

utposten

Nr. 7–2010

Nr. 8: Julenummer, eget bilag inne i bladet
ÅRGANG 39

*Blad for
allmenn- og
samfunns-
medisin*



Innhold:

LEDER: Vold – hva gjør det med oss? AV ESPERANZA DIAZ	1
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Sikkerhet på legekontoret Hvordan skal vi forholde oss? AV ARNE HAUGLI, TORUNN JANBU, TROND EGIL HANSEN OG LARS A. NESJE	2
Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke, 2010. REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD OG SABINE RUTHS	8
Stor oppslutning om Primærmedisinsk uke. AV LISBETH HOMLONG	20
Prisutdelinger ved PMU 2010. AV TOM SUNDAR	23
Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem. AV ANETTE HYLEN RANHOFF	26
Unødvendige innleggelser – finns dom? AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN	30
Gratis elektroniske oppslagsverk. AV ALEXANDER WAHL	36
Kjønn og helse – frie kvinner i avgrensa kroppar. AV LISBETH HOMLONG	38
BOKANMELDELSE: Tankevekkende og aktuelt om kropp, kjønn og makt. GENERASJON SEX ANMELDT AV LISBETH HOMLONG	42
Faste spalter	43

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

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: *Cuando el viento regrese*
(Når vinden vender tilbake) av Pilar Pedraza

LAYOUT/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS



Vold

– hva gjør det med oss?

Som 13-åring ble jeg utsatt for blind vold. Jeg gikk til skolen og en av to gutter som gikk i motsatt retning slo meg i hodet idet han gikk forbi. De to guttene var litt yngre enn meg. De lo og gikk videre. Jeg husker fortsatt hvordan jeg ble rasende og prøvde å si noe, men ingen ord kom ut av meg: Hvorfor hadde jeg blitt slått? Hadde jeg gjort noe for å fortjene dette? Jeg snakket ikke med noen rett etterpå. Jeg gikk videre til skolen og prøvde å glemme det.

Vold er en del av biografien til mange mennesker. Kanskje flere enn vi vil innrømme og i alle fall flere enn det vi vet om. Noen yrkesgrupper er mer utsatt for vold enn andre. Leger i allmennpraksis er en av flere sårbare grupper. De fleste av oss kjenner kolleger som har opplevd vold eller trusler, eller vi har selv opplevd ubehagelige situasjoner som vi tror vi må leve med. Men må vi det?

Alvorlige hendelser slik som den som blir beskrevet i dette nummeret av Utposten, setter dette viktige temaet på dagsorden. Hva kan vi gjøre i slike tilfeller? Hvem kan hjelpe? Hva må vi tåle? Kan vi nekte å ta oss av en pasient som har truet oss? Disse og andre spørsmål blir drøftet av Torun Janbu, Trond Egil Hansen og Lars Nesje.

Men vold er også en del av virkeligheten for mange av våre pasienter. Flere studier viser at mennesker som har opplevd traumatiske hendelser i barndommen blir sykere og dør tidligere enn de som har vokst opp i et fredelig miljø. De er sannsynligvis overrepresentert blant våre pasienter, spesielt blant dem med «diffuse» eller medisinsk uforklarte plager og sykdommer. Drude Bratlien skriver om pasienter med fibromyalgi, en gruppe der vi trolig kan finne voldsepisoder av psykisk eller fysisk art i sykehistorien – noe som kan forklare mye av lidelsen.

Vold er knyttet til skam. Allerede som 13-åring lurte jeg umiddelbart på om jeg hadde gjort noe som kunne være årsak til at jeg ble slått. Det er ikke enkelt å snakke med andre om dette, spesielt når det er noen som står pasienten nær som er voldsutøveren: Mange eldre mennesker blir utsatt for vold av nære pårørende, men tør ikke å gi beskjed. De har ingen andre som kan hjelpe dem. Eldre med demens eller deliriumstilstand, på den annen side, kan til tider bli voldelige overfor pårørende. Flere unge kvinner enn det vi ønsker å tro, opplever vold og seksuell trakassering.

Få mennesker snakker uoppfordret om vold til oss leger. Både fordi de ikke er klar over mulige sammenhenger med nåværende plager, og kanskje fordi de ikke tror at vi er interessert i å høre på slike historier. Kanskje tror vi også lite på at vi kan gjøre noe med dette selv? Det tenker i hvert fall en del av studentene som blir utplassert hos oss i noen uker. De er redd for å åpne Pandoras eske og ikke vite hva de skal gjøre med innholdet. Historien fra virkeligheten i dette nummeret blir forhåpentligvis inspirerende for noen.

Esperanza Díaz



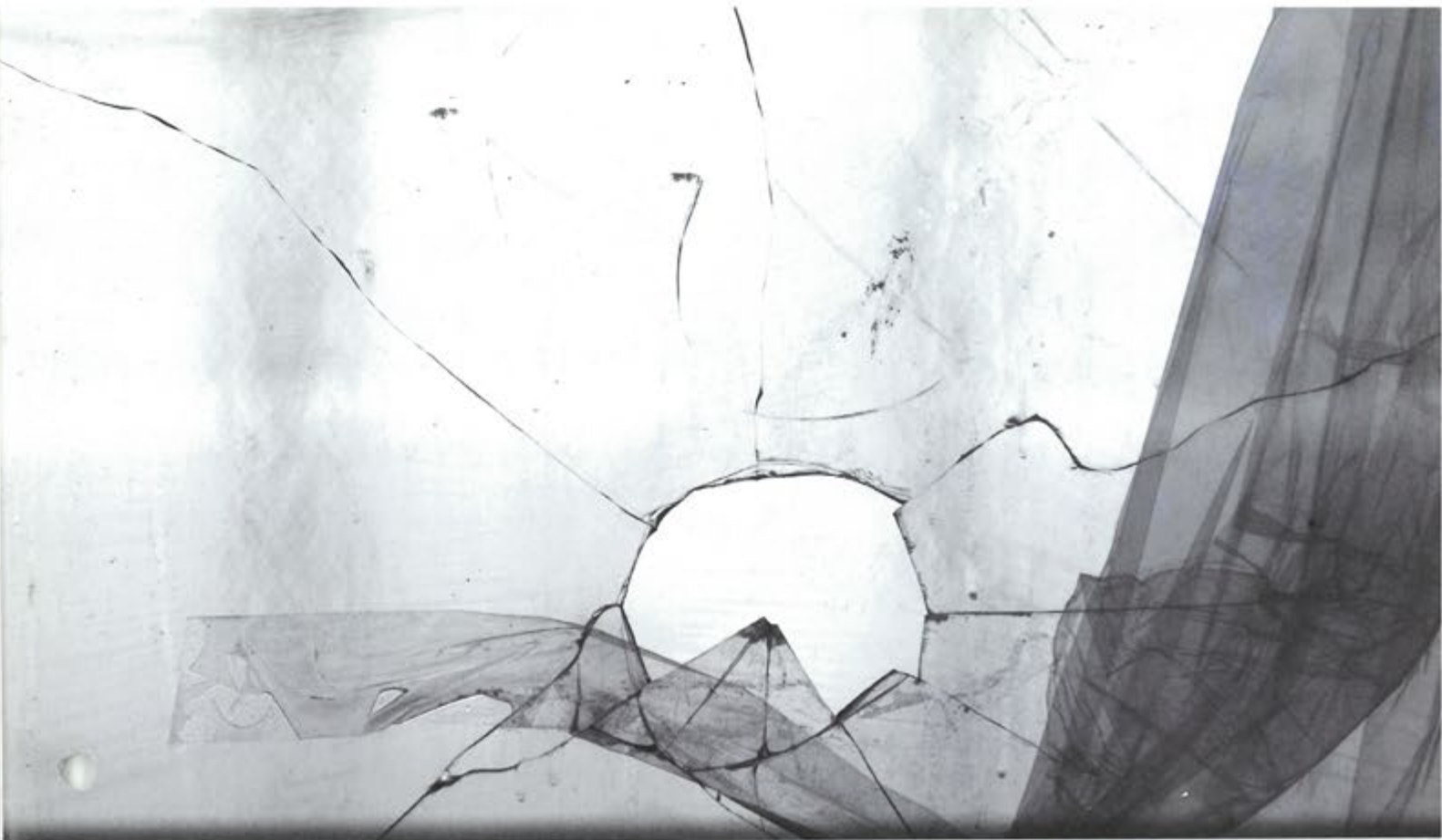


Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen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

AV ARNE HAUGLI, spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø

Lensmannskontoret ble lagt ned for noen år siden og slått sammen med kontoret i nabokommunen. På dagtid er nærmeste politimann én time unna, på kvelden minst to. Etter at lensmannskontoret ble nedlagt, har kommunen vært vitne til økende rusproblematikk. Det har ført til en rekke konflikter med rusavhengige som krever vanedannende legemidler.

Så går det fra galt til verre: Han har med seg en kanne bensin. Den tømmer han inn i venterommet, der det oppholder seg flere pasienter. Legekontoret ligger i et stort kompleks, samlokalisert med kommunens sykehus. Så svikter planen fordi han bare har en lighter, som han ikke kan kaste inn i bensinen.



ILLUSTRASJON: STEINAR HOGMO

Da går han ut, dynker papir i bensin, tenner på og kaster det inn i bilen din. Bilen står inntil veggen ved helsesenteret. Til alt hell tar det ikke fyr i bygningen, men bilen blir helt utbrent.

Mannen blir etterhvert overmannet av en resolutt turnuslege. Han blir bundet og sikret til politiet ankommer etter to timer. Han skriker ut trusler mot legene. Han bringes tilbake til sykehuset, der han legges inn på sin «faste» usikrede avdeling.

Sikkerhet: et forsømt eller fortiet tema?

Flaks gjør at ikke liv går tapt. Det blir overskifter i avisene og innslag i Dagsrevyen. Avdelingsoverlegen ved psykiatriposten forteller at alvorlig psykisk syke kan være stabile, men at det kan snu over natten dersom de ruser seg på f.eks. amfetamin: «Vi kan ikke bare stenge inne alle disse her, for å unngå at de kan komme til å ruse seg.»

Du ser innslaget på TV sammen med familien. Barna er livredde. Dette er ikke en scene fra en dårlig skrekkfilm, det er ikke en skrekkvisjon. Det er en realitet.

Spørsmålene blir mange:

1. Hva slags sikkerhet har vi krav på i arbeidet?
2. Er kravene like høye i utkantkommuner?
3. Kan vi kreve at politiet skal stille opp ved konsultasjoner?
4. Kan vi føle oss sikre på at familiene våre er trygge?
5. Hvor mye støtte kan vi vente oss fra Legeforeningen?
6. Har støttegruppene i fylkene en oppgave her?
7. Kan vi etter slike hendelser ha tillit til at pasienter med dobbeltdiagnoser får den behandling og sikring som er nødvendig for at befolkningen skal føle en rimelig grad av trygghet?

DEL 2: LEGER HAR KRAV PÅ BESKYTTELSE

Utposten har bedt ledere i Legeforeningen om å kommentere spørsmålene og utfordringene som Arne Haugli reiser innledningsvis.

Her følger redegjørelsene fra Torunn Janbu, Trond Egil Hansen og Lars Nesje.



Torunn Janbu

President i Legeforeningen:

Leger har krav på den samme beskyttelse som andre i samfunnet. Det er i utgangspunktet ingen forskjell her og det gjelder også når du er på jobb. Vi skal tilkalle politi når vi opplever trusler. Men – som leger strekker vi oss ofte svært langt for å ivareta pasientenes behov for hjelp, også når situasjonen blir ubehagelig. Dette handler om å ivareta tilliten mellom lege og pasienten og overholde taushetsplikten, men det kan gå ut over egen sikkerhet.

Vi vet at de fleste leger, og det gjelder særlig allmennleger og psykiatere, forventer å oppleve trusler i forbindelse med jobben sin. Det sier mye.

- Legeforeningen jobber med hvordan leger kan sikre seg mot trusler og vold fra pasienter eller pårørende. Det gis bistand i enkeltsaker der legene opplever seg truet eller utsatt for vold, i tillegg til at det arbeides med regelverksutvikling.

Vanlige årsaker til trusler er at en person ikke får f.eks. en resept eller en behandling vedkommende ønsker; misnøye med hjelpen man selv eller pårørende har fått; eller psykiske lidelser. I et langt legeliv er det ikke lett å unngå disse situasjonene. Problemet blir hvordan legen håndterer det – både akutt og på lengre sikt.

- Allmennlegeforeningen ga ut et hefte i 2004 om hvordan man kan innrede kontoret sitt og innøve rutiner, også sammen med hjelpepersonellet, ved truende episoder. Det har også vært arrangert kurs om dette temaet.
- For fastleger er det en tilleggsutfordring i å få flyttet pasienten fra sin liste. Dette ble tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet allerede i 2001, noe som førte til at det ble etablert en forståelse for slik flytting, uten at dette ble nedfelt i lovverket.

Kommunen har et sørge for-ansvar

Legeforeningen tar i forbindelse med enkeltsaker kontakt med KS, for sammen å få flyttet en truende eller voldelig pasient fra listen. Legeforeningen ønsker at denne praksisen skal nedfelles i regelverket. Vi har derfor tatt dette opp gjentatte ganger med Helse- og omsorgsdepartementet, som er enig i praksisen, men som foreløpig ikke har endret forskriften.

- Det er mange som ikke vet at kommunene har et ansvar for legens sikkerhet. I rammeavtalen for fastlegeordningen står dette:

6.1 Organisering og tilrettelegging

Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes. Kommunen plikter å ivareta hensyn til legens personvern og opptre diskret i sensitive forhold som berører den enkelte lege.

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko

Dette bør

leger ta opp med kommunen, og gjerne som en dialog før problemene evt. oppstår. Trusler og vold vil alltid, uansett hvordan vi prøver å verne oss, være vanskelige situasjoner. Vi må aldri glemme at selv om vi er leger med stor ansvarsfølelse for pasientene, så har vi også krav på trygghet og vern for oss selv og familien – som andre.

Jeg vil oppfordre leger som opplever truende eller voldelige pasienter til å ta kontakt med Forhandlings- og helseerettsavdelingen i Legeforeningen for råd og hjelp.

Vedrørende pasienter med «dobbeltdiagnoser»

Forholdet mellom kriminalomsorg og helsetjeneste er vanskelig, særlig ved de begrensede muligheter som dagens helsetjeneste har til døgnopphold og oppfølging med mindre vilkårene for behandling er oppfylt. Mange som i dag faller mellom to stoler, var tidligere i institusjon. Vi ønsket den gang et annet system med større mulighet for behandling utenfor institusjon. Behandlingsmulighetene er i tillegg større nå enn tidligere. Spørsmålet vi likevel kan stille, er om pasienter skrives ut for tidlig – ut fra ressurshensyn. Et annet spørsmål er om vi har nødvendige tilbud og tiltaksmuligheter for å ivareta de vanskeligste tilfellene på en slik måte at omverdenen kan føle seg trygg.

- Vi opplever at det glipper i enkelttilfeller – noen ganger med fatale konsekvenser. Det er ikke alltid at vedkommende har vært i kontakt med helsetjenesten på en slik måte at helsepersonell kunne ha fanget opp behovet for behandling og oppfølging.
- Spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å ivareta sitt sørge-for ansvar. Vi blir nødt til å ha en grunnleggende tillit til at de institusjoner og etater som skal håndtere krevene pasienter, gjør en god jobb. Hvis ikke ville vår jobb bli for vanskelig. Men – vi må tørre å si fra når vi mener det ikke fungerer. Bare på den måten kan det bli bedre.
- Det er avgjørende at både sykehus og kommune – og politi – tar sitt ansvar på alvor når tryggheten for helsepersonell står på spill. Det er også avgjørende for at pasientene fortsatt skal ha tillit til at legen stiller opp selv i utfordrende situasjoner.



Trond Egil Hansen

Leder i Allmennlegeforeningen:

Vold og trusler mot helsepersonell har et betydelig omfang. Data fra legeskårsundersøkelsen viser at hver fjerde lege en eller flere ganger har opplevd voldshandlinger fra pasienter eller andre besøkende. Omkring

halvparten av legene har en eller annen gang blitt utsatt for trusler om vold. Trusler og vold kan derfor synes å være en del av normalsituasjonen for helsepersonell. Slike situasjoner skaper angst og utrygghet, og leger må, som alle andre, ha krav på beskyttelse mot trusler og vold.

Årsakene til vold eller trusler kan være flere: Skuffelse og sinne hos en som mener seg dårlig behandlet, eller ikke har oppnådd det han/hun ønsker (f.eks. A- eller B-preparater); beruset, psykisk syk eller ustabil person; bevisst bruk av trusler eller vold for å få tak i penger og/eller medikamenter.

- Det går en grenseoppgang mellom uønsket atferd og kriminalitet. Noen pasienter er så syke eller ressurssvake at de ikke alltid klarer å «oppføre seg pent», og noen ganger må vi se gjennom fingrene med dette. Det er likevel viktig å presisere at visse typer atferd under alle omstendigheter er uakseptable, og må føre til konsekvenser for vedkommende.

Selv om voldshandlinger og fremsettelse av trusler først og fremst er utøverens ansvar, bør helsepersonell *rette oppmerksomhet mot hvordan slike situasjoner kan forebygges*. Å takle vold og trusler bør være en naturlig del av HMS-arbeidet og den faglige oppdateringen hos leger og helsepersonell. Det er viktig å ha kunnskap om kommunikasjon i forhold til aggressive personer, og kjenne til faktorer som provoserer eller forhindrer voldshandlinger. Helsepersonell har et profesjonelt ansvar for å skape trygghet for pasienten, blant annet ved å unngå å opptre på en måte som kan oppleves som krenkende eller nedverdiggende.

- Å legge for stor vekt på helsepersonells ferdigheter og kommunikasjonsevner som forebyggende tiltak, kan imidlertid innebære en fare for å skape en oppfatning av at når helsepersonell opplever volds- eller truselsituasjoner, så er det helsepersonellens – altså offerets – egen feil. Selv om trusler og voldshandlinger noen ganger kan være en forståelig respons på tilsiktede eller utilsiktede krenkelser, er slike handlinger uakseptable og ulovlige.

I noen tilfeller kan risikoen for voldshandlinger øke fordi helsetjenestetilbudet ikke er godt nok. Pasienter med behov

for behandling i spesialisthelsetjenesten kan bli utilfredsstilte ivarett, særlig hvis det er uklart hvor i spesialisthelsetjenesten ansvaret ligger. Eksempel på dette er pasienter med såkalt «dobbeldiagnose» hvor det kan være uklart om det er psykisk lidelse eller rusmiddelbruk som er hovedproblemet. At spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar for slike pasienter, har avgjørende betydning. Det er ikke akseptabelt hvis pasienten faller mellom to stoler med den konsekvens at risikoen for vold og trusler mot fastlegekontoret øker. Men det er frustrerende lite fastlegen kan gjøre i slike tilfeller, annet enn å si fra, dersom spesialisthelsetjenesten svikter.

Praktiske råd

- Legekontor bør innredes og bemannes slik at risikoen for vold eller annen uønsket atferd minimeres.
- Under legevakt er det spesielt viktig å tenke på egen sikkerhet. Vaktordninger hvor legen arbeider alene uten medarbeidere, vil innebære en særlig risiko. En bør aldri rykke ut alene til personer eller adresser som er kjent som farlige.
- Hovedregelen ved rusproblemer eller ustabile/voldelige personer må være at politiet rykker ut. Hvis det så er behov for legetilsyn, bør politiet fortrinnsvis bringe pasienten til vaktstasjon. Hvis legen må rykke ut, og mistenker at situasjonen er utrygg, bør hun/han ha med seg politi eller ambulansepersonell.

Kommunene har etter rammeavtalen en *plikt* til å treffe «nødvendige tiltak» i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko. Denne bestemmelsen er antakelig for lite brukt.

- Etter en episode med alvorlige trusler eller alvorlig vold bør politiet varsles umiddelbart og legekontoret stenges. Dette vil være nødvendig for å kunne ta seg av dem som har opplevd episoden, og av hensyn til politietterforskningen.
- Den som er blitt utsatt for en truende situasjon, skal ikke overlates til seg selv. Dersom noen er skadet slik at førstehjelp eller registrering av personskade er nødvendig, bør denne oppgaven ivaretas av en ansatt som ikke har vært direkte involvert i situasjonen. Dersom videre behandling eller undersøkelser er nødvendig, skal vedkommende følges til legevakt/skadestue. Videre oppfølging må tilpasses episoden og de involverte.
- *Voldshandlinger eller grove trusler skal alltid anmeldes.* Trusler og/eller truende atferd som gir reell grunn til frykt, skal også alltid anmeldes. I tilfeller der en står overfor mildere grader av verbale trusler som til dels kan forklares ut fra pasientens sykdom/situasjon, bør en vise tilbakeholdenhet med anmeldelse.

