennpraktiserende leger arbeider vi i stor grad på egenhånd. Mange av oss har valgt spesialiteten nettopp på grunn av variasjonen og muligheten for selvstendig arbeid. Samtidig er det klart at dette er en sårbar situasjon. Heller ikke i flerlegepraksiser er det særlig vanlig å fortelle kolleger om feil som er gjort på eget kontor. Vi gjør så godt vi kan, og det går som regel bra.

Men ikke alltid.

Hvilke prosesser er det som da settes i sving? Gjør jeg det jeg kan for å skjule feilen? Endrer jeg rutiner for å redusere risikoen for å gjenta den? Søker jeg råd og støtte hos kolleger? Får jeg konstruktive tilbakemeldinger på feilene, eller er det alltid en ubetinget – og ikke nødvendigvis berettiget – støtte for alt som ble gjort? Er jeg selv villig til å komme med konkrete forslag overfor en kollega som har gjort feil, eller lar jeg være – fordi vi alle sitter i glasshus?

Boken fra Helsetilsynet gir oss en gylden anledning til å ta opp disse vanskelige spørsmålene. Den har en teoretisk del

og en eksempelsamling, som begge kan være utgangspunkt for diskusjon. Så kan vi la boken oppmuntre oss til å fokusere også på egne feil, og hvordan vi kan lære av dem.

Læringspotensialet er nok størst dersom en gjør dette i en kollegabasert gruppe, slik det er skissert i et av bokens kapitler. Det kan være i en allerede etablert veiledningsgruppe eller smågruppe. Eller kanskje læring av feil er et tema som passer spesielt godt i en legepraksisgruppe? Fokus på læring av egne og andres feil vil kunne ha positive ringvirkninger på kvalitet og arbeidsmiljø i legepraksisen, med øket trygghet basert på vissheten om at vi alle er i samme båt.

En slik kollegabasert gruppe vil være tellende som smågruppevirksomhet, og godkjennes med obligatoriske eller valgfrie poeng i etterutdanningen og valgfrie poeng i videreutdanningen i spesialiteten allmennmedisin. La oss legge tilrette for en kultur i fastlegepraksiser hvor fokus på – og læring av – feil alminneliggjøres.

Gunnar Tschudi Bondevik

Forfatterne av boken er:

GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK: Fastlege Bømlo, førsteamanuensis, dr.med., Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, Bergen. gunnar.bondevik@isf.uib.no

SVEIN ZANDER BRATLAND: Fastlege Bergen, seniorrådgiver Statens Helsetilsyn, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, Bergen.

svein.bratland@isf.uib.no

SVERRE LUNDEVALL

Fastlege Oslo, veilederkoordinator i Legeforeningen, Allmennmedisinsk Utdanningsutvalg i NFA.

sverre.lundevall@legeforeningen.no

C Centyl LEO
C Centyl med kaliumklorid LEO
C Centyl mite med kaliumklorid LEO
Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A01 og C03C B01

T TABLETTER 5 mg. Centyl Hver tablett inneh.: Bendroflumetamid 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, dragepiller: Centyl med kaliumklorid Hver tablett inneh.: Bendroflumetamid 2,5 mg, kaliumklorid 575 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingule (E 104), patentblått (E 131), rindfiolett (E 171), Sukkerdragepiller, C03A B01.

T TABLETTER, dragepiller: Centyl mite med kaliumklorid Hver tablett inneh.: Bendroflumetamid 1,25 mg, kaliumklorid 575 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingule (E 104), jernoksid (E 172), rindfiolett (E 171), Sukkerdragepiller, C03A B01.

