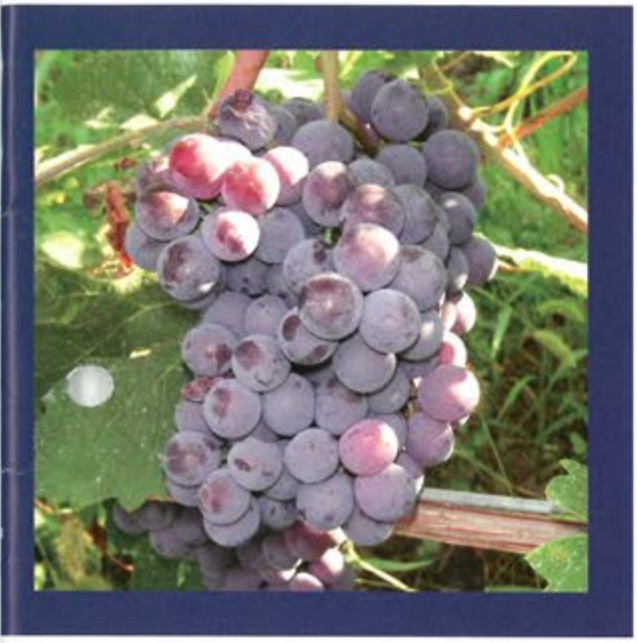
utposten

Nr. 6–2010
ÅRGANG 39

Blad for allmenn- og samfunns-medisin



Innhold:

LEDER: Fastlegens koordinerende rolle.
AV TOM SUNDAR 1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:
Ildsjelen.
METTE WAALER INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG 2

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Gap opp – kan fastleger hjelpe ved spiseforstyrrelser?
AV OLA AMUNDSEN 6

Moderne hjerneslagbehandling.
AV ELISABETH FARBU 10

ADHD – erfaringer fra implementeringskurs for fastleger.
AV MICHAEL B. LENSING OG EGIL MIDTLYNG 15

LAR – et halvt år etter reformen.
AV ARILD SCHILLINGER 19

Ventetid på venterommet. Audit for kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret.
AV K. MALTERUD, K. PRESTEGAARD OG E. LØCHEN 24

Felles refleksjon over kvaliteten på eget legekontor.
AV K. PRESTEGAARD, J. THESEN OG E. LØCHEN 28

Fastlegen og sjeldne genetiske tilstander – hva mener unge pasienter med nevrofibromatose?
AV GRETE HUMMELVOLL 34

BOKANMELDELSE: Legers profesjonsetikk.
ANMELDT AV ELI BERG 38

Faste spalter 39

UTPOSTEN

utposten

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. Søndenå
Parkveien 19
9900 Kirkenes
TLF.: 78 99 21 60
MOBIL: 476 44 519
E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Mona S. Søndenå

LAYOUT/OMBREKNING:
Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:
07 Gruppen AS

WWW

Du finner Utposten på
www.utposten.no

Fastlegens koordinerende rolle

Legeforeningens statusrapport *Tillit – trygghet – tilgjengelighet* fra 2009 tar til orde for å styrke allmennmedisinen og fastlegeordningen. Rapporten vektlegger fastlegens koordinerende rolle i arbeidet med listepasienter som har behov for særskilte helse- og sosialtjenester. Eksempler er personer med kronisk sykdom, psykisk lidelse, multimorbiditet, rehabiliteringsbehov og avhengighetsproblematikk.

En rekke artikler i dette nummeret av Utposten berører fastlegens koordinerende rolle vis-à-vis disse pasientgruppene.

Schillinger drøfter hvordan ny forskrift og nye retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) påvirker behandlingstilbudet. Om ikke annet, skriver han, har LAR-reformen avdekket et behov for tettere samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det gjelder ansvaret for de dårligste pasientene. «Tidligere har fastlegen blitt sittende med de vanskeligste pasientene», sier Schillinger, som understreker at fastlegene trenger støtte i behandlingsapparatet. Derfor er det også betimelig at han minner om spesialistenes ansvar for å gi veiledning i LAR-arbeidet.

Lensing og Midtlyng evaluerer hvordan Helsedirektoratets veileder for diagnostisering og behandling av ADHD er blitt implementert og mottatt. Forfatterne medgir at interessen er størst blant allmennleger som fra før av er opptatt av problematikken, mens det er vanskelig å fange interessen hos dem som har få eller ingen pasienter med ADHD.

Hummelvoll omtaler en undersøkelse av hvordan personer med nevrofibromatose opplever kontakten med sin fastlege. Undersøkelsen, som er gjort av Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger, viser at pasientene både ønsker og verdsetter medvirkning fra fastlegen – selv når de langt på vei får dekket sine behov for helsehjelp gjennom spesialisthelsetjenesten. Fastlegene utfordres til å tilegne seg nødvendig kunnskap som kan bidra til et godt og konstruktivt pasient-lege-forhold.

Farbu redegjør for forebygging, akuttbehandling og rehabilitering ved hjerneslag. Som allmennleger blir vi konfrontert med denne sykdommen både i akuttfasen og i oppfølgingen av pasientene etter sykehusbehandling. Særlig gjelder det leger som har tilsynsoppgaver i sykehjem.

Fellesnevneren for de nevnte pasientgruppene er deres behov for helhetlige behandlingsforløp med kvalitetssikrede behandlingstiltak. Som Legeforeningens statusrapport påpeker, forutsetter dette bedre informasjonsutveksling rundt pasientene i overgangen mellom tjenestenivåene. Og igjen vil vi understreke spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar ved behandling av personer med sammensatte og særskilte lidelser.

Fastlegens koordinerende rolle beror på faglig støtte så vel som tillitskapende aksept for den jobben man faktisk gjør.

Tom Sundar

Utpostens dobbelttime

Ildsjelen

Mette Waaler

INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Mette Waaler har vært helsesøster i snart 40 år og kan vel snart regnes som en institusjon i Bergen kommune. Som en av mange erfarne helsesøstre ved Solheimsviken helsestasjon i Årstad bydel i Bergen, har hun i en årrekke sørget for en trygg start for nyfødte og nybakte foreldre. Undertegnede kjenner henne som en kunnskapsrik, engasjert og livlig dame, og jeg lar meg stadig imponere av hennes pågangsmot og energi.

Mettes hjerte brenner spesielt for grupper som har behov for ekstra hjelp og støtte, hun har i sitt yrkesliv jobbet tett med både aleneforsørgere, rusavhengige og innvandrere. For tiden er hun prosjektleder for «Forsterket helsestasjon til foreldre og barn med etnisk minoritetsbakgrunn», et prosjekt som er en del av IMDI (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) sitt satsingsområde «Likeverdige offentlige tjenester».

– Vi har forsøkt å kartlegge behovene, forteller den engasjerte helsesøsteren, og det koker ned til behov for mer tid, gruppen trenger tolkehjelp, grundige samtaler om ernæring, påkledning, hvordan være foreldre i Norge og diverse som innfødte norske ikke har behov for. Jeg lagde en rapport fra prosjektet som jeg baserte på ti tilfeldig valgte pasientjournaler der jeg hadde dokumentert antall kontakter med brukerne, inkludert konsultasjoner, telefoner, brev med mer. Åtte av ti hadde hatt fra en til 14 kontakter med helsestasjonen utover det ordinære tilbudet.

– Dette medførte faktisk at Bergen kommune økte budsjettet noe ved Solheimsviken helsestasjon for å dekke dette behovet for tjenester, legger hun entusiastisk til.

Et langt liv i forebyggende helsearbeid

Mette startet sin helsesøsterkarriere i Nord-Norge, i Balsfjord kommune i Troms, i første halvdel av 70-tallet. Balsfjord var på en tiden en foregangskommune når det gjaldt forebyggende helsearbeid blant foreldre og barn, for eksempel var det allerede da vanlig å gå på hjemmebesøk til nybakte mødre.

Hvordan var det å drive forebyggende helsearbeid på helsestasjonen på 70-tallet i forhold til i dag?

– Arbeidet på den tiden var mye dominert av «kjøttkontroller», forteller Mette. – Måling, veiing, Pirqué. Legene var med, og helsekontrollene var jo mye hyppigere da enn nå, med full sjekk av rygger, føtter, årlig veiing og måling av skolebarn . Av en eller annen grunn var vi veldig opptatt av å se barna avkledd, vi tenkte at vi fikk bedre kontakt med dem sånn, men senere har vi jo forstått at man kan

oppnå kontakt på andre måter også! Selvsagt var det også mye vaksinering. I dag er det jo mye mer psykososialt arbeid sammenlignet med før. I Balsfjord på 70-tallet hadde helsestasjonen ingen timebestilling og heller ikke fast kontor. Alle bare møtte opp og ventet på tur, vi reiste rundt, hadde faste dager, holdt til på samfunnshus og lignende. Før jeg sluttet, i 1976, var vi så vidt i gang med mer faste forhold, kontor, timebestilling, men også tilgjengelighet på skoler, altså at vi var til stede slik at barna kunne komme til oss ved behov.

Hvilke utfordringer finnes i dag som man ikke hadde for 30 år siden?

– Det er mye hysteri og engstelse i dag, mange henger seg opp i spissfindigheter som de leser seg til på nettet. Dette er veldig slitsomt. På den måten er det faktisk mye greiere å forholde seg til en del innvandrerforeldre.

– Ellers har lang erfaring med endringer av rutiner og retningslinjer medført at jeg har et avslappet forhold til alt man skal gjøre og en del av det som står i veiledere, for mye har endret seg, og mye kan endre seg i fremtiden. For eksempel sa man på 70-tallet at spedbarna skulle ha grøt fra tre måneders alder og helmelk fra seks måneder, nå skal alle fullammes til seks måneder. Men så viser ny forskning at man kanskje bør begynne med smaksprøver på all slags mat allerede fra fire måneders alder, da blir barna mindre kresne og tar lettere til seg mat senere.

Hjelpearbeid i Sør-Sudan

Etter fire år i Troms reiste Mette av gårde til Sør-Sudan med Kirkens nødhjelp. Her ble hun i fem år. Alt lå nede etter borgerkrig og Kirkens Nødhjelp hadde et utviklingsprosjekt der de skulle bygge opp igjen et fylke. Mette jobbet som en såkalt «health supervisor», en slags mellomting mellom lege og helsesøster. Hun var stasjonert langt ute i «bushen» der hun hadde ansvar for ti klinikker med lokale helsearbeidere. Hennes jobb var å veilede og undervise disse. Det ble også drevet helseopplysning, hygienearbeid, instruksjon i bygging av latriner, graving av brønner og konstruksjon av vannfiltre. Vaksinering var selvsagt en sentral del av arbeidet, Mettes rekord er 850 vaksiner på en dag!

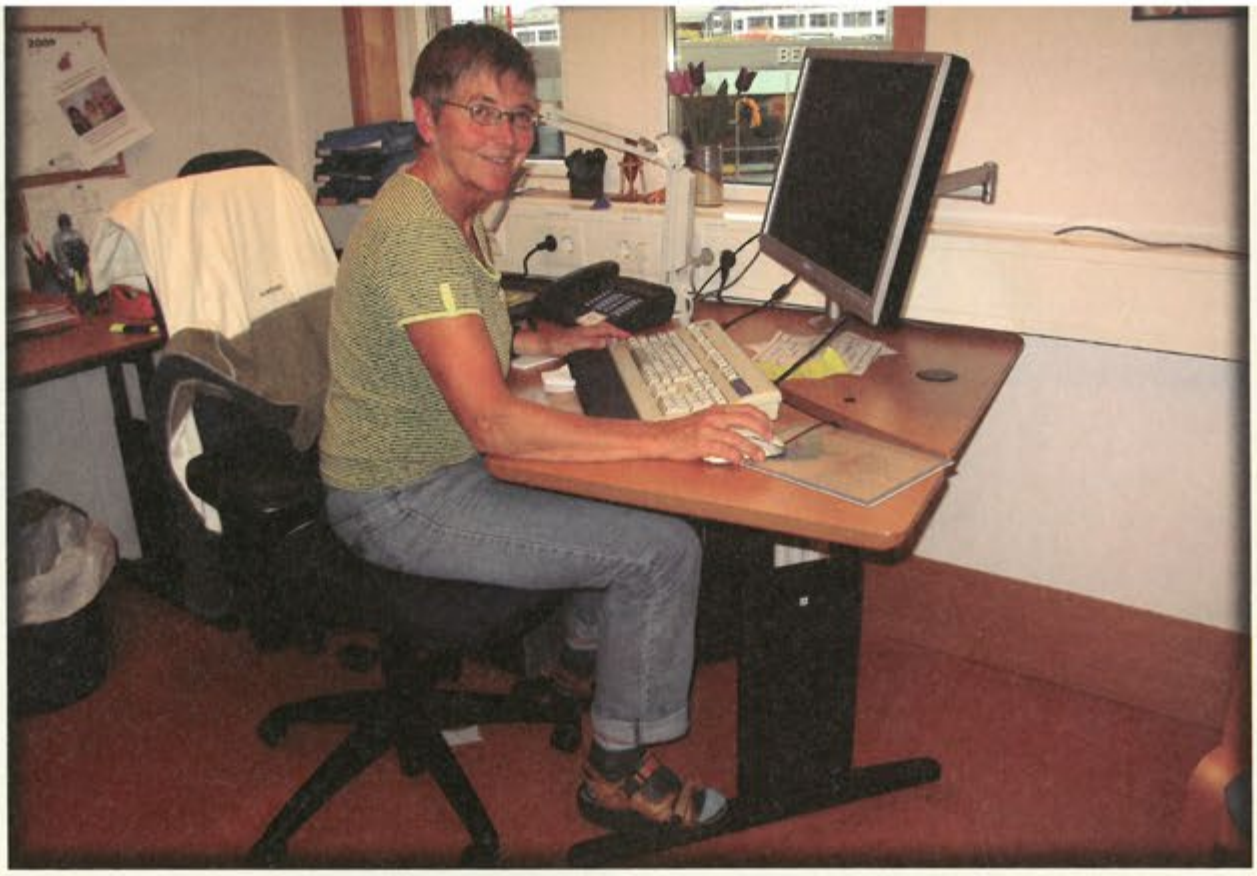
Hvordan var det å komme tilbake til den norske hverdagen etter å ha levd alene ute i «bushen» i lengre perioder og jobbet under til dels svært primitive forhold?

– Jeg trivdes godt med å jobbe og bo alene, jeg følte meg fullstendig trygg, det var fredelige forhold. Mange lokale ville også gjerne bli behandlet av meg, men målet var jo at de skulle stole på og bli behandlet av sine egne. Det var en stor overgang å komme tilbake til Norge, særlig på

min første ferie etter ett år. Da var jeg nok ganske uspiselig. Jeg syntes Norge var et overflodssamfunn der folk klagde over bagateller og uvesentlige ting, for eksempel at det var lang ventetid for to- og fire-års kontroller på helsestasjonen. Hva gjør vel det, tenkte jeg. I 1998 da man hadde en oppbluss av konflikten mellom Etiopia og Eritrea, var mediene i Norge tause, i stedet var de mest opptatt av hvem som skulle spille på fotballandslaget. Men dette var selvsagt mitt eget ansvar, å takle denne overgangen. Jeg var uansett klar for å reise hjem etter fem år, jeg ville avslutte mens det fremdeles var kjekt, dessuten hadde jeg gamle foreldre hjemme.

Etter at Mette reiste fra Sør-Sudan, blusset krigen opp igjen, alt som var bygd opp av infrastruktur i området ble rasert, og hjelpearbeiderne, både eksterne og lokale, ble evakuert. Mange mente da at alt arbeidet som hadde blitt gjort, var forgjeves. Men da Mette kom tilbake på et seks måneders korttidsoppdrag i 1989, opplevde hun at de lokale helsearbeiderne som hun hadde lært opp fremdeles var der og så fort de fikk tilrettelagt forholdene til å jobbe, kunne de bruke sin kunnskap til å gjøre en innsats igjen. Dette gjorde inntrykk!

– Jeg vil ikke være med i «hylekoret» som sier at all u-hjelp er nytteløs, understreker Mette. – Det viktigste vi kan gjøre er å jobbe med menneskene. Gi dem kunnskaper og gode holdninger.



Engasjement for marginaliserte grupper

Vel tilbake i Norge tok helsesøster Mette jordmorutdanning. Mest for å akklimatisere seg! Hun følte seg ubrukelig som helsesøster etter så mange år i Afrika. Med både helsesøster- og jordmorutdannelse i bagasjen, var hun så klar for nye utfordringer. Hun meldte seg for Bergen kommune og ble satt til å jobbe med gravide rusmisbrukere i samarbeid med Kvinneklinikken på Haukeland sykehus. I 1990 ble hun ledende helsesøster i Løvstakken bydel, frem til 2001 da hun gikk over i stilling som gruppeleder ved Solheimsviken helsestasjon. Siden 2006 har hun så vært prosjektleder og helsesøster ved samme helsestasjon.

I arbeidet som helsesøster har du vært spesielt opptatt av marginaliserte grupper med spesielle hjelpebehov, som aleneforsørgere og innvandrere. Kan du fortelle litt om dette engasjementet?

– Jeg synes det er viktigst å jobbe med de som ikke har det så greit, for alle andre klarer seg selv, sier Mette kontant!

– Engasjementet for rusmisbrukere var tilfeldig, mens dette med aleneforsørgere begynte med et prosjekt. Vi så at de slet, derfor søkte jeg og min kollega Haldis Øverås Lied om prosjektmidler som ledd i et mål om å redusere spedbarnsdødelighet. Rent konkret bestod prosjektet av åpen helsestasjon en ettermiddag i uken, et lavterskeltilbud der brukerne kunne komme og snakke med helsesøster og andre fagpersoner uten avtale, vi lagde grupper og arrangerte avlastning, der brukte vi lokale menigheter som medhjelpere. Grupper kun for aleneforsørgere var viktig både som nettverksbygging, erfaringsutveksling og støtte i hverdagen.

Intervjuobjektet forteller videre om sitt engasjementet for innvandrere. Det begynte på 90-tallet da hun opplevde at mange av barna som kom til fire-årskontroll ikke kunne norsk. Som hovedstyremedlem i Kirkens bymisjon i Bergen fra 1997, gjentok hun seg selv stadig: «Vi må gjøre noe for de vanskeligstilte barnefamiliene i Løvstakken bydel.» Bymisjonen hadde egentlig ikke slikt arbeid på agendaen da de startet opp. Men etter hvert har nærmiljøarbeidet **Ada** blitt noe av det mest vellykkede de driver med. Ada er samlenavnet på tilbudene som Kirkens bymisjon i Bergen har for småbarnsfamilier generelt og sårbare familier og innvandrerkvinner spesielt. Ada består av Åpen barnehage, Bamsehiet, Home-start familiekontakt og Empo, som er en tverrkulturell kvinnegruppe.

– Bymisjonen så behovene, de har fått penger og har rammer som det offentlige ikke får. Åpen barnehage var det første som kom i gang. Ada begynte med en halv stilling, nå har de 12, sier den engasjerte damen stolt.

En kreativ praktiker

Av medarbeidere i Ada blir Mette kalt «Adas jordmor» og en dame med stort samfunnsengasjement, pågangsmot og handlingskraft. Hun er løsningsorientert og praktisk rettet når det gjelder tiltak for å integrere innvandrerbefolkningen. Sammen med en kollega arrangerte hun for eksempel «glattgåingskurs», for hvordan i all verden skal folk fra Afrika og Midt-Østen vite hvordan de skal te seg på glatten, tenkte Mette. Hun gir råd om bruk av brodder, påkledning i vind og vær, bruk av egnet barnevogn og utstyr for at innvandrerfamiliene skal kunne komme seg rundt.

I 2007 var Mette med og sloss for opprettelsen av den såkalte «barnehagebussen». Årstad bydel, den mest innvandrertette bydelen i Bergen, hadde et stort underskudd på barnehageplasser og «barnehagebussen» fraktet barn fra Årstad til Ytrebygda bydel, der de hadde god barnehagedekning. Mette viste igjen handlingskraft og praktisk sans:

– Før kommunevalget sendte jeg brev til alle politiske partier og stilte spørsmål om hva de hadde tenkt å gjøre med barnehagesituasjonen på Løvstakkensiden (med 25 prosent innvandrere). Jeg skrev også innlegg til avisen, noe som ikke var så populært når man er ansatt i kommunen. Man skal helst ikke snakke negativt om det de gjør. Men denne saken var for viktig syntes jeg. Jeg bryr meg ikke så mye om jeg får noen «riper i lakken». Og mitt engasjement, mener jeg, var medvirkende til at bussen kom i gang, og den gikk i to år.

Hva slags utfordringer ser du ellers i arbeidet med å integrere innvandrere i det norske samfunnet?

– Å oppdra barn mellom to kulturer er et tema jeg er opptatt av, sier Mette.

– Å ta med det beste fra to kulturer. En problemstilling kan f.eks være: «Hva skal vi gjøre når vi ikke får lov til å slå?» For det vet de at de ikke har lov til! De er opptatt av at barna skal være veloppdragne og vise respekt, og de mener at norsk ungdom ikke er det. De syns at norske barn før skolealder er snille og veloppdragne, men at det så sklir ut. Ofte er de i villrede om hva de skal gjøre når de ikke kan utøve en autoritær oppdragelse med bruk av vold, som mange er vant til fra hjemlandet. Vår oppgave er imidlertid ikke å fortelle de hva de skal gjøre og ikke gjøre, mener jeg, men gi dem kunnskap og en balanse som kan være et redskap. En balanse mellom egen kultur og norsk kultur er etter mitt syn det beste.

Egen sykdom

Intervjuobjektet fikk i 2002 diagnosen *retinitis pigmentosa*, en progressiv øyesykdom som har medført stadig mer svekket syn, hun ser nå kun 25 prosent og kan ikke lenger lese en avis.

Hvordan har øyesykdommen påvirket deg i jobb og fritid?

– Synet begrenser meg selvsagt, jeg gikk først ned i 75 prosent stilling, senere ned til 60 prosent, rett og slett fordi det krever mye ekstra med tilrettelegging. Men jeg har en god arbeidsgiver som bidrar til dette. Jeg har også gode hjelpemidler, for eksempel en lese-tv. Lese- og skrivehjelp har jeg også. En ti prosent-stilling ved helsestasjonen er avsatt til det, betalt av NAV. Dette medfører jo også at min kompetanse kan overføres til yngre krefter før jeg går av med pensjon til neste år.

Til tross for sitt sterkt reduserte syn, er Mette stadig å se på sykkelen sin, i full fart rundt omkring, til og fra jobb, på hjemmebesøk, møter og foredrag. Mette er en sprek dame og har alltid likt å holde seg i form. I 2003 syklet hun Trondheim–Oslo. Alene. Det var litt vanskelig å se i mørket, humrer hun, men ellers gikk det greit!

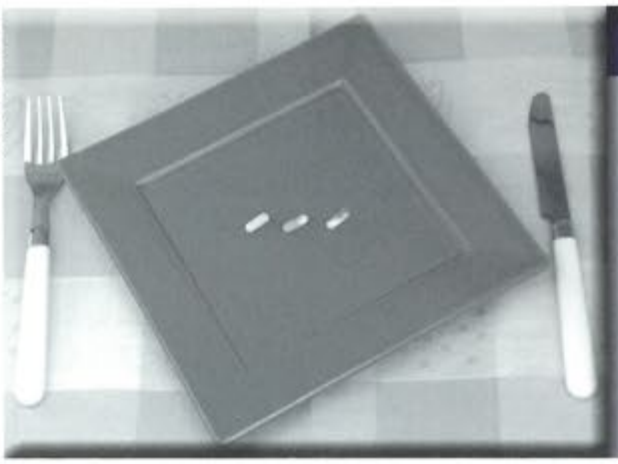
– Jeg tør å sykle, utbryter den spreke damen, men har blitt mer forsiktig, mye mer! Jeg suser ikke lenger ned bratte bakker i 40–50 km/t, da kan det gå galt dersom jeg møter en hump. Jeg har diskutert saken med både optiker og øye-lege, og de mener det går greit å sykle så lenge jeg er forsiktig, jeg ser jo de store linjene. Men familien bekymrer seg. Jeg forsøkte forresten tandem med min bror i sommer, men det gikk ikke så bra, vi endte på tur med to enkle sykler i stedet.

