



Innhold:

LEDER: Mot et paradigmeskifte for medisinen? AV OLE ANDREAS HOVDA	1
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi? AV LIV HAUGLI	2
«The proof of the pudding is in the eating». Slik jobber vi med overvekt i Seljord. AV K. MJAUGEDAL, R. SKREDE OG E. SWENSEN	9
JENTA I DEN BLÅ SYKEHUSPYSJEN: Der jeg fikk en fremmed kropp, så legen en patologisk prosess. En analyse av pasientperspektivet ved hjelp av eget materiale. AV MARI ENGH JUEL	14
Samhandlingsutvalg mellom primærleger og regionalt helseforetak. AV FINN HENRY HANSEN	18
Reseptens mange koder. AV BERIT ROSTAD	21
Etisk prioritering av helsetjenester. AV KJELL ARNE JOHANSSON OG INGRID MILJETEIG	22
Epikondylitt – diagnostikk og behandling. AV BENNY E. STORHEIL	25
Tobakksforebyggjande arbeid mellom ungdomsskuleelevar i Florø. AV NORMUND SVOEN	32
Individuell forebygging av hjerte- og karsykdom – retningslinjer og refusjonsregler. AV STEINAR MADSEN	37
Forskrivning av B-preparater – hvordan dette oppleves av medarbeiderne. AV N. MOE, S. S. JOHANNESSEN OG N. BENTZEN	40
Fastlegen.no – allmennlegenes publikumsrettede nettside. AV TOM SUNDAR	42
SOP – en skuffelse blant yngre allmennleger. LESERBREV AV JOHAN TORGENSEN	44
Faste spalter	45

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:**Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

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

Esperanza Díaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Lisbeth Homlong

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Lovisenberggt. 21e – 435

0456 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Liv Haugli

LAYOUT/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS



Mot et paradigmeskifte for medisinen?

I denne utgaven av Utposten presenterer vi blant annet tre artikler som hver for seg er svært gode, interessante og lærerike, men som blir enda viktigere når vi ser dem i sammenheng. Det gjør nemlig at vi kan ane konturene av noe som kanskje peker fram mot et paradigmeskifte for medisinen.

I den første av disse artiklene skriver Liv Haugli om hvordan arbeidsrettet rehabilitering har deltakelse i arbeidslivet som sitt overordnede mål. I denne delen av helsevesenet er ikke korrekt medisinsk diagnose og behandling målet, men et av flere virkemidler, en del i en helhet. Dette perspektivet er spennende: Det medisinskfaglige blir revet ned fra sin pidentall, og blir så satt inn i en større sammenheng. Kjell Arne Johansson og Ingrid Miljeteig skriver i den andre artikkelen om etiske prioriteringer i helsevesenet, og peker på flere dilemma som er en konsekvens av at vi i helsevesenet faktisk er nødt til å prioritere. Mari Engh Juel sin modige og sterke fortelling om egen sykdomsopplevelse, er den tredje artikkelen som bærer i seg et håp om et paradigmeskifte. I artikkelen bringes det som dessverre kan oppleves som en ny aktør inn i helsedebatten – nemlig pasienten. Engh Juel viser oss tydelig hvordan hun som pasient er et subjekt, og ikke et objekt som rommer symptomer og en sykdom.

Det sies at forskjellen på en kirurg og Gud er at Gud ikke tror hun er kirurg. Og selv om det er en spøk som er temmelig karikert, så sier den også noe sant. Både samfunnet som helhet, og vi leger som gruppe, har tillagt oss en verdi og en autoritet som er mildt sagt noe overdrevet. Vi har fått og tatt en posisjon som vår tids presteskap, hvor vi forvalter sannheten med et touch av idealisme og nestekjærlighet. Og vi er i liten grad vant til, og villige til, å spille noe annet enn hovedrollen. Vi er opplært til at det er vi som sitter på fagkunnskapen og fasiten, og dermed har rett – ja nærmest plikt – til å forklare menneskene vi møter hva sannheten egentlig er. Ikke så ulikt hvordan deler av kirkens menn vi ikke ønsker å bli sammenlignet med, har holdt på i hundrevis av år. Denne feilaktige selvforståelsen er noe som har gitt seg, og gir seg, triste utslag hos noen allmennleger, blant annet i form av en standard konsultasjonslengde på ti minutter,

mer forenlig med god økonomi for legen enn med god allmenntidisin, og i form av manglende respekt for samarbeidende yrkesgrupper.

Som leger står vi i en tradisjon hvor vi har mye å være stolte av, men samtidig lever vi i et paradigme det er på høy tid at blir erstattet med ett nytt. Vi som er leger i dag må forstå at vi aldri kan inneha hovedrollen i møtet med en pasient. Pasienten er og blir den viktigste aktøren i relasjonen, og er ikke hos oss for å gi oss mer erfaring eller for å øke kompetansen vår. Vi leger er i møtet med pasienten for å tjene pasienten og samfunnet med legegjerningen vår. Erfaring og kompetanse er noe vi får som en bonus. Det er ikke alltid at våre gode medisinske løsninger er svaret på problemet pasienten kommer med. Med manglende tid, evne eller vilje til å lytte, får vi kanskje aldri med oss hvor pasienten opplever at skoer trykker, men kan velmenende sette i gang et behandlingsregime som ikke hjelper pasienten videre. Uansett hvor korrekt vår medisinske kunnskap er, vil den ikke hjelpe oss til å gjøre jobben vår dersom vi ikke forstår hvilken oppgave det er vi har foran oss. Vårt virke forutsetter en pasientsentrert metode, hvor problemdefinering og kommunikasjon er avgjørende, samtidig som den medisinskfaglige integriteten er intakt.

Vi trenger en ny rolle for medisinen og oss leger. En rolle preget av ydmykhet og sterk faglig integritet, med en forståelse for at all jobb vi gjør i helsevesenet er en del av en større sammenheng. En rolle preget av en bevissthet om at situasjoner som er hverdagslige og trygge for oss, ofte kan være skremmende og sjelsettende for pasienten. En rolle som ikke er statisk, men som alltid er i endring, som defineres og redefineres gang på gang. Ikke av oss selv, men av alle involverte parter i fellesskap. En rolle hvor det er viktig å se at det vi gjør alltid handler om etiske vurderinger og prioriteringer, enten de er lette eller vanskelige, tydelige eller skjulte. Og om veien til en ny rolleforståelse kan være lang, blir det bare desto viktigere at vi begynner å gå. Med etterklngen av tre artikler i Utposten friskt i minne.

Ole Andreas Hovda



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi?

AV LIV HAUGLI

Hovedpunkter i artikkelen

- sykdomsdiagnose alene er uegnet som utgangspunkt for å bidra til tilbakeføring til arbeid
- funksjonsvurdering er et viktig virkemiddel for å få oversikt over helse og fraværproblemet, individets ressurser og muligheter
- læring om egen selvforståelse er en viktig del av rehabiliteringstilbudet
- arbeidsplassen bør tilrettelegges og involveres



Liv Haugli

Overlege og fagsjef, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland

Øvrige forfattere og medlemmer av Fagrådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland:

Eli Molde Hagen, overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Innlandet

Hilde Teige, overlege, Hernes Institutt, Elverum

Øivind Andersen, prosjektleder, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland

Ole Jo Kristoffersen, avdelingsleder, Hernes Institutt, Elverum

Gerd Liv Valla, brukerrepresentant

Randi Wåge Aas, seniorforsker, International Research Institute of Stavanger (IRIS)

Det høye antallet langtidssykmeldte og uføretrygdete viser et stort behov for arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Det er manglende konsensus om hva et ARR-tilbud skal innebære. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering har et fagråd som skal definere og utvikle kjerneinnholdet i fagområdet og arbeide for at fagfeltet skal være kunnskapsbasert.

I denne artikkelen vil vi presentere noe av det teoretiske og metodiske grunnlaget for ARR i spesialisthelsetjenesten, anbefalinger til faglig kvalitet og utfordringer i fagfeltet.

Tradisjonelt har det vært mer fokus på diagnostikk og behandling av helseplager enn på hva som bidrar til at langtidssykmeldte kommer tilbake til arbeid. Sykefravær skal begrunnes med en medisinsk diagnose. I fraværssaker som har gått over lang tid kan det vurderes hvorvidt det er helseplagen eller fraværet som er problemet. Diagnosen sykmeldt er ofte mer hensiktsmessig som utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess. Årsaksforholdene til langvarig sykefravær er individuelle og sammensatte og krever en tverrfaglig tilnærming.

Et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud (ARR) vil som regel innebære en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. Funksjonsvurdering (ICF) er et sentralt verktøy. En bio-psyko-sosial og fenomenologisk forståelse av sykdom og funksjon legges til grunn.

ARR skal legge til rette for lærings- og endringsprosesser som fremmer bevisstgjøring om egne ressurser og muligheter og bidrar til å gjenvinne eller beholde arbeidsevnen. Den rådende tilnærmingen er fysisk aktivitet i kombinasjon med ulike pedagogiske tilnærminger som kognitiv atferdsterapi/veiledning samt arbeidsplassstilrettelegging. Prosess- og erfaringslæring vektlegges. Samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsevesenet og NAV må sikres for å få en god rehabiliteringsprosess.

Deltakelse i arbeidslivet

Tilbakeføring til arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne har vært et politisk satsingsområde i flere år. Over 700 000 av den yrkesaktive befolkningen i Norge er ikke i arbeid, og antall nye uføretrygdete er høyt (1). Behovet er derfor stort for å finne arbeidsrettede tiltak som kan hjelpe langtidssykmeldte og uføre tilbake til arbeidslivet.

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er rehabiliteringsprosesser med deltagelse i arbeidslivet som overordnet mål. Det er 38 rehabiliteringsinstitusjoner som i dag har avtale med et regionalt helseforetak og/eller NAV om ARR som et døgnbasert tilbud. I tillegg er det ca 50 institusjoner som har avtale med NAV om dagopphold. Det er manglende konsensus om hva et slikt tilbud skal innebære. De to bestillerne, NAV og helseforetakene, har ulike definisjoner om hva ARR er og dermed ulike krav i sin bestilling til tjenesteyterne.

Årsaker til sykefravær

Diagnose er utgangspunktet for sykefravær, og tradisjonelt har det vært mer fokus på diagnostikk og behandling av helseplager enn på hva som kan bidra til at langtidssykmeldte kommer tilbake i arbeid. Psykososiale forhold på arbeidsplassen påvirker sykefraværet (2). Derfor er det viktig å dra arbeidslivsdimensjonen inn i totalvurderingen av årsak til sykefravær og i kartleggingen av eventuelle barrierer som kan hindre gjenopptagelse av jobben.

Over 50 prosent av de sykmeldte har diagnoser som muskel-skjelett-plager og lettere psykiske lidelser. Mange langtidssykmeldte har diagnoser uten funn av noen objektive tegn på sykdom (3). Ved mange av disse diagnosene er det påvist at personene har flere helseplager, f. eks. blir angst og depresjon ofte rapportert ved ulike somatiske plager. Denne komorbiditeten vanskeliggjør tilbakegang til arbeidslivet (4), og øker risikoen for å bli uføretrygdet (5). Andre risikofaktorer er lav utdanning, å være kvinne, jobbe i barnehage, helsevesen eller kjøkken (6). Det er også vist at egne tanker og tro om at arbeidsevnen er nedsatt og at jobben vil forverre plagene, øker sjansen for forlenget sykmelding (4). Mye tyder på at tidlig intervensjon med påvirkning av egen forståelse av sykdommen, påvirkning av arbeidsmiljøfaktorer og oppfølging har betydning for resultatet.

Et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud tilbyr en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. FOTO: S. WIKEL/AR



Sammensatt bilde

Årsakene til sykefravær er komplekse og involverer medisinske, sosio-demografiske og psykiske forhold. I tillegg har type arbeid samt det fysiske, holdningsmessige og sosiale miljøet betydning som årsaker til sykefravær. I fraværssaker over lang tid kan det vurderes om det er helseplagene eller fraværet som er diagnosen. Ofte kan begge deler betraktes som et problem som skal løses. I noen tilfeller kan helseproblemet tilsynelatende være løst, mens fraværproblemet ikke er løst. I andre tilfeller hvor helseproblemet ikke er løst kan likevel fraværet være helt eller delvis løsbart (7). Diagnosen sykmeldt kan derfor ofte være mer hensiktsmessig som utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess med arbeid som mål.

Hvem kan ha nytte av ARR?

En stor andel av de langtidssykmeldte er ferdigbehandlet eller ferdig utredet, men klarer likevel ikke å komme tilbake i arbeid. En økende andel av befolkningen kommer av ulike helsemessige årsaker ikke inn i arbeidslivet. Det er disse gruppene av pasienter som vi mener kan ha behov for et spesialisert ARR-tilbud. I noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig å starte rehabilitering før behandlingen er ferdig.

ARR bør inngå i en helhetlig behandlingsskjede hvor lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) er sentralt. Tilbudene i Norge i dag kan beskrives på tre ulike nivåer:

1. Primærhelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, NAV-tilbudene (oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering)
2. Polikliniske tverrfaglige funksjonsvurderinger og dag-rehabiliteringstiltak
3. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering

NAV er en viktig del av behandlingsskjeden på alle nivåer og en sentral part for å legge økonomiske rammer for en god prosess tilbake til arbeidslivet.

Kompetanse og innhold i ARR

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der deltakelse i arbeidslivet er definert hovedmål. Dette krever parallelle og tverrfaglige intervensjoner mot helse og arbeid der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet.

Den sammensatte årsakssammenhengen til langvarig sykefravær og uførhet krever en tverrfaglig tilnærming. Fag-

Verdigrunnlaget i arbeidsrettet rehabilitering:

- Arbeid er helsefremmende
- Å delta i arbeidslivet er en rettighet alle voksne har
- Det er mer som er friskt i oss enn sykt
- Vi har alle ressurser og noen av ressursene våre er ubevisste
- Fagpersonenes oppgave er å bidra til økt bevisstgjøring av ressurser og muligheter

rådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering anbefaler derfor et tverrfaglig tilbud som bygger på en bio-psyko-sosial og fenomenologisk forståelse av sykdom og plager, som vil kunne favne denne kompleksiteten. Med en bio-psyko-sosial forståelse menes anerkjennelse av biologiske, psykiske og sosiale faktorer for utviklingen av helseplager. Med en fenomenologisk forståelse menes at pasienten må ses i sammenheng med sine opplevelser og erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon.

Tverrfaglige tiltak har effekt

Det er god dokumentasjon på at tverrfaglige tiltak har effekt på sykefravær for personer med ryggplager (8–10). En tverrfaglig intervensjon inneholder som regel en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. Fagrådet anbefaler at det tverrfaglige teamet skal ha kompetanse i medisinsk rehabilitering, kognitiv tilnærming (veiledning), friskliv/idrettspedagogikk, arbeidsliv/arbeidsmiljø og samhandlingskompetanse om velferdssystemets regler og tiltaksordninger. Alle ansatte i et slikt team må arbeide ut fra at brukeren trenger bistand fra flere fagfolk/fagmiljøer samtidig. Dette forutsetter at institusjonen har ansatte med ulike særfaglige helseutdanninger og yrkesbakgrunn. Fagfolkene må se sin rolle som en del av en større prosess, der brukerens måloppnåelse ligger utenfor hver særfaglighets begrensede virkeområde.

Et ARR-opphold innebærer gjerne ulike trenings og læringsaktiviteter i grupper og individuell kontakt med ulike yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. Kontakten med NAV og arbeidsgiver og plan mot yrkesaktivitet bør vektlegges før og under oppholdet. Flere institusjoner tilbyr ulike former for læring i grupper, som skal bidra til økt bevisstgjøring av brukerens ressurser og hvordan han/hun kan nå egne mål (11). Brukeren skal gå fra rollen som passiv mottaker til å være en aktiv deltaker. Verdigrunnlaget i ARR er at arbeidslivsdeltakelse er en viktig bærebjelke i menneskers liv, selv om man blir rammet av langvarig sykdom og funksjonstap. Alle har ressurser, muligheter og ønsker. Det er viktig at rammene rundt oss gir oss muligheter

til å utnytte dem slik at vi kan ta ansvar, møte utfordringer, gripe utviklingsmuligheter og selv gjøre en innsats for å nå de mål vi setter oss.

Tiltak på en ARR-institusjon skal være rettet både mot individet og mot arbeidsplassen som samtidige prosesser. Blant de individrettede tiltakene er å vurdere funksjon, avklare diagnose og starte endringsprosesser.

Funksjonsvurdering

Funksjonsvurdering er et sentralt verktøy i rehabiliteringen. I henhold til WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemming (ICF) kan menneskelig funksjon og funksjonsproblemer beskrives ut fra både et *deltakelsesperspektiv*, et *aktivitetsperspektiv* og et *kroppsperspektiv* (FIGUR 1 PÅ NESTE SIDE).

Den enkeltes funksjonsevne innenfor hvert av disse perspektivene påvirkes av helsetilstanden, av personlige faktorer og av faktorer i omgivelsene. Omgivelsesfaktorene inkluderer både fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorer i personens umiddelbare omgivelser og i samfunnet for øvrig. I kartleggingen av funksjon handler det om å identi-

sere problemene som hindrer arbeidsdeltakelse og identifisere områder som bidrar til å styrke arbeidsdeltakelsen. Problemlisten kan være et utgangspunkt for hvor vi kan intervensere og endre fokus til å se på mulighetene og pasientens ressurser i stedet for begrensningene. Det vi fokuserer på gjør vi større. Ved å bidra til økt bevisstgjøring av pasientens ressurser vil han allerede i en kartleggingsfase kjenne seg styrket på vei mot målet; tilbake til arbeidslivet. Kartlegging av begrensningene er ofte koblet opp mot diagnose. Meningen er at ICD-10 og ICF skal utfylle hverandre slik at en får en mer meningsfull beskrivelse av helsetilstanden ved at funksjon knyttes til helsetilstand.

Medisinsk undersøkelse og tilnærming

Tilbudet skal inneholde grundig klinisk undersøkelse og vurdering av brukerens helsetilstand i et bio-psyko-sosialt perspektiv og med en fenomenologisk grunnlagsforståelse. Både problemer og ressurser i alle ICF-dimensjonene skal vurderes. Dette innebærer at man benytter en strukturert klinisk metode, der diagnostiske verktøy, systematisk undersøkelse og diagnostisk avklaring inngår som innledning til og en forutsetning for etterfølgende intervensjoner og aktivitetstilbud.

Læring i grupper bidrar til økt bevisstgjøring av brukerens ressurser og hvordan han/hun kan nå egne mål. FOTO: L. HAUGL/ARK



Den kliniske undersøkelsen har fokus på å få frem brukerens forståelse av og erfaringer med sine symptomer/plager. Det man finner som er normalt må formidles for å trygge og redusere engstelse og usikkerhet. Undersøkelsen skal bidra til økt forståelse av hva eventuelle funn betyr for brukeren, spesielt konsekvenser for funksjon, aktiviteter og deltakelse. For å oppnå dette bør man sjekke ut brukerens forståelse av mulige årsaker til sykdomsutvikling og mulige tiltak som kan bedre forholdene samt bidra til å endre brukerens forståelse der det er hensiktsmessig. Tilbudet skal legge til rette for tilstrekkelig tid til denne typen undersøkelse og intervensjon. Man bør også i samarbeid med resten av rehabiliteringsteamet gjenta eller videreføre dette ved behov, da økt bevisstgjøring og forståelse innebærer prosess- og erfaringslæring.

Endringsprosesser og læring

ARR legger til rette for læring og endringsprosesser hos brukeren. Mange med langvarige muskel-skjelett-plager endrer livsstil og atferd med selvpålagte restriksjoner av daglige aktiviteter og sosial deltakelse. Dette kan bidra til å opprettholde symptomer og plager og må påvirkes og endres under oppholdet. Mange pasienter kommer til et ARR-opphold med forventninger om å få behandling og bli frisk. De har ofte en forståelse av at deres plager og symptomer har en biologisk årsak som ligger utenfor deres kontroll til å påvirke, og de har forventninger til helsevesenet om å finne årsaken, slik at den kan fjernes eller reduseres. De henvender seg til helsepersonell som presump-

kan og vet, og den sykmeldte kan ofte ta rollen som passiv mottaker – en «gjør meg frisk»-rolle. I møtet mellom bruker og helsepersonell ligger det uuttalte forventninger, holdninger, følelser og tradisjonelle handlingsmønstre, som kan være en hindring for pasientens mestringsstrategi. Den pedagogiske utfordringen er å flytte oppmerksomheten fra behandlerrollen som friskgjører til pasientens selvforståelse og egen innsats.

I tillegg til å være behandler med fokus på diagnose og funksjonshemninger, er utfordringen å være veileder med fokus på brukerens ressurser, muligheter og mestringsveier. Veiledningen tar sikte på å utvikle arbeids- og kommunikasjonsformer som bidrar til at brukeren blir bevisstgjort om sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppens reaksjoner – og hvor brukerens erfaringer sammen med medisinsk kunnskap gir gjensidige gevinster for brukerens endringsprosesser. Dette fordrer at brukeren beveger seg fra å være en passiv mottaker til en aktiv deltaker som ser på seg selv som *eksperten i eget liv*.

Det er i dette spenningsfeltet av forventninger at vi som fagpersoner beveger oss for å oppnå «empowerment» (selvstyrking), helse og deltakelse i arbeidslivet hos brukeren. Forventningsavklaring tidlig i samhandlingen er derfor vesentlig.

Læring er noe annet enn undervisning – eller å bli fortalt noe. Å lære er å oppdage og det er bare personen selv som kan oppdage for seg (12). Det er en forskjell i å bli fortalt om egne ressurser og å oppdage dem selv. Oppmerksomhetstrening kan bidra til økt bevisstgjøring av sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner (13). Gruppebaserte pedagogiske opplegg basert på oppmerksomhetstrening og kognitive tilnærminger («mindfulness-based cognitive therapy») har vist seg å bidra til at pasienter med kroniske muskel-skjelett-smerter og psykiske lidelser kommer tilbake i arbeid (14, 15).

Fysisk aktivitet/ trening

Ut fra undersøkelser og samtaler tilrettelegges fysisk aktivitetsopplegg. Det er godt dokumentert at ulike treningsformer reduserer smerte og bedrer funksjonen hos voksne med ryggplager (16), og hjelper de med langvarig ryggplager til å gjenoppta aktivitet og komme tilbake i arbeid. I en undersøkelse fra en ARR-institusjon rapporterte brukerne positiv erfaring ved at

I henhold til WHO's internasjonale klassifisering av funksjon og funksjonshemming (ICF) kan menneskelige funksjon og funksjonsproblemer beskrives ut fra både et deltakelsesperspektiv, et aktivitetsperspektiv og et kroppsperspektiv.

ICF – Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse



den fysiske aktiviteten ikke gjorde noe skade og bidro til økt mestring. Brukere med smerterelatert frykt rapporterte redusert frykt for bevegelse og aktivitet, men hadde like mye frykt for smerte i forhold til jobb etter endt opphold (17).

I en annen studie er det vist at hos pasienter med angst og depresjon kan fysisk aktivitet sammen med kognitiv adferdsterapi være en hensiktsmessig tilnærming (18).

Forhold ved arbeidsplassen

Kartlegging av forhold på arbeidsplassen og dialog med arbeidsgiver er viktig for tilbakeføring til arbeid. Pransky hevder at de største barrierene, men også de beste mulighetene for å hjelpe sykmeldte tilbake i jobb, finnes på den enkelte arbeidsplass (19). Flere studier har vist at tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt med helsepersonell og arbeidsplass er assosiert med økt tilbakeføring i arbeid (20). Tompa peker på samhandling mellom helsefaglig ekspertise og ledelse på arbeidsplassen, der den sykmeldte selv også involveres (21). Samhandling og samarbeid er en nøkkelfaktor for å oppnå resultater. I noen tilfeller kan det være nok å bidra til en konstruktiv dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, i andre tilfeller kan det være behov for mer samarbeid med fysisk eller organisatorisk tilrettelegging. Ofte er det også behov for å trykke lederen i forhold til arbeidskapasitet og krav. Mange ledere er engstelige for å kreve for mye, engstelige for å bidra til økt sykelighet og vil derfor kanskje søke å unngå hele prosessen.

