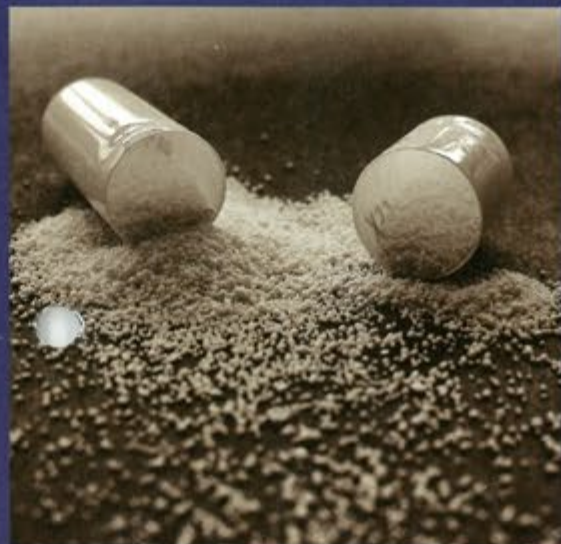




Innhold:

LEDER: Legekunst i ein kompleks kvardag. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Jeg satte 5 betingelser. CAROL PASCOE INTERVJUET AV TOVE RUTLE	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Praktisk legemiddelhåndtering i sykehjem. AV SABINE RUTHS	6
Musikkterapi og demens – musikk som samhandling og ressursmobilisering. AV BRYNJULF STIGE	12
Den røde tråden... AV DEE BERG OG PATRICIA MERCKOLL	16
Informasjon om fastlegeordningen til flerkulturelle befolkningsgrupper – en utfordring for helsepersonell. AV URSULA G. S. GOTH	20
Hvordan gjøre gode selvmordsrisikovurderinger? AV EWA NESS OG OLE STEEN	26
Meldte bivirkninger av pandemi- vaksinen Pandemrix i Norge. AV STEINAR MADSEN M.FL.	31
Bli veileder! AV PETER PRYTZ M.FL.	38
Innføring i klinisk revmatologi BOKANMELDELSE AV ESPERANZA DÍAZ	40
Faste spalter	41

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: Flickr.com/bored-now

LAYOUT/OMBEREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS



Legekunst i ein kompleks kvardag

Det seiest at det finst tre slags løgn: løgn, forbanna løgn og statistikk. Eg tenkte ganske umiddelbart på denne utsegna då Statistisk sentralbyrå i august presenterte statistikken som viste at det var innbyggjarane i Oslo som stod for det meste av verdiproduksjonen her i landet, noko som sjølv sagt sette sinn i kok hjå mang ein nordlending, sunnmøring og bergensar. Sitatet er ofte tilskrive forfattaren Mark Twain, men den eigentlege opphavsmannen var den britiske statsmannen Benjamin Disraeli. Den famøse statistikken kom i etterkant av ein hissig og oppheita debatt om dei såkalla monstermastene som regjeringa vil byggje i Hardanger, eit vedtak tatt over hovuda på dei som bur der. Ei klassisk konflikt mellom sentrum og periferi har bygd seg opp. Det heile kulminerte med eit forslag om Vestlandet som eige land! Verda sett frå Vestlandet sin hovudstad har dermed vore relativt interessant denne sommaren.

Eg fekk mellom anna med meg ei reportasje frå syltetøyproduksjonen ved fabrikk til A/S Røra i Nord-Trøndelag, fylket som viste seg å ligge på botnen når det gjeld produksjon av verdiar her i landet. For korleis skal eigentleg pengellyttarane ved hovudkontoret til Orkla i Oslo få pengane sine dersom ingen produserer syltetøy i Trøndelag? Det er forskjell på realøkonomi og finansøkonomi, og statistikken underkjenner etter mitt syn det komplekse samspelet mellom dei ulike aktørane som alle er med på å produsere verdiar i det norske samfunnet.

Etter å ha lete meg underhalde av mange meir eller mindre friske utspel om dei over omtalte sakene, i ein fire veker lang og herleg avslappande ferie, er eg no i full sving att på legesenteret, med travle dagar, kraftig regnvær og eit drag av haust i lufta. Eg har dessutan reflektert meir enn vanleg over kompleksiteten i min eigen kvardag. Statistikk er utgangspunkt for mange av dei medisinske avgjerslene eg må ta kvar einaste dag. I denne samanheng har eg tenkt litt på det som vert kalla «complexity based medicine». Når eg opplever stor kompleksitet, kan eg ofte føle stor frustrasjon, men forenkling til lineær årsak-verknad tenking er heller ikkje alltid tilfredsstillande. Er det då slik at alt er like gyldig, at alt heng saman med alt? Skal vi slutte å tru på resultatet av dobbelt-blinda randomiserte studiar fordi alt er så komplekst at det ikkje kan plasserast i ein slik kontekst? Motsetnaden er vel reduksjonisme?

Kompleksitet er definert som ein av fire moglege tilstandar i eit system, der dei andre tre er stillstand, orden og kaos. I lys av dette interesserer feltet psykonevroimmunologi meg meir og meir. Kropp, sjel og livsvilkår heng saman, dette har vi etter kvart god dokumentasjon på. Etter nokre år i klinisk praksis, har eg fått ein større innsikt i forhold til å sjå mønstre i folk sine liv og korleis det påverkar helse og funksjon, dette kan vere vanskeleg å angripe i den terapeutiske relasjon, der ein i ein travel kvardag ofte kan føle seg freista til å søke enkle svar på komplekse problemstillingar.

Det heile kokar kanskje ned til korleis skal ein klare å integrere kompleksitet i dei daglege vurderingane og avgjerslene, som helst skal vere så kunnskapsbaserte som mogleg. Er det dette ein kallar legekunst?

Er det då slik at monstermaster i Hardanger vil påverka helsa til folk i Ulvik og Norheimsund i negativ retning? Eller er det heller slik at kampånd og motstand retta mot ein felles fiende verkar styrkande på både immunforsvar og psykisk helse? Eg trur kanskje mest på det siste!

Utposten tar ikkje stilling til sjølve saka, men håper at våre lesarar både i sentrum og periferien vil finne noko å glede seg over i nok eit nummer av bladet vårt.

Lisbeth Homlong

Utpostens
dobbeltime

Jeg satte 5 betingelser

Carol Pascoe

INTERVJUET AV TOVE RUTLE

En historie om en ung jente som kom til Norge for å studere medisin.

Hennes første møte med Norge var et forholdsvis uvennlig fremmedpoliti

og arresten på Fornebu fordi hun manglet dokumentasjon på

at hun var tatt opp ved det medisinske fakultet i Oslo. Uten å kunne språket,

kun hundre dollar i lommen og ingen kontaktperson eller kontaktadresse – da er en god porsjon humor og en solid gudstro, en gave.



Carol Pascoe er født 1969 i Zimbabwe. Hun er datter av en farmer som «mistet» deler av farmen sin under de store landreformene fra år 2000–2005.

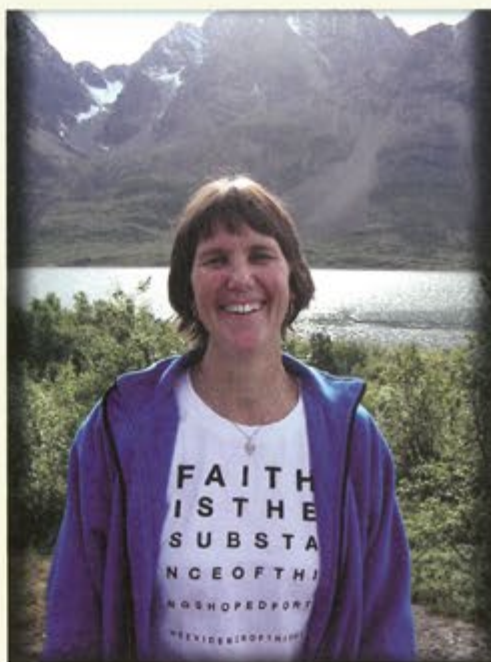
Carol var yngst av fire søsken og faren var opptatt av at hun skulle dra ut i verden, og få seg en utdanning. Det førte til at hun dro til United World Colleges of the Atlantic i Wales i 1986. Hun hadde ønsket å studere medisin siden hun var barn. Hun ville nemlig bli «misjonær-doktor» og var særlig inspirert av Dr. David Livingston.

Nå er hun kommunelege i Lyngen i Troms. En liten kommune med ca 3150 innbyggere. Her har hun bodd og jobbet i femten år, og selv om det nok kan være eksotisk i Lyngen, så er det langt fra både Zimbabwe og Dr. Livingstons reiser og spennende møter med afrikanere.

Fortell hva det var som gjorde at du kom til Norge.

I Wales fikk jeg norske venner, de var hyggelige og fortalte blant annet mye om Norge. De var også veldig tydelige på hvor vanskelig det var å komme inn på medisinstudiet. De var så ærlige at de trodde ikke jeg hadde noen muligheter, men mente at jeg kanskje kunne søke i Sverige.

Det var to fine år i Wales, men jeg lengtet etter hvert tilbake til Zimbabwe. Jeg planla derfor at etter skoleavslutning skulle jeg reise rundt i verden før jeg dro tilbake. Jeg følte likevel at jeg i det minste måtte søke på medisinstudiet. Det var noe med ikke å slippe drømmen min



helt. Så derfor søkte jeg Universitetet i Oslo, jeg var jo sikker på at jeg ikke kom inn der, og det ville legalisere min retur til Zimbabwe. Glad som jeg var dro jeg ut på min verdensekspedisjon. Fra en flyplass i USA ringte jeg til min venninne i England som tok imot min post mens jeg var på reise, for å høre siste nytt. Jeg ble kjempeoverrasket da hun fortalte at jeg var kommet inn på medisinerstudiet i Oslo...

Hva gjorde du da?

Jeg ringte til faren min, som var en klok mann. Han visste riktignok ikke hvor verken Norge eller Skandinavia var... Men han sa at hvis du ikke drar... blir det alltid liggende som en ubrukt mulighet i deg, og det er ikke verre enn at du kan komme hjem hvis det ikke går bra. Så da tenkte jeg at dette forsøket kunne være en grei erfaring å få med meg før jeg dro hjem.

Dine medstudenter i Wales hadde altså ikke skremt deg nok?

Nei, ikke egentlig. Jeg er kristen og jeg hadde spurt dem om det var noen kristne i Norge. De kunne fortelle at i Norge er alle kristne, (Carol ler en hjertelig latter...) så selv om det ble korrigert til at det ikke er så mange som er personlig kristne, så tenkte jeg at det var et positivt utgangspunkt.

Var ikke det et noe svakt grunnlag å bygge på? Du måtte jo i alle fall være her i seks år hvis du skulle fullføre studiet.

Jeg var ung og hadde ungdommens mot... Carol ler igjen

sin smittende latter. Dessuten hadde jeg veldig positivt inntrykk av de nordmennene jeg hadde truffet i Wales. I tillegg hadde jeg hele tiden i bakhodet at hvis det ikke gikk bra så ville jeg dra hjem.

Men jeg fikk det travelt fra flyplassen i USA. Jeg måtte reise direkte til Oslo for å være tilstede ved oppstartsdatoen jeg hadde fått. Jeg hadde derfor bare min «vagabondsekk», mitt pass og 100 dollar da jeg satte kursen mot Oslo.

Da jeg ankom Oslo lufthavn, den gang Fornebu, ble jeg stoppet i passkontrollen med mitt zimbabwiske pass. Der var de svært alvorlige og spurte hvor lenge jeg hadde tenkt å oppholde meg i Norge. Jeg svarte som sant var at jeg skulle studere medisin, og at jeg trodde det ville ta seks år... Da jeg ikke kunne dokumentere dette ble jeg satt i arrest.

Er det mulig for deg å huske hva du tenkte da? Det var jo i tillegg en fredag ettermiddag.

Jeg tenkte at dette er galskap... her sitter jeg alene på en celle... i et fremmed land...

En kvinnelig politi som nok skulle avsløre meg som løgner og uønsket person i Norge stilte kjappe spørsmål mens hun så meg dypt inn i øynene. Jeg glemmer ikke de øynene hennes. ler Carol igjen. Politifolkene diskuterte over hode på meg og jeg forsto ingenting av hva de sa. Men jeg opp-



fattet at de sa «ikke sant»... Da husket jeg at mine norske venner ofte slang på «ikke sant» på slutten av setningene enten de snakket norsk eller engelsk... We are eating out today – *ikke sant?* Jeg hadde vært nysgjerrig på hva dette ikke sant betydde, og de forklarte at det oversatt betydde not true.

Da jeg oppfattet at fremmedpolitiet mente jeg snakket usant, bedyret jeg at det var sant at jeg var kommet inn ved Universitetet i Oslo, og jeg må ha virket overbevisende. Jeg spurte om de ikke kunne kontakte UiO for å sjekke. Jeg husker ennå stemmen og tonen til han som ringte; «Dette er fremmedpolitiet på Fornebu...» (klokken var da 15.00, fredag, siste dagen i fellesferien) Til alt hell traff de en person som kunne bekrefte at jeg snakket sant.

Jeg burde være glad, men jeg følte meg veldig alene!

Det var da jeg tok en samtale med Vårherre. Jeg sa at hvis du mener at jeg skal bli i dette landet så må du gi meg tydelige tegn på det. Men hvis jeg skal være her, så må jeg stille følgende betingelser:

- Jeg må ha et sted å bo
- Jeg må få penger til å overleve
- Jeg må få en kirke å gå til
- Jeg må få en kristen venn
- – og jeg må lære meg å mestre språket

Det er unektelig ganske krevende betingelser å stille, selv til Vårherre, hvordan gikk det?

Jeg var så heldig for det ble tilkalt folk til Kontoret for utenlandsstudenter som åpnet kontoret, og jeg fikk beskjed om å ta bussen til Oslo hvor de tok imot meg. De ordnet så jeg fikk studenthybel fra mandag, mens i helgen måtte jeg ordne meg selv. Jeg var igjen heldig, en jente fra Berg skole som hadde vært i Wales ble kontaktet og jeg fikk være hos henne den helgen. Kontoret for utenlandsstudenter kunne imidlertid fortelle at jeg ikke kunne regne med å starte direkte på medisin, jeg som ikke kunne et ord norsk. Det var en strek i regningen, ler Carol... Jeg måtte lære om det norske samfunn, dets historie og utvikling, og selvsagt lære meg norsk. Jeg følte at jeg ikke hadde et helt år å bruke på å lære meg dette, jeg tenkte at jeg kunne lære det underveis. Men det måtte avlegges bestått prøve på dette før studiestart, og jeg ble derfor ganske sikker på at jeg ville være tilbake i Zimbabwe i løpet av kort tid. Prøven skulle nemlig avlegges mandagen etter min ankomst.

Min husvert for helgen gjorde sitt beste for å lære meg det mest elementære; jeg heter... jeg kommer fra... osv. I tillegg prøvde jeg å lese om det norske samfunn. Det var ganske overveldende og det var nok ingen, inkludert meg selv, som trodde at jeg skulle bestå denne prøven. Tanken på at jeg skulle hjem gjorde meg heldigvis ganske avslappet.

Jeg møtte opp på universitetet. Fikk til slutt spørsmålene på engelsk, og klarte å besvare noen. Men det var en utfordring å skulle beskrive norsk samfunnsliv med historisk perspektiv fra Lindesnes til Nordkapp. Jeg visste jo ikke engang hvor disse stedene var.

Språktesten var muntlig, og jeg startet med å fortelle at; «Jeg heter Carol og jeg er fra Zimbabwe...»

For å gjøre en lang historie kort, så skjedde det som ble min lykke. De skriftlige prøvesvarene var lagt i en bil, som ble stjålet. Språktesten besto jeg fordi de som skulle intervju meg ble så begeistret da de hørte hvor jeg kom fra at de begynte å fortelle om egne opplevelser... så tiden løp ut, og jeg bestod... til min store forundring.

Jeg begynte derfor rett på medisin, uten å kunne norsk eller noe særlig om norsk samfunnsliv og historie.

Ja, du hadde bestått testene, og du hadde fått deg tak over hodet. Men hvordan gikk det med de andre betingelsene du hadde satt?

Siden jeg ikke visste noe om at jeg kunne søke studielån, før etter at det var gått nesten et halvt år, så søkte jeg på jobber jeg kunne ha ved siden av studiene. Jeg var heldig der også for jeg fikk jobb som barnepike en dag i uken hos

en hyggelig familie. Da kunne jeg dekke utgiftene jeg hadde til husleie, og hadde i tillegg noen få kroner å leve for. Men da jeg fikk studielån fikk jeg det veldig bra.

Når det gjaldt å ha tilhørighet til en kirke eller en menighet så var også det en spesiell historie som jeg skal gjøre kort. Mine foreldre hadde vært på en stor konferanse i USA hvor det var et norsk ektepar som presenterte seg i forsamlingen, og min mor kontaktet dem. De tok kontakt med meg og det viste seg at de bodde i Bærum, der de introduserte meg i menigheten.

Helt i starten på studiet ble det en del utfordringer på grunn av min manglende norsk forståelse. Jeg ante for eksempel ikke hva som foregikk da de hadde navneoppprop første dagen. Det ble registrert av en jente som kom bort til meg og presenterte seg. Jeg var nok litt stresset over alt som var hendt på kort tid, og kanskje også litt usikker på hvordan det skulle gå med meg. Så jeg spurte henne spontant om hun var kristen... da hun svarte bekræftende på dette så skjønte jeg at nå kunne jeg slå meg til ro. Elisabeth og jeg ble etterhvert bestevenner.

Språket tilegnet jeg meg ved å lese aviser, og ved å lytte til nordmenn som snakket sammen. Fysikk, kjemi, latin og gresk hadde jeg fra før, så disse forelesningene bruke jeg på å gjøre meg kjent med språket, byen og landet. Jeg kjørte mye med trikken, der lærte jeg mye, ler Carol.

Jeg syntes det var krevende og vanskelig å være utenlandsstudent i Oslo. Kulturen var fremmed og det var tette miljøer det var vanskelig å komme inn i.

Jeg hadde en periode jeg følte meg veldig ensom og hadde lyst til å reise hjem, men jeg holdt ut. Men jeg hadde nok ikke klart å gjennomføre studiet hvis jeg ikke hadde hatt Gud jeg kunne konsultere underveis.

Hvordan er det med din hjemlengsel nå?

Jeg jobber nå som kommunelege i vakre Lyngen og jeg trives godt. Lyngen har en fantastisk natur. Jeg er veldig glad i å gå på ski, og om sommeren padler jeg kajakk og svømmer. Jeg har familie med fire barn som også trives godt her og vi deler friluftsinteressen alle. Det er gode sider av livet.

Når det gjelder det faglige, så hender det nok av og til jeg føler jeg kommer til kort når det gjelder samfunnsmedisinske oppgaver, jeg synes ting tar så lang tid. Men jeg har bodd her så lenge at jeg kjenner pasientene, deres familier og samfunnet godt. Det er en glede å kunne hjelpe og forstå pasientene ut fra den enkeltes ståsted.

Men det er klart; drømmen min er å være en bro som kanaliserer et eller annet tilbake til mitt eget land. Vi har så mye her i Norge og mens i Zimbabwe har de så lite. Så jeg ser ikke bort fra at jeg en eller annen gang vil delta i en eller annen form for bistandsarbeid.

Livet er spennende, sier Carol, med sin smittende latter og sitt direkte blikk.



www.relis.no/fagseminar

Produsentuavhengig legemiddelinformasjon

MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER

RIKTIG LEGEMIDDELBRUK 8.-9. NOVEMBER 2010 / Rica Nidelven Hotel, Trondheim

RELIS Midt-Norge arrangerer også i år fagseminar om riktig legemiddelbruk.

Årets tema er: **MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER**. Kurset er godkjent for følgende spesialiteter:

ALLMENNEMEDISIN (emnekurs, 15 poeng)
KLINISK FARMAKOLOGI (valgfritt kurs, 15 timer)
FERIATRI (valgfritt kurs, 15 timer)

REVMATOLOGI (valgfritt kurs, 15 timer)
FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING (valgfritt kurs, 15 timer)
INDREMEDISIN (valgfritt kurs, 15 timer)

Det er også søkt om godkjenning for Ortopedisk kirurgi (til behandling).

Få en oppdatering på legemiddelbehandlingen av sykdommer i muskel- og skjelett, sykdommer som rammer store deler av befolkningen og hvor mye er omdiskutert. Hør om siste nytt innenfor behandling av blant annet fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom og autoimmune bindevevssykdommer fra dyktige forelesere. Møt Tarjei Rygnestad og hør om hvordan man skal og ikke skal behandle ryggsmerte. Vær med på diskusjoner mellom farmakologer og allmennleger om bruk av NSAIDs. Hør Jan Magnus Bjørdal snakke om steroidinjeksjoner – et tveegget sverd ved behandling av muskel- og skjelettplager.

For fullstendig program, invitasjon og påmelding: www.relis.no/fagseminar

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.

Praktisk legemiddel- håndtering i sykehjem

AV SABINE RUTHS

Eldre pasienter i sykehjem bruker mange legemidler for forebygging og behandling av ulike sykdommer og plager. Medikamentell behandling kan bedre helsetilstand og livskvalitet, men kan også påføre pasientene en rekke legemiddelrelaterte problemer. Kunnskapsgrunnlaget for farmakoterapi i sykehjem er svakt fordi gamle pasienter med komplekse helseproblemer vanligvis ekskluderes fra klinisk forskning. Imidlertid er mangelen på spesifikke retningslinjer et problem for sykehjemsleger. Artikkelen tar for seg utfordringer og strategier for legemiddelhåndtering i sykehjem.

Aldring og legemiddeleffekter

Aldring medfører fysiologiske forandringer i kroppen som påvirker legemiddeleffekter. Omfordeling av kroppsvæve (relativt mer fett, relativt mindre muskler og vann) innebærer økt distribusjonsvolum og lengre virketid for fettløslige medikamenter, for eksempel psykofarmaka, og raskere utskillelse og kortere virketid for vannløslige legemidler slik som paracetamol. Redusert nyrefunksjon og svekket motregulering (homeostase) bidrar til at mange legemidler har økt effekt og flere bivirkninger hos eldre. Dette krever dosetilpasning, spesielt for legemidler med et smalt terapeutisk vindu. De fleste sykehjemspasienter har ulike kroniske og akutte sykdommer som kan forsterke aldersbetingede endringer i legemiddeleffekt ytterligere. Et eksempel er prerenal nyresvikt som følge av hjertesvikt, som medfører økt virketid for legemidler med renal utskillelse.

