

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 1 - 2011 • ÅRGANG 40

INNHOOLD:

LEDER: Innboks- og utboks kontroll. AV JESPER BLINKENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Læremesteren. CHRISTIAN F. BØRCHGREVINK INTERVJUET AV TOM SUNDAR	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Innboks kontroll for allmennleger. AV JØRN KIPPERSUND	6
K-en som ble borte – noen synspunkter på forslag til nye lover og ny helseplan. AV GISLE ROKSUND	9
Screening for kolorektal kreft i Norge. AV MICHAEL BRETTAUER OG ATLE FRETHEIM	11
Kvalifiseringsprogrammet – en vei ut av fattigdom. AV TONE DEHLI	14
Forslag til elementer i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten AV A.K. LINDAHL, T. BAKKE, Å. RINGARD OG S. FLOTTORP	15
Årstiders betydning for somatisk sykelighet og dødelighet. AV NICOLAS ØYANE	18
Kviser – ungdomstidens medaljebakside. AV STURE ROGNSTAD	22
Bruk av glukose eller HbA1c til diagnostikk av diabetes? AV REIDUN L.S. KJØME	28
Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. AV MALIN EBERHARD-GRAN	31
Villmarksmedisin – en ny og utfordrende disiplin. AV M. IVERSEN-TENNØE, B. LISCHNER OG K. FINSNES	36
Hjelp til selvhjelp – det må utdannes flere helsesekretærer. INNLEGG AV GRO BENGTSØN	40
Faste spalter	41
BOKANMELDelse: Fargeblindhet. ANMELDT AV MONA SONDENÅ	48

Utpostens
dobbeltime

Læremesteren

Christian F. Borchgrevink
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Året er 1968: Indremedisinen og tromboseforskeren Christian Borchgrevink er innstilt til et prestisjefyllt professorat ved Aker universitetssykehus. Samtidig kommer det tilbud fra Det medisinske fakultet i Oslo om å tiltre en tilsvarende stilling innen det gryende faget allmennmedisin. Den 44 år gamle legen står overfor et karrierevalg mellom to vidt forskjellige alternativer: det kjente versus det ukjente, pløyd versus upløyd mark. Han velger det siste – og blir dermed Nordens første professor i allmennmedisin.

2011 er et jubileumsår: Det er 200 år siden Universitet i Oslo ble grunnlagt som landets første universitet, og det er ti år siden fastlegeordningen ble innført. Da er det betimelig å skue tilbake i tid og rekapitulere hvordan norsk allmennmedisin ble til – både som universitetsfag og spesialitet. Når den historien skal skrives er det mange navn som fortjener omtale, men ett kommer man ikke utenom: Christian Fredrik Borchgrevink.

Den pensjonerte, men ennå aktive legen ønsker oss varmt velkommen når vi en kald vinterdag oppsøker ham hjemme i Oslo. Han viser inn til den rommelige og lyse leiligheten på Frogner. Her bor han sammen med ektefellen Britt, og herfra er det gangavstand til

gamle og ærverdige Røde Kors Klinikk som i årene 1969–93 rommet Institutt for allmennmedisin og var professor Borchgrevinks arbeidssted.

– Vær så god, her har du litt lesestoff, smiler 86-åringen og rekker frem noen artikler og publikasjoner med historisk tilsnitt. En av dem bærer tittelen «Bygging av allmennmedisin som akademisk fag». Og med det er temaet for Utpostens «dobbeltime» spikret.

I nye spor

Hans liv og levnet som nestor i faget omfatter en rekke meritter. Nevnes må hans rolle som «byggmester» i arbeidet med å etablere allmennmedisin som universitetsfag fra slutten av 1960-årene; initiativet for å få på plass en formalisert videreutdanning i 1970-årene; og ikke minst hans iver og glød for å danne Norsk selskap for allmennmedisin i 1980-årene.

Da han i 1969 tiltrådte som Norges første – og verdens tredje – professor i allmennmedisin, kom han nærmest seilende inn utenfra. Ikke var han rekruttert fra allmennpraktikernes egne rekker, men derimot fra hovedstadens sykehusmiljø – hvor han hadde spesialisert seg i indremedisin. Ti år tidligere hadde han vært stipendiat ved Institutt for tromboseforskning ved Rikshospitalet. I 1961 tok han doktorgraden på et arbeid om hemostasemekanismer.

UTPOSTEN: Hvorfor valgte du allmennmedisin fremfor en akademisk karriere i indremedisin?

– Opprinnelig hadde jeg tenkt å bli indremedisiner. Jeg likte dessuten å undervise og søkte meg derfor til forskningsmiljøet ved Rikshospitalet. At jeg så valgte allmennmedi-

sin fremfor indremedisin, kan nok virke merkelig. Men jeg var nysgjerrig. Samtidig ville jeg ikke trække i allerede oppgatte spor innen sykehusmedisin. Enkelt sagt hadde jeg lyst til å være med på å forme et nytt og viktig fag, sier Christian Borchgrevink.