Videreutvikling av fagområdet

ARR har mange utfordringer. Fagområdet hører inn under to departementer, begge med et mål om å redusere sykefraværet og antall uføretrygdete, men der veiene til målet ikke er samkjørt. De definerer fagområdet ulikt og har forskjellige krav til de ulike tilbyderne innen ARR. Verken helsemyndighetene eller NAV har definert hva som er god kvalitet i et ARR tilbud. Vi foreslår at rapporten om kvalitetsmål for ARR, utarbeidet av fagrådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering legges til grunn for diskusjon og konsensus (22).

Det er behov for økt kunnskap om fagområdet i grunnutdannelsen til helsepersonell, og det er behov for videreutdanningstilbud. I samarbeid med kompetansesenteret har Diakonhjemmet Høgskole etablert et tilbud om videreutdanning i ARR. Fagmiljøet trenger å utforske hvordan tilbudet faktisk ytes, hvilke komponenter som er i bruk, men også hvordan de kan sammenføres til et skreddersydd tilbud for den enkelte. Dette bør gjøres forskningsbasert.



Fysisk aktivitet bedrer både funksjons- og mestringsevnen hos en rekke pasientgrupper, i første rekke dem med muskelskjelett-lidelser og psykiske plager. FOTO: L. VANGU/NTB

Nasjonalt kompetansesenter for ARR har en viktig rolle i å videreutvikle et nettverk av ARR-institusjoner for å styrke fagfeltet innen forskning, formidling og nettverksaktiviteter. Ikke minst er det viktig å finne metoder som kan styrke kompetanseutviklingen og samhandlingen i hele behandlingskjeden.

Referanser

1. NAV. Tall og analyser fra NAV. <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse>. 2010.
2. Christensen KB, Feveile H, Labriola M, Lund T. The impact of psychosocial work environment factors on the risk of disability pension in Denmark. *Eur J Public Health* 2008 Jun;18(3): 235–7.
3. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004 Apr;56(4):445–8.
4. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR. Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005 Dec 15;30(24): 2717–23.

5. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002 Aug 15;27(16):1790-6.
6. Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work* 2007;28(3):225-30.
7. Aas RW. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
8. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009 Feb;41(3):115-21.
9. Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med* 2008 Nov; 40(10): 796-804.
10. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005 Aug;19(4):655-70.
11. Haugli L, Steen E, Lærum E, Finset A, Nygaard R. Agency orientation and chronic musculoskeletal pain: effects of a group learning program based on the personal construct theory. *Clin J Pain* 2000 Dec;16(4):281-9.
12. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. 1986. Oslo, Didakta Norsk Forlag.
13. de Vibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kronisk sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006 Aug 10;126(15):1898-902.
14. Haugli L, Steen E, Lærum E, Nygård R, Finset A. Psychological distress and employment status in patients with chronic musculoskeletal pain. Results from a group learning programme as an occupational rehabilitation approach. *Psychology, Health & Medicine* 2003;8(2):135-48.
15. McCracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *J Pain* 2009 Apr;10(4):408-15.
16. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD000335.
17. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2008 Jul;40(7):548-54.
18. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry* 2008;62 Suppl 47:25-9.
19. Pransky G, Gatchel R, Linton SJ, Loisel P. Improving return to work research. *J Occup Rehabil* 2005 Dec;15(4):453-7.
20. Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. *Clin J Pain* 2003 Mar; 19(2):105-13.
21. Tompa E, de Oliveira C, Dolinski R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil* 2008 Mar;18(1):16-26.
22. Haugli L, Andersen Ø, Teige H, Valla GL, Aas RW, Kristoffersen OJ, et al. Kvalitetsmål for institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. http://www.air.no/?ac_id=178. 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
liv.haugli@air.no



Eksem-veiledning for allmennpraktikere

Savner du veiledning fra spesialisthelsetjenesten?
 Usikker på om kortisonkrem kan brukes på infisert eksem eller om du skal teste pasienten for allergi?

Nå kan du prøve ut et nytt veiledningskonsept for allmennpraktikere, der målet er økt kompetanse innen atopisk eksem og allergier.

Vi søker etter primærleger som vil være med i en randomisert kontrollert studie som skal undersøke effekten av individuell veiledning via MMS eller epost, samt gjennom nettkurset "Hjelp, det klør!".

Forutsetning for å delta er at du er autorisert lege og for tiden jobber i allmennpraksis. Veiledningen varer i 6 måneder og starter 15. september 2010.

For mer informasjon kontakt:
 hudlege Thomas Schopf:
 Telefon: 915 27 503
thomas.roger.schopf@telemed.no

www.telemed.no/veiledning

Skrive i Utposten?

Har du et tema du er opptatt av og vil skrive en artikkel om?

Kanskje har du nettopp hatt en pasienthistorie som var ekstra lærerik eller gjorde inntrykk på annen måte, som du kan tenke deg å dele med andre kollegaer?

Redaksjonen tar imot artikler og historier til våre faste spalter «Lærerike kasuistikker», «Tips til praksis» og «Historie fra virkeligheten». Vi forbeholder oss retten til å vurdere innsendte bidrag, men bidrar gjerne med tips til hvordan bidragene kan bli enda bedre.

Ta kontakt med Tove Rutle, redaksjonssekretær, på e-mail rmrtove@online.no, eller en av redaktørene (kontaktinformasjon på forsiden innside) dersom du har et bidrag eller en ide.

Alle bidrag belønnes med et originalt kunstverk og ekstra utgaver av den aktuelle utgivelsen.

For trykte artikler er det også mulig å søke Spesialistkomiteen i allmennmedisin om poeng til etter-/videreutdanning i allmennmedisin, tellende som valgfrie aktiviteter.

«The proof of the pudding is in the eating»

Slik jobber vi med overvekt i Seljord

AV KARI MJAUGEDAL, RAGNHILD SKREDE OG ELISABETH SWENSEN

«Ikke tale om at vi skal drive slankeklubb på legekontoret», sa legen oppbragt.

Det må ha vært en gang i 2006. Posthyllene på Seljord helsesenter flommet som vanlig over av velment og trolig påkostet informasjon om viktigheten av å spise sunt og bevege seg mer, særlig for de fete som på det tidspunktet for alvor fikk myndighetenes oppmerksomhet. Ingenting er mer akutt antforebyggende enn generelle oppfordringer og selvfølgheligheter på glanset papir, betalt over skattesedelen. Likevel skal denne artikkelen handle om at vi faktisk tok utfordringen, systematiserte vår egen praksis i forhold til overvektige pasienter, og søkte eksterne midler i en avgrenset periode for å se om vi kunne formaterer dette til et prosjekt overførbart til andre. Oftest er det slik at prosjekter blir til ny virkelighet. Her var det mer slik at vi trengte et prosjekt for å se hva vi egentlig drev med. Artikkelen er en ganske enkel beretning, med et praktisk fokus, om hvorfor vi satte i gang, hva vi gjorde, og hvordan det gikk.

Hvorfor?

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i hele den vestlige verden. I Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av fedme og overvekt heter det: «Individrettet forebygging i primærhelsetjenesten må ta utgangspunkt i en samlet risikovurdering med fokus på personer som foruten overvekt, har vektrelaterte risikotilstander eller tilleggslidelser» (1).

Kari Mjaugedal er sykepleier, **Ragnhild Skrede** kommunefysioterapeut og **Elisabeth Swensen** kommunelege i Seljord kommune. Alle arbeider fast ved Seljord helsesenter.

Helsevesenets mandat er å hjelpe folk, ikke skade eller krenke dem. Dette er også nedfelt i policydokumentet om forebyggende helsearbeid fra Norsk forening for allmennmedisin (2). Mye av retorikken rundt overvekt er preget av forakt for målgruppen. Noen er bare tykke og synes trolig det er helt ok eller i alle fall ikke noe andre har noe med. Det må være greit også for mennesker med en stor kropp å gå til legen for øreverk uten å få velmente kommentarer med på kjøpet om kroppsfasong og hvor galt det kan gå. Det er også belegg for å hevde at overvekt i seg selv ikke er det største problemet, men at overvekt ofte signaliserer lavt aktivitetsnivå og dårlige kostvaner som koder for fremtidige helseproblemer. Det sier seg selv at dette ikke er pasienter med høy grad av mestring og rasjonell helseatferd, det ligger i sakens natur. Å sende dem ut fra konsultasjonen med de vanlige frasene om kost og mosjon blir omtrent like kontraproduktivt som når myndighetene gjør det samme overfor legene. Både pasienter og leger trenger konkrete verktøy som er tilpasset den virkeligheten de lever og praktiserer i, samt et system for å måle resultater.



Hvordan?

Seljord er en landkommune med 3000 innbyggere og et typisk kommunalt helsesenter med samlokalisering av kurative legetjenester, fysioterapiavdeling og helsestasjon. Alle ansatte er på fast lønn, og vi har tradisjon for å bruke hverandre mye på tvers av profesjonene. Vi bestemte oss for å formulere vårt prosjekt som et lokalt, systematisk og skreddersydd tilbud til pasienter med overvekt som i tillegg hadde manifest sykdom eller særlig høy risiko for sykdom med direkte relasjon til overvektsproblematikken. Pasientene måtte henvises til prosjektet av sin fastlege. Vi var bevisste på at dette var en del av vårt behandlingstilbud på grunnlag av en konkret medisinsk vurdering, ikke primært et slankeopplegg. Det var samlet risiko og ikke BMI i seg selv som var inngangsbilletten. Pasientene måtte melde seg inn og eventuelt ut av prosjektet, fremmøte ble registrert fortløpende, og fravær ut over et visst antall ganger førte til at vedkommende ble formelt utmeldt og mistet tilbudet inntil eventuell ny henvisning fra lege. Utøvende ledd i prosjektet var sykepleier ved legekontolet og kommunefysioterapeuten. Kommunelege I sto som leder i forhold til bevilgende instanser og kommuneledelsen. Den aktuelle sykepleieren ved kontolet hadde allerede i mange år forut for overvektsprosjektet hatt særlig interesse for diabetes og gradvis fått mye selvstendig ansvar for denne pasientgruppen på vårt kontor. Fysioterapeuten hadde veilederkompetanse og erfaring med tilrettelegging av fysisk aktivitet både for funksjonsfriske og pasienter med særlige behov.

Vi søkte og fikk et relativt beskjedent beløp – 163 000 kroner – fra de såkalte «Helsedialog-midlene». Pengene var øremerket samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, i tillegg til at prosjektene skulle være bærekraftige ut over prosjektperioden og implementeres i daglig drift. Vårt utgangspunkt var altså å systematisere en praksis vi allerede drev sporadisk, ulikt og uten resultatmål. I tillegg lå det som forutsetning for tildelingen av prosjektmidler at vi skulle samarbeide med 2. linjetjenesten, noe vi for så vidt alt gjorde, men avgjort med rom for forbedring. I vårt tilfelle var de naturlige samarbeidspartnere lokalsykehuset (Notodden), dietetiker, og i noen grad overvektsprosjektet ved Telemark rehabiliteringssenter (Nordagutu).

Pengene ble brukt slik:

Frikjøp av sykepleier i 20 prosent stilling	kr 83 000
Andre lønnsutgifter (fysioterapeut timebasis)	kr 50 000
Hospitering (reising m.m.)	kr 20 000
Diverse opplysningsmateriell/bøker/brosjyrer	kr 10 000

Praktisk gjennomføring

- Sykepleier og fysioterapeut hadde i utgangspunktet gode forutsetninger for å drive endringsarbeid. De

brukte noe av prosjektmidlene til å oppdatere sine kunnskaper om kost og metodikk, skaffe egnet informasjonsmateriell, samt hospitere hos samarbeidspartnere i 2. linjen.

- Sykepleier ble frikjøpt en dag i uka i prosjektperioden, i praksis noe mindre fordi deler av tiden også gikk til oppfølging av diabetespasienter som ikke tilhørte prosjektet. Fysioterapeuten mottok noe lønn fra prosjektet på timebasis.
- Vi formulerte en enkel protokoll som tydeliggjorde formål, inklusjonskriterier, rollefordeling, dokumentasjon og evaluering.
- Prosjektet ble gjort kjent i lokalavisen, men ble ikke markedsført som slanking.
- Fastlegene på kontolet ble informert om kriteriene for henvisning til prosjektet, samtlige uttrykte sin tilslutning til prinsippet om helhetlig vurdering av sykkelighet og tilleggsrisiko fremfor ensidig overvektsfokus.
- Når pasienten var blitt henvist fra lege, fikk hun/han relativt raskt time hos sykepleier. Det ble satt av god tid til førstegangssamtale der hovedfokus var pasientens egne forutsetninger, forventninger, kunnskap og motivasjon (se eget avsnitt nedenfor).
- Pasienten fikk etter ønske avtale med fysioterapeut for tilrettelegging av fysisk aktivitet. Opplegget hos fysioterapeut varierte fra individuelt tilrettelagt treningsopplegg til egne gruppeaktiviteter for denne målgruppen, eventuelt en kombinasjon. Det individuelle treningsprogrammet for hver enkelt ble fulgt opp av fysioterapeuten og evaluert underveis. Fysioterapeuten laget avtale med kommunens svømmebasseng (på skolen) om egne tidspunkter for bassengtrening for vår målgruppe. Bassengtreningen ble ledet av fysioterapeuten. (Se eget avsnitt nedenfor).
- Legene var involvert i prosjektet som rådgivere og samtalepartnere for sykepleier og fysioterapeut ved behov, pasientene ble ikke tatt inn til legetimer som del av prosjektet.
- Varigheten av prosjektet for hver enkelt pasient varierte, avhengig av behov for støtte og opplevd gevinst. Ved manglende fremmøte til tross forurring ble kontakten med prosjektet avsluttet på vårt initiativ.

Sykepleieren:

Den første samtalen varer ca en klokke og er todelt: Pasienten snakker først med vekt på konkret kosthold og spisemønster, mens jeg etterpå går igjennom opplegget vårt. Jeg er også den som formidler kontakt videre til fysioterapeut. Ved første møte får alle utdelt «mappa si». Kort fortalt inneholder den litt kostlære/ernæringslære, byttelister («dårlig» mat kan byttes i «bra» mat), konkrete forslag



R. Skrede 2010

til dagsplaner, samt informasjon om hvordan varedeklarasjoner på matvarer skal brukes. Et ark med «tanketips på veien mot kostholdsendringer» ligger også med. Vekt og BMI måles hos alle, også blodtrykk der det er lenge siden sist. Aktuelle blodprøver er allerede tatt av fastlegen. Før neste samtale får pasienten i hjemmelekse å finne ut hva som *bør* endres på og hva som *kan* endres på. Jeg har klar fokus på at dette *ikke* er noen slankeklubb, men at de endringene som gjøres også skal gjelde om ett år, om tre år og gjerne for alltid. Alle anbefales å komme tilbake om to uker for en tankeoppsummering uansett om de ønsker å fortsette i opplegget eller ikke. Som tallene viser er de fleste da veldig klare for forandringer, og denne fasen er gjerne svært grei å jobbe med.

Deretter begynner den vanskeligste delen, og da er behovene for oppfølging veldig forskjellige. Pasientene bestemmer. Erfaringene så langt tilsier at de aller fleste trenger tett oppfølging – gjerne hver 14. dag – de to-tre første månedene. Deretter varierer det mye.

Samtalene starter alltid med en generell prat om hvordan det går og eventuelle problemer – før vektkontrollen. Jeg bruker mye tid på konkret kunnskapsformidling. Særlig damene er veldig opptatt av hva de kan og bør spise, målti-

denes sammensetning og ikke minst oppskrifter! Jeg har hentet fra ulike kilder: Diabetesforbundet, Grete Roede og Helsedirektoratet («Kokebok for alle, fra boller til burritos»). Vi snakker mye om matinnkjøp, og jeg bruker også tid på å konkretisere trim: Bruk trapper! Gå til butikken! Handle ofte, gjerne med ryggsekk! Gå til venner, eventuelt en vei hvis den er lang! Gå til jobb!

Erfaringene tilsier at motivasjon er alfa og omega. Pasienter som nylig har fått påvist hypertoni eller diabetes i tillegg til overvekt lykkes ofte i å gå ned i vekt. Like viktig er det at om ikke vekten går så mye ned, opplever flere å stanse en økende vekt, altså å ikke legge på seg mer. De pasientene som klarer å endre måltidsvaner fra få og store måltider til færre og mindre har store sjanser for å lykkes. Jeg har registrert bedre blodsukkerregulering og stabilisering av blodtrykk hos mange diabetikere/hypertonikere selv der vekten ikke har endret seg så mye.

Fysioterapeuten

Noen av pasientene ønsker å trene alene etter veiledning fra fysioterapeut. Avtalen er da at den enkelte får et tilpasset treningsopplegg, gjennomfører dette en eller to ganger i uka, og så blir det vurdert sammen med meg etter en måned. Opplegget for denne treningen dreier seg om kondi-

sjon (ergometersykel) og styrketrening. Frafall er et problem, og tilbakemeldingene er ikke uventet at det er vanskelig å holde motivasjonen oppe. Min vurdering er at fysioterapeuten må være til stede og «coache» hver treningsøkt. I tillegg er det dannet en trimgruppe. Her er det mellom fire og åtte tilstede en gang i uka. Da er det sirkeltraining, ulike poster med vekt på styrketrening. Dette fungerer bra, og pasientene gir gode tilbakemeldinger: «Supert!» «Er så sliten og god etter hver trening» «Oj, dette skulle vi ha hatt tidligere!»

I bassenggruppen er det mellom fire og åtte deltagere hver gang. Jungeltelegrafene har begynt å virke, og det kommer stadig forespørsel om å få delta. Det som er bra med bassengtrening er at pasientene føler seg «så lette»! I tillegg er det skånsomt for slitne ledd, et vanlig problem i denne pasientgruppen. Øvelsene er lagt opp slik at den enkelte presser seg selv, ikke sammenligner seg med de andre. I gruppen er det en alderssammensetning fra 26 til 60 år, noe som virker positivt. Det er kommet mange gode tilbakemeldinger på dette opplegget: «Kjempebra!» «Herlig å trene i vann!» «Føler meg som en andunge som flyter så lett og flott!»

Resultater

Fordi dette prosjektet ikke hadde noen tydelig start- og sluttdato – vi hadde allerede en praksis på området og har i ettertid fortsatt – har vi tatt utgangspunkt i den perioden der vi har konsistent og fullstendig dokumentasjon, dvs fra mars 2007 og ut 2008. I presentasjonen av resultater er det viktig å presisere at tallene nedenfor er ment for å gi et kvantitativt inntrykk. Det viktigste resultatet er egentlig våre egne erfaringer med denne formen for organisering av et prosjekt i egen praksis, samt tilbakemeldingene fra de som deltok.

ANTALL DELTAGERE TOTALT:	47 (33 kvinner, 14 menn)
ANTALL DROP-OUTS:	7 (1 flyttet, 3 sluttet etter informasjonssamtale, 3 falt ut)
ALDER:	kvinner: 29–65 år (gjennomsnitt 42) menn: 34–71 år (gjennomsnitt 54,8)
MANIFEST DIABETES:	11
MEDIKASJON FOR HØYT BLODTRYKK:	15
TID TILKNYTTET PROSJEKTET:	> 1 år: 7 6–12 mndr: 24 < 6 mndr: 9
DELTATT TRENINGSOPLLEGG:	18 (15 kvinner, 3 menn)
ORGANISERT BASSENGTRENING:	9 (hvorav 4 også trener individuelt)
ANTALL NED I VEKT:	37
ANTALL OPP I VEKT:	3
VEKTNEDGANG:	Gjennomsnitt: 5,7 kg «beste resultat» 22,3 kg

Diskusjon

Dette er et lavmælt og relativt lite ambisiøst prosjekt med en klar målsetting om at planen skulle være gjennomførbar og bærekraftig for både deltagerne og oss som helsepersonell på lang sikt. Samhandlingseffekten var avgjørt størst horisontalt, innad i kommunen, men vi hentet også nyttige tips hos våre samarbeidspartnere i andrelinjen og oppsummerer det som nyttig å kjenne hverandres kompetanse. Vi oppsummerer det som den største suksessen at nesten alle deltagerne – 40 av 47 henviste – opplevde prosjektet som så positivt at de fortsatte å komme etter de innledende samtalene. Erfaringsmessig er det mange pasienter som sier at de gjerne vil endre livsstil og som også har kortvarige ambisiøse forsøk, men som ender tilbake i sitt gamle mønster. Dermed er det en suksess at prosjektet fortsetter i ettertid med uforminskert innsats uten ekstern finansiering. Det er selvsagt gledelig at 37 pasienter gikk ned i vekt og at vi må anta at prosjektet har medvirket til at de deltagende 40 pasientene i noen grad har fått redusert sin risiko for alvorlig sykdomsutvikling og kanskje et bedre liv i småskalamålestokk. Det er også grunn til å anta at prosjektet har ringvirkninger i deltagerens familie og nærmiljø. For oss som helsesenter har prosjektet bekreftet at en tverrfaglig tilnærming til komplekse tilstander som overvekt gir uttelling og at individrettet forebygging i dette formatet faktisk gir mening.

Vi har oppsummert noen enkle suksesskriterier basert på våre erfaringer:

- Seleksjon av deltagere med økt sykdomsrisiko, ikke lavterskel slankeklubb
- Gjensidig kontrakt mellom deltager og tjenesteyter om fremmøte og oppfølging
- Skreddersøm
 - Realistiske mål basert på pasientens egne forutsetninger
 - Konkret, detaljert informasjon tilpasset pasientens evner og kunnskapsnivå
 - Tett individuell oppfølging og justering av mål underveis
- Fokus på pasientens innsats og opplevelse, ikke bare vekt
- Dokumentasjon og evaluering av egen innsats i forhold til nytteverdi

Referanser

1. Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme (høring under behandling). Helsedirektoratet 04.03.2009
2. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin. <http://www.legeforeningen.no/id/128650.0>

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

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.

ENKEL BEHANDLING
Ebixa
20mg
ÉN OM DAGEN

Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneholder: Memantinhidroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kallsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhidroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholder 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers sykdom. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig, Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig, Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig, Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatin clearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatin clearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatin clearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (aChild-Pugh's grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfalle, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrehydrolyserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantron eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmaknivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloridazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloridazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling

er sett. Nøye monitoring av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING**: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amning frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, Hjerter/kar: Hypertensjon, Luftveier: Dyspné, Nevrologiske: Svimmelhet, Psykiske: Somnolens. Øvrige: Hodepine, Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, Hjerter/kar: Hjertesvikt, venetrombose/tromboembolisme, Infeksjoner: Soppinfeksjoner, Nevrologiske: Unormal gange, Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, Øvrige: Tretthet, Krampeanfalle, er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: Symptomer: HbV, 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magetarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. Behandling: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side d. **EGENSKAPER**: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme**: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g (glassflaske) 826,30. Tabletter: Startpakke: 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.

PRISER SIST ENDRET: 01.02.2010



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

«Jenta i den blå sykehuspysjen»:

Der jeg fikk en fremmed kropp, så legen en patologisk prosess

En analyse av pasientperspektivet ved hjelp av eget materiale

AV MARI ENGH JUEL

Sommeren 1999 fikk jeg Guillain-Barré syndrom (GBS). For meg en da ukjent, akutt og alvorlig sykdom. Jeg husker fortsatt godt sydomsopplevelsen, men vet at jeg som medisinstudent i dag har helt andre tanker om kropp, sykdom og pasientrollen, enn det jeg hadde da.



