



Innhold:

LEDER: Godt å vere spesialist. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Spesialistutdanningens vokter. HANS HØVIK INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: For tiden uskikket som lege. AV PER STENSLAND	7
Hva påvirker legers forskrivningspraksis? SIGNÉ AGNES FLOTTORP	12
I samme båt – spesialist- og primærhelse- tjenesten samarbeider om sjøtransport. AV INGEBJØRG HERMSTAD-PEDERSEN, TONE MORKEN OG STEINAR HUNSKÅR	18
Båten ein ressurs for legevakten. SVERRE RØRTVEIT INTERVJUET AV TONE MORKEN	22
Diagnose av klaffefeil på primærlegenivå. AV TERJE SKJÆRPE	24
Å vere og ha – om kroppens fenomenologi. AV LISBETH HOMLONG	30
SIKKERHETENS SKYLD: Om handling under usikkerhet. AV BJØRN HOFMANN	32
Endringer i ytelsene fra SOP. AV JOHAN TORGERSEN	37
Faste spalter	39
BOKANMELDELSE: Jeg fant, jeg fant! HELSE PÅ NORSK ANMELDT AV PERNILLE NYLEHN	46
LESERINNLEGG: Evaluering av legekontorer. AV NILS CARL LØNBERG	47

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

Lovisenberggt. 21e - 435

0456 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. Sondenå

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Jan Schille

LAYOUT/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS



Godt å vere spesialist

Etter 10 år som lege er eg no snart klar til å sende inn alle papira mine til spesialistkomiteen for godkjenning av spesialiteten i allmennmedisin. Det kjennest godt å ha kome så langt, og eg ser med stoltheit og glede fram til å kunne kalle meg spesialist i allmennmedisin. I dette nummeret av Utposten har vi intervjuet Hans Høvik, mangeårig leiar av spesialistkomiteen. Hans kunnskap og engasjement for faget kjem oss alle til gode, og hans tankar om korleis spesialistutdanninga kan forbetrast er interessante. Innføring av individuell veiledning og obligatorisk krav til spesialitet, er kvalitetstiltak som vil kome faget til gode. Dette vil, som Høvik påpeikar, sidestille den allmennmedisinske spesialiteten med andre spesialitetar. Høvik og mange andre sin dugnadsinnsats i arbeidet med spesialistutdanninga, er uvurderleg, og vi ser med spenning og ikkje så lite skepsis på kva som eventuelt vil skje dersom departementet no tek over ansvaret for godkjenning av spesialistar.

Eit anna dugnadsarbeid som vi kan vere stolte av i desse dagar, er det som vart gjennomført i haust i samband med pandemien. Fastlegane bidrog i stor grad til å få vaksinert befolkninga, dessutan drive informasjonsarbeid, hindre smittespreiing og å ta seg av sjuke.

For nøyaktig ti år sidan, låg undertekna i eit hotellrom på Tenerife med ein kraftig influensa. Med godt over 40 i feber, kraftige frysebyger, hovudpine og muskelsmerter, trudde eg at eg var døden nær. Som nyutklekt cand.med. tenkte eg det var velfortent med ein sydentur etter ein tung haust med lange eksamensdagar. Det vart ikkje som eg hadde tenkt. Eg låg til sengs i ei veke og det tok 3 veker å kome seg til hektene att. Slik kan det vere å ha skikkeleg influensa, og sidan har eg stort sett vore påpasseleg med å vaksinere meg.

Så også i haust, på grunn av det potensielt alvorlege forløpet av sjukdomen. Det viste seg heldigvis at influensapandemien vart betydeleg mildare enn det ein hadde forventa, 29 dødsfall er no stadfesta knytt til influensa A H1N1, 1319 sjukehusinnleggingar er registrert, av desse vart 174 intensivbehandla. Medio januar er det berre rundt 1 prosent med influensaliknande sjukdom registrert rundt om i landet, mot rundt 15 prosent på topp tidspunktet rundt veke 46. Kva som skjer vidare, veit vi ikkje, sjølv om helsestyresmaktene har spådd at mange enno kan verte sjuke.

Sjølv om det er godt å kunne kalle seg spesialist i allmennmedisin, er eg og mange andre unge allmennlegar bekymra for framtida når det gjeld økonomisk dekning ved sjukdom, fødselspermisjon og pensjon. Det går mot reduserte ytingar frå Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Forslag til korleis kostnadene kan reduserast, er ute til høring. For leger autorisert før 1993, er det tenkt at ein god del av ordningane vert oppretthaldne. Vi andre går meir usikre tider i møte. Sett i lys av den dårlege utviklinga i forhold til inntekts- og utgiftssidene ved å drive sjølvstendig i allmennpraksis, er dette dårleg nytt. At avbrotsytingar i samband med fødsel og adopsjon ser ut til å bli skjerma, er likevel eit viktig signal, sett i høve til rekrutteringsgrunnlaget for faget, med ei stor overvekt av kvinner mellom dagens medisinstudentar.

I dette nummeret av Utposten kan du for øvrig lese om bruk av båt i helseoppdrag i Noreg. Ein legestudent i Bergen har skrive særoppgåve om emnet. I tillegg er fastlege i Austevoll, Sverre Rørtveit, intervjuet om korleis det fungerer i hans kommune. Rørtveit er ein entusiastisk tilhengjar av bruken av båt i legearbeidet og er av den oppfatning at båten er ein ressurs og bør brukast meir. Dette illustrerer han med gode kliniske eksempel. Sjølv hugsar eg spesielt godt eit sjukebesøk i distriktsturnus, der eg henta ei alvorleg kreftsjuk eldre kvinne med ambulansebåten, gode naboar var til hjelp og frakta ho ned til kaia i ein traktortilhengar, så vart ho løfta over i båten, før ho vart transportert trygt vidare til sjukehus. Etter ti år i yrket, ser eg at det er slike opplevingar ein gjerne samlar på i eit legeliv og som gir inspirasjon til å halde fram i faget.

Lisbeth Homlong



Utpostens
dobbeltime

Spesialistutdanningens vokter

Hans Høvik

INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ

Hans Høvik har bodd i Bergen i nesten 30 år, men er ikke mindre beskjeden av den grunn. Mannen som har vært leder for spesialitetskomiteen i allmennmedisin i fire år,

foretrekker å snakke om fag fremfor egen person. Han er tydeligvis stolt av spesialiteten i allmennmedisin, men erkjenner at tiden er moden for enkelte forandringer. Obligatorisk krav til spesialistkompetanse og individuell veiledning er saker som engasjerer fastlegen i Fyllingsdalen.

Utposten treffer Hans Høvik hjemme, rett etter endt arbeidsdag som fastlege for 1700 listepasienter i Fyllingsdalen. Etter litt oppmerksomhet til en veloppdragen hund, setter vi i gang med intervjuet. Høvik blir omtalt som en kunnskapsrik, men beskjeden mann, og en utmerket leder og veileder. Veien fra kommunelege i distriktet til dagens posisjon, og hvordan han tenker rundt fagets fremtid som spesialitet, er vi nysgjerrig på å vite mer om.

Et fag modent for forandringer

Sammen med Guri Elvebakk startet Hans Høvik som veileder i allmennmedisin i 1999. De to har til nå veiledet tre grupper av allmennleger i Bergen. De satset fra begynnelsen av på å være to veiledere med større grupper enn det som er vanlig, noe de ikke har angret på. Som medlem av den første av disse gruppene, har Utpostens intervjuer dannet seg et inntrykk av at Høvik trives i rollen som gruppeveileder.

– Ja, det kan jeg bekrefte, sier han med et smil, og legger til:
– Både å ta spesialiteten og å være veileder er like gøy!

UTPOSTEN: Som veileder, hvilken utvikling ser du hos kandidatene gjennom to år?

– Alle har nytte av gruppen uansett, men utviklingen er forskjellig fra gruppe til gruppe. Utviklingen er enklere å se i de gruppene med ferske og unge leger, når de er fra samme generasjon eller har felles kultur. Kultur- og hold-

ningsforskjeller kan imidlertid være en utfordring for gruppene. Med det mener jeg legens motivasjon og innstilling i forhold til å drive allmennmedisin, og ikke bare ens etnisitet. Vi har hatt folk fra veldig mange nasjonaliteter i gruppene og det har fungert bra.

UTPOSTEN: Fortsett har kandidatene stor frihet til å velge temaene. Er det ikke litt for mye opp til den enkelte gruppe hvilke temaer som kommer på dagsorden?

– Vi har veldig gode veiledningsbøker som nå finnes på nettsiden til Legeforeningen og som foreslår temaene. Det er likevel veilederen som må passe på at man går gjennom de fleste emnene. Det er sant at vi har gitt mye frihet til gruppene, men jeg fører nøye oversikt og statistikk på de temaene vi har, og jeg ser at vi går gjennom de viktigste. Jeg er opptatt av kommunikasjonstrening og video. Det er vel så viktig å kommentere seg selv på video i en gruppe som å høre på hva de andre sier. Man oppdager mye rart når man ser seg selv på TV!

UTPOSTEN: Med dagens system får man tellende kurs og blir spesialist uten å testes på kunnskap. Åpner ikke det for en potensiell kompetansesvikt hos enkelte leger, de som ikke er samvittighetsfulle? Bør vi bevege oss mot kunnskapstester som en del av spesialitetskriteriene?

– I spesialitetskomiteen har vi diskutert flere ganger om vi skal ha en spesialitetseksamen eller evaluering, for eksempel i form av kursprøver eller at man skal bestå en



teoretisk eller praktisk test. Vi har vært i kontakt med fagmiljøene i England og Nederland, som begge har utdanningssystemer med evaluering, herunder bruk av mapper, videoevaluering av konsultasjoner og besøk i praksis. I Nederland er det litt mer skolepreget, hvor kandidatene har undervisning en dag i uken i tre år i tillegg til klinikken fire dager i uken, og hvor man skal bestå en del skriftlige eksamener og videoevalueringer. Det hollandske systemet er kanskje det beste jeg har sett, men noe sånt har ikke vi muligheter til å ha. I Norge skal man kunne bo hvor som helst og kunne bli spesialist i allmennmedisin, noe som kompliserer løsningene. I tillegg mangler vi ressurser, både økonomiske og i form av personell, for å ha en omfattende evaluering. Vi har foreløpig konkludert med at vi ikke skal ha noe slikt, men vi legger mer og mer vekt på praksisbesøk, praktiske ferdigheter og veiledningsgruppene, og ser ikke bort fra at det kan bli aktuelt å innføre enkelte tester etter kurs, for eksempel i akuttmedisin, som nå blir obligatorisk for alle. Men vi vet egentlig ikke om man blir en bedre lege av å bli spesialist. Vi tror at man blir det, men det kunne

noen prøve å finne ut av: La det bli en utfordring til de allmennmedisinske instituttene å evaluere utdanningen vår!

Første generasjons spesialist i allmennmedisin

Høvik kom til Bergen fra Oslo i 1976, 19 år gammel, fast bestemt på å bli lege. For å samle poeng jobbet han som pleiemedhjelper og studerte psykologi grunnfag før han begynte å studere medisin. Han vandret rundt i korridorene i Haukeland sykehus på begynnelsen av 80-tallet, den gangen dagens regelverk for spesialistutdanningen i allmennmedisin begynte å ta form, og de første veiledningsgruppene i allmennmedisin ble etablert. I 1985, det samme året som allmennmedisin ble egen medisinsk spesialitet, dro Høvik som fersk lege til turnustjeneste i Kristiansund. Påvirket av alt som rørte seg i det allmennmedisinske korpsset, valgte den unge legen allmennmedisin som sin karrierevei.

– I hodet ble jeg allmennlege ganske tidlig i løpet av studietiden. Jeg fulgte med på hva som skjedde i norsk all-



Spesialistkomiteen i allmennmedisin. Nye og gamle medlemmer fra venstre: Ingrid Ytrefhus, Trine Bjørner, Anne Solheim Bentzen, Sverre Borgen, May-Brith Lund, Knut Eirik Eliassen, Hans Høvik, Inger Moi, Kristine Asmervik og Marianne Valnes.

mennmedisin, blant annet gjennom Utpostens redaksjon, som hadde sin base på Nordmøre. Man ville bygge opp allmennmedisin som egen spesialitet, sier Høvik.

Snart fikk han jobb som kommunelege i Frei kommune, som den eneste legen for 5000 innbyggere. Samtidig meldte han seg på en velfungerende veiledningsgruppe. Med støtte fra veilederen, Frode Heian, og gode råd fra kolleger i nabo-kommunene, klarte han etter hvert å etablere et helt nytt legekontor i Frøya. Om den tiden sier han at «å etablere et helt nytt legesenter er noe av det morsomste jeg har gjort... Vi var med på å bygge opp den lokale allmennmedisinen og kommunehelsetjenesten». Da han reiste tilbake til Bergen i 1992, hadde Høvik sju års erfaring i distrikt bak seg, og han hadde vært med på å etablere et nytt fire-legers legekontor. At han selv gikk gjennom spesialistutdanning i allmennmedisin fra starten av, ga ham en innsikt i faget som han har tatt med seg videre i karrieren. Hans glede av å samle og lede grupper av leger har han også utviklet videre.

Engasjert i samfunnsmedisin

Helt siden kommunelegejobben i distriktet, ble det for Høvik naturlig å kombinere allmenn- og samfunnsmedisinske oppgaver. Tilbake i Bergen fant han også sin plass ved å kombinere jobben som allmennlege (og etter hvert fastlege) med ulike samfunnsmedisinske oppgaver. Slik gikk det til at han også tok spesialistutdanning i samfunnsmedisin i 1997.

UTPOSTEN: Du har sluttet som samfunnsmedisiner, men hvilke samfunnsoppgaver har du vært mest engasjert i?

– I de årene jeg har vært i Fyllingsdalen har jeg prøvd å bidra til en best mulig helsetjeneste til den gruppen som har det verst i Norge, rusmisbrukere. Å ta seg av dem på en forsvarlig og god måte er noe jeg er opptatt av.

– Jeg har 20 LAR-pasienter på listen, men jeg er også opptatt av de som ikke kvalifiserer til LAR, men likevel har store avhengighetsproblemer. Denne gruppen har alvorlig somatisk og psykiatrisk sykdom og høy mortalitet. Vi har et godt organisert system for opiatmisbrukere, men det er en del som ikke er i stand til å kvalifisere seg til det, og jeg føler at få bryr seg om denne gruppen.

Strukturert og lyttende

I 2002 ble Hans Høvik spurt om å bli medlem av spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Var dette et verv han hadde ønsket seg på forhånd?

– Jeg hadde aldri tenkt på dette vervet i Legeforeningen før jeg ble spurt, men jeg bestemte meg raskt for å stille opp. Jeg ante ikke hva de jobbet med. Ingen av de tidligere medlemmene skulle forsette. Vi var alle sammen nye, og vi måtte finne ut av komitéarbeidet selv, og lære oss hva vi skulle jobbe med. Det var like spennende som å starte et nytt legesenter.

Etter fire år ble Høvik leder for komiteen, den første i dette vervet som selv hadde tatt spesialiteten etter gjeldende regler. Han beskriver jobben som spennende og arbeidskrevende. De fire medlemmene i komiteen (og fire vararepresentanter) har 1300–1400 saker per år, noe som inkluderer godkjenninger av 150–200 nye spesialister, en rekke spørsmål fra enkeltleger og godkjenning av kurs.

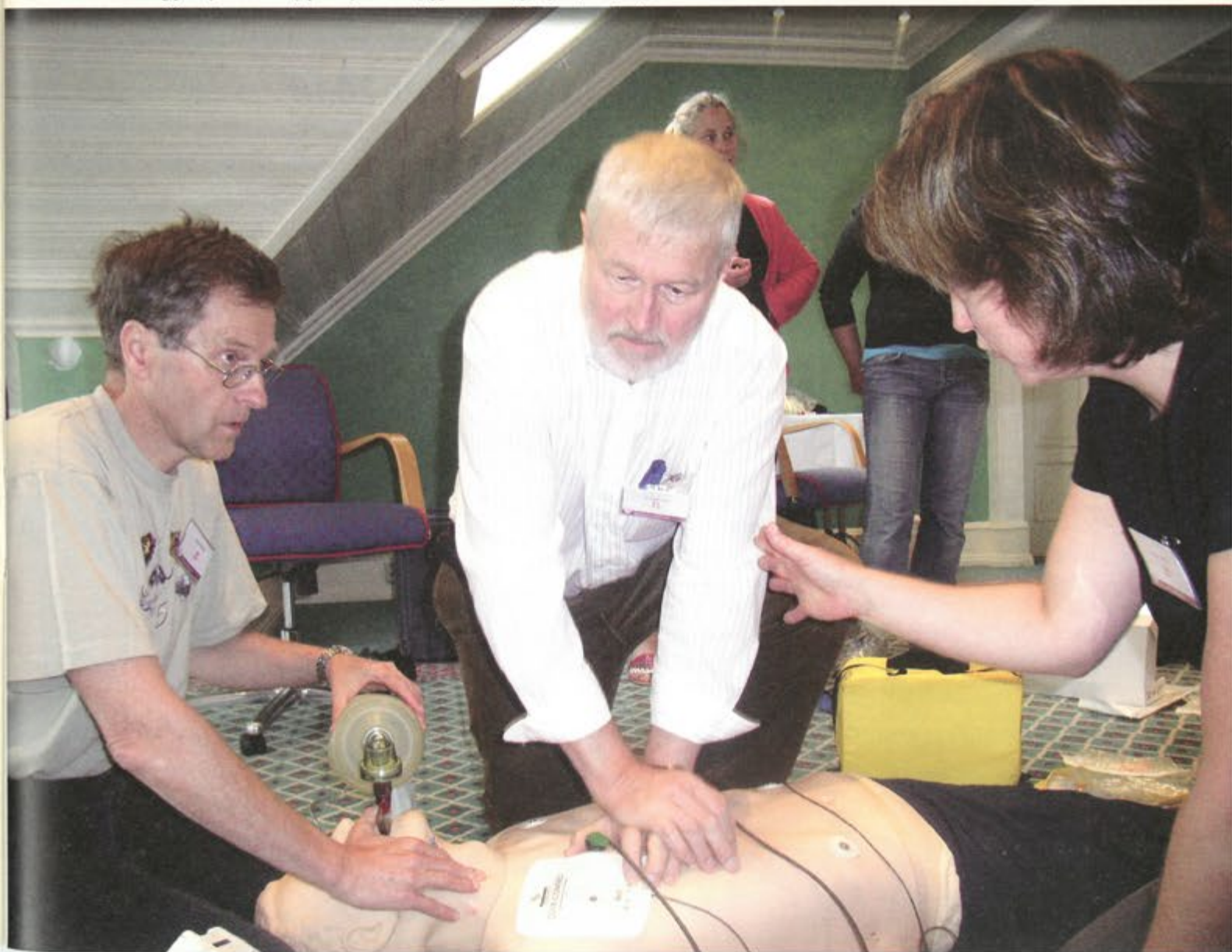
På spørsmål om han har reflektert over sin rolle som leder blir han igjen tilbakeholden med å svare, men legger heller ikke skjul på sin selvtilit:

– Jeg har fått gode tilbakemeldinger. Jeg tror jeg gir struktur til møtene og sørger for at vi kommer i land med alle sakene. Samtidig prøver jeg å lytte til innspillene fra alle, og trekke sammen trådene til slutt. Jeg er ganske åpen for hva avgjørelsen skal bli. Det er viktig at jeg venter med å bestemme meg til jeg har hørt alle argumentene og argumentasjonen.

UTPOSTEN: *Vi har fått signaler om at Helsedepartementet vil ta over spesialistutdanningen av leger. Hvorfor tar du på deg denne jobben fire år til?*

– Hvis ikke allmennlegene selv engasjerer seg og tar vare på spesialitetens utvikling, risikerer vi at andre redefinerer fagets innhold og oppgaver. Dette bør vi gjøre for egen ivaretagelse av allmennmedisinen, og jobben er en del av dugnadsarbeidet i Legeforeningen. Det er mange allmennleger der ute som jobber med lite økonomisk kompensasjon, både når de arrangerer kurs og andre aktiviteter, men ideelt sett burde dette arbeidet være lønnet på en akseptabel måte. Helsedepartementet har ennå ikke bestemt seg når det gjelder spørsmålet om hvordan dette arbeidet skal gjøres i fremtiden, og vi venter på utspill fra myndighetene. Det blir spennende å se hvilke konsekvenser en eventuell flytting av oppgavene til departementet vil ha, både med tanke på praktisk gjennomføring og økonomiske og personellmessige ressurser. Uansett skal Legeforeningen, vi som

Trening på akuttmedisinske prosedyrer er viktig for både unge og voksne kolleger.



jobber med faget i det daglige, sammen med Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen, ivareta de faglige hensyn. Akkurat nå, for eksempel, ser en arbeidsgruppe på hva som skal skje med fornyelse av spesialiteten til legene som velger ikke å jobbe videre i klinisk arbeid, for eksempel en del professorer i allmennmedisin på universitetene. Vi skal ikke forvente at andre skal forstå problemstillingene godt nok for å komme med gode forslag.

I 2008 var Høvik leder for arbeidsgruppen for utdanning i prosjektet Allmennmedisin 2020. Et år senere skrev han for Utposten om visjonene for utdanning i faget. Vårt siste spørsmål utfordrer ham til å prioritere blant de mange gode forslagene som vi kunne lese i prosjektrapporten.

UTPOSTEN: *Hva er de viktigste sakene for spesialitetskomiteen i den nærmeste fremtiden?*

– I dag er det bare 56 prosent av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin. Vi arbeider for at det skal bli et krav å ha spesialistutdanning i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge. Dette vil være en svært viktig kvalitetssikring av allmennlegetjenesten i fremtiden. Like viktig er det å formalisere en ordning med

individuell veiledning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det trenger ikke å være en lege som kandidaten sitter mye sammen med, men en fast veileder som sammen med kandidaten skal utarbeide en utdanningsplan for spesialiseringen. Disse to hovedgrepene vil faktisk innebære en normalisering av spesialiteten i allmennmedisin på linje med de øvrige spesialitetene.

Det er mange saker som engasjerer lederen for spesialitetskomiteen: rekrutteringen til faget, utdanningsstillinger, elementer som skal telle i videre- og etterutdanningen, med spesiell vekt på legevakt- og aldersmedisin, resertifiserings fremtid, og kravene til institusjonstjeneste er bare noen av dem. Mer om disse kan man lese om i dokumentet «Tillit, Trygghet, Tilgjengelighet» utgitt av Legeforeningen i 2009.

Det er blitt mørkt ute og det markerer også slutten på intervjuet. Gleden av å samarbeide med andre leger om å bygge faget allmennmedisin, enten det skjer i et helsesenter eller i Legeforeningens spesialitetskomité, er den røde tråden vi lette etter. Nettopp den har ledet Hans Høvik til der hvor han er i dag, og den vil trolig lede ham videre.

Utlysningstekst AFU stipend 2. halvår 2010

Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennleger som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet og ha veileder ved ett av de allmennmedisinske/ samfunnsmedisinske instituttene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter.

Det er redegjort for lønnsvilkårene i statuttene for stipendet: <http://www.legeforeningen.no/id/134883.0> Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning.

Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater oppfordres til å framlegge sine prosjekter på forskningsdagen på en de allmenn-mediske kongressene, Primærmedisinsk uke eller Nidaroskongressen.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for søkere som kan lastes ned på <http://www.legeforeningen.no/id/145876.0>, eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Søknad skal sendes elektronisk i pdf format. Ved behov for nærmere informasjon, ta kontakt med sekretariatet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariat innen 15. mars 2010

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

v/ Tove Rutle

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Søknader som er sendt etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.



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.

For tiden uskikket som lege

AV PER STENSLAND

Leger skal yte forsvarlig helsehjelp (1). Likevel godtar helsemyndighetene at det ytes hjelp som skiller seg fra god praksis uten at den straks blir betegnet som uforsvarlig. Det er en gråson mellom det gode og det uforsvarlige som de fleste praktiserende leger nok har stiftet kjennskap med. Som kontorleder i en utkantkommune med mange vikarleger på kortvarig besøk, har jeg fått godt innsyn i disse gråsonene. Jeg har også begynt å interessere meg for hva som definitivt ikke er bra nok praksis og hvordan vi på et legekontor kan forholde oss til det.

