



Innhold:

LEDER: Ikke for mye kluss nå. AV TOM SUNDAR	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Lagspelar med leiartalent. JØSENDAL INTERVJUA AV LISBETH HOMLONG	2
ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER: Tidlig psykososial intervasjon ved traumatiske hendinger: – Hva skal vi gjøre og hva virker? AV GRETHE E. JOHNSEN	6
Kompetansebygging i sykehjemmedisin. AV MORTEN LAUDAL	12
Blodtrykksmedikamenter som foretrukne legemidler. AV TOM SUNDAR	16
Kronisk hjertesvikt – en utfordring for første- og andrelinjetjenesten. AV RUNE MO	18
Med distriktslegen i beltebil. AV KJELL GUNNAR SKODVIN	26
Ny pasientbrosjyre om tolk i helsetjenestene. AV KIRSTI JAREG	36
LESERBREV: For få friskmeldte. AV JØRGEN SORTLAND	38
BOKANMELDELSE: Oppdatert klassiker om allmennmedisinsk pediatri. HVERDAGSPEDIATRI ANMELDT AV TOM SUNDAR	39
Faste spalter	40

utposten

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rimtote@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

Sciersbjerget 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. Søndenå

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Kautokeino –
Guovdageaidnu – i blått vinterlys

LAYOUT/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS



Du finner Utposten på
www.utposten.no

Ikke for mye kluss nå

Sjeldent har vi gått inn i et år med så mange sektorovergripende reformer på beddingen. Fremfor alt tenker vi på samhandlingsreformen og tiltak for å få ned sykefraværet, men andre sentrale stikkord er nasjonal helse- og omsorgsplan, ny helse- og omsorgslov, elektronisk samhandling og utvikling av kjernejournal. Fra legenes ståsted er det også stor spenning knyttet til hvordan myndighetene vil håndtere spesialistgodkjenningen av leger og andre helsepersonellgrupper – som trolig skal overføres til Helsedirektoratet i løpet av noen få år. Listen over innsats- og endringsområder er lang, og ambisjonsnivået og tempoet er høyt. Vi må forvente endringer som berører organiseringen av allmennlegetjenesten og primærhelse-tjenesten – og vår egen legeverdag.

Samhandlingsreformens hovedintensjon om å forbedre og koordinere tjenestetilbudet til personer med sammen-satte kroniske lidelser, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, er prisverdig og betimelig. Det som er klart, er at kommunenes «sørge for-ansvar» for primærhelsetjenester skal styrkes. Det skal etableres tiltak for å dempe presset på sykehusene – for eksempel døgnplasser for observasjon, etterbehandling, rehabilitering og lindrende behandling. Andre tiltak som nevnes er tverrfaglige og ambulante team samt lærings- og mestringstilbud rettet mot personer med kroniske lidelser. Man skal se nærmere på hvilke oppgaver fastlegene skal ha i kommunene samt vurdere finansieringen av fastlegeordningen.

Hvilke virkemidler som vil bli tatt i bruk, gjenstår å se. Men som flere toneangivende forskere har påpekt, er det ingen automatikk i at flere fastleger med kortere pasientlister og med økte styringskrav fra kommunene vil medføre bedre tilgjengelighet til helsetjenester, eller tidligere forebygging og behandling av sykdom. Diskusjonen om hvilke virkemidler som egner seg til å innfri reformens intensjoner, lider under mangel på data over hva som virkelig nytter. Den lider også under mangelen på dialog mellom myndighetene og legene. Siden stortingsmeldingen ble lagt frem i fjor sommer, har departementet holdt kortene tett til brystet. Legeforeningen og andre sentrale fagorganisasjoner burde vært invitert til en åpen og konstruktiv dialog om virkemidler og effektmål for primærhelsetjenesten. Her ligger det således et samhandlingsparadoks: Man snakker om samhandling uten å samhandle med dem det gjelder, det vil si profesjonsgruppene som står midt i Helse-Norges hverdags-virkelighet. Myndighetenes taushet skaper dessuten fremtidsusikkerhet hos unge kolleger som vurderer allmennmedisin som en karrierevei: Hvilke rammebetin-gsler vil man få?

Vil nye regulatoriske endringer medføre usikkerhet og risiko knyttet til drift av fastlegepraksis? Kan retten til hjemler bli koblet til en plikt til å stå i en stor og permanent offentlig allmennmedisinsk stilling uten adekvat praksiskompensa-sjon? I hvilken grad vil det være mulig å kombinere fastlegearbeid med forskning og kvalitetsarbeid?

I diskusjonen rundt samhandling har sykehemssektoren en sentral plass. Mer av det arbeidet som nå utføres i sykehus, skal foregå i kommunene, og da fortrinnsvis i sykehjem. I dette nummeret av Utposten drøfter Morten Laudal sykehemslegenes mangfoldige oppgaver og sammensatte rolle samt utfordringer knyttet til kvalitet og kompetanse innen fagfeltet. Laudal understreker at sykehjemmene må være beredt til å takle flere og mer kompliserte pasienter etter hvert som demografien endres mot flere eldre – «noe som vil kreve en kvalitativ og kvantitativ opprustning av dimensjoner».

Igjen er vi tilbake ved spørsmålet om virkemidler. Kvalitet i sykehemsmedisin kan neppe oppnås gjennom forskrifter, direktiver eller beordring av fastleger. Kvalitet koster. Rekruttering av leger og styrking av fagmedisinsk kapasitet forutsetter incentiver knyttet til utdanning, fagutvikling, lønns- og arbeidsbetingelser. Dette vil være en farbar vei å gå for å gi sykehemsmedisinen det løftet som den trenger. Også i de neste numrene av Utposten, vil vi rette søkelyset mot sykehemsmedisinen, og vi vil følge med på den videre prosessen rundt samhandlingsreformen.

Apropos samhandling: Ta deg tid til å lese Kjell Gunnar Skodvins historiske beretning om livet som distriktslege i Norges mest vidstrakte kommune, Kautokeino, i 1950- og 60-årene. Skodvin tar oss med på en spennende ferd gjennom et annerledes landskap, både geografisk og medisinsk. Med levende penn beskriver han sosiale og helsemessige utfordringer i et samfunn der kommunikasjonen mellom helsetjeneste og befolkning var praktisk vanskelig. Den gangen som nå var sykestuene i Finnmark en trygghetsfaktor for befolkningen og et viktig virkemiddel for samhandling innen helsetjenesten – «på nivået over hjemmebehandling, men til en langt lavere kostnad enn sykehusinnleggelse».

Midt i all vår reformverk, kan det være klokt å stoppe opp, ta seg tid til å se tilbake, og ta vare på fornuftige og velfungerende løsninger. Verken sykestuevirksomheten eller fastlegeordningen er fredet, men begge systemene er i høyeste grad verneverdige – og solide plattformer å bygge videre på. Fornuftige endringer kan være et pluss, bare det underveis ikke blir for mye kluss.

Tom Sundar

Utpostens
dobbelttime

Lagspelar med leiartalent

Ola Jøsendal

INTERVJUA AV LISBETH HOMLONG

«Å lukkast gjennom andre sin innsats er eit fellestrekk, både i idrett og administrasjon og leiing i andre samanhengar», seier

Ola Jøsendal, avdelingsdirektør for Avdeling for rusmedisin

i Helse Bergen. Han er også ein profilert trenar og idrettsleiar, og i 2007 då Sportsklubben Brann vann eit etterlengta seriegull i fotball, var han ein av fem trenrarar, med ansvar for den fysiske delen av treninga. Han leia også klubben sitt helseteam.

I våre krinsar er Ola Jøsendal kanskje mest kjent for sitt samfunnsmedisinske engasjement. Som mangeårig leiar for Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA), var han i ei årrekke ein iherdig talsmann for dette fagfellet. I fjor fekk han prisen «Fyrbøteren» i samband med LSA sitt årsmøte, for sitt store engasjement og kontinuerlege arbeid med å betre samfunnsmedisinen sine kår. Det var Jøsendal sjølv som i si tid tok initiativet til å dele samfunnsmedisinarane inn i ei yrkes- og fagmedisinsk foreining. I det heile teke er han ein mann som er kjent for slike nyvinningar, og han vert av dei som kjenner han skildra som ein nytenkar og pådrivar for nye måtar å organisere ting på.

På ein uvanleg kald og snørik januarkveld til Vestlandet å vere, køyrrer eg frå Bergen mot Knarvik i Nord-Hordaland, der eg har avtala å møte intervjuprojektet på Nordhordland legevaktsentral for fleire kommunar i distriktet. Han møter meg i treningsstøyet og framstår umiddelbart noko avventande og skeptisk. Å møtast akkurat her, er likevel ganske passande, synast underteikna, for legevaktsamarbeidet feirar ti år i år og det var nettopp Jøsendal, dåverande kommunelege i Radøy, som stod i bresjen for å få til samarbeidet.

Korleis evaluerer du sjølv det interkommunale legevaktsamarbeidet ti dr etter, spør Utpostens utsendte?

– Utelukkande positivt, svarer Jøsendal kontant. – Det var ei riktig avgjerd som har fått ei rekke positive ringverknader for regionen. Mange flinke folk har vore og er involvert, dette har vore ein viktig grunn til at vi har lukkast. Det har vore få klager og lite misnøye.

I starten

klaga

rett

nok





Industribyen Odda, spesielt kjent for det no nedlagde smelteverket.

FOTO: GUNNAR EIK

nokre på at legen ikkje kom heim lenger, men etter kvart som dei opplevde det gode tilbodet dei fekk på legevakta, vart det slutt på klagene.

Han fortel vidare at det var stor motstand i befolkninga i forkant, også i det politiske miljø, folk følte det var utrygt å ikkje lenger ha ein lege per kommune på vakt. Men målsetninga var stabilitet i legedekninga på dagtid, då dette hadde vore eit vedvarande problem. Denne målsetninga vart nådd. Samarbeidet har no blitt ei nøkkeleneste i regionen, der ulike grupper i helsetenesta kan møtast.

Leiar og arbeidsjern

Som ledd i Samhandlingsreforma vert det no også snakka om å utvide tilbodet, med oppbygging av eit distriktsmedisinsk senter, men her er ikkje Jøsendal involvert i lenger, han har også gitt seg med samfunnsmedisin og fagforeningsarbeidet. Frå 2004 og fram til 2008 jobba han som lege og klinikksjef ved AIK (avdeling for inntak og koordinering) i Stiftelsen Bergensklinikken, ein privat behandlingsinstitusjon for rusavhengige, her er han kjent for å ha omstrukturert og effektivisert arbeidet med å gi pasientar med rusproblem behandling og oppfølging. Hausten 2008 vart han så hyra inn til ei ny leiarstilling innan rusfeltet, som avdelingsdirektør på den nyetablerte Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen.

UTPOSTEN: *Kvifor likar du så godt denne type arbeid?*

– Eg har følt at eg har fått det til, det har verka sjølvforsterkande. Det er vel sånn at ein held fram med å gjere det som ein er god til. Eg er dessutan opptatt av problemløsing, og dersom omorganisering skal til for å løse problem, så må

det berre gjerast. I første kliniske termin på Haukeland sjukehus, då eg studerte, var det ein røynd indremedisinar som sa: «Ein må ta konsekvensen av sine funn». Dette beit eg meg merke i og eg har forsøkt å ta tak i organisatoriske utfordringar med dette i tankane.

Når eg snakkar med folk som kjenner Jøsendal, trekkjer alle fram hans enorme arbeidskapasitet som ein sentral eigenskap. I høve til administrativt arbeid, vert det sagt at han er uthaldande og at han evnar å sjå dei store linjene, samtidig som han har blikk for små detaljar, han har dessutan ei praktisk tilnærming til ting.

Eg spør Jøsendal kva slags eigenskapar han sjølv meiner han har som gjer han spesielt eigna til organisatorisk arbeid:

– Eg kjem frå eit arbeidarklassesamfunn i Odda, der det å jobbe hardt vart høgt verdsett. Det at hardt arbeid ligg bak det meste som folk får til, er ein kunnskap og ei røynsle som eg ber med meg der i frå.

Odda

Sidan Jøsendal sjølv trekkjer fram Odda, er eg interessert i å vite om bakgrunnen frå den kjente arbeidartettstaden har hatt noko å seie for hans samfunnsmedisinske engasjement. Det har det, stadfestar han. Han held fram med å fortelje at Odda som samfunn på 60-og 70-talet var kjenneteikna av ein kultur med hardt arbeidande, vanlege folk. Det var også prega av nært samhald innanfor arbeidarklassen. Dette har skapt eit verdigrunnlag for han. Færre og færre lever i eit så klassedelt samfunn som Odda var, påpeikar han, der det var eit enormt sprang mellom industriarbeidarane på smelteverket, som ikkje hadde utdanning, men som stod til knes i fysisk arbeid, til dei som var lærarar, sjefar, ingeniørar. Det var stor forskjell.

Kva med din politiske ståstad, sett i lys av bakgrunnen din frå Odda, har den forma deg som fagperson?

– Medvit om kollektivet har eg tatt med meg vidare, det er viktig. Utan eit godt kollektiv får ikkje individet det godt, ikkje omvendt, som til dømes Framstegspartiet postulerer. Dette har nok gitt meg engasjement for fagforeningsarbeid, eg meiner det er viktig å ta på seg tillitsverv. Fagforeningsarbeid er grunnleggande for å drive fram gode forhold på arbeidsplassen og å skape gode tilhøve mellom arbeidsgjevarar og arbeidstakrar. Sjølv takka eg for meg i fjor, etter heile 19 år i tillitsvaltarbeid. Eg har også fått med meg eit internasjonalt engasjement, også fordi klasseforskellar finst både lokalt, nasjonalt og globalt, men eg har sjølv enno ikkje fått utøvd internasjonalt arbeid, det kunne eg tenkt meg.



Ola Jøsendal saman med to frd personalet på Nordhordland interkommunale legevaktsentral. FOTO: USBEH HOMLØK

Samfunnsmedisinaren

Vi går over til å snakke om samfunnsmedisinsk arbeid og då vert det brått lett å fiske fram sterke meiningar om ymse! Jøsendal har både i fagforeiningssamanhang og i praktisk arbeid, engasjert seg i feltet, og han er kjent for å vere både frimodig og direkte i sine ytringar. På spørsmål om kva utfordringar ein har innan samfunnsmedisinsk arbeid i dag, trekkjer han først fram Legeforeningen si rolle:

– Foreininga må satse på dette feltet, politisk altså! Den samfunnsmedisinske spesialiteten er ei framifrå leiarutdanning, dette må Legeforeningen ta innover seg. Mi oppfatning er at interne maktforhold hindrar foreininga i å ta tak i det som er viktig; det er allmennlegar, sjukehuslegar og «røkla» som stadig driv maktpel, noko som hindrar at energien kan brukast på det som er viktig. Allmennmedisinen har dessutan alltid hatt eit konkurranseforhold til samfunnsmedisinen som er uheldig, i staden burde ein sjå den gjensidige nyten av kvarandre.

Fleire mediautspel frå sentrale aktørar i foreininga tyder på låg kunnskap om førebygging og anna samfunnsmedisinsk arbeid, med all den kunnskapen vi har om effekten av førebyggjande arbeid, er det umoralsk at vi ikkje satsar meir på det enn vi gjer i dag. Legeforeningen forsømmer seg!

Dei forstår ikkje betydninga av samfunnsmedisinsk arbeid og at alle legar kan ta denne spesialiteten og få god nytte av den.

Jøsendal uttrykkjer seg også kritisk til Samhandlingsreforma og arbeidet Legeforeningen har gjort i forhold til denne. Som premissleverandør for viktige samfunnsmedisinske tiltak burde LSA fått sjansen til å gi innspel om fornuftige tiltak.

Rusmedisin

Etter fleire år som klinikksjef ved AIK Bergensklinikken, har Jøsendal gått eit steg vidare når det gjeld arbeid innanfor rusmedisin. Då han vart henta inn som avdelingsdirektør for Avdeling for rusmedisin i 2008, var rus satsingsområde i helseføretaket og ein trengte ein som kunne byggje opp ei koordinerande eining mellom ulike instansar. Jøsendal fortel at det var tilfeldig at han hamna innanfor rusfeltet. Han fekk tilbod om jobb i Bergensklinikken då han trengte eit sjukehusår for å bli spesialist i samfunnsmedisin.

UTPOSTEN: Korleis opplevde du overgangen til denne type arbeid?

– Det var eit fagleg sjokk! Menneska ein møter innanfor rusomsorga er ei lydlaus pasientgruppe med enorme behov for hjelp, for å bli sett. Generalisten får maksimalt utbytte innanfor dette feltet, ei uendeleg mengde oppgåver står ofte føre ein: kreft, infeksjonar, sår, psykoser, sosiale problem, avhengigheitsproblematikk og mykje meir.

Er det ikkje utmattande, undrar Utpostens utsendte?

– Nei, ikkje i det heile tatt. Det er sjølv sagt uoppnæleg å få pasientane lytefrie når dei går ut døra, men det er mykje ein kan utrette, og det skjer så mykje positivt, mange får det betre.

UTPOSTEN: Kva meiner du skal til for å gi eit heilskapleg og velfungerande helsetilbod for dei rusavhengige pasientane i Noreg?

– Eg meiner at ei betre utnytting av allereie eksisterande ressursar kan bøte på mykje av det udekka behovet som finst i dag. Samhandling mellom dei ulike aktørane er eit viktig poeng. I Helse Bergen er til dømes 90 prosent av sengeplassane i behandlingssystemet private, det er bra, etter mi oppfatning, det offentlege skal ikkje konkurrere her, men ein skal få dei private med på laget gjennom samhandling. Det er dessutan strålande at rusmedisin no ser ut til å kunne bli ein eigen medisinsk spesialitet. Dette vil nok medføre meir kunnskapsbasert behandling og generere forsking som kan gi kunnskap. Trass alt er det berre fire år sidan rusbehandling vart ei helseteneste!

«Sportsidioten»

I 2007 då Brann for første gong sidan 1963 vann eliteserien i fotball, var Ola Jøsendal ein av trenarteamet, samt leiar for sportsklubben sitt helseapparat, han har også vore lege for kvinnelandslaget i fotball, dessutan trena fleire profilerte friidrettsutøvarar. Ein kan undre seg over korleis det er å jobbe med såpass kontrastfylte arbeidsområder som toppidrett og rusmedisin?

Jøsendal poengterer at begge deler er ekstremt, på sitt vis. I idretten handlar det om å skaffe seg konkurransefordelar, masse arbeid vert lagt ned for å nå snevre mål, det er med stor spennin og interesse han som trenar har følgd prosessen mot dette målet, mot å bli best. Han fortel at han for nokre år tilbake diskuterte dette med trenaren til Ådne Søndrål, tidlegare OL-vinnar i skøyteløp, ei periode i karrieren datt han så ofte, og han uttrykte at han var redd for å skuffe trenaren. Men poenget er at trenaren er der like mykje for sin eigen del, fordi det er så kjekt å følgje prosessen.

På den andre sida er rus ekstremt i forhold til menneskeleg liding, scier han vidare. Han opplever at alle han har møtt her har hatt ein god grunn til å hamne i den situasjonen dei har kome i. I eit medisinskfagleg perspektiv opplever han rusfeltet som svært meiningsfylt, mykje meir meiningsfylt enn til dømes allmennmedisinsk arbeid, som han også lenge dreiv med.

Brann-trening i Malaga 2008. Jøsendal med ryggen til, Bjørn Dahl og Cato Guntveit spring, medan Erlend Hanstveit ser pd. Foto: PER WIE, BRANN.NO



UTPOSTEN: Kor mykje av idrettsinteressa di botnar i samfunnsengasjement og kor mykje kjem rett og slett av at du er ein «sportsidiot»?

– Mest det siste, kanskje, men eg er nok arveleg belasta! Far min (som er død) og onkel Asbjørn var alltid veldig interesserte i å følgje med på idrett. Sjølv har eg alltid likt å drive med idrett, alt frå friidrett, tikamp, volleyball, alpint, fotball, symjing og skyting! No driv eg berre med veteranfotball for eigen del, i tillegg trener eg nokre få friidrettsutøvarar, dessutan er eg trenar i barneidrett; det er like spennande å følgje barn og unge i idrett som dei som driv på elitenivå, synast eg.

UTPOSTEN: Kva er det som gir deg energi til å ha så mange jern i ilden; jobb, idrett, dugnadsarbeid, stor familie?

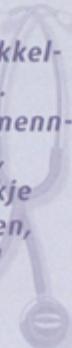
– Å bruke krefter, gir krefter. Det å ha mykje å gjere, gir meg energi til meir, dette heng også saman med mine røynsler frå Odda, trur eg. Men i periodar har eg absolutt vore vanskeleg å leve med, eg har ei tolerant kone, ho har teke mange strafferundar når eg har bomma, ho er kjernen og bautaen i familien, komplett uerstatteleg, og eg er sjølv sagt svært glad i ho.

Eg spør seksbarnefaren om hans røynsle frå administrativt arbeid også kjem han til gode i familiesamanhang? Han trekkjer på smilebandet; – Jau, med stor familie er det sjølv sagt viktig med struktur og gode rutinar i kvardagen, nyleg var eg også på ei forelesning der innleiaren meinte at barneoppdragning også kan sjåast på som ei avansert leiaroppgåve. Det er eg samd i.



ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

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



TIDLIG PSYKOSOSIAL INTERVENSJON VED TRAUMATISKE HENDELSER: – Hva skal vi gjøre og hva virker?

AV GRETHE E. JOHNSEN

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

Traumatiske hendelser

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

Traumatiske hendelser kjennetegnes ved at de er uforutsigbare, ukontrollerbare, skremmende og gir et ekstremt stress for den det gjelder. Traumatiske opplevelser utløses



Grethe E. Johnsen

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

ikke bare av de store katastrofer som for eksempel tsunami-katastrofen i Asia, men også av de alvorlige hendelsene som rammer enkeltmennesker i form av voldtekts, overfall, vold i nære relasjoner og plutselige dødsfall.

Siden 1980-tallet har klinikere utviklet intervensjoner som skal lindre effektene av traumatiske hendelser, og forebygge posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og andre traumerelaterte lidelser. Psykologisk debriefing var en utbredt intervensjon en del år, og effekten av intervensjonen ble systematisk vurdert på 1990-tallet. Da forskning viste at psykologisk debriefing ikke hadde noen effekt på enkeltpersoner, ble det utviklet andre tidlige intervensjoner. Hensikten var å forebygge og fange opp de som har størst risiko for å utvikle vedvarende problemer.

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

Reaksjoner på traumer

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

Oppfølgingsstudier av personer utsatt for traumatiske hendelser har vist en forekomst av PTSD på 15 – 24 prosent (1). Her i landet fant Ingebrigtsen og medarbeidere (2) at livstidsprevalensen for PTSD var åtte prosent. Det er de omfattende og vedvarende hendelsene som gir mest omfattende psykiske vansker i etterkant. Prevalensen varierer med type hendelser og en undersøkelse har vist 47 prosent av de som ble eksponert for voldtekt utviklet PTSD (3).

Kriseintervensjoner – hvor står vi?

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

Etter hvert etterlyste fagfeltet studier som undersøker hvilke intervensjoner som er effektive i den tidlige fasen. Flere studier har gitt støtte til hypotesen om at det å bearbeide inntrykk og reaksjoner i den umiddelbare fasen kunne forstyrre den normale tilhelingsprosessen. Disse studiene tydet på at for tidlig bearbeiding kan påvirke konsolideringen av



Traumatiske opplevelser utløses ikke bare av de store katastrofer som for eksempel tsunamikatastrofen i Asia, men også av de alvorlige hendelsene som rammer enkeltmennesker i form av voldtekt, overfall, vold i nære relasjoner og plutselige dødsfall. ILLUSTRASJONSFOTO: GALINA BARSKOVA

minner. I en undersøkelse av personer eksponert for terrorhandlingene 11. september 2001, fant man at de som ble bedt om å uttrykke følelser umiddelbart etter hendelsen hadde mer plager i etterkant enn de som ikke gjorde dette (5). Konsolideringshypotesen har fått støtte fra ulike studier. En undersøkelse viste at det å ha amnesi for den traumatiske hendelsen ga mindre risiko for PTSD (6). Studier på sovn viste at det å sove dårlig rett etter en hendelse virket forebyggende på plager i etterkant (7). Disse resultatene tyder på at det ikke å sove godt etter en alvorlig hendelse reduserer risikoen, ettersom mindre sovn gjør at minner konsolideres dårligere. En studie viste at de som rapporterer at de var påvirket av alkohol da hendelsen inntraff hadde redusert risiko for PTSD (8).

Det kan være hensiktmessig å ta dette i betraktning når en møter pasienter utsatt for voldtekt og andre seksuelle overgrep, der pasienten det første døgnet ofte må beskrive hendelsen til flere fagfolk innen helsevesen og politi. Når studier peker i retning av at traumatiske minner kan overkonsolideres, er dette kunnskap som kan gi holdepunkter for hva en gjør i møte med traumatiserte pasienter. En bør unngå at pasienten må gjenta hendelsesforløpet til flere helsepersonell i den umiddelbare fasen.

Etter at psykologisk debriefing ble funnet ikke å ha en dokumentert effekt, ble det satt fokus på å utvikle andre tidlige intervensjoner for å ivareta de eksponerte. Psykologisk førstehjelp er nå en utbredt intervensjon til traumeeksponerte

nerte. I følge denne tradisjonen skal den umiddelbare ivaretaelsen tilpasses den enkeltes behov, og en skal følge den traumeeksponerte over tid for å se om det skjer en naturlig tilhelingsprosess eller om det blir en problemutvikling. Ivaretaelsen i den umiddelbare fasen skal ta utgangspunkt i personens naturlige robusthet og ta høyde for at en takler stress på ulike måter. En skal tilby praktisk og pragmatisk støtte gitt på en ivaretaende måte. Umiddelbare intervensioner skal fokusere på trygghet og tilhørighet. Det skal gis informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier, hvordan en kan bruke familie og venner samt hvordan, hvor og når en bør søke ytterligere hjelp. Fokuset skal være på informasjon og en forventning om at situasjonen vil normalisere seg.