Indikasjonen: Ødemer. Hypertensjon. Diabets insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatisk nesdrivende kaliumholdige nyre-/asterrenes. **Dosering:** Den er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Ødemer: 2,5–5 mg daglig. Dosen kan gi konsentrert eller intermitterende. I 3–5 av ukens dager. **Hypertensjon:** Centyl 2,5–5 mg daglig. Centyl med kaliumklorid: Tabletten skal svelges hele. 1,25–2,5 mg 1–2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etableres. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortsettes i 1–2 uker etter at blodtrykket er normalisert. Profylaktisk ved nesdrivende nyre-/asterrenes: 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjonen:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolytkontroller gjennomføres. Manifest urinsyrege, Anuri, hyponatremi, hyperkalemi, behandlingseffekt av hypokalemi, Addison's sykdom, Overfølsomhet for bendroflumetamid. **Hypertensjon under graviditet:** Forsiktighetsreglen: Overdosering kan føre til elektrokardiostymer. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemi hos eldre pasienter med hjerte- og levervikt. Serumkalium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinsyreabnormalitet kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng salinfri kost. Nedsatt karbohydratmetabolisme kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latente diabetes mellitus kan manifestes under administrering av diuretika. Eksacerbasjon eller aktivisering av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at stasjonsevernet kan nedsattes. Centyl Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige arvelige problemer med galdemetabolisme, en spesiell form for heredt laktosemangel (Lapp laktose deficiency) eller glukose-/galaktosemetabolisme bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. Centyl med kaliumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemi hos pasienter med nyresvikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemetabolisme eller nedsatt isomaltosemetabolisme bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sukrose. **Interaksjonen:** Tonsurering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypotensiver. Samtidig bruk av digitaliserende glykosider kan gi hypokalemi og forsterke digitaliseffekten. Serumkalium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumkalium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av steroid kan øke urinsyre. Samtidig bruk av kaliumsparende eller kolesteroler reduserer absorpsjonen av bendroflumetamid. Midlene bør tas med flere timer mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan øke den antihypertensive effekten av diuretika. Centyl med kaliumklorid: Må ikke gi sammen med kaliumsparende diuretika. (I. C03A low-ceiling diuretika, diuretika). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Stal ikke brukes ved preklampi. Farmakodynamiske 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 kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstipasjon. Metabolske: Hypokalemi, hyponatremi, forhøyede serumammoniumnivåer, påvisning av karbohydratmetabolismen. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Utslett, kløe, fotosensibilisering. Metabolske: Hyponatremi, hypokalemi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, muskelspasmer. Øvrige: Hyperkalemi, impotens, sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, bloddykninger. Hud: Vaskulitt. Urogenitale: Fløker nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kaliumklorid: Ved langsomt tarmpassasje og ved vaskuligjort avføingspassasje kan kaliumklorid i «sustained release»-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetamid kan gi utslag på prøver ved dopagkontroll. **Pakninger og priser:** Centyl: 100 stk. kr 103,70. Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 106,30. **Refusjonskoder:** ICD, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne sklerotiser, K27 Hjertervikt, K82 Pankreas sykdom, K86 Hypertensjon komplikasjon, K87 Hypertensjon med komplikasjon, T99 Diabetes insipidus, U95 Sten i urinveier, U99 Renal diabetes insipidus, U99 Nyresvikt kronisk, K2D, E23.2 Diabetes insipidus, I10 Essensiell (primær) hypertensjon, I11 Hypertensiv hjertesykdom, I12 Hypertensiv nyresykdom, I13 Hypertensiv hjerte- og nyresykdom, I15 Sekundær hypertensjon, I27 Andre pulmonale hjertesykdomer, I50 Hjertervikt, K70 Alkoholsk lever sykdom, K72 Levervikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cyster i lever, N18 Kronisk nyresvikt, N20 Sten i nyre og urinleder, N21 Sten i nedre urinveier, N25 Forstyrrelser som skyldes vretter nedsatt funksjon i nyre, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted

Nordiske kongresser i allmennmedisin: Forskning eller vekking?

AV IVAR SØNBØ KRISTIANSEN, professor ved Institutt for
helseledelse og helseøkonomi, Univ. i Oslo og spes i samfunnsmedisin

I 1968 opprettet Universitetet i Oslo det første professorat i allmennmedisin. Christian Borchgrevink ble utnevnt, og startet oppbyggingen av akademisk allmennmedisin i Norge. Han inviterte i 1972 avgangstudentene på medisin i Oslo til «prøveeksamen i allmennmedisin». Vi som tok utfordringen, ble belønnet med en bokgave. Borchgrevink valgte ikke et ideologiskrift om allmennmedisin, men en bok om ett av de store gjennombruddene i medisinen: *The double helix* av James Watson.