Om taushetsplikten

Anmeldelse av vold eller trusler om vold mot helsepersonell eller deres familie vil ikke innebære brudd på taushetsplikten. Helsepersonellovens §23.4 sier at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene.

Hensyn som taler for å sette taushetsplikten til side veier i et slikt tilfelle tyngre enn hensyn som taler for å opprettholde taushet. Dersom en lege ikke skulle kunne anmelde den type forhold som her omtales, ville en lege ha et dårligere rettsvern enn andre samfunnsborgere. Så kan ikke være tilfelle.

Hva med lege-pasient-forholdet etter en voldsepisode?

Leger med fastlegeavtale har ingen rett til å si fra seg ansvaret for en pasient som står på listen. Har man opplevd alvorlige tillitsbrudd eller voldshandlinger, vil mange ønske å slippe å ha vedkommende som pasient. Hvis pasienten er enig i at han bør skifte lege, er det uproblematisk. Terskelen for å avslutte et lege/pasientforhold bør vanligvis være høy. Vi må ikke få en situasjon hvor «vanskelige» pasienter blir kasteballer mellom legene i kommunen, og blir mer eller mindre svartelistet. De «vanskelige» pasientene er ofte blant dem som trenger oss mest.

- Legeforeningen mener likevel at det må etableres en rett for legen til å slippe fastlegeansvar for en person som har utført alvorlige kriminelle handlinger mot legen selv, legens familie eller legens medarbeidere. En slik rett eksisterer ikke i dag, og Legeforeningen har flere ganger henvendt seg til departementet for å få en løsning på dette, og departementet har nå spørsmålet under vurdering.

Det vil vanligvis være en helt umulig situasjon å skulle fungere som fastlege for en person som har utøvd alvorlig vold mot en selv eller ens nærmeste. Dersom en slik pasient velger å beholde deg som fastlege, kan et alternativ være å kontakte politiet og be om at det utferdiges besøksforbud.

Også for voldelige pasienter må det finnes ordninger slik at pasienten kan få nødvendig legehjelp. For eksempel kan legen forlange at pasienten kommer i følge med politiet. Politiet regnes da som legens medhjelper, og kan være til stede under konsultasjon uten hinder av taushetsplikten.

Det er et viktig anliggende for Allmennlegeforeningen å bidra til å gjøre leger og hjelpepersonell bedre rustet til å forebygge trusler og vold, og til å takle slike situasjoner på en best mulig måte dersom de skulle oppstå.

Allmennlegeforeningen utgav i 2004 et hefte med råd om dette temaet. Hftet er tilgjengelig på Allmennlegeforeningens hjemmeside: www.legeforeningen.no/id/35638.0



Lars A. Nesje

Leder i Troms legeforening
og Regionsutvalg Nord:

Vi opplever vold og trusler i legearbeidet, dels rettet mot leger, dels mot andre. Rus og psykisk sykdom eller en kombinasjon av disse bidrar ofte til slike hendelser. Alkoholbruk spiller en vesentlig rolle, men også større tilgjengelighet til og bruk av amfetamin. Vold og trusler er både et sikkerhetsproblem og noe som reduserer trivselen i arbeidet.

To sektorer holder personer tilbake med tvang: helsetjenesten – først og fremst de psykiatriske institusjonene – og justismyndighetene, politi og fengselsvesen. Omgivelsenes skjermingsbehov kan vare lenger enn fengselsstraff og individuelt behandlingsbehov. Finnes det et ingenmannsland der behovet for skjerming er til stede, men verken psykiatri eller justissektor har ansvar?

For fastleger kan manglende rett til å reservere seg mot listeansvar for pasienter som fremfører trusler eller opptrer voldelig, medvirke til en følelse av maktesløshet. For de av oss som arbeider i periferien er sentralisering innen politiet en faktor som bidrar ytterligere til utrygghet. Når voldsepisoder inntreffer, er helsepersonell som oftest på åstedet lenge før politiet.

Hvordan bør vi innrette oss for å møte disse utfordringene? Kompetanse, prosedyrer og materielle tiltak kan bidra. Det er trist når kolleger velger å skifte arbeidsfelt eller arbeidssted etter traumatiske situasjoner. Det er et utfall som bidrar til å gi traumat varighet og konsekvens.

- Gjennomgang av kontorlokale, utstyr, møblering, mulighet for avlåsning og rømningsveier er berettiget. Dette bør inngå rutinemessig i HMS-arbeid. Unngå inventar og utstyr som kan misbrukes som våpen.
- Ulike tekniske løsninger kan bidra til å øke sikkerhet og trygghet. Det eksisterer sikkerhetsalarm som kan integreres i EPJ-systemene, der en tastekombinasjon setter opp alarmmelding på øvrige arbeidsstasjoner i nettverket. Gjennomgang av varslingsrutiner er uansett nødvendig.

- Legevaktordningene er særlig utsatt. Legen som reiser alene med sin koffert er sårbar. Stasjonære legevakter med hjelpepersonell, formålstjenelige lokaler og godt samband er mindre sårbare. Vi bør se muligheten for å løse vanskelige oppdrag med flere personer til stede, det være seg kolleger, ambulansepersonell, transportpersonell eller hjelpepersonell på vakt. Likevel kan det være aktuelt å be om bistand fra politi eller gjøre avtale med vaktelskap.
- Trusler som oppfattes som reelle og faktiske voldsepisoder skal anmeldes til politiet. Det er eksempler på at

politiet henlegger slike saker under henvisning til psykiatrisk lidelse. Det finner jeg svært uheldig.

Legeforeningen sentralt har utgitt relevant informasjonsmateriell. Fylkesavdelingene har etablert kollegiale støttegrupper. Enkelte fylkesavdelinger har også etablert «lege for lege»-ordninger. Andre baserer seg på at alle – også leger – bør ha sin fastlege og benytte denne. Men vi må også opptre lojalt og gi støtte i nærmiljøet når kolleger har opplevd vanskelige eller truende situasjoner.

Innvilget allmennpraktikerstipend 1. halvår 2011

UNIV	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Åse Ruth Eggemoen	Kartlegging av helsestatus hos familieegjenforente, asylsøkere og flyktninger med vekt på anemi og vitamin D-mangel	Kirsten Knutsen
UiO	Mark Fagan	Reduksjon av unødvendig fluorokinolonbruk i Aust Agder	Morten Lindbæk og Dag Berild
UiO	Karin Frydenberg	Kommunikasjon om pasienters medikamentliste på tvers av nivåene i helsetjenesten. En intervensjonsstudie	Mette Brekke
UiO	Beraki W. Ghezai	Kartlegging av røykevaner og holdninger til røyking blant norsk-eritreere	Jørund Straand
UiO	Jørn Ossum Gronert	Allmennpraktikerledet røykeslutt – intervensjon før planlagt kirurgisk inngrep	Jørund Straand
UiO	Susanne Monica Prøsch	Bare tull med TUL? Beregning av svangerskapslengde i allmennpraksis	Atle Klovning
UiB	Maria Johanna Christina Blikman	Mestringsfaktorerens betydning for emosjonell tilpasning etter hjertesykdom	Eivind Meland og Geir E. Eide
UiB	Kjellaug Enoksen	Urinveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem	Ingrid Smith
UiB	Frøydis Gullbrå	The general practitioner and burdened children as next of kin	Marit Håfting, Guri Rørtveit og Tone Smith-Sivertsen
UiB	Reidar Stokke	Pasienters funksjonelle leseferdigheter og fastlegenes oppfatning av disse	
NTNU	Tonja Pantelatos	Er det endringer i medikamentforskrivninger i allmennpraksis hos eldre fra 1992, sammenlignet med 2010 i en øy kommune i Midt Norge	Siri Forsmo
NTNU	Lars Tore Nerbøvik	Kan ein systematisk gjennomgang av tjukke journaler i allmennpraksis bidra til å øke forståing av funksjonell lidelse	Irene Hetlevik og Anna Luise Kirkengen
NTNU	Bjarne Austad	Oppfølging av barn med ventilasjonsrør i trommehinnen	Anne Sofie Helvik og Vegard Bugten
UiTø	Karin Nilsen	Forebygging av livmorhalskreft. Kunnskap og holdninger blant helsesøstre og allmennleger i Nord Norge et år etter innføringen av HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet	Elise Klouman

Presentasjon av sammendragene fra forskningsdagen på Primærm

REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD, *Avdeling for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo*
OG SABINE RUTHS, *Allmennmedisinsk forskningsenhet, Bergen*

Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke (PMU) gir allmennmedisinere mulighet til å presentere sine prosjekter for kolleger. Deltagerne på årets forskningsdag 28. oktober fikk høre 17 foredrag som spente fra høyt blodtrykk hos fotballspillere til rehabilitering av eldre. I gruppen «Frie foredrag» ble det lagt frem både små og store prosjekter. Noen var i planleggingsfasen, mens andre var nylig publisert eller i ferd med å publiseres i norske eller internasjonale tidsskrifter. I tillegg ble det presentert to nye doktorgrader innen primærmedisin.

De som deltok med frie foredrag konkurrerte om den allmennmedisinske forskningsprisen som deles ut av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU). Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen (AF) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) bidrar med prispengene på 15 000 kroner. I år var det høy kvalitet på foredragene, og juryen valgte til slutt å dele prispengene på to forskere: Bente Mjølstad fra Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim fikk prisen for sin presentasjon om «Det

Compliance ved antibiotikabehandling i allmennpraksis Er den nye veilederen gjennomførbar?

VESLEMØY HIPPE, *Hispøy legekontor* / TORUNN BJERVE EIDE, *Froland legekontor*
METTE BREKKE, *Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

Bakgrunn

I oktober 2008 kom «Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten». Anbefaling vedrørende behandling av både pneumoni og erysipelas er endret fra tidligere Apocillin, tre ganger daglig til ny anbefaling fire ganger daglig. Vår kliniske erfaring tilsier at pasienter kan ha problemer med å etterleve flerdoseregime gjennom en hel behandlingsperiode. Internasjonale studier har vist at compliance blir redusert med økt kompleksitet i doseringsregimet. Bedre compliance er sett ved behandlingsregimer av mindre enn sju dagers varighet. Ved litteratursøk i skandinaviske tidsskrifter har vi ikke funnet studier på området.

Formål

Vi ønsker å undersøke om antall antibiotikadoseringer per døgn gir redusert compliance, og hvorvidt varighet av behandlingen har betydning for compliance.

Materiale og metode

Studien er prospektiv med oppstart av inkludering våren 2010. Vi ønsker å inkludere cirka 300 pasienter, og er per i dag cirka halvveis. Seks fastleger registrerer alle pasienter som får utskrevet antibiotika uavhengig av lidelse i prosjektperioden. Vi velger å ta med alle antibiotikaforskrivninger fordi hensikten er å studere compliance relatert til antall døgndoser, og ikke spesifikke lidelser. Innen en uke etter avsluttet antibiotikakur blir pasientene kontaktet per telefon av en av de prosjektansvarlige for å besvare et standardisert spørreskjema.

Foreløpige resultater/konklusjon

De foreløpige resultatene tyder på at vi ikke ser en reduksjon i compliance ved et fire-dose regime.

medisinsk uke, 28. oktober 2010

situerte allmennlegeblikket – en gyldig medisinsk kunnskapskilde?» der hun har sett på hvordan fastleger vektlegger kunnskapen de har om pasienters personlige bakgrunn. Kirsten Valebjørg Knutsen fra Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo mottok prisen for presentasjonen «Effekt av vitamin D-tilskudd på muskelstyrke, muskelskjelettsmerter og hodepine hos immigranter i Norge. En randomisert, dobbelt blindet, kontrollert studie» – et prosjekt som har sprunget ut av hennes egen erfaring med lave D-vitaminverdier hos pasienter i hennes praksis.

Forskningsdagen ble i år kombinert med et dagskurs for allmennleger som hadde lyst til å prøve seg på et eget

forskningsprosjekt. Kurset ga en kort innføring i forskningsprosessen fra hvordan man definerer et forskningsspørsmål og hvor man finner veiledere, til hvordan man publiserer. Noen av forelesningene fra dette kurset finnes på nettsiden til Primærmedisinsk uke: <http://www.pmu.no/>

I dette nummeret av Utposten presenterer vi sammendragene av de fleste av foredragene fra forskningsdagen på PMU, i tillegg til et prosjekt som ble presentert på forskningskurset. Noen foredragsholdere har valgt ikke å publisere sammen- draget av hensyn til at de er midt i en publiseringsprosess i et annet tidsskrift, men nedenfor kan du lese om 16 spennende prosjekter fra norsk allmennmedisinsk hverdag.

Økt fluorokinolonbruk i sykehjem: Grunn til bekymring

MARK FAGAN, *Tromøy Legesenter*

Bakgrunn

Bruken av fluorokinoloner har økt betydelig i Norge de siste årene. Samtidig er det økende ciprofloksacinresistens blant den vanligste urinveispatogene bakterien *E. coli*. I primærhelsetjenesten er indikasjonen for fluorokinoloner begrenset til kompliserte urinveisinfeksjoner, helst med et dyrkningsresultat som rettferdiggjør grunnlag for bruk. Ifølge norske retningslinjer er fluorokinoloner ikke indisert ved empirisk behandling av pneumoni, exacerbasjoner av KOLS, eller sepsis. Eldre (over 70 år) er den aldersgruppen som bruker mest antibiotika. Denne undersøkelsen har kartlagt fluorokinolonforskrivning til sykehjemsbeboere i Arendal kommune.

Materiale og metode

Indikasjon, forskriver, og mikrobiologisk diagnostikk av sykehjemspasienter som ble behandlet med fluorokinoloner i løpet av perioden 01.12.06 til 31.11.07, ble registrert.

Resultater

94 ciprofloksacinkurer ble forskrevet til 78 pasienter. Urinveisinfeksjon var hyppigste indikasjon på langtids- (78 prosent) og korttidsavdelinger (40 prosent). Luftveisinfeksjon var en nesten like hyppig indikasjon på korttidsavdelinger (37 prosent), men var sjelden på langtidsavdelingene (4 prosent). 44 infeksjoner (47 prosent) ble verifisert med mikrobiologisk undersøkelse. Bare 12 av de 44 infeksjoner var forårsaket av en mikrobe som kun var følsom for ciprofloksacin. Ingen pasienter fikk ofloxacin.

Fortolkning

Hos en stor del av pasientene ble ciprofloksacin brukt der et annet antibiotikum, i følge nasjonale retningslinjer, er førstevalg. Flertallet av pasientene med en mikrobiologisk verifisert diagnose kunne ha brukt et antibiotikum med smalere spekter. Intervensjoner for å bedre antibiotikaforskrivning til sykehjemspasienter må siktes både på sykehjemsleger og sykehusleger.

Referanse

Fagan M, Skotheim SB. Fluorokinolonbruk i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130:2022-4

Anxiety and depression associated with urinary incontinence in middle aged women. A cross-sectional study

GUNHILD FELDE, INGVAR BJELLAND, STEINAR HUNSKAAR

Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway

Background

In recent years several studies have reported depression to be associated with urinary incontinence (UI), but the prevalence estimates vary widely. The association has been shown to be strongest for urgency and mixed incontinence. There is less data on the relationship between anxiety and UI.

Objective

To determine the association between anxiety and UI and depression and UI, and investigate this association for different types and severities of UI.

Material and methods

Our study is a cross-sectional survey of women in a large population-based survey, the Hordaland Health Study (1997–1999). We present questionnaire data on UI, depression and anxiety from 5321 women between 40 and 44 years. From the questionnaire we defined the incontinent group and categories for type and severity. Anxiety and depression were measured with the Hospital Anxiety and

Depression Scale (HADS), a self-administered questionnaire consisting of 14 items, seven for anxiety (HADS-A) and seven for depression (HADS-D). Each item had four possible answers, giving scores from zero to 21. Anxiety and depression disorder was defined as a HADS score of eight or more. Our study has the largest UI patient sample until now regarding the association with anxiety.

Results

Women with UI ($n=1398$) had higher rates of depression (adjusted OR 1.63 (95 per cent CI 1.31–2.02)) and anxiety (adjusted OR 1.57 (95 per cent CI 1.35–1.84)) compared with women without UI. The highest frequencies of depression and anxiety were found among women with mixed and urgency UI and with severe UI.

Conclusions

Our study shows that urinary incontinence is associated with anxiety and depression, with strongest association for mixed and urgency incontinence.

Kommunikasjon om medikamenter mellom sykehus og primærhelsetjeneste – en undersøkelse av henvisninger, epikriser og akuttinnleggelser

KARIN FRYDENBERG, *Skreia legesenter*

METTE BREKKE, *Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

Bakgrunn

Det er godt dokumentert at pasientenes medisinlister har ulikt innhold i forskjellige deler av helsetjenesten. Det øker faren for uønskede legemiddelvirksomheter og feilmedisinering. God kommunikasjon og korrekte opplysninger om pasientens sykdom, utredning og behandling er viktig mellom behandlingsnivåene i helsevesenet. Legenes viktigste kommunikasjonsverktøy er henvisninger inn til sykehus og epikriser ut fra sykehus. En betydningsfull del av denne kommunikasjonen gjelder pasientens medikamentelle be-

handling. Vi har undersøkt hvordan sykehus og primærhelsetjeneste kommuniserer informasjon om medisinlisten gjennom henvisninger og epikriser.

Materiale og metode

I samarbeid med medisinsk avdeling Sykehuset Innlandet Gjøvik gjorde vi fortløpende trekk av 194 henvisninger til medisinsk poliklinikk i to perioder i 2009 og likeså 195 epikriser fra medisinsk avdeling. Disse ble anonymisert og

undersøkt med hensyn på om medisinliste forelå og om den virket fullstendig. To andre kvalitetsfaktorer ble også vurdert: I henvisningene ble det undersøkt om tidligere sykdommer var beskrevet og om det var en klar problemstilling. I epikrisene ble det vurdert om det forelå en plan for oppfølging og om det var en klar ansvarsfordeling etter utskrivelse. 221 akuttinnleggelser på medisinsk avdeling ble registrert på spørreskjema i mottak fortløpende i to perioder i 2009. Her ble det registrert om det forelå medisinliste,

samt hvem som la pasienten inn på sykehus og hvor man fikk opplysninger om medisinbruk fra når medisinliste ikke forelå. Registreringene ble analysert ved enkle kvantitative metoder ved hjelp av SPSS.

Resultater

Resultatene ble utarbeidet og artikkel skrevet våren 2010. Artikkelen er under vurdering.

Kvinnekohorten – en norsk longitudinell studie om kvinners overgangsalder

BJØRN GJELSVIK, *Allmennt medisinsk forskningsenhet, Oslo*

JØRUND STRAAND, ELIN OLAUG ROSVOLD,

Allmennt medisinsk forskningsenhet / Oslo Seksjon for allmennt medisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Bakgrunn

Mange kvinner går gjennom menopausen med betydelige subjektive plager i form av hetetokter, søvnvansker, depresjon, plager fra tørre slimhinner og andre endringer. Det er av interesse å få kartlagt nærmere hvordan kvinnene opplever disse plagene: Hvor mye de er plaget, i hvilken grad og i hvor lang tid de bruker hormonell substitusjonsterapi (HT) eller annen behandling.

Materiale og metode

I forbindelse med helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK, 1997–1999) ble det rekruttert en kohort av 2300 kvinner som da var i begynnelsen av førti-årene. Disse er senere regelmessig fulgt opp med spørreskjema med henblikk på vanlige kvinneplager og legemiddelbruk. Materialet gir en unik anledning til å studere symptomutvikling hos en representativ kvinnepopulasjon over tid. Oppslutningen om undersøkelsen har vært meget god. I tidsperioden har de fleste kvinnene gjennomgått klimakteriet. Vegetative symptomer (hetetokter og svette/nattsvette), tørrhet i skjeden og dato for siste registrerte menstruasjon er avhengige variabler i undersøkelsen. Uavhengige variabler er livsstil

og helsevaner (røyking, mosjon, oppfatning av egen helse), biologiske forhold (menarkealder, paritet, BMI/vekt) og sosiodemografiske variabler (utdanningsnivå, inntektsgruppe). Det gjøres deskriptive analyser, Kaplan Meier og Cox regresjon, samt logistisk regresjon.

Resultater

Presentasjonen omfatter preliminnære funn fra undersøkelsen, bl.a. gjennomsnittlig menopausealder, spredningen i alder og hvilke faktorer som påvirker menopausealderen. Videre presenteres hvordan overgangsplagene utvikler seg og hva som predikerer ulike plager.

Diskusjon

Kvinnekohorten er i internasjonal sammenheng en stor, longitudinell studie der kvinnene foreløpig er fulgt i ca 10 år. Det er svært lite frafall i studien, som vi mener er representativ for norske kvinner i dag. Dataene gir ny og viktig informasjon om kvinners overgangsalder, som har betydning både for kvinnene selv og for leger som behandler dem.