Dette er både et juridisk og medisinsk felt, og begrepsbruken er varierende. Det er grunn til å unngå begrepet «medisinsk feil» som fokuserer på personlig skyld, mens «avvik» peker mot handlingene som førte til eventuelle skader (2). Her vil jeg bruke betegnelsen uønsket hendelse.

Uønskede hendelser

Uønskede hendelser er en del av praktisk medisinsk arbeid som ikke kan fjernes. Målet er å lære av dem for i størst mulig grad å redusere forekomst og uheldige konsekvenser. Hjort har referert til studier som viser at uønskede hendelser forekommer i ca. ti prosent av sykehusinnleggelser,



Per Stensland

Kommunelege, dr.med. Erfaring som allmenn- og samfunnsmedisiner fra Hadsel, Botswana og Sogndal. Førsteamanuensis ved Universitet i Bergen og kst forskningsleder ved Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin.

og at ca. fem prosent av disse er dødelige (3, 4). Vi har færre data på omfanget av uønskede hendelser i primærhelsetjenesten. Omfattende engelske studier kan tyde på at det er betydningsfulle feil i ca. sju prosent av konsultasjoner og at disse kan klassifiseres under overskriftene diagnostikk, forskrivning, kommunikasjon og organisering (5, 6).

En kan dele uheldige hendelser i systemfeil, menneskelige feil og hendelige uhell, men grensene er ikke alltid klare. Systemfeil skyldes organisering og tilrettelegging av arbeidet, og antas å være hyppigste årsak til uheldige hendelser. Menneskelige feil skyldes utilstrekkelig kompetanse eller personlige forhold som hindrer forsvarlig praksis, og de utgjør nær 1/3 av uønskede hendelser (3). Hendelige uhell har sammenheng med den kalkulererte risiko som ligger i enhver medisinsk prosedyre.

God nok – Mindre god – For tiden uskikket

Å drive praksis etter allment aksepterte faglige normer forutsetter basiskunnskaper og basisferdigheter. Sentrale basisferdigheter er å gi pasienten trygghet på å bli tatt på alvor, men også å kunne utfordre pasienten ved å yte kvalifisert motstand. Dette kan resultere i at pasienten blir skuffet og ikke synes legen «tok meg på alvor». Noen pasienter vil også klage etter en slik opplevelse. Klager er ikke nødvendigvis uttrykk for dårlig praksis eller en uønsket hendelse. Tvert om, hadde jeg nær sagt: Om du aldri opplever en klage – gir du rimelig grad av motstand?

Nøkkelbudskap

- Uønskede medisinske hendelser er hyppige, også i allmennmedisin
- Alle praktiserende leger må regne med selv å kunne bli ansvarlig for uønskede hendelser
- Uønskede hendelser kan gi grunnlag for læring og forbedringsarbeid
- Å tilrettelegge for slik læring er et lederansvar
- Ved alvorlig avvikende atferd må legekontoret vurdere om legen for tiden er uskikket til å praktisere

ÅRSSTALL	AVSLUTTEDE SAKER	REAKSJON	INGEN REAKSJON
2002	173	103	71
2003	172	125	55
2004	237	148	101
2005	242	168	87
2006	252	184	76
2007	271	181	95
2008	224	155	65

TABELL 1. Antall tilsynssaker avsluttet av Statens Helsetilsyn og antall reaksjoner 2002–8. (16)

Mer grunn til å vurdere oss selv i speilet har vi når klagenes repeteres. Er det noe ved kunnskapsgrunnlaget eller praksisen min som ikke holder mål? Er det en tilfeldig opphoping av uønskede hendelser? Mange er sin egen strenge dommer og trenger knapt noen klage for å kjenne på kvalitetssvikt. Men: Vi vil dessverre alle oppleve å gjøre feil som får konsekvenser for en pasient.

Noen av oss vil oppleve tyngre tider. Personlige vansker, privatliv i uorden, opphopning av problemer i jobb kan alle sette oss ut slik at det mentale overskuddet blir mindre enn det som trengs for å kunne fungere som praktiserende lege. Vi er for tiden uskikket som lege. TABELL 1 og 2 gir inntrykk av omfanget av saker som fører til reaksjon fra Helsetilsynet og hva slags saker dette dreier seg om. Rusmisbruk og atferdskontroll er gjengangere. Vi må anta at det bak hver lege som fanges opp og får slik reaksjon, står mange andre som for tiden er uskikket til å praktisere.

Økende innvandring av leger med annen kulturell bakgrunn og språk har aktualisert en type uskikket basert på kommunikasjonssvikt, manglende kulturell kompetanse og til tider manglende basiskunnskaper. Antall underkjennelsessaker fra turnustjenesten har økt ikke minst på grunn av språkproblemer og vurdering av egnethet. Turnusveiledere har tidligere brukt å slippe turnuslegene

2008: 18

2007: 17

2006: 15

2005: 10

- Økningen er liten fra år til år, men trenden er økende
- Terskelen er senket for å lage en sak
- De siste årene økende tendens til underkjennelsessaker. Alt i sykehusturnus

TABELL 3. Underkjennelsessaker turnus. (17)

gjennom nåløyet nærmest uansett yteevne, men dette er i endring (TABELL 3).

Noen eksempler kan tydeliggjøre hva jeg snakker om.

«For tiden nede for telling»

Det tok på Johan å gå gjennom en skilsmisse. Han valgte likevel å bli igjen på utposten sin da kona og ungene flyttet. Alkoholbruken økte uten å være faretruende, men overskuddet var borte. Av alle ting var det akkurat da katastrofen rammet på jobb. Han feiltolket en meningitt og sendte den 17 år gamle jenta hjem. Hun døde der neste dag i morgentimene. Formelt var lite gjort feil. Journalnotatene var klare, undersøkelse og vurdering dokumentert. Men den kliniske vurderingen var gal. Fylkeslegen ga ham ingen refs. Kollegene var greie, men litt flakkende i blikket? Verst var det å lure på om det var egen distraksjon som var årsak til feilvurderingen. Tre uker etter begravelsen ba han om en sykmelding og kontaktet en kollega han kjente i støttegruppa i den lokale legeföreningen.

Et halvår etter var Johan tilbake i jobb.

«Medisinsk nomade» – Den populære sjarlatan

En sentral utkantkommune hadde i lengre tid slitt med legerekuttering. Et velrennomert norsk vikarbyrå skaffet

TABELL 2. Årsak til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe 2002–8. (16)

	SYKEPLEIER	HJELPEPLEIER	LEGE	ANDRE	SUM
Rus	15	7	10	5	37
Sykdom			1		1
Seksuell utnyttning av pasient	1		1	2	4
Atferd	2	3		3	8
Uforsvarlighet	1		2		3
Ikke innrettet seg etter advarsel			3		3
Mistet i utlandet	2		2	2	6
Annet			1		1
SUM	21	10	20	12	63

legen Seb med fremmedkulturell bakgrunn og mangeslunget arbeidserfaring fra Danmark. Han fremstod som en forekommende, arbeidsom og blid kollega. Etter noen måneder begynte et mønster å avtegne seg. Seb holdt kortene tett til brystet og sa lite i felles faglige diskusjoner. Ukentlig mottok han blomster og gaver fra henrykte pasienter. Flink og snill lege. Samtidig meldte andre pasienter overgang fra den samme legen for å få second opinion på behandlingen. Det ble diskusjon på arbeidsplassene når mange personer med ulike plager alle fikk samme diagnose og samme bredspektrede antibiotika. Kommunen avviklet vikarkontrakten. Siste halvåret mottok fylkeslegen ni velbegrunnede klager på legen. Da hadde han fått seg jobb i en annen verdensdel og svarte ikke på brev fra noen.

Seb hadde faktisk mye medisinsk kunnskap, men han var ikke villig til verken å innse eller diskutere at kunnskapen hans også hadde huller.

«Medisinsk rekved»

En perifer kommune fikk ny turnuslege som var utdannet ved et militærakademi, men med seinere tilleggsutdannelse som ga norsk autorisasjon. Den lokale kulturen på utdanningsstedet var sterkt kjønnssegregert og den medisinske

undervisningen han hadde fått, viste seg knapt å ha innbefattet kvinner. Etter kort tid fikk kontorlederen muntlig klage fra en kvinne som syntes hun hadde måttet kle av seg mer enn rimelig var for å vise fram en vond rygg. Snart etter kom en som hadde måttet ta av seg alt for å bli undersøkt for vond hals. Kontorlederen konfronterte turnuslegen med dette. Turnuslegen mente at en grundig undersøkelse forutsatte full sjekk. Han fikk klar beskjed om å endre praksis. Det skjedde ikke. Stadig nye kvinner ble bedt om å kle seg nakne med utgangspunkt i banale plager. Kontorlederen fulgte en tilsvarende prosedyre som anbefales i denne artikkelen. Turnuslegen ble meldt til fylkeslegen, men ble omplassert og fikk ny sjanse i et annet fylke der han satte i gang samme praksis. Han ble igjen meldt til fylkeslegen og denne gang også til politiet. Han mistet autorisasjon som lege og fikk en dom som siden ble rettskraftig.



Skriftens ubarmhjertige budskap

Det er en ubehagelig distriktsprofil på den systematiske medisinske uskikketheten. Jeg har fått innsyn i flere ulike legekantor i utkant-Norge. De fleste drives forsvarlig. Men ved gjennomgang av journaler går det også fram at skiftende vikarer til tider tilbyr farlige og utilfredsstillende legetjenester. Kvalitetssvikten er slik at du aldri hadde kommet unna med det om du praktiserte i en sammenheng der det var bedre innsyn i aktiviteten. I skyggen av en gjennomutprøvd nomadestrategi er det rom for sjarlataner med godt over en million i årslønn. Matteus 25,29 har et velkjent budskap: «For den som har, skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har.» De som rammes er en utkantbefolkning som noen steder har lite, dyr og dårlig legetjeneste.

Hva gjør jeg når det er jeg som har et problem?

Johans situasjon kan ramme enhver. Tenk gjennom de erfaringene du har med å gjøre medisinske nesten-feil eller feil. Hvordan valgte du å handle da?

Er det forhold ved din spesielle bakgrunn som kan hjelpe deg eller gjøre det vanskelig når/dersom du kommer i denne situasjonen? Kunnskap om deg selv og dine egne reaksjonsmønstre kan være en hjelp i en kognitiv forberedelse. Hvem tror du kan være til hjelp?

Når situasjonen har oppstått har mange hatt hjelp av å snakke med en kollega de har tillit til eller en venn fra studietiden. Legeforeningen har støttekolleger i alle fylker.

BOKS 2

En prosedyre for kontoret når en kollega viser tegn til uskikkethet

- Informer legen om klagen du har mottatt
- Diskuter med kontorleder
- Før logg over klager og observasjoner som kan belyse påstanden
- Kontorleder innkaller formelt til en samtale der legen tydelig blir konfrontert med hvilke punkter kontoret ikke er fornøyd med. Legen får kopi av referat fra møtet.
- Kontorleder informer helsesjefen i kommunen. Planlegg ut fra alvoret. Innhente Fylkeslegens råd? Er permittering aktuelt?
- Kontorleder fører logg over klager og observasjoner.
- Om bekymringen fortsetter: Kontorleder kaller legen inn igjen og informer ham om hva han/hun har kjennskap til.
- Kontorleder kontakter Fylkeslegen for å få råd i saka
- Fortsett å føre logg
- Meld saken skriftlig til fylkeslegen. Vurder permittering av legen.

Hva gjør jeg når en kollega har problem?

Det starter med at du mottar muntlige klager fra pasienter eller observerer en praksis du stiller spørsmål ved. I de aller fleste tilfelle vil oppgaven være å tilby kollegaen støtte med sikte på å fungere bedre, ved samtale, ved å informere om støtteordninger, andre ressurser eller støtteinstanser (7).

Så langt er alt greit. Men noen ganger er alvoret og avviket i de faglige eller menneskelige handlingene så utpreget at du mener dette ikke er nok. Du har mistanke om alvorlig avvik uten at du på dette tidspunktet har mulighet til å få oversikt over omfanget. Hva gjør du da? (BOKS 2)

Like viktig som å veilede legen kan det nå være å verne befolkningen mot en potensielt skadelig kollega.

Det er rimelig å starte med å informere legen om klagen du har mottatt i en fortrolig samtale. Terskelen kan føles betydelig, men det må gjøres. Det er et alvor over slike saker som tilsier at du noterer deg dato for samtalen og lager et kort referat.

Mistenker du alvorlig avvik bør du samtidig informere kontorleder. Hva mener hun? Hvordan skal dere gå videre i gråsonen? Tiden er inne for å loggføre klagen, når de ble mottatt, eventuelt hva du selv har observert og når du har observert det.

Dersom lite endrer seg, må du igjen kople inn lederen på kontoret og gi henne tilgang på ditt materiale. Det er et lederansvar å rydde opp i denne typen saker. Dersom saka er alvorlig nok må kommunen eller kontoret permittere legen før han gjør mer skade. Fylkeslegens reaksjon vil ta tid og i spesielle saker må en handle raskt.

Vurdering og rapportering – det enkle er en god start

Helsetilsynet er kritisert av allmennleger for ikke å bidra til en fornuftig faglig samtale om feilhandlinger gjennom de arbeidsmetodene de bruker i systemtilsyn og klagesaker. Tilsynsmetoder basert på systemrevisjon har introdusert et fremmedgjørende maktspråk (systemrevisjon, tilsynsobjekter osv) som setter fokus på avvik og dermed underkommuniserer at en virksomhet i hovedsak kan fungere godt. Praktikere har etterlyst nedtoning av formelle reaksjoner ved mindre avvik og et større rom for tilsyn og veiledning i dialog (8, 9).

Norske anestesileger har erfaring med å bruke enkle rapporteringssystemer for avvik under anestesi som lærestykker for å forbedre praksis (10). Det er mulig å innføre

rutinemessig registrering av uheldige hendelser i en virksomhet dersom systemet er så enkelt at det kan integreres i den daglige driften. I anestesifaget er en tillitsbasert rapporteringskultur vist å fungere bedre enn systemer basert på inspeksjon og kontroll. Offentlige meldesystemer har liten oppslutning. Dette kan være uttrykk for at de ikke oppfattes som gode utgangspunkt for faglige diskusjoner. En rekke studier viser at allmennleger er interessert i å delta i meldesystemer som vektlegger forebyggende arbeid og læring fremfor ikke disiplinerende tiltak (4).

Det fins undervisningsmaterieell basert på gjennomgang av andre kollegers uheldige hendelser som har ført til klagesaker. Deltakerne kan diskutere forløp og saksgang med sikte på å forstå hvor de medisinske vurderingene svikket og hvor kommunikasjonen om klagesaken eventuelt skar seg (7, 11). Fylkeslegen i Sogn og Fjordane har også vist metoder for å drive læringsnettverk i primærhelsetjenesten basert på registrering av aktivitet og avvik (12).

Et støttende kollegialt miljø kan være det som hjelper en over kneika når det blir ens egen tur til å føle at alt kunne vært gjort bedre. Dersom en greier å snakke sammen om de små tabbene (ukas tabbe) er en på god vei til å senke skuldrene sammen. Opplever jeg å bli hørt av mine kolleger, vil jeg ha lettere for å høre på pasienten (13).

Et lederansvar

Yngre leger bør forvente av en god leder at hun kan samtale om feil – egne og andres. Interne samtaler vil gjøre terskelen lavere for å kunne snakke med pasient og pårørende når uhellet er ute. Og den vil gjøre det mindre belastende for leger å leve med risikoen for egne feilvurderinger.

I tillegg må lederen rapportere alvorlige uønskede hendelser til tilsynsmyndighetene etter fastsatte regler. Uforsvarlig medisinsk praksis må kunne fanges opp slik at utøveren kan få veiledning, behandling eller andre tiltak. Det er et kollegialt ansvar å se til at legen det denne gangen gjelder blir ivaretatt personlig og på arbeidsplassen. Praksis viser derimot at ledelsen ved enkelte avdelinger fremdeles reagerer på anklager om feil ved å støte ut enkeltpersoner.

Åpenhet mangler fremdeles

De fleste amerikanske leger oppgir at de vil rapportere uønskede hendelser som kan forårsake pasientskader, men bare et lite antall har faktisk rapportert feil (14). En norsk studie fant at leger i Norge og Australia i hovedsak var enige om hva som er hensiktsmessige reaksjonsmåter etter slike hendelser. Norske leger var likevel mindre åpne enn de

australske for å dele alvorlige avvikserfaringer (15). I kjølvannet av Hjort's artikkel om uønskede hendelser i Tidsskriftet fulgte en diskusjon med spydig undertone om hans habilitet og «objektivitet» i behandlingen av stoffet fordi han både var lege og pårørende. Er norske leger modne for å lese om, enn si diskutere, egne uønskede hendelser?

Ubehaget

Leger må lære seg ikke å gå i forsvar når de møter pasienter som har vært utsatt for uønskede hendelser (13). Pasienter som har opplevd et tap, av helse eller av en pårørende, må få en anledning til å presentere sin fortvilelse uten snev av motstand – i første omgang. Først senere bør legen også kunne legge fram sitt syn på hendelsesforløpet. Men der og da, i det øyeblikket den såre fortellingen legges fram, må legen kunne møte pasienten med et nakent: Jeg beklager.

Det er et ubehag forbundet med å gjøre dette. På samme måte som det oppleves strevsomt å konfrontere en kollega med klager på hans/hennes praksis. Men det må gjøres.

Litteratur

1. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:643–4.
2. Syse A. Medisinske feil – begrepsbruk, perspektiver og utsyn. I: Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 17–43.
3. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
4. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
5. Rubin G, George A, Chinn D, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and a pilot study of a method for detecting errors. Qual Saf Health Care 2003; 12:443–7.
6. Wilson RM, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. BMJ 2002; 324: 584–7.
7. Bratland SZ, Lundevall S (red). Læring av feil og klagesaker. Helsetilsynet, Rapport nr 7, 2009.
8. Braut GS. Fylkeslegen – helsepersonells venn eller fiende. I: Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 109–22.
9. Stensland P, Bråtevit A, Fosse A. Kvalitetssikring, revisorholdning og rettssikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 704.
10. Fasting S. Routine based recording of adverse events during anaesthesia. Application in quality improvement and safety. Doktorgradsavhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2003.
11. Nilsen GE, Berg E, Eskerud J et al, red. Kollegabasert læring av klagesaker. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 29–34.
12. Pedersen OB, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 146: 1046–9.
13. Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J. Legekunst i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
14. Riska O. Rapportering av uønskede hendelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 552.
15. Aaraas IJ, Jones B, Gupta TS. Norske og australske legers holdninger til medisinske avvikshendelser. Tidsskrift Nor Lægeforen 2005; 125: 2204–6.
16. Statens Helsetilsyn. Tilsynsmelding 2008.
17. SAFH. Personlig meddelelse 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Per.Stensland@isf.uib.no

Hva påvirker legers forskrivningspraksis?

AV SIGNE AGNES FLOTTORP

Legemiddelforskrivning er det mest brukte behandlingstiltaket i allmennpraksis. Rett bruk av legemidler er nyttig og trygt for de fleste pasienter. Det er imidlertid ofte enklere å ty til reseptblokk, enn å bruke alternative tiltak. Legemiddelbruk innebærer risiko for bivirkninger. Unødvendig og feilaktig bruk av legemidler kan føre til sykdom og død.

Det er mange legemidler å velge mellom. Stadig flere pasienter har kroniske sykdommer, og stadig flere, særlig blant de eldre, har mange sykdommer samtidig. Disse pasientene får gjerne mange legemidler, og risikoen for bivirkninger og uheldige interaksjoner øker.

Det er stor variasjon i det meste av legers praksis, også forskrivningspraksis. Det er vanskelig å følge med på retningslinjene for medikamentell forebygging og behandling, og det er umulig å ha oppdatert kunnskap om legemidler. Det er vanskelig å gardere seg mot feil og farlig legemiddelforskrivning.

Tiltak for mer rasjonell legemiddelforskrivning – Rx for Change

«Rx for Change» er en offentlig tilgjengelig database (1) som formidler dokumentasjon om effekten av en rekke ulike strategier for å forbedre forskrivning og bruk av legemidler. Databasen inneholder korte oppsummeringer av hovedfunnene i systematiske oversikter av studier som har undersøkt effektene av tiltak rettet mot helsepersonell og mot brukere/pasienter, og av ulike måter å organisere, finansiere og regulere helsetjenester. De fleste oversiktene har undersøkt effekter av tiltak på ulike aspekter av legerpraksis, ikke bare legemiddelforskrivning. Databasen ble opprinnelig publisert i 2007, og en oppdatering av databasen ble publisert i oktober 2009. Databasen er utviklet i samarbeid mellom Canadian Optimal Medication Pres-



Signe Agnes Flottorp

Cand.med. i Oslo 1979, spesialist i allmennmedisin, dr. med. i Oslo 2003. Mange års erfaring som distrikts- og kommunelege i Lofoten og bydels- og allmennlege i Oslo. Forsker ved Folkehelse fra 1994, Sosial- og helsedirektoratet fra 2002 og Kunnskapssenteret fra 2004. Professor II i samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen fra 2007.

cribing and Utilization Service (COMPUS), the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) og the Cochrane Consumers and Communication Review Groups. Kunnskapssenteret har bidratt aktivt til litteratursøket og identifiseringen av oversiktene i databasen gjennom vårt engasjement i EPOC.

Innholdet er basert på systematiske og omfattende litteratursøk etter relevante systematiske oversikter, som er valgt ut etter eksplisitte kriterier. Den metodologiske kvaliteten av oversiktene er vurdert ved hjelp av en skåre på en skala fra null til elleve poeng. Oversikter som skåret tre og lavere ble ekskludert. I alt 153 oversikter står på listen over ekskluderte oversikter.

Jeg omtaler tiltakene rettet mot leger og annet helsepersonell, og oppsummerer kort noen av de inkluderte oversiktene. Jeg har valgt ikke å si noe om kvaliteten av oversiktene. Interesserte kan utforske databasen for å få mer informasjon.

Distribusjon av skriftlig informasjon

Skriftlig informasjon om viktige forskningsresultater og kliniske retningslinjer kan distribueres til mange leger til en relativt lav kostnad. Hensikten er å skape oppmerksomhet og forbedre kunnskaper, holdninger, ferdigheter og profesjonell praksis, for at dette skal føre til bedre helseutfall for pasientene. En oversikt av Farmer og medarbeidere (2), med 23 inkluderte studier, antyder at passiv formidlig

av skriftlig informasjon alene, sammenliknet med ingen tiltak, kan føre til en liten forbedring i legenes praksis. Det var ingen bedring i pasientutfallene. Studiene viste litt forskjellige effekter. Vi vet lite om når skriftlig informasjon kan ha større effekt, eller hvilke spesifikke karakteristika ved skriftlig informasjon som kan bidra til å øke effekten.

Arnold og medarbeidere (3) undersøkte effekten av ulike tiltak for å forbedre forskrivning av antibiotika, og inkluderte 39 studier av forskjellige typer intervensjoner. Fire studier vurderte effekten av skriftlig informasjon, og fant ingen sikker effekt, med unntak av en finsk studie som viste at bruken av makrolider ble redusert i Finland etter at det ble publisert anbefalinger om å unngå dette som førstevalg ved behandling av infeksjoner med gruppe A-streptokokker.

Kurs, møter og workshop

Kurs, møter, konferanser, seminarer, symposier, foredrag og workshops er vanlige aktiviteter i videre- og etterutdanning for leger. Deltakelse i slik undervisning er obligatorisk for å få spesialitet i allmennmedisin i Norge. Hensikten er å forbedre profesjonell praksis og derved pasientutfall.

