



Innhold:

LEDER: Taushet er gull. Av OLE ANDREAS HOVDA	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Sterk i sak, mild i form. ERIK LANGFELDT INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Søvn, døgnrytme og søvnproblemer hos barn. OLI SØRENSEN	7
Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Av ANNE KJERSTI BEFRING	15
Taushetsplikt enquete. KOMMENTARER FRA LARS DUVALAND S 21	18
Samhandlingsreformen må bygge på forskningsbasert kunnskap.	24
Pyramider er ikke lette å snu. Av OLAV GUNNAR BALLO	26
Brukerundersøkelser i legevakt. Av ODDVAR FØRLAND	28
NIDAROSKONGRESSEN 2009: Primærmedisinsk møteplass for faglig påfyll.	32
Prisvinnere ved Nidaroskongressen.	36
Leserinnelegg	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: Ida Myklebust Sundar**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Taushet er gull

Vi leger har mye av identiteten vår i det å være lege. Legeidentiteten kan være så sterk at når vi selv er syke, så preges pasientrollen vår i stor grad av at vi er leger – vi er ikke som andre pasienter. Litt på samme måte som lottomillionærene. Kanskje er dette til hinder når vi skal sette oss i pasientens sted og forstå hvordan møtene våre oppleves for dem. Det kan være vanskelig å huske på at det vi opplever som en banal og ufarlig infeksjon, for en pasient kan være årsak til store bekymringer. Hvordan det vi tolker som milde smerter, kan ha alvorlige ringvirkninger i pasientens liv, eller hvordan det å for første gang fortelle om egen angst kan være noe av det vanskeligste vedkommende har gjort.

Som så mye annet i hverdagen vår handler dette om kommunikasjon. Og skal vi kunne gjøre jobben vår, må vi forstå hva pasienten forsøker å formidle. Deretter må vi nå fram med vårt budskap til pasienten på et språk hun forstår. Vi kan aldri bli for flinke til å forstå hva pasienten egentlig sier, og vi kan heller aldri bli for flinke til å snakke forståelig for pasienten.

Viktigheten av å forstå ordene og situasjonen gjør at vi aldri bør slutte å stille oss selv spørsmålet: «Hvordan oppleves dette for pasienten?» Det er imidlertid ikke bare i selve pasientmøtet at dette spørsmålet er viktig. I dette nummeret av Utposten retter vi oppmerksomheten mot taushetsplikten. Å overholde taushetsplikten byr på utfordringer i den praktiske driften på legekontoret. Hvordan kan vi overholde taushetsplikten samtidig som nødvendig informasjon skal deles mellom helsepersonellet, og viktig læring og erfaring deles i kollegiet. Hvordan skal vi vekte dette opp mot hverandre? Skal vi overholde taushetsplikten dersom det innebærer at pasienten får et dårligere helsetilbud? Anne Kjersti Befring, ledende jurist i Legeforeningen, redegjør for sentrale bestemmelser om taushetsplikten. En enquete med kommentarer fra jurist Lars Duvaland, belyser hvordan taushetsplikten praktiseres på legekontorer.

Hvordan ville det vært for meg, hvis jeg var pasient, og visste at det som kom fram under konsultasjonen ble diskutert åpent i lunchen? Hva hadde jeg syntes dersom noen hadde lest i min journal for å lære? Hvordan hadde jeg reagert dersom veggene hadde ører; ører jeg ikke visste om? Jeg tror jeg hadde følt meg krenket, og blitt veldig, veldig sint. En ting er å ha flere enn legen med på konsultasjonen i forbindelse med undervisning, men jeg vil forbeholde meg retten til selv å kunne styre hvor min historie ble presentert. Hva jeg velger å utlevere om meg selv henger jo også sammen med hvem, og hvor mange jeg utleverer det til. Det er ikke ok at noen i ettertid tar seg til rette og tilegner seg taushetsbelagte opplysninger.

Tryggheten om at det som kommer fram i møtet med helsevesenet er taushetsbelagt, er en forutsetning for en best mulig helsetjeneste, og en forutsetning for et helsevesen der vi kan ta hånd om også de tingene som er vanskelige, og vi som pasienter synes er ubehagelig å dele med andre. Hvis praktiseringen av taushetsplikten ikke er god nok, og det lekker opplysninger både her og der, enten det er i læringsøyemed, av praktiske hensyn eller fordi vi er for nonchalante, kan dette true kvaliteten i hele tjenesten. Redaksjonen håper at vi ved å ta opp dette temaet, kan bidra til en økt bevissthet rundt taushetsplikten og dens utfordringer, og at det kan være et lite steg på veien mot en best mulig balanse mellom taushet og informasjonsflyt.

Ole Andreas Hovda

Utpostens
dobbeltime

Sterk i sak, mild i form

Erik Langfeldt
INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ

Erik Langfeldt farer stille i dørene,
men setter spor etter seg der hvor
han ferdes. I en mannsalder har han

vært kommunelege og allmennpraktiker i Nordkapp,
med et sterkt engasjement innen skade- og ulykkesforebyggende arbeid blant fiskere
og ansatte i fiskeindustrien. Og når anledningen byr seg, legger han ferieturene til helt andre bredde-
grader i Sør-Afrika. For sin innsats som praktiker, akademiker, forsker og lærer, ble 58-åringen
nylig hedret med Anders Forsdahls minnepris.



Erik mottar
Anders Forsdahls
minnepris under
Nidaros-
kongressen i år.

Utposten har intervjuavtale med Erik Langfeldt like etter markeringen av minneprisen under Nidaroskongressen i slutten av oktober. Prisen, som ble innstiftet i 2006 til minne om Anders Forsdahls praktiske og akademiske legegjer-
ning i norsk distriktshelsetjeneste, utdeles årlig av Nasjo-
nalt senter for distriktsmedisin i Tromsø til en person som
har markert seg i arbeidet for helsetjenesten i distrikts-
Norge. Årets prisvinner er kjent for å kombinere faglig inn-
sikt med en lun humor og et vennlig vesen. Hans
kunnskaper har basis i både dokumentasjon og litteratur,
i tillegg til gode observasjoner av så vel pasienter som nær-
miljø. Ettersom hans arbeid og holdninger preges av nøk-
tern faglig realisme, blir han betegnet som en god
rollemodell for fremtidens distriktsmedisinere.

UTPOSTEN: Hva betyr Anders Forsdahls minnepris for deg?

– Jeg kjente Anders Forsdahl både som professor ved Uni-
versitetet i Tromsø og som legevaktvikar i sitt gamle dis-
trikt i Sør-Varanger om sommeren mens jeg selv hadde
turnustjeneste på Kirkenes sykehus. Prisen betyr derfor
mye, men det er fagmiljøet i Nordkapp kommune – og ikke
bare jeg – som fortjener den. Til sammen har vi i legekolle-
giet vært i Nordkapp i 100 år – det er vel ikke dårlig etter-
som vi bare er fem leger. Vi er for øvrig godt dekket med
annet fagpersonell som ergoterapeut og kreftsykepleier,
selv om vi også etter hvert merker økende sykepleier-



Eriks kolleger i Honningsvåg. I bakre rekke fra venstre Helge Bjøru, Arild Løvland, Bjørn Nordang og Guri Tuv Brattli. Foran står Erik.

mangel. Stabiliteten blant legene i kommunen tror jeg kan tilskrives gode muligheter for fagutvikling, sier Erik Langfeldt.

Han kom til Nordkapp som turnuslege i 1980, og trivdes så godt at han valgte å bli. Rause kolleger og spennende faglige diskusjoner på kontoret er bærebjelken i hans virke, men kontakten med akademiet, Helse Nord, Helse Finnmark og et bredt kollegialt fellesskap er også viktig for ham.

Fritiden krydrer han med mange interesser. Han er en lesehest av dimensjoner, det går gjerne i biografier og skjønnlitteratur. Hans særlige forkjærlighet for tegneseriene i «The New Yorker» gjør at både samtaler og foredrag alltid inneholder humoristiske sitater fra en av disse. Han er også glad i musikk og stiller opp i kulissene når Honningsvåg-revyen går av stabelen i turnhallen hvert år i romjula. Sist, men ikke minst er «hytta» i Sør-Afrika viktig for ham. Hvorfor det nettopp ble Sør-Afrika er en egen historie som startet på 90-tallet ved at musikkforeningen i Honningsvåg sendte 14 gamle instrumenter til Alexandra township i Johannesburg. Dette medførte en gjensittig av innbyggere fra Alexandra til Honningsvåg. Erik og familien lot seg begeistre og reiste til Johannesburg selv – resultatet ble at de sammen med en annen familie kjøpte leilighet i den lille byen Margate, en time sør for Durban.

UTPOSTEN: *Hvorfor valgte du Nordkapp, og ikke et annet arbeidssted?*

– Det er en litt kronglete historie ispedd noen tilfeldigheter. Jeg skulle egentlig på utplassering i distrikt til Vardø eller Vadsø under studiet, men av ulike grunner ble jeg sendt til Honningsvåg i stedet. Jeg trivdes godt og kom tilbake i turnus. Etter militærtjeneste i Alta, søkte jeg meg tilbake til Nordkapp. Det passet meg bra å komme til et lite samfunn. Her fikk jeg god kontakt med folk. Jeg var eneste søker på de tre stillingene som var ledige. Kanskje var det ikke så rart jeg fikk jobben?

Så traff jeg Liisa da, vet du. Siden har vi blitt der både Liisa, barna og jeg. Det er nok barna som har bundet meg til stedet – ettersom venner stort sett har reist. Men nå har også alle barna «utvandret».

UTPOSTEN: *Hvordan var legedekningen i Honningsvåg da du kom?*

– Ole Vik var distriktslege, men han begynte sin videreutdanning straks jeg tiltrådte. Han var mye borte de neste årene frem til han ble sykehuslege. Det var fire hjemler allerede i 1980, men det tok mange år før alle stillingene var besatt. Det var stridt den første tiden, men den gangen visste jeg visste ikke bedre. Jeg hadde noen få faste kolleger, ellers brukte vi stort sett østeuropeiske vikarer som hadde gjort

svensker av seg. Så kom de alle sammen; Arild Løvland, Bjørn Nordang, Helge Bjørn i 1980-årene og Guri Tuv Brattli i 1997. De fire legene arbeider fortsatt i kommunen i dag. Da vi ble mange nok faste leger, kunne fagutviklingen og den langsiktige satsingen innen helsetjenesten starte for alvor. Kombinasjon av tjenesteutvikling og meritterende egenutvikling har fungert godt. Jeg tror det var viktig at vi gikk over til fastlønn i 1986 – det så ut til å rekruttere unge leger til de ledige hjemlene. De ti siste årene har vi hatt en ordning med kombinert fastlønn pluss en gitt andel av inntjeningen i praksis, uavhengig av listestørrelse, ellers hadde nok ikke stabiliteten vært opprettholdt da fastlegereformen trådte i kraft. Dette betyr at vi samlet ivaretar offentlige og andre ikke-inntektsbringende legeoppgaver i kommunen. Slik er vi «vaksinert» mot intern kamp om pasientene, og vi har forutsigbar økonomi enten vi er i jobb eller i permisjon. Vi blir alltid enige om fordelingen av meroppgaver. I prinsippet har vi felles liste.

– På 90-tallet hadde vi en klok rådmann i kommunen. På eget initiativ foreslo han å opprette en femte hjemmel slik at vi kunne jobbe mer prosjekttrett, noe vi allerede hadde gjort i flere år. For legene har flerdeling av vaktene og «Nord-Norge-permisjonen» vært viktige rammebetingelser for arbeidet. Vi er et flott kollegium med mange gode diskusjoner. Vi har brynt oss på hverandre og møtt oss selv i dørene noen ganger, slik at vi har utviklet gode og slitessterke relasjoner. En kuriositet som er verdt å nevne er at vi i 17 år har hatt en fast vikar – en dansk hjertekirurg. Han har vi fulgt fra oppstarten av sin spesialisering i Danmark, via England og USA og frem til at han nå, som ferdig spesialist, jobber innen transplantasjonsmedisin ved Yale-universitetet i USA, forteller Erik Langfeldt.

I følge kollegene i Nordkapp skal han ha mesteparten av æren for at Nordkapp har lyktes med å rekruttere stabile leger. Med sin kreativitet og evne til god dialog, fikk han politisk aksept for løsninger som viste seg å sikre Nordkapp en stabil og robust legetjeneste i den perioden han har virket der.

– Bredden i mine faglige aktiviteter er egentlig for stor, tenker jeg iblant, men jeg synes jeg befinner meg mest i den store overflaten av faget – jeg tror ikke jeg går så ofte i dybden. Men det er nettopp bredden i det tverrfaglige arbeidet som interesserer meg. Jeg rådspør ofte mine kolleger i faglige spørsmål, og enkelte ganger hender det at de spør meg. Da blir jeg glad.

UTPOSTEN: Du har jobbet mye for å bedre forholdene for fiskere og i fiskeindustrien i kommunen. Hvordan kom dette arbeidet i gang?

– På 80-tallet hadde kommunens politikere lenge snakket om å starte en bedriftshelsetjeneste. Mitt krav til kommunen var at fiskerne og fiskeindustrien måtte ha en sentral plass i ordningen. For å få midler til dette prosjektet kontaktet jeg daværende fylkeslege Berit Olsen, en klok dame med sterke familiære røtter både i fylket og fiskerisektoren. På den tiden pågikk et statsfinansiert prosjekt kalt «Helse og ulikhet i Finnmark». Kommunen fikk tildelt midler fra dette prosjektet. Det medførte at vi over en tiårs periode kunne drive et verneprosjekt som allerede etter to år kulminerte i en fellesordning – denne ordningen eksisterer også i dag. Utgangspunktet var at vi ansatte en praktisk verneingeniør som forestod basisarbeidet. Vi rettet oppmerksomheten mot hjerte-karsykdomsforebyggende arbeid, innklimaet i skoler og barnehager samt miljøforhold i hjemmet hos de eldre. Det ble gjort et arbeid for å kartlegge kaiforholdene mange steder i Finnmark. Ulykkesforebyggende tiltak på kai ble iverksatt, og det ble laget praktiske løsninger som minimaliserte risikoen for helseskader på båt og i egnebu, parallelt med ergonomisk tilrettelegging for fiskere og ivaretagelse av kvalitet på fisken. Denne satsingen avstedkom flere nye prosjekter, noe som viste seg å være særdeles nyttig fordi det i 1988 var «svart hav». Verneingeniøren utviklet passende kurspakker innen HMS-arbeid for fiskere og fiskeindustrien. På flere måter kunne deler av aktiviteten innenfor fellesordningen ses på som mer spesialiserte deler av det miljørettede helsevernet. I dag er fellesordningen i støpeskjeen for å oppdatere seg i henhold til nye forskrifter, og vi søker samarbeid med andre sikkerhetsrelaterte bedrifter, men beholder fortsatt et fokus på det maritime, sier Langfeldt.

Han viser også til en annen lokal satsing, trombolyseprosjektet, som Helge Bjørn tok initiativet til i 1993. Det var 12 år før helseforetaket etablerte slik behandling som en standard i alle kommuner i fylket. Utgangspunktet var spørsmålet om hvordan man kunne sikre at innbyggere med akutt hjerteinfarkt fikk del i moderne behandlingsprinsipper.

– Vi har en tradisjon med desentraliserte sykehussenger i Finnmark. Sykestueplassene er et vesentlig element for utøving av faget og et viktig tilbud til befolkningen. Avstandene til sykehus og klimaforutsetningene gjør at vi uansett må være forberedt på å beholde og forbehandle pasienter lenger enn vi i utgangspunktet kunne ønske. Sammen med Helse Finnmark og andre sykestuekommuner deltar Nordkapp nå i en oppdatering av sykestuedriften. Dette skal sikre samordning av ressursene mellom nivåene, faglig standardisering og mer forutsigbar finansiering.

– Innenfor sykestueprosjektet har vi i år startet opp et underprosjekt for desentralisert terminal omsorg og kreft-



Sammen med elefanter i Ingwelala naturreservat ved Krügerparken.

behandling i fylket. Det skal ivareta den målgruppen som vi har valgt å kalle «pasienter som har kortere forventet levetid igjen». Dette er en gruppe som i større grad bør kunne ivaretas lokalt, men i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er meningsløst at pasienter i en dårlig livsfase skal pendle til sykehus for cellegiftbehandling når det kan gis lokalt. I dag er det mer aktuelt enn noensinne å arbeide i skjæringspunktet mellom nivåene i helsetjenesten. Det har vi i Nordkapp gjort lenge, sier Langfeldt.

Det er neppe å ta for hardt i, å si at vårt intervjuobjekt er beskjeden på egne vegne. Han er heller ikke den som best liker å karakterisere sin egen person. Når vi likevel ber ham om å gjøre det, svarer han med utilslørt ironi: – Jeg er langsomt famlende og bredt interessert. Kort fortalt er jeg en landsbygdgutt som vokste opp i Langnesbygda i Søgne. Der bodde jeg fra jeg var fire år til jeg ble 19. Det morsomme der var at jeg gikk på to-delt folkeskole, i noen år, med min mor som eneste lærer. Jeg måtte forresten si «frøken» til mor, minnes han med et smil.

UTPOSTEN: *Du har «hytte» i den lille byen Margate i Sør-Afrika, og du liker å være der. Ser du likheter med samfunnet i Nordkapp og i utkanten i Sør-Afrika, eller er det andre forhold som gjør at du trives så godt der?*

– Finnmark har vært omtalt som Norges tredje verden. Her er store leveranser ut av fylket av råstoffer fra havet: fisk, gass og olje, og i stigende grad vil det også bli uttak av mineraler. Vår befolkning har dessuten et noe lavere gjennomsnittlig utdanningsnivå og kortere levealder sammenliknet med andre fylker. Finnmark ligger faktisk 30 år etter Sogn og Fjordane i levetidsutvikling. Fylket har som kjent et stort innslag av samer, som på landsbasis er en etnisk minoritet. Dette er forhold som kan gi assosiasjoner til Afrika, der mange land omfatter svært sammensatte kulturer. På finnmarkskysten er folk mye mer direkte enn det jeg er vant til fra den søndre delen av landet. Det verdsetter jeg. Noe liknende har jeg opplevd under reiser i Sør-Afrika, der vi har venner på kryss og tvers av sosioøkonomiske grupper og hudfarger. Det har vært berikende for oss som familie å oppleve dette sammen, og holde fast ved ulike

vennskap over tid. Det er ikke på grunn av klimaet jeg har blitt værende her, men mørketid og lyse netter er gode saker. Det solfylte og varme Afrika er utmerket. Men kontrastene i seg selv, er kanskje det viktigste for meg.

UTPOSTEN: *Du var den første legen som satt i styret i Helse Finnmark. Hva tenker du er primærlegens viktigste funksjon i et foretaksstyre?*

– Jeg tror at vi som har et samfunnsmedisinsk perspektiv er flinkere til å se nivåene i helsetjenesten fra ulike sider. Alle innen helsetjenesten arbeider med viktige oppgaver, men vi er nødt til å begynne å prioritere ressursene på et mer overordnet vis. Ellers vil vi få atskillig større knapphetsproblemer enn i dag.

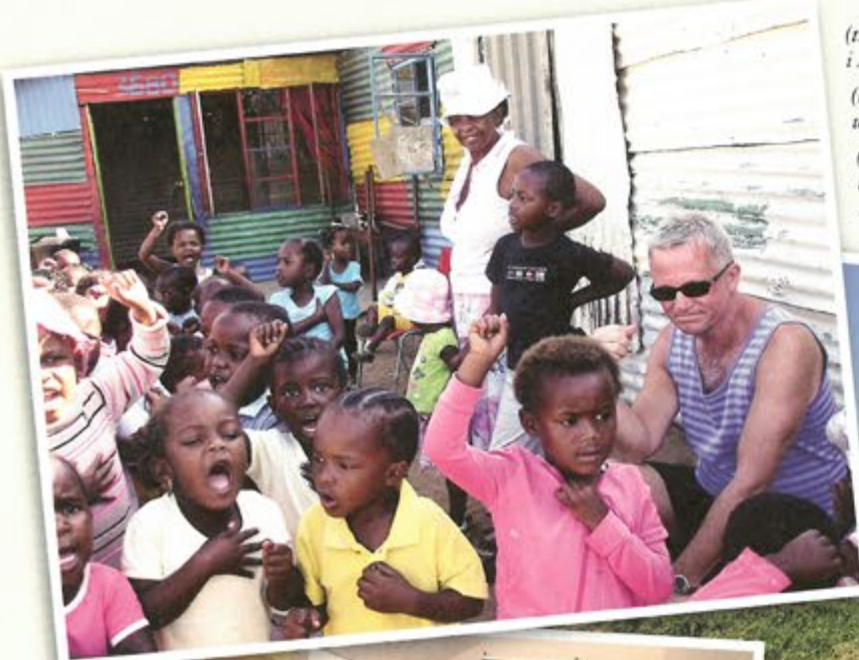
UTPOSTEN: *Du er en allsidig mann med mange interesser og blir ofte sett lesende i en bok, og du reiser mye. Er dette viktige ingredienser i et godt liv?*

– Jeg har funnet ut at jeg ikke er bibliofil, men biblioman. Jeg koser meg med lesing av nokså variert art, men har mange bøker som bare er smålest. Med økende alder blir historie bare morsommere å lese, og også mer aktuelt.

Avstanden tilbake til oldtida har avtatt betydelig siden jeg gikk i skolen. Det er utrolig hvordan vi gjennom lesing kan stå på uendelige mange skuldre og å få del i tanker som er tenkt og erfaringer som er gjort fra skriften ble til. Dersom jeg blir pensjonist, og det er det ingen grunn til å tro at jeg ikke blir, kommer jeg til å slutte med å lese medisinske fag og heller lese skjønnlitteratur og historie og mye annet, samt spasere mer, ler Erik Langfeldt.

UTPOSTEN: *Hva gjør at du blir i Nordkapp?*

– På mange måter er det blitt slik jeg hadde tenkt: Jeg slo meg ned et sted for en stund – og det ble en lang stund, faktisk et helt yrkesliv. Nå er det for sent å skifte pasienter og samfunn, og det vil jeg heller ikke. Egentlig er jeg ikke så fryktelig interessert i medisin, men jeg er opptatt av å gjøre en god jobb. Jeg har egentlig ingen spesifikke teoretiske interesser innen faget, men jeg synes deler av faget passer min legning og jeg har tatt de utfordringene som har kommet sammen med kolleger og annet fagpersonell på ulike nivå i helsetjenesten. Og det trives jeg med, avslutter prisvinneren i Nordkapp.



(t.v.) Høylydt avsynging av nasjonalsangen «Nkosi Sikelel' i Afrika» under besøk i barnehage i Lethabong homeland.

(n.t.v.) Besøk på helsesjonesjonen i Lethabong homeland utenfor Johannesburg.

(under) Erik Langfeldt og familien har i over ti år vært involvert i familievennskaper i Sør-Afrika. Her er han på stranden i Margate med sitt «barnebarn»





ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Søvn, døgnrytme og søvnproblemer hos barn

AV ELI SØRENSEN

Kunnskap om normal søvn i aldersgruppen og litt hjelp fra foreldrene, er ofte nok for at barn skal utvikle gode søvnvaner helt fra starten av og komme på rett spor igjen ved søvnproblemer.

Allmennleger og helsestasjoner står i en særstilling

til å gi råd og hjelpe foreldre og barn. Denne artikkelen gir en oversikt over utviklingen av søvn og døgnrytme hos barn i forskjellige aldre, hva foreldre kan gjøre for å forebygge søvnproblemer, hva foreldre kan gjøre dersom barnet har etablert søvnproblemer og hva gode søvnvaner og søvnhygiene innebærer for barn i forskjellige aldre.



Eli Sørensen

Overlege dr.med. Eli Sørensen er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og arbeider ved Psykisk Helsevern for Barn og Ungdom, Helse Bergen. Hun er medlem av Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer (SOV.no), Helse Bergen. Hun er også sekretær i styret for the Norwegian Sleep Research Association.

Utviklingen av søvn og våkenhet foregår hele livet og henger nøye sammen med utviklingen av hjernen og nervesystemet vårt (1). Dette ser vi tydelig hos spedbarn og småbarn. Hos for tidlig fødte barn og nyfødte skjer utviklingen av søvn så raskt at det kan være store forskjeller bare i løpet av noen få uker.

Tidlig utvikling av søvn. Premature barn

Allerede midtveis i svangerskapet, i uke 20–22, merker gravide at fosterets bevegelser varierer avhengig av når det er på døgnet. Dette er et tegn på at døgnrytmen, som regulerer flere av kroppens funksjoner, utvikler seg. De første tidlige tegn på at søvn og våkenhet utvikles kommer senere, fra

cirka 27. svangerskapsuke, dvs. tre måneder før forventet fødsel. Men det er spesielt i de siste seks ukene av svangerskapet at mye skjer i utviklingen av søvn. Hos for tidlig fødte og nyfødte barn deler vi søvnen i rolig søvn (quiet sleep, QS), og aktiv søvn (active sleep, AS), basert på skåring av ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, øyebevegelser, lyder og pustemønster. Barn som fødes to og en halv måned før tiden, har nesten 80 prosent aktiv søvn sammenliknet med cirka 55–65 prosent aktiv søvn og 20 prosent rolig søvn hos fullbårne spedbarn. Den søvnen som vi ikke klarer å bestemme, kalles ubestemt søvn (indeterminate sleep, IS). Mengden av ubestemt søvn avtar med alder og modning av nervesystemet (1).