Lokale akuttmedisinske team – Bjarkøymodellen. Fra prosjekt til brosjyre

FRANK HILPÜSCH, PETRA PARSCHAT, *Bjarkøy legekontor*
SISSEL FENES, *Bjarkøy sykehjem* / IVAR AARAAS, *Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø*
MADS GILBERT, *Akuttmedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord Norge*

Bakgrunn

Inntil 2006 var Bjarkøy kommune uten egen ambulansetjeneste og hadde periodevis dårlig legedekning. Kommunens sykepleiere ble ofte kontaktet av lokalbefolkningen ved akutt sykdom. Dette opplevdes faglig og emosjonelt utfordrende. Vi ønsket å gi et bedre akuttmedisinsk tilbud til befolkningen, samt styrke sykepleiernes kompetanse til å håndtere akutte hendelser. I 2006 startet vi lokal tverrfaglig teamtrening der alle sykepleiere, legesekretærer og leger inngikk. Regelmessige akuttøvelser, gradvis innlæring fra basale teknikker til mer avanserte prosedyrer, etablering av fungerende utkallingsrutiner, er vesentlige momenter i vår modell. Vi ønsket å finne ut om det er sammenlignbare forhold i andre kommuner i Nord-Norge og om vår modell for lokalteamtrening kan overføres til disse.

Metode

I 2006 begynte vi et flerdelt forskningsprosjekt i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og akuttmedisinsk avdeling UNN.

Prosjektet består av a) en spørreundersøkelse i Troms og Finnmark (1), b) en kvalitativ studie med deltakerne i vårt lokale akutteam, c) en prospektiv registreringsstudie om akutte hendelser i vår kommune og d) utvikling av en opplæringsbrochure for andre, interesserte kommuner.

Resultat

Bjarkøymodellen er et rimelig samhandlingstiltak mellom helse, ambulanse og pleie- og omsorgstjenesten. Våre forskningsresultater viser sammenlignbare forhold i flere andre nordnorske kommuner. Flere har tettsteder hvor det eksisterer døgnkontinuerlige pleie- og omsorgstjenester, men med lang avstand til legevakt og ambulansestasjon. I mange kommuner kontakter befolkningen den kommunale pleie- og omsorgstjenesten direkte ved akutt sykdom. Sykepleierne i disse kommunene øver regelmessig på akuttmedisinske prosedyrer og innehar til dels en høy akuttmedisinsk kompetanse. I enkelte kommuner inngår sykepleiere i egne lokale akutteam.

Konklusjon

I utkantkommuner er sykepleierne en verdifull, men for lite brukt ressursgruppe ved akutte hendelser. Etablering av lokale akutteam, slik som i Bjarkøymodellen, er relevant for andre kommuner med liknende utfordringer. En opplæringspakke, som beskriver vesentlige momenter i et lokalt akuttmedisinsk team er under utarbeiding.

Referanse

Hilpüsch F, Parschat P, Fenes S, Aaraas I, Gilbert M. Brukes ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester ved lokale akuttmedisinske hendelser? Godkjent for publisering i Tidsskrift for Den norske legeforening

Neuropsychological development and behavioural assessment of children of substance abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway

BJØRG HJERKINN, *Forsterket helsestasjon i Kristiansand / Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus*
MORTEN LINDBÆK, ELIN OLAUG ROSVOLD, *Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

Background

A Special Child Welfare Clinic (SCWC) in Norway provides care for pregnant women with substance abuse pro-

blems and their children up to four years of age. Aim of treatment is abstinence of substances.

Methods

Retrospective cohort study including 59 of 60 children whose mothers have attended SCWC in pregnancy. Neuropsychological screening of 40 of 42 of the children born in the years 1994–2000 and assessment of behaviour by means of Child Behaviour Check List (CBCL) scored by parents/foster parents.

Results

Birth weight and head circumference were significantly lower in the drug abusing group than in the comparison group. Women who continued moderate abuse during pregnancy, had higher frequency of premature births, birth weight under 2500 g and birth complications. Almost all children of mothers who continued a moderate use of substances were raised in foster homes. They performed better on the neuropsychological screening than children raised by their biological mothers. The latter were more in need of remedial services in school than children in foster homes.

Conclusion

This might indicate that if the foetus was influenced by moderate use of substances, it had been on such a level that it could be compensated for by a stimulating environment. It is of great importance to reduce the amount of substances used by pregnant women. Even if a substance abusing mother stops the abuse, support from the child welfare system is still necessary to secure the child a safe environment to grow up in (1, 3).

References

1. Hjerkin B, Rosvold EO, Lindbaek M. Neonatal findings among children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. *Scand J Public Health* 2009 Sep;37 (7):751-7
2. Hjerkin B, Lindbaek M, Rosvold EO. Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health* 2007;7:322
3. Hjerkin B, Lindbaek M, Skogmo I, Rosvold EO. Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010;5 (1):17

Rehabilitering av eldre i kommuner med versus uten eget rehabiliteringssenter

INGER JOHANSEN, METTE BREKKE, MORTEN LINDBÆK
Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
JOHAN K. STANGHELLE, *Sunnaas Universitetssykehus*

Bakgrunn

Aldringen i befolkningen, presset helseøkonomi og korte sykehusopphold medfører at stadig flere eldre kommer hjem fra sykehusene med funksjonssvikt og behov for hjelp. Vi vet lite om optimale rammer for og innhold i en effektiv rehabilitering av eldre i primærhelsetjenesten.

Formål

Sammenlikne effekt av rehabilitering av eldre i kommuner med versus uten eget rehabiliteringssenter, målt ved å sammenlikne endring i mestringen av dagliglivets aktiviteter. Finne ut om pasient karakteristika, livstilfredshet og kognitiv og psykisk status påvirker rehabiliteringseffekten.

Metode

Prospektiv observasjonsstudie. Intervensjons- og kontrollgruppe. Pasientene: Eldre ≥ 65 år, vurdert til å ha rehabiliteringspotensiale. Diagnoser: Hjerneslag, artroser, lårhalsbrudd og andre kroniske sykdommer. Hovedeffekt mål:

Sunnaas ADL Index (SI). Sekundært effektmål: Umeaa Life Satisfaction Checklist (LSC). Kognitiv – (MMSE), psykisk – (SCL10) og sivil status, bolig, rehabiliteringstid, privat og offentlig hjelp ble registrert. Etterundersøkelse ved tre måneder. Statistikk: SPSS versjon 16.0.

Resultater

Pasientene i intervensjonsgruppen økte SI mer og på kortere tid sammenliknet med kontrollgruppen. Forskjellene var statistisk signifikante. Multippel lineær regresjonsanalyse viste en felles prediktor i begge grupper for SI ved avsluttet rehabilitering, korrigert for SI ved starten av rehabiliteringen, og for nivået av hjemmetjenester.

Konklusjon

Studien indikerer at eldre pasienter med funksjonssvikt ofte kan rehabiliteres i primærhelsetjenesten, og at rehabilitering i eget senter gir bedre effekt i løpet av kortere tid enn rehabilitering i kommuner uten eget rehabiliteringssenter.

Telling i stedet for diagnostisering? Selvrapporterte symptomer i en voksen befolkning

MONA KJELDSBERG, HEDDA TSCHUDI-MADSEN, JØRUND STRAAND, DAG BRUUSGAARD

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BÅRD NATVIG, *Nasjonalt reumatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter, Diakonhjemmet sykehus, Oslo*

Bakgrunn

Vi har i en spørreundersøkelse utført i Ullensaker i 1990, 1994 og 2004 vist at det er en nærmest lineær sammenheng mellom antall smertepunkter og funksjon. Kvinner, skilte, mottakere av rehabiliteringspenger/uføretrygd og de med egenrapportert dårlig helse hadde flest smertepunkter.

Formål

Å se nærmere på sammenhengen mellom symptomer som ikke er relatert til muskel-skjelettsmerter, og funksjon og demografiske faktorer.

Metode

Analyse av Ullensakerdata fra 2004. 3325 respondenter (responsrate 54,4 prosent). Subjective Health Complaints questionnaire (SHC) ble brukt til å registrere følgende 13 symptomer siste 30 dager: Hjerterbank, brystsmerte, pusteproblemer, magesmerter, sure oppstøt, diare, forstoppelse, eksem, tretthet, svimmelhet, angst, depresjon og søvnproblemer. Funksjon siste 14 dager er registrert ved seks COOP-WONCA-charts.

Resultater

Ca to tredjedeler rapporterte tretthet, halvparten hadde søvnproblemer, mens ca en tredjedel hadde henholdsvis depresjon og sure oppstøt. Obstipasjon, brystsmerte og pusteproblemer var de minst hyppige symptomene. Gjennomsnittlig antall symptomer per respondent var 3,7 (menn hadde færre symptomer enn kvinner). De med selvrapportert dårlig helse hadde i gjennomsnitt 7,7 symptomer, mottakere av rehabiliteringspenger 6,1, lavt utdannede 4,3 og røykere 4,3 symptomer. Sammenhengen mellom antall symptomer og funksjon var sterk og nærmest lineær.

Konklusjon

Antall symptomer, uavhengig av diagnose, ser ut til å være en viktig dimensjon som bør tas med i vurderingen av pasienters helse. Vi følger opp resultatene med en spørreundersøkelse i allmennpraksis, med hovedfokus på hva som karakteriserer pasienter som har mange symptomer, uten åpenbar medisinsk forklaring.

Høyt blodtrykk hos norske toppfotballspillere er assosiert med økt sympatisk aktivitet og venstre ventrikkel masse

HILDE MOSEBY BERGE, *Senter for idrettsskadeforskning, Norges Idrettshøgskole / Solli klinikk, Jessheim*

THOR EINAR ANDERSEN, *Senter for idrettsskadeforskning, Norges Idrettshøgskole*

KJETIL STEINE, GARD GJERDALEN, *Hjertemedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Aker*

ERIK EKKER SOLBERG, *Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus, Oslo*

Bakgrunn

Det Europeiske Fotballforbundet har bestemt at alle mannlige toppfotballspillere må hjertescreenes.

Formål

Som en del av hjertescreeningen av norske fotballspillere i 2008 ønsket vi å undersøke prevalensen av høyt blodtrykk (BT), og se om det hadde sammenheng med hjerterefrekvens (HR), pulstrykk (PP), økt venstre ventrikkel (VV) masse eller VV diastolisk dysfunksjon.

Metode

Alle fotballspillere i Tippe- og Adeccoligaen ble screenet. 594 spillere ble inkludert. Blodtrykket ble målt ≥ 1 time etter fysisk aktivitet og kategorisert i samsvar med European Society of Hypertensions retningslinjer. Høyt BT er definert $\geq 140/90$ mmHg. VV masse og diastolisk funksjon ble målt med henholdsvis to-dimensjonal- og pulset Doppler ekkokardiografi. Spillerne oppga høyde og vekt.

Resultater

Gjennomsnittlig alder for spillerne var 25 år (variasjonsbredde 18-38), gjennomsnittlig BMI 23,7 kg/m² (20-29) og gjennomsnittlig BT 122/69 mmHg. Høyt BT ble målt hos 39 spillere (6,7 prosent), inkludert to med grad 2 (>160 mmHg) systolisk hypertensjon og forstørret VV. Det var en signifikant lineær sammenheng mellom gjennomsnittlig arterietrykk (MAP) og HR, PP og indeksert VV masse med regresjonskoeffisient h.h.v. 0,195, 0,180 og 0,256 (alle; $p < 0,01$).

Konklusjon

Omtrent en fjerdedel av toppfotballspillerne hadde enten hypertensjon (6,7 prosent) eller høyt normalt BT (18 prosent). Høyt blodtrykk var assosiert med økt hjerterefrekvens og pulstrykk, noe som indikerer økt sympatisk aktivitet. Økende BT viste en signifikant sammenheng med økende indeksert VV masse, noe som indikerer en tidlig start på organskade. Når vi vet at et tilfeldig målt høyt blodtrykk i ung alder kan forutsi hypertensjon senere i livet, så støtter våre data BT-screening av atleter.

Fysioterapi alene eller kombinert med kortikosteroidinjeksjon for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: En randomisert, placebokontrollert studie

MORTEN OLAUSSEN, Grålum legesenter, Sarpsborg / Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
ØYSTEIN HOLMEDAL, Hafslundøy legesenter, Sarpsborg / Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
MORTEN LINDBÆK, SØREN BRAGE, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Bakgrunn

To store studier publisert de siste årene har undersøkt effekten av kortikosteroidinjeksjon og fysioterapi ved lateral epikondylitt. Epikondylitt er en langvarig, smertefull tilstand, ofte med redusert arbeidsevne. Studiene viser at kortikosteroider gir rask bedring sammenlignet med venteg- og se-behandling eller fysioterapi, men på lengre sikt har kortikosteroider liten eller dårligere effekt enn de to andre behandlingene. I denne studien ønsker vi å undersøke effekten av fysioterapi kombinert med kortikosteroider. Kan den initialt gode effekten av kortikosteroidinjeksjon videreføres hvis det blir gitt fysioterapi samtidig?

Metode

Prosjektet er en randomisert, dobbelt blind, kontrollert studie i samarbeid med fastlegene i Sarpsborg og Seksjon for allmennmedisin, UiO. Fastlegene i Sarpsborg henviser mulige pasienter til studieleger, som behandler og følger pasienten i ett år. Studien består av en seks ukers behand-

lingsperiode og deretter oppfølging ved seks, 12, 26 og 52 uker. Det er tre behandlingsbein: Kontrollgruppen får NSAIDs peroralt i to uker. Behandlingsgruppen får aktiv behandling med kortikosteroidinjeksjon og fysioterapi eller placeboinjeksjon og fysioterapi. Den fysiske behandlingen består av dyp tverrrfriksjon, Mill's manipulasjon og eksentrisk trening. Protokollen ble publisert i 2009 (1).

Resultater

Studien startet med første pasient i april 2009. Arbeidet går etter planen, vi har snart inkludert 90 av 180 pasienter. Kolleger og pasienter er meget fornøyd. Vår erfaring er at det er mulig å planlegge og gjennomføre en større, klinisk behandlingsstudie i allmennpraksis.

Publikasjon

Olausen M, Holmedal Ø, Lindbæk M, Brage S. Physiotherapy alone or in combination with corticosteroid injection for acute lateral epicondylitis in general practice: A protocol for a randomised, placebo-controlled study. BMC Musculoskeletal Disord. 2009 Dec 4;10:152

2010

Influenza A (H1N1) i allmennpraksis: Klinisk forløp, holdninger til vaksinasjon og forebyggende tiltak

KRISTIAN A. SIMONSEN, KNUT-ARNE WENSAAS, GURI RØRTVEIT, *Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Helse Bergen*
STEINAR HUNSKÅR, *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm), Uni helse / SVERRE RØRTVEIT, Bekkjervik legekontor*
REBECCA COX, *Influenzasenteret, Gades institutt, UiB / GRO NJØLSTAD, Mikrobiologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus*

Bakgrunn

Høsten 2009 ble Norge rammet av en influensapandemi med det nye A(H1N1)-viruset. Pasienter med influensa behandles først og fremst hos fastlegen sin. Dette gjør allmennpraksis egnet til forskning under influensaepidemier. Kunnskap om klinisk forløp, holdninger til vaksinasjon og forebyggende tiltak er av betydning for klinikere og helse-tjenesteplanleggere.

Metode

Studien var en spørreskjemaundersøkelse av pasienter som hadde vært i kontakt med fastlegen sin og fått diagnosen influensa. Et utvalg som samtykket til dette ble fulgt opp med en blodprøve for å bekrefte eller avkrefte om de faktisk hadde ny influensa A(H1N1). Fastleger i fem kommuner i Hordaland ble invitert til å delta. Registreringsperioden for influensa var fra 26. oktober til 31. desember 2009.

Resultater

Totalt ble 1329 influensapasienter identifisert i studieperioden. 357 (27 prosent) returnerte spørreskjema og ble inkludert til studien. Det ble gjennomført serologisk test på 72 (20 prosent) av de inkluderte pasientene. 38 var positive for den nye viruset og 34 var negative. Det var ikke forskjell i symptomer mellom gruppene som var inkludert til serologi.

Kvinner rapporterte oftere enn menn bruk av smitteforebyggende tiltak som håndvask og hostehygiene.

Diskusjon

Infeksjon med pandemisk influensa forløp med symptomer som ved sesonginfluensa. Kvinner gjennomførte hyppigere smitteforebyggende tiltak under pandemien i forhold til menn.

Pasientopplæring ved gastro-øsofageal reflukssykdom (GERD) – Validering av et spørreskjema om symptomer fra fordøyelsen og symptomenes konsekvenser (DSIQ)

JØRGEN ALEXANDER URNES, *Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

Doktorgrad ved Det medisinske fakultet, NTNU, 2009

Gastro-øsofageal reflukssykdom (GERD) er en sykdom som kjennetegnes av halsbrann, sure oppstøt og smerter øverst i magen. Hensikten med denne avhandlingen er å vise effekten av et opplæringsprogram for pasienter om sykdommen. GERD skyldes en svikt i spiserørets nedre lukkemuskel slik at mageinnhold lekker opp i spiserøret og skaper betennelse eller irritasjon. Sykdommen påvirkes av livsstil slik som måltidsrytme, matsorter, fysisk aktivitet, vekt, mosjon, stress og mye mer og kan behandles med medikamenter som hos de fleste reduserer plagene og normaliserer livskvaliteten.

Pasientopplæring har vært en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten fra år 2000. Hensikten med opplæring er å støtte pasienter med kronisk sykdom i deres behov for informasjon og læring for å øke mestringssevne og livskvalitet. Avhandlingen bygger på tre studier som ble gjennomført i perioden 1993–1999.

Studium I er en validering av et nyutviklet sykdomsspesifikt livskvalitetsskjema for pasienter med fordøyelsessykdommer (DSIQ). Tre hundre og femtiseks pasienter med fordøyelsessymptomer deltok. Et utvalg av pasientene besvarte skjemaet to ganger enten med et par ukers mellomrom, og anga om tilstanden var bedret, verre eller uendret;

eller etter endt behandling. Skjemaet viste gode psykometriske egenskaper slik som god reproduktibilitet, intern konsistens, kriterievaliditet, faktordannelse og evne til å fange opp endringer.

I studium II og III ble et opplæringsprogram for pasienter med GERD vurdert med henblikk på effekt på generell livskvalitet (vurdert med GHQ30), sykdomsspesifikk livskvalitet (DISQ) og sykdomskunnskap, forbruk av helsetjenester og medikamentbruk. To hundre og elleve pasienter ble tilfeldig plassert i enten en opplæringsgruppe eller en gruppe som fikk «behandling som vanlig». Studium II viste at det ikke var noen forskjell i livskvalitet mellom gruppene, men pasienter med lav utdanning som hadde

gjennomført opplæringsprogrammet, fikk en signifikant bedring av både generell og sykdomsspesifikk livskvalitet. Det var ingen forskjell i forbruk av medikamenter eller helsetjenester mellom gruppene.

Studium III viste at gruppen som hadde gjennomført opplæringsprogrammet hadde et høyere kunnskapsnivå enn gruppen som hadde fått «vanlig behandling», og at kunnskapen holdt seg høyere gjennom ett helt år. Kunnskapsnivået i seg selv hadde ikke sammenheng med livskvalitet.

Avhandlingen viser at det er behov for forskningsbasert evaluering av pasientopplæringsprogrammer, og at opplæringen må tilpasses målgruppen.

Effekt av vitamin D-tilskudd på muskelstyrke, muskelskjelettsmerter og hodepine hos immigranter i Norge. En randomisert, dobbelt blindet, kontrollert studie

KIRSTEN VALEBJØRG KNUSTEN, METTE BREKKE, PER LAGERLØV

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

AHMED MADAR, HAAKON MEYER, *Seksjon for forebyggende medisin og epidemiologi, Institutt for helse og samfunn, UiO*

TRULS RAASTAD, *Norges Idrettshøgskole* / LARS-CHRISTIAN STENE, *Nasjonalt Folkehelseinstitutt*

Bakgrunn

Vitamin D-mangel er hyppig, spesielt hos ikke-vestlige innvandrere i Norge. Vi har fortsatt lite kunnskap om helsekonsekvensene av vitamin D-mangel hos voksne. I vår forrige studie fant vi vitamin D-mangel hos 83 prosent i en pasientgruppe med bakgrunn fra Midt-Østen, Afrika og Sør-Asia som oppsøkte allmennlege med muskelskjelettsmerter, hodepine og tretthet. Vitamin D-mangelen var mest uttalt hos kvinner og hos pasienter med hodepine. Vi fant også hypovitaminose D hos 35 prosent av de etnisk norske pasientene.

Mål

I denne studien vil vi se på effekt av vitamin D-tilskudd primært på muskelkraft og sekundært på muskelsmerter og hodepine. Vi vil også måle andre parametre som kan gi oss informasjon om anemi, diabetes og benmetabolismen.