Mari Engh Juel
er medisinstudent ved universitetet
i Oslo, 10. semester

I forløpet av min sykdom skrev jeg en tekst for å sette ord på noen av de tankene jeg hadde. Formålet med denne artikkelen er å utforske pasientperspektivet ved å bruke denne teksten. Som kontrast og for bedre å forstå forskjellen mellom lege- og pasientperspektivet ser jeg også nærmere på egen pasientjournal. Mine funn vil jeg til slutt se i lys av litteratur om temaet, både andre GBS-pasienters erfaringer og teori om pasient- og legeperspektivet.

Tanken min er at Mari 18 år og pasient har noe å lære Mari som framtidig lege. Selv om dette er en tolkning av *en* persons opplevelser, mine, håper jeg å kunne bidra med noen overførbare tanker rundt temaet pasientperspektiver.

Å bli syk med Guillain-Barré syndrom

GBS skyldes et autoimmunt angrep på det perifere nervesystemet. Insidensen er en til to av 100 000 personer. Sykdommen karakteriseres av progressiv svakhet, arefleksi og milde sensoriske symptomer (1). Behandlingen er plasmaferese eller immunglobulin infusjoner (1). De fleste blir godt restituert, men sykdommen kan være livstruende.

Jeg var nesten 18 år da jeg ble syk. Det tok meg fire dager å forstå at jeg måtte oppsøke lege, at jeg ikke bare var støl og sliten. Det var da fastlegen forsøkte å slå patellarrefleksen min, men skiftet ansiktsuttrykk og ringte til sykehuset i stedet, at jeg forstod at jeg var syk. I løpet av den første

sykehushelga tidlig i juli ble jeg dårligere, og var subparalytisk under visitten på mandagen. Jeg ble behandlet med plasmaferese i to runder, før legene i slutten av august vurderte tilstanden som stabil. I en periode hadde jeg sjørøverlapp over øyet grunnet facialisparesse og måtte hjelpes med alt. Jeg lå med telemetri under store deler av oppholdet, opplevde at det var tungt å puste, men slapp ventilator. Medio september ble jeg overført til et rehabiliteringssenter. Jeg kunne ikke gå da, men stå i prekestol. Under oppholdet hadde jeg behov for å sette ord på noen av de tankene jeg satt inne med om sykehusoppholdet mitt. Dette var i en positiv periode, der jeg ble bedre. Jeg ble utskrevet november 1999 og var mer eller mindre fullt restituert sommeren 2000.

Metode

For å komme nærmere hva teksten sier om pasientperspektivet har jeg brukt en kvalitativ tilnærming. Analyse av en ti år gammel tekst som jeg selv har skrevet er et spesielt utgangspunkt. Metoden måtte derfor tilpasses. Jeg har utarbeidet en noe utradisjonell metode som kan beskrives i tre faser:

FASE 1. Kategorisering av teksten. Valg av hovedtemaer og undertemaer fra teksten (2). Jeg leste teksten flere ganger for å få et helhetsperspektiv og få tak på hvilke temaer som virket viktige. Resultatet ble fire hovedkategorier: møtet

med sykehuset, identitet, tid og følelser. Etter dette fant jeg undertemaer innenfor de fire kategoriene. Teksten vil være hovedfokus for analysen, men for å tydeliggjøre skillet mellom lege og pasientperspektivet, har jeg også sett på min journal fra sykehusoppholdet. Jeg har vurdert den i lys av de fire valgte hovedtemaene.

FASE 2. Vurdering av innholdet ved hjelp av andres lesning av teksten. Å tolke en personlig tekst byr på utfordringer med hensyn til objektivitet. For å få et mer distansert blikk, spurte jeg om en vurdering fra tre personer. De tre er kvinner med ulik fagbakgrunn, og de har ved å være venn eller kollega av min mor, en indirekte tilknytning til meg. Jeg ba leserne markere hva i teksten de syntes tilhørte de respektive kategoriene. Jeg inviterte de tre til et drøftingsmøte, og ba dem snakke generelt om hvordan de forstod teksten og vurderte valg av kategoriene.

FASE 3. Diskusjon om hva hovedtemaene sier om pasientperspektivet, ved hjelp av egen kunnskap og erfaring, faglitteratur og drøftingsgruppe. Diskusjonsgruppen bekreftet mange av mine egne tanker om innholdet i teksten og ga meg innspill og bakgrunn for senere drøftinger. I tillegg til mitt eget materiale leste jeg faglitteratur om pasientperspektivet og så det i lys av mitt eget materiale.

Resultater

– de fire hovedkategoriene

Møtet med sykehuset – «jenta i den blå sykehuspysjen»

FREMMEDEHET: Teksten viser at jeg var fremmed for meg selv og stedet jeg var. Denne følelsen ble forsterket av at de som jobbet der var vant med å være på sykehus og forholde seg til syke, de var vant med at jeg var pasient. «Hun hadde vært syk i to timer, hun hadde vært sykepleier så lenge alle kunne huske», «For dem har du aldri vært noe annet enn pasient, for dem er det den mest naturlige tingen i verden at andre er pasienter, ligger i hvite lakener, har vondt i kroppen og ikke skjønner stort. For deg er det skummelt, men samtidig litt spennende».

INFORMASJON: Jeg ønsket å forstå hva som feilte meg. Jeg kom inn en torsdag og forventet en oppklaring over helgen. Da informasjonen ble servert mandag morgen forstod jeg ikke hva de sa, men jeg fikk med meg det viktigste: Jeg skulle bli frisk. Under visitten hadde jeg vanskelig for å kommunisere det jeg lurte på. Legene stod nederst ved senga i de hvite frakkene sine. «De spurte stort sett om det gikk bra med meg, og jeg svarte stort sett noe sånt som «sånn passe». Jeg skjønnte bare ikke hvordan de kunne vite hvordan jeg hadde det.»

Fra journalen om dokumentert informasjon: I legejournalen står det at «Pasienten er informert om at hun antagelig er inne i en platåfase», og fra sykepleierjournalen står det dokumentert at jeg har fått informasjon om plasmaferese, hva som skjer og hva jeg kan forvente meg, at jeg må være tålmodig.

Identitet – «jeg er ikke i kroppen min»

KROPP: Kroppen min beskrives som en ting, noe sykehuset tar seg av. Jeg vil ikke identifisere meg med kroppen, men innser samtidig at jeg ikke kan kvitte meg med den. Jeg diskuterer med meg selv: «Rart, jeg, meg, ho jenta i den blå sykehuspysjen, det er mitt navn som henger rundt den fislele armen min, jeg er den syke. Jeg er egentlig ikke syk, Mari er ikke det. Jeg er ikke i kroppen min, den bare ligger der i påvente av bedre tider. Men, jeg vil gjerne ha den tilbake, og jeg vil i hvert fall flytte det høyre beinet mitt litt til venstre, det er så klamt, limt fast.»

AUTONOMI: Teksten viser at det var spesielt vanskelig ikke å kunne ta vare på seg selv hygienisk: «Kroppen min er ikke bare min. Den er dessverre blitt først og fremst avhengig av andre». Gleden var derfor desto større da jeg ble bedre. Som pasient under rehabilitering, skrev jeg: «Forrige uke var jeg på do uten at noen visste det, satt og fniselo for meg selv, det var en vanvittig frihetsfølelse.»

Fra journalen: Legejournalens beskrivelser av den syke kroppen er ofte i form av standard formuleringer, med diverse resultater fra spinalpunksjon, røntgen thorax, blodprøver, urin og avføringsprøver. Sykepleierjournalen har et mer praktisk fokus. Det står det blant annet at de «måtte seponere bekken og bruke WC-stol fordi pasienten ikke klarte å late vannet i senga».

Tid – «nå, i en uvisshetsperiode»

Forventningene tilpasses underveis. Selv om alt er skrevet i etterkant, skiller jeg mellom utålmodighet i starten og mer forståelse om at dette tar tid utover i teksten. Plasmaferesebehandlingen omtaler jeg som et hull i ventetiden. Jeg skriver at jeg gruer meg til det, men at ønsket om å snu seg i senga overskygger skumle sprøyter og ubehag tilknyttet rensingen av plasmaet.

Jeg hadde et annet perspektiv enn legene på hvor lenge dette kunne vare: «En av de unge legene som står i den hvite halvsirkelen i enden av senga sier at jeg kan hoppe i fallskjerm neste sommer. Neste sommer sa du? Men det er jo et helt år til! Jeg skjønner at han prøver å si noe hyggelig, ikke at jeg er interessert i fallskjermhopping heller, men jeg ble ikke sånn fryktelig glad etterpå».

Fra journalen: Legene brukte tiden som et verktøy for å følge sykdomsutviklingen og vurdere behov for ulike tiltak. Her er begrunnelsen for å starte en ny runde plasmaferese: «09.08. I løpet av helgen har pasienten inntrykk av at hun er blitt svakere. Hun er ute av stand til å snu seg i sengen, hun har i dag igjen en synlig facialisparesse på venstre side. Situasjonen er ikke tilfredstillende og det er etter mitt skjønn grunn til å forsøke en ny runde plasmaferese.»

Følelser – «være helt ikke ensom»

POSITIVE FØLELSER: Teksten viser en grunnleggende tro på at dette skulle gå bra, en tanke jeg tviholdt på og trøster meg selv med: «Så, så Mari... sov godt... hvis jeg bare fikk sove ordentlig, slippe å våkne for fortsatt å være syk, jeg har lyst til å bli frisk jeg, jeg blir frisk, Mari du blir frisk, sov nå Mari, bare sov litt, gjerne litt lenge.»

Troen på å bli frisk ble sterkere da jeg faktisk ble bedre. Første gangen mamma kunne trille meg ut i rullestol var en sterk opplevelse: «Utrolig, jeg, meg, det er faktisk jeg som er ute i sola, for det er dette som er meg. Hvis jeg lukker øynene kan jeg høre en kvelende og sår glede velte seg rundt i meg». Samtidig innså jeg i møte med den virkelige verden hvor svak jeg var.

NEGATIVE FØLELSER: Aller sterkest beskriver jeg sinnet, sorgen og utmattelsen idet jeg opplever å bli verre etter først å ha blitt bedre: «Nei! Jeg kan ikke skrike, stemmen min er for liten, borte. Jeg blir borte vekk, kom og finn meg da vel. Det går ikke, du blir svakere, Gjør noe da! Mari vil ikke mer, jeg er lei meg og lei meg og sint. Gjør noe, ikke vent, jeg vil ikke en gang til». Jeg skriver i imperativ, henvender meg delvis til legene, men i så fall kun indirekte. Kanskje visste jeg ikke helt hvem som kunne hjelpe meg.

Fra journalen: Jeg beskriver vansker med pusten: «Lufta er litt vanskelig å få ned i lungene, den vil liksom ikke ned så langt som jeg vil ha den. Hoster og ler jeg, så er det bare tåpelige lyder på toppen av halsen, det er ikke noe krutt i lungene mine.»

Fra journalen: Om møtet med mine følelser: Fra legejournalen er det skrevet ned en episode som sier noe om mine følelser, det var etter et fall under fysioterapitrening: «30.07.99. På formiddagen i dag var pasienten fortvilet, gråt og følte at hun ikke hadde noe fremgang.» Legens respons på dette - etter å ha forsikret seg om at jeg ikke var blitt dårligere - var ifølge journalen å informere meg om at jeg var i en platåfase.

Diskusjon

Møtet med sykehuset – fremmedhet og informasjon

Hva er det som fører til at pasienten opplever fremmedhet og avstand i møte med legen? Kay Toombs er en amerikansk fenomenolog som selv har multippel sklerose. Hun hevder at det ikke bare er skjevhet i kunnskap som gjør forståelsen mellom pasient og lege vanskelig, men deres ulike virkelighetsoppfattelse av sykdom. Pasientens perspektiv er en umiddelbar og unik erfaring, mens legens syn er basert på en verden av fakta. For legen er det objektive data som er viktig, det er dette som gjør det mulig å vurdere sykdomsprosessen.

For meg virket det som om legene først og fremst var interessert i hvordan det gikk med styrken i kroppen min, i den objektivt diagnostiserte sykdommen. Det var nok bra at jeg ikke visste alle detaljer rundt legenes vurderinger, men legenes ensidige fokus på kroppen, og ikke meg som person, misoppfattet jeg som et tegn på at legene ikke forstod.

Jeg prøvde å forstå hva som skjedde, men notatene fra den gangen beskriver vansker med å kommunisere med legene. Behovet for informasjon understrekes i artiklene om eller av GBS-pasienter. Stort sett er alle blitt godt opplyst om den gode prognosen etter sykdommen. Dette er informasjon som er viktig og som flere pasienter tviholder på, også i faser når de blir dårligere (3–7;8).



Identitet – kropp og autonomi

Hva skal til for å være seg selv? I møtet med sykdom opplevde jeg en usikkerhet over hvem som var meg. I en artikkel om pasienters initiale møte med GBS, blir det beskrevet en opplevelse av at kroppen blir fremmed og uvirkelig (4). Andre GBS-pasienter angir at tap av kroppsfunksjon svekker identitetsfølelsen som et uavhengig individ (4). For meg var målet om å bli frisk det samme som å få tilbake kontrollen over kroppen min. Først som syk oppdaget jeg hva kroppen faktisk kan gjøre for meg.

Tid – tilpassede forventninger underveis

Ved sykdom endres perspektivet på tid. For meg var tiden først og fremst «her og nå», men med endring av kursen

underveis. Jeg kunne ikke påvirke tiden, det var ikke lenger mulig å skynde seg.

Leger bruker kronologiske mønstre som et hjelpemiddel. Episoden der legen sa at jeg kunne hoppe i fallskjerm neste sommer illustrerer våre ulike perspektiver på hvor lang tid det ville ta før jeg ble frisk. Legen mente nok å trøste. Samtidig var det nok summen av slike drypp med informasjon, i kombinasjon med tid til å «fordøye» ting, som gjorde at jeg etter hvert fikk et mer realistisk perspektiv på hvor lenge dette kom til å vare.

Urealistiske forventninger om hvor lenge sykdommen skulle vare finner jeg igjen hos andre GBS-pasienter (3, 4, 6). Dette gjelder særlig i starten. Først etter en stund forstår flere at de har en alvorlig sykdom som vil vare lenge.

Følelser – å bli frisk

Teksten min viser at jeg hadde en grunnleggende positiv tro på at jeg skulle bli frisk. Denne sterke troen på bedring finner jeg også igjen i andre GBS-skildringer (3, 4). Flere pasienter oppdager utover i forløpet en slags indre styrke, drevet av ønsket om å gjenvinne kontroll og bli uavhengig (3). Emosjonell støtte fra familie er avgjørende for å holde på de positive tankene (9). God informasjon fra legene er en annen viktig faktor for å oppleve positiv mestring (9). Av min egen pasientjournal fremgår det at helsepersonell hadde registrert noen av mine følelser, men ut fra teksten min kan jeg ikke se at de snakket direkte til meg om det.

Konklusjon og implikasjoner

Mine forvirrede beskrivelser av den syke kroppen er annerledes enn pasientjournalens konkrete, biologiske. Legen og pasienten har nødvendigvis ulike perspektiver, men dette kan være en viktig årsak til avstandsopplevelsen og forståelsesproblemene mellom dem. I møtet med pasientene må legene tilstrebe å inkludere både det biologiske legerperspektivet og pasientperspektivet. De bør minne seg selv på at situasjonen er ny for pasienten, både når det gjelder sykdommen og pasientrollen. Legene bør ikke fokusere ensidig på kroppen; det kan forsterke opplevelsen av kroppen som en fremmed ting. Dersom kroppen forblir fremmed, og noe som sykehuset tar seg av, er det fare for at personen mister troen på sin egen innflytelse (10).

For å stimulere til mestring, er det essensielt med riktig informasjon. Det er viktig å få tak på hva den enkelte pasienten ønsker å vite. Det er lov å spørre pasienten direkte. Legen må samtidig være klar over pasientens endrede tidsperspektiv. Pasientens «her og nå»-tidsskala bør tas hensyn til når informasjonen skal doseres. Man må balansere

mellom å støtte opp under pasientens håp og samtidig forberede pasienten på at dette kan komme til vare en stund. Ikke minst må legen forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Følelser bør adresseres og anerkjennes. Det vil få pasienten til å føle seg «sett» og mindre fremmed og ensom med sine tanker. Dette kan støtte opp pasientens evne til å mobilisere positive krefter som håp og iver istedenfor frykt og angst. Det må tilrettelegges for kontakt med familie og venner som ofte en viktig ressurs for pasienten.

Og til slutt: Mari som lege må ikke glemme jenta i den blå sykehuspysjen som strevde med å være mest mulig Mari og minst mulig pasient.

RED. ANM.:

Artikkelen er basert på en prosjektoppgave i medisin fra Univ. i Oslo, skrevet av Mari Engh Juel med Arnstein Finset som veileder.

Referanser

Prosjektoppgaven i sin helhet, og vedlegg til den originale teksten ligger på BIBSYS under Juel, Mari Engh

1. Gjerstad L., Skjeldal O.H., Helseth E. (red). Nevrologi og nevrokirurgi. Fra barn til voksen. 4. utgave. Nesbru: Forlaget vett & Viten AS, 2007
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschaug, 1996.
3. Cooke J. F., Orb A. The recovery phase in Guillain-Barré syndrome: Moving From Dependency to Independence. Rehabil Nurs, 2003; 28: 105–108
4. Forsberg A., Ahlström G., Molmqvist L.W. Falling ill with Guillain Barré syndrome: patients' experiences during the initial phase. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2008; 22: 220–2026
5. Rice D. Laundry Guillain Barré syndrome: personal experience of acute ascending paralysis. British Medical Journal, 1977; 1: 1330–1332.
6. Sulley G. Guillain Barré, Not an Irish Beer. Urologic Nursing, 2005; 25: 144.
7. Browes D. The doctor as patient: an encounter with Guillain-Barré syndrome. Can Med Assoc J, 1984; 131: 1343–1348
8. Bernsen RA., De Jager A.E., van der Meché F.G., Suurmeijer T.P. How Guillain Barré patients experience their functioning after 1 year. Acta Neurologica Scandinavia, 2005; 112: 51–56
9. Forsberg A., Press R., Einarsson U., de Pedro-Cuesta J. (m.fl). Impairment in Guillain Barré syndrome during the first 2 years after onset: a prospective study. J Neurol Sci, 2004; 227: 113–138
10. Toombs S.K. The meaning of illness, A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
m.e.juel@studmed.uio.no

Et samhandlingsutvalg mellom pri

AV FINN HENRY HANSEN, *Helse Nord RHF*

De ulike regionale helseforetak (heretter omtalt som RHF-er) og helseforetak har valgt noe forskjellige modeller for organisering av samarbeidet med kommunchelsetjenesten. Over tid synes det likevel å skje en viss innbyrdes læring, erfaringsoverføring og imitasjon mellom RHF-er og foretak. I denne forstand kan det spores noen konvergente utviklingstrekk, med overordnede samarbeidsutvalg (OSO) mellom helseforetak og kommuner som en dominant modell. Denne modellen ble opprinnelig utviklet ved Sykehuset Østfold og ved St. Olavs hospital og er senere implementert ved en rekke andre helseforetak, bl.a. Universitets-sykehuset Nord-Norge (2008). I samarbeid med kommunene i de respektive områder, innfører øvrige helseforetak i Helse Nord nå denne modellen i løpet av inneværende halvår. Det Helse Nord lenge har vært alene om, og som ingen andre RHF-er senere har imitert, er et samhandlingsutvalg bestående av kommuneoverleger/fastleger fra hvert foretaksområde og ledelsen i Helse Nord RHF; senere er dette utvalget utvidet til også å innbefatte representanter fra foretakene.

Bakgrunn for etableringen

Foranledningen til denne etableringen var noe tilfeldig. Helse Nord RHF hadde i 2004 ledet en nasjonal RHF-gruppe som fikk i oppgave å utforme overordnede strategier og å fremme forslag om konkrete tiltak på samhandlingsfeltet. Etter at rapporten fra dette nasjonale arbeidet var fremlagt (oktober 2004), ble den behandlet og fulgt opp i de enkelte regionale helseforetak. I Helse Nord skjedde dette på flere måter, blant annet gjennom en større anlagt samhandlings-konferanse i februar 2005. Primærleger fra hvert av de fem foretaksområdene ble plukket ut til – sammen med Helse Nord RHF – å utarbeide et program for denne konferansen. Etter konferansen fant imidlertid administrerende direktør i Helse Nord RHF det ønskelig at dette samarbeidet ble videreført, med de samme fem allmennlegene som kjerne i et midlertidig samhandlingsutvalg. Først i 2008 ble dette utvalget gjort permanent, men nå med kommuneoverleget i de ulike områder av Nord-Norge som valgkretser for utpeking av representantene for allmennlegene. Dessuten fikk utvalget to representanter fra foretakssiden i tillegg til den direktøren fra Helse



Finn Henry Hansen

født 1948 i Bodø. Can.polit. (statsvitenskap hovedfag), Bergen 1974. Direktør Helse Nord RHF, 2004-dd. Medlem av en rekke nasjonale og regionale råd og utvalg de siste 30 år.

Nord RHF som hele tiden hadde ledet utvalget. Det bør ellers tilføyes at Legeforeningens regionutvalg har hatt observatørstatus i utvalget, først gjennom en privatpraktiserende spesialist, senere gjennom en kommuneoverlege/fastlege. Sistnevnte representanter har så langt aldri inntatt noen interesseartikulerende funksjon i utvalget, og må derfor sies å ha fungert på lik linje med øvrige medlemmer, med faglig interesse og entusiasme som motiverende kraft.

Møtefrekvens og arbeidsform

Dette samhandlingsutvalget har hatt fire til fem møter i året, vanligvis med en varighet på fire til fem timer, men ved et par anledninger arrangert som lunch-til-lunch-møter. Dagsorden settes i fellesskap, ved at medlemmene av utvalget kommer med egne – og formidler andres – innspill i god tid før møtene. Også ledelsen i RHFet – og i noen grad foretakene – kommer med innspill til sakslisten. Til samtlige møter har det også vært utsendt skriftlige dokumenter for å forberede drøftelsene av spesifikke saker og problemstillinger.

Det skrives meget utførlige referater fra møtene; disse inneholder både substansielle redegjørelser for innholdet i drøftelsene og oppsummeringer/ oppfølgingspunkter. Referatene distribueres vidt til kommuneoverleger/ fastleger og foretaksledelsene med anmodning om videre distribusjon til kolleger og ansatte på ulike nivåer. Det blir også bedt om tilbakemeldinger og innspill fra de samme aktører.

Samhandlingsutvalget har videre hatt fellesmøter med fagsjefene i foretakene og med praksiskoordinatorerne. Til flere av møtene er det dessuten invitert fagpersoner fra ulike kompetansefelt, eksemplifisert ved kliniske områder innen rus, psykiatri og somatikk, samt IKT.

mærleger og regionalt helseforetak



Samhandlingsutvalget har møte med praksiskoordinatorene. Fra venstre: Magne Franing, Harald Sunde (praksiskoordinator Finnmark), Frode Risan, Finn Henry Hansen, Ellen B. Pedersen er på besøk som nylig avgått statssekretær, Toralf Hasvold, Fred Mürer, Annette Fosse (praksiskoordinator Helgelandssykehuset), Bernt Stueland (praksiskoordinator UNN). FOT: ANITA SUNDEHÅ (WEDLEN AV UTVALGET)

Saker som er drøftet

Gjennom de fem årene utvalget har virket, er det i 20 møter drøftet ca 100 saker, store som små, men med en klar overvekt av saker med strategisk og prinsipiell betydning. Noen saker blir selvfølgelig gjengangere, fordi de er «tunge» og strekker seg over lang tid, mens andre saker er enklere og forsvinner fra dagsorden fordi de finner en eller annen form for avklaring eller løsning. Men kanskje har utvalgets funksjon som generell informasjons- og kommunikasjons-kanal mellom primærleger og Helse Nord vært like viktig som drøftelsene av konkrete enkeltsaker. I det følgende nevnes likevel noen av de saker som har vært drøftet i utvalget.