For et par år tilbake opplevde du i tillegg alvorlig sykdom og hadde et langt sykeleie. Du kjempet deg tilbake og er nå i arbeid igjen. Kan du si noe om hvordan du opplevde dette?

– Det hele begynte med en ryggprolaps. Jeg fikk så endokarditt som ga en septisk emboli til høyre parietallapp, jeg lå seks uker på sykehus med intravenøs antibiotika. Jeg har imidlertid ingen sekveler, bortsett fra lett nummenhet medialt på venstre ankel. Jeg var nok en fryktelig pasient, veldig utålmodig og masete, ville opp og aktivisere meg så fort som mulig. Sommeren etter opererte jeg en nedslitt hofte. I oktober i fjor var jeg så tilbake i jobb, i 60 prosent stilling. Jeg følte selvsagt på det, var trøtt lenge og spent på den mentale kapasiteten. Men det har fungert. Det hjelper nok at jeg tidligere har hatt en enorm arbeidskapasitet. Og jeg er utrolig takknemlig for at det gikk så godt. Jeg takker hver dag for at jeg kan stå opp og gå på jobb!

Primus motor. Ildsjel. Kreativitet. Utholdenhet. Muntrasjonsråd. Dette er stikkord som mange trekker frem når de skal beskrive Mette. Medarbeidere fra Sudan trekker særlig frem evnen til å være vår på forskjellighet og kulturelle særtrekk. Noe som hjalp henne i bistandsarbeidet og som nok gjør henne spesielt egnet til å arbeide med innvandrergruppen. Tidligere har hun fortalt meg at hun ikke fokuserer på begrensninger, kun på muligheter. Jeg undrer meg likevel på hva som driver den spreke 64-åringen? Tross helsemessige utfordringer og nylig langvarig sykdom, er hun like opptatt av jobben sin og det frivillig arbeidet på si, for de som sliter og trenger ekstra hjelp.

– Mitt kristne livssyn og sosiale engasjement er drivkraften. Arbeidet mitt opplever jeg som kjekt og meningsfylt, det gjør at jeg fortsetter. For min egen del så er jeg heller ikke noe karrieremenneske og ikke særlig opptatt av å realisere meg selv. Bare jeg får litt endorfiner gjennom sykling og annen fysisk aktivitet, er jeg fornøyd!



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

GAP OPP

– kan fastleger hjelpe ved spiseforstyrrelser?

AV OLA AMUNDSEN

Ola Amundsen
Uteksaminert Bergen desember 2004. Arbeid med ungdom gjennom Medisinernes Seksualopplysning fra 1998. Ungdomshelsestasjonsarbeid siden 2003. Fastlege i Moss siden 2006. Sykehustjeneste ved BUPP-Moss i 2009–2010.

En del av oss leger har plassert oss selv i fastlegerollen. En svært allsidig rolle, med nært ustoppelig potensial. Hvilke temaer fastlegene og primærhelsetjenesten bør ta hånd om debatteres og diskuteres. Hver dag sitter vi der modige og forsøker å løse vanskelige eller nær umulige utfordringer, også utfordringer av ikke-medisinsk art. Noe av det vanskeligste vi møter er pasienter som selv står i veien for å oppnå bedre helse. Pasienter med spiseforstyrrelser oppleves ofte å være i denne gruppen. Det som er spennende og fascinerende ved å jobbe med disse er at det er få fasitsvar og mange veier til målet. Ofte trenger pasienter med spiseforstyrrelser hjelp på veien. Det er nødvendig med aktiv involvering fra pasienten selv, men det tar likevel tid å oppnå resultater.

Hva er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er flere forskjellige tilstander som tilhører diagnoseserien F50 i ICD-klassifikasjon. Det er altså klassifisert som psykiatriske diagnoser, og det er vanlig å snakke om tre hovedgrupper. Hver pasient er likevel forskjellig, og alle vil ha sine individuelle kjennetegn og utfordringer.

Noen putter i seg mat til de eser ut av egen beltelengde, om ikke ut av både bukse, bil og buss. Det ukontrollerte matinntaket er ofte ulike varianter av trøstespising for å kontrollere dysfunksjonelle følelser eller angst. **Vi kaller disse overspisere.** Kirurgene kommer av og til på banen ved denne tilstanden, da kalt sykelig overvekt. Da det er helseskadelig å gå med en så høy kroppsmasseindeks får man eventuelt gjort en gastric by-pass operasjon, og noen blir mer fornøyde av dette. Det er kanskje overraskende for mange at livstidsprevalensen for overspisere er så høy som seks prosent, i allfall hos kvinner. Hvilket DPS tør å åpne dørene for et psykiatrisk tilbud til denne gruppen?

PREVALENS

OVERSPISING
- Livstidsprevalens kvinner 6%

BULIMI
- Livstidsprevalens 1,5–3%
- 6% av disse kommer til helsevesenet for behandling

ANOREXI
- Prevalens 0,2–0,4%
- 30% kommer til helsevesenet for behandling

Så er det de som slutter å spise. Mens omverdenen oppfatter at man er en tynn strek, synes ofte pasientene at kroppen ser ut som en fet klump i speilet. **Altså de med anoreksi.** I mediene får disse ofte den største oppmerksomheten, skjønt prevalensen ikke er mer enn 0,2–0,4 prosent. Det er noen idrettsmiljøer og modellmiljøer som har ekstra høy forekomst. Det er imidlertid også mange med anoreksi utenfor disse miljøene. Behandlingsapparatet er ofte flinke til å gi disse et tilbud, da symptomene etter hvert blir åpenbare og alvoret stort.

Vi har også pasienter som stapper i seg store måltider for så å velte maten halvfordøyd opp igjen, til stor irritasjon for tennene og langstrakt misunnelse fra sultne barn rundt omkring i verden. **Bulimi heter tilstanden.** Disse kan ha alle vektklasser, og man kan se slike symptomer både hos anorektikere og overspisere. Livstidsprevalensen er rundt to prosent, men 14 av 15 kommer aldri til helsevesenet for å få hjelp.

BULIMI / OVERHYPPIGHET

SOMATISKE PLAGER:

- Svimmelhet
- Slapphet
- Søvnproblemer
- Magesmerter
- Fordøyelsesplager
- Overvekt
- Overvektige foreldre
- Regelmessig bruk av avføringsmidler
- Dårlig tannstatus
- Seksuelt/fysisk misbruk
- Traumer i barndom/oppvekst
- Forstyrret familiedynamikk
- Foreldres bekymring om vekt/former
- Tidlig menarché
- Stemningsforstyrrelser
- Stoffmisbruk
- Lav selvfølelse
- Perfeksjonisme

Hvordan går vi frem?

Hva kan fastlegene gjøre for disse pasientene? Et forslag til tilnærming er å bruke teknikkene for røykeslutt:

- Spiser du?
- Har du lyst til å slutte?
- Eller kanskje begynne?

Svarene blir ofte upresise og lite håndgripelige.

Eller skal vi bruke litt legeautoritet, løfte stemmen og påpeke forholdenes sannhet stramt for pasienten:

- Nå må du gape opp!
- Hvis du ikke retter deg etter gjeldende vitenskapelige anbefalinger får du heller akseptere den lidelsen du selv påfører deg!
- Skjønner du ikke at hvis du ikke spiser sunt vil kroppen fallere?
- Kom tilbake når du ser normal ut!

Direksjonell behandling kalles dette, og det har svært liten effekt.

Av og til tenker vi at det er ekstremt vanskelig å forstå hvordan pasientene våre tenker. Å forstå hva som har skjedd på veien, hvor de er, hvor de har tankene sine, hva slags omsorg de får og har fått. Og hvordan skal vi få utrettet noe som helst når alt ser håpløst ut? Det kan bli fristende å kvitte seg med hele saken:

> «Kjære DPS. Pasienten er altfor tynn. Hun vil ikke spise noen ting. Hun er helt umulig å få i behandling. Henvises dere. Hilsen Fastlegen.»

Utfordringer som utgangspunkt for løsninger

Det kan være til hjelp å lære seg en enkel metode for å finne pasienter som sliter med spiseforstyrrelser. SCOFF er utarbeidet for screening, men kan utmerket godt brukes til å finne pasienter på fastlegekontoret – når den kliniske magefølelsen har blitt vekket. Får man napp på SCOFF bør man utrede videre. Kanskje man ender opp med en F50-diagnose. Og så da?

SCOFF

Spørsmål om spiseforstyrrelser
Kan brukes til egne pasienter eller ved screening, SCOFF er forkortelse for ord brukt i engelsk utgave

- Brekker du deg fordi du føler deg ubehagelig full i magen?
- Er du bekymret fordi du mister kontroll over hvor mye du spiser?
- Har du nylig gått ned med mer enn 6 kilo i vekt over en tremånedersperiode?
- Synes du at du er tykk selv om andre sier at du er for tynn?
- Vil du si at mat har en dominerende plass i livet ditt?

En allmennlege er sjelden spesialist i både endokrinologi og psykiatri. Ikke alle allmennleger har lest seg opp om spiseforstyrrelser. Det finnes ingen enkel oppskrift. Så hva gjør vi? Her er det utfordringer på løpende bånd:

- Hvordan skape en trygg allianse for videre kontakt?
- Hvordan diagnostisere spiseforstyrrelsen?
- Hva er riktig somatisk utredning?
- Er det psykiatrisk komorbiditet?
- Er det sosiale utfordringer?
- Hvordan er motivasjonen for behandling?
- Hvor alvorlig er tilstanden?
- Hva slags ernæringsråd skal vi gi?
- Hvordan kan vi hjelpe de pårørende?
- Trengs behandling i spesialisthelsetjeneste?

I søken etter svar og løsninger kan man gjerne dra nytte av gode tilgjengelige hjelpemidler. Et slikt godt hjelpemiddel er «Veileder i Spiseforstyrrelser» på **www.legeforeningen.no/id/50779**. Kanskje kan allmennlegen bidra til bedring?

PSYKIATRISK INNLEGGELSE

AKUTT:
- Suicidalfare
- Alvorlig kognitiv svikt
- Alvorlig depresjon
- Akutt krise i familien kan kreve innleggelse

PLANLAGT:
- Liten effekt av poliklinisk behandling

Jobb med motivasjon og allianse

Motivasjon er alltid i en fase. Du har kanskje opplevd en pasient med spiseforstyrrelser som uttrykker:

- Jeg har det så bra så.
- Det er ingen grunn for meg til å spise annerledes.
- Jeg spiser sunt som bare det.

Motivasjonen er da i en benektningsfase. Istedenfor «HJELP» kan du tenke «SUPERT». Derfra er det bare en vei – og det er oppover i motivasjonsfasene. Den heldige utviklingen er da at man gradvis går fra å benekte at en har noe problem til å begynne å vurdere om en har et problem. Viderekommende pasienter ønsker etter hvert å løse problemet, det er kanskje disse som på eget initiativ ber om hjelp eller selv ber om en henvisning. Og en spiseforstyrrelse er aldri slutt før man har løst problemet og i tillegg sikret resultatet. I en slik sammenheng blir det forståelig at behandling av spiseforstyrrelser vil kunne ta tid, uavhengig av på hvilket nivå i behandlingsapparatet man er. Kanskje er fastlegen den riktige til å bygge opp innsikt og motivasjon?

Ja, du kan

Fastlegen kan utrette noe. Fastlegen kan bruke sitt naturlige instinkt og fremtre med en ydmyk, lyttende og nysgjerrig tilnærming. Kanskje er det umulig å få pasienten til å beskrive og fortelle? Kanskje er det for sterke krefter som vil opprettholde den usunne atferden? Naturligvis: Dette er et helt vanlig trekk ved spiseforstyrrelser, ingen grunn til å miste motet. Husk at ved din trygghet kombinert med muligheter for en serie konsultasjoner kan det åpne seg muligheter for endring bare ved pasientens fokus på egen tilstand. Det meste av jobben gjøres før og etter legetimen: Hjemme, på bussen, på venterommet. Men det ene kvarteret hos deg kan gjøre at hjemmearbeidet blir mer fokusert, at nødvendig opptrapping av egeninnsats trer frem og at motivasjonen eskalerer. Det kan bli hyggelig å oppleve fremgangen, både for pasient og lege.

Stryk dine antakelser

Spør og høst svar. Det er vanskelig å vite hvordan din pasient tenker på mat før du har spurt. Selvsagt kan man kaste bort krefter på å gruble på hva din pasient tenker om mat. Det er lite nyttig. Noen ganger kan det være at man får vite noe uventet når man spør. Kanskje finner man at det er en ambivalens til mat, kanskje skjuler det seg helt rasjonelle og sunne holdninger der inne? Samtalen trenger ikke å handle bare om mat, heller. Tenk biopsykososialt. Utforsk den sosiale situasjonen, uten å fordekke din nysgjerrighet. Det skaper tillit med interesse.

MOTIVASJON

- Benekte å ha et problem → PREKONTEMPLATORISK FASE
- Vurdere om en har et problem → KONTEMPLATORISK FASE
- Ønsker å løse problemet → AKTIV FASE
- Sikre resultat → VEDLIKEHOLDENDE FASE

Tilby din hjelp

Du trenger ikke å være tryllekunstner for å gå inn i vanskelige saker, det får være bra nok at du er fastlege. Aksepter at det kan være ambivalens, skam, benekting, motstand og manglende motivasjon. Ved å formidle at man ønsker å hjelpe til, og uttrykke bekymring, kan det være at din pasient får øynene opp for en endring. Vær åpen om dine begrensninger, åpenhet blir ofte høyt verdsatt. Hjørnesteinene i behandlingen av spiseforstyrrelser er empati, motivasjon, veiledning og oppfølging. Det kan være at dette blir best ivaretatt hos fastlegen. Hvis din pasient får det bedre med seg selv, kan det fort gi ringvirkninger. Din pasient kan få det bedre med sin familie, sine venner, sine arbeidskolleger. Og han eller hun kan bli en bedre omsorgsperson for barn, enten nå eller senere.

Tenk langsiktig, lag behandlingsavtale

Legg bort klokka. Det er flott med raske resultater, men her er det bare å glemme sekundviseren og finne frem neste års kalender. Å endre spiseatferd og å endre vekt tar tid, enten du liker det eller ei. Sett gjerne realistiske mål, og plant håp om at det kan oppstå en endring. Fortell både pasient, pårørende og (om nødvendig) NAV at det kan ta tid å bygge seg opp. Det er lurt å lage en behandlingsavtale, som er kortfattet og enkel, men skriftlig. Behandlingsplanens innhold og tidshorisont bør være avhengig av type spiseforstyrrelse og alvorlighetsgrad, og planen kan gjerne revideres.

Samarbeid

Det er få samarbeidsaktører som blir satt så stor pris på som oss fastleger. Det finnes kompetanse hos ernæringsfysiolo-

ger, indremedisinere, psykiatere, psykologer, sosionomer. Du vet selv hvor kunnskapen sitter lokalt. De fleste helseregioner har også et senter for de mest alvorlige sakene, dit kan andrelinjen henvise videre. Fastlegen vil ofte inngå i samarbeidet uansett hvilket nivå behandlingen foregår på, spesielt om man viser initiativ. Og ved å bruke telefonen kan man få hjelp i egen stol. Man vil også øke egen kunnskap når man åpner for samarbeid.

SOMATISK INNLEGGELSE

AKUTT:

- FRA 17 ÅR: BMI <14 / UNDER 17 ÅR: Vekt <2,5-percentilen
- Langvarig stabil undervekt like over percentilgrensen
- Vekttap >30% på kort tid (3 mnd)
- Tap av >15% av idealvekten, raskt og uten kontroll
- Puls under 40
- Systolisk blodtrykk under 70
- Temperatur under 36 grader

Et siste alvorsord

Fastlegene har kompetanse og kvaliteter som er svært nyttige ved behandling av spiseforstyrrelser. Jeg vil imidlertid avslutningsvis understreke: Noen av pasientene med spiseforstyrrelser er alvorlig syke. Dødelighet av anoreksi er relativt høy. Det kan være riktig og viktig å søke hjelp i spesialisthelsetjenesten, ikke minst for å dele ansvaret. Kanskje slipper man å skrive denne henvisningen:

> «Kjære patolog. Pasienten var alt for tynn. Nå spiser hun aldri mer. Hun var helt umulig å få i behandling. Henvises til dere. Hilsen Fastlegen»

Referanser

- Veileder i Spiseforstyrrelser, www.legeforeningen.no/id/67014.0
- Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok, Norsk Helseinformatikk: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Overspising, www.legehandboka.no
- Bjørnelv S, Spiseforstyrrelser i allmennpraksis, Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2372–5
- Frostad S, Somatisk utredning og behandling av spisefortyrrelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2121–5

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

MEDINOR

Afinion™ - for enkel og rask analysering av:

HbA1c

ACR*

CRP

afinion™

Ta kontakt for uforpliktende utprøving.

*Albumin/Kreatinin-Ratio

Medinor AS
Telefon: 24 05 66 10
www.medinor.no

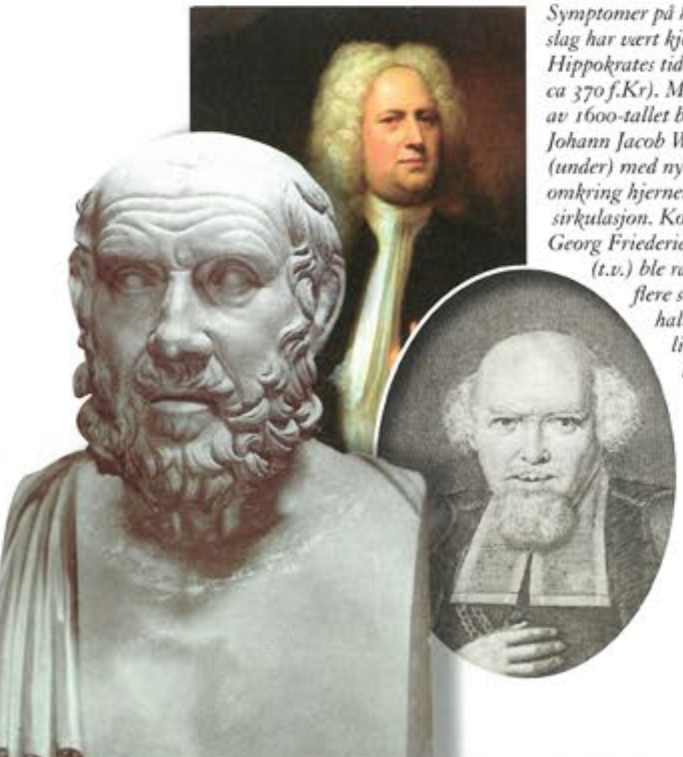
Moderne hjerneslagbehandling

AV ELISABETH FARBU

Hvert år i Norge blir ca. 15 000 mennesker rammet av hjerneslag, som er en av de vanligste årsakene til vedvarende, alvorlig funksjonshemning. Gjennom de siste tiårene har tilnærmingen til hjerneslag blitt omfattende endret, med økt vekt på forebygging, akuttbehandling og tidlig mobilisering og rehabilitering etter slaget. Dødeligheten etter hjerneslag har gått ned i samme tidsrom, mens den aldersrelaterte insidensen synes å være uendret.

Elisabeth Farbu
Cand med fra Universitetet i Bergen 1997. PhD fra UiB 2002. Er spesialist i nevrologi og nå overlege ved nevrologisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus (SUS).

Med økende antall eldre er det derfor forventet at forekomsten av hjerneslag kommer til å øke i befolkningen. Hjerneslag kan være en stor utfordring for den som rammes og pårørende, og de fleste allmennpraktikere vil bli involvert både i forhold til den akutte delen i legevaktssammenheng, og i oppfølging av pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Helsedirektoratet har nå gitt ut Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag, og vi er dermed et godt skritt på vei til å få harmonisert slagbehandlingen uavhengig av geografi (1). Anbefalingene på side 11 er basert på disse retningslinjene.



Symptomer på hjerneslag har vært kjent fra Hippokrates tid (ca 460–ca 370 f.Kr). Mot slutten av 1600-tallet bidro Johann Jacob Wepfer (under) med ny viten omkring hjernens blodsirkulasjon. Komponisten Georg Friederich Händel (t.v.) ble rammet av flere slag i siste halvdel av sitt liv. Han døde i 1759.

Historikk

Symptomer på hjerneslag har vært kjent fra Hippokrates' tid, da han brukte benevnelsen *apoplexia* (gresk: slått ned) for å beskrive akutt innsettende nevrologiske utfall som kan skyldes hjerneslag. Mot slutten av 1600-tallet bidro Johann Jacob Wepfer med ny viten omkring hjernens blodsirkulasjon. Han postulerte at hjerneslag kan forårsakes av både blødning og blodpropp i hjernens blodårer i *Apoplexia* som ble gitt ut i 1685. Samme året ble komponisten Georg Friederich Händel født, han hadde en tung familieanamnese og ble selv rammet av flere slag fra 52-års alder. Han ble godt restituert etter de første hendelsene, bl.a. ble oratoriet *Messias* skrevet etter at han hadde gjennomgått episoder med lammelse i høyre hånd og talevansker. Händel ble etter hvert blind, og retrospektivt ser det ut som han hadde økende arteriosklerose og stenose av venstre carotis interna som medførte gjentatte slag i venstre hemisfære.

Patofysiologi

Hjerneslag er enten forårsaket av blødning (15 prosent) eller infarkt (85 prosent). Selv om gjennomsnittsalderen ved hjerneslag er over 70 år, kan det forekomme i alle aldersgrupper, også hos barn. TIA (transitorisk iskemisk atakk) er definert som symptomer på hjerneslag med fullstendig tilbakegang av symptomer innen 24 timer. Sinusvenetrombose, subaraknoidalblødning og hjerneslag hos barn omtales ikke spesifikt her.

Hva kan allmennpraktikeren gjøre?

- besørge rask innleggelse ved mistanke om hjerneslag
- vurdere innleggelse ved nyoppstått TIA
- iverksette sekundærprofylakse
- vurdere ambulant utredning og lokal oppfølging ved hjerneslag hos dårlige, institusjonaliserte pasienter
- være oppmerksom på senfølger som redusert kognitiv funksjon og andre utfordringer

Hjerneinfarkt kan enten skyldes kardiell trombe (ca 20 prosent), arteriosklerose i større kar (løsning av plakk fra aorta og karotidene), eller småkarssykdom (lokal trombosering i hjernen). Risikofaktorene er som for annen aterosklerotisk sykdom; dvs. først og fremst røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, og diabetes. Migrene med aura øker risikoen for hjerneslag, uavhengig av behandling med triptaner. Sjeldnere årsaker omfatter systemiske sykdommer med vaskulitt, bruk av østrogenpreparater, og disseksjoner. Disseksjoner er vanligste etiologi hos unge (<40 år).

Hjerneblødning er først og fremst relatert til hypertensjon, i tillegg til at høyt alkoholforbruk og lavt kolesterolnivå er kjent for å øke risikoen.

Kliniske aspekter

Hjerneslag oppstår nesten uten unntak med akutte (i løpet av sekunder) halvsidige utfall; symptomer som utvikler seg over flere timer/dager er som regel betinget i andre hjernesykdommer. Høyresidige motoriske og sensoriske utfall ledsaget av språkvansker er typisk for affeksjon av mediagebetet i venstre hemisfære. Venstresidige utfall med samtidig apraksi og neglekt er typisk for affeksjon av høyre mediagebet. Affeksjon av oksipitale deler av hjernen gir utfall på synsfelt, enten hemi- eller kvadrantanopsi, i motsetning til monokulære synstap som ved *amaurosis fugax*. Dobbeltsyn, hjernenerveutfall, ataksi og nautisk vertigo er symptomer som kan oppstå ved affeksjon av bakre kretsløp. Migrene med aura vil som regel være karakterisert av en blanding av positive (for eksempel lysglimt, parestesier) og negative symptomer (bortfall av syn, nummenhet, afasi) og utvikling over flere minutter med «vandrende preg», men kan være vanskelig å skille fra TIA/hjerneslag.

Pasienter med tidligere hjerneslag vil ofte få en forverring av kjente utfall under annen sykdom, for eksempel infeksjoner, og en slik forverring er nesten aldri uttrykk for nytt slag, men en demaskering av tidligere skade.