Også andre faktorer påvirket hans valg. I studietiden tok han permisjon for å delta i tuberkuloseforebyggende arbeid i Polen. Dette feltet vendte han tilbake til noen år senere, da han i 1953–56 arbeidet for Verdens helseorganisasjons BCG-kampanje i Indonesia. Men det som fremfor alt skulle bli kimen til hans allmennmedisinske engasjement, var erfaringene han tilegnet seg som ung doktor på Nord-Vestlandet: Etter embetseksamen i Oslo i 1951 og endt militærtjeneste, dro han til Gloppen kommune i Nordfjord – hvor han fulgte i fotefaret til Peter F. Hjort, som hadde vært der året før og signalisert at 'her er det mye lærdom å hente'. Borchgrevink ble ikke skuffet:

– Jeg var amanuensis hos distriktslege Aage Johansen. Jeg lærte om folks vanlige helseplager og oppdaget hvilken betydning en god distriktslege hadde for lokalbefolkningen. Johansen inkarnerte det beste i allmennmedisin: solide faglige kunnskaper kombinert med innsikt i lokalsamfunnet. Han viste oss at allmennmedisin var et fag i seg selv, med egne krav og ferdigheter, og ikke bare en sum av de andre spesialitetene. Året i Gloppen overbeviste meg om at den faste hjemstedslege måtte være den viktigste byggesteinen i helsetjenesten. Etter hvert innså jeg at den praktiske lærdommen jeg fikk, burde vært en naturlig del av medisinstudiet. Men det skulle gå nesten 20 år før fakultetet innså det samme – og da etter betydelig påtrykk fra Legeforeningen.

Legeforeningen som pådriver

Samtalen penser inn på Legeforeningens pådriverrolle i 1960-årene for å etablere allmennmedisin som akademisk fag. I internasjonal sammenheng og ut fra vår tids helsepolitiske normer er det nokså eiendommelig at en fagforening tar et slikt initiativ. Noen har til og med betegnet det som et paradoks, tatt i betraktning den kritikk foreningen den gang måtte tåle på grunn av sitt manglende engasjement for distriktene og for primærmedisinen.

Borchgrevink understreker at et nytt akademisk fag ikke blir til av seg selv. Det trengs alltid forkjempere: – Ettersom universitetet verken hadde fantasi eller nytenkning nok, måtte andre gjøre grunnarbeidet. For å forstå dette, må vi tilbake til 1950- og 60-årene. Det var en krisetid for norsk primærmedisin: Antall allmennpraktikere gikk ned, deres gjennomsnittsalder gikk opp og det var ingen nyrekruttering. Allmennmedisinen kom følgelig inn i en ond sirkel: Arbeidspresstet økte og stress og utbrenthet gjorde at leger flyktet fra allmennpraksis. Den gangen gikk nemlig ressursene til sykehusene. Nye stillinger ble opprettet i et slikt omfang at hele kull av nyutdannede leger kunne få sin arbeidsplass i sykehus.

Imidlertid fantes det entusiaster som ville noe annet. Borchgrevink beretter om hvorledes sentrale personer i Alment praktiserende lægers forening (Aplf), i første rekke Torgeir Asdahl, Bent Guttorm Bentsen, Frithjof Christie, Egil Elle og Reidar Mathisen, arbeidet for å snu den negative trenden ved å styrke faget, bedre arbeidsforholdene og øke rekrutteringen.

– Disse legene klarte å overbevise moderforeningen om at noe måtte gjøres. Mot slutten av 1960-årene kom en rekke utredninger som tok til orde for å styrke primærmedisinen og gjøre allmennmedisin til egen spesialitet og et akademisk fag. På samme tid fikk Legeforeningen gjennomslag hos myndighetene for et krafttak for legenes videre- og etterutdanning, påpeker Christian Borchgrevink.

Han sikter blant annet til etableringen av Fondet for legers videre- og etterutdanning i 1967. Det var en milepæl. Fondet innebar en økonomisk garanti for allmennmedisinen. Straks etter besluttet Legeforeningen å tilby Universitetet i Oslo et gaveprofessorat i allmennmedisin for fem år. Det ble bevilget midler til et institutt og en gruppepraksis for studentundervisning. Da universitetet takket ja, ble Frederik Stangs gamle villa ved Røde Kors Klinikk på Frogner ombygd til formålet.

Fra leiligheten sentralt i Oslo har Christian Borchgrevink kort vei til sitt tidligere arbeidssted, hvor han fortsatt driver legepraksis noen dager i måneden. FOTO: T. SUNDAR

Faget blir formet

Vi begir oss til desember 1967: Christian Borchgrevink tar permisjon fra sin stilling ved Ullevål sykehus for å bli Legeforeningens kvalifiseringsstipendiat til det vordende professoratet i allmennmedisin. Dermed får han en instrumentell rolle i planleggingen av det nye instituttet. Ett år senere blir instituttet formelt åpnet og Borchgrevink utnevnes til professor. Det skjer uten jubelldene av trompetfanfarer og bravorop. For han står helt alene – enn så lenge. Året etter får han følge av Dag Bruusgaard som blir amanuensis.