I motsetning til psykologisk debriefing, som opprinnelig var utviklet for innsatspersonell, er psykologisk førstehjelp utviklet for de primært eksponerte, altså de som har blitt utsatt for alvorlige hendelser. Når psykologisk førstehjelp ble utviklet, ble det vurdert hva som skulle videreføres fra psykologisk debriefing og hva som skulle legges til. I psykologisk førstehjelp har en vektlagt at de utsatte har ulik eksponering og at intervasjonene skal tilpasses den enkelte. Psykologisk førstehjelp er således mindre standardisert enn psykologisk debriefing. Koblingen av beskrivelser av fakta og relaterte følelser (bearbeidelse) skal ikke inngå i den umiddelbare intervasjonen. Den enkelte må få reagere og uttrykke seg, men en skal ikke oppmuntre til bearbeidelse for tidlig. En skal også være oppmerksom på mulige negative konsekvenser av overdreven følelsesmessig ventilering hos eksponerte med sterke stressreaksjoner og dissociative symptomer.

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

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

viser manglende funksjon i skole eller arbeidssituasjon. Er tilbakemeldingene på dette negativt, er det mindre grunn til bekymring.

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

Hvem trenger mer hjelp?

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

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

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

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

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

Oppsummering

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

Reaksjonsmønstrene etter traumatiske hendelser er forskjellige. Noen viser alvorlige reaksjoner umiddelbart, mens andre uttrykker ingen sterke reaksjoner. I den umiddelbare fasen er det dermed vanskelig å vurdere om en pasient vil utvikle vedvarende psykiske reaksjoner eller om vedkommende spontant vil bli bedre.

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

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

Referanser

- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.
- Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sørensen T, Dalgard OS. Når ulykken rammer. In: Dalgard OS, Døhlie E, Ystgaard M, editors. *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget; 1995. p. 64–85.
- Rothbaum BO, Foa E, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):455–75.
- Rose S, Bisson JI, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(2):CD000560.
- Seery MD, Silver RC, Holman EA, Ence WA, Chu TQ. Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Aug;76(4):657–67.
- Klein E, Caspi Y, Gil S. The relation between memory of the traumatic event and PTSD: evidence from studies of traumatic brain injury. *Can J Psychiatry*. 2003 Feb;48(1):28–33.
- Wagner U, Hallschmid M, Rasch B, Born J. Brief sleep after learning keeps emotional memories alive for years. *Biological Psychiatry*. 2006;60(7):788–90.
- Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *Journal of Affective Disorders*. 2001 Mar;63(1-3):113–21.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):1024–32.
- Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan;184:63–9.
- Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1780–6.
- Dyregrov A. Ikke alltid bra å snakke. *Kronikk Aftenposten*. 2008 10.08.08.
- Bisson JI, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS, Jr. Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(7):1016–9.
- Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2007;334(7597):789–93.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Grethe.Johnsen@uni.no

Ved en feil ble Svein Steinert ikke kreditert for bildene trykt på side 9 i artikkelen «For tiden usikket som lege» i Utposten 1/2010. Vi beklager dette.

Red.

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tabletts innneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinylestradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rodt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tabletts innneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablet tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tabletten er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblodning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell preventsjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen preventsjonsmetode (f.eks. kondomer og seddrepredende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tabletterne.

SKIFTE FRA ET ANNEN KOMBINASJONS-PREPARET: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bor starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tabletterne. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre preventsjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnene vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillerne reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboslebitt eller tromboemboliske lidelsjer, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelsjer, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelsjer, trombogene valvupatier, arvelig eller ervervet trombofili, migrrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkta cancer mammae, cancer i endometriett eller andre verifiserte eller mistenkta estrogenhengige neoplasier, kolesterolastisk gulsort under graviditet eller gulsort ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnoserte unormale vaginalblodninger, verifisert eller mistenkta graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTHETSGREGLER: For behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hypotigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommert tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblodninger skal undersøkelsen gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familiær med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøy. Sigarettrykking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære høvikninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og bledningsslag, transitorisk ischemisk attakk). Eksponering for østrogener og progestagener bør minimieres. Forskriving av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelsjer. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrrene (spesielt migrrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmerter, tungpastethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerte og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøy. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangshendelser det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venos tromboembolisme er dodelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstanden som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse yter seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blodning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøy. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blodning. Kvinner som tidligere har hatt kolesterolastisk forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolesterolast under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøy, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinal-vaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uførklaarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinaiskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøy opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøy og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasier eller invasiv livmørhalskreft hos enkelte kvinnekoloniser. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell alferd eller andre faktorer. Adequate diagnostiske tiltak er indirekt ved udiagnosert abnormal underlivsblodning. Utvikling eller akutt forverring av migrrene eller utvikling av hodepine med annet forlopp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrrene (spesielt migrrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombrudds-

blodninger og sporblodninger sees spesielt de 3 første månedene. Adequate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblodninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblodning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillerne eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges lett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidoforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell preventsjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendig gi seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimert når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relateret til medikamentet. Kvinner med en sykkelhistorie med depresjon skal observeres nøy og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleransen, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen. Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tabletene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tabletene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsett serumkonsentrasijsn av etinylestradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblodninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-piller. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinylestradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasijsn av etinylestradiol, anbefales en ikke-hormonell preventsjonsmetode (kondom og spermredpende middel) i tillegg. Ikke-hormonell preventsjonsmetode anbefales bruk i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasijsn av etinylestradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-piller anvendes som primær preventsjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som induserer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasijsn av etinylestradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzymindusjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasijsn i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som induserer mikrosomale enzymer som kan minske etinylestradiolkonsentrasijsn (f.eks. karbamazepin, oksykarbamazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramat, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atovervastatin kan øke serumkonsentrasijsn av etinylestradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinylestradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymen, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinylestradiol. Konsentrasijsn av etinylestradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogener. Etnylostradiol kan interFERERE med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibe hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasijsn vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolesterolase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktose hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblodninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se KontraindiKasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogener kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstrender, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk ischemisk attakk, venos tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerte. Hud: Akne. Metaboliske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandringer inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblodninger, og/eller sporbloDning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrrene, væskeretensjon, ødem, brystsmerter, omme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kloe, vedvarende melasma, hirsutisme, hårtap. Metaboliske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertension. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestastisk gulsort, gallsten, galiblærelidelser (forverrere eksisterende lidelsjer og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metaboliske: Nedsett glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolsyretet. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikose veneR. Syn: Opticusneuritt, retinal væskuler trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDO瑟ING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystsmert, svimmelhet, boksmerte, tretthet/utmattelse, blodning ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesielt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreide-, binære- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 × 28 stk. (kalenderpkn.) kr 242,-

Sist endret: 19.08.2009
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLÖSTRADIOL 20µg

...en lavdosert p-pille¹



Trygg bruk av p-piller

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

Ref.: Statens legemiddelverk



Pfizer

Kompetansebygging i sykehjemsmedisin

AV MORTEN LAUDAL

Det synes ikke å herske tvil om at kvaliteten og omfanget av sykehjemsmedisinen bør heves. Begrunnelsene er flere:

1. Sykehjemsbeboerne får ikke godt nok medisinsk tilsyn.
2. Det er for mange unødvendige innleggelse fra sykehjem til sykehus, til ugunst for pasienter, sykehus og samfunn.
3. Sykehjemmene må forberedes til å takle flere og mer kompliserte pasienter etter hvert som demografien endres mot flere eldre.
4. Legevaktsslegene kan ikke forventes å ta gode beslutninger om sykehjemspasienter i så stort omfang som de nå gjør. Det kan sikkert nevnes flere.

Sykehjemslegen har flere roller:

1. (Utvidet) allmennlegetjeneste for pasientene.
2. I noen grad erstatter for spesialisthelsetjenesten for pasientene, og liaisonfunksjon overfor spesialisthelsetjenesten.
3. Besitter og formidler av kunnskap i en ellers lite kunnspostett organisasjon.
4. Eier av medisinske prosedyrer og systemer.
5. Fortolker av medisinske forhold mellom pasient, pårørende og organisasjon.
6. Bidragsyter i utviklingen, ledelsen og driften av organisasjonen.

Disse rollene krever kompetanse som ingen medisinsk spesialitet besitter eller har entydig rett til å erverve. Pasientene er riktig nok ofte preget av multimorbiditet og polyfarmasi, men like lite som noen andre, kan hende heller mindre (!), bør de ha direkte tilgang til spesialist(-helsetjenesten). Det skulle i så fall bli en runddans mellom de mange spesialiteter! Vår ordning med primærlegen som første og koordinerende kontakt er hinsides all tvil knesatt som *det* fornuftige systemet. Dermed må sykehjemsleggen ha rollen som allmennlege, og bør tilegne seg de kvalifikasjoner som kjennetegner allmennmedisin, spesielt i de tilfeller der sykehjemsleggen i utgangspunktet innehar annen spesialitet. Dette er imidlertid ikke nok.

Klinisk kompetanse

Det er triviert å være allmennlege for gamle, men når svært mange gamle med svekket prognose, kognisjon og moto-



Morten Laudal

født 1953 i Oslo. Cand med Oslo 1979. Allmennlege i Sør-Varanger, Oslo og Son (fortsatt). Kommuneoverlege i Vestby fra 1991. Sykehjemslege i Vestby fra 1991. Langvarig arbeid innen trygde- og sosialmedisin. Spes i samfunns- og allmennmedisin. Styremedlem NFA siden 2006.

rikk samles rundt en lege, endres forholdene. Da må det vurderes om det beste er det som vanligvis betraktes som best. Det er ikke sikkert at helt korrekt diagnostikk og behandling etter venting og ubekvem transport er bedre enn god lindring raskt. Ofte er det faktisk mye verre. Dette skyldes i hovedsak at pasientene ikke liker reising, ofte ikke erkjenner tidsbegreper og har en gjennomsnittlig forventet levealder på under to år. Oversatt til klinikk: Det er fornuftig at sykehjemsleggen behersker oppstart av og kontinuering av behandling for en del sykdommer som normalt kunne vært henvist til spesialist. Noen få eksempler: Parkinsons sykdom, epileptisk anfall, hjertesvikt, kognitiv svikt, hallusinasjoner, uklare hudlidelser med kløe osv. De fleste sykehjemsleger med noe erfaring vil tilegne seg disse kunnskapene og pasienten behandles på stedet. Telefonkontakt med spesialist vil oftere være fornuftig enn i «normal» allmennlegepraksis.

Kvalitet ved livets avslutning

Uhyre sjeldent skrives langtidsbeboere i sykehjem ut i live. De fleste dør i sykehjemmet. Sykehjemspersonalet er vant til de fleste dødsprosesser, men mange av disse prosessene er vanskelige. Det er åpenbart at døende bør få bli i sykehjemmet, og det ligger kvalitet i dette. Det må være slik at legen og personalet til sammen har en slik kompetanse og trygghet i samhandling rundt terminalpleien, at flytting av døende pasienter blir et ekstremt unntak. Legens rolle er å understøtte de enkle situasjonene og være aktiv når det blir vanskelig. Smertelindring og annen symptomlindring er sentrale begreper, og kvalifikasjoner på dette området er uomtvistelig. Gode rutiner slik at personalet vet hva de skal og hva de kan, er sentralt. En kjent og kompetent lege må i slike situasjoner være å få tak i langt ut over normal arbeidstid.



For å sikre god behandling og oppfølging av pasienter på sykehjem, kan det være nødvendig med både et og flere skjemaer.

Medikamentell behandlung

Sykehjemspasienter bruker gjennomsnittlig ca. sju medikamenter hver. Dette forårsaker en betydelig sykelighet og dødelighet. Å redusere unødig, uhensiktsmessig og skadelig medikamentbruk, er en stor utfordring. Som sykehemslege er man ansvarlig for denne medisineringen. Behovet for kunnskap og erfaring er åpenbart.

Kvalifiserte sykehusinnleggelsjer

Innleggelse i sykehus er heller ikke alltid et gode. Svært mange sykehjemspasienter opplever å bli konfuse, få liggessår, sykehusinfeksjoner og behandling som ikke er tjenlig når de innlegges. Gevinsten av behandling i sykehus er ofte liten eller negativ i forhold til å bli værende i sykehjem med sykehjemslege som behandler. Dette stiller krav til å beherske en del av de normale tilstander som kunne tenkes lagt inn i sykehus. Eksempler kan være hjerteinfarkt, lungetebennelse, utredning av mulig alvorlig sykdom. Dermed må sykehjemslegen altså ta ansvar for å la være å iverksette innleggelse, henvisning, utredning og behandling. Det krever bedre kliniske kunnskaper å være trygg i denne rollen enn å handle «for sikkerhets skyld». Det er en del av kompetansen å vite at dette allikevel er best for pasienten. Når vi tar i betraktnsing de enorme kostnader vårt samfunn bruker til ofte meningsløse medisinske prosedyrer på befolkningens siste leveår, blir «for sikkerhets skyld»-medisinien direkte uforsvarlig. Som vi senere skal nevne, må denne kompetansen ha slike dimensjoner at også miljøet, de pårørende og pasienten oppfatter at en avventende holdning er best.

Pedagogisk kompetanse

I et sykehjem vil det for tiden være 100 eller flere ikke-leger ansatt per lege. Alle disse vil ha mer eller mindre velbe- grunnde meninger om hva som er best for den enkelte pasient. Det er ikke gitt at disse meningene, heller ikke når de båres av utdannet helsepersonell, sammenfaller med hva vedkommende sykehjemslege måtte mene. Det krever tid, arbeid, tydelighet og pedagogiske evner for å konver- gere de mange meninger mot en omforent. Det innebærer også at legen må være villig til å revurdere egne synspunk- ter i åpen meningsbrytning med andre og at avvikende oppfatninger må tillates ytret. Alternativet til å få dette til, er et umulig arbeidsmiljø i hele organisasjonen. Sykehjems- legen må se dette som en svært viktig oppgave og aldri tape den av syn. Ikke alle liker en slik oppgave, og kanskje ikke alle kan ha den.

Systemteknisk kompetanse

Skal et sykehjem kunne drive rasjonelt og faglig forsvarlig må det finnes systemer og rutiner. Ikke bare for mottak av pasienter, tømming av søppel, renhold, innkreving av betaling for opphold og en rekke andre praktiske forhold, men også for rutinemessig laboratoriearbeid, håndtering av akutte situasjoner, hygiene og smittevern, strategier for medikamentell behandling, rutiner for tvangsbehandling, planlegging av behandlings- og utredningsforløp og mye mer. Slike rutiner må sykehjemslegen «eie». Det må gjerne være noen andre som har funnet dem opp, hentet dem fra naboen eller bidratt i etableringen, men legen må fullt og helt vite og mene og kommunisere at – ja – slik skal det være her! Avvik må kreves rapportert og håndteres. Der-

som legen ikke er tydelig på dette området, forvirrer systemet. Dersom den med størst kompetanse ikke fullt ut understøtter slikt, hvorfor skal da noen andre gjøre det? Sykehjemsleger må beherske denne rollen.

I systembyggingen er det mange hensyn som må ivaretas. Her nevnes kort etiske og juridiske forhold. Slikt er selv-sagt viktig i forhold til enkeltbeslutninger også, men når systemer skal lages, bør både etikk og jus være solid konsultert. Sykehjemspasienter har varierende og ofte ikke samtykkekompetanse. Hele sykehjemmet og det som foregår der er offentlig tjenesteyting styrt av et omfattende og temmelig stramt regelverk, som sjeldent har hatt de ansattes ve og vel som overordnet føring da de ble laget. Sykehjemsleger har et ansvar og en oppgave her som går langt ut over det fastleger normalt trenger å bry seg om.

Sosial kompetanse

Sykehjemspasienten er i mye mindre grad enn allmennlengens vanlige pasient et distinkt isolert vesen. Det er alltid pårørende. Pårørende har meninger, ønsker, krav og rettigheter. Alle disse sider ved pårørende kan stå i grell kontrast til hva som er fornuftig, mulig eller forsvarlig. Allikevel skal det håndteres, og helst slik at alle blir fornøyd og lokalavisen ikke får de mest uhensiktsmessige oppslag, eller fylkeslegen blir kontaktet for ofte med klager. Nå er de fleste pårørende foreløpig ganske fornøyde og greie å ha med å gjøre, men det finnes trender der ute som tyder på at kravmentaliteten som noen av oss har merket som økende, også vil komme til sykehjemmene. De få situasjoner som vi nå opplever som vanskelige, kan tenkes å øke, og uansett må de takles. Det er ikke gitt at slike oppgaver er trivuelle for en sykehjemslege. Her må øvelse, erfaring og modning inn. Jeg er ikke kjent med at noen tilbyr systematisk trening på dette, og de fleste har vel gått den tunga veien uten å tenke at dette kunne vært lært et sted. Her har vi en utfordring som nok vil øke. Personlig opplevde jeg et kvalitets-sprang den dagen jeg ble så trygg (jeg var gammel da) at jeg gikk inn i slike situasjoner uten å ha bestemt meg for hvor

Blodsukkermåling.



jeg ville, men rent mentalt være åpen for at pårørende kunne ha eller få rett. For meg kostet det mye og tok tid, men resultatene er frapperende. Det blir sjeldent annerledes enn jeg synes er rimelig nå. Kompetanse i kommunikasjon om vanskelig temaer må vi ha.

Ledelsesmessig kompetanse

De fleste med noe erfaring fra organisasjoner vet at det sjefen er opptatt av blir viktig, og det sjefen ikke bryr seg om, ikke blir tillagt mye vekt av andre heller. Vi gjør det vi blir målt på. I sykehjem er det ikke annerledes. Og det er ikke legen som er sjef. Det er ikke en gang sikkert at ledelsen liker legen eller synes at medisinske forhold har så stor betydning. Da vil ikke medisinske forhold bli tillagt så stor vekt i organisasjonen, med de følger det kan få, kanskje spesielt for sykehjemslegens handlingsrom. Det kan jo hende at miljøet og trivselen er stor allikevel og at dette ikke er så farlig, men holder vi fast ved at et sykehjem er en medisinsk institusjon, og i økende grad forventes å bli nettopp det, blir det urett. Sykehjemslegens posisjon er ikke tydelig definert i forhold til administrasjon og ledelse i de fleste sykehjem. Det er kanskje ikke å forvente at legen blir sugd inn i varmen hos sjefen heller, til fortrengsel for klinisk arbeid, som det oftest er nok av. Kompetansen viser seg der medisinske forhold og legens veloverveide synspunkter allikevel finner veien inn i organisasjonens ledelse og blir gjenstand for måling og vurdering i alle ledd. Parallelen til de detroniserte distriktsleger som i slutten av 80-årene klagde over ikke å få være med å bestemme, er slående. Mange sykehjemsleger får ikke til å posisjonere seg slik at de rutinemessig blir spurta, hørt og sett. Men dette må vi få til skal kvaliteten bli god. Og det nytter ikke å kreve plass og være arrogant. Vi må skaffe oss ledelsesmessig kompetanse, være faglig solide og trygge og by på oss selv.

Løsningene

Når kravene til kompetanse og kvalitet i sykehjemsmedisinen nå er skissert, hvordan kommer vi dit at dette blir en realitet?

For det første er det ikke sikkert at vi skal helt dit. Innen alle disipliner kan en liste opp ideelle fordringer, uten at virkeligheten alltid gjenspeiler visjonen. Selvfølgelig skal vi leve godt med dagens sykehjemsleger og deres etterfølgere med bare deler av denne kompetansen på plass i lang tid. Men vi må begynne å legge til rette.

Myndighetene

Regjeringen har satt som mål at antall årsverk for sykehjemsleger skal økes med 50 prosent i løpet de nærmeste fire

til fem årene. Videre er det i de siste offentlige dokumenter om saken, tatt til orde for betydelig hevling av kvaliteten i alders- og sykehjemsmedisin. Det er en god begynnelse. Videre er det nå bestemt at alle turnusleger skal ha tjeneste i sykehjem. Det kan spørres hvor betydningsfullt dette er, men som signal er det tydelig. Samhandlingsreformen ser ut til å innebære at mer av det arbeidet som nå utføres i sykehus, skal foregå i kommunene, og da fortrinnsvis i sykehjem. Det ligger i denne sakens natur, at det vil kreve en kvalitativ og kvantitativ opprustning av sykehjemsmedisinen av betydelige dimensjoner. Det er forespeilet at kommunene vil få økonomiske incitamenter til at så skjer. Det er svært lovende for sykehjemsmedisinen.

Legeforeningen

Legeforeningen har foreslått at sykehjemsmedisin skal bli et kompetanseområde. Det innebærer at vedkommende lege etter oppnådd spesialistkompetanse, via formell og uformell etterutdannelse og krav til tjeneste og veiledning, dokumenterer kunnskaper og ferdigheter i overensstemmelse med nærmere spesifiserte krav. Omfanget er ikke tenkt å være så stort som en grenspesialitet, men et stykke på vei. Det er tenkt at flere forskjellige spesialiteter kan ligge til grunn. Det er bestemt at et utvalg fra flere fagdisipliner skal oppnevnes for å utreda saken. Forslaget er per 10. januar ikke bifalt av myndighetene, men det er grunn til å tro at så vil skje, gitt den interesse for faget som vises fra myndighetene. Dersom dette realiseres noe i nærheten av det som er tenkt, vil det bane vei for økning i kurstilbuddet innen sykehjemsmedisin. Allerede er det i noen miljøer stor interesse for denne fagutviklingen, og det lanseres stadig nye og bedre kurs. Fra allmennlegene er det foreslått at sykehjemsleger bør være allmennleger med slik tilleggs-kompetanse og stillingsstørrelse ikke mindre enn 30-40 prosent. En slik utvikling vil bidra til at kvaliteten kan heves. Dersom vi skal realisere de ønsker som foreligger, må rammevilkårene for sykehjemsleger også bedres, men dette vil måtte foregå via forhandlinger. Med det fokus som er på feltet, burde det ligge til rette for bedring.

Sykehjemslegene – vi selv

Vi bør nok ta inn over oss at tidligere tilsynsleger som stakk innom og fikk kaffe og kake en gang i uken ikke lenger er gangbar vare. Vi må selv ta signalene fra myndighetene som krever kvalitet og kompetanse og formodentlig også fornuft i alders- og sykehjemsmedisinen. Vi må gripe ballen der den nå er og spille med. Det er mye «styringsfart» i dette feltet nå, og god anledning til å forme og påvirke rollen og faget. Hver enkelt kan med sine valg, krav og prioriteringer, bidra til at kvaliteten øker. Når en sykehjemslege



Gode rutiner for medisinhåndtering er bare en av mange rutiner som må kvalitetssikres.

(det heter det nå, ikke tilsynslege!) skal ansettes, går det an å kreve forsvarlige arbeidsvilkår, med full ryggdekning i myndighetskrav. Stillingsstørrelsen må være slik at jobben kan gjøres, faget tilegnes, tilstedevarsel ut over nødvendig klinisk arbeid påregnes, og romslig tid til ubunden arbeids-tid, slik at telefontilgjengelighet sikres og honoreres. Videre må utstyr og faciliteter foreligge, slik at jobben kan gjøres ordentlig. Likedan må det legges til rette for at fastlege-praksis kan drives forsvarlig ved siden av. Ved at jobben krever tilstedevarsel på sykehjemmet mer enn en av ukens dager, vil omfanget bli så pass at det blir ubekvemt ikke å følge med i fagutviklingen. Dermed vil rent strukturelle forhold bidra til at sykehjemslegene får lyst til å utvikle seg faglig. Ved at den ulykksalige 7,5-timersregelen i dette scenarioet ikke har relevans, vil lønnsforhold også måtte forhandles, ikke dikteres. Og til alle dere som ikke kan forstå at sykehjemsmedisin er noen ønskelig aktivitet: Flott. Dere skal selvagt gjøre noe annet, men med den skisserte utviklingen, vil jobben bli interessant og fokuset både politisk og i offentlig debatt. Utviklingen mot bedre kompetanse og høyere kvalitet er uomgjengelig. Fastlegevirksomheten scorer nå høyest i rekken av alle offentlige tjenester. Det er nesten ikke mulig å bli bedre (nå ja...). Men innenfor alders- og sykehjemsmedisin vil det måtte komme et markbart løft de nærmeste årene. Hiv dere med!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
morten.laudal@bluezone.no

Blodtrykksmedikamenter som foretrukne legemidler

AV TOM SUNDAR

Utpostens lesere er kjent med at blodtrykkssenkende midler nylig er tatt inn i ordningen med refusjon av foretrukne legemidler. Her utdypes vi bakgrunnen for og hovedpunktene i regelendringene.

De nye refusjonsreglene trådte i kraft 1. januar (1). Høyt blodtrykk er en uomtvistelig risikofaktor for hjerneslag og hjerteinfarkt, og det er omfattende dokumentert at blodtrykkssenkende behandling er kostnadseffektivt og reduserer forekomsten av alvorlige hjerte-kar-sykdommer. Imidlertid er det store prisforskjeller på tilnærmet likeverdig behandling. Beregninger gjort av Statens legemiddelverk viser at døgnprisen for å behandle en pasient varierer fra NOK 0,52 til NOK 8,32 for blodtrykkssenkende legemidler med refusjon (2).

ARB øker mest

Legemiddelverket gjennomgikk refusjonsstatusen for 46 ulike virkestoffer fordelt på seks legemiddelgrupper innen blodtrykkssenkende behandling. I nasjonale og europeiske retningslinjer anses disse legemidlene som likeverdige behandlingsalternativer. Statistikk fra Reseptregisteret viser at patenterte og dyre legemidler utgjør en stor andel av legemiddelforbruket på dette området. Spesielt gjelder det angiotensinreseptor-antagonister (ARB), den raskest voksende legemiddelgruppen ved hypertensjonsbehandling.



Den totale omsetningen (AUP) for legemidlene som ble vurdert var 1,3 milliarder kroner i 2008. ARB-gruppen hadde samme år en omsetning på mer enn 800 millioner kroner, hvilket tilsvarer 60 prosent av den totale omsetningen i AUP og 27 prosent av den totale omsetningen i definerte døgndosser (DDD) for blodtrykkssenkende legemidler med refusjon.

Tiazidvedtaket er historie

Foruten å gi økonomiske besparelser, vil regelendringene ifølge Legemiddelverket føre til at norsk forskravningspraksis i større grad samsvarer med nasjonale og europeiske retningslinjer for blodtrykksbehandling. Det presiseres at mange av legemidlene har godkjent indikasjon og refusjon for andre bruksområder enn hypertensjon, og at endringene kun gjelder for indikasjonen hypertensjon.