Forsetlund og medarbeidere (4) inkluderte 81 studier som evaluerte effektene av slik undervisning i sin oversikt. For-

fatterne konkluderte med at slike møter alene eller kombinert med andre tiltak kan forbedre praksis. Effektene var små til moderate, varierte mellom studiene, og effekten kan sammenliknes med det som oppnås ved andre tiltak rettet mot profesjonelle, som audit og feedback og praksisbesøk. Få studier har sammenliknet ulike typer undervisningstiltak med hverandre. Det var ikke mulig å forklare forskjellene mellom studiene, men det så ut til at kurs med en blanding av interaktivt og didaktisk opplegg hadde større effekt enn kurs med bare en av delene. Kurs og møter så ut til å ha svært liten effekt på kompleks profesjonell atferd, mens det var lettere å endre enkle atferdsmønstre. Effekten var større for mer alvorlige i forhold til mindre alvorlige utfall.

Arnold og medarbeidere (3) inkluderte ti studier som omhandlet kurs og møter for å forbedre forskrivning av antibiotika. Passiv undervisning med forelesninger førte ikke til bedre forskrivning, mens interaktive kurs hadde en viss effekt.

Lokale konsensusprosesser

Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter om lokale konsensusprosesser.

Opplæring ved praksisbesøk

«Educational Outreach Visits» innebærer at en person som har fått spesiell opplæring besøker legekontoret for å gi in-

Antibiotika er en legemiddelgruppe der effekten av ulike intervensjoner for å forbedre forskrivningen er studert. Bildet viser penicillin i krystallinsk form, fotografert i polarisert lys med 100 x-forstørrelse. FOTO: LUISLO BORJA



formasjon som kan forandre legenes praksis. Informasjonen kan eventuelt inneholde tilbakemeldinger på legenes praksis.

O'Brien og medarbeidere (5) inkluderte 69 studier i oversikten om praksisbesøk. Av disse handlet 29 studier om forskrivning, hvorav 17 studier hadde som mål å redusere unødvendig forskrivning. Tre studier rettet seg mot å redusere bruk av benzodiazepiner og fem studier gjaldt uhenksmessig legemiddelbruk blant eldre. Ni studier rettet seg mot å bedre bruk av antibiotika. I tre studier var målsetningen å øke bruk av indiserte legemidler. I mange av studiene var målet å øke bruken av bestemte legemidler, og samtidig redusere bruk av andre, ofte mer kostbare legemidler, for eksempel i NSAID-gruppen. Forfatterne konkluderte at opplæring ved praksisbesøk hadde konsistente positive effekter på tvers av studiene. Effekten var relativt liten, men likevel potensielt viktig.

Arnold og medarbeidere (3) fant blandede resultater i åtte studier om effekten av praksisbesøk for å forbedre bruk av antibiotika. Nisthala og medarbeidere (6) fant positive effekter av opplæring ved praksisbesøk for å redusere unødig bruk av legemidler med psykotrop effekt i sykehjem.

Lokale opinionsledere

Lokale opinionsledere er kolleger som blir vurdert som sympatiske, tillitvekkende og med faglig tyngde og innflytelse. På grunn av deres innflytelse tenker man seg at bruk av opinionsledere kan støtte implementering av retningslinjer og kunnskapsbasert praksis.

En systematisk oversikt med åtte studier fant at lokale opinionsledere kan forbedre praksis i en viss grad (7). De fleste studiene var fra sykehus i USA, så det er usikkert hvor overførbare disse resultatene er. Farmasøytisk industri bruker forøvrig opinionsledere aktivt i sin markedsføring.

Pasientmedierte tiltak

Pasientmedierte tiltak innebærer at ny klinisk informasjon blir samlet fra pasientene og gitt til legen, for eksempel depresjonsskår fra et måleinstrument.

Pasientmedierte tiltak førte til bedre forskrivning og bruk av antibiotika, men effekten var relativt liten og varierte i de sju studiene som undersøkte dette (3). En annen oversikt fant også positive effekter i seks studier av pasientmedierte tiltak (8).

Gransking av praksis med tilbakemelding

Oppsummering av innsamlede data, og tilbakemelding til legene om egen praksis («audit» og «feedback»), er en

utbredt metode i arbeid med kvalitetsforbedring. Tilbakemeldingene inneholder ofte sammenlikninger av egen praksis med kolleger, men kan også inneholde forslag til endring av praksis.

Jamtvedt og medarbeidere (9) oppdaterte i 2006 en systematisk oversikt om audit og feedback, og inkluderte 118 studier, hvorav 20 handlet om forskrivning. Forfatterne konkluderte med at audit og feedback kan føre til forbedring i praksis. Effekten var generelt liten til moderat. Det var større forbedring når utgangspunktet var dårlig; for de legene som hadde en mer optimal praksis, var det vanskeligere å få til forbedring. Studier som hadde mer intensive tiltak, viste også større effekt. En oversikt med fire studier om effekten av audit og feedback for å forbedre forskrivning av antibiotika fant også positive, men små effekter (3).

Påminnere

Påminnere er informasjon som er spesifikk for en pasient eller en konsultasjon, og som blir gitt i forbindelse med at det skal tas en klinisk beslutning. Informasjonen kan bli gitt muntlig, eller skriftlig på papir eller elektronisk. Hensikten er at legen skal bli minnet på informasjon som er tidligere kjent fra utdanning, tidligere journalnotater eller samhandling med kolleger. Hensikten er at legen skal bli minnet på å gjøre – eller unngå – spesielle handlinger i behandlingen av enkeltpasienter. Databasert beslutningsstøtte er inkludert her.

En oversikt undersøkte effekten av databasert beslutningsstøtte, og inkluderte 100 studier, hvorav 29 handlet om forskrivning og dosering av legemidler (10). De fleste av disse studiene viste positiv effekt på praksis, men ingen sikker effekt på pasientutfall. Studier der deltakerne automatisk fikk opp påminnerne viste større effekt enn når deltakerne selv måtte aktivere systemet.

Påminnere – databaserte systemer for beslutningsstøtte (legemiddeldosering)

Noen legemidler har et smalt terapeutisk vindu, for eksempel warfarin: For lav dosering gir liten effekt og økt risiko for blodpropp, mens for høy dosering øker risikoen for blødning. For slike legemidler er det viktig at legen forskriver riktig dose. Databaserte systemer som gir anbefaling om dosering kan være en støtte. En oversikt over databaserte systemer for å gi støtte ved dosering av legemidler inkluderte 23 studier (11).

Slike systemer så ut til å ha noen fordeler både for legene og for pasienten: høyere startdoser, økt serumkonsentrasjon, raskere terapeutisk kontroll, redusert risiko for toksiske

nivåer og kortere sykehusopphold. Databaserte doseringssystemer syntes imidlertid ikke å redusere forekomsten av bivirkninger, som blødninger eller embolier. Oversikten identifiserte ingen spesielle faktorer som kunne forklare forskjeller i effekt mellom studiene.

Påminnere – databasert forskrivning

Databaserte forskrivningssystemer («Computerized physician order entry», CPOE) omfatter en rekke databaserte systemer som har det til felles at de innebærer automatisering av forskrivningsprosessen og sikrer standardiserte, lesbare og fullstendige forskrivninger. Kliniske beslutningsstøttesystemer («Clinical decision support systems», CDSS) er bygd inn i nesten alle databaserte forskrivningssystemer i varierende grad. Basal klinisk beslutningsstøtte gir databaserte råd angående legemiddeldosering, administrasjonsform og hyppighet. Mer avanserte systemer kan også sjekke allergier, sjekke dosering mot laboratorieverdier, og gi advarsel ved potensielle interaksjoner mellom rekvirerte legemidler, samt gi påminninger om andre mulige konsekvenser av legemiddelforskrivningen (for eksempel minne om glukosemålinger ved forskrivning av insulin) eller minne om relevante retningslinjer for legemiddelbruk.

En oversikt fra 2003 inkluderte fem studier som undersøkte effekten av databaserte forskrivningssystemer og sju studier som undersøkte kliniske beslutningsstøttesystemer (12). Forfatterne konkluderte med at bruk av slike systemer kan føre til en vesentlig reduksjon av medisinske feil, men de fleste studiene var ikke store nok til å finne forskjeller i bivirkninger. De fleste studiene evaluerte et mindre antall «hjemmelagede» systemer. Det er behov for mer forskning for å evaluere kommersielle systemer, for å sammenlikne ulike applikasjoner, for å identifisere nøkkelkomponentene av applikasjonene, og for å identifisere faktorer som er relatert til en vellykket implementering av disse systemene.

Skreddersydde intervensjoner

Skreddersydde intervensjoner er tiltak rettet mot å endre profesjonell praksis, som er utviklet på grunnlag av en analyse av faktorer som kan begrunne eksisterende praksis, for å identifisere forhold som kan motvirke endring av praksis. En oversikt over slike tiltak inkluderte 15 studier, hvorav seks var rettet mot forskrivningspraksis (13). Slike skreddersydde intervensjoner syntes å ha positive effekter. En oppdatering av denne oversikten vil bli publisert i løpet av året. Den har inkludert ytterligere 11 studier, og konkluderer med at skreddersydde tiltak er effektive. Det er utilstrekkelig dokumentasjon for hvilke metoder som er mest effektive for å identifisere hindringer mot å forandre praksis, og det mangler også kunnskap om kostnadseffektiviteten av slike tiltak.

Massemedia

En systematisk oversikt fra 2002 inkluderte 20 studier med såkalt avbrutt tidsseriedesign. Det betyr at det ikke var noen kontrollgrupper, men praksis ble registrert minst tre ganger både før og etter informasjonskampanjer i massemedia (inkludert radio, TV og aviser) (14). Forfatterne konkluderte med at dokumentasjonen var begrenset både i kvalitet og kvantitet, men studiene viste at massemedia kan spille en viktig rolle ved å påvirke etterspørsel etter og bruk av helsetjenester.

Andre tiltak

Databasen «Rx for Change» (1) inneholder ikke bare informasjon om tiltak rettet mot leger og annet helsepersonell, men også oppsummeringer av studier rettet mot brukere/pasienter, samt evalueringer av ulike systemer for å organisere, finansiere og regulere helsetjenester. Det fører for langt å omtale disse tiltakene her. Interesserte kan gå til nettsiden til Rx for Change.

Helt kort kan vi si at slike tiltak kan ha en klar effekt på legers praksis, også når det gjelder legemiddelforskrivning. Regulering av forskrivning via blåresept-ordningen er sannsynligvis mer kostnadseffektiv enn tiltak rettet mot legene. Slike reguleringstiltak bør ha god faglig begrunnelse, for å unngå mistillit mellom forskrivende leger og myndighetene.

Konklusjon

Det er mange forhold som påvirker legers forskrivning. Kvalitetssikring av forskrivningen er viktig for å redusere risiko for sykdom og død på grunn av feil bruk av legemidler. En rekke tiltak kan bidra til bedre forskrivning av legemidler. De fleste tiltakene har begrenset effekt, og vi vet lite om hvor effektive tiltakene er i forhold til hverandre.

Referanser

1. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Rx for change. <http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions>
2. Farmer AP, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD004398.
3. Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD003539.
4. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD003030.

5. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000409.
6. Nishtala PS, McLachlan AJ, Bell JS, Chen TF. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(8):621-632.
7. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD000125.
8. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8(6):iii-72.
9. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
10. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005; 293(10): 1223-1238.
11. Durieux P, Trinquart L, Colombet I, Nies J, Walton R, Rajeswaran A et al. Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD002894.
12. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003; 163(12):1409-1416.
13. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD005470.
14. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD000389.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
signe.flottorp@kunnskapssenteret.no

C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml, 1 ml innveks: Bumetanid 0,5 mg, dinatriumfosfatdihydrat 0,9 mg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, xylitol 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml. C03C A02

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

Indikasjoner: Injeksjonsvæske og tabletter 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsett diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. Tabletter 5 mg: Slike nedsatt nyrefunksjon (glomerulusfiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungeødem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Injeksjonsvæske:** Hvor øyeblikkelig virkning ønskes eller der peroral behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Akutt lungeødem:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10-15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller inntil 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. **Akutt nyreinsuffisiens:** 6,25-12,5 mg (12,5-25 ml) langsamt i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1-2 timer, ev. gjentatt. **Forsett diurese ved urolitotiske operasjoner:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelforgiftninger:** Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter avpasses dose og intervall etter ønsket timediurese. **Hypertensive kriser:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. **Tabletter: 1 mg og 2 mg:** 0,5-2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2-4 mg daglig. Døgndosen kan med fordel gis som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyreinsuffisiens forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkelt dosering bør begrenses til 10 mg. I litteraturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døgn. **Kontraindikasjoner:** Truende eller manifest leversvikt og leverkoma. Anuri som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller toseamid. Dehydrering eller hypovolemi. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforstyrrelser eller ved hypovolemi. Serumkalium bør bestemmes for behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og ensidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og urinsyregeki, da loop-diuretika kan forverre disse tilstandene. Hos pasienter disponert for urinsyregeki må urinsyrekonentrasjonen i serum kontrolleres. Pasienter på adekvat diuretikabehandling skal ikke stå på streng saltfattig kost, da behandling med loop-diuretika kan gi hyponatremi. Urinmengden skal kontrolleres. Pasienter med partiell obstruksjon av urinstrømmen krever nøye overvåkning, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Pasienter bør informeres om at Burinex kan gi svimmelhet og tretthet, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bumetanid kan forsterke ototoksisiteten av aminoglykosider og andre ototoksiske legemidler. Pga. faren for irreversibel skade, må disse legemidlene bare gis samtidig dersom sterke medisinske grunner foreligger. Høye doser av visse cefalosporiner og bumetanid kan gi økt nefrotoksisk effekt og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller doseøkning med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig seponeres eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** **Overgang i placent:** Skal ikke brukes ved 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 påvirkes ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** **Hypertensjon:** Hypertensjon (1/100). Hypokalemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolemi, hyperurikemi og hypomagnesemi. **Mindre hyppige:** Muskelkramper, **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinalt besvær. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metabolske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, svimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Injeksjonsvæske:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterkt sure. **Rekvireringsregel:** **Tabletter 5 mg:** Behandlingen skal være instituert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske:** Amp.: 5 x 4 ml kr 91,80. **Tabletter: 1 mg:** Enpac: 100 stk. kr 146,20. 2 mg: Enpac: 100 stk. kr 265,50. 5 mg: Enpac: 100 stk. kr 506,40. **Ti:** 12b)2, 27a)2. **Refusjoner:** 12b)2: Ved oppstart av behandling for ukompilert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregeki, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne anklr/ødem, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesykdom, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholsk leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. **Vilkår:** Ingen spesifisert

Burinex[®]

1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:

Bumetanid. 1 mg

Lactos. monohydr.
constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resistens overfor andre diuretika.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



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

I samme båt

– spesialist- og primærhelsetjenesten samarbeider om sjøtransport

AV INGEBJØRG HERMSTAD-PEDERSEN,
student ved Universitetet i Bergen

TONE MORKEN,
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen

STEINAR HUNSKÅR,
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen
Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Med sin lange kystlinje med mange øyer og fjorder og spredt bosetning har Norge lang tradisjon for bruk av båt som transportmiddel for både lege og pasient. Til tross for endringer i transportforhold og bosettingsmønster langs kysten, er det fremdeles steder hvor befolkningen mangler eller har dårlig forbindelse til omverdenen. Som særoppgave i medisinstudiet har Ingebjørg Hermstad-Pedersen kartlagt bruk av båt til helseoppdrag i Norge – med vekt på legevakt.

Båt brukes til ulike helseoppdrag, det vil si både ambulansetransport, syketransport og skyss av helsepersonell. Regionale helseforetak har ansvar for ambulansetjenesten og syketransport (1), og kommunene har ansvar for transport av helsepersonell i primærhelsetjenesten (2). De ulike typer båter som utfører helseoppdrag klassifiseres gjerne som ambulansebåt (fellesbetegnelse for ambulanse-, lege- og syketransport med båt) og samfunnsbåt (båt som har avtale om å utføre ambulansetjeneste, syketransportoppdrag og skyss av helsepersonell og som utfører ordinære transportoppgaver i sitt primærrområde).

Her beskriver vi noen resultater fra en kartlegging av bruk av båt i primærhelsetjenesten, det vil si type og antall oppdrag, hvordan båtene er utstyrt, og bemanning med helsepersonell.

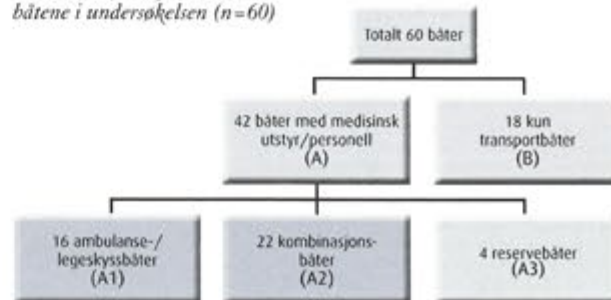
Fra Nasjonalt legevaktregister for 2007 ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ble det hentet opp-

lysninger fra alle landets kommuner om ambulansetjenester. Våren 2008 ble det sendt spørreskjema til legevaktansvarlig i de kommunene som ifølge legevaktregisteret hadde ambulansetjeneste stasjonert i kommunen, eller hvor legen brukte båt ved utrykning/rød respons. En kontaktperson for hver båt ble deretter intervjuet per telefon. Aktuelle båter ble kategorisert i to grupper: A) Båter med medisinsk utstyr/personell og B) transportbåter, det vil si kun transportmiddel ved helseoppdrag. I denne undersøkelsen valgte vi å se nærmere på båtene med medisinsk utstyr/personell.

71 (16 prosent) av landets kommuner disponerte båt til helseoppdrag, og det ble identifisert totalt 60 båter. Mens noen kommuner disponerte flere båter, var det andre områder der flere kommuner delte på samme båt. Båtene ble brukt til helseoppdrag i til sammen 82 kommuner fordelt på 13 fylker: Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Vest-Ager, Telemark, Oslo og Østfold. 42 båter hadde medisinsk utstyr og/eller personell (A), mens de øvrige 18 var kun transportbåter (B).

Båtene med medisinsk utstyr/personell kunne deles i tre typer: Ambulanse-/legeskyssebåter, kombinasjonsbåter og reservebåter (FIGUR 1). Ambulanse-/legeskyssebåter hadde

FIGUR 1. Flytdiagram over alle båtene i undersøkelsen (n=60)



nesten utelukkende helseoppdrag. Kombinasjonsbåtene hadde andre oppgaver i tillegg til helseoppdrag, for eksempel kunne de fungere som lokalrute med skyss av pendlere og skolebarn, ha oppdrag for el-verk, politi, brann- og redningstjenesten, skyss veterinær, levere varer, fungere som los eller ha charteroppdrag. Reservebåter var båter som kunne settes inn ved samtidighetskonflikter. Det er ikke ført egen statistikk over bruken av reservebåtene og de er derfor kun med i den geografiske oversikten. Her beskriver vi ambulanse-/legeskyssbåtene samt kombinasjonsbåtene, altså 38 båter (A1 OG A2 I FIGUR 1).

Helseoppdrag med båt vanligst i Nord-Norge

Antall årlige oppdrag er basert på statistikk, stipulerte tall fra helseforetak, eller anslag fra båtfører. Det ble rapportert nesten 11 000 helseoppdrag årlig i Norge med ambulanse-/legeskyssbåter og kombinasjonsbåter. Av disse var vel halvparten (51 prosent) ambulanseoppdrag, mens resten var fordelt på helsepersonellskyss (36 prosent) og syketransport (13 prosent). Nord-Norge hadde flest båter og flest oppdrag (TABELL 1, s. 20). I Helse Vest forekom en firedel av alle oppdrag, en tredel forekom i Helse Midt-Norge, mens Helse Sør-Øst hadde en svært liten andel av helseoppdragene. Båtkruken skiller seg særlig tydelig ut når det blir relatert

til folketallet (3). Helseregion Nord har kun ti prosent av Norges befolkning, men hadde 40 prosent av alle helseoppdrag med båt. I Helseregion Sør-Øst bor 55 prosent av Norges befolkning, mens regionen kun hadde to prosent av alle helseoppdrag med båt. Lang kystlinje og mange øykommuner er en viktig forklaring på særdeles mye bruk av båt til helseoppdrag i Helseregion Nord. Dessuten er det ulike bosettingsmønstre og befolkningstetthet i de ulike helseregionene. I Helseregion Sør-Øst er befolkningstettheten 25 innbyggere/km², i Helseregion Vest 24 innbyggere/km², i Helseregion Midt-Norge 12 innbyggere/km², og i Helseregion Nord kun fire innbyggere/km². Dette viser at det er ulikt behov for båt som transportmiddel, og dermed også for båt til helseoppdrag.

Stor variasjon i reisetid

Reisetid, det vil si varighet av vanligste tur og lengste tur med pasient om bord, ble anslått av båtfører eller annen representant på båten. Reisetiden gjelder oppdrag klassifisert som pasientskyss, men også ambulanseoppdrag hvor pasienten må tas med i båten for transport til legevakt eller sykehus. Det var stor variasjon mellom båtene, både når det gjaldt reisetid for vanligste og lengste tur, der Helseregion Nord skiller seg ut med de lengste reisetidene (TABELL 2, side 21).



HELSEREGION (ANTALL BÅTER)	AMBULANSEOPPDRAG		HELSEPERSON. SKYSS		SYKETRANSPORT		TOTALT	
	ANTALL	%	ANTALL	%	ANTALL	%	ANTALL	%
Nord (18)	2 112	38	1 488	38	741*	54	4 341	40
Midt-Norge (7)	938	17	1 454	37	335	25	2 727	25
Vest (10)	2 270	41	948	24	292	21	3 510	33
Sør-Øst (3)	192	4	3	0	0	0	195	2
	5 512	100	3 893	100	1 368	100	10 773	100

TABELL 1. Antall (%) helseoppdrag i de fire helseregionene.

* Det mangler tall for én båt.

Helsepersonell og medisinsk utstyr i båten

Åtte av 16 av ambulanse-/legeskyssbåter hadde bemanning med helsepersonell fast ombord i båten. Tre av de 22 kombinasjonsbåtene hadde helsepersonell fast om bord, mens halvparten hadde bemanning med helsepersonell på alle ambulanseoppdrag. For tre ambulanse-/legeskyssbåter og tre kombinasjonsbåter ble helsepersonellbemanningen ivarettatt av kommunelege.

20 av 38 båter var utstyrt tilsvarende bilambulanser, og fulgte gjeldende retningslinjer i sine helseforetak. Fem av båtene hadde mer medisinsk utstyr enn standard for bilambulanser. Alle disse fem ble brukt som flytende legekontor eller legevaktlokale. 12 kombinasjonsbåter hadde mindre medisinsk utstyr enn bilambulanser.

Hvorfor brukes båt til helseoppdrag?

Det var ulike grunner til at båt ble brukt til helseoppdrag. Båten hadde gjerne kortere transporttid, bedre framkommelighet, erstattet helikopter når dette ikke kunne gå grunnet vanskelige værforhold, det var bedre komfort for pasienten enn i bil, eller flere pasienter kunne fraktes samtidig. I en del kommuner ble båten brukt på ettermiddag og natt fordi ferja kun gikk på dagtid. Økning av hyttefolk og båtfolk i ferier og helger førte også til sesongvariasjon i bruk av båt i veiløse områder. Et eksempel er Hvaler med 3000 innbyggere i vinterhalvåret og 30 000 innbyggere i sommerhalvåret, og dermed spesielt stort behov for båt til helseoppdrag i sommerhalvåret. Det ble ellers nevnt eksempler som sesongvariasjon i antall tilsatte i bedrifter i fiskevær. Andre steder var det flere veiløse husstander om vinteren i forbindelse med stengte veier ved mye snø.

Samarbeid mellom primærhelsetjeneste og helseforetak

Båter i helseoppdrag er benyttet til flere ulike tjenester. Båtene fungerer som ambulanser, men også som annen pasientskyss, og som transportmiddel for lege og annet helsepersonell. Disse tjenestene kan ikke ses som uavhengige av

hverandre. Det foregår et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og helseforetakene. I tillegg er seks av ti båter såkalte kombinasjonsbåter. Her kommer også andre aktører inn i bildet, og samhandling på lokalt plan blir viktig. Når en skal vurdere de enkelte tjenestene er det viktig å ivareta helheten og den lokale sammenhengen båtene inngår i.