Det øverste bildet viser en bit av hjernen fra obduksjonen av en person som fikk hjerneslag fordrsaket av en trombe i arteria media cerebri. Det nederste bildet viser en CT-scan av en hjerne med et tilfelle av iskemisk hjerneslag i høyre hjernehalvdel.

Rene synkoper er ikke typisk for hjerneslag, men pasienter med endret sensorium med tillegg av symptomer fra bakre kretsløp, kan ha affeksjon av basilariskretsløpet. Generell ustøhet, kraftløshet og nedsatt allmenntilstand uten hemisymptomatologi eller nevrologiske utfall er ikke symptomer på slag. Hjerneslag kan være en vanskelig diagnose å stille prehospitalt, og hver fjerde pasient som legges inn i sykehus med mistenkt hjerneslag har en annen sykdom som årsak til symptomene (2). Dette kan dreie seg om annen nevrologisk sykdom eller et bredt spektrum av andre lidelser, det være seg infeksjoner, metabolske forstyrrelser, perifer vertigo, hjertesykdom eller traumer etter fall.

Hva gjøres akutt?

Hensikten med behandlingen er å minimalisere hjerneskade, og den kritiske faktoren er tid. Rask innleggelse av pasienter med hjerneslagssymptomer er nødvendig for å kunne tilby trombolytisk behandling, og befolkningskampanjer med opplysning om symptomer på hjerneslag samt utdanning av AMK-personell og ambulansepersonell er de faktorene som har redusert tid til innleggelse betraktelig.

FAST-kriterier

F - facialisparese = skjevhet i ansiktet
A - armparese = redusert kraft i arm eller bein
S - språkvansker = vansker med å forstå eller finne ord
T - talevansker = utydelig tale
FAST = Raskt - ring 113 dersom det foreligger et eller flere FAST-kriterier!

FAST (Fjes-arm-språk-tale) er validert som en god prehospital test. Helsedirektoratet anbefaler at varsling skjer direkte til medisinsk nødtelefon 113, der innleggelse blir på såkalt «rød respons» for alle som har symptomdebut < seks timer. Dersom varsling skjer først til legevakt eller fastlege er det viktig at disse instansene medvirker til raskest mulig innleggelse. Ved undersøkelse er «ABC», grovnevrologisk undersøkelse og blodsukker essensielt.

En kan ikke skille mellom infarkt og blødning klinisk, og en er derfor avhengig av CT-undersøkelse, eventuelt MR-undersøkelse. Denne CT-undersøkelsen brukes primært til å skille ut blødningene, og i tillegg vil mange gjøre en CT-angiografi og perfusjonsserie der en kan få visualisert tromben og samtidig få en indikator på hvor mye av hjernen som allerede er tapt, og hvor mye som er truet av infarsering, men kan reddes (penumbrasonen).

Ved hjerneinfarkt er intravenøs trombolyse førstevalg, så fremt det ikke foreligger kontraindikasjoner mot slik behandling, dvs. pågående antikoagulasjon, nylig gjennomgått større kirurgiske inngrep eller tidligere hjerneblødning. Slik behandling må startes innen 4,5 timer etter iktus, men jo tidligere behandlingen kan gis, desto bedre resultat: dobbelt så mange blir helt restituerte dersom trombolyse startes etter 1,5 timer i forhold til om den startes etter tre timer. ECASS-3 studien viser at det er klart bedre utkomme og flere uten sekvele hos dem som får trombolyse sammenlignet med de som ikke har fått slik behandling og at behandlingsvinduet kan strekkes til 4,5 timer (3).

Intravenøs trombolyse er likevel ikke løsningen for alle; ved svært store hjerneslag og høy alder er blødningsrisikoen stor, og dødeligheten per se er den samme om man får trombolyse eller ei, men de som overlever har mindre utfall med trombolytisk behandling. Den vanligste komplikasjonen til intravenøs trombolyse er hjerneblødning. Noen sykehus tilbyr nå intervensjonsbehandling, dvs. enten intraarteriell trombolyse eller trombektomi dersom det foreligger proksimale okklusjoner, enten i a. cerebri media eller a. basilaris. Disse pasientene har i utgangspunktet dårlig prognose med mortalitet på over 50 prosent, og sannsynligheten for at tromben løses opp med intravenøs trombolyse er maksimalt 50 prosent. Her er tidsvinduet noe lengre, men det er uansett viktig at ordinær iv-trombolyse iverksettes så raskt som mulig før en går videre med intervensjon.

Hjerneblødninger behandles i utgangspunktet konservativt i slagenheter med tett observasjon, men hos noen er det aktuelt med kirurgisk evakuering av hematom, drenbehandling ved hydrocefalus m.v.

Behandling i slagenhet

En slaghenhet omfatter definerte sykehussenger der en har systematisk observasjon av nevrologisk status, respirasjon, sirkulasjon, blodsukker og temperatur, samt tidlig behandling av komplikasjoner. Behandling i slagenhet reduserer dødelighet med fire prosent og bedrer nevrologisk resultat slik at flere blir uavhengige av hjelp i det daglige. Selve konseptet dreier seg om å ha systematikk i god observasjon og pleie, og involverer ingen høyteknologiske tiltak. Temperatur senkes med paracetamol dersom > 37,5 grader celsius, hyperglykemi reduseres med hurtigvirkende insulin subkutant til ønsket nivå seks til åtte mmol/l. Tidlig mobilisering er viktig, og en jobber tverrfaglig med bistand fra fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Systematisk kartlegging av funksjonsnivå er essensielt, for eksempel vil en pasient med svelgparese være i risikosone for aspirasjonspneumoni, noe som fordrer årvåkenhet og tiltak for å forhindre dette. Rehabilitering starter så raskt som mulig, så snart pasienten er medisinsk stabil, som regel i løpet av første døgnet. Om det er behov for videre rehabilitering, kan dette enten skje på hjemmebasis med dagtilbud, i kommunal institusjon, eller i spesialisthelsetjenesten.

Medisinsk utredning og sekundærprofylakse ved hjerneinfarkt/TIA

Hensikten med denne utredningen er å få kartlagt utløsende årsak og risikofaktorer, slik at best mulig sekundærprofylakse kan iverksettes. En minimumsutredning innebærer kartlegging av risikoprofil, EKG og ultralyd halskar med tanke på signifikant karotisstenose. Ultralydundersøkelse av hjerte bør gjøres der kardiell årsak mistenkes. Ved kardiell årsak vil antikoagulasjon med warfarin være førstevalg, selv om en i noen tilfeller vil avvente oppstart de første dagene dersom det foreligger et stort infarkt med parenkymskade. Kronisk eller paroksystisk atrieflimmer behandles med warfarin, så fremt ikke kontraindikasjoner foreligger. Ved hjerneinfarkt/TIA for øvrig er platehemming med acetylsalisylsyre (Albyl-E® 75 mg) i kombinasjon med dipyridamol (Persantin Retard® 200 mg x 2) et alternativ, ellers kombinasjonspreparatet Asasantin®. Ved ASA-intoleranse kan klopidogrel (Plavix)® brukes i monoterapi, og prinsipielt er klopidogrel og kombinasjonsbehandling ASA/dipyridamol likeverdige som sekundærprofylakse.

Hvilke blodtrykksverdier som skal fordre intervensjon har vært diskutert, men det er i dag konsensus om at blodtrykksbehandling bør startes dersom BT er over 140/90, og i de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet foreslås behandlingsmål på BT 120/80, dersom dette kan nås uten bivirkninger. Det er ingen spesielle medikamenter som peker seg spesielt ut som førstevalg, ofte er kombinasjonsbehandling med flere antihypertensiva nødvendig, avhenging av toleranse og bivirkninger. I denne sammenhengen har betablokkere dårligst dokumentasjon, og bør derfor ikke være førstevalget alene, men kan brukes i kombinasjon med andre medikamenter. Hos diabetikere er ACE-hemmere eller angiotensin-reseptorblokkere indisert.

Lipidsenkende behandling med statin bør tilbys pasienter der LDL> 2,0 mmol/l, men hos pasienter over 80 år er dokumentasjonen svak slik at individuell vurdering skal gjøres.

Røyking dobler risiko for hjerneslag, og røykestopp anbefales til alle, eventuelt med bistand fra nikotinerstatningspreparater/andre røykeavvenningspreparater.

Dårlig regulert diabetes mellitus gir økt risiko for mikrovaskulære komplikasjoner, og HbA1c> sju prosent tilstrebes. Livsstilsendring vedr. kosthold (saltfattig kost rik på frukt og grønnsaker), fysisk aktivitet/vektreduksjon ved overvekt gis alltid. Stort alkoholforbruk øker risikoen for både hjerneinfarkt, men spesielt hjerneblødning, og frarådes. Det er kontroversielt om et moderat alkoholinntak (én til to enheter for menn daglig/én enhet for kvinner daglig) beskytter mot nye hendelser.

Sekundærprofylakse etter hjerneblødning dreier seg i første omgang om blodtrykkskontroll og generelle livsstilsråd, og dersom en pasient med tidligere hjerneblødning har indikasjon for antitrombotisk behandling må dette veies opp mot risiko for blødning.

Spesielle forhold hos eldre?

Generelt er det begrenset dokumentasjon for hjerneslagsbehandling dersom pasienten er over 80 år. I forhold til sekundærprofylakse viste HYVET-studien (4) og en nylig publisert metaanalyse at blodtrykksbehandling hos dem over 80 reduserer antall hjerneslag og kardiovaskulære hendelser, slik at det synes som om denne gruppen også har god nytte av god blodtrykkskontroll. Det kan være en utfordring å balansere dette i forhold til bivirkninger, polyfarmasi og redusert funksjonsnivå som følge av eventuelle bivirkninger, her må individuelle forhold vurderes selv om alle pasienter i utgangpunktet bør tilbys slik behandling.

Ved hjerneslag er både dødelighet og alvorlighet økende med stigende alder, og det er også flere blødningskomplikasjoner etter intravenøs trombolyse hos de eldste. Alder i seg selv er imidlertid ingen kontraindikasjon for akutt slagbehandling, her må en ta i betraktning generell helse og funksjonsnivå. Men dersom det foreligger redusert funksjonsnivå og moderat demens vil rehabiliteringspotensialet være begrenset.

Store hjerneslag med bevisstløshet gir dårlig prognose, og hos en del av disse pasientene vil det riktige være å legge opp til lindrende behandling uten aktive tiltak som forlenger en naturlig dødsprosess.

Hva kan allmennpraktikeren gjøre?

Som allmennlege vil en kunne bli involvert i hjerneslag på flere måter. Problemstillingen er aktuell i legevaktssammenheng, i oppfølging av pasienter som har gjennomgått TIA eller slag, og for de som har tilsynsoppgaver på sykehjem. TIA-pasienter har markant økt risiko for hjerneslag de første to ukene og bør legges inn for avklaring dersom de søker lege i denne perioden. Men har det gått lengre tid kan utredningen gjøres ambulant med CT/MR av hjernen, generelle blodprøver, BT, EKG og henvisning til ultralyd halskar. Sekundærprofylakse iverksettes etter anbefalinger som nevnt ovenfor. CT eller MR av hjernen må tas før en starter med antitrombotisk behandling. Hos pasienter med redusert allmenntilstand og funksjonsnivå som bor på institusjon kan det i mange tilfeller være like hensiktsmessig at det gjøres en ambulant CT-undersøkelse, og at pasienten får god observasjon slik som skissert over og evt. opptrening på sykehjemmet. En sykehusinnleggelse vil ofte være en stor belasting, slik at ivaretakelse i kjent miljø kan være et like godt alternativ.

Selv om mange pasienter tilsynelatende får godt resultat etter gjennomgått hjerneslag bør en også være oppmerksom på at kognitive endringer og utfordringer kan gi seg til kjenne etter hvert, og pasienten bør da få mulighet til nevropsykologisk testing, henvisning til hjerneskole m.v.

Referanser

1. Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering av hjerneslag. 2010; IS-1688.
2. Rønning OM, Thommesen B. Når hjerneslagdiagnosen er feil. Tidsskrift Nor Lægeforen 2005; 125: 1655–57
3. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317–29
4. Beckett NS, Peters R, Fletchers AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008; 358: 1887–98

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **elfa@sir.no**

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2011

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	Bestillingsfrist	*Materiellfrist*	*Utsendelse*
Nr. 1	26. januar	2. februar	21. februar
Nr. 2	23. februar	2. mars	21. mars
Nr. 3	23. mars	30. april	26. april
Nr. 4	10. mai	19. mai	9. juni
Nr. 5	7. september	14. september	3. oktober
Nr. 6	5. oktober	12. oktober	31. oktober
Nr. 7/8	2. november	16. november	5. desember

ANNONSEPRISER

STØRRELSE	4-FARGER	SORT-HVITT
1/1	kr 10 800,-	kr 6 200,-
2/3	kr 9 100,-	kr 5 500,-
1/2	kr 7 300,-	kr 3 900,-
1/3	kr 6 700,-	kr 3 300,-
1/4	kr 5 900,-	kr 2 500,-

1/1 side på siste omslagsside kr 14 500,-. Løst bilag koster kr 10 500,-. Klebet bilag kr 11 400,- pluss kr 0,95 pr.eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

ABONNEMENT: Kr. 500,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
TLF.: 63 97 32 22 • FAX: 63 97 16 25
E-POST: karianne.rutle@c2i.net / rmrtove@online.no

Materiell: Elektronisk (e-post / FastSend: se www.07.no / CD).

Format: A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf). Satsflate 185 x 249,5 mm/3 sp.

Raster: 60 linjer

Trykkeri: 07 Gruppen, 1930 Aurskog. TLF.: 63 86 44 00

Kontaktperson: Morten Hernæs. TLF.: 63 86 44 63.
E-POST: morten.hernaes@07.no

ADHD – erfaringer fra implementeringskurs for fastleger

AV MICHAEL B. LENSING OG EGIL MIDTLYNG

Helsedirektoratet forenklet i 2005 regelverket for forskrivning av sentralstimulerende legemidler til personer med diagnosen ADHD. Et av de viktigste målene med omleggingen var at de som har behov for medikamentell behandling lettere skal få tilgang til og være sikret behandling. Hvordan er retningslinjene blitt implementert og mottatt av fastlegene?

Michael B. Lensing
prosjektleder Regionalt Fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Egil Midtlyng
psykologspesialist Nasjonalt Kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, Oslo universitetssykehus Ullevål.

I 2005 utgav Direktoratet veilederen IS-1244 *Diagnostikk og behandling av ADHD* (1). ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, en tilstand som forstås som nevrobiologisk betinget. Forekomsten er anslått til tre til fem prosent i en barnepopulasjon. ADHD er en av de hyppigst forekommende tilstander i barne- og ungdomspsykiatrien (2). Forløpstudier har vist at 60–80 prosent av barn med ADHD i varierende grad vil ha vedvarende vansker opp i ungdomsårene og at mellom 40–60 prosent kan ha vansker opp i voksen alder. To til fire prosent av voksne i aldersgruppen 18–44 kan ifølge nyere forskning vurderes å oppfylle kriteriene for diagnosen (3). En nylig gjennomført norsk studie av 414 voksne med diagnosen viste at tidlig utredning og behandling av ADHD – uavhengig av komorbiditet, rusmiddelmisbruk eller aktuell behandlingsstatus – er en sterk prediktor for deltakelse i arbeidslivet (4).

På oppdrag fra Helsedirektoratet foretok SINTEF Helse i 2004 en nasjonal kartlegging av utredningstilbudet for barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Et av funnene fra kartleggingen var at det i gjennomsnitt tok fire år fra bekymringen ble registrert til diagnosen var stilt. Rapporten konkluderte med at det var fare for både under- og forsinket diagnostisering av ADHD i barne- og ungdomsalder (5).

Mer kompetanse til primærhelsetjenesten

Et sentralt resultatmål i veilederen er økt kompetanse i primærhelsetjenesten. At primærhelsetjenesten i større grad ønskes involvert i diagnostisering og oppfølging av personer med ADHD, er vi ikke alene om i Norge. I USA har høy forekomst av ADHD og manglende tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten nødvendiggjort at primærlegene tar en aktiv rolle i oppfølgingen av barn med ADHD (6). At tilstanden kan vedvare i voksen alder har ført til publikasjoner som gir primærleger veiledning også for dette aldersspektret (7).

Det kan være krevende for leger å holde seg faglig oppdatert. Allerede for 10 år siden fant Nylenna & Aasland at ca. en tredel av legene syntes det var vanskelig å håndtere den økende informasjonsmengden (8). I 2008 utgav Helsedirektoratet alene fire nasjonale retningslinjer, 24 veiledere, 12 rundskriv og 30 rapporter, de fleste beregnet for leger. Informasjonsmengden er betydelig, og bør etter vår mening følges opp av implementeringstiltak som sikrer at retningslinjene blir tatt i bruk.

Sentralstimulerende legemidler inneholdende virkestoffene metylfenidat eller amfetamin, eller atomoxetin som er et nonstimulant alternativ, er i de fleste tilfeller førstevalget

i den medikamentelle behandlingen av tilstanden. I 2007 ble det ifølge Reseptregisteret på landsbasis behandlet 14629 barn og unge i alderen 0–19 år og 7279 voksne i alderen 20–89 år med legemidler som har indikasjonsstillingen ADHD (www.reseptregisteret.no). Dette utgjorde henholdsvis 1,2 prosent av barn og unge og 0,2 prosent av den voksne befolkning.

Ettersom vi har vært involvert i utarbeidelsen av IS-1244 *Diagnostikk og behandling av ADHD* ønsket vi å pilotere et tellende kurs for fastleger om ADHD. Kurstilbudet var finansiert av Helsedirektoratet. For kurstilbudet ble følgende mål formulert:

1. Informasjon til fastleger om veilederen og faglig oppdatering med høy kvalitet
2. Kompetanseheving hos fastleger som har begrenset erfaring med oppfølging av barn, unge og voksne med ADHD

For å vurdere om målene var oppnådd, ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant deltakerne.

Gjennomføring av kursprogrammet

Det ble utarbeidet et program for et sekstimerskurs, godkjent av Den norske legeforening, med følgende innholdselementer:

- Hva er ADHD?
- Utredning av, komorbiditet ved og diagnostisering av ADHD
- Medikamentell behandling av ADHD
- Psykososiale behandlingstiltak ved ADHD
- Retningslinjer for førerkort og for forskrivning av sentralstimulerende legemidler; orientering om ADHD Norge samt regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst[1]

Piloteringsfasen var av logistiske årsaker lagt til fylkene i Helse Sør-Øst med unntak av Østfold som på daværende tidspunkt var i ferd med å ferdigstille en behandlingslinje for barn og unge med ADHD. Fra oktober 2007 til februar 2008 ble det avholdt i alt fem kurs; henholdsvis ett for fylkene Hedmark og Oppland, ett for fylkene Buskerud, Vestfold og Telemark og ett for fylkene Aust- og Vest-Agder hvor også leger fra Telemark fikk anledning til å delta, samt – grunnet stor pågang – to kurs for fylkene Oslo og Akershus. I forkant av kursene ble det etablert et samarbeid med fylkeslegene og Legeforeningens lokale representanter. Oversikten over fastlegekontorer ble fremskaffet via NAV mens kommunelegeoversikten ble formidlet via fylkeslegene.

Det ble utarbeidet et spørreskjema som deltakerne anonymt returnerte før de forlot kurset. Skjemaet inneholdt spørsmål om antall pasienter med ADHD som mottar behandling med legemidler; hvilke andre tiltak pasienter med ADHD mottar; legens vurdering av egen kompetanse hva angår å ta imot henvisninger; og om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i slike saker. Et oppfølgingsspørreskjema ble sendt ut seks måneder senere. For å kvalitetssikre besvarelsen fra spørreskjemaet ble det fra Reseptregisteret innhentet data om forskrivning av legemidler mot ADHD for de ni fylkene i 2007. Fastleger ble definert som «spesialister i allmennmedisin og ingen annen spesialitet» og «leger uten angitt spesialitet» – i alt 1309 leger.

Resultater

Ifølge oversikten fra NAV var det ved gjennomføringstidspunktet for kursene registrert 1928 fastleger i de aktuelle fylkene. Tabell 1 gir en oversikt over antall påmeldte, antall kursdeltakere, kjønnsfordeling og antall besvarte skjema.

TABELL 1

VARIABLER	N	PROSENT	RANGE
Påmeldt	357	18,5	15,2–20,8
Kursdeltakere	282	79,1	75,5–83,0
Kjønnsfordeling (kvinner)	103	36,5	24,4–42,9
Besvarte skjema under kurset	209	74,1	64,4–77,5

Nesten alle legene besvarte skjemaet. 94,3 prosent angav at de hadde pasienter med ADHD som ble behandlet med legemidler mot ADHD. Majoriteten av legene hadde både barn, unge og voksne med ADHD i behandling. Dersom vi ser begge aldersgruppene under ett, hadde legene et gjennomsnitt på 6,2 pasienter. Leger som hadde flere enn tre pasienter angav å ha mer tiltro til egen kompetanse enn dem som hadde få eller ingen pasienter. Tillit til egen kompetanse så ut til å øke noe med antall pasienter utover dette. Ifølge Reseptregisterets oversikt fra 2007 fikk 11 336 personer legemidler mot ADHD i de aktuelle fylkene (6350 under 19 år eller yngre og 4986 eldre enn 19 år). Denne oversikten viser at fastlegene i gjennomsnitt behandlet 2,8 pasienter (Sd=3,46). Dette er betydelig lavere enn gjennomsnittet for fastlegene som deltok på våre kurs.

Individuell plan ble brukt i ca. sju prosent av sakene. Respondentene oppga at de i 73 prosent samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om sine pasienter. 77 prosent mente at spesialisthelsetjenesten hadde mye kompetanse om diag-

1 Etter avslutning av piloteringsfasen har Helsedirektoratet hatt som mål å tilby kurset til fastleger i hele landet. Dagens programinnhold omfatter utredning, diagnostisering og medikamentell behandling samt bidrag fra fastleger om erfaringer med oppfølging av pasienter med ADHD. Psykososiale behandlingstiltak og orienteringsdelene er uendret fra opprinnelig program.

ADHD er en hyppig psykisk lidelse. Tidlig utredning og behandling av tilstanden er en sterk prediktor for deltakelse i arbeidslivet. ILLUSTRASJONSFOTO: STOCK_XCHNG

nostisering og behandling av ADHD. 52 prosent vurderte sin egen kompetanse som god.

Ved oppfølgingen seks måneder senere svarte 61,3 prosent (uten purring). Hovedresultatene er gjengitt i TABELL 2.

TABELL 2

VARIABLER	N	%	RANGE %
Besvarte skjema	173	61,3	55,0–75,6
Angir å ha bedre kompetanse på diagnostisering og viderehenvisning	126	72,8	65,4–76,8
Synes det er enklere å ta imot pasienter med ADHD	105	60,7	52,9–68,2
Behandler flere pasienter under 18 år med legemidler mot ADHD	39	22,5	17,4–34,6
Behandler flere pasienter 18 år og eldre med legemidler mot ADHD	49	28,3	22,7–50,0
Har flere pasienter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	41	23,7	34,6–14,7
Rapporterer om at flere pasienter har individuell plan	17	9,8	6,8–14,7

Fortolkning og diskusjon

Grunnet anonymitet er det ikke mulig å knytte svar fra oppfølgingsundersøkelsen til svarskjema levert under kurset. Resultatene må derfor sees i lys av dette. Under utarbeidelse av kursprogrammet var målet å avholde fire fulltegnede kurs med 60 deltakere per kurs. Grunnet den store pågangen arrangerte vi fem kurs, dog med et frafall på 21 prosent.

Kompetanse på en medisinsk tilstand vil til en viss grad øke som følge av legens erfaring. Å lære noe nytt eller å forbedre praksis er ifølge Treweek et al de viktigste motivene for norske fastleger til å delta i faglige aktiviteter (9). Kursdeltakerne hadde i gjennomsnitt omtrent dobbelt så mange pasienter i behandling med ADHD-legemidler som gruppen vi definerte som fastleger i datamaterialet fra Reseptregisteret. Det kan derfor synes som at målet om informasjon og faglig oppdatering gjennom kurstilbudet i liten grad har nådd de fastlegene med liten eller ingen erfaring. Et liknende forhold synes før øvrig å ligge til grunn for resultatene fra ADHD-veilederevalueringen som SINTEF gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Vel 26 prosent av landets fastleger deltok i denne spørreskjemaundersøkelsen. De som deltok hadde i gjennomsnitt 5,2 pasienter med ADHD i behandling. Det kan virke som om undersøkelsen i stor grad har rekruttert leger som er spesielt opptatt av tematikken. Det er interessant at om lag 30 prosent av fastlegene som deltok og som presumptivt må anses å være interessert og positiv innstilt, er negative til at veilederen bidrar til en mer forsvarlig diagnostisering og behandling av ADHD (10).