De nye reglene (se faktarammene) innebærer at det tidligere vilkåret om at tiazider skal være førstevalg ved ukomplisert hypertensjon oppheves. For visse legemidler innføres refusjonsvilkår som går ut på at foretrukne midler skal benyttes først ved oppstart og endring av behandling.

Referanser

- Innføring av foretrukne blodtrykkssenkende legemidler (www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_____80828.aspx?filterBy=CopyToMedecs)
- Revurdering av refusjonsstatus for blodtrykkssenkende legemidler (www.legemiddelverket.no/upload/rapport_foretrukne_bloodtrykkssenkende_090702.pdf)

Nye refusjonsvilkår

Gjelder oppstart, bytte eller tillegg av medikamentell blodtrykksbehandling:

- Foretrukne legemidler skal benyttes
- Andre legemidler refunderes kun hvis pasienten ikke oppnår tilfredsstillende blodtrykkssenkende effekt, får uakseptable bivirkninger eller interaksjonsproblemer ved bruk av foretrukne legemidler

Før man introduserer en ikke-foretrukket ARB eller ACE-hemmer, skal en foretrukket ARB eller ACE-hemmer være forsøkt. For furosemid og spironolaktone innføres ingen spesifikke refusjonsvilkår ved behandling av høyt blodtrykk.

Alle med demens fortjener diagnose

...og alle med Alzheimers sykdom har krav på behandling

Ebixa®
memantin

Effekten kan måles allerede etter 4 uker¹.....

Indikasjon: Behandling av pasienter med moderat og alvorlig grad av Alzheimers sykdom.



Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, opplosning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tils. memantin 8,31 mg, kaliumsorbitat (E 202), sorbitol, renset vann. 1 TABLETTER, filmdräjerade 5 mg, 10 mg, 15 mg och 20 mg; Hver tablet inneh.: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg och 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg och 16,62 mg, hjelpestoffer. Tablettar 10 mg inneh. laktos 166 mg och har delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og vedleses av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers sykdom. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. Voksnar/eldre: Tas 1 gang daglig, uavhengig av måltid. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for blivkrinkler reduseres ved å gradvis øke dosisen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdosene: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsett behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdosene på 20 mg (40 dråper) daglig. Nedsett nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsett nyrefunksjon (kreatinin clearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsett nyrefunksjon (kreatinin clearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dosisen være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosisen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig optitteringsplan. Ved alvorlig nedsett nyrefunksjon (kreatinin clearance 5-29 ml/minutt) bør dosisen være 10 mg (20 dråper)/dag. Nedsett leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsett leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsett leverfunksjon pga. manglende data. **KONTROLLERADIKSJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSEGLER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for blivkrinkler. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort innslag av syrematralisirende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som mylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høy blodtrykk overvåkes nøy. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemialabsorpjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirking på reaksjonsvenn. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmyolytiske stoffer som dantrolen eller bakklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og dekstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebefatter en mulig risiko for økt plasminivå. Redusert ekskresjon av hydrokortisiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling

er sett. Naye monitoring av protrombinetid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:**

Overgang i placenta: Risiko ved bruk under gravitet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under gravitet hvis ikke helt nødvendig, og etter naye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amning frarades under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypotone (>1/100):** Gastro-

Intestinale: Forstoppelse. Hjerte/Kar: Hypertension. Luftveiene: Dyspne. Nevrologiske: Smimelhet. Psykiske: Somnolens. Øvrige: Hodepinne. Mindre hypotone: Gastrointestinale: Oppkast, Hjerte/Kar: Hjertesvikt, venettrombose/tromboembolisime. Infeksjoner: Soppinfeksjoner. Nevrologiske: Unormal gange. Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykotiske reaksjoner og parkreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmodstanker og selvord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDO瑟ING/FØR GIFTNING:** Symptomer: Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med trethet, svakhet og/eller diarré eller ingen symptomer. Ved overdosering på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, savnighet, somnolens, smimelhet, agitasjon, aggressjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magatarmbesvær (oppkast og diarré). Den hevste rapporterte overdosering, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde hatt 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rasflasket, psykose, synhalusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshed. Pasienten ble restituert. Behandling: Symptomatisk. Se Giftinformasjonen anbefaler N06D X01 side d. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved nevrodgenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamatgerige neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsformenner. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til nevrosnral dysfunksjon. **Absorbasjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax: Etter 3-8 timer. **Plasmakonsentraserjoner:** fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol/l) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoenzytisk med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cltot): 120 ml/minutt/1,73 m2. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkaliske urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjennfinner som mordersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpen flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g (glassflaske) B26.30. Tablett: Startpakk: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 591,00. 10 mg: 30 stk. (blister) 516,30. 50 stk. (blister) 823,80. 100 stk. (blister) 1612,70. 20 mg: 28 stk. (blister) 932,80. 98 stk. (blister) 3177,30.

PRISET SIST ENDRET: 01.02.2010

Lundbeck  **Ebixa®**
memantin

20 mg-Én om dagen
H. Lundbeck A/S • Strandveien 15 b • Postboks 361, 1326 Lysaker
Tel: 91 300 800 • Fax: 67 53 77 07 • www.lundbeck.no

www.ebixa.com

Kronisk hjertesvikt

– en utfordring for første- og annenlinjetjenesten

AV RUNE MO

Kronisk hjertesvikt er en alvorlig tilstand med høy sykelighet og dødelighet. Pasienter med hjertesvikt opplever symptomer som varierer fra lett til invalidiserende grad. Helsevesenet engasjeres i erkjennelse, utredning, behandling og oppfølging. I de senere år har mulighetene for utredning og behandling økt i betydelig grad. Likevel har kronisk hjertesvikt fortsatt en alvorlig prognose med konsekvenser for individ og samfunn. Samtidig tiltar antallet pasienter. Derfor vil kronisk hjertesvikt også i fremtiden være en utfordring for helsevesenet. Omsorgen for pasienter med kronisk hjertesvikt vil naturlig være et samvirke mellom første- og annenlinjetjenesten.

Definisjon

Kronisk hjertesvikt er et syndrom som uttrykker at hjertets minuttvolum er lavere enn kroppens behov. For å oppfylle kravene til gjeldende definisjon på hjertesvikt, skal det foreligge typiske symptomer og tegn samt objektive funn som viser redusert hjertepumpefunksjon. Hjertesvikt kan



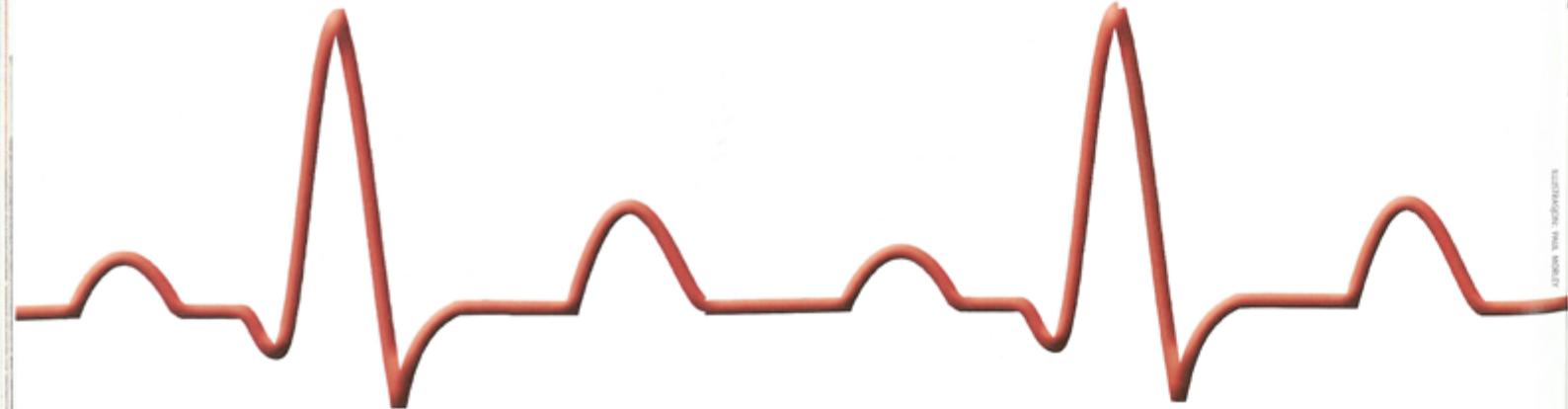
Rune Mo

Overlege dr. med ved Avdeling for hjerte-medisin, St. Olavs hospital, Trondheim

mistenkes og behandles på bakgrunn av sykhistorie, symptomer og funn, men diagnosen bør altså ikke settes endelig før det er utført bilde- eller funksjonsdiagnostikk av hjertet. Som regel vil redusert systolisk eller diastolisk funksjon i dag påvises ved ekkokardiografi.

Epidemiologi

Så mye som en til tre prosent av befolkningen eller 50–150 000 norske pasienter har kronisk hjertesvikt. Forekomsten øker med økende alder, og i aldersgruppen over 60 år har 5–15 prosent hjertesvikt. Amerikanske data tyder også på at forekomsten av kronisk hjertesvikt er tiltakende og har mer enn doblet seg fra 1970 til 2000. Ikke overraskende har dette faglige, praktiske og økonomiske konsekvenser for helsevesenet. Cirka fem prosent av alle sykehuss-innleggelsjer i medisinske avdelinger skyldes hjertesvikt, og to til fire prosent av helsebudsjettet (Storbritannia, USA) går med til hjertesviktomsorgen. Prognosene varierer med en årlig mortalitet på mindre enn ti prosent ved mild hjertesvikt til opptil 40–50 prosent ved alvorlig hjertesvikt.



Årsaker til hjertesvikt

Koronar hjertesykdom er den vanligste og viktigste årsaken til hjertesvikt. I den norske hjertesviktdatabasen angis koronarsykdom som utgangspunkt for hjertesvikt hos 58 prosent av pasientene. I den amerikanske NHANES-studien har på samme måte 62 prosent av pasientene hjertesvikt på grunn av koronarsykdom. Hypertensjon, klaffefeil, myokarditt, systemsykdommer, endokrine og metabolske lidelser, medikamenter (cytostatika, psykofarmaka), alkohol og primære kardiomyopatier må også vurderes som årsaker til kronisk hjertesvikt.

Utredning

Ved mistanke om hjertesvikt, har vi tre viktige diagnostiske oppgaver:

- Har pasienten hjertesvikt?
- Hvor uttal er tilstanden?
- Hvorfor har pasienten hjertesvikt?

Kronisk hjertesvikt kan mistenkes ved typiske symptomer (fatigue, dyspné, hovne ankler) eller funn (halsvenestuvning, plevravæske, knatrelodyer over lungene, hepatomegalii, ascites, perifere ødemer). Den grunnleggende utrednin-

gen bør omfatte en anamnese med tanke på aktuell tilstand, funksjonsnivå og mulige bakenforliggende forhold. Den kliniske undersøkelsen vil fokusere på blodtrykk, puls, hjerte, lunger, abdomen og underekstremiteter.

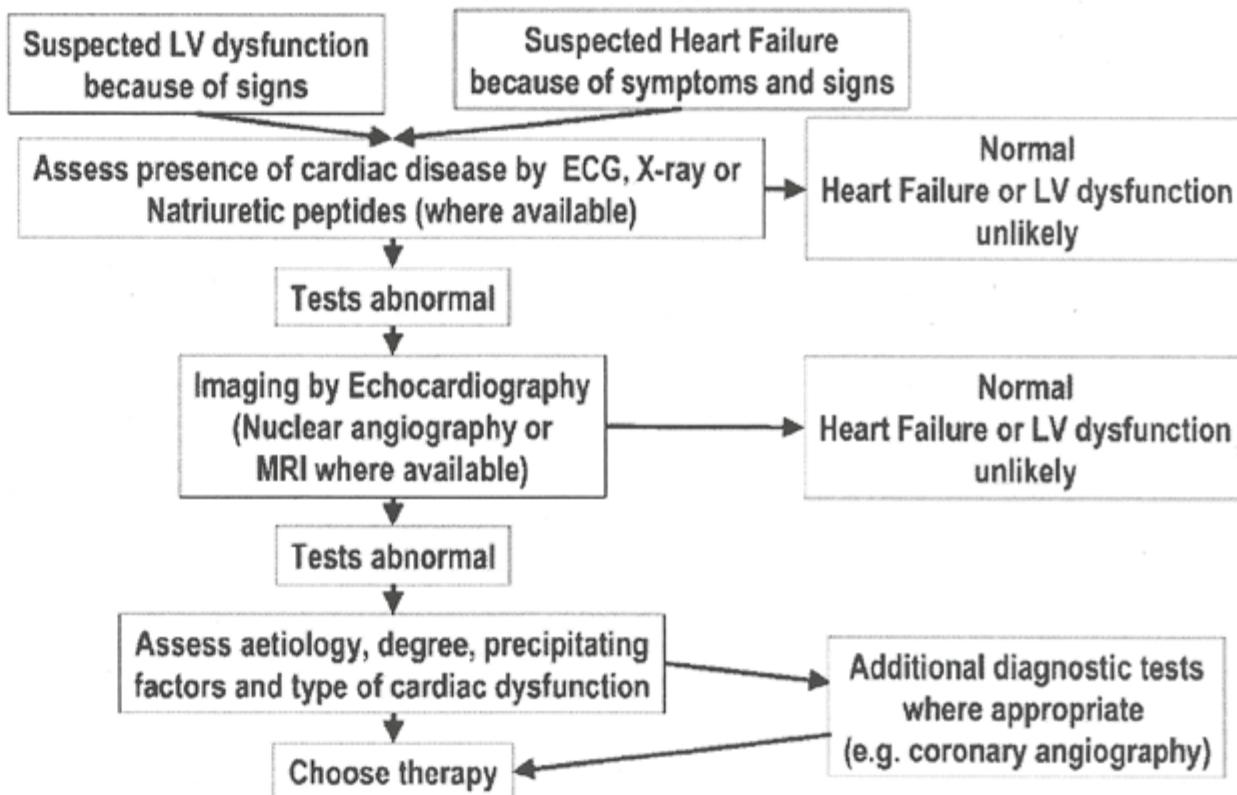
EKG er et nyttig hjelpemiddel i utredningen. Påvisning av tidligere eller aktuell iskemisk sykdom vil være viktig (Q-bølger, ST-T-forandringer, venstre grenblokk). Funn av venstre ventrikkelhypertrofi i EKG kan være uttrykk for anatomisk hypertrofi, dilatasjon eller kardiomyopati. Sokolow-Lyons indeks og Cornell-produktet er etablerte parametere for å diagnostisere venstre ventrikkelhypertrofi.

SOKOLOW-LYON: $SV1 + RV5/6 \geq 38 \text{ mm}$

CORNELL: $(RaVL + SV3 + 6 (\Omega)) \times \text{QRS-bredde (ms)} \geq 2440 \text{ mm} \times \text{ms}$

Funn av venstre grenblokk med QRS-bredde $\geq 120 \text{ ms}$ kan være viktig med tanke på indikasjonen for kardial resynchroniseringsbehandling (biventrikulær pacemaker), se nedenfor. En tredel av pasientene med kronisk hjertesvikt har breddeforøket QRS-kompleks og ti prosent av pasienter med svikt utvikler bredt QRS hvert år. EKG forteller også om hjerterytme. Funn av atrieflimmer og eventuelle andre arytmier kan ha betydning for videre utredning og

FIGUR 1: Flytskjema for utredning av kronisk hjertesvikt. Kilde: ESC GUIDELINES 2008. EUR HEART J 2008; 29:2388-2440



behandlingsstrategi. Et viktig klinisk poeng er at et negativt EKG gjør det lite sannsynlig at pasienten har hjertesvikt. Den negative prediktive verdien av et normalt EKG ved hjertesvikt angis til mer enn 90 prosent.

Røntgen thorax er nyttig i differensialdiagnostikk av dyspné generelt og for å påvise hjertestørrelse, stuvning og/eller plevravæske ved hjertesvikt spesielt. En rekke blodprøver kan være aktuelle ved mistanke om hjertesvikt. BNP/NT-pro-BNP kan bidra til å bekrefte eller avkrefte mistanken om hjertesvikt.

	USANNSYNLIG	HJERTESVIKT USIKKER	SANNSYNLIG
BNP	< 100 pg/ml	100–400 pg/ml	> 400 pg/ml
NTproBNP	< 400 pg/ml	400–2000 pg/ml	> 2000 pg/ml

Videre bør en orienterende utredning omfatte Hb, elektrolytstatus, nyrefunksjon og blodprøver m.t.p. mulige årsaker til hjertesvikt. Hvis ikke tilstanden krever sykehusinleggelse eller annen rask spesialistvurdering, vil den grunnleggende utredningen med anamnese, klinisk undersøkelse, blodprøver, EKG og røntgen thorax gjerne foretas av allmennlegen. Hvis utredningen styrker mistanken om hjertesvikt, vil det så være naturlig å henvise videre til funksjonsdiagnostikk og eventuelle andre undersøkelser i spesialisthelsetjenesten.

Sentralt i den videre utredning av hjertesvikt, står ekkokardiografi. Ekkokardiografi kan vurdere hjertets anatomi og funksjon og er en relativt tilgjengelig sammenlignet med andre bilde- og funksjonsundersøkelser. Anatomisk vil en kunne påvise hypertrofi og dilatasjon. Enkelte kardiomyopatier fremstår med typiske funn, og ultralyndundersøkelsen kan belyse klaffeapparatenes morfologi og funksjon. På denne måten kan ekkokardiografi noen ganger bidra til en årsaksmessig avklaring. Ved mistanke om hjertesvikt, er likevel undersøkelse av pumpefunksjonen ofte det viktigste ved ekkokardiografi. Her kan såvel systolisk som diastolisk funksjon vurderes. Tradisjonelt uttrykkes systolisk funksjon som en ejeksjonsfraksjon (EF = slagvolum : endediastolisk volum), der verdiene ved ekkokardiografi normalt ligger over 50 prosent. Andre teknikker som vevsdoppleranalyser kan synes å være mer følsomme for mindre endringer i systolisk funksjon enn EF-målet. Opp til 40 prosent av pasientene med hjertesvikt kan ha normal eller lett redusert systolisk funksjon vurdert ved EF. Disse pasientene har diastolisk hjertesvikt eller HF-PEF (heart failure with preserved ejection fraction). Her finner en definisjonsmessig diastolisk dysfunksjon i form av redusert venstreventrikulær relaksasjon eller compliance. Tilstanden er spesielt vanlig hos eldre, kvinner, ved hypertensjon og ved diabetes mellitus. Det at EF hos disse

pasientene ikke er sikkert redusert, kan nettopp være et uttrykk for at EF gir et dårlig bilde på systolisk funksjon i disse pasientgruppene. Således er den rene diastoliske dysfunksjon og hjertesvikt omdiskuterte begreper.

Andre undersøkelser som kan være aktuelle i annenlinjetjenesten er MR hjerte, koronar angiografi og myokardbiopsi. Koronar angiografi vil ha sin indikasjon hos mange pasienter, ettersom koronarsykdom er den hyppigste årsaken til hjertesvikt. Sammen med en etiologisk avklaring, vil undersøkelsen kunne ha terapeutisk konsekvens ved å påvise grunnlag for revaskularisering (PCI, koronarkirurgi). MR av hjertet og myocardbiopsi vil i spesielle tilfeller gi nyttig tilleggsinformasjon.

Ved kronisk hjertesvikt er det vanlig å vurdere graden av funksjonsnedsettelse. En vanlig klinisk klassifikasjon er gitt av New York Heart Association som deler inn i fire funksjonsklasser I-IV, der pasienten i klasse I har symptomer kun ved høy anstrengelse, mens en i klasse IV har symptomer i hvile. Seks-minutters gangtest og måling av maksimalt surstoffopptak er metoder som kan kvantitere funksjonsnivået.

Behandling

Høy grad av symptomer, høy sykelighet og dodelighet gir en sterk motivasjon for behandling av kronisk hjertesvikt. I de siste år har behandlingstilbudet blitt stadig mer omfattende. Stadig flere kan behandles for tilgrunnliggende koronarsykdom eller klaffesykdom ved invasive (PCI) og kirurgiske tiltak. Påvisning og behandling av hypertensjon har vist primær- og sekundærprofylaktisk effekt. Ved etablert hjertesvikt har en kunnet gå fra rent symptomldrende tiltak til behandling med dokumentert effekt på symptomer, sykelighet og dodelighet. Medikamentelle og ikke-farmakologiske tiltak vil være basisbehandling hos alle pasienter med kronisk hjertesvikt. Regelmessig fysisk trening opp til moderat og noen ganger høyt belastningsnivå er et viktig element i den ikke-farmakologiske behandlingen. Strukturert oppfølging i en hjertesviktpoliklinikk har vist effekt på symptomer, livskvalitet og dodelighet. For pasienter med alvorlig sykdom kan kardial resynkroniseringstbehandling (CRT) med biventrikulær pacemaker, implantasjon av mekanisk hjerte pumpe (LVAD – left ventricular assist device) og hjertetransplantasjon være mulige behandlingsformer.

Medikamentell behandling

ACE-hemmere er hjørnestener i behandlingen av kronisk hjertesvikt. Både captopril, enalapril, lisinopril og ramipril

er godt dokumentert ved iskemisk og non-iskemisk hjertesvikt med redusert systolisk funksjon. Typiske bivirkninger er hoste, hypotensjon, hyperkalemi og nyresvikt. Vær spesielt oppmerksom på slike uønskede effekter ved samtidig aortastenose, etablert nyresvikt og dehydrering (varme, diare, diureтика). I litteraturen angis også angioødem som en typisk bivirkning av ACE-hemmere.

Angiotensin II-reseptorblokere ansees som gode alternativer til ACE-hemmerer, for eksempel ved hoste. Dokumentasjonen på candesartan og valsartan omfatter også iskemisk og non-iskemisk hjertesvikt. Bivirkninger og forsiktighetsregler er i store trekk som for ACE-hemmere.

Betablokkere skal på samme måte som ACE-hemmere vurderes ved såvel iskemisk som ikke-iskemisk svikt. Metoprolol, carvedilol og bisoprolol har dokumentert behandlingsgevinst, mens det ikke foreligger slik dokumentasjon for atenolol. Samtidig anbefaler gjeldende retningslinjer ikke hurtigvirkende metoprolol tartrat (Seloken®) mens retard-formuleringen metoprolol succinat (Selo-Zok®, Metoprolol Sandoz®) skal benyttes. Nebivolol som også anbefales internasjonalt, er ikke registrert i Norge.

Diureтика er essensielle for symptomlindring ved væskeretensjon, og dermed for de fleste pasienter med hjertesvikt, men har ingen dokumentert effekt på mortalitet. Ofte vil være nødvendig å bruke sløyfediureтика (furosemid, bumetanid). Resorpsjonen av furosemid kan være nedsatt ved høyrebetonet hjertesvikt og mucosaødem i tarm. Bumetanid vil da kunne gi bedre effekt.

Digitoxin gir symptomlindring og reduserte antall sykehusinnleggelse ved kronisk hjertesvikt, men har ingen dokumentert effekt på mortalitet. Ved atrieflimmer kan digitoxin utnyttes i frekvensregulerende hensikt med gunstige hemodynamiske effekter. Det er viktig å være oppmerksom på at det terapeutiske området for digitoxin nå er lavere enn det som tidligere ble anbefalt, og at de fleste pasienter vil ha tilstrekkelig effekt av digitoxin 0,05 mg daglig.

Aldosteron-antagonister (spironolakton, eplerenon) har dokumentert effekt på morbiditet og mortalitet ved kronisk hjertesvikt og postinfarktsvikt. Tillegg av aldosteron-antagonisten er i utgangspunktet kun anbefalt ved alvorlig hjertesvikt i funksjonsklasse NYHA III–IV. Ved behandling med aldosteron-antagonister skal man være spesielt på vakt ovenfor hyperkalemi. Spironolakton kan også gi plagsom gynkomasti hos opptil ti prosent av menn som behandles.

Kardilaterende midler som hydralazin og isosorbiddinitrat kan kombineres hvis det foreligger intoleranse mot

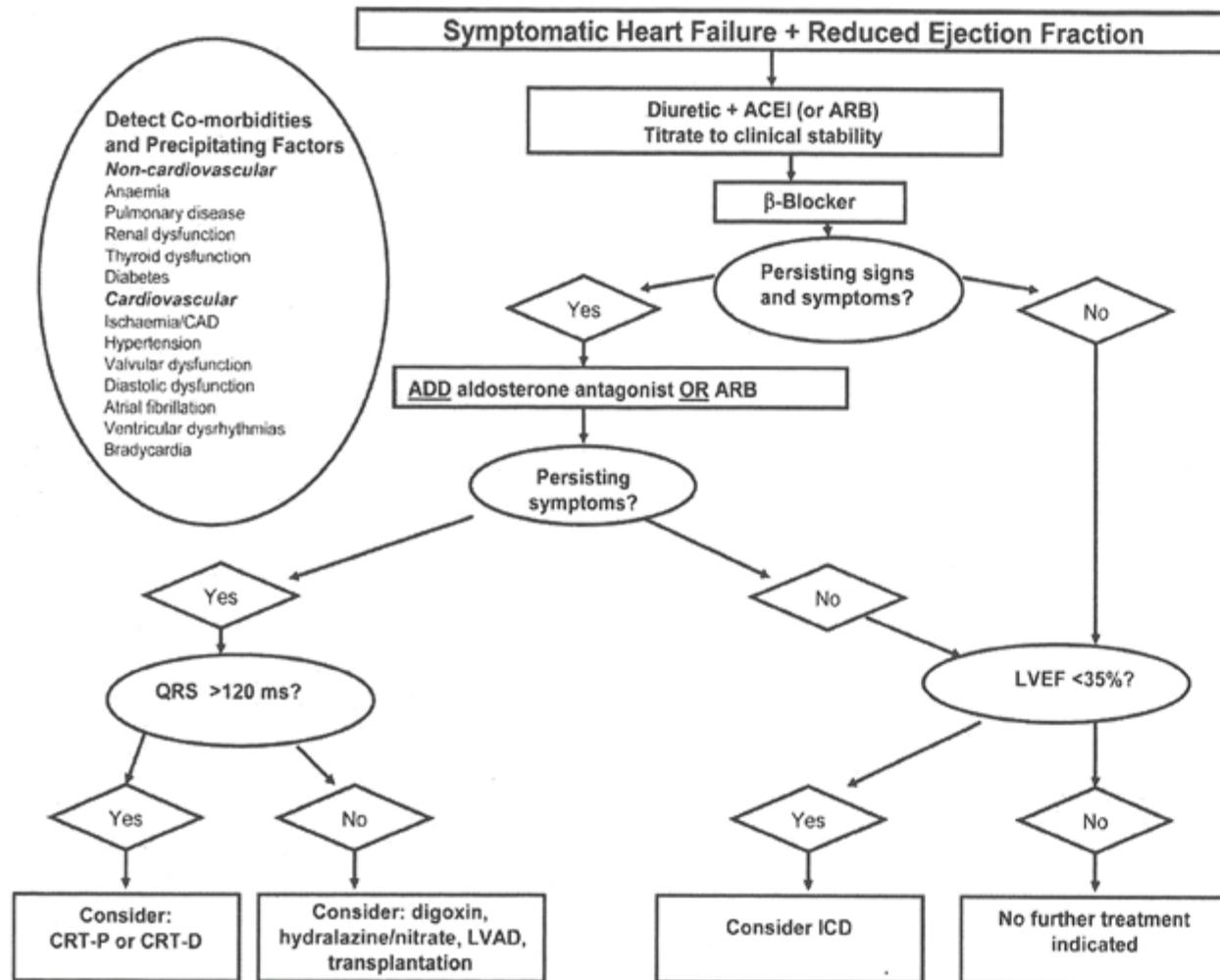
blokkade av renin-angiotensinsystemet. Kombinasjonen har nylig også dokumentert gunstig effekt på sykelighet og dødelighet for afroamerikanere som fra før var behandlet med ACE-hemmer, betablokker og diureтика.