UTPOSTEN: Hvordan ble dere som nykomlinger mottatt ved fakultetet og i Aplf-kretsen?

– Vi ble godt mottatt ved fakultetet. Det var nok av betydning at vi ikke medførte merutgifter, ettersom våre stillinger var finansiert av Legeforeningen, smiler Borchgrevink med utslørt ironi. Og han fortsetter: – Når det gjelder Aplf, så de nok helst at den nye professoren kom fra egne rekker. Men den gangen var det jo ingen allmennprakti-

kere som hadde de nødvendige forskningskvalifikasjoner. Altså måtte de ta til takke med meg. Sant å si: Jeg opplevde ingen motstand i Aplf. Det var riktig nok noen som lurte på hva for en type jeg var, men samarbeidet vårt var godt og utviklet seg smidig.

UTPOSTEN: Hvordan tenkte og jobbet dere for å bygge opp et akademisk miljø?

– Jeg var mer opptatt av handling enn av teori. Jeg sa til Dag: La oss komme i gang og se hvordan det går! Et institutt har som oppgave å drive med forskning, undervisning og formidling. Jeg må vedgå at vi hadde lite å formidle de første årene. Når det gjaldt forskningen, dreide den seg mest om å *telle*: Hva gjorde allmennpraktikerne? Hvordan jobbet de? På dette området hadde Bent Guttorm Bentsen gjort et viktig forarbeid tidlig i 60-årene, da han publiserte en artikkelserie i *Tidsskriftet* om registreringer fra sin egen praksis på Vormsund. Artiklene bidro til å synliggjøre allmennmedisinens egenart, samtidig som de omtalte visse metodeproblemer.



Som forskere var vi imidlertid ikke flinke nok til å spørre *hvorfor* – og når jeg ser meg tilbake, burde vi ha gjort det på et tidligere tidspunkt. Det må man gjøre for å forstå faget.

– I begynnelsen prioriterte vi derfor undervisningen. Skulle den være troverdig, måtte den være praktisk rettet. Det var få allmennpraktikere som var pedagogisk skolert, men vi fikk med oss entusiastiske og dyktige kolleger med lang erfaring. Vi ville vise studentene at allmennmedisin ikke var ensbetydende med solopraksis på dårlig utrustede legekontorer. Den største faren for allmennleger er jo faglig isolasjon, og på den tiden var det en reell trussel. Derfor søkte vi samarbeid med gruppepraksiser som kunne vise studentene hvordan man kan drive faglig og kollegialt legearbeid på en kvalitetsmessig god måte. Besøk til gruppepraksiser som den i Høkkund, var et populært tiltak blant studentene. Det banet også vei for ordningen med utplasing i allmennpraksis som kom noen år senere.

«I den grad jeg gjennom yrkeskarrieren har klart å styre unna åndelig stivkrampe, tror jeg det skyldes min daglige omgang med studenter og stipendiater. Det har vært min vaksine», sier Christian Borchgrevink.

FOTO: TOM SUNDAR

Den første bøygen

I starten var det mange utfordringer, medgir Christian Borchgrevink. Den første og største var å få innpass i studieplanen. For når alle hegnet om sine fag og sin tilmålte tid, ble det heller ingen åpne huller i timeplanen.

– Det var vanskeligere enn jeg hadde trodd. At undervisningen i allmennmedisin var frivillig og at det ikke var eksamen, gjorde ikke saken bedre. Det var få i fakultetsrådet som ville avgi timer til oss. Heldigvis hadde vi pediatriprofessoren Martin Seip, som også var president i Legeforeningen. Han var en slags fadder for instituttet, og ga avkall på timer til fordel for et godt samarbeid mellom pediatrien og allmennmedisinen, erindrer Borchgrevink.

At instituttet startet på bar bakke, var imidlertid ikke bare et handikap. Det skapte utfordringer som krevde initiativ og nytenkning: – Vi ville møte studentene tidlig, før de ble indoktrinert i sykehusmedisinen. Allerede på deres første studiedag, holdt jeg forelesning for dem. Så fulgte seks dobbelttimer i den første terminen. Studentene ble delt inn i grupper, hver med ansvar for én dobbelttime. Det kunne dreie seg om den gamle pasient, den psykiatriske pasient, den alvorlig syke og døende pasient, eller problemer når pasienten vet mer om sin sykdom enn det legen gjør. Jeg var tilgjengelig for studentene underveis, men det var de selv som ledet undervisningen – ofte sammen med en pasient. Min egen lærdom var at studentene var en ressurs som vi kunne utnytte bedre i undervisningen.

– I den sosialmedisinske terminen mot slutten av studiet slapp vi til med en rekke seminarer. Her tok vi tok opp emner som ellers ikke ble belyst i studiet, for eksempel om å forholde seg til feil, å handle når man er i tvil eller å håndtere invitasjoner fra legemiddelfirmaer. Med disse temaene klarte vi å fange studentenes interesse, bedyrer professoren.