Et formål med våre to spørreskjema var å få et inntrykk av hvordan fastlegene vurderte egen kompetanse med hensyn til diagnostikk og behandling av ADHD ved kurstidspunktet og seks måneder senere. Vi kan ikke konkludere

om hvor fornøyd de var med kurset, men en høy svarprosent både på baseline (74 prosent) og oppfølgingstidspunktet uten purring (61 prosent) gir en pekepinn. Til sammenlikning oppnådde man i en undersøkelse av fastlegenes deltakelse i legevakt etter to purrerunder en tilbakemelding på 78 prosent (11). I kartleggingen av fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre svarte 65 etter to til tre purrerunder (12).

Resultatene fra våre spørreskjema viser at fastlegenes tiltro til egen kompetanse når det gjelder ADHD øker med pasienterfaringen, men vi må understreke at dette er en subjektiv vurdering og at det nødvendigvis ikke betyr at leger utelukkende blir dyktigere med klinisk erfaring. Dette er problematisert i en artikkel i Dagens Medisin, der Castellheim & Lindenskov stiller spørsmålet: «Blir leger dyktigere med økt erfaring?» De påpeker at faglig dyktighet gjerne forringes med årene, og at det stadig er behov for tiltak utover klinisk praksis for å vedlikeholde fagkompetanse og dermed kvaliteten i det kliniske arbeidet (13).

Gjennom besvarelsene fra oppfølgingsskjemaet får vi et inntrykk av kompetanseutviklingen. 73 prosent mente de hadde fått bedre kompetanse seks måneder etter kurset. 61 prosent svarte at det var enklere å ta imot pasienter med ADHD. Dette tyder på at målet om å tilføre informasjon om veilederen og om faglig oppdatering kan være oppfylt for leger som fra før er interessert i problemstillingen. Ny forskning viser at kurs- og kateterundervisning har liten effekt på legers praksis. Med kurstilbudet forsøkte vi å legge til rette for det som ifølge den siste kunnskapsoppsummeringen synes å være den mest hensiktsmessige måten å gjennomføre kompetanseoverføringstiltak på: «mixed interactive and didatic education (that) is more effectiv than either alone» (14).

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan (15). Få av kursdeltakerne rapporterte at dette var i bruk for pasienter som var i behandling for ADHD. Dette synes først og fremst å ha sammenheng med hva fastlegene er involvert i. I forbindelse med kartleggingen av fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer fant SINTEF Helse at legene hyppigst var involvert i utredningstiltak som innhenting av anamnestiske opplysninger, somatisk utredning, innhenting av komparentopplysninger og i mindre grad i samarbeidstiltak (16).

Oppsummering

En nærmere analyse av arbeidet med implementering av veileder IS-1244 *Diagnostisering og behandling av ADHD* for fastleger har vist at et slikt tiltak fremfor alt er interessant for dem som fra før av er opptatt av problemstillingen. Informasjon og oppdatering er viktig for denne gruppen. Samtidig har tilbudet ikke fanget interessen hos leger som har få eller ingen pasienter med problemstillingen. Mange årsaker kan tenkes som forklaring på dette, herunder lite informasjon om ADHD i utdanningsløpet og et altfor tradisjonelt valg av kompetanseoverføringstiltak etter grunnutdanningen.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. IS-1244.
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.4th ed. text revision. Washington DC.
3. Kessler RC, Adler LA, Barkley R et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry, 163, 716-723.
4. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J (2009). Occupational Outcome in Adult ADHD: Impact of Sypmtom Profile, Comorbid Psychaitric Problems, and Treatment. Journal of Attention Disorders. E-pub ahead April 16, 2009 as doi:10.1177/10870 54708329777.
5. SINTEF Helse (2004) Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. SINTEF A045012 RAPPORT.
6. Langberg JM, Brinkman WB, Lichtenstein PK & Epstein JN (2009) Interventions to promote evidence-based care of children with ADHD in primary-care settings. Expert Rev. Neurother. 9(4):477-487.
7. Culpepper L, Mattingly G (2008). A pratical guide to recognition and diagnosis of ADHD in adults in the perimary care setting. Postgrad Med, 120(3):16-26.
8. Nylenna M, Aasland OG. Primary Care (2000) Physicans and their information-seeking behaviour. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18:1, 9-13.
9. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al (2005). Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskrift Norsk Lægeforening 125(3):304-6.
10. SINTEF Helse (2008) Evaluering av Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD og regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler. Delrapport 3 – Legers erfaringer. SINTEF A8953 RAPPORT.
11. Sandvik H, Zakariassen, E, Hunskår S (2007). Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskrift Norsk Lægeforening 127 (19):2513-6.
12. Bjertnæs ØA, Oltedal A, Garrat A et al (2006). Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. Tidsskrift Norsk Lægeforening 126 (21)2787-91.
13. Castellheim A og Lindstov PHH (2009) Blir leger dyktigere med økt erfaring? Dagens Medisin 10-09, 28. Mai 2009.
14. Forsetlund A, Bjørndal A, Rashidian A et al (2009). Continuing eduacation meetings and workshops: effects on professional pratice and health care outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.
15. Helsedirektoratet (2008). Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om Individuell Plan. IS 1544
16. SINTEF Helse (2006). Fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Rapport A199.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **Michael.B.Lensing@oslo-universitetssykehus.no / egil.midtlyng@nasjkomp.no**

LAR – et halvt år etter reformen

AV ARILD SCHILLINGER

LAR (legemiddelassistert rehabilitering) ble gjort allment tilgjengelig i Norge i 1998, og ble organisert i ulike sentra med spesialkompetanse, som etter Rusreformen i 2004 nærmest ble hengende i løse lufta, da de verken var spesialisthelsetjeneste eller førstelinjetjeneste. Både for å innordne LAR-systemet innenfor det organiserte helsevesenet og å sikre en geografisk likhet for loven, ønsket derfor Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 at det skulle utvikles en nasjonal faglig retningslinje som skulle suppleres med en forskrift om regulering av forhold i LAR som krever særskilt regulering.

På hvilken måte har så de nye forskriftene (01.01.2010) og retningslinjene (01.02.2010) for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) påvirket behandlingsapparatet og pasienter involvert?

Forskriften slo fast at formålet med LAR er å bidra til at personer med opiatavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte skal få bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opiatavhengighet og faren for overdosedødsfall. Organiseringen skulle nå tillegges spesialisthelsetjenesten som gjennom rettighetsvurderinger skulle få i oppdrag å innstille til behandling i LAR.

Selv om det understrekes at avgjørelsene i forhold til oppstart av behandling skal gjøres i tett samarbeid med førstelinjetjenesten, så sitter spesialisthelsetjenesten nå med det avgjørende ansvaret. Spesialisthelsetjenesten kan delegere ansvaret til primærhelsetjenesten (fastlegene), men har et særskilt veiledningsansvar for hver enkelt LAR-pasient og det er helt klart at pasientrettighetsloven gjelder fullt ut for denne gruppen. Regelverket er også gjort mye enklere og tydeligere. Indikasjon for igangsettelse av LAR er opiatavhengighet av en viss varighet og omfang.

Arild Schillinger, psykiater og overlege, Østfoldklinikken. Han er faglig ansvarlig for LAR Østfold, har jobbet i rusfeltet fra 1988 og spesialist i psykiatri fra 2005. Han er styremedlem i Fagrådet innen rusfeltet i Norge, og mottok nylig «Godt gjort prisen» fra det Regionale Kompetansesenter for Dobbeltdiagnoser, for godt rusfaglig arbeide. Han var medlem i referansegruppa for de nye LAR-retningslinjene.

Utskrivingsreglene er også forenklet, og skal bare skje når medisinskfaglige kriterier ikke oppfylles. Som grunnlag for utskrivelse skal man som ved inkludering, vurdere nytte, forsvarlighet og kostnadseffektivitet. Hensynet til pasienten må stå sterkest. Dersom pasienten fortsatt ønsker behandling skal forsøk på tilrettelegging forsøkes før utskrivelse. Et annet viktig aspekt ved tilkjennelse av LAR er at rettigheten nå følger pasienten, og ikke kommunen pasienten bor i. Det betyr, i motsetning til tidligere, da det ikke var en selvfølge at en ny hjemstedskommune tillot en ditflyttende LAR-pasient å kontinuere behandlingen, er det nå en selvfølge at pasienten skal ha den behandlingen uansett hvor i landet vedkommende bor.

Substitusjonsbehandling utenfor LAR

Et siste viktig aspekt som er tatt opp i nye forskrifter og retningslinjer, er substitusjonsbehandling utenom LAR. Det er helt klart at det nye lovverket øker mulighetene for primærhelsetjenesten å intervenere ved et alvorlig rusmisbruk, og det er tre avklarende forhold som tillater iverksettelse av slike tiltak:

1. Akutte, livstruende situasjoner (ved overdose/risiko for overdose eller ved medisinsk/psykiatrisk behandling når behandlingen vanskelig kan gjennomføres uten substitusjonsmedikasjon).
2. Ved behov for stabilisering før vurdering av henvisning (der pasienten ikke er i stand til å forholde seg til en

strukturert henvisningsprosess, eller ved lang ventetid for vurdering i tverrfaglig spesialisert behandling, TSB).
3. Der det er avklart at dette er en del av en klart definert nedtrappingsplan (avrusning i institusjon eller stabilisering og nedtrapping utenfor institusjon).

Noe som ikke særskilt nevnes, verken i forskrift eller retningslinjer, er finansieringssystemet i LAR. Inkludering i LAR gir rettigheter i forhold til medisinene man får og ulik vanlig praksis for andre pasientgrupper, betaler ikke LAR-pasientene medisinene selv. Utløste rettigheter i forhold til LAR utløser også rettigheter til medisinene som nå Helseforetakene skal stå økonomisk ansvarlig for, lik inneliggende pasienter på sykehuset har rettigheter til dette. Det er kun to preparater som er godkjent i substitusjonsbehandling, og det er buprenorfin og metadon.

Erfaringer fra klinikken et halvt år etter

Undertegnede er medisinsk ansvarlig for LAR i Østfold, og har gjennom denne posisjonen kunnet følge mange av de prosessene som har utspilt seg rundt implementering av nytt lovverk og retningslinjer. Det er ingen tvil om at de nye retningslinjene til å begynne med skapte et nytt klondyke i forhold til LAR-søknader. Flere av de større byene i Østfold hadde uoffisielle ventelister i forhold til pasienter med klare kriterier for LAR-behandling som ventet på å få saken sin behandlet. Disse ble nå viderehenvist til spesialisthelsetjenesten som utfra gjeldende lovverk har vurdert og innvilget søknaden. Det kan nevnes at man de siste tre årene før reformen i Østfold hadde et snitt på ca 45 pasienter inkludert årlig, mens i år, tall t.o.m. august 2010 viser 71 innvilgede søknader, nært en fordobling før året er omme. Disse tallene illustrerer kanskje noe av problemet rundt LAR-reformen.

Når spesialisthelsetjenesten vurderer en henvisning, må de se på kriteriene i forhold til nytte, forsvarlighet og kostnadseffektivitet. Pasientens frist settes i forhold til oppstart, som er forpliktende for disse pasientene. Opiatavhengighet er en lidelse med høy dødelighet, så alvorlighetsgraden gjør at tidsfristene også blir korte. Søknadene behøver ikke lenger nødvendigvis å komme gjennom sosialtjenesten, men kan komme direkte fra primærhelsetjenesten i kommunen. Selv om intensjonene i lovverket er å styrke samarbeidet spesialisthelsetjenesten-primærhelsetjenesten vil selve lovverket ofte medføre at pasientrettighetene kommer i første rekke, slik at oppfølgingen i kommunen ikke er tilpasset pasienttilsiget. Kapasiteten til å følge opp LAR-pasientene er minsket. Det er dessuten ikke gitt økte ressurser i forhold til at kommunene nå skal ivareta en voksende LAR-pasientmasse og enkelte kommuner har bevisst skjøvet ansvaret over på spesialisthelsetjenesten når det gjelder oppfølging av disse pasientene. Vi ser at på enkelte steder har man redusert tilgangen til å avlegge urinprøver og utdeling av medisiner da man nå regner med at dette nå er et spesialistansvar.

Om ikke annet har LAR-reformen krystallisert behovet for et mye tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinjetjeneste i forhold til ansvarsfordeling for svært dårlige pasienter. Likevel, på godt og vondt kan man si at en pasientgruppe som tidligere har vært langt borte fra spesialisthelsetjenesten nå er brakt mye nærmere og at det også da tillegger spesialistene et særskilt ansvar i forhold til veiledning angående disse pasientene. Tidligere har fastlegen blitt sittende med de vanskeligste pasientene.

Fastlegens rolle

Men hvordan har så fastlegene i Østfold forholdt seg til reformen? De sosialmedisinske poliklinikkene, som har hovedansvaret for å behandle LAR-søknadene (fem instanser), har alle en egen lege med veiledningsansvar overfor alle fastlegene med LAR-pasienter i Østfold. Vi har opplevd å få pasienter i retur til spesialisthelsetjenesten der fastlegen ikke føler at det er forsvarlig å medisinere pasienten pga. pasientens ustabilitet i forhold til rus. Hvor grensen går for å returnere pasienten til spesialisthelsetjenesten er selvsagt avhengig av hver enkelt leges kompetanse til å håndtere denne krevende pasientgruppen. Usikre leger kvier seg mer for å ha hovedansvaret, men samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene vurderes å fungere svært bra. Kompetansen innenfor spesialisthelsetjenesten til å håndtere LAR-pasienter, er i Østfold forholdsvis god. Vi har jo fryktet at når spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for rettighetsvurdering av LAR-pasienter, ville en rekke leger som har liten erfaring med denne pasientgruppen, plutselig fremstå som eksperter med særskilt veiledningsansvar. Vår region har hittil greid å unngå dette kompetansehullet.

Når det gjelder holdningen overfor LAR-pasienter, virker det nye lovverket som en god etisk veileder. Tidligere var det lettere å dumpe brysomme pasienter. Nå viser lovverket helt klart til at, om for eksempel sidemisbruk er et problem, så må man forholde seg til dette og forsøke å hjelpe pasienten gjennom, istedenfor å anse det som en utskrivningsgrunn. Det virker som om anstrengelsene i forhold til å beholde pasientene i LAR og å hjelpe dem med sin vanskelige livssituasjon er skjerpet. De nye styringsdokumentene er jo klare på nødvendigheten av en slik skjerpet holdning, og ankemulighetene er nå mye tydeligere, og fastlegene har nå mye større støtte i behandlingsapparatet rundt seg i forhold til å ta hånd om de vanskeligste pasientene.

Andre refleksjoner

Når det gjelder inklusjonskriterier i LAR, streves det jo litt med formuleringene i de nye retningslinjene som sier at det er opiatavhengighet som er inngangsporten til substitusjonsbehandling. Opiater innebærer både morfin og kodeinpreparater. Kodein er hovedbestanddelen i Paralgin Forte. Mange av fastlegene sitter med pasienter som har et overforbruk av kodein, som også muligens fyller kriteriene for avhengighet. Det skal en viss grad av kompetanse til for å kunne avgjøre hvorvidt kodeinavhengighet er avhengighet av såpass stor art at det vil kunne tilfredsstille kriteriene for inklusjon i LAR.

En annen problemstilling som også er dukket opp, er pasienter som får behandling med sterke smertestillende midler og som ender opp i en avhengighet av sterkere opiater. Ved smertebehandling får pasientene en betydelig utgift i forhold til å betale medikamentene, LAR er gratis. Vi håper på at det nye lovverket ikke vil føre til en forskyvning av kroniske smertepasienter over i LAR-behandling. Det dette imidlertid understreker er at det er svært nødvendig at man nå ser nærmere på medisineringen innenfor LAR, hvordan den skal finansieres. Mange krefter har jo hevdet av blåreseptordningen bør gjelde for LAR-pasienter på lik linje med andre pasientgrupper.

Siste store problemstilling som har vært vanskelig å rydde opp i utifra vår erfaring i Østfold, er substitusjonsbehandlingen utenom LAR. Som tidligere nevnt er det tre hovedkriterier. Det er kun ved øyeblikkelig hjelp at fastlegene kan iverksette dette raskt på egenhånd uten forhåndsgodkjennelse fra spesialisthelsetjenesten. Men intensjonen bak dette er også at de i løpet av en ukes tid kan skaffe seg kontakt med spesialisthelsetjenesten og dermed få behandlingen inn i faste former. Hovedgrunnlaget for iverksettelse av substitusjonsbehandling utenfor LAR er for så vidt de samme kriteriene som gjelder for å bli inkludert i LAR: Det skal være et opiatdominert misbruk. For å sikre gode samarbeidsrutiner mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten, har spesialisthelsetjenesten utarbeidet spesielle kontrakter, som fastlege sammen med pasient og andre oppfølgende instanser må fylle ut for å sikre både at sikker utdeling ivaretas, og at lekkasje til miljøet unngås. Et av problemene rundt ordningen med substitusjonsbehandling utenfor LAR har vært av økonomisk art. Pasienter som har tilgang til ressurser (f.eks. familie) kan betale behandlingen selv. Pasienter som er økonomisk dårlig stilt kan risikere å få ja til å iverksette behandlingen fra spesialisthelsetjenesten sammen med fastlege uten å ha økonomiske forutsetninger til å gjennomføre tiltaket. I Velstands-Norge med like rettigheter til helsetjenester, blir det et paradoks at tilbudet man får av helsetjenesten, er avhengig av velviljen til

Man håper at den nye LAR-reformen vil nå flere opiatavhengige og at den vil gjøre at flere lykkes med å oppnå en rusfri tilværelse.
ILLUSTRASJONSFOTO: MIKKO PYHÄNEN

et NAV-kontor. Det er eksempel på flere avslag fra NAV selv om legen har påpekt at dette dreier seg om livsnødvendige medisiner. Blåreseptordning vil her kunne være med på å utviske denne urettferdigheten.

Med ståsted her i Østfold mener jeg at LAR-reformen, til tross for mange uklarheter, vil være et gode for pasientene. Den har økt sannsynligheten for bedre ivaretagelse av pasientene og mer involvering fra spesialisthelsetjenesten.

Noen varsku bør likevel fremheves

Uten at kommunene får økte ressurser til å ivareta denne pasientgruppen vil rehabiliteringsaspektet i LAR stå i fare for å bli sterkt redusert. Dette er pasienter med sammensatte lidelser og behov. Det krever et utstrakt samarbeide mellom de to nivåene. (spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.) Forhåpentligvis vil ressursknapphet ikke føre til en konkurranse om å unngå ansvaret for å ivareta pasienten, men å bruke de ressursene som finnes på best mulig måte. Mislykkes vi, vil vi stå igjen med et lavterskeltilbud der medisineringen er det viktigste tilbud i LAR, stikk i strid med intensjonen i forhold til de nye styringsdokumentene.

Forskyvningen av ansvaret for LAR- behandling til spesialisthelsetjenesten er heller ikke ukomplisert. LAR fordrer god ruskompetanse innenfor psykisk helse, som nå har hovedansvaret for rettighetsvurdering av disse pasientene. Ansvaret for å igangsette behandling innen LAR er nå overført til spesialisthelsetjenesten i psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette nye ansvaret innebærer at en del fagfolk som er ukjent med problemstillingen, nå plutselig er ansvarlig for å ta avgjørelser om hvilke tiltak som skal settes inn.

Kompetanseheving blant ansatte i denne gruppen er høyst nødvendig. Faren ved et mer liberalt system, slik man må anse at både de nye retningslinjene og forskriftene er i forhold til tidligere, krever høy kompetanse i forhold til å unngå at dette blir en lavterskelordning hvor pasienter med en alvorlig avhengighetsproblematikk avspises med medisiner, uten at andre tiltak forsøkes.

Den fremtidige effekten av LAR- reformen kan slå begge veier, et lavterskeltilbud eller et meget ivaretagende tiltak for pasienter med alvorlig rusproblematikk. En vellykket LAR- politikk er avhengig av en målrettet innsats både fra 1.linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De svakestes stemmer har lett for å drukne i kampen om ressursene, men la oss håpe på at den nye LAR- reformen kan bli den drahjelp den er ment å være for en av de svakeste gruppene innen Tverrfaglig Spesialisert rusbehandling.

Referanser

1. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Nasjonal_retningsli_278679a.pdf. PAPIRVERSJON: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS-1701
2. FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20091218-1641.html

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **Arild.Schillinger@so-hf.no**

UTPOSTEN
– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

EN **SKÅNSOM** BEHANDLING MOT FORSTOPPELSE BEGYNNER MED **MOVICOL®**

MOVICOL® frigir vann til tarmen, så den harde avføringen blir myk igjen.

- Gjør toalettbesøk enkelt og smertefritt mer enn tre ganger i uken[1]
- Skåner tarmfloraen[2]
- Tilvenner ikke tarmen[3]
- Gir oftest ikke luft i magen[3]

MOVICOL® får du reseptfritt på apoteket.

MOVICOL® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med MOVICOL® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.

1. Gruss HJ Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.
2. Godkjent produktresumé.
3. Attar A et al. Gut 1999;44:226-230.

Les mer om MOVICOL® på www.movicol.no

løsner · mykner · fukter · stimulerer

Ventetid på venterommet

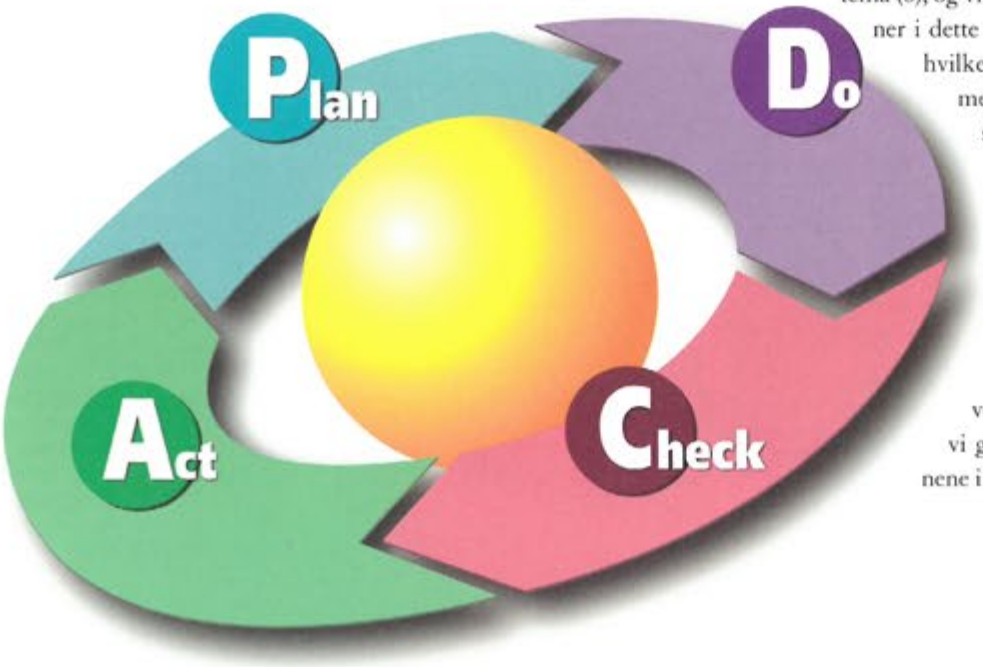
Audit for kvalitetsforbedring på allmenlegekontoret

AV KIRSTI MALTERUD, KRISTIN PRESTEGAARD OG EDVARD LØCHEN

I praktisk kvalitetsforbedringsarbeid trenger vi å vite hva vi faktisk gjør, for å kunne ta stilling til hva som eventuelt kan gjøres bedre og hvordan. *Demings kvalitetssirkel* brukes ofte som modell i slike prosesser, med stikkordene PDCA («Plan, Do, Check, Act» – eller planlegge, utføre, kontrollere og korrigere) som retningslinjer (1). *Audit*, som omfatter registrering og systematisk gjennomgang av egne driftsdata, er et virkemiddel for analyse og refleksjon over egen praksis. Det har vært mye i bruk i dansk allmennpraksis, med universitetsmiljøet i Odense som utgangspunkt (2). Skal vi bruke tid og krefter på å gjennomføre *audit* på allmennlegekontoret, er valg av relevant fokus og registreringsmåte avgjørende. Tema må oppfattes som tilstrekkelig viktig av alle som er involvert, og data med tilstrekkelig innholdsvaliditet som sier noe om det vi lurer på, må kunne innhentes med beskjeden innsats. Sist men ikke minst må legekontoret sette av tid til gjennomgang og oppfølging av resultatene.