Levosimendan er et positivt inotrop og vasodilaterende medikament med god dokumentasjon på gunstige hemodynamiske effekter ved akutt hjertesvikt. Studier på mortalitet der levosimendan er brukt ved akutt hjertesvikt har imidlertid vist varierende resultater. Det foreligger også noen små studier på kronisk hjertesvikt der det er gitt repeterte infusjoner med levosimendan med effekt på ekkokardiografiske variabler og hemodynamiske forhold.

Særdeles kortfattet vil medikamentell behandling av kronisk hjertesvikt basere seg på introduksjon og opptrapping av både ACE-hemmer og betablokker. Generelt anbefales lave doser og langsom opptrapping («start low – go slow») mot aksepterte måldoser («proven drugs in proven doses»). Tradisjonelt, og som det går frem av figur to på neste side, vil en anbefale å starte behandlingen med en ACE-hemmer og innføre betablokker etter at tilstanden er stabilisert. Studier har imidlertid vist at det også lar seg gjøre å starte med betablokker og innføre ACE-hemmer i ettertid. Som regel vil det foreligge indikasjon for et diuretikum som doseres i h.h.t. grad av væskeretensjon. Utilfredsstillende effekt av behandlingen vil kunne gi indikasjon for tillegg av en angiotensin II-reseptorblokker eller en aldosteron-antagonist. Dette vil fortrinnsvis være aktuelt ved hjertesvikt i funksjonsklasse III og IV. I henhold til foreliggende dokumentasjon vil tillegg av angiotensin II reseptorblokker foretrekkes i klasse (II-) III, og en aldosteron-antagonist i klasse IV. Trippelblokkade med ACE-hemmer, angiotensin II-receptorantagonist og aldosteron-antagonist frarådes med henvisning til fare for hypotensjon, hyperkalemi og nyresvikt. Digitoxin kan vurderes ved samtidig atrieflimmer og hjertesvikt. Ved intoleranse for ACE-hemmer og betablokker kan kombinasjon av hydralazin og isosorbiddinitrat vurderes. Behandling med levosimendan vil vurderes og utføres i sykehus.

Kardial resynekroniseringsbehandling – biventrikulær pacemaker

CRT-kardial resynekroniseringsbehandling med biventrikulær pacemaker kan være indisert hos pasienter i funksjonsklasse III–IV. I tillegg til funksjonsklassen, gir gjeldende retningslinjer indikasjon for CRT ved EF < 35 prosent og QRS- bredde ≥120 ms som uttrykk for intraventrikulær dyssyntrofi (som regel handler det om asynkron kontraksjon i venstre ventrikkelen). Det legges pacemakerledninger til henholdsvis septum gjennom høyre ventrik-



FIGUR 1: Flytskjema for behandling av kronisk hjertesvikt. Kilde: ESC GUIDELINES 2008. EUR HEART J 2008; 29:2388-2442

kel og lateralvegg via sinus coronarius. På denne måten vil venstre ventrikkel kunne paces til synkron kontraksjon. Behandlingen har potensiale til å heve funksjonsnivå en klasse, for eksempel fra NYHA IV til NYHA III. Ved godt funksjonsnivå og forventet overlevelse over ett år, anbefaler internasjonale retningslinjer at det ikke bare implanteres en biventrikulær pacemaker (CRT-P), men en biventrikulær pacemaker med intern defibrillator (CRP-D). Pasienter med alvorlig hjertesvikt er truet av arytmier, og i funksjonsklasse III–IV er CRP-D vist å kunne redusere såvel sykelighet som dødelighet.

Ved alvorlig hjertesvikt og lavt funksjonsnivå ($\text{VO}_2 \text{ max} < 14 \text{ ml/kg/min}$) vil det kunne være aktuelt med hjertetransplantasjon. I Norge transplanteres det årlig 25–30 hjerter. Halvparten av pasientene lever 12 år etter transplantasjon, og dette er et meget godt resultat gitt den dårlige prognosene ved ubehandlet, terminal hjertesvikt. Alvorlig komplikasjoner i den første tiden etter transplantasjon er rejeksjon, primær graftsvikt og infeksjon. Senere kan forløpet kom-

pliseres av koronarsykdom (graftsklerose), nyresvikt og kreftutvikling under pågående immunsuppresjon.

I påvente av hjertetransplantasjon, kan være aktuelt å legge inn en mekanisk pumpestøtte til hjerte (LVAD). Som for hjertetransplantasjon, vurderes og utføres slike implantasjoner ved Rikshospitalet. I prinsippet implanteres den mekaniske pumpen ved hjertet, pumpen trekker blod ut av venstre ventrikkel gjennom en kanyle, og pumper så blodet tilbake i aorta. Dette sikrer et adekvat hjerte-minuttvolum, og venstre ventrikkel avlastes ved redusert afterload. Et LVAD er i dag en «bridge-to-transplant», men har også vært diskutert som endelig behandling hos pasienter med kontraindikasjoner til hjertetransplantasjon.

Oppsummering

Kronisk hjertesvikt er utbredt i befolkningen og har en alvorlig prognose. Årsaken til kronisk hjertesvikt finner vi som regel i koronarsykdom, men også hypertensjon, myo-

karditter, klafffeil, flere indremedisinske og revmatologiske tilstander, forgiftninger (medikamenter, alkohol) og primære kardiomyopatier kan gi redusert pumpefunksjon og hjertesvikt. Ved mistanke om hjertesvikt må utredningen gi svar på om pasienten har hjertesvikt, hvor alvorlig tilstanden er og hvorfor pasienten har hjertesvikt. En innledende utredning omfatter en god anamnese og klinisk undersøkelse, blodprøver inkludert BNP/NT-pro-BNP, EKG og røntgen thorax. Ekkokardiografi har en sentral rolle for å påvise redusert systolisk eller diastolisk funksjon. I årssavklaringen vil det, i tillegg til de grunnleggende undersøkelsene, være indikasjon for koronar angiografi hos mange pasienter. MR av hjertet og myokardbiopsi kan være nyttig i enkelte tilfeller. Ikke-farmakologiske tiltak og moderne medikamentelle strategier bør ligge i bunnen for all behandling av kronisk hjertesvikt. Noen pasienter vil også være aktuelle for operative eller instrumentelle tiltak, så som koronarinngrep, klaffekirurgi, CRT-P/CRT-D, LVAD og hjertetransplantasjon. Tilgjengelig utredning og behandling gir muligheter for symptomlindring, nedsatt prosesjon av hjertesvikt, samt redusert sykelighet og dødelighet. Mistanken om hjertesvikt, erkjennelsen og den innledende utredning vil som regel oppstå og foretas hos allmennlegen, mens videre utredning og instrumentell behandling er et ansvar for spesialist og sykehus. Oppfølgingen av pasienter med kronisk hjertesvikt vil preges av langvarige forløp med mange konsultasjoner og sykehusinngangssletter og på samme måte kreve et godt samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten.

Utvalgte referanser:

- M. Aarønæs et al Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:171-3
- M. Aarønæs et al Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:174-7
- Canadian cardiovascular society consensus conference recommendations on heart failure update 2007. Can J Cardiol 2007; 23(1):21-45.
- ESC guidelines 2008
- Eur Heart J 2008; 29:2388-2442
- Fullstendig referanseliste kan fås ved kontakt med forfatteren.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Rune.Mo@stolav.no



Ultralydscanner Logiq C5

Stasjonær PC-basert



Art.nr.: LOGIQ C5

- *2 lydhoder til både abdomen gyn/obstetrikk, muskel og skjelett, vaskulær etc.*
- *Avansert teknologi og diagnostisk kapasitet som fremstiller bilder av høy kvalitet.*
- *Aplikasjonsinnstillinger for abdomen SMP, gyn, obstetrikk etc. gjør det enkelt å bruke "Tissue Harmonic Imaging".*

www.medinor.no



Relpax Pfizer

Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C C06

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg og 40 mg: Hver tablette inneh.: Eletriptanhydrobromid tilsv. eletriptan 20 mg, resp. 40 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

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

DOSERING: Voksne (18-65 år): Anbefalt initial dose er 40 mg. Bortas ved første tegn på migrenehodepine, men er også effektiv ved senere inntak under migreneanfall. Skal bare brukes under hodepinefasen av migrene. Skal ikke tas profilaktisk. Tablettene bør svelges hele med vann. Hvis hodepinen kommer tilbake innen 24 timer etter initial respons, er 1 ekstra dose av samme styrke effektivt for behandling av tilbakefall. Hvis tilleggsdose er nødvendig, skal den ikke tas før 2 timer etter initial dose. Hvis effekt ikke oppnås <2 timer etter første dose, skal det ikke tas en ytterligere dose for behandling av samme anfall. Pasienter som ikke responserer på behandling av ett anfall vil trolig responde på behandling av påfølgende anfall. Pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende effekt etter et adekvat forsøk med 40 mg (f.eks. bra toleranse, men manglende respons i 2 av 3 anfall) kan behandles med 80 mg (2 × 40 mg) i et påfølgende migreneanfall. En påfølgende dose på 80 mg skal ikke tas i løpet av 24 timer. Maks. daglig dose: 80 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Anbefalt initialdose: 20 mg. Maks. daglig dose bør ikke overskride 40 mg. Effekt er ikke tilfredsstillende dokumentert for ungdom (12-17 år). Sikkerhet og effekt er ikke tilstrekkelig dokumentert for barn (<12 år), og eldre (>65 år), og anbefales derfor ikke til disse aldersgruppene.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon, moderat alvorlig eller alvorlig hypertensjon, ubehandlet mild hypertensjon, påvist koronar hjertesykdom, inkl. iskemisk hjertesykdom (angina pectoris, tidligere hjerteinfarkt eller påvist stum iskemi), objektive eller subjektive symptomer på iskemisk hjertesykdom eller Prinzmetals angina, signifikant arytmii eller hjertesvikt, perifer vaskulær sykdom, tidligere cerebrovaskulære hendelser (CVA) eller transitorisk iskemisk anfall (TIA). Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater 24 timer før eller etter eletriptan, eller bruk av andre 5-HT1-reseptoragonister.

AFORSIKTHETSREGLER: Skal kun brukes ved klar migrene-diagnose. Ikke indirekt for behandling av hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrrene, eller for behandling av atypisk hodepine, dvs. hodepine som kan være relatert til mulig alvorlig tilstand (slag, aneurismruptur). Kan assosieres med forbigående symptomer inkl. brystsmerter og trængtsfølelse som kan være intense og involvere svelget. Pasienten bør utredes hvis symptomer på iskemisk hjertesykdom inntreffer, og ytterligere dose bør ikke gis. Preparatet skal ikke gis uten forutgående undersøkelse av pasienter hvor udiagnosert kardial sykdom er sannsynlig, eller til pasienter med risiko for koronarsykdom (CAD) (f.eks. pasienter med hypertensjon, diabetes, røykere eller brukere av nikotinsubstitutter, menn >40 år, postmenopausale kvinner og personer med klar familieanamnese med koronarsykdom). Kardiologisk undersøkelse vil ikke alltid kunne identifisere pasienter med kardiovaskulær sykdom, og i meget sjeldne tilfeller har pasienter uten underliggende kardiovaskulær sykdom fått alvorlige kardiale bivirkninger når 5-HT1-agonister er gitt. 5-HT1-agonister er blitt assosiert med koronar vasospasme. I sjeldne tilfeller er myokard iskemi eller infarkt rapportert ved bruk av 5-HT1-agonister. Det er sett en svak og forbigående blodtrykksøkning med eletriptandoser ≥60 mg. Effekten er mer uttalt ved nedsatt nyrefunksjon og hos eldre. Overdrevet bruk av legemidler mot migrene kan føre til daglig kronisk hodepine som kan gjøre det nødvendig å avbryte behandlingen midlertidig. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og bruk av maskiner. Inneholder laktose. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Inneholder paraoransje som kan forårsake allergiske reaksjoner. Serotoninergt syndrom (inkl. endret mental status, autonom ustabilitet og nevromuskulære abnormaliteter) er rapportert ved samtidig bruk av triptan og selektiv serotoninreceptorblokkere (SSRI) eller serotonin-noradrenalinreceptorblokkere (SNRI). Reaksjonene kan være alvorlige. Hvis samtidig behandling med SSRI eller SNRI er klinisk berettiget, anbefales nødvendig observasjon, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning eller når gitt som tillegg til annen behandling med serotoninerge legemidler.

INTERAKSJONER: Bør ikke brukes sammen med potente CYP 3A4-inhibitorer f.eks. ketakonazol, itrakonazol, erytromycin,

claritromycin og proteaseinhibitorer (ritonavir, indinavir og nefinavir). Ergotamin eller ergotaminderivater skal ikke gis i et intervall på 24 timer før eller etter eletriptan. Økt risiko for bivirkninger ved samtidig bruk av urtepreparater med johannesurt. Serotoninergt syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av SSRIer eller SNRIer (se Forsiktigheitsregler).

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Preparet skal kun brukes ved graviditet hvis helt nødvendig. Overgang i morsmelk: Går over. Eksponering av eletriptan hos spedbarn kan minimaliseres ved å unngå amming før 24 timer etter behandling.

BIVIRKNINGER: De vanligste bivirkningene er asteni, somnolens, kvalme og svimmelhet. Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet, dyspepsi, magesmerter. Hjerte/kar: Rødme, palpitasjoner, takykardi. Hud: Svetting. Infeksjoner: Faryngitt, rhinit. Luftveier: Tetthet i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, hodepine, svimmelhet, prikking eller unormal følelse, hypertoni, myasteni, hypostenes. Øre: Vertigo. Øvrige: Varmfølelse, asteni, brystsypotomer (smerte, tetthet, trykk), frysninger. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$): Gastrointestinale: Diaré, glossitt. Hjerte/kar: Perifer vaskulær sykdom. Hud: Utslett, kløe. Luftveier: Dyspné, respirasjonsproblemer, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artrose, bensmerter. Nevrologiske: Tremor, hyperesthesia, ataksi, hypokinesi, talevansker, sløvhets, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Hyppig vannlating, urinveisforstyrrelse, polyuri. Psykiske: Unormale tanker, agitasjon, insomnia, forvirring, personlighetsforandringer, eufori og depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter, tinnitus. Øye: Unormalt syn, øyesmerter, lysomfintlighet, tåreforstyrrelser. Øvrige: Uvelhet, ansiktsødem, tørste, ødemmer inkl. perifere. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $<1/1000$): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Forstoppelse, øsofagitt, tungeødem, oppstøt. Hjerte/kar: Bradykardi, sjokk. Hud: Hudsykdom og urticaria. Infeksjoner: Luftveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Mastalgi, menoragi. Lever/galle: Bilirubinemi, økt ASAT. Luftveier: Astma, stemmeforandringer. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, myopati, rykninger. Psykiske: Emosjonell labilitet. Øye: Konjunktivitt. Etter markedsføring: Allergiske reaksjoner, noen alvorlige. Serotoninergt syndrom, sjeldne tilfeller av synkope. Hypertensjon. Sjeldne tilfeller av iskemisk kolitt, oppkast.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Enkeltdoser 120 mg er tatt uten signifikante bivirkninger. Basert på farmakologien til denne klassen, kan imidlertid hypertensjon eller andre mer alvorlige kardiovaskulære symptomer inntreffe ved overdose. Behandling: Standard støttebehandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02C C06.

PAKNINGER OG PRISER: 20 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 40 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 18 stk. kr 848,80.

REFUSJONSBERETTIGET BRUK:

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

ICPC		Vilkår nr
N89	Migrene	139, 140
ICD		Vilkår nr
G43	Migrene	139, 140

VILKÅR:

139

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

140

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

SIST ENDRET: 21.10.2008 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)



RELPAX™

eletriptan HBr

Sumatriptan: Foretrukket triptan **Relpax:**¹ Kan forskrives samtidig

Refusjonsberettiget bruk:¹

Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode

ICPC: N89 Migraine Vilkår nr. 139, 140,

ICD: G43 Migraine Vilkår nr. 139, 140

Refusjonsvilkår¹

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

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

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

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

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

FOLKETRYGDEN		Navn, fødselnummer (11 siffer), kjenn og adresse	
Rekvisisjon – viktige legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell		Ola Nordmann (110175 11311) Skammebroken 4 1234 Røyken	
For legen	Resept fra sykehus		For apoteket/bandasjisten
Preparat/produkt, virkestoff, styrke, mengde, bruksområde, dosering.	Rp. Tbl Sumatriptan 50 mg No. 6		Følgende intervasjon er foretatt for at utlevering kan foretas på blå resept:
Dssn. 1 el. 2 tabletter ved migrene. 2 timer mellom dosene. Maks. 6 tabl/døgn	#		
Rp. Tbl Relpax 40 mg No. 6	Dssn. 1 tabl ved migreneanfall. En tilleggsdose kan gjentas etter 2 timer hvis nødvendig. Maks. 2 tabl/døgn		#
Rp. Tbl. Triptan X No. 6	Dssn. Startdose X mg.		
For legen			
<input type="checkbox"/> Søknad om individuell refusjon er sendt NAV Helsestjenesteforvaltning, dato: _____ Jeg attesterer at pasienten har behov for langvarig behandling. Sykdom og preparat oppfyller vilkår for refusjon etter: <input checked="" type="checkbox"/> § 2 <input type="checkbox"/> § 3a <input type="checkbox"/> § 3b <input type="checkbox"/> § 4 <input type="checkbox"/> § 5 punkt _____ <input type="checkbox"/> § 6 punkt _____			
Refusjonskode (skal fylles ut når § 2 benyttes): (ICD) G43 / (ICPC) N89 *§ 3a, 3b og 6 krever gyldig vedtak fra NAV			
Navn, ID-nummer, yrke/spesialitet og adresse Lege Per Nordmann Doktorgata 5 1010 Doktorstad Tlf: 000 000 000 ID-nr 1000 000			
Dato, s. 12/5			

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

Med distriktslegen i beltebil

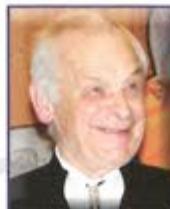
AV KJELL GUNNAR SKODVIN
FOTOS: KOLBJØRN ØYGARD

Tenk deg at du ser utover fra trappa til distriktslegeboligen i Guovdageaidnu Kautokeino en januardag i 1959. I sør er det siluetten av Kautokeino kirke som reiser seg. Det er like før sola viser seg for første gang etter å ha vært borte i et par måneder. Sammen med distriktslege Kolbjørn Øygard skal vi gjøre en reise i denne kommunen i sameland. Hvilke helsemessige utfordringer møter distriktslegen og hans medarbeidere her?



FORFATTERPRESENTASJON *Kjell Gunnar Skodvin*

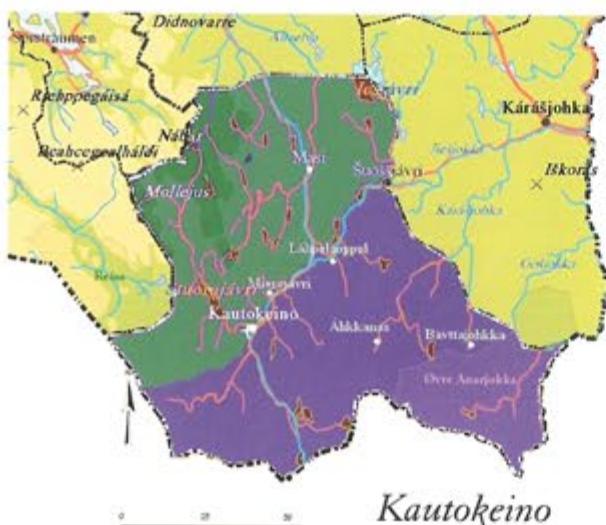
Kjell Gunnar Skodvin. F. 1960 i Levanger. Cand. med Tromsø 1986. Kommunelege/fastlege – nå i Saltdal fra 1998. Svigersønn til Kolbjørn Øygard.



DISTRIKTSLEGEBIOGRAFI *Kolbjørn Øygard*

Kolbjørn Øygard. F. 1927 i Sauda. Cand. med. Bergen 1954. Distriktslege i Kautokeino 1958-65. Fylkeslege i Finnmark 1968-78 og 1992-94.

Kautokeino i januar.



Kolbjørn Øygard var distriktslege i Guovdageaidnu – Kautokeino fra 1958 til 1965. Samfunnsforholdene og arbeidsforholdene var vesentlig annerledes da enn det vi alminnelige fastleger møter i dagens Norge.

Vi dreier blikket mot øst, og aner at vi skuer utover Norges mest vidstrakte kommune: Med sine 9678 km² rommer den hele Østfold, Akershus og Oslo innenfor kommunegrensene! Det er bare noen hundre av kommunens knapt 2000 innbyggere som bor på Kautokeino kirkested.

90 prosent av innbyggerne har nordsamisk som morsmål, og den er Norges største samekommune og største reindriftskommune.

Norges mest vidstrakte kommune

Nå gjør vi en liten rundreise i kommunen.

Før vi legger ut på reise, studerer vi kartet (1) (se over): Her finner vi nemlig litt av nøkkelen til å forstå det helt særskilte bosettingmønsteret og dermed de spesielle utfordringene som helsetjenesten ble stilt overfor.

De lyseblå strekene viser riksveinettet slik det ser ut i dag. I 1958 så det ikke slik ut. Til Karasjok og til Finland var det ikke bilvei. Nordover (til Alta) var det åpen bilvei bare om sommeren. Beltebil, reindyrskyss og en sjeldan gang lufttransport sørget for kontakten med omverdenen.

Her kan vi minne om at få steder i Norge har lengre vintersong enn Kautokeino – mellom 9. oktober og 4. mai ligger gjennomsnittstemperaturen under 0 °C (2).

Og det var om vinteren det var mest folk i kommunen! Spredt utover store deler av kommunearealet fant reinflo-

kene sine beiter – og da måtte flyttsamefamiliene bo så nært som mulig. Fra november til oktober var de indre (blå) områdene i bruk som vinterbeiter. Vårbeite fant de litt lenger nord og vest (mørkere grønnfarge). Om sommeren flyttet man ut til kysten. Før 2. verdenskrig bodde de i telt hele året. Etter 2. verdenskrig etablerte de fleste flyttsamefamilier seg i faststående boliger i nærheten av reinflokkenes vinterbeiter. I 1960 var det ennå to familier som overvintret i telt.

Flyttsamegrendene på Finnmarksvidda finnes ikke avmerket på kartene. Bebyggelsen til flyttsamene er gjerne atskilt av milvis av ødemark, og ligger ofte utenom veier og offentlige kommunikasjoner. Til nærmeste butikk, telefon, lege, jordmor, trygdekasse eller kommunalkontor kan det hende at det er bort imot et tøspret antall veileste mil. Det farer da en enslig mann med reinskiss fra grens til grens og fungerer som den eneste offisielle tilknytning til den omgivende verden (3).

Fylkeslege Øyvind Jonassen i Finnmark skrev dette etter en rundreise han gjorde i 1958 i de samiske vinterområdene på Kautokeino østfjell. Her traff han mennesker som bodde trangt, arbeidet hardt og hadde svært krevende livsvilkår.

Rein og slede var derfor et vanlig framkomstmiddel fram til snøskuterens gjorde sitt inntog fra midten av 60-tallet. 50 km kunne man forsere, om man tok hele dagen til hjelp. I praksis kunne distriktslegen bare unntaksvist dra i sykebesøk utenom selve kirkestedet Guovdageaidnu – Kautokeino.

For å rekke over mest mulig i denne vidstrakte kommunen, har Kolbjørn Øygard anskaffet en signalrød *Snow-trac*: en svenskprodusert beltebil med folkevognmotor. Den klarte fint 25 km/t, på en dag kunne man klare 270 km!

Snow-trac beltebilen klarte fint 270 km på en dag, med kjørerein var lengste dagdistanse 50 km.



En mindre gruppe av befolkningen var *fastboende samer* – bosatt i samegrender langs det store vassdraget mellom Guovdageaidnu – Kautokeino kirkested og Maze. Boligene var av litt bedre standard enn hos flyttsamene – oftest med ei handdrevet vannpumpe – elektrisk strøm hos de som bor på Guovdageaidnu – Kautokeino kirkested.