Bivirkninger forekommer hyppig og kan knyttes til mer enn ti prosent av sykehusinnleggelser av eldre pasienter, men erkjennes ofte ikke som sådan. Studier viser at fler-



Sabine Ruths

Fastlege ved Os legesenter og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen. Disputerte i 2004 med en avhandling om kvaliteten på legemiddelbehandling i sykehjem.

tallet av legemiddelrelaterte innleggelser av meget gamle pasienter kunne ha vært forebygget. Bivirkninger oppstår ofte som følge av aldersforandringer, overdosering og interaksjoner mellom ulike medikamenter. De mest vanlige er tretthet, forvirringstilstander, ortostatisk hypotensjon, parkinsonisme, depresjon, urininkontinens, (forverring av) kognitiv svikt og antikolinerge bivirkninger. Bivirkninger er ofte uspesifikke og kan lett feiltolkes som symptomer av kjent eller nyoppstått sykdom. Derfor bør bivirkninger alltid mistenkes som mulig årsak for uforklarlige symptomer.

Demens

Rundt 80 prosent av pasienter i sykehjem i Norge lider av demens. Mental svikt innebærer store utfordringer for kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og vanskeliggjør både diagnostikk og oppfølging av farmakoterapi. De fleste pasienter med demens utvikler atferds- og psykologiske symptomer i sykdomsforløpet, og disse er ofte gjenstand for behandling med ett eller flere psykofarmaka. Organiske forandringer i hjernen ved demens gir imidlertid økt risiko for bivirkninger, spesielt for legemidler som påvirker sentralnervesystemet (psykofarmaka, opioider). I tillegg til farmakologiske utfordringer avstedkommer demens også vanskelige etiske dilemma i vurderingen om



Prioritering av farmakoterapi på bakgrunn av pasientens totalsykkelighet er viktig for å unngå polyfarmasi. Illustrasjon: ROLF ALVANDER RASMUSSEN

medikamentell behandling er nødvendig og om pasienten selv ville ha ønsket den.

En pille for alt som er ille?

Legemiddelbehandling i sykehjem øker i omfang. Pasienter bruker gjennomsnittlig seks til sju medikamenter «fast», sammenlignet med fem medikamenter på 1990-tallet. Mer enn halvparten av sykehjemspasienter bruker midler mot psykiske lidelser, avføringsmidler og/eller hjerte/kar-midler på daglig fast basis, mens bare en av fire får smertestillende. I tillegg kommer om lag tre medikamenter forskrevet ved behov, spesielt sovemidler, beroligende og smertestillende, men den aktuelle bruken varierer betydelig. Antallet legemidler øker med pasientens alder, og er likt for kvinner og menn. Pasienter innlagt til korttidsopphold bruker færre legemidler enn de på langtids plass.

Polyfarmasi kan defineres som *unødvendig* bruk av legemidler, når indikasjonsgrunnlag ikke (lenger) er tilstede. Dette er blant annet tilfellet når ett legemiddel forskrives for å behandle bivirkninger av et annet medikament. Polyfarmasi er problematisk fordi bivirkninger og interaksjoner øker i takt med antallet legemidler. I enkelte sykehjemsstudier defineres polyfarmasi som bruken av ni eller flere medikamenter, men den tallmessige grensen er arbitrær, og bruken av flere legemidler kan også være resultat av komplekse helseproblemer hvor behandlingsmål ikke oppnås ved monoterapi.

Den utstrakte bruken av psykofarmaka, spesielt antipsykotika, for behandling av atferdsproblemer ved demens er kontroversiell, og sykehjem har blitt beskyldt for feilbe-

handling av demente pasienter. Antipsykotika er ikke godkjent for behandling av atferdssymptomer, med unntak for Risperdal som har fått tilleggssindikasjon for svært alvorlig atferdssymptomer. Bare en av fire pasienter har effekt av denne behandlingen, og omtrent like mange opplever til dels alvorlige bivirkninger. Men til tross for betydelig oppmerksomhet i fagmiljøer og media rundt den økte forekomsten av hjerneslag og dødsfall relatert til såkalt atypiske antipsykotika har bruken ikke avtatt nevneverdig.

Legemiddelrelaterte problemer

Legemiddelrelaterte problemer kan defineres som «En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt». Med et potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom ikke tiltak iverksettes, for eksempel hjertearytmi som følge av hyperkalemi ved bruk av ACE-hemmer, mens et aktuelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer, slik som ustøhet ved bruk av blodtrykksmidler.

To sykehjemsundersøkelser i Bergen og en i Oslo viste at det store flertallet av pasientene hadde legemiddelrelaterte problemer, i gjennomsnitt tre til fire problemer per pasient. Studiene viste en nær sammenheng mellom antall legemidler brukt og antall legemiddelrelaterte problemer funnet. Unødvendig legemiddelbruk (ingen gyldig indikasjon) og manglende monitorering av behandlingen (vurdering av effekt og bivirkninger) var de to største problemkategorier. Legemidler som var hyppig involvert i problemene var beroligende/sovemidler, smertestillende og avføringsmid-

ler. Det var betydelige forskjeller mellom sykehjemmene når det gjaldt legemiddelforbruk og antall legemiddelrelaterte problemer. Forskjeller i kvalitet på legemiddelbehandlingen kunne ikke forklares ved demografiske forskjeller (pasienters alder og kjønn), størrelse på institusjon eller pleiebemannings, men en av studiene viste en klar sammenheng med legedekningen på institusjonen.

Strategier for god legemiddelbehandling

Farmakoterapi for den enkelte pasient bør inngå i en overordnet behandlingsplan, sammen med annen, ikke-medikamentell behandling. Sammensatte helseproblemer krever ofte behandling med flere medikamenter, samtidig som pasienten er spesielt sårbar. Dette krever kritisk vurdering av indikasjonsgrunnlaget, basert på tilstrekkelig diagnostikk og realistiske behandlingsmål i lys av pasientens forventet resterende levetid. Prioritering av farmakoterapi på bakgrunn av pasientens totalsykkelighet er viktig for å unngå polyfarmasi; ikke alt kan eller skal behandles med piller. Mulig gevinst må avveies mot ulemper, ikke minst ved forebyggende medikasjon (blodfortynnende, kolesterolsenkende). Man bør velge velkjente og veldokumenterte legemidler til gamle pasienter. Dosering av medikamenter må tilpasses pasientens kroppsvekt, nyrefunksjon og øvrig medikasjon. Startdosen bør være halvparten av anbefalt dose for voksne, og titreres forsiktig under kontroll av terapieffekt, bivirkninger og evt. serumkonsentrasjon. Allerede ved oppstart av behandling bør oppfølging planlegges (klinisk undersøkelse, laboratorieprøver) for å vurdere aktuell terapierespons, behov for fortsatt behandling og bivirkninger. Dosereduksjon og seponering bør vurderes jevnlig; alle endringer bør gjennomføres gradvis via dosehalvering. Dokumentasjon av forskrivningsgrunnlag og legemiddelordinasjon i journal og kardeks er essensiell for å sikre en felles forståelse av behandlingsopplegget.

Forskrivningsstøtte

Mange legemidler er uhensiktsmessig hos gamle grunnet økt risiko for bivirkninger og interaksjoner. Basert på konsensus mellom eksperter har en rekke kriterier blitt utviklet til bruk som forskrivningsstøtte i klinisk praksis eller som forskningsverktøy for vurdering av forskrivningskvalitet. Kriteriene lister opp medikamenter som anses som generelt uegnet for bruk hos gamle (langtidsvirkende benzodiazepiner, NSAIDs), eller som frarådes eller anbefales ved bestemte diagnoser (bruk ACE-hemmer ved hjertesvikt; unngå ACE-hemmer ved nyresvikt). USA var det første landet som utarbeidet en slik eksplisitt liste i 1982, men overførbarheten var begrenset fordi om lag halvparten av legemidlene ikke var registrert i Norge. Irland utviklet STOPP og START-kriteriene som hjelp for å optimalisere legemiddelbehandlingen hos eldre. Kriteriene er validert

for bruk i sykehus, og tilgjengeliggjort i norsk oversettelse på nettsiden til Norsk geriatrisk forening. I Norge har man nylig utviklet en kriterieliste for eldre pasienter i allmennpraksis. Sykehjemspasienter bruker vanligvis mange medikamenter og det er viktig å unngå uheldige legemiddelkombinasjoner. DRUID er et interaktivt verktøy utviklet for norske forhold til screening av pasienters legemiddel-liste for potensielle interaksjoner. Sjekklister og andre screeningverktøy er nyttig som forskrivningsstøtte, men verken kan eller skal erstatte den helhetlige kliniske vurderingen av pasienters behov for farmakoterapi.

Legemiddelgjennomgang

- Foreligger indikasjonen ennå?
- Er behandlingen effektiv?
- Finnes mulige bivirkninger?
- Finnes uheldige medikamentkombinasjoner?
- Kan noen doser reduseres?
- Kan noen preparater seponeres?
- Er det behov for nye medikamenter?

Legemiddelgjennomgang

Systematisk og regelmessig gjennomgang av pasienters totalmedikasjon på bakgrunn av individuell klinisk informasjon er en viktig oppgave for sykehjemslegen. Legemiddelgjennomgang er en god metode for å optimalisere behandlingen og forebygge legemiddelrelaterte problemer, ved å seponere unødvendige og uhensiktsmessige medikamenter, justere doseringer og ordinere nye legemidler om nødvendig. Legemiddelgjennomganger bør gjennomføres minst to ganger årlig hos pasienter med stabil helsetilstand, samt ved skifte av omsorgsnivå og ved forandringer i pasienters helsetilstand. Pasienter som har vært akuttinnlagt i sykehus kommer ofte tilbake med en rekke nye medikamenter, og sykehjemslegen bør kritisk vurdere om det er fortsatt behov for samtlige legemidler, og om noen doser bør justeres.

En rapport fra Kunnskapssenteret viste at systematiske legemiddelgjennomganger i sykehjem gjennomført ved lege eller farmasøyt var kvalitetshevede. Imidlertid er kunnskapsgrunnlaget om den kliniske betydningen fortsatt begrenset.

Tverrfaglig samarbeid

Legeressurser i sykehjem er begrenset, og sykepleierne som kjenner pasientene godt er viktige premissleverandører for diagnostikk og behandling. Fornuftig behandling forutsetter tilstrekkelig kompetanse hos leger og sykepleiere, samt gode rutiner for samarbeid. Sykepleierens observasjoner av symptomer og tegn over tid er relevant, særlig hos pasienter med nedsatt kommunikasjon grunnet demens eller afasi. Legen må

tilrettelegge for at pleiernes observasjoner ikke gjøres tilfeldig, men at det tas i bruk standardiserte metoder, slik som symptomskala for vurdering av depresjon og atferdssymptomer ved demens (Cornell, Neuropsychiatric Inventory). Slike skalaer er nyttig for å dokumentere behovet for og effekten av farmakoterapi, og kan bidra til kvalitetsheving. Verktøyene kan også synliggjøre forskjeller i tolkning av symptomer mellom ulike personer og yrkesgruppene, og dermed bidra til begrepsavklaring og konsensus om håndtering. Studier i Sverige viste at god tverrfaglig kommunikasjon var avgjørende for kvaliteten på psykofarmakaforskriving.

Samarbeid med klinisk farmasøyt kan bidra til økt bevisstgjøring, fokus og kompetanse på farmakoterapi i sykehjem. Alle institusjoner i Norge har inngått avtaler om farmasøytisk rådgivningstjeneste, men farmasøyter deltar vanligvis ikke i behandlingsteamet, i motsetning til Storbritannia og Australia. Farmasøyters kompetanse på farmakokinetikk og farmakodynamikk er nyttig der balansen mellom medisines effekt og risiko kan være særlig vanskelig å vurdere.

Kompetanse og kultur

Det er nærliggende å tenke seg at personalets kunnskaper, holdninger og ferdigheter, eksempelvis i ikke-farmakologisk behandling av atferdssymptomer ved demens, vil ha betydning for medisineringsen av pasientene. Legetjenester i sykehjem utføres i stor grad av allmennleger i bistilling, og det finnes p.t. verken krav eller tilbud om særskilt kompetanse. Det er bred enighet om at legetjenester må styrkes gjennom økt bemanning og større stillinger, bedre kompetanse samt forskningsbasert fagutvikling. Legeforeningen har iverksatt en utredning av behovet for og innholdet i et skreddersydd kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin.

Det er rimelig å anta at sykehjemskulturen, «det som sitter i veggene», bidrar til utvikling av forskjellige behandlingstradisjoner i ulike sykehjem. Legen, i samarbeid med sykehjemsledelsen, kan velge å bidra til åpenhet og dialog blant personalet om medisinske og etiske utfordringer. Dette er viktig for å håndtere faglig og personlig usikkerhet, og for å sikre et forsvarlig beslutningsgrunnlag for legemiddelbehandling. I motsatt tilfellet risikerer man at behandlingsvalg styres av tilfeldigheter og at ukulturer får fritt spillerom.

Konklusjon

Pasienter i sykehjem bruker mange legemidler og er utsatt for legemiddelrelaterte problemer. Effektive tiltak for kvalitetsheving inkluderer jevnlig og systematisk gjennom-

gang av pasienters samlede legemiddelbruk, tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt og målrettet undervisning rettet mot hele behandlingsteam.

Supplerende litteratur

1. Drug Information Database (DRUID). <http://www.interaksjoner.no/>
2. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing* 2008;37:673-9. Norsk oversettelse: <http://www.legeforeningen.no/id/163164.0>
3. Halvorsen KH, Ruths S, Granås AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:82-88.
4. Hjort P. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1586-8.
5. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009;129:1732-5.
6. Kirkevold O, Engedal K. Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs Aging* 2009;26(4):333-44.
7. Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A, Bennett RG. Hospitalisation and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med* 2005;165:68-74.
8. Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Rapport. Nasjonalt kunnskapssenter for helse. Oslo, 2010.
9. Perri M, Menon AM, Deshpande AD, Shinde SB, Jiang RJ, Cooper JW, Cook CL, Griffin SC, Lorys RA. Adverse outcomes associated with inappropriate drug use in nursing homes. *Ann Pharmacother* 2005;39:405-11.
10. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care* 2009;27:153-9.
11. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care* 2003;12:176-80.
12. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:3073-6.
13. Ruths S, Straand J. Eldre og legemidler. I: Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/>
14. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:77-82.
15. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:843-9.
16. Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:1175.
17. Straand J. Bedre legemiddelbruk i sykehjem. I: Ranhoff AH, Schmidt G, Ånstad U, red. Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
18. Verrue CL, Petrovic M, Mehuys E, Remon JP, Vander Stichele R. Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes: a systematic review. *Drugs Aging* 2009;26:37-49.

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

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

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

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

Forsiktighetsregler: Samtidig bruk av andre NSAIDs, inkl. COX-2-hemmere, bør unngås. Kvinner i fertil alder skal bruke effektiv prevensjon. Ved mistanke om graviditet skal preparatet seponeres. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke undersøkt. Forsiktighet ved nyre-, hjerte-, eller lever sykdommer, samt hos eldre, ettersom NSAIDs kan forringe nyrefunksjonen. Blod-, lever- og nyrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Leverfunksjonen bør monitoreres periodevis, ved redusert leverfunksjon regelmessig. Forsiktighet ved oppstart til pasienter som er dehydrert eller av andre årsaker har en risiko for nedsatt blodvolum. Dosen bør holdes lavest mulig, og nyrefunksjonen bør monitoreres. Diklofenak-metabolitter elimineres hovedsakelig via nyrene. Akkumuleringsgrad av metabolitter ved nyresvikt er ikke undersøkt. Pasienter med betydelig svekket nyrefunksjon bør overvåkes nøye. I sjeldne tilfeller kan NSAIDs forårsake interstiell nefritt, glomerulitt, papillonekrose og nefrotisk syndrom. NSAIDs hemmer syntesen av renale prostaglandiner, som har betydning for opprettholdelse av renal perfusjon ved redusert blodstrøm og blodvolum. Hos slike pasienter kan NSAIDs føre til redusert nyrefunksjon/-svikt. Nyrefunksjonen vil vanligvis returnere til utgangspunktet ved seponering. Pasienter med hjertesvikt, levercirrhose, nefrotisk syndrom og nyresykdom har størst risiko for slik påvirkning, og skal overvåkes nøye. Hepatitt kan oppstå uten prodromale symptomer. Væskeretensjon og ødem er rapportert og monitoreres og ved behov er nødvendig for pasienter med tidligere hypertensjon og/eller mild til moderat hjertesvikt. Bruk av diklofenak, spesielt i høye doser (150 mg daglig) og ved langtidsbehandling, kan være forbundet med en liten økning i risiko for alvorlige arterielle tromboter (f.eks. hjerteinfarkt eller hjerneslag). Lege og pasient bør være oppmerksomme på ev. utvikling av slike hendelser, selv om kardiovaskulære symptomer ikke er opplevd tidligere. Pasienten bør informeres om tegn og/eller symptomer på alvorlig kardiovaskulær toksisitet, og hva som bør gjøres hvis slike oppstår. Hypertensjon kan oppstå, eller eksisterende hypertensjon forverres. Dette kan bidra til økt forekomst av kardiovaskulære hendelser. Forsiktighet ved bruk til hypertensive pasienter. Blodtrykket bør følges nøye ved oppstart, og gjennom hele behandlingsperioden. Pasienter med ukontrollert hypertensjon, hjertesvikt, kjent iskemisk hjertesykdom, perifer arteriell sykdom, og/eller cerebrovaskulær sykdom bør bare behandles etter nøye vurdering. Tilsvarende vurdering bør gjøres for oppstart av langtidsbehandling ved risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi, diabetes mellitus, røyking). NSAIDs hemmer plattedannelsen og forlenger bløtidsperioden. Ekstra oppfølging anbefales ved hematopoietiske tilstander eller ved koagulasjonsdefekter, eller ved tidligere cerebrovaskulær blødning. Gastrointestinal blødning, sår, betennelser og perforasjon kan oppstå på ethvert tidspunkt under behandlingen, med eller uten forverret eller tidligere alvorlige plager. Risikoen for slike symptomer øker med økt dose, hos pasienter med tidligere sår, særlig med samtidig blødning og perforasjon, og hos eldre. Preparatet bør brukes med forsiktighet til disse pasientene, og behandlingen bør innledes med lavest mulig dose. Forsiktighet ved tidligere gjentatte episoder med mavesår-/blødning. Pasienter, særlig eldre, med tidligere gastrointestinal toksisitet bør rapportere alle uvanlige abdominale symptomer (særlig blødning), spesielt under behandlingsoppstarten. Hvis gastrointestinale blødninger eller sår oppstår bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av legemidler som øker faren for sår eller blødning, slik som orale kortikosteroider, antikoagulantia som warfarin, selektive serotonin reopptakshemmere (SSRIs) eller platehemmende midler, som acetylsalicylsyre. Bør gis med forsiktighet ved gastrointestinal sykdom (ulcerøs kolitt, Crohns sykdom), da slik sykdom kan forverres. Alvorlige hudreaksjoner, inkl. eksfoliativ dermatitt, Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse er rapportert svært sjelden, og kan være dødelige. De fleste tilfellene oppstår i 1. behandlingsmåned. Preparatet bør seponeres dersom pasienten får utslett, slimhinnelesjoner eller andre tegn på hypersensitivitet. NSAIDs kan utløse bronkospasme hos pasienter med aktiv eller tidligere bronkialastma eller allergisk sykdom. Ved langtidsbruk (>3 måneder) med inntak annenhver dag eller oftere, kan hodepine utvikles eller forverres. Hodepine utløst av overforbruk av analgetika (MOH - medication-overuse headache) bør ikke behandles med doseøkning. I slike tilfeller bør preparatet seponeres. Diklofenak reduserer inflammasjon og reduserer dermed nytten av kliniske symptomer, som f.eks. feber, som metode for å oppdage infeksjoner. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktase-mangel (Lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. laktoseinnhold.

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

metabolsk interaksjon, med derav redusert clearance og risiko for forsterket effekt av metotreksat. Ved høydosebehandling av metotreksat bør NSAIDs unngås. En ev. interaksjon skal overveies også ved lavdosebehandling med metotreksat, spesielt ved nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av andre NSAIDs anbefales ikke pga. økt mulighet for gastrointestinal toksisitet, og liten eller ingen økning i effekten. Økt risiko for gastrointestinal blødning ved kombinasjon med SSRIs og platehemmere. Samtidig behandling med probenecid gir redusert utskillelse og derav økt effekt av NSAIDs. Mulig økt risiko for nyretoksitet ved kombinasjon med tacrolimus.

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

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

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

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

Refusjon: Se Refusjonslisten, M01A B55.

Sist endret: 21.04.2008

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

Refusjonsberettiget bruk:

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

Refusjonskode:

Refusjonskode:ICPC

- 71 Kroniske, sterke smerter
- 90 Palliativ behandling i livets sluttfase -
- L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom -
- L89 Hofteleddsartrose -
- L90 Kneleddsartrose -
- L91 Polyartrose INA -
- L99 Psoriasisartritt -
- L99 Leddlidelse ved inflammatorisk tarmsykdom -
- ICD
- 71 Kroniske, sterke smerter
- 90 Palliativ behandling i livets sluttfase -
- M05 Seropositiv reumatoid artritt -
- M06 Annen reumatoid artritt -
- M07 Leddlidelser ved psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom -
- M13.0 Uspesifisert polyartritt -
- M15 Polyartrose -
- M16 Hofteleddsartrose -
- M17 Kneleddsartrose -
- M45 Ankyloserende spondylitt -

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

111

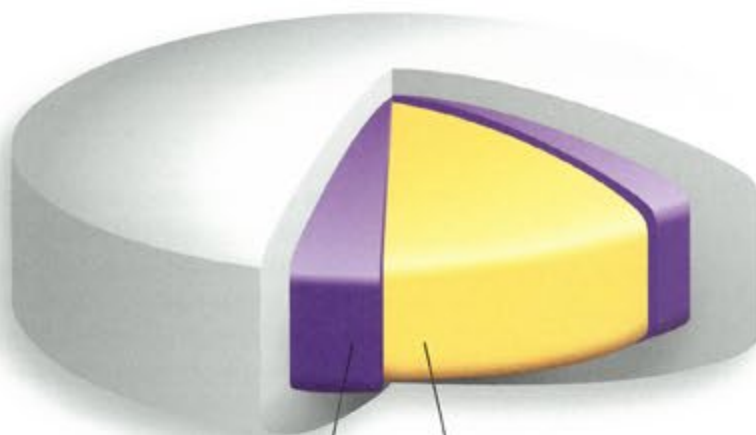
Vilkår nr

Vilkår nr

111



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



Misoprostol

Beskytter slimhinnen i ventrikkel
og tolvfingertarm²

Diclofenac

Reduserer smerte og
inflammasjon²

To virkningsmekanismer i én tablett
pfizer.no/arthrotec

Ref. 1) Bocanegra TS, Weaver AL, Tindall EA, et al; for the Arthrotec Osteoarthritis Study Group. Diclofenac/misoprostol compared with diclofenac in the treatment of osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, placebo controlled trial. J. Rheumatol. 1998;25(8):1602-1611. Ref. 2) Arthrotec SPC 08.01.2008



Musikkterapi og demens

– musikk som samhandling og ressursmobilisering

AV BRYNJULF STIGE

Musikkterapi har her i landet vore brukt på ein del sjukeheimar sidan tidleg åttital. Internasjonalt er musikk og demens eit veksande forskingsfelt. I norsk samanheng er det kanskje mest presist å kalle dette for eit gryande forskingsfelt, men det er eit godt driv i utviklinga. Skal vi forstå feltet, er det viktig å ikkje redusere musikk til ein stimulus, men å ta høgde for korleis aktiv musikkbruk mobiliserer helserelaterte ressursar. Forsking på eldres kvardagsbruk av musikk kan her gje innsikt som er av relevans for utforming av tilbod også på institusjon.