Ventetid på venterommet får konsekvenser for pasienter, pårørende, medarbeidere og allmennleger. Når en pasient ikke kommer inn til avtalt tidspunkt, oppstår forsinkelser som forplanter seg til resten av dagen for alle involverte. Stressnivået på legekontoret øker også når legen er forsinket. Det er derfor ikke uten grunn at ventetid på venterommet er inkludert i instrumenter for måling av pasienttilfredshet, som for eksempel EuroPEP (3).

FIGUR 1. *Demings kvalitetssirkel.* KILDE: WWW.NIKIPEDIA.COM



Kirsti Malterud er halvtids fastlege på Fjellsiden legesenter i Bergen, dessuten professor i allmennmedisin og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen. I sin forskning har hun tatt opp pasientperspektiver ved kronisk sykdom og marginaliserte grupper. Dessuten har hun alltid vært opptatt av kvalitetsforbedring i egen praksis. Tildelt Dnlfs kvalitetspris 2009.

Kristin Prestegaard er fastlege på Gulset legekontor i Skien, veileder i allmennmedisin og er en av de fire veilederkoordinatorer i Legeforeningen. Hun er opptatt av kvalitetsarbeid i egen praksis, medlem i NFA's Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid og i arbeidsgruppa for Senter for allmennmedisinsk kvalitetsarbeid (SAK).

Edvard Løchen
er fastlege og spesialist i allmennmedisin ved Kirkegaten legekontor i Skien. Han jobber som praksiskonsulent ved Sykehuset Telemark.

KP og KM har i mange år vært engasjert i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i Norsk Forening for Allmennmedisin og har blant annet arbeidet med telefontilgjengelighet (4) og ventetid for time hos allmennlegen (5). Nå var det ventetid på venterommet som pekte seg ut som et aktuelt tema (6), og vi fikk med oss EL som samarbeidspartner i dette prosjektet. Vi mente vi visste noe om hvilke leger som var mest forsinket til vanlig, men vi visste ikke nok om hvordan forsinkelsene fordelte seg, og hvor omfattende problemet eventuelt kunne være. Vi ønsket derfor å bruke audit til å lære mer om ventetiden på venterommene våre. Formålet var å bevisstgjøre legene mer på ventetiden og vurdere om endring er ønskelig og mulig. I denne artikkelen beskriver vi opplegget vi fulgte og erfaringene vi gjorde. Presentasjonen vår følger trinnene i Demings kvalitetssirkel (FIGUR 1).

Dato	<5 min	5–14 min	15–29 min	30–44 min	45–60 min	>60 min
Sum (antall og prosent)						

FIGUR 2. *Registreringsskjema for hver av legene.* UTARBEIDET AV IVAR SKEIE

PLANLEGGE
– forutsetninger og utgangspunkt

Gulset legekontor i Skien har 6500 pasienter på listene fordelt på tre fastleger og en turnuskandidat. To timer en gang i måneden er satt av til fagmøte eller personalmøte. Legene er godt samkjørte da de har jobbet sammen fra 1988. Fjellsiden legesenter i Bergen har 3800 pasienter på listene fordelt på fem fastleger med varierende stillingsandel. Tre kvarter hver uke er avsatt til fagmøte. Kirkegaten legekontor i Skien har 3700 pasienter på listene fordelt på tre leger. En time hver uke er satt av til fagmøte.

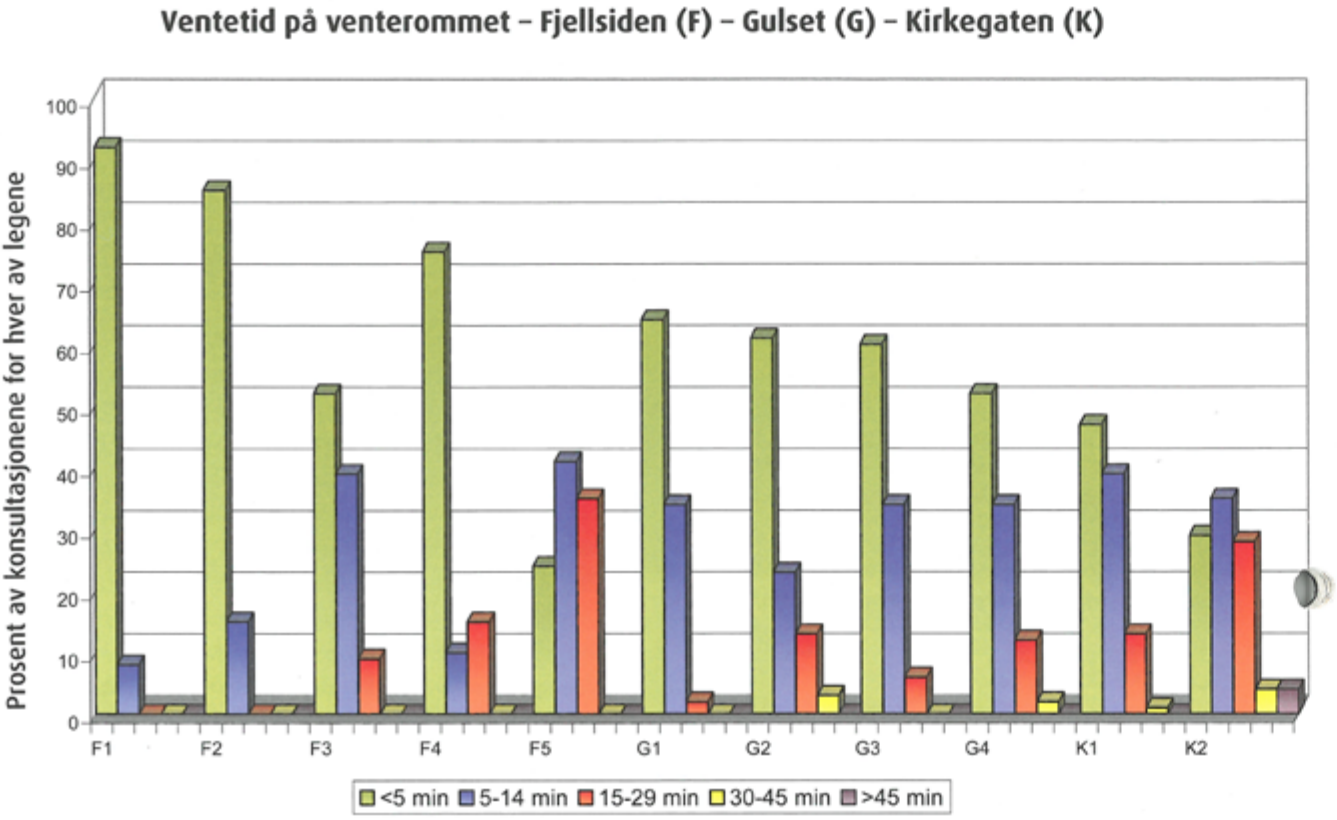
Medarbeiderne ved alle tre legekontorene hadde i lang tid registrert variasjon legene imellom på hvor lang tid pasientene må vente på venterommet før de kommer inn til den avtalte legetimen. Noen av legene var meget presise, de andre varierte mye og en brukte ofte lunsjen til å komme åjour. På hvert av legekontorene bestemte vi på et fagmøte å registrere ventetiden for å se hvordan det faktisk er, bevisstgjøre oss legene og vurdere mulige endringer. En av legene ved hvert legekontor tok hovedansvaret for gjennomføringen.

UTFØRE
– registrering med audit

Vi valgte enkel manuell registrering med utgangspunkt i audit-skjemaet som Ivar Skeie tidligere hadde utarbeidet (se Legeforeningens hjemmesider 'To år sammen' http://www.legeforeningen.no/id/76046.0). Legene krysset selv av for samtlige konsultasjoner på et enkelt audit-skjema i henholdsvis en (Fjellsiden) eller to uker (Gulset og Kirkegaten).

Vi registrerte ventetiden fra oppsatt time i boka til tidspunktet hvor pasienten kom inn til legen. Skjemaene ble tellet opp uten annen statistisk bearbeidelse enn prosentberegning, slik at vi kunne lage figurer for sammenligning mellom legene på hvert senter, og for alle tre legesentrene.

ILLUSTRASJONSFOTO: SIMEN LOCKERT



FIGUR 3.

KONTROLLERE

– telle opp og sammenfatte resultatene

Ventetiden for legene på Fjellsiden, Gulset og Kirkegaten blir vist på diagrammet ovenfor. Søylene angir hvor stor prosentandel av konsultasjonene som var registrert med ventetid på henholdsvis < fem minutter, 5–14 minutter, 15–29 minutter, 30–45 minutter og > 45 minutter.

Deltakerne var samstemte i at metoden var enkel både å gjennomføre og telle opp for å få resultatene. Auditskjemaet lå på pulten og minnet oss på at pasientene ventet og vi vil gjerne «være best i klassen». De av legene som vanligvis ligger etter skjema, fikk heiarop fra medarbeiderne og positive tilbakemeldinger. Det ble rapporter om mye humor og morsomme kommentarer, og resultatet ble derfor også langt bedre enn det som er reelt til hverdags. Alle legene innrømmet at registreringseffekten var betydelig – sjelden har vi vel holdt klokken så høyt – så resultatene er nok ikke autentiske hvis man skal tenke slik. En av legene bemerket også at dette påvirket innholdet i konsultasjonen.

Registreringen og særlig diskusjonen etterpå på fagmøtene åpnet for viktige samtaler om hva slags ventetid vi oppfatter som akseptabel, hvordan ventetid oppstår og sveller opp, og hva som kan gjøres hvis man ikke ønsker å ha mye ventetid. Alle tre legekontorene konkluderte med at den ventetiden på venterommet som var registrert kunne vurderes som akseptabel. Likevel blir det viktig å finne ut mer om de situasjonene der ventetiden blir over 30 minutter og forebygge dette så langt som mulig. Videre lage rutiner for å forklare pasientene som venter hvorfor det av og til kan bli slik som følge av uforutsette situasjoner som kan inntreffe på legekontoret.

Medarbeiderne på flere av kontorene kommenterte at pasienter forventer å komme inn til sin fastlege ut fra hva de er blitt vant til gjennom flere år. De som er vant til å vente, de venter. De som pleier å komme inn til oppsatt tid, henvender seg i luka etter få minutters venting og spør om legen har glemt dem. På denne måten skjer også en tilpasning til gjeldende praksis som også kan bidra til ytterligere forsinkelser – når legen oftest er forsinket, blir gjerne pasientene også mindre presise.

KORRIGERE

– Hvordan bruke dette videre?

Registreringen medførte en økt bevissthet for legene på ventetiden med det resultat at ventetiden hos alle legene ble bedre enn det som er reelt. Vi konkluderer med at inntil 15 min er akseptabel ventetid, men at den gjennomsnittlige ventetiden helst ikke bør være så mye mer.

Som følge av denne auditen bestemte den av legene på Gulset legekontor med lengst ventetid på venterommet seg for å endre timelista si. Alle timene fra kl. 13 er ledig på starten av hver arbeidsdag. De kan benyttes både til øyeblikkelig hjelp og til vanlige problemstilinger. Bakgrunnen er tanken om at innholdet i konsultasjonen på «en time samme dag» ikke er så omfattende som hvis pasienten har ventet i flere uker på time. Tiden vil vise om det gjør det lettere å holde tidsskjemaet.

Etter registreringen ble Kirkegaten legekontor enige om å innføre «Time samme dag» (7). Det ble innført for hele legekontoret oktober 2009 , delvis etter modell som kollega Aage Bjertnæs i Trondheim praktiserer, dog med visse modifikasjoner da SMS bestilling ikke benyttes. Dette har medført vesentlig bedre tilgjengelighet på legekontoret. Mange av konsultasjonene er kortere og færre problemstillinger presenteres. Legekontoret mener at ventetiden på venteværelse er blitt kortere, men en ny måling er ennå ikke gjennomført.

Det kom også forslag fra flere av medarbeiderne om å gjøre samme registrering om igjen uten at legene vet om det. Da vil de reelle tallene fremkomme. Vi tolker et slikt forslag som et uttrykk for at audit fokusert mot viktige driftsfaktorer kan stimulere til videre aktivitet og større samhørighet på legekontoret, der viktige diskusjoner fra kvalitetsarbeidet bidrar både til bedre drift og trivsel. Vi opplevde det også som stimulerende å gjøre denne auditen på tre forskjellige steder, både fordi vi kunne bruke samme prosedyre, og fordi det etterpå var mulig å sammenligne resultatene.

Selv om det var variasjoner mellom legene på det enkelte legekontoret, tyder registreringen på at tendensen for ventetid på venterommet varierer mellom de tre legekontorene. Fjellsiden hadde høyeste gjennomsnittsverdi for andel av konsultasjoner med kortere ventetid enn fem minutter (66 prosent), men her var også spredningen mellom legene størst (24–92 prosent). Gulset hadde nest høyeste gjennomsnittsverdi (59 prosent), og det var lite variasjon mellom legene (52–64 prosent). Kirkegaten hadde lavest gjennomsnittsverdi (38 prosent) med noe forskjell mellom legene (29–47 prosent). Vi kan derfor ikke si med sikkerhet om forskjellene skyldes individuelle ulikheter eller lokale normer.

Konklusjon

Vi oppsummerer at dette er en enkel audit å gjennomføre i daglig klinisk praksis, og vi vurderte det som lite tidkrevende å oppsummere tallene. Resultatene ledet til nyttige diskusjoner på alle tre legesentre, der legene ble bevisstgjort på hva som er akseptabel ventetid på venterommet og hvordan tidsbruk kan være en viktig faktor i den allmennmedisinske konsultasjonen. Grunnlaget er lagt for å jobbe videre med dette, dele erfaringer mellom legekontorene og lære av hverandre. Vi anbefaler flere legekontorer å gjøre det samme. Lykke til.

Takk til Ivar Skeie som ga oss ideen til dette prosjektet!

Referanser

1. Deming WE. Quality, Productivity and Competitive Position. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge: 1982.
2. Bentzen N. Medical audit--the APO-method in general practice. Scand J Prim Health Care Suppl. 1993;1:13-8.
3. Grol R, Wensing M: Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Centre for Quality of Care Research, Nijmegen, 9-70, 2000.
4. Prestegaard K, Carlsen T, Nyen B, Malterud . Telefontilgjengelighet. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2005. http://www.legeforeningen.no/id/144422
5. Malterud K. Hvordan er ventetiden på legekontoret vårt? NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2006. http://www.legeforeningen.no/id/144427
6. Prestegaard K. Ventetid på venterommet. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2009. http://www.legeforeningen.no/id/156075
7. Bjertnæs A. Eliminer ventetid på timesammedag. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2010. http://www.legeforeningen.no/id/161712

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **prestegaardk@gmail.com**

Felles refleksjon over **kvaliteten på eget legekontor**

AV KRISTIN PRESTEGAARD, *Gulset legekontor, Skien*
JANECKE THESEN, *Valestrand legekontor, Osterøy og* EDVARD LØCHEN, *Kirkegaten legekontor, Skien*

Her vil vi presentere en metode som får alle på legekontoret til å reflektere sammen om egen kvalitet på kontorets tjenester. Leger og medarbeidere opplever det som engasjerende og inspirerende når de sammen diskuterer det de faktisk gjør til daglig.

Janecke Thesen
Valestrand legekontor, Osterøy
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Uni Helse, tilknyttet Universitetet i Bergen.

Kristin Prestegaard og Edvard Løchen er presentert på s. 24

Enhver som yter helsetjeneste skal sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav. Alle virksomheter innenfor allmennmedisin er lovpålagt å lage et internt kontrollsystem (1).

Flere legekontorer er i gang og har laget rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Mange av oss opplever dette som et noe tungt arbeid både fordi vi ikke har erfaring i slikt arbeid og fordi det tar tid. Hvordan komme i gang og hvordan få tid til slikt arbeide?

JT og KP har fra 2004 vært engasjert i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i Norsk Forening for Allmennmedisin. Fokuset har vært praktisk kvalitetsarbeid som er mulig å gjøre på eget legekontor. De har blant annet jobbet med telefontilgjengelighet, ventetid på venterommet og laboratoriekvalitet. Gruppa har laget presentasjoner som beskriver hvordan dette er gjort og resultatene av det (2).

Referansegruppa ville prøve ut metoden Maturity Matrix (MM). Det er en metode for å komme i gang med kvalitetsarbeid eller for å definere status for kvalitetsarbeide på legekontoret gjennom en felles refleksjon med legene og medarbeiderne på kontoret. Under utprøvingen av metoden fikk vi med oss EL.

Metoden Maturity Matrix (MM)

MM er et kvalitetsverktøy som stimulerer til diskusjon om hvor velorganisert legekontoret er. Det gjennomføres på et møte med legene og medarbeiderne på eget legekontor. MM kan beskrives som en strukturert diskusjon om hvilket nivå legekontoret befinner seg på for hvert av følgende syv organisatoriske tema:

A. Kunnskapsbasert praksis
B. Pasientdata
C. Personalpolitikk
D. Teamarbeide
E. Brukerperspektiver
F. Forbedringsarbeid
G. Prosedyrer

For hvert tema er det definert seks «utviklingsstadier» fra det primitive (1) til det avanserte eller ønskelige (6 = Maturity). Hvert tema tildeles skår fra 1–6 etter bestemte regler og markeres i et ruteark-skjema (Matrix) (se øverst t.h.).

Metoden er utviklet i samarbeid med European Association for Quality in General Practice (EQuiP), the Centre for Quality of Care Research Cardiff University i Wales og nasjonale foreninger inkludert Den norske Legeforening. Tema og skår er fastsatt internasjonalt og deretter oversatt til norsk. Det ligger en omfattende prosess bak utviklingen. Dette er beskrevet i nylig publisert artikkel (3).

Starten for Maturity Matrix i Norge

JT ble engasjert i dette arbeidet gjennom EQuiP og fikk finansiering via Legeforeningens Kvalitetssikringsfond. MM ble oversatt til norsk. På et dagsseminar ble fem av medlemmene i Referansegruppa for Praktisk Kvalitetsarbeide i Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) utdannet til veiledere i Maturity Matrix (MM-veiledere). Tre av

Maturity Matrix – Kvalitetsverktøy for gjennomgang av allmennlegekontorets organisering – norsk versjon 1.0 www.maturitymatrix.co.uk

1. Kunnskapsbasert praksis	2. Pasientdata	3. Personalpolitikk	4. Teamarbeid	5. Brukerperspektiver	6. Forbedringsarbeid	7. Prosedyrer
Innhente kunnskap om best mulig praksis, dele denne og avdøde praksis bruksverdet og kvalitet	*Koding, analyse og regelmessig gjennomgang av journaldata og andre konsultasjonsdata*	*Ansettelse, ansvars- og arbeidsdeling, mulighet for utvikling på jobben, og evaluering av den jobben som gjøres*	*Kommunikasjon innen legekontoret ved bruk av møter, møteforløper og dokumenterte tiltak.*	*Pasientens erfaringer og synspunkter, strategier for håndtering av klager, avvik og tilbakemelding*	*Kvalitetsforbedring rettet mot pasientbehandling og praksisdrift (minitestsykler, Plan-Do-Study-Act-sykler, PDSA-sykler)*	*Dokumentasjon av prosedyrer for praksisdrift og pasientbehandling*
Kontoret henterer bare uhildeivis forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling. Det gjøres ingen forsøk på å forstå eller legge til rette for anvendelse av slik kunnskap	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles bare i senter database. Kliniske data er ikke kodet og can ikke analyseres.	Prosedyrer for ansettelse er uklare, ikke åpne for konkurranse og ikke tilgjengelige for diskusjon. Ansvars- og arbeidsdeling er uklar og ikke nedskrevet. Ingen muligheter til kurs og annen fagutvikling. Tilbakemelding forekommer ikke (f eks medarbeidersamtaler).	Kontoret har ingen møter for alle på kontoret. Det er ingen diskusjoner eller felles forståelse om hva som er god pasientbehandling.	Pasientens erfaringer og synspunkter innhentes ikke. Klager blir registrert, men det er ikke ingen strategi for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret deltar ikke frivillig i kvalitetsforbedringsarbeid rettet mot pasientbehandling og praksisdrift	Det finnes ingen skriftlige prosedyrer (f eks ang timebestilling, akuttrapport, reseptbestilling). Ved behov er kunnskap om rutinene ikke tilgjengelig for de andre på kontoret.
Kontoret henterer av og til forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, men dette diskuteres ikke umiddelbart. Det gjøres lite forsøk på å forstå eller legge til rette for anvendelse av slik kunnskap for å bedre pasientbehandling	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles, men er ikke vejorganisert eller kodet. Det er ikke lett å finne eller analysere data.	Prosedyrer for ansettelse er klare og gjennomsnittet. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet men oppdateres sjelden. Lite kurs og annen fagutvikling. Uklart om tilbakemelding (f eks medarbeidersamtaler) forekommer.	Kontoret har fra tid til annen møter for alle for diskusjon av pasientbehandling. Det føres ikke referat, og ansvar for oppfølging innen neste møte av saker som diskuteres, er uklart.	Pasientens synspunkter og erfaringer innhentes ikke systematisk. Klager blir registrert, men det er ingen strategi for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Ingen prosedyre for gjennomgang av klager.	Enkelte på kontoret gjennomfører i ny og ne kvalitetsforbedringsarbeid for styrking av pasientsikkerhet. Forbedringsarbeidet inngår ikke i legekontorets strategi.	Enkelte sentrale prosedyrer er nedskrevet (f eks om ledig og alarm, og om skaderapportering). Hvis de finnes medarbeidere er kjente, er deres kunnskap om rutinene ikke tilgjengelig for de andre på kontoret.
Kontoret henterer regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, men dette diskuteres sjelden. Det gjøres forsøk på å forstå og legge til rette for anvendelse av slik kunnskap for å bedre pasientbehandling (f eks retningslinjer eller handlingsprogrammer).	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles, men bare deler av dette er systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, men dette gjøres ikke regelmessig som del av kvalitetsvurdering.	Prosedyrer for ansettelse er basert på kontoretes behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdateres jevnlig. Kurs og annen fagutvikling forekommer. Tilbakemelding (f eks medarbeidersamtaler) forekommer fra tid til annen.	Kontoret har faste møter for alle for diskusjon av pasientbehandling. Møtene er uformelle, uten dagsorden, referater eller forpliktende beslutninger.	Pasientforløpene (pasientens opplevelse, fokusgrupper), men resultatene fører ingen konsekvenser. Klager blir registrert, men det er ingen strategi for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Ingen prosedyre for gjennomgang av klager.	Kontoret gjennomfører i ny og ne elementer av kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene gjennomgås i fellesskap.	Enkelt viktige prosedyrer er nedskrevet, men de fleste av kontoretes faste rutiner inngår som del av den tause kunnskap hos medarbeiderne.
Kontoret henterer regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, og dette diskuteres regelmessig. Kvalitet og bruk av kunnskapen evaluere ikke.	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles, og mange sider av disse er systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres regelmessig som del av kvalitetsvurdering.	Prosedyrer for ansettelse av medarbeidere er basert på kontoretes behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdateres jevnlig. Kurs og annen fagutvikling gjennomføres regelmessig. Tilbakemelding (f eks medarbeidersamtaler) skjer regelmessig.	Kontoret har faste møter for diskusjon av prosedyrer for pasientbehandling. Møtene er formelle, med dagsorden, referater og forpliktende beslutninger.	Pasientforløpene (pasientens opplevelse, fokusgrupper), og resultatene fører konsekvenser når de stemmer med leidsteens syn. Klager blir registrert, men det er ingen strategi for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Ingen prosedyre for gjennomgang av klager.	Kontoret gjennomfører kvalitetsforbedringsarbeid etter initiativ av instanser utenfor kontoret (f eks internkontroll, ROG-analyse, deltakelse i NOKLUB, BEDA).	Enkelt viktige prosedyrer er nedskrevet, men de fleste av kontoretes faste rutiner inngår som del av den tause kunnskap hos medarbeiderne. Det finnes en mal for dokumentasjon av prosedyrer.
Kontoret henterer regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, og dette diskuteres regelmessig. Kvalitet og bruk av kunnskapen evaluere av og til.	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles, og det stør mestre er systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres ofte som del av kvalitetsvurdering.	Prosedyrer for ansettelse av medarbeidere er basert på kontoretes behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdateres jevnlig. Medarbeiderne oppmuntres til å delta i kurs og annen fagutvikling. Tilbakemelding med fokus på forbedring (f eks medarbeidersamtaler) skjer regelmessig.	Kontoret har faste møter for alle for diskusjon av prosedyrer for pasientbehandling. Møtene er formelle, med dagsorden og forpliktende beslutninger. Tema for møtene følger av aktuelle hendelser, uten en strategisk plan.	Pasientens synspunkter og erfaringer innhentes (pasientsjekk, fokusgrupper), gjø resultatene fører konsekvenser. Klager blir registrert, men det er ingen strategi for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Klager gjennomgås med sikte på forebygging av tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret har et felles engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene analyseres regelmessig som del av kontoretes strategiske planlegging.	De fleste prosedyrer finnes nedskrevet. Det finnes en mal for gjøvurdering av prosedyrer som også innebærer oppdatering av disse.
Kontoret henterer regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, og dette diskuteres regelmessig. Kvalitet og bruk av kunnskapen evaluere regelmessig. Retningslinjer oppdateres jevnlig.	Kliniske data fra pasientkonsultasjoner samles, og alt er systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres ofte som del av kvalitetsvurdering. Resultater samles i rapporter som diskuteres for å forbedre praksis.	Alle tjenter til hvilke prosedyrer som gjelder for ansettelse, som er basert på kontoretes behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdateres jevnlig. Alle deltar i personlig og organisatorisk utvikling. Tilbakemelding med fokus på organisatorisk og faglig utvikling (f eks medarbeidersamtaler) skjer regelmessig.	Kontoret har faste møter for alle for diskusjon av prosedyrer for pasientbehandling. Møtene er formelle, med dagsorden og forpliktende beslutninger. Tema for møtene er en balanse mellom aktuelle hendelser og en strategisk plan.	Pasientforløpene (pasientsjekk, fokusgrupper) brukes regelmessig til å forbedre praksis. Pasienter deltar i utvikling av legekontoret (f eks brukergruppen). Klager gjennomgås på systematisk med sikte på forebygging av tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret har et felles engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene analyseres regelmessig som del av kontoretes strategiske planlegging, offentliggjøres og er tilgjengelige for innsyn fra pasienter.	Alle viktige prosedyrer finnes nedskrevet. Det finnes en mal for dokumentasjon av prosedyrer. Kontoret har en systematisk metode for å oppdatere disse prosedyrene i samsvar med endringer i faglig forsvarlig praksis.