Slik beskrev Øygard det i 1962 (4):

Kjem ein til ei flyttsamegrend inne på vidda, eller ei grend av fastbuande ved ein elvesving, er det gjerne eit skred av hundar som syter for velkomsthelsinga. I grenda er det frå eit par opp til 8–10 hus.

Nokre er små, grå, skakke tømmerhus som mange gonger ikke har større grunnflate enn 12–15 m². Slike elendige hus var bustaden for dei aller fleste til for kort tid sidan, sjølv om det var 10–12 medlemmer i familien.

Med beltebilen ble det mulig å dra på sykebesök også til de som bodde langt unna allfarvei. Pasienter som trengte observasjon og oppfølging, kunne tas med til sykestua. Beltebilen ble også flittig brukt på reiser sammen med helse-søster for barnevaksinasjoner og helsekampanjer.

Helse-søster Lisa Moe setter poliovaksine på en gutt. Det var svært liten tilgang på fersk melk til de som ikke hadde egne kyr, og det var ikke uvanlig at barna startet med kaffe når de sluttet med morsmelk. De mange blikkboksene på bordet er Viking boksemelk, som helsetjenesten oppfordret foreldre til å gi småbarna.

Men en gang holdt det på å gå galt: Det var nyttårsaften, og omkring 15 minusgrader og utover dagen et ufysislig vær. Øygard dro i sykebesök til et barn i Láhpoluoppal, etpar timers kjøretur fra Kautokeino kirkested. Øygards to sønner, Olav og Bjørn, fikk være med. Det ble bestemt at den feber-syke gutten og hans søster skulle til sykestua i Kautokeino. Etter ca. tre km kjøring gikk beltebilen gjennom elveisen – med fronten først! I svannet fylte raskt hele kupéen.

Det ble å legge i vei til fots i den stupmørke nyttårsnatta tilbake til Láhpoluoppal og så få tilkalt hjelp derfra. Det gikk bra...

Kan noen ringe legen?

Nå vil vi sette oss inn i beltebilen for å kjøre tilbake til distriktslegekontoret på Kautokeino kirkested. Kanskje greit å ta en telefon for å si fra at vi er på vei?

I dag er mobiltelefonen en selvfølge for enhver innbygger fra barneskolealder og oppover. Slik var det ikke i 1958. Det var bare satt opp noen få telefonlinjer. De nådde ikke





(over) Flyttsamegrend.

(o.t.h.) Snow-tracen var utrolig god til d å ta seg fram – en helt annen ting er å finne fram! Dette var før GPS ble vanlig utstyr, så småbrukeren Per Gaino var som regel med som kjentmann og tolk.

(midten) Men akk, Snow-tracen var teknisk umoden og driftssikkerhet var temmelig skral. Noen få ganger ble det full stopp midt inne på fjellet, men det var heller sjeldent.

(n.t.h.) Sommerstid foregikk mye transport med elvebåt opp og ned langs Kautokeinoelva.



langt. Det nærmeste man kom dagens mobiltelefoner, var noen tyske felttelefoner fra krigens dager som helsetjenesten hadde fått overta.

Når man kjørte langs en telefonlinje, var det bare å kaste ledning over linja, ta felttelefonen og dra sveiva noen omganger. Så fikk man forbindelse med telefonsentralen. Litt mer tungvint enn i dag, når nesten enhver ti-åring har sin egen telefon i lomma.

Telefonsentralene var bare dagåpne. Den som ble syk om natta, måtte ordne seg på annet vis. For distriktslegen betydde det imidlertid mindre nattlige forstyrrelser enn det man må regne med på legevakt i dag. Bare fra sykestua kunne man få telefoner – nattestid ble linja mellom sykestua og distriktslegeboligen direktekoblet.

De første nattåpne telefonsentralene kom først fra 1964, automatiske telefonsentraler kom i 1982. Sju vinterboplasser for flyttsamer på Kautokeino Østfjell fikk først telefonforbindelse i 1963–1965 (5).



På distriktslegekontoret

Nå kjører vi tilbake til distriktslegekontoret – hjertet i den lokale helsetjenesten. Denne utstyrslista er det nok ikke mange av dagens fastlegekontorer som matcher:

- røntgenapparat: Det tok nok ikke verdens beste bilder, men med tanke på tuberkulosesituasjonen ble det stadig vakk brukt til å ta rtg. thorax
- mikroskop
- varmeskap for inkubering av bakteriologiske prøver (urin og halsutstryk)
- Ziel-Nielsens farging av tuberkuloseprøver
- kirurgisk utstyr. Fullt suturutstyr var alltid med i legekofferten
- rikelig utstyr for fødselshjelp

Hvordan møtte en norsktalende lege sine samiske pasienter? 90 prosent av befolkningen hadde samisk som morsmål.

Noen formalisert tolketjeneste for helsevesenet fantes ikke på den tiden. Tolker fantes bare i rettsvesenet og i kirka. Så man måtte klare seg som best man kunne; Pasienten hadde gjerne med seg egen tolk fra familie eller bekjentskapskrets og Kolbjørn Øygard opplevde ofte at tolken la egne meninger om situasjonen inn i samtalen. Etter hvert som Øygard lærte seg litt samisk, innledet han derfor ofte med å ha konsultasjon med pasienten alleine. Ofte kunne pasienten egentlig litt norsk. Og så til slutt tok Øygard tolken inn og stilte kontrollerende og supplerende spørsmål.

På begge sykestuene var det sykepleiere som behersket samisk.

På distriktslegekontoret var Kolbjørn Øygard (nr. to fra venstre) sjefen. Her er det etter arbeidstid og noen viktige medarbeidere samlet seg rundt kinasjakken: Fra venstre: Sykepleier Karen Næss, sykepleier på sykestua. Sykepleier/jordmor Mathilde Hodnefjell. Helseøster Lisa Moe. Sykepleier Rachel Waahl – arbeidet på sykestua i Maze.



Sykestuene – hjørnestiner i den lokale helsetjenesten

Så passer det å ta en tur innom sykestua. Sykestuene var hjørnesteinene i helsetjenesten. Hvis man var usikker på sykdomsforløpet, kunne man ta pasienten inn til observasjon på sykestua. Det var jo liten mulighet til å gjøre observasjoner i hjemmet: Boligene var trange, bosettingen var spredt, telefonnettet var dårlig utbygd, hjemmesykepleien ikke utbygd på samme måte som i dag.

Fylkeslegen i Finnmark har ofte omtalt sykestuene i sine Medisinalberetninger, som i 1951 (6):

Beleget består ikke bare av fødende og pleiepasienter, også lettere tilfeller legges inn, slike som i Syd-Norge ikke ville ha vært regnet som som sykehuskasus, fordi de bor langt fra lege, og et sykebesøk tar kanskje en hel dag og koster likeså meget som et par ukers opphold på sykestuen.

Her er noen eksempler fra Kautokeino hvordan man brukte sykestueplassen:

- INFEKSJONER: Smittepredning kunne hindres inntil infeksjonen var bragt under kontroll. Under en tuberkuloseepidemi i 1960 ble i alt 634 pasientdøgn benyttet til å få tatt spyttprøver og larynxprøver.

Antibiotikabehandling på denne tiden var dominert av sulfapreparater, som hadde vært tilgjengelige fra før 2. verdenskrig.

Etter hvert ble penicillin tilgjengelig, men det måtte gis som intramuskulær injeksjon. Temmelig grove, lange injeksjonsnåler!

- RUS: Pasienter som trengte avrusning kunne tas inn på sykestueplass.
- PSYKIATRI: Innleggelse på sykestueplass i påvente av vide-retransport til Åsgård sykehus (psykiatrisk sykehus i Tromsø) kunne skje, men forekom ikke ofte. Til behandling av psykoser/alvorlige sinnslidelser hadde man ikke antipsykotika. Man kunne gi barbiturat – f. eks. Fenemal – hvis det var helt nødvendig å sedere/søvnbehandle en alvorlig urolig psykatrisk pasient.
- OBSERVASJON PÅ SYKESTUE ETTER MINDRE KIRURGISKE INNGREP. Som eksempel kunne det foretas revisjon («utskrapping») etter spontanaborter.
- FØDSLER: Det var egen fødestue med egen jordmor – hvis det tilkom komplikasjoner, ble distriktsleggen tilkalt. Her gjaldt det å kunne legge tang!

Den kombinerte sykestua og aldershjemmet fungerte også som et sosialt og kulturelt samlingspunkt. Hver søndag samlet pårørende og pasienter seg til ettemiddagskaffe. Finnemisjonen/Samemisjonen la ned en stor innsats for at deres arbeidere/ansatte skulle lære seg samisk språk og kultur.



I Guovdageaidnu – Kautokeino drev Finnemisjonen (seinere Samemisjonen) Kautokeino syke- og gamlehjem. Institusjonen rommet 11 sykestueplasser og gamlehjem. Her ser vi 2. etasjen av sykestua, rett bak distriktslegebygningen, som altså lå i umiddelbar nærhet. Den røde bygningen like til høyre for sykestua er fjøset – sykestua fungerte som en sjøforsynt driftsenhet: De tre til fire kyrne sørget for at man alltid var sjøforsynt med melk. Elektrisitetsforsyningen var mangelfull, så et aggregat sørget for nødstrøm til de viktigste funksjonene. I Maze, ca. 50 km nord for Kautokeino kirkested, drev Frikirka sykestue med fem plasser.

Etter skolehelsekontroll måtte seks barn til spesialist ved Hammerfest sykehús. Det var ikke bare å fylle ut en drosjekrevisjon. Distriktslegen måtte kjøre dem over fjellet i beltebilen sin. På den tid var det ingen selvfølge å ha foreldrene med til barnelegen...

I tillegg var det på Guovdageaidnu – Kautokeino kirkested en «vanlig skolekrets» hvor elevene bodde hjemme og ikke trengte innkvartering på internatet.

På internatskolen skulle det snakkes norsk! Først i 1959 ble skoleloven endret slik at undervisningen kunne foregå på samisk – elevenes eget morsmål (7).

Helsesøster og distriktslege samarbeidet om skolehelsetjenesten. Det var nok lite av ansvarsgruppemøter, ADHD-problematikk og den slags, derimot mer oppmerksomhet omkring mangelsykdommer, kosthold, veiing, måling, infeksjonssykdommer og vaksinering.



To skoleinternater

En stor del av barna i kommunen fikk sin skolegang på internatskole. På Guovdageaidnu – Kautokeino kirkested drev Staten Norges største skoleinternat, mens skoleinternatet i Maze var kommunalt drevet.

Skoleåret på internatskolen var her delt i to:

- *Høst-/vårgruppen* besto av fastboende samiske barn – men bosatt så langt fra skolen at det ikke var mulig å reise hjem daglig.
- *Vintergruppen* ga skoletilbud til flyttsamebarn fra november til påske – den perioden når reinflokkene var på vinterbeite i Guovdageaidnu – Kautokeino.

Distriktslegen som ble formann i kraftlaget...

I dag kan vi ikke tenke oss et liv uten elektrisitet! Så mye av hverdagslivet er avhengig av at vi kan plugge et støpsel inn i veggkontakten. Tenk bare på alle funksjonene på et vanlig legekontor som er avhengig av elektrisitet!

Slik var det ikke i Guovdageaidnu – Kautokeino i 1958. Cabardasjohka kraftverk, som sto ferdig i 1952 (8), ga store deler av vinteren bare 100 kW til fordeling på 700–800 mennesker, bare på Guovdageaidnu – Kautokeino kirkested.

Så folk måtte leve med nattutkoblinger. Og i den øvrige delen av kommunen var man praktisk talt helt uten elektrisitetsforsyning.

Strømsituasjonen i Guovdageaidnu – Kautokeino var derfor ytterst prekær. Dette ble Øygard engasjert i allerede i 1958: Dagen før lillejulaften fikk man brann i generatoren i kraftstasjonen, slik at sjukestua og hele nabologet mista strømmen.

Men Kolbjørn Øygard var omrent «oppvokst i en kraftstasjon», og etter mye strev fikk de et nødagggregat til å virke. Slik ble det strøm til jul både på sykestua og i distriktslegeboligen.

Ikke å undres over at Kolbjørn Øygard ble valgt til formann i kraftlaget ved neste korsvei...(9) Man kan vel kalle det et utvidet samfunnsmedisinsk engasjement.

Spesielle helsemessige utfordringer

Tuberkulose

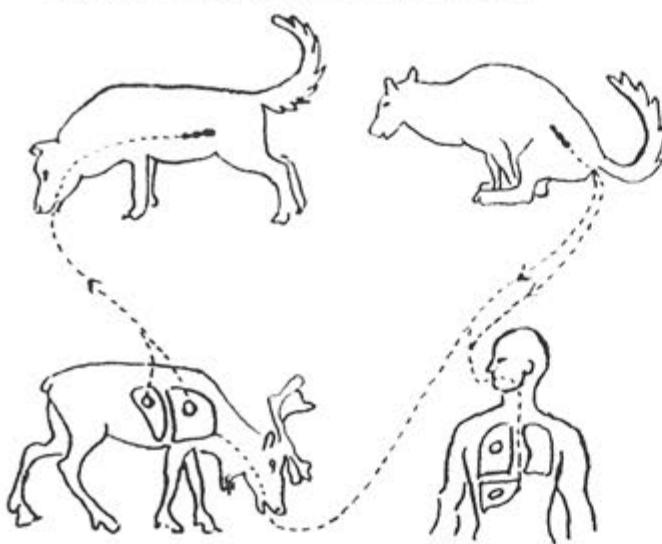
Omkring 1960 rammet en tuberkuloseepidemi Guovdageaidnu – Kautokeino med 26 nye tilfeller på ett år. Et reservoar av latent tuberkulose i befolkningen kombinert med trange kår på mange vis ga grunnlaget for epidemien, som må ha vært en av de mest omfattende lokale tuberkuloseepidemier i kongeriket de siste femti år. Etter et omfattende kartleggingsarbeid lyktes det å få stoppet epidemien.

Ekkinokose – en kuriøs infeksjonssykdom

La oss dra en tur tilbake til flyttsamegrendene vi besøkte innledningsvis.

Her bor menneskesker, hunder og reinsdyr tett inpå hverandre. *Echinococcus granulosus* var fram til 1950-tallet ikke uvanlig både hos dyr og mennesker i Finnmark (10). Rått slakteavfall inneholdende cyster fra rein (mellomvert) ble

Ekkinokose. KILDE: BRØKKI, GENMÅTT MED TILLATELSI AV UNON ELIZABETH BROOK



brukt som ført til hunder (hovedvert). I hunden opptrer parasitten som en bendelorm. Reinen kunne så bli smittet ved å få i seg bendelmarkegg som lå igjen etter avføringen fra hund og rev.

Mennesker kan få i seg bendelmarkegg via pels eller poter hos hund og katt eller gjennom næringsmidler som er forurenset med parasitten, f.eks. bær og sopp. Menneskene fungerer da som en «mellomvert» i parasittens livssyklus.

Cystene kunne vokse i lever og lunger og gi symptomer som vekttap, magesmerter eller galleobstruksjon. I 1958 ble det påvist to tilfeller av ekkinokose blant innbyggere fra Guovdageaidnu – Kautokeino (11).

Gjennom samarbeid med veterinærmyndighetene lyktes det å sette i gang forebyggende tiltak for å få redusert utbredelsen av ekkinokosen. Alle hundene fikk ganske enkelt statsbekostet avføringsmiddel – dermed forsvarst bendelormeggene ut med avføringen.

Befolkningspyramiden

Befolkningsstatistikk ble brukt som hjelpemiddel til å planlegge helsetjenesten tilbudet, og Øygard skrev en artikkel (12) om saken i Tidsskrift for Den norske Lægeforening i 1966. Med tall fra Folkeregisteret utarbeidet han en grafisk framstilling i «befolkningspyramiden» som framstilte Guovdageaidnu – Kautokeinos befolkning slik den var fordelt på ulike alderstrinn.

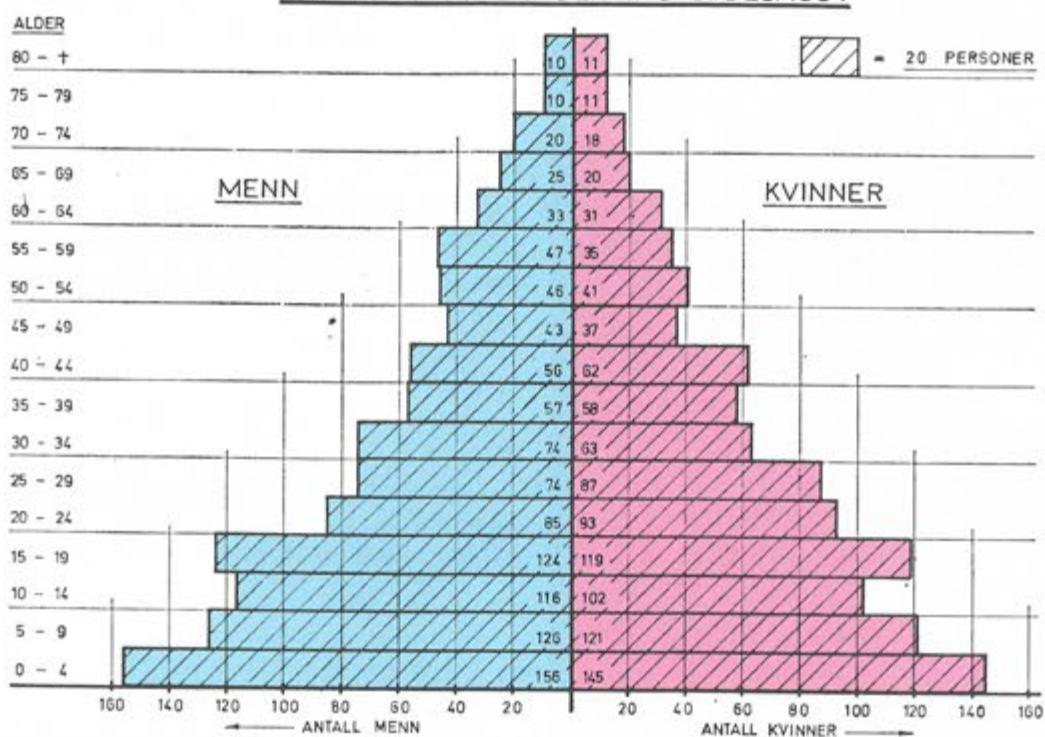
Det slo han da at befolkningspyramiden var jevnt skrånenede mot toppen. Dette hadde sammenheng med relativt høy dødelighet på alle alderstrinn. Befolkningspyramiden for Guovdageaidnu – Kautokeino i 1964 var mer lik Indias befolkning enn gjennomsnittet for den øvrige delen av Norges befolkning.

I vår tid ser befolkningspyramiden annerledes ut (13) – forholdsvis flere eldre og ikke så mange barn.

Lite melk til ungene

Styrk skjelettet og drikk melk! Barn som vokser opp i Norge i dag, har nært sagt tilgang på så mye melk de ønsker seg. I dag kjører vi til nærmeste Rema 1000-butikk og fyller opp handlekurven med melkekartonger i alle farger og varianter.

Slik var det ikke i Kautokeino på slutten av 1950-tallet. Bilvegene var vinterstengte. Noen av de fastboende hadde egne kyr, men flyttsamene hadde lite tilgang på kumelk på sine vinterboplasser. Det var nokså vanlig at flyttsamebarna

KAUTOKEINOS BEFOLKNING 31 DES 1964

Befolkningspyramiden.

begynte med kaffe når de skulle avvennes med morsmelk i to-årsalderen (14) – den første tiden ble kaffen rett nok spedd med rikelig med boksemelk. Så rakkit – «engelsk syke» – særlig karakterisert av vekstforstyrrelser i skjelettet pga kalkmangel, forekom ikke helt sjeldent.

Det ble derfor iverksatt tiltak for å framskaffe tørrmelk og seinere øke tilgangen på fersk melk til Guovdageaidnu – Kautokeino. Vinterstid kjørte man store melkespann med «Kautokeinobanen» (15) – en beltegående traktor med et helt lite tog av sleder hengende etter.

Planer om «utvidet helsetjeneste i Guovdageaidnu – Kautokeino»

Av «Vinmonopolavgiften» ble det i 1958/59 bevilget kr. 1000 til *Utvidet helsearbeide i Guovdageaidnu – Kautokeino* (16). Distriktslegen skulle etter denne planen reise rundt én gang årlig til alle gredene for helseopplysning og forebyggende helsearbeid.

Det forebyggende helsearbeidet tok for seg

- ekkinikokksykdommen – tok sikte på å redusere utbreddelsen av ekkinikokksykdommen.

Kautokeinobanen – når bilvegene var vinterstengt, ble gods, melk og andre varer frakket innover med dette bulldosertoget.





*Hvorfor barna utviklet anemi, underer Øygard seg over.
Kostholdet besto jo av mye kjøtt og innmat – men kanskje ikke
de minste barna fikk slik kost?*

- Forebyggende tiltak mot spebarnsdødelighet: Spebarnsdødeligheten i Finnmark var høy. Forebyggende tiltak var først og fremst kostholdsrettede.
- Forebyggende tiltak mot hoftedysplasi.

Når det gjelder hoftedysplasi, var det påvist at det var høyere forekomst av hoftedysplasi i den samiske befolkningen. Det var utbredt å legge spebarnet i komser – med sammensnørte og utstrakte bein. Dette var uheldig fordi det kunne forsterke en genetisk disposisjon for hoftedysplasi (17).

Ortolanis test (18) ble introdusert på begynnelsen av 50-tallet. I Kautokeino ble alle nyfødte undersøkt. De som hadde positiv test fikk oppfølgende røntgenundersøkelse – ved mistanke om hoftedysplasis ble barna lagt i Freykas pute.

Dette kunne medføre innleggelse på sykestue. I flere måneder. På den tid var det ikke så enkelt å håndtere slike tilfeller i hjemmene. Mor måtte gjerne være hjemme hos de andre ungene...

Noe å lære for vår tid?

De helsemessige forskjellene mellom Kautokeinosamfunnet og det øvrige Norge er nå langt på vei utvasket. Spebarnsdødeligheten er normalisert, utdanningsgraden er høy, 50-tallets trangboddhet er avskaffet, det er enklere kommunikasjon mellom helsetjeneste og befolkning.

Det er om å gjøre at nye tider ikke kaster bort det som var fornuftig og velfungerende tidligere. Sykestuevirksomheten som en helsetjeneste på nivået over hjemmebehandling, men til langt lavere kostnad enn sykehusinnleggelse, er en tjeneste som også i vår tid bør videreføres.

Jeg takker for verdifulle hjelpeartikler fra seniorrådgiver Ole Mathis Hetta under arbeidet med artikkelen.

Litteratur

1. Kart berbeidet fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Kautokeino> og <https://kart.reindrift.no/reinkart/>
2. <http://no.wikipedia.org/wiki/prosentC3prosent85rstd>
3. Øyvind Jonassen: Sosiale og hygieniske forhold i flyttsamenes basisområde. Tidsskr Nor Lægeforen 1959; 79: 113–8.
4. Kolbjørn Øygard: Vi har utviklingsområde i Noreg også. Liv og Helse: Norsk blad for riktig levesett og praktisk hygiene. Nr. 8, 29. årgang oktober 1962, s. 171–5.
5. Elektronikk nr. 2/1982 side 116.
6. Medisinalberetning 1951 Fylkeslegen i Finnmark s. 7
7. Samisk skolehistorie 1. Edel Hetta Eriksen: Skolearbeid. <http://skuvla.info/skolehist/edel-n.htm>
8. Nord-Troms Kraftlag. Internett: <http://www.ntkl.no/rehabilitering-av-cabardasjohka-kraftverk-kautokeino.73831.html>
9. Jarle Mjøen: Alta Kraftlag i støtet 1948–1998. Historien om Alta Kraftlag i tekst og bilder, Alta 1998. ISBN 82-994599-0-7. S 109.
10. Ekkinoose. <http://www.fhi.no/artikler/?id=55609>
11. Medisinalberetning 1958 Fylkeslegen i Finnmark s. 21.
12. Øygard K. Befolkningspyramiden. Anvendt på Kautokeino demonstrerer den særproblem. Tidsskr Nor Lægeforen 1966; 86:1487–9.
13. Folketelling 2001: http://www.ssb.no/fob/kommunehete/2011/fob_2011_grafikk.pdf
14. Kolbjørn Øygard: Vi har utviklingsområde i Noreg også. Liv og Helse: Norsk blad for riktig levesett og praktisk hygiene. Nr. 8, 29. årgang oktober 1962, s. 171–5.
15. Johan Mathis K. Hetta: Med godstog over vidda 1945–75. Davvi Girji Os, Kautokeino, 2005
16. Medisinalberetning 1958 Fylkeslegen i Finnmark s. 35.
17. Getz, Bernhard 1923–1969: The hip joint in Lapps and its bearing on the problem of congenital dislocation. Acta orthopaedica Scandinavica / Supplementum 18 [i.e. 22] 1955. Trykt: Copenhagen : Munksgaard
18. Kurt Palmén Preluxation of the Hip Joint. Diagnosis and Treatment in the Newborn and The Diagnosis of Congenital Dislocation of the Hip Joint in Sweden during the Years 1948–1960. Acta Paediatrica Vol. 50, Nov. 1961. Suppl 129.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kjell.gunnar.skodvin@sbnett.no



PROSJEKTMIDLER FOR DISTRIKTSMEDISINSK FORSKNING OG FAGUTVIKLING

Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling et nasjonalt program med todelt formål:

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

Gjennom dette programmet kan primærleger, samarbeidende helsepersonell og medisinstudenter søke om støtte til – forsknings- og fagutviklingsprosjekter. Prosjektene må ha distriktsmedisinsk relevans. Søkers distriktsmedisinske tilhørighet vil også bli vektlagt. Programmet skal sikre hovedfinansiering av mindre, lokale prosjekter, men også hjelpe i gang større prosjekter med startfinansiering. Øvrige søknadsopplysninger fås ved henvendelse til Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Se kontaktinformasjon nedenfor.

Søknadsfrist: 1. april 2010

For nærmere opplysninger om programmet, ta kontakt med:

Per Stensland
Leder Programråd
E-post: per.stensland@isf.uib.no
Telefon: 57 62 97 00

Hasse Melbye
Nestleder Programråd
E-post: hasse.melbye@uit.no
Telefon: 77 64 48 14

Søknadsskjema fås ved henvendelse til Per Baadnes, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel. 77 64 55 12, per.baadnes@uit.no.