Helse Nord var tidlig ute med å kople fastlegene til Helsenettet, og til å implementere elektroniske meldingstjenester som epikrise og – noe senere – henvisninger. Samhand-

lingsutvalget har hele tiden drøftet forbedringstiltak av elektronisk samhandling, og har vært representert i arbeidsgrupper med mandat til å utvikle og iverksette tiltak i tilknytning til meldingsløftet og plattformskifte. Dette gode samarbeidet har utvilsomt bidratt til at Helse Nord gjennomgående har vært i front med hensyn til elektronisk kommunikasjon med fastleger.

Fastlegene i utvalget har på sin side vært tidlig ute med å ta opp problemstillinger om desentralisering av polikliniske kontroller. Argumentasjonen var her både faglig og økonomisk, at fastlegene hadde faglige forutsetninger for å overta en god del av kontrollene og at man samtidig ville spare betydelige reisekostnader for pasienter og ledsagere. Dette arbeidet ble fulgt opp av praksiskonsulentene og er senere organisert som et eget prosjekt, foreløpig dessverre ikke

med godt nok resultat. Men at endringsprosesser tar tid, er ikke noe nytt; desto viktigere å starte prosessene og å være utholdende. Denne saken vil nok derfor samhandlingsutvalget komme tilbake til i flere runder.

Organiseringen av tilbud på intermediært nivå er kanskje det temaet som oftest har vært på dagsorden i utvalget. Det gjelder erfaringene fra sykestuene i Finnmark, distriktsmedisinske sentre (Alta, Lenvik, Nordreisa), Helseparken i Rana og pågående arbeid med å etablere prehospitale observasjonsenheter (Nordland). I de siste møtene har utvalget vært opptatt av at også byene – som oftest er vertskommuner for sykehus og har høyt sykehusforbruk – trenger intermediærløsninger.

Utvalget var videre en tydelig pådriver i arbeidet med å iverksette praksiskonsulentordningen ved helseforetakene i Helse Nord (unntatt for UNN HF som etablerte ordningen på 1990-tallet). I samarbeid med praksiskonsulentene har utvalget senere initiert og gjennomført arbeidet med rapporten om «Skrøpelige eldre», en viktig målgruppe i samhandlingsreformen. Dette dokumentet tydeliggjør de helt spesielle behovene som gjør seg gjeldende i denne pasientgruppen, og fremmer en rekke forslag til hvordan helse-tjenesten bedre kan imøtekomme disse behovene.

Blant andre enkeltsaker utvalget har drøftet, kan nevnes følgende; henvisningsrutiner, prioritering av henvisninger, pasientforløp, DPSenes status og rolle i tiltakskjeden for psykisk helse, sykestuene i Finnmark, folkehelse og overvekt, bruken av private legespesialister, lokalsykehusenes rolle og status, vilkår for storskala implementering av telemedisin, organisering av samhandlingsfeltet og samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner.

Samhandlingsutvalget i nord har ellers initiert møter med både embetsverket i departementet og med Helse- og omsorgskomiteen for å komme med innspill til samhandlingsreformen. Dette skjedde i begge tilfeller i samarbeid med ledelsen i Helse Nord RHF og resulterte i heldagsmøter med tettpakket program der problemstillinger av så vel nasjonal som mer spesifikk regional karakter ble drøftet. Både departementet og stortingskomiteen har gitt svært positive tilbakemeldinger på disse møtene.

Hva er så oppnådd?

Samhandling i helsetjenesten er et felt der det kan være vanskelig å avlese og dokumentere konkrete resultater, i alle fall på kort sikt. Vi skal dessuten være forsiktige med å tilskrive samhandlingsutvalget æren for de resultater som

Konferansen er godkjent med 6 valgfrie kurspoeng til videre- og etterutdanning i allmennmedisin.

God praksis i førstelinjen

- kunnskap og kvalitet i kommunehelsetjenesten

Stephan Gillam, allmennlege og direktør for Public Health Teaching ved University of Cambridge, kommer til Kunnskapssenterets Årskonferanse 2010. Kommer du?

Konferansen er tverrfaglig og har som mål å styrke alle ledd i kommunehelsetjenesten.

Konferansen legger hovedvekt på:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- kvalitetsforbedring
- kunnskapsbasert praksis

Dato: 16. september

Tid: 09.00 – 15.30

Sted: Felix Konferansesenter, Aker Brygge, Oslo

Pris: kr. 500,-

Les mer om program og påmelding på www.kunnskapssenteret.no



kunnskapssenteret
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

måtte være oppnådd. Det er likevel utvilsomt at utvalget har vært en nyttig møteplass som har gitt ledelsen i Helse Nord bedre innsikt i og forståelse for de problemstillinger fastlegene er opptatt av. Videre er fastlegemedlemmene av utvalget entydige i sine tilbakemeldinger om at de gjennom utvalgets arbeid er blitt langt bedre informert om det som foregår i Helse Nord. Derimot er disse medlemmene mindre fornøyd med de alt for få innspill som er kommet fra kolleger i primærlegetjenesten. Referatene er spredt ganske vidt, både gjennom etablerte fora for kommuneoverleger og andre kanaler, og utvalget har kontinuerlig og aktivt bedt om innspill til og tilbakemeldinger på sitt arbeid. Det samme kan vel i noen grad sies fra Helse Nord RHF's side når det gjelder innspill og oppfølging i helseforetakene, selv om dette er blitt noe bedre den siste tiden.

Samhandlingsutvalgets rolle i en ny samhandlingsstruktur

Helse Nord RHF har inngått en rammeavtale om samhandling med KS gjennom de tre fylkesstyrene i Nord-

land, Troms og Finnmark. Gjennom denne avtalen blir det etablert en overordnet møteplass på politisk-administrativ nivå, samtidig som partene forplikter seg til å etablere representative samhandlingsorganer mellom helseforetak og kommuner. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har et slikt Overordnet samarbeidsorgan (OSO) vært på plass i mer enn to år, og med godt resultat. Øvrige foretak er i ferd med å etablere lignende organer, og det antas at fastleger blir representert også på dette nivået.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har klart uttrykt ønske om at nåværende samhandlingsutvalg mellom fastlegene og RHF-nivået opprettholdes, også i den nye strukturen. Det blir da viktig at dette samhandlingsutvalget med primærleger tilpasses den nye samhandlingsstrukturen, slik at det kan videreføres som et legitimt og kompetent forum, med vekt på samarbeid med øvrige aktører og fora.

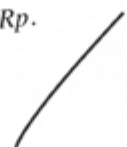
Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: ffh@helse-nord.no

Univ. Ass. Professor
PROF. DR. MARKUS M. METKA
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Oberarzt der Univ. Frauenklinik
1010 WIEN, ROTENTURMSTRASSE 20/4A
Ordination nach Vereinbarung
Tel. 533 54 78 Fax: 535 20 72
markus.metka@meduniwien.ac.at
www.markusmetka.com

Rp.



Rp.



Hieroglyfen Horus øye (2).

Reseptens mange koder

En vanlig norsk resept er et interessant stykke papir med informasjon gitt i mange koder. Rp betyr *recipe*, det latinske ordet for ta. DSSN står for *Da signa suo nomine*, altså gi og signer, hva slags medisin er dette og hvordan skal den brukes. Korset (#) er et gammelt tegn som betyr *Deo juvante*, med Guds hjelp. Dette er velkjent for de fleste.

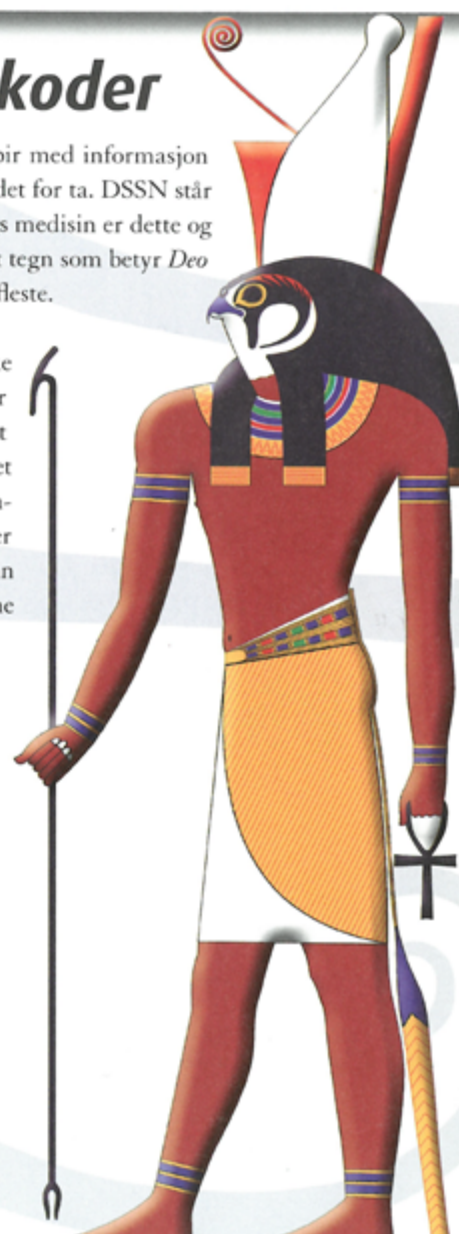
I Østerrike kan resepten være litt ulik den norske med et tegn jeg stusset over: under Rp var det et ukjent tegn. En hieroglyf? Jo, ble jeg forklart, det er Horus øye, den egyptiske guden som holder et øye med hva leger gjør. Det er nok blitt mer uvanlig å tegne inn øyet på resepten, og for mange leger holder det med en strek for å antyde øyet når man skriver en resept. Jeg vet ikke hvor utbredt denne tradisjonen er blant østerrikske kolleger i dag.

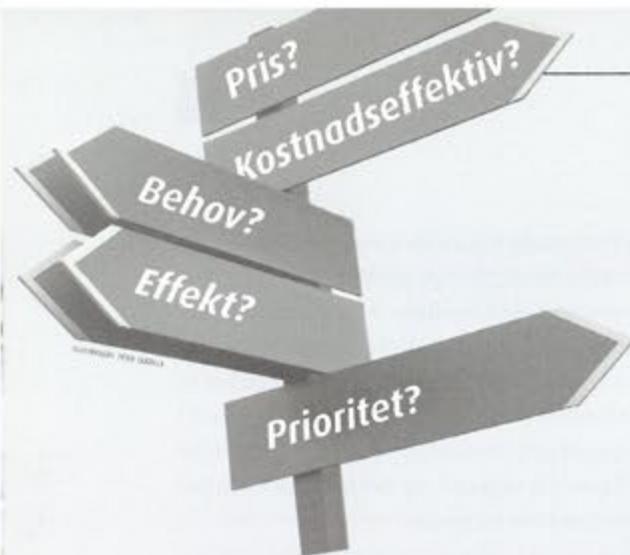
Horus er en av de eldste og viktigste gudene i egyptisk mytologi. Han var en himmelgud som ofte ble fremstilt som en falk eller mann med falkehode (1). Hans symbol, øyet, var symbol på beskyttelse, men viste også til visdom, helse og fremgang (1). Øyet hadde magisk kraft til å gjenopprette harmoni og orden. Myten forteller at Horus sitt øye ble revet ut av hans onkel som hadde drept far til Horus, for selv å bestige tronen. Øyet ble satt på plass igjen, og av den grunn er symbolet også et tegn for helbredelse.

Litt å tenke på neste gang reseptblokken tas frem? *Berit Rostad*

Referanser

1. www.kongtutshop.com 22.02.2010
2. http://en.wikipedia.org/wiki/eye_of_horus





Etisk prioritering av helsetjenester

AV KJELL ARNE JOHANSSON OG INGRID MILJETEIG

Prioritering i helsevesenet er å holde tilbake nyttig helsehjelp for enkeltpasienter eller en gruppe pasienter, til fordel for andre pasienter eller samfunnsgoder. Rettferdig prioritering av helsetjenester innebærer vanskelige valg hvor folk vil være uenige i hva som er rett fordeling.

Stener Kvinnsland, direktør i Helse Bergen, skriver i Bergens Tidende 21.02.2009: «Jeg hadde aldri trodd at jeg noen gang skulle komme til å sette svake grupper opp mot hverandre. Men det er faktisk hverdagen nå».

Kriterier for prioritering

Hvordan kan en forholde seg rettferdig til en slik situasjon hvor alle ikke kan få den helsehjelpen de trenger? Den nasjonale prioriteringsretningslinjen (Lønning II) og prioriteringsforskriften anbefaler at beslutninger må bygge på relevante kriterier:

- 1) Effekten av behandlingen
- 2) Alvorlighetsgraden av sykdommen
- 3) Kostnadseffektiviteten av behandlingen
- 4) Dokumentasjonens kvalitet

Utfordringen ved bruk av disse allment akseptable kriteriene er at folk vil vektlegge dem ulikt. Noen vil mene at de sykeste bør få tilgang til dyr behandling til tross for minimal forventet effekt. Andre vil mene at en slik vektlegging av de sykeste vil innebære for stort offer for pasienter som er mer effektive helseforbrukere, det vil si grupper som kommer på et høyere helsenivå for mindre ressurser.

Prioriteringslitteraturen beskriver denne prinsipielle uenigheten som en konflikt mellom likhetsidealet og maksimeringsidealet. Disse konfliktene er til stede i både mikrobetlutninger på et klinisk nivå og i makrobeslutninger hvor man allokterer mellom ulike helseprogrammer. I denne kronikken beskriver vi tre viktige prioriteringsbeslutnin-



Kjell Arne Johansson

er lege og avslutter denne våren et 4 års PhD prosjekt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (Universitetet i Bergen) hvor han har forsket på etiske dilemma ved HIV-prioriteringer i lavinntektsland med utgangspunkt i hans feltarbeid fra Iringa i Tanzania.



Ingrid Miljeteig

er lege og har nylig levert en PhD i medisinsk etikk med tittelen: «End-of-life priorities in complex settings: An ethical analysis of decisions in Indian neonatal units». Hun underviser i medisinsk etikk og i global helse for legestudenter og masterstudenter ved Universitetet i Bergen.

ger i helsevesenet hvor folk vil være uenige om hva som er riktig å gjøre. De tre dilemmaene har elementer fra den generelle konflikten mellom likhet og maksimering, men de er likevel såpass ulike at de må diskuteres hver for seg.

Prioriteringsdilemmaet

Hvor mye vekt skal de dårligst stilte ha og hvem er dårligst stilt? Tenk deg at prioriteringsrådet skal velge å anbefale ett av to program: 1) behandling T1 til pasienter med rastløse bein og 2) behandling T2 til pasienter med lungekreft. Begge behandlingene øker gruppens helsetilstand med 1 QALY¹ og de koster begge 500 000 NOK per QALY. De fleste typer helseøkonomiske evalueringer er likegyldig til hvilken gruppe vi bør velge på grunn av identisk kostnad-nytte-rate. Dette strider mot de fleste menneskers intuitjon, og de ville valgt å tilby behandling til pasienter med lungekreft på grunn av tilstandens alvorlighetsgrad. Valget blir vanskeligere hvis effekten synker eller kostnad-nytte raten stiger i lungekreftprogrammet. Det vil være rimelig uenighet om hva som er akseptable terskler for effekt eller kostnad-effekt for å endre anbefaling fra program 1 til 2.

¹ QALY=Quality Adjusted Life Year (Kvalitetsjusterte leveår) er vanlig mål på helse i helseøkonomiske evalueringer som inkluderer både mortalitet/antall leveår og livskvalitet.

Et helsemaksimerende prinsipp vil velge program 1 straks effekt eller kostnad-nytte-rater viser at dette programmet øker helsen mest. Et prinsipp om absolutt likhet vil favorisere program 2 uansett. Helseøkonomen Erik Nord har vist at befolkningens gjennomsnittlige verdier ligger et sted mellom absolutt maksimering og absolutt likhet.

Folk vil også være uenige om tolkningen av hvem som er dårligst stilt og hvilke dimensjoner av et menneskeliv som er relevant å trekke inn i helseprioriteringer. Noen mener det er viktig å se på enkeltpasienters eller grupper av pasienters generelle velferdssituasjon. Er det verre å være fattig og litt syk enn rik og veldig syk? Et annet aspekt er tiden. Hvem er dårligst stilt av de som er akutt syke i dag og de med generelt dårlig helse over en lengre periode? Hvem er dårligst stilt av de som trenger hjelp i dag, og de som er forventet å trenge hjelp mot samme sykdom i fremtiden? Dette siste spørsmålet er svært relevant når det gjelder å velge mellom behandling og forebygging.

Aggregeringsdilemmaet

Hvordan skal vi veie nytten av små individuelle helseeffekter som samlet gir stor helsegevinst i forhold til færre store individuelle helseeffekter med mindre total helsegevinst?

Følgende eksempel kan illustrere dette: Tenk deg at prioriteringsrådet i Norge må velge mellom å tilby behandling til pasienter med Pompes sykdom (sjelden dødelig muskellidelse som skyldes mangel på alfa-glukosidase) eller gratis MR-undersøkelse av smerter i knær. Behandling av Pompes sykdom koster 3,2 millioner i året per pasient og forventes å forlenge livet litt og bedre livskvaliteten litt for barn med denne muskellidelsen. Vi antar i dette hypotetiske eksempelet at vi kan få 2 QALY per pasient med Pompes sykdom. Knesmerter er veldig vanlig og vi antar en effekt på 0.05 QALY per pasient og at kostnadene er på ca 3000 NOK per pasient.

Den totale helsegevinsten blir mye høyere hvis vi velger å tilby MR av kne enn behandling av Pompes sykdom. MR-kne-programmet vil da score høyest på total helsegevinst og lavt på individuell helsegevinst, mens programmet som behandler Pompes sykdom scorer høyt på individuell helsegevinst og lavt på total helsegevinst. Hvilket skal man da satse på?

Her er det to ekstreme ytterpunkter. De som aksepterer aggregering vil velge gratis MR av kne fremfor å behandle få pasienter med Pompes sykdom, på grunn av at helsen øker mest hvis vi legger sammen effekten av alle MR-undersø-



KORTKREBETTER/STUO ANDRE HANSEN

kelsene. Det andre ytterpunktet legger til grunn at hver person er unik og at å legge sammen helsegevinst ikke er akseptabelt. Vår intuisjon er best til hjelp når vi sammenligner en pasient mot en annen, og det kan virke intuitivt urimelig å velge å tilby MR for knesmerter fremfor å gi livreddende behandling til ett barn med en dødelig muskelsykdom. Men, når vi foretar makrobeslutninger blir grupper av pasienter satt opp mot hverandre, og vår intuisjon er ikke like presis i gruppebeslutninger. Vi kan forvente at folk har ulike terskler for hvor stor en aggregert nytte bør være før vi skal velge ikke å tilby store individuelle helseeffekter, som sammenlagt er små. Noen vil akseptere å ofre en pasient til fordel for litt helseeffekt til hele Norges befolkning.

«Fair sjanse» vs. beste utfall-dilemmaet

Hvor mye skal vi favorisere best mulig helseeffekt fremfor det å gi folk en fair sjanse til helsegevinst?

Her kan vi vise til et eksempel fra organtransplantasjon: To personer har ventet like lenge i kø for å få et hjerte og har kun noen uker igjen å leve uten nytt hjerte. Sykehuset har kun ett hjerte tilgjengelig. Den ene personen forventes å leve i to år med hjerte, den andre i 20 år.

Utgangspunktet for dette dilemmaet er at vi sammenligner to personer med samme alvorlighetsgrad hvor behovet for helsehjelp er likt. «Helsemaksimereren» velger igjen det alternativet som gir mest total helse og tilbyr hjerte til den personen som vil leve i 20 år. Andre vil fortsatt argumentere for at ethvert menneske er unikt, og at det er urettferdig hvis personen som kun er ventet å leve i to år ikke skal få en rimelig sjanse til denne helsegevinsten bare fordi at den er mindre. Noen argumenterer for at loddrekning er det mest rettferdige i dette tilfellet. Andre inntar en slags mellomposisjon og argumenterer for et vektet lotteri hvor de med størst forventet nytte skal få økt sjanse til å få behandling, er det mest rettferdige alternativet. Behandlings-effekten blir dermed viktigere, men ikke det dominerende.

Hva er dagsorden i prioriteringsdebatten?

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble etablert i 2007 av Helse- og omsorgsdepartementet for å gi innspill til viktig prioriteringsspmål i Norge. Rådet er sammensatt av sentrale ledere i de ulike helseforetakene og representanter fra primærhelsetjenesten, Helsedirektoratet, politikere, pasientorganisasjoner og Statens legemiddelverk. Rammen under viser et utvalg av prioriteringsspmål som er diskutert i rådet siden 2007.

En kartlegging magasinet Mandag Morgen nylig gjorde blant sentrale ledere i Helse-Norge viste at toppene mente at få i det norske helsevesenet tør å si tydelig nei til nyttig helsehjelp. Lederne var også misfornøyd med politikernes manglende vilje til å gå inn i vanskelige prioriteringsspmål. De mente politikerne har et viktig ansvar i grensesettingen av helseressurser, men at de i liten grad våger å si hva som skal inkluderes eller ekskluderes. Lederne mente også at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten bør bli mer synlig.

Konklusjon

Når Stener Kvinnsland sier at vi må tørre å snakke om prioriteringene som gjøres og om hva vi må velge bort, er det de tre nevnte dilemmaene som vi må forholde oss til. Det er vanskelig å få til enighet, og dilemmaene er ofte teknisk kompliserte og utilgjengelige for folk flest. Derfor er det svært viktig å ha skikkelige og tillitskapende prosedyrer for hvordan en tar prioriteringsbeslutninger. Det er dette den internasjonale prioriteringsdebatten har fokusert på de siste årene. Vi bør derfor også tilstrebe mer åpne og tydelige prioriteringsbeslutninger i Norge i årene fremover.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Kjell.Johansson@isf.uib.no / Ingrid.Miljeteig@isf.uib.no

Viktige prioriteringsspmål som er diskutert i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjeneste siden 2007

Individuell refusjon av legemidler utenfor institusjon (2008)

Problemer knyttet til finansieringssystem av helsetjenester (2008)

Innføring av ny og kostbar teknologi (kun utvalgte eksempler er tatt med nedenfor):

- Fastsettelse av tiltaksgrenser i de nasjonale retningslinjene for primærførebygging av hjerte- og karsykdommer (2007)
- Innsetting av cochlea-implantat hos døve (2007): Anbefalte kun å sette inn ett implantat fordi kostnad-nytte-rate var for høy med to implantater.
- Behandling med natalizumab (Tysabri) ved tilbakevendende multippel sklerose (2007): Anbefalte innføring.
- Innføring av HPV-vaksine (2007): Anbefaler innføring av HPV-vaksinering for 12 år gamle jenter og oppheftingsvaksinasjon i aldersgruppen 13-15 år.
- Mammografiscreening av kvinner i alderen 40-49 år (2007): For svak evidens til å kunne gi anbefaling.
- Bruk av monoklonale antistoffer i behandling av metastatisk kolorektalkreft (2008): Anbefaler at medikamentet tilbys pasientene innenfor rammen av en klinisk fase IV-studie.
- Kateterbasert implantasjon av hjerteklaffer (2008): Anser behandlingen som eksperimentell og anbefaler ikke innføring.
- Utvidelse av nyfødscreeningprogrammet til å gjelde mer enn to sykdommer (2008): Anbefaler å innføre et utvidet screeningprogram for nyfødte i Norge.