Ultradian og cirkadian rytme. Konsolidering av døgnrytmen

I de aller første ukene etter fødselen veksler perioder med søvn av forskjellig lengde med mange korte perioder med våkenhet gjennom hele døgnet. Denne rytmen kaller vi ultradian, det vil si at den varierer uavhengig av døgnet, og at den er vanskelig å forutsi. En ultradian rytme er forskjellig fra den cirkadiane rytmen som kommer etter hvert. Cirkadian rytme, døgnrytme, betyr at spedbarnet får en rytme på søvn og våkenhet som varierer med døgnet, dag og natt, lys og mørke, slik vi ser hos større barn og voksne.

I løpet av de første leveukene skjer en gradvis tilnærming til 24 timers døgnet. Denne prosessen kalles konsolidering eller regulering av søvn, og henger sammen med utviklingen av nervesystemet og utviklingen av døgnrytmen. Søvnperiodene om natten øker i lengde mens søvnperiodene om dagen blir kortere. Hos mange spedbarn kan vi se en tydelig tilpasning til dag og natt mellom 12 og 16 uker etter fødselen. Lengste periode med søvn følger oftest etter lengste våkenperiode.

Kapasitet til sammenhengende nattesøvn. Total søvntid per døgn

Utviklingsmessig kan mange barn sove fra midnatt til kl. 05 fra ca. seks til åtte ukers alder, og flere kan lykkes med litt hjelp og tilrettelegging av foreldrene. Ellers begynner de fleste spedbarna å sove «natten gjennom», dvs. fra cirka midnatt til kl. 06 neste morgen når de er mellom tre og seks måneder. Den lengste søvnperioden på natten øker gjerne fra fire timer ved to til tre ukers alder til cirka sju til ni timer mellom seks og 12 måneders alder. Når barna er tre år, sover de ofte 10–12 timer om natten, som hos barn før puberteten begynner.

Nyfødte sover sammenlagt cirka 16 timer i løpet av døgnet. Antall timer med søvn faller til cirka 13–15 timer mellom seks og 24 måneder og til 10–11 timer per døgn hos barn på fem år. Dette er gjennomsnittstall, og det kan være variasjoner fra barn til barn og også fra døgn til døgn hos det enkelte barn (1).

*Det er viktig med faste
og gode rutiner for å oppnå
god søvn hos barn.*
ILLUSTRASJONSFOTO: JIRI VACLAVIK

Søvn-EEG

Parallelt med utviklingen av hjernen og nervesystemet i det første leveåret utvikles barnets søvn-EEG og viser gradvis de typiske kjennetegnene på forskjellige søvnfaser som hos større barn og voksne. Dyp søvn (slow wave søvn, SWS) er summen av stadium tre og stadium fire. Både dyp søvn og drømmesøvn (rapid eye movement søvn, REM-søvn) er etablert før barnet blir et år.

Barn opptil seks måneders alder er spesielle ved at de faller i søvn via REM søvn, mens eldre barn og voksne går via lett søvn til dypere søvnfaser når de sovner. Foreldrene kan derfor se at spedbarnets øyne går fram og tilbake like etter at det har sovnet (1).

Søvnssyklus. Viktig å lære seg til å sovne på egenhånd

En søvnssyklus er tiden det tar å gå gjennom de forskjellige søvnfasene. Lengden på hver søvnssyklus er cirka 50 minutt i første leveår, økende til rundt 75 minutt ved to års alder og 80–90 minutt som hos voksne ved seks års alder. Dette betyr at spedbarn og småbarn normalt har en kortvarig våkenhetsperiode cirka en gang i timen, mens det går opp til en og en halv time mellom hver våkenperiode hos større barn og voksne. Etter en slik våkenperiode, sovner man på samme måte som man har lært seg å sovne på kvelden etter legging. Det er derfor en stor hjelp for barnet om det har lært seg til å sovne på egenhånd uten foreldrenes tilstedeværelse, vugging, bæring, osv., slik at det bare kan snu seg og sove videre av seg selv.

Barn trenger mye dyp søvn

Den første tredjedelen av natten kjennetegnes av dyp søvn mens siste tredjedel kjennetegnes av mye REM-søvn. Når barna begynner å slutte å sove om dagen, sover de spesielt dypt tidlig på natten, og kan også hoppe over REM-søvn i de første søvnssyklusene for å få en ekstra periode med dyp søvn. Tidlig på natten er det derfor svært vanskelig å vekke barnet.

Høneblunder

De mange søvn- og våkenperiodene hos spedbarn organiseres over tid til to søvnperioder om dagen, én på formiddag og en på ettermiddag, for deretter å gå sammen til en søvnperiode midt på dagen tilsvarende barnehagenes «hvilestund» hos småbarna. Mange barn trenger denne høneblunden fram til de er mellom fire og sju år gamle hvor de slutter å sove om dagen i vår kultur (1).

Søvnproblemer hos barn

De fleste søvnproblemer hos barn skyldes at barnet ikke har lært seg å sovne på egenhånd i egen seng på grunn av uheldige vaner eller at barnet ikke respekterer det som for-





Det er frustrerende og slitsomt for både foreldre og barn når barnet ikke vil eller får sove. ILLUSTRASJONSFOTO: OLEG KODLOV

eldrene sier. Det er derfor mulig for foreldrene å hjelpe barnet å lære og falle til ro og sovne av seg selv. Informasjon og skriftlige råd er tilgjengelig i bøker og artikler, og flere helsestasjoner har «søvngrupeer» hvor foreldrene lærer av andres erfaring, støtter og motiverer hverandre.

Problemene er betinget i atferd, og rett behandling sikter mot å endre atferden gjennom å endre betingelsene som går forut for atferden, eller betingelsene som kommer etter atferden. For eksempel vil en konsistent leggerutine hvor man hver dag på samme tid gjør de samme tingene i samme

rekkefølge og roer seg ned til man ligger i egen seng og sovner, etter kort tid bli til en atferdskjede som trigger innsovning (RAMME 1). Oppmerksomhet, ros eller stjerne-skjema kan brukes for å belønne og oppmuntre barn til å gjøre som foreldrene sier, avhengig av hva som er vanskelig – for eksempel gå på badet, ta på seg pyjamas, etc.

Forebygging gjennom å lære spedbarn gode søvnvaner er mulig og ønskelig

Det er vist at foreldrene kan legge til rette for å støtte utviklingen av god søvnkvalitet hos spedbarn som bare er noen uker gamle (2). Grupper av vordende foreldre på svangerskapskurs brukte tid på å sette seg inn i normal utvikling av søvn og døgnrytme og diskuterte hvordan man gradvis kan hjelpe spedbarnet til å sove natten igjennom uten problemer. Noen uker etter fødselen møttes gruppene igjen, frisket opp kunnskapen og utvekslet erfaringer. På denne måten lærte foreldrene spedbarna gode søvnvaner helt fra starten, og familiene slapp stress og søvnmangel.

RAMME 1. Eksempel på positive rutiner hos barn

18.00 Barne-tv
18.30 Vask og skifte til pyjamas
18.45 Lett kveldsmåltid sammen med en voksen
19.00 Tannpuss
19.10 Høytlesing. Barnesanger. Positiv, trygg samtale
19.30 God natt og slukking av lys

Helt enkle rutiner ble fulgt. Spedbarna ble lagt søvnige, men våkne og lærte seg å falle i søvn på egenhånd. For å hjelpe spedbarnet til å skille mellom natt og dag, var soverommet lyst om dagen og mørkt om natten. Lek og kosing foregikk om dagen, ikke om natten. Mellom kl. 22 og 24 fikk spedbarnet et måltid som man gradvis utsatte henimot midnatt, samtidig som man gradvis forlenget tiden mellom eventuelle nattmåltider og prøvde å få spedbarnet til å roe seg uten å gi mat. Ved nattlige oppvåkninger ventet man for å se om det roet seg av seg selv, eventuelt hvis nødvendig prøvde man måter å roe det på uten å ta det opp. Dette ble gjort for å støtte spedbarnet i å falle i søvn igjen på egenhånd. Langvarig søvn var beholdt natten, ikke dagen.

TV og andre elektroniske artikler bør unngås på barnets soverom.



ILLUSTRASJONSFOTO: EDYTA LINEK

Barnelegene Pinilla og Birch fant at spedbarn som ikke ble ammet om natten, tok igjen og drakk desto mer når det ble morgen (3). Det er ikke dokumentert negative konsekvenser for amming. Foreldre og barn som er uthvilt, har ofte et mer positivt samspill enn foreldre og barn som ikke har sovet godt. Det er derfor ikke overraskende at spedbarn blir tryggere, mer forutsigbare, mindre irritable og gråter mindre etter at de har lært å sovne på egenhånd (4).

Søvnhygiene. Gode søvnvaner hos småbarn og skolebarn

Alle har nytte av faste rutiner med rolige aktiviteter frem mot leggetid. Foreldrene kan hjelpe barnet til å tenke på noe positivt før innsøvn, lese en historie på sengekanten, hjelpe barnet til å slappe av, puste rolig, evt. bruke ros og belønning. Barn før puberteten våkner tidlig av seg selv, selv om de har lagt seg sent. Misforstått snillhet og lov til å være sent oppe i helgen påfører dem derfor et søvnunderskudd. Pizza og kos bør derfor legges til sen ettermiddag eller tidlig kveld slik at regelmessig søvn-våkenrytme kan opprettholdes både på ukedager og fridager. Barn bør lære seg å sovne på egenhånd i egen seng. Det er dokumentert at foreldre som er til stede og sen sengetid samvarierer negativt med innsøvnstid, nattlige oppvåkninger og kort søvntid (5). Barn bør få drikke som ikke inneholder koffein. Tv og elektronisk utstyr bør ikke stå på soverommet, og det kan være gode grunner til å lage avtale om bruken av disse spesielt hos litt eldre barn. Den amerikanske søvnforeningen (National Sleep Foundation) har laget en sjekkliste for større barn og ungdom (RAMME 2) (9).

Behandling

Hos barn som utviklingsmessig er i stand til å sove natten igjennom, er det mange faktorer som kan utløse og vedlikeholde problemer ved legging og nattlige oppvåkninger, men foreldrene kan forandre eksisterende søvnvansker og hjelpe barna med gode søvnvaner. Metodene er effektive, svært godt dokumentert, gir varig effekt og har ingen skadelige bivirkninger (6). Bivirkningene er snarere positive, idet hele familien får bedre søvnkvalitet og økt søvnlengde, noe som får følger for funksjon og oppførsel på dagtid. Barna blir tryggere og i bedre humør. Det er ofte en smakssak hva man velger, men det er viktig å være konsistent og holde ut. Ved eventuelt tilbakefall gjentar man prosedyren. Det er viktig å være oppmerksom på at uønsket atferd vil øke i begynnelsen, før den avtar og blir borte. Denne post-ekstinksjonstoppen (post extinction burst) betyr ikke at tiltaket er mislykket. Holder man ut litt lenger, avtar uønsket atferd. Ekstinksjon vil si at man avlærer en atferd som er betinget av belønning, for eksempel oppmerksomhet, kos, mat, drikke, etc., ved å holde be-

lønningen tilbake. Ekstinksjon ved atferdsbetingede søvnproblemer har høyest nivå av kunnskapsbasert praksis (6).

Ekstinksjon

Den eldste metoden er «Bare la barnet gråte» eller umodifisert ekstinksjon. Foreldrene legger barnet til fast tid, forlater soverommet og lar barnet i fred til fast tid neste morgen uten å reagere på rop, gråt eller sinne. Dette kan oppleves stressende, men hvis foreldrene gir etter, må de regne med at barnet holder ut lenger neste gang. En variant av metoden går ut på at foreldrene ikke forlater soverommet, men blir værende der uten å gi noen form for kontakt. Hvis barnet går ut av sengen, legges det vennlig, men bestemt tilbake uten noe mer. I løpet av få kvelder trekker foreldrene seg lengre mot døren og ut av rommet etter legging. Denne varianten gjenkjenner foreldre ofte fra TV-serien «Super Nanny».

Dersom barnet kommer inn til foreldrene om natten, følges det vennlig, men bestemt tilbake til egen seng uten oppmerksomhet, mat eller drikke.

Gradert ekstinksjon

«Søvntrening», «Ferbbers metode» eller gradert ekstinksjon går ut på at foreldrene overser problemene ved legging og gir minst mulig kontakt når de er inne på soverommet. Etter legging følger de et fast skjema hvor de enten går inn til barnet med faste mellomrom (for eksempel hvert femte minutt) eller med gradvis økende mellomrom (for eksempel hvert femte, -10., -15. osv. minutt). Mellomrommene økes enten i løpet av samme kveld eller de påfølgende kvelder.

Faste oppvekkinger

Dersom barnet ikke har problemer i leggesituasjonen, men sliter med nattlige oppvåkninger, kan foreldrene forsøke et regime med faste oppvekkinger. Foreldrene kartlegger når barnet bruker å våkne, hvor mange og hvor lange oppvåkningene er. Foreldrene skal nå gå inn til barnet cirka 15 min før forventet oppvåkning, vekke det, trøste det kort, og gå igjen. Gradvis forlenger man tiden mellom vekkingene inntil barnet sover hele natten. Ved denne metoden kan det gå noen uker før man ser resultater.

Ut av sengen

Dersom barnet strever med at det tar lang tid før det faller i søvn etter legging, brukes liknende framgangsmåte som hos voksne med lang innsovningstid. Den kalles «Ut av sengen metoden». Hvis ikke barnet har sovnet innen en på forhånd bestemt tid, tas barnet ut av sengen. Leggetid forskyves til senere for å oppnå hurtigere innsovning. Når

Hvilke søvntyper holder deg våken? Se om det er noe du kan endre

DÅRLIGE VANER?

- Kaffe, te, leskedrikker og sjokolade med koffein?
- Lange høneblunder?
- Et stort måltid rett før du legger deg?
- Hard trening rett før sengetid?
- Stress?

FORHOLD VED SOVEROMMET?

- For varmt eller for kaldt?
- For lyst?
- For mye bråk?
- Elektronisk utstyr: Mobiltelefon, pc, TV, videospill?
- Rommet brukes ikke bare til å sove i?

UBEHANDLEDE SØVNFORSTYRRELSER?

- Snorker du?
- Våkner du og ikke får puste?
- Er du svært søvnig på dagtid?
- Nødt til å bevege på beina pga. ubehagelig følelse?

Hvis du har noe av dette, fortell foreldrene dine og kontakt lege. Det kan være tegn på en søvnforstyrrelse.

MEDISINSKE ÅRSAKER OG SMERTE?

- Smerte og ubehag pga. sykdom eller skade?

MEDISINER?

- Neseåpner?
- Steroider?
- Astmamedisin?
- Medisin mot depresjon?
- Medisin mot ADHD?

RAMME 2. Sjekkliste for større barn og ungdom.
Omarbeidet etter National sleep foundation (9)

barnet sovner i løpet av for eksempel 15 min, flyttes leggetidspunkt 30 minutt fram neste kveld, og slik fortsetter man inntil leggetidspunkt er passende. Barnet vekkes til fast tid hver morgen og tillates ikke å sove på dagtid. Metoden sikter mot å få barnet til å assosiere sengen med å sove.

Medisin

Bruk av sovemedisiner anbefales ikke til barn. Medikasjon har vært brukt i kombinasjon med ekstinksjon for å få mindre stress, men det beskrives noe tilbakefall når medikasjon avsluttes. I motsetning til etter atferdstiltak er det ikke beskrevet varig endring etter medikasjon. Felleskatalogen fraråder bruk av allergimedisin med søvnighet som bivirkning hos barn under to år på grunn av manglende dokumentasjon med tanke på sikkerhet. Alimemazin (Vallergeran) har en halveringstid på opptil 18 timer, mulighet for alvorlige antihistaminerge og antikolinerge bivirkninger og dokumentasjon for preparatet som sovemiddel er mangel-

full. Effekten er i følge en grundig artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening i beste fall liten, forbigående og rebound effekt er vanlig ved seponering (7).

Søvnforstyrrelser

Dersom søvnproblemene er svært alvorlige, med stort funksjonstap for barnet eller familien eller vedvarer over lang tid, kan det foreligge en søvnforstyrrelse. Dette bør utredes. En artikkel i år i Tidsskrift for Den norske legeforening gir en oversikt over vanlige søvnforstyrrelser hos barn og ungdom, utredning og behandling (8).

Oppsummering

Kunnskap om søvn og døgnrytme kombinert med positive rutiner og gode søvnvaner kan forebygge utviklingen av søvnproblemer hos barn og unge. Allmennleger og helsestasjon kan gjøre mye for å støtte og hjelpe familier til å komme inn i et godt spor. Noen familier kan klare seg med skriftlig informasjon, andre vil trenge litt mer oppfølging eller å delta i en søvngruppe. De fleste søvnproblemer hos barn er atferdsbetinget, og det betyr at endret atferd i forkant eller etterkant kan brukes for å løse problemet.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
eli.sorensen@helse-bergen.no

Referanser

1. Sørensen E, Carskadon M, Ursin R. Sleep across the life cycle. In: Butkov N L-CT, editor. Fundamentals of sleep technology. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 33–9.
2. Wolfson A, Lacks P, Fetterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. J Consult Clin Psychol 1992;60(1):41–8.
3. Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. Pediatrics 1993;91(2):436–44.
4. Eckerberg B. Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. Acta Paediatr 2004;93(1):126–34.
5. Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD. Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. Sleep Med 2009;10(7):771–9.
6. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 2006;29(10):1263–76.
7. Slørdal L, Bramness JG. Er alimemazin et egnet sovemiddel for barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128(19):2194–6.
8. Sørensen E. Søvnforstyrrelser hos barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129(19):2000–3.
9. National Sleep Foundation. What's robbing you of sleep? http://www.sleepfoundation.org/site/c.huIXKjM0Ix/F/b.2419133/k.7620/Whats_Robbing_You_of_Sleep.htm (28.10.2009).

*Når barnet oppnår god søvn,
får dette positive ringvirkninger
for hele familien..*

ILLUSTRASJONSFOTO: RICHARD NELSON





Sumatriptan: Foretrukket triptan

Relpax: Kan forskrives samtidig

Et eksempel på hvordan en resept kan se ut ved oppstart eller utprøving av triptaner

FOLKETRYGDEN Rekvisjon – viktige legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmaterieil		Navn, fødselsnummer (11 siffer), kjønn og adresse Ola Nordmann (110175 11311) Skammekroken 4 1234 Røyken
For legen Rp. Tbl Sumatriptan 50 mg No. 6 Dssn. 1 el. 2 tabletter ved migrene. 2 timer mel- lom dosene. Maks. 6 tabl/døgn #	Resept fra sykehus Preparatprodukt, vektstift, styrke, mengde, trykksmåde, dosering For apotek/bendstasjon Pasientens identifikasjon er trykket for at utlevering kan forsvares på tids resept	Rp. Tbl Relpax 40 mg No. 6 Dssn. 1 tabl ved migreneanfall. En tilleggsdose kan gjentas etter 2 timer hvis nødvendig. Maks. 2 tabl/døgn #
Rp. Tbl. Triptan X No. 6 Dssn. Startdose X mg.		
For legen ☐ Satt med individuell resept og er satt NAV Helsepersonellforvaltning, dersom jeg atberer at pasienten har behov for langvarig behandling. Sykdom og preparat opplytter vilkår for refusjon eller: ☒ § 2 ☐ § 3a ☐ § 3b ☐ § 4 ☐ § 5 punkt ☐ § 6 punkt Refusjonskode (skal fylles ut når § 2 berettes) ICD10: G43 / ICD9: N89 *§§ 3a, 3b og § 5 krever gyldig vedtak fra NAV Navn, ID-nummer, yrkeskategoril og adresse Legen Per Nordmann Doktorgata 5 1010 Dekortstad Tlf: 050 000 000 ID-nr 1000 000 Dato, signatur og stempel 12/5-09		

Refusjonsberettiget bruk:

Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode

ICPC: N89 Migrene Vilkår nr. 139, 140,

ICD: G43 Migrene Vilkår nr. 139, 140

Refusjonsvilkår:

139 En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

140 Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tabletter forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall dosering er nødvendig for utprøving.

- Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at:

- 1) De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller
- 2) Sumatriptan tabletter alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling.

Årsaken til behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen.

Referanse 1) Felleskatalogen Relpax



Pfizer kan tilby hodepinekalendere for utdeling til pasientene.
 Gå inn på www.pfizer.no/helsepersonell eller www.pfizer.no/apotek

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg og 40 mg: Hver tablett inneholder: Eletriptyanhydrobromid tilsv. eletriptyan 20 mg, resp. 40 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Dosering: Voksne (18-65 år): Anbefalt initial dose er 40 mg. Bør tas ved første tegn på migrenehodepine, men er også effektiv ved senere inntak under migreneanfall. Skal bare brukes under hodepinefasen av migrene. Skal ikke tas profylaktisk. Tablettene bør svelges hele med vann. Hvis hodepinen kommer tilbake innen 24 timer etter initial respons, er 1 ekstra dose av samme styrke effektivt for behandling av tilbakefall. Hvis tilleggssdose er nødvendig, skal den ikke tas før 2 timer etter initial dose. Hvis effekt ikke oppnås <2 timer etter første dose, skal det ikke tas en ytterligere dose for behandling av samme anfall. Pasienter som ikke responderer på behandling av ett anfall vil trolig respondere på behandling av påfølgende anfall. Pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende effekt etter et adekvat forsøk med 40 mg (f.eks. bra toleranse, men manglende respons i 2 av 3 anfall) kan behandles med 80 mg (2 x 40 mg) i et påfølgende migreneanfall. En påfølgende dose på 80 mg skal ikke tas i løpet av 24 timer. Maks. daglig dose: 80 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Anbefalt initialdose: 20 mg. Maks. daglig dose bør ikke overskride 40 mg. Effekt er ikke tilfredsstillende dokumentert for ungdom (12-17 år). Sikkerhet og effekt er ikke tilstrekkelig dokumentert for barn (<12 år), og eldre (>65 år), og angina pectoris, tidligere hjerteinfarkt eller påvist stum iskemi), objektive eller subjektive symptomer på iskemisk hjertesykdom eller Prinzmetals angina, signifikant arytmi eller hjertesvikt, perifer vaskulær sykdom, tidligere cerebrovaskulære hendelser (CVA) eller transitorisk iskemisk anfall (TIA). Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater 24 timer før eller etter eletriptyan, eller bruk av andre 5-HT₁-agonister.

Forsiktighetsregler: Skal kun brukes ved klar migrenediagnose. Ikke indisert for behandling av hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene, eller for behandling av atypisk hodepine, dvs. hodepine som kan være relatert til mulig alvorlig tilstand (slag, aneurismeruptur). Kan assosieres med forbigående symptomer inkl. brystsmerte og tranghetsfølelse som kan være intense og involvere svelget. Pasienten bør utredes hvis symptomer på iskemisk hjertesykdom inntreffer, og ytterligere dose bør ikke gis. Preparatet skal ikke gis uten forutgående undersøkelse av pasienter hvor udiagnostisert kardial sykdom er sannsynlig, eller til pasienter med risiko for koronarsykdom (CAD) (f.eks. pasienter med hypertensjon, diabetes, røykere eller brukere av nikotinsubstitutter, menn >40 år, postmenopausale kvinner og personer med klar familieanamnese med koronarsykdom). Kardiologisk undersøkelse vil ikke alltid kunne identifisere pasienter med kardiovaskulær sykdom, og i meget sjeldne tilfeller har pasienter uten uttrykkelig kardiovaskulær sykdom fått alvorlige kardiale bivirkninger når 5-HT₁-agonister er gitt. 5-HT₁-agonister er blitt assosiert med koronar vasospasme. I sjeldne tilfeller er myokard iskemi eller infarkt rapportert ved bruk av 5-HT₁-agonister. Det er sett en svak og forbigående blodtrykkøkning med eletriptyandoser ≥60 mg. Effekten er mer uttalt ved nedsatt nyrefunksjon og hos eldre. Overdreven bruk av legemidler mot migrene kan føre til daglig kronisk hodepine som kan gjøre det nødvendig å avbryte behandlingen midlertidig. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og bruk av maskiner. Inneholder laktose. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Inneholder paraoransje som kan forårsake allergiske reaksjoner. Serotoninerget syndrom (inkl. endret mental status, autonom ustabilitet og nevrologiske abnormiteter) er rapportert ved samtidig bruk av triptan og selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) eller serotonin-noradrenalinreopptakshemmer (SNRI). Reaksjonene kan være alvorlige. Hvis samtidig behandling med SSRI eller SNRI er klinisk berettiget, anbefales nødvendig observasjon, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning eller når gitt som tillegg til annen behandling med serotoninerge legemidler. **Interaksjoner:** Bør ikke brukes sammen med potente CYP 3A4-inhibitorer f.eks. ketakonazol, itraconazol, erytromycin, klaritromycin og proteaseinhibitorer (ritonavir, indinavir og nelfinavir). Ergotamin eller ergotaminderivater skal ikke gis i et intervall på 24 timer før eller etter eletriptyan. Økt risiko for bivirkninger ved samtidig bruk av urtepreparater med johannesurt. Serotoninerget syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av SSRIer eller SNRIer (se Forsiktighetsregler). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Preparatet skal kun brukes ved graviditet hvis helt nødvendig. Overgang i morsmelk: Går over. Eksponering av eletriptyan hos spedbarn kan minimaliseres ved å unngå amming for 24 timer etter behandling. **Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene er asteni, somnolens, kvalme og svimmelhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, munntørrehet, dyspepsi, magesmerter. Hjerne/kar: Rødme, palpitasjoner, takykardi. Hud: Svette, infeksjoner. Faryngitt, rhinitt. Luftveier: Tetthet i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, hodepine, svimmelhet, prikking eller unormal følelse, hypertoni, myasteni, hypoestesi. Øre: Vertigo. Øvrige: Varmefølelse, asteni, brystsymptomer (smerte, tetthet, trykk), frynsninger. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, glossitt. Hjerne/kar: Perifer vaskulær sykdom. Hud: Utslett, kløe. Luftveier: Dyspné, respirasjonsproblemer, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artrose, bensmerter. Nevrologiske: Tremor, hyperestesi, ataksi, hypokinesi, talevansker, sløvheter, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Hyppig vannlating, urinveisforstyrrelse, polyuri. Psykiske: Unormale tanker, agitasjon, insomnia, forvirring, personlighetsforandringer, eufori og depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter, tinnitus. Øye: Unormalt syn, øyesmerter, lysømfintlighet, tåreforstyrrelser. Øvrige: Uvelhet, ansiktsødemer, tørste, ødemer inkl. perifer. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Forstoppelse, øsofagitt, tungeødem, oppstøt. Hjerne/kar: Bradykardi, sjokk. Hud: Hudsykdom og urticaria. Infeksjoner: Luftveisinfeksjon. Kjønnorganer/bryst: Mastalgi, menoragi. Lever/galle: Bilirubinemi, økt ASAT. Luftveier: Astma, stemmeforandringer. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, myopati, rykninger. Psykiske: Emosjonell labilitet. Øye: Konjunktivitt. Etter markedsføring: Allergiske reaksjoner, noen alvorlige. Serotoninerget syndrom, sjeldne tilfeller av synkope. Hypertensjon. Sjeldne tilfeller av iskemisk kolitt, oppkast. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Enkelt dose 120 mg er tatt uten signifikante bivirkninger. Basert på farmakologien til denne klassen, kan imidlertid hypertensjon eller andre mer alvorlige kardiovaskulære symptomer inntreffe ved overdose. Behandling: Standard støttende behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02C C06.