Forskning i og på allmennpraksis hadde riktignok startet før Borchgrevink ble utnevnt, men opprettelsen av allmennmedisinske institutter betydde en formidabel vekst innen slik forskning. I nordisk sammenheng er det nå trolig publisert tusenvis av artikler i vitenskapelige tidsskrifter, og hundrevis av allmennleger har tatt doktorgrad. Det er grunn til å glede seg over utviklingen, men det kan også være grunn til å spørre om vi er på helt rett kurs. Jeg driver ikke lenger klinisk praksis, og har bare deltidsstilling i en allmennmedisinsk forskningsenhet. Imidlertid er det kanskje lettere for outsiders å se kursavvik enn de som selv sitter midt i virksomheten. Min kilde til bekymring stammer fra de allmennmedisinske kongressene.

I 1979 ble den første nordiske kongressen i allmennmedisin arrangert, og i mai 2009 ble den 16. kongressen arrangert i København. Denne og tidligere kongresser gir etter min mening grunn til ettertanke. Riktignok er det alltid hyggelig på slike kongresser. Man treffer gamle venner og kjente. Det sosiale programmet og sosiale livet er upåklagelig. Men hva med det faglige? Kongressenes mål er å presentere «the latest news within research, education, quality improvement and state of the art». Lever kongressene opp til denne målsetting?

Barbara Starfield var første hovedtaler på årets kongress. I sammendraget hevdet hun at «the benefits of strong primary care extend from greater effectiveness, greater efficiency (lower costs)...» Mange av Starfields studier er gjort i USA, som har en helt annen organisering av helsetjenesten enn de nordiske land. Er slike studier egnet til å fortelle oss hva som er gode løsninger i Norden? Starfield «beviste» sine påstander med en rekke grafer som hadde grad av primærhelsetjeneste på X-aksen og helsetjenestekostnader eller befolkningens helsetilstand på Y-aksen. Hun trakk nokså reservasjonslöst den konklusjon at en sterk primærhelsetjeneste gir god folkehelse og lave helsetjenestekostnader – i USA.

Mange av oss med bakgrunn i primærhelsetjenesten ville være glad om dette var den fulle og hele globale sannhet. Imidlertid finnes det en omfattende forskningslitteratur som viser at folkehelse og helsetjenestekostnader ikke er en funksjon av

én enkelt faktor, men av svært mange. En rekke mulige årsaksfaktorer henger sammen, og det er vanskelig å skille mellom årsaksfaktorer og andre faktorer («confounders») som bare er korrelert med årsaksfaktorene. Etter min mening var Starfields innlegg egnet for å skape entusiasme, men ikke som et kritisk innlegg i en forskningsbasert diskusjon. Det var ikke avsatt tid til diskusjon etter Starfields innlegg, som fikk stå helt uimotsagt.

Københavnkongressens programhefte inneholdt ca. 170 sammendrag (abstracts) hvorav gjaldt oralpresentasjon eller poster. Tallet er beskjedent, sett i forhold til at Norden formodentlig har minst 10 000 allmennleger. Da nordiske reumatologer, som er tallmessig langt færre enn allmennlegene, var samlet til konferanse i 2008, hadde de ca. 90 frittstående forskningssammendrag og ca. 50 andre sammendrag. Antallet forskningsbidrag til Københavnkongressen var beskjedent, men kanskje ble mange abstracts refusert. Av de 170 sammendragene inneholdt ca. 80 (45 prosent) uttrykkene «general practice» eller «general practitioner». Til sammenligning inneholdt ca. 12 prosent av titlene uttrykket «patient». Er den allmennmedisinske forskningen i Norden blitt navlebeskuende?