Material og metode

300 friske, voksne, menn og kvinner, med bakgrunn fra Midt-Østen, Afrika og Sør-Asia skal inkluderes i en rando-

misert, dobbelt blindet, placebokontrollert studie. Vi vil sammenligne to ulike doser vitamin D-tilskudd med placebo, tablettene skal tas daglig i 16 uker. Muskelkraft i underekstremitetene vil bli testet med en Jump Mechano-graph som måler kraft og styrke under hopp og med en «Chair stand test». Styrke i arm måles med et håndholdt dynamometer. Lokalisasjon og grad av opplevd smerte siste uke registreres. HIT-6 (Headache Impact Test) skal brukes til registrering av hodepine. Muskeltester og blodprøver vil bli tatt ved baseline og etter 16 uker. Informasjon om kosthold, solvaner og smerter registreres også ved inklusjon og ved studiens slutt.

Datainnsamling

Oppstart vil skje i november 2010, og vi ønsker å inkludere 300 deltagere. Studien vil øke kunnskapen vår om vitamin D-mangel hos voksne. En mulig bedring av muskelfunksjonen ved vitamin D-tilskudd vil kunne føre til økt fysisk aktivitet og derved flere positive helsegevinster. Vi håper å få mer kunnskap om hvorvidt vitamin D-tilskudd vil forebygge sykdom hos grupper med lave vitamin D-verdier.

Red response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine

ERIK ZAKARIASSEN, *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin /*

Stiftelsen norsk luftambulans / Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

STEINAR HUNSKÅR, *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin / Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen*

Innledning

Norske kommuner har ansvaret for å ha et medisinsk forsvarelig tilbud til samtlige personer som oppholder seg innenfor kommunens grenser. Dette ansvaret forvaltes blant annet gjennom legevaktsentraler og legevakter (primærhelsetjenesten). Målet med studiene var å få kunnskap om legevaktens befatning med rød-responspasienter.

Materiale og metode

Det er blitt gjennomført to tverrsnittstudier (studie I og IV) og to langsgående observasjonsstudier (studie II og III). Første delstudie (Artikkel I) skulle tallfeste antall vertskommuner i legevaktdistriktene som har leger som er tilknyttet helseradionettet med radio. Alle landets kommuner deltok i undersøkelsen. Andre delstudie (Artikkel II) hadde som hensikt å tallfeste rød-responspasienter som primært ble tatt hånd om av legevaktene. Dataene ble samlet inn fra et representativt utvalg bestående av syv legevaktdistrikt med til sammen 18 kommuner og omtrent 216 000 innbyggere. Datainnsamlingen ble foretatt over et år (2007).

Tredje delstudie (Artikkel III) undersøkte involveringen leger i primærhelsetjenesten hadde ved alle røde responser via nødnummeret 113 i 2007. Tre AMK-sentraler ble brukt som område for datainnsamlingen. Datainnsamlingen ble gjennomført over tre måneder, der alle rød-responstilfeller ble samlet inn. Fjerde delstudie (Artikkel IV) søkte å kartlegge de akuttmedisinske erfaringene til fastleger som har tatt legevakter siste 12 måneder.

Resultater

Halvparten av landets legevaktdistrikt hadde leger som alltid brukte helseradio og kunne motta og kvittere på alarmer sendt fra AMK-sentralene. Basert på innbyggertallet i kommunene, var legevaktdistriktene med leger som brukte helseradioen hovedsakelig små vertskommuner (< 5000 innbyggere). Rød-responstilfeller utgjorde 2,3 prosent av totalt 85 288 kontakter. Det var store forskjeller i rater av rød-responstilfeller mellom legevaktdistriktene. Om lag en tredel kom via AMK-sentralene, og over halvparten hadde kontaktet legevakten direkte enten ved oppmøte eller per telefon. 5105 rød-responsituasjoner ble registrert og analysert. Det var store forskjeller i alarmeringsmønstre mellom de tre AMK-sentralene, noe som indikerte at AMK-sentralen var viktigste faktor for om legen ble varslet eller ikke. Totalt ble legene alarmert i under 50 prosent av rød-responstilfellene, og legene rykket ut i omtrent 43 prosent av tilfellene der de ble alarmert. Brystsmerter, psykiatriske problemer og astma/tungpust var de vanligste akuttmedisinske problemstillingene. Innleggelse av venekanyler, oksygen på maske og intravenøs medikamentering/væske var de vanligste akuttmedisinske prosedyrene.

Hovedfunn

- Det er mangel på bruk av helseradio i halvparten av landets vertskommuner.
- Forskjellen i antall alarmerte legevaktleger mellom AMK distriktene var stor.
- Fastleger tok del i akuttmedisinsk arbeid og hadde en god selvsikkerhet ved utførelse av akuttmedisinske prosedyrer.

Utpostens redaksjon minner om at Regjeringen i arbeidet med *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* gjennomfører en åpen netthøring der alle inviteres til å si sin mening om fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Høringsfrist 18.01.11; <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>

Profdoc blir til CompuGroup Medical Norway AS

Etter 25 år med Profdoc bytter vi navn til CompuGroup Medical Norway AS. Fra og med 1. desember 2010 endrer vi grafisk profil og navn, fra et godt innarbeidet navn i det norske helsemarkedet, til et navn med et globalt perspektiv og lokal fokus!



Produktnavnene dere kjenner som WinMed og Vision vil bestå og vi er den samme organisasjonen med vår sterke lokale forankring i det norske IT-helse markedet. Vårt hovedfokus er uforandret og vi skal fortsette å:

- Utvikle markedets mest effektive og sikre it-løsninger
- Være et helsefaglig drevet it-selskap
- Ha en genuin interesse for våre brukere
- Bidra til økt livskvalitet for helsepersonell og pasienter

www.compugroupmedical.no

Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Stor oppslutning om Primærmedisinsk uke

AV LISBETH HOMLONG

25.–29. oktober gikk nok en gang Primærmedisinsk uke av stabelen i Oslo, til glede og nytte for bortimot 1600 allmennleger, samfunnsmedisinere og medarbeidere fra hele landet. Kongressens motto «Forandre og fornye» hadde utgangspunkt i at kongressen var flyttet til Oslo sentrum og Radisson Blu Scandinavia Hotel ved Holberg plass, etter å ha vært arrangert på Soria Moria siden starten i 1989. Lokalisering i hjertet av Oslo må sies å være et vellykket valg!

Mottoet «Forandre og fornye» henspiller også på behovet for et fornyet engasjement i debatten om hvordan vi organiserer primærhelsetjenesten og hvordan vi samhandler mellom ulike nivåer i helsevesenet. Arrangørene håper at dette fokuset også bidrar til å styrke arbeidet med kvalitetsforbedring og fornying av faget.

Arrangementet forløp knirkefritt med et tilbud om nærmere 35 forskjellige kurs, inkludert en rekke emnekurs, ett grunnkurs og flere dagskurs. I tillegg var det muligheter til å delta på ulike kulturarrangementer og sosiale aktiviteter som dansekurs og festmiddag. Daglig fikk vi oppleve kulturelle innslag av til dels høy kvalitet i hotellfoajeen. Det musikalske høydepunktet for min del var minikonserten med Knut Reiersrud og Iver Kleive, der Reiersrud i tillegg røk en gitarstreng og svært så elegant og kjapt skiftet streng underveis. Imponerende!

En rekke artister bidro til et uforglemmelig kulturprogram: Bajazz ballettstudio (t.h.), Julie Mathiesen Kleve (nederst t. h.), Iver Kleive og Knut Reiersrud (under) og Ole Paus (t.v.).

Inspirerende start

Etter en fargerik danseforestilling i regi av Vibeke Vigeland og Bajazz Ballettstudio i Bærum, var det klart for åpningsforedraget ved den britiske allmennlegen Iona Heath (bildet). Heath, som har arbeidet i London siden 1975, er president i Royal College of General Practitioners i Storbritannia og sitter i styret i World Organization of Family Doctors. Hun holdt et inspirerende innlegg der hun karakteriserte allmennmedisinen som «juvelen i kronen» og et personorientert fag. At pasienten både er et objekt og et subjekt, gir oss særskilte utfordringer i utøvelsen av vårt fag. Heath ba oss være spesielt oppmerksomme på skillet mellom «illness» og «disease» og at krav ikke er det samme som behov.

Iona Heath





Onsdag var det fagpolitisk debatt om legene og sykefraværet. Generalsekretær i Dnlf Geir Riise (t.v.) var ordstyrer. I panelet satt Jan-Erik Støstad (Arbeidsdepartementet), Sigrun Vågeng (KS), Tor-Arne Solbakken (LO), Torunn Janbu (Dnlf) og Bent Høie (H). FOTO: TOM NUNDAK

Debatt om sykefravær

Onsdag 27. oktober var det duket for fagpolitisk debatt med sykefravær som tema. Hovedspørsmålet var: Hva virker og hva virker ikke for å forebygge sykefravær? Etter innledninger fra tidligere president i Legeforeningen Knut Eldjarn og statssekretær Jan Erik Støstad i Arbeidsdepartementet, ble problemstillingen debattert av et panel bestående av Torunn Janbu fra Legeforeningen, Bent Høie fra Stortingets helse- og omsorgskomite, Sigrun Vågeng fra

KS og Tor-Arne Solbakken fra LO. Trond Egil Hansen, leder i AF, fulgte opp med et innlegg om allmennlegens rolle i sykefraværsarbeidet.

Eldjarn oppnådde stor applaus for sin engasjerte innledning med fokus på strukturelle og samfunnsorienterte årsaker og løsninger. Statssekretærens sterke tro på den nye IA-avtalen vakte ikke like stor begeistring blant publikum. Jeg vet ikke om jeg ble så mye klokere etter denne debat-

Det ble holdt omkring 35 forskjellige kurs på Primærmedisinsk uke. Her glimt fra kurset i akuttmedisin ved AHUS. FOTO: EVA LARSEN/UD NYSSEMER



ten, men kan konstatere at det i panelet i alle fall var enighet om to ting: at langvarig uførhet er hovedutfordringen og at man må hindre det store frafallet i den videregående skolen, noe som sannsynligvis er hovedårsaken til den store økningen av unge uføre.

Linn Getz

Getz innfridde

Forventningene var store til Linn Getz (bildet) som på torsdag holdt kongressens hovedforedrag: «Forskningsbasert allmennpraksis – med plass for hi-tech, healing og hele mennesket». Getz, som er førsteamanuensis og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU i Trondheim, pekte på at dagens stressforskning viser en klar sammenheng mellom livsbelastninger og uhelse; mellom biografi og biologi. Hun tok til orde for å dempe fokuset på risikotenkning og isolerte biologiske og diagnostiske forklaringsmodeller, til fordel for en mer dyptpløyende og integrert forståelse av hva som skader og hva som fremmer helsen.

«Forståelse av de epigenetiske konsekvenser av sosiale eksponeringer kan vise seg å danne en bro mellom sosiale og biologiske vitenskaper, og derved muliggjøre en integrert forståelse av menneskers helse», understreket Getz. Dermed tok hun et oppgjør med den fragmentariske biomedisinske tenkningen som fortsatt preger deler av fagmiljøene og helsebyråkratiet.

Noen av prisvinnerne: Marit Hermansen, Frank Hilpüsch, Petra Parschat, Kirsten Valebjørg Knutsen og Lena Ervik.

«At menneskets biologi er 'mettet' med erfaringer og mening, er noe som norske allmennleger lenge har visst. Nå er det også bekreftet av interdisiplinære utenlandske forskningsmiljøer. Vi trenger ikke lenger å lete for å finne ultimate argumenter for å legitimere allmennmedisin som et fag», konkluderte Linn Getz – til stor begeistring for om lag 700 tilhørere.

Fest med prisutdelinger

Samme kveld var det klart for festmiddag med over 200 gjester, anført av en velopp-lagt Jan Emil Kristoffersen som toastmaster og en engasjerende Jo Telje (bildet) som hovedtaler. Telje kåserte om livet som allmennlege før og nå – med muntre, egenopplevde historier fra sitt legevirke gjennom mer enn 40 år. Det var inspirerende å høre hans glede over faget, og han avsluttet med oppfordringen «Å være doktor er gøy»!

Tradisjonen tro, vanket det heder og ære til en rekke «fanebærere» i norsk allmennmedisin. Fire priser ble delt ut: Medarbeiderprisen, Løvetannprisen, Skribentprisen, AFUs forskningspris og Anders Forsdahls minnespris.

Jo Telje var hovedtaler under festmiddagen.



FOTO: HELLE ØRNVIK



Prisutdelinger ved PMU 2010

AV TOM SUNDAR

Medarbeiderprisen til Lena Ervik

Prisen tildeles en medarbeider som

- har en reflektert holdning til sin rolle og arbeidsplass, ser legekontoret og oppgavene der som en helhet, og verdsetter teamarbeid
- har respekt for kolleger og pasienter, tar ansvar i kvalitetsarbeidet og evner å skape motivasjon
- har på en eller annen måte vært en inspirator for andre medarbeidere.

Årets medarbeiderpris gikk til Lena Ervik, Trondheim, som har vært helsesekretær siden 1986. Hun tilskrives alle de egenskapene som kjennetegner en dyktig helsesekretær på et legesenter: faglig oppdatert, rolig og vennlig og med nye ideer til gode løsninger. Nå jobber hun tett mot legekontorer i forbindelse med SMS og internettbasert kontaktformidling. Hun har vært med i kongress-komiteen for Nidaroskongressen siden 1995 og har også der vært til stor inspirasjon og motivasjon både for kolleger og deltakere, som ansvarlig for medarbeiderkursene på Nidaroskongressen.

Løvetannprisen til Frank Hilpüsch og Petra Parschat

Juryen omtaler årets løvetann som en enhet: to kolleger som deler legejobb, familieliv og et livsprosjekt. De to er forutsigbare, stabile og kompetente leger for sin befolkning, utviklere av nye og livsviktige tjenester i lokalmiljøet, samt vitenskapelige forskere på egen virkelighet. Noen vil også mene at de fortjener prisen for måten de lever på, som rollemodeller for en alternativ og bærekraftig livsstil.

Norske allmennleger utgjør et mangfoldig kollegium. Årets løvetann kom til Norge på 90-tallet. De siste ti årene har paret delt jobben som kommunelege i en av landets minste kommuner mellom seg; fortsatt med vakt hver dag, men nå bare frem til klokka 20. Sammen har de utviklet en ny modell for akuttberedskap basert på mennesker og ressurser i lokalmiljøet. Nå forsker de på det de har skapt og gjør

på den måten erfaringene om til kunnskap for andre. De har fire barn, dyrker jorda og tar aktivt del i det lokale kulturlivet.

Løvetannen kjennetegnes ved sin evne til å slå rot, overleve og spre seg. Bladene kan spises og blomsten foredles til vin. Frank Hilpüsch og Petra Parschat representerer løvetannfamilien på beste vis.

AFUs forskningspris til Bente Prytz Mjølstad og Kirsten Valebjørg Knutsen

Forskningsprisen fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) er et spleiselag mellom Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Norsk samfunnsmedisinsk forening. Prisen skal stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant leger som har liten forskningserfaring fra før. Prisen tildeles det beste frie foredraget som er fremført under «forskningsdagen».

(forts. neste side)

Frank Hilpüsch og Petra Parschat mottar Løvetannprisen 2010.



Følgende kriterier ligger til grunn for tildelingen:

- at en kollega har tatt sin egen undring i faget på alvor og ikke funnet et tilfredsstillende svar i faglige fora og kunnskapskilder
- at vedkommende har tatt den kontekstuelle dimensjonen, det vil sin egen faglige virkelighet, inn i prosjektets ide
- at ideen anses som original
- at ideen har en innlysende allmennmedisinsk relevans
- at ideen er blitt konkretisert i et forskningsspørsmål
- og at spørsmålet søkes besvart gjennom en adekvat metode

Bente Prytz Mjølstad fikk prisen for sitt for sitt innlegg «Det situerte allmennlegeblikket – en gyldig medisinsk kunnskapskilde?» og **Kirsten Valebjørg Knutsen** for sitt innlegg «Effekt av vitamin D-tilskudd på muskelstyrke, muskel-skjelett-smerter og hodepine hos immigranter i Norge – en randomisert dobbeltblind kontrollert studie». Kirsten Valebjørg Knutsen var ikke tilstede under prisutdelingen.

Anders Forsdahls minnepris til Marit Hermansen

Kommuneoverlege Marit Hermansen i Solør ble tildelt Anders Forsdahls minnepris.

Hermansen har vært kommunelege 1 og fastlege i 15 år i Grue kommune i Hedmark, etter å ha skaffet seg erfaring både fra kirurgi og psykiatri. Hun ble medlem av av Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) sitt styre i 2003, var en viktig person i omorganiseringen som fulgte, og innehar mange tillitsverv innen NFA.

Marit Hermansen mottar Anders Forsdahls minnepris av Ivar Aaraas, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin.



Mari Bjørkman får overrakt skribentprisen av NFA-leder Gisle Rokksund.

Det fører for langt å nevne alle hennes engasjementer og aktiviteter, enn si noe om alle hennes gode egenskaper – men her er noen stikkord: Samhandler godt med andre faggrupper og kolleger, strukturert, kunnskapsrik og en klok kollega med god organisasjons- og samfunnsforståelse.

NFAs skribentpris 2010 gikk til Mari Bjørkman

Bjørkman, som er fastlege ved Rodeløkka legesenter i Oslo, er tildelt NFAs skribentpris. Juryen har landet på en artikkel som belyser pasientperspektivet i forhold til en marginalisert gruppe, i møtet med helsevesenet.

Artikkelen heter «*Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study*» og er publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* i 2009.

Materialet er innhentet på en moderne måte; Førsteforfatter Bjørkman og medforfatter Kirsti Malterud har opprettet nettstedet **lesbiskhelse.net** som sprer relevant informasjon om lesbisk og homofil helse. Nettstedet gir informasjon om studien og anonymiseringsprosedyrene. Folk inviteres til å besvare åpne forskningsspørsmål.

Selve artikkelen tar for seg svarene. Juryen omtaler artikkelen som velskrevet med en elegant og effektiv metode som kan brukes til andre problemstillinger der pasientperspektivet skal belyses. Forfatterne bringer med dette både forskningen og vårt allmennmedisinske fag fremover.



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.

	<i>Bestillingsfrist</i>	<i>Materiellfrist</i>	<i>Utsendelse</i>
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

Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem

AV ANETTE HYLEN RANHOFF

En 90 år gammel mann var beboer på et sykehjem. Han hadde lette hukommelsesproblemer, men ikke kjent demens. Han hadde hjertesvikt og nysesvikt og betydelig syns- og hørselssvikt.

Han ble i løpet av et par dager helt forandret, var tilbaketrukket og sov mye. En pleier så at han tok etter noe i luften. Han ville ikke ha hjelp til stellet og var irritabel når noen ville hjelpe ham. Da sønnen kom på besøk kjente han ham ikke igjen.



Anette Hylén Ranhoff er professor II i geriatri ved Universitetet i Bergen. Hun er også leder for Kavlis forskningscenter for aldring og demens ved Haraldsplass sykehus i Bergen samt overlege ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Hun er spesialist i indremedisin og geriatri og har lang klinisk erfaring med akutt syke gamle. Hun er forfatter av flere lærebøker og har publisert en rekke vitenskapelige artikler, blant annet flere om delirium hos eldre.

Hva er delirium?

Delirium (akutt forvirring) er en tilstand som særlig rammer eldre. Symptomkomplekset kjennetegnes av oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotoriske forstyrrelser og søvnforstyrrelser. Symptomene kommer akutt og forløpet er svingende. Delirium er tegn på overbelastning av hjernen – akutt hjernesvikt, og sees særlig ved akutte sykdommer og skader eller som følge av toksisk eller farmakologisk påvirkning.

Det kliniske bildet ved delirium kan variere mye fra pasient til pasient og også hos samme pasient over tid. Det er karakteristisk at pasienten er mindre oppmerksom, mindre våken og har endret søvnrytme. Enkelte er motorisk urolige (hyperaktivt delirium), andre altfor rolige og apatiske (hypoaktivt delirium). Mange veksler mellom et hyperaktivt og et hypoaktivt stadium. Forståelsesevnen er redusert, vrangforestillinger og synshallusinasjoner er vanlig. Alle har svekket hukommelse og orienteringsevne. Symptomene varierer gjennom døgnet. Varigheten kan være kort (få timer), men et delirium kan også vedvare i dager og uker. Hos noen går deliriet over i en kronisk fase (persisterende delirium).

Forekomst av delirium

Delirium forekommer hos 10–40 prosent av akutt syke eldre på sykehus og er særlig vanlig i forbindelse med akutte somatiske sykdommer, for eksempel infeksjoner, store brudd, hjerneslag, hjerteinfarkt, akutt hjertesvikt, forverring av KOLS, dehydrering, raskt utvikling av anemi,

hypoglykemi eller urinretensjon. Der delirium er tilstede allerede når pasienten blir innlagt kalles det prevalent delirium, mens delirium som oppstår under innleggelsen kalles insident delirium. Dette er et viktig skille fordi insident delirium i sykehus er mulig å forebygge.

Hos hjemmeboende eldre er delirium mye mer sjelden og er først å fremst et viktig symptom på alvorlig sykdom.