Egenskaper: Klassifisering: Serotoninagonist. Virkningsmekanisme: Selektiv agonist for vaskulære 5-HT_{1B} og nevronale 5-HT_{1D}-reseptorer. Høy affinitet for 5-HT_{1F}-reseptorer som kan bidra til virkning mot migrene. Absorpsjon: Rask. Minst 81% absorberes. Biotilgjengelighet: Ca. 50%. AUC og C_{max} øker med ca. 20-30% etter fettrikt måltid. Ved gjentatt dosering i normalområdet forblir farmakokinetikken lineær og akkumuleringen forutsigbar. Proteinbinding: Ca. 85%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 138 liter. Halveringstid: Ca. 4 timer (4,4-5,7 timer hos eldre). Metabolisme: Primært via CYP 3A4. Utskillelse: Gjennomsnittlig renal clearance: Ca. 3,9 liter/time. Ikke-renal clearance: Ca. 90% av totale clearance. **Pakninger og priser:** 20 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 40 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 18 stk. kr 848,80.

Refusjonsberettiget bruk: Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura. Refusjonskode: ICPC Vilkår nr N89 Migrene 139, 140 ICD Vilkår nr G43 Migrene 139, 140

Vilkår: 139 En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. 140 Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tablett forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utproving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utproving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tablett kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tablett, eller 2. Sumatriptan tablett alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tablett skal dokumenteres i journalen.

Sist endret: 21.10.2008 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned) E2009-1296

Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett

AV ANNE KJERSTI BEFRING

Det er grunnleggende for tillitsforholdet mellom helsepersonell og befolkningen, at taushetsplikten ivaretas. Taushetsplikten skal bidra til at personer oppsøker helsetjenesten og gir informasjon, også sensitiv informasjon, uten frykt for at informasjonen videreformidles til uvedkommende.



Anne Kjersti Befring

Advokat og direktør i forhandlings- og helseettsavdelingen i Den norske legeförening. Tidligere lederfunksjon i Helsedepartementet med hovedansvar for utarbeidelsen av helsepersonelloven. Lang erfaring fra offentlig helseforvaltning, herunder Helsetilsynet og Helsedirektoratet. Forfatter av flere bøker om helserett.

Taushetsplikten innebærer at den enkeltes ytringsfrihet er innskrenket og en innskrenkning i mulighetene for offentlig innsyn (jf. offentlighetsprinsippet). Den gjelder uavhengig av formen på informasjon, om den er muntlig eller skriftlig. Kjernen i taushetsplikten er at hver enkelt beholder taushet om helseopplysninger og andre personlige forhold. Den omfatter tilnærmet alle personlige forhold som kan knyttes til en bestemt person (identifiserbar informasjon).

Helsepersonelloven § 21

Definisjonen av helsepersonell¹ avgjør hvem som reguleres av helsepersonelloven. Leger, sykepleiere og helsesekretærer er helsepersonell. Det er også andre som gir helsehjelp i en legepraksis eller helsetjeneste, også når de ikke har autorisasjon.

Taushetsplikten for helsepersonell er regulert i helsepersonelloven § 21:

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

Når flere i en legepraksis har taushetsplikt, betyr ikke dette at det er åpnet for kommunikasjon om taushetsbelagt opplysninger dem imellom, som i en «taushetspliktklubb». For å kunne involvere kolleger i identifiserbar informasjon, må de som involveres ha en rolle i behandlingen og oppfølgingen av pasienten, jf. helsepersonelloven § 25.

Plikten til å beholde taushet gjelder i utgangspunktet overfor alle andre enn den informasjonen gjelder. Pårørende har en viss rett til informasjon, men dersom disse ikke opptrer på vegne av brukeren vil slik informasjonsutlevering måtte baseres på hva den opplysningene gjelder, ønsker.

Taushetsplikten omfatter mer enn å tie

Plikten til å bevare taushet gjelder forhold knyttet til pasienter, og omfatter ikke bare en plikt til å beholde taushet, men også til aktivt å motvirke at informasjon blir gjort kjent for andre. Vi kaller dette plikt til diskresjon.

At taushetsplikten ikke bare er en plikt til å tie, men også til aktivt å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon, betyr at personell må påse at skriftlige opplysninger oppbevares slik at de ikke gjøres tilgjengelig for uvedkommende. Denne plikten korresponderer med institusjoners plikt til forsvarlig lagring og oppbevaring av opplysninger om beboere.

Taushetsplikten gjelder uavhengig av arbeidsforholdet:

Taushetsplikten gjelder i arbeid, i fritid og i uoverskuelig fremtid dersom det ikke oppstår en situasjon som innebærer at de lovbestemte vilkårene for å fravike taushetsplikten er til stede. I dette ligger at personellet må beholde taushet i evig tid – også etter at arbeidsforholdet har opphørt. Taushetsplikten gjelder i utgangspunktet ikke for informasjon som mottas som privatpersoner, men dersom man opptrer som helsepersonell også i fritiden, kommer taushetsplikten til anvendelse. Dette kommer til uttrykk i

¹ Jf. helsepersonelloven § 3

helsepersonelloven § 21 der det står «i egenskap av å være helsepersonell».

I en avgjørelse fra Høyesterett ble en sosionom dømt for brudd på taushetsplikten for spredning av informasjon mottatt i fritiden. Begrunnelsen var at vedkommende mottok de fortrolige opplysningene i kraft av sin funksjon som sosionom og at taushetsplikten dermed var inntrådt. Vedkommende sosionom ble dømt for brudd på taushetsplikten når de fortrolige opplysningene ble formidlet videre.

Forskjellige typer av unntak fra taushetsplikten

I og med at taushetsplikten er pålagt i lov, må unntak fra denne plikten også gis i lovs form, eventuelt ved fullmakt i lov til å gi nærmere reguleringer i forskrift.

Unntakene fra taushetsplikten kan deles i to hovedgrupper: 1) de tilfellene som utløser en *taushetsrett/opplysningsrett*, det vil si at man er i en valgsituasjon uten plikt til å beholde taushet eller plikt til å levere fra seg informasjon, og

2) de tilfellene som innebærer en *opplysningsplikt/meldeplikt*. I denne situasjonen gjelder ikke taushetsplikten, men plikten til å levere fra seg informasjon ut fra at bestemte lovvilkår er oppfylt.

Taushetsrett og opplysningsrett

Taushetsrett og opplysningsrett betyr at man står fritt til enten å beholde taushet eller å utlevere informasjon. Reglene gir rom for å bruke eget skjønn i konkrete situasjoner, med utgangspunkt i de kriterier loven angir. Det vil i hovedsak baseres på en avveining mellom hensynet bak taushetsplikten på den ene side og eventuelle andre interesser på den annen side.

I og med at det i disse tilfellene ikke foreligger noen plikt verken til å beholde taushet eller til å utlevere informasjon, behøver ikke personellet å begrunne sitt valg. Det kan likevel være en fordel å dokumentere de avveiningene han eller hun gjør.

Regler om taushetsrett og opplysningsrett er begrunnet i at konkrete omstendigheter kan tilsi at andre hensyn enn de som begrunner plikten til taushet, kan gis betydning.

I helsepersonelloven kapittel fem, fra § 22, finnes de reglene som innebærer fritak fra taushetsplikten uten at det samtidig utløses en opplysningsplikt. For personell innen sosialtjenesten står disse unntakene i forvaltningsloven § 13b, og i enkelte andre lover.

Samtykke til å gi informasjon

Et praktisk viktig unntak fra taushetsplikten, men som ikke utløser opplysningsplikt, er når det gis samtykke fra den opplysningene gjelder om at informasjonen kan gis til et bestemt formål. Det er en forutsetning for at samtykket er gyldig at vedkommende forstår hva tillatelsen innebærer, både med hensyn til hvilken informasjon som skal gis og til hvilket formål.

Opplysningsplikt og meldeplikt

Opplysningsplikt/meldeplikt innebærer at informasjon som ellers er underlagt taushetsplikt skal utleveres. Opplysningsplikt eller meldeplikt følger også alltid av lov. Et pålegg fra arbeidsgiveren er ikke et tilstrekkelig rettsgrunnlag verken til å oppheve den lovbestemte taushetsplikten eller til å pålegge utlevering av slik informasjon. Personellet må selv foreta de konkrete vurderinger av situasjonen i henhold til lovens kriterier for å avgjøre om plikten til å utlevere informasjon har inntrådt, men dette er ikke til hinder for at arbeidsgiver gir rutiner og retningslinjer for disse forhold.

Formålet med opplysningsplikten er å sikre at nødvendig informasjon gis for å ivareta hensyn som anses mer tungtveiende enn de hensynene som begrunner taushetsplikten. I slike situasjoner er det ikke lenger en valgmulighet for personellet, men det må vurderes om vilkårene for opplysningsplikt er til stede. Personellet bør dokumentere på hvilket grunnlag informasjonen utleveres og vise til hvilke omstendigheter som legges til grunn for denne vurderingen.

Opplysningsplikt om barn

Helse- og sosialpersonell skal være oppmerksomme mot barns situasjon og omsorgsbehov. Dersom det er grunn til å tro at barns grunnleggende behov ikke er dekket, at barnet blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, mishandling eller barnet har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, så skal det gis opplysninger til barneverntjenesten. Opplysningsplikten er regulert likt i helsepersonelloven § 33 og sosialtjenesteloven § 8-8a, der står det:

§ 8-8a. Opplysningsplikt til barneverntjenesten.

Personell som arbeider innenfor rammen av denne loven skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt skal personellet av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11, § 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. samme lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, plikter personellet å gi slike opplysninger.

Særskilt om opplysninger etter en persons død

Hovedregelen er at taushetsplikten også gjelder etter at brukeren eller pasienten er død. Det finnes imidlertid enkelte særskilte unntak fra taushetsplikten etter pasienters død. Unntakene er:

- meldeplikt om dødsfall og unaturlige dødsfall, jf. helsepersonelloven § 36
- betinget adgang til å gi nærmeste pårørende innsyn i journal (jf. pasientrettighetsloven § 5-1, jf. helsepersonelloven § 24)
- adgang til å benytte informasjonen i andre sammenhenger dersom det foreligger sterke grunner for det (jf. helsepersonelloven § 24)

Disse unntakene er begrunnet både i samfunnsmessige hensyn og i hensynet til avdøde. Ett hensyn til avdøde er å motvirke uheldige og uønskede virkninger av at vedkommende ikke lenger kan gi tillatelse/samtykke. Unntakene baseres derfor i stor utstrekning på hva man antar ville vært avdødes vilje, dvs. presumsjon, med mindre det foreligger så viktige samfunnsmessige hensyn at disse må gå foran.

Meldeplikt om dødsfall er regulert i helsepersonelloven § 36. Det skal gis en erklæring om dødsfall på et eget skjema. Dersom en person dør hjemme eller i kommunchelsetjenesten (og ikke i sykehus), skal den legen som har gitt slik erklæring, eller som har gitt helsehjelp til personen før han eller hun døde, dessuten gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken. Personell som har viktig informasjon om dødsfallet, som den som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten i sykehjem eller i en aldersbolig, skal gi informasjonen til den lege som vurderer den døde pasienten.

Komparentopplysninger

Behandling av komparentopplysninger reiser noen spørsmål. Med nye helselovgivning i 2001 ble hovedregelen at pasienten har tilgang på all informasjon om seg selv, også komparentopplysninger. Dette bør pårørende informeres om før informasjonen nedtegnes. Unntaket er der det er tilnærmet nødrettslige forhold som begrunner at informasjonen skal holdes unna pasienten, se pasientrettighetsloven §§ 3-2-3-4.

Betydningen av taushetsplikt i arbeidssituasjonen

Helsepersonell har et betydelig ansvar – i likhet med enkelte andre grupper som advokater – i ikke å bruke

informasjon som er underlagt taushetsplikt som grunnlag for historier. Kasuistikker knyttet til sykdommer kan benyttes dersom informasjonen ikke kan føres tilbake til den det gjelder.

Det enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar. I tillegg har arbeidsgiver et ansvar for å lære opp ansatte i hvilke krav som gjelder og påse at dette overholdes. Ledelsen og arbeidsgivere bør arbeide systematisk for å hindre en «ukultur» som innebærer spredning av pasientinformasjon utenom det som er nødvendig for behandling av pasienten.

Når helsepersonell samarbeider om en pasient kan den informasjonen som er nødvendig for god oppfølging av pasienten gis. Enhver pasient skal kunne betro seg til en lege uten å ha frykt for at informasjonen formidles andre når dette ikke er nødvendig for videre behandling.

Et eksempel som belyser dette:

Fru Andersen er blitt 70 år og bestiller time hos fastlegen til «fornyelse av førekort» – altså for å få kjøreseddel. Før fru Andersen går inn til legen, sier en av legesekretærene til legen at Andersen virket «litt rar, ja nesten litt omtåket» da hun ringte for å bestille timen. Altså har legesekretæren mistanke om at Andersen er mentalt redusert i forhold til tidligere. Kan det være en snikende demens?

Legen undersøker så fru Andersen, og fatter mistanke om nettopp dette. Legen bestemmer seg for å igangsette en utredning.

I lunsjpausen spør legesekretærene legen: «Hvordan gikk det med fru Andersen? Lar du henne få kjøre bil?»

Legens vurdering er omfattet av taushetsplikten. Det foreligger ikke et grunnlag for å videreformidle informasjonen til legesekretæren. Legesekretæren trenger ikke informasjonen for videre oppfølging og behandling. Legesekretæren er heller ikke et ledd i behandlingsskjeden, selv om hun har formidlet noen observasjoner.

Dersom en lege har vurdert pasienten først og er i tvil – slik at ny lege foretar en «second opinion» kan vurderingen formidles tilbake til den første legen. Denne informasjonen kan både være nyttig og viktig som tilbakemelding på den første legens vurdering – og kan være grunnlag for nødvendig diskusjon om situasjonen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: anne.kjersti.befring@legeforeningen.no

Taushetsplikt

ENQUETE

På fastlegekontoret omgir vi oss med taushetsbelagte opplysninger, og en bevissthet om hvordan vi forholder oss til disse opplysningene er svært viktig. Etter noen episoder der helsepersonell hadde lest informasjon de ikke skulle ha fra pasientjournaler, ble det i 2008 inntatt i helsepersonelloven et forbud om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Utposten ønsker å se på hvordan taushetsplikten faktisk praktiseres på fastlegekontor, og har fått to helsesekretærer og to leger fra fire forskjellige legekontor til å svare på spørsmål om hvordan taushetsplikten håndteres på kontoret deres. Jurist og fagsjef Lars Duvaland i forhandlings- og helserettsavdelingen i Legeforeningen har lest og kommentert svarene.

Vi gjør oppmerksom på at grunnen til at bidragsyterne er anonyme, er at de lettere skulle være helt ærlige om hvordan situasjonen egentlig er.

1. I hvilken grad leser helsesekretærene i pasientenes journal når pasienten tar kontakt for å bestille timer? Og leser helsesekretærene i journalen etter endt konsultasjon til pasienter de har vært i tvil om prioriteringen av, for å lære av erfaringene?
2. I hvilken grad, og på hvilken måte, omtales pasienter når flere ansatte er tilstede, som i lunsjen eller på laboratoriet?
3. Hvordan forholder dere dere til pasienter som bytter lege innad på legekontoret? Har dere noen interne regler i forhold til det å se i journalen for å se hvordan det går med pasienten?
4. Hva opplever du/dere som utfordringer i forhold til taushetsplikten? Opplever dere at taushetsplikten på noen områder er urealistisk streng, slik at den er vanskelig å forene med hverdagen på legekontoret?



LEGE I:

1. Helsesekretærene ser ganske ofte i journalen hvis noe er uklart når pasientene tar kontakt. Hvis for eksempel pasienten nylig har vært i kontakt med legekontoret, så vet sekretærene at siste journalnotat kan inneholde nyttige opplysninger. La oss si at det er vanskelig for helsesekretæren å forstå hva pasienten ønsker – kanskje på grunn av språkproblemer eller at pasienten virker «rotete». Da kan det hjelpe å lese hva legen har skrevet etter forrige konsultasjon. Og sekretærene leser også i etterkant av konsultasjonen for å lære av erfaringene. Men det hender også at de foretrekker å spørre legen direkte. Og diskusjonen som slike spørsmål avstedkommer kan innebære at legen forteller noe fra sine konsultasjoner med pasienten.

2. Det hender rett som det er at vi diskuterer pasienter i lunsjen. En helsesekretær kan for eksempel overbringe en beskjed eller komme med et hjertesukk på grunn av en pasient som har ringt tre ganger på to dager, og dette utløser en felles samtale om vedkommende pasient. I disse samtalene vil legene typisk holde tilbake noe av det vet om pasienten, men ikke alt. En annen variant er når legene diskuterer et faglig problem i lunsjen. Den ene legen forteller om et problem angående en bestemt pasient, og selv om fortellingen primært er rettet mot de andre legene kan det godt hende at sekretærene får med seg det som blir sagt. Pasienten blir kanskje ikke nevnt med navn, men sekretærene kan likevel ha lett for å slutte seg til hvem det gjelder.

3. Vi har ingen interne regler for dette. Nylig byttet en ung pasient lege innad på vårt kontor. Pasienten har kronisk hodepine og den første legen har opplevd det som utfordrende å hjelpe henne. Når denne legen oppdaget byttet spurte han den andre legen hvordan det gikk med pasienten, og leste senere i pasientens journal for å få et innblikk i konsultasjonene hos sin kollega. Når så pasienten ble bragt

til legekantoret med ambulanse et par måneder senere og hennes nye lege ikke var tilstede, ble det den første legen som måtte ta seg av pasienten. Da opplevdes det som nyttig å ha fulgt med på utviklingen etter at pasienten byttet lege.

4. Å hjelpe pasienten kan være i betydelig grad et fellesprosjekt for oss og krever at vi deler informasjon innad på legekantoret. Behovet for gjensidig læring og støtte utgjør også en utfordring i forhold til taushetsplikten. Selv om sekretærene kan trenge betydelig kunnskap om enkelte pasienter for å ivareta sine støttefunksjoner godt, så burde vi legene nok også vært flinkere til å møtes for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til pasientene uten at helsesekretærene er tilstede.



HELSESEKRETÆR 1:

1. Når en pasient bestiller legetime er det i utgangspunktet ikke vanlig å sjekke pasientens journal. Man spør isteden pasienten hva bestillingen gjelder, for å danne seg et bilde av hastegraden. Dersom det oppstår tvil om hvor mye timen virkelig haster, vil medarbeider også sjekke i journalen. Dersom pasienten ønsker en samtale med legen er medarbeider opplært til å lese pasientens journal for å danne seg et bilde av hvor nødvendig en slik kontakt er. Ofte kan medarbeider ved å gå inn i journalen løse pasientens problem uten at legen må forstyrres. Legen vil få beskjed om denne type kommunikasjon via notat i pasientens journal.

Mange medarbeidere ved vårt legesenter leser i pasientens journal etter endt konsultasjon for å sjekke om vurdering av symptomer og hastegrad var riktig. Dette oppleves som viktig for å bli i stand til å takle lignende problemstillinger senere.

2. Det er vanlig at kasuistikker blir drøftet i uformelle sammenhenger på legesenteret. Vi har jevnlig oppe på interne møter hvordan taushetsplikten blir håndtert. Vi føler det er viktig å minne hverandre på dette - ofte.

3. Medarbeidere har ikke noe forhold til det faktum at pasientene bytter fastlege innad på kontoret. Hvordan legene forholder seg til dette vet vi ikke. Det har aldri vært tema.

4. Dersom taushetsplikten skulle være til hinder for å lese pasientjournalen slik som beskrevet, er det vanskelig å se hvordan vi som medarbeidere skulle kunne utføre vår jobb på en tilfredsstillende måte. Hele den nødvendige prosessen med vurdering og siling av pasienter ville nærmest bli umulig og ikke tjene pasienten. Jeg tror at legene ville få en uholdbar mengde unødvendige arbeidsoppgaver.

Konklusjonen må være at det er helt urealistisk å jobbe som en medarbeider på et legekantor uten å ha lov til å gå inn i pasientens journal. Dersom dette ansees som brudd på taushetsplikten ansees den som unødvendig streng.



LEGE 2:

BAKGRUNN:

Jeg jobber i en kommune med omlag 4500 innbyggere, det er ett legekantor i kommunen med fem legehjemler og to turnusleger. Det har i mange år vært stor gjennomtrekk av leger, og det er historisk når vi over nyttår vil få fast ansatte leger i alle hjemlene. På medarbeidersida har vi en kjerne som har jobbet i 15-20 år på kontoret, men de siste par årene har det i noen grad også her vært gjennomtrekk av personell.

1. Helsesekretærene leser bare unntaksvis i journalene ved bestilling av timer. De samme medarbeiderne som sier at de leser journalnotater med tanke på rett prioritering i forhold til timebestilling forteller at de også sjekker notatet i etterkant for å se om de prioriterte rett. Samtlige leser imidlertid journalnotater/epikriser/røntgensvar/blodprøvesvar dersom pasienter ringer og lur på dosering av medisiner, tid for neste kontroll, blodprøvesvar o.l. I noen tilfeller velger pasienter å oppgi annen kontaktårsak enn det de egentlig kommer for ved bestilling av timer, dette for å slippe å avsløre seg for medarbeiderne, som de kanskje kjenner fra før.

2. Det er ikke til å komme fra at taushetsplikten brytes i noen tilfeller når flere ansatte er tilstede. Vi forsøker å anonymisere dersom det er ting som absolutt må tas opp under lunsjen eller fellesmøter, men anonymisering lar seg lett gjennomskue på et såpass lite sted. Vi har også en praksis på at legene informerer om særskilte pasienttilfeller i den hensikt at kontoret skal kunne yte ekstra god service til den aktuelle pasienten og pårørende. Eksempler på slike pasienttilfeller kan være kreftpasienter, plutselige dødsfall, hjertestans, ulykker, selvmord og svært dårlige barn. Tanken bak dette er at ved å informere medarbeiderne om slike tilfeller vil de være bedre i stand til å prioritere rett i forhold til timer, videreformidling av kontakt med lege umiddelbart, og pasientene får også tilbud om å komme inn bakveien slik at de kan slippe å sitte på venterommet, noe som kan være en ekstra belastning i slike situasjoner.

3. Dersom pasienter bytter fastlege innad på kontoret er det stort sett uaktuelt for den tidligere legen å kikke på notatene til den nye legen av ren nysgjerrighet for å se hvordan det går med pasienten. Dersom det er spesielle pasienttilfeller hender det at vi spør våre kollegaer angående dette, og

stort sett tror jeg nok at svar gis uten at en har avklart om dette er greit for pasienten eller ikke. Vi har ellers ikke konkrete interne regler i forhold til det å se i journalene til andres pasienter for å se hvordan det går. Vår praktisering av kollegial fraværdekning innebærer imidlertid at vi går inn og signerer hverandres prøvesvar og epikriser, hvilket innebærer at en må inn i journaler til andre enn egne fastlegepasienter. Vi har interne legemøter hvor vi diskuterer vanskelige pasientkasuistikker. I forkant innhentes tillatelse hos pasienten til å diskutere med kolleger, og mitt inntrykk er at pasienter setter pris på at vi innhenter andres erfaring for å komme nærmere en løsning.