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

Ny pasientbrosjyre om tolk i helsetjenestene

Nå foreligger det en elektronisk, nedlastbar pasientbrosjyre som informerer om bruk av tolk i helsetjenestene. Brosjyren er oversatt til over tyve språk. Selv om brosjyren er rettet mot brukere av helsetjenestene, kan den også bidra til at det blir lettere for fastleger og helsesekretærer å kommunisere med pasienter om språkbarrierer og behov for tolk i helsekonsultasjoner.

AV KIRSTI JAREG

Fastleger og tolketjenester

Når pasienter oppsøker fastlege, er det legen som har det formelle ansvaret for å bestille tolk hvis det foreligger språkbarrierer, selv om ansvaret i praksis ofte delegeres til helsesekretærer. I 2007 gjorde Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, IMDi, en undersøkelse blant landets fastleger om deres forhold til tolk og tolketjenester (1). Der svarte rundt 90 prosent at behandling av pasienter med mangelfulle norskkunnskaper er en stor utfordring. Over halvparten av legene var bekymret for at språkbarrierer fører til at de ikke oppdager symptomer, feildiagnostiserer og feilbehandler pasienter. Det er derfor et tilsynelatende paradoks at mens tre fjerdedeler av fastlegene sier de foretrekker å bruke tolk, bruker 78 prosent av fastlegene *ofte* eller *noen ganger* personer fra pasientens miljø som oversettere i konsultasjonene. Undersøkelsen viser at bekymringene hos fastlegene i IMDi's undersøkelse er begrunnet: Både manglende bruk av tolk og bruk av ad hoc oversettere framfor profesjonelle tolker kan få negative konsekvenser for pasienters helse.

Konsekvenser av manglende tolkebruk – noen undersøkelser

Selv om fastlegene er bekymret for å gjøre feil på grunn av språkbarrierer, sier informantene at de ikke kjenner til tilfeller av feildiagnostisering og feilbehandling på grunn av manglende tolkbruk. Gjennom dybdeintervjuer i den samme undersøkelsen kom det fram at legene til en viss grad syntes de kompenserte for språkbarrierer ved å ta flere blodprøver enn normalt, foreta flere henvisninger og så videre.

Såvidt NAKMI (Nasjonal kompetansenhet for minoritethelse) kjenner til er det ikke gjort systematisk forskning i Norge om helsemessige konsekvenser av språkbarrierer, men i USA er det gjort flere studier som berører dette temaet. Pasienter som opplever språkbarrierer, og der det ikke er tolk tilstede i helsekonsultasjonene, er de minst fornøyde pasientene av alle (2). Videre kan konsekvenser for pasienter som opplever språkbarrierer deles i tre kategorier:

- Dårligere tilgang til helsetjenester, også for barn av foreldre som opplever språkbarrierer.
- Dårligere kvalitet på medisinsk behandling.
- Høyere risiko for bivirkninger og skadelige konsekvenser av behandling.

Et eksempel på det første punktet, dårligere tilgang til helsetjenester, er en undersøkelse som viser til et underforbruk av helsetjenester blant immigranter på grunn av språkbarrierer. Undersøkelsen viser også at barns helse blir rammet av dette. Spanskalande foreldre som var immigranter i USA rapporterte at språkbarrierer var det største hinderet for at barna deres fikk helsehjelp (3). Svarene fra fastlegene i IMDi's undersøkelse bekrefter at det er underforbruk av tolk også i norsk helsevesen, uten at vi kjenner de helsemessige konsekvensene dette har for voksne og barn.

Som nevnt ovenfor, er det mange norske leger som ofte eller noen ganger benytter seg av pasientens slekt og venner som oversettere i konsultasjonen. Igjen må vi til USA for å finne studier som viser hvordan dette kan slå ut. Et eksempel på det andre punktet, dårligere kvalitet på behandlingen, er en studie der man analyserte båndopptak av konsultasjoner hos pediatreter som benyttet ad hoc oversettere.



Bukaanka iyo turjumaanka
Qoraal-warbixineed oo ku saabsan turjumidda adeegga caafimaadka

NAKMI
Helsedirektoratet

Disse oversetterne var pårørende av pasienten, men fortrinnsvis ansatte ved sykehuset, bl.a. helsepersonell. Sammenliknet med faglærte tolker, gjorde de ufaglærte oversetterne langt flere feil som kunne få kliniske konsekvenser for pasientene. Ad hoc oversetterne hadde en sterkere tendens til å utelate spørsmål fra legen om allergiske reaksjoner på preparater, og de ute lot oftere informasjon om dosering, hyppighet og varighet av medisinering. Det er nærliggende å anta at pårørende oversetter det de selv forstår og synes er relevant, og utelater å oversette informasjon som de enten ikke forstår eller er uenige i.

Når det gjelder det tredje punktet, økt risiko for bivirkninger og skadelige konsekvenser av behandlingen, bekrefter igjen en amerikansk studie de norske legenes bekymring for at dette kan skje (4). I 27 prosent av tilfellene der det ikke ble brukt tolk når dette var nødvendig, forsto ikke pasientene instruksjonene om hvordan de skulle ta medisinen, mens dette var tilfelle for bare to prosent som enten hadde tolk eller som ikke trengte tolk. Vi kjenner ikke til norske undersøkelser om bivirkninger eller helsekader på grunn av manglende tolkebruk.

Hvordan kan brosjyren benyttes på legekontorene?

Norske fastlegers ønske om å bruke en profesjonell tolk i stedet for pårørende, er etter vårt syn et klokt ønske. Det er svært positivt hvis brosjyren om tolketjenester kan medvirke til at det blir lettere for fastleger og helsesekretærer å bestille en utdannet tolk når det foreligger språkbarrier.

Brosjyren kan lastes ned elektronisk, printes ut og gis direkte til nye pasienter når de henvender seg for å bestille time. På den måten kan man avtale med pasienten at tolk bestilles allerede til første konsultasjon. Brosjyren kan også sendes med innkallingsbrevet til nye pasienter. Hvis det oppdages underveis i konsultasjonen at det er språkbarrierer, kan brosjyren gis til pasienten og man kan avtale å bestille tolk til neste gang. Behov for tolk går begge veier, og derfor kan også fastleger ønske å benytte tolk for å utføre helsefaglige oppgaver, selv om pasienten ikke synes det foreligger språkbarrierer.

Hva er det viktig å tenke på når man bestiller tolk?

Språk følger ikke landegrenser. Derfor kan ett og samme land ha flere språk, som for eksempel flere kurdiske språk i tillegg til arabisk. Videre kan samme språk, for eksempel arabisk, lyde vidt forskjellig fra et land til et annet. Derfor er det viktig å spørre pasienter så nøyne man kan om detaljer rundt språk. Se først nettsidene til www.ethnologue.com for å se hva slags språk som snakkes i forskjellige land.

Hvor kan man laste ned brosjyren?

Brosjyren kan lastes ned på hjemmesidene til NAKMI, www.nakmi.no, på mighealth.net/no og hjemmesidene til Helsedirektoratet, www.helsedirektoratet.no. Brosjyren finnes per i dag på 24 språk. For mer informasjon om oversatte pasientbrosjyrer se: http://mighealth.net/no/index.php/Brosjyrer_på_uleike_språk.

Referanser

1. IMDi-rapport 6-2007. Fastleger og tolketjenester.
2. Baker, D.W., Hayes, R. og Fortier, J.P. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for spanish-speaking patients. *Medical Care*. 1998;10, 1461–70.
3. Flores, G., Abreu, M., Olivar, M.A., Kastner, B. Access barriers to health care for Latino children. *Archives of Pediatric Adolescent medicine*, 1998;152;1119–25.
4. Andrulis, D., Goodman, N. og Pryor, C. (2002) What difference an Interpreter Can Make. *Health Care Experiences of Uninsured with limited English Proficiency*. The Access Project.

For få friskmeldte

AV JØRGEN SORTLAND, allmennlege i Ørsta

Varme hender

Jeg har jobbet i over 20 år som allmennlege. Startet med kaldt hode og et varmt hjerte. Jobben besto i å snakke med og undersøke pasienter, forsøke å stille diagnose, starte behandling eller sette inn andre tiltak. Hensikten var å gi pasienten et bedre LIV. Dersom denne prosessen var vellykket, fikk en som «sideeffekt» at pasienten fikk bedre evne til å skaffe seg jobb eller stå i jobb.

Kalde føtter

Nå har jeg endt opp i en arbeidshverdag som preges av et varmt hode og kalde føtter! Hva holder jeg på med? Hver dag må jeg stjele tid for å snakke med og undersøke pasientene mine. Jeg må stjele tid fra oppgaver som myndighetene synes er viktigere, så som dokumentasjon, søkeradsskjema, reiserekvisisjon, attester... og fra den tiden det tar å holde seg oppdatert på stadig nye ordninger og stadige endringer av reglene.

Jeg har mindre og mindre tid til pasienten sitt egentlige problem eller sykdom, og dermed også mindre mulighet til å hjelpe ham til et bedre LIV.

Diagnose

I all fornuftig behandling er det et viktig prinsipp å stille diagnose først for deretter å sette inn virksomme behandlingstiltak. Har vi satt dette prinsippet til side når vi ser på den såkalte sykemeldingsepidemien? Har sykemeldingsfrekvensen egentlig økt? Hva er i tilfelle årsakene? Vi kan ikke forvente effektive tiltak uten å vite noe om dette. Når avtalen om inkluderende arbeidsliv ikke har gitt forventet resultat, må det skyldes at tiltakene ikke treffer det egentlige problemet. Det er likevel mulig at statsministeren nå er i ferd med å stille diagnosen. Han har invitert til nasjonal tankesmie, mitt innlegg kan sees i den sammenheng. Jeg oppfordrer alle som mener noe om dette til å bidra, de sykemeldte, allmennleger, NAV-ansatte, i alle fall de få som fremdeles jobber direkte med sykemeldte.

Uføretrygd

Det viktigste for Norge AS må være at flest mulig bidrar til verdiskapning. Det store problemet behøver derfor ikke være de som for kortere eller lengre tid er sykemeldt, men heller alle de som aldri kommer inn i arbeidslivet eller de

som har vært der, men ga opp og falt ut i trygd eller sosial stønad. Etter mitt syn er det alt for mange 100 prosent uføretrygdede i Norge. Det er et stort problem, ikke minst for de uføretrygdede selv. Mange av disse hadde klart, og også ønsket, å stå i en liten tilpasset jobb der de følte seg verdsatt og nyttige. Men vårt arbeidsliv kjøper ikke «råtnede epler». Arbeidstakere skal være energiske, fleksible, de skal like utfordringer og sette jobben foran barna og familien. De skal gå på jobb selv når de er syke, de skal heller ikke bli gravide. De fleste av oss klarer ikke å leve opp til disse idealene. Vi er biologiske/psykologiske vesener der trygghet og forutsigbarhet er viktige forutsetninger for god helse og et godt liv. Vi tåler belastninger og takler kriser helt ulikt. Vi er formet av arv, opplevelser, oppvekst, tidligere traumer – kort sagt: levd liv. Som leger kan vi mye om dette. Vi må ta tiden tilbake og bruke den på dette feltet. Vi må også få hjelperne fra NAV tilbake, disse som jobbet aktivt med de sykemeldte.

Leke butikk

«Råtnede epler». Respektløst, fryktelig uttrykk? Jeg jobber med langtidssykemeldte hver uke. Det er ofte imponerende at de klarer seg så godt som de gjør. De har ofte sammansatte problemer, angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, psykososiale problemer. Diagnosene de får på papiret er kanskje bare den mest aksepterte og målbare årsaken. Dette fører imidlertid til at NAV-møtene og tilpasningene som blir gjort på arbeidplassen bare blir å «leke butikk».

Tiltak

Tiltakene som må til har altså ikke først og fremst til hensikt å få ned sykemeldingsprosenten. Den kan gjerne gå opp. Målet er at flere produktive timer kommer ut av det norske folk totalt:

1. Det må bli lettere og mindre stigmatiserende for kronisk syke å gå sykemeldt når de trenger det. Det er en selvmotsigelse å forvente lavere sykemeldingsprosent med flere kronisk syke i jobb.
2. Det må bli mindre belastende, administrativt og økonomisk, å ha kronisk syke ansatt. Det er noe ulogisk, urettferdig og tilfeldig i at arbeidsgivere skal ha belastningen når en arbeidstaker blir syk. Vi må ikke øke denne urettferdigheten, det vil igjen bare øke tendensen til at syke siles ut ved ansettelse, eller at syke sies opp.
3. NAV-systemet må få tilbake/øke antallet saksbehandler som jobber sammen med pasient og behandelende lege. Vi må komme raskt på banen når det er hensiktsmessig, og ha is i magen når det er hensiktsmessig. I dag



EBM-begrepets far til forskningskurs i fjæra

Gordon Guyatt, mannen som lanserte Evidence Based Medicine-begrepet og én av ti sterke finalister til BMJ Lifetime Awards, er engasjert og aktivt til stede som tutor ved årlige workshops om kunnskapshåndtering i fjærsteinene på Holmsbu.

- blir prosessen styrt fra sentralt hold, styrt av tidsfrister og blir derfor ofte meningsløs. Prosesen med å komme tilbake på jobb kan ikke bare overslates til et spill mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidsgiveren kan ikke noe, og kan heller ikke forventes å kunne noe, om sykdom og sykemelding. Sykemeldte kan i de fleste tilfeller ikke «forhandle» for seg selv.
4. Ansettelse av mennesker med kronisk funksjonssvikt, psykisk utviklingshemmede og kronisk psykisk syke må belønnes. Arbeidsgivere som ansetter disse må legge til rette for aktivitet og betale vanlig lønn, så får de refundert ytelsen tilsvarende funksjonssvikten. Tenk om det ble «kamp» om disse pasientene. Og tenk hva det ville bety for menneskeverd og livskvalitet – og sparte utgifter for samfunnet.
5. Arbeidsgivere må tilpasse og tilrettelegge, selv sagt må de det. Men i dag er arbeidslivet i mange bransjer så rasjonalisert at den beste tilretteleggingen ville være å tilsette flere hender og hoder. En blir syk av å gå lenge i en jobb der en føler at en ikke strekker til. En pleier i eldremosorgen som aldri har tid til å sette seg ned ved sengen til den gamle, heller ikke til den døende, fordi de målbare oppgavene som mat, vask og medisiner tar all tid.
6. Legg økonomisk og praktisk tilrette for barnefamilier. Hvordan kan en forvente at foreldre som ikke har tid til å gi barna sine frokost, kan ha mulighet til å dekke disse barnas enda viktigere behov? Hvordan har disse foreldrene det? De blir faktisk syke. Hvordan kan en forvente at barn og ungdom som har opplevd «å gå i veien» hele sin oppvekst, plutselig blir livsviktige for det norske samfunnet? Er de borte fra jobb en periode stopper visstnok landet opp.
7. Kanskje en må innføre karensdag og i tillegg redusere sykepengene med noen få prosent (5?) fra første dag. Karensdag vil ramme unnsluntrerne, meg og deg, som er friske og som tyr til en mandag eller «tredagers» i ny og ne. Kanskje er det det som gjør det uspiselig? Vi må kunne ha ordninger som skåner de kronisk syke fra karensdag.

Til slutt

Jeg tror årsakene til sykemeldingsepidemien er dyptgrindende og komplekse. Latsabbene, finnes de? Selvsagt finnes de, men jeg ser ikke mange av dem på mitt kontor. Jeg tror og mener at de fleste ønsker å jobbe, i hvert fall de som har fått prøve seg. Det å gå ut i uføretrygd er for de fleste et stort tap og oftest siste utvei. Livene våre er blitt så kompliserte, yrkeslivet kravstort, dog på en annen og mer subtil måte enn før. Samfunnet vårt har dessverre mange alvorlige sykdomstegn. Psykiske lidelser øker og mange faller utenfor. Sykemeldingsepidemien kan ikke stoppes uten at en tar tak i hele dette.

Gordon Guyatt er en ledende internasjonal kapasitet innen kunnskapsbasert medisin, opplyser Signe Flottorp, forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som arrangerer det tværfaglige kurset Forskning ved fjæra.

Ettertraktet foreleser

Guyatt, som lanserte EBM-begrepet i 1992, er en ettertraktet foreleser som har deltatt på EBM-workshops over hele kloden. Mangeårig innsats for å øke kunnskapsgrunnlaget i klinisk medisin, har plassert ham som én av ti finalister til BMJ Lifetime Awards, en pris som gis for unik og vesentlig innsats for en bedre helsetjeneste.

Han er en brillant underviser og inspirator, og en klarlærende metodolog. Derfor er det flott for oss at Gordon velger å komme tilbake til våre årlige nordiske workshops, fortsetter Flottorp.

Guyatt er professor i klinisk epidemiologi og biostatistikk ved McMaster University i Hamilton, Ontario. Han er spesialist i generell indremedisin, og arbeider både som forsker og som kliniker.

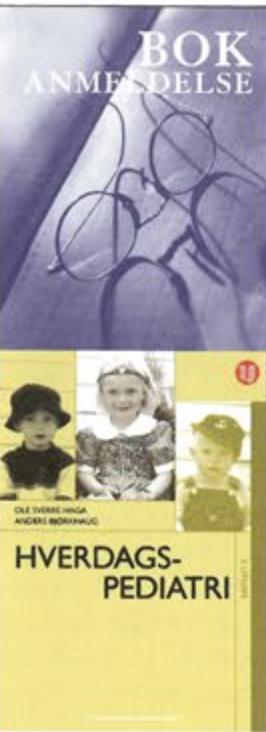
Fra forskning til praksis

Ultimo mai arrangeres *Forskning ved fjæra* for ellevte år på rad. Gordon Guyatt har prioritert deltagelse på dette nordiske ukelange kurset nesten hvert år. Kurset fokuserer på hvordan man kan bruke forskning i praksis, og har tilbud både til nybegynnere og til de som er mer øvet i kunnskapsbasert praksis.

Målet er at deltagerne skal lære å formulere gode spørsmål, finne relevant forskningsbasert kunnskap som kan besvare spørsmålene, kritisk vurdere kunnskapen og bruke kunnskapen til å ta velinformerte beslutninger i klinisk praksis, opplyser Signe Flottorp.

For mer informasjon, gå til www.kunnskapssenteret.no/Kurs+og+konferanser/6546.cms

Ingrid Høie,
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Oppdatert klassiker om allmennmedisinsk pediatri

Ole Sverre Haga
og Anders Bjørkhaug
Hverdagspediatri, 5. utgave
Universitetsforlaget, 2009
478 s.

Allerede innledningsvis vil jeg applaudere *Hverdagspediatri*, en norsk fagbok som for første gang kom ut i 1995. Forfatteren var barnelege Ole Sverre Haga, og boken ble behørig anbefalt av Norsk selskap for allmennmedisin. Nå foreligger den femte utgaven med gjennomgripende revideringer som Anders Bjørkhaug står ansvarlig for. For å attestere revisjonen, er det bare å begynne å bla bakerst i boken: da ser man at referanselisten er utvidet og ajourført – fra 50 til nær 80 referanser. I samme ende av boken er det lagt til appendikser som blant annet inneholder oppdaterte vekstkurver (det er på høy tid), aldersjusterte KMI (kroppsmasseindeks)-kurver og aldersspesifikke referanseverdier for blodprøver utarbeidet av Norsk barnelegeforening. Disse innholdselementene bidrar i seg selv til å oppfylle bokens hovedintensjon: å være en praktisk veileder i det daglige legearbeidet.

Forfatterne tilbyr en bred differensialdiagnostisk og tilaksrettet tilnærming til pediatriske problemstillinger og kontaktårsaker i allmennpraksis. Siden den forrige utgaven i 2006, er så å si alle kapitlene blitt revidert og et nytt kapittel 19 om barnevern er lagt til. I kapittel tre, bokens største kapittel som omtaler en lang rekke «generelle» temaer, er det gjort en del arbeid med avsnittene om spiseforstyrrelser, adipositas og omsorgssvikt. Det er tatt inn underkapitler om dehydrering, hydrering og rehydrering – viktige momenter ved vurdering av barn. I samme kapittel er det gjort et klarere skille mellom allergi/atopi og intoleranser. Kapittel fem om lunger og kapittel seks om hjertet er betydelig omskrevet. Kapittel 17 om legemidler til barn er i prinsippet nyskrevet og kapittel 18 om trygdeytelser er oppdatert.

Innledningsvis gis det propedeutiske råd om klinisk undersøkelse, legens møte med foreldrene, prøvetaking samt

prosedyrer som er aktuelle i allmennpraksis. Som tidligere har boken et praktisk fokus på tilstander som allmennleger ofte blir konfrontert med. Den gir forbilledlig gode og greie fremstillinger av tilstander som ofte blir stedmoderlig behandlet i oppslagsverk, for eksempel enurese og enkoprese. De kliniske kapitlene spenner vidt; fra vekst, utvikling, ernæring og metabolske tilstander til krybbedød, miljøtrusler, omsorgssvikt og mishandling. Astma- og epilepsikapitlene og omtalen av akutt syke barn på legevakt er solide. Det er gode underkapitler om endokrinologiske problemstillinger samt konsise drøftinger av mer spesialiserte emner som for eksempel revmatologi, føtale alkoholskader, cerebrale synsforstyrrelser og blodsykdommer.

Boken er prisverdig lettlest. Det forståelige språket gjør at en rekke avsnitt og sider er velegnet til å bli fotokopiert og delt ut til foreldre som pasientinformasjon. Innsiden av permene inneholder oversikter over hva legevaktkofferten bør inneholde og hvordan akutte tilstander som astma og anafylaksi skal behandles. At stikkordregisteret omsider inkluderer allmennlige opplagsord som hjernerystelse og blindtarmsbetennelse, er en klar fordel når man som fastlege har liten tid og trenger kjappe tips og avklaringer rundt en problemstilling. Man får svar på det aller meste, dog er det ingen lærebok for dem som vil fordype seg i detaljer.

Bokens desiderte svakhet er en begredelig grafisk design. Gode tekster fortjener gode bilder, ikke tilårskomne illustrasjoner og figurer som i hovedsak er fra det forrige århundret. Spesielt i hudkapitlet er fraværet av illustrasjoner øyefallende. Her må forlaget foreta et løft ved neste korsvei. På den annen side, det får være en trøst at tabellene og algoritmene for diagnostisk tenkning er forbedret fra tidlige utgaver. Det er da noe.

Innholdsmessig dekker *Hverdagspediatri* det meste av det en allmennpraktiker behøver å vite for å takle sin daglige dont. Alt i alt er det en flott oppslagsbok som fortjener honnør – og ikke minst en fremtredende plass i reolene på legekontoret eller helsestasjonen. Selv har jeg hatt glede av boken i en årrekke; og jeg har til og med lest høyt fra den for bekymrede småbarnsforeldre. Nettopp det er grunn nok til å si at denne klassikeren også i fremtiden fortjener både livets og revisjonens rett.

Tom Sundar

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Takk for utfordring fra min kollega fra studietiden,
Sverre Reiten i Molde.

«Mye er forskjellig, men inni er vi like», står det i en sang. Dette er idyllisk ønsketenkning. Kanskje er det inni at forskjellene er størst. Noen får livet servert på sølvfat, de ser ut til å gå ubekymret fra glede til glede. Andre må kjempe seg gjennom dagene hele livet. De fleste kan oppleve en mørk dag en gang i blant. Mens noen bare håper på en strime av lys – en vakker dag. De fleste av dere vil umiddelbart skjonne hva dette handler om. Vi møter dem på kontoret hver dag.

Dette diktet er til alle dere som har kjent høsten i hjertet, eller som står nært noen som gjør det, og som prøver å trekke dem inn i sommeren.

ETHVERT MENNESKE

har sin egen årstid.

Noen bærer vinteren gjennom alle landskap. Selv ved sommerens festdekke bord er det som om vinteren har slått rot – for bestandig.

Andre igjen har fått våren plantet i sine grønne hjerter. Se dem, det er vår overalt – i smil og i blafrrende kjoler!

Selv bærer jeg høstens umiskjennelige preg. Som liten gutt åpnet jeg denne blå og merkverdige dør, og siden har jeg båret høsten som en synlig plakat gjennom verden. Jeg bar stive abbor som liten gutt, rammet inn av høst og fallende tårer. Overalt merket jeg høstens blå vind, gjennom alle gater hager stier fulgte den meg med sine sarte såre spørsmål og like såre svar. Selv når jeg traff piken min, kanskje den eneste som tidvis greide å flytte meg en liten mot sommerens duftende gressplener, merket jeg de blå, kjølige dragene i ytterkant.

Jeg er over midten av livet nå – og på vei hjem. Jeg går med de to hendene mine gjennom en kjølig høst. Omsider har jeg nådd frem til mitt eget bilde, det som alltid har omsluttet meg – høsten. Jeg verken smiler eller gråter men kjenner dens bløte, blå skygger der de faller overens med mine egne. I bladenes farger og skrukkete former, snart stivnet i oktoberfrost.

Rolig går jeg videre.

Jeg er på vei mot min egen vinter nå.

Døren er lukket, men vil snart åpne seg og slippe meg inn.

Jeg har intet å frykte.

Så mange har gått den før meg.

Så mange vil følge etter.

Arild Nyquist, 1992

Diktet er fra samlingen «Høst i august». Forfatteren slet med sin angst. Han gikk inn i sin vinter i desember 2004, 67 år gammel.

«Vær vennligere enn du hadde tenkt, for alle du møter kjemper en eller annen kamp.» Første del av setningen er av James M. Barrie. Den siste delen er hengt på av en ukjent vismann.

Jorden kan du inte göra om.
Stilla din häftiga själ!
Endast en sak kan du göra:
en annan människa väl.
Men detta är redan så mycket
att själva stjärnorna ler.
En hungrande människa mindre
betyder en broder mer.