FIGUR 1. *Maturity Matrix på norsk. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.*

oss og EL (som ble utdannet noe senere) har gjennomført metoden på syv legekontor i Norge.

Gjennomføring av Maturity Matrix

MM-veileder avtalte tidspunkt for gjennomføring av Maturity Matrix med hvert enkelt legekontor. De fikk før møtet tilsendt en kort informasjon om metoden. Det ble satt av 90–120 minutter. Det ble presisert at det er viktig at alle legene og medarbeiderne på kontoret er til stede.

Møtet ble ledet av MM-veileder. Etter en generell informasjon om hva metoden består av, fikk alle utlevert rutearket (MM-skjemaet) med de syv temaene og skårsystemet (FIGUR 1). Veileder forklarte hvordan skjemaet er bygd opp og hvordan skåringen skal skje (FIGUR 2, SE S. 30). De neste 10–15 minuttene jobbet alle for seg selv med skåring av skjemaet før diskusjonen startet.

Alle skårverdiene for hvert tema ble skrevet ned. Veileder styrte diskusjonen og stimulerte til at alle fikk fortalt grunnen til sitt skår. Det ble en felles refleksjon over hvordan legekontoret var organisert og hvordan de ulike temaene var ivaretatt. Både medarbeiderne og legene var aktive og kom med ulike innspill i diskusjonen som sammen ga et godt bilde av hvordan legekontoret var organisert.

Skårverdiene på det enkelte legekontor varierte noe. På slutten av diskusjonen måtte alle bli enige om et felles utviklingsnivå/skår som kontoret befant seg på for hvert tema og vurdere hvilke områder kontoret ønsket å videreutvikle.

Etter møtet registrerte MM-veileder resultatet fra skåringen elektronisk på nettsiden for Maturity Matrix (4). Dette var tilgjengelig for veilederne fordi vi er en del av et internasjonalt samarbeid (3). På skårskjemaet var det også tegnet inn gjennomsnittsskår fra andre legekontor i samarbeidsland samt verdiene fra det beste legekontoret slik at man kunne sammenligne seg med andre (bench-marking). Skjemaet ble enten skrevet ut på slutten av møtet eller sendt legekontoret sammen med et referat fra møtet (FIGUR 3, SE S. 30).

Legekontoret kunne velge om de ville jobbe videre på egenhånd, eller be MM-veilederen komme tilbake til et møte nummer to med gjennomgang av hva som skulle til for at kontoret skulle forbedre seg innenfor et spesielt tema. Ett legekontor valgte dette.

A. Kunnskapsbaseert praksis	B.Pasientdata	C.Personalpolitikk	D.Teamarbeid	E. Brukerperspektiver	F. Forbedringsarbeid	G.Prosedyrer
Innhente kunnskap om bestmulig praksis, dele denne og vurdere praktisk bruksverdi og kvalitet	*Koding, analyse og regelmessig gjennomgang av journaldata og andre konsultasjonsdata*	*Ansettelse, ansvars- og arbeidsdeling, mulighet for utvikling på jobben, og evaluering av den jobben som gjøres*	*Kommunikasjon innen legekontoret ved bruk av møter, notoverleverter og dokumenterte tiltak*	*Pasientrespons/klagerog synspunkter, strategier for håndtering av klager, ev/og tilbehandling*	*Kvalitetsforbedring rettet mot pasientbehandling og praksisdrift (kvalitetstiltak Plan-Do-Study-Action, PDSA-sykler)*	*Dokumentasjon av prosedyrer for pasientflyt og pasientbehandling*
1.						Eksempel
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						Eksempel

Det finnes ingen skriftlige prosedyrer angående timebestilling, akuttrespons eller resepthestilling. Ved fravær er kunnskap om rutinene ikke tilgjengelig for de andre på kontoret

Alle viktige prosedyrer er nedskrevet. Der er mål for dokumentasjon av prosedyrer. Kontoret har en systematisk metode for å oppdaterng i samsvar med endringer i faglig forsvarlig praksis

FIGUR 2. *Eksempel på skåring av temaet om prosedyrer. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.*

FIGUR 3. *Skårverdi med benchmarking for et legekontor. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.*

	Using information	Using patient data	Managing Staff	Working as a team	Listening to patients	Improving the practice	Operating procedures
1	Rare access	No record	Unclear roles	No meetings	Not collected	No participation	No documentation
2	Occasional access	Records	Roles documented	Not documented	Not systematic	Some individuals	Some documentation
3	Regular access	Some coding	Needs assessed	Informal meetings	Views collected	Some projects	Key procedures
4	No evaluation	Regular analysis	Regular appraisal	Formal agendas	Views considered	Reactive	Policy exists
5	Occasional evaluation	Frequent analysis	Staff development	Content reactive	Views used	Regular	Policy updated
6	Regular evaluation	Routine analysis	Staff involved	Content strategic	Patients involved	Integrated	Systematic policy

Gul linje: Dette legekontoret sin score

Blå linje: Gjennomsnittsscore alle legekontorer i databasen

Rød linje: De aller beste legekontorene sin score

Erfaringer med metoden

Legekontorene ga tilbakemelding om at metoden gir et godt innblikk i kontorets organisering og at den er egnet til bruk ved oppstart eller vurdering av kvalitetsarbeid på legekontorer. En viktig forutsetning er at både medarbeidere og leger sammen diskuterer disse syv temaene og gjennom en refleksjon setter et felles skår for legekontoret. Flere av legekontorene ble overrasket over hvor mye kvalitetsarbeid de faktisk bedriver. Metoden hjalp de til å huske hva de faktisk har gjennomført av ulike kvalitetstiltak over flere år. Dette skapte energi inn i diskusjonen. Kommentarer som «husker dere ikke da...» var det flere av etterfulgt av latter og positive kommentarer.

Deltakerne opplevde det morsomt og inspirerende å sammenligne seg selv med andre kontorer med benchmarking. Det ga et ytterligere stimulus til å tenke over hva som skal til for å øke kvaliteten et eller flere nivåer.

Skårverdiene for et legekontor sammen med bench-marking er vist i FIGUR 3. Dette legekontoret er slik de selv bedømmer seg, langt framme i forhold til gjennomsnittet. Skårverdiene kan tyde på at de burde jobbe mer med sin personalpolitikk (managing staff). Men gjennom diskusjon om dette punktet var de ganske fornøyde og valgte i stedet å jobbe mer med prosedyrene sine (operating procedures) da det var flere ting her som ikke fungerte. De planla et prosjekt der de vil overføre sine oppdaterte prosedyrer til det elektroniske kvalitetssystemet TrinnVis (5). En av legene fikk ansvaret med å gjennomføre dette.

To legekontorer i samme kommune valgte å møtes til en felles halv kvalitetsdag etter at begge kontorene hadde gjennomført metoden. De sammenlignet hverandres skår, kom med innspill til hverandre og delte viktige erfaringer. De opplevde en slik felles dag som inspirerende da de fikk gode råd til enkle forbedringer. De har laget avtaler om å fortsette med felles kvalitetsarbeid.

Veien videre for Maturity Matrix

Vi mener at MM kan gi nyttige og strukturerte diskusjoner som styrker samarbeidet mellom leger og medarbeidere og bringer kontoret som organisasjon videre. Pr i dag er det utdannet seks veiledere i metoden. De er tilgjengelig for å gjennomføre metoden på forespørsel. Informasjon om hvem de er og hvordan de kan kontaktes står i den presentasjonen som JT og KP har laget om metoden (6). Det trengs en til to motiverte personer på legekontoret som kan videreføre den prosessen som sparkes igang med MM.

Vi tenker at Maturity Matrix kan gjennomføres som ledd i et praksisbesøk i videre- og etterutdanningen. Da vil flere leger kunne lære seg metoden gjennom at de først deltar i den på eget kontor for så i neste omgang å være veileder for et annet legekontor. Slik kan metoden spres og bli mer tilgjengelig. En viktig forutsetning er nok at den legen som blir veileder i metoden på denne måten har noe erfaring i å lede grupper.

Konklusjon

Maturity Matrix er en velegnet metode for å bevisstgjøre legekontoret på hvordan de er organisert og hvilke områder som trenger forbedringer. Den er egnet i starten av kvalitetsarbeide eller for å gjøre opp status underveis. Det kan bli ekstra inspirerende hvis legekontorer sammenligner seg med andre kontorer, gjerne lokalt og drar nytte av hverandres erfaringer. Da skapes i tillegg et nettverk av legekontorer som jobber sammen med kvalitet. Vår erfaring er at der leger og medarbeidere sammen jobber for kvalitet – ja der skjer det forbedringer.

Trenger ditt legekontor en kick-start for kvalitetsarbeid, så er Maturity Matrix en god metode. Vi oppfordrer dere til å ta kontakt (6).

Referanser

1. Forskrift om internkontroll. http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html&dep=hod&kort+,+titt=internkontroll&
2. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2004. http://www.legeforeningen.no/id/151599.0
3. Elwyn G et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. Qual Saf Health Care published online May 28, 2010. http://qshc.bmj.com/content/early/2010/05/28/qshc.2009.037580.full.pdf
4. Maturity Matrix. http://www.maturitymatrix.co.uk/
5. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid/TrinnVis. http://www.legeforeningen.no/id/163259
6. Thesen J. Prestegaard K. Hvor velorganisert er legekontoret ditt – Maturity Matrix. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2010. http://www.legeforeningen.no/id/158720

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **prestegaardk@gmail.com**

C1 Yaz «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte 0,02 mg/3 mg. Hver lyserød tablett inneh.: Etinyløstradiol (som betadeksklatrat) 0,02 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneh.: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). 1 pakning inneh. 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. Tablettene skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntrer 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 én 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 (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyreskvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale nevrologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykksmåling 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 1. året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-p-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er fatalt 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 arterielle tromboembolier eller cerebrovaskulær hendelser øker med økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migrene, fedme, sykdom i hjerteklaffene, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og atrieflimmer. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialist før 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 karkomplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulceras kolitt) og sigdcelleanemi. Økt hyppighet og intensitet av migreneanfall kan være prodromalstadiet 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. behandlingssyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemider. Kvinner med hypertriglyseridemi 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 angioødem kan eksogene østrogener indusere eller forverre symptomer på angioødem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroider, 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 ulceras kolitt er rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. 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 ufullstendig 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 inntrer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødningen utebli. Graviditet må utelukkes dersom tablettene ikke er tatt iht. retningslinjene. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebotablettene 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, topiramat, felbamat, 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 placebotabletter 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. behandlingssyklus. 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 antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, metrorragi (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerte/kar: Migrene, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, hoftesmerte, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor-/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginitt, menstruasjonsforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, søvnløshet. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifert, ansikts-). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Anemi, trombocytemi. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulmet mage, gastrointestinal forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, munntørrhet. Hjerte/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Kloasme, eksem, alopesi, dermatitis akneiform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudknuter. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Dyspareuni, vulvovaginitt, blødning etter samleie, menstruasjonsblødning, brystcyste, brysthyperplasi, brystsvulst, livmorhalspolypp, endometriell atrofi, ovariecyste, forstørrelse av livmoren. Lever/galle: Gallesmerter, kolecystitt. 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 1-2 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 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. Etinyløstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroralt inntak. Etinyløstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tynntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser. 3 - 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
- Gundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

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

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 perioden[1]
- 3 ekstra dager med EE/drsp antimineralkortikoid og antiandrogen aktivitet
- færre hormonelle svingninger[2]

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

YAZ 24/4 med drisp

L.NO.08.2010.0127

Fastlegen og sjeldne ge
– hva mener unge pasienter med n

AV GRETE HUMMELVOLL

Omlag 30 000 personer i Norge antas å ha en sjelden genetisk tilstand. Kan det være at en del av disse ikke får tilgang til ønsket helsehjelp lokalt? Sjeldne genetiske tilstander innebærer nemlig spesielle utfordringer med hensyn til kunnskap. Fører dette til at fastleger betakker seg fra å delta i behandlingen?

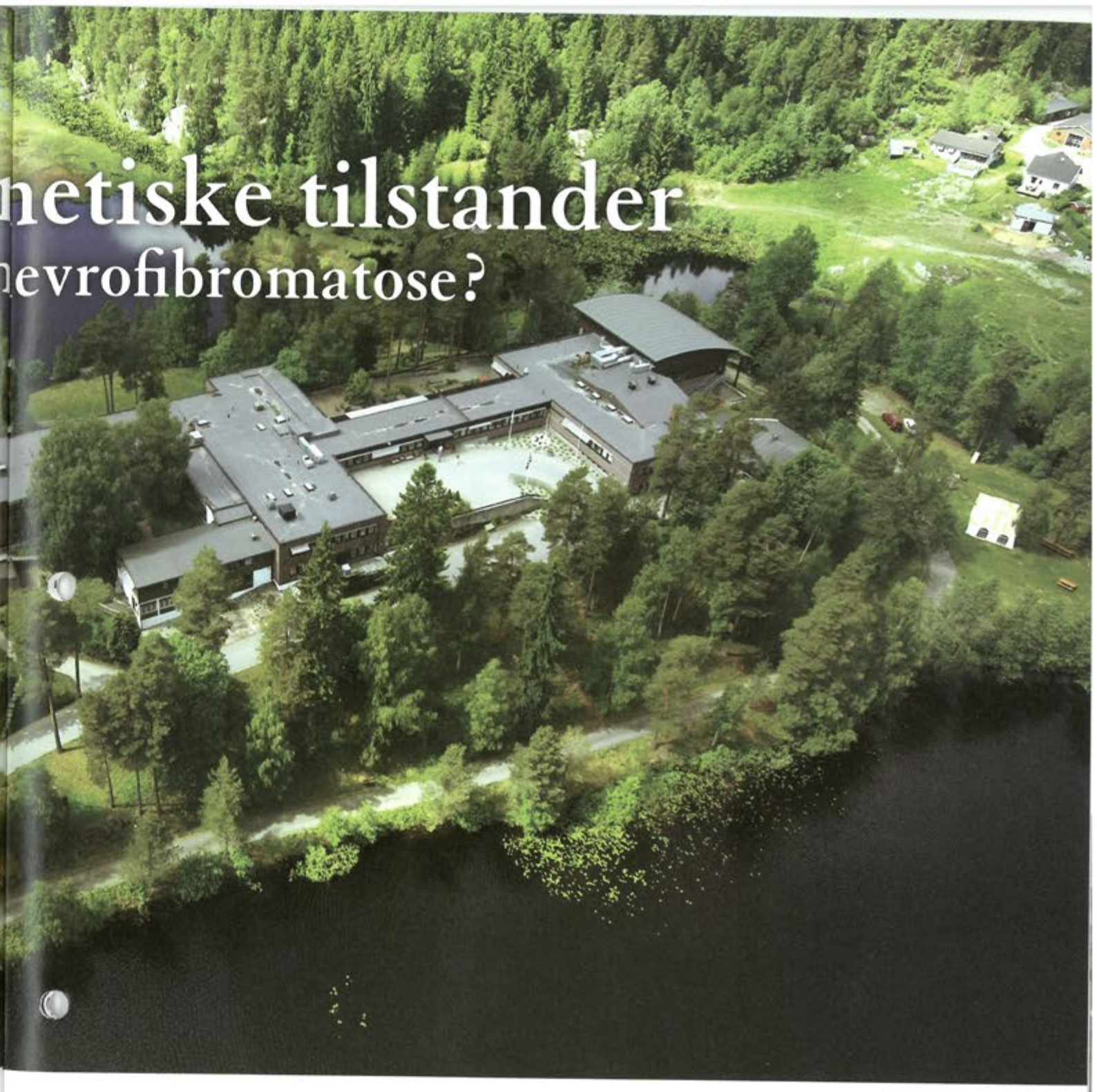
Fastlegene skårer høyt på brukertilfredshet i en spørreundersøkelse om offentlige tjenester (1). Rapporten *Sjeldne funksjonshemninger i Norge* (2) setter fastlegen i et noe annet lys. Av 57 respondenter sier 14 at fastlegen har skaffet seg tilstrekkelig kunnskap om deres diagnose og gir et godt bidrag til deres helsesituasjon; 43 personer sier derimot at fastlegen ikke er involvert i spørsmål knyttet til den sjeldne diagnosen. For mange av de spurte er fastlegen overflødig på grunn av god ivaretakelse i spesialisthelsetjenesten. Andre ganger fremgår det at fastlegen ikke har involvert seg i det hele tatt.

Nevrofibromatose type 1 er en sjelden tilstand som forekommer hos én per 3–4000 fødte barn. Variasjonen i uttrykksform og alvorlighetsgrad er stor, og nye vansker kan oppstå uforutsigbart. Av medisinske utfordringer kan nevnes hyppig forekommende nevrofibromer. Disse er i utgangspunktet godartede, men har potensielt plagsomme eller skadelige konsekvenser; noen kan også gjennomgå en malign transformasjon. Ande utfordringer er skjelettforandringer, spesifikke eller diffuse smerter samt psykiske vansker (3). Fastlegen kan vurdere behovet for henvisning til spesialisthelsetjenesten, gi smertelindring og yte bistand ved depressive reaksjoner hos pasienter som har en hverdag med mange belastninger.

Grete Hummelvoll
f.1949, er spesialist i klinisk psykologi, med habilitering som fordypningsområde. Hun har vært ansatt ved Frambu senter for sjeldne funksjonshemminger siden 1996.

Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger (**www.frambu.no**) er et landsdekkende kompetansesenter for personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger samt deres familier og tjenesteytere. Frambu har spesiell kompetanse på rundt 100 sjeldne diagnoser og er et supplement til det ordinære tjenesteapparatet. En undersøkelse blant unge voksne med nevrofibromatose 1 ble gjennomført i 2006–2007. Hensikten var å få mer kunnskap om hvordan unge mennesker opplever å leve med nevrofibromatose.

netiske tilstander
nevrofibromatose?



Femten kvinner og menn i alderen 18–37 år ble intervjuet. Rekruttering av intervjupersoner skjedde hovedsakelig gjennom informasjon og invitasjon til personer i aktuell alder mens de var på kurs på Frambu. En senere supplering ble gjort med utgangspunkt i Frambus register. Totalt sa 15 av 23 inviterte personer ja til å bli intervjuet. Intervjuene ble gjort av psykologene Kjell Magnus Antonsen[1], Thora Yvonne Rian og Grete Hummelvoll.

Denne artikkelen meddeler hva informantene har å si om fastlegens rolle på godt og vondt.

En god fastlege betyr mye

De fleste intervjuede i undersøkelsen mener at fastlegen er viktig. Med ett unntak har alle de intervjuede kontakt med fastlegen. Når de aller fleste er tilfredse med sin fastlege, har dette flere grunner:

Legen har skaffet seg tilstrekkelig kunnskap om nevrofibromatose 1. Det forventes imidlertid ingen omfattende kunn-

1 Kjell M. Antonsen, som var initiativtaker og prosjektleder for undersøkelsen, sluttet på Frambu i 2006 og ba da om å bli løst fra det videre arbeidet. Grete Hummelvoll ble av Frambu bedt om å overta ansvaret for prosjektet.

skap, og det verdsettes at legen kan erkjenne usikkerhet, diskutere med andre leger eller henvise videre.

God kommunikasjon og interesse for pasientens opplevelse og synspunkt. Slik kan også pasientens kunnskap om nevrofibromatose 1 og egen situasjon komme til nytte. Uansett legens kunnskap, er dette viktig på grunn av den store variasjonen innen nevrofibromatose 1. Gode kommunikative egenskaper oppleves som å bidra til bedre medisinske avgjørelser. I en vanskelig situasjon betyr det også mye at legen viser forståelse og emosjonell støtte.

Legen er mer døråpner enn portvakt. Noen situasjoner aktualiserer spørsmål om utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Når legen er i tvil om behovet for spesialisttilsyn, opplever pasienten det som trygt at legen for sikkerhets skyld henviser videre. Legen sitter også med nøkkelen til rettigheter og stønadsordninger. Når pasienten har mange vansker og lite krefter, betyr det mye at legen sørger for at alt blir enklest mulig for pasienten.

En hardt rammet person forteller slik om hvor viktig fastlegen er:

> Legen har virkelig stått på. Hun har hjulpet meg veldig mye. På smerteklinikken X har jeg vært også. Vi har prøvd masse medikamenter. Hvis jeg trenger rekvisisjon eller resepter eller noe som helst, tar jeg en telefon bare, og så legger hun det ut og jeg kommer og henter dagen etter. Har hatt timer hos henne der jeg har knekt sammen og grått litt også. Hun støtter meg og forstår.

Når fastlegen fungerer dårlig

Noen få er misfornøyd med og har liten tillit til fastlegen. Ingen av dem nevner legens kunnskap om diagnosen, men derimot mer generelle forhold:

Dårlig kommunikasjon og liten interesse. Det er vondt ikke å bli vist interesse, ikke å bli hørt eller tatt på alvor. En av de spurte tør ikke ta opp sine helsebekymringer av redsel for at legen skal le, mens en annen unngår legebesøk så langt det er mulig.