4. Vi jobber på et lite sted, og samfunnet er gjennomskiktig. Medarbeiderne og legene lever og bor blant pasientene. Vi har en praktisering av taushetsplikten som nok etter lover og regler er for løselig, men hensikten er å legge til rette for en enda bedre pasientbehandling, og det forsøkes å ikke spre unødvendig informasjon. Vi har likevel behov for å minne hverandre om hva som er nødvendig og unødvendig informasjon, og spesielt i forhold til uformell samtale på kontoret. Det er en belastning å vite for mye om pasientene, de samme menneskene som vi treffer på Rimi, på foreldremøte, og på fotballbanen. Anonymisering gjelder bare til naboen har satt navn på kasuistikken, og med det har du kanskje informasjon ut over det som ble tatt opp på kontoret. Det er også et tveegget sverd å inneha informasjon om pasienter fra utsiden av kontoret, som er vårt formelle observasjonsgrunnlag. På den ene siden er denne informasjonen en skatt som kan gjøre oss i stand til å forstå pasienten i et videre perspektiv. På den andre siden kan det være med på å gjøre oss forutinntatt, og slik sett farge vår diagnostiske tankegang. En streng praktisering av taushetsplikten på vårt kontor ville dels vært til forhindring for optimal pasientbehandling, dels være vanskelig å gjennomføre. Det er likevel hevet over enhver tvil at vi har godt av å drøfte temaet internt og etterstrebe en avpasset praktisering med pasientens beste som mål.



HELSESEKRETÆR 2:

1. Ved vårt kontor er det rutine å slå opp i journal når pasienter tar kontakt. Dette først og fremst for å danne seg et raskt bilde av eventuelt tidligere hendelser, slippe å spørre unødvendig om hva det gjelder, og få en raskere vurdering av prioritet av time. I hvilken grad helsesekretærene leser i pasientenes journal etter endt konsultasjon er jeg usikker på, men jeg mener dette nå er lite utbredt hos oss. Mitt inntrykk er at vi heller velger å spørre vedkommende lege om utfallet av konsultasjonen, en faglig diskusjon på hvordan vi prioriterte pasienten, og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes.

Dette for å lære av erfaringene. Men er det forsvarlig i forhold til loven, nepp!

2. Vi mottar en mengde henvendelser i løpet av en arbeidsdag og mange av disse beskjedene må besvares i løpet av dagen. En del av lunsjen brukes til gjennomgang av disse. Både leger og medarbeidere er da tilstede og alle hører alt. Dette er for oss en hensiktsmessig måte å gjøre det på, ingen av våre leger er tilstede på kontoret hver dag, heller ikke alle medarbeiderne. For at vi skal kunne gi den nødvendige helsehjelp til den enkelte pasient er det viktig at vi alle har en viss informasjon om de det gjelder. En del informasjon vi oppfatter som sensitiv bestreber vi medarbeidere oss allikevel på å gi direkte til hver enkelt lege. På den måten mener vi det ikke er uforsvarlig i forhold til å ivareta taushetsplikten.

3. Hos oss med ca 5000 pasienter på listene forekommer det av og til bytte av lege innad på kontoret. Pasientene gir oss oftest selv informasjon om bytte og i mange tilfeller også hvorfor de har byttet lege. Vi har ikke sett nødvendigheten av interne regler for å ivareta noen taushetsplikt her. Burde vi kanskje ha gjort det?

4. Jeg ser at taushetsplikten mange sider gir oss en del utfordringer i hverdagen. Men jeg er også redd for at taushetsplikten skal bli en unnskyldning for ikke å gi viktig informasjon videre.

Jeg mener en måte å vurdere på, er å skille mellom hva som er sensitiv informasjon og hva som er ikke-sensitiv informasjon om en person, og om denne informasjonen er nødvendig eller ikke-nødvendig for å yte den helsehjelpen som pasienten har behov for. Hva som er taushetsbelagt innad på kontoret og hva som er taushetsbelagte opplysninger utad er også en side ved dette som vi kanskje bør være oss mer bevisst.

Jeg ser en ny utfordring i vår sms-tjeneste. Hvordan skal vi her klare å holde oss innenfor loven om taushetsplikten? Denne tjenesten som popper opp på alle maskiner med spørsmål, behov og ønsker. Det skal innrømmes at dagens lovgivning av taushetsplikten nok ikke blir overholdt slik intensjonen kanskje er ment, og jeg er usikker på om hverdagen på vårt fastlegekontor er slik organisert at dette lar seg forene? Men at ved å prioritere bevisstgjøring og kontinuerlig gjennomgang av rutiner rundt taushetsplikten i større grad vil gi positive resultater, er jeg sikker på. Det er mulig at innføring av personlig sekretær kan være et bidrag til forbedring rundt flere av de taushetsbelagte opplysningene vi nå tar i plenum på kontoret. Et råd både til oss selv og andre: Taushetsplikten bør bli tema på neste kontorseminar!

Kommentarer fra Lars Duvaland

1.

Samarbeidende personell har rett til innsyn i journal dersom dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienten. Denne adgangen går imidlertid ikke lenger enn at pasienten eksplisitt skal kunne motsette seg innsyn fra andre enn den eller de som har ført journalnotatene. Det skal med andre ord være mulig å få sperret journalen sin for innsyn. Dette kan være særlig relevant ved legekontor på mindre steder.

Helsesekretærer vil altså ha innsynsrett dersom dette er nødvendig for å utføre arbeidet sitt. Slikt behov vil kunne oppstå ved timebestillinger. Det er svært viktig å understreke muligheten til å få pasientens samtykke. Pasientens samtykke vil sette taushetsplikten til side. Legekontoret bør vurdere om man skal ha som rutine at pasienter spørres før det foretas journaloppslag ved timebestillinger.

Oppslag i journal i ettertid, av opplærings- eller kvalitetssikringshensyn, er et langt vanskeligere tema. Det er lett å forstå at dedikert helsepersonell ønsker å sjekke hvordan utfallet ble av den vurdering de foretok. Om journalinnsyn ikke er nødvendig for videre oppfølging av pasienten, men bare for å «lære til neste gang» vil slikt oppslag uten pasientens samtykke være et brudd på taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven. Selv om vedkommende kjenner pasientens identitet og det problemet pasienten kommer for, vil innsyn i journalen gi mye tilleggsinformasjon. Da er det bedre at man samtaler med legen, og i en slik samtale har fokus på at det ikke formidles unødvendig pasientinformasjon. Legekontoret bør gjennomgå rutinene med tanke på hvordan denne type kvalitetssikring kan skje, uten at det skjer på akkord med taushetsplikten.

2.

Taushetsplikten gjelder naturligvis mellom helsepersonell på samme legekontor. Den gjelder også mellom legene. Det er bare personell som samarbeider direkte om undersøkelse og behandling av den enkelte pasient som kan dele pasientopplysninger. Selv om man ikke nevner navn vil det kunne være brudd på taushetsplikten dersom beskrivelsen av pasientens tilstand eller andre forhold gjør at andre kan knytte dette til pasientens identitet. Det gjøres ikke unntak i helselovgivningen fra taushetsplikten for opplæringsformål, men det er imidlertid ikke noe i veien for at man bruker saker i en slik sammenheng, om taushetsbelagte opplysninger anonymiseres.

3.

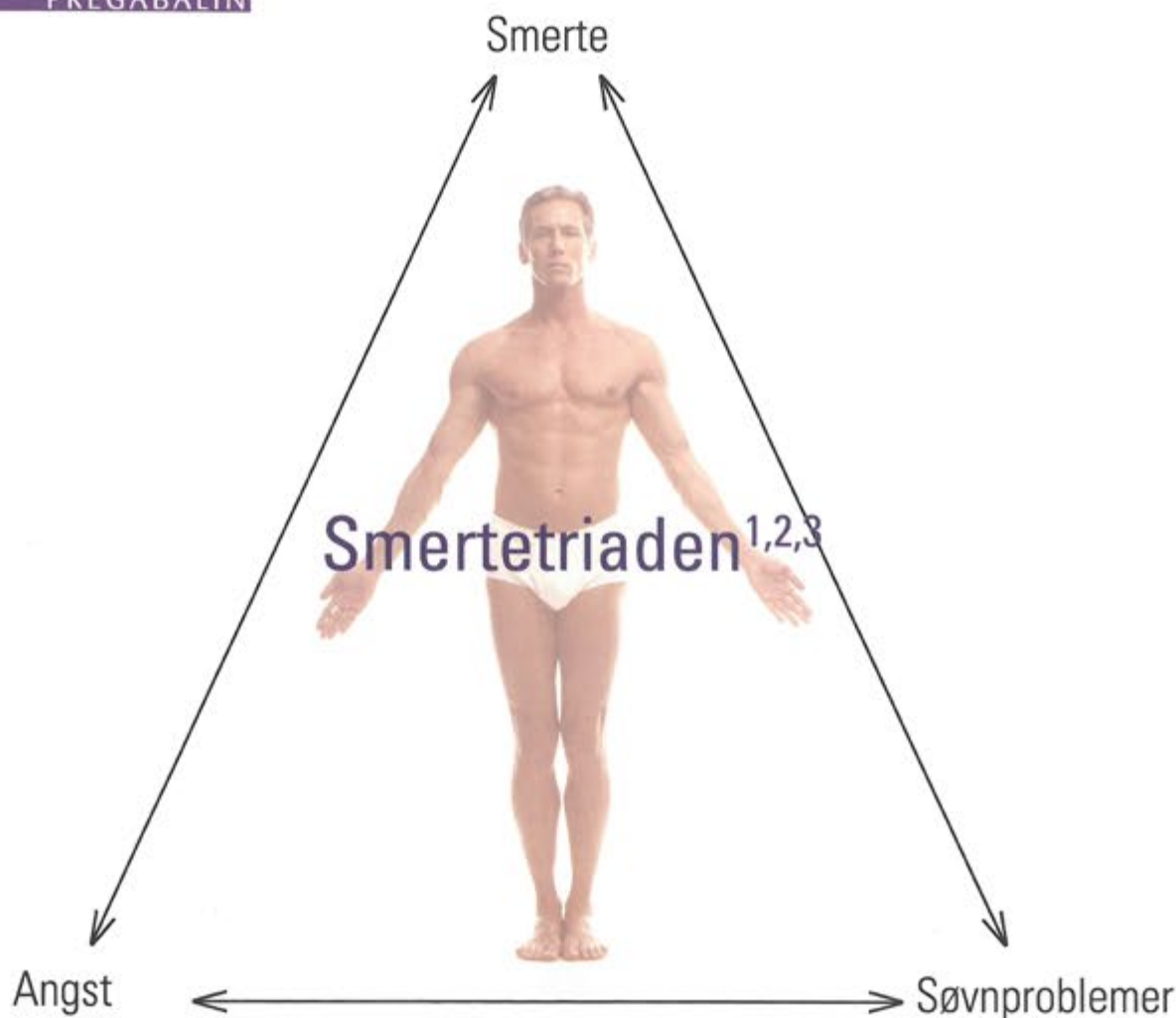
Helsepersonelloven åpner ikke for at den tidligere legen kan ha tilgang til pasienten journal annet enn når behovet aktualiseres i forbindelse med konkret undersøkelse og behandling, noe som skjedde i eksempelet til lege 1. Det behov den tidligere legen har for å få en faglig tilbakemelding på sitt behandlingsopplegg overfor kvinnen – i dette tilfellet som en sammenlikning av hva som er gjort av den nye legen – bør kunne ivaretas gjennom en samtale mellom legene fremfor journalinnsyn, gitt at pasienten ikke motsetter seg dette. For tidligere behandlende lege vil pasientens identitet og helsetilstand i stor grad allerede være kjent og ikke underlagt taushetsplikt. Men man må være bevisst på at dersom det er nye forhold som den tidligere legen ikke har kjennskap til – eksempelvis at hennes plager har forverret seg på grunn av en spontanabort – vil dette være underlagt taushetsplikt.

4.

Enkelte hevder at taushetsplikten og hensynet til pasientens personvern står i veien for behandlingshensynet. Dette er som regel ikke tilfellet. Lovverket på dette området er langt på vei en såkalt kodifisering av yrkesetikken. Utfordringen ligger ofte i å ha gode nok systemer for å kunne ivareta både hensynet til personvern og behandlingshensynet. Da er det som regel systemene – for eksempel en teknisk løsning for tilgangskontroll i elektronisk pasientjournal – og ikke selve taushetsplikten som er utfordringen. Et generelt råd er at man ikke må glemme betydningen av pasientens samtykke. Erfaringsvis blir man ofte så fokusert på at man har taushetsplikt at man glemmer å spørre pasienten om det er i orden at informasjon deles med andre. Mye kan løses ved å spørre pasienten.

På mindre steder vil taushetsplikten ofte representere enda større utfordringer, både praktisk og prinsipielt enn for eksempel i større byer. Taushetsplikten er ikke relativ for slike forhold. Pasienten har etter lovverket samme vern uavhengig av hvor mange innbyggere det er i bygda. Dette er det viktig å ha fokus på i driften av legekontoret. For eksempel kan det være et ønske fra pasientens side å ønske journalen skjermet mot innsyn fra en eller flere bestemte ansatte ved legekontoret. Dette skal det være muligheter for.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
lars.duvaland@legeforeningen.no



Lyrica® har indikasjonene⁴:

- Perifer og sentral nevropatisk smerte
- Generalisert angstlidelse (GAD)
- Tilleggsbehandling ved epilepsi

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets slutfase. Tilleggsbehandling ved epilepsi med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
-71*	Kroniske, sterke smerter	-71*	Kroniske, sterke smerter
	111, 112, 135		111, 112, 135
* Refusjonskoden kan ikke lenger forskrives direkte på blå resept. Utleveres til: 01.05.2010			
-90	Palliativ behandling i livets slutfase	-90	Palliativ behandling i livets slutfase
N88	Epilepsi	G40	Epilepsi

Vilkår:

- 111 Smerteanalyse 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 kontinueres 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 tungtveiende medisinske grunner tilsier dette. Behandlingen skal være instituert av spesialist i anestesilogi, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremеди sin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, revmatologi, øre-nese-halsesykdommer eller psykiatri. Dette skal dokumenteres i journalen.

Lyrica "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), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Perifer og sentral nevropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall 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 initieres 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 initieres 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 fordelt på 2 eller 3 doser. Behandlingen kan initieres 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 (CICR), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: $CICR \text{ (ml/minutt)} = \frac{1,23 \times (140 - \text{alder (år)})}{\text{kroppsvekt (kg)}} \times \text{serumkreatinin (μmol/liter)}$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (CICR) (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	enkelt dose**

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

**Supplerende dose gis som enkelt dose.

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 arvelig laktasemangel (lapp-laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykemisk behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Etter markedsføring er hypersensitivitetsreaksjoner 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 forekomsten av 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, synsforskyrrelser eller andre synsforandringer. Mange av tilfellene var raskt forbigående. Seponering kan oppheve eller forbedre synsforskyrrelsene. Tilfeller av nyresvikt er rapportert. Hendelsene 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, influensasymptom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart. Etter markedsføring er kongestiv hjertesvikt rapportert. Kongestiv hjertesvikt 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 krampes). 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. Gjentakende 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 antikonsepsjonsmidler. **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 reproduksjonstoksiske 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 generelt og bivirkninger relatert til sentralnervesystemet, spesielt søvnighet, høyere. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsessvanser, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, sløret syn. Urogenitale: Erekttil dysfunksjon. Øvrige: Utmatte, perifer ødem, følelse av å være full, edem, unormal gane, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofageal refluks, oral hypoestesi. Hud: Svette, papulært hudutslett. Luftveier: Dyspné, tørrhet i nesene. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelkrampes, myalgi, artalgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskelstivhet. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvn, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, unormale drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypoestesi, nystagmus, talevansker, myoklonus, hyporefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, ageusi, brennende følelse, intensjonsstremmer, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, rødme, hetetokter. Syn: Synsforskyrrelser, tørre øyne, hovne øyne, synsfeldefekter, tåkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forskinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryst, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatinfosfokinase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelett. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykemi. Ascites, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikal spasmer, nakkesmerter, rabdomyolose. Hørsel: Hyperakusi. Luftveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseblødning, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hemninger, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyeirritasjon, mydriasis, oscillopsi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelning, synskarhet. Sirkulatoriske: 1. gradig atrieventrikulært blokk, sinusbradykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenital: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystmerter, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarka, ansiktsødem, hoven tunge, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalium i blodet, vektreduksjon, redusert antall hvite blodlegemer. I tillegg er det rapportert om reaksjoner etter markedsføringsstidspunktet med ukjent frekvens: Angioødem, keratitt, tap av syn, hypersensitivitet, allergisk reaksjon, tap av bevissthet, mental svekkelse, hodepine, kongestiv hjertesvikt, 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 pregabalinoverdose bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefaling N03A X16. **Egenskaper:** Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metylheksaninsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin binder til en subenhet (α2-5-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentakende dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men mat har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: ≥90%, uavhengig av dose. «Steady state» oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin binder ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilsynelatende 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. Plasmaclearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomeren. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskilleleseshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance. **Pakninger og priser:** 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 222,00. 75 mg: Enpac: 100 stk. kr 865,50. Enpac: 14 stk. kr 151,80. 150 mg: Enpac: 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 sluttfase. Tilleggsbehandling ved epilepsi med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
-71*	Kroniske, sterke smerter	-71*	Kroniske, sterke smerter
	111, 112, 135		111, 112, 135

* Refusjonskoden kan ikke lenger forskrives direkte på blå resept. Utleveres til: 01.05.2010

-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	-40	Palliativ behandling i livets sluttfase
N88	Epilepsi	G40	Epilepsi

Vilkår:

111 Smerteanalyse 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 kontinueres 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 tungtveiende medisinske grunner tilsier dette. Behandlingen skal være instituert av spesialist i anestesilogi, barnesykdømmer, fysiskalisk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, revmatologi, øre-nese-halsykdommer eller psykiatri. Dette skal dokumenteres i journalen.

Sist endret: 27.04.2009

SAMHANDLING

må bygge på forskningsbase

Som et innspill til samhandlingsreformen, tar de fire allmennmedisinske akademiske miljøene ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø til orde for å tydeliggjøre og synliggjøre forskningens plass i utviklingen av tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten.

På et møte i Bergen i oktober, drøftet de allmennmedisinske fagmiljøene ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø innholdet i samhandlingsreformen. De fire fagmiljøene har nå henvendt seg til Helse og omsorgsdepartementet og Stortingets helse- og omsorgskomite. Utposten anser saken som viktig og relevant for våre lesere, og gjengir derfor budskapet i brevet til departementet og sosialkomiteen. Hovedpunktene er:

- Støtte til intensjonen om å styrke primærhelsetjenesten og å vektlegge denne tjenesten i grunn- og videreutdanning i helseprofesjonene
- Støtte til planer om bedret samhandling og økt vekt på samhandlingskompetanse
- Støtte til insentiver for å bygge opp kommunale og interkommunale institusjoner for mer kostnadseffektiv behandling av pasienter som ikke kan behandles i hjemmene
- Etterlysning av dokumentasjonsgrunnlaget for å gjøre primærhelsetjenesten mer proaktiv i forhold til screening, tidlig oppsporing og tidlig behandling av sykdom og risikotilstander
- Etterlysning av forskningsbasert utvikling av tjenestene
- Etterlysning av forskning som en nødvendig del av primærhelsetjenestens ansvar og kompetanse

Ordlyden i brevet er:

Styrke primærhelsetjenesten

«Samhandlingsreformen påpeker at ytterligere ensidig vekst i de spesialiserte tjenester i sekundær- og tertiærhelsetjenesten ikke er en bærekraftig måte å utvikle helsetjenesten på». Helsetjenesten må utvikles med en større vekt på primærhelsetjenesten, og med tydeligere ansvars- og kom-

petansekrav til slike tjenester. Det fordrer flere stillinger, men også planer for videre- og etterutdanning til kvalifiseringsstillinger i primærhelsetjenesten. I utviklingen av tjenestene må det fokuseres på det kliniske innholdet i fastlegetjenesten, helsestasjons-, skolehelsetjenesten, sykehjemsmedisin og fengselsmedisin. Kompetanse innen forebygging og helsefremmende arbeid må systematisk bygges opp i disse tjenestene.

Det er spesielt viktig at fokuset på primærhelsetjenestens oppgaver er tydelig i grunnutdanningen av leger. I dag er hoveddelen av den kliniske undervisningen basert på pasienter ved universitetssykehusene. Et større fokus på primærhelsetjenesten der 90 prosent av pasientene behandles, vil kreve en styrking av de allmennmedisinske og samfunnsmedisinske fagmiljøene ved våre fire medisinske fakulteter.

Bedret samhandling

Samhandling og samhandlingskompetanse blir sentralt for utviklingen av en helsetjeneste med balanse mellom de ulike nivåene. Dette fordrer en helsetjeneste som mestrer denne kompetansen. Slik kompetanse er ikke selvsagt innen helsetjenestene i dag. Hvordan helsefremmende samarbeid skal utvikles som arbeidsredskaper på systemnivå, krever et planmessig arbeid. Det krever endringer av grunn-, videre- og etterutdanningen innen helseprofesjonene. Utdanningen må i større grad bygges opp omkring pasient-forløp, og aktørene må lære samhandling som er etisk forsvarlig og bygget på pasientautonomi.

Institusjoner og kostnadseffektiv tjeneste

Vi støtter insentiver som vil gjøre det regningssvarende å gi pasienter behandling på det mest optimale omsorgs- og

REFORMEN

rt kunnskap

kostnadsnivå. Ikke bare insentiver er nødvendige, men det fordrer også en «helsetjeneste-kultur» som evner å se det problematiske i den nåværende dysfunksjonelle målsettingen for pasientbehandling der adgang til den mest teknologisk avanserte tjeneste for alle pasienter er blitt tidens svar på ethvert helsetjenesteproblem. Helsetjenestens medansvar for overbehandling og falsk positive diagnostiske feil må i større grad fokuseres. Ikke minst kan ensidig vektlegging av teknologiske løsninger i omsorgen i livets slutfase oppleves som unødvendig og lite verdighetsskapende.

Dokumentasjonskrav

Vi anerkjenner, som samhandlingsreformen også påpeker, at den økte sykkelighet som følge av livsstilssykdommer stiller helsetjenesten overfor spesielle utfordringer. Vi må også ta inn over oss at økt sykkelighet utvikler seg på grunn av funksjonssvikt som følge av relasjons- og selvfortolkningsproblemer i det moderne samfunnet. Derfor må en fremtidig satsing på risikoidentifisering, tidlig identifisering av sykdom og helsefremmende behandlingstiltak være dokumenterte vitenskapelig og ikke utelukkende basert på politiske ønsker og gode intensjoner. Slike tiltak kan bidra til bedring av folkehelsen, men det er også stor fare for at slike tiltak kan føre til overdiagnostikk, dysfunksjonelle sykkelroller og økt funksjonssvikt. Følgen av slik satsing kan bli økt uføretrygging og ytterligere forbruk av kurative tjenester i organspesialisthelsetjenesten.

Akademisk primærhelsetjeneste

Dette bringer oss til spørsmålet om forskningens plass i utvikling av primærhelsetjenesten. Vi er av den oppfatning at utviklingen av helsetjenesten må være edruelig, tuftet på vitenskapelig dokumentasjon der denne finnes, og vilje til forskningsmessig evaluering der tjenestetilbud ikke er vitenskapelig evaluert. Vi savner en mer tydelig synliggjøring av forskningens plass i utviklingen av tjenestetilbud i primærhelsetjenesten. I helseforetakene er en fast andel av

samfunnets overføringer øremerket forskning og utvikling. I samhandlingsreformen er forpliktelsene om vitenskapelighet og forskningsbasert utvikling av tjenester lite konkretisert. Det er derfor nødvendig å konkretisere hvordan forskningskompetanse og vitenskapelig dokumentasjon av tjenestene skal skje med økt utbygging av tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten. En viktig start vil være å garantere basisbevilgninger til de allmennmedisinske forskningsenhetene, som gjør det mulig å få til en sunn vekst og utvikling av disse enhetene.

Forskning som offentlig helseoppgave

Det må også være viktig å spesifisere at forskning, fagutvikling og undervisning i legers grunn-, videre- og etterutdanning må være en del av det som regnes som fastlegers offentlige helseoppgaver. Det er lite tilfredsstillende at for eksempel tjeneste i helsestasjons- og skolehelsetjeneste vurderes som viktige allmenne tjenester for fastleger, mens forskningsvirksomhet og undervisning ikke ansees som viktige oppgaver for fastlegene. Dette sender feil signaler til en tjeneste som trenger ytterligere å styrke sin forskningsmessige og akademiske forankring.»

Utposten har som mål å følge opp denne saken og problemstillinger knyttet til samhandlingsreformen i kommende numre. *Hilsen fra redaksjonen.*



Pyramider

er ikke lette å snu

AV OLAV GUNNAR BALLO

Fra 2001 til 2009 ble bruken av helsekroner til spesialisthelsetjenesten i Norge mer enn fordoblet. Ressursveksten til kommunehelsetjenesten var i samme periode på beskjedne seks prosent (målt i legeårsverk). Kostnads-

veksten i sykehusene danner et viktig bakteppe for samhandlingsreformen, for 107 milliarder kroner er mye penger, og tanken på å dempe veksten for å frigjøre midler til andre formål er besnærende.

Torbjørn Jagland skrev som statsminister en kronikk han kalte «*Snu pyramidene*». Utsagnet framstod som meningsløst i artikkelen (han mente sannsynligvis «*Riv pyramidene*»), men har i aller høyeste grad sin gyldighet når det gjelder organiseringen av helsevesenet. For kommunehelsetjenesten er ment å være grunnmuren, eller bunnen av pyramiden, om man vil, mens toppen dannes av de høyt spesialiserte landsfunksjonene som særlig Rikshospitalet dekker. Dette innebærer også at de store volumene av medisinsk behandling skal skje ute i kommunene, og ikke innen spesialisthelsetjenesten.