På årets kongress hørte jeg flere ganger nedsettende omtale av de såkalte organspesialistene. De har visstnok stor kunnskap om et lite fragment av medisinen, men er ikke interessert i pasientene og ser ikke pasientene i deres sosiale sammenheng. Allmennlegene er derimot humanistiske, holistiske, pasientfokuserende og empatiske. Eller er de bare selvforherligende? Med fare for å såre de mange som åpenbart har nedlagt en kjempejobb med å organisere de nordiske kongressene, mener jeg tiden er kommet for en smule ettertanke. Kanskje er det på tide å ha mindre fokus på vekking og mer på forskning? Mange av deltagerne på de nordiske kongressene har passert 50, og er allerede, som meg, sterke i troen på allmennmedisinen – eller så har de ikke lenger noe alternativ. Utfordringen er å overbevise de unge legene. Jeg tviler på at dagens kongressform frister unge leger til allmennmedisin og forskning.

Allmennmedisin adskiller seg klart fra andre medisinske spesialiteter, og forskningstema vil være andre enn for sykehusspesialiteter. Forskningsmetodene er likevel ikke spesielle for allmennpraksis. Forskningen her låner sine metoder fra epidemiologi, biostatistikk, sosiologi, antropologi, økonomi etc. Kravene til god forskning vil derfor være de samme for allmennmedisinsk som annen forskning. De nordiske kongresser presenterer god forskning, og de er velorganiserte. Men de kan forbedres. Hvorfor ikke legge inn korte forskningskurs med tilbud om metodeopplæring? Hvorfor ikke invitere noen avskyelige organspesialister og diskutere tema der allmennleger og spesialister er uenige? Kanskje kan man ha noe å lære av hverandre. Hvorfor ikke sette ideologi eksplisitt på dagsorden? Kanskje blir ideologi-diskusjoner mer opplysende om debattanter med helt ulike oppfatninger får slippe til og utveksle argumenter? Herved er hansken kastet til arrangørene for neste kongress – Tromsø 2011!

C Qlaira «Bayer AS»

Antikonseptjonsmiddel

ATC-nr: G03A B-

TABLETTER, fêlmdrasjerte: Hver mørkegul tablett inneh: Østradiolvalerat 3 mg, laktose. Hver mellomgul tablett inneh: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 2 mg, laktose. Hver lysgul tablett inneh: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg, laktose. Hver mørkegul tablett inneh: Østradiolvalerat 1 mg, laktose. Hver hvit tablett (placebo) inneh: Laktose. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), blått oksid (E 171). En pakning inneh: totalt 28 tabletter: 2 mørkegule, 5 mellomgule, 17 lysgule, 2 mørkegule og 2 hvite tabletter (placebo).

Indikasjonen: Oral antikonsepsjon.

Dosering: 1 tablett daglig tas i 28 etterfølgende dager, til omtrent samme tid hver dag. Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Tabletten tas om nødvendig med litt væske og i rekkefølgen som er angitt på brettet. Bortfallsblødning begynner normalt under inntak av de siste tabletten på brettet, men kan også starte etter at de første tabletten på neste brett er tatt. Behandlingen starter på menstruasjonsblødningens 1. dag. Overgang fra andre prevensjonsmetoder: P-pille: Oppstart dagen etter siste virksomme tablett av tidligere preparat. P-ring eller p-plaster: Oppstart dagen etter fjernelse av preparatet som kan inneholde progesteron. Tilleggsprevensjon benyttes de første 9 dagene. Minipille: Oppstart hvilken som helst dag. Implanterat eller spiral: Oppstart dagen implanterat/spiral fjernes. Injeksjonspreparat: Oppstart når neste injeksjon skal administreres. Oppstart etter abort/fødsel: Abort 1. trimester: Behandlingen kan startes umiddelbart. Fødsel/abort 2. trimester: Oppstart dag 21-28 anbefales. Ved senere oppstart anbefales tilleggsprevensjon de første 9 dagene. Graviditet må utelukkes før behandlingsstart, ellers må oppstart vente til 1. menstruasjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltillstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjerteresyndrom). Nåværende eller tidligere cerebrovaskulær hendelse. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venetrombose eller arterietrombose, som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Annelig eller annet predisponering for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipin-antistoffer, lipusantikoagulerende). Pankreatitt eller tidligere pankreatitt assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter i genitale organer eller bryst, hvis disse påvirkes av kjønnshormoner, ikke diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med lokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. Hvis noen av disse tilstandene inntreffer, skal behandlingen seponeres straks.