Kombinasjonsbåter – en usikker beredskap?

Mesteparten av helseoppdragene (83 prosent) ble utført av de 16 ambulanse-/legeskyssbåtene, mens de 22 kombinasjonsbåtene bare hadde 17 prosent. Ambulanse-/legeskyssbåtene hadde også gjennomgående høyere bemanning og mer medisinsk utstyr enn kombinasjonsbåtene. Dette har trolig sammenheng med at disse kun utfører helseoppdrag, mens kombinasjonsbåtene også utfører andre tjenester. Ambulanse-/legeskyssbåtene hadde flere helseoppdrag, både totalt sett og per båt, enn kombinasjonsbåtene. Fordelen med at kombinasjonsbåtene utfører tilleggstjenester til helseoppdrag er at en ved dette kan opprettholde et tilbud om helsehjelp til områder som ellers ville fått et dårligere tilbud. Ulempen er risiko for en dårligere beredskap for helseoppdrag på grunn av mulig samtidighetskonflikt. Kombinasjonsbåtene vil stadig befinne seg i en balansegang mellom beredskap og annen bruk.

Båt i legevakt

Ni båter ble brukt som flytende legekontor eller som legevaktlokale. Det ble beskrevet ulike måter å bruke båt som legekontor eller legevaktlokale. I noen tilfeller kommer legevaktlegen til pasienten med båt, og konsultasjonen foregår i båten. Båten kunne også fungere som fast legevaktlokale på ettermiddag og i helgen. Enkelte steder er legen med båten en fast dag i uka eller måneden til ei bestemt øy hvor båten fungerer som utekontor, eller legen reiser med båten fast ukedag til flere steder hvor det er behov for legekonsultasjoner.

Av de ni båtene som ble brukt til legekontor eller legevaktlokale, var åtte ambulanse-/legeskyssbåter og én kombina-

HELSEREGION (ANTALL BÅTER)	REISETID, VANLIGSTE TUR	REISETID, LENGSTE TUR
	GJENNOMSNITT (VARIASJON)	GJENNOMSNITT (VARIASJON)
Nord (15 av 18)	52 minutter (15-90 minutter)	91 minutter (30-210 minutter)
Midt-Norge (7)	23 minutter (5-40 minutter)	51 minutter (25-75 minutter)
Vest (10)	28 minutter (18-45 minutter)	65 minutter (30-120 minutter)
Sør-Øst (1 av 3)	25 minutter	30 minutter

TABELL 2. Gjennomsnittlig reisetid per båt, samt variasjonen mellom båtene for vanligste og lengste tur med pasient i båten i de fire helseregionene.



sjonsbåt (samfunnsbåt). Seks av båtene hadde helsepersonell fast ombord i båten, og for to av båtene ble den medisinske kompetansen ivaretatt av kommunelegen. Disse ni båtene utførte nesten halvparten (49 prosent) av alle helseoppdrag med båt som var registrert.

Ettersom legevakt var en integrert del av den totale båtbruken, er det ikke mulig å beskrive detaljer om bruk i legevakt ut fra denne studien. Mengden helsepersonellsskyss kan være et uttrykk for hvor mye legen bruker båten. De båtene som brukes som legevaktlokale har større andel helsepersonellsskyss sammenlignet med andel ambulanseoppdrag. For de øvrige båtene er det motsatt, altså relativt flere ambulanseoppdrag. Denne studien gir imidlertid ikke informasjon om hvorvidt helsepersonellsskyss er skyss av lege i vakt, skyss av lege til utekontor, eller skyss av annet helsepersonell som hjemmesykepleier eller fysioterapeut. Det gjør det vanskelig å si at helsepersonellsskyss er et uttrykk for bruk av båt i legevakt. Legevaktoppdrag inngår også i ambulanseoppdragene da overgangen mellom legevakt og ambulansetjeneste kan være glidende. Et oppdrag som starter som et sykebesøk kan senere gjøres om til et ambulanseoppdrag.

Halvparten av helseoppdragene i vår undersøkelse var ambulanseoppdrag. Kartlegging av båtambulansetjeneste ca. ti år tidligere har vist at 84 prosent av turene som klassifiseres som helseoppdrag var lege-, helsepersonell- og syketransport, mens 16 prosent var ambulanseoppdrag (4). Sammenlignet med tidligere kartlegging er det altså en betraktelig større andel ambulanseoppdrag i vår studie (51 prosent versus 16 prosent) og tilsvarende mindre andel helsepersonellsskyss og syketransport (49 prosent versus 84 prosent). Dette kan tyde på at legen bruker mindre båt ved legevakt nå enn for 10-12 år siden. Trenden når det gjelder legevakt og sykebesøk er at pasienten i økende grad kommer til legen, og i mindre grad at legen rykker ut til pasienten. NAVs rapport om konsultasjonsstatistikk fra 2006 peker på en generell nedgang i sykebesøk ved legevakt (5). Nedgangen i helsepersonellsskyss med båt vil dermed være i tråd med generell utvikling i legevakt.

Konklusjon

Båtene som brukes i primærhelsetjenesten er stort sett de samme som utgjør båtambulansetjenesten med oppdrag fra helseforetakene. Kun en liten andel av båtene har en sentral rolle i legevakt. Det er vanskelig å skille klart mellom båtens ulike roller, og derfor viktig å ha med både kommunenes og helseforetakenes perspektiver når tjenestene skal vurderes. Det er stor variasjon og mange lokale tilpasninger i hvordan båt brukes til helseoppdrag. Fire av ti båter er ambulanse-/legesyssbåter som kun utfører helseoppdrag, og disse står for de aller fleste helseoppdrag med båt. Seks av ti båter er kombinasjonsbåter som utfører tjenester utover helseoppdrag. Det er klart mest aktivitet i helseoppdrag med båt i Helse-region Nord, men for øvrig spredt langs hele norskekysten.

Vi var i kontakt med så godt som alle båtene brukt til helseoppdrag i Norge. Dermed mener vi resultatene representerer et ganske godt bilde av hvordan båt brukes til helseoppdrag i Norge.

Takk til

alle kontaktpersonene som velvillig bidro med data til studien, og til Trond M. Elsbak i Helse Nord RHF som bidro med informasjon om ambulansebåter. Sær oppgaven i sin helhet er publisert som rapport fra Nklm www.legevaktmedisin.no.

Referanser

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a første ledd 7.2.1999. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> (19.10.2009).
2. Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 pkt. 8, jf. § 5-1. 19.11.1982. <http://www.lovdata.no/all/hl-19821119-066.html> (19.10.09).
3. Statistisk årbok, 2008. Tabell 49: Folkemengd, landareal og folketetthet, etter fylke. Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-049.html> (10.08.09)
4. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinske beredskaper. NOU 1998:9.
5. Nossen J P. Hva foregår på legekontorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. Arbeids- og velferdsdirektoratet. NAV-rapport, 2007.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
tone.morken@uni.no

Båten ein ressurs for legevakten

Intervju med fastlege Sverre Rørtveit

AV TONE MORKEN

Fastlege og legevaktlege Sverre Rørtveit har lang erfaring med bruk av båt i legevakt i Austevoll i Hordaland, ein kommune med 4400 menneske fordelt på åtte øyar. Dei fem største øyane er innbyrdes forbunde med bru, og 98% av folkesetnaden bur her. Knappt 100 menneske må nåast med båt, men kommunen i sin heilskap er utan fastlands-samband.

Rørtveit reiser i sjukebesøk til øyane utan brusamband med hovudøyane. Ambulansebåten sin viktigaste funksjon er imidlertid transport av pasient til fastlandet for innlegging på sjukehus. Legen er med dersom pasienten er dårleg og legekunnskapane kan tenkast å bli viktige under sjøtransporten. Om sommaren vert det gjerne meir eksotiske utrykkingar til mindre øyar og holmar der det oppheld seg hytte- og feriefolk. Stundom handlar det om alvorlege hendingar om bord i fritidsbåtar. Alkohol er ofte ein medfaktor i slike hendingar.

Rørtveit fortel at det har skjedd enorme endringar i bruk av båt dei siste åra. Båt er mindre brukt på grunn av auka tal bruer. Båtane har betre standard, og ambulansenesta

har både betre bemanning, utstyr og kunnskap. I tillegg er luftambulansenesta ein ressurs. Legen er sjeldnare med i båten. For lite, synest Rørtveit, fordi båtinnslaget og samveret med mannskapet er ein triveleg del av jobben som lege i kystkommunen.

Båten ein viktig del av beredskapen

Ambulansebåten er sentral i legevakttenesta, sjølv om det finst alternativ: Luftambulanse vert tilkalla ved dei mest akutte hendingane. Det har imidlertid vist seg at helikopteret ikkje kan koma i ein firedel av tilkallingane i Austevoll. Bruk av ambulansebil med ferje til sjukehus medfører fråver av ambulansebil med personell og utstyr i tre til fire timar, altså eit viktig beredskapstap, meiner Rørtveit. Med båt har kommunen beredskapsressursen på plass mest kontinuerleg, fordi båten er vekke berre totalt 50 minuttar, og kan returnerast kva tid som helst dersom noko meir akutt skulle skje i kommunen.

To fødselar og ei bilulukke

I Austevoll er fødsel ein situasjon der legen ofte må vera til stades i ambulansebåten. Han må sørgja for at transport til fødeavdeling går trygt føre seg når jordmor ikkje er tilgjengeleg. Det betyr å forsikra seg om at det ikkje kjem til å enda med transportfødsel, eventuelt å vera med dersom det kan skje ein transportfødsel. Rørtveit presiserer at det ikkje hjelper å påkalla helikopteret for fødeoppdrag. Anestesilegen har ikkje meir kompetanse enn kommunelegen i fødselshjelp, og det er for trøgt til å kunna yta hjelp om bord i helikopteret.

Førstegongsfødande

Ei frisk 25-årig førstegongsfødande ringer klokka to om natta og har rier med fem minuttar mellomrom. Dette kan bety alt frå tidleg opningstid til nærmande utdrivingstid. Legen ber pasienten og mannen hennar om å kjøra til båtkaien, informerer ambulansemannskapet om å gå til båten og ta imot dei straks, og kjører sjølv dei 20 minuttane det tek til båten. Han vaginaleksplorerer den fødande på båra i ambu-





lansebåten, finn at det er svært liten mormunnsopning og at det er god tid til å nå til sjukehuset. I dette tilfellet kunne legen kjøre heim og leggja seg, og den komande kjernefamilien reiser med båten til fastlandet og vidare med bil til Kvinneklubben på Haukeland Universitetssjukehus.

Fødsel i båten

Ei 30-årig tredjegongsfødande ringer laurdag føremiddag. Det er fem minuttar mellom riene, men ho høyrer noko meir smerteprega ut enn den føregåande pasienten. Ved den første vaginaleksplorasjonen om bord er det mormunnsopning og descens av fosterhovedet som tilseier risiko for at transportfødsel kan skje. Båten legg frå kai, legen er med, men i løpet av dei første fem til ti minuttane av sjøtransporten forandrar bildet seg klart til ei rask utdrivingsfase og legen tek snart mot ei fin lita jente på tre-fire kilo. Eit kvarter etter legg båten til på fastlandssida. Situasjonen er rimeleg idyllisk, båtmannskapet er i lukkerus, familien reiser vidare med ambulansen til Kvinneklubben, og legen reiser attende til otittar og livskrises.

Kollisjonsulukke med bil

Den siste historia er av dei meir sjeldne tilfella med svær dramatik. Det er ein mørk vinterkveld, to bilar har kollidert. Tre er skadde, ein eldre mann i den eine bilen alvorleg

skadd, medan tilstanden til to yngre personar i den andre bilen tilsynelatande er mindre alvorleg. Helikopteret ute av drift på grunn av teknisk feil. Den eldre mannen har sannsynleg thoraxskade på eine sida. Ambulansebåten er frå før i innleggingsoppdrag og er på andre sida av fjorden med skippar og matros/ambulansemann. Ambulansebil med ambulansearbeidar er på skadestaden etter fem minuttar, og har ei særskilde vanskeleg oppgåve som aleine helsepersonell. Sidan kjem brannmannskapar og lensmann, og til slutt legen eit kvarter etter ambulansebil. Det er framleis ganske kaotisk. Det vert gitt førstehjelp til den hardt skadde på skadestaden og i ambulansebil. Via radiosambandet blir båten bede om å avbryta oppdraget sitt og returnera til nærmaste kai. Alle tre skadde blir tekne til båten. Det bles storm og båten slingrar. Mykje vekt må leggjast på at pasienten skal ligga trygt og stabilt på båra under overfarten. Før båten legg frå kai blir det forsøkt stabilisering av columna som langt som råd er ettersom legen trur pasienten har ein thoraxskade. Det vert gitt fortsatt intravenøst drypp og forsiktig kvalmestillande/smertestillande behandling og O₂-tilføring. Pasienten ser ut til å greia transporten over til fastlandet bra. På sjukehuset vart det stilt diagnosen diafragmaruptur med visceral herniering til thorax i tillegg til mindre alvorlege frakturar. Pasienten vart operert og utskrive utan store mein.

Diagnose av klaffefeil på primærlegenivå

AV TERJE SKJÆRPE

Generelt

Klaffefeil kan påvisast tilfeldig hos pasient utan symptom på hjartesykje, hos pasient med symptom, og mistenkt som årsak hos pasient med symptom men utan bilyd. Hos ein del pasientar med bilyd, kan det vere vanskeleg å vere sikker på kva type klaffefeil som ligg føre. På primær-linivå vil det dermed ikkje alltid vere klart om og kva slag klaffefeil ein pasient har. Det viktigaste er likevel ikkje å avklare det, men å henvise dei rette pasientane til vidare utreiing.

Samanlikna med koronarsjukdom er klaffefeil relativt sjeldan. Lettgradige lekkasjar ser ein normalt hyppig både i aorta- og mitralklaff med ultralydustyr. Desse gjev ikkje høyrbar bilyd. Like eins er aortasklerose, som gjerne representerer moderate klaffeforkalkingar med lettgradig auke av blodstraumshastighetar over klaffen, vanleg, og ein kan sjå dette hos opptil 25 prosent av personar over 65 år. På langt nær alle utviklar aortastenose. Stenose ser ein hos ca. tre prosent av alle personar over 75 år og hos ca. fem prosent av personar over 80 år. Dette er den hyppigaste, alvorlege klaffefeilen.

Mitralinsuffisiens av betydeleg grad ser ein hos ca. to prosent. Etter hjarteinfarkt kan ein sjå betydeleg lekkasje hos over ti prosent. *Aortainsuffisiens* av betydeleg grad førekjem antakeleg hos færre enn 0,5 prosent. *Mitralstenose* er svært sjeldan i den norske befolkninga, men kan sjåast meir hyppig hos første generasjons innvandrarar frå høgepidemiske område med reumatisk feber.

Aortastenose

Patofysiologi

Aortastenose gjev auka motstand mot venstre ventrikkel sin tømning. Kompenseringsmekanisme først og fremst i form av konsentrisk hypertrofi (auka veggtykkelse – redusert indre diameter). Dette gjev redusert veggstress og betrar ventrikkelen sin mulighet til å oppretthalde eit normalt minuttvolum. Pasientane blir difor ofte verande symptomfrie langt ut i sjukdomen.



Terje Skjærpe

Fødd 1944. Cand.med. Bergen 1970. Spesialist i kardiologi i 1982. Dr.med. 1987. Frå 1976 tilsett ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Professor i hjertemedisin i 1987. Leiar av ulytralylaboratoriet frå 1993. Leiar av Nasjonalforeningen sitt Hjerte- og karråd

1998–2001. Ei rekke vitenskapelige arbeid og nokre kapitler i internasjonale lærebøker innan kardiologisk ultralyd. Har ca. 30 års erfaring med ekkokardiografi der utreiing av klaffefeil har vore eit sentralt område.

Hypertrofi og forlenga relaksasjon som følgjer av den, samt auka afterload, vil etterkvart gje eit fyllingsproblem ved fysiske anstrengingar med dyspnoe som resultat. Dette er ofte det første symptomet på aortastenose.

Hypertrofi, auka arbeid pga. stenosen, og redusert koronararterie perfusjonstrykk (auka diastolisk venstre ventrikkeltrykk – evt. redusert aortatrykk) kan gje myokardiskemi og angina. Dette kan vere det første symptomet, men vil ofte kome etter at pasienten har merka aktivitetdyspnoe ei tid.

Synkope er gjerne eit seinare symptom og kan ha tre årsaker.

1. Iskemi kan gje ventrikelflimmer og synkope.
2. AV-blokk pga. at degenerative forandringar i aortaklaffen affisere vevet kring aortarota, inkludert His bunt.
3. Blodtrykksfall ved anstrengelse pga. perifer vasodilatasjon der venstre ventrikkel ikkje greier pumpe ut eit høgt nok volum til å hindre blodtrykksfallet pga. stenosen.

På eit tidspunkt vil hypertrofi ikkje vere nok til å kompensere for den auka afterloaden. Kontraktiliteten fell, fyllingstrykket aukar og ventrikkelen dilaterar, noko som kompromitterer kompensasjonsmekanismene ytterligare. Pasienten utviklar svikt med uttalt dyspnoe og evt. væskeretensjon med ødem.

Prognose

Så lenge pasienten er symptomfri er risiko for brå død liten. Ved symptom aukar risikoen betydeleg. Ved sviktutvikling

er gjennomsnittleg overleving kortare enn to år, ved dei andre symptomta to til fire år.

Diagnose

Klassiske funn er ein litt ru systolisk bilyd i 2. høgre intercostalrom med utstråling til halskar. Bilyder er vanlegvis minst styrke tre (BOKS 1), men kan bli svak ved sviktutvikling (reduisert slagvolum). Svekking eller bortfall av 2. hjartetone tyder på betydeleg forkalka klaff og alvorleg stenose. Stetoskopisk kan det vere vanskeleg å stille diagnosen når utstråling til halskar er vanskeleg å høyre og lyden er kraftigast langs venstre sternalrand. EKG vil ofte vise nokon grad av hypertrofi, men kan vere normalt sjølv ved avansert stenose. Blodtrykk: Lågt blodtrykk ikkje typisk. Er normotensiv eller moderat hypertensiv. Kan sjå betydeleg hypertensjon.

Grundig anamnese er viktig for å avsløre symptom.

Behandling

Medisinsk behandling er vanlegvis ikkje aktuell da pasientane skal opererast ved symptom.

Henvising til kardiologisk utreiing

Ved symptom og svekka 2. tone skal henvising alltid skje raskt. Ved synkope og dekompenisert svikt bør pasienten innleggast. Symptomfrie pasientar bør henvisast ved mistanke om aortastenose, men to til seks månaders ventetid kan akseptierast. Tydeleg hypertrofi i EKG og uspesifikke symptom som svimmelhet bør medføre kortare ventetid. I ventetida skal pasienten informierast om å kontakte lege dersom symptom oppstår.

Kontrollar

Bør skje hos kardiolog. Pasienten vil likevel kunne kontakte primærlege dersom symptom oppstår. Slike symptom skal straks formidlast vidare til kardiolog.

Aortainsuffisiens

Patofysiologi

Auka preload (auka fylling i diastole). Venstre ventrikkel kompenserar ved å dilatere (kan ta mot eit auka volum

utan unormal trykkauking). Eksentrisk hypertrofi for å unngå fortynning av myocard og auka veggstress under dilatasjonen.

Pasientane tåler ofte belastning godt da aukning av hjartefrekvensen gjev kortare diastole, noko som kan gje redusert lekkasjevolum. Symptom oppstår difor ofte først når venstre ventrikkel begynner å svikte. Pasienten merker redusert anstrengelsetoleranse og dyspnoe. Angina er eit seint symptom og oppstår når det diastoliske trykket i venstre ventrikkel stig og diastolisk aortetrykk fell med redusert koronar perfusjonstrykk som følge.

Prognose

Ved god venstre ventrikkelfunksjon er prognosen god. Ved betydeleg dilatasjon og redusert kontraktilitet aukar risiko for død. Risiko for at funksjonen blir verande dårleg etter ventilsifte aukar også.

Diagnose

Typisk gjev tilstanden ein diastolisk bilyd enten i 2.-3. høgre intercostalrom og/eller langs venstre parasternalrand. Bilyden er vanlegvis høgfrekvent (dusj-lyd) med falland styrke mot slutten av diastolen (decrescendo). Er ofte svak, og det må vere stille i rommet under stetoskopi. Av og til kan bilyden lettast høyrast over apex og vere meir lågfrekvent (Austin Flint lyd). EKG viser ved større lekkasjar ofte hypertrofi, men eit normalt EKG utelukkar ikkje ein stor lekkasje. Blodtrykket kan vise høgt pulstrykk ved større lekkasjar, men normalt pulstrykk utelukkar ikkje stor lekkasje.

Behandling

Det er haldepunkt for at behandling med nifedipin (Adalat) eller ACE-hemmar kan utsetje tidspunktet for operasjon (dette er nå trukke meir i tvil). Ekkokardiografiske eller angiografiske kriteriar på betydeleg dilatasjon og redusert venstre ventrikkelfunksjon vil indikere operasjon, sjølv om pasienten er symptomfri.

Henvising til kardiologisk utreiing

På grunn av at pasientane kan vere operasjonstrengande medan dei framleis er utan symptom, skal dei henvisast til utreiing straks diagnosen er stilt. For praktiske formål skal alle med ein diastolisk bilyd henvisast til utreiing. Dersom pasienten har symptom, skal undersøking skje raskt.

Kontrollar

Må gjerast hos kardiolog med ultralydustyr. Dersom primærlege får informasjon om begynnande symptom, skal dette straks formidlast til kardiolog.

BOKS 1

Gradering av bilyder

GRAD 1 – knapt hörbar

GRAD 2 – svak, men tydelig hörbar

GRAD 3 – tydelig hörbar

GRAD 4 – palpabelt svirr

GRAD 5 – høres med stetoskopet på kant

GRAD 6 – høres med stetoskopet uten hudkontakt

Mitralstenose

Patofysiologi

Mitralstenose er den einaste klaffefeilen på venstre side som ikkje belastar ventrikkelen hemodynamisk. Den reumatiske klaffeffeksjonen kan likevel også affisere chordaapparatet og papillemusklar, og slik affisere venstre ventrikkelfunksjonen. På grunn av stenosen vil trykket auke i venstre atrium som hypertrofierar og dilaterar. Dette gjev auka risiko for atrieflimmer. Eit dilatert atrium gjev reduserte blodstraumshastigheter i atriet, noko som blir aksentuert av atrieflimmer. Risikoen for tromboemboliske komplikasjonar aukar betydeleg.

Ved anstrengelsar og auka hjartefrekvens av andre årsaker blir diastolen forkorta. Dette hemmar venstre atrium si tømning ytterligare, trykket i atriet aukar og pasienten får symptom i form av dyspnoe. Dyspnoe er difor ofte eit tidleg symptom.

For å prøve å redusere lungestuvninga, aukar motstanden i arteriolene i lungene, dvs. at innstrauming til lungene blir redusert. Dette gjev eit auka trykk i høgre ventrikel og lungearterien (pulmonal hypertensjon). Dette vil gje redusert minuttvolum, og seint i forløpet kan symptomata i hovudsak vere prega av redusert minuttvolum der pasienten blir fort sliten.

Prognose

Auka risiko for emboliar, spesielt ved atrieflimmer. Ofte sein progresjon av stenosen ved sjukdom som har oppstått i industrialiserte land. Vesentleg raskare progresjon ved sjukdom oppstått i ein del utviklingsland. Ved langtkomen tilstand (uttalt stenose, betydeleg dilatert venstre atrium,

atrieflimmer og pulmonal hypertensjon), aukar operasjonsrisiko.

Diagnose

Typisk funn er ein lågfrekvent diastolisk bilyd over apex. Hos ein eldre pasient med lågt minuttvolum kan lyden vere vanskeleg å høyre. Sidan symptom oppstår tidleg, vil pasienten vanlegvis oppsøke lege pga. desse, og nøye lytting kan avsløre bilyden.

EKG kan vise hypertrofi av venstre atrium.