På denne bakgrunn er den enorme veksten i spesialisthelsetjenesten gjennom det siste tiåret ikke noe sunnhetstegn. Tall fra OECD viser at bare USA og Luxembourg bruker større ressurser på helse pr innbygger enn Norge. Å toppe denne statistikken kan ikke være noe mål i seg selv, særlig siden OECD-tallene ikke avdekker noen sammenheng mellom ressursbruk og kvalitet.

Norge hadde totalt 66773 årsverk innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2006. Antall årsverk/100000 innbyggere ved somatiske sykehus i Norge var 19 prosent høyere enn Finland, og hele 60 prosent høyere enn Tyskland. Hadde Norge hatt en bemanning ved sykehusene som i Tyskland, kunne antall sykehusårsverk vært redusert med 24707 – og, for den som evner å drømme, vært satt inn i norske kommuner i stedet.



Olav Gunnar Ballo

Direktør ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo fra 1. oktober 2009. Han var stortingsrepresentant for SV fra Finnmark fra 1997 til 2009. Utenom to år i justiskomiteen var han SVs helsepolitiske talsperson på Stortinget i ti av årene. Han er utdannet lege, og arbeidet som kommunelege i Alta fra 1985 til 1997. BOKUTGIVELSER: «Kaja – 1988–2008» Cappelen Forlag, 2009. «De nye korstogenes tid» (medforfatter), Spartacus Forlag 2002.

Til dels blir dette selvsagt en lek med tall, men det er likevel fristende å sitere Gudmund Hernes (fra boka «*Hvorfor alt går galt*»): «Jo flere jurister, jo flere jurister.» Som advokatene evner også leger å generere merarbeid til sine kolleger. Spissformulert kan man altså med en viss rett hevde at den norske helsepyramiden hviler på spissen, og ikke på bunnen, og at det dermed er rimelig å snu den.

Stortingsmelding nummer 47 (2008–2009); «*Samhandlingsreformen*»; har et bilde av fire armer på forsiden, og hendene bindes sammen i et harmonisk fellesskap under mottoet «Rett behandling – på rett sted – til rett tid.» Jeg kjenner ingen, absolutt ingen, som vil være uenig i en slik intensjon. Forsiden til stortingsmelding nummer 47 kan dermed vedtas enstemmig av Norges nasjonalforsamling. Men fra side 13 (ved fotoet av et varmt håndtrykk på side 12, og nye hender på sidene 20, 40, 46, 120, 124, 132, 138, 142, 144 og 148) vil tilsutningen ikke lenger være like enstemmig. For det er åpenbart at overføringen av ressurser fra spesialist- til kommunehelsetjenesten ikke vil kunne skje uten betydelige sverdslag.

Når ulykken rammer eller hjertet slutter å slå, forventer hver av oss at ambulansen er raskt på plass, og at akutteamet har tilgang til alt livsnødvendig utstyr. Hvis vi blir spurt om å prioritere ressursbruken, er det tvilsomt om vi er villige til å stemme på politikere som lover oss, eller kanskje våre barn, bedre helse om tretti år gjennom mer til forebyg-

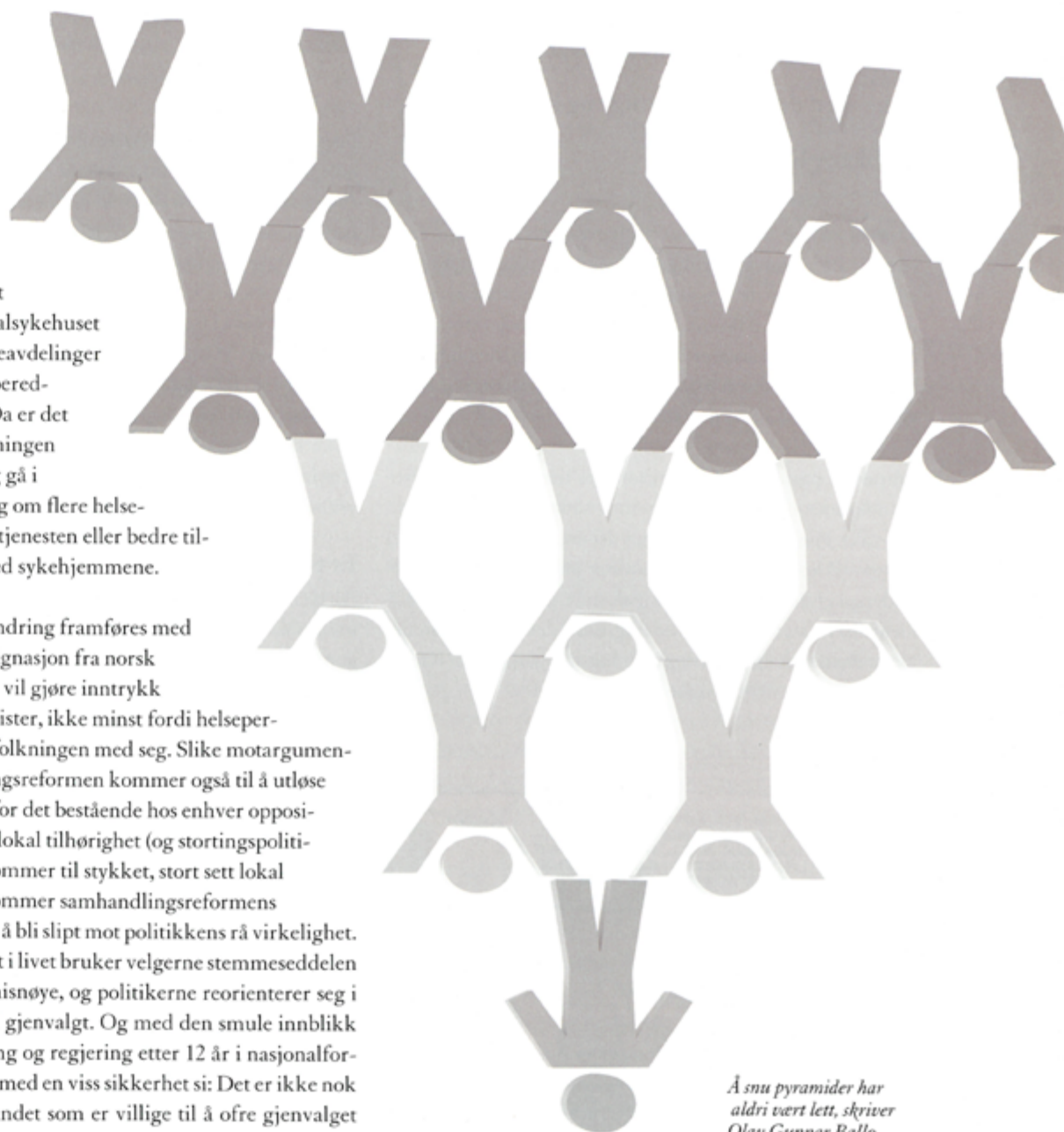
gende helsearbeid. Viljen til å vente på resultatene er i hvert fall ikke til stede når det svir bak brystbeinet og pulsen begynner å løpe løpsk.

Dette er samhandlingsreformens store dilemma. Den er full av gode intensjoner, og målbeskrivelser som helsepersonell fra norske distriktskommuner har grunn til å nikke anerkjennende til. Selvsagt er det positivt å lese om diabetesteamet i min egen hjemkommune Alta, om sykestuene rundt omkring i Finnmark, om samfunnsplanleggingen i Gran kommune og om det gode samarbeidet mellom spesialister og kommunene i området til Helsa Fonna. Det er likevel tankevek-kende at når jeg med entusiasme har snakket om dialyseteamet ved sykestua i Alta til sykehusleger på Rjukan eller i Førde, så hører de noe annet enn det som sies. Og det som høres er at lokalsykehuset skal nedlegges, fødeavdelinger skal bort, og akuttberedskap skal fjernes. Da er det enklere å få befolkningen til å kjøpe fakler og gå i tog, enn til å slå ring om flere helse-søstre til skolehelsetjenesten eller bedre tilsynsledeknning ved sykehjemmene.

Argumenter mot endring framføres med en slik kraft og indignasjon fra norsk helsepersonell at de vil gjøre inntrykk på enhver helseminister, ikke minst fordi helsepersonellet trekker befolkningen med seg. Slike motargumenter mot samhandlingsreformen kommer også til å utløse løfter om kampen for det bestående hos enhver opposisjonspolitiker med lokal tilhørighet (og stortingspolitikere har, når det kommer til stykket, stort sett lokal tilhørighet). Slik kommer samhandlingsreformens gode intensjoner til å bli slipt mot politikkens rå virkelighet. Før planen er satt ut i livet bruker velgerne stemmeseddelen til å si fra om sin misnøye, og politikerne reorienterer seg i sin higen etter å bli gjenvalgt. Og med den smule innblikk jeg har fått i Storting og regjering etter 12 år i nasjonalfor-samlingen, kan jeg med en viss sikkerhet si: Det er ikke nok politikere i dette landet som er villige til å ofre gjenvalget for å reise en bauta over Bjarne Håkon Hanssen. I hvert fall ikke nå.

Noe optimisme er det likevel grunn til å ha: I den grad regjeringen har en politiker som evner å ta ting ned i stedet for å hausse dem opp, må det være Anne-Grete Strøm-Erichsen. Slik sett kan det godt tenkes at samhandlingsreformen har hatt godt av statsrådsskiftet. Men de som forventer en slagkraftig reform på plass i løpet av denne stortingsperioden vil bli skuffet. Å snu pyramider har aldri vært enkelt.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
o.g.ballo@medisin.uio.no



Å snu pyramider har
aldri vært lett, skriver
Olav Gunnar Ballo.

ILLUSTRASJON: ELENA VASILEVA

Brukerundersøkelser

AV ODDVAR FØRLAND

Brukerundersøkelse er kanskje ikke akkurat det ordet som trigger energien hos deg som er leger eller? Dreier dette seg om nok et spørreskjema som skal besvares eller lages, eller er det snakk om et pålegg fra kommunen? Har det noe å gjøre med det litt upersonlige og kunderettede «bruker»-begrepet?

«Undersøkelse av pasienterfaringer» gir kanskje mer energi? Pasienten er nemlig ikke alltid en autonom bruker eller kunde, men derimot ofte et sykt, såret og sårbart menneske. Å få tak i vedkommendes opplevelser og erfaringer i møtet med legevakten er både nødvendig og meningsfullt. Slik kunnskap kan bidra til å utvikle legevaktstjenestene ytterligere – lokalt og nasjonalt.

Fornøyde pasienter er et overordnet mål for både helsemyndighetene, helsetjenesten som sådan og den enkelte legevakt. Pasienttilfredshet er utvilsomt et viktig kriterium, om enn ikke det eneste, for kvalitet på tjenesten. Brukerundersøkelser av ulik art blir i økende grad benyttet for å identifisere styrke og forbedringsområder for tjenestene. Dette er en tydelig utvikling som har foregått parallelt med økt fokus på pasientrettigheter det siste tiåret.

Feil kvalitet eller feil forventning?



Oddvar Førland

Utdannet sykepleier og sosiolog, ansatt som førsteamanuensis ved Haraldsplass diakonale høyskole og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin; arbeider blant annet med prosjektet «Brukerundersøkelser i legevakt» i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten pålegger dessuten institusjonene «å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten» (1). Systematiske brukerundersøkelser gir mer representative tilbakemeldinger enn våre synsinger alene. Synsing kan imidlertid være bra – det er uttrykk for at vi har meninger om hva som er til pasientens beste – men det bør kombineres med systematiske tilbakemeldinger. På den måten kan brukerundersøkelser, sammen med våre egne vurderinger, utgjøre et viktig beslutningsgrunnlag og instrument i arbeidet med legevaktens internkontroll, avvikshåndtering og videre kvalitetsutvikling.

Et tveegget sverd

Altså: nyttig og nødvendig, derom ingen tvil! Men brukerundersøkelser i helsetjenesten er også et tveegget sverd. Slagordet «kunden har alltid rett» – som er velkjent fra næringslivet – bør ikke alltid gjelde i helsetjenesten. Pasientens opplevelse må sammenholdes med faglige vurderinger. Det er ikke alltid samsvar mellom hva pasientene og de ansatte mener om hva som er til pasientens beste. Pasienttilfredshet er heller ikke alltid ønskelig, selv om det oftest er det.

Hva får vi egentlig svar på gjennom brukerundersøkelser? Svarene er ikke nødvendigvis enkle å tolke. I utgangspunktet dreier det seg om subjektive opplevelser av kvalitet, altså verken den profesjonsvurderte eller den «virkelige». Mens kvalitet skal vise til egenskaper ved selve tjenesten, behandlingen og omsorgen, er tilfredshet en subjektiv opplevelse som også omhandler egenskaper ved den som vurderer og erfarer tjenesten. For eksempel vil lave forventninger til tjenesten lettere gi høy slutt-tilfredshet. På den annen side: Høye forventninger vil lettere gi misnøye. Dette siste omtales gjerne som «de stigende forventningers misnøye.»

i legevakt

Resultatene fra brukerundersøkelser er derfor ikke alltid lett å tolke. Her må det brukes skjønn og klokskap. Uansett forhåndsforventninger, dreier svarene seg om hva legevaktpasienter opplever og vurderer som bra eller mindre bra i sine møter med legevakten. Nettopp dette trenger vi systematisk kunnskap om.

Utviklingen av et spørreskjema

Dette er også bakgrunnen for at Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin har tatt initiativ til å utvikle et spørreskjema for å bedømme pasienterfaringer under legevakt. Det fantes – ut fra våre vurderinger – i Norge ikke noe dekkende skjema til dette formålet fra før. Internasjonalt fantes det noen, men det var problematisk bare å oversette og overføre disse til norske forhold på grunn av store ulikheter i organisering og innhold. Det var også et mål for kompetansesenteret å utvikle en mal for norske brukerundersøkelser, en mal som i fremtiden kan brukes til regelmessige nasjonale undersøkelser fra myndighetenes side og til lokale legevakter som vil gjennomføre egne brukerundersøkelser. Med en slik mal som felles referanse, vil det være mulig å sammenholde pasienterfaringer på tvers av legevakter og over tid. I stedet for at hver enkelt legevakt selv skal bruke ressurser på å snekre sammen et slikt skjema, ønsket vi å utvikle et enhetlig spørreskjema ved hjelp av vitenskapelig metodikk. Denne vitenskapelige metodeutviklingen har blant annet vist at det er viktig å formulere spørsmål om konkrete pasienterfaringer og preferanser, fremfor generelle og overordnede spørsmål som er vanskeligere å tolke og bruke av legevaktene i ettertid.

Utviklingen av skjemaet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin (2). Først ble det foretatt en internasjonal litteraturgjennomgang for å identifisere vitenskapelige brukerundersøkelser på legevaktsfeltet. Fire studier, to fra England og to fra Nederland, ble vurdert som interessante for vårt prosjekt (3). Deretter ble det samlet inn og analysert en rekke lokale brukerundersøkelser som de siste årene har vært benyttet ved norske legevakter. Disse inngikk i en database over alternative spørsmålsformuleringer. Det ble så gjennomført 16 pasientintervjuer ved tre legevakter for å få innspill til temaer som man er opptatt av i møte med legevakttjenesten. Videre ble det opprettet en referansegruppe, bestående

Undersøkelse om pasienters erfaringer med bruk av legevakten

Hensikten med undersøkelsen er å få vite mer om dine erfaringer med legevakten, enten du hadde kontakt med legevakten på telefon, var på legevaktlokalet eller fikk sykebesøk hjemme. Du skal svare på bakgrunn av din siste kontakt med legevakten. Dersom du er under 16 år, ber vi om at eventuelle pårørende som kontaktet eller fulgte deg til legevakten besvarer spørsmålene. Dersom du er 16 år eller eldre og har problemer med å svare selv, kan pårørende svare for deg eller hjelpe deg med å svare.

Del A. Fylles ut av alle

1. Hva slags kontakt hadde du med legevakten? (Sett kun ett kryss)
- | | |
|---|--------------------------|
| Bare telefonkontakt | ☐ |
| Telefonkontakt og deretter til legevaktlokalet | ☐ |
| Direkte til legevaktlokalet uten telefon på forhånd | ☐ |
| Telefonkontakt og deretter sykebesøk hjemme | ☐ |
| Annet | ☐ |

2. Var det denne type kontakt du ønsket?
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | ☐ |
| Nei | ☐ |

3. Hvordan tok du/der kontakt med legevakten?

- På telefon → gå til spørsmål 4 på side 2.
Kom direkte til legevaktlokalet uten å ringe på forhånd → gå til spørsmål 6 på side 2.
Hadde sykebesøk hjemme → gå til spørsmål 14 på side 4.

De to første sidene i spørreskjemaet.

av leger og sykepleiere på legevakt, som sammen med forskere gav innspill til spørreskjemaet. Ulike versjoner av skjemaet ble sendt ut på høring. Det ble foretatt såkalte kognitive intervjuer med pasienter som hadde fylt det ut for å oppklare eventuelle uklarheter. Avslutningsvis ble det gjennomført en pilotundersøkelse med bruk av skjemaet hos 542 pasienter ved tre legevakter (4). Disse prosessene samt analysen av pilotundersøkelsen resulterte i ferdigstillelse av spørreskjemaet i 2009.

Skjemaet foreligger nå i to utgaver: et seks siders skjema for nasjonale undersøkelser og forskningsformål, og et fire siders skjema for legevakter som vil gjennomføre lokale brukerundersøkelser. Begge utgavene kan lastes ned fra i pdf og word-format fra nettsiden www.legevaktdisin.no (gå til «brukerundersøkelser»). Skjemaene innbefatter primært de to hovedsekvensene i pasienters møte med legevakten; telefonkontakten og behandlingen på legevaktlokalet, men det er relevant også for pasienter som har hatt hjemmebesøk. Det spørres om opplevelsen av tilgjengelighet, ventetid, personalets (leger og sykepleiere hver for seg) informasjon, kommunikasjon, holdninger og faglige kompetanse, organisering og fysiske omgivelser på legevaktlokalet og generelle inntrykk. I den nasjonale utgaven av skjemaet stilles også en rekke bakgrunnsspørsmål om pasientene. Disse er primært relevante for forskningsformål, men kan likevel tas inn igjen i lokale målinger dersom det vurderes som formålstjenlig av legevakten.

Nasjonale brukerundersøkelser

Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at det skal gjennomføres en nasjonal brukerundersøkelse vedrørende legevakt. Det er normalt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som har mandat fra myndighetene til å gjennomføre slike nasjonale brukerundersøkelser. Dette mandatet har Kunnskapssenteret også fått når det gjelder legevakt, i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin. Den første nasjonale brukerundersøkelsen er for tiden under planlegging og skal gjennomføres i 2010. *Forslaget til Nasjonal handlingsplan for legevakt* tar til orde for nasjonale brukerundersøkelser innen legevaktfeltet hvert tredje år (5). Dessuten planlegger man et forskningsprogram knyttet til analysen av den nasjonale undersøkelsen samt andre metodiske tilnærminger til pasienterfaringer i møte med legevakt.

Lokale brukerundersøkelser

Selv om det til neste år skal gjennomføres en nasjonal undersøkelse, vil et mindretall av legevaktene i Norge bli involvert. Det betyr at dersom din legevakt ønsker tilbakemeldinger fra egen pasientgruppe, må det gjennomføres en lokal brukerundersøkelse. Vi er kjent med at mange legevakter har gjennomført eller ønsker å gjennomføre brukerundersøkelser. Noen av disse er initiert av legevaktene selv, mens andre er initiert etter pålegg fra rådmann og kommunestyre.

Ettersom den lokale utgaven av skjemaet er identisk med den nasjonale – dog med unntak av bakgrunnsspørsmålene

– vil det bli mulig å sammenligne lokale resultater med den nasjonale målingen. For å lette arbeidet med å gjennomføre brukerundersøkelser lokalt har Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten laget en praktisk veiledning for legevakter som vil bruke vårt skjema. Her gis det konkrete råd om hvor mange pasientsvar man bør få inn før man avslutter undersøkelsen, hvordan pasientene kan trekkes ut tilfeldig, anbefalinger om hvordan skjemaene bør sendes ut, hvordan man kan registrere inn dataene samt oppsummere resultatene. Gå til www.legevakt.no

Litteratur

1. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, FOR 2002-12-20 nr 1731. (2002).
2. Danielsen K, Førland O, Garratt A. Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008.
3. Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2007;57:741-7.
4. Danielsen K, Førland O. Pasienters og pårørendes erfaringer med legevaktene i Arendal, Kvam og Tromsø. Resultater fra en pilotundersøkelse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
5. Hunskaar S. ... er hjelpa nærmast!: forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin; 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Oddvar.Forland@isf.uib.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.: Bendroflumetiazid 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, drasjerte: Centyl med kaliumklorid Hver tablett inneh.: Bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), pæntblått (E 131), titandioksid (E 171). Sukkerdrasjert. C03A B01.

T TABLETTER, drasjerte: Centyl mite med kaliumklorid Hver tablett inneh.: Bendroflumetiazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104), jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Sukkerdrasjert. C03A B01.

Indikasjonen: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residiverende kalsiumholdige nyre-/urterestenser. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. **Ødemer:** 2,5-5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. i 3-5 av ukens dager. **Hypertensjon:** Centyl 2,5-5 mg daglig. Centyl med kaliumklorid: **Tablettene skal selges hele.** 1,25-2,5 mg 1-2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etterstribes. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortrinnsvis tas om morgenen. **Profylaktisk ved residiverende nyre-/urterestenser:** 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjonen:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifest urinsyregeki. Anuri, hyponatremi, hyperkalsemi, behandlingseffekt av hypokalsemi, Addison's sykdom. Overfømtilighet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsreglen:** Overdosering kan føre til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalsemi hos eldre pasienter med hjerte- og leversykdom. Serumkalsium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinveisobstruksjon kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydratoleransen kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan manifestes under administrering av tiazider. Eksacerbasjon eller aktivering 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 reaksjonsevnen kan nedsattes. Centyl: Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. Centyl med kaliumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalsemi hos pasienter med nyresvikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sakkarose. **Interaksjoner:** Potensering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypertensjonsmidler. Samtidig bruk av digitalisglykosider kan gi hypokalsemi og forsterke digitaliseffekten. Serumkalsium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sotalol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestyramin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetiazid. Midlene bør tas med flere timers mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av tiazider. Centyl med kaliumklorid: Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (f. C03A low-ceiling diuretika, tiazider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preeklampi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert 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: Hypokalsemi, hyponatremi, forhøyede serumurinsyreverdier, påvirkning av karbohydratoleransen. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Utsett, kløe, fotosensibilisering. Metabolske: Hypomagnesemi, hypokloremi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, muskelsmerter. Øvrige: Hyperkalsemi, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, blodlyskrasier. Hud: Vaskulitter. Urogenitale: Påvirket nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kaliumklorid: Ved langsom tarmpassasje og ved vanskeliggjort urofaegpassasje kan kaliumklorid i «sustained release»-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetiazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **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. **Ti 6f), 12b2, 27a2.** Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residiverende kalsiumholdige nyre-/urterestenser. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne ankler/ødem, K77 Hjertervikt, K82 Pulmonal hjertervikt, K86 Hypertensjon ukomplicert, K87 Hypertensjon med komplikasjoner, T99 Diabetes insipidus, U95 Sten i urinveier, U99 Renal diabetes insipidus, U99 Nytervikt kronisk, ICD, E23.2 Diabetes insipidus, I10 Essensiell (primær) hypertensjon, I11 Hypertensiv hjertervikt, I12 Hypertensiv nyresykdom, I13 Hypertensiv hjerte- og nyresykdom, I15 Sekundær hypertensjon, I27 Andre pulmonale hjertervikt, I50 Hjertervikt, K70 Alkoholiak leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nytervikt, N20 Sten i nyre og urinleder, N21 Sten i nedre urinveier, N25 Forstyrrelser som skyldes svekket tubulær funksjon i nyre, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted



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

Nidaroskongressen 2009: Primærmedisinsk møteplass

AV TOM SUNDAR OG TOVE RUTLE

Trondheim viste seg fra sin beste side da Nidaroskongressen gikk av stabelen i oktober. Strålende høstvær skapte en perfekt ramme rundt den ukeslange tradisjonsrike mønstringen, som også denne gang innfridde forventningene. Med Royal Garden Hotell som kongressnavle, kunne arrangørene tilby 1200 tilreisende deltakere en variert kursmeny og et spennende sosialt program.

Festkomiteen var iklædd kabinpersonelluniormer da de ønsket velkommen til festmiddagen.