I sykehjem er forekomsten høy. På en enkelt dag er det funnet at opp til halvparten av pasientene i et sykehjem har delirium. Men dette er selvfølgelig avhengig av hvordan type pasienter sykehjemmet har. Der det er mange beboere med demens vil det også være høy forekomst av delirium. I sykehjem er det ofte mindre dramatiske hendelser som ligger bak et delirium enn det vi ser i sykehus. Men også der er det viktig å lete etter utløsende årsaker.

Risikofaktorer for delirium

Risikofaktorer for delirium er viktig å kjenne til for å forstå hvilke pasienter som er særlig sårbare for å få delirium slik at vi kan sette i verk forebyggende tiltak.

De viktigste risikofaktorene er høy alder og kognitiv svikt, men syns- og hørselssvikt, ernæringssvikt, høyt alkoholforbruk og polyfarmasi øker også risikoen. Tidligere hjerneskader, hjerneslag og degenerative hjernesykdommer er viktige risikofaktorer. Nylig er det vist i en norsk studie av hoftebruddpasienter at undervekt (lav kroppsmasseindeks)



COLLAGE: JØRGEN HERNIM, ØY KJØRØD, LARS KJØRØD, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN, RITA L. LARSEN

øker risiko for delirium. Trolig gjelder dette for andre grupper pasienter også. Demente og/eller fysisk skrøpelige pasienter med samtidig somatisk sykdom er høyrisikogrupper for å utvikle delirium.

Patofysiologi ved delirium

Patofysiologien ved delirium er ikke godt avklart. Trolig er det flere mulige mekanismer. Det er tre hovedhypoteser; stress-hypotesen, den antikolinerge hypotesen og den inflammatoriske hypotesen. Delirium sees oftest blant pasienter som har flere sykdommer og hvor blodgjennomstrømningen og/eller surstofftilgangen til hjernen er redusert. Tilstander som gir stress og ubehag vil via endringer

i stresshormoner (særlig cortisol) kunne påvirke hjerne-metabolismen. Acetylcholin er en neurotransmitter som særlig hos demente finnes i reduserte mengder og derved gir økt sårbarhet for delirium. En rekke legemidler, spesielt trisykliske antidepressiva og høydoseantipsykotika, er potente antikolinergika, men også andre som for eksempel furosemid, morfin og antihistaminer har noe antikolinerg effekt. De fleste sykehjemspasienter inntar en hel rekke legemidler samtidig og den samlede antikolinerge belastningen kan lett bli for høy og utløse delirium. Den inflammatoriske hypotesen bygger på at infeksjoner ofte utløser delirium hos sårbare eldre. Trolig er det en mekanisme via interleukiner og andre inflammasjonsmediatorer som påvirker hjernemetabolismen.

Prognose

På kort sikt har delirium god prognose ved rask utredning og behandling av den utløsende årsak. Symptomene kan forsvinne eller reduseres sterkt i løpet av få dager. Vedvarende symptomer bør gi mistanke om at det foreligger flere samtidige utløsende og vedlikeholdende årsaker. Noen ganger kan delirium imidlertid ha et protraisert forløp selv om behandlingen er adekvat. Demens kan hos noen pasienter være den viktigste årsaken til delirium og andre behandlingstiltak kan feile. Pasienter med demens med Lewylegemer er spesielt sårbare og kan ha hyppige delirium-episoder der den utløsende årsaken ofte ikke er så lett å finne. God demensomsorg er helt sentralt for å forebygge delirium.

Hos pasienter uten tidligere kjent demens kan man noen ganger se at symptomer på kognitiv svikt vedvarer. En debuterende demenssykdom bør i så fall vurderes.

Langtidsprognosen etter gjennomgått delirium er dårligere enn hos tilsvarende pasienter som ikke har hatt delirium. Dette gjelder både med hensyn på overlevelse, kognitiv funksjon og hjelpebehov.

Påvisning av delirium

Delirium er en kriteriebasert tilstand. De mest brukte og anbefalte kriteriene er fra DSM-IV. Disse kriteriene er operasjonalisert i en enkel anvendbar metode, Confusion Assessment Method (CAM). CAM er ingen test, men basert på observasjon og kommunikasjon med pasienten og det forutsettes at man vet hvordan den mentale funksjonen er til vanlig slik at endringer kan påvises. Det er gode erfaringer med å lære opp pleiepersonalet i sykehus til å bruke CAM, og trolig kan dette også gjøres i sykehjem.

Forebyggende tiltak

- Sørg for tilstrekkelig ro, hvile og skjerming.
- Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig.
- Sørg for tidsgivere i miljøet (lett synlig klokke, riktig lys-mørke-rytme).
- Sørg for at pasienten har regelmessig vannlating og avføring. Let aktivt etter urinretensjon og obstipasjon som er vanlig og ofte overses.
- Korrigér sansesvikt best mulig. Brillene må være rene og på plass. Høreapparat må være virksomt og på plass. Bruk taleforsterker ved behov og fjern eventuell ørevoks. Sørg for god belysning i kommunikasjonssituasjonen.
- Best mulig mobilisering (sitte opp i sengen, sitte i stol) er et svært viktig tiltak som bedrer oksygeneringen, forebygger komplikasjoner og bedrer pasientens mulighet til å orientere seg.
- Personer som pasienten kjenner kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørende bør normalt oppfordres til å være mye tilstede.

Forebygging og behandling

Forebygging og behandling består mye av de samme elementene. Generelle forebyggende tiltak bør settes i verk i sykehjem og sykehusavdelinger der det er mange gamle. De består av optimal medisinsk behandling, god sykepleie og et trygt og oversiktlig miljø.

Legen bør i tillegg sørge for å forordne minst mulig legemidler, særlig med antikolinerg effekt, og unngå polyfarmasi så langt det lar seg gjøre. Gi aldri legemidler uten god indikasjon og grunn, og let etter anledning for seponering og/eller dosereduksjon.

Når delirium er påvist hos en pasient er det viktigste å finne årsaken og behandle denne.

Påvisning av delirium ved hjelp av CAM-algoritmen:

Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og i tillegg må minst ett av trinn 3 og 4 være til stede.

1. trinn: Akutt debut og fluktuerende forløp

- Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon, sammenliknet med hvordan pasienten er til vanlig?
- Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet – kommer og går problemene, og varierer de i intensitet?

2. trinn: Uoppmerksomhet

- Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet – er pasienten for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

3. trinn: Desorganisert tenkning

- Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning, som babling eller irrelevant samtale, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skift mellom forskjellige temaer?

4. trinn: Endret bevissthetsnivå

- Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende: Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå: våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma

Pasienten som er nevnt innledningsvis hadde delirium i henhold til CAM algoritmen. Han hadde flere risikofaktorer for delirium. Han må undersøkes grundig for å finne hva som har utløst delirium. Mulige forklaringer kan være en infeksjon (lunger, urinveier) eller forverring av hans hjerte- eller nyresvikt, at han har hatt et fall og fått en skade, eller at han har fått endret sin legemiddelbehandling. Ofte er det flere utløsende årsaker!

Referanser

1. Gustafson Y, Lundström M, Bucht G. Delirium hos gamla manniskor kann förebyggas och behandlas. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:810–4.
2. Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medication with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med* 2001;161:1099–1105.
3. Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. (Review.) *New England Journal of Medicine*, 354 (11): 1157–1165.
4. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:393–400.
5. Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A. mfl. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, 113 (12): 941–948.
6. Juliebø V, Bjørø K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB: Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2009, 57:1354–61.
7. O'Keefe ST. Delirium in the elderly. *Age and ageing* 1999;28:52:5–8.
8. Norsk Geriatrik Forening Metodebok: Utredning og behandling av delirium. <http://www.legeforeningen.no/geriatri> (se Geriatrik test- og undervisningsmaterie).l).
9. Ranhoff, A.H. (2003). Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I: Engedal, K. og Wyller, T.B. (red.) Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribe.
10. Ranhoff, A.H. (2004). Medikamentell behandling av delirium hos eldre. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124: 3072–3074.
11. Ranhoff, A.H. og Brørs, O. (2005). Medikamenter som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125: 2366–2367.
12. Ranhoff, A.H., Rozzini, R., Sabatini, T. mfl. (2006). Delirium in a sub-intensive care unit for elderly patients: occurrence and risk factors. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18 (5): 440–445.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Anette.Ranhoff@med.uib.no

Er du i ferd med å legge planene for sommeren? Da må du huske på at Nordisk Kongress i Allmennmedisin arrangeres i Tromsø 14.–17. juni 2011

Dette vil være den første internasjonale kongressen i allmennmedisin som arrangeres i Norge på 9 år, og det vil være 10 år til neste gang!

Nordisk kongress i Allmennmedisin arrangeres hvert annet år på rundgang mellom de fem nordiske landene, og nå er det altså vår tur.

Mottoet for kongressen er «Caring for people where they are». Underforstått hvor de bor og hvor de er i sine liv. Kongressen vil berøre de store temaene om hvordan livet går i kroppen, om utdanning av allmennleger, om palliativ behandling og omsorg og mye annet.

Som plenumsforedragsholdere får vi internasjonale og nasjonale storkanoner som Bruce McEwen, David Price, Anette Fosse og Bengt Lindström.

Det vil bli hele 25 symposier og 25 workshops, 90 ulike frie foredrag, og 40 posterpresentasjoner.

Deltakelse vil bli refundert over Utdanningsfond 2 for norske deltakere, også for leger i spesialisering i allmennmedisin. Det vil bli en redusert kongressavgift for yngre leger under spesialisering i allmennmedisin.

Det offisielle kongresspråket vil være engelsk, men det vil bli rikelig anledning til å diskutere fag på eget språk i ulike symposier og workshops.

Påmelding vil kunne skje elektronisk via nettsiden www.gp2011tos.com fra medio november.

Ta med dere kolleger, gjerne utdanningsgrupper, veiledningsgrupper og smågrupper og opplev interessante faglige foredrag og diskusjoner, og sist men ikke minst: Den nydelige nordnorske naturen, Tromsø, midnattssol, og muligheter for å legge noen feriedager i tilslutning til kongressen, det være seg før og/eller etter.

Følg med på nettsiden www.gp2011tos.com og meld deg på!

For hovedkomiteen

Gisle Roksund

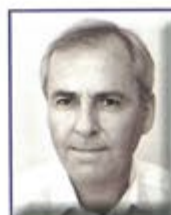
Leder norsk forening for allmennmedisin

Unødvendige innleggelser – finns dom?

AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN

HOVEDBUDSKAP

- Det er sprikende data på forekomsten av unødvendige innleggelser, men noen forfattere anser at ambulante alternativer til innleggelse kan gjennomføres uten tap av kvalitet.
- Flere fremhever imidlertid at redusert tilgang til sykehustjenester kan medføre risiko for tap av helse, særlig blant eldre med sammensatt sykdomsbilde, som også er den gruppen som hyppigst er lagt inn i sykehus.
- Gode strømlinjede behandlingsforløp sees helst der hvor det finnes effektiv behandling for tilstanden. Det er derfor en utfordring å bedre kvalitet og effektivitet i de komplekse behandlingsforløpene som følger av høy alder og multisykkelighet.
- Intervensjoner som setter fokus på dialog og beslutningsstøtte rundt henvisninger viser effekt i form av bedre prioriteringer og redusert henvisningsvolum og peker seg ut som et tydelig satsingsområde.
- Endret organisering av sykehusenes akuttinntak og endringsarbeid innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester herunder sykehjem, kombinert med styrket organisering og fagledelse av allmennlegevakt er nødvendig.
- Lokalmedisinske sentre er trolig nyttige der hvor demografi og geografi tilsier det, men bør være et unntak og ikke en nasjonal modell inntil forskning forteller oss noe annet.



Jan Emil Kristoffersen

Spes. allmennmedisin. Tidligere fastlege i Lørenskog og leder for Allmennlegeforeningen. Fra mars 2010 overlege ved avdeling for samhandling, Akershus universitetssykehus.

11. august 2009 meldte NRK: *Regjeringen kritiserer fastlegene for å sende alt for mange unødvendig til sykehuset «for sikkerhets skyld». Helsedepartementet mener fastlegene sender 400 000 pasienter unødvendig til sykehus hvert år.*

Dette medieutspillet (1) ble i etterkant beklaget og nyansert av daværende statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Dagfinn Sundsbø, men det var på sett og vis en refleks av *St.meld. nr. 47 (2008–09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (2), hvor det blant annet står: «Det er i flere norske studier anslått at omfanget av unødvendige innleggelser i sykehus er betydelig. Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen.»

Denne artikkelen er et forsøk på å gå inn i dette landskapet av meninger, insinuasjoner, krenkede og tvilere, og se om det er støtte i litteraturen for at mange innleggelser er unødvendige – og om noen i så fall har skylda for dem.

Bedre utkomme for pasienten?

Økt kvalitet i behandlingskjeden vil ofte følges av pasientforløp med bedre utkomme. Bedrede behandlingsmuligheter og økt kvalitet i samhandlingskjeden henger ofte sammen og vil ofte være en driver for økt aktivitet både i første- og andrelinjetjenesten. Det kan imidlertid være en utfordring å forstå om denne økte aktiviteten (for eksempel utstrakt bruk av troponinmålinger og endrede infarktkriterier) primært fører til forskyvning av diagnosetidspunkter, eller om den reelt sett bedrer utkommet for den enkelte.



Hjerte-karsykdomregisteret viser for eksempel en svak økning i innleggelsesraten for sykdommer i sirkulasjonsorganene i Helse Vest i perioden 1992–2001, samtidig med en redusert mortalitet av de samme sykdommene. For første gangs akutt hjerteinfarkt viste innleggelsesratene en liten nedgang frem til 2000, for så å øke i 2001. Letaliteten ved akutt hjerteinfarkt viste en betydelig reduksjon gjennom tiårsperioden, mest markert for aldersgruppen 65 år og eldre (3).

Garåsen, Jacobsen og Haukeland (4) studerte alternativer til akuttinnleggelser i et stort sykehus (St. Olav). De konkluderte med at det vil være vanskelig å skille ut pasientene som ikke trenger ordinær innleggelse ved innleggelsestidspunktet. Å etablere alternativer til øyeblikkelig hjelp-inn-

leggelse når innleggende lege vurderer det nødvendig, har sannsynligvis begrenset verdi. Forfatterne påpeker at innleggende lege og sykehusets lege hadde ulike oppfatninger av når innleggelse var nødvendig, men at bare 12 prosent av innleggelsene ble gjort av pasientens egen fastlege – slik at innleggende lege sjelden kunne ha god oversikt over alternative handlingsvalg for den enkelte pasient i en akutt-situasjon. Dette ligner trolig situasjonen i mange av landets større byer, hvor et mindretall av fastlegene deltar i legevaksordningene.

Potensial for ambulant utredning

Flere har vært kritiske til om bedret samhandling knyttet til eldre og pleietrengende personer kan redusere presset på

sykehus uten at behandlingskvalitet går tapt. Eldreoverlege Terese Folgerø i Tromsø kommune har gått hardt ut mot målbildet i Samhandlingsreformen. I Dagens Medisin spør Folgerø blant annet om det er gunstig å overføre penger fra en organisasjon som kun driver med helse (spesialisthelsetjeneste) til en total budsjettamme i en organisasjon (kommune) som drifter utallige samfunnsoppgaver i tillegg til helse, pleie og omsorg?

«Demografisk utvikling (flere eldre) og endring i sykdomsbildet (flere med kroniske lidelser) gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Samtidig har eldre pasienter ofte sammensatte lidelser, der flere sykdommer og den medisinske behandlingen virker inn på hverandre. Dette gjør diagnostikk og behandling vanskelig hos syke eldre, og det krever ofte spesialistkompetanse.»

Folgerø mener derfor at det kanskje legges til rette for et annenrangs tilbud til noen grupper (5).

Rosseland med flere publiserte i 2006 en gjennomgang av innleggelser for akutt abdomen ved Sykehuset Levanger (6). 483 personer ble lagt inn med akutte buksmerter over en tre måneders periode, hvorav 26 prosent ble utskrevet med diagnosen uspesifiserte buksmerter. 43 prosent av pasientene lå i avdelingen i mindre enn ett døgn. 48 prosent hadde ikke behov for noen medisinsk behandling. Pasientgruppen la beslag på 17 prosent av kirurgisk avdelings senger og ressurser.

Det er grunn til å anta at det i denne gruppen kan ligge et potensial for ambulant utredning samme eller neste dag – der hvor det er kort reisevei til sykehus – og at den økonomiske innsparingen for sykehuset kan bli betydelig, ikke minst hvis man ser mulighetene for alternativ aktivitet, for eksempel flere elektive «kurante» kirurgiske inngrep. Dette krever mer endringsvilje i sykehus enn i kommunehelsetjenesten.

Bruk av observasjonspost

Trommald med flere har i en ti år gammel litteraturgjennomgang sett på om innleggelser i observasjonspost er like bra, men billigere enn innleggelse i ordinær sykehusavdeling (7). Forfatterne så på randomiserte kontrollerte studier der man sammenliknet helseeffekt, liggetid og sykehuskostnader for pasienter med brystsmerte eller astma som var behandlet i observasjonspost eller i ordinært tilbud i sengepost.

Konklusjonen var at pasienter behandlet i observasjonspost etter spesifikke prosedyrer, oppnår samme helseeffekt som pasienter behandlet i ordinære sengeavdelinger. Videre er det anført en reduksjon i liggetid og direkte sykehuskostnader ved bruk av observasjonspost, som følge av at

pasientene raskere får en diagnose enn ved en ordinær sengepost. Forutsetningene for å oppnå dette ligger i klare seleksjonskriterier og konkrete protokoller for utredning og pasientbehandling. Dersom mange pasienter etter observasjonspostoppholdet overføres til sengepost eller blir utskrevet for så senere å bli reinnlagt, vil dette kunne spise opp kostnadsreduksjonen.

Man må anta at vilkårene for innsparing og opprettholdt kvalitet på tilbudet forutsetter en tjenestestandard som neppe vil være aktuell å bygge opp utenfor sykehus i Norge. Observasjonsposter i kommunene eller i hybride «lokalmedisinske sentre» er lite realistisk som en nasjonal modell. Studien har trolig mest relevans for intrahospital organisering.

Kostnader ved «unødvendige innleggelser»

Bjørn Odvar Erikson disputerte for den medisinske doktorgrad i 1999 med et arbeid på unødvendige innleggelser i indremedisinsk avdeling (8). Han konkluderer med at

på innleggelsestidspunktet klarte ekspertpanelene bare å identifisere en firedel av de unødvendige innleggelsene. I tillegg ble en tidel av de nødvendige innleggelsene feilaktig klassifisert som unødvendige. Dersom man hadde brukt panelenes forutsigelser på innleggelsestidspunktet for å redusere antall innleggelser, ville dette kun ha resultert i beskjedne kostnadsbesparelser, men noen pasienter ville lide helse- og livstap fordi en del nødvendige innleggelser ikke ville ha blitt gjennomført. I forhold til besparelsene ville disse helse- og livstapene ha vært uakseptabelt store.

Dette arbeidet tilsier at det bør utvises forsiktighet i å snu pasienter som henvisende lege har vurdert som innleggelsestiltrengende i medisinske avdelinger. Erikson så også på kostnadene knyttet til de 26 prosent av innleggelsene som i ettertid ble ansett som unødvendige (9): Disse genererte langt mindre kostnader (44 prosent) enn øvrige innleggelser slik at økonomisk besparelse for avdelingen – hvis man hadde klart å eliminere alle unødvendige innleggelser – ville ha vært 12 prosent.

Erikson oppsummerer slik:

«Denying care for inappropriate admissions does not generate cost reductions of the same magnitude. Policy makers should be cautious in projecting the cost savings potential of excluding inappropriate admissions.»

Ambulant utredning vs. innleggelse

Carter med flere har i en studie fra Edinburgh latt et panel av allmennleger vurdere om pasienter innlagt fra sykehjem kunne ha vært håndtert på alternative måter enn innleg-



Det er rimelig å anta at økt ambulant utredning og bruk av observasjonsposter kan gi økonomiske besparelser – men slike grep vil kreve mer endringsvilje i sykehus enn i kommunehelsetjenesten, påpeker artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: TORUNDS SÆVIK (SYKEHUS) / KJELL STANGØR (FJELLER)

gelse (10). 114 pasienter ble innlagt i sykehus fra sykehjem i studieperioden. Panelet vurderte at opp til 40 prosent av pasientene kunne ha vært håndtert adekvat uten innleggelse. Viktigste hinder for dette var manglende medisinsk tilbud på sykehjemmene, ikke ulikt situasjonen i norske sykehjem. Et bifunn var at 35 prosent av pasientene ankom akuttmottaket uten noe henvisningsskriv.