Brynjulf Stige, er professor i musikkterapi ved Griegakademiet, Universitetet i Bergen, og forskingsleiar ved GAMUT, Uni helse. Som forskar har han i særleg grad fokusert på samfunnsmusikkterapien, med vekt på musikk som ein helseressurs i lokalsamfunnet. Stige har tatt initiativet til etablering av to internasjonale tidsskrift i musikkterapi, *Nordic Journal of Music Therapy* (1992) og *Voices: A World Forum for Music Therapy* (2001)

– Eg har alltid hatt lyst til å synge

«Eg har alltid hatt lyst til å synge i kor, men eg har liksom aldri tatt meg tid til det. Pliktene på garden har alltid gått føre. Men no, når eg er 85 år, meiner eg vel at det kan gå. Det er fint å synge i kor, ein møter folk og ein lyt arbeide litt, med å hugse tekstar og øve inn nye melodiar»

MANNLEG MEDLEM AV EIT PENSJONISTKOR

Orda tilhøyrer ein av songarane i eit kor eg har studert gjennom deltakande observasjon og kvalitative forskingsintervju. Eg ville lære meir om korleis dei eldre songarane opplevde det å vere i kor, kva som motiverte dei til deltaking og i kva grad dei relaterte dette til helse og livskvalitet. Sitatet illustrerer fleire poeng, som at musikken gjev rom for fellesskap, er eit «morosamt arbeid» og for somme får større plass og verdi i alderdommen enn tidlegare. Poenget om fellesskap vart understreka av alle dei 19 informantane i undersøkinga. Dei sosiale nettverka deira hadde krympa. Kanskje både ektemake og viktige vener hadde gått bort. Samstundes opplevde dei at det var vanskelegare enn tidlegare å bygge nye nettverk. Då såg dei koret som ein inkluderande møtestad der ein kunne samlast om ein meningsfull aktivitet som gjorde motsetningar handterlege og fellesskapsopplevingar moglege. At det er kjekt å synge, la dei også vekt på, og då altså gjerne på ein måte som knytte det morosame til arbeid: Fleirtalet av informantane snakka om kordelta-

king som ein måte å arbeide med helse si på. Somme var opptatt av faren for demensutvikling. Dei opplevde at dei gløymde meir enn før og ville vere aktive og arbeide med å hugse tekstar og melodiar, for om mogeleg å førebyggje ei slik utvikling ei tid. Andre var opptatt av at å synge er å arbeide med kroppen og at kordeltakinga var bra for astma-problem, muskelspenningar eller andre kroppslege plager. Songen var viktig for desse pensjonistane, som musikk, identitet, fellesskap og helserelatert praksis (1).

At folk som vel å synge i kor tykkjer at song er viktig, er ikkje så overraskande i seg sjølv, men det er verdt å merke seg at fleire av informantane i denne undersøkinga fortalde at dei var ferske som korsongarar. Bonden bak sitatet over tykte ikkje han hadde hatt tid til å synge tidlegare. Andre fortalde at dei ikkje hadde hatt mot til å gjere det. Musikken og kunsten er ikkje fristilt frå spesialiserings- og differensieringsprosessane i det moderne samfunnet, og mange tar til seg eit bilde av musikalitet som noko for dei få, noko du anten har eller ikkje har. Musikkterapifaget er basert på «alle-mannsretten til musikk» som sentral verdi. Vi kan kalle det eit demokratisk ideal, men det er også eit syn som er basert på biologi og utviklingspsykologi. Dei siste åra har det vore ei aukande interesse for musikk blant evolusjonsforskarar og forskarar på spedbarnskommunikasjon, og ideen om musi-



Sandane pensjonistkor i sving. FRÅ BOKA WHERE MUSIC HELPS (15). FOTO: RUNE ROUNGØRD.

kalitet som eit kjenneteikn ved mennesket som art byrjar å få aksept. Ein talar då ikkje om musikalitet som ei spesialisert evne til å handtere eit instrument, men som ein medfødd menneskeleg kapasitet til å kommunisere nonverbalt, gjennom lyd, rørsle, og rytme (2, 3), altså ein medfødd kommunikatív musikalitet som gjer kulturell læring mogeleg (4). Ei slik utvida forståing av musikalitet gjev oss eit grunnlag for å forstå kvifor musikk er ein så viktig kvardagsaktivitet for folk flest og kvifor musikk som terapi og helseressurs viser seg å vere relevant for svært mange, ikkje berre dei som har hatt ei spesiell musikkinteresse gjennom livet.

Songarane i pensjonistkoret eg studerte hadde gjort det valet å engasjere ein musikkterapeut som dirigent. Mange slike kor har gjort andre val, og det er viktig å presisere at slike kor ikkje er musikkterapi i tradisjonell forstand, men eit eksempel på musikk brukt som helseressurs i lokalsamfunnet. For samfunnsmusikkterapien, den delen av faget som nettopp fokuserer på musikk som ressurs i møte med kvardagslivet sine utfordringar, er denne type inkluderande musikktilbod viktige å forske på. Dei gjev oss kunnskap om korleis folk aktivt brukar musikken som ein reiskap for handling og samhandling. Dette er perspektiv som det kan vere grunn til å ta med seg når ein forskar på musikkterapi som behandling.

Musikkterapi og demens som gryande forskingsfelt

For mange år siden hadde jeg en opplevelse på et plejehjem: Der var arrangeret musikaften, og et pensjonistkor kom for at underholde beboerne. Korets medlemmer var plassert i den ene ende av lokalet, og deres engagerede og glade ansigtsudtryk lyste os i møde, medens de sang de kendte sange. I salens modsatte ende sad beboerne og lyttede med sløve, udtryksløse ansigter, der kun lyste op de få gange, de selv fik anledning til at synge med på refrainen (5).

Det er Synnøve Friis, ein av dei nordiske pionerane for musikk i eldreomsorga, som ordla seg slik i ein publisasjon på 1980-talet. Musikkterapi handlar i liten grad om å spele eller synge for dei eldre, og musikkterapi er ikkje eit anna namn på aktivitetane i Den kulturelle spaserstokken. Litt enkelt kan vi seie at medan utøvande musikarar er utdanna for å engasjere *tilhøyrarar*, er musikkterapeutar utdanna for å engasjere *deltakarar*. Musikkterapeutar kvalifiserer seg til å kunne bruke musikken kommunikatív, for å engasjere til aktivitet og deltaking. Kva som er god aktivitet vil sjølvsagt variere med person og situasjon. Det handlar om liv, men ikkje alltid om hallo. Som Hanne Mette Ridder viser i doktoravhandlinga si om musikkterapi med pasientar med frontotemporal demens, kan musikkens evne til å kunne skape ro og fokus vere svært viktig for enkelte grupper (6).

At musikken lar seg bruke til å skape meningsfull aktivitet og samhandling lar seg forklare på ulike måtar. Den medfødde kommunikative musikaliteten hjå mennesket kan vere ei slik forklaring. At denne gjer kulturell læring mogeleg kan vere like viktig. Musikk er ein sentral del av identiteten vår og kan for eldre menneske danne basis for arbeid med reminisens. Interessante funn innan nevrovitenskapen kastar lys over kvifor musikk ofte er i stand til å løyse ut ressursar og engasjement også hjå menneske med store hjerneskadar og funksjonshemmingar. Ein god del forskning er gjort, mykje forskning og teoriutvikling gjenstår. I det følgjande vil eg gje glimt av dette ved å fokusere på musikkterapi og demens som eit gryande forskingsfelt ved Universitetet i Bergen og Uni helse. Dette kan eksemplifisere situasjonen i Noreg og også illustrere relasjonar mellom musikkterapi og allmennmedisin.

Som eg gjer greie for nedanfor, vart musikkterapi etablert som universitetsfag i Bergen i 2006. Den første doktorgradskandidaten knytt til musikkterapi ved UiB er Audun Myskja, som er spesialist i allmennmedisin. Han har nyleg fullført ei avhandling om musikk og musikkterapi som supplerande behandling i demensomsorga. Temaet er aktualisert av at gjeldande behandlingsretningslinjer tilrår at ikkje-medikamentelle tiltak vert prøvd ut før medikamentelle, samstundes som miljøtiltak er mangelfullt utforska. Myskjas avhandling gjev eit oversyn over forskingsstatus for vanleg medisinsk behandling av demens og demenssymptom og over kva kunnskap vi har om effekten av miljøtiltak, då med særleg vekt på eksisterande forskning på musikk i demensomsorga. Den empiriske delen av avhandlinga byggjer m.a. på studiar av musikkpreferansar i relasjon til terapeutisk bruk av musikk, som grunnlag for metoden *Individualisert musikk*. I ulike delstudiar utforskar han så denne metoden i høve til depresjon, uro og velvære. Individualisert musikk er ein metode som dei etablerte helseprofesjonane kan ta i bruk. I tillegg argumenterer Myskja for verdien av å tilsetje profesjonelle musikkterapeutar på sjukeheimane, m.a. grunna deira kompetanse i å etablere aktive musikk situasjonar der folk kan oppleve fellesskap og ta eigne ressursar i bruk. Myskja lanserer omgrepet *integrert musikk* for beskriving av systematisk samarbeid mellom musikkterapeutar og andre faggrupper i sjukeheimskonteksten (7)

Demens er meir enn ein kognitiv svikt og ofte er det dei nevropsykiatriske symptomane som representerer dei største utfordringane (8). Musikkterapi som nonfarmakologisk behandlingsmetode kan supplere eksisterande omsorg og behandling og redusere psykiatriske symptom og åtferdsforstyringar (6). Der er undersøkingar som viser at musikkterapi kan redusere uroleg åtferd hos personar med



demens (9), men det er gjennomført svært få kontrollerte forsøk på området (10–12). Hanne Mette Ridder, førsteamanuensis i gerontologi og musikkterapi ved Aalborg Universitet, er sentral i utviklinga av prosjektet «Effekten af individuel musikterapi på livskvalitet, agiteret adfærd og medicinering hos personer med demens. RCT samt multiple cases». Dette pilotprosjektet vert gjennomført med datainnsamling i Bergen, Oslo, Aalborg og Brisbane, i perioden 2010 til 2012.

Dei to prosjekta som er omtala over eksemplifiserer musikkterapi og demens som eit gryande forskingsfelt ved UiB og Uni helse. Relaterte prosjekt inkluderer samarbeid med Senter for omsorgsforskning Vest om utforskning av musikk som del av kvardagslivet på sjukeheimane. Moglege framtidige prosjekt inkluderer samanlikning av ulike psykososiale intervensjonar, i samarbeid med forskarar frå psykologiske fagmiljø. Vidare vil samarbeid med nevrologiske fagmiljø verte viktig. Det er nødvendig å forstå det nevrobiologiske grunnlaget for musikalsk persepsjon og å studere korleis langvarig omgang med musikk kan endre hjernen og eventuelt utnyttast ved musikkterapi ved ulike nevrologiske lidningar. Griegakademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) samarbeider i dag med Park Vest og Haukeland universitetssjukehus om pilotprosjektet «Virkningen av musikkterapi på funksjonell kommunikasjon og stemningsleie for pasienter med Parkinsons sykdom».

For å samordne forskingsaktiviteten, byggjer GAMUT opp eit nordisk og internasjonalt nettverk for forskning på musikkterapi og eldre (sjå www.nmoe.no). Nettverket er finansiert av GC Rieber Fondene.

Musikkterapi som universitetsfag

I USA vart musikkterapi etablert som universitetsfag i 1944, i Noreg skjedde dette i 2006. Det er ein interessant skilnad, sjølv om det ikkje er slik at vi ligg 60 år etter amerikanarane i fagutvikling. Musikkterapi har eksistert som høgskulefag i Noreg sidan 1978 då ei toårig vidareutdanning kom i gong i Oslo, først ved Østlandets Musikkonservatorium, seinare knytt til Norges musikkhøgskole. I 1988 vart ei tilsvarande utdanning etablert på Sandane i Sogn og Fjordane. Dette studiet vart flytta til Griegakademiet ved Universitetet i Bergen i 2006. Denne endringa i status frå høgskule- til universitetsfag gjev eit nytt rom for utvikling, noko eg skal illustrere ved kort å beskrive musikkterapi-faget slik det no er under oppbygging på Griegakademiet.

Griegakademiet er eit institutt ved Humanistisk fakultet. Musikken og humaniora er altså ein viktig basis for faget, men tverrfaglege relasjonar utover dette er heilt nødvendige, då musikkterapi-faget ligg på tvers av tradisjonelle faginndelingar. Samarbeidsrelasjonar til fagmiljø innan psykologi, samfunnsfag og medisin er under oppbygging, også gjennom Uni helse, ei avdeling av forskingsselskapet Uni Research.

Tverrfaglege relasjonar føreset eit fagleg fundament. I 2006 etablerte UiB eit årsstudium i musikkterapi, med eit toårig masterstudium som påbygging. Ein slik studie-modell representerte ein mellomting mellom ei full grunnutdanning og den toårige vidareutdanninga som tidlegare hadde eksistert som høgskuletilbod. I 2009 gjorde styret for UiB vedtak om å ta steget heilt ut, slik at musikkterapi frå 2010 er etablert som ei grunnutdanning, då som eit femårig integrert masterprogram. Det nye studiet får ei forskingslinje, dels etter inspirasjon frå medisinstudiet. Parallelt med at UiB byggjer opp grunnutdanninga i musikkterapi, er utvikling av ei solid forskarutdanning eit prioritert satsingsområde.

Tangeringspunkt mellom musikkterapi og allmennmedisin

Der er ikkje nokon lang tradisjon for samarbeid mellom musikkterapi og allmennmedisin i Noreg. Både eldrebølgje og samhandlingsreform kan gjere dette langt meir aktuelt enn det har vore. GAMUT og Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen har difor etablert ein samarbeidsdialog. Dialogen har vist at der er fleire felles verdiar og forskningsinteresser, som t.d. ei vektlegging av relasjonar og ressursar i praksisfeltet og av relevans og refleksivitet i forskingsaktiviteten (13, 14). Om eitt av faga spring ut av musikken og det andre av medisinen, handlar begge til sjuande og sist om menneske i krevjande livssituasjonar.

Om eg skal tillate meg å avslutte med ei overforenkling som kanskje likevel seier noko, kan eg slå fram på at det eine faget nærmar seg dette frå kulturen og inn og det andre frå kroppen og ut.

Informasjon

Nokre nettsider som gjev informasjon om musikkterapiforskning i Noreg:

- GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning: www.gamut.no
- Senter for musikk og helse, NMH: http://www.nmh.no/Senter_for_musikk_og_helse
- Nordic Network of Research in Music, Culture, and Health: www.much.no
- Ein informasjonsfilm om musikkterapi og eldre («Lyden av liv») kan av institusjonar tingast gratis frå nettsidene til GAMUT sitt nettverk for musikkterapi og eldre: www.nmoc.no

Referansar

1. Stige, B. Practicing music as mutual care. I: Stige, B.; Ansdell, G.; Elephant, C. & Pavlicevic, M. Where Music Helps. Community Music Therapy in Action and Reflection. Farnham, UK: Ashgate 2010, 253–274.
2. Wallin, N.L., Merker, B. & Brown, S. (red). The Origins of Music. Cambridge, MA: The MIT Press 2000.
3. Cross, I. & Morley, I. The evolution of music: Theories, definitions and the nature of the evidence. I: Malloch, S. & Trevarthen, C. (red). Communicative Musicality. Exploring the Basis of Human Companionship. Oxford, UK: Oxford University Press 2009.
4. Malloch, S. & Trevarthen, C. (red.). Communicative Musicality. Exploring the Basis of Human Companionship. Oxford, UK: Oxford University Press 2009.
5. Friis, S. Musik i ældreplejen. København, Munksgaard 1987, 92.
6. Ridder, H.M. Singing dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Doktoravhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet 2003.
7. Myskja, A. Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen 2010.
8. Selbæk, G. Demens er mer enn kognitiv svikt. Utposten 2010, nr. 3, 7–10.
9. Ridder, H.M., Wigram, T. & Ottesen, A.M. A pilot study on the effects of music therapy on frontotemporal dementia – developing a research protocol. Nordic Journal of Music Therapy 2009, 18(2), 103–132.
10. Dileo, C. & Bradt, J. Medical music therapy: A Meta-analysis of the literature and an agenda for future research. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books 2005.
11. Skingley, A. & Vella-Burrows, T. Therapeutic effects of music and singing for older people. Nursing Standard 2010, 24(19), 35–41.
12. Vink, A., Birks, J., Bruinsma, M., & Scholten, R. Music therapy for people with dementia (review), The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons Ltd 2009.
13. Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. Towards an agenda for evaluation of qualitative research. Qualitative Health Research 2009, 19(10), 1504–1516.
14. Stige, B. Evaluering av kvalitativ forskning – er det ønskeleg og mogeleg med ei ny tilnærming? Michael 2010 (in press).

Evt. spørsmål og kommentarar kan rettes til:
brynjulf.stige@grieg.uib.no

Den røde tråden...

AV DEE BERG OG PATRICIA MERCKOLL

Sårbehandling har tradisjonelt ikke vært høyt prioritert i helsevesenet. Noen sår gror ukomplisert og uten spesielt mye oppfølging, mens andre sår blir kroniske etter et kirurgisk inngrep, traume eller sykdom. Slike sår kan påføre pasienten unødvendige lidelser og medføre en høy kostnad for samfunnet ved å forlenge et rehabiliteringsforløp, dersom optimal fysisk trening ikke er mulig på grunn av et åpent sår.



Dee Berg, amerikansk sykepleier. Utdannet ved Bethania School of Nursing i Wichita Falls, Texas, USA. Jobber på CatoSenteret, et rehabiliteringssenter i Son. Det er mange ulike diagnoser blant brukerne. Har jobbet med sårbehandling de siste 10 årene og arbeider aktivt med veiledning og undervisning om sårbehandling og dokumentasjon av sår både internt og eksternt. Jobber også som privat konsulent i sårbehandling.



Patricia Merckoll, britisk lege og antropolog. Utdannet ved Royal Free and University College School of Medicine, London 2002 og University of Cambridge (MA Cantab. 1993. Archaeology and Anthropology). Spesiell interesse for sårheling. Er under spesialisering i medisinsk mikrobiologi, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Kompetanse, kvalitet og kontinuitet

Pasienter med kroniske sår sirkulerer ofte mellom sykehus, allmennleger, hjemmesykepleiere og sykehjem uten at det blir kontinuitet i sårbehandlingen. Mange pasienter opplever at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike behandlerne. Kvaliteten på sårbehandlingen, dokumentasjonsmetoder og overføringsrutiner mellom de ulike nivåene bør både prioriteres og forbedres – samhandlingen bør altså bedres.

Behandlingslinjer kan defineres som strukturerte, tverrfaglige behandlingsplaner som spesifiserer viktige trinn i behandlingen av pasienter med definerte kliniske problemer (1). Bruk av behandlingslinjer i sykehus kan føre til færre komplikasjoner og bedre dokumentasjon av behandlingen. Dette fremgår av en fersk Cochrane-oversikt (2).

Behandlingslinjer for å standardisere sårbehandling og dokumentasjon av sår vil øke kompetansen, kvaliteten og kontinuiteten i sårbehandlingen til beste for pasienten og samfunnet.

Vi har ikke råd til å ignorere sårbehandling i de neste tiårene. Det er forventet en økning i kroniske sår på grunn av «eldrebølgen» og økning av fedme og diabetes (3). Kroniske sår har blitt beskrevet som en «stille epidemi» og kan være svært res-

surskrevende og gi store kostnader for både pasienten og samfunnet hvis ikke riktig behandling brukes til riktig tid (3). Kroniske sår fører til enorme fysiske og psykiske lidelser, med smerte, redusert mobilitet og sosial isolasjon. En kompliserende faktor er den forventede økningen i antibiotikaresistente bakterier (4). Bakterier koloniserer sår og hindrer tilhelingsprosessen. Infiserte sår gir økt risiko for invasiv infeksjon (4). Vi kan ikke la overtalende markedsføring av produkter eller gamle vaner bestemme hvordan vi behandler sår. Evidensbasert praksis som kan dokumenteres må være bakgrunn for valg av sårbehandlingsprodukter og behandlingsmetoder (5). Et eksempel er grønnåpebad. Det finnes ingen dokumentert forskning på at dette er bra for sårtilheling, men det brukes fortsatt av mange. Det finnes også mye forskning på at sølv ikke passer til mange sår, og at det faktisk kan skade nytt granulasjonsvev i granulasjons- og modningsfasen av sårtilhelingen (6, 7). Vi må være trygge på de metodene og preparatene vi bruker og hvorfor vi bruker dem. Med andre ord: Riktig behandling til rett tid.

Vi må se på gamle metoder for sårbehandling, som honning og larveterapi, og gjennomføre forskning av høy kvalitet for å finne de beste metodene for å forbedre pasientbehandlingen samt redusere antibiotikabruk. Vi mener Norge har ressurser og kunnskap for å utarbeide en internasjonal standard for sårbehandling. (forts. s 18)

Dokumentasjon av sårbehandling

NAV: James Bond

FØDSELSDATO: 007

ANKOMSTDATO: Uke 1 2010

AVREISEDATO: Uke 4 2010

SÅRDIAGNOSE: Operasjonssår etter amputasjon

SÅRETS Plassering: Over venstre kne

Hvor gammelt er såret? 6 uker

BEHANDLING VED ANKOMST: Acticoat sølvbandasje

OBSERVASJONER VED ANKOMST: Under en skumbandasje fant jeg en Acticoat bandasje over såret (figur1). Den har vært der i flere uker, uten å ha blitt skiftet eller sett på i følge pasienten. Det var ingen sår dokumentasjon eller sårprosedyre i overføringsdokumentene til Catosenteret. Jeg fjernet Acticoat og fant en tykk gul, fettlignende nekrose under Acticoat (FIGUR 2). Nekrosen var festet til både sår bunnen og sårkanten. Såret var illeluktende, men det var ingen tegn til infeksjon og det var ingen sår væske.

MÅL VED SÅRBEHANDLING: Fjerne gul nekrose for å sette i gang sårheling igjen slik at pasienten kan få best mulig utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

TILTAK: Vi endrer sårprosedyre fra første dag fra Acticoat til Manukahonning. Manukahonning er antibakteriell og bra fra debridingsprosess (inflammasjonsfase) til modningsfase.

- Du Toit DF, Page BJ. An in vitro evaluation of the cell toxicity of honey and silver dressings. J Wound Care. 2009 Sep; 18 (9): 383-9
- Brennan MR, Faliks S. Honey debridement alternative. Symposium on Advanced Wound Care. Dallas Texas. April 2009.