Behandling

Antikoagulasjon ved atrieflimmer (kunstfeil å la vere). Frekvenskontroll ved atrieflimmer med betablokkar eller verapamil. Digitalis kan vere aktuelt. Betablokker kan vere aktuelt ved sinusrytme for å redusere anstrengelserelatert tachycardi. Kirurgi eller blokkering er indikert ved symptom som reduserer livskvalitet og arbeidsevne, tydeleg dilatert atrium, episodar med atrieflimmer og pulmonal hypertensjon.

Henvising til kardiologisk utreiing

Bør henvisast straks diagnosen er stilt. Ved lite symptom og ingen episodar med atrieflimmer kan to til seks månaders ventetid akseptast. Dersom episodar med atrieflimmer, må pasienten straks antikoagulerast.

Kontrollar

Kontrollar ved kardiolog. INR-kontroll hos primærlege. INR skal ligge mellom 2,5 og 3,5. Ved informasjon om tydeleg forverra symptom eller nyoppstått atrieflimmer, skal kardiolog informerast straks.



Mitralinsuffisiens

Patofysiologi

Auka preload (auka diastolisk fylling). Som ved aortainsuffisiens kompenserer venstre ventrikkel for dette med dilatasjon. Det er to viktige skilnader mellom aorta- og mitralinsuffisiens. 1) Ved mitralinsuffisiens tømmer venstre ventrikkel seg delvis mot eit lågt trykk (venstre atrium), og 2) under belastning, når hjartefrekvensen aukar, blir det fleire lekkasjeperiodar (systoler) per minutt, og lekkasjevolumet per minutt kan auke – motsatt det som skjer ved ein aortainsuffisiens. Ein pasient med mitralinsuffisiens får difor tidlegare symptom ved belastning enn ein med aortainsuffisiens.

Hovedsymptomet er dyspnoe pga. trykkauken i venstre atrium, og aukande sviktsymptom når venstre ventrikkel begynner å svikte. Som for mitralstenose vil motstanden i lungearteriolene auke for å redusere lungestuvninga. Dette medverkar til at tilstanden i langtkomne tilfelle også er prega av lågt minuttvolum. Dilatasjonen av venstre atrium gjev auka risiko for atrieflimmer.

Prognose

Prognosen er god ved god venstre ventrikkelfunksjon. Aukande ventrikkeldilatasjon kan gje aukande mitralinsuffisiens som i neste omgang gjev auka belastning på ventrikkelen og eventuelt ventrikkelsvikt. Dette aukar risiko for død. Risiko for at ventrikkel blir verande dårleg etter klaffekirurgi aukar også.

Diagnose

Typisk høyrast ein relativt høgfrekvent, systolisk bilyd over apex. Ved venstre ventrikkelsvikt kan bilyden bli svak eller

borte. I mange tilfelle kan bilyden høyrast ut i axillarflata (utstråling til axille). Spesielt ved prolaps av bakre segl kan bilyden høyrast opp mot venstre sternalrand. EKG kan vise venstre atrium belastning. Sjeldan tydelege hypertrofiteikn. På grunn av at iskemisk hjarteskjdom er ei vanleg årsak til mitralinsuffisiens, kan EKG vise infarktsekveler. Ved langtkomen skjdom kan ein sjå ei rød-cyanotisk farging av kinnbeina (facies mitralis).

Behandling

På grunn av at insuffisiente mitralklaffar ofte kan reparast, skal kirurgi vurderast sjølv ved lette symptom. I tillegg til symptom vil betydeleg dilatasjon eller teikn til dysfunksjon av venstre ventrikkel vere dei viktigaste indikasjonane for operasjon. Ingen medikament er vist å kunne utsetje tidspunktet for operasjon.

Henvising til kardiologisk utreiing

Henvising bør skje straks diagnosen er stilt. Ved ingen symptom kan ventetid på to til seks månader akseptast.

Kontrollar

Pasientane skal kontrollerast av kardiolog for monitorering av utvikling av lekkasjegrad og venstre ventrikkelfunksjon. Dersom primærlege får informasjon om aukande symptom eller nyoppstått atrieflimmer, skal informasjonen formidlast til kardiolog straks.

Antibiotikaprofylakse

Etter dei nyaste retningslinene, treng ingen av pasientane med klaffefeil antibiotikaprofylakse. Etter innsetting av ventil derimot, er profylakse naudsynt.

BORS 2

NYHA-klasse.

Funksjonell klassifisering av pasientar med hjarteskjdom.

KLASSE I: Ingen symptom ved fysisk aktivitet

KLASSE II: Lett begrensing av fysisk aktivitet

KLASSE III: Uttalt begrensing av fysisk aktivitet

KLASSE IV: Symptom i kvile

(NYHA, New York Heart Association)

Oppsummering

Nokre generelle reglar gjeld:

- I prinsippet skal alle pasientar med mistanke om klaffefeil utreiast. Spørsmålet vil vere grad av hast.
- Grundig anamnese er viktig for å avsløre symptom
- **Pasient med bilyd, men utan symptom på hjarteskjoddom:**
 - Alle pasientar med diastolisk bilyd skal henvisast. For praktiske formål vil det nesten alltid dreie seg om aortainsuffisiens. Difor bør kardiologisk undersøking gjerast raskt (under tre månaders ventetid). Dersom det dreier seg om ein første generasjon innflyttar frå land med høg prevalens av rheumatisk hjarteskjoddom, vil mitralstenose også vere ein aktuelle diagnose.
 - Asymptomatiske pasientar med systolisk bilyd har låg risiko, og 6–12 månaders ventetid kan akseptast. Dersom svekka 2. hjartetone, teikn på venstre ventrikkelhypertrofi eller venstre atrium belastning i EKG, bør ventetida vere under seks månader.
 - Hos barn og unge
 - Svake (grad 1–2), systoliske bilydar hos barn er funksjonelle (bortsett frå atrie septum defekt (ASD) der ein fiksert spalta 2. tone vil indikerer diagnosen). Sjå også nedanfor om lyskepuls og coarctatio.
 - Ved andre bilydar kan medfødde hjartefeil av ulike typar vere vanskeleg å utelukke, og ventetid bør vere under seks månader.
- Alle skal informerast om å kontakte lege dersom dei utviklar symptom i ventetida
- Pasient med bilyd og symptom på hjarteskjoddom:
- Slike pasientar bør ha ei ventetid på vidare utreiing på under tre månader. Dersom bilyden indikerer aortastenose, bør ventetida vere under ein månad. Ved hjarteskjoddom i NYHA klasse 3–4 (boks 2 s. 26), bør innlegging av pasienten vurderast.
- Pasientar med symptom på hjarteskjoddom utan høyrbar bilyd skal alltid utreiast mhp. årsak til svikten. Klaffefeil kan i nokre tilfelle vere årsaka. Ventetid i NYHA klasse 2 bør vere under tre månader, i NYHA klasse 3 under ein månad. Innlegging bør vurderast i NYHA klasse 4.
- Gløym aldri å palpere lyskepuls hos barn med bilyd, sjøl om den høyrst fysiologisk ut. Dette er ein av dei få måtane ein kan stille diagnosen coarctatio på.

Kommentar:

Dette dokumentet skreiv eg for få år sidan som utkast til nasjonale retningslinjer. Prosjektet kom aldri lenger, og utkastet vart ikkje diskutert. Dokumentet må difor sjåast på som ei personleg ytring. Spesielt når det gjeld akseptable ventetider ved ein kardiologisk poliklinikk vil det kunne vere mange synspunkt. Kapasiteten vil også variere frå stad til stad.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
terje@skjaerpe.com

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C M17

Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneh.: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1–2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen bør fortsettes i 3 uker. **Barn og ungdom: <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypsofenon, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D0-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zolopon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preperatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre hyppige: Gastrointestinale: Mavesmerter, forstoppelse, munntørhet. Hud: Hyperhidrose. Lever: Hyperbilirubinemi. Neurologiske: Migrene, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer. Øvrige: Vektøkning, Asteni, Sjeldne (< 1/1000): Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale lidelser og ubehag, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose. Hud: Eksem, erytem, kløende utslett, pruritus, tørr hud, neglesykdommer, nattesvette. Hørsel: Vertigo posturalis. Lever: Økt leverenzymnivå, unormale leverfunksjonstester. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper, nakkesmerter. Metaboliske: Hypertriglyseridemi. Neurologiske: Nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, tidlig våkning om morgenen, økt libido. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Urogenitale: Priapisme. Øvrige: Herpes zoster, tretthet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnens sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak ($T_{max} = 3$ timer og $C_{max} = 1020$ pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, α_1 -syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5–4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin, 2% utskilles i uforandret form. **Pakninger og priser (pr. 08.10.2009):** Enpac: 21 stk. 155,90 kr.

Klar for en ny dag



Behandling av primær søvnløshet
hos pasienter over 55 år



Økt



Redusert



1,2,3,4)

Dosering:

1 tablett én gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat.
Denne doseringen bør fortsettes i tre uker¹⁾

1) SPC

2) Wade A. et al. Aging Health 2008;4(1):11-21

3) Lemoine P. et al. Journal of Sleep Research 2007;16(4)

4) Wade A. et al. Curr Med Res Opin 2007;23(10)

Depottablett melatonin

circadin®
Klar for en ny dag

Å vere og ha

– om kroppens fenomenologi

AV LISBETH HOMLONG

«Det skal en hel landsby til for å oppdra et barn»

er første verselinja i eit dikt av Cathrine Grøndahl, henta frå diktsamlinga *«Jeg satte mitt håp til verden»*, som kom ut på Gyldendal forlag i fjor. Diktet prøver vel å seie noko om behovet eit barn har for å ha mange rundt seg, for å bli tatt vare på, elska, sett. Ein raud tråd gjennom diktsamlinga til Grøndahl er det å bli mor, og det å vere mor.

Filmen *«Engelen»* hadde premiere sist haust og er dokumentarfilmregissøren Margreth Olin sin første spelefilm. Denne filmen handlar også om forholdet mellom mødre og døtre, og om korleis det er å leve i utryggleik som barn, å vere vitne til vald og krenkingar, at det å få sine egne grenser krenka, kan føre til angst, rusproblem og reviktimisering i vaksen alder. *«Man gir ikke bort sitt barn»*, seier mor til Lea, hovudpersonen i filmen. Lea opplever som barn å miste sin biologiske far i sjukdom. Så får ho ein stefar som er alkoholikar og som mishandlar mora hennar, ho veks opp i ein heim der ho stadig er vitne til vald. Ho endar som heroinavhengig og prostituert og vel å gi frå seg si eiga dotter til fosterforeldre, då ho innser at ho sjølv ikkje klarer å gi ho trygg og god omsorg.

Menneska lever i verda som kroppar, seier filosofen Maurice Merleau-Ponty, eit menneske både er sin kropp og har sin kropp, slik er kroppen både subjekt og objekt på same tid. Merleau-Ponty var sterkt inspirert av Edmund Husserl, grunnleggjaren av fenomenologien, ei filosofisk retning som handlar om studiet av fenomenar slik dei framstår for oss frå eit førstepersonsperspektiv. Slik kan kroppen umogleg vere eit fysisk objekt likestilt med andre fysiske objekt i verda. Når vi lever i verda med kroppane våre, er kroppen i ein før-refleksiv tilstand der medvitte ikkje berre sansar og handlar gjennom kroppen, men er kroppen. Men kroppen er også utgangspunktet for å ta imot inntrykk, for perspektivering, og slik dannar den grunnlag for interaksjonar med andre kroppar og andre medvit.

Med utgangspunkt i dette filosofiske grunnlaget kan Anna Louise Kirkengens bok *«Når krenkede barn blir syke voksne»*, lesast. Boka kom i ny utgåve i haust og hand-

lar i følgje forfattaren om samspelet mellom tre fenomen; kropp, erfaring og mening, og i forlenginga av dette; om korleis menneska si helse vert påverka av grensekrenkingar. Grensekrenkingar kan vere seksuelt misbruk, fysisk, mental eller emosjonell mishandling, generell vanskjøtsel, diskriminering, direkte eller strukturell. Kirkengen omtalar alle, det handlar om alvorlege, grensesprengande røynslar som eg ikkje tvilar på må vere sjukdomsframkallande. Det er sjokkerande lesning, sjølv om eg veit at det fanst, finst og vil finnast i framtida. Boka omtalar mange historier frå forfattaren sin praksis, det er pasientar som har vore utsette for graverande grensekrenkingar i form av seksuelle overgrep og omsorgssvikt, og har utvikla alvorlege sjukdomstilstandar som følgje av dette. Symptoma har blitt fortolka i den klassiske biomedisinske forståingsmodellen, og stadig blitt feiltolka og feiloppfatta. Dette har resultert i feildiagnoser og feilaktige behandlingforsøk.

Til allmennlegen kommer mennesker med «usorterte» plager i kroppen som fører til eller følger av problemer i livet. Her samler det seg mennesker som lider av tilstander som ikkje finnes i spesialistenes abstraherte system for klassifisering av avvik.

Kirkengen

Slik opplever eg det ikkje sjeldan også i min eigen praksis, at kartet ikkje stemmer med terrenget. Dette gjeld spesielt muskel-skjelettplager og psykiske plager/lidingar. Er medisinfaget sin kunnskap om mennesket så mangelfull og misvisande som Kirkengen hevdar? Gir det i så fall manglande evne til å løyse dei problema som folk balar med? Ta ei vond skulder, ei relativt hyppig problemstilling i ein vanlig fastlegepraksis. Eg meiner at eg har ganske god oversikt over korleis eg skal undersøke ei skulder og korleis eg skal behandle ulike skulderlidingar. Eg set i gong og undersøker, leitar etter impingement, bursitt, tendinitt. Eg finn det av og til, eg får det til å stemme med teorien, eg set ein injeksjon, pasienten blir betre, og både eg og han er nøgde etter konsultasjonen. Oftare er eg like vis, eg har undersøkt, det eg finn, passar eigentleg ikkje med noko spesifikk diagnose, pasienten har gjerne smerter både her og der, det endar med noko muskulært, eg skriv kanskje ein rekvisisjon til fysioterapi, men veit eigentleg ikkje om det hjelper, gjerne også ei sjukemelding.

Kirkengen tek til orde for det vi kanskje kan kalle eit paradigmeskifte i medisinfaget og legeyrket. Det handlar om kva som forårsaker sjukdom, kva som gir sårbarheit for sjukdom og om korleis vi som helsepersonell skal fortolke, utgreie og behandle sjukdom og plager hjå pasientane våre. Kirkengen utfører ein slags dekonstruksjon av den biomedisinske, dualistiske forståinga av menneskekroppen. Med belegg i forskning viser ho korleis mennesket si såkalte psykiske og fysiske helse vert påverka av grensekrenkingar, ironisk nok er det dette skillet ho vil til livs, altså skillet mellom det fysiske og psykiske. Sentralt er den medisinske forståinga av funksjonelle lidningar, somatiseringslidningar, overlappende smertesyndrom, psykisk sjukdom. Men ho viser også fram forskning som tilseier at såkalla reint fysiske lidningar som kreft og autoimmune sjukdomar kan vere utløyst og haldne ved like av grensekrenkande traumer.

Erfaring er subjektiv og kan ikkje gi sann, gyldig kunnskap om mennesket, vert det hevda, dessutan påverkar like erfaringar ulike menneske ulikt, det er umogleg å klassifisere. Javel, men kva er sann kunnskap, spør Kirkengen? Kva er riktig og kva er falsk kunnskap om det menneskelege tilveret? Gir eigentleg dyremodellar og in vitro forsøk, som vi baserer mykje av vår medisinske kunnskap på, eit sant bilete av sjukdom hjå menneska?

Ei innvending eg har i forhold til Kirkengen si framstilling, er mangelen på informasjon om kva som skjer når innsikta først er der, om sammenhengen mellom krenking og sjukdom. Får pasienten det betre? Løyer alt seg berre pasienten vert forstått rett? Treng ikkje mennesket også psykologiske og pedagogiske verkty for å kunne få til endring og meistring? Eg synast dessutan at eg stadig slit med å få pasienten til å sjå samanhengar i sitt eige liv som eg meiner å sjå forårsaker sjukdom og plager, men som pasienten helst vil finne ei enkel, kausal forklaring på, sett i høve til ein biomedisinsk forståingsmodell. Korleis få pasienten på banen i slike tilfelle? Korleis få pasienten sjølv til sjå og forstå slike samanhengar?

Som skulelege på ein barneskule i bydelen der eg er fastlege, fekk eg i oktober høvet til å ta del i noko dei kallar Resursveke. Det var mellom anna lagt opp til prosjektarbeid for elevane, uteaktivitetar, turar, felles måltid der elevane tok del i førebuing og gjennomføring. I tillegg var altså resurspersonar som helsesøster, skulepsykolog og skulelege deltakande observatørar saman med lærarar, rådgjevarar og andre. Eg var litt usikker på førehand på kva mi rolle var oppe i dette, og kva eg i det heile tatt kunne bidra med. Men eg fekk i alle fall eit kjærkome avbrekk frå dei svinneke tilstandane på legesenteret som vi opplevde sist haust. Eg fekk høvet til å sitte i klasserommet og sjå, gå rundt



«Man gir ikke bort sitt barn», seier mor til Lea, hovudpersonen i filmen «Engelen» av Margreth Olin.

og snakke med elevane, andreklassingane, hjelpe dei med skulearbeidet, delta i måltid saman med dei. Det var kjekt og lærerikt og eg fekk ikkje minst treffe mange flotte, nydelege og tillitsfulle barn. Eg fekk også tid til å observere og reflektere over framtida til nokre av desse barna, kven som sannsynlegvis ein gong i framtida ville kome til meg, på legesenteret, med rusproblem og psykiske lidningar. Kanskje noko fatalistisk tenkt, men like fullt realistisk, trur eg: ti år gamle Emil som demonstrativt sette seg bak eit skap og kasta ting på læraren i frustrasjon over å ikkje få det slik han hadde tenkt, skildra som understimulert og vanskjotta, utan godt nok språk til å uttrykke sine kjensler og behov. 8 år gamle Mina som fortalte at pappa ikkje lenger hadde tid eller krefter til å vere saman med henne, då han hadde fått seg to nye barn som no var meir enn nok for han. Eg håper at desse barna, trass sine allereie opplevde tap og svik, kan møte nokon som ser dei og verdset dei, slik at dei får sjansen til å utvikle tru på at dei sjølve har verdi – før tida går frå dei:

Det myke, skinnende hodet lyser opp skilt og og veier, som en gatløst foran meg. Ryggen kaster en ransel fra seg i barnehagen, den neste i skolegården, og før jeg får stilt klokka er det storefri.

Grøndahl

Kjelder:

Kirkengen, Anna Luise: «Hvordan krenkede barn blir syke voksne», Universitetsforlaget 2009 (2.utg)

Grøndahl, Cathrine: «Jeg satte mitt håp til verden», Gyldendal forlag 2009

Filmen «Engelen» av Margreth Olin

Sikkerhetens skyld:

Om handling under usikkerhet

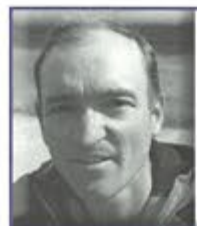
AV BJØRN HOFMANN

I klinikken brukes ofte utsagnet «for sikkerhets skyld». Fastlegen rekvirerer gjerne en røntgenundersøkelse «for sikkerhets skyld», likeledes og av samme grunn hender det at kirurgen fjerner en svulst. «For sikkerhets skyld» har mange betydninger. De kan være rasjonelle og legitime, men medisinske handlinger «for sikkerhets skyld» kan også ha uheldige bivirkninger som medfører kunnskapsteoretiske, emosjonelle og moralske dilemmaer. Denne artikkelen tar utgangspunkt i diagnostisk røntgen for å drøfte noen av disse.

Medisinske beslutninger er mangslungne, men har det til felles at de er usikre og feilbarlige (1). Det skyldes at man ikke forholder seg til artstypiske biologiske maskiner, men til enkeltmennesker i særegne situasjoner. Hvordan man skal bruke generell kunnskap i møtet med den enkelte pasient er like utfordrende for dagens allmennlege som det var for Hippokrates på Kos. Og utfordringen er like stor innen terapi og palliasjon, som den er innen diagnostikk. Av plassmessige grunner belyser denne artikkelen bare usikkerhetens utslag og kilder i diagnostikken.

Røntgenundersøkelser

Usikkerhetens ubehag kan døyves ved å gjøre ekstra diagnostiske tester. Presset for «å gjøre noe» kan være stort, og å ta en ekstra test «for sikkerhets skyld» føles fristende. Resultatet ser vi i økningen i antall radiologiske undersøkelser. I 2002 ble det gjort om lag 4,14 millioner radiologiske undersøkelser i Norge. Det er 0,91 undersøkelse per innbygger og er en økning på 15 prosent fra 1993 (2–4). De aller fleste radiologiske undersøkelser har negativt resultat. Dette skyldes neppe bare at vi tror vi er langt sykere enn det vi er (5), at radiologiske undersøkelser er en uegnet



Bjørn Hofmann

F. 1964, dr.philos i medisinsk filosofi fra Univ. i Oslo 2002, siviling i fysisk elektronikk og biomedisinsk teknikk fra NTH 1989. Professor ved Høgskolen i Gjøvik og professor II ved Seksjon for medisinsk etikk UiO. Bistilling ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

metode for å avdekke vår reelt høye sykkelighet eller at det gjøres svært mange undersøkelser av «ikke-medisinske» grunner, for eksempel i forbindelse med helseerklæringer og forsikringssaker. Derimot er 12–83 prosent av alle undersøkelser uten klar indikasjon (6–29) og unødvendige. Henvisende legers faglige usikkerhet synes å være blant de viktigste årsakene til økt forbruk og overforbruk av røntgenundersøkelser (30).

Ofte høres utsagn som «vi tar en ekstra undersøkelse», «vi tar en undersøkelse for sikkerhets skyld» og «vi tester X også – man kan jo aldri vite». Men hvordan skal vi forstå usikkerheten som kommer til uttrykk i slike ytringer? Hvem sin usikkerhet dreier dette seg om?

Diagnostisk teknologi brukt terapeutisk

Ekstra undersøkelser kan gjøres for å redusere pasientens frykt. Befolkningen er mer bekymret for sykdom enn noen gang tidligere, selv om vi er ved bedre helse enn før (5, 31–33). Vi er mer opptatt av risiko (34, 35) og lever i et «risikosamfunn», der økt kunnskap og mer teknologi paradoksalt nok fører til mindre kontroll (36). Samtidig forpliktet vi til å skape et samfunn uten fare og et liv uten risiko og sykdom (37).

Da kan en ekstra undersøkelse virke beroligende, men når diagnostisk teknologi brukes for å redusere pasientens utrygghet og usikkerhet med hensyn på egen helse, brukes diagnostisk teknologi ut over hva den er utviklet for: Den brukes terapeutisk.

Det behøver i seg selv ikke å være problematisk. Det finnes mange eksempler på at medisinsk teknologi har effekt

innenfor andre områder enn det som var først tenkt. Prinsipielt sett er det heller ikke problematisk at diagnostisk metodikk kan ha helende virkning. At pasienten blir kvitt sin hodepine og magesmerte som følge av at han får vite at kulen på kjeven ikke er en ondartet svulst, er selvsagt bra. Utfordringen oppstår når vi bruker røntgenundersøkelser bevisst kun for å berolige pasienten, eller at vi ubevisst bruker teknologi utenfor sitt opprinnelige virkefelt. Da kan vi risikere å begå så vel metodiske som moralske feil (38). Ett problem er at vi bruker metoder uten dokumentert effekt. Det finnes bare noen få studier som dokumenterer anxiolytiske effekter av radiologiske undersøkelser. Det finnes derfor ingen større grunn til å gjøre «terapeutiske undersøkelser» enn å bruke kvantemedisin eller healing. Med uokumentert anxiolytisk bruk av undersøkelser opphever vi det tradisjonelle skillet mellom «skolemedisin» og «alternativ medisin». Et annet problem er at pasientene neppe er informert om de farene som de utsetter seg for (falskt positive og falskt negative testsvar, økt akkumulert stråledose).