- Implanterbar hjertepumpe (LVAD) som bro til hjertetransplantasjon og for varig behandling ved hjertesvikt (2008): Rådet anbefaler at bruken av implanterbare hjertepumper kun bør tilbys pasienter som vil ha nytte av den for en avgrenset periode.
- Innføring av PET (positronemisjonsstomografi) (2008): Anbefaler at man i Norge tar sikte på en oppbygging av PET/CT slik at man har totalt 4 relevante plasserte syklotroner med det antall skannere som betraktes nødvendig lokalt/regionalt.
- Innføring av protonterapi i Norge (2010): Ikke ferdigbehandlet.
- Innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft (2010): Ikke ferdigbehandlet.

Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser; blant annet hva som er akseptable grenser for hva som kan ansees som kostnadseffektiv behandling (2008).

Fordeling av legestillinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (2008).

Behovet for et tydeligere rammeverk for prioritering i kommunehelsetjenesten (2009).

Prioritering i forbindelse med sjeldne/alvorlige sykdommer (2010): Anbefaler å akseptere en noe høyere kostnad per vunnet leveår med meget sjeldne tilstander enn for større pasientpopulasjoner.

INFORMASJON ER HENTET FRÅ: <http://www.kvalitetsprioritering.no>

Epikondylitt

– diagnostikk og behandling

AV BENNY E. STORHEIL

Laterale albuesmerter er en smertefull og funksjonsnedsettende lidelse som kan være en utfordring for behandlende helsepersonell (1). Plagene anses å være blant de mest vanlige i overekstremitetene og som oftest med et klart klinisk bilde (2). Artikkelen vil gi en oversikt over undersøkelse og behandling av tilstanden slik det praktiseres innenfor ortopedisk medisin.

Hva er klinisk ortopedisk medisin – ad modum Cyriax?

Klinisk ortopedisk medisin har sin bakgrunn i den engelske legen James Cyriax (1900–1985) sitt banebrytende arbeid innen diagnostikk og behandling av lidelser i muskel- og skjelettapparatet.

Undersøkellesmetodikken er en metodisk analyse av pasientens symptom bilde samt en systematisk klinisk undersøkelse som leder til en spesifikk diagnose basert på kliniske bilder for de fleste muskel- og skjelettskader.

Undersøkelsen er bygd på å selektivt stresse ulike strukturer: «*selective tension technique*». Det vil si at det kontraktile vevet, slik som muskel, muskelseneovergang, sene og tenoperiost, blir testet ved *isometriske tester*. Man tester for smerte og styrke.

Det vevet som ikke er kontraktile, slik som leddkapsel, ligament, bursa, nerverot og ossøse strukturer blir testet med *passive tester*. Her vurderes smerter, bevegelsesutslag og stoppfølelse (end feel). Ved hjelp av lokalbedøvelse kunne Cyriax verifisere ulike kliniske bilder/diagnoser, noe som er hyppig brukt i klinisk praksis i dag.



Benny Eivind Storheil

Fysioterapeut ved OMI Klinikken Bodø. Leder Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk medisin. Dip OMI (Diploma in Orthopaedic Medicine). Master of Science in Sports and Exercise Injury Management.

Klinisk ortopedisk medisin er bygd på systematikk og presise anatomiske kunnskaper hvor funksjonell og palpatorisk anatomi vektlegges. Et viktig nøkkelord er tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut hvor begge yrkesgrupper innehar samme kunnskapsbakgrunn, slik at man snakker samme språk. Dette leder til at begge yrkesgrupper fullt ut forstår og supplerer hverandre maksimalt.

Visse lesjoner responderer bedre på legens tilnærming med injeksjoner og infiltrasjoner, mens andre lesjoner responderer bedre på fysioterapeutens tilnærming med manuelle teknikker som tverrfriksjoner, manipulasjoner etc. Med samme utdanningsbakgrunn innen ortopedisk medisin kan man lettere avgjøre hvem som skal behandle pasienten og dermed oppnå en adekvat og raskere behandling.

Undersøkelsen

Når det gjelder plager rundt albuen er disse ofte lokale, men det er også viktig å huske på smertereferanser fra mer proksimale strukturer slik som cervicalcolumna og skulderlesjoner.

En detaljert sykehistorie og klinisk undersøkelse vil raskt avdekke om pasientens plager er lokale eller refererte. Hvordan dette utføres i praksis kommer vi til etter å ha diskutert terminologien som anvendes for albuesmerter. Epikondylitt er et lite spesifikt diagnostisk uttrykk og sier lite om eksakt hvor lesjonen sitter. Dessverre er det ofte slik at disse diagnosene blir basert kun på palpasjon. Like lite som man bør basere øyeundersøkelser på palpasjon, gjelder dette også muskel- og skjelettlidelser.

Det er mange både kontraktile skader og leddnære skader som kan opptre lokalt i og rundt albuen. I denne sammenheng nevnes kapsulitt, corpus librum samt ulike lesjoner av albuens fleksorer og ekstensorer.

Ved bruk av passive og isometriske tester forsøker man å differensiere mellom kontraktile (for eksempel muskelsene) og passive strukturer (som ligament).

En kort beskrivelse av standard undersøkelse vil bli gitt under for illustrativt formål. En detaljert gjennomgang og fortolkning av alle tester vil bli for omfattende i dette forumet. En nærmere gjennomgang av laterale albuesmerter vil bli gitt under.

Standard undersøkelse etter anamnese og observasjon er 10 enkle funksjonelle tester. De åtte første undersøkelsene gjelder bevegelse i albueleddet, mens undersøkelse 9 og 10 omfatter håndleddet.

Merk at palpasjon kommer etter standard undersøkelse og bare hvis det er sannsynlig at det vil tilføre mer informasjon. Tilleggsundersøkelser brukes kun i tilfeller hvor diagnosen ikke er klar etter standard undersøkelse (3). Med en slik fremgangsmåte hos en pasient med albueproblematikk er sannsynligheten større for å komme frem til en presis diagnose og en adekvat behandlingstilnærming.

Tennisalbue = 9 tester negativ + 1 positiv (4)

Tennisalbue er en terminologi som er blitt brukt siden 1800-tallet for å beskrive flere lesjoner i albuen. I likhet med epikondylitt, er tennisalbue som terminologi noe mis-



1. Passiv fleksjon

2. Passiv ekstensjon.



3. Passiv pronasjon

4. Passiv supinasjon



5. Isometrisk fleksjon

6. Isometrisk ekstensjon



7. Isometrisk supinasjon

8. Isometrisk pronasjon



9. Isometrisk ekstensjon håndledd

10. Isometrisk fleksjon håndledd

visende. Tennis er faktisk svært sjelden den utløsende faktoren når det gjelder slike plager. Betegnelsen gir heller ikke en eksakt beskrivelse av hvor skaden sitter.

Det man oftest finner hos pasienter med laterale albuesmerter er positiv test for isometrisk ekstensjon av håndleddet. I flere tilfeller er dette også kombinert med isometrisk radial deviasjon av håndleddet (dette er en tilleggstest). Det vil si at skaden ligger lateralt om albuen, men influeres av håndleddets bevegelser.

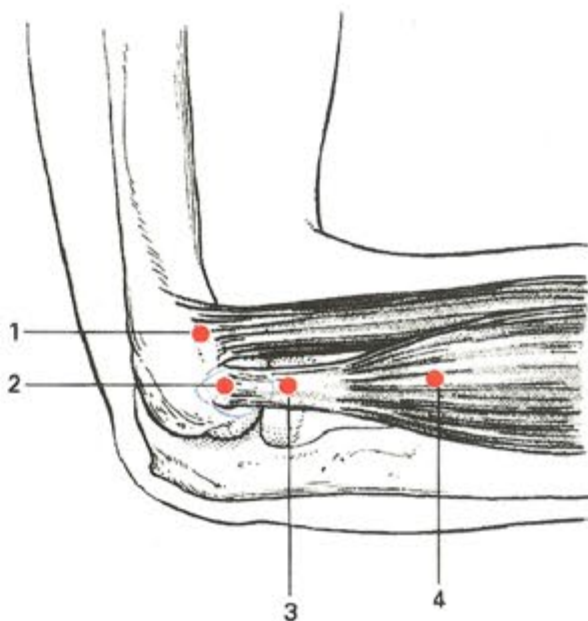
Overbelastning er trolig den hyppigste årsaken til slike lidelser og man har påvist degenerative forandringer ved utspringet av felles ekstensorsener. En overvekt av lesjonene sitter på utspringet til ekstensor carpi radialis brevis (5).

Man snakket tidligere om inflammatoriske prosesser i forbindelse med slike lidelser, men nyere forskning har sådd tvil om disse teoriene. Dette på grunn av manglende funn av inflammatoriske mediatorer. Man kan snakke om kliniske tendinitter, men histologisk er det mer korrekt å bruke terminologien tendinopati (6). Degenerative prosesser som forårsaker uorganisert collagenvev er en mer akseptert forklaringsmodell. Viser forøvrig til Dr Jills Cook studie: *Is tendon pathology a continuum?* (7), som anbefales for de som vil fordype seg i emnet.

Behandling

Til tross for at «epikondylitt» har et veldefinert klinisk bilde, er ikke et ideelt behandlingsregime blitt utviklet for slike lidelser. Flere konservative behandlingstilnærminger har blitt testet ved studier, men det er ingen generell konsensus om hva som er den mest effektive tilnærmingen (8). Man differensierer de ulike lesjonene av ekstensorene i underarmen ved bruk av tilleggstester. Basert på empiri har det vist seg at «tennisalbue» kan manifestere seg på ulike lokalisasjoner rundt albuen. Etter klinisk undersøkelse hvor man har positiv test(er) for tennisalbue, kan man med palpasjon bedømme hvor lokalisasjonen ligger, se tegning.

- Type 1 tennisalbue er lokalisert til utspringet på ekstensor carpi radialis longus.
- Type 2 tennisalbue er lokalisert til utspringet på ekstensor carpi radialis brevis.
- Type 3 tennisalbue er lokalisert til senestrukturen på ekstensor carpi radialis brevis.
- Type 4 tennisalbue er lokalisert til muskelbuk ekstensor carpi radialis brevis.



FIGUR: Lokalisering av tennisalbue:

1. suprakondylær (type 1)
2. utspringet av ekstensor carpi radialis brevis (type 2)
3. senestrukturen på ekstensor carpi radialis brevis (type 3)
4. muskelbuen til ekstensor carpi radialis brevis (type 4)

Hyppigheten av de enkelte har blitt anslått til (9):

- type 1 = 1 prosent
- type 2 = 90 prosent
- type 3 = 1 prosent
- type 4 = 8 prosent

Disse lokalisasjonene har implikasjoner da det er ulike behandlinger for de enkelte lesjonene. Vi tar kort for oss type 1, 3 og 4 først da disse er relativt sjeldne;

Type 1 tennisalbue: er enkel å behandle. Den responderer raskt på tverrfriksjoner og bør være kureret etter tre til seks behandlinger. Injeksjonsbehandlinger er unødvendige. Den er dog sjelden diagnostisert.

Type 3 tennisalbue: også her er det tverrfriksjoner som er indisert og bør lykkes innen seks behandlinger.

Type 4 tennisalbue: tverrfriksjoner kan forsøkes, men foretrukket behandling er injeksjon med lokal anestesi 10 ml procaine 0,5 prosent hvor man infiltrerer muskelbuen. To til fire injeksjoner med ukentlige intervaller ser ut til å fungere svært bra. Virkningsmekanismen er uklar.

Type 2 er den hyppigste årsaken til laterale albuesmerter og ofte referert til som «epikondylitt». Jeg velger derfor å omtale den mer omfattende.

Lesjonen er lokalisert til utspringet av ekstensor carpi radialis brevis. Behandling av denne tenoperiostale lesjonen varierer fra veldig enkel til veldig komplisert. Alder, aktiviteter og hvor lenge vedkommende har hatt symptomene avgjør behandlingstilnærmingen. Denne tenoperiostale lesjonen i albuen er den eneste av de nevnte lesjonene som har en tendens til å løse seg selv. Dette er selvfølgelig noe pasientene bør informeres om. I snitt regnes en slik lidelse å ta ca ett år for de under 60 år og to år for de over 60 (10).

Dessverre er denne lidelsen ofte svært invalidiserende med sterke, konstante smerter og med påfølgende hvile/nattesmerter. I tillegg er det en viss prosent av pasientene med disse lidelsene som ikke spontant blir bedre, så spørsmålet om å gå aktivt inn med behandling må bedømmes individuelt for hvert enkelt tilfelle.

Når det gjelder behandlingsmuligheten av denne lidelsen vil undertegnede gi en beskrivelse av det som er gjeldende i ortopedisk medisin.



Tverrfriksjon.

Mill's manipulasjon



Tverrfriksjoner og Mill's manipulasjon

Dette er den klassiske behandlingen av den tenoperiostale lesjonen av utspringet på ekstensor carpi radialis brevis. I dette øyemed er tverrfriksjoner (tverrmasasje) oppvarmingen for Mill's manipulasjon som regnes som den viktigste del av behandlingen. Dette er dog en behandling som kan ta tid. Det er beskrevet 8–15 behandlinger i de fleste tilfeller.

Nagral et al (2009) påviste i deres studie en superior effekt av denne type behandling sammenlignet med veiledet øvelser (statisk og eksentrisk) og phonophorese (NSAID med ultralyd) (11).

Det Nagral et al (2009) vektlegger er presisjon i diagnostikk og behandlingen av slike lesjoner. Feil diagnose og behandling på feil sted fører sjelden noe godt med seg enten man manipulerer eller injiserer. Det er viktig at behandlere av slike lidelser har en adekvat bakgrunn for å stille diagnose og utføre en slik behandling, ellers vil trolig behandlingsresultatet utebli. Denne behandlingen utføres av fysioterapeuter og leger med videreutdanning i klinisk ortopedisk medisin.

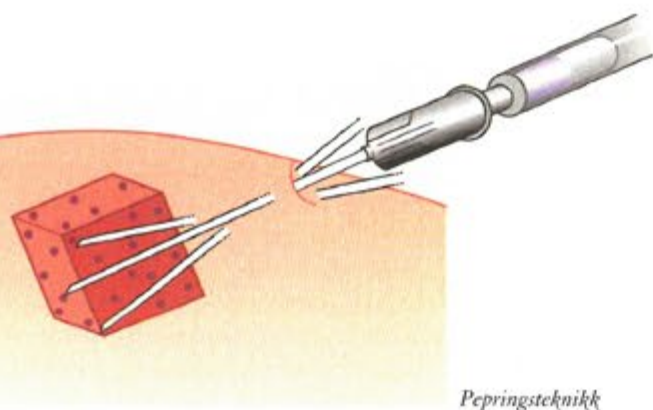
Kortisoninjeksjon

Kortisoninjeksjoner har i lengre tid blitt brukt for albuesmerter med variable resultater.

Litteratur og forskning utført på dette området gjenspeiler et uklart bilde når det gjelder evidens. At mange pasienter som får injeksjonsbehandlinger for denne lesjonen opplever residerende plager, er et kjent fenomen. Dog anser vi som praktiserer klinisk ortopedisk medisin at injeksjonsbehandling har sin plass når visse kriterier oppfylles. Det vil si at det faktisk er en tenoperiostal lesjon, at det brukes rett teknikk og at det brukes forsvarlige doseringer.

Kortisoninjeksjon





Med rett teknikk anbefales en «peprings» teknikk hvor man infiltrerer med dråper av medikamentet i strukturen.

En bolus injeksjon er ikke å anbefale som injeksjonsteknikk i dette tilfellet. Til slutt det viktigste; **rett lokalisasjon**. Å bomme med 0,5 cm på strukturen og ha tro på at diffusjon av medikamentet gir resultater, vil ikke føre frem.

Man må påregne en til maks tre injeksjoner med 10–14 dagers intervall. Pasienten bør være smertefri og negativ ved re-testing før man avslutter behandlingen. Dette for å unngå residiverende plager. Avlasting i dette tidsrommet regnes som viktig, da medikamentet bør få virke uforstyrret. 10 mg triamcinolone er anbefalt dosering og Kenacort er det som tradisjonelt brukes. Om dette blandes med lokalbedøvelse eller ikke er opp til den som setter injeksjonen. Fordelen ved bruk av for eksempel Xylocain er at man har mulighet til å re-teste for å verifisere om man har et godt treff eller ikke. Følges disse prinsippene vil færre av pasientene få residiverende plager.



Apparat som brukes ved rESWT.

rESWT

Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy er en relativt ny behandling hvor man benytter sjokkbølger mot «epikondylitt». Behandlingen er ikke godt nok dokumentert med tanke på effekt.

Undertegnende har en viss erfaring med slik behandling og ut fra et empirisk ståsted vil jeg bedømme at flertallet man behandler med tendinopati av ekstensor carpi radialis brevis har effekt.

Det er mange som har en frapperende effekt av en slik behandling, mens andre dessverre opplever fravær av effekt. Man forventer effekt etter to behandlinger, hvis ikke bør andre tiltak vurderes.

Sklerosering med phenol

I tilfeller hvor man ikke oppnår effekt med behandling som nevnt ovenfor, kan en infiltrasjon med skleroserende løsning forsøkes. Virkningsmekanismen er beskrevet som stimulering av bindevevsvekst samt destruktiv effekt av phenol på små myeliniserte fibre.

Det er beskrevet betydelig ettersmerter av en slik behandling, noe som kan vedvare over flere dager. Effekten av en slik behandling kan ikke forventes før etter to til tre uker. Kun en injeksjon er indisert, det er usannsynlig at ytterligere vil ha effekt. Infiltrasjonsteknikken er den samme som ved injeksjon av kortison. Prosedyren utføres av leger med videreutanning i ortopedisk medisin ad modum Cyriax.

Operasjon

I de få behandlingsresistente tilfellene og hvor symptomene vedvarer over år, må man i enkelte tilfeller ta stilling til henvising for operasjon. Det er uklart hvor hensiktsmessig operasjon av slike lidelser er. Dette er eventuelt noe den enkelte ortoped må ta stilling til.

Strategier for behandling

Det er flere tilnærminger til behandling av epikondylitt, og som nevnt over, bør behandlingen for disse lidelsene vurderes individuelt. De råd som gis av undertegnende er basert på ortopedisk medisinske prinsipper og empiri. Prinsipielt bør man velge den minst invasive form for behandling først, i dette tilfellet tverrfriksjoner og Mill's manipulasjon. Behandlingen er dokumentert (11) og en slik bearbeidelse av vevet virker hensiktsmessig med tanke på forebygging av tilbakefall (7).

I de tilfeller der pasienter ikke har tilgang til fysioterapeuter med slik kunnskap, eller hvor en slik behandling ikke har ført frem, bør injeksjoner vurderes. Injeksjoner kan også være hensiktsmessig når pasienten er betydelig smertepåvirket. Trolig vil sjansen for residerende plager minimeres hvis behandlingen (injeksjoner/tverrfriksjoner + Mills' manipulasjon) utføres presist.

En annen viktig faktor er informasjonen man gir til pasientene etter slike behandlinger. Råd om å utøve forsiktighet etter behandling (spesielt injeksjoner) er viktig for vedvarende behandlingseffekt. De rådene jeg bruker å gi til mine egne pasienter er å si at albuen er muligens smertefri 14 dager etter en infiltrasjon med kortison, men det betyr ikke nødvendigvis at den er frisk, samt å anbefale gradvis økt aktivitet innenfor smertegrensen. Det vil si at pasienten ikke skal oppleve smerter under aktivitet og heller ikke etter aktivitet. Disse rådene er kanskje ikke vitenskapelige, men ser ut til å fungere godt i praksis.

rESWT er en relativ ny behandling man bør kjenne til og kan vurdere i tilfeller hvor dette er tilgjengelig. Sklerosering kan forsøkes på de behandlingsresistente tilfellene. Operasjon bør være siste utvei da dette er den mest invasive form for behandling.

Ønskes nærmere informasjon angående diagnostikk og behandling av albuelesjoner eller andre muskel- og skjelettlidelser anbefales kurs i regi av OMI-Global (www.ominorden.com) samt Legeforeningens kurs i Bevegelsesapparatets anatomi og injeksjonsbehandling.

Referanser

1. Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E (2005) A systematic review and meta-analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med.* ;39:411–422.
2. Waugh EJ, Jaglal SB, Davis AM, Tomlinson G, Verrier MC (2004) Factors associated with prognosis of lateral epicondylitis after 8 weeks of physical therapy. *Arch Phys Med Rehabil.*;85:308–318.
3. Kurs 2A. OMI-Global, cyriax.com, ominorden.com
4. Ombregt L, Bisschop P, Veer H (2003) A system of orthopaedic medicine, Churchill Livingstone
5. Kraushaar B, Nirschl R (1999) Current concepts review tendinitis of the elbow (tennis elbow): Clinical features and findings of histological immunohistochemical and electron microscopy studies. *J Bone Joint Surg Am*;81:259–285.
6. Waugh EJ (2005) Lateral epicondylalgia or epicondylitis: What's in a name? *J Orthop Sports Phys Ther.* ;35:200–202.
7. J L Cook, C R Purdam (2009) Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *Br. J. Sports Med.*;43:409–416; originally published online 23 Sep 2008; doi:10.1136/bjsm.2008.051193
8. Labelle H, Guibert R, Joncas J, Newman N, Fallaha M, Rivard C-H (1992) Lack of scientific evidence for the treatment of lateral epicondylitis of the elbow: An attempted metaanalysis. *J Bone Joint Surgery (Br).* ;74-B:646–651.
9. Cyriax, JH (1982) Textbook of Orthopaedic Medicine, Vol 1. Diagnosis of soft tissue lesions, 8th edn. Baillière Tindal, London.
10. Mens JM, Stoeckart R, Snijders, CJ, Verhaar, JA, Stam, HJ (1999) Tennis elbow, natural course and relationship with physical activities: an inquiry among physicians. *J Sports Med Phys Fitness* ;39(3):244–248.
11. Nagrale AV, Herd CR, Ganvir S, Ramteke G (2009). Cyriax physiotherapy versus phonophoresis with supervised exercise in subjects with lateral epicondylalgia: a randomized clinical trial. *J Man Manip Ther.* 2009;17(3):171–8.

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



NFKOM

Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk Medisin

Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk Medisin (NFKOM)

NFKOM (www.nfkom.com) er en ideell forening, bestående av medlemmer (leger og fysioterapeuter) og et styre med interesse for klinisk ortopedisk medisin. Styrets overordnede mål er videreutvikling av faget, representere medlemmene og skape mer interesse/aksept rundt ortopedisk medisin i det offentlige og i andre medisinske miljøer. Foreningen er selvstendig, det vil si uavhengig av utdanningsorganisasjoner og fagpolitiske forbund.

Samhandling i fødselshjelp og kvinnesjukdommer

Olav Rutle sitt 7. minnesymposium



Kurs nr.: B-24484

Dato: 09.09–10.09.2010

Godkjenninger: Allmennmedisin Videreutdanning:

EMNEKURS: 17t i fagområde gynekologi/obstetikk.

ETTERUTDANNING: Klinisk emnekurs: 17t i fagområde gynekologi/obstetikk. Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

VIDEREUTDANNING: Valgfrie kurs: 17t

ETTERUTDANNING: Valgfrie kurs: 17t

Målgruppe: Legar i spesialisering og spesialistar i allmennmedisin og i fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Jordmødre.

Læringsmål: Formidle kunnskap som skal sikre god og effektiv pasienthandsaming. Fokus på målretta pasientflyt i alle helse-tenestenivåa.

Etter kurset skal deltakarane ha lært samarbeid/samhandling om tilstander/sjukdomstilfelle i fødselshjelp og kvinnesjukdommar som grunnlag for effektive og oppdaterte pasienttiltak.