Vind i seilene

Å intervju Christian Borchgrevink er som å bli i en levende historiebok.

Kapitlene i hans yrkesbiografi spenner fra forebygging og forskning til å bli talsmann for alternativ medisin i 90-årene; fra å være formann i studenter-samfunnet i 1949 til å bli sentralstyremedlem og visepresident i 1970-årene og leder

for Bivirkningsnemda i 1990-årene. Å kalle ham en sann generalist, er således rett og rimelig. Men ironisk nok ble han aldri spesialist i faget han glødet for. Spesialiteten kom på plass i 1985, henimot 20 år etter at han tok sine første spadetak for allmennmedisinen.

I så måte er det et lite historisk paradoks at nettopp Borchgrevink var med på å berede grunnen for spesialiteten. Da rådet for videre- og etterutdanning av allmennpraktiserende leger (VEAP) ble opprettet i 1970, ble han utnevnt til leder. Rådet formaliserte et utdanningsløp som førte til tittelen «Allmennpraktiker Dnlf». Ordningen ble innført i 1973 og ga legene en sertifisering for fem år. Dette skulle bli støpeskjeen for den senere spesialiteten, og av den grunn ble den ofte kalt for «spesialoiden».

– Bak opprettelsen av «spesialoiden» lå hensynet til rekruttering. Det var en gjenoppfatning at det var «finere» å være spesialist enn generalist. Selv har jeg aldri hatt sans for den typen argumentasjon. Skulle jeg vært med i Olympiaden, ville jeg heller vinne tikamp enn kulestøt, selv om en annen støtte kulen noe lengre. Å være generalist er da minst like fint, mener den tidligere VEAP-lederen.

Utover i 1970-årene fikk allmennmedisinen vind i seilene. Etter flere tiår med ensidig vekt på sykehusutbygging, vokste det frem en erkennelse av at primærhelsetjenesten måtte være grunnmuren i helsevesenet. I 1972 ble allmennmedisin universitetsfag i Bergen, så fulgte Trondheim og Tromsø. I 1974 opprettet de fire instituttene *The Norwegian Forum for General Practice* som ble knyttet til WONCA. I 1976 dannet instituttene Allmennmedisinsk forskningsutvalg som skulle forvalte stipendier og veilede leger i prosjektarbeid.

NSAM blir til

Imidlertid var det stadig flere som etterspurte en bredere plattform hvor man kunne diskutere fagets innhold og evaluere kvaliteten i allmennpraksis. Ideen om å starte et «selskap» for allmennmedisin etter modell av Danmark og England førte i 1979 til et opprop i *Utposten*. Året etter kom det flere artikler som argumenterte for en slik konstruksjon. En av dem som glødet mest for saken, var den allestedsnærværende Christian F. Borchgrevink.