Somatisk teknologi for mentale tilstander

Prinsipielt er det heller ikke problematisk å bruke teknologi som er utviklet med hensyn på somatikk innenfor

psykiatrien. Dersom et medikament, eksempelvis for blodtrykksregulering, viser seg å ha fremragende effekt på depresjoner, er det glimrende. Det forutsetter bare at effekten lar seg dokumentere og at bruken er bevisst.

Det er neppe tilfelle ved undersøkelser «for sikkerhets skyld». Det er ikke noen alminnelig oppfatning at det høye forbruk av røntgenundersøkelser og den høye andelen negative resultater er en følge av at somatisk rettet diagnostikk bevisst brukes terapeutisk for mentale tilstander. Dokumentert virkning på mentale tilstander skulle utløse «psykiatri-takster» snarere enn takster innen somatisk diagnostikk. Igjen konfronteres vi med demarkasjonsproblemet og utfordringen i forhold til hvorvidt den enkelte pasient forstår premissene og de mulige konsekvensene av å benytte «somatisk» teknologi for mentale prosesser.

Bekreftelse istedenfor å påvise sykdom

En grunn til å gjøre en røntgenundersøkelse «for sikkerhets skyld» kan være for å bekrefte at folk er friske. Men det er en grunnleggende forskjell på å gjøre undersøkelser for å bekrefte helse og å påvise sykdom. Problemet med å bekrefte helse er ikke at intensjonen med undersøkelsen er

Hvordan man skal bruke generell kunnskap i møtet med den enkelte pasient er like utfordrende for dagens allmennleger som det var for Hippokrates. Bildet viser Asklepon, Hippokrates medisinske skole på Kos. FOTO: YAN VIGGENBERG



å få et negativt testresultat. Det er legitimt å gjøre en undersøkelse for å avkrefte mistanke om en konkret sykdom eller for – ved å avkrefte én diagnose – å styrke mistanken om en differensialdiagnose.

Ett av problemene er at de diagnostiske metodene er utviklet og testet for å påvise konkrete sykdommer, men ikke helse. Men hvis en diagnostisk test kan bekrefte at man ikke har et sett av relevante sykdommer, er man da ikke frisk? ICD-10 rommer mange titalls tusen sykdommer, og enkelttester vil ikke kunne avkrefte alle mulige sykdommer. Dessuten påpeker de fleste teorier om helse og sykdom at helse er mer enn fravær av sykdom (og vise versa) (39). Å hevde at en person er frisk på bakgrunn av en negativ diagnostisk test er derfor ikke korrekt. Å påvise helse vil derfor kreve at man kan påvise klart definerte tilstander. Helse er knyttet til lykke, velferd eller velvære, som så langt ikke er dokumentert ved radiologiske undersøkelser. Om så var mulig, ville det være problematisk av prioriteringsmessige grunner: Alvorlige tilstander skal håndteres før mindre alvorlige tilstander, og frykt for sykdom utgjør enn så lenge ingen alvorlig tilstand.

Å undersøke pasienter for å «behandle» tilstander hos leger

Som antydning, gjøres ikke undersøkelser «for sikkerhets skyld» bare for pasientenes del, men også for legenes. Undersøkelser gjøres for å minske legens frykt for ikke å gjøre det rette, for ikke å ha dokumentert nok eller av redsel for juridiske følger (30). I slike tilfeller gjøres en fysisk undersøkelse av pasienten med hensyn på legens mentale tilstand (frykt, usikkerhet). Dette er åpenbart problematisk. Henvisninger av typen: «Hodepine i noen tid. Tumor? – CT av caput, eller MR», «Smerter i korsryggen. Rtg. LS-columna + CT av lumbalcolumna eller MR» (25) antyder (emosjonell) usikkerhet hos rekvirenten.

I tillegg kan bekymring for «ikke å ha gjort nok» og redsel for juridiske følger, være vektige grunner til at det rekvireres eller gjøres ekstra undersøkelser. Det er selvsagt også mulig at det gjøres undersøkelser fordi det er økonomisk gunstig. Å gjøre en ekstra undersøkelse kan redusere så vel den økonomiske som den juridiske usikkerheten, i tillegg til å skape inntrykk av å redusere den kunnskapsmessige usikkerheten.

Usikkerhet mellom undersøkelse og screening

Det er også metodiske utfordringer forbundet med undersøkelser «for sikkerhets skyld». Diagnostikk er ikke risikofritt. Dersom man endrer undersøkelsespraksis, en-

drer man også praksisprevalensen, som endrer metodens godhet (prediktiv verdi). Antall falskt positive øker, og dette må veies opp mot gevinsten ved å eliminere mulige diagnoser og ved å berolige pasienten. Ved å øke antall undersøkelser beveger man seg fra målrettet undersøkelse til (vill)screening, og for masseundersøkelser gjelder andre kvalitetskrav enn til konvensjonell diagnostikk (40). Når man foretar undersøkelser av mange, som kun få har nytte av, krever det spesiell overvåking med hensyn på håndtering av risiko, informasjon og oppfølging. I tillegg skal sykdommen utgjøre et betydelig helseproblem, testen må ha tilstrekkelig sensitivitet og spesifisitet og de økonomiske kostnadene skal stå i forhold til nytten. Dette gjelder også om man med for sikkerhets skyld mener alle tilfeldige funn (incidentalomas) som man gjør som følge av ekstra undersøkelser.

Kan man fjerne usikkerheten ved å bruke diagnostisk røntgen bare til diagnostikk av somatiske tilstander hos pasienter? Neppe.

Ufravikelig usikkerhet

Usikkerheten gjelder ofte om en pasient faktisk har en gitt sykdom, og det avhenger blant annet av hva man oppfatter som sykdom: hvor klare karakteristikkene av sykdommen er (symptomer, tegn, markører), hvor sannsynlig det er at en person som tilfredsstiller kriteriene, rent faktisk utvikler sykdommen og hvor man setter grensen mellom friskt og sykt (41).

Det er ikke sikkert at samme lege gir pasienter med samme tilstand samme diagnose (intraobservatorvariasjon), eller at to leger som vurderer samme pasient kommer fram til samme diagnose (interobservatorvariasjon) (42). Tilsvarende er ikke diagnostiske tester perfekte: De fanger ikke opp alle som er syke (sensitivitet < 1) og friskmelder ikke alle friske (spesifisitet < 1). Alle som får et positivt testresultat er ikke syke (positiv prediktiv verdi < 1), og ikke alle som får et negativt testresultat er friske (negativ prediktiv verdi < 1).

Reduksjon av (diagnostisk) usikkerhet

Usikkerhet er en fellesbetegnelse for risiko, prinsipiell usikkerhet, uvitenhet og ubestemthet (43, 44). Risiko er definert som usikkerhet der man har veldefinerte utfall og kjenner sannsynligheten for at de inntreffer. Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak kan redusere risiko for å få sykdom. Bedre diagnostisk teknologi kan gi høyere sensitivitet og spesifisitet. Det gir sikrere vurdering av risiko for om man har en sykdom (diagnostikk) eller for om man vil få en sykdom (prognostikk).

Ved *prinsipiell usikkerhet* er utfallene veldefinerte, mens vi ikke kan tallfeste sannsynlighetene deres. Den nye diagnostiske testen gir utslag på sykdommen, men vi har ennå ikke testet den mot «gullstandarden» og kjenner ikke sensitivitet, spesifisitet eller prediktive verdier. Dersom videre forskning gir oss disse verdiene, har vi redusert den prinsipielle usikkerheten til risiko.

Uvitenhet er tilfeller der vi ikke kjenner de mulige utfall. Før 1984 kjente man ikke til sammenhengen mellom *Helicobacter pylori* (HP) og magesår, og kunne følgelig ikke stille diagnosen på bakgrunn av HP-tester. Forskning kan bidra til å avdekke slike sammenhenger, og derved redusere uvitenheten, men det er vanskelig å målrette den, fordi vi nettopp ikke vet hva vi ikke vet, og derfor ikke hvor vi skal lete.

Ved de tre formene for usikkerhet som er beskrevet ovenfor er sykdommen klart definert (og vi har metoder for å avdekke den), men det er ikke alltid tilfelle. På samme måte som måling av troponin har gitt nye kriterier for myokardiskemi, gjør vi stadig oppdagelser som avstedkommer nye sykdommer og som reklassifiserer gamle. Dette kan skyldes uvitenhet: Våre oppfatninger av sykdommer er prisgitt tidens diagnostiske metoder. På den annen side kan det være at vi aldri vil kunne kjenne «sykdommen slik den i seg selv», og at oppfatninger av sykdom i større grad avhenger av våre begreper, definisjoner og instrumenter. Dette kan betegnes som *ubestemthet*, og er en form for usikkerhet som er vanskelig å unngå. Muligens kan vi begrense ubestemtheten ved så klare og robuste klassifiseringer som mulig og ved robuste diagnostiske tester.

Skillet mellom risiko, prinsipiell usikkerhet, uvitenhet og ubestemthet er nyttig for å forstå usikkerhetens natur.

Å undersøke seg bort fra ufravikelig usikkerhet

Å forsøke å redusere usikkerheten ut over gjeldende kunnskapsnivå er et forståelig men farlig foretagende. Når de allmenne forventningene til hva man skal vite og hva man kan gjøre langt overgår hva man reelt sett kan innfri, er det fristende å ta noen ekstra undersøkelser «for sikkerhets skyld» i betydning av å ville bli sikrere. Dette kan skape en falsk trygghet og dessuten resultere i større usikkerhet dersom testresultatene spriker (45).

Med andre ord, dersom man forsøker å redusere den *prinsipielle usikkerheten* til risiko, eller å redusere *risiko* ved å

ta flere tester, oppnår man ofte ikke noe annet enn å øke antall falskt positive der man vil finne sykdom og øke antall falskt negative i tilfeller der man vil avkrefte sykdom. Da reduseres praksisprevalensen og de prediktive verdiene, slik at testene blir dårligere. Dette er åpenbart problematisk, også fordi pasientene ikke kjenner slike farer.

Verdien av å vite

Usikkerheten er en plage som det er forståelig at vi vil redusere. Hva slags verdi har så den kunnskapen som fremkommer ved diagnostiske tester? Hvor viktig er det å redusere usikkerheten? Viten (i medisinen) er ikke en verdi i seg selv (intrinsisk), men har verdi i forhold til noe annet: Den er ekstrinsisk (46). Den mest vanlige formen for ekstrinsiske verdier er instrumentelle verdier, og i mange tilfeller er verdien av den diagnostiske testen instrumentell: Den leder til mer korrekt diagnose, behandling eller palliasjon.

Dersom testen tas for å redusere frykt for sykdom eller for å bekrefte helse, er verdien av testen ikke instrumentell, fordi testen ikke bedrer helsen (direkte). Man blir ikke friskere av selve testen. Hva slags verdi har det så å ta en slik test? Et mulig svar på dette er at tester som tas for å bekrefte helse har indikativ verdi: De peker på noe annet som har intrinsisk verdi, for eksempel helse eller fravær av frykt. Spørsmålet som så følger er selvsagt hvordan vi skal vurdere en slik indikativ verdi i forhold til instrumentelle verdier, der vi direkte søker å oppnå intrinsiske verdier som helse og fravær av sykdom. Mange vil hevde at det er mindre viktig for oss å kunne indikere helse enn å instrumentelt frembringe den.

Imidlertid kan vi spørre: Vil ikke en diagnostisk test «for sikkerhets skyld» ha en instrumentell verdi, ved at kunnskapen om at man ikke har en sykdom får en til å føle seg bedre? Testen har en indikativ verdi, men også en instrumentell verdi. Poenget er at den instrumentelle verdien (effekten) av diagnostiske tester «for sikkerhets skyld» ikke er dokumentert. I tillegg må vi avveie den instrumentelle verdien ved at folk føler seg bedre av en negativ diagnostisk test, mot den instrumentelle verdien av en (sann) positiv test, samt den negative verdien ved risikoen som man løper ved å ta testen (strålingsfare, falskt test svar). Altså, selv om man kan hevde at å gjøre røntgenundersøkelser «for sikkerhets skyld» har en instrumentell verdi, vil denne instrumentelle verdien måtte sammenlignes med andre instrumentelle verdier. Også en kortfattet verdianalyse viser at å ta diagnostiske tester «for sikkerhets skyld» er problematisk.

Usikkerhetens skyld

Betegnelsen «for sikkerhets skyld» har altså mange betydninger. Den kan referere til forsøk på å redusere usikkerhet i form av risiko, prinsipiell usikkerhet, uvitenhet og ubestemthet. Det finnes også andre betydninger av å gjøre en undersøkelse «for sikkerhets skyld» – for eksempel for å redusere frykten for ikke å gjøre det rette, for ikke å tilfredsstille pasientene, for søksmål, for ikke å dokumentere godt nok og for ikke å få økonomisk uttelling. Poenget er at disse variantene av handlinger «for sikkerhets skyld» har en rekke uheldige bivirkninger, blant annet ved at de i seg selv kan utsette pasienter for risiko (3, 16, 47), at de kan føre til at man bruker medisinsk metodikk ut over sine grenser: At man bekrefter helse istedenfor å søke sykdom, at man behandler mentale tilstander med metoder utviklet for somatikken og at man behandler leger ved å undersøke pasienter. Debatten om bruk av radiologiske undersøkelser illustrerer dette.

Det synes altså å være mange måter å forstå usikkerhet på. «For sikkerhets skyld» har således kunnskapsteoretiske, emosjonelle og moralske konnotasjoner som utfordrer oss på en grunnleggende måte. Tilsvarende finnes det mange tiltak som vi kan gjøre for å redusere usikkerheten. Helt å avhende den er vanskelig. Dersom vi faktisk skulle klare det, hvordan skulle vi kunne være helt sikre på at vi hadde lyktes? Å forsøke å bekjempe usikkerhet med alle midler kan være farlig – på et visst nivå må vi lære oss å leve med den, og å formidle den åpent til omverdenen. Ellers blir «for sikkerhets skyld» vår alvorligste skyld.

RED. ANM.: Artikkelen er delvis basert på Hofmann B.

«For sikkerhets skyld – om skylden i vår søken etter sikkerhet.» Bibliotek for Læger 2005;197(4):353–64.

Referanser

- Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a Theory of Medical Fallibility. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1976; 1: 51–71.
- Olerud HM, Saxebøl G. Diagnostic radiology in Norway from 1983–1993 – examination frequency and collective effective dose to patients. *Radiat Prot Dosim* 1997; 74: 247–60.
- Børretzen I, Lysdahl KB, Olerud HM. Radiologi i Norge – undersøkingsfrekvens per 2002, tidstrender, geografi sk variasjon og befolkningsdose. *StrålevernRapport* 2006;6. Østerås: Statens strålevern, 2006.
- United Nations scientific committee on the effects of atomic radiation. UNSCEAR. Report to the General Assembly. Annex D: Medical radiation exposures, 2000. <http://www.unscear.org/pdffiles/annexd.pdf>
- Knowles JH. Doing better and feeling worse. New York: Norton & Co, 1977.
- Blachar A, Tal S, Mandel A, Novikov I, Polliack G, Sosna J, Freedman Y, Copel L, Shemer J. Preauthorization of CT and MRI examinations: assessment of a managed care preauthorization program based on the ACR Appropriateness Criteria and the Royal College of Radiology guidelines. *J Am Coll Radiol* 2006;3(11):851–859.
- Espeland A, Albrektsen G, Larsen JL. Plain radiography of the lumbosacral spine. An audit of referrals from general practitioners. *Acta Radiol* 1999;40(1):52–59.
- Stavem K, Foss T, Botnmark O, Andersen OK, Erikssen J. Inter-observer agreement in audit of quality of radiology requests and reports. *Clin Radiol* 2004;59(11):1018–1024.
- Carton M, Auvert B, Guerini H, Boulard JC, Heautot JF, Landre MF, Beauchet A, Sznajderi M, Brun-Ney D, Chagnon S. Assessment of radiological referral practice and effect of computer-based guidelines on radiological requests in two emergency departments. *Clin Radiol* 2002;57(2):123–128.
- Sardanelli F, Quarenghi M, Fausto A, Aliprandi A, Cuppone MT. How many medical requests for US, body CT, and musculoskeletal MR exams in outpatients are inadequate? *Radiol Med (Torino)* 2005;109(3):229–233.
- Triantopoulou C, Tsalafoutas I, Maniatis P, Papavdis D, Raios G, Sifas I, Velonakis S, Koulentianos E. Analysis of radiological examination request forms in conjunction with justification of X-ray exposures. *Eur J Radiol* 2005;53(2):306–311.
- Simpson G, Hartrick GS. Use of thoracic computed tomography by general practitioners. *Med J Aust* 2007;187(1): 43–46.
- Kahn CE, Jr., Michalski TA, Erickson SJ, Foley WD, Krasnow AZ, Lofgren RP, Quiroz FA, Rand SD. Appropriateness of imaging procedure requests: do radiologists agree? *AJR Am J Roentgenol* 1997;169(1):11–14.
- Hahn DR, Farowe BA. Misuse and abuse of diagnostic x-ray. *AJPH* 1970; 60(2): 250–4.
- Abd El Bagi ME, Al-Damegh SA, Linjawi TA. Unnecessary x-rays: Occurrence, disadvantages and side effects. *Saudi Medical Journal* 1999; 20(7): 491–94.
- Sorby WA. Effectiveness, efficiency and the use and misuse of radiology. *The medical journal of Australia* 1992; 156: 680–3.
- Burwood R. Unnecessary x ray examinations. *BMJ* 1989; 298(6686):1517.
- Bransby-Zachary MA, Sutherland GR. Unnecessary x ray examinations. *BMJ* 1989; 298(6683):1294.
- Cascade PN, Webster EW, Kazerooni EA. Ineffective use of radiology: the hidden cost. *Am J Roentgenol* 1998; 170(3): 561–4.
- Ilbery P. Effectiveness, efficiency and the use and misuse of radiology. *Med J Aust* 1992; 156(10): 680–3.
- Shapiro MJ, Krausz C, Durham RM, Mazuski JE. Overuse of splenic scoring and computed tomographic scans. *J Trauma* 1999; 47(4): 651–8.
- McCreath GT, O'Neill KF, Kincaid WC, Hay LA. Audit of chest X-rays in general practice - a case for local guidelines? *Health Bull (Edinb)* 1999; 57: 180–85.
- Fleszler F, Friedenberg F, Krevsky B, Freidel D, Braitman LE. Abdominal computed tomography prolongs length of stay and is frequently unnecessary in the evaluation of acute pancreatitis. *Am J Med Sci* 2003; 325: 251–55.
- Steinert R. Misbruk av røntgenstråler. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1974; 94(6):347–50.
- Heilo A, Nordhus T, Lilleås F, Nyhus S, Gjølborg T. Millionsprekk for lab og røntgen. *Noraforum* 2000; 1:34.
- Løken K, Høiseth A, Korsbrekke K. Millionsprekk eller pre-dikterbare konsekvenser? *Noraforum* 2000; 2: 27.

27. Wirsching J. For mange røntgenbilder. Aftenposten 7. august 1997. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d17030.htm>
28. Heilo A. Radiologi på ville veier. Dagbladet 21.09.03. <http://www.dagbladet.no/print/?/kultur/2003/09/21/379025.html>
29. Acheson M, Smith D, Stubs A, Ingram D, Armstrong BK. The misuse of mammography in the management of breast cancer. *Med J Aust* 1988; 148(2):102.
30. Lysdahl KB, Hofmann B. What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Services Research* 2009;9:155.
31. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Johnson M, Rost KM, Luo Z, Goddeeris J, Lein C, Given CW, Given B. Minor acute illness: a preliminary research report on the «worried well». *J Fam Pract* 2002 Jan;51(1):24-9.
32. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981;94(4):492-8.
33. Barsky AJ. *Worried Sick: Our Troubled Quest For Wellness*. Boston: Little Brown and Company, 1988.
34. Beck U. *Risk society. Towards a new modernity*. London: Sage Publications, 1992.
35. Skolbekken J-A. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995; 40: 291-305.
36. Beck U, Giddens A, Lash S. *Reflexive modernizations*. Cambridge: Polity Press, 1994.
37. Fugelli P. *Nullvisjonen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
38. Hofmann B. The technological invention of disease – on disease, technology and values. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2002.
39. Hofmann B. Simplified models of the relationship between health and disease. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2005; 26(5): 35-377.
40. Zahl P-H. Vitenskapelige kriterier for innføring og evaluering av screening. *Tidsskr nor lægeforen* 2003; 123(3):333-6.
41. Helman, CG. 'Disease and pseudo-disease: A case history of pseudo-angina', i: Hahn, R.A. and Gines, A.D. (red.): *Physicians of Western medicine. Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Dordrecht: D.Reidel Publishing Company, 1985: 293-331.
42. Eddy DM. Variations in physician practice: The role of uncertainty. *Health Affairs* 1984; 3:74-89.
43. Wynne B. Uncertainty and environmental learning - reconceiving science in the preventive paradigm. *Glob Envir Change* 1992; 2: 111-27.
44. Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1382-6.
45. Reiser, S.J. *Medicine and the Reign of Technology*. New York: Cambridge University Press; 1978: 195.
46. Zimmerman, Michael J. *The Nature of Intrinsic Value*. Lanham: Rowman and Littlefield, 2001.
47. González AB, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-ray: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet* 2004;363: 345-51.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
b.m.hofmann@medetikk.uio.no

Endringer i ytelsene fra SOP

AV JOHAN TORGENSEN

Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har i et høringsnotat redegjort for omfattende endringer i ytelser fra fondet. SOP har i nesten 45 år vært en sosial sikringsordning for privatpraktiserende leger. Styrets leder gjorde på Landstyremøtet i 2009 rede for fondets situasjon og dokumenterte behovet for endringer. Fondets økonomi gjør det ikke lengre mulig å opprettholde ytelser på dagens nivå. Nå foreligger styret i SOP sine forslag til endringer og innretning på disse. Yngre legers forening ser det tvingende behovet for tilpasninger av ytelsene i SOP til den økonomiske realiteten. Som representanter for fremtidige privatpraktiserende leger og på vegne av yngre kolleger i privat praksis er vi kritisk til valg av innretning på endringene.

Avbruddsytelser og pensjoner er SOPs to hovedutgiftsposter med samlet årlige utbetalinger på ca. 130 millioner kroner. SOP yter blant annet fødselsstønad, adopsjonsstønad, pleiepengar og alderspensjoner. Årsaken til at SOPs forpliktelser har vokst ut over de økonomiske rammene, er den store økningen av leger samtidig som tilførselen av ny kapital er lav. Fondet kan ikke innfri sine forpliktelser over for en stadig voksende gruppe av rettighetshavere gitt dagens premisser. Den store tilveksten av yngre kvinner i legegruppen er noe av forklaringen på hvorfor særlig ut-



Johan Torgersen

er Nestleder i Yngre legers forening. Til daglig jobber han som lege i spesialisering på Kirurgisk Serviceklinikk ved Haukeland Universitetssjukehus.

gifter til avbruddsyttelser har økt mye, fra ca. ti millioner kroner i 1992 til nærmere 70 millioner i 2008. Samtidig har menns rettigheter i forbindelse med foreldrepermisjon økt og de har blitt flinkere til å benytte seg av disse. Dette er den nye virkeligheten.

Styret i SOP foreslår å avvike SOP som et alderspensjonsfond og også å redusere nivået på avbruddsyttelsene. Leger autorisert før 1.1 1993 vil fremdeles kunne motta alderspensjon, men leger autorisert etter dette vil miste denne ytelsen fra SOP. Med andre ord vil alderspensjoner fra SOP fases ut. Avbruddsyttelsene foreslås redusert fra 90 prosent til 70–80 prosent kompensasjonsgrad for leger autorisert før 1.1 1993 mens leger autorisert etter 1.1 1993 skal motta en enda lavere kompensasjon som ikke er spesifisert i høringsnotatet.