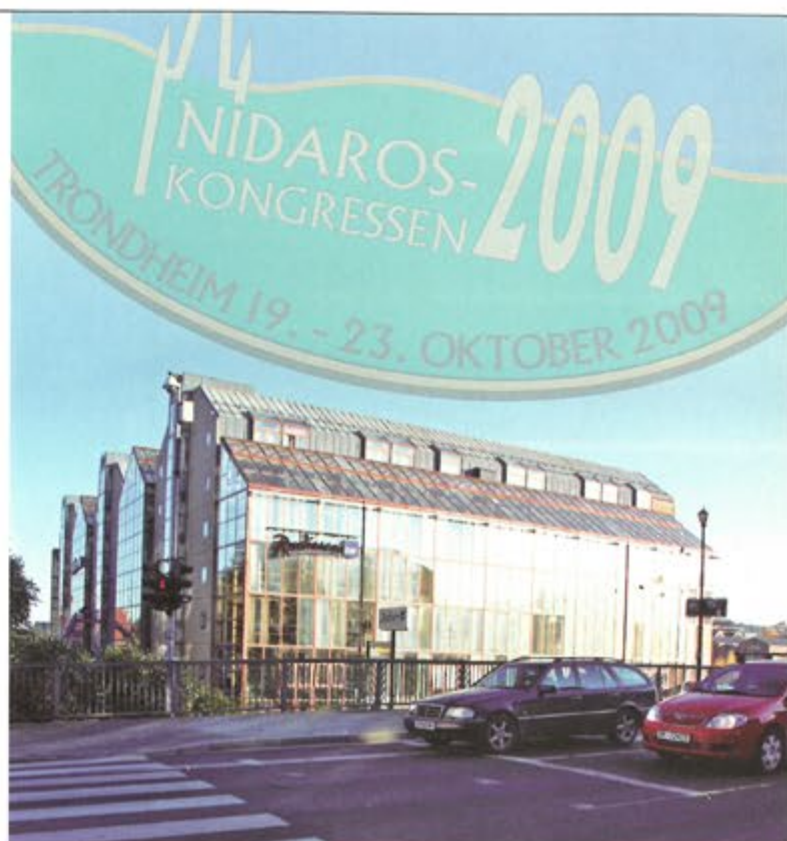
for faglig påfyll

For kurssultne leger og medarbeidere er Nidaroskongressen et «must». Under mottoet «Jo mere vi er sammen – Jo bedre skal vi bli» ble den 11. kongressen i rekken arrangert i Trondheim 19.–23. oktober. Programmet omfattet 13 kliniske emnekurs, to grunnkurs i allmennmedisin, et titall medarbeiderkurs, en rekke workshops samt daglige plenumssamlinger. Etter kommuneoverlege Helge Garåsens åpningsforedrag om forventninger til fastlegene, slo komiker Lorents Mørkved an den humoristiske tonen da han med bruk av videosnutter kåserte om «en toillings møte med fastlegen». Den muntre og lune atmosfæren ble befestet gjennom ulike sosiale arrangementer de første kongresskveldene. Her var det mat- og vinkurs, salsa-kveld og «get together»-middag for grunnkursdeltakerne.

Hovedgjester

Blant hovedgjestene ved årets kongress var forhenværende statssekretær Ellen Pedersen, som nå er tilbake i stillingene som kommunelege og fastlege i Øksnes i Nordland. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen, holdt Pedersen et plenumsforedrag om fastlegens rolle i fremtiden. Hun lanserte et fyndig BEON-prinsipp om å møte helsevesenets utfordringer på *beste* effektive omsorgsnivå, da hun rede-

Årets Nidarosgjest Pali Hungin (t.h.) sammen med Pål Kristensen.



Kongressen ble arrangert på Radisson SAS Royal Garden Hotel i Trondheim.

gjorde for reformens hovedmål om rett behandling på rett sted til rett tid – på systemnivå. Vi noterte oss reformens ambisjoner om økt forebygging; styrket kompetanse blant helsepersonell; bedre helsetjenester (flere lavterskeltilbud i kommunene, økt innsats rundt læring og mestring, fokus på pasientenes ve og vel «før istedenfor etter sykehus»); mer forskning og fagutvikling (bl.a. satsing på allmennmedisinske forskningsenheter) og bedre samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Antall fastlegehjemler skal økes og lege- og sykehjemstjenesten i kommunene skal styrkes, sa Pedersen, som også la stor vekt på at man nå må rydde opp i uklare ansvarslinjer mellom nivåene i helsetjenesten. Hun oppfordret departementet til å lytte til primærmedisinens aktører i arbeidet med å følge opp samhandlingsreformen.

Årets Nidarosgjest var Pali Hungin, professor i allmennmedisin ved Durham-universitetet i England. I sitt hovedinnlegg «Plausible solutions for impossible problems», adresserte Hungin de vanskelige og ofte uløselige problemstillingene knyttet til oppfølging av pasienter med funksjonelle lidelser og sammensatte helseproblemer. Han viste til at ikke-organiske plager trolig gir opphav til 35–50 prosent av legekontaktene i allmennpraksis i mange vestlige land. Med skjemt og alvor drøftet han ulike innfallsvinkler til disse problemstillingene, som han med humor og ironi karakteriserte som «the problems that drive doctors into despair». Hungin advarte mot faglig båstenkning i den ene eller annen retning, noe som kan føre til økt merkelappmedisin («labelism») og reduksjonisme uten at pasientene



Glimt fra festmiddagen.



Kongressens arbeidsjern

– Et hovedmål for Nidaroskongresser er å treffe målgruppene med faglig relevante temaer. Det er viktig at både leger og medarbeidere føler seg ivaretatt, sier Torgeir Fjermestad, leder av kongresskomiteen og til daglig fastlege ved Ranheim legesenter i Trondheim. Han og Lena Ervik har vært primus motor for regien av årets kongress.

– Visjonen er å skape en arena for faglig entusiasme og sosial kontakt. Når vi vet at kursbehovet er voksende og at både leger og medarbeidere etterspør møteplasser som dette, er det en utfordring vi må ta. Det kreves planlegging og god logistikk for å gjennomføre et arrangement av dette format, men vi er en sammensveiset gruppe som flyter på erfaring. At de fleste i komiteen har vært med tidligere, gir en viktig kontinuitet som er avgjørende for å lykkes, sier Fjermestad, som selv har vært med helt siden starten i 1990.

– *Hva er du mest fornøyd med i år?*

– Gjennomføringen av de frie foredragene. 27 bidrag er mer enn en dobling siden forrige kongress i 2007. De frie foredragene skaper en viktig lavterskelarena for formidling av forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekter i norsk primærmedisin. Årets rekordhøye antall bidragsytere gir i så måte grunn til fremtidsoptimisme på fagets vegne, sier Fjermestad.

Han forteller at arbeidet med kongressene starter ett år i forkant. Da møtes programkomiteen til en helgesamling der man lanserer ideer til kurs og øvrig program. Så går det slag i slag til den endelige invitasjonen sendes ut 7-8 måneder senere. På spørsmål om hva som driver ham til gang på gang å arrangere nidaroskongresser, svarer han enkelt: «Det er spennende å få brukt faglige og kreative egenskaper

får det bedre. Han understreket sitt budskap om at sammensatte lidelser må møtes med en helhetlig og multi-disiplinær tilnærming, og han oppfordret til å håndtere såkalte medisinske sannheter med kløkt og varsomhet.

Myldring og fest

Torsdag var det duket for en faglig ekstraforestilling da Folkehelseinstituttets Jann Storsæter og Bjørn Iversen stod i spissen for et oppdateringskurs om svineinfluensaen. Møtelokalet i Royal Garden var fylt til trengsel av deltakere som ville ha fersk pandemiinformasjon fra myndighetshold og fra fag-ekspertise ved avdelinger som behandler de alvorligst syke.

Tradisjonen tro, er torsdag den store fest- og myldredagen på Nidaroskongressen – med utdeling av en rekke priser (se egen sak om Nidarosprisene på side 36 og 37). I alt 27 bidragsytere leverte frie foredrag på løpende bånd i to møtesaler, hvert innlegg av 12 minutters varighet etterfulgt av noen få plenumsspørsmål. Den som til slutt stakk av med prisen for beste frie foredrag var Frank Hilpüsch, som presenterte et prosjekt om akuttmedisinsk beredskap på Bjarkøy i Troms.

Steinar Westin, professor i samfunnsmedisin og fastlege i Trondheim, ble hedret med Nidarosprisen for sin mangeårige innsats som brobygger mellom akademi og allmennmedisin. I sin takketale la han vekt på synergieffektene



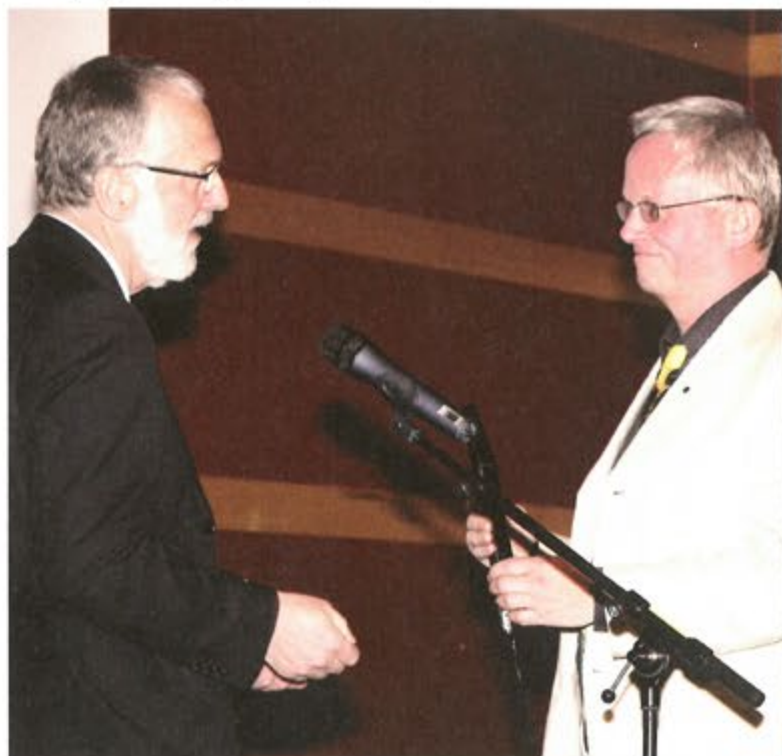
Steinar Westin følger oppmerksomt med på et programinnslag under festmiddagen.

mellom forskning og praksis. «Vi tenger et bein i hver av disse verdener», sa Westin, som ikke la skjul på sitt ønske om å rekruttere flere leger som vil kombinere allmennpraksis med forskning. «Denne dobbeltkompetansen er avgjørende for fagutviklingen», understreket Westin.

Erik Langfeldt (t.h.) ble tildelt Anders Forsdahl minnepris av Ivar Aasen og begrunnelsen ligger naturlig å lese i Utpostens «dobbeltime».



i kombinasjon.» Jeg ble tidlig sosialisert inn i en kultur der kurs og fagutvikling stod sentralt. Det betyr mye at kollegene ved Ranheim legesenter støtter opp om arbeidet. Men viktigst av alt er de gode tilbakemeldingene fra deltakerne – det er jobben verd, sier Torgeir Fjermestad.





Festmiddagen ble gjennomført med en aldri så lite gimmick, idet billettene var utformet som ombordstigningskort på fly, med påtegningen fra champagne til dans. Anført av Lena Ervik, var vertskapet ikledd uniformer som kabinpersonell (avbildet på side 32). Her var det bare å lene seg tilbake og nyte «kveldturen» gjennom en med tre retters meny med tilhørende kongressvin, sogar med egen etikett påklistret flaskene. Luftfartsmetaforen ble gjennomført til detalj, med en rekke «luftige» svev bestående av underholdningsinnslag og prisutdelinger. Den intime stemningen under festmiddagen ble behørig adressert av Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin, da han titulerte festdeltakerne med å si «kjære menighet» i forbindelse med tildelingen av Løvetannprisen til Gunnar Mouland (egen sak om Nidarosprisene). Som seg hør og bør ble festkvelden avrundet med dans inn i de små natetimen, til svingende rytmer fra Sintef storband.

«Nidaros – mer enn Rosenborg» var tittelen på Utpostens referat fra kongressen for nøyaktig ti år siden. Det samme kan vi fortsatt si, og det med den samme entusiasmen som Helge Worren den gang formidlet da han takket for en «intens, slitsom, givende, tankevekkende og følelsesvekkende uke». Ingrediensene er der fortsatt – og det er bare å applaudere dem som stod i spissen for denne flotte primærmedisinske mønstringen.

Levende musikk på kongresspuben – et yndet streffsted på kveldstid under kongressuken.



Prisvinnere ved

Medarbeiderprisen til Elin Jofrid Eike



Elin Jofrid Eike har jobbet som helsesekretær hos dr. Olav Dahle på Stokka i Rogaland siden 1984. Hun har vært en sentral person i Helsesekretærforbundet i Rogaland siden lokalavdelingen ble etablert i 1986. Dessuten har hun vært med i landsstyret for Norsk Helsesekretærforbund. Engasjementet for fag og fagutvikling har kommet til uttrykk gjennom hennes pedagogiske evner; hun har ledet flere veiledningsgrupper og også undervist ved helsesekretærlinjen ved Bergeland videregående skole. Elin Eike har vært en inspirator for helsesekretærene i eget distrikt. På en personlig og trygg måte har hun oppmuntret andre kolleger til faglig innsats, og hun har selv vært engasjert på frivillig basis i mange år.

Nidarosprisen til Steinar Westin

Ifølge statuttene skal prisen tilfalle «en allmennmedisiner som har gjort fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling innen allmennmedisin». Steinar Westin har i over 40 år studert påvirkningen av folkehelse ut fra ytre belastninger eller hendelser. Da en hermetikkfabrikk ble nedlagt på 70-tallet, studerte han den helsemessige effekten dette hadde på folk i Askøy kommune utenfor Bergen. Senere forsket han på arbeidsløshet og helse, og tok doktorgrad i 1990.

Nidaroskongressen



Forskningsprisen til Frank Hilpüsch

Hilpüsch er en forholdsvis fersk forsker fra utkant-Norge. Hans prosjekt «Bjarkøymodellen» er originalt, lokalt forankret, gir grunnlag for faglig utvikling, og baserer seg på tverrfaglig samhandling i kommunen hvor han jobber. Prosjektets fulle navn er «Ansatte i kommunal pleieomsorgstjeneste – en ressurs ved akuttmedisinske tilstander. Erfaring fra vårt tverrfaglige akutt-team «Bjarkøymodellen». Man anser at prosjektet gir trygghet for lokalbefolkningen og avkastning i distriktshelsetjenesten i form av stabilitet og rekruttering.



Frank Hilpüsch mottar prisen av Sabine Ruths.

Løvetannprisen til Gunnar Mouland

Gunnar Mouland var med å etablere legegruppen Grandgården i 1975, og der arbeider han fremdeles. Han var initiativtaker til forskergruppen i Aust-Agder i 1994 – og er kjent for å være kreativ, nøyaktig og selvstendig i eget forskningsarbeid. Med pågangsmot har han bidratt til å skape forståelse for at forskning i allmennmedisin ikke bare bør finne sted ved de fire universitetsinstituttene, men at spennende prosjekter også kan gjennomføres «perifert».



Gunnar Mouland mottar Løvetannprisen av Gisle Røksund, NFA-leder

Gratulasjoner til alle prisvinnerne!

Westin er medlem av Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab. Han har vært gjesteprofessor i Australia, rådgiver for WHO i Makedonia i 2003–04, medlem av den internasjonale redaksjonskomiteen i British Medical Journal og mangeårig leder av redaksjonskomiteen i Tidsskrift for Den norske legeforening. I 2005 ble han leder for Helsedirektoratets ekspertgruppe innen sosiale ulikheter i helse, og i 2007 leder for Programstyret for forskning om årsaker til sykefravær og utstøtning fra arbeidslivet i Norsk Forskningsråd.

Steinar Westin har vært en pioner og premissleverandør for allmennmedisinen som akademisk fag og spesialitet, og han stod bak den aller første utgaven av utdanningshåndboka i allmennmedisin. Fortsatt har han et bein i allmennpraksis, men hovedstillingen er som professor i samfunnsmedisin ved NTNU, med hovedtyngde innen allmennmedisin og sosialmedisin.



Steinar Westin ble hedret med Nidarosprisen for sin mangeårige innsats som brobygger mellom akademi og allmennmedisin



FOREBYGG TROMBOEMBOLISKE HENDELSER HOS DINE MEDISINSKE PASIENTER....

- 60,5% av inneliggende medisinske pasienter og 41,5% av kirurgiske pasienter får ikke adekvat tromboseprofylakse¹
- Hos akutt syke medisinske pasienter vil Fragmin redusere risiko for VTE med 45% sammenlignet med placebo²

www.pfizer.no/fragmin

Referanse: 1) Cohen AT, et al., Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting. Endorse study: a multinational cross-sectional study, Lancet 2008; 371:387-94. 2) Leizorovic A., et al. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Circulation 2004; 110:874-79. E2009-1287



INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 12 500 IE anti-Xa/ml og 25 000 IE anti-Xa/ml: 1 ml inneholder: Dalteparin, natr. 12 500 IE et 25 000 IE (anti-faktor Xa), natr. chlorid, q.s., aqua ad inject. ad 1 ml. Uten konserveringsmiddel.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 10 000 IE anti-Xa/ml: 1 ml inneholder: Dalteparin, natr. 10 000 IE (anti-faktor Xa), alcohol benzylic, aqua ad inject. ad 1 ml. Med konserveringsmiddel.

Indikasjoner: Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Dosering: 1. Tromboseprofylakse ved kirurgi. Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IE s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IE s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 dagn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IE s.c. kvelden før operasjon og deretter 5000 IE s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis i 5-7 dagn eller lenger. Alternativt gis 2500 IE s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IE s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IE s.c. hver morgen. 2. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi: 5000 IE s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IE s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IE s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IE s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IE s.c. hver morgen i 5 uker. 3. Behandling av akutt dyp venetrombose: Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som en daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IE/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IE. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig.

Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Dose (IE)	Vekt (kg)
10 000 (Rød sprøyte)	46-56
12 500 (Orange sprøyte)	57-68
15 000 (Lilla sprøyte)	69-82
18 000 (Grå sprøyte)	>83

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert tromboembolisk sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IE/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås maks. plasmakonsentrasjon etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IE anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsette i minst 5 dagn, eller inntil nivåene av protrombinkompleksets faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombotiser. 4. Behandling av lungeemboli: Fragmin administreres subkutant 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IE/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. 5. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer. I.v. bolusinjeksjon av 5000 IE, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i mer enn 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IE/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IE/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IE anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IE/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IE/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IE anti-Xa/ml. 6. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk: 120 IE/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IE 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinversjon (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-tak i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revaskularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med dosen 120 IE/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IE (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IE (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). 7. Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert på grunn av akutt sykdom: 5000 IE gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppeglende, maks. 14 dager. 8. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter: 1. måned: 200 IE/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IE (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IE/kg gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangssprøyter (se tabell 2).

Dosereduksjon ved kjemoterapiindusert trombocytopeni: Ved blodplatelett <50 000/μl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplateletallet er >50 000/μl. Ved blodplatelett 50 000-100 000/μl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplatelett ≥100 000/μl, bør full dosering gjenopptas.

Tabell 2. Dosereduksjon ved trombocytopeni (50 000-100 000/μl)

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IE/ml (0,5-1,5 IE/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangssprøyte og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for Fragmin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombocytopeni. Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose og ustabil koronararteriesykdom, er pasienten farlig høy dose Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralyse. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural eller spinalpunksjon. Pasienter bør monitoreres jevnlig for symptomer på neurologisk skade. Hvis det observeres tegn på neurologisk svekkelse, er rask behandling nødvendig. Legen bør vurdere den potensielle nytte mot risiko for spinal/epiduralanestesi: gis til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombocytopeni og trombocytfunksjonsforstyrrelser, lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv og diabetesretinopati. Forsiktighet bør også vises ved høydosebehandling av nyopererte pasienter. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allmenn sirkulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombocytopeni er tilstede. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombocytopeni og alvorlig trombocytopeni (<100 000/μl). Koagulasjonstiden, f.eks. APTT, og hemmingen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales derfor anti-Xa-metoden. Pasienter som foretar kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som foretar akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Hvis et transmuralt myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom, kan trombolytisk behandling være nødvendig. Fragmin må ikke seponeres, men fortsatt bruk kan øke faren for blødninger. Det er begrenset erfaring med hensyn på sikkerhet og effekt hos barn. Må ikke administreres intramuskulært.

Interaksjoner: Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som f.eks. acetylsalisylsyre, NSAIDs, vitamin K-antagonister, og dekstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin.

Fragmin kan allikevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring indikerer liten risiko for skadelige effekter på svangerskapsforløpet, fosteret eller det nyfødte barnet. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter risikerer å få bivirkninger. Hyppige (>1/100): Blod: Blødninger, mild trombocytopeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hud: Subkutant hematoma ved injeksjonsstedet. Lever: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Sjeldne (<1/1000): Hud: Hudnekrose. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Et fåtall anafylaktoide reaksjoner er rapportert samt et fåtall tilfeller av alvorlig immunologisk mediert trombocytopeni (type II) assosiert med arteriell og/eller venøs trombose eller tromboembolisme. Blødningsrisiko øker ved høy dosering. Overdosering/Forgiftning: Den antikoagulerende effekten induert av Dalteparinnatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IE) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger B01A B04.

Oppbevaring og holdbarhet: Fragmin injeksjonsvæske oppbevares i værelsestemperatur. Etter fortykning høyst 12 timer. Andre opplysninger: Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Engangssprøyter inneholder ikke konserveringsmiddel. Pakninger og priser: 12 500 IE anti-Xa/ml: Engangssprøyter: (0,2 ml = 2500 IE): 10 x 0,2 ml kr 233,30. 25 x 0,2 ml kr 535,00. 25 000 IE anti-Xa/ml: Engangssprøyter: (0,2 ml = 5000 IE): 10 x 0,2 ml kr 364,40. 25 x 0,2 ml kr 858,60. (0,3 ml = 7500 IE): 10 x 0,3 ml kr 581,30. (0,4 ml = 10 000 IE): 5 x 0,4 ml kr 373,10. (0,5 ml = 12 500 IE): 5 x 0,5 ml kr 445,00. (0,6 ml = 15 000 IE): 5 x 0,6 ml kr 517,30. (0,72 ml = 18 000 IE): 5 x 0,72 ml kr 602,30. 10 000 IE anti-Xa/ml: Hettegl. (med konserveringsmiddel): 10 ml kr 654,80.

Refusjon: Se Refusjonslisten, B01A B04.

Sist endret: 12.05.2008

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Refusjonsberettiget bruk:

Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel hjertesvikt, respirasjonssvikt eller alvorlige infeksjoner. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk.

Refusjonskode

Koder	Tekst	Vilkår	Koder	Tekst	Vilkår
-20	Tromboseprofylakse ved kirurgi	136	-20	Tromboseprofylakse ved kirurgi	136
B83	Koagulasjonsdefekt INA	-	D68.8	Andre spesifiserte koagulasjonsdefekter	-
K74	Angina pectoris ustabil	-	D68.9	Uspesifisert koagulasjonsdefekt	-
K75	Akutt hjerteinfarkt	-	I20.0	Ustabil angina	-
K33	Lungeemboli	-	I21	Akutt hjerteinfarkt, 1. gang	-
K34	Dyp venetrombose	-	I22	Akutt hjerteinfarkt, 2. gang eller senere	-
U28	Redusert funksjonsevne nyredialyse	-	I26	Lungeemboli	-
			I80	Flebritt og tromboflebritt	-
			I82	Annen emboli og trombose i vener	-
			Z99.2	Avhengighet av nyredialyse	-

Vilkår: 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Nordiske kongresser i allmennmedisin: Forskning, vekking eller forskningsvekkelse?

Ivar Sønbo Kristiansen hadde et tankevekkende innlegg i Utposten nr 5/2009, hvor han kritiserer de nordiske kongresser i allmennmedisin for å ha mer preg av vekkelsemøter enn vitenskaplige kongresser. Vi ønsker ikke å argumentere mot kritikken, som vi i hovedsak oppfatter som utfordrende og konstruktiv. Men vi ønsker å fortelle hvordan vi har tenkt for den kommende nordiske kongress i allmennmedisin, i Tromsø juni 2011.

Bakteppet er slik vi ser det, at det de siste 20 årene har det vært en formidabel vekst i spesialisthelsetjenesten både med hensyn til personell og finansiering. Allmennlegetjenesten har ikke hatt en tilsvarende vekst. Det samme skjevforhold gjelder forskningsmidler. Av norske midler til medisinsk forskning, går bare ca en prosent til forskning innen allmennmedisin. Utviklingen i Norge har dermed vært mindre positiv de siste årene enn det Sønbo Kristiansen beskriver. Mens vi flommer over av et sterkt økende antall forskningsrapporter over stadig mindre felt av medisinen i en klassisk reduksjonistisk og biomedisinsk tradisjon, mangler vi mye forskning i allmennmedisin og på allmennmedisinens premisser. I sitt daglige virke mangler allmennleger forskningsbasert anvendbar kunnskap for å hjelpe et stort antall pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. I en slik situasjon kan det sannelig være behov for en forskningsvekkelse!

Nå er det tatt grep om dette. Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter og et nytt allmennmedisinsk forskningsfond, i tillegg til andre viktige akademiske institusjoner som allmennmedisinske fagseksjoner, Antibiotikasenteret, Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Norsk allmennmedisinsk forskning har de siste to til tre årene fått en ny giv. I statsbudsjettet for 2010 er det riktignok foreslått en minimal økning på 1 million kroner til basisfinansiering av hver av de fire nyopprettede allmennmedisinske forskningsenheter. Dette kan knapt kalles noen satsing fra statens side, og slett ikke i tråd med de løfter som ble gitt i forbindelse med etableringen av de allmennmedisinske forskningsenhetene. Men Legeforeningen har vært sitt ansvar bevisst og satt av midler til Allmennmedisinsk forskningsfond i tråd med forventninger og planer.