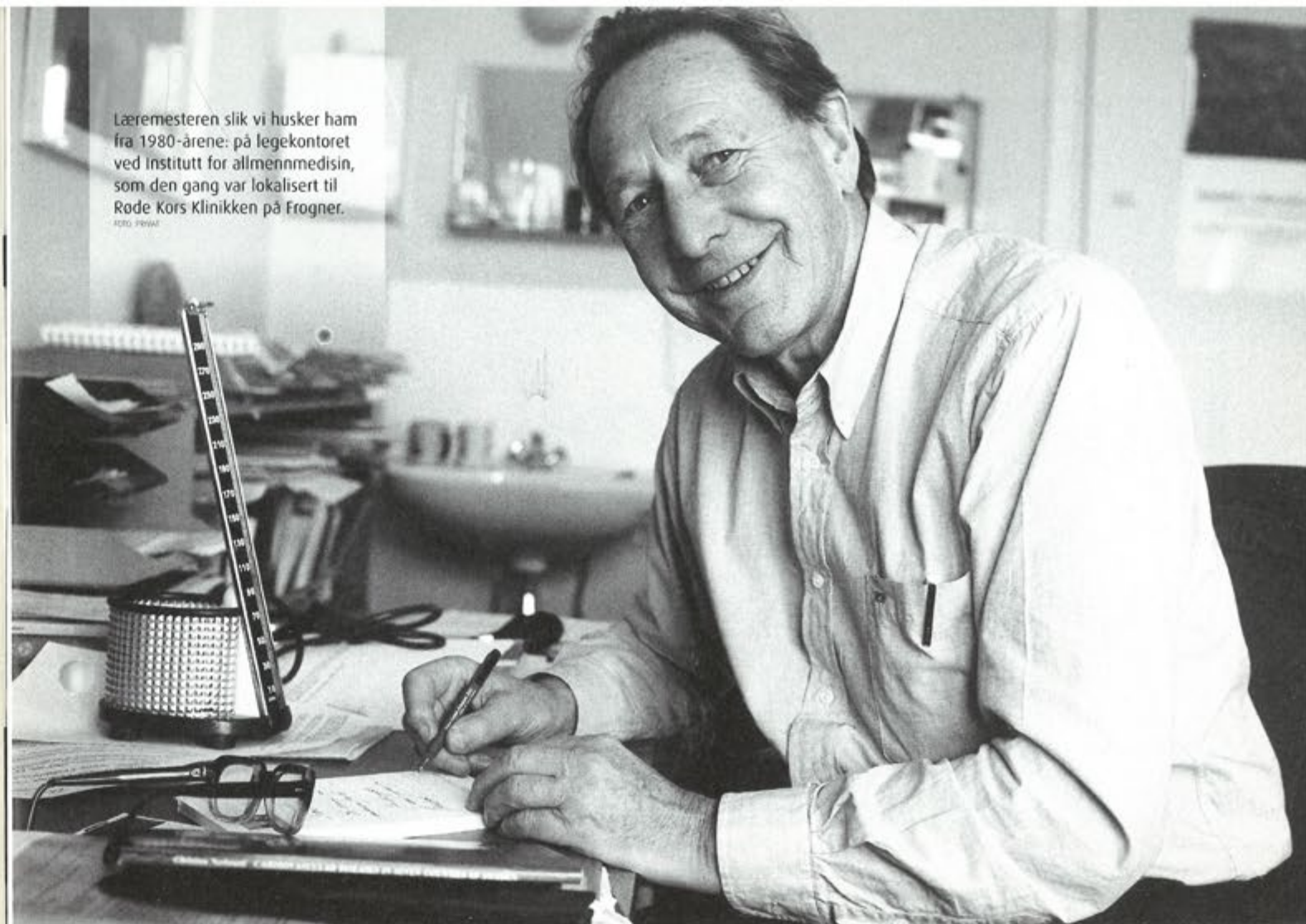
– Jeg prøvde flere ganger å overtale Aplf til å ta initiativet. De hadde sitt fagutvalg som var opptatt av videre- og etterutdanning, men Aplfs hovedkrefter var konsentrert rundt tarifforhandlinger og arbeidsbetingelser for medlemmene. Tiden drøydte, årene gikk og min tålmodighet tok slutt. Jeg bestemte meg for å ta affære, poengterer han.

I mars 1982 innkalte han 40–50 sentrale allmennpraktikere til et forberedende møte i



Læremesteren slik vi husker ham fra 1980-årene: på legekontoret ved institutt for allmennmedisin, som den gang var lokalisert til Røde Kors Klinikken på Frogner.

ACRO PIVAT



Oslo. Spørsmålet var ikke lenger om man skulle danne et selskap, men *hvorledes* det skulle skje – og hvilken tilknytning man skulle ha til Legeforeningen. I året som fulgte var det en opphetet debatt om selskapets organisering og finansiering. Det hører med til historien at Legeforeningen truet med å inndra økonomisk støtte til instituttene hvis selskapet ble stiftet utenfor foreningen. På stiftelsesmøtet i august 1983 ble det med knapp margin – 35 mot 33 stemmer – vedtatt å gjøre Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) til en del av Legeforeningen. Borchgrevink, som tilhørte flertallet, ble valgt til leder de to første årene.

– Jeg fryktet at NSAM skulle bli altfor Oslo- og akademisentrert, men det skjedde heldigvis ikke. Av alle selskapets ledere, var det bare Olav Rutle og jeg som hadde akademiske titler. Det var bra, for det gav NSAM større armslag i forhold til universitetene, sier han. Han forteller hvorledes NSAM etter sin trange fødsel vokste til å bli en mektig faglig aktør. Det ble etablert referansegrupper, publiseringsutvalg, forskningsenheter og allmennpraktikerstipendier. Internasjonalt ble NSAM toneangivende i WONCA og selskapet bidro til å utvikle tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Ennå i vigør

Her skal vi lukke kapittelet om NSAMs historie, og gjøre et langt sprang til vår egen tid og 2011. Nøkkelordet nå er Norsk forening for allmennmedisin (NFA) – som fra 2007 har videreført mye av det tidligere NSAMs arbeid.

UTPOSTEN: Hvordan ser du på dagens rollefordeling mellom NFA og Allmennlegeforeningen (AF)?

– Utviklingen går i riktig spor. Det er en fornuftig arbeidsdeling mellom NFA og AF. De har parallelle årsmøter på samme sted, de samarbeider om kurs og kongresser og det er god kjemi mellom lederne. Dette skaper tillit og troverdighet som er viktig for de to foreningene, viktig for medlemmene og for norsk allmennmedisin.

UTPOSTEN: Er det forhold ved dagens allmennmedisin som uroer deg?

– Jeg har alltid vært opptatt av rekruttering til akademiet. Alle universitetsfag trenger ideer og impulser som kan skape ny giv og utvikling. Allmennmedisinen har behov for entusiastiske leger som vil forske og bygge broer mellom akademi og praksis. Ildsjelene finnes, men utfordringen er å lokke dem til stipendiatstillinger der de tjener mindre enn i allmennpraksis. Det er ingen enkel jobb, men slik har det bestandig vært, medgir Christian Borchgrevink.