Med andre ord vil leger autorisert etter 1.1 1993 rammes betydelig hardere av disse endringene enn leger autorisert før denne datoen. Styret i SOP begrunner dette skillet og to hovedmomenter trekkes frem. Det vil være svært belastende å miste retten til pensjon kort tid før pensjonsalder og tid til oppsparing av pensjon gjennom private pensjonsavtaler vil være kort. I tillegg var avsetningene under normaltariffforhandlingene langt høyere i tiden før 1993 enn i tiden etter og styret i SOP hevder dermed at leger autorisert før 1.1 1993 har bidratt mer til oppbyggingen av fondet.

YLF er kritiske til at en velger å skille mellom leger autorisert før og etter 1.1 1993 på denne måten. Flere relevante momenter er ikke tatt med i betraktningen, begrunnelsen er ikke sterk og konsekvensene er ikke belyst. Særlig er vi kritiske til skillet i avbruddsyttelsene.

Høyere avsetninger til SOP under normaltariffforhandlingene før 1993 betydde svakere vekst i normaltariffen enn i tiden etter. Leger som begynte å jobbe etter 1993 vil selvsagt også få påvirket sitt inntekstnivå av de satsene som ble etablert i tiden før. Svake oppgjør vil få et etterslep i tiden etter dersom det ikke korrigeres. Når satsene så stiger relativt mer i tiden etter 1993 vil det også komme leger autorisert før dette tidspunktet til gode. Tariffoppgjør i perioden før en begynner å få inntjeningen påvirker selvsagt inntekstnivået for alle som omfattes av aktuelle tariff.

Fastlegerreformen førte til at markedsverdien av praksisene har steget jevnt og trutt de siste årene. Inngangskostnaden ved oppstart i egen praksis er nå betydelig høyere enn tidligere. Flere fastleger regner nå verdien av praksisen sin som en del av pensjonen. For de som sist kom inn i egen praksis er en større del av den kapitalen som praksisen representerer, lånefinansiert med de kostnader det innebærer.

Antall kvinnelige leger øker raskt. Andelen av kvinner i gruppen av godkjente spesialister har økt fra 13 prosent i 1990 til nesten 28 prosent i 2009, mer enn en dobling. Dette betyr at i gruppen av leger autorisert etter 1.1 1993, som rammer hardest av forslagene til endringer, vil kvinneandelen være betydelig større enn i gruppen autorisert før dette tidspunktet. Med andre ord vil forslagene ramme legegrupper med høyere kvinneandel i større grad enn grupper med lavere kvinneandel. Dette kan oppfattes som indirekte diskriminering og må avklares juridisk. Er dette i samsvar med Legeforeningens likestillingspolitikk? Det er positivt at styret i SOP foreslår høyeste kompensasjonsgrad også for leger autorisert etter 1.1 1993 ved fødsel og adopsjon, men reduksjonen til 70–80 prosent vil uansett ramme yngre kvinnelige privatpraktiserende leger. Det samme gjelder reduksjonen i sykehjelp hvor en i tillegg vil gjøre forskjell på leger autorisert før og etter 1.1 1993. Samlet effekt kan gjøre det mindre attraktivt for unge kvinnelige leger å gå inn i privat praksis.

Samhandlingsreformen, som Legeforeningen støtter intensjonen i, bebuder en stor økning i antall allmennleger. Disse må i all hovedsak rekrutteres fra nyutdannede leger. I denne gruppen nærmer nå kvinneandelen seg 60 prosent. Med andre ord må det rekrutteres mange kvinnelige leger inn i allmennmedisinen. Å ramme denne gruppen mest kan virke direkte anti-rekrutterende. Det vil være et svakt signal å sende fra Legeforeningen, under opptaktene til videre arbeid med Samhandlingsreformen, at denne gruppen ikke prioriteres.

YLF mener at styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger må opprettholde avbruddsyttelser som er like for alle. At styret i SOP velger å avvike SOP som et alderspensjonsfond må vi respektere. Avbruddsyttelsene må ikke endres på en måte som rammer skjevt og uhenksom. En slik endring kan heller ikke aksepteres med begrunnelse i ulike avsetninger før og etter 1993. Avbruddsyttelsene må opprettholdes på et nivå som gjør det fristende også for unge kvinnelige leger å velge allmennmedisin som spesialitet. Dette kan en oppnå ved å se bort i fra 1.1 1993 som et skille og trekke tidspunktet for pensjon lengre tilbake i tid eller ved innføre gradvis nedtrapping av alderspensjon avhengig av autorisasjonstidspunkt.

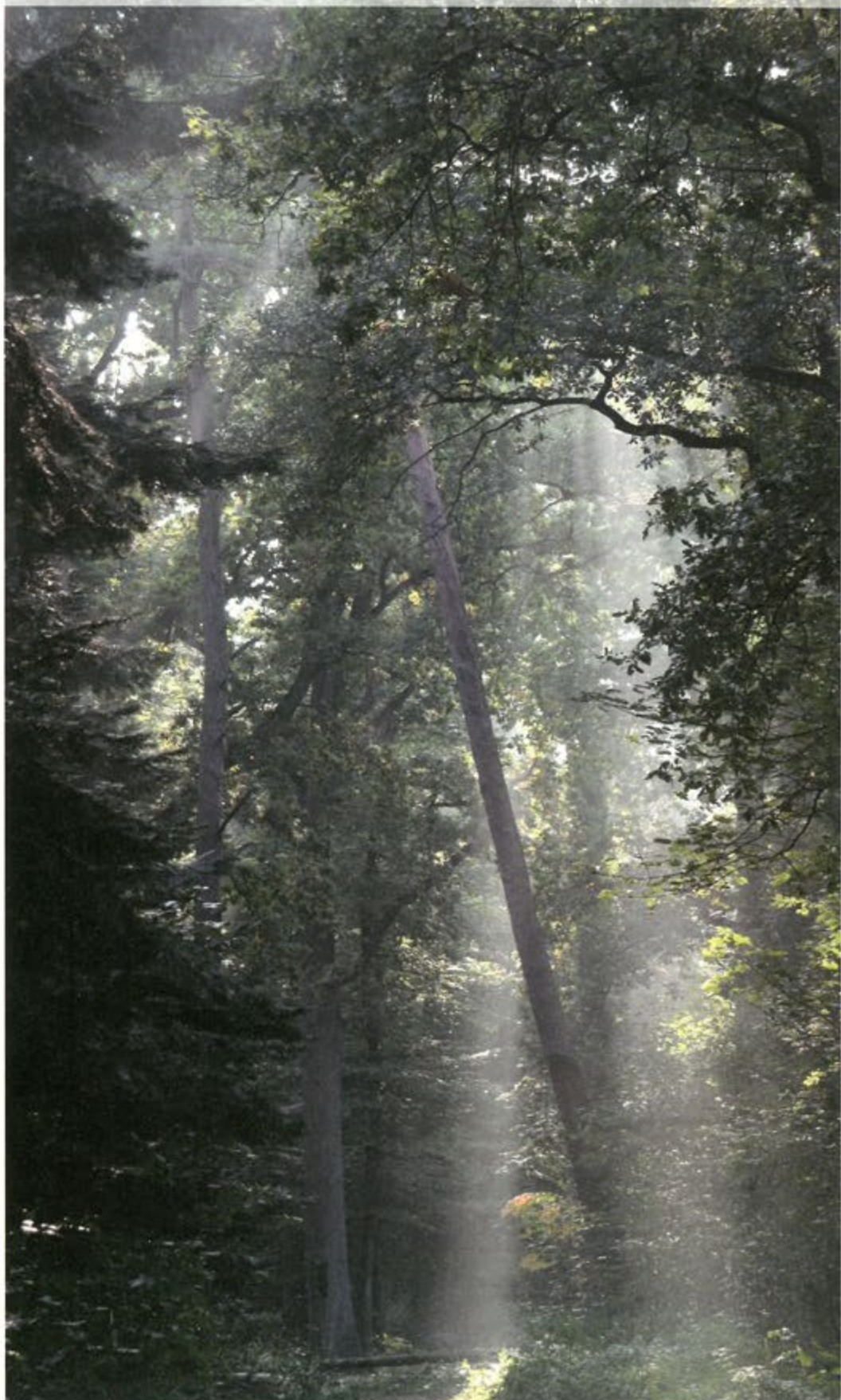
På vegne av Yngre legers forening,
Johan Torgersen, NESTLEDER

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
johantorgersen@me.com

Lyrikk &

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



HELLANDS HYPOTESE:

Bedre kne over en lav sko?

Komplikasjon og oppdagelse etter en vanlig meniskoperasjon

Vondt i ryggen pga. ulik beinlengde er meget utbredt i befolkningen, og hæloppbygging er en vanlig behandling. Men vi mangler kunnskap om hvilke bivirkninger behandlingen kan gi på lang sikt. Kneplager er også ganske vanlige. Spørsmålet er om det finnes en sammenheng mellom oppbygd hæl og kneplager. Min erfaring som pasient tilsier det, og jeg tror mer kunnskap her kan hjelpe mange.

Sykehistorien

Som 24-åring fikk jeg i 1971 vedvarende vondt i ryggen på grunn av en beinlengdeforskjell på 1-2 cm. Derfor gikk jeg alltid siden med hælinnlegg i høyre sko på ca. 1,5 cm. Ryggsmertene forsvant, men som 57-åring vinteren 2004 fikk jeg uten spesiell foranledning vondt i høyre kne over flere uker. Ortopeden konstaterte meniskskade. Operasjonen i mars 2004 viste også bruskskade.

Etter ca. seks uker kom komplikasjonen. Stående rett opp og ned kjente jeg plutselig at noe skled ut av posisjon inne i kneet. Kneet hovnet opp og ble vondt, med vesentlig redusert funksjon. Men ingen diagnose ble stilt. I juni 2004 begynte jeg med vanlig fysioterapi etter meniskoperasjon. Både ortoped og fysioterapeut sa det var fullt mulig å trene kneet opp til full funksjon og styrke. Og jeg trente ihrdig som anvist et helt år. Jeg trente aldri mot smerte, og i øyeblikket føltes det som treningen hjalp. Men over tid ble ikke kneet bedre og sterkere, tvert imot. En dag i mai-juni 2005 sa kneet plutselig stopp. Da hadde jeg i tillegg fått omfattende nervesmerter i foten, særlig når jeg gikk unna bakke. Ja, jeg kunne knapt gå på flatmark. Turer i skog og mark,

som jeg hadde tatt operasjonen for å sikre, var en saga blott. Slik var resultatet av helsevesenets ordinære behandling.

MR sommeren 2005 viste en løs meniskbit i kneet, og det ble ny operasjon halvannet år etter den første. Av praktiske grunner gikk jeg til ny fysioterapeut. Hans første bud var: Full strekk i kneet og styrke i strekken! Det ga umiddelbart lovende effekt, selv om framgangen var veldig langsom.

Nå har jeg trent ihrdig for full strekk/styrke i fire år. Fortsatt har jeg et langt stykke å gå – bokstavelig talt, men med stadig mindre plage og funksjonshemming. Og nervesmertene er borte. Ja, jeg kan så smått glede meg over turer i skog og mark igjen! Det skyldes en stor oppdagelse i 2007-08.

Oppdagelsen

I 2007 byttet jeg hælinnlegget i skoen med en 1 cm tykk såle under hele foten og kjente umiddelbart at det gjorde godt for kneet. Så fjernet jeg skohælene, og effekten for kneet var overbevisende. Sommeren 2008 la jeg «motbakke» i høyre sko med en oppbygd fremre såle på 1-2 cm under tåballene. Halvannet år med slike sko har gitt meget gode og lovende resultater. Det er bemerkelsesverdig sett i forhold til det meget dårlige utgangspunktet i 2005.

Oppbygd hæl var ikke tema på noe tidspunkt i behandlingen av mitt kne. Men, nå har jeg sterke indikasjoner på at kontinuerlig bruk av ca. 3,5 cm oppbygd hæl (hælinnlegg på 1,5 cm + vanlig skohæl på ca. 2 cm) over 35 år har en dramatisk betydning for kneet.



Hypotesen

Mine erfaringer har gitt meg følgende tanker om årsaksforhold:

Oppbygd hæl gir feilstilling av muskler og sener som drar lårbeinet bakover mot bakre del av menisken på innsiden av kneet. Den kan bli skadet over tid. Ved meniskoparasjon uten at hælen fjernes, kan draget flytte lårbeinet bakover på leggbein-platået. Det gir plager og funksjonssvikt med slitasje- og nerveskade. Denne komplikasjonen kan behandles med sko uten hæl og med oppbygd fremre såle.

Utfordringen

Stemmer hypotesen med de faktiske forhold? Hypotesen ble utviklet før jeg kjente forskningsresultatene m.v. henviset til under, og de bekrefter i alle fall logikken i hypotesen: at skosålenes utforming påvirker kneet.

Det finnes en rekke forskningsresultater på PubMed som er med å sannsynliggjøre hypotesen mer konkret. Se særlig PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) sammendrag nr. 15895330.

Artikkelen «Advances in insoles and shoes for knee osteoarthritis» summerer opp status på området. Se PubMed sammendrag nr. 19339928. Her påpekes ikke minst behovet for videre forskning.

APOS-behandling synes så langt å være den mest avanserte behandlingen av knær gjennom skosålene: Se for eksempel: www.apostreatment.co.uk/

Mye forskning gjenstår med spennende utfordringer for norske allmennleger. Og jeg tror at nytten for befolkningen kan bli meget stor.

Hansken – eller skal vi heller si hælen – er kastet!

Bjørn Helland

Utposten får fra tid til annen henvendelser fra pasienter som ønsker å dele sine refleksjoner rundt helsetjenesten. Oftest er dette pasienterfaringer, men noen har også fått en ny forståelse av sine plager, som de tror helsetjenesten kan ha nytte av. De heldigste finner selv en løsning på sine plager. Bjørn Helland beskriver her sin oppdagelse, som ga ham førligheten og et friskt kne tilbake.

Anders Forsdahls minnepris – forslag til nominasjon 2010



Anders Forsdahls minnepris ble opprettet i 2006 til minne om hans enestående praktiske og akademisk virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste.

Prisen, som er opprettet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø, utdeles til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikt-Norge, i en vid betydning av dette begrep.

I vurderingen av kandidater til prisen, kan det legges vekt på ulike former for innsats med distriktsmedisinsk relevans:

- Distriktsmedisinsk praksis, med vekt på faglig og organisatorisk utvikling av tjenester som kan bidra til å forbedre tilbudet og kvaliteten for pasientene og som bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering blant personellet.
- Akademisk arbeid i form av forskning og undervisning som bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget for praksis i utkantområder, både i forhold til de særlige faglige og organisatoriske utfordringer som preger slik praksis.
- Administrativt og ledelsesmessig arbeid med særlig fokus på tilrettelegging for utvikling og drift av helsetjenester i utkantområder.
- Fagpolitisk og helsepolitisk arbeid som bidrar til å sette dagsorden for viktige distriktsmedisinske problemstillinger og som kan være premissgivende for vurderinger og beslutninger om rammer og vilkår for helsetjenestene i distriktene.
- Praktisk, administrativt eller akademisk arbeid som kan bidra til å utvikle og styrke samhandling mellom nivåer og intermedieære tjenesteformer i grensesnittet mellom nivåene (distriktsmedisinske sentre, sykestuer mv.) kan også vektlegges i vurderingen av kandidater.
- Lokalsykehusutvikling, med vekt på å utvikle lokalsykehuset som bærekraftig ledd i tiltakskjeden, og som viktig bindeledd både i forhold til førstelinjen og de mer spesialiserte sykehusenheter

NSDM ønsker forslag til kandidater for prisen i 2010.

Navn og kort begrunnelse bes sendt senterets leder Ivar J. Aaraas innen 20. mars 2010. Hvem som får prisen og tid og sted for utdelingen avgjøres av NSDM styringsgruppe.

ADRESSE: NSDM v/leder, Institutt for samfunnsmedisin Universitetet i Tromsø 9037 Tromsø

E-POST: ivar.aaraas@ism.uit.no.

Vangen S, Nordhagen R, Lie K. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. Tidsskr Nor Legeforening 2005; 125:451-3



RELIS

Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Polyfarmasi og legemiddelinteraksjoner som risikofaktorer for metformin-assosiert laktacidose

AV TRUDE GIVERHAUG, *cand.pharm., dr.scient.* og ELISABET NORDMO, *cand.pharm., RELIS Nord-Norge.*

RELIS har mottatt en bivirkningsmelding på metformin. Det dreier seg om en livstruende reaksjon med blant annet laktacidose hos en diabetiker, som også brukte flere andre legemidler. Tilstanden bedret seg, men melder er skeptisk til å starte opp igjen med metformin da vedkommende er usikker på hva som har utløst laktacidosen. Vi presenterer her det aktuelle tilfellet og diskuterer hendelsesforløpet opp mot symptomer og legemiddelbruk.

Kasuistikk

En 63 år gammel kvinne med mangeårig hypertensjon, tidligere gjennomgått hjerteinfarkt, kjent diabetes mellitus type 2 og normal nyrefunksjon ble funnet ikke-kontaktbar i hjemmet. Forut for dette hadde hun vært behandlet med Ery-Max (erytromycin) i sju dager på mistanke om luftveisinfeksjon. Ved innleggelse i sykehus hadde hun et blodsukkernivå på 1,1 mmol/l, hun var hypoterm (33,4°C), hypotensiv (BT 86/62 mmHg) og sinusbradykard, og blodprøver viste akutt nyrsvikt og metabolsk acidose (pH 7,0, base-excess -21, s-kreatinin 699 µmol/l, urea 31,8 mmol/l, laktat 11,7 mmol/l, CRP 31 mg/l, kalium 7,1 mmol/l). Pasienten responderte dårlig på væskebehandling, bikarbonat og noradrenalin, og ble derfor dialysert. S-kreatinin falt da til rundt 100 og diuresen kom godt i gang igjen. Mot slutten av innleggelsen ble pasienten igjen hypertensiv.

Legemidler

VED INNLEGGELSE:

- Ery-Max (erytromycin) 500 mg x 3 mot luftveisinfeksjon (siste sju dager før innleggelsen)
- Felodipin (felodipin) 10 mg x 1
- Atenolol (atenolol) 50 mg x 1
- Micardis Plus (telmisartan/hydroklortiazid) 80/12,5 mg x 1
- Glucophage (metformin) 1000 mg x 2
- Insulin Insulatard 18 + 16 IE
- Simvastatin (simvastatin) 20 mg x 1
- Marevan (warfarin) 2,5 mg etter liste
- Albyl-E (acetylsalisylsyre) 75 mg x 1
- Neurontin (gabapentin) 300 mg 2 x 3

UNDER INNLEGGELSEN ble erytromycin erstattet med cefuroksim (mot infeksjon) og pasienten fikk Klexane (enoksaparin) inntil mobilisering. Det er ikke angitt i epikrisen hvorvidt det ble gjort andre endringer i medisineringsen under innleggelsen.

VED UTSKRIVNING ble cefuroksim byttet til meropenem. Atenolol ble byttet ut med Selo-Zok (metoprolol) 50 mg x 1. Behandling med metformin ble gjenopptatt.

Symptomer og legemiddelbruk

Hypoglykemi

Pasienten hadde et blodsukker på 1,1 mmol/l da hun ble funnet, og hun var ikke kontaktbar. Dette tilsier at matinntaket har vært for lavt; i seg selv, eller i forhold til insulinbruken. Metformin gir i liten grad hypoglykemi.

Akutt nyresvikt

Det er flere mulige årsaker til pasientens akutte nyresvikt. En kombinasjon av hypotensjon, dehydrering og behandling med angiotensin II – reseptorantagonist (AT₂-blokker, her: telmisartan) synes sannsynlig. Erytromycin hemmer CYP3A4, som metaboliserer felodipin, og gir om lag tredoblet plasmakonsentrasjon av felodipin (1). Atenolol utskilles renalt og vil akkumuleres proporsjonalt med avtagende nyrefunksjon. Reell eksponering for felodipin og atenolol blir derfor betydelig høyere enn det doseringen skulle tilsi, med tilsvarende økt antihypertensiv effekt. Hydroklortiazid øker diuresen, og i tillegg vil infeksjon, kanskje med feber og dårlig allmenntilstand, kunne føre til redusert væskeinntak. For øvrig er diaré en vanlig bivirkning av erytromycin (2), men det er ikke angitt i epikrisen at dette har vært et problem her. AT₂-blokkere dilaterer efferente nyrearterier, og behandlingen kan i seg selv gi en s-kreatininstigning på opp mot 30 prosent (3). Det er angitt i epikrisen at kvinnen hadde normal nyrefunksjon med s-kreatinin på 70 µmol/l om lag 1 måned før hendelsen. Ved blodtrykksfall og/eller dehydrering vil reduksjonen i glomerulært filtrasjonstrykk kunne bli stort nok til å utløse en akutt nyresvikt. Vi anser det således som sannsynlig at nyresvikten har sammenheng med flere av de legemidlene kvinnen brukte, men at infeksjon og oppstart med erytromycin kan ha vært viktige utløsende faktorer.

Acidose/Laktacidose

Laktacidose er en sjelden, men alvorlig bivirkning av metformin (4). Risikoen øker med avtagende nyrefunksjon da metformin utskilles i nyretubuli. Mekanismen bak metforminindusert laktacidose er for øvrig uklar. Laktatnivået hos den aktuelle pasienten var betydelig høyere enn det som vanligvis ses ved akutt nyresvikt per se, og vi anser det som sannsynlig at laktacidosen er relatert til akkumulering av metformin sekundært til nedsatt nyrefunksjon.

Sinusbradykardi

Plasmakonsentrasjonen av atenolol vil øke når nyrefunksjonen avtar, og økt betablokade kan være en forklaring på kvinnens bradykardi. Hyperkalemi kan også gi bradykardi. Videre angir preparatomtalen at overdosering av felodipin kan gi bradykardi, selv om takykardi er en vanligere bivirkning av dette medikamentet (5).

Hyperkalemi

Høyt kaliumnivå skyldes nok i dette tilfellet hovedsakelig nyresvikten, men hyperkalemi er også en kjent bivirkning av legemidler med effekt på renin-angiotensin-aldosteronsystemet, som for eksempel telmisartan (3). Vi er ikke kjent med pasientens s-kalium før denne hendelsen.

Oppsummering

Laktacidosen hos denne pasienten er mest sannsynlig relatert til akkumulering av metformin sekundært til nyresvikt. Den primære årsaken til at situasjonen oppstod er trolig et fall i glomerulær filtrasjonsrate på grunn av hypotensjon, mulig dehydrering, samt behandling med AT₂-blokker. Økte plasmakonsentrasjoner av felodipin og atenolol, henholdsvis på grunn av interaksjon med erytromycin og avtagende nyrefunksjon, kan ha medført et betydelig blodtrykksfall. Pasienten kan dessuten ha vært dehydrert på grunn av infeksjon og behandling med antibiotikum og tiazid, og med AT₂-blokker tilstede vil nyrene i mindre grad enn ellers være i stand til å kontrahere efferente nyrearterier for på den måten å opprettholde filtrasjonstrykket.

Klinisk betydning

Behandling med metformin bør kunne gjenopptas når pasientens nyrefunksjon er normalisert. Generelt er det imidlertid grunn til å minne om at pasienter som behandles med AT₂-blokker (eller ACE-hemmer) utgjør en risikogruppe med tanke på akutt nyresvikt, og at redusert nyrefunksjon øker risikoen for metformin-indusert laktacidose. AT₂-blokker eller ACE-hemmer kan seponeres midlertidig ved dehydrering og/eller hypotensjon for eksempel relatert til oppkast, diaré, feber, infeksjoner og lignende, og pasienter bør være informert om dette.

Erytromycin hemmer CYP3A4 i leveren og kan således øke effekten av andre legemidler som metaboliseres via disse enzymene. I hvilken grad slike interaksjoner har klinisk relevans må vurderes ut fra hver enkelt pasients sykdomsbilde og legemiddelbruk.

Referanser

1. Spigset O, (red.). Drug Information Database (DRUID) <http://www.interaksjoner.no/> (Søkt 07.01.2010).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ery-Max. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 17.09.2008).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Micardis Plus. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 29.5.2009).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Glucophage. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 13.6.2008).
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Felodipin. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 08.09.2008).