En studie fra Barcelona (11) viser god nytte av «Quick Diagnosis Units» (QDU) bemannet med erfarne indremedisinere hvor målet er rask avklaring av pasienter med symptomer på alvorlig sykdom, men som er i stand til å tåle en rask ambulant utredning med et eller flere oppmøter over kort tid. Hyppigste diagnostiske avklaring i QDU var malign sykdom. Forfatterne konkluderer med at bruk av QDU gav økonomisk gevinst og redusert trykk på akuttsenger i sykehus uten reduksjon i kvaliteten i tilbud.

Under norske forhold vil dette innebære en slusing av pasienter til et tilbud om utredning på poliklinikk en av de nærmeste dager – fremfor innleggelse. Det forutsetter at poliklinikken har tilgang til for eksempel rask billediagnostikk og endoskopiservice. Igjen er det sykehusenes og helseforetakenes organisering som utfordres mer enn primærhelsetjenesten.

McDonagh og medarbeidere gjorde i 2000 en gjennomgang av litteratur på måling av riktig bruk av akuttsenger (12). Forfatterne konkluderer med at unødvendig bruk av akuttsenger er hyppigst for eldre pasienter, hvor moderate pleiebehov som ikke kan møtes i hjemmet er dominerende, og hvor antall unødvendige akuttdøgn i deres gjennomgang anslås til 20 prosent av totalt antall liggedøgn.

Fleck og medarbeidere i Regensburg, Tyskland studerte effekten på pasientstrøm av etablering av et felles indre-

medisinsk pasientmottak for elektivt henviste pasienter (13): Sykehusets lege fordelte til hhv. innleggelse eller ambulant utredning og behandling, med andre ord en poliklinikk som eneste elektive vei inn. Etter 24 måneder var totaltallet behandlede pasienter økt med 20,7 prosent og det ble registrert økt tilfredshet hos både pasienter, henvissere og sykehusets spesialister. Imidlertid ble 90 prosent av pasientene fortsatt innlagt.

Henvissningskvalitet

En spansk intervensjonsstudie av Borda med flere (14) viser kraftig og vedvarende økt kvalitet på henvisninger fra førstelinjetjenesten til en urologisk avdeling, etter at man etablerte en telefonbasert rådgivningstjeneste for henvissere og gav tilbud om halvårlige faglige oppdateringsmøter. Adekvate henvisninger ($n=6088$) økte fra 58 prosent til 75 prosent. Forfatterne konkluderer med at (lang)varig kvalitetsforbedring er mulig, men fordrer (lang)varige tiltak.

Den amerikanske *Veterans administration Outcomes Group* publiserte i 2008 data fra eldre menneskers oppfatning av antatt unødvendige undersøkelser og henvisninger (15). Forfatterne tar utgangspunkt i at unødvendige undersøkelser påfører helsetjenesten kostnader og kan være til skade for pasienter, og at mange håper at en velfungerende primærlegetjeneste kan redusere antallet unødvendige undersøkelser. Man intervjuet 2300 mottagere av Medicare hvorav 82 prosent hadde en fast lege som var generalist. Et stort flertall (79 prosent) mente at å ha en generalist som kunne håndtere de fleste helseplager var å foretrekke fremfor å skulle oppsøke en ny organspesialist for hver enkelt plage man har. Imidlertid fant man at et flertall av pasientene ville ønske seg undersøkelser som lege ville anse som unødvendig ved en rekke tilstander, og at dette misforholdet mellom forventninger og medisinsk faglig vurdering av nytte gjør primærlegens portnerrolle svært krevende. Forfatterne formulerer det slik:

«When faced with new symptoms, many older patients report that they would want a diagnostic test or specialty referral that their generalist thought was unnecessary. Generalists striving to provide patient-centered care while at the same time limiting exposure to unnecessary medical interventions will need to address their patients' perceptions regarding the need for these services.»

Evans beskriver «the Referral Evaluation Project» (16) som ble gjennomført i Syd-Øst-Wales i Storbritannia i 2007–08. Prosjektets formål var å bringe sammen fastleger og sykehusleger for å diskutere kvalitet og hensiktsmessighet av henvisninger, og drøfte bruken av kommunale tjenester fremfor henvisning til sykehus. Prosjektet var en ettårig intervensjon hvor primærlegene (som har omtrent samme

type finansiering som næringsdrivende som *flertallet* av norske fastleger) fikk frikjøpt ukentlig tid til kollegial drøfting av sine henvisninger internt i den enkelte praksis, og til samlinger sammen med sykehusleger hver sjette uke. Allmennlegenes egen vurdering var at henvisningskvaliteten økte betydelig, men den mest slående effekt av intervensjonen var et kraftig fall i henvisninger til sykehus. Antall henvisninger til ortopedisk vurdering og antall akuttinnleggelser ble halvert, mens bruken av kommunale tjenester økte.

Overført til norske forhold kunne denne typen kvalitetsarbeid finansieres over normaltariffens takst 14 og for eksempel knyttes opp som et krav for oppnåelse av og resertifisering i spesialiteten allmennmedisin.

På den nasjonale praksiskoordinatorkonferansen i Kirkenes før sommeren presenterte praksiskonsulentene Kirsten Rokstad og Sissel Holmen ved Haukeland Universitets-sykehus data fra et prosjekt med implementering av enkel beslutningsstøtte i PAS-EPJ-programmet Infodoc Plenario (17). Prosjektet ble metodisk gjennomført som en kontrollert prospektiv studie. Beslutningsstøtten var avgrenset til henvisninger til lungeavdelingen. Beslutningsstøtte førte til en kraftig forbedring av informasjon i henvisningene. Prioriterende sykehuslegers tidsbruk på vurdering og prioritering av henvisninger ble redusert med 34 prosent, mens opplevelsen av å ha gitt rett prioritet økte betydelig.

Forslag til hovedgrep

Denne artikkelen er ikke en systematisk gjennomgang av all litteratur på samhandlingsområdet. Imidlertid er det klart at det ligger et betydelig, men uforløst potensial for bedret pasientforløp i dagens helsetjeneste. Det er ikke lett å finne støtte for samhandlingsmeldingens budskap om unødvendige innleggelser og behovet for nyetablering av «halvannenlinjetjenester» av typen lokalmedisinske sentre – men det er det solide kunnskap for hva man i hvert fall bør interesse seg mer for, forsøkt samlet i fire forslag til hovedgrep og et overordnet premiss for disse:

1. Reorganiser sykehusenes akuttinntak
2. Reorganiser sykehjemmene med styrket legetilbud og bedre muligheter for «bedside»-diagnostikk, enklere intravenøs behandling etc.
3. Etabler interaktive henvisninger med beslutningsstøtte og elektronisk lege-lege-dialog i helsenettet
4. Gjennomfør en legevaktreform
– og ikke gjør noen av delene uten tett samarbeid med allmennmedisinsk kompetanse.

Referanser

1. www.nrk.no/nyheter/1.6726155 11.08.2009
2. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen.html?id=524777
3. Øyen N, Nygård O, Igland J et al. Sykehusinnleggelser for hjerte- og karsykdom i Helse Vest i perioden 1992–2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 17–23.
4. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355–7.
5. Kronikk og debatt, Dagens Medisin 1.10.2009.
6. Bjerkeset T, Havik S, Aune KM et al. Akutte bukmerter som årsak til innleggelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1602–4.
7. Trommald M, Aaserud M, Bjørndal A. Observasjonsposter – like godt tilbud til lavere kostnader? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3029–34.
8. Erikson BO. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: a study of health benefits and costs in a department of internal medicine. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin og Medisinsk avdeling Regionsykehuset i Tromsø, 1999.
9. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin og Medisinsk avdeling Regionsykehuset i Tromsø, 1999.
10. Carter L, Skinner J, Robinson S. Patients from care homes who attend the emergency department: could they be managed differently. J Emerg Med 2009; 26 (4): 259–62.
11. Bosch X, Aibar J, Capell S et al. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. Med J Aust 2009; 191 (9): 496–8.
12. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000; 54 (2): 163.
13. Fleck M, Zeuner M, Schölmerich J [Central Patients Admission (CPA) unit--connecting inpatient and outpatient care]. Med Klin (Munich) 2009; 104 (12): 925–30.
14. Pérez Borda A, Sáenz Medina J, Redondo González E et al. An intervention to improve the adequacy of referrals from primary care to a department of urology. Actas Urol Esp 2009; 33 (10): 1122–8.
15. Herndon MB, Schwartz LM, Woloshin S et al. Older patients' perceptions of «unnecessary» tests and referrals: a national survey of Medicare beneficiaries. J Gen Intern Med 2008; 23 (10): 1547–54. Epub 2008 Jul 1.
16. Evans E. The Torfaen referral evaluation project. Qual Prim Care 2009; 17 (6): 423–9.
17. Rokstad K, Holmen S. «Den Gode Henvisning» – et samhandlingsprosjekt. Utgått fra Haukeland Universitetssykehus. Kirkenes: Nasjonal PKO-konferanse 3. juni 2010.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: jan.emil.kristoffersen@ahus.no



QuikRead go®

Nyeste generasjon av

CRP Testing

- Markedets raskeste CRP system
- Svar på 2 minutter
- Spar tid - Spar penger!





Orion Diagnostics As
 firmapost@oriondiagnostica.no
 Tlf: 66 78 56 30

Gratis elektroniske oppslagsverk

AV ALEXANDER WAHL

Fra april 2010 er det etablert en redaksjon i Helsebiblioteket som arbeider med faglige oppdateringsverktøy til leger og andre brukere i primærhelsetjenesten. Her kan du lese mer om to utenlandske oppslagsverk som Helsebiblioteket abonnerer på, og som vi håper du vil ha nytte av.

Lenker finnes på www.helsebiblioteket.no. Oppslagsverkene er gratis og tilgjengelig for alle, uten innlogging.

Best Practice

Best Practice er et såkalt «point of care-verktøy» fra BMJ Evidence Centre. Verktøyet er basert på ny internasjonal oppsummert forskning, retningslinjer og ekspertuttalelser innenfor forebygging, diagnose, behandling og prognose. Best Practice dekker i skrivende stund i overkant av 10 000 diagnoser. Innholdet er bygget opp etter et intuitivt og oversiktlig mønster som går igjen gjennom hele oppslagsverket. Innholdet kvalitetssikres redaksjonelt før det blir godkjent og publisert. Det oppdateres fortløpende.

De ulike oppslagene inneholder også lenker til eksterne ressurser, bilder/illustrasjoner, samt referanselister med lenke direkte til fulltekst der dette er tilgjengelig. Jeg samler erfaring og prøver å summere opp noen konkrete råd for at man kan bruke tjenesten raskt.

Her er noen tips:

1. Nettleser

Dersom du bruker Internet Explorer som nettleser, kan du vurdere å gå over til en raskere variant, for eksempel Firefox som kan lastes ned gratis fra Helsenett sine sider.

2. Søk

Ved søk vil det komme opp forslag til engelske termer når man begynner å skrive. Alternativt kan du søke på diagnoser på norsk eller bruke ICDPC-koder – på samme måte som i journalsystemet ditt. Du kan også søke på symptomer



Alexander Wahl

(f. 1963), spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Kurbadet Legesenter i Oslo; tilsatt i 40 prosent stilling som redaktør for ernæningsbibliotek primærhelse ved Helsebiblioteket.no

eller velge diagnoser ut fra en alfabetisk meny ved å bla gjennom tilstander til venstre for søkefeltet.

3. Standardisert oversikt

Når diagnosefanen kommer opp, finner du en standardisert oversikt over blant annet epidemiologi, forebygging, diagnostisk tankegang, behandling og prognose. Når du blir vant til oppsettet kan du gå direkte til hva du søker etter.

I BMJ Best Practice finnes det også informasjonsbrosjyrer for pasienter og pårørende. Helsebiblioteket er i gang med å oversette brosjyrene til norsk. Tekstene legges fortløpende ut på www.helsebiblioteket.no/Pasientinformasjon/brosjyrer

UpToDate

Helsebiblioteket har også kjøpt nasjonal tilgang til en annen gavepakke: UpToDate. Dette er et omfattende oppslagsverk. Vi har laget en kort video som viser de viktigste funksjonene, se <http://vimeo.com/12258531>

UpToDate er resultatet av et verdensomspennende samarbeid mellom 4400 utvalgte klinikere som alle er spesialister. Disse fungerer som forfattere, redaktører og kvalitetssikrere. Over 400 000 brukere kan gi tilbakemelding til redaksjonen. UpToDate samler inn klinisk relevante spørsmål og dekker over 8300 emner innen 16 medisinske spesialiteter. Dette utgjør ca. 97 000 sider med tekst og grafikk samt 385 000 referanser med lenker til PubMed-sammendrag.



Interaksjonsdatabasen LexiComp er integrert i UpToDate. Alt innholdet er evidensbasert, og over 440 tidsskrifter overvåkes kontinuerlig. UpToDate oppgir at de gjennomgår 80 millioner kliniske spørsmål årlig. Dersom du vil slå opp på en sjelden tilstand er dette et egnet søkeverktøy. UpToDate kommer i ny versjon hver fjerde måned.

Søkefunksjonen i UpToDate er litt enklere, men ICPC- eller ICD-koder kan dessverre ikke benyttes. Plukk heller ut ett eller to sentrale engelske termer og skriv dem inn i søkefeltet. Forslag til alternative engelske ord kommer opp når du begynner å skrive. Når du er inne på et kapittel er «Find» knappen et viktig hjelpemiddel. Skriver du inn et relevant ord her, vil nettleseren søke gjennom dokumentet etter dette ordet. Både BMJ Best Practice og UpToDate har nyhetstjenester med informasjon om emner som er oppdatert. UpToDate har en egen nyhetstjeneste (What's new?) om blant annet «Family Medicine».

I denne nyhetstjenesten finnes nyheter som forandrer oppslagsverket og klinisk praksis. Jeg vet ikke om noen andre kilder som presenterer samlede nyheter for vårt fagfelt på en lignende måte. Skriv ut denne siden hver fjerde måned, og send på rundgang på legekontoet før du åpner noen andre tidsskrifter.

Norske kilder

Oppslagsverkene anbefaler for eksempel antibiotikabehandling i henhold til britisk og amerikansk tradisjon. Dette kan avvike noe fra vår norske veileder som anbefales: www.helsebiblioteket.no/microsite/Antibiotikaretningslinjer

Når det gjelder norsk legemiddelforskrivning, kan man støtte seg på Helsebibliotekets eget søkefelt eller lenke til legemiddelhåndboka: www.legemiddelhandboka.no/xml/

Bruker du helsebibliotekets generelle søkefelt, får du opp Felleskatalogens og Legemiddelverkets omtaler av legemidler. Her finnes blant annet oversikter over synonympreparater og generiske navn, fotografier av tabletter og interaksjonsdatabasen DRUID.

For tiden arbeider Helsebiblioteket.no med et «supersøk» hvor søkemotoren søker diagnoser parallelt i alle de nevnte kilder samtidig.

Denne veiledningen er på langt nær fyllestgjørende, og i disse dager vil vi lansere et eget emnebibliotek for allmennmedisin. Følg med!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: alexander.wahl@helsebiblioteket.no

Kjønns og helse

— frie kvinner i avgrensa kroppar

AV LISBETH HOMLONG

Diktaren Marie Takvam vart fødd på garden Skylstad i Hjørundfjorden i 1926, ikkje langt frå mine eigne heimtrakter. Garden ligg i Norangsdalen, ei løynd perle av eit dalføre sør på Sunnmøre. Takvam er kanskje ikkje så kjent for folk flest, men ho debuterte som lyrikar i 1952 med samlinga «*Dåp under sju stjerner*» og gav seinare ut fleire diktsamlingar med mange utruleg flotte dikt. Ho skreiv også romanar og barnebøker. I diktinga si var ho mellom anna opptatt av kvinnesak, kjønnsroller og erotikk, som her:

Den frigjorde kvinna

Kvar gong eg ser ein elskars stramme lepper
flekke seg frå dei kvasse hjørnetennene
og kjenner hans harde kjønns
hamre mot hjarterøter eller magesekk
eller kva det er mest av der inne
og eg sjølv er ei oppblåsen Barbara
då forstår eg dei som seier:
Kjærleiken er kaldare enn døden. (...)

Dette var ei god stund før den ny-feministiske bølga på 70-talet og hadde 50-talets tradisjonelle kjønnsrollemønstre som bakteppe. Takvam sjølv fekk kjenne dette på kroppen som ung, vakker kvinneleg forfattar med appetitt på livet. Erling Lægveid, no pensjonert journalist frå NRK, ein gammal ven og kollega av Takvam, skildrar ho slik:

På byen var ho ei femme fatale som stråleglansa ein krull med menn som dyrka henne. Ho hadde ein farleg smittsam latter og hennar varmesøkjande missil som rotvelta manneveldet kring seg. Full, fullare og feit som ho var.

Det var ikkje alle som såg med blide auge på slik framferd.

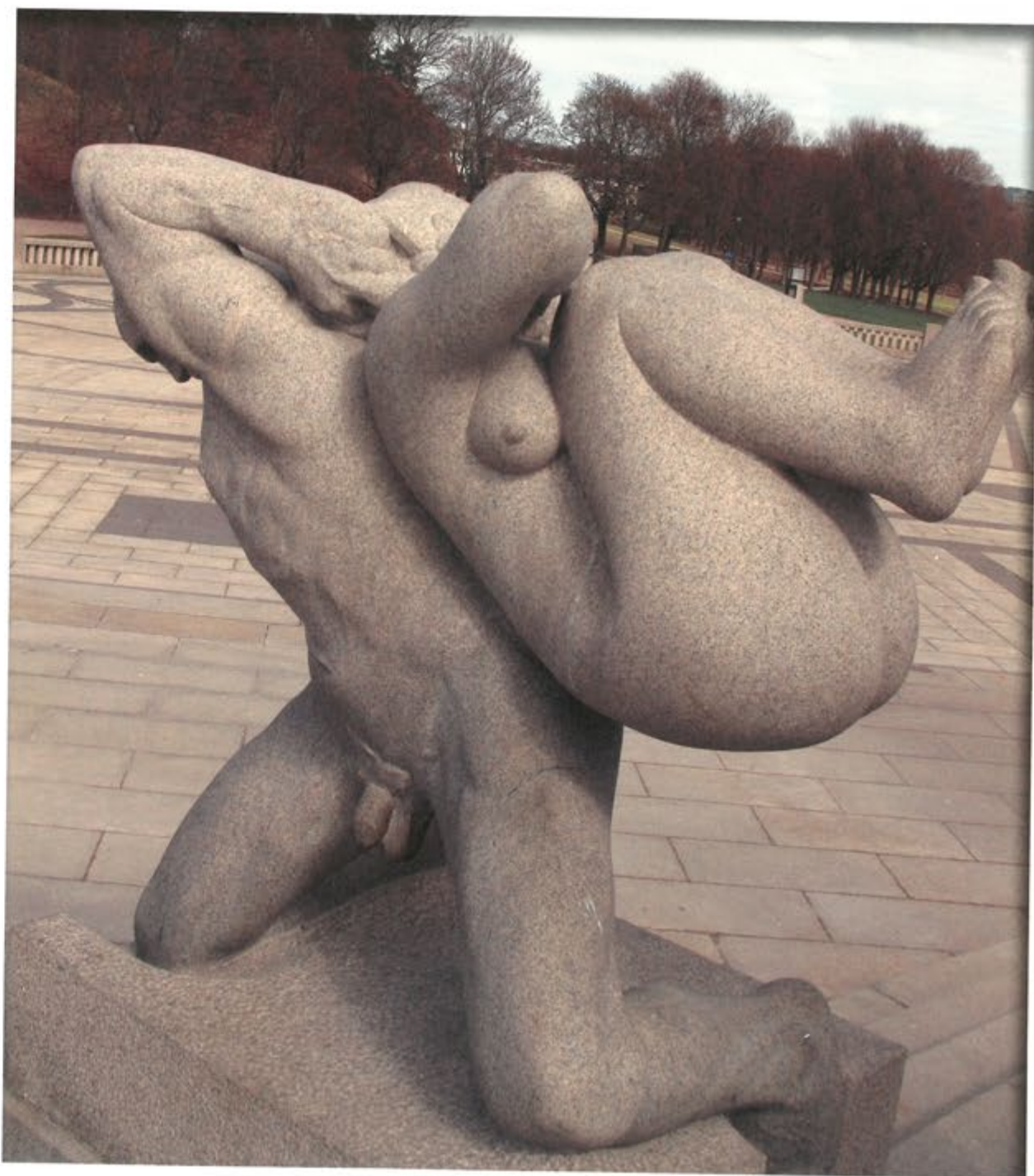
I 1977 spelte ho hovudrolla i Vibeke Løkkeberg sin film «*Åpenbaringen*». Ho var over 50 år og viste fram sin nakne, middelaldrande, frodige kropp — «kvalmende og uappetit-

telig» var berre noko av det som vart uttalt i dagspressa om Takvam sin rolleprestasjon.