Innhold:

9. SEPTEMBER:

10.00–18.00. Svangerskap og fødselshjelp.

Kasuistikkar/gruppediskusjon/paneldebatt. Detaljert program kjem seinare.

10. SEPTEMBER:

08.30–16.15 Kvinnesjukdommar.

Kasuistikkar/gruppediskusjon/paneldebatt. Detaljert program kjem seinare.

Kurskomite: Jostein Tjugum, Førde Sentralsjukehus, Kvinneklubben, 6807 Førde.

Johan Nyhammer, Kommunelegekontoret, 6980 Askvold.
Tom Guldhav, Førde Sentralsjukehus, Kvinneklubben, 6807 Førde.

Kurssted: Norsk Bremuseum, Fjærland, 6848 Fjærland

Påmelding til: Kontor for legers videre- og etterutd (Bergen), Den norske legeforening, Postboks 7804, 5020 Bergen.

Påmelding: E-POST: kurs.bergen@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 30. juni 2010

Antall deltakere: 35

Antall kurstimer: 17

Kurspris leger begge dager: 2000

Kurs ikke-leger begge dager: 4000

Kurspris leger en dag: 1600

Kurspris ikke-leger en dag: 3200

Andre opplysninger:

Kurset er ei vidareføring av tidlegare arrangerte Olav Rutle sine minnesymposia.

Sosialt samvær:

09.09. Middag Hotel Mundal

09.09. Besøk Den norske bokbyen

11.09. Fottur Lunde-Fjærland. Ein familietur for dei som er i bra form. 8 timar over fjell og bre. 1400 m høgdeskilnad.

Overnatting: (ordne sjølv):

Hotel Mundal, 6848 Fjærland.

TLF: 57 69 31 01. FAKS: 57 69 31 79.

E-POST: post@hotelmundal.no

Bøym Camping, 6848 Fjærland.

TLF: 57 69 32 52. FAKS: 57 69 29 57.

E-POST: kfoedne@frisurf.no

For påmelding på fjelltur 11.09., betaling av middag Hotel Mundal 09.09., betaling frukt/drikke + lunsj begge dagar og for annan informasjon kontakt:

RMR

Sjøbergv. 32

2050 Jessheim

TLF: 63 97 32 22.

FAKS: 63 97 16 25

E-POST: mrtove@online.no



Tobakksførebyggjande arbeid mellom ungdomsskuleelevar i Florø

AV NORMUND SVOEN, fastlege i Flora kommune

Florø by er største tettstaden i Flora kommune og er Noregs vestlegaste by (1). Innbyggartalet er i dag 11 605. Flora kommune har inntil siste året vore største kommunen i Sogn og Fjordane, men no har Førde kommune så vidt passert Flora i innbyggartal. Byen feirar i desse dagar sitt 150 års jubileum. Som så mange andre byar på kysten blei den i si tid grunnlagt på bakgrunn av fiske. Dei tre sildene i byvåpenet illustrerer silda si viktigheit for grunnlegginga og oppbygginga av byen. Seinare har kommunen vorte ein typisk industrikommune med allsidig næringsliv hovudsakleg innan fiskeforedling, mekanisk industri og oljeindustri.

Flora ungdomsskule (2) er den største ungdomsskulen i kommunen og har omkring 500 elevar – ein stor ungdomsskule også på nasjonalt nivå. Artikkelforfattaren har vore helsestasjonslege i 20 prosent stilling i Flora kommune frå 1994 og fram til hausten 2009 då eg har permisjon for å arbeide som praksiskonsulent i Helse Førde. I helsestasjonsarbeidet har også inngått skulelegeansvar for Flora ungdomsskule.

Som kommunelege og helsestasjonslege i Steigen kommune i Nordland (1986–1994) arbeidde eg saman med helsesøster, ungdomsskulen og universitetet i Tromsø (stipendiat Edvin Schei) med eit intervensjonsprosjekt omkring tobakksførebyggjande arbeid blant elevane. Metoden var bygd rundt prosjektet som den gang blei kalla «Røykfrie klasser». Det nasjonale ungdomsskuleprosjektet var organisert gjennom Nasjonalforeningen for folkehelse. Bakgrunnen for intervensjonen i Steigen var svært høge røyketal blant ungdomsskuleelevene. Ei større spørjeskemaundersøking blant elevane avslørte dette. Undersøkinga blei eigentleg gjort fordi vi oppdaga at ein del elevar rusa seg ved å blande tobakk med tablettar med kombinasjonen kodein og paracetamol (Paralgin forte) og røykte dette (3). Vi spurte difor breitt rundt rus og tobakksvaner i denne undersøkinga og publiserte ut frå same materialet to andre artiklar i Tidsskriftet omkring alkoholbruk og sniffing (4) og røyking og snusbruk (5). Alle tre artiklane blei trykt i same nummer av Tidsskriftet – nr. 20, 1991 med redaksjonell kommentar.



Normund Svoen, f. 1956, i Naustdal kommune, Sogn og Fjordane. Cand med Trondheim 1985. Kommunelege Steigen kommune 1986–1994. Spesialist i allmennmedisin frå 1992. Kommunelege/fastlege/helsestasjonslege/skulelege i Flora kommune, Sogn og Fjordane frå 1994. Praksiskonsulent Helse Førde frå hausten 2009 (20% stilling).

Tobakksintervensjonen i Steigen som gikk frå 1994–1996 blei vellukka med 80 prosent reduksjon i nyrekruttering til dagleg røyking (6).

I min nye jobb i Florø oppdaga eg raskt at ungdomsskulen hadde eit omfattande tobakksrøykemiljø blant elevane. «Huken» bak idrettshallen var ein «fristad» der røykande elevar møttest i frikvartera. Det blei ofte observert over 50 elevar i desse klyngene som ikkje let seg avvike sjølv ved bruk av hyppige inspeksjonar.

I samarbeid med Flora ungdomsskule gjorde eg ei spørjeskemaundersøking identisk med den brukt i Steigen. I tillegg til spørsmål om røyking blei det spurt om bruk av snus, alkohol, narkotiske midlar, sniffing og tablettar. Der var også spørsmål om foreldres røykevanar, relasjon til vaksne og venner, trivsel på skule og i fritid. Basisundersøkingane blei gjort i 1998 og gjentatt i 2000 og viste nær dobbelt så høge røyketal som for gjennomsnittet for aldersgruppa i Sogn og Fjordane og landet elles.

Eg gjorde også ei undersøking våren 1999 ved Flora vidaregåande skule med knapt 450 elevar. Røyketala der var også svært høge med daglegrøyking i snitt hos gutane på 32 prosent og jentene 35 prosent. Høgaste tal ved dei yrkesfaglege studieretningane.

Det blei i samråd med skulehelsetenesta og ungdomsskulen avgjort at det også i Florø skulle gjerast ein intervensjon mot nyrekruttering av røykarar slik som i Steigen. Nye 8. klassar ved skulen blei systematisk påmeldt til «Vær røykfri» (vidareutvikling av «Røykfrie klasser») frå hausten 2001 og dei påfølgjande to år til alle klassar ved ungdomsskulen var medlemer. Det blei i denne tre års perioden jobba systematisk med holdningsskapande arbeid mot tobakk. Hjelpemiddel frå prosjektet «Vær røykfri» blei



brukt meir eller mindre systematisk i den ordinære undervisninga og lagt inn i skulehelseplanen (seinare digitalisert og lagt på nettet) (7) i tråd med L97 (ny læreplan frå 1997). Skulehelsetenesta ved skulelege og skulehelsesøster var aktive deltakarar og pådrivarar.

I 2003 blei det gjort ei ny spørjeskjemaundersøking som viste ein markert reduksjon i nyrekruttering til daglegrøyking med 62 prosent eller frå 70 til 25 daglegrøykande elev-ar ved skulen. Av-og-til røykarane blei i same perioden redusert med 46 prosent eller frå 40 til 20 elev-ar.

Dei opplyftande resultatane gjorde at skulen i samarbeid med skulehelsetenesta vedtok å vidareføre «Vær røykfri» på same intensive måten, og at det så langt muleg skulle gjerast årlege evalueringsundersøkingar. Spørjeskjemaundersøkingane har vore gjennomført alle år sidan unntatt i 2008 då Stiftelsen Bergensklinikkane gjorde ei liknande undersøking i kommunen bl.a. på Flora ungdomsskule. Det nasjonale prosjektet skifta endå ein gong namn i løpet av

denne perioden og heiter no FRI (8) og tilpassa kunnskapsløftet (2006).

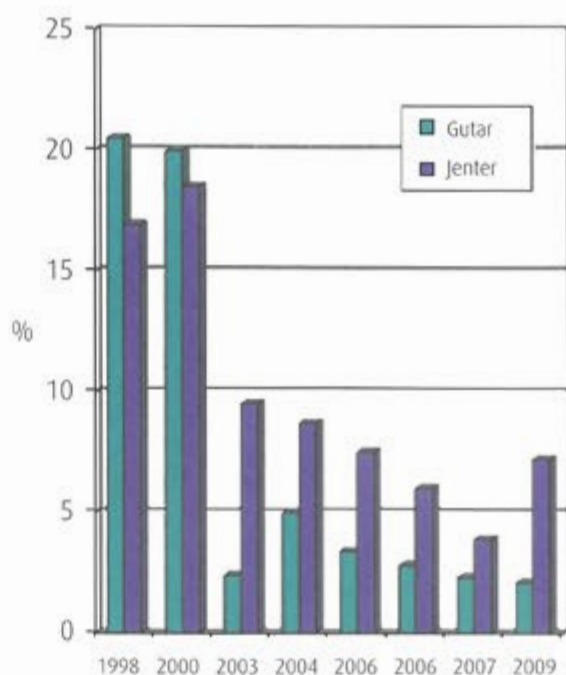
Undersøkingane har vist stabile relativt låge tal også i åra etter 2003 med lågast tal for daglegrøyking i 2007 med kun 14 daglegrøykarar og 2009 med 20 daglegrøykarar. Deltakinga ved alle spørjeundersøkingane har vore god med svarprosent godt over 90. Spørjeskjemaet og presentasjonen av alle data ligg på Flora ungdomsskule sine nettsider (9).

FIGUR 1 viser utvikling i daglegrøyking etter kjønn for heile undersøkingsperioden.

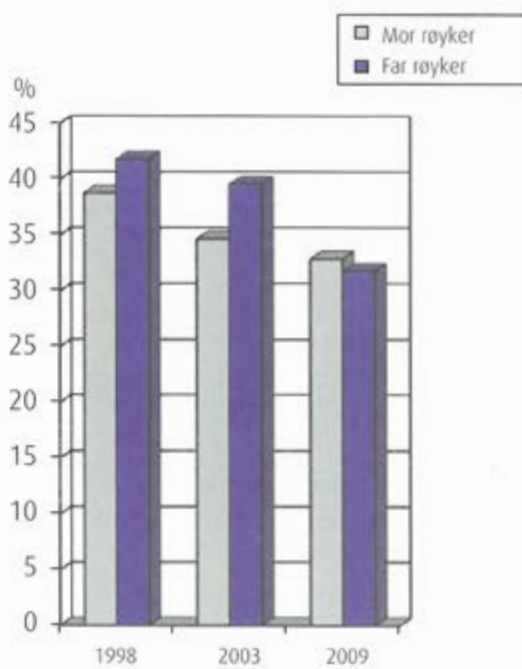
Alle data er lagt inn og bearbeidd i statistikkprogrammet Epiinfo.

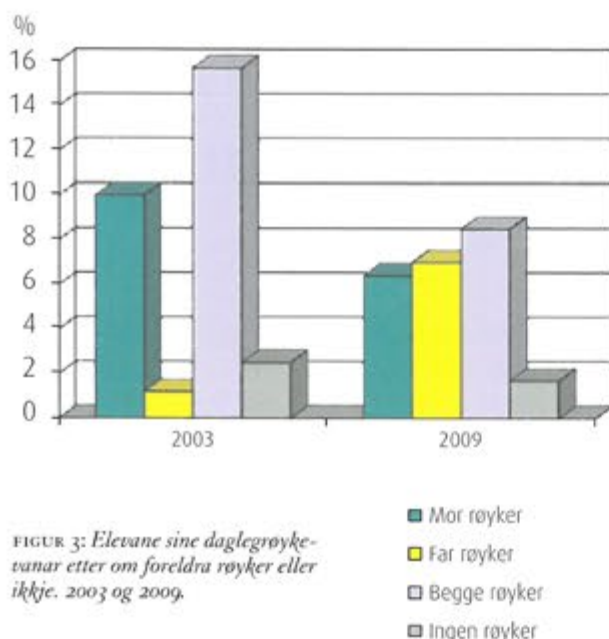
Av andre data som er sett på i undersøkinga er foreldra sine røykevanar (FIGUR 2). Høge tal godt over landssnittet for aldersgruppa (10). Krysstabellar viser at risiko for dagleg-

FIGUR 1: Røykevanar blant elev-ar ved Flora ungdomsskule 1998–2009. Etter kjønn



FIGUR 2: Foreldre til elev-ar ved Flora ungdomsskule 1998–2009.





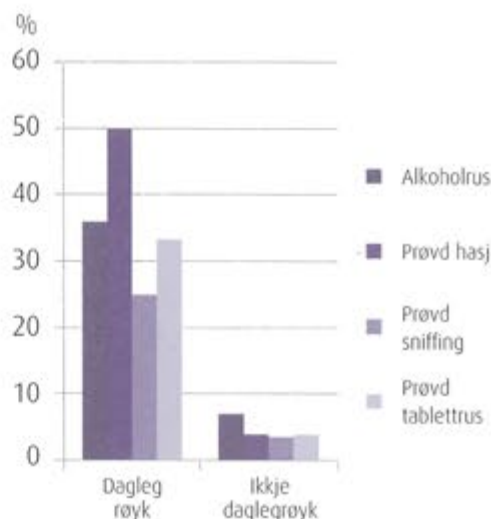
FIGUR 3: ELEVANE SINE DAGLEGRØYKEVANAR ETTER OM FORELDRA RØYKER ELLER IKKJE. 2003 OG 2009.

røyking hos eleven er auka med fem til åtte gonger der begge foreldre røyker. Om ein av foreldra ikkje røyker – spesielt mor – er det nesten like førebyggjande som om ingen av foreldra røyker (FIGUR 3).

Eit **paradoks** under denne intervensjonen er at mens vi i 1998 og 2000 hadde større bredde i elevmassen som røykte og dermed ein større del røykande elevar utan spesiell auka risiko for anna uheldig åtferd, er dagens røykande elevar i større grad ei risikogruppe på fleire andre område. Dei er få og ikkje lenger «indekselevar» slik mange røykarar var før tusenårsskiftet. Dermed blir miljøet i «huken» tøffare, meir destruktivt og meir stigmatisert. Undersøkinga vår viser at røykande elevar i større grad eksperimenterer med andre rusmidlar enn ikkje røykande elevar (FIGUR 4).

For å ivareta dei røykande elevane og gi dei eit tilbod om røykestopp starta vi ved ungdomsskulen i 2004 eit **røyke-avvenningskurs**. Det var artikkelforfattaren og ein terapeut frå Florø Røykeavvenning som leia kurset og vi brukte Helsedirektoratet sitt hefte «Klar – Ferdig» som basis. Eit svært spanande kurs som gikk i skuletida og der fleirtalet av dei røykande elevane deltok. Suksessraten for røykeslutt var heller nedslåande, slik som dei fleste røykeavvenningstiltak også hos vaksne ofte er, men det var likevel viktig å bry seg og gi desse elevane ei ekstra niste med på vegen.

Data frå Helsedirektoratet har ved femårsundersøkingane som har vore gjennomførte sidan 1975 vist ein klar reduksjon i røyking blant ungdomsskuleelevar (11). Denne har spesielt vore bratt fallande etter år 2000 – som ved Flora ungdomsskule. Vi hadde i Florø eit utgangspunkt med dobbel så høg røykedel blant elvane våre enn landssnittet i



FIGUR 4: DAGLEGRØYKING I FORHOLD TIL EKSPERIMENTERING MED RUSMIDLAR. 2009.

år 2000 – og fekk eit fall i løpet av intervensjonsperioden på tre år som landa på landsnittet og seinare er gått under. Vi har stor tru på at hovudgrunnen til dette er intervensjonen. Etter kvart har nok andre effektar komme sterkare inn; til dømes røykelova.

Viktige grunnar til Florø sine gode tal er nok at vi i utgangspunktet hadde ein «unaturleg» høg daglegrøykedel blant elevane. Ei relativt stor gruppe av desse elevane hadde få andre risikofaktorar og for mange av desse var det nok tilfeldig at akkurat dei blei røykarar. For nye elevkull var det nok lettare med litt intensiv intervensjon å førebygge at denne gruppa elevar byrja å røyke. I tillegg var det nok også viktig at intervensjonen hadde høg fokus over mange år, at pådrivarar bestod både av elevar, lærarar, skulehelseteneste inkludert helsesøster og lege, og ikkje minst at intervensjonen hadde sterk støtte i administrasjonen. Oppfølging med årlege spørjeskjema, presentasjon av data for elevar, lærarar og skuleleiing, media og politikarar virka nok også til å gje intervensjonen stor legitimitet og høgt fokus og dermed også god draghjelp.

Under lanseringa av VÆR røykfRI i 1997 uttalte utdanningsminister Gudmund Hernes at programmet var **blant dei best evaluerte førebyggjande prosjekt i skulen**. Dette blei ytterlegare dokumentert i ei undersøking av Lund, Lür og Jøsendal publisert i Tidsskriftet i 2002 (12), «VÆR røykfRI – fra forsøk til nasjonal implementering». Eit representativt utval av 3691 elevar svarte på spørsmål om røykevanar og haldning til røyking. Svarrespons var 75 prosent. Klasser som deltok i Vær røykfRI hadde 20 prosent færre daglegrøykarar enn klasser der elevane ikkje deltok eller ikkje visste om dei deltok – klare signifikante forskjellar.

FRI, som programmet no heiter, ser altså ut til å fortsette suksessen. Flora ungdomsskule synest at FRI er så verdi-fullt at dei har valt å fortsette å melde på sine nye 8. klassar til prosjektet. Deltaking på landsplan for skuleåret 2009–2010 er 56 prosent av aktuelle klassar. Finnmark toppar statistikken med heile 92 prosent, deretter Vest-Agder med 89 prosent og Sogn og Fjordane med 88 prosent (8).

Suksessprogrammet Vær røykfri/FRI er nok det enkelt-tiltak som har hatt størst effekt som helsefremjande tiltak for skuleelvar. Røyking er som kjent svært helseskadeleg; røykestart i ungdomsåra, og som ikkje opphøyrer mens tida er god, tar livet av halvparten av brukarane – og desse misser i gjennomsnitt 20 år av sine liv (13). For ein skulelege med sans for førebyggjande helsearbeid har det vore meningsfylt å delta i desse prosjekta – no i snart 20 år.

Referansar

1. http://nn.wikipedia.org/wiki/Flora_kommune
2. <http://www.flora.ungdomsskule.no/>
3. Svoen N, Schei E. Røyking av knuste tabletter. Epidemi blant ungdom i ein utkantkommune i Nordland. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2530–2
4. Schei E, Fønnebo V, Svoen N. Alkoholbruk og sniffing blant ungdom i to nordlandskommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2538–41
5. Schei E, Svoen N. Røyking og snusbruk blant ungdom i to nordlandskommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2533–6
6. Svoen N, Schei E. Adolescent smoking prevention – primary health care in cooperation with local schools. A controlled intervention study. Scand J Prim Health Care 1999; 17: 54–58
7. <http://www.floraskulen.no/planer/helseplan2007/helse2007.htm>
8. <http://www.fristedet.no/>
9. <http://www.flora.ungdomsskule.no/?artID=740&navB=1>
10. http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/royking/21_prosent_r_yker_daglig_i_2009_685804
11. http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/r_yking_i_befolkningen/r_yking_blaant_ungdomsskuleelvar_55345
12. Lund KE, Lühr E, Jøsendal O. VÆR røykfri – fra forsøk til nasjonal implementering. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 408–14
13. Vollset SE, Tverdal A, Selmer R, Gjessing HK. «Hvor dødelig er røyking?». Folkehelseinstituttet 2006.

Takk til

- helsesøster Siri Osnes for entusiasme og god bistand
- rektor, trinnleiarar, lærarar og tålmodige generasjonar av elevlar ved Flora ungdomsskule
- Venke Olafsson frå Florø Røykeavvenning som deltok på røykeavvenningskurs for ungdomsskuleelvar
- Gunhild Kittang som har puncha alle spørjeskjema sidan 1998 då ho sjølv var elev ved Flora ungdomsskule og til siste innsats sommaren 2009 då ho er på slutten av sitt medisinstudium i Gdansk

Evt. spørsmål og kommentarar kan rettes til: svoens@gmail.com

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C M17

Sedativum. Hypnotikum.

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

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

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

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzym, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypsofenon, som øker melatoninnivået ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivået i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatoninnekspansjon. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zolopon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordazin kan føre til en økt følelse av uro og urolighet sammenlignet med kun bruk av tiordazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

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

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

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

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

Klar for en ny dag

NYCOMED

Behandling av primær søvnløshet
hos pasienter over 55 år



Økt

Søvnkvalitet
Våkenhet
Funksjonsevne
Livskvalitet

Redusert

Innsøvningstid

1,2,3,4)

Dosering:

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

1) SPC

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

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

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

Depottablett melatonin

circadin[®]

Klar for en ny dag

Individuell forebygging av hjerte- og karsykdom

– retningslinjer og refusjonsregler

AV STEINAR MADSEN

I 2009 utga Helsedirektoratet nye nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer (www.helsedirektoratet.no). Legemiddelverket endret samtidig refusjonsreglene ved behandling av høyt blodtrykk. Denne artikkelen gjør kort rede for hva retningslinjene sier og hvilke refusjonsregler som nå gjelder.



Steinar Madsen

Spesialist i kardiologi og avdelingsoverlege ved Avdeling for legemiddelinformasjon, Statens legemiddelverk

Retningslinjene omhandler individuell forebygging av hjerte- og karsykdommer gjennom tiltak som kosthold, mosjon, røykeslutt, blodtrykksbehandling, kolesterolbehandling, blodplatehemning og sukkersykebehandling. Et sentralt budskap i retningslinjene er at forebygging av hjerte- og karsykdommer må bygge på en totalvurdering av pasienten og at behandlingen, enten den er ikke-medikamentell eller medikamentell, innrettes slik at en oppnår størst mulig virkning.

Retningslinjene gir detaljerte råd for personer mellom 40 og 70 år, inkludert risikoberegnings-tabeller som er tilpasset norske forhold (NORRISK). For yngre og eldre personer er kunnskapsgrunnlaget dårligere, slik at individuell vurdering blir viktigere. Alle leger som arbeider med forebygging av hjerte- og karsykdommer bør sette seg inn i de nye retningslinjene og legge dem til grunn for sin praksis.

TABELL 1: Intervensjonsgrenser

ALDERSGRUPPE	INTERVENSJONSGRENSE*
40–49 år	>1 prosent
50–59 år	>5 prosent
60–69 år	>10 prosent

* (10 års risiko for kardiovaskulær død)

Risikonivå

Under utarbeidelsen av retningslinjene var et viktig diskusjonstema for arbeidsgruppen hvor grensen for intervensjon bør gå. Arbeidsgruppen gikk inn for en aldersjustert intervensjonsgrense som bygger på beregning av ti års risiko for kardiovaskulær død (TABELL 1).