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

Utslett med rask forverring

En tidligere frisk 15 måneder gammel gutt hadde vært plaget av et kløende utslett under venstre aksille i et par-tre dager da han kom til konsultasjon med sin mor. Familien hans er fra Vest-Afrika, pasienten selv er født i Norge.

Med kløe som utgangspunkt dannet det seg først en liten gruppe med papler som ble til et tørt sår på størrelse med en 10-kroning. Frem til konsultasjonen kom det i tillegg en håndfull krustebelagte sår, ca. tre mm i diameter, alle ventralt på overkroppen. Jeg la merke til at ungen hadde noe tørr hud og spor etter tidligere eksemutbrudd, men ikke tegn til akutte symptomer.

Gutten var afebril, i utmerket allmenntilstand og klinisk undersøkelse ellers ga kun normale funn.

Jeg var usikker på årsaken til utslettet, og valgte å se det an fordi klinikken virket fredelig. Siden kløe spesielt om natten var hovedsymptomet anbefalte jeg å dekke sårene til med vaselinnett og kompresser, bruk av hensiktsmessige klær og dexchlorpheniramin (Phenamin) mikstur til natten ved behov. Dessuten avtalte jeg en rask kontroll ved forverring.

To dager senere hadde gutten fått flere og betydelig større sår som var overraskende tørre da jeg fjernet bandasjen (se bilde 1, seks dager etter symptomdebut).

Etter konferering med hudlege og prøvetaking på Stuarts medium startet gutten med penicillin selv om tentativ diagnose var impetigo contagiosa, muligens impetigo bullosa. Anbefalt makrolidantibiotikum var vi nemlig tomme for på kontoret, og det var nyttårsaften kl 12...

Enda to dager senere ble det tydelig at dette valget ikke hadde hatt ønsket effekt. Sårene hadde ikke økt ytterligere i antall, men i størrelse (se bilde 2, åtte dager etter symptomdebut).

Pasientens allmenntilstand var fortsatt helt upåvirket. Det klødde lite på overkroppen nå, men han begynte å klø desto mer på en arm og i begge knehaser som uttrykk for et oppblomstrende atopisk eksem.

Penicillin ble byttet ut med erythromycin (Ery-max) mikstur og supplert med kaliumpermanganat bad etter hudlegens anbefaling; en behandling familien også var kjent med fra hjemlandet.

Resistensbestemmelsen kom noen dager senere og viste rik vekst av gule stafylokokker med resistens for penicillin og fucidin, følsomhet for erytromycin. Om bakteriestammen produserte det impetigo bullosa-typiske toksinet epidermolysin ble ikke undersøkt fordi jeg ikke hadde rekvirert dette særskilt.

Impetigo contagiosa er en overfladisk hudinfeksjon forårsaket av gruppe A streptokokker og/eller gule stafylokokker. Huderosjoner, små vesikler og honninggule skorper bestemmer det kliniske bilde.

Impetigo bullosa er nesten alltid forårsaket av gule stafylokokker som danner toksinet epidermolysin som fører til bulladannelse. Denne formen har vært økende de siste årene, og står nå for ca. 30% av impetigotilfellene.

Ifølge anbefalingene fra Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) bør infeksjonens utbredelse bestemme terapivalget:

1. LITEN AFFEKSJON: Vask med klorhexidin og tildekking.
 2. MODERAT AFFEKSJON: Som 1 og i tillegg antiseptisk krem dibropropamindin (Brulidine) eller antibiotisk og antiseptisk salve med bacitracin og klorhexidin (Bacimycin).
 3. UTBREDT AFFEKSJON OG IMPETIGO BULLOSA: Som 1 og 2. I tillegg systemisk behandling med penicillinasestabil penicillin, (di)cloxacillin (Diclocil/Ekvacilin), eller et makrolid, erythromycin (Ery-max) eller clindamycin (Dalacin) i 7-10 dager.
- Velger man systemisk behandling bør dyrkningsprøve tas. Ved residerende infeksjoner kan undersøkelse på smittebærertilstand være aktuelt. KILDE: NORSK ELEKTRONISK LÆGEHÅNDBOK (NEL) OG ANTIBIOTIKASENTERET FOR PRIMÆRMEDISIN (ASP)



BILDE 1, DAG 6

BILDE 2, DAG 8



BILDE 3, DAG 21

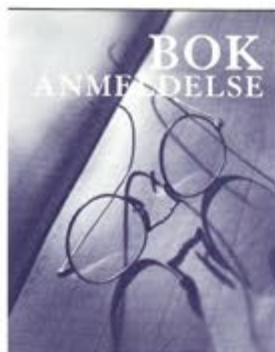
De følgende kontrollene viste til min lettelse at infeksjonen raskt ble stanset, og huden så ut til å regenerere veldig bra (bilde 3, 21 dager etter symptomdebut). Det atopiske eksemet på ikke-infisert hud responderte meget godt på kortvarig behandling med steroidsalve (gruppe II).

I etterkant virket det på meg som om hudens atopiske egenskaper bidro til sårenes størrelse.

Av dette utslettet lærte jeg å være bedre forberedt på en forverring dersom jeg ikke velger primært anbefalt behandling.

Florian Praël





Fugelli P, Ingstad B.: Helse på norsk.
Gyldendal akademisk forlag 2009.
495 sider.
ISBN 978-82-41-71125-1

Askeladdene Per Fugelli og Benedicte Ingstad har vært på oppdagelsesreise i det norske helselandskapet. I boka og forskningsprosjektet «Helse på norsk» har de snakket med 80 personer fra fem ulike lokalsamfunn, fra bygd til by, fjord og fjell, og fra alle samfunnslag og aldersgrupper. Med i materialet er også 14 toppidrettsfolk.

Målet med studien var kort formulert: Hva legger nordmenn egentlig i begrepet «god helse»?

Et viktig, enkelt og vanskelig spørsmål. Forstår folk «god helse» på samme måte som helsevesenet gjør? Som politikerne? Som ukebladene? Eller har de sin egen definisjon og oppfatning?

Fugelli og Ingstad har bakgrunn i henholdsvis samfunnsmedisin og medisinsk antropologi. Begge er nestorer i sine fag, og har solid forskningserfaring og faglig bredde. Alt tydet på at dette kunne bli en spennende reise. Det ble det også. «Helse på norsk» er et imponerende og solid reisebrev fra et mangfoldig landskap.

Studiens metode er «multi-sited ethnography», et verktøy hentet fra antropologien, som brukes til å følge et begrep eller individ i ulike sammenhenger og steder. Intervjuene var semistrukturerte, oftest hjemme hos informantene, med begge Askeladdene til stede.

De første tre av boka 14 kapitler beskriver prosjektet, forfatterne bakgrunn, forventninger og teoretiske utgangspunkt, og filosofiske, historiske og vitenskapelige synsvinkler om helse, kropp, sykdom og sunnhet. Disse kapitlene er i seg selv så vidtfavnende og lærerike at de står godt på egne bein.

Studiens begrensninger og metodologiske utfordringer drøftes inngående. Det blir nærmest umulig å finne noe å pirke på som forfatterne selv ikke har lagt for dagen.

De neste ni kapitlene handler om Askeladdenes samtaler med de 80 nordmennene de fant på sin vei. Teksten veksler mellom forfatterne beskrivelse av det de fikk høre, og



ordrette sitater fra informantene. For hvert sitat angis informantens kjønn, alder og tilhørighet, f.eks «mann i 30-årene, Fjellbygd» eller «toppidrettskvinne i 40-årene».

Kapitlene er sortert etter hovedtema som livsstil og helse, religion og helse, økonomi og helse. Hvert kapittel innledes med teoretiske aspekter, og avsluttes med refleksjoner og oppsummering.

Siste kapittel oppsummerer studien, og reflekterer over mulige implikasjoner og føringer for både helsevesenet og politikere. Forfatterne er svært forsiktige med å trekke bastante konklusjoner, men beskriver funnene som en «motmelding» til eksperter og myndigheters utredninger og meldinger om folkehelsen.

Hva består så folkets motmelding av?

Opprinnelsen til ordet «helse» er det norrøne «heill», som betyr hel. Og det viser seg at folks helsebegrep ikke har vandret så langt fra den opprinnelige betydningen. Ola og Kari Nordmann har et mer balansert og helhetlig syn på helse enn vi kanskje ante. De forteller at helse er trivsel, likevekt, motstandskraft, å fungere i hverdagen, være del av et sosialt fellesskap, og å slippe å tenke på helse! Det er få spor av den medikalisering og risikomentalitet vi ser i media og i vårt eget fag.

Folkevettet er med andre ord i meget god behold.

Det enkle og elegante med denne studien er at man spurte om helse, ikke om sykdom. Hadde man spurt hva sykdom er ville man fått helt andre svar, og svarene ville vært på et annet plan, for ikke å si en annen planet. For helse er ikke bare fravær av sykdom, ei heller det motsatte av sykdom. Og det vet folk utmerket godt.

Faktisk er kapittelet «Helsetjeneste og helse» det korteste i denne boka. Ikke det at helsevesenet er uvesentlig, men mest når det gjelder sykdom. Det er en helt nødvendig realitetsorientering – for ikke å si kalddusj – for oss i helsevesenet. Vi er nyttige til vårt bruk, men helsa skapes andre steder. Godt nytt for samfunnsmedisinerne, dårlig nytt for politikere som tror de kan skape helse ved å omorganisere helsevesenet.

Boka er lettlest og underholdende, språket er både presist og poetisk. Teksten inneholder rikelig med referanser fra medisin, antropologi, sosiologi og litteratur, ispedd dikt og ordtak.

Hva skal så en stakkars anmelder klage på?

Joda. En kvalitativ studie har sine begrensinger, og gir naturligvis ingen tall å slå i bordet med. Men det var da heller ikke målet med studien. Utvalget av informanter kunne vært bredere – våre nye landsmenn er ikke representert, heller ikke andre minoriteter. Kanskje har svarene blitt påvirket av det at en profilert samfunnsmedisiner stilte spørsmålene.

Men dette er små detaljer i den store sammenhengen. Og forfatterne har selv gjort grundig rede for studiens begrensinger og metodologiske problemer.

Alt i alt er «Helse på norsk» et imponerende og inspirerende verk. Boka vil være til glede og nytte for alle som jobber og/eller studerer i helsevesenet, og for interesserte legfolk.

Pernille Nylehn

LESERINNLEGG

Evaluerings av legekontorer

– strøttanker om kvalitetskriterier

Forfatteren skriver at det ikke finnes allment akseptert målemetoder for evaluering av primærlegers kontor- og arbeidsforhold. Han legger frem ti sentrale kriterier for å evaluere legekontorers rutiner og fasiliteter. En maksimal skåre på 100 poeng oppnås ved optimale rutiner på alle felter.

Som vikar ser man med nye øyne på andre legers og andre kontorers rutiner. Noen steder får man gode ideer til forbedring av egne rutiner – andre steder ser man mangelfulle forhold. Avgjørende for legedekningen er legenes økonomiske betingelser, legevaktsbelastning, forholdet til kommunen samt distriktets geografiske og sosiale forhold. Her vil jeg forsøke å evaluere konkrete faglige forhold ved legekontoret.

Det ser ut til at de samme problemer går igjen på mange legekontorer: dårlige rutiner for journalføring; forsøpling av papirarkiver; rotete kontorer; svakt samarbeid mellom legene; dårlige fagbibliotek. Hvordan skal man så evaluere et legekontor? Tjener det noe formål?

Kriterier for kvalitet gjør det mulig å sammenligne eget kontor med andre, ut fra en vedtatt standard. Det delikate er imidlertid, at hvis man begynner med å evaluere kontorrutiner, er ikke veien lang til en regulær kollegial vurdering. Da bør man trå varsomt frem. Leger er følsomme overfor kritikk – særlig når den er berettiget. Ordet «evaluering» har dessuten et preg av kontroll, overvåking, straff og forbedring.

Med dette innlegget våger jeg meg ut i et eksplosivt minefelt, hvor meningene er delte. Evaluering av legekontorer i allmennpraksis krever kriterier som er allment anerkjent. Jeg vil prøve å besvare tre spørsmål:

- Hvilke evalueringskriterier er sentrale?
- Hvordan skal de enkelte kriteriene vektis innbyrdes?
- Hvilken matematisk modell skal benyttes til å beregne en «kvalitetsskåre»?

Mitt forslag er å etablere en kvalitetsskåre ved hjelp av en skala fra 0 til 100. Et legekantor kan få maksimalt 100 poeng, ved simpel addisjon av de poengene man får for ti enkelte delfunksjoner. De ti kriteriene er anført i en prioriteringsrekkefølge, med forslag til maksimal skåre i parentes. Etter min mening er journalsystem, journalføringsrutiner, kontorforhold, kolleger og personell de viktigste forhold. De ti kriterier jeg mener bør inngå i en evaluering er følgende:

- Journalsystem (20)
- Journalførings- og henvisningsrutiner (10)
- Kontorforhold (10)
- Kollegiale forhold og samarbeid (10)
- Hjelpepersonell (10)
- Skadestue, kirurgisk utstyr og akuttberedskap (10)
- Laboratorieservice (10)
- Fagbibliotek (10)
- Samarbeid med sykehjem og hjemmesykepleie (5)
- Samarbeid med ambulansetjenesten m.m. (5)

Noen av disse kriterier fortjener utdypende kommentarer:

A. Journalsystem

En journals kvalitet avgjøres av dens verdi for en ny lege som ser pasienten for første gang.

Journalsystemet bør gi mulighet til å opprette en suffisient basisjournal med oversikt over de viktigste sykdomsdeterminanter, sosiale forhold, tidligere sykdommer, medisiner og bruk av tobakk og alkohol. Det bør være enkelt å navigere fra funksjon til funksjon.

De fleste legekantorer har et papirarkiv som sjelden eller aldri ryddes for gamle og overflødige papirer. De fleste papirjournaler inneholder 50–80 prosent «journalsøppel» som burde kastes. Legene gjør det sjeldent. Hjelpepersonellet vil ikke, eller har ikke tid til å gjøre det. Det er frustrerende å komme over papirjournaler på flere kilo som inneholder f.eks. 40 år gamle cytologisvar, blodprøver, urindyrkninger og henvisninger – når det man leter etter er et bestemt brev, en epikrise eller et røntgensvar som ikke er innført i den elektroniske journalen.

B. Journalførings- og henvisningsrutiner

For mange leger er kontorarbeid ulystbetont. Journalføringsrutinene varierer sterkt fra lege til lege. Mange unnlatte basal journalopprettelse. Ajourføring av journaler med innkommende opplysninger foregår ikke alltid systematisk eller det gjøres etter mangelfulle prinsipper. Med gode journaler har man mulighet for å lage gode henvisninger, med alle opplysningene som sykehuskollegene behøver. Primærlegens omdømme på sykehuset avhenger av kvaliteten på vedkommendes henvisninger.

C. Kontorforhold

Noen legekantorer er preget av et syndig rot av permer, reklamer, plastmodeller og oppbyggelige rundskriv fra direktoratet og departementet. Kontorene utstiller ofte hva legemiddelrepresentanter har medbrakt av kulepenn, papirlapper og informasjonsbrosjyrer. Nødvendige formulærer kan være spredt i forskjellige rom.

D. Kollegiale forhold og samarbeid

Kollegiale forhold avhenger av legenes holdning til faget. De fleste leger er interessert i faget, andre er mest interessert i takster og økonomi. For enkelte kolleger er hjemgården, sangkoret eller lokalpolitiske verv det viktigste. Noen leger spør aldri kolleger til råds, tar ingen nye metoder i bruk, men tar til gjengjeld mange blodprøver. Slike kolleger er det vanskelig å få involvert i registrerings- og forskningsaktiviteter. Uten felles interesser og bruk av de andres kompetanse blir samarbeidet dårlig.

E. Hjelpepersonell

Samarbeidet med hjelpepersonellet er av største viktighet, men variasjonen er betydelig. Noen steder kjenner medarbeiderne samtlige pasienter og kan utføre alle funksjoner. Andre steder vokter man sine revirer og har mer eller mindre faste oppgaver. Man kan oppleve at sekretæren ikke kan eller vil bistå til praktiske oppgaver eller at hjelpepleieren/sykepleieren knapt nok vil ta telefonen.

Avsluttende kommentarer

Mange faglige forhold kan ikke måles direkte, men kan i noen grad gjøres målbare. Bortsett fra i lærebøker i allmennmedisin, har jeg ikke funnet relevante artikler om evaluering av legekantorer. Min prioritering og vektning av kriteriene vil ikke alle være enige i. Disse strøtankene er ment som en ansporing til diskusjon.

Nils Carl Lønberg

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 ifra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: $CICR \text{ (ml/minutt)} = 1,23 \times (140 - \text{alder (år)}) \times \text{kroppsvekt (kg)} / \text{serumkreatinin (μmol/liter)}$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (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 arvede 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 angioedem rapportert. Pregabalin skal seponeres umiddelbart ved symptomer på angioedem, 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, synsforstyrrelser eller andre synsforandringer. Mange av tilfellene var raskt forbigående. Seponering kan oppheve eller forbedre synsforstyrrelsene. Tilfeller av nyresvikt er rapportert. Hendelsene har vært reversible ved seponering. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallsfrihet er ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponeringssymptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diaré, influensasyndrom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart. Etter markedsføring er 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 medisiner med andre nødvendige legemidler (f.eks. legemidler mot krampor). 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 potensere effekten av etanol og lorazepam. Gjennettatte 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 antikonseptjonsmidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelen 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 skiller imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Ved behandling av sentral nevropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger generell og bivirkninger relatert til sentralnervesystemet, spesielt søvnighet, høyere. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, 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, ødem, unormal gange, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi, abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofagial reflukssykdom, oral tørrhet, hodepine, kvalme, kvalme, oppkast, flatulens. Luftveier: Dyspné, tørrhet i neset, muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelsmerter, myalgi, artralgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskelsvikt. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnsløshet, 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, intensjonstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, røde, hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tørre øyne, hovne øyne, synsfeldefekter, tåkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryst, forhøyet alaniminotransferase, forhøyet kreatinfosfokinase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelet. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykemi. Ascites, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse. Hørsel: Hyperakusi. Luftveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseblødning, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hemninger, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyefirtasjon, mydriasis, oscillopsi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelving, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulært blokk, sinusarykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenitale: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmerte, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarka, anksidens, 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 markedsføringsstart med ukjent frekvens: Angioedem, keratitt, tap av syn, hypersensitivitet, allergisk reaksjon, tap av bevissthet, mental svekkelse, hodepine, kongestiv hjertesvikt, hoven tunge, diaré, kvalme, kløe, anksidens, 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 anbefalinger N03A X16. **Egenskaper:** Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metyltetrasinsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin bindes til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men 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 bindes 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. Plasmakonsentrasjon og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelseshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance. **Pakninger og priser:** 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 222,00. 75 mg: Endose: 100 stk. kr 865,50. Enpac: 14 stk. kr 151,80. 150 mg: Endose: 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.

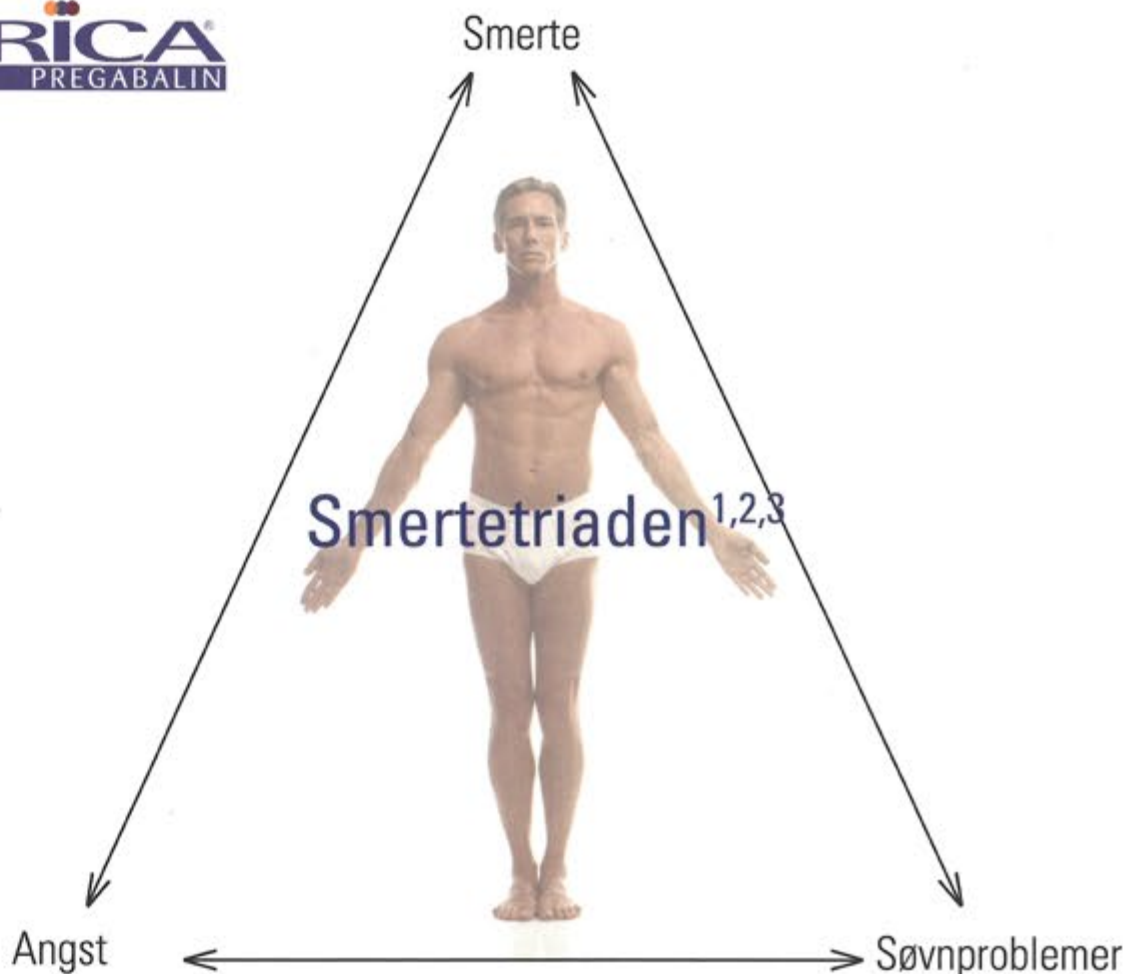
Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
-71*	Kroniske, sterke smerter	-71*	Kroniske, sterke smerter
-71*	Kroniske, sterke smerter	-71*	Kroniske, sterke smerter
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	-90	Palliativ behandling i livets sluttfase
N88	Epilepsi	G40	Epilepsi

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

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 legemiddeltilsk.
112 Behandlingen skal følges opp etter 3 måneder. Legen skal spesielt vurdere effekten opp mot bivirkninger, og behandlingen skal bare fortsettes dersom det har skjedd en vesentlig eller betydelig effekt som påvirker pasientens livskvalitet og/eller funksjonsevne. Dette skal dokumenteres i journal.
135 Behandling med pregabalin skal kun skje dersom gabapentin er forsøkt først uten tilfredsstillende resultat eller når andre tungtveiende medisinske grunner tilsier dette. Behandlingen skal være instituert av spesialist i anestesilogi, barnesykdommer, fysisk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremеди sin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, revmatologi, øre-nese-hals sykdommer eller psykiatri. Dette skal dokumenteres i journalen.

Sist endret: 27.04.2009



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
-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 anesthesiologi, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indre medisin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, revmatologi, øre-nese-halssykdommer eller psykiatri. Dette skal dokumenteres i journalen.

Referanser: 1. Nicholson B, et al. Comorbidities in Chronic Pain. *Pain medicine* 2004; 5(S1): 2. Meyer-Rosberg K et al. Peripheral Neuropathic pain a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain* 2001;5:379-89. 3. Siddall PJ, Cousins MJ, Otte A, et al. Pregabalin in central neuropathic pain associated with spinal cord injury: a placebo-controlled trial. *Neurology* 2006;67(10):1792-800. 4. LYRICA®, Summary of Product Characteristics (preparatomaten), 13 Feb 2009.