Sårskift en gang om dagen. Smør på et tykt lag med Manukahonning på såret. Legg en Aquacel over for å holde på fuktighet. Dekk med en Mepore. Ta bort løst vev ved sårskift hvis nødvendig. Dette er viktig så lenge såret er i opprenningsfase, men skal ikke gjøres i granulasjonsfase. I granulasjons- og modningsfase skal ikke såret vaskes. Bare ta av gammel bandasje, og ta på ny med en gang.



FIGUR 1



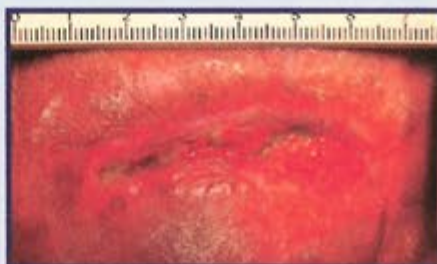
FIGUR 2



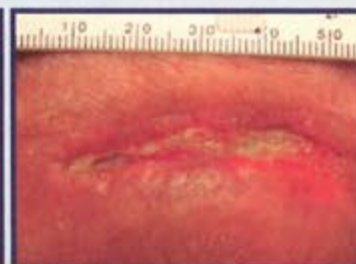
FIGUR 3 / UKE 1



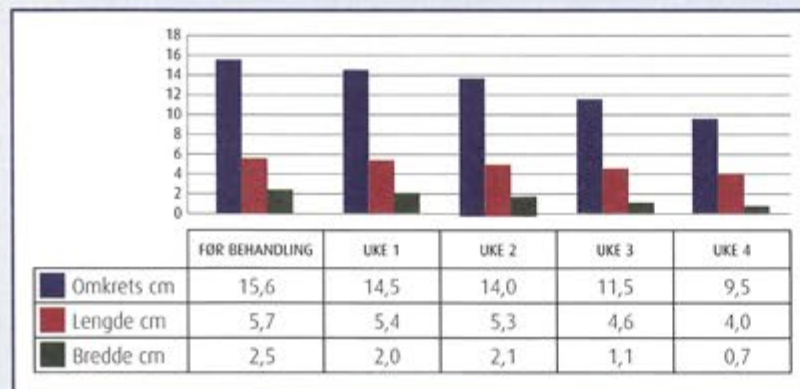
FIGUR 4 / UKE 2



FIGUR 5 / UKE 3



FIGUR 6 / UKE 4



FIGUR 7

RENGJØRINGSFASE (INFLAMMASJONSFASEN) UKE 1, FIGUR 3
Debridement av såret begynner. Sårkantene begynner å blø når gul nekrose løsner fra såret.

NYDANNELSEFASE (GRANULASJONSFASEN) UKE 2, FIGUR 4
Såret er rødt og friskt. Det ses friskt granulasjonsvev og epitelialisering av sårkantene.

MODNINGSFASE (ARRDANNELSEFASEN) UKER 3 OG 4, FIGUR 5 OG 6

OBSERVASJONER UNDER OPPHOLD:
Såret er nesten grodd uten komplikasjoner eller antibiotika under behandling. SE FIGUR 7.

BEHANDLING AVREISE: SE FIGUR 8

VIDERE OPPFØLGING: Pasienten skal skifte på såret selv og tar kontakt med fastlegen ved behov.

SÅRBEHANDLINGSANSVARLIG: Dee Berg

Sårprosedyre

DATO: Uke 4 2010

NAV: James Bond

UTSTYR:

- Manukahonning
- Aquacel
- Mepore

FREMANGSMÅTE:

- Fjerne gammel bandasje.
- Legg på ny honning i såret.
- Legg en 3 cm x 7 cm Aquacel oppå. Dekk med en Mepore
- Ikke vask såret mellom sårskift, honningen renser



FIGUR 8

Informasjon om pasienten, vurderinger som er gjort og konkrete råd som er gitt blir lett værende hos den enkelte ansatte som er ansvarlig for sårbehandling hvis det ikke blir dokumentert og formidlet til neste ledd i behandlingskjeden.

Kompetansoverføring og videreformidling av informasjon i et ofte langvarig sårhelingsforløp kan hjelpe både tverrfaglig behandlingsteam og pasienter raskere frem til målet – et tilhelet sår – ved bruk av en standardisert sårbehandlingsrapport.

Sårbehandlingsrapport

På CatoSenteret har vi utarbeidet et oversiktlig sårbehandlingssystem som vi vil vise her. Alle sår blir dokumentert ved ankomst, og dokumentasjonen blir oppdatert en gang i uken med bilde. Ut fra observasjoner og vurderinger gjort av «såransvarlig» eller primærkontakt blir det laget en beskrivende sårprosedyre med bilder. Ved avreise sendes en rapport av sårbehandlingen som en del av overføringsdokumentene. Avreiserapporten inneholder dokumentasjon av sårbehandlingen under oppholdet, beskrivende sårprosedyre med bilder og anbefalinger for videre oppfølging. Selv om prosedyren er utviklet ved et rehabiliteringssenter, kan den uten store endringer tas i bruk av alle instanser som jobber med pasienter med sår.

Kasuistikk

Da pasienten kom til CatoSenteret, hadde ingen sett på såret de siste seks ukene i følge pasienten. Det var ingen dokumentasjon om såret eller sårprosedyre i overføringsdokumentene. Erfaringen vår viser at dette ikke er uvanlig. Dette er i tråd med data publisert fra Danmark, der en studie fant at 58 prosent av trykksår ikke ble nevnt i pasientjournalen eller pleierapporten (8).

Vi endret sårprosedyren for denne pasienten fra Acticoat sølvbandasje til Manukahonning fordi såret, i følge pasienten, ikke hadde vist bedring de siste seks ukene. Sårprosedyren og dokumentasjon for denne pasienten er vist som et eksempel på forrige side.

Manukahonning

Vår erfaring er at Manukahonning er et godt valg i alle sårbehandlingsfaser, fra debridering uten kirurgisk inngrep, gjennom granulasjonsfasen og frem til modningsfasen for å minske dannelse av arrvev. Manukahonning er produsert i Australia og New Zealand, av bier som besøker *Leptospermum species*-busker (*Leptospermum scoparium*). Honning for

sårbehandling er ultra-filtrert og gamma-bestrålt for å gjøre den steril uten å ødelegge enzymene. Manukahonning har en sterk bakteriedrepende effekt, og bakteriene klarer ikke å utvikle resistens mot honning (9). Dette er sannsynligvis fordi det finnes så mange forskjellige bakteriedrepende substanser i honning-methylglyoxal, hydrogenperoxide, flavonoider (antioksidanter fra planten), sukker (som øker det osmotiske trykket), syrlig pH og kalium. I tillegg støtter honning helingsprosessen ved å stimulere proliferasjon av nye hudceller (7) og ved å gi et fuktig sårmiljø. Honning fjerner vondt lukt og virker ofte smertelindrende. Ettersom såret blir rensset, reduseres også væsken.

Vi har funnet at rene honningprodukter er mer effektive og gir mindre smerter i bruk enn honningsalven som er på markedet.

Referanser

1. Eiring Ø, Flottorp S, Johansen M, Vandvik PO. Kunnskapsgrunnlaget for behandlingsslinjer – en foreløpig oversikt. Notat oktober 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007.
2. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2
3. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, Gottrup F, Gurtner GC, Longaker MT. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. Wound Rep Regen 2009; 17: 763–771
4. Merckoll P, Jonassen T Ø, Vad ME, Jeansson SL, Melby KK. Bacteria, biofilm and honey: a study of the effects of honey on planktonic and biofilm-embedded chronic wound bacteria. Scand J Inf Dis, 2009; 41:5, 341–347
5. Gottrup F, Holstein P, Jorgensen B, Lohmann M, Karlsmar T. A new concept of a multidisciplinary wound healing center and a national expert function of wound healing. Arch Surg 2001; 136: 765–72
6. Storm-Versloot MN, Voss CG, Ubbink DT, Vermeulen H. Topical silver for preventing wound infection. 2010. Cochrane Database Syst Rev 2010 Mar 17; 3: CD006478
7. Du Toit DF, Page BJ. An in vitro evaluation of the cell toxicity of honey and silver dressings. J Wound Care. 2009 Sep; 18 (9): 383–9
8. Bermark S, Zimmerdahl V, Muller K. 2004. Prevalence investigation of pressure ulcers. EWMA J 2004; 4:7–11
9. Blair SE, Cockett NN, Harry EJ, Carter DA. 2009. The unusual antibacterial activity of medical grade *Leptospermum* honey: antibacterial spectrum, resistance and transcriptome analysis. Eur J Clin Microbiol Inf Dis 28: 1199–1208.
10. Brennan MR, Faliks S. Honey debriding alternative. Symposium on Advanced Wound Care. Dallas Texas. April 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
dee-berg@online.no / patriciamerckoll@gmail.com

Skal du åpne nytt kontor eller ønsker det du har nye møbler?

Medinor har det du trenger!

Vår leverandør Promotal produserer slitesterke møbler, i flott design.
Med et rikt fargekart, finner vi det som passer akkurat dine ønsker.



Møbel sortimentet strekker seg
fra legebenker og prøvetakningsstoler,
til innredninger og rustfrittstål møbler.

Ta en titt på hjemmesiden vår,
eller kontakt oss for en gjennomgang sammen
med din lokale distriktssjef.

Se vår hjemmeside:
www.medinor.no
for vårt sortiment

Send e-post: kundeservice@medinor.com eller ring oss på tlf. 24 05 68 00

Informasjon om fastlegeordningen – en utfordring for helsevesenet

AV URSULA G. S. GOTH

Mange nyankomne innvandrere har problemer med å orientere seg i det norske helsesystemet og kjenner ikke sine pasientrettigheter godt nok. Økt forbruk av legevaktjenester i denne gruppen kan indikere mangelfull informasjon om fastlegeordningen. Vi presenterer her resultatene av en nylig gjennomført studie for å belyse denne problemstillingen.

Introduksjon

Innvandring har de siste 50 årene skapt et stadig økende kulturelt mangfold. Dette kan medføre store utfordringer – spesielt for det norske helsevesenet (1).

Men det er ikke bare for helsevesenet det blir omstilling. Nyankomne innvandrere opplever en utfordring ved å forholde seg til et system som kan være svært ulikt det de kjenner fra hjemlandet. I tillegg opplever mange omfattende endringer i andre grunnleggende forhold som familiestruktur og sosialt nettverk.

En av konsekvensene ved å leve i et nytt miljø er at forekomsten og hyppigheten av sykdommer kan endres og at begge har en tendens til å øke. Også evnen til å forstå den nye situasjonen og motta informasjon kan bli redusert (2,3).

Kompleksiteten i vestlige helsesystem er økende og det viser seg at for eksempel «fastlegeordningen» kan være vanskelig å forstå, selv for landets egne innbyggere (4). Noen innvandrere forstår kun sitt eget morsmål. Det er viktig at også disse mottar informasjon om fastlegeordningen og hva denne innebærer. Mangel på denne kunnskapen kan medføre en betydelig feilbruk av helsetjenester og for eksempel et annet forhold til timeavtaler enn det som er vanlig i Norge. Dermed risikerer man at disse pasienter hovedsakelig forholder seg til legevakten og/eller går til mange forskjellige leger.



Ursula G. S. Goth

Forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse Oslo Universitetssykehus Ullevål, og doktorgradstudent ved det Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Beskrivelse av problemet

For at den enkelte skal ha mulighet til å bruke helsetjenesten må man som et minimum vite hvor og når en skal henvende seg. Dette forutsetter at informasjonen fra helsemyndighetene blir mottatt og forstått av alle brukergruppene.

I samfunn der alle innbyggerne ikke er like godt integrerte, må helsevesenet ofte finne nye informasjonskanaler for å sikre at informasjonen når frem til alle enkeltindivider.

Integrering av ulike kategorier innvandrere i et nytt miljø krever ofte at det tas i bruk fleksible strategier tilpasset de ulike gruppene. Hvilken type informasjon som er nødvendig kan variere sterkt mellom gruppene. Det er i tillegg en særlig utfordring å formidle informasjon til personer som ikke er lese- og skrivekyndige.

Situasjonen i Norge

Formålet med fastlegeordningen, som ble introdusert i 2001, er at alle innbyggere skal ha sin personlige allmennlege å forholde seg til. Fastlegen skal også fungere som inngangsportal for sine pasienter til helsetjenester på ulike nivå. All tilgang til ikke-akutt behandling hos spesialister kanaliseres gjennom fastlegen, noe som kan være overraskende for mange innvandrere, også de fra andre vestlige land.

I Norge ser vi en økende bruk av helsetjenester hos enkelte innvandrergupper (3). Dette kan indikere at innvandrere har større medisinske behov, men det kan også bety at den behandlingen de mottar ikke blir opplevd som tilfredsstillende og dermed fører til økt pågang (økt antall konsultasjoner) (3).

il flerkulturelle befolkningsgrupper



I 2009 hadde vi ennå ikke tilstrekkelig dokumentasjon på hvordan ulike innvandrergруппene bruker helsetjenesten, heller ikke for landets største innvandrergруппer fra Polen, Sverige, Tyskland og Russland. De fleste undersøkelser hadde vært avgrenset til en del «ikke-vestlige» grupper som pakistanere, vietnamesere, somaliere og chilenerne (2,3).

Innvandrere som har vært inkludert i norske studier har bodd i landet i mer enn fem år. Noen av spørrelistene som ble brukt i disse omfattende undersøkelsene er på norsk, noe en har gått ut fra at informantene forstår.

Tidligere publikasjoner antyder at 77 prosent av konsultasjonene ved norske legevakter blir kategorisert som ikke-akutte (6) og at innvandrernes bruk av offentlige helse-tjenester er større enn majoritetsbefolkningens (2,3).

På NAVs og HELFOs hjemmeside er det svært begrenset informasjon om fastlegeordningen på andre språk enn norsk. Legevaktene som gjerne kontaktes ved akutt behov for primærlege har i dag ikke som oppgave å informere pasientene om det norske helsesystemet generelt og fastlegeordningen spesielt.

Behov for informasjon – mulighet til å øke effektiviteten i den offentlige helsetjenesten

Forskjellige innvandrergруппer har gjerne forskjellige nettverksgrupper.

Her ønsker jeg å vise til M. Castells som sa «One of the key features of the information-society is the networking logic of its basic structure, which explains the use of the concept

of «networking society» (5). Her vil den enkeltes interaksjonsmønster være preget av sitt lokale nettverk. Vi kan ikke ta det for gitt at immigranter vil forstå et ukjent system uten en tilrettelagt og grundig innføring.

I følge tidligere nordiske studier kan økende bruk av legevakt være et av tegnene på ineffektiv bruk av offentlige helsetjenester (6,7). En viktig årsak kan være at pasientene rett og slett ikke forstår systemet.

Mål og metode

Målet med studien er å skaffe informasjon om mulige hindringer som immigranter opplever i tilgang til og i møte med det offentlige helsesystemet. Studien består av en kvalitativ og en kvantitativ del.

Den kvalitative delen inkluderte intervjuer med fastleger med kontor i Osloregionen og nøkkelinformanter fra de 13 største immigrantgruppene i Norge. Disse gruppene bidro med informasjon fra to ulike ststeder. Lederne for innvandrersorganisasjonene ble intervjuet om hvordan de oppfattet sine landsmenns erfaringer med det norske helsevesenet. Fastlegene ble intervjuet om sine erfaringer med innvandrerpasienter. I intervjuene spurte vi om interaksjonsmønsteret mellom lege og pasient, om kompliserende faktorer som ulikt språk og om hvilke forventninger legen og innvandrerpasientene hadde. Intervjuene ble gjennomført på norsk ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Resultatene ble analysert, validert og oppsummert av to forskere. I den kvantitative delen sammenlignes egenrapporterte data fra innvandrere med registerdata fra de 13 største migrasjonsgruppene.

Det brukes data fra flere ulike offentlige kilder som dekker den oppgitte og den faktiske bruken av primærhelsetjenesten, både for innvandrerpasienter og av norskfødte pasienter. Materialet er hentet fra flere offentlige databaser.

Foreløpige funn

De foreløpige resultatene fra intervjuene med fastleger indikerer at fastlegene opplever at nyankomne innvandrere kan reagere med hjelpeløshet. Pasientenes mangel på informasjon om det norske helsesystemet kan være en forklarende faktor.

Foreløpig resultat fra intervjuene med innvandrerepresentantene tyder på at tilgjengelig informasjon om det norske helsesystemet ikke når frem til visse innvandrergrepper. Det antas at dette kan være til hinder for samhandling med, og tilpasning til, det norske helsesystemet.

Informasjon om tildelt fastlege til den enkelte, sendt fra sentralt hold, er på norsk. Informasjon til flyktninger og asylsøkere er planlagt å bli gitt under oppholdet på asylmottaket. Av intervjuene fremgår det at nyankomne innvandrere, som for eksempel arbeidsinnvandrere, sjelden har tilstrekkelig tilgang til forståelig informasjon tilpasset deres behov.

Familie, venner, innvandrersorganisasjoner, arbeidskolleger og religiøse fellesskap ble nevnt som hovedkildene til informasjon. Dette inkluderer også informasjon om helsesystemet til nyankomne.

Både fastlegene og innvandrerepresentantene uttrykte at det er behov for oversettelse av informasjonsmateriale og tilgang til tolk under konsultasjoner. Mangel på en felles forståelsesplattform medfører at fastlegen kan få en ufullstendig forståelse av pasientens helseproblem.

De foreløpige resultatene fra intervjuene viser at de nyankomne innvandrerne i de 13 største innvandrergrepperne er mer tilbøyelig til å oppsøke legevakt enn til å oppsøke tildelt fastlege og at innvandreres bruk av fastlegeordningen er positivt sammenfallende med lengden på deres opphold i Norge, deres kunnskaper i norsk eller engelsk, samt med deres utdanningsnivå. Årsaken til migrasjonen gjenspeiler seg som oftest i bruksmønsteret. For eksempel vil innvandrere som kommer grunnet familiegjenforening motta informasjon fra nærstående slektninger mens nyankomne arbeidsinnvandrere ikke har slike ressurser tilgjengelig.

Konklusjon

Vi mangler kunnskap om i hvilken utstrekning informasjon om helsesystemet når frem til nyankomne arbeidsinnvandrere. Dersom informasjonen ble tilgjengelig i et format som disse kan forstå, ville vi sannsynligvis kunne se en reduksjon i feil bruk av medisinske konsultasjoner.

Da de ulike innvandrergrepperne har ulike strategier for å tilegne seg informasjon, må både selve informasjonen og måten den distribueres på tilpasses de aktuelle gruppene.

For å kunne håndtere en situasjon hvor pasienter har ulik kulturell bakgrunn – våre nye «helsetjenestekonsumenter» – må også det norske helsesystemet tilpasses seg.

Formidling av informasjon om helsetilbud og helsesystem på innvandrernes eget språk ved ankomsten til Norge synes å ha betydning, men de mange ulike språk som i dag snakkes av innvandrere gjør dette til en stor utfordring for helsevesenet.

Innvandrerrepresentanter og innvandrersorganisasjoner kan være hjelpelige med å spre viktig informasjon tilpassede sine grupper. Ved systematisk å informere representanter og organisasjoner om endringer og viktige nyheter kan innvandrerne få forståelig og kulturelt tilpasset informasjon. I noen byer som for eksempel Oslo finnes det et kommunalt råd for innvandrersorganisasjoner som kan være hjelpelig med dette.

Både økning av antall innvandrere og innvandrergupper medfører at helsesystemer må legge tilrette for tilpassede likeverdige helsetjenester og kommende behov. Kulturelt tilpassede informasjonskanaler vil være en av mulighetene for å lykkes med dette.

Videreutvikling av fastlegeordningen vil være avhengig av den rette kombinasjonen av direkte og indirekte intervensjon.

For å ivareta grunnprinsippet om likeverdige helsetjenester, bør det bli mulig for den enkelte innvanderer å finne frem til de rette informasjonskanalene. Dette kan medføre en forbedret bruk av tilbudene i primærhelsetjenesten.

Referanser

1. Ahlberg N, Duckert F. Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring
2. Tidsskr. for norsk psykologforening 2006;43:1276-1281.
3. Kumar B. The Oslo Migrant Health Profile, Folkehelseinstituttet, rapport 2008:7, Oslo, Norway.
4. Blom S. Innvandreres helse-2005/2006, Rapport, Statistisk Sentralbyrå, 2009, Oslo, Norway.
5. Cattacin S. Migration, Power and Health: An exploration; Migration and Health: Difference sensitivity from an organisational perspective; Carin B C, Cattacin S. Migration and health, Malmö: IMER 2007:29-37. <http://www.unige.ch/ses/socio/sandrocattacin/publications/BjorngrenCattacin2007.pdf>
6. Castells M. The Rise of the Network Society. The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume 1, Malden: Blackwell, 2nd edition, 2000:21
7. Zachariassen E. Legevakten i Norge – en notetat, Scandinavian Update Magazine nr.1, 2009 http://www.unifobhelse.no/upload/EZ_Legevakten%20i%20Norge_en%20n%C3%B8detat.pdf
8. Norredam M. Emergency room utilization in Copenhagen, Scandinavian Journal of Public Health, Vol.32, No 1, 53–59, 2004, Denmark. Conference Proceedings, 2007, Malmö University, Sweden
9. Fagen M, Flay B. Comments on «Challenges in Substituting Public Health Interventions», Health Education & Behaviour, SAGE Publications, vol.36, USA, 2009

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



Eksem og allergiveiledning 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!".

Kurset er godkjent med 10 timer for spesialiteten allmennmedisin. Det kreves minimalt med ekstra tid for å registrere data til studien (online spørreskjema).

Forutsetning for å delta er at du er autorisert lege og for tiden jobber i allmennpraksis. Veiledningen varer i 6 måneder og man velger selv tidspunkt for oppstart (senest 31.12.2010).

Prosjektleder:

Barnelege og allergolog Roald Bolle, Universitetssykehuset Nord-Norge

Kontaktperson:

Hudlege Thomas Schopf

Telefon: 915 27 503

thomas.roger.schopf@telemed.no

C1 Yaz «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte 0,02 mg/3 mg: Hver lyserød tablett inneholder: Etinylstradiol (som betadexklorat) 0,02 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). I pakning inneholder: totalt 28 tabletter: 24 lyserøde og 4 hvite tabletter (placebo).