Vi tenkjer gjerne at vi er komne lenger i dag. Nyleg stod fleire kjente, vaksne kvinner, mellom anna skodespelaren Demi Moore og kunstnaren Marianne Aulie, fram med sine avkleddde kroppar på nettstaden Twitter, fotografert av seg sjølv, på badet, i undertøy, med trutmann. Dei kallar det frigjering, her har dei teke regionen sjølv, tatt bilete, lagt dei ut på nettet sjølv, vist seg fram. Seinare gjekk Aulie lengre, heilt naken stod ho, ein stad på Manhattan, New York. «Eg er kvinne. Eg er fri», var hennar eigen kommentar til biletet. NRK-profilen Helle Vaagland var raskt ute med ein humoristisk kommentar, i form av eit eige lettkledd bilete, men med litt fleire valkar på magen og ein litt mindre sensuell posisjon. Kritikken hennar gjekk på at det berre er eit utval av kvinnekroppar som kan visast fram, kvardagskvinner med sine skavankar, feil og manglar duger ikkje. Det er dei modellvakre som «frigjer» seg på denne måten. Slik går debatten om kvinnekropp i vår moderne mediekvardag. Kvinnekropp er altså framleis eit brennaktuelt tema.

Marie Takvam. FOTO: WWW.AVJOLDA.NO





Sosiologen Hannah Helseth si debattbok «*Generasjon Sex*» som kom ut tidlegare i haust, går djupare inn i problemstillingane knytt til dette. I eit Noreg som er meir likestilt enn nokon sinne, har ein ny generasjon kvinner eit svært så seksualisert og kommersielt definert kvinneideal å leve opp til. Ho viser til at ungdom i dag legg ut utfordrande bilete av seg sjølv på ulike nettstader, der dei ber om å bli sett og vurdert. Du skal sjå bra ut og vere seksuelt attraktiv. Samtidig blir det forventa at du skal vere smart og lukkast i utdanning og arbeidsliv.

Denne seksualiseringa i det offentlege gir kvinner makt, hevdar mange, kjønnspekt. Det at menn attrår kvinner, gir kvinner makt over menn, såkalla erotisk kapital. Er dette ei god samfunnsanalyse? Nei, meiner Helseth, dette er ei avgrensa form for makt, og den er forgjengeleg. Det er nok ein måte der kvinner må tilpasse seg ytre rammer for korleis ein skal sjå ut og te seg, med dei avgrensingar dette medfører. Vidare trekkjer Helseth fram at dei mest vanlege skjellsorda i norske skulegardar i dag er hore og «bitch».



ILLUSTRASJONSFOTO: BLINNING, JACOBSEN PHOTOGRAPHY

Det er altså kort avstand mellom korleis jenter kan sjå ut og oppføre seg for å framstå attraktive, til å ha passert ei grense der ein brått vert sett på som billig. Seksuell trakassering og overgrep er ei anna side av saka. Framleis er det sånn at kvinner vert ansvarleggjort for at dei vert utsette for overgrep. Krava til å framstå sexy og frigjort aukar på den måten risikoen for å verte utsett for overgrep.

Kva har dette med helse å gjere? Det er svært relevant for kvinnehelse, meiner eg. Du er din kropp, i følge fenomenologiens far, den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty, det er gjennom kroppen medvitte tek form. Kroppen er i kontakt med livet, tinga, andre kroppar. Når kvinner med kroppen sin søker makt, viser den fram, tilpassar den til ideal og forventningar, så må det sette spor, tenker eg. Kroppen er ikkje fri, den vert gjort til ein reiskap for å oppnå noko. Samtidig vert det på ulike måtar sanksjonert når kvinner ikkje tilpassar kroppen sin slik det er forventa. Vi veit at psykiske lidningar hos jenter aukar etter puberteten. Fleire er misnøgde med kroppen sin, fleire får spiseforstyrningar. Medisinsk uforklarte plager og lidningar vert det også meir av, til dømes kronisk trøttheitssyndrom, uklare smertetilstandar, irritabel tarm og fleire. Mange kvinner lir av dette. Kan vår tids disiplinering av kvinnekroppen vere ein medverkande årsak?

I den franske filosofen og forfattaren Simone de Beauvoir sitt nøkkelverk frå 1949, «*Det annet kjønn*», vert ideen om kvinna som den andre etablert. Slik kvinner alltid har vore definert ut frå mannen, som er norma for det menneskelege. I ein artikkel i Utposten frå 1996, «*Formelen for den menneskelige norm er $N=XY$* », skriv allmennlege og forskar Anna Louise Kirkengen om det historiske bakteppet for dette: Kvinner har sidan antikken blitt sett på som kropp og kjensler, ubestemte og avvikande. Menn er ånd og fornuft, bestemte og presise. Ein skulle tru at kvinner og menn i vårt moderne samfunn var meir på lik linje, begge som subjekt. Men desse symbolske kategoriane pregar enno korleis vi ser på kropp og kjønn. Dette påverkar også kvin-

ner si helse. Eit moment er jo at ei overveldande mengde av medisinsk forskning har vore basert på menn som forskingsobjekt, fordi kvinner har blitt sett på biologisk ustabile og derfor ueigna i forskning. Dette medfører at mange standardar for medisinsk behandling har mannen sin kropp som utgangspunkt. Kirkengen gjer med utgangspunkt i dette greie for korleis kvinner sine helseplager har blitt kategorisert som ubestemte og avvikande. Ho refererer spesielt til diagnostikken innan psykiatri der forbausande mange diagnoser har vore knytt til manglar og feil ved kvinneleg seksualitet:

Mange, forbausende mange, diagnoser innan psykiatrien har vart begrunnet med og er knyttet til kvinners seksualitet, som de enten har for mye av, for lite av, på feil måte, til feil tid, rettet mot feil person og uttrykt i enten for mye eller for lite følelser, aktivitet eller kropp. Særlig kropp.

Ho viser også til filosofen Denise Russell som har sett på korleis feminitet i alle epokar har uttrykt, legitimert og tilsørt avgrensningar. Kvinner sjølv har internalisert desse grensene i sitt strev for å vere kvinneleg:

FORUM sykehjemsmedisin

FORUM SYKEHJEMSMEDISIN
inviterer til sin **8. LANDSKONFERANSE**
på Raddison Blu Hotel, Lillehammer
25.-27.mars 2011

KONFERANSEN:

Det faglige innholdet er variert og spennende. Temaet smerter belyses fra flere synsvinkler. Det er fokus på kommunikasjon og etikk som er viktig i sykehjemshverdagen. Hjerneslag er en vanlig sykdom som rammer de eldste eldre, en av våre mest sårbare grupper og det er vår 3. hyppigste dødsårsak. Samhandlingsreformen kommer vi heller ikke utenom. Foredragsholderne er engasjerte og inspirerende.

KURSGODKJENNING FOR LEGER:

ALLMENNEMEDISIN: 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i sykehjemsmedisin / geriatri til videre- og etterutdanningen.

GERIATRI: 15 timer som valgfritt kurs

SAMFUNNSMEDISIN: 15 timer som valgfritt kurs

KURSGODKJENNING FOR SYKEPLEIERE:

14 timer som er meritterende til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. Finn program og påmelding på www.sykehjemsmedisin.no under Kurs.

KONTAKTPERSON: G. Torbjørn Åmdal

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

Velkommen til Lillehammer

Når kvinner selv gjør nesten kva som helst for å være mest mulig kvinne i menns øyne, får de til og med selv et syn på seg sjølv som et mangelfullt vesen, et menneske som til enhver tid kan og bør forbedres.

Korleis skal vi kome oss ut av dette uføret? Hannah Helseth peikar på kjærleik og respekt! Og større mangfald og rausheit i forhold til kva ein ser på som vakkert, og på seksualiteten. I forholdet mellom menn og kvinner peikar ho på gjensidigheit, valdtekt og seksuell trakassering er uttrykk for mangel på dette. Å stadfeste seg sjølv gjennom kroppen kan lett ende med overgrep, dersom mannen ikkje har respekt for grensene. Menn som elsker kvinner, utfører ikkje overgrep, i følge Helseth, og kvinner som elsker seg sjølv, utset seg ikkje like lett for overgrep som «Generasjon Sex» gjer i dag.

Ein sjeldan gong hender det at alt i oss møtest
og ein veldig loge slår opp mot himmelen
frå våre lekamar
men elden brenner oss ikkje.
Vi reiser oss og kan leve.

Marie Takvam hadde det ikkje alltid like lett. Ho sleit med depresjonar, alkoholisme og mange kriser i livet. Dette stod ho offentleg fram med. I eit intervju i avisa i 1998, 10 år før ho døydde, fortalde ho ope om dårleg helse og at ho hadde mista evna til å skrive. Ho var likevel takknemleg for livet ho hadde levd og sa at ho følte ho hadde sagt det ho skulle. Venen Lægreid seier det slik: «Det var hennar forteneeste at eg og vi fekk større respekt for kvinna i oss.»

Kjelder

Takvam, Marie: «Dikt i samling (1952–1997)», Gyldendal Norsk Forlag ASA 1997 (utdrag frå diktet «Den frigjorde kvinna»).

Helseth, Hannah: «Generasjon Sex», Forlaget Manifest 2010.

Merleau-Ponty, Maurice: «Kroppens fenomenologi», Pax Forlag A/S, Oslo 1994.

De Beauvoir, Simone: «Det annet kjønn», Pax Forlag A/S, Oslo 2000.

Kirkengen, Anna Luise: «Formelen for den menneskelige norm er $N=XY$ », Utposten 1996; 3.

Dag og tid nr. 31 1998.

Dag og tid nr. 40 2010.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: lisbeth.homlong@hotmail.com

Nasjonalt diabetesforum 2011

Neste nasjonale Diabetesforum finner sted på
Oslo Kongressenter, Folkets Hus 9.–10. juni 2011.

I det omfattende programmet står naturlig nok samhandlingsreformen sentralt. Blant annet rettes søkelyset mot samhandling i praksis, med erfaringer fra både Norge og utlandet. Et annet aktuelt og viktig spørsmål er "Hvordan lager vi et sunnere samfunn?". Blant dem som skal svare, er sentrale politikere og representanter fra næringslivet, i en paneldebatt. Og hva er status etter to år med nasjonale behandlingsretningslinjer?

Nasjonalt Diabetesforum 2011 er godkjent av Den norske legeforening for spesialitetene allmennmedisin, pediatri og indremedisin.

Allmennedisin: Godkjennes med 17 timer som klinisk emnekurs i diabetes til videre- og etterutdanning.

Pediatri: Godkjennes med 17 timer som valgfritt kurs.

Indremedisin: Godkjennes med 14 timer som valgfritt kurs innen videre- og etterutdanningen.

Nasjonalt Diabetesforum er også godkjent av Norsk Sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 17 timer.

Det er også søkt fagforbundet for andre yrkesgrupper, se diabetes.no

For spørsmål vedr. konferansen, kontakt organisasjonskonsulent

Liv Nordby på tlf: 464 46 783 eller e-post: liv.nordby@diabetes.no



diabetesforbundet

www.diabetes.no

9.–10. juni
2011



**HANNAH
HELSETH
GENERASJON
SEX**

Hannah Helseth
Generasjon Sex
Forlaget Manifest 2010
175 sider

På nettstaden *deiligst.no* legg norske ungdomar og unge vaksne ut meir eller mindre lettkledde bilete av seg sjølv. Kvar månad lastar medlemmane opp kring 10000 bilete av seg sjølv, bileta vert kom-

mentert og stemt på av nettstaden sine over 600000 profilar. Kva er det som får norske jenter – og gutar også, for den del – til å gjere dette i dag, frivillig, utan å få betalt for det? Dette er sosiologen og feministen Hannah Helseth sitt utgangspunkt for å skrive debattboka *Generasjon Sex*, som kom ut tidleg i haust.

Helseth har markert seg som ein aktiv samfunnsdebattant og skribent. Ho er opptatt av feminismen sin ståstad i det moderne Noreg og har spesielt engasjert seg i unge jenter sin situasjon i forhold til kroppspress, seksualisering og grensesetting. *Generasjon Sex* er den første boka ho har skrive. Boka startar med ei samtale forfattaren har med «Babydoll», ei 17 år gammal jente som har profil på den omtalte nettstaden. Ho har lagt ut bilete av seg sjølv ikledd «hot pants» og ein utringa singlet, med brysta skyvd fram i ei djup kløft. Motivasjonen for dette er å få positiv merksemd, viser det seg. Likevel likar ikkje «Babydoll» at ho vert redusert til berre kropp, ho set heller ikkje pris på slike tilbod som har kome i kjølvatnet av eksponeringa.

Helseth bruker personlege røynsler frå eiga ungdoms- og studietid for å skildre korleis jenter i dag står i eit krysspress mellom å sjå bra ut, få merksemd frå det andre kjønn, utan å trekke over grenser slik at dei vert sett på som billeg og lett på tråden. Saman med referansar til kjent feministisk teori og ulike studiar gjort på kjønn og ungdomskultur, fungerer dette bra for å trekke problemstillingane ned på jorda og relatere dei til levd liv.

Helseth trekker linjer til 70-talet med BH-brenning og radikal, kollektiv feminisme, som på 90-talet vart avløyst av ein meir individuell feministisk bølge. Bøker som *Fittstim* og *Råtekt* tok då til orde for at ein kunne sjå bra ut, pynte seg og likevel vere ambisiøs og likestilt. *Generasjon Sex* har ifølgje Helseth tatt dette ut i den yste konsekvens. Kva vert så igjen? Det dreier seg om kjønnsrett. Det å vere attraktivt, at

menn attrår kvinner; det er også ei form for makt, hevdar mange i dag. Men kva slags makt er dette, spør forfattaren? Kan kvinner ta den med inn i styreromma? Når alderen før eller sidan innhentar oss alle, kva slags makt er igjen då?

Når det gjeld seksuelle overgrep og voldtekt, problematiserer Helseth at det framleis er slik at jenter og kvinner vert ansvarleggjort for menn sine overgrep. Menn har ein ustyrleg seksualitet. Kvinner må ta ansvar for å hindre at den går over styr. Mange spørjeundersøkingar stadfester dette synet. I kva samanheng overgrepet skjedde, relativiserer også skuldspørsmålet, ifølgje både menn og kvinner som svarer på slike spørsmål. Voldtekt handlar både om vold og seksualitet, i følgje Helseth, det er «seksualitetens skyggeside». Dette er kanskje det mest interessante partiet i boka, synast eg. For sjølv om kvinner sjølv ikkje er ansvarlege ved kroppslig uttrykk, åtferd og inntak av rusmiddel, gir Helseth eit eintydig råd om at det må brukast sunn fornuft for å unngå å utsette seg for risiko for overgrep.

Kva kjønnsroller har å seie for unge kvinner i dag, har også eit klasseperspektiv: Boka problematiserer forskjellar mellom øst- og vestkantjenter i hovudstaden. Jentene på østkanten kler seg meir utfordrande og har ei meir seksuelt utagerande framferd i kvardagen. Dei kallar kvarandre hore og ler av det. Jentene på vestkanten, derimot, kler seg «med måte» og framstår høflege og veltalande. Dei oppfattar språket som vert nytta på østkanten som vulgært og relaterer det til underklassen. Likevel hender det at dei kallar kvarandre «bitch». Kvinner tilpasser seg forventningar til kva som til ei kvar tid og på kvar stad vert sett på som kvinneleg. For kvinner med høg økonomisk og kulturell kapital, kan det kanskje fungere å gå ut av og inn i roller som ho sjølv ønskjer og lystar. For meir underprivilegerte kvinner, er kanskje dette ei større utfordring.

Denne boka utforskar moderne jente- og kvinneliv, ho viser fram kva type krav og forventning unge jenter i dag har framfor seg. Boka er lettlest og henvender seg til eit allment publikum. Som helsepersonell kan ein reflektere over at mange undersøkingar tyder på at fleire jenter er misnøgd med kroppen sin: Fleire utviklar spiseforstyrrelser, fleire får psykiske lidningar, mange vert framleis utsett for voldtekt og andre seksuelle overgrep. Det er nærliggande å tenke at seksualisering og kroppspress medverkar til dette. Eg synast boka er eit viktig og godt skrive innlegg i denne aktuelle debatten.

Lisbeth Homlong

Lyrikk



En lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg sender et «smule dikt» som lovet. Det er et lille stykke av Søren Kirkegaard som vel ikke er mest kjent for sine «digte». I alle fall har han kommet med en del ulike visdomsord i verseform som ved nærmere ettertanke skaper «etterklang i kropp og sjel».

● Dette er jo også så kort og enkelt at en til og med kan huske det selv i min alder.

Altså:

tap for all del ikke
lysten til å gå.
jeg går meg til det
daglige velbefinnende hver dag.
og går meg fra
enhver sykdom.
jeg går meg til mine
beste tanker,
og jeg kjenner ingen
tanke så tung at man
ikke kan gå fra den.
når man fortsetter
slik å gå, så går det nok!

Søren Kirkegaard

Jeg tillater meg å utfordre venn og fastlege /entreprenør/ altnulig-mann Sigbjørn Rønbeck i Tromsø. Han er en svært spennende person med et stort register/repertoar!.

Vennlig hilsen fra
Bjørn Ringstad på Finnsnes





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

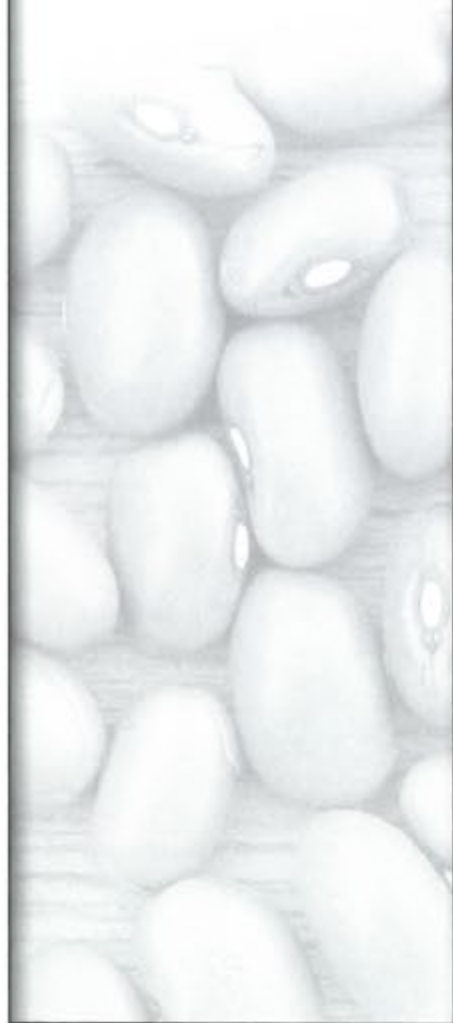
Vest
Tlf. 55 97 53 60

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

RELIS har mottatt en bivirkningsmelding på slankemiddelet Phase 2. Virker det, og er det trygt å bruke?



Kasuistikk

En ung kvinne inntok slanketabletter av merket Phase 2 og fikk umiddelbart magesmerter, kvalme og kraftig oppkast. Etter å ha kastet opp flere ganger observerte hun blod i oppkastet og oppsøkte lege, som fikk henne innlagt i sykehus. Smertene var lokalisert i epigastriet, og på sykehuset antok man at det observerte blodet skyldtes Mallory-Weiss blødning. Kvinnen fikk intravenøs behandling med protonpumpehemmer og kom seg raskt. Hun ble utskrevet dagen etter, fortsatt kvalm og litt øm i epigastriet, med pantoprazol for behandling i tre uker samt metoklopramid til bruk ved behov. Kvinnen har fortalt til legen at hun også en gang tidligere har prøvd Phase 2, med påfølgende magesmerter og oppkast.

Phase 2 er et naturmiddel som i følge flere nettsider skal være et effektivt slankemiddel. Det opplyses at produktet inneholder ekstrakt fra bønner (*Phaseolus vulgaris*), som angivelig skal hemme enzymet alfa-amylase slik at stivelse tilført via kosten ikke spaltes i mindre, absorberbare bestanddeler som for eksempel glukose. *Phaseolus vulgaris* er for øvrig betegnelsen på flere varianter av vanlige bønner (hvite, røde, brune, kidney-bønner). Phase 2 er oppgitt å inneholde standardiserte vandige ekstrakter av hvite bønner (selv om en nettside som selger Phase 2 har bilde av brune bønner).

Gir Phase 2 vektreduksjon?

En nettside der Phase 2 selges opplyser at produktet er meget effektivt og at det er utført mer enn 42 kliniske studier, hvorav et antall hevdes å være publisert i kjente vitenskapelige tidsskrifter. Det er ikke gitt noen nærmere referanser til hvilke artikler eller tidsskrifter det dreier seg om. Det er heller ikke gitt noen informasjon om sikkerheten ved bruk av Phase 2 (1). En annen nettside angir at det ikke er noen signifikante bivirkninger forbundet med bruk av Phase 2, men viser ikke til dokumentasjon for at dette er undersøkt (2).