Risikoen beregnes ut fra NORRISK, som tar hensyn til alder, kjønn, totalkolesterol, blodtrykk og røykevaner. I tillegg til disse faktorene som inngår i tabellene må det tas hensyn til familiær hjerte- karsykdom, diabetes, psykososialt stress og endeorganskade (øyenbunn, hjerte, nyrer, pulsårer).

De aldersgraderte intervensjonsgrensene medfører at flere yngre, men noe færre eldre skal ha forebyggende behandling. Beregninger viser at den samlede gevinst uttrykt i antall vunnete leveår er omtrent lik for disse aldersgruppene.

Til tross for lavere grenser er det få kvinner under 60 år og få menn under 50 år som har så høy samlet risiko at de kommer over intervensjonsgrensene. Noen av disse skal likevel ha behandling basert på enkeltfaktorer, og ikke samlet risiko. Alle personer som har systolisk blodtrykk over 160 mm Hg bør få tilbud om medikamentell behandling. Det samme gjelder personer med totalkolesterol over

8 mmol/L, med unntak av kvinner etter overgangsalderen. Endeorganskade og diabetes er andre enkeltfaktorer som normalt vil føre til behandling.

Retningslinjene for behandling av diabetes er i tråd med anbefalingene som gis i de nasjonale faglige retningslinjene «Diabetes – Forebygging, diagnostikk og behandling» som også ble utgitt i 2009 (www.helsedirektoratet.no).

Acetylsalisylsyre eller ikke?

I 2009 hentet nesten 370 000 personer lavdosert acetylsalisylsyre (ASA) på apoteket. Vi vet ikke hvor mange som bruker ASA i primær eller sekundærprofylakse. Det er liten tvil om at ASA er nyttig hos pasienter som har åreforkalkning (sekundærprofylakse). Det vitenskapelige grunnlaget er mer usikkert når det gjelder primærprofylakse. Kunnskapsoppsummeringen i forbindelse med retningslinjearbeidet viste at ASA reduserte risikoen for hjerteinfarkt, mens det ikke er noen overbevisende effekt verken på dødelighet, forebygging av slag eller andre endepunkter. Det synes å være forskjell mellom kjønnene: ASA reduserte risikoen for hjerteinfarkt hos menn, men ikke hos kvinner. Når det gjaldt hjerneslag, førte ASA til færre tilfeller blant kvinner, men ikke blant menn.

Retningslinjene anbefaler ASA (75 mg x 1) i primærforebygging bare til personer med høy til svært høy risiko (risiko betydelig over intervensjonsgrensene) og for kvinner bare når de er over 65 år. Blodtrykket må være under kontroll (< 160 mm Hg systolisk) før oppstart av ASA-behandling.

På bakgrunn av det usikre kunnskapsgrunnlaget bør hver enkelt pasient vurderes individuelt. Blant annet må økt risiko for mageblødninger veies opp mot mulig reduksjon av hjerte- og karsykdom.

Det er ikke grunnlag for å anbefale ASA til alle med diabetes, selv om de har høyere risiko. ASA bør brukes med forsiktighet hos personer med tidligere gastrointestinale blødninger og er kontraindisert ved ASA-utløst allergi eller astma.

Klopidogrel har normalt ingen plass i primærforebygging, men kan være et alternativ til ASA hos en liten gruppe personer med svært høy risiko som ikke tolererer ASA.

Valg av legemidler ved hypertensjon

I følge retningslinjene er legemidler fra gruppene diuretika, betablokkere, ACE-hemmere, angiotensinreseptorblokkere (ARB) og kalsiumblokkere godt dokumentert når det gjelder å forebygge komplikasjoner av hypertensjon. Alfablokkere har noe dårligere dokumentasjon. En omfattende legemiddeløkonomisk analyse viste at diuretika, ACE-hemmere og kalsiumblokkere kom best ut. ARB er også et godt alternativ og kunne i følge retningslinjene være et aktuelt førstevalg dersom prisen gikk ned.

Nye refusjonsregler for legemidler mot høyt blodtrykk

På bakgrunn av Helsedirektoratets retningslinjer har Legemiddelverket gjennomgått alle legemidler mot høyt blodtrykk. Det er betydelig forskjell i pris mellom ulike legemidler. Totalkostnadene for legemidler til behandling av hypertensjon anslås til omkring 1000 millioner kroner i året. Ved å bruke rimelige og veldokumenterte legemidler kan disse utgiftene reduseres betydelig samtidig som kvaliteten



på behandlingen opprettholdes eller styrkes. Kostnadsreduksjonen kan i løpet av noen år bli i størrelsesorden 4–500 millioner kroner.

Hovedårsakene til reduserte kostnader er at det kommer generiske legemidler på markedet. Generiske legemidler blir vanligvis ført opp på byttelisten. Når legemidler blir ført opp på byttelisten utløser det trinnpris. Trinnpris er en «automatisk» prisreduksjon på mellom 55 og 85 prosent knyttet til generisk bytte. Eksempelvis kom losartan på byttelisten i september 2009. Fra mars 2010 vil prisen på losartan være redusert med 75 prosent.

De nye refusjonsreglene trådte i kraft fra 1.1.2010. Den såkalte «tiazid-regelen» ble opphevet samtidig som det ble innført et utvalg av foretrukne legemidler (TABELL 2). De foretrukne legemidlene skal være førstevalg ved behandling av hypertensjon. Dersom pasienten ikke oppnår målsetting eller får uakseptable bivirkninger kan andre legemidler brukes. Ingen legemidler mistet refusjonen. Det understrekes at ingen pasienter må endre eksisterende behandling på grunn av de nye refusjonsreglene. De gjelder kun ved oppstart av behandling eller ved endring av eksisterende behandling. De nye refusjonsreglene gjelder kun ved behandling av høyt blodtrykk og ikke for eventuelle andre bruksområder av legemidlene (se fullstendige refusjonsvilkår nedenfor og les mer på www.legemiddelverket.no).

Utvalget av foretrukne legemidler omfatter legemidler i alle de legemiddelgruppene som har best dokumentasjon ved behandling av høyt blodtrykk. Ved å utnytte disse legemidlene enkeltvis eller i kombinasjon vil de aller fleste pasienter oppnå tilstrekkelig blodtryksreduksjon. Utvalget gjør det også mulig å ta hensyn til ulike pasientfaktorer slik som diabetes eller nyresvikt når en velger legemiddel.

Ikke-foretrukne legemidler ved hypertensjon

Noen leger vil savne legemidler som diltiazem, doksazocin, labetalol, lerkandipin, nifedipin og flere angiotensin-II-reseptorblokkere på listen over foretrukne legemidler. Noen av disse legemidlene er ikke gått av patent og har derfor en høyere pris, mens andre foreløpig ikke har fått generisk konkurranse av ulike årsaker. I tiden fremover vil flere legemidler komme på byttelisten og dermed bli vesentlig rimeligere.

LEGEMIDDELGRUPPER OG VIRKESTOFF

ACE-hemmere:

enalapril, kaptopril, lisinopril, ramipril – og kombinasjoner med hydroklortiazid

ARB (angiotensin reseptor blokker):

losartan – og kombinasjoner med hydroklortiazid

Betablokkere:

atenolol, bisoprolol, karvedilol, metoprolol, propranolol – og kombinasjoner med hydroklortiazid

Diuretika:

bendroflumetiazid, hydroklortiazid – og kombinasjoner med kalium eller kaliumsparere

Kalsiumantagonister:

amlodipin, felodipin, verapamil

TABELL 2: Foretrukne legemidler ved hypertensjonsbehandling

Når kan en lege bruke ikke-foretrukne legemidler?

Legemidler som ikke er foretrukne kan brukes under bestemte forutsetninger. Vilkårene for dette fremgår av *refusjonsvilkårene* som her gjengis i sin helhet:

For legemidler som ikke er foretrukne, men som har forhåndsgodkjent refusjon vil følgende vilkår gjelde:

- Ved behandling for høyt blodtrykk skal foretrukne legemidler benyttes.
- Andre legemidler refunderes kun hvis pasienten ikke oppnår tilfredsstillende blodtrykkssenkende effekt, får uakseptable bivirkninger eller interaksjonsproblemer ved bruk av foretrukne legemidler.

De nye vilkårene gjelder ved oppstart av blodtrykkssenkende behandling fra 1.1.2010, samt ved bytte til eller tillegg av nytt legemiddel hos pasienter som har startet blodtrykkssenkende behandling før 1.1.2010.

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

De nye refusjonsreglene gjelder kun ved behandling av høyt blodtrykk og ikke for eventuelle andre bruksområder av legemidlene.

Oppsummering

Ved å legge de nye nasjonale retningslinjene til grunn for klinisk praksis og bruke de foretrukne legemidlene vil pasientene både få god og rimelig behandling. Listen over foretrukne legemidler vil bli revidert med jevne mellomrom.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: steinar.madsen@legemiddelverket.no

Forskrivning av B-preparater

– hvordan dette oppleves av medarbeiderne

AV NILS MOE, STEN S. JOHANNESSEN, NIELS BENTZEN

Sammendrag

I denne undersøkelsen ble 25 medarbeidere til fastleger bedt om å svare anonymt (1) på et spørreskjema om forhold rundt deres rolle i forskrivning av vanedannende medisiner (2). Fastlegene var alle praksislærere for legestudenter ved NTNU i studiets siste år. I alt 23 av medarbeiderne (92 prosent) besvarte spørreskjemaet. Et stort flertall av medarbeiderne opplevde ubehagelige situasjoner (3) ved medisin-bestilling og ekspedering av resepter på B-preparater. Halvparten av dem ga råd om nedtrapping eller seponering. Til sammen 18 av de 23 (78 prosent) mente at legen burde være mer restriktiv. Drøyt halvparten (61 prosent) mente at pasientene visste at medisinen kunne være vanedannende.

Bakgrunn

Forskrivning av B-preparater oppfattes ofte som problematisk og tabubelagt. I riktige doser, på god indikasjon og til de riktige pasientene, er de både effektive, billige og gode. Ulempene er midlenes vanedannende og toleranseutviklende egenskaper. Dette gir misbrukspotensiale for pasientene og mulighet for suboptimal behandling fra legenes side. Av den grunn skal forskrivningen være veloverveid og helst kortvarig (4). Dette gir potensielt mulighet for konflikter mellom legene, medarbeiderne og pasientene, konflikter som kan forsure hverdagen, særlig for medarbeiderne og gjøre forholdet til enkelte pasienter vanskelig og ubehagelig.

I 2007 ble det gjennomført en audit blant fastleger og pasienter i Midt-Norge om forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. I tre artikler forsøker vi å kaste lys over den sammensatte problematikken rundt forskrivning og ekspedisjon av B-preparater. Man ble ved auditen oppmerksomme på at man manglet kunnskap om et viktig ledd – nemlig medarbeidernes rolle og opplevelse omkring ekspedisjonen av pasientenes bestilling og reseptfornyelse av B-preparater. I denne artikkelen ser vi på medarbeidernes opplevelser.



Nils Moe

Spes. allmennmedisin og universitetslektor
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
NTNU



Sten S. Johannessen

Spes. allmennmedisin og universitetslektor
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
NTNU



Niels Bentzen

Professor
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
NTNU

Materiale og metode

I forbindelse med invitasjonen til det årlige praksislærerkurset for leger og medarbeidere på Oppdal i 2009 ble det annonsert at det på kurset ville bli diskutert forskrivning av B-preparater. Formålet var å se kritisk på denne funksjonen i de enkeltes praksis. Sammen med invitasjonen lå et spørreskjema til medarbeiderne (TABELL 1). De ble spurt om deres opplevelser ved bestilling og ekspedisjon av resepter på B-preparater. På kurset møtte 35 leger og 25 medarbeidere. I forbindelse med foredraget og diskusjonen om B-preparater, fikk de 25 medarbeiderne på ny utdelt det spørreskjemaet (TABELL 1) som tidligere var sendt ut sammen med invitasjonen, men som ingen hadde besvart før kurset.

Det ble på kurset avtalt at medarbeiderne tok skjemaet med hjem for å fylle det ut og sende det tilbake til ISM.

- Har du opplevd ubehagelige situasjoner ved bestilling og utlevering av resept på vanedannende medisiner av typen beroligende midler (for eksempel Valium), sterke smertestillende (for eksempel Paralgin forte) og sovemedisiner (som Imovane)?
- Kan du fortelle om siste gang du opplevde noe slikt?
- Har du opplevd ubehagelige situasjoner når pasient bestiller slik medisin?
- Kan du fortelle om siste gang du hadde en slik opplevelse?
- Rapporterer du til legen direkte ved slike opplevelser?
- Synes du at legen oftere burde si nei til slike forskrivninger?
- Har du gitt råd om nedtrapping eller seponering av slike medisiner?
- Har du gitt råd om annen alternativ behandling?
- Tror du at pasientene er inneforstått med at medisinene er vanedannende?

TABELL 1. Spørreskjema til medarbeidere som var på Oppdalseminaret for praksislærere i mars 2009.

Resultater

Hele 23 av de 25 medarbeiderne svarte på spørreskjemaene (92 prosent) etter én purrerunde per brev og to runder med telefon. Svarene fordelte seg som følgende (TABELL 2):

SPØRSMÅL	JÅ	NEI	IKKE SVART
Opplevd ubehag ved utlevering?	14	9	0
Opplevd ubehag ved bestilling?	19	4	0
Rapporterte du i så fall til legen?	20	3	0
Er legen for lite restriktiv?	18	5	0
Har gitt råd nedtrapping/ seponering?	11	12	0
Gitt råd om annen behandling?	11	11	1
Tror pas. vet den er vanedannende?	14	9	0

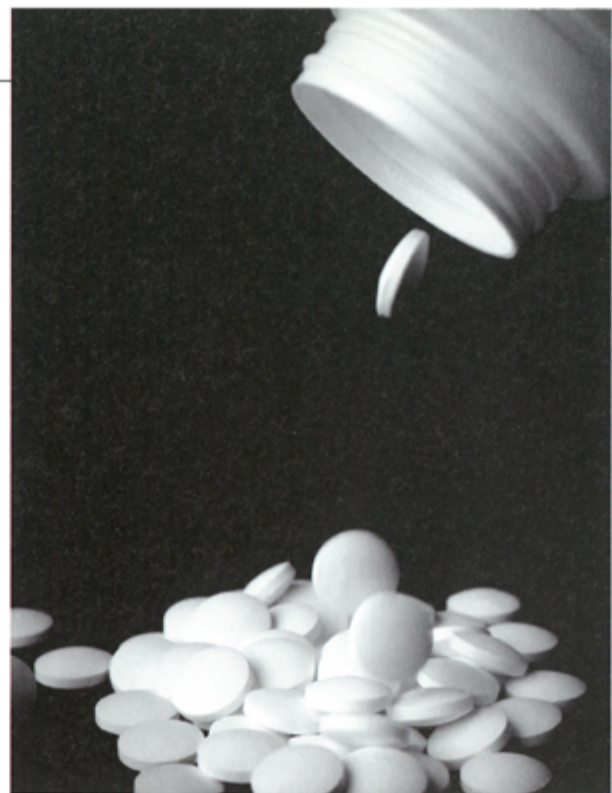
TABELL 2

De 23 medarbeidernes besvarelser av spørreskjemaet etter kurset.

Diskusjon

Tallene er små og spørreskjemaet ikke kvalitetssikret, men trenden i svarene er ganske klar. Den bekrefter vår hypotese om at medarbeiderne ofte befinner seg i en vanskelig situasjon når B-preparater skal forskrives og ekspederes i allmennpraksis. Når 83 prosent av dem opplever ubehagelige situasjoner rundt dette, er det noe vi bør ta på alvor og diskutere internt i praksis. Det som er vanskelig for medarbeiderne er dels de ubehagelige konfrontasjonene hvor pasientene ofte taler hardt og direkte til og/eller skjeller dem ut. Slik krangling er en belastning for medarbeideren og ødelegger relasjonen til pasientene som man er satt til å betjene.

Rutiner for rapportering til legen ved slike anledninger er etablert hos de fleste (87 prosent). Mange ga muntlig beskjed umiddelbart etter hendelsen. Andre rapporterte skriftlig i journalen, mens noen fortalte at de tok det opp under personalmøter og lignende.



I alt 18 av dem vi spurte (78 prosent) synes at legen oftere burde si nei til slike bestillinger. Det kan synes overraskende mange, men kan være uttrykk for den frustrasjon mange opplever når de etter argumentasjon og henvisning til journalnotat avviser at pasienten skal få medisinen nå, og så opplever at når pasienten har snakket med legen, likevel får det de ønsker. Dette gir medarbeiderne en følelse av svik eller å bli dolket i ryggen av sine nærmeste foresatte - legene. Dette er ikke bra for arbeidsmiljøet eller relasjonene medarbeidere og legene imellom. For å løse slike vanskeligheter kreves det at man snakker sammen, og at man er åpen om det som er vanskelig og at man har klare retningslinjer som alle følger. Det at man kan stole på hverandre og bakke hverandre opp, er den viktigste forutsetning for et godt arbeidsmiljø.

Halvparten anga at de deltok aktivt i prosessen ved å gi råd om nedtrapping eller seponering. Om dette er greit avhenger av om det er noe de gjør på eget initiativ eller i samråd med legen. Her er det også en problematikk som må avklares gjennom diskusjon og avtaler om felles retningslinjer. Her ligger et potensial for å bedre kvaliteten. Vår studie kan utgjøre en pilotundersøkelse og danne grunnlag for en audit (4) med et større antall legesentre. Målet med en slik audit vil være å bedre forståelsen av våre ulike roller ved forskrivningen, øke legers og medarbeiders faglighet innen tema 'vanedannende medisiner', forebygge belastende arbeidssituasjoner ved skranken og bedre pasientveiledningen fra medarbeiderne. Slik kan arbeidsmiljøet optimaliseres rundt denne funksjonen i allmennpraksis, og pasientene vil få en mer ensartet og profesjonell behandling når de henvender seg for å få vanedannende medisiner.

Konklusjon

I denne studien har vi spurt om medarbeiderens opplevelser og synspunkter på primærlegenes forskrivning av B-preparater og deres ekspedisjon. Medarbeiderne opplevde ofte ubehagelige situasjoner når det oppsto uenighet om mengde og hyppighet av forskrivning. Vi anbefaler at dette tas opp i praksis på samarbeidsmøter, kurser og ved konkrete daglige problemer. De fleste hadde faste rutiner for rapportering til legen når ubehagelige episoder oppsto. Halvparten av medarbeiderne gir konkrete råd for å redusere forbruket, men om dette er bra eller ikke vet vi ikke noe om, da det ikke er spurt om denne rådgivningen er avtalt med legen eller ikke.

De fleste mente at legene var for lite restriktive med forskrivning av vanedannende medisiner. Dette kan bunne i de frustrasjoner som oppstår når de opplever at de blir desavuert av legene i deres forsøk på å 'holde igjen'. Et tiltak for kvalitetssikring av forskrivningen og å lette arbeidet både for lege og medarbeider, vil være grundig diskusjon der man utveksler refleksjoner og holdninger til B-preparatene og hvor man beslutter seg for ensartede regler for samhandling rundt denne problematikken. Her er det et vesentlig område som har med kvalitet på forskrivning og med arbeidsmiljøet å gjøre. Vi vet for lite og har for dårlig kunnskap om denne interaksjonen, og de færreste allmennlegene har utviklet rutiner og tradisjon for å håndtere denne type vanskeligheter i allmennpraksis. Dette kan knyttes til at vanedannende medisiner assosieres med rus som igjen er knyttet til skam og skyld.

Interessekonflikter: Ingen

Referanser og kommentarer:

1. Medarbeiderne svarte anonymt med hensyn til eget navn, navnet til lege og legesenter.
2. Vi definerte vanedannende medisiner i denne sammenheng som B-preparater av typen beroligende midler og sovemedisiner av gruppen bensodiazepiner samt smertestillende medisiner med kodein eller tramadol. Narkotika og hostemedisin ble holdt utenom.
3. 'Ubehagelige situasjoner': verbal eller fysisk trussel, kjefting, banning, ukvemsord, slamring med dør, banking i bordet. Ingen av medarbeiderne rapporterte om fysisk voldelige episoder mot person eller inventar.
3. Statens helsetilsyn 1990: Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler, IK-2114, Oslo
5. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), kapittel 8, § 39.

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

Fastlegen.no

– allmennlegenes
publikumsrettede nettside

AV TOM SUNDAR



Tom Sundar

Spes. i allmennmedisin, fastlege i Lørenskog
og prosjektleder/redaktør for fastlegen.no

I disse dager lanseres fastlegen.no i regi av Allmennlegeforening og Norsk forening for allmennmedisin. Målet er å spre non-kommersiell og myndighetsuavhengig informasjon om fastlegeordningen og hva fastlegen kan tilby pasienter i ulike situasjoner og livsfaser.

Kort sagt skal fastlegen.no være en informasjonkanal til våre pasienter og brukere. Nettsiden eies og drives av allmennlegenes to medlemsorganisasjoner, Allmennlegeforening (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Bakgrunnen for fastlegen.no

Arbeidet med å etablere nettsiden tok til i oktober 2009, etter at prosjektet tidligere samme år ble vedtatt av landsrådet for AF og årsmøtet for NFA. I forprosjektrapporten er hovedintensjonene beskrevet (1, 2). Fastlegen.no skal være:

- fastlegenes publikumsrettede nettside
- en nettside som gir praktisk informasjon om fastlegeordningen på allmennlegenes premisser
- en nettside med ambisjon om å skape et felles digitalt ansikt utad for fastlegene, for å styrke pasientenes muligheter til å bruke oss best mulig til nytte for folkehelsen
- en nettside som skal styrke fastlegeordningens og fastlegenes anseelse

Fastlegen.no

DIN NÆRMESTE HELSEHJELP

Informasjon i Engelsk

Søk i alt innhold (inkludert fastlege) Søk

Screenshot av forsiden på fastlegen.no

Viktige veiviser

Alle som har opplevd å være pasient, vet hvor utfordrende det kan være å takle pasientrollen. Ikke nok med at du er bekymret for plager og sykdommer og din prognose; du må også forholde deg til et komplisert helsesystem og finne ut av dine pasientrettigheter.

I dette sammensatte helselandskapet har fastlegene en sentral rolle som behandlere og veiviser. Derfor mener AF og NFA at det er behov for en nettside som hjelper folk flest til å forstå og benytte helsetjenestene generelt og fastlegens tjenester spesielt og en nettside som vektlegger fastlegenes koordinerende rolle. Fastlegen.no skal spre informasjon spre kunnskap om fastlegeordningen, tydeliggjøre fastlegenes faglige og koordinerende rolle samt formidle informasjon om helsetjenesten, det være seg sentrale pasientrettigheter eller praktiske tips knyttet til legetimen, legeundersøkelsen eller spørsmål om behandling. Håpet er at også fastlegene skal oppleve innholdet på nettstedet som så relevant og nyttig at man vil anbefale det til egne pasienter. På den måten er fastlegene selv en viktig målgruppe for nettsiden.

Hvorfor trenger vi fastlegen.no?

Noen vil innvende at kanalene for slik informasjon allerede finnes i stort monn på nettsider som f.eks. nav.no, helfo.no, helsedirektoratet.no og frittsykehusvalg.no. Hvorfor skal da våre to medlemsforeninger bruke ressurser på «nok en nettside» med helseinformasjon? Jeg vil stille motspørsmålet: Hvorfor skal vi som fastleger overlate til myndigheter og kommersielle aktører å informere om oss og våre tjenester?

Dersom våre agendaer til enhver tid var sammenfallende, kunne man stilt spørsmål ved behovet for og legitimiteten av

fastlegen.no. Men at så ikke er tilfelle, er til fulle blitt demonstrert ved ulike anledninger. Her er det nærliggende å vise til diskusjonen som utspant seg rundt massevaksinerings av befolkningen mot svineinfluensa høsten 2009. Det kan komme flere saker og situasjoner der fastlegene kan ha nytte av en kanal for å formidle informasjon til publikum som enten et supplement eller et korrektiv til informasjon fra annet hold.