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Dosering: Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett daglig i rekkefølgen angitt på brettet i 28 dager. Tabletten skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tabletter på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntreffer vanligvis 2-3 dager etter påbegynt placeboperiode. Se SPC/ pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi, Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipin-antistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyceridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroide. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Kvinnen må lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Senere kontroller bestemmes iht. etablert praksis og tilpasses hver enkelt kvinne. Bruk av kombinasjons-p-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risiko for VTE er størst i året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-p-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinner. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinner hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er totalt i 1,2% av tilfellene. Risiko ved bruk av Yaz er ukjent. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI ≥ 30 kg/m²), langvarig immobilisering, kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruk av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis ikke p-pillen seponeres i forkant. Perorale kombinasjons-p-piller gir økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hendelse). Risiko for arteriell tromboembolisme eller cerebrovaskulær hendelse øker med økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, fedme, sykdom i hjerte-kar-området, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og artfremmelser. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialist for behandling. Kvinner ≥ 35 år rådes til ikke å røyke. Ved vene- eller arteriesykdom må muligheten for behandling med antikoagulant vurderes. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Adekvat alternativ prevensjon må påbegynnes pga. teratogen effekt av antikoagulerende behandling. Andre medisinske tilstander som er forbundet med komplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidcellenemi. Økt hyppighet og intensitet av migræneanfall kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse, og kan være grunn til umiddelbar seponering. Økt risiko for livmorhalskreft er rapportert ved langtidsbruk (≥ 5 år), men årsakssammenheng er ikke fastslått. Svak økning i risiko for brystkreft, men årsakssammenheng er ikke fastslått. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes ved differensialdiagnostisering av alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn på intraabdominal blødning. Serumkalium i 1. behandlingscyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Kvinner med hypertiglyceridemi eller med familiær forekomst av dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. I sjeldne tilfeller kan økt blodtrykk forekomme, behandling bør da seponeres umiddelbart. Bruken kan gjenopptas dersom normotensive verdier oppnås med behandling. Ved arvelig angioedem kan eksogene østrogener induisere eller forverre symptomer på angioedem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroide, krever seponering. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges nøye av lege, særlig i begynnelsen av behandlingen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Kvinner med chloasma/tema/eris bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller

glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tabletten. Hvis tabletten tas ≥ 12 timer for sent, kan antikonsepsjonsbeskyttelsen reduseres. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Oppkast eller diaré kan føre til fullstendig absorpsjon og nedsatt prevensjonseffekt, og forholdsregler anbefalt ved glemt tablett bør følges. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i de første månedene. Dersom disse blødningene vedvarer eller inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødning inntreffe. Graviditet må utelukkes dersom tabletten ikke er tatt iht. retningslinjene. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebotabletten på gjeldende brett. Utsettelsen kan pågå så lenge det er ønsket inntil det 2. brettet er tomt. Bruk kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, men endringer er vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon gir økt reninaktivitet i plasma og aldosteronnivå i plasma.

Interaksjoner: Samtidig bruk av følgende legemidler kan gi gjennombruddsblødning og/eller nedsatt prevensjonseffekt: Fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, bosentan og hiv-preparater (f.eks. ritonavir, nevirapin), antibiotika (penicilliner, tetracykliner), muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, griseofulvin og johannesurt (Hypericum perforatum). Ved kortvarig behandling med nevnte legemidler bør annen prevensjon benyttes i tillegg, og i inntil 7 dager (28 dager ved bruk av rifampicin) etter avsluttet bruk. Dersom samtidig administrering fortsetter utover slutten av p-pillebrettet, skal placebotabletten kastes og neste brett påbegynnes direkte. Ved langvarig behandling med leverenzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjonsmetode benyttes. Samtidig bruk med aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. Kaliumserum bør kontrolleres i 1. behandlingscyklus. Perorale kombinasjons-p-piller kan påvirke metabolismen av andre legemidler. Plasma- og vevskonsentrasjonen kan enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). (I: G03A A/AB)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og endre sammensetningen av morsmelken. Små mengder antikonsepsjonssteroide og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, melorag (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerte/kar: Migræne, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, heftesmerter, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginitt, menstruasjonssforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, smerte i ekstremiteter, muskelsmerter. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, søvnproblemer. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifer, ansett). Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$): Blod/lymfe: Anemi, trombocytopeni. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulmet mage, gastrointestinal forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, muntørhet. Hjerte/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Klossme, eksem, alopesi, dermatitis akneform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudknuter, lymfesystemet. Allergiske reaksjoner. Infeksjoner: Candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Dyspareuni, vulvovaginitt, blødning etter samleie, menstruasjonsblødning, brystcyste, brysthyperplasi, brystsvulst, livmorhalspolyp, endometriell atrofi, ovariecyste, forstørrelse av livmoren, lever/galle: Gallestein, kolelitt. Nevrologiske: Vertigo, tremor. Psykiske: Anorgasmi, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, anoreksi, hyperkalemi, hyponatremi. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, øyesykdom. Øvrige: Uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, lett blødning fra skjeden (hos unge jenter). Behandling: Symptomatisk. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger i Felleskatalogen G03A side d.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen (drospirenon) kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon og endringer i endometriet. Absorpsjon: Nesten fullstendig. Maks. serumkonsentrasjon etter 12 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinylstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinylstradiol: Ca. 98-99%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinylstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance er 1,5-0,2 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er ca. 40 timer. Steady state: Ca. 70 ng/ml etter 8 behandlingsdager. Etinylstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroral intak. Etinylstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tynntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinylstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser: 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) 287,40 kr.

Sist endret: 29.04.2010

Tryggere 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 raske oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

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

Finnes det en P-pille som
reduserer hormonsvingningene?



YAZ inneholder 20 ug etinyløstradiol og 3 mg
drospirenon i et nytt behandlingsprinsipp; **24/4.**

Dette innebærer:

- ▶ drospirenon har 30 timer halveringstid, og aktiviteten fortsetter inn i den hormonfrie perioden¹
- ▶ 3 ekstra dager med EE/drsp antimineralkortikoid og antiandrogen aktivitet
- ▶ færre hormonelle svingninger²

1. Blode H et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000;5(4) 256-84

2. Klipping et al. Contraception 2008; 78(1):16-25



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma


20 ug EE + drospirenon 3 mg

24/4
med drsp²

Hvordan gjøre gode selvmordsrisikovurderinger?

AV EWA NESS OG OLE STEEN

Vurdering av selvmordsfare er av de vanskeligste vurderingene vi gjør innenfor det psykiatriske fagfeltet. Det skyldes først og fremst at kunnskapsgrunnlaget er tynt, og at det ikke finnes gode prognostiske tester som vi kan støtte oss på. Vurdering av selvmordsfare baserer seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord i befolkningen, et personlig klinisk intervju og deretter en skjønnsmessig vurdering av hver enkelt pasient i en gitt situasjon.

Alt dette foregår ofte i en emosjonell vanskelig situasjon der man kanskje heller ikke med sikkerhet vet om pasienten ønsker hjelp.

Selvmordsrisiko forstås som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. Selvmordsrisikovurdering er altså både en vurdering av en person og en situasjon. Selvmordsfaren kan endre seg på kort tid. Vi har alle opplevd hvor forskjellig pasienten kan framstå på legevakst og senere samme dag på en akuttpsykiatrisk avdeling, der vakthavende lege skriver i journalen: «Pasienten sier hun ikke er suicidal så lenge hun er i posten.»

Sosial- og helsedirektoratet utga i 2008 nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511), som gir retningslinjer for hvordan man skal gjennomføre en faglig forsvarlig selvmordsrisikovurdering. Retningslinjene har blitt godt mottatt blant fagfolk, og inntrykket er at de oppleves som en støtte i hverdagen. Der som man følger retningslinjene, har man gjort det som kreves. De gir en minstandard.

Det mest utfordrende med selvmordstruede pasienter er ofte kommunikasjonen. Vi vet ikke om vi kan stole på det de sier til oss. Vil de ta livet sitt, men sier det ikke til oss? Eller vil de egentlig ikke ta livet sitt men sier det til oss fordi de for eksempel ønsker å oppnå noe? Det å etablere en alli-



Ewa Ness er spesialist i psykiatri, fag- og kvalitetsleder ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og leder av Psykiatrisk legevakst i Oslo. Hun ledet arbeidet med utformingen av de Nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging og er tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning. Hun har siden 2005 holdt mer enn 50 kurs i kliniske selvmordsrisikovurderinger.



Ole Steen er spesialist i psykiatri og arbeider som assisterende avdelingsoverlege ved Avdeling for akuttpsykiatri, Oslo universitetssykehus og ved Psykiatrisk legevakst. Han har arbeidet mye med reduksjon av tvang i akuttpsykiatrien. Han har tidligere arbeidet ved nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og ved avdeling for personlighetspsykiatri samme sted.

anse med pasienten er vanligvis det aller første og viktigste i konsultasjonen. Uten en god kontakt er mulighetene for å få kartlagt risikofaktorer og gjort et godt intervju dårlig.

Det er mange, også innenfor det psykiatriske fagfeltet, som synes selvmordsrisikovurdering er vanskelig. Det forventes likevel at alle spesialister i psykiatri behersker dette. Det har i liten grad vært arrangert kurs som har tatt utgangspunkt i den kliniske situasjonen med presentasjon av kasus.

Selvmordsproblematikk utløser ofte følelser av maktesløshet. Mange er også usikre på hvor mye ansvar vi skal ta for disse pasientene. Noen leger vil forsøke å unngå suicidale pasienter, spesielt i situasjoner der de er presset på tid.

Alle risikerer at en pasient de har i behandling tar livet sitt. Noen leger tror at dersom de gjør alt riktig vil ikke pasienten ta sitt eget liv. Dette stemmer ikke. Uansett hvor flinke og empatiske vi er, og hvor mye tid vi har brukt på pasienten, kan det likevel gå galt.

Husk at personer som ikke er psykotiske selv er ansvarlige for sitt liv og sine handlinger. Tvang har en begrenset plass



ILLUSTRASJONSFOTO: KNUD NIELSEN

i arbeidet med selvmordstruede pasienter. Din oppgave er å tilby den beste hjelp. Vi vet at leger og terapeuter som opplever at pasienter tar livet av seg, ofte klandrer seg selv for dødsfallet, selv om de har gitt god behandling.

- Opprett en behandlingsallianse og bruk den til å gi pasienten tilbake troen på mestring av eget liv
- Gjør en selvmordsrisikovurdering i tråd med nasjonale retningslinjer
- Gi adekvat behandling for symptomene og grunnlidelsen
- Mobiliser nettverket
- Vurder laveste effektive behandlingsnivå
- Dokumenter skikkelig for å dele ansvaret med de andre involverte behandlerne, og for å vise at pasienten har fått forsvarlig behandling

Det å gjøre selvmordsrisikovurderinger er en ferdighet man må øve på, men kvantitet er ikke nok. Det er nødvendig med en veileder som sier fra når du gjør noe som ikke er hensiktsmessig. Slik læring mener vi det er for lite av i helsevesenet, kanskje fordi mange erfarne kolleger er usikre på om de er «flinke» nok til å framstå som modell for andre.

Statistiske risikofaktorer

Det fins mange dokumenterte statistiske risikofaktorer for selvmord. Prøv å huske de viktigste:

- Alvorlig psykisk lidelse, særlig depresjon
- Tidligere selvmordsforsøk
- Rusavhengighet
- Brudd eller konflikt i nær relasjon
- Alvorlig somatisk sykdom

Undersøkelser viser at ca 90 prosent av dem som tar livet av seg har en psykisk lidelse eller rusproblemer. Depresjon er den vanligste tilstanden, og finnes ved omtrent halvparten av selvmordene. Mennesker med alvorlige personlighetsforstyrrelser, spesielt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller schizofreni, har en betydelig økt risiko.

En annen statistisk risikofaktor for selvmord er tidligere selvmordsforsøk. Det spørres ofte for lite etter dette i anamnesen. Spør om antall forsøk og alvorlighetsgrad. Sjansen for at personen i fremtiden vil bruke samme metode er høy. Det er vanlig med stadig økende alvorlighetsgrad. Det er en myte at pasienter med mange forsøk «ikke egentlig mener å dø».

Særlig farlige er de som har gjort impulsive forsøk. Dette er pasienter som ikke forstår hva som utløste krisen, og derfor heller ikke kan identifisere når selvmordstankene og -planene kommer, og søke hjelp.

Noen selvmord følger et typisk mønster, slik at risikosituasjonen kan identifiseres og beskrives. Et typisk eksempel er en ung mann som er beruset, som går alene hjem fra fest etter at kjæresten har slått opp, og så hopper utfor en bro. Ved å sikre broer kan man redusere slike impulsive selvmord. Dette er gjort flere steder i Norge, og det er nylig bevilget penger til å sikre Golden Gate Bridge med fallnett. De som overlever slike utsprang forteller ofte at de ikke forstod hvorfor de gjorde det, de bare fikk en innskyttelse som de handlet på, og at de angret seg allerede i fallet.

Rusmisbruk og rusavhengighet er risikofaktorer for gjennomført selvmord. Det er etter vår erfaring en underdiagnostisering av alkoholproblemer i det psykiatriske fagfeltet. Pasienter med alkoholproblemer presenterer ofte symptomer på angst, depresjon eller selvmordstanker. Det er viktig å behandle grunnlidelsen, nemlig rusproblemet. Gjør grundig diagnostikk, og henvis til effektiv rusbehandling, for eksempel kognitiv behandling i A-klinikker eller 12-trinnsbehandling.

Mange opplever suicidale ruspasienter som en utfordring, særlig på legevakt. Man kan ikke gjøre gode vurderinger hvis promillen er så høy at det ikke er mulig å føre en fornuftig samtale. Dersom det fins muligheter for å la pasienten ligge og sove noen timer, kan man gjøre en ny vurdering når pasienten er i stand til å føre en samtale. Ikke la samtalen med ruspåvirkede pasienter trekke ut i tid og omfang, de fleste husker lite av hva de snakket om når de blir edru. Konsentrer deg om det akutte. Det er ikke uvanlig å ha selvmordstanker når promillen er høy. Andre risikofaktorer er selvmord i familien eller i nær vennekrets og alvorlig somatisk sykdom, hvorav HIV utgjør størst risiko for selvmord.

Det som oftest utløser selvmordstanker eller planer hos risikopasienter er en belastende livshendelse, for eksempel brudd eller konflikt i en viktig relasjon. Dette er vanligvis lett å kartlegge. «Har det skjedd noe spesielt i dag?» eller «Hva skjedde rett før du fikk selvmordstanker?» Noen pasienter vil likevel kunne bagatellisere slike hendelser. De kobler ikke hendelsen til sin psykologiske smerte, fordi hendelsen framstår som ubetydelig. En empatisk samtale kan være nok til at pasienten kommer seg fullstendig og kan reise hjem.

I det kliniske intervjuet må man spørre om pasienten har selvmordstanker og selvmordsplaner, og hvor konkrete disse er; om tankene er der hele tiden eller kommer og går. Dette må dokumenteres spesifikt. En formulering som:

«Pasienten er ikke suicidal» er ikke god nok fordi den ikke sier noe om beslutningsgrunnlaget vurderingen er gjort på.

På Psykiatrisk legevakt i Oslo snakker vi ofte med pasientene i 30–45 minutter, deretter tar en pause på minst 30 minutter, for så å komme tilbake for å se om samtalen har virket. Samtidig mobiliserer vi nettverket, spør om det er noen vi kan ringe som kan komme ned og være sammen med pasienten.

Selvmordstanker er relativt vanlige i befolkningen, men særlig blant personer med psykiske problemer. Men langt færre har selvmordsplaner. Særlig alvorlig er det å høre stemmer som sier man skal ta livet av seg selv eller andre, og dette bør undersøkes spesielt og rutinemessig. Slike pasienter bør oftest legges inn i døgnavdeling.

Akuttbehandling retter seg ofte mot søvnløshet, angst og uro. Unngå benzodiazepiner på grunn av misbruksfaren. Vær ikke tilbakeholden med å starte med antidepressiva i en akutt situasjon dersom diagnosen er klar, særlig ved mistanke om alvorlig depresjon. Motiver pasienter som allerede er i psykologisk behandling til å fortsette med denne, særlig er dette viktig ved personlighetsforstyrrelser.

Selvmordsrisikovurderinger er vanskelige, og bør derfor ikke gjøres alene, særlig ikke hvis man gjør slike vurderinger sjelden. Drøft vurderingen med en annen kollega for å kvalitetssikre vurderingen, særlig når du er i tvil. Er du alene, kontakt spesialist på sykehus eller DPS. Dokumenter hvem som har deltatt i vurderingene. Man får også en liten debriefing «på kjøpet», slik at man lettere legger fra seg problemstillingen ved arbeidsdagens slutt.

Hovedbudskap:

- Kjenne de viktigste risikofaktorene for selvmord
- Etablere en god behandlingsallianse
- Gjøre et klinisk intervju i tråd med de nasjonale retningslinjene
- Mobilisere pasientens nettverk
- Gi behandling akutt og mot grunnlidelsen
- Vurdere videre behandlingsnivå

Anbefalinger for videre lesning:

- Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i det psykiske helsevern (IS 1511)
- Et e-læringsprogram fra Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning som ligger på nettet: www.med.uio.no/studier/claring/fagomraader/psykiatri/suicidrisikovurdering/
- Walby, Ness: Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt, Tidsskriftet nr. 9/2009
- For spesielt interesserte: Keith Hawton: Prevention and Treatment of suicidal behaviour: from science to practice, Oxford university press 2005.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: ewaness@vikenfiber.no

Klar for en ny dag

NYCOMED

Nyhet!

Circadin kan nå brukes i inntil 3 måneder¹⁾



Eneste søvnmedikament som viser:

Økt

Redusert

1,2,3,4)

**Søvnkvalitet
Våkenhet
Funksjonsevne
Livskvalitet**

Innsøvningsstid

Dosering:

1 tablett én gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat.

Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker.

Depottablett melatonin

circadin®

Klar for en ny dag

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)

Circadin «Neurim» Sedativum, Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneholder: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.
Indikasjon: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomnia 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 kan fortsette i opptil 13 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 søvnlyshet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2-induksjon. Bstrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypporolol, som øker melatoninnivået i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. CYP 1A2-hemmere, som kinaoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkoholet må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepin hypnotika, som zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av tioridazin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrstudier 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 amming.

Bivirkninger: Mindre vanlige (1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sørdannelse i munnen, munntørhet. Hjerter/kar: hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus,

utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: menopausesymptomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migræne, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnighet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. Sjeldne (1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blødder i munnens slimhinner, sørdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerter/kar: Hørdetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, utslett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelsmerter, nakkemesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørsvingninger, aggresjon, opphisselse, gråtetter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarpheit, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

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 dagnrytme 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 dagnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomnia. Melatonin forkorter innsøvningsstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvn sammensetningen og REM-søvnvigheten påvirkes ikke. Absorpsjon: Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T_{max} = 3 timer og C_{max} = 1020 pg/ml). Proteinbinding: Ca. 60%. Fordeling: Bindes hovedsakelig til albumin, allol-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. Halveringstid: 3,5-4 timer. Metabolisme: I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksylmelatonin, er inaktiv. Utskillelse: 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin, 2% utskilles i uforandret form.

Pakninger og priser: Enpac: 21 stk, Kr 155,90.
Sist endret: 10.06.2010

R101323-1/10234

Nasjonalt senter for distriktsmedisin



Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning

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

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

Gjennom dette programmet kan primærleger, samarbeidende helsepersonell og medisinstudenter søke om støtte til forsknings- og fagutviklingsprosjekter. Prosjektene må ha distriktsmedisinsk relevans. Søkers distriktsmedisinske tilhørighet vil også bli vektlagt. Programmet skal sikre hovedfinansiering av mindre, lokale prosjekter, men også hjelpe i gang større prosjekter med startfinansiering.

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

SØKNADSFRIST: 15. oktober 2010

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

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

Hasse Melbye
Leder Programråd

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

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

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



Meldte bivirkninger av pandemivaksinen

Pandemrix i Norge

Hovedbudskap i artikkelen:

- De meldte bivirkningene etter massevaksinasjon med Pandemrix tyder ikke på noen økt eller uventet risiko for alvorlige bivirkninger, men flere studier er i gang for å samle bedre informasjon om Guillain-Barré og andre bivirkninger
- Det er ingen holdepunkter for fosterskadelige effekter
- Et velfungerende bivirkningsmeldesystem og målrettede epidemiologiske studier er viktige for best mulig sikkerhetsvurdering av pandemivaksiner

FORFATTERE:

STEINAR MADSEN, *Statens legemiddelverk*
SVEIN RUNE ANDERSEN, *Statens legemiddelverk*
MARIANNE A. RIISE BERGSAKER, *Nasjonalt folkehelseinstitutt*
INGEBJØRG BUJORDET, *Statens legemiddelverk*
MAREN STAPNES EGE, *Nasjonalt folkehelseinstitutt*
PERNILLE HARG, *Statens legemiddelverk*
SILJE BRULAND LAVOLL, *Nasjonalt folkehelseinstitutt*
JANN STORSÆTER, *Nasjonalt folkehelseinstitutt*
CHRISTIAN SYVERTSEN, *Statens legemiddelverk*

Den første massevaksinasjon i Norge ble gjennomført i forbindelse med influensa A (H1N1)-pandemien i 2009–2010. I denne artikkelen gjennomgår vi norske bivirkningsmeldinger med pandemivaksinen Pandemrix. Til sammen ble det vaksinert om lag 2,2 millioner personer i Norge. Det tilsvarer om lag 45 prosent av befolkningen. Andre land med høy andel vaksinerte var Sverige (om lag 60 prosent) og Finland (om lag 50 prosent). Til sammen ble det vaksinert i overkant av 40 millioner mennesker i Europa, hvorav vel 30 millioner fikk Pandemrix.

Pandemrix gir et godt immunsvare, og man regner med at beskyttelsen mot sykdom er høy. For å vurdere effekten av vaksiner på forløpet av epidemien og forekomsten av alvorlig sykdom kreves det epidemiologiske undersøkelser og noe endelig svar på dette foreligger ikke.

Uansett har massevaksinasjonen gitt oss erfaringer både når det gjelder organisering av vaksinekampanjer og virkninger og bivirkninger av vaksinen. Dette er verdifull kunnskap hvis det senere oppstår en ny pandemi som krever massevaksinasjon.

I Norge har vi et godt system for melding og oppfølging av vaksinebivirkninger. Bivirkningsmeldinger fra helsepersonell og det norske vaksinerregisteret (SYSVAK) muliggjør både rask vurdering av de enkelte meldingene og epidemiologiske undersøkelser.

I Norge skal helsepersonell melde mistenkte vaksinebivirkninger til Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet gjennomgår meldingene og registrerer dem i Legemiddelverkets bivirkningsdatabase. Legemiddelverket har ansvar for videreformidling av meldingene til den europeiske bivirkningsdatabasen (EudraVigilance), den internasjonale bivirkningsdatabasen i Uppsala (som samarbeider med WHO) og legemiddelprodusentene.

I hele vaksinasjonsperioden hadde Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket møter for å gå gjennom bivirkningsmeldingene og diskutere tilfeller av spesiell interesse, blant annet dødsfall og aborter eller dødfødsler. Det var også internasjonalt samarbeid i regi av WHO, med blant annet ukentlige internasjonale telefonkonferanser. Ikke på noe tidspunkt ble det ansett som nødvendig å endre vaksineanbefalingene på grunn av bivirkningsmeldingene.