I monografien for *Phaseolus vulgaris* (Bean Pod) i en database for naturlegemidler angis at produkter med innhold av bønneekstrakt blant annet brukes mot hyperkolesterolemi og overvekt. Det er selve ertebelgen som brukes. Belgen inneholder mye fiber samt polyfenoler og plantesteroler. Bønneekstrakter angis ofte å være «karboblokkere», det vil si hemmere av karbohydratabsorpsjonen. Det finnes *in vitro*-data og dyrestudier som indikerer at bønneekstrakt kan hemme alfa-amylase(3). Effekten kan være

knyttet til innholdet av ulike lektiner, karbohydratbindende glykoproteiner (4). Når det gjelder humane studier er det utført en dobbeltblind studie der 25 friske personer fikk et gram ekstrakt av hvite bønner eller placebo to ganger daglig i fire uker, i tillegg til vektreduserende livsstiltak. Det ble oppnådd vektreduksjon i begge grupper i studieperioden, men det var ikke signifikant forskjell mellom de som fikk bønneekstrakt og de som fikk placebo (5).

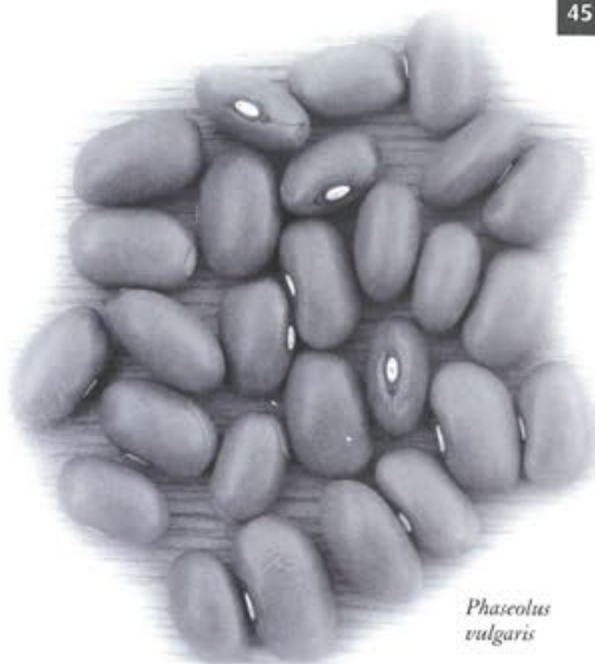
Forfatterne av en oversiktsartikkel om *Phaseolus vulgaris*' rolle som alfa-amylasehemmer konkluderer med at det trengs større kliniske studier over lengre tid for å fastslå effekt og sikkerhet ved human bruk av stivelsesblokkere (6). En kilde fastslår at studier på mennesker ikke har vist signifikante effekter på nedbrytning og absorpsjon av stivelse når bønneekstrakt inntas sammen med mat (3).

Teoretisk foreligger det altså et mulig potensial for at ekstrakt av hvite bønner kan ha vektreduserende effekt. Det mangler imidlertid kliniske studier som dokumenterer dette.

Kan Phase 2 gi bivirkninger?

De to nettbutikkene som selger Phase 2 og som er referert til her sier enten ingenting om bivirkninger eller at produktet ikke gir bivirkninger. En database for naturlegemidler angir imidlertid at inntak av bønneekstrakt kan gi kvalme, oppkast, diaré og magesmerter. Spesielt er inntak av rå eller for lite kokte bønner forbundet med slike symptomer (3).

En studie på rotter undersøkte akutt toksisitet av enkelt-doser av Blockal, som angis å være vandig ekstrakt av hvite bønner. Unge rotter av begge kjønn fikk enkelt-doser av Blockal eller daglige doser i fire uker. Mengde bønneekstrakt var i størrelsesorden 1,1–1,7 g per kilo kroppsvekt. Hos noen av de eksponerte dyrene ble det observert økt antall erythrocytter (hematokritt), endringer i protein- og kolesterolnivå, samt endringer i relativ vekt (vekt i forhold til kroppsvekt) av lever, pankreas og milt (5). Vi har ikke funnet humane studier som dokumenterer sikkerheten ved bruk av Phase 2. Det er derfor ikke grunnlag for å påstå at Phase 2 er et bivirkningsfritt produkt. Det er også et moment her at faktisk innhold i mange urtebaserte produkter ofte er svært mangelfullt deklart, og det stilles ingen krav til standardisering slik som for legemidler. Innholdsstoffer og mengder kan derfor variere mellom ulike produksjonsbatcher. Søk på internett indikerer at det finnes mange ulike produkter som inneholder bønneekstrakt, og Phase 2 inngår som del av produktnavnet. Flere av disse inneholder også andre urter/kosttilskudd i tillegg til bønneekstraktet.



Phaseolus vulgaris

Oppsummering

Reaksjonen hos den aktuelle pasienten kom i tidsmessig relasjon til bruk av Phase 2. Pasienten hadde også ved en tidligere anledning prøvd det samme produktet og fått lignende symptomer. Ut fra de tilgjengelige opplysningene har vi vurdert årsakssammenhengen mellom Phase 2 og kvalme, oppkast, magesmerter og Mallory-Weiss blødninger som mulig. Reaksjonen må også klassifiseres som alvorlig, da den medførte sykehusinnleggelse. Det er ikke publisert kliniske studier som dokumenterer vektreduserende effekt av Phase 2, og heller ikke studier som har undersøkt sikkerheten ved bruk av bønneekstrakt hos mennesker. Tvert imot gir studier på rotter grunn til skepsis når det gjelder sikkerhet.

Det er viktig at mistenkte bivirkninger av naturmidler, urteprodukter og lignende meldes til RELIS i den aktuelle helseregionen. Meldeskjema finnes på www.relis.no.

Referanser

1. www.caredirect.no (lest 29.10.2010).
2. Urtesenteret nettbutikk. www.urtesenteret.no (lest 29.10.2010)
3. Natural Medicines Comprehensive Database. *Phaseolus vulgaris* (Bean Pod). <http://www.naturaldatabase.com/> (29.10.2010)
4. Chokshi D. Toxicity studies of Blockal, a dietary supplement containing phase 2 starch neutralizer (Phase 2), a standardized extract of the common white kidney bean (*Phaseolus vulgaris*). *Int J Toxicol* 2006; 25: 361–71
5. Udani J. Blocking carbohydrate absorption and weight loss: a clinical trial using a proprietary fractionated white bean extract. *Altern Ther Health Med* 2007; 13(4): 32–7
6. Obiro WC, Zhang T et al. The nutraceutical role of the *Phaseolus vulgaris* α -amylase inhibitor. *Br J Nutrition* 2008; 100: 1–12

Trude Giverhaug,
RELIS Nord-Norge

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

Fibromyalgi og diffuse plager – gammelt eller nytt?

Jeg har flere pasienter i min fastlegepraksis med diagnosen fibromyalgi. De er alle kvinner i alderen 30–65 år. De fleste har fått diagnosen fibromyalgi en del år tilbake fra ulike spesialister, enkelte har fått diagnosen av revmatolog de siste fire til fem årene.

Alle disse pasientene har kroniske smerter fra bevegelsesapparatet, de fleste har fått uføreytelse med bakgrunn i sin sykdom.

Mens utredning pågår er dette pasienter fastlegen ser en del til. Pasientene gjennomgår diverse undersøkelser (biokjemiske prøver, røntgen/MR, etc.) oftest uten positive funn. Noen forsøker analgetika/NSAIDS eller fysioterapi, men blir sjelden bedre. Det kan medføre en del frustrasjoner hos både pasient og fastlege.

Det finnes diagnostiske kriterier for fibromyalgi (American College of Rheumatology). I praksis blir fibromyalgi mest en eksklusjonsdiagnose, men ofte først etter henvisning og ventetid på time hos revmatolog eller annen spesialist.

Når pasientene har fått diagnosen og ytelse fra NAV er avklart, ser jeg som fastlege mindre til disse pasientene. De lever med sine plager, innretter seg i hverdagen og kanskje vet de at fastlegen har lite å tilby utover det som allerede er forsøkt.

De siste to årene har tre av mine pasienter med fibromyalgi fått påvist annen sykdom i tillegg. Dette var vanskelig å oppdage pga. den allerede diagnostiserte fibromyalgien. For alle de tre pasientene var det nok noen grad av forsinkelse i utredningen sammenlignet med pasienter uten diagnosen fibromyalgi. Dette har gjort meg ekstra observant hos kronikere som plutselig presenterer nye symptomer. Fibromyalgi kan ha et fluktuerende forløp, gode og dårlige perioder. Det kan ses forverring av enkeltsymptomer også, alle typer stress eller belastning kan ha betydning.

Når det gjelder mine tre pasienter, så var det min umiddelbare konklusjon da de presenterte sine «nye plager» at det måtte være en forverring av grunnsykdommen som gav dem økte plager.

Dette snakket jeg med pasientene om, de gikk hjem – og kom tilbake!

PASIENT 1:

Kvinne, 42 år som har psoriasis og mye smerter i bevegelsesapparatet, mest i rygg og skuldre. Byttet fastlege til meg for ca 6 år siden, ønsket kvinnelig fastlege.

Pga. psoriasis og ryggsmarter ble hun henvist til revmatolog i 2007 med spørsmål om psoriasisartritt, konklusjonen ble fibromyalgi.

Vi har hatt en del kontakt gjennom årene, og hun pleier å komme med seks til åtte ukers intervaller til time for ulike plager (reflux, eksem, underlivsplager og annet).

På slutten av en konsultasjon høsten 2009 nevner hun sine ryggsmarter som er kroniske. Ordlyden var noe i denne retning «ryggen har slått seg helt vrang nå». Dette førte ikke til noen spesiell reaksjon fra min side, hun har mye ryggsmarter og bruker analgetika mer eller mindre fast. Det som var uvanlig var at hun ringte til meg uka etter for å snakke om ryggsmertene. Hun fikk ny time noen dager etter for undersøkelse av ryggen. Det var positiv Lasuege ved 45 grader og antydte nedsatt dorsifleksjon i ankel.

MR ble rekvidert og viste et høyresidig prolaps med påvirkning av S1-rot på aktuelle side.

Hun fikk fysioterapi med god effekt, men var lenge «ekstra-plaget» med ryggen.

Pga hennes fibromyalgi-diagnose holdt jeg på å overse et prolaps i ryggen.

PASIENT 2:

Kvinne 65 år som har hatt fibromyalgi i mange år (> 10 år). Kommer til meg en til to ganger per år for kontroll av blodtrykk. Snakker sjelden om sin fibromyalgi, men har diffuse muskelsmerter «overalt» i kroppen og blir fort sliten, orker lite. I min sommerferie i 2009 bestilte hun akutt-time hos en kollega pga ømme kuler i nakken og hodebunnen. Da jeg kom fra ferie lå det et kryptisk ultralyd-svar til meg med følgende ordlyd:

«I høyre tinningregion ses en spoleformet forandring dypt subkutant med litt lavere ekkot enn omgivende fettvev. Pas har to lignende forandringer i bakhodet. I tinningregionen ses en gren av a.temporalis i nær relasjon til angitte forandring. I et meget lokalisert område ses et mørkt område som mest sannsynlig er et nevrinom. Kan dog representere en såkalt halo som kan ses ved arteritis temporalis.»

Dette var rett og slett så rart at jeg innkalte henne til time så jeg selv kunne se og kjenne på disse kulene. Jeg fant ingen lokaliserte kuler som kunne palperes, men diffust ømme punkter flere plasser i hodebunnen. Muligens litt øm i høyre

tingning, men jeg oppfattet ikke arteria temporalis som patologisk. SR var tatt, – var på 30 – ble kontrollert, og var da 28. Jeg hadde ingen god forklaring på hennes plager og anså vel dette som et eller annet uspesifikt funn, men lovet henne å diskutere med revmatologene ved UNN i Tromsø. Pasienten nevnte selv at det kanskje kunne ha relasjon til hennes fibromyalgi og jeg var enig i den tanken.

Revmatologene var heller ikke helt entydige i hvordan man skulle oppfatte dette ultralydsvaret og pasientens plager, men det endte med at det ble gjort en biopsi av arteria temporalis og denne viste:

«Deler av muskulær arterie, betennelsesinfiltrasjon av overveiende lymfoide celler, ingen kjempeceller. Kan være arteritis temporalis men ikke diagnostisk for dette».

Hun fikk raskt time hos revmatolog, startet med prednisolon og senere metotrexat, kulene i hodebunnen forsvant helt. Muskelsmertene er ikke veldig mye bedre.

I etterkant har pasienten og jeg snakket sammen om hennes muskulære smerter. Hun har hele tiden hatt dominans i skulder/nakke-region og i nedre del av ryggen. Revmatologene oppfatter dette som PMR (polymyalgia reumatica).

Pasienten lurer på om dette har vært oversett tidligere eller om polymyalgien har kommet etterhvert.

Jeg er usikker på om jeg ville ha sendt pasienten til ultralyd for disse rare symptomene i hodebunnen. Både pasienten og jeg var jo egentlig inne på tanken om at dette var relatert til fibromyalgi. Heldigvis ble hun henvist av en yngre kollega og fikk etterhvert både diagnose og behandling.

PASIENT 3:

Kvinne 58 år, også med fibromyalgi i mange år (> 10 år); smerter mange steder, mest rygg og skuldre. Kommer et par ganger i året for å måle BT. Litt vanskelig å få tilfredsstillende BT-kontroll, fordi hun lett får bivirkninger av medisinen hun forsøker. Nevner ofte at hun føler seg sliten, synes hun orker mindre år for år. Høsten 2008 nevner hun dette på nytt, lurer på bivirkninger av blodtryksmedisinene eller hypothyreose, og hun vil sjekke hemoglobin og ferritin.

Blodprøvesvar noen dager etter viser forhøyet total-kalsium på 2,90 (2,15–2,55 mmol/l)

Jeg bestiller kontrollprøve, inkl. PTH som var på 15,8 (1,1–7,5 pmol/l) og ionisert kalsium på 1,53 (1,10–1,34 mmol/l).

Pasienten blir henvist til endokrinolog og har fått diagnosen primær hyperparathyroidisme. Hun skal foreløpig ikke ha behandling/operasjon, så lenge de angitte verdier ikke stiger ytterligere. Kontroll ved endokrinolog hver annet år, og hos meg innimellom.

Hun er fortsatt sliten, men fornøyd med å ha fått «en diagnose». Hyperparathyroidisme kan gi trøtthet, men det kan jo også fibromyalgi...

Har nylig vært på time, klager nå over tungpust. Når jeg spør etter debut svarer hun «jeg synes jeg har hatt det hele tiden».

Jeg lurer på om hun har astma og hun skal gjøre spirometri snarest!

Avsluttende kommentarer

Alle disse tre pasientene har fått utredning og oppfølging i den grad det er nødvendig for sine «nye diagnoser». Deres

FIBROMYALGI:

Diagnosekriterier fra American College of Rheumatology:

Utbredt smerte

- dvs i minst tre kroppskvadranter pluss midtlinjen av minst tre måneders varighet

Trykksomhet med smerteopplevelse ved inntil 4 kg trykk med fingertupp på minst 11 av 18 tenderpoints (9 bilaterale):

- Subokspitalt.
- Lavere cervikalt, lateralt ved processus transversus på nivå C5–7.
- Midt i øvre trapezius.
- Supraspinatusutspringet ved øvre mediale skapulohjørne.
- Intercostalt over 2. costa, like lateralt for costokondrale overgang.
- 2 cm distalt for laterale albueepikondyl.
- Øvre laterale kvadrant av glutealregionen
- Trochanter major.
- Medialsiden av femurkondylen, like proksimalt for kneleddspalten.

tilleggsdiagnoser har ikke stor betydning i hverdagen, pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret for dem alle tror jeg.

Det som har vært viktig for disse tre pasientene er å bli trodd når de går til legen med sine plager. Mange pasienter med fibromyalgi føler seg mistrodd og lite respektert.

Det var vanskelig for meg å skjønne at det de presenterte var «noe nytt». Denne gruppen av pasienter har mange plager, ofte diffuse og kanskje er pasientene ikke så direkte når de presenterer nye plager, kanskje pga. engstelse for ikke å bli tatt på alvor. Jeg opplever ofte at det er pasienten selv som drar den mulige relasjonen til fibromyalgi, kanskje er det her legen skal være mer kritisk og tenke «kan det være noe annet?»

Som fastlege kan det være frustrerende å ha pasienter med kroniske plager som man har lite kurativt eller lindrende å tilby. Man ender ofte med å gi de samme rådene og vise til at de «må leve med plagene».

Pasientene har lært meg at det er utrolig viktig å være lydhør overfor kronikere som presenterer nye plager eller noe som har endret seg. I de aller fleste tilfeller er det ikke noe annet som feiler dem, men det er viktig å gi dem tid til å fortelle, vise interesse, lytte og spørre aktivt. Innimellom oppdager man faktisk noe nytt!

Alle tre pasienter har samtykket til at sykehistoriene kan gjengis anonymisert.

Drude Lind Bratlien
fastlege, Kirkenes

Historien bak magesmerter

Katia er 42 år gammel og kommer til meg for første gang. Opprinnelig fra Hviterussland, men hun snakker rimelig bra norsk. Hun har hatt smerter i abdomen de siste ni månedene. Hennes problemer begynte etter en kosmetisk operasjon for å fjerne «den stige magen med strier» hun hadde fått da hun fikk barn. Hun smiler litt når hun sier at «du vet vi liker å se fin ut i mitt land». Hun har vært utredet for smertene og legene fant til slutt en cyste på en av eggstokkene. Funnet passer ikke helt med smertene, men hun ventet nå på en operasjon på kvinneklinikken. I mellomtiden er smertene så intense at hun bruker tramadol daglig og hun har hatt lange perioder med sykmelding. Hun sier til slutt at hun er urolig, og lurer på om jeg har noe som kan hjelpe henne til å slappe av.

Pasienten ser ikke ut til å være ute etter medikasjon, men jeg står litt fast. Hva skal jeg tilby denne damen? Jeg lytter til Katia og gjør det jeg pleier å gjøre med nye pasienter. Jeg spør om hun kan fortelle meg litt om sin livssituasjon. Hun kom til Norge for fire år siden og jobber som renholder. Hun har en venn hun bor sammen med, men det er ikke så lenge siden hun gikk fra mannen sin. Har to voksne døtre i hjemlandet.

Som innvandrer selv er jeg opptatt av det med å flytte fra eget land. Jeg spør henne hvordan hun kom til Norge og om hun trives her. Interessen min (jeg tror dette hadde kommet også som svar på mange andre spørsmål) utløser en annen fortelling som hun ikke har fortalt før til legene: hun giftet seg med en norsk mann for å kunne komme til Norge. På denne måten kunne hun hjelpe døtrene å studere i hjemlandet... og mannen var snill... i begynnelsen. Deretter ble livet verre og verre.... Til det ble et hel-

vete. Hun ble latterliggjort, og hørte ofte at hun hadde «en stig mage». Derfor tok hun en operasjon på en privat klinikk, som hun nå sliter med å betale tilbake. Hun ble etter hvert slått og tvunget til å gjøre det hun ikke ville gjøre. Han drakk. Hun var redd. Det er kun få måneder siden hun torde å komme seg ut av forholdet.

Vi har snakket i nesten de 20 minutter jeg har til disposisjon for hver pasient. Jeg lurer litt på om hun har tenkt om alt dette kunne ha noe med smertene hennes å gjøre og sier det til henne. Hun sier ingenting, men tenker og gråter. Vi avslutter konsultasjonen og avtaler en kontroll noen dager etterpå.

Det er noen måneder etter denne første konsultasjonen nå og jeg har sett henne et par ganger i måneden. Hun har fortsatt mye å jobbe med, men det er to ting som er for meg tankevekkende: det første er at Katia sluttet å ha smerter i abdomen kort etter den første konsultasjonen. Hun har ikke trengt mer smertestillende (men ble satt på SSRI etter hvert når historien ble klarere, inkludert selvmordstanker), og hun har jobbet nesten daglig. Det andre er hvor mye hjelp hun har fått av å skrive dagbok. Jeg får foreløpig ikke lov til å lese den (og det er heller ikke et poeng i seg selv), men den hjelper pasienten til å skrive om sin egen historie. En historie hvor hun er verd å bli behandlet som et verdifullt menneske. Uansett hvordan magen ser ut.

Esperanza Díaz



Utposten beklager feil!

Dessverre har forfatternavnet til historie fra virkeligheten i Utposten nr. 6/2010 falt ut. Det er Harald Sunde som har skrevet denne! Vi er lei oss for dette, og det er ekstra beklagelig for Harald Sunde har bidratt med både artikler og historier til Utposten i mange år. Vi håper ikke at dette vil skremme han fra å fortsatt sende inn interessant stoff til Utposten.

Stor takk til Harald Sunde i Kirkenes.



MOVICOL®
makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid

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 uken¹
- Skåner tarmfloraen²
- Tilvenner ikke tarmen³
- Gir oftest ikke luft i magen³

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 for 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. Altair A et al. Gut 1999;44:226-230.