Forsiktighetsregler: Ved forverring eller første forekomst av nedenfor nevnte tilstander/risikofaktorer skal seponering vurderes. Kombinasjons-p-pille er forbundet med økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE), spesielt det første året, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er fordelt i 1-2% av tilfellene. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehiste (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI ≥ 30 kg/m²), forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller bør bruken avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen ikke ble seponert i forkant. Kombinasjons-p-piller er forbundet med økt risiko for arteriell tromboemboli (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hjerteresyndrom) og cerebrovaskulær skade. Risikoen øker med alder, røyking (røyker ≥ 35 år frarødes å røyke), positiv familiehiste (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, dyslipoproteiniemi, hypertensjon, migræne, hjerte-kar-sykdom og atrieflimmer. Behandling med antikoagulant må ev. vurderes. Ved mistanke om arvelig predisponering for VTE eller arteriell tromboemboli må spesialist avgjøre ev. bruk. Ved mistenkt eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som er assosiert med koagulasjonsforstyrrelser: diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoiditt. Hyppigere og kraftigere migræne-angrep (kan være prodromaltillstand for cerebrovaskulær hendelse) kan være grunn til umiddelbar seponering. Noe økt risiko for brystkreft. Økt risiko for svulstne i livmor og livmorhals. Levertumorer må vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre abdomen, forstørrelse av lever eller tegn på intraabdominal blødning. Kvinner med hypertriglyseridemi eller familær sykehistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Økt blodtrykk ber behandling seponeres og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensiv behandling oppnås med anrihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved graviditet eller bruk av kombinasjons-p-piller: Gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallesten, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoklinsensibilisert hørsløstap. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller tidligere bruk av kjønnshormoner, krever et preparat seponeres. Ved arvelig angioedem kan eksogene østrogen inducere eller forverre symptomene på angioedem. Ved akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse seponeres preparatet inntil leverfunksjonsverdiene normaliseres. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleransen, og diabetikere må følges opp nøye, særlig ved behandlingsstart. Forverring av endogen depresjon, epilepsi. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er sett. Kvinner med tendens til klamme bar unngå sollys og UV-stråling. Nye overvåking ved hjerte- eller nyrdefunksjon, da østrogen kan føre til vaskulærstenose. Pasienter med terminal nyresvikt må overvåkes nøye, da nivået av sirkulerende østrogen kan være forhøyet etter administrering. Laktosemangel (<50 mg/tablett) bør tas hensyn til ved arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon og ved laktosefri kosthold. Før behandling foretas grundig medisinsk undersøkelse (inkl. familær sykehistorie og risikofaktorer), blodtrykkmåling og graviditet må utelukkes. Senere

kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses individuelt. Antikonseptjonseffekten kan være redusert ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diare) og tilleggsprevensjon må benyttes. Hvis tabletten tas mer enn 12 timer for sent, kan antikonsepsjonen være redusert. Avhengig av når i syklusen tabletten glemmes, kan det være behov for tilleggsprevensjon (se pakningsvedlegg). Graviditet må utelukkes ved uteløst bortfallsblødning i 2 påfølgende sykluser, eller når tablett glemmes og neste bortfallsblødning uteblir. Uregelmessige blødninger (spotblødning eller gjennombruddblødninger) kan forekomme, særlig i løpet av de første månedene. Hvis uregelmessige blødninger vedvarer eller inntreffer etter menstruasjonssykluser som før var regelmessige, bør ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ordnet sykdom eller graviditet må utelukkes, ev. utskipping. Amenoré forekommer i ca. 15% av syklusene.