Godkjenningen av Pandemrix er basert på prinsippet om modellvaksiner (1). Dette går i korthet ut på at vaksinen prøves ut med en viruskomponent befolkningen ikke har immunitet mot (eksempelvis fugleinfluensa, H5N1). Ved en ny pandemi byttes viruskomponenten i vaksinen ut med det aktuelle viruset, i dette tilfellet A(H1N1). Pandemrix modellvaksine var prøvd ut på over 5000 personer, men ikke gravide.

Gjennom mange års erfaring med influensavaksiner er hyppigheten og fordelingen av bivirkninger relativt godt kjent. Som for alle nye vaksiner er skjerpet overvåkning etter markedsføring viktig for å avdekke eventuelle sjeldne bivirkninger. Helsemyndighetene ba om at helsepersonell skulle prioritere rapportering av alvorlige eller uventede hendelser og ha spesielt fokus på immunologiske sykdommer, som Guillain-Barrés syndrom (2).

Materiale og metode

I Norge ble om lag 2,2 millioner personer vaksinert med Pandemrix og cirka 500 eggallergikere med Celvapan. I denne artikkelen omtales bare meldte bivirkninger med Pandemrix. Per 1. april 2010 var det kommet inn 1049 meldinger om mistenkte bivirkninger av Pandemrix (TABELL 1). Hver bivirkningsmelding kan inneholde flere ulike bivirkningsreaksjoner. Det samlede antall reaksjoner var 4384 (TABELL 2).

De alvorlige hendelsene (eksempelvis anafylaksi, dødsfall, abort og dødfødsler og Guillain-Barrés syndrom) ble nøye fulgt opp for å skaffe mest mulig detaljerte opplysninger som bakgrunn for vurdering av årsakssammenheng.

Resultater

Samlet utgjorde bivirkningsmeldingene omtrent en melding per 2100 vaksinerte, mens de alvorlige meldingene utgjorde en melding per 8600 vaksinerte. De fleste reaksjonene var vanlige og raskt forbigående vaksinerreaksjoner slik som smerter på injeksjonsstedet, frysninger og ubehag (TABELL 2).

Smaksendringer og tap av smakssans

I alt ble det meldt om 72 tilfeller av påvirkning av smaksansen. Det var 52 tilfeller av smaksendringer (mest i form av metallsmak i munnen), sju tilfeller av redusert og 13 tilfeller av opphevet smakssans.

TABELL 1: Antall meldte bivirkninger med Pandemrix

Samlet antall meldinger	1049
Alvorlige bivirkninger	257
Dødsfall	10
Spontanabort og fosterdød	28

Kramper

Det ble meldt om 30 tilfeller med krampeanfoll. Noen av tilfellene oppstod som følge av vasovagale reaksjoner og noen var feberkramper. Krampeanfoll ble meldt hos ni pasienter med kjent epilepsi. Av disse var det tre som ikke hadde hatt krampeanfoll på flere år.

TABELL 2: Antall meldte reaksjoner med Pandemrix

HOVEDGRUPPER	ANTALL REAKSJONER
Generelle symptomer og reaksjoner på administrasjonsstedet eks: Frysninger, ubehag, feber, brystmerter, smerter på injeksjonsstedet	1103
Nevrologiske symptomer eks: Endret smaks og luktesans, hodepine, nedsatt bevissthet, svimmelhet, bevissthetstap, nummenhet, lammelser, kramper	963
Mage-tarmsymptomer eks: Magesmerter, kvalme, brekninger, diaré	484
Hudsymptomer eks: Utslett, kløe	419
Muskelskjelettsymptomer eks: Muskelsmerter, leddsmerter, muskelstivhet	339
Luftveissymptomer eks: Pustevansker, hoste, irritasjon i luftveiene, nysing, heshet	297
Psykiatriske symptomer eks: Søvnforstyrrelser, rastløshet, slapphet, engstelse	185
Karsymptomer eks: Rødming, blekhet	129
Øyesymptomer eks: Tåreflod, rødhet eller kløe i øyet, redusert syn, lysskyhet	85
Hjertesymptomer eks: Cyanose (blå i huden), rask hjerterytme, hjertebank	87
Endringer i laboratorieresvar eks: Unormal puls	52
Infeksjoner eks: Luftveisinfeksjoner, bihulebetennelse	50
Symptomer fra immunsystemet eks: Anafylaktisk reaksjon	36
Hendelser knyttet til graviditet Spontanabort, fosterdød, livmorkramper	41
Symptomer fra blod- og lymfesystemet eks: Hevelse i lymfekjertler	32
Stoffskifte- og ernæringsbetingede symptomer eks: Redusert appetitt	27
Øresymptomer	25
Symptomer fra kjønnsorganer eks: blødning	18
Skader og forgiftninger	3
Nyre- og urinveissymptomer	4
Lever- og galleveissymptomer	2
Svulster, godartede og ondartede	2
TOTALT	4384

holdsstoffene i vaksinen (RAMME 1). Andre årsaker til smaksendringer kan være legemidler, virusinfeksjoner, endokrinologiske og immunologiske sykdommer. Forekomsten av smaksforstyrrelser i befolkningen er lite kjent.

Utløsning av kramper i forbindelse med Pandemrixvaksinasjon hos pasienter med epilepsi er sett både i Norge og i andre land. En epidemiologisk studie er startet i Sverige for å få mer kunnskap om mulig årsakssammenheng.

Antallet alvorlige allergiske reaksjoner (anafylaksi) synes å være noe høyere enn det som vanligvis rapporteres ved influensavaksinasjon. De meldte tilfellene utgjør minst fem tilfeller per million vaksinerte. Hyppigheten av anafylaksi ved alle former for vaksiner angis i litteraturen å være mellom en og ti per million vaksinerte og er høyere hos voksne enn hos barn (3, 7, 8). Forekomsten av anafylaksi understreker viktigheten av anafylaksiberedskap. Ingen pasienter fikk varig mén.

De meldte tilfellene av narkolepsi har skapt stor oppmerksomhet. Tilfeller er meldt i flere land, men særlig fra Finland, Sverige og Norge. Det er startet en større epidemiologisk utredning for å vurdere om det kan være noen årsakssammenheng med vaksinen.

Økt forekomst av Guillain-Barrés syndrom ble sett etter massevaksinasjon mot svineinfluensa i USA i 1976 (9). Man fant da en frekvens på litt under ett ekstra tilfelle per 100 000 vaksinerte. Senere har noen epidemiologiske studier konkludert med at influensavaksiner medfører en liten økning av den relative risikoen for å utvikle Guillain-Barrés syndrom (10), mens andre ikke har funnet en slik sammenheng (11). Relativ risiko for å utvikle Guillain-Barrés syndrom hos vaksinerte har variert mellom 0,8 og 1,7 i forhold til uvaksinerte. For en sesonginfluensavaksine med skvalenbasert adjuvans (RAMME 1), gitt i over 27 millioner doser, er rapporteringsfrekvensen for Guillain-Barrés syndrom beregnet til tre tilfeller per ti millioner doser (12). Oppgaven til adjuvans er å forsterke immunresponsen på vaksinen. Antallet meldte tilfeller av Guillain-Barrés syndrom i Norge ligger på omtrent to tilfeller per million vaksinerte. Siden Guillain-Barrés syndrom også har andre årsaker enn vaksiner, er det helt nødvendig med

epidemiologiske studier for å fastslå om Pandemrix gir en økt forekomst eller ikke. Så langt er konklusjonen at Pandemrix neppe gir høyere forekomst av Guillain-Barrés syndrom enn forventet (13). En epidemiologisk studie av Guillain-Barrés syndrom i perioden november 2009 til oktober 2010 er startet i Norge og andre land.

Et viktig spørsmål ved vaksinasjon av gravide er mulig påvirkning av fosteret. Vaksinerings av gravide i andre og tredje trimester ble anbefalt fordi rapporter fra andre land tydet på at gravide hadde en høyere risiko for å få et alvorlig sykdomsforløp (14, 15). Pandemrix var ikke utprøvd på gravide, men det foreligger betydelig erfaring med vaksiner mot sesonginfluensa. Det har tidligere ikke vært sett fosterskadelige effekter av influensavaksine. I perioden 1999–2008 skjedde det årlig om lag 470 aborter og dødfødsler etter 12. svangerskapsuke (Svenn-Erik Mamelund, personlig meddelelse). Vi har ikke nøyaktig oversikt over hvor stor andel av de gravide som ble vaksinert med Pandemrix, men rundspøringer til legekontorer antydte 70 prosent. Hvis dette tallet er riktig har sannsynligvis om lag 20 000 gravide blitt vaksinert. På bakgrunn av dette er antallet meldte aborter og dødfødsler ikke høyere enn forventet statistisk sett. Usikkerheten omkring meldefrekvensen gjør at det imidlertid ønskelig at sikkerheten for fosteret bekreftes gjennom en epidemiologisk studie i Norge. Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket er i ferd med å gjennomføre en slik studie.

Antallet meldte dødsfall hos vaksinerte var ti. Statistisk sett skulle det inntruffet et betydelig større antall dødsfall i nær tidsmessig sammenheng med vaksinasjon. Dette tyder på at legene i de fleste tilfellene har vurdert det som usannsynlig at vaksinen var årsak til dødsfallet og dermed ikke sendt bivirkningsmelding. Antallet meldte dødsfall reflekter ikke det virkelige antall dødsfall som skjedde kort tid etter vaksinerings og understreker problemet med å vurdere forekomst av bivirkninger uten å ha tilgang til epidemiologiske data.

Konklusjon

Bivirkningsmeldingene i forbindelse med massevaksinerings med Pandemrix tyder ikke på at bivirkningene skiller seg vesentlig fra det som var ventet. Meldingene om smaksforstyrrelser var uventede og ikke tidligere kjent. Anafylaksi

RAMME 1

Innholdsstoffer i Pandemrix

- Virusprotein (Influensa A, H1N1)
- Adjuvans (skvalen, DL- α -tokoferol og polysorbat 80)
- Thiomersal

- Oktoksinol 10
- Natriumklorid
- Dinatriumhydrogenfosfat
- Kaliumdihydrogenfosfat
- Kaliumklorid

- Magnesiumklorid
- Vann
- Mulig spor av eggprotein, gentamycin og formalin



kan være noe hyppigere med Pandemrix enn andre vaksiner. Om det er noen sammenheng mellom narkolepsi og vaksiner er usikkert. Tilsvarende har aldri blitt rapportert tidligere. Antallet meldte dødsfall, aborter og dødfødsler var ikke høyere enn forventet statistisk sett og vi har på bakgrunn av bivirkningsmeldingene ikke holdepunkter for at vaksiner med Pandemrix har vært årsak til slike hendelser. Ved senere pandemier kan vi mest sannsynlig gå ut fra at bivirkninger av vaksinen ikke vil være noe stort problem. Beslutninger om massevaksinasjon bør derfor hovedsakelig tas ut fra pandemiens utbredelse og alvorlighetsgrad.

Referanser

1. European Medicines Agency. European Medicines Agency pandemic influenza (H1N1) website. Authorisation procedures. www.ema.europa.eu/influenza/vaccines/authorisation_procedures.htm (26.4.2010)
2. Folkehelseinstituttet. Oppfølging av mistenkte bivirkninger etter pandemivaksinasjon. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6129&MainArea_5661=6129:0:15,5041:1:0:0:0:0&MainLeft_6129=5544:80266:1:6130:2:0:0 (26.4.2010)
3. Rüggeberg JU, Gold MS, Bayas JM, Blum MD, Bonhoeffer J, Friedlander S et al. Anaphylaxis: Case definition and guidelines for data collection, analysis and presentation of immunization safety data. *Vaccine* 2007; 25: 5675–84.
4. Harg P, Lislevand H, Buajordet I, Madsen S. Bivirkningsrapportering og legemiddelovervåking. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123:331–2.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Safety of Influenza A (H1N1) 2009 Monovalent Vaccines – United States, October 1–November 24, 2009. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5848a4.htm (26.4.2010)
6. Black S, Eskola J, Siegrist CA, Halsey N, Macdonald N, Law B et al. Importance of background rates of disease in assessment of vaccine safety during mass immunisation with pandemic H1N1 influenza vaccines. *Lancet* 2009; 374: 2115–22.
7. Tang ML, Osborne N, Allen K. Epidemiology of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009; 9: 351–6.
8. Nøkleby H. Vaccination and anaphylaxis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2006; 6: 9–13.
9. Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ, Keenlyside RA, Ziegler DW, Retalliau HF et al. Guillain-Barre syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976–1977. *Am J Epidemiol* 1979; 110: 105–23.
10. Juurlink DN, Stukel TA, Kwong J, Kopp A, McGeer A, Upshur RE et al. Guillain-Barré syndrome after influenza vaccination in adults: a population-based study. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2217–21.
11. Kaplan JE, Katona P, Hurwitz ES, Schonberger LB. Guillain-Barré syndrome in the United States, 1979–1980 and 1980–1981: lack of an association with influenza vaccination. *JAMA* 1982; 248: 698–700.
12. Schultze V, D'Agosto V, Wack A, Novicki D, Zorn J, Hennig R. Safety of MF59 adjuvant. *Vaccine* 2008; 26: 3209–22.
13. Press R, Andersen O. Guillain-Barrés syndrom och massvaccinationen mot A/H1N1. Ingen riskökning har rapporterats hittills. *Läkartidningen* 2010; 107: 666–7.
14. ANZIC Influenza Investigators, Webb SA, Pettit J, Sepelt I, Bello-mo R, Bailey M, Cooper DJ et al. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med* 2009; 361: 1925–34.
15. The ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System. Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study. *BMJ* 2010; 340: c1279.

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

SEMINAR

– fra sykt til sunt



18. nov. 2010
Statens Hus
i Trondheim
Prinsensgt 1

Program: angstringen.no
pamelding@angstringen.no
 Tlf. 47 68 24 46



Angst som drivkraft

Erfaringer fra selvhjelpsarbeid i et helseperspektiv



Norsk medisinstudentforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Ønsker du å støtte MedHum?

Ta del i Allmennlegestafetten under aksjonsuken 18.–25. september, en giverstafett til støtte for sykepleierutdanningen i Malawi.

Gjennom å støtte MedHum 2010 bidrar du til at Malawi får dekket noe av sitt desperate behov for sykepleiere. I et land hvor kun 7000 sykepleiere skal hjelpe 15 millioner mennesker er konsekvensene dramatiske. Et av fem barn dør før de fyller fem og 1,6 millioner barn har mistet foreldrene grunnet HIV/AIDS. Samtidig ønsker mange ressurssterke ungdommer i Malawi å bli sykepleiere, men demangler skoler og materiell. Det kan vi hjelpe dem med.

Sammen skal vi sikre at det fra 2011 utdannes dobbelt så mange sykepleiere i Malawi.



FOR MER INFORMASJON:
 se Allmennlegeforeningen sine hjemmesider,

medisinstudentenes humanitæraksjon

Relpax Pfizer

Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C C06

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

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

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

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

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

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

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

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

BIVIRKNINGER: De vanligste bivirkningene er asteni, somnolens, kvalme og svimmelhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet, dyspepsi, magesmerter. Hjerne/kar: Rødme, palpitasjoner, takykardi. Hud: Svetting. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt. Luftveier: Tettthet i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, hodepine, svimmelhet, prikking eller unormal følelse, hypertoni, myasteni, hypoestesi. Øre: Vertigo. Øvrige: Varmefølelse, asteni, brystsymptomer (smerte, tettthet, trykk), frysninger. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, glossitt. Hjerne/kar: Perifer vaskulær sykdom. Hud: Utslett, kløe. Luftveier: Dyspné, respirasjonsproblemer, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artrose, bensmerter. Nevrologiske: Tremor, hyperestesi, ataksi, hypokinesi, talevansker, sløvhet, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Hyppig vannlating, urinveisforstyrrelse, polyuri. Psykiske: Unormale tanker, agitasjon, insomnia, forvirring, personlighetsforandringer, eufori og depresjon. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter, tinnitus. Øye: Unormalt syn, øyesmerter, lysømfintlighet, tåreforstyrrelser. Øvrige: Uvelhet, ansiktsødemer, tørste, ødemer inkl. perifer. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Forstoppelse, øsofagitt, tungeødem, oppstøt. Hjerne/kar: Bradykardi, sjokk. Hud: Hudsykdom og urticaria. Infeksiøse: Luftveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Mastalgi, menoragi. Lever/galle: Bilirubinemi, økt ASAT. Luftveier: Astma, stemmeforandringer. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, myopati, rykninger. Psykiske: Emosjonell labilitet. Øye: Konjunktivitt. Etter markedsføring: Allergiske reaksjoner, noen alvorlige. Serotonin-ergt syndrom, sjeldne tilfeller av synkope. Hypertensjon. Sjeldne tilfeller av iskemisk kolitt, oppkast.

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

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

REFUSJONSBERETTIGET BRUK:

Akutt behandling av hodepinefasen av migreaneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode:

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

VILKÅR:

139

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

140

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

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

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefaks 67526192 - www.pfizer.no

ADRESSEKILDE: CEGEDIM TLF: 21509000

RELPAX™

eletriptan HBr

**3 triptaner
kan skrives ut
på samme
resept.**

**Bestill hodepinekalendere
på pfizer.no/relpax**

FOLKETRYGDEN Rekvisisjon – viktige legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell		Navn, fødselsnummer (11 siffer), kjønn og adresse Ola Nordmann (110175 11311) Skammekroken 4 1234 Røyken
For legen Rp. Tbl Sumatriptan 50 mg No. 6 Dssn. 1 el. 2 tabletter ved migrene. 2 timer mel- lom dosene. Maks. 6 tabl/døgn #	Resept fra sykehus Preparatprodukt, virkestoff, styrke, mengde, bruksområde, dosering	For apoteket/bandasjeisen I angående intervensjon er foresatt for at utlevering kan foretas på blå resept
Rp. Tbl Relpax 40 mg No. 6 Dssn. 1 tabl ved migreneanfall. En tilleggsdose kan gjentas etter 2 timer hvis nødvendig. Maks. 2 tabl/døgn #		
Rp. Tbl. Triptan X No. 6 Dssn. Startdose X mg.		
For legen ☐ Sjekket om individuell refusjon er sendt NAV Helsehjelpstjenesteforvaltning, dato: _____ Jeg attesterer at pasienten har behov for langvarig behandling. Sykdom og preparat oppfyller vilkår for refusjon etter: ☒ § 2 ☐ § 3a ☐ § 3b ☐ § 4 ☐ § 5 punkt _____ ☐ § 6 punkt _____ Refusjonskode (skal fylles ut når § 2 benyttes): (ICD) G43 / (ICPC) N89 (SS 3a, 3b og 6 krever gyldig vedtak fra NAV) Navn, ID-nummer, yrke/spesialitet og adresse Lege Per Nordmann Doktorgata 5 1010 Doktorestad Tlf: 000 000 000 ID-nr 1000 000		
Dato, signatur og stempel 12/5-09 		

Sumatriptan: Foretrukket triptan.

Relpax: Kan forskrives samtidig.

Refusjonsberettiget bruk: Akutt behandling av hode-
pinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode

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

Refusjonsvilkår¹

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

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

Referanse 1) Relpax SPC 25.04.2008

er nødvendig for utprøving.

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

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

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



Bli veileder!

Veiledningsgruppene i spesialistutdanningen i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin er et norsk «påfunn» og har nå eksistert i 25 år. Veiledningsgruppene går i to år, vanligvis med en veileder, seks til ti deltakere og møte en dag i måneden. De fleste leger i norsk primærmedisin har nå vært gjennom dette programmet, og de mange vil se tilbake på det med stor glede.

Å være veileder er en spennende oppgave. Veilederen er ikke «lærer» i tradisjonell forstand, men den som skal se til at gruppa fungerer, at viktige spørsmål blir stilt, at alle får delta i å løse oppgaven, og at deltakernes ressurser i størst mulig grad kommer alle til del. Over tid vil man også merke at man som veileder i stor grad nyter godt av tradisjonell faglig oppdatering gjennom samarbeidet med yngre kolleger, og dessuten kan det være en kilde til inspirasjon og entusiasme i faget.

Hvordan blir man veileder? Man må være spesialist i faget, og gjennomføre Legeforeningens veilederkurs. Dette er tre kurs, hver på fire dager, med om lag ett års mellomrom. Det anbefales at man starter veiledningsgruppe etter første kurs. Kursene inneholder i hovedsak gruppebasert voksenpedagogikk med mye egenaktivitet, samt innslag av kultur og friluftsliv. Vi røper ikke mer her –

Vi starter ny veilederutdanning i januar 2011, og er interessert i å komme i kontakt med kolleger som kan tenke seg å ta veilederutdanning. Spesielt i Oslo, Bergen og Trond-

heim med omkringliggende områder er det behov. Det er en fordel at man har erfaring fra undervisning og veiledning i andre sammenhenger, men det viktigste er at man har interesse for slik virksomhet.

Finn fram til veilederkoordinatoren for ditt område på Legeforeningens nettsider og ta kontakt dersom dette kan være noe for deg.

Hilsen veilederkoordinatorene

Bente Aschim Sverre Lundevall
Kristin Prestegard Peter Prydz



En typisk scene fra et veilederkurs, denne gangen på Svanhøvd i Pasvikdalen. Merk at deltakerne er konsentrert på tross av en kaospregert setting.

FAGSEMINAR I SYKEHJEMSMEDISIN

Bergen Røde Kors Sykehjem, Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen
18. og 19. november 2010.

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

MÅLGRUPPE: Leger som arbeider i sykehjem, allmennleger, geriater og andre interesserte.

KURSARRANGØR: Stiftelsen Verdighetsenteret.

ADR.: Røde Kors Sykehjem, Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen

KURSKOMITÉ: Stein Husebø/Lege og leder for Verdighetsenteret, Gerd Torbjørn Åmdal/Lege ved Verdighetsenteret og overlege ved Bergen Røde Kors Sykehjem

**Velkommen
til kurs i Bergen!**



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

GODKJENNING: Det er søkt om godkjenning i relasjon til spesialiteten i allmennmedisin og med 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i geriatri/sykehjemsmedisin til videre- og etterutdanningen og det er søkt tellende for spesialiteten geriatri som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning.

KURSAVGIFT: 2500 kr som inkluderer lunch begge dager

ANTALL DETAKERE: Max 25

PROGRAM: Se på www.verdighetsenteret.no under kurs eller du får det av koordinator Barbro Danielsen.

PÅMELDING: til Barbro Danielsen, koordinator,

TEL.: 55 39 77 41 / 924 85 914

E-POST: koordinator@verdighetsenteret.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.

NYHET: Ebixa® oppløsning med pumpe for enkel dosering!

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
20mg
ÉN OM DAGEN

Ebixa "Lundbeck"

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 0,5 g (1 pumpepytt) inneh.: Mementanhidroklorid 5 mg tilsyn. mementan 4,16 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. Med doseringspumpe.