Vi har som mål å promotere aktuell allmennmedisinske forskning fra hele Norden på den 17. nordiske kongress i allmennmedisin i Tromsø i juni 2011. Gjennom plenumsforelesninger, symposier og workshops ønsker vi å lage en kongress med fokus på ny forskning som er klinisk relevant for allmennpraktikerne, unge som eldre. For unge forskere vurderer vi å lage en egen seksjon eller prekonferanse etter modell av Wonca Europe og Vasco da Gama-engasjementet. Vi har også en ambisjon om å presentere relevant «front line»-forskning og ønsker å invitere noen internasjonale kapasiteter. Gjennom kongressens visjon «Caring for people where they are», signaliserer vi et program for allmennmedisin, som et fag som er opptatt av å møte folk der de er i livet, der de lever. Et spennende område med relevans for allmennmedisinen er den internasjonale forskningsfronten omkring «embodied experience», hvordan livet bokstavelig talt går i kroppen og hvordan livserfaringer er avgjørende for utvikling av sykdom og død. I Tromsø vil det være naturlig å trekke en historisk linje fra Anders Forsdahls banebrytende funn om vanskelige oppvekstkår og tidlig død i befolkningsstudier på 1970-tallet fram til dagens forskningsfront innenfor «psyko-immuno-nevrologi». Vi vil også fokusere på utdanning med spørsmål om hva slags leger vi trenger, og hvordan vi skal få dem, med fokus på så vel grunnstudium som allmennmedisinsk spesialistutdanning. Tromsø har vært et eksempel for Norge og verden ved å ta i bruk allmennpraksis som en viktig utdanningsarena. Videre utvikling og forskning på dette området vil stå sentralt i 2011.

Vi trenger en bedre, mer praksisrelevant og pasientorientert medisinerutdanning, og vi trenger en skikkelig forskningsvekkelse i norsk og nordisk allmennmedisin! Gjennom kongressen i Tromsø 2011 ønsker vi å bidra til dette.

*Gisle Rokhsund, leder Norsk forening for allmennmedisin
Svein Steinert, leder for hovedkomiteen
Ivar J. Aaraas, leder for vitenskapelig komité*

En god vikaravtale er begge parter ansvar

I Utposten nr 5/2009 har redaksjonsmedlem Ole Andreas Hovda en kommentar om vikarbruk innenfor fastlegeordningen. Hans anliggende er å rette søkelyset mot økonomisk utnyttelse av vikarene, som, slik han må forstås, er et utbredt fenomen. Hovda går også langt i å antyde at Allmennlegeforeningens ledelse ikke er opptatt av forhold knyttet til vikaravtaler.

Som nettopp avgått leder og nestleder i AF vil vi gjerne få bidra med noen oppklaringer. Det er innledningsvis grunn til å minne om at Legeforeningen/Allmennlegeforeningen er en fagforening. Det betyr at de tillitsvalgte er tillitsvalgte for alle medlemmer av foreningen. Det har den konsekvens at i de fleste forhandlinger mellom vikar og hjemmelshaver, skal foreningen ivareta interessene på begge sider av bordet. Hovda er selv inne på at vikarmarkedet er svært ulikt alt etter hvor i landet man befinner seg. I utkantstrøk er det «vikarenes marked». I enkelte (trolig få) sentrale strøk står (i noen grad) vikarene i kø. Ulike fastlegepraksiser er svært ulike også med hensyn på driftsform og driftsutgifter. Å skulle lage et regelverk som passer inn i alle situasjoner mellom hjemmelshaver og vikar, er etter vårt skjønn verken ønskelig eller mulig.

En næringsdrivendes inntekt vil normalt være den del av omsetningen vedkommende sitter igjen med når alle utgifter i næringen, som lønn, husleie, renhold, forbruksmaterie, investeringer, avskrivninger osv., er dekket. Hovda presenterer det som et relativt utbredt fenomen at hjemmelshaver stikker av gårde med 50–70 prosent av vikarens omsetning. Hvis det er tilfelle, er vi enige i at det sannsynligvis er urimelig. Men det er i så fall oppsiktsvekkende at presumptivt oppegående vikarer vil la seg by noe slikt.

Vi har etter hvert forelest på ganske mange grunnkurs. Inntrykket vårt er at historier om vikarer som blir utnyttet økonomisk i hovedsak er enkelthistorier som vi hører om i muntlige fora, men som i liten grad, selv etter oppfordringer, blir brakt inn til Legeforeningen/Allmennlegeforeningen sentralt.

Som Hovda selv er inne på, bør nødvendigvis en vikaravtale ha som forutsetning at begge parter ser seg tjent med å inngå den. Men da må begge parter ta ansvar for å gjøre den vurderingen for sin egen del. Det er tross alt frivillig å være vikar, og det er mange fastlegekontor utover landet som sliter med å få tak i vikar og som gjerne tilbyr gode vilkår, slik at det ikke burde være svært vanskelig å avslå et dårlig tilbud.

Selv om det som sagt er vårt syn at det ikke er mulig å lage strikte regler for de økonomiske forhold knyttet til en vikaravtale, mener vi den malen som ligger på Legeforeningens hjemmesider er et godt utgangspunkt for avtaler som ivaretar begge parter interesser.

Hva vil så være rimelig nivå på den økonomiske avtalen mellom hjemmelshaver og vikar? Hovda er enig i at det er en selvfølge at vikaren skal dekke driftsutgifter og evt. administrasjon. Etter vårt syn er det heller ikke urimelig å ta en viss høyde for at vikaren kommer inn i en praksis i drift, forhåpentligvis med mulighet for full aktivitet fra dag 1 – og med en viss risiko for tap av goodwill i løpet av vikarperioden. Hovda forutsetter økning av goodwill i vikarperioden – det motsatte kan like gjerne være tilfelle. Nivået her bør være nøkternt og det må avtales mellom partene.

Det er enighet mellom sentrale helsemyndigheter, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen om at allmennmedisinsk virksomhet i hovedsak skal utøves gjennom selvstendig næringsvirksomhet. Rapporten «Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet, styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020» skisserer nye veier inn i faget for unge kolleger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin og bli fastleger. Selv om det bør opprettes utdanningsstillinger i allmennmedisin er det vårt syn at privat næringsdrift fortsatt bør være hoveddriftsformen for allmennlegevirksomhet i Norge. Med dette som ramme vil fortsatt vikaravtaler måtte inngås direkte mellom hjemmelshaver og vikar. For begge parter vil det da være viktig å legge seg Hovdas ord på sinne: «En vikaravtale er en avtale som begge parter tjener på».

Unge leger er langtidsutdannede, intelligente mennesker som kler – også i vikarsammenheng – en offerrolle svært dårlig.

Vår oppfordring er å ta ansvar, bruk malen på Legeforeningens hjemmeside som grunnlag for inngåelse av avtale og snakk med erfarne kolleger og tillitsvalgte. En avtale som oppleves som urimelig av en av partene bør drøftes med en erfaren kollega. Er avtalen urimelig eller er vikaren ikke tilstrekkelig oppmerksom på hva næringsdrift innebærer av inntektsmuligheter, kostnader og risiko?

Jan Emil Kristoffersen
Ole E. Strand

Om praksisoverdragelse

Jeg viser til Fredrik Jerwells artikkel i Utposten nr. 5, og er svært takknemlig for at noen tar opp denne problemstillingen. Jeg er enig i at prisen på goodwill bør ligge langt lavere enn den gjør idag. Riktignok kan man ta seg noe betalt for noe av det man har investert i en god drift av praksisen, men prisøkningen vi har sett etter at fastlegeordningen trådte i kraft, står ikke i forhold til det man investerer av tid utenom arbeidstid, det fantes jo også vel-drevete praksiser før 2001.

Men det jeg vil rette hovedfokus på, og som grunnen til at jeg skriver dette anonymt (dels for å beskytte meg selv, men mest for å ikke henge ut enkeltpersoner, mine motparter i saken), er prosessen før man evt kommer til en nemdagsgjørelse. Det er, etter min erfaring, mye «monkey business» rundt overdragelser, som ikke egner seg for avisenes førstesider og som Legeforeningen ikke kan være bekjent av. Det dreier seg om prisavtaler mellom kjøper og selger før hjemmel tildeles, noe man på godt norsk kaller korrupsjon. Det er ikke akseptert i andre deler av norsk samfunnsliv, men lever i beste velgående i noen legekreter.

Min historie er slik: jeg søkte på en hjemmel i en sentral Østlandskommune. Jeg lå godt an til å få hjemmelen, da jeg allerede vikarierte i praksisen. Jeg ble kontaktet av selger før tildelingen var skjedd, vedkommende ville ha meg til å samtykke i en relativt høy pris før tildelingen var skjedd. Hvis jeg var enig i den, ville tildelingenvære en enkel sak, ifølge selger. Jeg uttrykte meg noe tvetydig, avviste ikke kravet, men bant meg heller ikke. Etter en stund fikk jeg faktisk tilbud om hjemmelen, som jeg aksepterte med en gang. Jeg hadde så et kort forhandlingsmøte med selger, hvor det var klart at våre prisforestillinger var svært langt fra hverandre. Jeg ønsket nemdbehandling. Selger følte seg lurt, og jeg ble kontaktet av både tillitsvalgte i kommunen og kommuneoverlegen med kritiske spørsmål. Jeg ble «beskyldt» for å spekulere i nemdbehandling, kun for å få ned prisene i området. Jeg ble indirekte oppfordret til å trekke meg fra hjemmelen, for de hadde flere kvalifiserte søkere som var «villige til å betale markedspris». Min tilkommende kollega ble også forsøkt satt på plass.

Heldigvis kjente jeg godt til dreieboken for praksisoverdragelse og gjennomførte nemdbehandlingen. Den endte på en pris nærmest mitt pristilbud. Heldigvis var jeg i en så heldig økonomisk situasjon at jeg i verste fall kunne tåle at

nemden gikk inn for selgers krav (det er ikke alle). Det ble en bitter konflikt med selger, som jeg mener vedkommende dels kan takke seg selv for, mens mange avtroppende leger vil ha sympati med selger og synes han/hun har hatt svært uflaks med å få en så kranglete etterfølger som meg.

Jeg har i.l.a. prosessen hørt fra flere at det er svært vanlig med (sogar skriftlige) avtaler om pris før hjemmel tildeles. Ofte er gjenværende kolleger i praksisen lojale mot den som selger, slik at selger i praksis kan ha stor innflytelse på prosessen. Det er ikke uvanlig at kommuneoverleger, som selv sitter på praksiser, og som vil holde et høyt prisnivå i kommunen, godtar slike avtaler. Jeg har ofte hørt ordet «markedspris» og tror mange blander praksismarkedet med boligmarkedet og dets utvikling.

Det at det er innført mulighet for nemdbehandling og at det er en klar dreiebok for praksisoverdragelser, er et klart fremskritt i.f.t. slik det var før dette. Men systemet er ikke «vanntett» nok. Kommuneoverleger som vil følge dreieboken, kan ikke opptre som politi og avverge at prisavtaler blir gjort før legesentre anbefaler/ønsker seg en søker til hjemmel. Jo lengre denne praksisen (med prisavtaler) gjennomføres, desto vanskeligere blir det å endre den, da flere og flere sitter på praksiser de har betalt opptil flere millioner for. De vil da selvfølgelig være interessert i å få minst det samme når de selger. Mitt forslag er dette: obligatorisk (forenklet) nemdbehandling ved alle overdragelser. Istedenfor nemd kan man opprette en gruppe av (ubestikkelige) takstmenn. Prisen vil være enkel å fastsette når man bruker faste kriterier for en erfaren takstmann/kvinne. Prisen bør da være avklart før hjemmeltildeling, slik at man ikke kan spille søkere ut mot hverandre. Jeg er ikke så bekymret for rekrutteringen til allmennmedisin når jeg ser hvor mange ferdigutdannede utenlandsmedisinere som søker jobb hvert år. Men jeg er bekymret for selekteringen til yrket. Får man kun svært betalingsvillige leger som også er villige til å være med på korrupsjon for å få en jobb, vil det svekke faget, pasientbehandlingen og etikken i yrket. Jeg vil berømme Fredrik Jervell for måten han har overdratt sin praksis på. Jeg ønsker ham lykke til når han søker ny hjemmel. Måtte han ikke bli diskriminert ved ny hjemmeltildeling fordi han har «ytret seg» som kranglefant.

anonym

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

Ro stilt langsmed landet

Takk for utfordringen. Mitt bidrag til lyrikkspalten er nok umiskjennelig vestlandsk, og uttrykker det jeg kjenner som ur-opplevelsen av å være vokst opp langs en av våre fjorder. For meg er fjordlandskapet og kystkulturen en del av identiteten. Det nærmeste jeg kommer det lyriske er når jeg kan åpne naustdørene og skyve færingen på fjorden. For å sitere en nylig båtannonse «renner stresset av» når en legger ut på sjøen og blir en del av elementene. Byen blir liten og landskapet tar i mot. En er heldig når en kan ro sin båt, falle inn i rytmen med hele seg og kjenne tilhørigheten både til naturen og generasjonene som har befolket kysten vår.

Å ro stilt langsmed landet er en meditasjon over å være underveis og over det å komme fram.

Ro stilt langsmed landet
for kvelden er nær,
den annsamedag er til ende.
Du kjem frå langferd,
og no er du her,
og strendene tykkjast deg kjende.

Ro stilt langsmed landet,
med glede i sinn,
om skuggane legg seg på fjorden,
Sving opp imot støa,
legg årane inn,
og så kan du takke for roren.

HENRIK STRAUMSHEIM

Jeg utfordrer en annen fjordboer, kollega Sverre Reiten, til neste innlegg i serien.

Hilsen Rolf Egil Sollid





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Spørsmål til RELIS

Et barn på omlag tre år har tydelig neglesopp på ei lille-tå. Neglen er deformert, fortykket, sprø og virker løs. Ingen andre tær er affisert. Kan barnet behandles med amorolfen (Loceryl)-neglelakk?



Kan et barn på tre år behandles med amorolfen-neglelakk?

SVAR

I den godkjente norske preparatomtalen (SPC) er det angitt at barn ikke bør behandles med amorolfen da erfaring mangler (1).

I Statens legemiddelsverks (SLV) terapianbefaling om dermatomykoser fra 2005 er det angitt at som oftest er tåneglforandringene bare av kosmetisk karakter og behandling er ikke nødvendig. Spesifikk antifungal behandling bør bare gis dersom soppdyrking er positiv og pasienten har betydelig besvær av negleforandringene. Klinisk normalisering oppnås i beste fall hos omlag 50 prosent ved behandling (2).

I en anerkjent britisk kilde for legemiddelbehandling til barn angis også at antifungal behandling vanligvis ikke er nødvendig hos asymptomatiske barn med neglesopp. Om behandling anses som nødvendig, vil systemisk behandling være mer effektiv enn topikal behandling. Topikal behandling med amorolfen eller tiokonazol (ikke registrert i Norge) kan likevel være nyttig ved tidlig behandling av neglesopp, når neglesoppen er begrenset til mild distal affeksjon av inntil to negler, ved overfladisk hvit neglesopp eller om det foreligger kontraindikasjoner for systemisk behandling. Det presiseres at i Storbritannia er amorolfen ikke godkjent til bruk hos barn under 12 år (3).

En kasuistikk fra 2000 beskriver behandling av neglesopp, onykomykose, hos ei tre år gammel jente med HIV-infeksjon. Jenta ble behandlet med 5% amorolfen topikalt en gang ukentlig i fire uker med tydelig bedring, men var i fortssettelsen ikke tilgjengelig for oppfølging. Forfatterne konstaterte at det foreligger lite klinisk erfaring med bruk av amorolfen til barn, men vurderer risikoen for bivirkninger som liten, da systemisk absorpsjon er minimal (1, 4).

En finsk studie fra 2002 omfattet 57 barn under 18 år, herav 26 under ni år, som var henvist til dermatologisk klinikk med onykomykose. Elleve av

pasientene var tidligere behandlet med amorolfen uten å ha fått effekt. Forfatterne undersøkte 47 av de 57 pasientene på nytt ett til ni år etter behandling ved klinikken. Av disse hadde fem kun fått lokal behandling hvorav ingen var kurert. De øvrige 42 pasientene hadde fått systemisk behandling med itraconazol, terbinafin eller griseofulvin. Av disse var 28 kurert. Forfatterne konkluderer med at selv om det er vist en viss effekt av lokal behandling hos voksne, bør systemisk behandling være førstevalg hos voksne så vel som barn (5).

En oversiktsartikkel fra 2004 konkluderer med at topikal behandling og mekanisk skrapping bør være tilstrekkelig for overfladisk hvit neglesopp og i enkelte tilfeller av distal lateral onykomykose under neglen. Topikal behandling med amorolfen eller ciklopiroks (ikke registrert i Norge) angis å kunne vurderes til barn med mild eller moderat affeksjon, da bivirkninger er sjeldne og milde (6). Dette imøtegås imidlertid i et tilsvarende hvor det hevdes at topikale neglelakkformuleringer ble lansert med en kurasjonsrate på 3-10%, umiddelbart vant markedsandeler, men er på vei ut fordi de ikke er effektive. Forfatterne av tilsvaret hevder det ikke finnes dokumentasjon på at topikal behandling skulle være mer effektivt hos barn enn hos voksne, eller at mild til moderat affeksjon skulle tilsi bedre effekt av topikal behandling. Forfatterne hevder også at det ikke er noen

grunn til å behandle barn for neglesopp på et tidlig stadium om de ikke har betydelig besvær, da en eventuell behandling på et senere tidspunkt vil være akkurat like effektiv (7).

Konklusjon

Det anses ikke nødvendig å behandle neglesopp hos barn om ikke pasienten har betydelig besvær av negleforandringene. Om behandling er nødvendig, vil systemisk behandling være mer effektiv enn topikal behandling. Amorolfen er ikke godkjent for bruk til barn, og effekten av topikale neglelakkformuleringer er beskjeden.

Erlend Aa,

cand. pharm. og Rikke Holm Løvaas, cand. pharm. – RELIS Midt-Norge

Referanser

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Loceryl. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 30. januar 2007).
2. Statens legemiddelverk. Terapianbefaling: Behandling av dermatomykoser 2005. <http://www.legemiddelverket.no>.
3. Paediatric Formulary Committee. BNF for Children. London: BMJ Publishing Group, RPS publishing and RCPCH Publications. Electronic version. (21. august 2009).
4. Peña-Penabad C, García-Silva J et al. Superficial white onychomycosis in a 3-year-old human immunodeficiency virus-infected child. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15(1): 51-3.
5. Heikkilä H, Stubb S. Onychomycosis in children: treatment results of forty-seven patients [Letter]. *Acta Derm Venereol* 2002; 82(6): 484-5.
6. Gupta AK, Skinner AR. Onychomycosis in children: A brief overview with treatment strategies. *Pediatr Dermatol* 2004; 21(1): 74-9.
7. Zaia N, Rebek G. The management of childhood onychomycosis [Commentary]. *Pediatr Dermatol* 2004; 21(1): 80-1.

 Eksperthjelp.no

Eksperthjelp.no søker **LEGER**

Eksperthjelp.no har inngått samarbeid med Hjemmet Mortensen og Opplysningen 1881 og trenger nå flere leger til vår svartjeneste. Å være rådgiver hos Eksperthjelp.no kan gi deg en glimrende ekstraintekt.

Vi trenger både allmennleger og spesialistleger.

Som rådgiver tar du hånd om henvendelsene du mottar, enten skriftlig via elektronisk svartjeneste, eller via telefon. Hver måned mottar du utbetalinger for det arbeidet du har utført. Se: www.eksperthjelp.no

Kontakt oss for mer informasjon.

Jan Erik Nilsen

MOB: 913 35 765

E-Post: jan.erik@eksperthjelp.no

Lars Øyvind Baltzeren

MOB: 952 44 344

E-Post: lars@eksperthjelp.no



Per Fugelli, Benedicte Ingstad **Helse på norsk –** *God helse slik folk ser det*

Øverst på menneskets ønskeliste står: God helse. Da må vi være nysgjerrige på hva dette høyeste livsønsket inneholder. Hva er god helse? Hva bygger og river helsen?

I 10 år har professorene Benedicte Ingstad og Per Fugelli forsket på folks oppfatninger av hva som ligger i begrepet god helse. Nå foreligger folkets egen helsemelding.

ISBN 978-82-41-71125-1 • 2009 • Kr 495,-


GYLDENDAL
AKADEMISK

Utfordringer uten ende

En lørdag i 2006 gled jeg i en bergside i Alta. I fallet rev jeg av de fire senene fortil over venstre kneskål. Ambulanse ble tilkalt, og ankom etter sju minutter. Ti minutter seinere var jeg inne på Alta helsesenter, der jeg umiddelbart ble undersøkt, røntgenbilde ble tatt, jeg ble sendt til Hammerfest sykehus og operert. To dager seinere var jeg tilbake i arbeid på Stortinget.

En søndag i 2009 gled jeg i en regnvåt gressbakke 100 meter nedenfor Rikshospitalet i Oslo. I fallet rev jeg av de fire senene fortil over høyre kneskål. Ambulanse ble tilkalt, og ankom etter drøye 30 minutter. Ytterligere en halvtime seinere var jeg inne på Oslo legevakt.

Mens jeg lå og ventet på en lege klarte jeg å få lirket av meg buksen. Med fingertuppene kjente jeg gjennom huden innunder kneskålen, som kunne vippe opp. Samme skade som sist, operasjon neste!

Omtrent en time etter ankomst ble jeg undersøkt av legen. Han fastslo at jeg måtte innlegges ved et sykehus, og tok fatt på oppgaven med å finne ut hvilket.

Etter ytterligere en del venting kom han tilbake og fortalte at det ble Rikshospitalet, og nå skulle ambulanse tilkalles for transport dit.

Jeg ventet videre.

Et kvarters tid seinere kom legen tilbake og sa at det ikke ble Rikshospitalet likevel, men Ullevål. Så la han til: «Men ved Ullevål sykehus har de så mye å gjøre at du først kan bli operert om to dager. Bilder av kneet kan vi ta her ved legevakten.»

Men jeg ville opereres nå, for det var det som hjalp sist. To dager med kroppslig forfall var jeg mot.

Han gikk tilbake for å ringe videre. Etter ytterligere en del venting kom han tilbake og forklarte at Aker sykehus kunne ta i mot og operere meg samme kveld. Da kunne jo også røntgenbildene tas der, sa han. Jeg ventet videre.

I mellomtiden kom to sykepleiere inn på rommet, for å ta røntgen av kneet, noe legen akkurat hadde sagt at de ikke skulle gjøre. Jeg takket derfor høflig nei.

Vel to timer etter ankomst legevakten, og knapt tre timer etter at skaden skjedde, bar det videre med ambulanse til Aker sykehus, der det raskt viste seg uaktuelt å operere samme kveld. Hvorfor ikke? Fantet det tvil om at jeg skulle opereres? Nei, fikk jeg til svar. Men uten magnettomografisk (MR) undersøkelse var en operasjon uaktuelt. Og ved Aker sykehus gjøres MR-undersøkelser bare på dagtid.

Når blir det? lurte jeg på.

«En eller annen gang i løpet av morgendagen, men ventelistene settes først opp fra morgenen av, og da kommer det an på hva som haster mest.»

Men jeg blir vel satt opp til operasjon, slik at jeg ikke må vente på det etterpå?

«Nei, ingen med denne typen skader settes opp til operasjon før MR er tatt,» fikk jeg til svar.

Dette er jo absurd! Dere vet jo at jeg skal opereres!

Men her var argumenter bortkastet energi. Sykehuset hadde sine rutiner. De kunne ikke begrunnes, men de måtte følges.

Det ble natt, og kneet begynte å gjøre vondt. Var det mulig å stabilisere det i en gips eller en oppblåsbar spjelke? Nei. Siden jeg befant meg ved urologisk seksjon (ortopedisk avdeling var full) hadde de ikke noe slikt tilgjengelig på posten, og ortopedene var opptatt på annet hold. Jeg prøvde som best jeg kunne å holde kneet i ro. Skulle jeg ringe helseministeren?

«Definitivt ikke, din idiot!» visket jeg til meg selv.

Neste dag, liggende på ryggen i senga, med kneet verkende og usikkerheten voksende, kjente jeg at også irritasjonen begynte å stige, i takt med beskjeder som kom, og frister som gikk. Det den ene sa ble avkreftet av den neste.

Hva var dette for slags plass? Hvorfor er det ikke mulig å gi et eneste klart svar om noe som helst?

Til slutt, utpå ettermiddagen, ble MR-undersøkelsen gjort, og en stund etter ble jeg operert.

Jeg ble ved sykehuset de neste dagene. Det kom blomster, og fra sengen kunne jeg følge med på hvordan karaflene tørket ut, og bukettene begynte å henge med hodet. På krykker nådde jeg vasken, og fikk fylt begge vasene med vann.

Da det nærmet seg utskrivning begynte jeg å kikke etter klærne mine. De var borte. En mannlig sykepleier svarte meg: «Åh, de dukker nok opp.»

Helt av seg selv?, tenkte jeg. Det trodde jeg ikke noe på. På krykkene klarte jeg å hinke meg av gårde, og til slutt fant jeg dem i et skap nær gangen. Med litt strev fikk jeg buksert plastposene til nattbordet ved sengen.

Da kom det en kvinnelig sykepleier inn. Hun så på de to plastposene på golvet ved nattbordet. «Her rotes det, ser jeg,» sa hun. «Typisk mannfolk!»

Jeg lå der og tenkte på norske flyplasser, og på bussene som kommer dit. Her var det som om flybussene kom om natten, mens flyene gikk om dagen. Logistikk? Et fremmedord jeg ikke torde å bruke av frykt for å provosere de som har medisinsk embetseksamen og deres mange hjelpere. Jeg var syk, men ikke i hodet. Nå måtte jeg bare komme meg levende ut.