Selv er han fortsatt aktiv i faget og i sin legepraksis. Han er å se ved Primærmedisinske uke, Nidaroskongressen og andre faglige fora. Årlig fornyer han legelisen for å skjøtte sin leggjerning. Fremdeles drar han i sykebesøk. En dag i uken tar han imot pasienter på legekontoret i Røde Kors-bygget – hans tumleplass i mer en 40 år.

UTPOSTEN: Hvor lenge har du egentlig tenkt å holde på?

– Så lenge det er gøy og så lenge jeg kjenner min egen begrensning. Den dagen jeg ikke lenger skjønner når jeg skal henvise en pasient som trenger videre oppfølging, er tiden inne for å pakke sammen. Men det håper blir lenge til ennå! lyder det kloke svaret fra min – og norsk allmennmedisins – første læremester.

KILDER

1. Evensen SA, Grødtmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M (red). Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. Michael 2009; 6: 11–126.
2. Fugelli P, Johansen K. (red). Langsomt blir faget vårt eget. Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60-årsdag og Sigurd Humerfeldts 70-årsdag. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
3. Bjørndal A, Nylenna M (red). Med makten i sitt ord. Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen. Oslo: Unipub forlag, 2003.



Allmennmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien 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.

Innbokskontroll for allmen

■ JØRN KIPPERSUND fastlege, Volda

Mange allmennleger opplever stress i hverdagen (personlig meddelelse). Bunker med papir og gule lapper fyller mange allmennlegekontor. Stress er den fysiologiske og følelsesmessige responsen i mennesket når det er et for stort gap mellom krav til hva man tenker man bør få gjort og det man faktisk gjør. Stress oppstår ved at man *tenker* på de *uløste oppgavene*. Skal man bli kvitt stress må man altså enten få gjort alle uløste oppgaver, eller man må unngå å *tenke på de uløste oppgavene*. I en fastleges hverdag er oppgavestrømmen kontinuerlig, og man vil aldri oppleve til enhver tid å ha løst alle oppgaver man skal løse. Nøkkelen til å bli kvitt stress ligger derfor i å unngå å tenke på uløste oppgaver. Når man ikke tenker på de uløste oppgavene, kan man

i stedet ha større fokus på den oppgaven man jobber med her og nå. Med metoden *innbokskontroll*, kan en fastlege med enkle grep gjøre hverdagen mindre stressfylt.

Hva er en innboks?

En innboks er et sted der uløste oppgaver samles. For en fastlege er den mest opplagte innboksen timeboka. Hver pasient må hentes inn på kontoret og få gjennomført sin konsultasjon. I timeboka ligger det også memoer om telefoner som må tas, eller andre beskjeder om oppgaver fastlegen skal gjøre.

Fastleger har mange flere innbokser enn timeboka. Noen bruker skrivebordet som innboks. Bunker med papir og gule lapper fyller enkelte fastlege-skrivebord. De fleste prøver å systematisere papirene mer enn å bare la de flyte på skrivebordet. Ulike system med kassetter eller plastikkurver hjelper til med å skape oversikt. De fysiske innboksene er enten hyller, kassetter eller skrivebordsflater. I tillegg kommer de digitale innboksene. Prøvesvar og epikriser som kommer inn elektronisk i journalsystemet, e-poster og sms med ikke-sensitiv informasjon. Noen lar også sitt eget hode være en innboks, og satser på å huske oppgaver de blir gitt.

Spør deg selv: Hvilke innbokser har du? Hvor samles de uløste oppgavene? Bevissthet om hvilke innbokser man har er første steget på vei mot innbokskontroll.

Færrest mulig innbokser

Når det kommer en syndeflod av oppgaver mot deg, er det fort gjort å begynne å sortere. Noen oppgaver fremstår som mindre viktig enn andre og man etablerer ulike innbokser med ulik hastegrad. Kanskje lager en fastlege en boks for prøvesvar, en annen for epikriser, en tredje for erklæringer og en fjerde for fag inkludert tidsskrifter, brev fra Helsedirektoratet om nye retningslinjer etc. etc. Dette er den største og mest vanlige feilen. Jo flere inn-

bokser du har, jo større er sannsynligheten for at du mister kontrollen.

Den viktigste rangeringen av oppgavene man bør gjøre, er rangeringen «skal gjøre» («skal ikke gjøre»). Jeg snakket med en kollega om dette og hun fnøs foraktelig av alle forsikringserklæringer hun måtte fylle ut. «Det er mye viktigere for meg å følge opp prøvesvarene til pasientene enn å fylle ut disse forsikringserklæringerne.» Det er kanskje ikke vanskelig å være uenig i dette på prinsipielt grunnlag. Mitt oppfølgingsspørsmål til kollegaen var likevel: «Ja, er det da slik at du makulerer forsikringsforespørselene eller skriver du dem til slutt.» Kollegaen måtte medgi at nei, hun kastet aldri noen slike forespørsler – man fikk jo bare purring. Til slutt måtte hun fylle dem ut.