Interaksjoner: Foruten forbindelser angitt i interaksjonspåskriften kan følgende forbindelser gi økt clearance av kjønnshormoner: Primidon, felbamal, griseofulvin og johannesurt (prilipikum). Ved kortvarig behandling med disse og andre enzyminducere bør tilleggsprevensjon brukes i 14 dager etter avsluttet behandling. Ved samtidig rifampicinbruk bør barrieremetode benyttes i tillegg til kombinasjons-p-pille i hele perioden med rifampicinbehandling og i 28 dager etter seponering. Ved kronisk behandling med enzyminducere anbefales annen sikker ikke-hormonell antikonsepsjon. CYP 3A4 hemmere som antituberkulose av azalopren, cimetidin, verapamil, makrolider, diltiazem, antidepressiver og grapefruktjuice kan øke plasmakonsentrasjonen av dienogest. Nedstøtt prevensjonseffekt er rapportert ved samtidig bruk av penicilliner eller tetracykliner (i. G03A A/AB).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Hvis graviditet oppstår skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Overgang i morsmelk: Kan skilles ut i mengder som kan påvirke barnet. Kan gi redusert mengde og endret sammensetning av morsmelken. Anbefales ikke under amning.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter inkl. abdominal oppblåsthet. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Amenoré, brystmerter inkl. plager/smerter i brystområdet, dysmenoré, intraykkliske blødninger (metroragi inkl. uregelmessig menstruasjon). Neurologiske: Hodepine inkl. spenningshodepine. Øvrige: Vektøkning. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hjerter/kin: Hypertensjon, migræne med og uten aura. Hud: Akne, pruritus inkl. generalisert og utsløstpreget, utsløtt inkl. morkulst. Infeksjoner: Soppinfeksjon, vaginal candidiasis, vaginal infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Forstørrede bryster, brysttumorer, cervical dysplasi, dysfunksjonell uterin blødning, dyspareuni, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, menstruasjonssmerter, ovariecyste, bekkenmerter, premenstruelt syndrom, uterin leiomyom, spasma i uterus, utflod, vaginal tørrhet. Neurologiske: Svimelhet. Psykiske: Depresjon/redssett stemningsleie, nedsett libido, psykisk lidelse, humørsvingninger. Stoffskifte/emnering: Økt appetitt, Øvrige: Irriterbarhet, edem, vektredning. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Konstipasjon, dyspepsi, gastroesophageal refluks. Hjerter/kin: Bløtende varicer, hestetokter, hypertensjon, venøs trombose. Hud: Allergisk hudreaksjon inkl. allergisk dermatitt og urticaria, klamme, dermatitt, frysne, hypertrikose, nevromatose, pigmentforstyrrelser, seboré, hudallergi inkl. strømt hud. Infeksjoner: Candidiasis, Herpes simplex, antatt okuler histoplasmose, tinea versicolor, urveinfeksjon, bakterieell vaginose, vulvovaginal mykose. Kjønnsganer/bryst: Godartet brystneoplasma, brystcyste, blødning under samleie, galaktoré, genitobludding, hypomenoré, forsinket menstruasjon, ruptur av ovariecyste, svende følelse i vagina, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, vaginal lukt, ubehag i vagina og vulva. Lever/galle: Forhøyet ALAT, lokal nodular hyperplasi i lever. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter, muskelspasmer, tungenhetelighet. Neurologiske: Konsentrasjonsvansker, parestesi, vertigo. Psykiske: Affektabilitet, aggresjon, angst, diatoni, økt libido, nervøstet, rastløshet, søvnforstyrrelser, stress. Stoffskifte/emnering: Vaskulærstenose, hypertriglyseridemi. Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Øvrige: Brystmerter, diatoni, utplasshet. Alvorlige bivirkninger er: Venøs og arteriell tromboemboli (sykdom, hypertensjon, levertumorer, klamme, akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse, indusjon eller forverring av symptomene på angioedem ved arvelig angioedem, Forekomst eller forverring av tilstander der årsakssammenheng med kombinasjons-p-piller er usikker. Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, migræne, endometriose, uterin myom, porfyri, SLE, Herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk gulsott. I tillegg er det rapportert erythema nodosum, erythema multiforme, brystkreft og hypersensitivitet under behandling med andre kombinasjons-p-piller som inneholder etylnodiolvalerat/Ovulation/Forgiftning. Symptomer: Kvalme, oppkast og hos unge jenter, lett blødning fra skjeden. Behandling: Symptomatisk behandling. Intet spesifikt antidot. Se Gifinformasjonens anbefalinger G03A side 6.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjons-p-pille med østrogen- og progesteroneffekt. Virkningsmekanisme: Ovulasjonshemning, endringer i cervixsekretet og endometriet. Absorpsjon: Dienogest. Raskt og nesten fullstendig. T_{max} 1 time (estradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg). Absolutt biotilgjengelighet: Ca. 91%. Østradiol: Fullstendig. 3% av dosen er direkte biotilgjengelig i form av østradiol. Østradiol gjennomgår omfattende først-pass-metabolisme, og en betydelig del metaboliseres i tynntarmens mucosa. Ca. 95% metaboliseres for systemisk sirkulasjon. Maks. serumkonsentrasjon: 70,6 pg/ml nås 1,5-12 timer etter tablettinntak (3 mg østradiolvalerat dag 1). Proteinbinding: Dienogest: Ca. 90% uopsett til albumin. Østradiol: 38% til SHBG, 60% til albumin. Fordeling: Dienogest: Distribusjonsvolum: 45 liter etter i.v. administrering av 85 µg 3H-dienogest. Østradiolvalerat: Distribusjonsvolum: ca. 12 liter/kg etter i.v. administrering. Halveringstid: Dienogest: Ca. 11 timer. «Steady state» nås etter 3 dager (dienogest 3 mg, østradiolvalerat 2 mg). Total clearance etter i.v. administrering av 3H-dienogest er 5,1 liter/time. Østradiol: Halveringstid: Ca. 90 minutter. Etter oral administrering 13-20 timer. Metabolisme: Dienogest: Nesten fullstendig via hydroksylering og konjugasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Østradiolvalerat: Hovedmetabolittene er østron, østron-sulfat og østron-glukuronid. Utskillelse: Dienogest: 86% via urin og feces etter 6 dager. Østradiol: Hovedsakelig via urin, ca. 10% via feces.