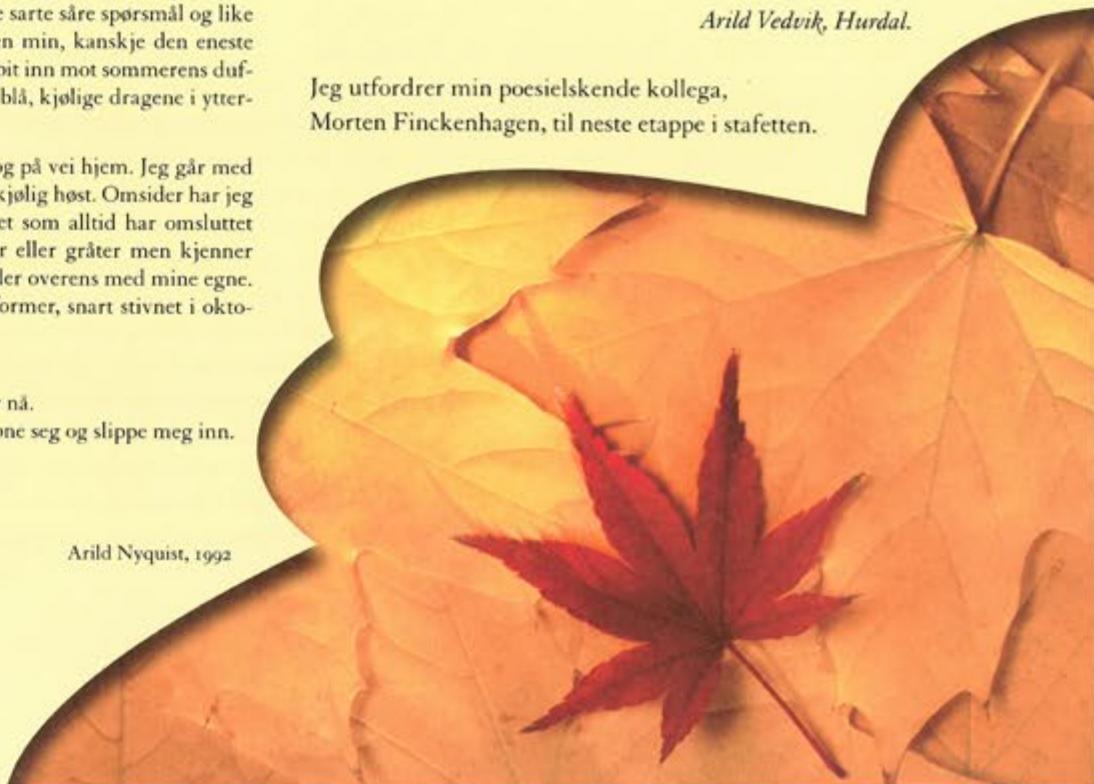
Stig Dagerman, 1954

«Det vi gjør for oss selv dør med oss. Det vi gjør for andre eller for verden blir stående og er udødelig», sa Albert Pine.

Som leger har vi større muligheter enn de fleste til å gjøre noe godt og viktig for andre. Det hender at jeg glemmer det...

Arild Vedvik, Hurdal.

Jeg utfordrer min poesielskende kollega,
Morten Finckenhagen, til neste etappe i stafetten.





Nord-Norge Øst Sør
Tlf. 77 64 58 90 Tlf. 23 01 64 11 Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge Vest
Tlf. 73 55 01 60 Tlf. 55 97 53 60 www.relis.no

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

Spørsmål til RELIS

RELIS har fått flere henvelsler etter at en nylig publisert norsk studie viste økt kreftrisiko hos pasienter som får tilskudd av folsyre. Hva er konsekvensene for pasienter som får folat/lavdose metotreksatbehandling, kvinner som forsøker å bli gravide i måneder/år eller andre som tar folattilskudd over lengre tid?

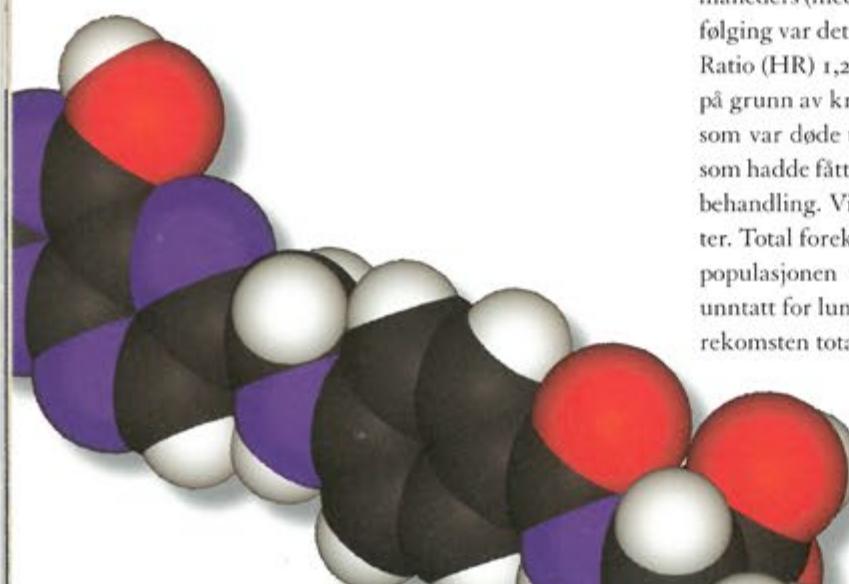
Tilskudd av folsyre og kreftrisiko

Økt kreftrisiko ved folattilskudd

Studien av Ebbing og medarbeidere ble publisert i JAMA i november 2009, og er en oppfølgingsstudie av to tidligere studier der hensikten var å se om reduksjon i homocysteinnivået hos pasienter med iskemisk hjertesykdom ved hjelp av folsyre var forbundet med positiv effekt på hjertesykdommen. Forfatterne fant ingen terapeutisk gevinst, men derimot en ikke-signifikant økning i forekomsten av kreft hos pasienter behandlet med folsyre. Studien som nå er publisert hadde til hensikt å undersøke sistnevnte observasjon nærmere. Totalt 6837 pasienter med iskemisk hjertesykdom ble behandlet med B-vitaminer i perioden 1998–2005, og 6261 ble videre fulgt opp til utgangen av 2007. Omlag 1700 pasienter i hver gruppe fikk daglig en av følgende behandlinger:

- 0,8 mg folsyre + 0,4 mg B₁₂ + 40 mg B₆
- 0,8 mg folsyre + 0,4 mg B₁₂
- 40 mg B₆
- placebo

I følge forfatterne viste oppfølgingsstudien at median serumkonsentrasjon av folat var mer enn seksdoblet hos de som fikk folsyre. Etter 39 måneders (median) behandling og ytterligere 38 måneders (median) oppfølging var det signifikant flere som hadde fått en kreftdiagnose (Hazard Ratio (HR) 1,21, 95 prosent KI 1,03–1,41), signifikant flere som var døde på grunn av kreft (HR 1,38, 95 prosent KI 1,07–1,79), og signifikant flere som var døde uansett årsak (HR 1,18, 95 prosent KI 1,04–1,33) blant de som hadde fått folsyre + vitamin B₁₂ enn blant de som ikke hadde fått slik behandling. Vitamin B₆ var ikke assosiert med noen signifikante effekter. Total forekomst av kreft og fordelingen på ulike typer kreft i studiepopulasjonen var som forventet i den generelle norske befolkningen unntatt for lungekreft, der insidensen var økt med 25 prosent. Cancerforekomsten totalt var på 341 av 3411 pasienter hos de som hadde tatt fol-



syre og på 288 av 3426 pasienter hos de som hadde fått vitamin B₆ eller placebo. Forfatterne antar på bakgrunn av målte vitaminkonsentrasjoner at effektene er mediert av folat og ikke av vitamin B₁₂, men understreker at resultaten må bekreftes av studier på andre pasientpopulasjoner, fremfor alt i land der tilsetning av folat i ulike matvarer er vanlig (1). En lederartikkell til studien i JAMA viser til at totalforekomsten av kreft gikk ned i USA fra 2001 til 2005, mens tilskudd av folsyre i matvarer startet i 1998. Resultaten fra denne studien med relativt kort oppfølgingstid utelukker ikke at folsyretilskudd i mat kan ha gunstige langtidseffekter på folkehelsen (2).

Folattilskudd ved metotreksatbehandling

Lavdose metotreksatbehandling er indirekt ved psoriasis og ved aktiv revmatoid artritt (3). Tilskudd av folsyre gis for å redusere bivirkningene av metotreksat, som ved lavdosebehandling særlig er gastrointestinale forstyrrelser samt økte leverfunksjonsverdier. Det er vist at folattilskudd reduserer bivirkningsforekomsten, og at pasienter som får folattilskudd i mindre grad enn de som ikke får det avslutter metotreksatbehandlingen. Tilskudd av folat påvirker ikke sykdomsaktiviteten hos pasienter med RA (4).

En av forfatterne av artikkelen som viste økt kreftforekomst hos pasienter som tar folattilskudd sier at forskerne er klar over at pasienter som står på metotreksat i dag anbefales å ta folsyre, og at funnene i deres studie ikke rokker ved denne anbefalingen. Forskerne er imidlertid usikre på hvor god dokumentasjonen bak anbefalingen er, og har derfor bedt Kunnskapssenteret om å utrede indikasjonen for folattilskudd til pasientgrupper som i dag anbefales å ta folsyre (pers. medd.).

Folattilskudd før graviditet

Folattilskudd anbefales før befrukting og i første trimester for å redusere risikoen for nevralrørsdefekt hos barnet. For kvinner som planlegger graviditet, er rådet å begynne med folat en måned før forventet befrukting. I medieoppdrag om studien til Ebbing og medarbeidere er det sagt at man bør unngå lengre tids behandling med folat. Kvinner som ikke blir gravide med en gang kan imidlertid komme til å bruke folat i en lang periode. Vi har vært i kontakt med Helsedirektoratet som er ansvarlig for rådene om folattilskudd til gravide. De er kjent med studien, som vil inngå i kommende vurderinger av kostholdsråd, men de offisielle anbefalingene er ikke endret pr. i dag. Det vises til at funnene gjelder en annen pasientgruppe med andre risikofaktorer, og lengre tids bruk av høyere doser folat enn det som er tilfelle for de fleste kvinner som er gravide eller som planlegger å bli det. Nye nasjonale kostholdsråd er ventet i

løpet av 2010, men det er for tidlig å si om Nasjonalt råd for ernæring vil gjøre noen endringer i gjeldende anbefalinger (Helsedirektoratet, pers. medd.).

Folattilskudd ved B₁₂-mangel

RELIS er spurt om preparater med innhold av blant annet folsyre til behandling av vitamin B₁₂-mangel bør unngås og erstattes av rene B₁₂-preparater. En av studiens medforfattere har i Dagens Medisin sagt at det bør vurderes om pasienten trenger flere B-vitaminer, eller om det holder med for eksempel B₁₂ (5). Pr. i dag er det ikke gjort endringer i terapibefalinger med tanke på bruk av folsyre i preparater med vitamin B₁₂ til pasienter som har vitamin B₁₂-mangel.

Vurdering

En nylig publisert studie har vist signifikant økt forekomst av kreft, hovedsakelig lungekreft, samt økt dødelighet både relatert til kreft og totalt, hos pasienter med iskemisk hjertesykdom etter lengre tids behandling med folat og vitamin B₁₂. Resultatene fra denne studien kan imidlertid ikke generaliseres til andre pasientpopulasjoner, og er per i dag ikke bekreftet i andre studier. Inntil flere data foreligger anser vi ikke at det er grunnlag for å endre gjeldende retningslinjer om å gi tilskudd av folsyre til pasienter der dette er anbefalt i dag.

Referanser

- Ebbing M, Bonaa KH et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. *JAMA* 2009; 302 (19): 2119–26.
- Drake BF, Colditz GA. Assessing cancer prevention studies a matter of time. *JAMA* 2009; 302 (19): 2152–3.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Metotrexat Teva. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 01.10.2008).
- Aronson JK, editor. Meyler's side effects of drugs 2006; 15th ed.; vol. 4: 2277.
- Hanger MR. Usikkerhet etter folsyrealarm. Dagens Medisin. <http://www.dagensmedisin.no> (publisert 26. november 2009).

Tone Westergren

Cand. pharm.

RELIS Sør

Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Sofia Frost Widnes

Cand. pharm.

RELIS Vest

Haukeland Universitetssykehus

Trude Giverhaug

Elisabeth Nordahl Nordmo

Cand. pharm.

RELIS Nord-Norge

Universitetssykehuset i Nord-Norge

MILITÆRLEGE

AV GEIRMUND FURNES, major, avdelingslege GSV/FSAN

Jeg jobber som militærlege ved Garnisonen i Sør-Varanger, GSV, og har jobbet her siden november 2006. Det var svært tilfeldig at jeg havnet på GSV. Men jeg har ikke angret på valget.

Mange jeg har møtt har et inntrykk av at man som militærlege kun har med soldater som syter og vil dimittere, og at det kun er gnagsår og vonde rygger som er kontaktårsak. Det er ikke min erfaring. Dette er allmennpraksis hvor pasientgruppen riktig nok er antatt friske 18–19-åringar. Spekteret på sykdommer og plager som dukker opp, er selvsagt helt annerledes enn det man finner i en uselektert allmennpraksis.

På GSV er det innrykk med nye vernepliktige mannskaper to ganger i året, og normalt møter det 3–400 soldater. GSV er rangert rimelig høyt hos mange som skal inn til førstegangstjeneste. Ved en kontingent var det mellom 90 og 95 prosent som hadde søkt seg hit. Mange kommer med et sterkt ønske om å bli «grensejeger» etter et halvt år med grunnutdanning, dvs. å få lov til å vokte den norsk-russiske grensa siste halvdelen av førstegangstjenesten. Et tilbakevendende problem for oss er at soldatene av denne grunn ofte underrapporterer plager da de frykter at dette vil ødelegge sjansene for dem. Situasjonen er således ofte snudd på hodet; soldaten går for lenge med plager før han nærmest blir tvunget å møte hos legen. De gangene jeg ser tårer, er faktisk oftest når jeg må forsøke å overbevise en soldat om at plagene han har ikke er forenlig med videre tjeneste, eller at han ikke bør bli grensejeger.

Jeg husker godt en som kom til meg under vinterøvelse etter to til tre måneders tjeneste. Han hadde blod og slim i avføringen. Ved nærmere utsporring fremkom det at han hadde hatt dette allerede siste måneden før innrykk. Lege hadde han ikke oppsøkt. Han var nemlig redd for at det kunne medføre at han ikke kom inn til tjeneste. Han hadde uttalt inflammatorisk tarmsyktom, og ble dimittert.

Lavterskelttilbud

Det å få legetime er stort sett enkelt for soldatene. Og ofte kan det være banale problemstillinger (som i en hvilken som helst allmennpraksis), men hvor befalet krever at lege vurderer om vedkommende skal få ro noen dager eller ei.

Flere ganger er det soldater som kommer med plager som de av ulike årsaker aldri har turt å ta opp med fastlege. Et

*Historier fra
virkeligheten*



Geirmund Furnes

er født i 1975 og oppvokst på gård i Bygstad i Sogn og Fjordane. Etter folkehøyskole i Seljord, psykologi grunnlag i Bergen, samt 2-årig befalsutdanning, studerte han medisin i Bergen og ble uteksaminert desember 2003. Han hadde sin tuntusjeneste i Kongsberg og Lakselv, hvorpå han flyttet til Kirkenes og begynte som ass. lege ved medisinsk avdeling. Han jobber nå i 18-timers stilling som militærlege.

godt eksempel er soldaten som hadde trang forhud. Dette hadde han hatt hele livet, og overraskende nok var det ikke fanget opp på helsekontroller i barndommen. Ereksjon var bokstavlig talt et ømt tema for vedkommende. Enten stod penis som en midtstang i lavoen og kom ikke ut, eller så var, en sjeldent gang, problemet snarere å unngå at penishodet ikke ble strangulert. Jeg skjønner den dag i dag ikke at han hadde holdt ut med disse daglige plagene hele tenåringsperioden! Men ved Kirkenes Sykehus fikk han gjort omskjæring, og var svært fornøyd i etterkant.

For mye, for fort

Et av de store dilemmaene med utdanning av soldater i Forsvaret er at man har kort tid på utdanning og opptrening. En del befal tar for lite hensyn til at kroppen trenger tid til å venne seg til økende belastninger som lange marsjer, tunge sekker etc. I tillegg er kunnskapsnivået om forebyggning av belastningsskader i en del tilfeller mangelfullt, ofte resulterende i belastningslidelser. Det er mange konsultasjoner som gjelder smerter i rygg, knær, legg og ankler. Tretthetsbrudd i fotrotsbein og kronisk fremre losjesyndrom er ikke uvanlig. Vedrørende rygg er jeg overrasket over hvor mange som viser seg å ha prolaps. Vi har også hatt en del som klager over at den ene skulderen ikke fungerer som den skal, og hvor man ved nærmere undersøkelse finner nervetrykkskader (fortrinnsvis winging scapula).

Infeksjoner

En militærleir er svært sårbar for infeksjoner. Samtidig ligger alt til rette for svært god håndtering av det samme. Vi har hatt flere runder med mage-/tarm infeksjoner. På en vinterøvelse ble nærmere halvparten slått ut grunnet dette.

Vi har hatt god hjelp fra UNN (Universitetssykehuset Nord-Norge) ved overlege Dag Hvidsten under flere lokale epidemier av luftveisinfeksjoner. Forrige vinter hadde vi et utbrudd med Chlamydia Pneumoniae innad i leir. Etter anbefaling fra Hvidsten, bestemte vi oss for å prøve å slå ned epidemien. Vi kjørte kompanivis informasjon, etterfulgt av masseprøvetakning (av mer akademisk interesse) og svært lav terskel for behandling. Vi endte opp med 59 positive prøvesvar. Tiltaket hadde helt klart effekt. Men da det kompaniet som var hardest rammet en stund senere skulle ut på grensa og ha samøvelse med grensejegerne, som frem til da hadde gått klar av epidemien, fikk vi nytt utbrudd, nå hos grensejegerne. Det å få så god førstehåndskjennskap til en epidemi, var svært interessant. Her angrer jeg tidvis litt på at jeg ikke tok meg tid til å lage en god artikkel...

Svineinfluentaen kom ca. seks måneder etter, og var en utfordring. Ikke minst grunnet mediapress, logistikk og usikkerhet. Her lyktes vi faktisk å stoppe smittespredning med rigid bruk av isolat, skjerpede hygienetiltak i leir, og ikke minst godt samarbeid med garnisonsledelsen.

I ettertid så er min erfaring at C. Pneumoniae var betydelig mer smittsom, samt gav mer konsekvenser for den syke i form av nedsatt form og plager over tid. All «støyen» rundt svineinfluentaen, gjorde imidlertid til at dette ble en mye mer arbeidskrevende oppgave.

Rariteter

Første vinterøvelsen etter at jeg begynte, var arrangert langt utenfor allfarvei. Kompaniet hadde heldigvis med seg en vernepliktig lege. Han gikk med blant annet adrenalin på lomma (grunnet kulde). Et par dager ut i øvelsen, ble det sendt opp lysrakett. Det viste seg å være et kraftig anafylaktisk anfall grunnet inntak av nøtter. Det som reddet livet på denne soldaten var gjentatte injeksjoner med adrenalin samt at SeaKing-helikopteret kom til unnsetning for evakuering. Dagen etter var det ny situasjon, nå med kraftig asmtaanfall. På ny ble det bruk for adrenalininjeksjon og SeaKing-helikopter.

På en og en halv måned hadde vi en som ble diagnostisert med Hodkins Lymfom, to andre ble sendt til Radiumhospitalet.

En hadde osteosarcom, den andre hadde en tennisballstor tumor i den ene lungen, som etter flere uker med utredning heldigvis viste seg å være benign, et såkalt Schwannom.

To har blitt operert ved nevrokirurgisk avdeling. Den ene hadde intens hodepine som viste seg å være en stor (fem cm i diameter!), intracerebral blødning, hvor eneste symptom var kraftig hodepine. Den andre kom på kontoret og stusset på at guttekonkurransen helga før, hvor han skulle stumpe røyken i håndbaken, ikke gav smerter. Da han i edru tilstand dagen etter gjorde det samme på underarmen, gav det fremdeles ingen smerter. Da ble han bekymret og bestilte legetime. Dette viste seg å være et langtkommen Arnold-Chiari syndrom, hvor nevrokirurgene opererte ham uka etter.

En annen fortalte under konsultasjonen at han hadde smerter i ryggen. Det var imidlertid kun når han gikk med sekk og ski over tid at det kom. Jeg undersøkte ham, men fant overhodet ingen ting galt. I det han skulle gå ut, måtte jeg bare spørre ham om han normalt var såpass blek i huden. Dette førte til at han fortalte om uttalt tungpust ved den minste anstrengelse. Vi fikk ikke tatt Hb på kontoret, men han dro nedom sykehuset for blodprøvetakning, og dro dernest ut igjen på grensa. Da jeg ringte laboratoriet samme ettermiddag, hadde han en Hb på 5,4. Jeg prøvde å få tak i pasienten, som da viste seg å være i beltevogn på tur ut på en lengre øvelse... Men de klarte å sette meg over til den aktuelle beltevogn, og denne ble snudd umiddelbart og pasienten innlagt på sykehuset.

Jeg kommer trolig til å slutte på GSV til sommeren. Men jeg har på alle måter hatt en interessant og flott periode den tiden jeg har vært i Forsvaret. Jeg har hatt en svært god fleksibilitet i jobben min, noe som har gitt meg mye tid til å være sammen med min familie (nr. tre kommer i mai) og periodevis intens dyrking av friluftsinteresser. Samtidig er det meningsfullt: Forsvaret har helt klart et behov for leger som tar soldater på alvor med sine plager, noe ikke alltid øvrig befal gjør, og ikke minst kan gjøre en medisinsk vurdering. Ofte føler jeg meg som soldatens advokat i så måte. Og jeg har definitivt lært meg at man ikke kan senke skuldrene for mye, selv om pasienten er selektert, ung og antatt frisk. En vond rygg er ikke alltid bare en vond rygg...



I denne spalten trykkes kasuistikk 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 fram på, folkens!

Lærerike kasuistikker

To eldre damer med lav og en eldre herre med høy hemoglobinverdi

KASUISTIKK 1

En dame på 86 år konsulterte fastlegen på grunn av tørste og lurte på om hun hadde sukkersyke da to søskene hadde diabetes mellitus. Blodprøver viste normalt blodsukker, men Hb på 8,2. Hun anga ingen plager ellers, ingen avføringsforandringer, intet vekttap, ingen smerter i abdomen og inger tungpustethet. Pasienten brukte kun ACE-hemmer mot hypertensjon. Supplerende prøver viste ferritin på ni, lav MCV på 71, MCHC 29 passende med en mikrocytært jernmangelanemi. Ved fornyet konsultasjon palperte jeg abdomen nøyne, og pasienten anga *palpasjonsomhet i høyre fossa iliaca*. Pasienten innrømmet at hun i perioder kunne ha noe smerter på høyre side. Jeg bestemte meg for å bestille en CT colon ved lokalsykehuset som ble akseptert, og tre uker senere viste denne en sju cm strikturerende tumor i cökum ved innmunningen av terminale ileum. Hun ble operert med en høyresidig hemicolektomi.

KASUISTIKK 2

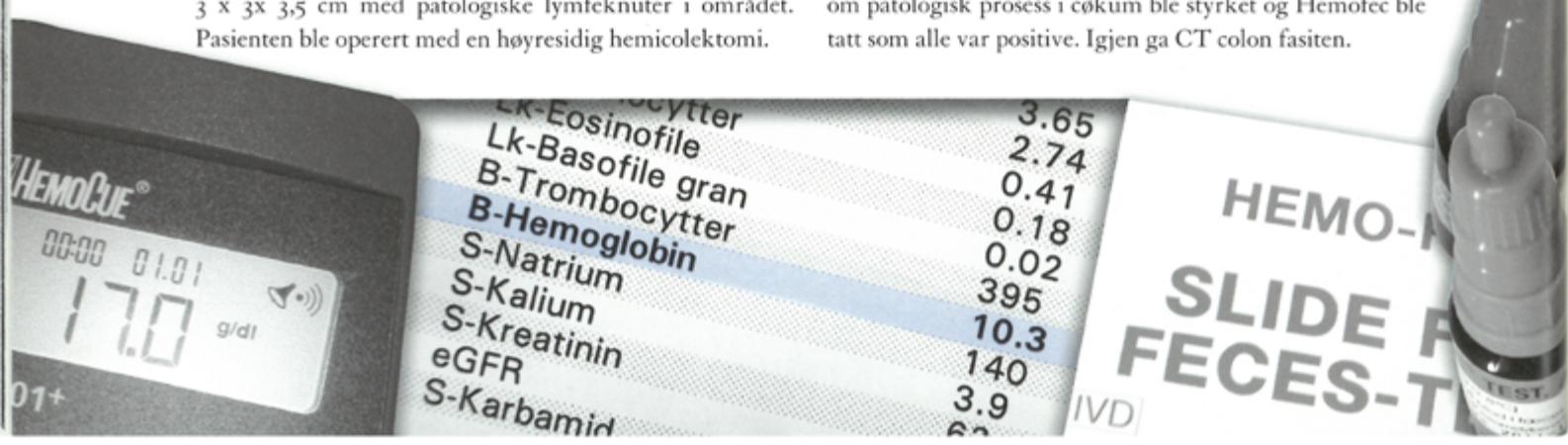
80 år gammel kvinne med mangeårig hypertensjon, gjennomgått et nedreveggsinfarkt og brukte Albyl-E, statin og antihypertensiva. Oppsøkte fastlegen for en rutinekontroll av blodtrykk. Blodprøver viste Hb 10,2 (normalt for henne 12,5), SR 55 (normalt for henne 25). Supplerende blodprøver viste ferritin på 32, normale hvite, B₁₂, leverenzymer, proteinelektroforese og nyrefunksjon. Ved ny konsultasjon og nøyere anamnese anga pasienten et lite vekttap på fire til fem kg. Ved palpasjon av abdomen tydelig *palpasjonsomhet i høyre fossa iliaca*, mulig oppfylling/resistens her. Ved nærmere utspørring innrømmet pasienten periodevis smerter i høyre fossa iliaca. Hennes anemi ble på grunn av høy senking oppfattet som anemi på bakgrunn av en kronisk prosess, men årsaken til denne var uviss. På grunn av palpasjonsfunnet i abdomen ble Hemofec tatt, og viste seks av seks positive tester. To uker senere hadde Hb falt til 8,9. Igjen ble CT colon bestilt ved lokalsykehuset. Hun fikk time én uke senere, og CT viste en tumor i cökum på 3 x 3 x 3,5 cm med patologiske lymfeknuter i området. Pasienten ble operert med en høyresidig hemicolektomi.