Da jeg endelig ble utskrevet tenkte jeg: Hvis vi har det slik ved Rettsmedisinsk institutt skal jeg få slutt på det. For tjenestene er til for de som bruker dem, ikke for oss selv.

Olav Gunnar Ballo



Legemiddelhåndtering gjennom multidoseordning

Helsemyndighetene oppfordrer til økt bruk av multidose som et tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk hos den enkelte bruker. Et forbedringsprosjekt i Larvik kommune viser at flere faktorer må på plass for at multidose skal være et egnet virkemiddel.

Larvik kommunes pleie- og omsorgstjeneste innførte i 2001 ordningen med multidosepakkede legemidler til sine brukere. I 2005 var om lag 650 brukere inkludert i ordningen. For å hente ut ytterligere kvalitetsgevinster fra ordningen, ble det etablert et kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid mellom Larvik kommune og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Målet var å evaluere og utvikle arbeidet med multidose i kommunen. Prosjektet ble finansiert med midler fra Den norske legeforenings Kvalitetsfond I. Rapporten fra multidoseprosjektet i Larvik er nylig publisert, og den oppsummerer følgende suksessfaktorer:

- Alle aktører som omsorgstjenesten, fastleger og apotek må delta i utviklingen av multidosesystemet. Ved dette bygges gjensidig respekt og tillit som gir bedre samhandlingen – til beste for brukerne.
- Jevnlige samhandlingsmøter mellom omsorgstjenesten og fastleger er et nyttig tiltak for å sikre god kommunikasjon og samhandling omkring legemiddelhåndteringen. Det er viktig at det utarbeides et helhetlig system for legemiddelhåndteringen i kommunen med nedskrevne rutiner for alle deler av prosessen. Aktørene må ha et eierforhold til rutinene. De fungerer ikke dersom det er en opplevelse av at rutinene er bestemt ensidig av andre aktører.

- Brukere som er i en ustabil situasjon og hvor det forventes hyppige medikamentendringer bør ikke tas inn i multidosesystemet før situasjonen er mer stabil. Inn- og utskrivinger bør som regel skje ved drøfting mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlege.
- Det er krevende å opprettholde god etterlevelse og stabilt god kvalitet på et så komplekst område som legemiddelhåndtering og multidose. Dette handler bl.a. om mange ulike aktører, utskifting av personell etc. Dette gjør det nødvendig at det utvikles en kultur hvor det er vanlig å melde fra når noe i systemet ikke fungerer som det skal (avviksmeldinger).

Rapporten beskriver erfaringer som er nyttige for andre kommuner som planlegger å ta i bruk multidoseordningen. Rapporten kan lastes ned fra websiden www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6512.cms

Redaksjonen



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker

Forkjølet og tungpustet

Det var min andre arbeidsdag i et fastlegevikariat i en ny by. En kvinne i førtiårsalderen ble satt opp på en øyeblikkelig hjelp-time på grunn av tung pust. Rask gjennomlesing av journalen før jeg tok henne inn, viste diagnosene medikamentelt behandlet hypertensjon og colitt. For høyt blodtrykk brukte hun betablokker, kalsiumblokker, AT-2-antagonist og moksonidin, mens hun for colitt med jevne mellomrom hadde fått skrevet ut hydrocortison stikkpiller og loperamid. Det var ingen registrerte epikriser jeg oppfattet som relevante for problemstillingen fra de siste årene og heller ingen notater der dette var nevnt.

Konsultasjon øyeblikkelig hjelp

Hjerte-lunge-frisk bortsett fra hypertensjon. For fem dager siden begynnende forkjølelse, siste fire dager tiltagende tung i pusten. Feberfølelse, målt noe feber, husker ikke eksakt temperatur. Ikke brystmerter hun oppfatter som unormale. Aldri lignende plager tidligere. Siste lange reise var fire timers buss-tur, to måneder siden. Ingen operasjoner siste måneder, ingen p-piller, ingen tidligere DVT, ingen aktuelle beinsmerter.

US: Kommer gående, dyspneisk. Respirasjonsfrekvens 20, uten bruk av accessoriske respirasjonsmuskler. SaO₂ 97–98 prosent. BT 120/80, puls 122. Cor: regelmessig aksjon, normalt. Pulm: spredte inspiratoriske pipelyder alle flater. U.ex: slanke, ingen ømhet i leggmuskulaturen. CRP negativ.

VURDERING: Klinisk skikkelig dyspneisk, men ikke pneumoni.

TILTAK: ønsker utelukke annen alvorlig årsak, som lungeemboli og stuvning. Henvises lokalsykehus for vurdering etter avtale med vakthavende lege.

Hun var svært tung i pusten, men på en «annen» måte enn ved KOLS, hyperventilasjon, bronkitt, uten at jeg kunne

TUNG PUST

Et godt utgangspunkt i allmennpraksis er å anta at pustevansker i over 90 % av tilfellene skyldes sykdom i luftveiene eller sirkulasjonssystemet. Av disse igjen utgjør sykdommer i lungene og luftveiene oppimot 70 %.

Overvekt og nedsatt kondisjon er vanlige tilstander som lett oversees ved dyspne, men er ikke nødvendigvis uttrykk for sykdom. Pustevansker kan også være presentasjonssymptomet ved anemi, neurologiske sykdommer, nyresvikt, ukontrollert diabetes mellitus, cystisk fibrose, Bekhterevs sykdom, thyreoideasykdommer og pneumothorax.

To tilstander må ikke oversees ved akutte pustevansker: epiglottitt og lungeembolisme.

KILDE: STEINAR HUNSKÅR (RED): ALLMENNEMEDISIN, GYLDENDAL NORSK FORLAG 2003.

beskrive på hvilken måte dette var annerledes. Det var få risikofaktorer for lungeemboli, men det ble likevel min hypotese – mest i mangel av noe bedre forslag. Jeg mente uansett at hun trengte en øyeblikkelig hjelp-vurdering ved medisinsk avdeling for å finne årsaken til hennes tunge pust.

Etter noen uker uten mottatt epikrise, sjekket jeg journalen for å se om epikrisen hadde kommet til fastlegen, noe den ikke hadde. Derimot hadde fastlegen hatt pasienten på time, og i notatet kom det frem at pasienten nylig hadde vært innlagt i flere dager med en oppblussing i sin Morbus Crohn, med ulcerasjoner i flere områder av gastrointestinaltractus og en anemi med Hb på 7,3. Pasienten hadde før det akutte vært uten større symptomer på sin Morbus Crohn i 7 år.

Tung pust på legekontoet er en vanlig problemstilling både akutt og kronisk, der det vanligste er vanligst, og de sjeldnere årsakene kan være lette å glemme. Denne pasienten ble derfor en nyttig påminnelse om anemi som en årsak til tung pust – også ved relativt rask utvikling av tung pust. Luftveissymptomene var sannsynligvis bare en forverrende faktor eller tilfeldig sammenfallende i tid. Og som et apropos: som innleggende lege hadde det vært nyttig og interessant å få epikrisen for denne pasienten – jeg håper derfor at arbeidet praksiskonsulenter legger ned i forhold til epikriseskriving ved sykehusene vil gi raskere epikriser, med kopi også til innleggende lege!

Ann-Kristin Stokke

ANEMI

Om lag 2 % av pasienter i norsk allmennpraksis har anemi (Hb under nedre referanseområde for aktuelle pasient-gruppe). I en norsk undersøkelse hadde 19 % av anemi-pasientene Hb under 9,5 g/dl. 78 % av pasientene med anemi var kvinner. Kontaktårsaker hos dem som hadde anemi var tretthet (38 %), svimmelhet (14 %) og dyspne (3 %). 37 % hadde ingen symptomer av sin anemi.

KILDE: STEINAR HUNSKÅR (RED): ALLMENNEMEDISIN, GYLDENDAL NORSK FORLAG 2003.

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Diklofenaknatrium 50 mg i kjernen, dekket av syreressistent lag, misoprostol 0,2 mg i ytterlaget, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Modifisert frisetting.

Indikasjoner: Reumatoid artritt og artrose hos voksne pasienter når NSAIDs er nødvendig til tross for legemiddelrelaterte ventrikkel- og duodenalsår i anamnesen.

Dosering: 1 tablett 2-3 ganger daglig direkte etter måltid. Tabletten skal svelges hele.

Kontraindikasjoner: Aktiv mavesår-/blødning eller perforasjon. Aktiv gastrointestinal blødning eller andre aktive blødninger, f.eks. cerebrovaskulære blødninger. Overfølsomhet for diklofenak, acetylsalicylsyre, andre NSAIDs, misoprostol eller andre prostaglandiner, eller noen av hjelpestoffene i preparatet. Hos pasienter der acetylsalicylsyre eller andre NSAID har forårsaket astma, nesepolypper, angioødem, urticaria eller akutt rhinitt. Graviditet. Kvinner som planlegger graviditet. Behandling av perioperativ smerte i forbindelse med koronar «bypass»-kirurgi. Alvorlig nyre- eller leversvikt. Alvorlig hjertesvikt.

Forsiktighetsregler: Samtidig bruk av andre NSAIDs, inkl. COX-2-hemmere, bør unngås.

Kvinner i fertil alder skal bruke effektiv prevensjon. Ved mistanke om graviditet skal preparatet seponeres. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke undersøkt. Forsiktighet ved nyre-, hjerte-, eller leversykdommer, samt hos eldre, ettersom NSAIDs kan forringe nyrefunksjonen. Blod-, lever- og nyrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Leverfunksjonen bør monitoreres periodevis, ved redusert leverfunksjon regelmessig. Forsiktighet ved oppstart til pasienter som er dehydrert eller av andre årsaker har en risiko for nedsatt blodvolum. Dosen bør holdes lavest mulig, og nyrefunksjonen bør monitoreres. Diklofenak-metabolitter elimineres hovedsakelig via nyrene. Akkumuleringsgrad av metabolitter ved nyresvikt er ikke undersøkt. Pasienter med betydelig svekket nyrefunksjon bør overvåkes nøye. I sjeldne tilfeller kan NSAIDs forårsake interstitiell nefritt, glomerulitt, papillonekrose og nefrotisk syndrom. NSAIDs hemmer syntesen av renale prostaglandiner, som har betydning for opprettholdelse av renal perfusjon ved redusert blodstrøm og blodvolum. Hos slike pasienter kan NSAIDs føre til redusert nyrefunksjon/-svikt.

Nyrefunksjonen vil vanligvis returnere til utgangspunktet ved seponering. Pasienter med hjertesvikt, levercirrhose, nefrotisk syndrom og nyresykdom har størst risiko for slik påvirkning, og skal overvåkes nøye. Hepatitt kan oppstå uten prodromale symptomer. Vaskeretsensjon og ødem er rapportert og monitorering og veiledning er nødvendig for pasienter med tidligere hypertensjon og/eller mild til moderat hjertesvikt. Bruk av diklofenak, spesielt i høye doser (150 mg daglig) og ved langtidsbehandling, kan være forbundet med en liten økning i risiko for alvorlige arterielle trombotiske (f.eks. hjerteinfarkt eller hjerneslag). Lege og pasient bør være oppmerksomme på ev. utvikling av slike hendelser, selv om kardiovaskulære symptomer ikke er opplevd tidligere.

Pasienten bør informeres om tegn og/eller symptomer på alvorlig kardiovaskulær toksisitet, og hva som bør gjøres hvis slike oppstår. Hjertesvikt kan oppstå, eller eksisterende hypertensjon forverres. Dette kan bidra til økt forekomst av kardiovaskulære hendelser. Forsiktighet ved bruk til hypertensive pasienter. Blodtrykket bør følges nøye ved oppstart, og gjennom hele behandlingsperioden. Pasienter med ukontrollert hypertensjon, hjertesvikt, kjent iskemisk hjertesykdom, perifer arteriesykdom, og/eller cerebrovaskulær sykdom bør bare behandles etter nøye vurdering. Tilsvarende vurdering bør gjøres før oppstart av langtidsbehandling ved risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi, diabetes mellitus, røyking). NSAIDs hemmer plåtedannelsen og forlenger blødningsstiden. Ekstra oppfølging anbefales ved hematopoietiske tilstander eller ved koagulasjonsdefekter, eller ved tidligere cerebrovaskulær blødning. Gastrointestinal blødning, sår, betennelser og perforasjon kan oppstå på ethvert tidspunkt under behandlingen, med eller uten forvarsel eller tidligere alvorlige plager.

Risikoen for slike symptomer øker med økt dose, hos pasienter med tidligere sår, særlig med samtidig blødning og perforasjon, og hos eldre. Preparatet bør brukes med forsiktighet til disse pasientene, og behandlingen bør innledes med lavest mulig dose. Forsiktighet ved tidligere gjentatte episoder med mavesår-/blødning. Pasienter, særlig eldre, med tidligere gastrointestinal toksisitet bør rapportere alle uvanlige abdominale symptomer (særlig blødning), spesielt under behandlingsoppstarten. Hvis gastrointestinal blødning eller sår oppstår bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av legemidler som øker faren for sår eller blødning, slik som orale kortikosteroider, antikoagulantia som warfarin, selektive serotonin reopptakshemmere (SSRIs) eller platehemmende midler, som acetylsalicylsyre. Bør gis med forsiktighet ved gastrointestinal sykdom (ulcerøs kolitt, Crohns sykdom), da slik sykdom kan forverres. Alvorlige hudreaksjoner, inkl. eksfoliativ dermatitt, Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse er rapportert svært sjelden, og kan være dødelige. De fleste tilfellene oppstår i 1. behandlingsmåned. Preparatet bør seponeres dersom pasienten får utslett, slimhinnelesjoner eller andre tegn på hypersensitivitet. NSAIDs kan utløse bronkospasme hos pasienter med aktiv eller tidligere bronkialastma eller allergisk sykdom. Ved langtidsbruk (> 3 måneder) med inntak annenhver dag eller oftere, kan hodepine utvikles eller forverres. Hodepine utløst av overforbruk av analgetika (MOH - medication-overuse headache) bør ikke behandles med doseøkning. I slike tilfeller bør preparatet seponeres. Diklofenak reduserer inflammasjon og reduserer dermed nytten av kliniske symptomer, som f.eks. feber, som metode for å oppdage infeksjoner. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (Lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. laktoseinnhold.

Interaksjoner: Antacida kan forsinke absorpsjonen av diklofenak. Magnesium-antacida er vist å forsterke misoprostol-indusert diaré. NSAIDs kan hemme metabolismen av antidiabetika, og dermed gi økt effekt av antidiabetika. Diklofenak/misoprostol bør gis med forsiktighet til pasienter som får insulin eller orale antidiabetika. NSAIDs kan motvirke den diuretiske effekten av furosemid og bumetanid, muligens via hemning av prostaglandinsyntesen. Samtidig behandling med kaliumsparende diuretika kan være assosiert med økt serumkaliumnivå og serumkalium bør monitoreres. NSAIDs motvirker den antihypertensive effekten av betablokkere (ikke sulindak), og kan også motvirke den antihypertensive effekt av tiazider (ikke sulindak), betablokkere og ACE-/angiotensin II-hemmere. Hos pasienter med redusert nyrefunksjon (f.eks. dehydrerte pasienter eller eldre) kan samtidig administrering av ACE-hemmere eller angiotensin II-hemmere gi økt svekkelse av nyrefunksjonen og øke risikoen for akutt nyresvikt. Dette er vanligvis reversibelt. Pasienten bør være tilstrekkelig hydrert, og behovet for overvåking av nyrefunksjonen bør evalueres ved behandlingsstart og deretter periodisk. NSAIDs hemmer trombocyttagregasjon og skader slimhinnen i gastrointestinalkanalen, med økt risiko for gastrointestinal blødning hos pasienter som står på antikoagulantia. Risikoen er spesielt stor ved samtidig behandling med et dikumarolpreparat (warfarin) og kombinasjonen bør derfor unngås. Begge metaboliseres via CYP 2C9. NSAIDs hemmer warfarinmetabolismen, og forsterker dermed effekten av warfarin på blødningsstiden. Dersom kombinasjonsbehandling er nødvendig, bør blødningsstiden monitoreres. Samtidig bruk av ciklosporin anses å kunne øke risikoen for nyretoksitet pga. nedsatt syntese av prostacyclin i nyrene. Ved kombinasjonsbehandling skal nyrefunksjonen følges nøye. Økt digoksinnivå er rapportert ved samtidig bruk av digoksin og diklofenak og pasientene bør monitoreres for digoksinintoksitet. Samtidig bruk av etanol og NSAIDs øker blødningsfaren. NSAIDs kan gi reduserte ketokonazolnivåer. Økt risiko for gastrointestinale sår og blødninger ved kombinasjon med kortikosteroider. Kombinasjon med litium kan føre til økt serumkonsentrasjon av litium, som følge av hemning av renal clearance av litium. Kombinasjonen bør unngås, dersom det ikke er mulig med frekvente serumkontroller av litium for å styre dosen. NSAIDs hemmer tubulær sekresjon av metotretsat, det kan også være metabolsk interaksjon, med derav redusert clearance og risiko for forsterket effekt av metotretsat. Ved høydosebehandling av metotretsat bør NSAIDs unngås. En ev. interaksjon skal overveies også ved lavdosebehandling med metotretsat, spesielt ved nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk

av andre NSAIDs anbefales ikke pga. økt mulighet for gastrointestinal toksisitet, og liten eller ingen økning i effekten. Økt risiko for gastrointestinal blødning ved kombinasjon med SSRIs og platehemmere. Samtidig behandling med probenecid gir redusert utskillelse og derav økt effekt av NSAIDs. Mulig økt risiko for nyretoksitet ved kombinasjon med tacrolimus.

Graviditet/Amming: Kontraindisert ved graviditet, samt hos kvinner som planlegger graviditet. Misoprostol kan føre til livmorskontraksjoner og påfølgende abort i alle trimestere. Det er sett økt forekomst av en rekke misdannelser, inkludert kardiovaskulære, i dyr gitt prostaglandinsyntesehemmere under organogenesen. Ved behandling av kvinner i fertil alder skal derfor effektiv svangerskapsforebyggelse anvendes. Preparatet bør ikke inntas i ammeperioder.

Bivirkninger: Mest vanlig er abdominale smerter, diaré, kvalme og dyspepsi. Diaré er generelt mild/moderat og forbigående. Diaréutendens kan minimaliseres ved at preparatet tas umiddelbart etter måltid og ved å unngå antacida som primært inneholder magnesium. Bivirkninger kan reduseres ved å gi laveste effektive dose i kortest mulig tid. Hyppige (> 1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, dyspepsi, flatulens, brekninger, gastritt, forstoppelse og sure oppstøt. Hud: Utslett (erythema multiforme), kløe. Lever: Økning i ALAT og alkalisk fosfatase. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, hodepine, svimmelhet. Øvrige: Redusert hematokrit. Mindre hyppige: Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Stomatitt. Hud: Purpura, urticaria. Urogenitale: Menoragi, mellomblødninger, pre- og postmenopausale blødninger og dysmenoré, brystsmerte, vaginit, livmorkramper. Sjeldne (< 1/1000): Hud: Anafylaktisk reaksjon, angioødem. Lever: Hepatitt (med eller uten gulsott). Følgende er sett etter markedsføring: Gastrointestinale bivirkninger er hyppigst rapportert (ca. 45% av alle rapporter), etterfulgt av hud- og sensitivitsreaksjoner. Blod: Leukopeni, trombocytopeni, agranulocytose, hemolytisk anemi, aplastisk anemi. Gastrointestinale: Ulcerøs stomatitt, pankreatitt, tap av appetitt, munntørhet, hematemese, melena, glossitt, forverring av kolitt eller Crohns sykdom. Gastritt er sett med lavere frekvens. Peptiske sår, reduksjon i hemoglobin assosiert med gastrointestinal blødning, sår på spiserøret, perforasjon eller gastrointestinal blødning, spesielt hos eldre, kan forekomme, og kan være dødelig. Hud: Erythema multiforme, urticaria, fotosensitivitet, anafylaktiske systemiske reaksjoner, anksitt- og tungenøddem, hypotensjon og sjokk. Alvorlige hudreaksjoner (Stevens-Johnsons syndrom, Lyell's syndrom), hypersensitivitet (inkl. astma, allergisk purpura og hårtap, vaskulitt og lungebetennelse), utslett med bylle- og blæredannelse og erythrodermi. Eksfoliativ dermatitt, mukokutane reaksjoner. Lever: Isoleret tilfeller av alvorlig og fulminant hepatitt, også uten prodromalsymptomer, forhøyet ASAT eller bilirubin. Sentralnervesystemet: Døsighet, prikking i huden, humørforandringer, hukommelsestap, forvirring, synsforstyrrelser, øresus, irritabilitet, krampet, depresjon, angst, mareitt, skjelvinger, psykotiske reaksjoner, smaksforstyrrelser og tretthet. Symptomer på aseptisk meningitt (stiv nakke, hodepine, kvalme, brekninger, feber eller nedsatt bevissthet). Pasienter med autoimmune sykdommer synes å være mer mottakelige. Sirkulatoriske: Hypotensjon, hypertensjon, palpitasjoner, brystsmerte og hjertesvikt. Urogenitale: Blødning fra livmor. NSAIDs er assosiert med nyrepatoologi, inkl. papillær nekrose, interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, proteinuri, hematuri, akutt nedsatt nyrefunksjon eller nyresvikt. Ødem, spesielt hos pasienter med hypertensjon eller nedsatt nyrefunksjon. Øvrige: Isoleret tilfeller av forverret inflammasjon i forbindelse med infeksjoner. Frysninger, feber, dyspné, tåkesyn. Unormale livmorskontraksjoner, ruptur og perforasjon av livmor, blødning fra livmor, restplacenta, amnionvæske embolisme, ufullstendig abort, prematur fødsel, fosterdød, fødselsskade. Diklofenak, spesielt i høye doser (150 mg daglig) og ved langtidsbehandling, kan være forbundet med en liten økning i risiko for arterielle trombotiske (f.eks. hjerteinfarkt eller hjerneslag).

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Tretthet, skjelvinger, krampet, åndenød, mavesmerter, diaré, feber, palpitasjoner, hypotensjon eller bradykardi. Behandling: Symptomatisk og støttende. Anbefalte tiltak for å minske absorpsjon av nygitt inntatt legemiddel er fremkalling av brekninger, maveskylling eller medisinsk kull. Se Giftinformasjonens anbefalinger for diklofenak M01A B05 og misoprostol A02B B01.

Pakninger og priser: 20 stk. (blister) kr 100,30. 100 stk. (blister) kr 336,60.

Refusjon: Se Refusjonslisten, M01A B55.

Sist endret: 21.04.2008

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Refusjonsberettiget bruk:

Revmatoid artritt hos voksne pasienter når NSAIDs er nødvendig til tross for legemiddelrelaterte ventrikkel- og duodenalsår i anamnesen. Alvorlig og symptomgivende hofte- eller kneleddsartrose. Kroniske, sterke smerter med betydelig redusert livskvalitet og funksjonsevne. Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode:

Refusjonskode: CPC

-71 Kroniske, sterke smerter

-90 Palliativ behandling i livets sluttfase -

L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom -

L89 Hofteleddsartrose -

L90 Kneleddsartrose -

L91 Polyartrose INA -

L99 Psoriasisartritt -

L99 Leddlidelse ved inflammatorisk tarmsykdom -

ICD

-71 Kroniske, sterke smerter

-90 Palliativ behandling i livets sluttfase -

M05 Seropositiv reumatoid artritt -

M06 Annen reumatoid artritt -

M07 Leddlidelse ved psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom -

M13.0 Uspesifisert polyartritt -

M15 Polyartrose -

M16 Hofteleddsartrose -

M17 Kneleddsartrose -

M45 Ankyloserende spondylitt -

Vilkår nr
111

Vilkår nr
111

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

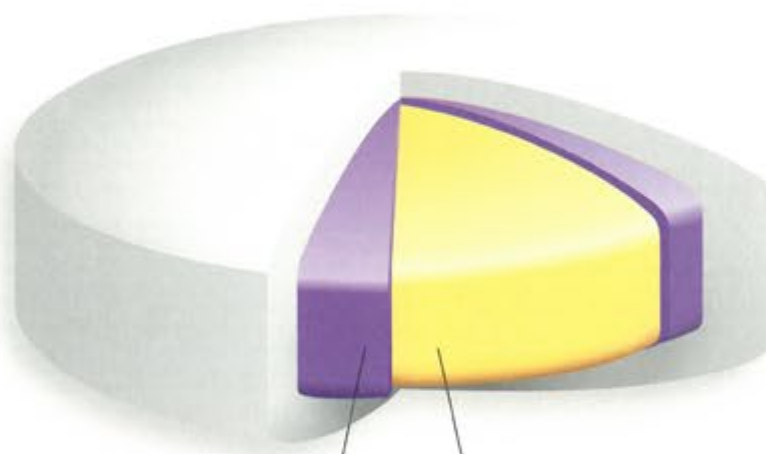
Referanse: 1) Bocanegra TS, Weaver AL, Tindall EA, et al; for the Arthrotec Osteoarthritis Study Group. Diklofenak/misoprostol compared with diklofenac in the treatment of osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, placebo controlled trial. *J. Rheumatol.* 1998;25(8):1602-1611. 2) Arthrotec pakningsvedlegg

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 2B - telefon: 67 52 61 00 - faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

E2009-1302



Arthrotec reduserer risiko for sår i ventrikkel/ tolvfingerarm sammenlignet med diclofenac hos artrosepasienter¹



Misoprostol

Beskytter slimhinnen i ventrikkel
og tolvfingerarm²

Diclofenac

Reduserer smerte og
inflammasjon²

To virkningsmekanismer i én tablett