TABLETTER, filmdråpette 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.: Mementanhidroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsyn. mementan 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneh. lakose 166 mg og har delstreket **INDKASJON**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSEERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson evner å monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Ta 1 gang daglig uavhengig av måltider. 1 pumpepytt = 5 mg. Maks. dose er 20 mg daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (1 pumpepytt) daglig. Uke 2: 10 mg (2 pumpepytter) daglig. Uke 3: 15 mg (3 pumpepytter) daglig. Uke 4: 20 mg (4 pumpepytter) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (4 pumpepytter) daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg /dag iht. varlig oppfølgningsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg /dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (eChild-Pughs grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Mementan anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon (eChild-Pughs grad C) på grunn av manglende data. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampefall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofon kan bringe uønskt pga. risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende 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 alvorlig galaktosemiintoleranse, laktoseallergi eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorfartøyer og betjene maskiner. I tillegg kan mementan ha lett til moderat påvirkning på reaksjonssenen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorfartøyer eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av mementan med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av mementan og amantadin, ketamin og deksametofon kan bringe uønskt pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin innebarer en mulig risiko for økte plasmavannier. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid.

VIDITET/AMMING: Overgang / 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. Mentanin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amning fra liden under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyposje** (~1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, Hjerterktig, Hypertensjon, Luftveier: Dyspné, Neurologiske: Svimmelhet, Psykiske: Småens, Øvrige: Hodepine, Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, Hjerterktig: Hjerterst, venterombosisme, metabolske, Infeksjoner: Sopplinfeksjoner, Neurologiske: Uormal gange, Psykiske: Hallusinasjoner (stort rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, Trøtthet, Krampefall er rapportert svært sjelden. Enkelttilfeller av psykiske reaksjoner og pankeratt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, modstander og selvmord. Dette er også rapportert under mentaninbehandling. **OVERDOSERING/FORGITIG:** **Hyposje:** Hyposje: Hb₂ 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med trøtthet, svakhet og/eller kvalme eller ingen symptomer. Ved doser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervensystemet (forvirring, søvnløshet, småens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og rmal gange), og/eller magtarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervensystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige men. En pasient som hadde fått 400 mg mentanin oralt i symptomer fra sentralnervensystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfaler, søvnforstyrrelse, og/eller bevissthets. Pasienten ble restitert. Behandling: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger under **X01** side 4. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Mentanin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved nedregenerativ demens er det å øke den bevis for at svikt i glutamatero nevrotansmitter, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker både symptom- og sykdomsforverring. Mentanin modulerer virkningen av patologisk eksitert spenningsnivå i glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tids: Etter tinn: «Steady state»-plasma-konsentrasjoner fra 70-150 ng/ml [0.5-1 µmol] med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: 1,73 min. Pasienter med monoeksponensivitet med terminal tids på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². kl eliminasjonsrate av mentanin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% finnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 64% utskilles innen 3 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPEBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Apert flaske bør brukes innen 3 dager. **PÅKJØBING OG PRISER:** Dråper: 50 g (glassflaske med doseringspumpe) 826,30. Tabletter: Startpåk: 7,5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (bliste) 591,00. 10mg: 30 stk. Bliste 516,30. 50 stk. (bliste) 800. 100 stk. Bliste 1612,70. 20 mg: 28 stk. (bliste) 932,80. 98 stk. (bliste) 3177,30. **SIST ENDRET:** 06.05.2010

  **Ebixa**
memantin

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



Innføring i klinisk revmatologi

Innføring i klinisk revmatologi
Jan Tore Gran
Gyldendal Akademisk
Utgivelsesår: 2010
1. utgave
282 sider

Jan Tore Gran er spesialist i revmatologi, professor ved universitetet i Oslo og avdelingssjef ved Revmatologisk avdeling ved Rikshospitalet. Han har med «Innføring i klinisk revmatologi» ment å skrive en bok beregnet for leger i allmennpraksis. I forordet skriver han at han håper at bruk av boken skal føre til mer målrettede henvisninger til annenlinjetjeneste. Holder boken mål?

Boken er delt inn i sju kapitler. Etter en generell innledning kommer et kapittel om «Laboratoriediagnostikk ved revmatisk sykdommer». Dessverre bruker forfatteren kun tre sider på laboratorieprøver, mens resten av kapitlet dreier seg om bildeprøver, noe som kan være enklere å bestille for en allmennlege enn de korrekte laboratorieparametre. Kapittel tre er det jeg hadde gledet meg mest til. Under tittelen «Utredning og diagnostikk av revmatiske manifestasjoner» systematiserer forfatteren revmatiske plager i artralgi, artoser eller artritt, og de siste under mono-oligo- eller polyartritt. Han presenterer oss mulige fremgangsmåter for videreutredning av enkelte av disse gruppene, illustrert med flow-charts og tabeller. Jan Tore Gran kommer også med en tabell som de fleste allmennpraktikere ville sette pris på: «Mulige diagnoser ved artritt i ulike ledd». Dessverre er ikke de forskjellige sykdommene presentert etter prevalens i allmennpraksis, noe som gjør listen litt mindre brukbar enn man hadde ønsket seg. I dette kapittel kan vi også lese om utredning av muskelplager og om utredning av ryggplager mtp. revmatisk sykdom.

Mesteparten av boken består av kapittel fire: «De enkelte revmatiske sykdommer». Her tar forfatteren for seg alle revmatiske sykdommer på en mer tradisjonell måte. Hver sykdom er introdusert av en kort kasuistikk som illustrerer hvordan disse sykdommene kan presenteres i allmenn-

praksis, og slutter med en boks med hovedmomenter. Forfatteren tar i denne delen opp prevalens av sykdommene og prediktive verdier av forskjellige tester i beskrivelsen av de vanligste sykdommene, men denne type informasjon savnes for litt sjeldnere sykdommer, noe som kan gi leseren inntrykk på at alle diagnosene er like sannsynlige blant pasientene i primærhelsetjenesten.

Kapittel fem, «Differensialdiagnostikk – summarisk fremstilling», hadde jeg også forventninger til. Inndelt alfabetisk under laboratoriefunn kan vi finne informasjon om enkelte antistoffer og mer generelt om for eksempel årsaker til anemi eller leukocytopeni. Under differensialdiagnostikk av kliniske funn finner vi til dels altfor lange lister med mulige diagnoser av både revmatiske funn, hudmanifestasjoner (uten bilder), affeksjon av indre organer som ledd i revmatisk sykdom, og andre kliniske manifestasjoner som kan være knyttet til revmatiske plager.

Kapitlene seks og sju kan være greie å bla i i forbindelse med spørsmål fra pasienten som allerede er under revmatologisk behandling eller når man lurer på klassifikasjons- og diagnostiske kriterier for enkelte sykdommer, noe som forfatteren selv ser på som mer forsknings- enn klinisk relevant.

Alt i alt har forfatteren prøvd å komme allmennpraksis i møte ved å ta for seg differensialdiagnoser og utredning av symptomer i en tidlig fase av sykdommen. Likevel er hovedkapitlet skrevet som en tradisjonell beskrivelse av den enkelte sykdom og man mister fort oversikten over hva som er sannsynlige diagnoser og hva som er sjeldnere sykdommer, noe som gjør boken mindre nyttig i allmennlegers daglige arbeid med pasienter med potensielle revmatiske sykdommer.

Esperanza Díaz

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 till

Tove Rutle – lagleder

Jeg takker Hilde Beate for utfordringen. Det er vanskelig nok å ta imot den, for en må bestemme seg for hvilke type dikt en vil bruke spalteplassen til.

Jeg har valgt et dikt som kanskje hver eneste arbeidsdag burde rulle gjennom hodene våre. Vi blir ofte utfordret på å hjelpe de som er «uartige». Noen ganger er det skrekkelig vanskelig.

Simon Flem Devold brukte for ca. ti år siden dette diktet som ett av sine poenger når han i foredrag skulle fortelle om barnespalten sin. Jeg synes det holder godt mål, og skal huske det i hele min arbeidstid, håper jeg.

Man vill bli älskad.

Man vill bli älskad,
i brist därpå beundrad,
i brist därpå fruktad,
i brist därpå avskydd
och föraktad.

Man vill ingiva människorna
någon slags känsla.

Själen ryser för tomrummet
och vill kontakt till vad
pris som helst.

HJALMAR SÖDERBERG, 1905

Jeg vil gjerne sende utfordringen til en kjær kollega i Troms, som jeg arbeidet mye sammen med noen år tilbake: Arne Holm, Bardu kommune.

Hilsen Odd Kjøstvedt



ILLUSTRASJONSMANER: AT THE CRO-COCONCE: THE SONG OF THE OWL, 1905-1910, HJALMAR SÖDERBERG

En pasienthistorie om kommunikasjon, respekt og fortvilelse i «kryssilden» mellom første- og andrelinjetjenesten.

Innledning (v/Fastlegen)

Eva og jeg har kjent hverandre hele min fartstid i kommunehelsetjenesten. Eva er vokset opp i en familie med varme og rom for mange; hun har et nært forhold til foreldrene, og de har vært viktige støttespillere for henne på alle nivåer.

Eva var ei frisk jente til hun ble rammet av det som viste seg å være Krohns sykdom i tidlig voksenalder.

Eva er levende, engasjert; hun har en utrolig stå-på-vilje. Igjen og igjen er hun kommet tilbake til jobben sin offshore. Hun er gift og har ett barn. Hun ønsker seg ett til. I skrivende stund, etter at jeg fikk hennes egne skrivelser i hende, har sykdommen igjen kommet tilbake for fullt, og hun kjemper i forhold til ventetider, operasjoner og helsevesenets mangslungne irrganger.

Dette essayet, bokstavlig talt fra virkeligheten, har Eva skrevet på min oppfordring etter at hun selv tok opp problemet med å føle seg underkjent og mistrodd, som en «kø-sniker» når fastlegen la henne inn:

«Hvorfor behandler de meg så dårlig når du legger meg inn, mens det er en annen verden når jeg vipres inni sykehuset av sykehusspesialisten? Det er jo du som kjenner meg og virkelig vet når jeg bare *må* inn – men da er det alltid som om jeg er hårt i suppa og må vente lenger enn langt...»

Jeg oppfordret henne til å skrive det hele ned.

Eva's notat er forkortet noe for å få plass i Utposten. Hun har skrevet til meg «Du kan bruke det til hva du vil; hvis du har anledning kan du bruke alt ordrett». Til leserens orientering er legenavn byttet ut med NN, og pasientens fornavn endret. Likevel er historien gjenkjennbar. Det har Eva sagt er greit. Hun vil gjerne ha budskapet ut.

Eva's beskrivelse formidler noe om hvor viktig det er å ta alvorlig sykdom på alvor.

Men aller mest handler det om MAKTSPILLET i lege/pasientforholdet; der pasienten alltid er taperen og den svake part. Ikke sjelden blir pasienten «offer for det vanskelige» i kommunikasjonen mellom leger på tvers av linjenivåene.

Evas selvopplevde «forskjellsbehandling» er relatert til «hvem som har lagt henne inn»; ikke *hva* som er den medisinske problemstillingen.

Essayet hennes handler mest om det å være urettmessig i skuddlinja. Hun understreker gjentatte ganger det faktum at legen «skyter på pasienten» og ikke på fastlegen.

Kommunikasjon er en utfordring; ikke bare i lege/pasientforholdet, men like mye mellom linjenivåene i helsetjenesten.

Sa noen «samhandling»?

Evas historie om lang dags ferd mot natt og tilbake til dag...

Jeg har vært innlagt på sykehuset ved flere anledninger. Jeg er kronisk syk. Jeg har Morbus Crohn som i perioder er svært aktiv.

Det begynte i 2001. Jeg var 163 cm høy og veide 54 kg. Så ble magen i ulaget. Jeg gikk på toalettet 10-20 ganger i døgnet. Avføringen var bløt, veldig bløt. Jeg hadde tre «problem»:

1. Det var ikke blod i avføringen.
2. Jeg hadde ikke smerter.
3. Jeg fungerte på jobb. Jeg måtte bare ha meg en to timers hvil etter middagen hver dag i en alder av 22...

Jeg var hos legevakten én gang og fastlegen min tre ganger fra januar 2001 til mai 2002.

Tredje gang jeg kom til fastlegen min var jeg virkelig ikke i form: Jeg spiste lite, sov store deler av døgnet og veide da 42 kg. Mor fulgte meg til legen. Jeg orket ikke å kjøre den lille turen selv. Jeg orket heller ikke høre etter hva legen sa til meg. Mor var virkelig redd for meg.

Det ble nok fastlegen min og...

Hun la meg inn som «øyeblikkelig hjelp». Jeg fikk papirene i handa og mor kjørte meg direkte til universitetssykehuset.

Første møte med akuttmottaket

Dette var mitt første møte med akuttmottaket i voksen alder. Jeg er elendig på vei inn dørene til sykehuset: Jeg er trett, veldig trett. Jeg er sulten, for jeg har ikke klart å spise et skikkelig måltid på flere måneder. Jeg pleide å fantasere om å få bli sprekkt mett, sånn overspist mett som man blir på jul når man bare ligger på sofaen og gisper etter luft og angrer på den siste tallerkenen.

Mentalt var jeg helt på felgen. Det siste stedet jeg ønsket å være var på sykehuset. Jeg skulle ønske jeg var en struts som kunne stikke hodet i sanden.

Det kan jeg ikke. For jeg trenger hjelp. Jeg er syk og jeg aner ikke hva som feiler meg. Jeg er redd. Veldig redd.

Møtet med Legen...

Etter lang tid er det endelig min tur til å møte legen. Jeg ligger i sengen, redd, men forventningsfull. For nå skal de finne ut av hva som feiler meg slik at jeg kan få hjelp. Den første setningen som kommer ut av munnen til legen er: «Hva gjør du her? Du er ikke syk nok til å bli innlagt på sykehuset.»

Snakk om å sparke noen som ligger nede! Det er noe av det verste jeg har opplevd. Så ufattelig nedlatende og respektløst.

Jeg ble sint. VELDIG sint. Heldigvis var mor med meg. Mor ringte til fastlegen min og hun kom på banen for å sørge for at jeg faktisk fikk bli innlagt.

Kan dere innbille dere hvordan jeg hadde det da. Jeg følte meg ikke mer verd enn dopapir.

Hvorfor stiller sykehuslegen spørsmålsteget ved fastlegens beslutning?

Det underer meg at det kan stilles spørsmål med min fastleges beslutning om å legge meg inn på sykehuset. Ingen leger kjenner meg bedre enn henne. Hun har fulgt meg siden jeg var barn. Og når hun velger å legge meg inn er det vel en grunn til det.

Om nå sykehuslegen skulle ha problemer med min fastleges beslutning om å legge meg inn er vel det en sak som må tas opp med fastlegen min, og ikke med meg som pasient?

Jeg har absolutt ikke lyst til å være på sykehuset. Det er ikke en fornøylespark. Men jeg har et problem som verken jeg eller fastlegen min kan håndtere, og jeg trenger hjelp.

Jeg er sårbar, redd, trett og har ikke kontrollen over meg selv. Ikke utsett meg for mer da. Gi meg hjelp.

I løpet av dette sykehusoppholdet får jeg diagnosen Morbus Crohn. Og jeg får hjelp til å bli bedre. Medisiner, kirurgi...

Det er faktisk veldig allright å være på sykehuset når man er i systemet og har «klippekort» på poliklinikken.

Årene går. Sykdommen går i dvale. Jeg bruker ikke medisiner på tre og et halvt år.

Tibakefall--

I 2009 begynner det igjen. Jeg ringer poliklinikken først... Trodde jeg hadde «klippekort» der enda. Jeg har jo faktisk papirer på en kronisk sykdom denne gang. Men nei, ta kontakt med fastlegen din.

Det er uproblematisk. Men hun kan ikke bare skrive ut Morbus Crohn injeksjonsmedisiner til meg sånn uten videre, – hun bestiller koloskopi til meg.

Ukene går. Formen forverrer seg raskt.

Jeg blir satt på seks ukers prioritering til koloskopi, men får beskjed når jeg ringer og etterlyser timen at det i realiteten vil ta minst ti uker. Formen blir verre og verre. Jeg går tilbake fastlegen min. Hun ser at dette går fort og at jeg trenger hjelp. Hun legger meg inn på sykehuset som øyeblikkelig hjelp nok en gang.

Jeg reiser ut og stiller meg i kø. Ting tar tid. Ved midnatt er det min tur å møte legen. Den første setningen denne gang er: «Du er ikke syk nok til å være her, legen din har kun lagt deg inn for at du skal snike i køen og få koloskopi i morgen.»

Jeg legger bare armene i kors og ser på han. For denne gang er jeg ikke 42 kg. «Jeg er syk, men har ikke nådd bunnen så denne gang bli dere ikke kvitt meg», tenker jeg. Legen tilføyer: «Det er sent, så du får vel bli til i morgen da. Men hadde dette vært tidligere på kvelden hadde jeg sendt deg hjem.»

Jeg blir lagt på gangen kl to på natta. Jeg er redd, jeg vet hva som kommer. Dette er ingen piknikk. Jeg gråter. Det er ingen der som kan hjelpe meg eller trøste meg.

Etter to døgn får jeg koloskopi. Som ventet var det «full gang» i tarmen igjen. Jeg får medisiner og nytt «klippekort» på poliklinikken. Da er det igjen enklere å være kronisk syk.

– Men når sykehuslegen legger meg inn... :

Etter dette har jeg vært innlagt to ganger av sykehuslegen «min» to ganger på få måneder.

Først gang kom jeg fort videre fra venterommet og fikk seng, tilfeldig tenkte jeg. Etter blodprøvetaking kommer en sykepleier bort og beklager at jeg sikkert må vente en stund, for det er visst litt travelt i dag.

Så er det min tur å møte legen. Jeg gruer meg. Denne gang er armene mine i kors før samtalen begynner. Første setningen denne gang er: «Jeg ser NN har lagt deg inn for han trenger å få undersøkt deg grundigere i morgen.»

Plutselig var det greit at jeg var der. Jeg ble behandlet med respekt og verdighet. Igjen begynte jeg å gråte. Jeg hadde gruet meg slik, og var så klar til kamp denne gang for klokken var tidlig på kvelden. Denne gangen fikk jeg lov til å være her fordi SYKEHUS-LEGEN hadde lagt meg inn... Denne opplevelsen gjentok seg da jeg kort tid etter ble innlagt nok en gang...

Om å leve med kronisk sykdom.

Kontakt med helsevesenet.

Jeg er trett, trett av å være syk. Jeg ønsker ikke dette, jeg ønsker bare å være frisk. Jeg ønsker å fungere hundre prosent. Jeg ønsker minst mulig kontakt med både fastlegen min og sykehuset.

Jeg har ikke «kjøpt» sykdommen min... Og på veien til hjelpen kommer, blir jeg så oppgitt, fortvilet og lei meg.

Og så tenker jeg for meg selv:

«Man skal jaggu være frisk for å være syk så man kan komme gjennom dette systemet.»

Eva – 2010

Etterskrift

Eva jobber for å holde hodet over vannet. Hun har et godt støtteapparat. For tida er hun dårlig. Budskapet hennes handler mest om oss som leger – om å spille; og ikke la våre frustrasjoner om budsjetter og sykehuskorridorer gå ut over pasienten. Om sykehuskollegene kan oppleve «urettmessige innleggelser», er det faktisk slik at loven tilligger annenlinjetjenesten å gi råd til oss fastlegene. På begge sider av linjene er vi i pasientens tjeneste. Har vi lært nok om å snakke sammen, vi leger? Jeg bare spør.



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 72 82 91 00

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.

Hyponatremi hos pasienter med schizofreni – en underkjent legemiddelbivirkning?

Hyponatremi ses hos omtrent fire prosent av alle pasienter med schizofreni. Hyponatremien kan skyldes den underliggende sykdommen, være forårsaket av en psykogen polydipsi eller være en legemiddelbivirkning. En rekke ulike antipsykotika har vært assosiert med utvikling av hyponatremi. Siden symptomene gjerne er diffuse og uspesifikke, er det all grunn til å være oppmerksom på denne bivirkningen.

De senere årene er det publisert flere artikler som peker på en assosiasjon mellom bruk av antipsykotiske legemidler og utvikling av hyponatremi (1–3). En fersk oversiktsartikkel (1) har gått gjennom litteraturen og sett nærmere på alle kasuistikkene som finnes i de medisinske databasene Medline og Embase. Forfatterne identifiserte i alt 91 publiserte kasuistikker med til sammen 120 pasienter som hadde hatt hyponatremi minst én gang under behandling med antipsykotika. For disse pasientene ble sammenhengen mellom bruken av antipsykotika og hyponatremien vurdert etter en standard algoritme (4), og hos 19 prosent var årsakssammenhengen sannsynlig, hos 80 prosent mulig og hos en prosent usannsynlig. I omtrent halvparten av kasuistikkene forelå det opplysninger om at hyponatremien ble bedret etter seponering av det antipsykotiske legemidlet. I de fleste kasuistikkene fikk pasienten diagnostisert SIADH («syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone», dvs. en uhensiktsmessig forhøyet sekresjon av antidiuretisk hormon). Forfatterne konkluderer med at for å få bekreftet den mistenkte sammenhengen mellom hyponatremi og bruken av antipsykotika må det flere studier til og at man ikke kan utelukke et bidrag fra den underliggende sykdommen, men de vurderer likevel at hyponatremi er en underrapportert bivirkning av antipsykotika (1).

I en annen helt ny artikkel (2) har man brukt WHO's internasjonale bivirkningsdatabase, hvor individuelle bivirkningsmeldinger fra omkring 90 land samles, og undersøkt om man kunne finne statistisk signifikant økt antall rapporter på hyponatremi/SIADH og antipsykotika. Forfatterne fant en slik sammenheng, og det var ingen forskjeller i risiko mellom de ulike antipsykotiske midlene. Svakheter ved en slik studie som bygger på spontanrapportering av bivirkninger er blant annet at man ikke kan beregne frekvensen av bivirkningen og at man ikke har tilstrekkelig gode opplysninger om samtidig bruk av andre legemidler og eventuelle risikofaktorer (3).

Den trolige mekanismen bak denne bivirkningen er at antipsykotika stimulerer frigjøringen av antidiuretisk hormon (ADH) i hjernen, men det er også mulig at antipsykotika kan potensere effekten av ADH i nyrenes



samlør (3, 5). I noen tilfeller kan det også tenkes at antipsykotika kan forårsake økt væskeinntak ved å stimulere tørstesenteret eller ved å gi munntørhet. Det kompliserer bildet at visse pasienter med schizofreni allerede i utgangspunktet har forhøyede nivåer av ADH, noe som sammen med en polydipsi kan tenkes å utløse SIADH. Samtidig behandling med SSRI-preparater, tiaziddiuretika og antiepileptika som karbamazepin og valproat vil trolig øke risikoen for hyponatremi ytterligere, og høy alder, høye legemiddeldoser og røyking har også vært foreslått som risikofaktorer (3, 5).

I litteraturen konkluderer de fleste forfattere med at hyponatremi utløst av antipsykotika er en undervurdert bivirkning, som nettopp på grunn av samtidig bruk av andre legemidler eller pasientens grunnsykdom gjerne ikke rapporteres. Da symptomene er diffuse (tretthet, slapphet, anoreksi, hodepine, forvirring) og tilstanden kan gi alvorlige følger, bør leger være oppmerksom på forholdet. Vi oppfordrer til at man melder alle tilfeller hvor det mistenkes en sammenheng mellom bruken av antipsykotika og hyponatremi/SIADH til nærmeste regionale RELIS (www.relis.no/bivirkninger).