Etterspør informasjon

Brukerundersøkelser i forbindelse med etableringsprosjektet viser at folk ønsker å vite mer når de skal velge fastlege. Det dreier seg blant annet om legens interesseområder og kvalifikasjoner, alder og hvilke språk man behersker. Fastlegen.no har ikke til hensikt å etterkomme alle publikumsønsker, men i et stadig mer forbrukerorientert helsevesen må vi ta inn over oss at publikums behov for og ønsker om informasjon vil øke i fremtiden. Dette stiller oss overfor spennende utfordringer og samtidig en del dilemmaer knyttet til spørsmål rundt åpenhet og personvern.

Søkeverktøy

Fastlegen.no har laget et søkeverktøy som tilgjengeliggjør relevant informasjon for den som skal velge fastlege. Her kan man søke fastlege etter navn, kommune, postnummer, osv. Denne typen søkefunksjonalitet er allerede tatt i bruk av National Health Service i Storbritannia (www.nhs.uk/) og den svenske nettsiden Om vård (www.omvard.se).

Søkeverktøyet er etablert i samarbeid med Legeforeningens medlemsregister og inneholder visse opplysninger basert på den enkelte fastleges samtykke. Håpet at søkeverktøyet vil være «det lille ekstra» som trekker flere nettbrukere til nettsidene. Når vi vet at 50 000 nordmenn skifter fastlege hver måned, er det en viss grunn til være optimistisk.

Prosjektorganisasjonen har foruten prosjektleder bestått av lederne av de to eierforeningene samt at redaksjonsråd. Medlemmene av redaksjonsrådet er Marit Hermansen, Karsten Kehlet, Jørn Kippersund og Ståle Sagabråten. Arbeidet med design og teknisk utvikling har vært utført av profesjonelle firmaer. Lansering og markedsføring av fastlegen.no skjer i samarbeid med helseinformasjonskanalen HvillePULS.

Referanser

1. www.legeforeningen.no/id/153315.0
2. www.legeforeningen.no/id/153731.0

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

SOP – skuffelse blant yngre allmennleger

Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) la i vinter frem forslag til endringer i ytelsene fra fondet. I høringsrunden rettet Yngre legers forening kritikk mot noen av valgene styret i SOP ønsket å gjøre. Uenigheten var tydelig og denne uenigheten har til og med nådd media. I forrige nummer av Utposten tok styreleder i fondet, Hans Kristian Bakke, til motmæle og gikk vår kritikk etter i sømmene.

Her går han konkret inn på elementer i vår kritikk, arresterer oss på noen felter, kommer med noen unøyaktige opplysninger selv, men alt i alt nyanserer og utdypet innlegget fra Bakke det opprinnelige høringsbrevet. Det er vi takknemlige for! Det er ikke vår intensjon å ta en ny runde på detaljene, de er luftet godt nok fra før. Vi ønsker imidlertid klart å slå fast vår prinsipielle holdning.

Styret i SOP ønsker en lavere dekningsgrad på visse avbruddsytelser til leger autorisert etter 1993. Det er i relasjon til dette Ylf særlig har rettet kritikk. Begrunnelsen er ulike avsetninger til fondet før og etter dette året. Ylf er i mot forskjellsbehandling av medlemmer i en ordning som SOP på det anførte grunnlag. Det er vårt prinsipielle standpunkt. Medlemmer av Ylf er nok den gruppen som rammes minst av de foreslåtte endringene i ytelse. Allikevel uttrykker vi så tydelig kritikk av det solidaritetsprinsippet som styret i SOP legger til grunn og ønsker med det å gi vår støtte til yngre leger i en annen situasjon enn vår. Styret i SOP mener det er solidarisk å yte støtte til leger autorisert etter 1993 slik som det til nå er gjort. Ylf mener det er en selvfølge at antall kroner en direkte eller indirekte har bidratt med ikke skal gjøre deg mer eller mindre fortjent til ytelse i en ordning en er medlem av. I hvert fall så lenge en ikke har hatt mulighet til å påvirke disse bidragene selv. Så vidt vi kan se ligger det heller ikke føringer i dagens SOP-vedtekter som gjør dette til et forutsigbart valg. Derfor kommer dette som en skuffende overraskelse på mange.

Styret i Ylf har snakket med flere skuffede yngre allmennleger. De yngste er til dels oppgitte og reaksjonene blir sterkere etter hvert som legenes autorisasjonstidspunkt kryper nedover mot 1993. Fond 3 yter støtte til kurs i forbindelse med etterutdanningen av sykehusleger. Også her er bidragene fra ulike grupper forskjellig. For eksempel genererer

hvert medlem fra HSH-sektoren flere kroner pr år enn medlemmer fra Spekter-sektoren. Forskjellsbehandling har ikke vært et tema her selv i en vanskelig økonomisk situasjon som nå. Allmennleger bruker betydelig mer sekretariatsressurser fra Legerforeningen enn hva for eksempel overlegene utløser. Allikevel er det for Ylf helt naturlig at en i en fagforening, som skal hvile på solidariske prinsipper, får etter behov og ikke i forhold til hva en har generert av inntekter til bidragsyter.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger er ikke en del av Legerforeningen, men tett knyttet opp til den. Så tett er forholdet at yrkesforeningene sees på som meningsberettigede og blir bedt om å uttale seg i høringsrunden. Ylf kan ikke pålegge styret i SOP noe som helst, men vi sier det vi mener når vi blir spurt.

På vegne av styret i Ylf
Johan Torgersen, nestleder



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGERFORENING

NFAs skribentpris 2010

NFA har opprettet en skribentpris på kr 15 000 som deles ut en gang i året på PMU eller Nidaroskongressen.

Prisen går til en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget.

Prisen 2010 gjelder tekst som er publisert i perioden fra 1/8-09 til 31/7-10

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig.

Det er nedsatt en innstillingskomite sammensatt av medlemmer i Allmennmedisinsk utdanningsutvalg (AU): Sverre Lundevall, Torgeir Gilje Lid, Robert Tunestveit og Annelise Skeie.

Forslag sendes innstillingskomiteen v/Sverre Lundevall per e-post sverre.lundevall@legeforeningen.no innen 1. september 2010.

Viktig/originalt innhold og godt språk vil bli vektlagt. Innstilling til prisen oversendes styret i NFA innen 1. oktober 2010.

Skribentprisen bekjentgjøres i NFAs medlemsbrev, på NFAs hjemmeside, og evt i Tidsskriftet og Utposten.

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

Stafettspinnen ble overrakt meg under en på alle måter livgivende viltmiddag i «Hanne og Mortens» hyggelige hjem.

Omgitt av inspirerende og engasjerte mennesker ble det nok en gang klart for meg hvor viktig nære og gode venner og berikende sosiale fellesskap er i livet mitt. Det er et stort privilegium å ha venner fra ulike miljøer med ulike holdninger og erfaringer.

Stein Mehren er en av mine favorittlyrikere. For meg er han så presis i sine formuleringer, han greier med få ord å komme inn til kjernen i budskapet.

Eller som filosofen Arne Næss så enkelt formulerte det:

«Når alt kommer til alt så er det hvordan vi har det sammen som betyr noe».

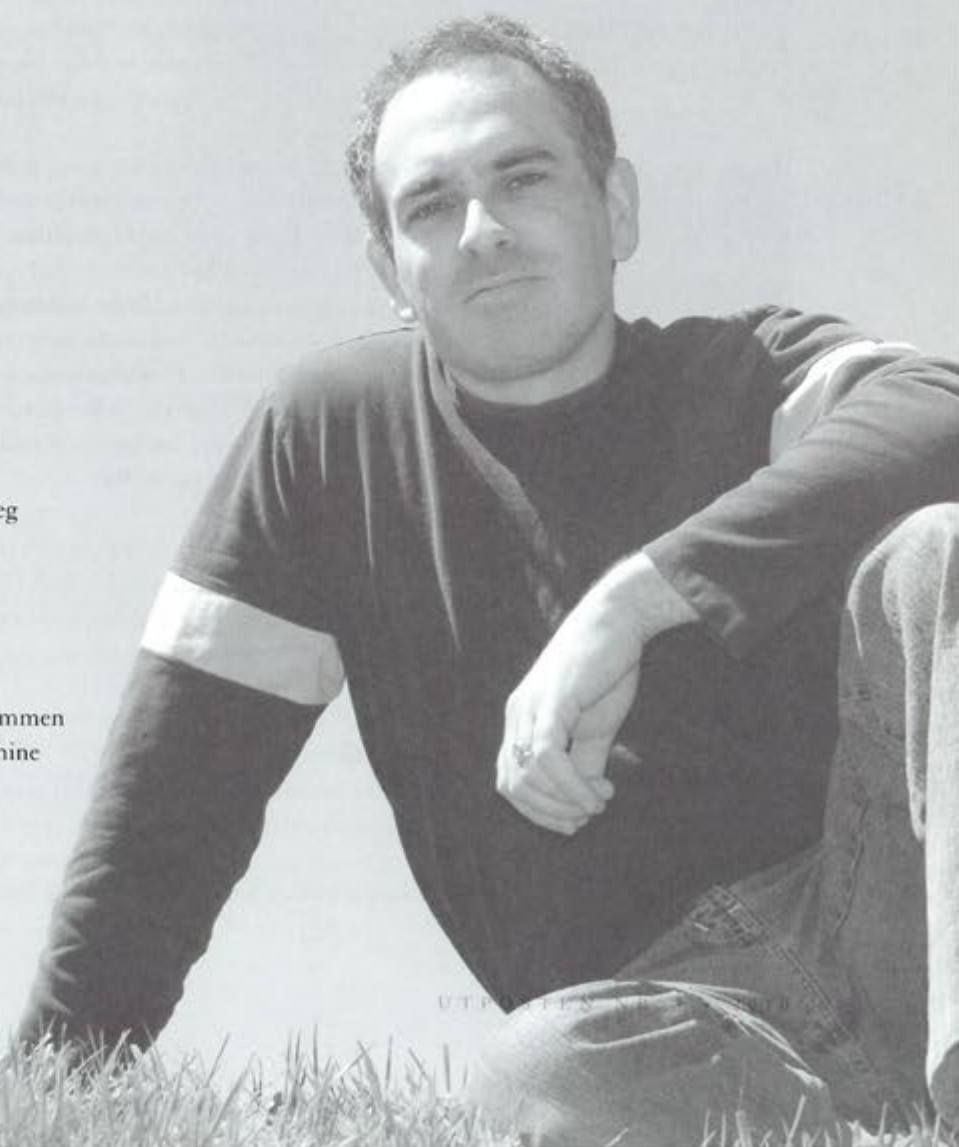
Stafettspinnen sendes videre til en nær og kjær studievenn Odd Kjøstvedt i Lillesand.

Hilsen Hilde Beate Gudim

Vennskap

Hva søker jeg i vennskapet
Nesten ingenting og likevel mer
enn jeg kan finne alene. For ennå leter jeg
og jeg søker ikke lenger trøst og trygghet
ikke engang bekræftelse søker jeg
Det har jeg fått eller stjålet som barn
Det forsøker jeg å gi mitt eget barn
Jeg er langt over førti år
Det er ikke mer å hente av slike ting
Min ensomhet blir ikke mindre av å støtte seg
til andres

Hva er det da jeg søker
Jeg går og bærer på biter av visdom
brokker av mening, ilandrevne skår av
skjønnhet, bruddstykker som ikke passer sammen
Og det jeg søker er noe som stemmer med mine
funn, de få og forferdende øyeblikk
da mine ord og en annens ord
plutselig faller på plass i hverandre
Og jeg ser mer enn jeg kan se alene
Jeg ser!



UTPÅTTES NÅR DU SER



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Triptaner under graviditet og amming

Spørsmål til RELIS

RELIS får ofte spørsmål om bruk av triptaner til kvinner med migrene som er gravide eller som ammer spedbarn.



Under graviditet og amming må det legges stor vekt på ikke-medikamentelle tiltak i behandlingen av migrene, som å unngå utløsende faktorer. Paracetamol er førstevalg ved anfallsbehandling (1,2).

Graviditet

Dersom behandling av den gravide med triptaner vurderes, bør dette skje på klar indikasjon. Fordelene ved behandlingen og mulig risiko for barnet bør vurderes nøye. Hovedvekten av dokumentasjonen på bruk av triptaner under graviditeten finnes for sumatriptan (Imigran), som bør være førstevalg hvis triptanbehandling anses som nødvendig (2, 3). Registerdata og prospektive studier med til sammen rundt 1400 eksponerte fostre, hovedsakelig i første trimester, har ikke gitt holdepunkter for økt risiko for misdannelser etter bruk av sumatriptan under graviditeten (2).

En nylig publisert studie har koblet data fra Den norske mor- og barn-undersøkelsen med Medisinsk fødselsregister (MFR). Forfatterne identifiserte 1535 gravide kvinner som hadde brukt triptaner under graviditeten, hvorav 1387 hadde brukt slike legemidler i første trimester og 1000 i andre og tredje trimester. Disse kvinnene ble sammenlignet med 372 migrenekontroller (kvinner som hadde brukt triptaner i løpet av de siste seks måneder før graviditeten, men ikke under) og 68 021 kvinner uten migrene. I første trimester brukte 47 prosent av triptanbrukerne sumatriptan. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom triptanbruk i første trimester og alvorlige misdannelser. Triptanbruk i andre og tredje trimester var assosiert med en noe høyere risiko for atonisk uterus og blodtap over 500 ml ved fødsel (4).

En poster rapporterer data fra en studie med kobling av Reseptregistret med MFR. De identifiserte 1598 kvinner som hadde hentet ut minst ett triptan under svangerskapet. I likhet med andre studier fant de ikke en økt risiko for medfødte misdannelser etter triptanbruk i første trimester (5).

Amming

Triptaner bør brukes med forsiktighet under amming, og sumatriptan bør foretrekkes fremfor andre triptaner på grunn av mer klinisk erfaring (3, 6). Men det er begrenset med opplysninger om overgang til morsmelk for sumatriptan (6). Ulike kilder (2, 6, 7) henviser alle til en liten australsk studie med fem ammende kvinner (8). Resultatene fra

denne tyder på at sumatriptan passerer over i brystmelk. Kvinnene fikk seks mg sumatriptan subkutan, og gjennomsnittlig ratio mellom brystmelk og plasmakonsentrasjon hos kvinnene var 4,9:1. Dette tilsvarer en vektjustert barnedose på 3,5 prosent (95 prosent KI 0,3–6,7 prosent). Det ble ikke målt serumkonsentrasjon hos barna. Sumatriptan absorberes imidlertid dårlig fra gastrointestinal traktus hos voksne, og den orale biotilgjengeligheten er kun ca. 14 prosent. Dersom dette er tilsvarende hos diebarn, tilsvarer det reduksjon av den beregnede vektjusterte barnedosen til kun ca. 0,5 prosent. Men barnets totale eksponering vil også avhenge av dets alder, metabolismekapasitet og ekskresjon. Sumatriptan har en kort halveringstid hos voksne, ca. to timer. Hvis man ønsker å redusere risikoen for påvirkning av diebarnet til det minimale, kan ammingen utsettes til seks til åtte timer etter administrering av sumatriptan (3).

For de fleste andre triptaner enn sumatriptan mangler dokumentasjon på overgang til brystmelk. For eletriptan ble det funnet at substansen passerer over i brystmelk i liten grad (6). Basert på data fra åtte kvinner ble det funnet en gjennomsnittlig ratio mellom brystmelk og plasmakonsentrasjon hos kvinnene på 1:4 (9). Men kliniske data for barna mangler. Eletriptan har imidlertid en aktiv metabolitt, og overgang i brystmelk for denne er ikke kjent.

Konklusjon

Paracetamol er førstevalg ved anfallsbehandling hos gravide og kvinner som ammer. Dersom triptaner vurderes, bør dette skje på klar indikasjon, og sumatriptan bør foretrekkes pga. mest dokumentasjon og klinisk erfaring. Tilgjengelig data tyder ikke på økt risiko for misdannelser ved bruk av sumatriptan/triptaner i svangerskapet. Det er begrenset dokumentasjon på bruk av triptaner i ammeperioden. En liten studie indikerer at sumatriptan går over i morsmelk, men risikoen for diebarn anses som liten.

Referanser

1. Hagen K, Stovner LJ. Migrenebehandling ved graviditet og amming. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 3107–9.
2. Schaefer C, editor. Drugs during pregnancy and lactation 2007; 2nd ed.: 42–4, 631–2.
3. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (18. mai 2010).
4. Nezvalová-Henriksen K, Spigset O et al. Triptan exposure during pregnancy and the risk of major congenital malformations and adverse pregnancy outcomes: Results from the norwegian mother and child cohort study. Headache 2010; 50(4): 563–75.
5. Hallaraune L, Nezvalová-Henriksen K et al. Sikkerhet ved bruk av triptaner i svangerskapet. Poster, Farmakologisk vintermøte, Norsk Selskap for Farmakologi og Toksikologi, Beito januar 2010.



ILLUSTRASJON: OLINDO DREJA / MARIA GERASIMENKO

6. Avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Läkemedel och amning. Medel vid migrän. http://www.janusinfo.se/imcms/servlet/GetDoc?meta_id=3652 (18. mai 2010).
7. Hale TW, editor. Medications and mothers' milk: A manual of lactational pharmacology 2008; 13th ed.: 897–8.
8. Wojnar-Horton RE, Hackett LP et al. Distribution and excretion of sumatriptan in human milk. Br J Clin Pharmacol 1996; 41(3): 217–21.
9. Lucas S. Medication use in the treatment of migraine during pregnancy and lactation. Curr Pain Headache Rep 2009; 13(5): 392–8.

Randi Myhr

Cand. Pharm., RELIS Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål

Jeanette Schultz Johansen

Cand. Pharm., RELIS Sør, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Vigdis Solhaug

Cand. Pharm., RELIS Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål



Lippes loop på utekontor

Historier fra virkeligheten

I vår kommune har vi et utekontor; det ligger såpass mange mil fra kommunens sentrum at vi synes det er bedre å yte befolkningen den service å dra dit en gang per uke i stedet for at befolkningen må komme til oss for legetjenester.

Jeg har erfaring for at leger opplever å få en sterk binding til bygda der de har utekontor. Man blir liksom den eneste legen i bygda og kommer tett innpå ikke bare enkeltmenesker og familier, men et helt lokalsamfunn.

I dag det vanlig å ha med sekretærhjelp på utekontordager, det gir effektivitet i hverdagen. Slik var det ikke før; da dro man ofte aleine ut i periferien, hadde der en lang kontordag og kom seint hjem.

En dag jeg var aleine lege på dette utekontoret kom det en kvinne til meg og ønsket sin spiral ut. Jeg sjekket i hennes journal, og fant ut at ca 20 år tidligere var det satt inn en spiraltype av typen «Lippes loop», en spiral med åpenbare fysiske likhetstrekk med veien Trollstigen på nordvestlandet. Denne hadde en tendens til å vokse fast i livmoren, og var av den grunn gått ut av bruk for lengst. Kunne det virkelig være 20 år siden spiralen ble satt inn, spurte jeg forsiktig. Jo det stemte nok. Hun hadde ofte tenkt på å få tatt den ut, men hadde drøyd noe med bestemmelsen.

Ja opp i stolen, jo der var spiraltrådene. Jeg tok tak med en holder og dro forsiktig. «Au» hørte jeg fra andre enden av stolen. «Denne sitter nok litt hardt» måtte jeg medgi, men vi ble enig om å gjøre et lite forsøk til. Samme smertefulle «au» som resultat. Jeg har erfaring for at spiraler ofte kan sitte litt fast, men ved et par forsøk pleier de å løsne. Jeg dro forsiktig en tredje gang. Det kom ikke noe «au» denne gangen. «Går det bra med deg?» spurte jeg. Ikke noe svar. Jeg så på ansiktet hennes. Øynene var rullet opp, hun var ikke kontaktbar, hun pustet ikke, og da jeg kjente etter pulsen var den ikke følbart.

Diagnosen var klar: Hjertestans i gynekologstolen, aleine på utekontor. Au da*.

* Utbruddet «Au da» er en transkripsjon til standard bokmål. Glosene som raste gjennom artikkelforfatterens hjerne i det aktuelle øyeblikket er ikke passende for Utpostens lesere, i tillegg hadde de opprinnelig tenkte ordene en dialekt som ville kunne signalisere historiens herkomst, dobbelt grunn til slik omskriving.

Nå var gode råd dyre. Ikke kunne jeg hente hjelp blant de andre pasientene på venteværelset, kvinnen var tross alt naken fra livet og ned. Akutt ambulanse fra kommunesenteret ville ta alt for lang tid. Det var bare å trø til med hjertemassasje og munn-til-munn metode og håpe det beste. Men i en gynekolog-stol? Nei først ut med alle instrumentene, deretter måtte den livløse kvinnen, med sine anslagsvise 120 kg, bukses ned på golvet; alt dette mens hjertekompresjon og munn-til-munn-metoden raskt ble gjennomgått og oppfrisket i teorien. Etter hvert fikk jeg, i en kombinasjon av hastverk og fortvilelse i samarbeid med tyngdekraften, pasienten plassert på golvet uten at verken hennes eller mitt legeme var tilskadekommet i seansen. Så var det klart for gjenopplivningen. Men – hva hvis hun våknet til, naken fra livet og ned, med legen i iherdig kontakt munn mot munn? Hva vil hun tro? Ville denne aktiviteten oppfattes som livreddende gjenoppliving, eller kanskje heller et forsøk på overgrep? Ville hun anmelde meg til Fylkeslegen? Ville jeg miste lisensen?

Da hørte jeg plutselig et sukk fra kvinnen, hun begynte å puste, og jeg kjente puls.

Sjelden har jeg vært mer lettet i min legegjerning enn nettopp i dette øyeblikket. Kvinnen kom seg etter hvert, og forlot kontoret noen minutter seinere med spiralen fortsatt på plass i livmorhulen. Den ble seinere tatt ut i narkose på sykehuset.

Diagnosen var feil, det var ikke hjertestans, men en kraftig vasovagal reaksjon. En slik reaksjon som kan komme ved smerter eller emosjonelle situasjoner, der hjertet nesten slutter å slå, eller det slår så sakte at det ikke pumper nok blod rundt til å opprettholde bevissthets hos personen. Legges personen ned, gjerne med beina høyt, kommer vanligvis hjertet i gang med normal aktivitet i løpet av noen sekunder. Tilstanden kan virke dramatisk mens den står på, men er oftest helt ufarlig.

Jeg har i hvert fall lært at enkelte prosedyrer skal man unngå hvis man er aleine på utekontor! Å ta ut retinerte spiraler er med fordel en sak som kan gjøres når man har hjelpepersonell tilstede. Og Lippes loop kan med fordel forbli historie. Og til kvinner – det er greit å minne dere om at spiraler stort sett skal byttes hvert femte år!

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinylostradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. I tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfalsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsen 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 prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sædredende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringsen 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 bør 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 tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder 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 kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombotiske valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migræne/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombotiske rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer (melanom, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelser bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nøye. Sigarettrøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger 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 blødningsslag, transitorisk iskemisk angrep). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning 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 lidelser. 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 migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander 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 behandling 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 godartet adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase 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 nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombrudds-

blødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene 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 tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye 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 galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinylostradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinylostradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinylostradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermredende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen 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 hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinylostradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinylostradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalgveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol. Konsentrasjonen av etinylostradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinylostradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger 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. Østrogen 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 trombotiske og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk angrep, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magesmerter, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, vaskeretejensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, seksjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikose vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt 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-, thyroidea-, binyre- 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 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

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

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 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

1) Referanse: SPC Loette

Pfizer