Mitt poeng er da: Det tar ikke lenger tid å fylle ut en forsikringserklæring om du gjør den i din vanlige arbeidskø, enn om du utsetter den to måneder. «Senere» fins ikke i form av et fata morgana med ubegrenset tid og rom til å løse alle dine oppgaver. Nye oppgaver strømmer inn kontinuerlig, oppgaver som direkte sammenligning med den traurige forsikringserklæringen oppleves som viktigere. Erklæringen slipper du likevel ikke unna.

Det samme gjelder for mindre traurige ting, for eksempel fagtidsskrift, retningslinjer for behandling eller andre oppgaver som ikke er pasientrettede. Vi vil gjerne lese Tidsskrift for Den norske legeförening, men det er fort gjort å legge til sides *til senere*. Innen vi har kommet til senere har det allerede kommet et nytt Tidsskrift, og det første vi egentlig ønsket å lese, rykker stadig lenger bak i køen.

En allmennlege må prioritere, ja visst. Men hold deg til prioriteringen «skal gjøre» eller «skal ikke gjøre». Det er viktig å ikke bruke tid på unødvendige oppgaver. Men dersom vi oppretter en mellomkategori med oppgaver som heter «skal gjøres med litt mindre hastegrad enn de viktige oppgavene» vil dette i praksis bety at disse oppgavene trolig aldri blir gjort.

Innbokskontroll i et nøtteskall

- Vær bevisst på hvilke innbokser du har – steder du samler dine uløste oppgaver.
- Ha så få innbokser som mulig
- Fjern oppgaver fra innboksen kun når du gjør dem eller når du sletter dem. Dermed oppnår du at innboksen din blir trygg – oppgaver som havner der blir gjort
- Unngå å rangere oppgaver etter viktighet. Sorter kun oppgaver i «skal gjøres» og «skal ikke gjøres». De som ikke skal gjøres sletter du fra innboksen så fort som mulig
- Skill mellom oppgaveinformasjon (noe du skal gjøre noe med) og referanseinformasjon (noe du kanskje får bruk for en dag). Referanseinformasjonen skal vekk fra innboksen og inn i et søkbart system.
- Plassér nye oppgaver nederst i innboksbunken, jobb hele tiden med de eldste først («Pipeline-prinsippet»).
- La dine visjoner styre hva som havner i innboksen. Ønsker du mer faglig oppdatering? Da må også fagstoff havne i innboksen med samme prioritet som blodprøvesvar og forsikringserklæringer.

nleger



Viktig grep: Artikkelforfatteren legger ny papirpost *nederst* i innboken. De eldste oppgavene beholder sin plass øverst = først i køen (de fire skuffene under er oppsamlingsbokser til regnskapsfirma etc.)

Spør deg selv når du mottar et brev, et tidskrift, en epikrise, en forsikringserklæring eller en annen tilsynelatende mindre oppgave: Er dette en oppgave jeg faktisk ønsker å gjøre? Er måten jeg driver praksis på slik at det er greit for meg at oppgaven fjernes, eller ønsker jeg at dette skal bli gjort, selv om jeg vet at jeg har mye å gjøre? Hvis svaret er at dette er noe du faktisk ønsker skal bli gjort, så gjør det, eller legg det i innboksen.

Utsettelse – prokrastinering

Problemet i hverdagen er selvsagt ikke oppgavene vi blir glade og i godt humør av å tenke på. Problemet er oppgavene som gir oss et lite, eller kanskje til og med et større ubehag av å tenke på. Når vi får ubehag ved å tenke på en oppgave, er det vår instinktive respons å unngå oppgaven. Ofte blir da oppgaven vanskeligere å utføre, og ubehaget ved å tenke på den blir enda sterkere. Vi får da en enda sterkere trang til å utsette oppgaven. En trygdeerklæring vil ofte være enklest å utføre når du nylig har hatt pasienten inne, mens den blir mer og mer vanskelig jo mer tid det går fra siste konsultasjon.

Neste gang du sitter med en uløst oppgave du har lyst til å legge til side, spør deg selv: Forsvinner oppgaven? Blir oppgaven lettere med tiden?

Dersom svaret er «nei» på begge spørsmål vil du oppleve en langt sterkere motivasjon til å gjøre oppgaven.

Skill mellom oppgaveinformasjon og referanseinformasjon.

I det øyeblikket et papir havner i innboksen din, er det en oppgave. Når du skal håndtere dette papiret – altså løse oppgaven – må du spørre deg selv: Krever denne oppgaven handling fra meg (oppgaveinformasjon), eller er dette bare informasjon som kanskje være nyttig for meg en dag, men som jeg ikke skal handle på nå (referanseinformasjon)?