Referanser

1. Meulendijks D, Mannesse CK et al. Antipsychotic-induced hyponatraemia. A systematic review of the published evidence. *Drug Saf* 2010; 33: 101–114.
2. Mannesse CK, van Puijenbroek EP et al. Hyponatraemia as an adverse drug reaction of antipsychotic drugs: a case-control study in Vigibase. *Drug Saf* 2010; 33: 569–78.
3. Castberg I, Spigset O. Hyponatremi ved bruk av psykofarmaka. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1610–1.
4. Naranjo CA, Busto U et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 30: 239–45.
5. Spigset O, Hedenmalm K. Hyponatraemia and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) induced by psychotropic drugs. *Drug Saf* 1995; 12: 209–25.

Rikke Holm Løvaas

cand. pharm., RELIS Midt-Norge

Olav Spigset

overlege RELIS Midt-Norge

Følgende har fått tildelt allmennpraktikerstipend 2. halvår 2010

UNIV	NAV	TITTEL	VEILEDER
NTNU	Bjarne Austad	Oppfølging av barn med ventilasjonsrør i trommehinnen	Anne-Sofie Helvik og Vegard Bugten
UiO	Beraki W. Ghezai	Kartlegging av røykevaner og holdninger til røyking blant norsk-eritreere	Jørund Straand
UiTø	Karin Nilsen	HPV vaksinen, kartlegging av kunnskap og holdninger blant helsesøstre og skoleleger	Elise Klouman
UiB	Kristina Riis Iden	Antidepressiva i sykehjem, beslutningsfaktorer	Sabine Ruths og Stefan Hjørleifsson
UiO	Marianne Bollestad	Bruk av delegasjonsskjema i behandling av ukomplisert cystitt hos kvinner	Morten Lindbæk
NTNU	Nick Aakre Faradobeh	Small intervensjon to improve communications skills	Hilde Grimstad, Aslag Stensbekk, Jørgen Urnes
UiB	Olav Thorsen	Kvaliteten på samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten	Anders Bærheim
UiTø	Signe-Elisabeth Nome Thorvaldsen	Fastlegens møte med pasienter med CFS/ME: En utfordring å kunne møte det uforståtte på en mest mulig tjenlig måte	Nils Kolstrup og Anna Luise Kirkengen
UiO	Svein Aarseth	Allmennlegers kontakt med papirløse migranter	Per Hjortdahl
UiO	Torunn Bjerve Eide	Compliance ved antibiotikabehandling i allmennpraksis – er den nye antibiotikaveilederen gjennomførbar i klinisk praksis?	Morten Lindbæk og Christian Borchgrevink
UiB	Aase Aamland	Legers sykemeldingspraksis ved uforklarlige symptomer – en systematisk oversiktsartikkel	Erik L. Werner
UiO	Åse Ruth Eggemoen	Kartlegging av helsestatus hos familieegjenforente, asylsøkere og flyktninger, med vekt på anemi og vitamin D-mangel (protokoll-utarbeidelse)	Jørund Straand
UiO	Jørn Ossum Gronert	Allmennpraktikerledet røykesluttintervensjon før planlagt kirurgisk inngrep. En pilotstudie	Jørund Straand
UiO	Katia Yvonne Monclair	Ikke-medikamentell behandling av primær kronisk insomni i allmennpraksis. En pilot studie	Arne Fetveit
UiB	Kristian Anton Simonsen	Fastflu-prosjektet: Influenza-forskning i allmennpraksis	Guri Rørtveit
NTNU	Morten Jensvold	Prehospital bruk av observasjonssenger under legevaktt – faglig forsvarlig alternativ til sykehusinnleggelser?	Irene Hetlevik og Arnfinn Seim
UiO	Veslemøy Cathrine Hippe	Compliance ved antibiotikabehandling i allmennpraksis – er den nye antibiotikaveilederen gjennomførbar i klinisk praksis?	Morten Lindbæk og Christian Borchgrevink

30 innkomne søknader om i alt 96 stipendmåneder. Derav:

14 fra UiO

7 fra UiB

5 fra NTNU

4 fra UiTø

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

Lærerike kasuistikker

Den gode hjelper, eller...?

Den siste tiden har jeg tenkt mye på de 25 årene jeg har vært fastlege i en kommune i utkant-Norge. Tankene kretser av og til rundt temaet å bytte jobb – hadde det vært lurt å skifte beite, eller skal jeg bli ved min lest? Tanken på ikke å møte alle de fantastisk flotte menneskene der ute i samfunnet gjør at jeg velger å bli – litt til. Kanskje lenge? Alle studentene og turnuslegene som kommer innom kontoret for kortere eller lengre tid er også til stor inspirasjon og med på å skjerpe hodet. Det samme er et faglig oppegående og hyggelig kollegium som gir både rom for refleksjon og sosialt samvær, og dermed kanskje bedre selvinnsikt og større trygghet. Vi sitter ofte og snakker om opplevelser vi har hatt og som vi har lært mye av, men vi deler dem sjelden med andre – historiene blir mest til internt bruk. Hverdagens mange møter med andre mennesker gjør at jeg stadig må både skjerpe meg og utvikle meg – det skylder jeg mine pasienter siden deres tiltro til meg er stor, mange ganger kjennes den alt for stor. Selvfølgelig er ikke alle møter like krevende, men jeg synes jeg lærer noe hver eneste dag – ikke bare fag, men også om hva møter med mennesker kan avstedkomme – på godt og ondt. Å skrive om slike møter og det jeg har lært av disse er ikke så lett, men jeg vil prøve fordi jeg som turnuslege og meget uerfaren og litt naiv doktor lærte noe jeg har tenkt mye på i ettertid, og jeg vet jeg har brukt historien ved flere anledninger senere. Læringskurven ble svært bratt.

Jeg var som sagt i distriktsturnus og hadde en kvinne i 20-årene på kontoret. Hun hadde to eller tre små barn og en mann som var lite hjemme, og hun fikk derfor lite hjelp til husarbeid og barnepass. Hun hadde ingen formell utdanning, men hadde jobbet noen år på en arbeidsplass hun trivdes godt. Hun var imidlertid hjemmearbeidende nå – uten utsikter til å komme ut i arbeidslivet på en stund. Hun gråt sine modige tårer på kontoret mitt og fortalte om et strevsomt og ensomt liv som mor og husmor. Hun fortalt at hun ønsket seg barnehageplass og en jobb slik at hun kunne komme seg ut blant andre voksne. Jeg støttet henne

på dette og fant historien hennes gripende, og trist. Jeg bestemte meg for å aksjonere. Med ungt og friskt pågangsmot kontaktet jeg kommunenes barnehagekonsulent samt hennes gamle arbeidsplass. Jo da, jobb kunne være mulig – ikke full tid riktignok, men noen prosent. Barnehageplass til flere barn var ikke så lett, men de skulle se på saken og kunne kanskje hjelpe til hvis situasjonen var prekær. Og prekær var den – ingen tvil om det – syntes jeg.

Jeg hadde avtalt ny samtale etter en ukes tid, og gledet meg til å fortelle henne at jeg kanskje hadde klart å oppfylle hennes tidligere uttrykte ønsker. Da jeg presenterte nyheten så hun på meg med store og forundrede øyne og sa – «Det er vel og bra det du har gjort, men det er ikke slik jeg vil ha det. Jeg vil fortsette å være hjemme noen år til, så får vi se etter hvert –.»

Jeg fikk mye å tenke på den dagen. Hvorfor ville hun ikke ha orden i livet sitt? Hvorfor ville hun ikke ta i mot tilbudet og alt jeg hadde ordnet for henne? Var jeg ikke flink nok? – Spørsmålene ble etter hvert formulert på en annen og noe mer hensiktsmessig måte; Hvem skal bestemme i hennes liv? Er det mine standarder som skal ligge til grunn for hennes valg? Hun kan jo faktisk velge selv; hun kan velge å handle, eller ikke handle. Det er uansett hun som må leve med konsekvensene av sine handlinger, eventuelt mangel på slike. Jeg tror denne hendelsen ble skjellsettende i mitt doktorliv og temaet valg ble etter dette viktig for meg. Jeg har jobbet mye med mennesker som sliter med livene sine, og har nylig tatt utdanning som kognitiv terapeut – en utdanning som har gitt meg mye både personlig og som et nyttig og hensiktsmessig verktøy i min allmennmedisinske verktøykasse. Jeg skulle gjerne takket denne unge kvinnen for alt hun lærte meg, men jeg skjønnte ikke rekkevidden da, og så vidt jeg vet har jeg ikke møtt henne senere. Jeg velger derfor å la min takknemmelighet komme frem ved å skrive om møtet mitt med henne i Utposten.

Effektiv skanning

For en stund siden var vi så heldige på kontoret vårt at skanneren vår, sluttet å virke. Det som først så ut til å bare være nok en utgift, viste seg å være en mulighet til å legge om skannerrutinene til noe veldig mye bedre. Fra at skannearbeidet hadde vært monotont, kjedelig og slitsomt, har det blitt lystbetont og enkelt. Og fordi det nå er mye mer effektivt enn det det var, er det å være å jour mye enklere.

Dere trenger (for å gjøre det sånn som vi gjør det – det er nok mange alternativer som er minst like gode):

- En dokumentskanner
- Et tekstgjenkjenningsprogram
- Adobe acrobat eller tilsvarende program der man kan behandle pdf-filer.
- Et lokalt nettverk

Dokumentskannerne er stor sett noe dyrere en flatbedskannere, men det er en dokumentskanner som må til. Det finnes flere alternativer fra mellom 5000 og 10000 kroner som gjør en god jobb. Med skanneren vi valgte fulgte både tekstgjenkjenningsprogrammet og Adobe Acrobat, så for i underkant av 7000 kroner hadde vi alt vi trengte.

Etter å ha satt opp skanneren med ønskede innstillinger, var systemet klart til bruk. Innstillingen man trenger å gjøre er å velge ønsket mappe på fellesområdet som mål for de skannede dokumentene, at skanningen foregår i ønsket kvalitet, og at programmet automatisk skal kjøre tekstgjenkjenning før filen lagres som en pdf-fil.

Før selve skanningen gjøres nummereres sidene som skal skannes. Dette gjøres fordi det hender at skanneren drar mer enn ett ark inn av gangen, slik at to sider ikke blir skannet. Etter at nummereringen er gjort, settes så mange ark som ønsket inn i arkmaten, og man trykker på skanneknappen. Hos oss er programmet innstilt til å spørre om skanningen skal fortsette etter siste arket er skannet inn, og dersom man ønsker det, legges da flere ark i arkmaten, og man trykker på ja. Når arkene man ønsker å skanne er ferdig skannet, svarer man så nei på samme spørsmål. Deretter kan man forlate maskinen til fordel for andre oppgaver, mens maskinen driver med tekstgjenkjenningen i fred. Hvor lang tid denne prosessen tar avhenger av ytelsen til pcen, og hvor mange ark som er skannet. Når programmet er ferdig åpnes den ferdige filen i Adobe acrobat.



Her skal da filen ha like mange sider som det var innskannede sider. Ved å bla gjennom pdf-filen kan man ved hjelp av sidenummereringen raskt se om det er noen sider som mangler, og eventuelt skanne de aktuelle sidene på nytt. Blanke ark kan enkelt slettes ved å at man markerer dem, høyreklikker på dem og velger slett/delete.

I Adobe Acrobat trykker man deretter på «sider» ikonet, slik at små bilder av sidene kommer opp til venstre på skjermen. Ved å høyreklikke på en av disse sidene kan man velge «trekk ut sider», og trekke ut alle sidene bortsett fra den første. Huk av for at sidene slettes etter uttrekking, og at de trekkes ut som separate filer. Når pc'en er ferdig med dette er alle arkene tilgjengelige som enkeltfiler på fellesområdet, og dermed tilgjengelige fra alle maskiner i nettverket.

Hvordan innskannede dokumenter legges inn journalen varierer fra journalsystem til journalsystem, så det skal jeg ikke gå inn på her. Men mens legesekretærene tidligere satt på arbeidsstasjonen som ble brukt til skanning, og klippet ut teksten fra dokumentene i et spesialprogram som fulgte med skanneren, kan de nå sitte på hvilken arbeidsstasjon som helst, åpne pdf-filene i gratisprogrammet Adobe reader, og klippe og lime derfra. Fordelen med å kunne gjøre dette fra enhver arbeidsstasjon på nettverket er at legesekretærene da kan legge inn teksten i journalen inn i mellom annet arbeid. Enten de sitter i ekspedisjonen eller på laben og de har et par ledige minutter, får de lagt inn en epikrise eller to. Når innleggingen av informasjonen gjøres innimellom annet arbeid, blir den ikke så monotont, kjedelig eller belastende, og blir tatt unna mye raskere. Arbeidstiden til legesekretærene blir bedre utnyttet, en upopulær oppgave har blitt hyggelig, og informasjonen som sendes oss på papir kommer raskere inn i journalen, og både pasienter, legesekretærer og legene er mer fornøyde.



Hverdagspediatri med fokus på akutte problemstillinger

Kurs nr: L-25136

Dato: 17.11.10-19.11.10

Godkjenning: Almennmedisin videreutdanning: Emnekurs: 17t i fagområde pediatri. Etterutdanning: Klinisk emnekurs: 17t i fagområdet pediatri. Barnesykdommer videreutdanning: Valgfrie kurs: 17t. Etterutdanning: Valgfrie kurs: 17t. Øre- nese- halssykdommer videreutdanning: Valgfrie kurs: 10t. Etterutdanning: Valgfrie kurs: 10t.

Målgruppe: Leger under utdanning, og spesialister i allmennmedisin. Leger under utdanning i barnesykdommer. Leger under utdanning i øre, nese, halssykdommer.

Læringsmål: Etter kurset skal deltakeren ha lært å kunne vurdere/gjenkjenne symptomer hos et alvorlig, sykt barn. Deltakerene vil benytte konsultasjonssituasjonen bedre til å få frem en god anamnese, gjøre en målrettet undersøkelse og velge relevante supplerende undersøkelser på barn i ulike aldre. Deltakeren vil lettere kunne skille mellom behandlingstrengende og ekspekterende tilstander, og velge og ordinere trygge/riktige legemidler for behandling. Etter kurset vil deltakeren også ha økt fokus på konsis og enkel informasjon til foreldre med sykt barn om sikker/usikker diagnose, behandling og oppfølging.

Kurskomité: Anders Bjørkhaug, Barneavdelinga FSS, Hildegunn Borkamo, Barneavdelinga FSS, Jarl Moldestad, Barneavdelinga FSS, Tor Vidar Myklebust, Kommunelege Naustdal/Praksiskonsulent HF.

Kurssted: Hotell Alexandra, 6789 Loen, Nordfjord www.alexandra.no

Antall kursdeltakere: 40

Antall kurstimer: 17

Kurspris leger: kr 2000

Kurspris ikkeleger: kr 4000

Påmelding: epost: kurs.hverdagspediatri@gmail.com

(eller gjennom kurskatalogen)

Påmeldingsfrist: 8. oktober 2010.

KURSPROGRAM

Onsdag 17.11.10:

18:00-18:10 Registrering/Kaffe

18:10-18:15 Åpning. Kursets læringsmål.

18:15-19:45 Generell pediatrik undersøkelse – på legevak.

Legeseksjonens 20 minutt, hvordan skal en disponere tiden?

Synspunkt fra almenlegen og sjukehuslegen. Diskusjon/kasuistikk.

20:00 Middag – buffet

Torsdag 18.11.10

09:00-10:30 Akutt endring i bevissthetstilstand

Feber, kramper og andre "vanlige" årsaker

10:30-10:45 Pause

10:45-11:30 Øvre og nedre luftveier – kort gjennomgang ved ønh-lege og barnelege.

Tips til veien gjennom diff.diagnoser. Inndeling av grupper.

11:30-13:00 Øvre og nedre luftveier – gruppearbeid

Øreverk, snørr og sår hals – hvorfor det doktor?

Barnet mitt surkler og hoster – hvorfor det doktor?

Finns det gode medisiner til barn? Og gode svar til foreldre?

Kasuistikk/workshops/gruppearbeid

13:00-14:00 Lunsj

14:00-14:45 Gastroenteritt og dehydrering

Vurdering av hydreringsstatus, rehydrering av barn

14:45-15:30 Akutte magesmerter versus akutte kroniske magesmerter

15:30-15:45 Pause

15:45-16:30 Øvre og nedre urinvegsproblem på legevak

16:30-17:15 Akutt sosialpediatri

Noen praktiske tips og noen juridiske aspekter

17:15-17:30 Pause

17:30-19:00 Legemidler til barn

Foreskriving av reseptbelagt medisin til barn – nødvendig informasjon.

Adm. av medisin til barn – problemstillinger og problemløsninger.

Bruk av "off-label" medisin (uregistrerte preparater).

Valg av perorale antibiotika til barn – smak versus effekt

20:00 Middag

Fredag 19.11.10

09:00-09:45 Trygdeytelser og regelverk

"Blårev", omsorgspenger, pleiepenger.

Barn og foreldres viktigste retter i en stor paragrafskog.

09:45-10:00 Utsjekk pluss evt. påfyll av kaffe

10:00-11:30 Det akutte syke barn

Barnet til legevakta eller sykebesøk?

Undersøking, klinisk vurdering, stabilisering og transport – i den rekkefølge!

Gruppearbeid/workshops med kasuistikk.

11:30-12:15 Det akutte syke barn – Gjennomgang og diskusjon

12:15-12:30 Avslutning, evaluering.

13:00 Lunsj for de som ønsker før avreise

**Spa versus Skålatårnet –
workshops og diskusjon....**



Neurontin Pfizer

Antiepileptikum.

ATC-nr.: N03A X12

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

TABLETTER, filmdrasjerte 600 mg og 800 mg: Hver tablett inneholder: Gabapentin 600 mg, resp. 800 mg, hjelpestoffer. Med delestrek.

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

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

Tabell 1

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

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

Følgende doser anbefales:

Tabell 2 Kreatininclearance (ml/minutt)

Kreatininclearance (ml/minutt)	Døgndose ¹ (mg)
≥ 80	900-3600
50-79	600-1800
30-49	300-900
15-29	150 ² -600
$< 15^2$	150 ² -300

¹ Dose fordeles på 3 doser.

² 300 mg hver annen dag.

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

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

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

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

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

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

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Infeksjoner: Virusinfeksjoner. Nevrologiske: Somnolens, svimmelhet, ataksi. Øvrige: Tretthet, feber. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Blod/lymfef: Leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, kvalme, tannmisdannelser, tannkjøttbetennelse, diaré, abdominal smerte, dyspepsi, forstoppelse, tørrhet i munn eller hals, flatulens. Hjerne/kar: Hypertensjon, vasodilatasjon. Hud: Ansiktsødem, purpura, oftest beskrevet som blåmerker etter skade, utslett, pruritus, akne. Infeksjoner: Pneumoni, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, infeksjon, mellomørbetennelse. Kjønnsganer/bryst: Impotens. Luftveier: Dyspné, bronkitt, faryngitt, hoste, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte, muskelsykninger. Nevrologiske: Krampor, hyperkinesi, taleforstyrrelser, hukommelsestap, tremor, søvnløshet, hodepine, fornemmelse av prikking i huden, nedsatt berøringssans, unormal koordinasjon, nystagmus, forsterkede, nedsatte eller fraværende reflekser. Psykiske: Fiendtlighet, forvirring og følelsesmessig labilitet, depresjon, angst, nervøsitet, unormal tankegang. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi, økt appetitt. Undersøkelser: Redusert antall hvite blodlegemer, vektøkning. Øre: Vertigo. Øye: Synsforstyrrelser som synssvekkelse, dobbeltsyn. Øvrige: Perifert ødem, unormal gange, asteni, smerte, utilpasshet, influensasyndrom, skade ved uhell, fraktur, hudavskrapning. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hjerne/kar: Palpitasjoner. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (f.eks. urticaria). Nevrologiske: Hypokinesi. Undersøkelser: Forhøyet leverfunksjonsverdier SGOT (ASAT), SGPT (ALAT) og bilirubin. Øvrige: Generalisert ødem. Etter markedsføring: Ukjent: Blod/lymfef: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, angioødem, erythema multiforme, alopeci. Kjønnsganer/bryst: Brysthypertrofi, gynecomasti. Lever/galle: Hepatitt, gulsott. Muskel-skjelettsystemet: Myoklonus. Nevrologiske: Andre bevegelsesforstyrrelser (f.eks. choreoatetose, dyskinesi og dystoni). Nyre/uriner: Akutt nyresvikt, urininkontinens. Psykiske: Hallusinasjoner. Undersøkelser: Svingende blodglukosenivåer hos diabetikere. Tilfeller av akutt pankreatitt. Årsakssammenheng med gabapentin er uklar. Hos pasienter som får behandling med hemodialyse ved terminal nyresvikt, er det rapportert om myopati med økt kreatininkonsentrasjon. Luftveisinfeksjoner, mellomørbetennelse, krampor og bronkitt er bare rapportert i kliniske studier hos barn. I tillegg ble aggressiv oppførsel og hyperkinesi rapportert hyppig hos barn. Øre: Tinnitus. Øvrige: Seponeringsreaksjoner (hovedsakelig angst, søvnløshet, kvalme, smerter, svette), brystmerter. Plutselig uforklarlig død er rapportert uten at relasjonen til gabapentin er klarlagt.

Overdosering/Forgiftning: Akutt livstruende toksisitet er ikke observert ved overdosering av gabapentin med opptil 49 g. Overdose, spesielt ved kombinasjon med andre CNS-hemmende legemidler, kan føre til koma. Symptomer: Svimmelhet, dobbeltsyn, utydelig tale, døsighet, letargi og mild diaré. Behandling: Symptomatisk. Gabapentin kan fjernes fra plasma ved hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger N03A X12. **Pakninger og priser:** Kapsler: 100 mg: Enpac: 100 stk. kr 104,90. 300 mg: Enpac: 50 stk. kr 109,20. 100 stk. kr 203,60. 400 mg: Enpac: 100 stk. kr 272,00. Tabletter: 600 mg: Enpac: 100 stk. kr 363,70. 800 mg: Enpac: 100 stk. kr 489,90.

Refusjon:

Refusjonsberettiget bruk:

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

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerter
90	Palliativ behandling i livets slutfase
N88	Epilepsi

ICD

	Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerter
-90	Palliativ behandling i livets slutfase
G40	Epilepsi

Vilkår:

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

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

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

Sist endret: 01.04.2009

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

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

ADRESSEKILDE: CEGEDIM TLF: 21509000

OPPSTART AV NEURONTIN VED NEVROPATISK SMERTE

1

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

Bestill dosekort på
WWW.PFIZER.NO/NEURONTIN



Ref: 1) Neurontin SPC 18.03.2010

NEURONTIN[®]
gabapentin
WWW.PFIZER.NO/NEURONTIN