KASUISTIKK 3

84 år gammel mann som oppsøkte fastlegen for slapphet og trøtthet. Hypertensjon, atrieflimmer, gjennomgått et hjerteinfarkt, lett kronisk nyresvikt (GFR 46). Bruker Marevan, anti-hypertensiva, statin og diureтика. Ved undersøkelsen normal organstatus, men blodprøver viste Hb på 18,5 (normalt for ham 16). Årsaken til hans høye Hb kunne være hypoxi, polycythaemia vera eller erythropoietin-produserende tumor. Pasienten hadde ikke cyanose og ikke tegn til hjertesvikt, spirometri normal for alder, O₂-metning med pulsoksymeter 97 prosent, ingen bilyd over hjertet og lungene klare. Normale antall hvite og trombocyetter. Hypoxi som årsak var utelukket og polycythaemia vera var mindre sannsynlig. JAK 2-genmutasjon ble det ikke undersøkt på. Ultralyd av nyrer på fastlegekontoret for å lete etter en erythropoietin produserende tumor viste en tumor i høyre nyle på 3 x 3 cm. Serum-erythropoietin 16,2 (3,7-31,5). CT abdomen med kontrast viste en 4,5 cm stor kontrastopladelende tumor i høyre nyle oppfattet som malign. Pasienten ble operert med høyresidig nefrektomi.

Diskusjon

Både høy og lav hemoglobin kan skyldes cancer. Et fall i Hb på > 2 g fra pasientens normale Hb er patologisk. Pasient 1 fikk tilfeldigvis påvist en jernmangelanemi. Jernmangelanemi hos eldre skyldes svært ofte en malign tumor i GI-traktus selv om benignt ulcus, øsofagitt, gastritt og divertikler også kan være årsaker. Jeg kunne ha startet utredningen med rektoskopi, gastroskopi og kolonoskopi. Imidlertid anga pasienten smerter ved palpasjon i høyre fossa iliaca og jeg ville få time raskere med en CT colon (virtuell kolonoskopi) enn en vanlig kolonoskopi. Pasient nr. 2 hadde lettgradig anemi og høy SR. Ferritin var på 32, men ferritin er også et akuttfaseprotein slik at jernmangelanemi ikke kunne utelukkes. Ved en grundig organstatus og nøyere anamnese anga også denne pasienten periodevis smerter i høyre fossa iliaca og var palpasjonsom her. Mistanken om patologisk prosess i cökum ble styrket og Hemofec ble tatt som alle var positive. Igjen ga CT colon fasiten.



Pasient nr. 3 hadde høy Hb. Kronisk hypoxi ble utelukket, polycythaemia vera er en myeloproliferativ sykdom med økning av alle tre elementene i beinmargen og ofte trombocytose og leukocytose i tillegg. Erythropoietin er ofte svært lavt. Pasienten hadde normale hvite og trombocyetter, og jeg la denne differensialdiagnosene til side midlertidig. Jak 2-genmutasjonen er positiv i 97 prosent av tilfellene ved polycythaemia vera. Erythropoietin-producerende tumores i nyrer, lever og andre steder kan også gi høy Hb. Ultralyd hos fastlegen viste en tumor på 3x3 cm som ble bekrefet ved CT. Serum-erytropoietin lå midt i normalområdet slik at muligheten for en tilfeldig oppdaget nyretumor også er en mulighet. Pasienten Hb er nå 16,1. De tre nevnte pasientene kom til legekontoret fortløpende i løpet av ett år.

Kilder:

Tidsskiftet for den norske legeforening 18.–24. september 2009.
Merck manual 18. utgave 2006.

Nils Rune Nilsen



HJERNESLAG er hovedtema på
den 8. LANDSKONFERANSEN arrangert av FORUM
SYKEHJEMSMEDISIN på Radisson Blue Hotel,
Lillehammer 11. – 13. juni 2010

KONFERANSEN:

Hovedtema for landskonferansen er **HJERNESLAG**. Dette er en vanlig sykdom som rammer de eldste eldre, en av våre mest sårbare grupper. I Norge er det 15 000 hjerneslag pr år og 11 000 av disse er førstegangsslag mens 4000 er residivslag. Det er vår 3. hyppigste dødsårsak. 90% av slagpasientene er over 60 år og medianalderen er 75 år. Hjerneslag er den sykdomsgruppen som krever flest pleiedøgn i den somatiske delen av helsetjenesten.

KURSGODKJENNING FOR LEGER:

ALLMENNIMEDISIN: 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i sykehjemsmedisin / geriatri til videre- og etterutdanningen. Konferansen er også godkjent i relasjon til geriatri, samfunnsmedisin, nevrologi og fysikalisk medisin og rehabilitering.

KURSGODKJENNING FOR SYKEPLEIERE:

15 timer som er meritterende til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

Finn program og påmelding på

www.sykehjemsmedisin.no under Kurs.

KONTAKTPERSON: G. Torbjørn Åmdal.

E-POST: gta@brks.no / MOBIL: 913 50 759.



Norsk Hypertensjonsforening
Stiftet 1987

KURS OM **HYPERTENSJON**

Trondheim, 15.–16. april 2010

Kurs nr: L-24913

Norsk hypertensjonsforening arrangerer annenhvert år **Kurs om hypertensjon**. Kurset omhandler blodtrykksykdommens bakgrunn, utvikling, utredning og behandling. Styret i hypertensjonsforeningen danner kurskomite sammen med lokal kursleder.

Foredragsholderne har klinisk eller akademisk hypertensjonsbakgrunn, og foredragene vil ta utgangspunkt i egen forskning og/eller aktuell kunnskap.

Kurs om hypertensjon arrangeres i 2010 den 15.–16. april i Trondheim. Kurslokalene er lagt til Laboratoriesenteret ved det nye St. Olavs Hospital. Kurset er godkjent for utdanningen i allmennmedisin (15 t), nyresykdommer (14 t), hjertesykdommer (16 t), geriatri (8 t) og endokrinologi (15 t). I tillegg avventes omsøkt godkjenning for generell indremedisin samt fysikalsk medisin og rehabilitering.

KURSKOMITE:

KURSLEDER: overlege dr.med. Rune Mo, Hjerteavdelingen, St. Olavs Hospital • prof.dr.med. Eva Gerdts, Haukeland Universitetssykehus, Bergen • prof.dr.med. Ingrid Toft, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø • prof. dr.med. Bjarne M. Iversen, Haukeland Universitets-sykehus, Bergen • prof.dr.med. Sverre E. Kjeldsen, Oslo Universitetssykehus Ullevål • forskningsstipendiat Michael Hultström, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Kursprogrammet er lagt ut på www.hypertensjonsforeningen.no og i Legeforeningens kurskatalog, se www.legeforeningen.no. Påmelding foretas innen 31.03.10 til www.kongress.no.

Velkommen til kurs i Trondheim!

INNGRODD NEGL: ledningsanestesi og kantreseksjon

Blant praktiske prosedyrer i videre- og etterutdanningen finner vi to småkirurgiferdigheter som jeg har hatt gleden av å praktisere oftere i det siste i forbindelse med noen måneders jobb på Bergen legevakt: operasjon av inngrodd negl og ledningsanestesi.

Inngrodd negl, på latin *unguis incarnatus*, er en negl som vokser inn i huden eller neglvollen ved siden av eller foran neglen. Inngrodd negl oppstår gjerne rundt stortåneglen. Typiske symptomer er smerter, hevelse og av og til utskillelse av puss fra kanten av neglen, som regel kun på den ene siden av neglen, men det kan sees på begge sidene. Ved undersøkelse finnes inflammasjonstegnene rødhet, varme, ømhet og hevelse der neglen skjærer seg inn i huden. Inngrodd tånegl er en vanlig tilstand i allmennpraksis. I en befolkning på 1000 vil det være to til fire personer som trenger legebehandling hvert år.

Når pasientene kommer med inngrodd negl til legevakten, spesielt om det ikke er første gang de er plaget med det, har de vanligvis gjennomført en del forebyggende tiltak for å hindre infeksjoner og forverring av plagene. Fotbad med grønnsåpe, antibiotika lokalt eller i tablettsform er blant de første behandlingsalternativer som gjerne er blitt forsøkt. Blir man likevel ikke bedre med disse tiltak, kan det bli nødvendig med kirurgisk inngrep. Ved Bergen legevakt foretrekker man å fjerne sidedelen av neglen, det man kaller for kantreseksjon, fremfor hele neglen.¹ Prosedyren er enkel til og med for en allmennpraktiker med lite kirurgisk tilbøyelighet som undertegnede. Prosedyren gjennomføres på 20 til 25 minutter og beskrives under:

1. Spør om eventuell allergi mot lokalbedøvelse. Stopp her hvis svaret er ja.
2. Grundig hudvask fra basis av tåen, hvor man skal injisere bedøvelse. Prosedyren krever ikke steril avdekning, men sterile instrumenter, engangshansker og en ren overflate under foten.

Bilateralt inngrodd negl. Injeksjonspunkt for ledningsanestesi sees tydelig i venstre tå. Linjen i bildet under markerer delen av neglen som skal klippes.



3. Ledningsanestesi: Pasienten ligger på benken, med kneet bøyd og foten godt plantet i benken. Hver tå er forsynt med fire nerver, to på oversiden og to på undersiden. Nerveblokaden utføres ved å sprøyte inn bedøvelsesmiddel proksimalt, fra dorsalsiden av tåen og til siden for beinet, først på den ene siden og så på den andre siden. Plasser venstre hånd (eller den du ikke bruker til å sprøyte med) rundt pasientens tå, slik at du kan kjenne huden plantart i tåen. Sett først en liten mengde lokal bedøvelse like under huden på den ene siden av beinet. Før sprøytenålen langsomt gjennom tåen på siden av beinet til den nesten perforerer huden plantart – til det kjennes med fingrene plassert under tåen. Stopp før du blir stukket! Aspirer og vær sikker på at du ikke setter stoffet i et kar før du setter totalt to til tre ml Xylocain (lidokain) 10 mg/ml uten adrenalin mens nålen trekkes tilbake (i alt fire til seks ml på begge sider). Gjenta prosedyren på andre siden av grunnphalangen. Vent ti minutter til bedøvelsen virker. Alle fire nervene blir på denne måten vanligvis blokkert. Effekten varer som regel en time.
4. Legg omsnøring proksimalt på tåen med gummibånd for å unngå blødning i feltet.
5. Mobiliser neglekanten med en liten skarp skje slik at den delen som skal klippes løsner fra neglesengen. Dette er spesielt viktig mot negleroten, som kan gi litt mer motstand. Løs også neglebånd fra negl i det området du skal fjerne slik at neglebåndet ikke blir skadet.
6. Når kanten er fri, bruker du saks og fjerner laterale to til tre mm av neglen helt inn til og med negleroten. Hypergranulering i neglerotområdet skraper godt vekk med en liten skarp skje.
7. Vær forberedt på blødning når stasen fjernes; dette stopper av seg selv.
8. Anbefal relativ avlastning og elevasjon av foten første døgn. Operasjonen er iblant forbundet med smerter de første ett til to døgn etter inngrepet. Gi pasienten smertestillende (paracetamol med kodein) for de neste par dagene.

I noen få tilfeller kan komplikasjoner i form av syncope, kortvarig blodtrykksfall med bradykardi, blekhet og kaldsvette forekomme som følge av en vasovagal reaksjon som respons på smerte i forbindelse med inngrepet. Dette blir sjeldnere om pasienten ligger på benken som beskrevet. Andre symptomer som nummenhet rundt munnen, tunge-parestesier, svimmelhet og kramper skal imidlertid gi mistanke om en mer alvorlig bivirkning pga. overdosering. Dette gjelder veldig få pasienter, men det er lurt å holde seg til anbefalt dosering. Sørg også for at det alltid er adrenalin lett tilgjengelig.

Lykke til i egen praksis!

Esperanza Díaz, Spesialist i allmennmedisin

¹ Av og til, spesielt ved residiv, blir prosedyren utvidet med et V-formet snitt i midtlinjen i neglen som letter presset og dermed hindrer at neglen groe inn på ny.

Neurontin Pfizer

Antiepileptikum.

ATC-nr.: N03A X12

KAPSLER, harde 100 mg, 300 mg og 400 mg: Hver kapsel inneholder Gabapentin 100 mg, resp. 300 mg og 400 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 100 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 300 mg og 400 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

TABLETTER, filmdränerade 600 mg og 800 mg: Hver tablette inneholder Gabapentin 600 mg, resp. 800 mg, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Tilleggsmedisjon ved partiell epilepsi med og uten sekundær generalisering hos voksne og barn ≥ 6 år. Indisert som monoterapi ved behandling av partiell epilepsi med og uten sekundær generalisering hos voksne og ungdom ≥ 12 år. Til behandling av perifer nevropatisk smerte som f.eks. smertefull diabetisk nevropati og postherpetisk nevralgi hos voksne.

Dosering: Tabell 1 viser anbefalt dosetitringsskjema for alle indikasjoner ved oppstart av behandling av voksne og ungdom ≥ 12 år.

Tabell 1

Dag 1	300 mg 1 gang daglig
Dag 2	300 mg 2 ganger daglig
Dag 3	300 mg 3 ganger daglig

Preparatet bør seponeres gradvis over minst 1 uke. Epilepsi: Individuell behandling på basis av toleranse og effekt. Ved doseredusjon, seponering eller bytte til et annet legemiddel, bør dette gjøres gradvis i løpet av minimum 1 uke. Voksne og ungdom: Effektiv dose varierer fra 900-3600 mg/dag. Behandling kan initiertes ved å titrere dosen som beskrevet i Tabell 1. Alternativt kan en gi 300 mg 3 ganger daglig på dag 1, deretter, avhengig av den enkelte pasientens respons og toleranse, kan doses økes med 300 mg/dag hver 2-3. dag opptil en maks. dose på 3600 mg/dag. Langsommere titring av gabapentindosen kan være nødvendig for enkelte pasienter. Det må brukes minst 1 uke på opptitrering til en dose på 1800 mg/dag, minst 2 uker på opptitrering til en dose på 2400 mg/dag og minst 3 uker på opptitrering til en dose på 3600 mg/dag. Doser opptil 4800 mg/dag er godt tolerert. Den totale daglige dose bør fordeles på 3 enkeltdosser. For å hindre gjennombruddsanfall skal maks. tidsintervall mellom dosene ikke overskride 12 timer. Barn ≥ 6 år: Startdosen bør ligge mellom 10-15 mg/kg/dag, og effektiv dose økes ved å titrere opp i løpet av en periode på ca. 3 dager. Effektiv gabapentindose for barn ≥ 6 år er 25-35 mg/kg/dag. Doser opptil 50 mg/kg/dag er godt tolerert. Den totale daglige dosen bør fordeles på 3 enkeltdosser med ikke mer enn 12 timers tidsintervall mellom hver dose. Det er ikke nødvendig å følge gabapentinplasmakonsentrasjonen for å optimere gabapentinbehandlinga. Gabapentin kan brukes i kombinasjon med andre antiepileptika uten at det vil gi endring av plasmakonsentrasjonen av gabapentin eller serumkonsentrasjonen av andre antiepileptika. Perifer nevropatisk smerte: Voksne: Behandlingen kan startes ved å titrere dosen som beskrevet i Tabell 1. Alternativt kan en starte med 900 mg/dag fordelt på 3 like doser. Deretter, basert på den enkelte pasientens respons og toleranse, kan doses økes videre med 300 mg/dag hver 2-3. dag inntil en maks. dose på 3600 mg/dag. Langsommere titring kan være nødvendig for enkelte pasienter. Det må brukes minst 1 uke på opptitrering til en dose på 1800 mg/dag, minst 2 uker på opptitrering til en dose på 2400 mg/dag og minst 3 uker på opptitrering til en dose på 3600 mg/dag. Ved behandling av perifer nevropatisk smerte som smertefull diabetisk nevropati og postherpetisk nevralgi, er effekt og sikkerhet ikke undersøkt for behandlingstid > 5 måneder. Tiden mellom kveldsdose og påfølgende morgendose bør ikke overskride 12 timer. Kan tas uavhengig av mat. Kapslene bør svelges hele med rikelig drikke. Pasienter med nedsett nyrefunksjon/ pasienter som får hemodialyse/ eldre: Ved kjent nyreinsuffisians gis redusert dose. Nyrefunksjonen bør vurderes hos eldre.

Følgende doser anbefales:

Tabell 2 Kreatinin clearance (ml/minutt)

Kreatinin clearance (ml/minutt)	Døgn dose ¹ (mg)
≥ 80	900-3600
50-79	600-1800
30-49	300-900
15-29	150 ² -600
< 15 ³	150 ² -300

¹ Denne dosen fordeles på 3 doser.

² 300 mg hver annen dag.

³ Den daglige dosen bør reduseres i forhold til kreatinin clearance (f.eks. bør pasienter med kreatinin clearance på 7,5 ml/minutt få halv dose i forhold til pasienter med kreatinin clearance på 15 ml/minutt).

Hemodialysepasienter: Til anuriske pasienter som får hemodialyse og som tidligere aldri har fått gabapentin, anbefales det en startdose på 300-400 mg, deretter 200-300 mg etter hver 4. time med hemodialyse. På dialysefrie dager skal det ikke gis gabapentin. For pasienter med nedsett nyrefunksjon som får hemodialyse, bør vedlikeholds-dosen av gabapentin baseres på de doseanbefalinger som er gitt i Tabell 2. I tillegg til vedlikeholds-dosen er det anbefalt å gi ytterligere 200-300 mg etter hver 4. time med hemodialyse.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Aarskraftsregler: Selvmordstanker og selvmordsrelatert aferd er rapportert ved behandling med antiepileptika. En metaanalyse av antiepileptika har vist en liten økning i risiko for selvmordstanker og selvmordsrelatert aferd. Mekanismen bak risikoen er ukjent og tilgjengelige data kan ikke utelukke muligheten for økt risiko ved behandling med gabapentin. Pasienten bør overvåkes for tegn på selvmordstanker eller selvmordsrelatert aferd, og nødvendig behandling vurderes. Pasienten (og pårørende) bør oppfordres til å soke medisinsk hjelp omgående dersom selvmordstanker eller selvmordsrelatert aferd oppstår. Hvis en pasient utvikler akutt pankreatitt under gabapentinbehandling, bør seponering vurderes. Selv om det ikke foreligger holdepunkter for tilbakefall av epileptiske anfall med gabapentin, kan brå seponering av antikonvulsiva hos epileptikere utløse status epilepticus. Enkelte pasienter kan oppleve en økning i anfallsfrekvens eller nye anfallstyper. Gabapentin anses ikke å være effektiv mot primære, generelle anfall som absenser, og kan hos noen pasienter forverre denne type anfall. Bør derfor brukes med varsomhet hos pasienter med blandede anfall inkl. absenser. Nedsatt nyrefunksjon. Opphør av gabapentinbehandlingen eller supplering med annet antiepileptisk legemiddel skal skje gradvis over minst 1 uke. Effekten av langtidsbehandling med gabapentin (>36 uker) på læring, intelligens og utvikling hos barn og ungdom er ikke tilstrekkelig studert. Fordelene ved langtidsbehandling må derfor vurderes opp mot den mulige risiken av slik behandling. Ved behandling med gabapentin

kan reaksjonene nedsettes hos enkelte pasienter, og pasienten må utvise forsiktighet ved bl.a. billkjøring. Gabapentin gir en forbedret anfallskontroll hos kun en del tidligere terapiresistente pasienter. Om en ikke oppnår tilfredsstillende effekt, bør derfor gabapentin gradvis seponeres. For hurtig seponering kan medføre risiko for en økning i antall anfall eller t.o.m. status epilepticus. Ved høye doser av gabapentin er det sett økt forekomst av adenomer og carcinoma i bukspyttkjertel hos hanner. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Falske positive resultater kan sees ved semikvantitative bestemmelser av total mengde protein i urinen ved bruk av dipstick-tester. Inneholder laktose. Kapslene bør ikke benyttes ved sjeldne arvelige former for galaktosemointoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukosegalaktosemabsorpsjon.

Interaksjoner: Samtidig inntak av gabapentin og antacida minsker biotilgjengeligheten med inntil 24%. Gabapentin bør derfor inntas tidligst 2 timer etter antacida. Ved samtidig bruk av morfin bør pasienter følges nøyte mht. tegn på CNS-depresjon slik som sovnighet, og gabapentin- eller morfindosene bør reduseres tilstrekkelig.

Graviditet/Amming: Omgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal gabapentin bare gis til gravide hvis fordelen klart oppveier en mulig risiko. Hvis forebyggelse av anfall svekkes eller opphører, kan dette føre til betydelig risiko for både mor og det ufødte barn. Dyreforsøk har vist reproduksjonsstoksiiske effekter, som indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Omgang i morsmælk: Går over. Fordi påvirkning av barnet er ukjent, skal forsiktighet utvises når gabapentin gis til ammende. Skal kun administreres til ammende hvis fordelen klart oppveier risikoen.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Infeksjoner: Virusinfeksjoner. Nevrologiske: Somnolens, svimmelhet, ataksi. Øvrige: Tretthet, feber. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, kvalme, tannmisdannelser, tannkjøttbetennelse, diarré, abdominal smerte, dyspepsi, forstoppelse, torrrhet i munnen eller hals, flatulens. Hjerte/kar: Hypertension, vasodilatasjon. Hud: Ansiktsodem, purpura, oftest beskrevet som blåmerker etter skade, utslett, pruritus, akne. Infeksjoner: Pneumoni, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, infeksjon, mellomørebettene. Kjønsorganer/bryst: Impotens. Luftveier: Dyspné, bronkitt, faryngitt, hoste, rhinit. Muskel-skelettsystemet: Artralgi, myalgia, ryggsmerte, muskelskrymninger. Nevrologiske: Kramper, hyperkinesi, tale-forstyrrelser, hukommelsestap, tremor, sovnloshet, hodepine, fornemmelse av prikking i huden, nedsett bereringssans, unormal koordinasjon, nystagmus, forsterkede, nedsatte eller fraværende reflekser. Psykiske: Flidtlighet, forvirring og følelesmessig labilitet, depresjon, angst, nervositet, unormal tankegang. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi, økt appetitt. Undersøkelser: Redusert antall hvite blodleger, vektøkning. Øre: Vertigo. Øye: Synsforstyrrelser som synsvakkelse, dobbeltsyn. Øvrige: Perifert ødem, unormal gange, asteni, smerte, utilpasshet, influensasyndrom, skade ved uehell, fraktur, hudavskrapning. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Palpitasjoner. Immunsystem: Allergiske reaksjoner (f.eks. urticaria). Nevrologiske: Hypokinesi. Undersøkelser: Forhøyede leverfunksjonsverdier SGOT (ASAT), SGPT (ALAT) og bilirubin. Øvrige: Generalisert ødem. Etter markedsføring: Ukjent: Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, angioødem, erythema multiforme, alopesi. Kjønsorganer/bryst: Brysthypertrofi, gynecomasti. Lever/galle: Hepatitt, gult. Muskel-skelettsystemet: Myoklonus. Nevrologiske: Andre bevegelsesforstyrrelser (f.eks. choreoatetose, dyskinesi og dystoni). Nyre/urinveier: Akutt nyresvikt, urininkontinens. Psykiske: Hallusinasjoner. Undersøkelser: Svingende blodglukosenivå hos diabetikere. Tilfeller av akutt pankreatitt. Årsaksammenhengen med gabapentin er ukjent. Hos pasienter som får behandling med hemodialyse ved terminal nyresvikt, er det rapportert om myopati med økt kreatinininkinasenivå. Luftveisinfeksjoner, mellomørebettene, kramp og bronkitt er bare rapportert i kliniske studier hos barn. I tillegg til aggressiv oppførsel og hyperkinesi rapportert hyppig hos barn. Øre: Tinnitus. Øvrige: Seponingsreaksjoner (hovedsakelig angst, sovnloshet, kvalme, smerte, svette), brystsmerter. Plutselig uforklarlig død er rapportert uten at relasjonen til gabapentin er klarlagt.

Overdosering/Forgiftning: Akutt livstruende toksisitet er ikke observert ved overdosering av gabapentin med opptil 49 g. Overdose, spesielt ved kombinasjon med andre CNS-hemmende legemidler, kan føre til koma. Symptomer: Svimmelhet, dobbeltsyn, utydelig tale, dosighet, letargi og mild diarré. Behandling: Symptomatisk. Gabapentin kan fjernes fra plasma ved hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger N03A X12.

Pakninger og priser: Kapsler: 100 mg: Enpac: 100 stk. kr 104,90. 300 mg: Enpac: 50 stk. kr 109,20. 100 stk. kr 203,60. 400 mg: Enpac: 100 stk. kr 272,00. Tablett: 600 mg: Enpac: 100 stk. kr 363,70. 800 mg: Enpac: 100 stk. kr 489,90. Refusjon:

Refusjonsberettiget bruk:

Tilleggsbehandling ved partielle epileptiske anfall med eller uten sekundære generaliserte anfall hos pasienter som ikke er tilfredsstillende kontrollert med andre tradisjonelle antiepileptika. Symptomatisk behandling av kronisk, sterk nevropatisk smerte med betydelig redusert livskvalitet og funksjonsevne. Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerten
90	Palliativ behandling i livets sluttfase
N88	Epilepsi

ICD	Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerten
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase
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 kontinuert dersom det har skjedd en vesentlig eller betydelig effekt som påvirker pasientens livskvalitet og/eller funksjonsevne. Dette skal dokumenteres i journal.

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

Sist endret: 01.04.2009
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

DOSERING: NEURONTIN

1

NEURONTIN	Oppstart			Titrering			
	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4-6	Dag 7-10	Dag 11-14	Dag 14-21
Morgen			300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600-1200 mg
Middag		300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600 mg	600-1200 mg
Kveld	300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600 mg	600 mg	600-1200 mg



Ref: 1) Neurontin FK tekst

NEURONTIN®

gabapentin