Andre opplysninger: Kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for lever-, skjoldkirtel-, binde- og nyrefunksjon, plasmakonsentrasjon av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/protein-frafraksjoner, parametre for karbohydrat-metabolisme og parametre for koagulasjon og fibrinolyse.

Pakninger og priser: 3 x 28 stk. (blister) kr 351. Varenummer: 028.371.

Sist endret: 17.08.2009. For fullstendig preparatnottale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc

Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner har velge annen prevensjon.
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt risikopåregning ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

4985
ALF ANDRE
FINNSETH
SIMON SJANÆSVEI 12
3175 RANNE

B-PostAbonnement

Returadresse:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

TRANS
31

Qlaira®
som gir n

Retur
Vi er opptatt av å levere riktig – takk for din hjelp!

- ☐ Ikke hentet
Non réclamé
- ☐ Ukjent/ny adresse ukjent
Inconnu/Nouvelle adresse
inconnue
- ☐ Utilstrekkelig adresse
Adresse insuffisante

☒ Flyttet, ettersendings-
perioden utløpt
Démenagé. Période de
réadressage expirée

Returdato:
Date de retour

5/10 05
06.70.042.00 12.2008 Bording

Nyhet!

Qlaira® inneholder østradiolvalerat som gir naturlig østrogen¹
og dienogest som har antiandrogen og antiproliferativ effekt²

- Liten påvirkning på metabolske og hemostatiske parametre^{3,4}
- God blødningskontroll - 20% opplever blødningsfrie perioder⁵
- Høy preventiv sikkerhet⁵

Referanser: 1) SPC. 2) Oettel M et al. Drugs Today 1995;31(7): 517-36. 3) Parke S et al. Hum
Reprod 2008; 23 (Suppl 1): 78-9. 4) Parke S et al. Obstet Gynecol 2008;111(4)(Suppl):125-35.
5) Akreidt HJ et al. Contraception May 2009



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo
Tlf: +47 24 11 18 00 - www.bayerscheringpharma.no