Mer portvakt enn døråpner. I noen tilfeller skriver legen bare ut medisiner, men viser liten interesse for å henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i unødig lange smerteperioder før nødvendig operasjon eller annen behandling. Også overfor offentlige instanser oppleves legen som lite behjelpelig.

For liten tid avsatt. Dette gir dårlige rammer for konsultasjonen og et negativt signal til pasienten. Situasjonen blir også unødig tungvint når stadige besøk hos legen må til, fordi en ikke rekker å ta opp sine spørsmål i den avsatte tiden.

Hva med andre sjeldne genetiske tilstander?

Resultatene fra undersøkelsen samsvarer godt med Frambus generelle erfaringer med brukere som har andre sjeldne diagnoser. Resultatene underbygges også av fokusgrupper med foreldre til barn med svært sjeldne kromosomavvik (4). Mange av dem opplevde at legen ofte ikke hadde kunnskap om diagnosen. Erfaringene var likevel positive dersom legen var ærlig om sin manglende kunnskap eller viste interesse for å lære, utnytte foreldres kompetanse, bruke sin egen generelle kompetanse, henvise videre og være åpen for å innrømme feil.

Ulike sjeldne genetiske tilstander vil gi ulike rammer og behov for fastlegens involvering. For mange personer med en sjelden diagnose er det viktig at legen ikke avgrenser sin rolle, men forholder seg konstruktivt til utfordringen med å tilegne seg kunnskap samt ha en god relasjon til og kommunikasjon med pasienten.

Referanser

1. Fastlegene vinner folket (Internett).Oslo: Handelshøyskolen BI;2009(2010.01-21). www.bi.no/Hovedstruktur/Forskning-20/Nyheter-20/Nyheter-2009
2. Sjeldne funksjonshemninger i Norge (Internett). Oslo: SINTEF Helse, 2008 (hentet 2010-02-05). Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/SLUTTRAPPORT-del%202-brukerudners%C3%B8kelsen.pdf
3. Ferner RE. Neurofibromatosis 1 and neurofibromatosis 2: A twenty first century perspective. Lancet Neurol 2007; 6: 340–51.
4. Hummelvoll, G. Erfaringer hos foreldre til barn med svært sjeldne tilstander – hva kan vi lære? I Frambu: Jubileumsskrift, 2005.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: **ghummelvoll@c2i.net**

Alle med demens fortjener diagnose

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

LEONBERG.NO

Ebixa®
memantin

Effekten kan **måles** allerede etter 4 uker[1]

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

NYHET: Ebixa® oppløsning med pumpe for enkel dosering!

Ebixa "Lundbeck"

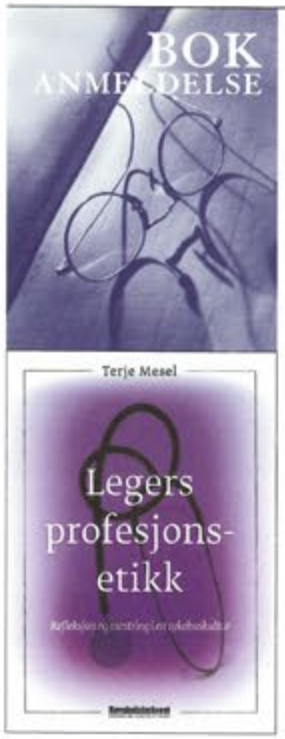
DRÅPER, opplosning 10 mg/g: *0,5 g (1 pumpetrykk) inneh.:* Memantinhydroklorid 5 mg tilsv. memantin 4,16 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. Med doseringspumpe. **TABLETTER,** filmdrasjerte *5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.:* Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg. hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneh. laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bor initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bor gjores i trad med gjeldende retningslinjer. ***Voksne/eldre:*** Tas 1 gang daglig uavhengig av maltider. 1 pumpetrykk = 5 mg. Maks. dose er 20 mg daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved a gradvis oke dosen med 5 mg pr. uke i de forste 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (1 pumpetrykk) daglig. Uke 2: 10 mg (2 pumpetrykk) daglig. Uke 3: 15 mg (3 pumpetrykk) daglig. Uke 4: 20 mg (4 pumpetrykk) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose pa 20 mg (4 pumpetrykk) daglig. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering er ikke nodvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bor daglig dose vare 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen okes til 20 mg /dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bor dosen vare 10 mg /dag. *Nedsatt leverfunksjon:* Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nodvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfolsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstrometorfan bor unngas pga. okt risiko for bivirkninger. Overvakning av pasienter ved tilstander med okt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenoytraliserende midler, renal tubular acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan vare nodvendig. Pga. begrenset erfaring bor pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert hoyt blodtrykk overvakes noye. Bor ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Draperne bor ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis a nedsette evnen til a kjore motorkjoretoy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat pavirkning pa reaksjonsevnen. Pasienter bor informeres om a vare spesielt oppmerksomme nar de kjorer motorkjoretoy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan vare nodvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og dekstrometorfan bor unngas pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebarer en mulig risiko for okte plasmanivaer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av okt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Noye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bor ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nodvendig, og etter noye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas a forekomme. Amming frarades under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100):* Gastro-intestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Hypertensjon. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Somnolens. Øvrige: Hodepine. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt, venetrombose/tromboembolisme. Infeksiose: Soppinfeksjoner. Nevrologiske: Unormal gange. Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er ogsa rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** *Symptomer:* Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser pa <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, sovnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magetarmbesvær (oppkast og diaré). Den hoyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige men. En pasient som hadde fatt 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastloshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstloshet. Pasienten ble restituert. *Behandling:* Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side d. **EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme:* Ved nevrodegenerativ demens er det i okende grad bevis for at svikt i glutamaterge nevrotransmittere, savlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til bade symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk okte spenningsnivaer av glutamat som kan fore til nevronal dysfunksjon. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid:* Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t½ pa 60-100 timer. Total clearance (Cltot): 170 ml/minutt/1,73 m2. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor pa 7-9. *Metabolisme:* Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Draper: Apnet flaske bor brukes innen 3 maneder. **PAKNINGER OG PRISER:** ***Draper:*** 50 g (glassflaske med doseringspumpe) 826,30. *Tabletter:* Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 591,00. *10 mg:* 30 stk. (blister) 516,30. 50 stk. (blister) 823,80. 100 stk. (blister) 1612,70. *20 mg:* 28 stk. (blister) 932,80. 98 stk. (blister) 3177,30. **SIST ENDRET:** 06.05.2010

20 mg • En om dagen
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

1) Winblad B et al. Int J Geriat Psychiatry 1999; Vol 14: 135-146



Legers profesjonsetikk

Terje Mesel
Legers profesjonsetikk
Refleksjon og mestring i en sykehuskultur
Høyskoleforlaget AS 2009
308 s.

Dette er en bok som jeg med én gang vil anbefale for Utpostens lesere.

Boken er en bearbeidelse av en avhandling kalt «Profesjonelle i klemme», som Terje Mesel forsvarte for sin Phd-grad ved det medisinske fakultet i Oslo i 2009. Han er teolog med erfaring fra undervisning innen filosofi og etikk. Han har i studien innlemmet leger fra ulike sykehus i Norge. I kvalitative forskningsintervjuer søker han svar på hvordan legene evner å være et «profesjonsetisk subjekt», som han kaller det – altså hvordan legene mer eller mindre bevisst forholder seg til små og større etiske utfordringer i sin daglige praksis.

Hvorfor lese en doktoravhandling? – For det første fordi denne boken gir leger utenfor sykehus et innblikk i hvilke etiske og praktiske dilemmaer våre kolleger i institusjonene baler med for tiden, både når det gjelder arbeidet med pasientene direkte, kolleger og sykehusledelse. Og det er ikke uvesentligheter som kommer fram. Boken tematiserer utviklingstrekk som neppe er ønskelige verken for sykehuslegene eller for befolkningen som legene skal hjelpe. Enn så lenge kan det se ut som om legene evner å stå imot en del av det som kan komme til å bryte ned fag og profesjon.

For det annet gir boken en eksemplarisk presentasjon av en kvalitativ studie. Her skriver forfatteren lettlest og med en spennende stigning i framstillingen om gangen gjennom en intervjustudie – fra idé og gjennom teoretiske overveielser og metodevalg til en jordnær beskrivelse og analyse av feltarbeidet. Vi blir kjent med 21 anonymiserte sykehuskolleger: kvinner og menn, erfarne og relativt nyutdannede. Sitater og kommentartekst utfyller hverandre på en smidig måte som gir god lesbarhet gjennom hele boken.

Det er ikke daglig kost at en person utenfor helsetjenesten kan utvise et slikt «innenfra-perspektiv» som forfatteren av denne boken. Hans kvalitative tilnærming er i så måte en styrke for å gjøre stoffet ytterligere troverdig og relevant.

Så god lesning!

Eli Berg
Senter for helsefremmende arbeid, Ahus/UiO

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin

Lyrikk

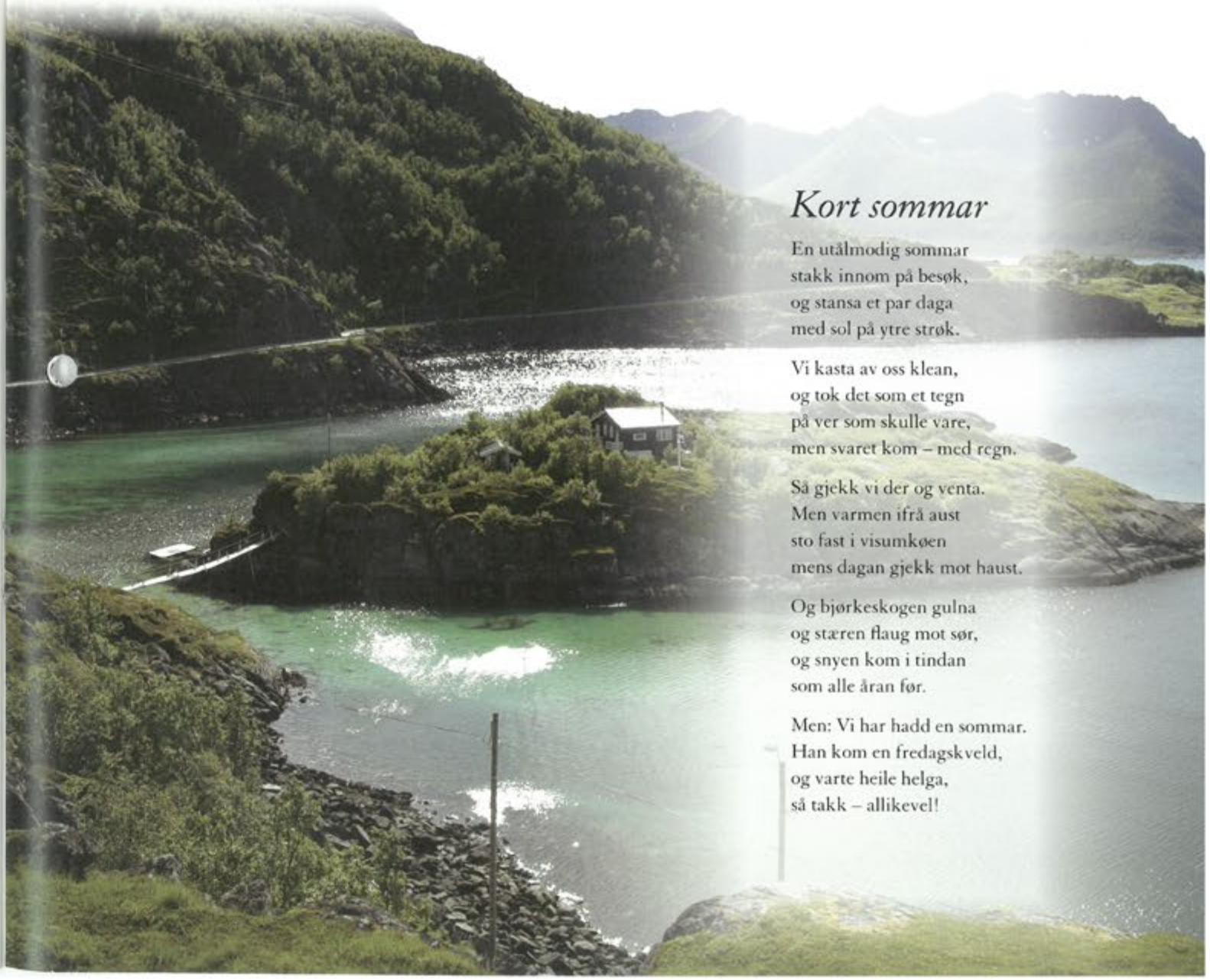
En lyrisk stafett

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 lyrikk-spalten. Velkommen og lykke til! **Tove Rutle – lagleder**

Siden det lir mot høst og vi her nord sitter og føler på hvor kort sommeren egentlig er, velger jeg meg et dikt av Helge Stangnes. Han er en av de gode diktere vi har fra Senja og som på så fortreffelig måte evner å sette ord på ting. Vi har faktisk hengt opp dette diktet i kantina hos oss, og smiler til det og kjenner at det gjør godt å lese likevel. Diktet heter: «Kort sommar», utgitt 2003 i samlingen «Frø i vind».

Jeg har valgt å utfordre en god kollega på Finnsnes til å bli med på Utpostens lyrikk-stafett. Bjørn Ringstad er tidligere kommunelege i Lenvik, og har nå en fastlegepraksis på Finnsnes / Hamna Legekontor. Jeg tror han vil ha et godt utvalg av dikt som vi andre kan glede oss over, så jeg er trygg på at stafettpinnen får en god vert i han.

Vennlig hilsen
Arne Holm,
kommuneoverlege i Bardu



Kort sommar

En utålmodig sommar
stakk innom på besøk,
og stansa et par daga
med sol på ytre strøk.

Vi kasta av oss klean,
og tok det som et tegn
på ver som skulle vare,
men svaret kom – med regn.

Så gjekk vi der og venta.
Men varmen ifrå aust
sto fast i visumkøen
mens dagan gjekk mot haust.

Og bjørkeskogen gulna
og stæren flaug mot sør,
og snyen kom i tindan
som alle åran før.

Men: Vi har hadd en sommar.
Han kom en fredagskveld,
og varte heile helga,
så takk – allikevel!

En ekte Stenbakk

En historie om restarbeidsevne

Historier fra virkeligheten

Noen kan skryte av å ha en Picasso, eller en Munch eller kanskje en ekte Savio på veggen. Det kan ikke jeg. Istedet har jeg en ekte Stenbakk på hytta. Dvs originalen, den egentlige Stenbakk, går levende rundt i Pasvikdalen, mens det jeg har på hytta er et av hans produkter, et flott hjørneskap med border og lister.

Denne historien handler om 80 år gamle Arne Stenbakk fra Sameti ved Pasvikelva, grenseelva som nå er grense mot Russland, men som tidligere har vært grenseelv mot både Finland og Sovjetunionen.

Det er mange temaer som kunne vært brukt som hovedtema når en person fra «ødemarken» skal portretteres. Kanskje kunne denne historien handle om det å bli født av finsktalende foreldre innenfor Norges grenser, og hvordan han etter hvert ble norsk/finsk tospråklig? Eller man kunne ha beskrevet livet på skoleinternatet på Strand med seks uker på skole og seks uker hjemme? Man kunne ha fortalt om oppveksten i et okkupert land, der tyskerne tok skolen i bruk i 1940, slik at de tre årene med skole fra han var syv til han var ti år gammel var alt han fikk med seg av grunnskole i Norge. Et annet spennende tema er hvordan de tyske okkupantene nektet å etterkomme ordre om å utføre brent jords taktikk; etter over tre års okkupasjon av Pasvikdalen var mange av tyskerne blitt så glad i området og folkene, at det for dem var uaktuelt å svi av befolkningens hus, lokalbefolkningen ble til og med invitert til å komme og forsyne seg av tyske depoter før tyskerne satte fyr på dem. Alternativt kunne temaet ha vært hvordan han som 15-åring hjalp til med å ro sovjetiske soldater fra den røde armé over Pasvikelva i oktoberdagene 1944, slik at de kunne jage de tyske okkupantene ut av Øst-Finnmark. Den mest dramatiske historien som kunne vært brukt som tema var nok det som skjedde samme høsten da han gikk seg en tur med sin bror og svoger, da svogeren plutselig trødde på en landmine og fikk det ene beinet revet av, hvordan de fikk ham i robåt og rodde ham ned Pasvikelva til Svanvik der det var et sovjetisk feltlasarett, men der svogeren likevel døde av blødningene som minen hadde forårsaket.

Kanskje noen av disse temaene kan bli beskrevet en annen gang, men temaet som jeg vil beskrive denne gangen er et kjent begrep innen trygdemedisin, velkjent av alle allmennleger, nemlig begrepet «Restarbeidsevne».

Arne ble født med normalt syn, men ble blind i ungdomsårene. Høyre øye ble truffet av en tresplint mens han drev med vedhogst i 1943. Splinten ble tatt ut, men skaden var stor og gradvis utviklet han grå stær og mistet synet helt på dette øyet. I 1945, han var da blitt 15 år, lekte han «slå på pinne»-leken, med det resultatet at pinnen traff ham rett i

det venstre øyet og ødela det helt. Til tross for to måneders opphold på sykehuset i Boden i Nord-Sverige var synet på dette øyet ikke til å berge. Han fikk senere glassøye på venstre side. Han var således blitt blind i en alder av 15 år.

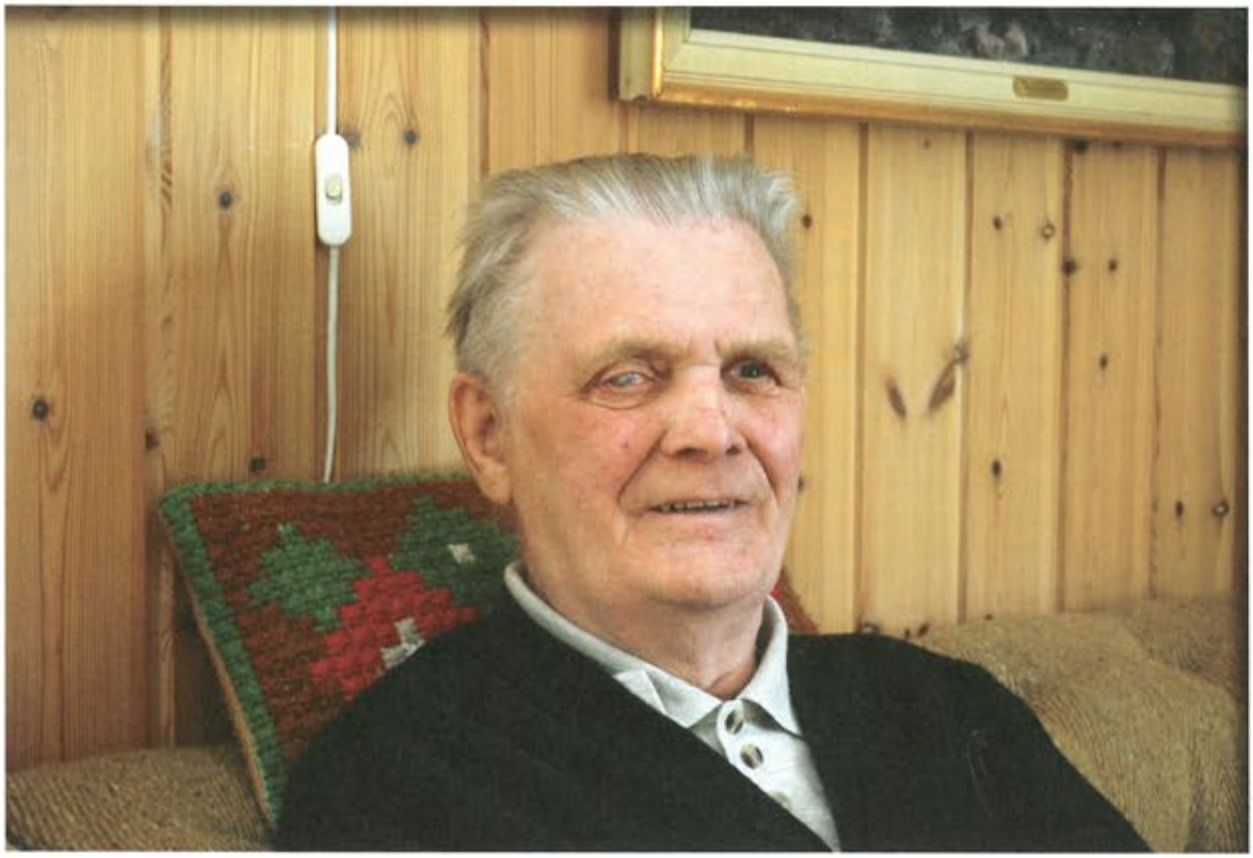
Hva gjør så en ung mann som står på terskelen til å starte på voksenlivet med arbeid, og voksenetablering, og som plutselig mister synet, først på det ene og deretter på det andre øyet? Det ville vært lett å forstå om han var blitt bitter, deprimert og sturende. Men nei. I det han kjente at han mistet synet på det andre øyet hørte han en stemme si til ham at «Du skal få se i himmelen». Han var sikker på at det var Gud selv som snakket til ham, og disse ordene fylte ham umiddelbart med fred, og alt av bekymring forsvant. Han har alltid vært troende, og han innfant seg raskt med at han i livet på jorda ville være blind, men at det ville komme en tid etter livet på jorda, og da ville han kunne se igjen. Han sier selv at det var godt at han forsonet seg med sin skjebne så raskt, mange andre blinde han har møtt har vært både bitre og depressive, noe som ikke tjener noen hensikt.

Etter oppholdet i Boden kom han hjem, og som 15-åring hjemme i Pasvik var det bare å hive seg rundt og delta i de aktivitetene som trengtes i familien. Som en av til sammen seks søsken var det alltid noen han kunne gjøre ting sammen med, mange aktiviteter trengte seende øyne, og om ikke han kunne se, så kunne vel en av hans søsken hjelpe ham med det! Tross manglende syn var han sammen med sine søsken på fiske med stang både fra båt og land, og han drev med snarefangst av ryper og hare, der de snarene som stod lengst unna kunne medføre en skitur på tre til fire kilometer hver vei. Han ble satt i vedhogst og multebærplukking, «men det ble da en del kart» innrømmer han med et smil. Til og med garnbøting utførte han med den største selvfølgelighet.

Da han var fylt 18 år kom han inn på Blindeskolen på Huseby i Oslo, der gikk han i tre år. Han søkte seg inn på møbelsnekkerlinja, og kom inn der, til tross for at han i sin treårige skolegang ikke hadde rukket å ha befatning med sløydfaget.

Som blind blir det nok anatomisk feil å si at han fikk et godt øye til Kristina fra Hafslo, som jobbet som kjøkkenhjelp ved Blindeskolen, men det oppstod i hvert fall søt musikk mellom de to. Da han var ferdig på denne skolen i 1951, var det de to som reiste nordover til Pasvikdalen. Der fikk de et par år seinere bygget seg hus, bare noen kilometer fra hjemplassen hans. De fikk etter hvert to barn og levde som en hvilken som helst funksjonsfrisk familie.

Arne medgir at det å leve aleine som blind ikke er lett, verken økonomisk eller praktisk, så det å være to gjorde livet på alle vis livet lettere for ham. Kristina fikk seg jobb på skolen på Skogfoss, og Arne tok oppdrag som møbelsnekker. Blindetrygden han fikk fra Staten gav ikke det



store tilskuddet forteller de; 60 kroner utbetalt per kvartal var ikke noe å bli feit av!

Fra Blindeskolen fikk han med seg verktøyet som han hadde brukt der nede i undervisningen, som en slags etablererstøtte fra skolen. Hjemme fikk han satt opp en egen bygning til sitt snekkerarbeid, og der kunne han etter hvert etablere bedriften. Etter hvert gikk han til anskaffelse av elektrisk utstyr slik som avretterhøvel, boremaskin, fres, kappsag, båndsag og pussemaskin. Men lyspære i taket trengtes ikke!!

Når jeg besøker ham i snekkerbua er det april og det er ikke lenge før sommeren og midnattssola sørger for at det er lyst i Pasvikdalen døgnet rundt, og derved er også arbeidsplassen godt opplyst. Men jeg er blitt fortalt av andre som har kommet på besøk vinterstid at det å oppsøke Arne Stenbakk i hans snekkerbu har vært en selsom affære. I bekmørke har man hørt hvining av sag og fres og kjent dusjen av sagflis, og man har lurt på hvordan noen kan holde på med slikt arbeid i stup mørke uten å sage av seg det man har av fingre og hender. Men med en smil viser han fram ti fingre, og kan derved bevise at mens han var uheldig med øynene i sin ungdomstid, så har han berget seg godt som blind møbelsnekker!

Han forteller at han har levd et fullstendig fullverdig liv tross hans manglende synsevne.

Teltturer, fisketurer, skiturer, bærplukking; alt som vanlige mennesker ønsker å være med på har han fått delta i. Han lærte seg blindeskrift, men medgir at det å være møbelsnekker og få træler på fingrene, ikke var det beste yrket han kunne ha valgt seg når han også ønsket å ha følelse i fingrene slik at han kunne lese blindeskriften.

De siste årene har det blitt mindre blindeskrift; stort sett bare Bibelen og salmeboka. Ellers går det mye på lydbøker og lydaviser.

Om han ville søke om erstatning for tapt skolegang? Eller uføretrygd pga blindhet? Ikke tale om. Han synes at det i dag er for lett å kreve erstatning og trygd. Det er sunt med utfordringer, sunt å jobbe, sunt å bli sliten og trøtt.

Han er nå fylt 80 år og er frisk på alle vis. Han hogger fortsatt vinterved til eget bruk, og når svigersønnen må ha hjelp med å bøte garnene etter sommersesongen er det godt å kunne ty til svigerfaren på Sameti i Pasvikdalen.

Når jeg hører ord som funksjonsvurdering og restarbeidsevne går alltid mine tanker til Arne Stenbakk. Han lever opp til ordene om at det er viktig å se etter muligheter, ikke etter begrensninger.

På hytta kan jeg sitte og betrakte og beundre det fine hjørneskapet som han snekret til meg for noen år siden. Andre kan ha sin Picasso eller Munch. Jeg er strålende fornøyd med å ha en ekte Stenbakk.

Flere nye tidsskrifter i Helsebiblioteket

Tips til praksis

Helsebiblioteket har nylig fått tilgang til 170 nye tidsskrifter fra Swets. På legemiddelområdet har du for eksempel rundt 20 flere titler å velge mellom.

Tidsskriftspakken fra Swets, som er tilgjengelig i Helsebiblioteket, er utvidet med en rekke nye titler fra 2010. Blant tidsskriftene som har med legemidler å gjøre, omhandler de sist ankomne alt fra legemiddelsikkerhet og legemiddeladministrasjon, til artikler av mer teknisk art.

For å lese tidsskriftene fra Swets, må du være innlogget i Helsebiblioteket.

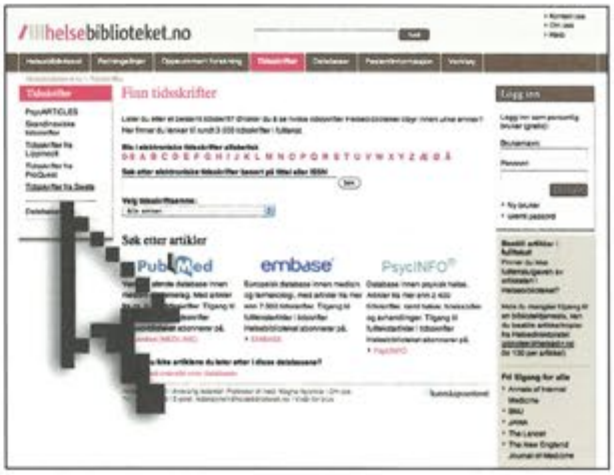
Eksempler på titler knyttet til emnet legemidler:

- Drug and Chemical Toxicology
- Drug Delivery
- Drug Development and Industrial Pharmacy
- Drug Metabolism Reviews
- Drugs – Education Prevention and Policy
- Expert Opinion on Drug Delivery
- Expert Opinion on Drug Discovery
- Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology
- Expert Opinion on Drug Safety
- Expert Opinion on Emerging Drugs
- Expert Opinion on Investigational Drugs
- Expert Opinion on Pharmacotherapy
- Immunopharmacology and Immunotoxicology
- Journal of Drug Targeting
- Journal of Liposome Research
- Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy
- Pharmaceutical Biology
- Pharmaceutical Development and Technology
- Xenobiotica

Tidsskrifter i emnebiblioteket

Sammen med en rekke andre tidsskrifter på legemiddelområdet, finner du tidsskriftene ovenfor på Emnebibliotek legemidler under «Tidsskrifter»: **Tidsskrifter om legemidler fra Helsebibliotekets samling**
På **tidsskriftssiden i Emnebibliotek legemidler** finner du også tematisk oversikt over tidsskrifter.

Er du på jakt etter et bestemt tidsskrift kan du benytte **Helsebibliotekets tidsskriftssøk.** Her har du mulighet for å



søke på tittel eller ISSN-nummer, og du kan lete alfabetisk eller på tema.

Du kan velge tidsskrifter fra en bestemt utgiver fra listen i venstremargen på Helsebibliotekets søkeside for tidsskrifter. Her finner du blant annet fullstendig oversikt over alle tidsskrifter fra Swets.

Stort utvalg tidsskrifter

Det er samtidig verdt å minne om at Helsebiblioteket gir nasjonal tilgang til de «fem store» (krever ikke innlogging):

- Annals of Internal Medicine
- BMJ
- JAMA
- The Lancet
- The New England Journal of Medicine

Skandinaviske tidsskrifter finnes under eget menypunkt:

- Norske/skandinaviske tidsskrifter.

Denne saken med lenker til omtalte ressurser finner du på **http://www.helsebiblioteket.no/legemidler**

Ingrid Moen Rotvik

RELIS

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

Spørsmål til RELIS

Gir kombinasjon av SSRI med platehemmere eller NSAID økt frekvens av blødninger?

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) kan gi økt blødningstendens. Mekanismen som antas å ligge til grunn er at SSRI i terapeutiske doser kan hemme serotoninopptak og føre til serotoninmangel i blodplatene. Serotoninfrigjøring fra platene er viktig for regulering av hemostatisk respons på skader ved å potensere plateaggregasjon (1). Preparatomtalene for SSRI anbefaler forsiktighet blant annet ved samtidig behandling med legemidler som har effekt på platefunksjon (2). Hvor mye kombinasjonen av platehemmere og SSRI øker risikoen for blødning gir ikke litteraturen noe klart svar på (1).

SSRI bruk er assosiert med økt risiko for øvre GI-blødning i de fleste studier hvor dette har vært undersøkt, men relativ risiko kontra ikke brukere av SSRI varierer fra 0,8–3,6 (5). Flere kasus-kontroll studier og retrospektive kohortestudier har rapportert om en statistisk signifikant assosiasjon mellom samtidig SSRI og NSAIDs-bruk og GI-blødning (1, 3, 4, 5). Kombinasjonen er funnet å øke risikoen mellom 2,8–15,6 ganger (4). Imidlertid har ikke alle studier har vist en økt risiko for GI-blødning ved kombinasjon av SSRI og NSAID kontra NSAID alene (1).

En studie fra et allmennpraktikerregister i Storbritannia ( ) støtter hypotesen om at SSRI øker blødningsrisikoen, og at dette kan forsterkes ved samtidig bruk av NSAIDs og kortikosteroider og platehemmere. Risiko for blødning i øvre gastrointestinaltraktus var økt med to til tre ganger i SSRI/SNRI-gruppen i forhold til ikke-brukere. Samtidig bruk av SSRI og NSAIDs økte risikoen ytterligere, med en odds ratio på 4,8. Man fant ingen økt risiko i pasientgruppen som helhet blant de som hadde fått både SSRI og platehemmer eller orale antikoagulantia. En mulig forklaring på dette er at flere av pasientene brukte enten protonpumpehemmer eller H2-reseptorantagonister. En analyse av de pasientene som ikke brukte syrehemmende midler viste enda høyere risiko for gastrointestinal blødning, med en odds ratio på ni for SSRI+NSAID og odds ratio på 4,7 for SSRI+platehemmer. Ut fra dette beregnet forfatterne at man må behandle 2000 pasienter med SSRI alene i ett år for at det skal oppstå ett tilfelle av øvre gastrointestinalblødning. Dersom man gir SSRI+NSAID, uten at pasienten får syrehemmende midler, er tilsvarende tall 250 pasienter i ett år. For SSRI+platehemmer: 500 pasienter i ett år. Man fant at risikoen ble redusert betydelig dersom pasientene fikk en syrehemmer og forfatterne anslår at antallet pasienter som kan behandles før et tilfelle av blødning inntreffer kan øke fra 250–500 til 5000 pr. år.

Økt risiko for øvre GI-blødning er også påvist i en nyere dansk case-kontrollstudie av pasienter med magesår/gastritt, signifikant blødning og en påvist potensiell blødningskilde i magesekk eller duodenum ( ). Odds ratio etter bruk av SSRI alene var på 1,7 (95 prosent CI 1,49–1,95), med høyest risiko for nåværende eller nylige brukere. Bruk av SSRI og NSAID samtidig økte odds ratio til 8,0 (95 prosent CI 4,8–13). SSRI+acetylsalisylsyre ga en odds ratio på 3,0 (95 prosent CI 0,96–9,2). Bruk av både SSRI, NSAID og ASA samtidig ga en odds ratio på hele 28 (95 prosent CI 7,6–103). De estimerte at 718 personer måtte behandles med SSRI-alene i ett år for å få et tilfelle av øvre gastro-intestinal blødning 6.

Selv om ikke risikoprofilen er endelig avklart, og risiko/forekomst varierer mellom studiene, gir tallene en indikasjon på forekomsten i et pasientmateriale som bruker disse legemidlene. Tett oppfølging og tillegg av gastroprotektive legemidler som protonpumpehemmere kan vurderes hos risikopasienter 1,3.

Konklusjon

Det er grunn til å anta at bruk av platehemmer(e)/NSAID og SSRI vil være en aktuell kombinasjon for mange pasienter. Det er holdepunkter for økt risiko for GI-blødning og forsiktighet anbefales dersom slike preparater brukes i kombinasjon, spesielt til eldre og til pasienter med allerede økt risiko for gastrointestinal blødning. Tett oppfølging og tillegg av gastroprotektive legemidler som protonpumpehemmere kan vurderes hos risikopasienter.

Tone Westergren
Seksjonsleder,
cand. pharm.

Jeanette Schultz Johansen
Rådgiver,
cand. pharm.

RELIS Sør, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Referanser

1. Baxter K, editor. Stockley's Drug Interactions. London: Pharmaceutical Press. Electronic version. (Sett 28. september 2010) Statens legemiddelverk. Preparatomtaler (SPC) Serotonin reopptakshemmere. http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok (Søk 29. september 2010).
2. Eiermann B (red.). Janusinfo – Swedish Finnish Interaction X-referencing. http://www.janusinfo.se/sfinx/interactions/index_menus.jsp (Sett 29. september 2010).
3. Lexi-Comp Online interaction monograph. NSAID (nonselective)/Selective serotonin reuptake inhibitors. www.helsebiblioteket.no/ (sett 29. september 2010).
4. de Abajo F, Garcia-Rodriguez LA. Risk of upper gastrointestinal tract bleeding associated with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine therapy. Arch Gen Psychiatry 2008; 65 (7): 795–8034
5. Dall M, Schaffalitzky de Muckadell OB. An association between selective serotonin reuptake inhibitor use and serious upper gastrointestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7(12): 1314–21.

MEDINOR

Ultralydscanner Logiq C5

Stasjonær PC-basert

Art.nr.: LOGIQ C5

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

www.medinor.no

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

En skremmende spiralopplevelse

Etter godt over 25 år som allmennpraktiker i en mellomstor utkantkommune med en stor kvinnepraksis anser jeg meg som en relativt habil spiralinnsetter. Det har blitt noen hundre spiralinnsettinger i løpet av årene, noe som selvfølgelig har medført erfaringer av ulike slag. Stort sett har alt gått greit inntil jeg for en måneds tid siden hadde min mest skremmende opplevelse i den forbindelse noen gang. Jeg måtte snakke med en av mine kollegaer etter hendelsen for å roe meg ned, og ble straks oppfordret til å sende historien til Utposten, hvilket jeg gjør nå.

Det var fredag, og listen var mer enn full – en helt vanlig dag med andre ord. Nokså tidlig på dagen kom en kvinne i 40-årene som ønsket å sette inn en spiral. Hun hadde tidligere brukt p-spøyte i mange år, men ønsket en annen prevensjonsløsning nå og hadde altså valgt spiral. Også dette er en vanlig problemstilling. Vi drøftet spiral som alternativ, og siden hun var sikker i sitt valg, satte jeg nokså raskt i gang med prosedyren. Som vanlig startet jeg med å palpere uterus og fant denne svakt antevertert. Jeg tok deretter en cervix-cytologi – hun rapporterte om tidligere funn av celleforandringer og vi hadde ingen opplysninger om dette siden hun var nyinnflyttet til kommunen. Hun ønsket Nova-T kobberspiral. Jeg sonderte uterus og begynte innsetting. Møtte litt motstand ved indre mormunn, men etter lett trykk mot denne skled spiralen på plass. Kvinnen tilkjennega et ubehag i underlivet – ikke uvanlig – og jeg fortsatte, slik jeg pleier. Hun sa plutselig at hun begynte å bli svimmel og uvel, og stemmen var svak. Jeg så opp på henne og observerte at hun var blek. Jeg tenkte at hun sikkert fikk en vasovagal synkope, men før tanken var tenkt ferdig og tråden klippet, «forsvant» hun for meg. Dette har jeg opplevd flere ganger tidligere, og fortsatte rolig med avlutningen av prosedyren; klippe tråder og ta spekel og tang ut.

Da plutselig skjedde det uventede; hun fikk generelle kramper og urinavgang mens jeg holdt på med avslutningen! Jeg ble nokså perpleks, og kjente pulsen hamre. Jeg var livredd hun skulle falle ned av stolen, og vet jeg reiste meg fra krakken og forflyttet meg for å kunne holde rundt henne og forhindre fall. Hvor lenge dette varte? Jeg vet ikke sikkert, men antar maksimum to minutter – kanskje kortere. Det kjentes som en evighet. Hun var ikke kontaktbar de første minuttene etter at krampene gikk over, men kom seg nokså raskt slik at jeg kunne kommunisere med henne igjen. Hun var nokså omtåket i starten. Jeg følte meg ikke spesielt høy i hatten; vasovagal synkope har jeg opplevd en rekke ganger, men aldri med kramper og urinavgang!

Jeg fikk en legesekretær til å se til pasienten og ringte så snart jeg kunne til nevrolog på nærmeste universitetssykehus. Vedkommende tok heldigvis min henvendelse meget alvorlig og tilfellet ble drøftet med andre nevrologer før jeg fikk tilbakemelding. Nevrologene mente dette mest sannsynlig var en konvulsiv synkope, noe de av og til ser i forbindelse med sterk autonom aktivering. Dersom hun kom seg raskt og ikke var syk for øvrig mente nevrologen derfor at videre utredning ikke var nødvendig. Jeg ble raskt noe beroliget, men fikk plutselig en ny innskytelse. Tenk om jeg hadde perforert uterus, og at det var årsaken til den voldsomme reaksjonen? Ny telefon. Denne gang til lokalsykehusets gynekolog; om han kunne være snill, for min skyld, å gjøre en ultralyd for rett og slett sjekke at spiralen lå intrauterint? Jo da, han kunne det. Takk og pris!

Slutten av historien var heldigvis helt udramatisk. Etter at hun hadde ligget på et undersøkelsesrom hos oss en times tid under nøye oppfølging av en av våre utmerkede legesekretærer kunne hun forlate oss og dra på sykehuset for ultralyd. Før hun dro hadde hun plutselig kommet til å huske at noe lignende hadde skjedd rundt 20 år tidligere, også ved et inngrep. Jeg kjente skuldrene skli på plass og pulsen normaliseres, og da gynekologen ringte meg etter ytterligere en halvtimes tid og kunne bekrefte at spiralen lå fint på plass kunne jeg endelig puste lettet ut.

Dette ble en mer skremmende opplevelse enn jeg var forberedt på, men jeg lærte mye. Heldigvis hadde jeg enda en spiralinnsetting samme dag – uten kramper og synkope – alt gikk etter oppskriften, så jeg får ikke den store skjelven ved spiralinnsettinger etter dette. Hendelsen minner meg imidlertid om noe jeg vet, men av og til glemmer; selv med lang erfaring kan nye og uventede situasjoner oppstå der du minst venter dem. Den kvelden satt jeg lenge på NEL, og det ble også googlet mye. Det er godt vi har gode hjelpemidler lett tilgjengelig.

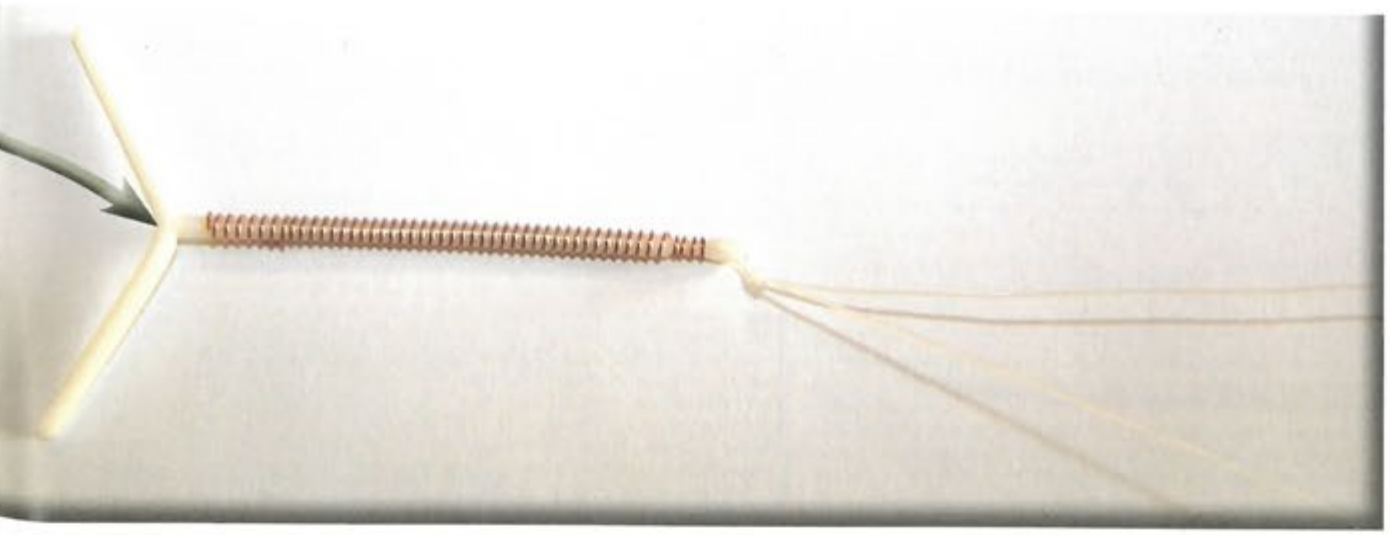
Synkope

Et plutselig innsettende tap av bevissthet, fra sekunders til minutters varighet, forårsaket av spontant reversible forstyrrelser i hjernens funksjon og med umiddelbar tilfriskning uten intervensjon.

3 hovedkategorier:

Vasovagal synkope: 50–60%
Kardial årsak: 10–40%
Nevrologisk årsak: 0–4%
Ukjent årsak: opptil 30% av tilfellene

Det ble alvorlige komplikasjoner da kvinnen skulle bytte prevensjonsmetode fra p-sprøyte til spiral.



UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergvn. 32
2050 Jessheim
TLF.: 907 84 632 – FAX: 63 97 16 25
E-POST: **rmrtove@online.no**

Unn deg et eget eksemplar av

UTPOSTEN

Det koster kr. 500,– pr år!

Jeg ønsker å abonnere på **UTPOSTEN**:

NAVN .....

.....

ADRESSE .....

.....

POSTSTED .....

.....

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

Annonsér i Utposten

Abonner på Utposten

se s. 14 for info for 2011

Neurontin Pfizer

Antiepileptikum. **ATC-nr.: N03A X12**

KAPSLER, harde 100 mg, 300 mg og 400 mg: Hver kapsel inneh.: 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 inneh.: 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 nevralgi hos voksne.

Dosering: Tabell 1 viser anbefalt dosetitreringsskjema 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. Langsommere 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 enkeltdoser. 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 dosen bør fordeles på 3 enkeltdoser 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. Langsommere 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 nevralgi, er effekt og sikkerhet ikke undersøkt for behandlingstid >5 måneder. Tiden mellom kveldsdose og påfølgende morgendose bør ikke overskride 12 timer. Kan tas uavhengig av mat. Kapslene bør svelges hele med rikelig drikke. Pasienter med 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[3]	150[2]-300

[1]Døgndosen 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.

ΔForsiktighetsregler: 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 terapiresistente pasienter. Om en ikke oppnår tilfredsstillende effekt, bør derfor gabapentin gradvis seponeres. For hurtig seponering kan medføre risiko for en økning i antall anfall eller t.o.m. status epilepticus. Ved høye doser av gabapentin er det sett økt forekomst av adenomer og 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 fordelen klart oppveier en mulig risiko. Hvis forebyggelse av anfall svekkes eller opphører, kan dette føre til betydelig risiko for både mor og det ufødte barn. Dyreforsøk har vist 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 fordelen klart oppveier risikoen.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Infeksiøse: Virusinfeksjoner. Nevrologiske: Somnolens, svimmelhet, ataksi. Øvrige: Tretthet, feber. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, kvalme, tannmisdannelser, tannkjøttbetennelse, diaré, abdominal smerte, dyspepsi, forstoppelse, tørrhet i munn eller hals, flatulens. Hjerte/kar: Hypertensjon, vasodilatasjon. Hud: Ansiktsødem, purpura, oftest beskrevet som blåmerker etter skade, utslett, pruritus, akne. Infeksiøse: Pneumoni, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, infeksjon, mellomørebetennelse. Kjønnsorganer/bryst: Impotens. Luftveier: Dyspné, bronkitt, faryngitt, hoste, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerter, muskelrykninger. Nevrologiske: Kramper, 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 (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Palpitasjoner. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (f.eks. urticaria). Nevrologiske: Hypokinesi. Undersøkelser: Forhøyede leverfunksjonsverdier SGOT (ASAT), SGPT (ALAT) og bilirubin. Øvrige: Generalisert ødem. Etter markedsføring: Ukjent: Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, angioødem, erythema multiforme, alopesi. Kjønnsorganer/bryst: Brysthypertrofi, gynekomasti. Lever/galle: Hepatitt, gulsott. Muskel-skjelettsystemet: Myoklonus. Nevrologiske: Andre bevegelsesforstyrrelser (f.eks. choreoatetose, dyskinesi og dystoni). Nyre/urinveier: Akutt nyresvikt, urininkontinens. Psykiske: Hallusinasjoner. Undersøkelser: Svingende blodglukosenivåer hos diabetikere. Tilfeller av akutt pankreatitt. Årsakssammenhengen med gabapentin er uklar. Hos pasienter som får behandling med hemodialyse ved terminal nyresvikt, er det rapportert om myopati med økt kreatininkinasenivå. Luftveisinfeksjoner, mellomørebetennelse, kramper 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), brystsmerter. Plutselig uforklarlig død er rapportert uten at relasjonen til gabapentin er klarlagt.

Overdosering/Forgiftning: Akutt livstruende toksisitet er ikke observert ved overdosering av gabapentin med opptil 49 g. Overdose, spesielt ved kombinasjon med andre CNS-hemmende legemidler, kan føre til koma. Symptomer: Svimmelhet, dobbeltsyn, utydelig tale, 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 sluttfase.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerter	111, 112
90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
N88	Epilepsi	-

ICD		Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerter	111, 112
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
G40	Epilepsi	-

Vilkår:

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

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

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)

E2010-1030

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker
Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

ADRESSEKILDE: CEGEDIM TLF: 21509000

B-PostAbonnement
RETURADRESSE:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

NEURONTIN®
gabapentin
WWW.PFIZER.NO/NEURONTIN

Pfizer

Ref: 1) Neurontin SPC 18.03.2010