Sørg for å fjerne referanseinformasjon fra innboksen din. Spør deg selv: Hvis jeg trenger denne informasjonen en dag – kan jeg finne den på internett? I så fall – kast papiret. Hvis svaret er nei: ta vare på papiret i hyller, permer eller et annet system der du en dag kan finne igjen informasjonen.

Pipeline/arbeidskø – ta lærdom av kassa på Rimi!

Jeg liker uttrykket *pipeline* som ofte blir brukt i næringslivet. *Pipeline* er en metafor for et system der oppgavene fylles på i den ene enden av røret, og du løser dem først når de kommer ut i din ende av røret. Arbeidskø er kanskje et vel så bra ord. Hver nye oppgave må stille seg bakerst i køen. Du jobber med den til enhver tid eldste oppgaven. Rent praktisk får man til dette ved (etter en rask scan-

ning med tanke på evt. saker som «brenner») å legge ny post nederst i bunken av papir/uløste oppgaver. Denne måten å ta posten inn på kontoret har alene gitt meg en svært merkbar reduksjon i stress. Pipeline-prinsippet har flere fordeler:

- Du har hele tiden full kontroll med hvilken oppgave som har ventet lengst. Dette er nemlig oppgaven øverst i arbeidskøen.
- Du faller ikke like lett for fristelsen til å utsette oppgaver. Når en oppgave har sin «tur» vet du at det blir feil å legge den bakerst i køen igjen.
- Du kan la også de mindre presserende, men faglig viktige, oppgavene komme inn i arbeidskøen på lik linje med andre oppgaver. Særlig tidsskrifter, brev om nye retningslinjer og andre ting du egentlig ønsker å ha med i din praksis hverdag, men som ofte blir lagt til sides.
- Innboksen er trygg. Oppgaver glipper ikke unna, med mindre du aktivt fjerner dem fra innboksen. Når du har lagt oppgavene der, slipper du å tenke på dem før du utfører dem.

Et av de beste eksemplene på pipeline-prinsippet i praksis, er kassaapparatet i dagligvarebutikken. Ekspeditøren der tar varene etter hvert som de kommer, uavhengig av om det er en tyggegummipakke til åtte kroner, eller en serrano-skinke til 450 kroner. Alle oppgaver behandles likt når de først har havnet i arbeidskøen.

Prioriter tid og energi, ikke rekkefølge

Selvsagt må en allmennlege prioritere. Men du bør ikke la *prioritering* bli et skalkeskjul for *utsettelse* i betydningen *unngåelse*. Ved å bruke pipelineprinsippet lar du oppgavene komme til deg i rekkefølge. Når det da er en oppgaves tur i køen, har den sine «15 minutes of fame» (som ganske riktig ofte er bare 15 sekund eller til og med 1,5 sekund). Har køen vokst seg litt stor må du bruke mindre tid og energi på enkelte oppgaver enn du ellers ville ha gjort. Ser du på oppgaven og «prioriterer den til senere» betyr det i virkeligheten å bruke mer tid på oppgaven enn du bør. Å stadig vurdere oppgaver for så å utsette «til senere» blir fort et tidssluk.

Unntak

En fastleges hverdag er så mangslungen og omskiftelig at det alltid vil komme oppgaver som oppleves som presserende og som vil rykke foran de andre i køen. Disse må vi løse, og selv bruker jeg skrivebordsflaten som «nød-innboks» for ting jeg er nødt til å løse før jeg kan jobbe videre med den ordinære arbeidskøen. Dette må vi selvsagt godta. Poenget er da heller ikke å ha et system som er 100 prosent rigid og ikke er i stand til å møte skiftende omstendigheter. Poenget er å ha et sikkert system som ligger i bunn og som tar hånd om det store volumet av oppgaver. Jo større andel av den totale oppgavestrømmen vi får puttet inn i vårt hovedsystem, jo lettere håndterer vi de unntakene som kommer. Imidlertid blir kaosfølelse og manglende mestring resultatet, dersom unntakene blir regelen.

En gang kanskje

Vi kan også koste på oss en «en gang kanskje» kategori. Her legger vi ting vi kanskje vil ta med oss hjem og lese, kanskje lese når vi har tatt

sommerferie, eller som vi tar fram når et møte er avlyst eller lignende. Dette er en fin bonus-innboks, men vit at den ikke er trygg. Oppgaver du legger der blir ikke nødvendigvis løst.

Unngå avbrudd

Leier du en gravemaskinsjåfør til å grave i hagen din, vil du på fakturaen finne posteringen «rigge-kostnader». Dette er tiden og arbeidet det krever å flytte gravemaskin m.m. fra en jobb til en annen. Når vi skifter fra en oppgave til en annen, pådrar vi oss «kognitive rigge-kostnader» ved at vi bruker mentale krefter på å skifte referanseramme og bakgrunnsinformasjon for den oppgaven man skal løse.

I allmennpraksis vil man aldri klare å unngå alle avbrudd. Men man kan ha som mål å begrense antallet avbrudd. Ved at jeg lar NAV, kommunal psykiatritjeneste og lokalt apotek kontakte meg på e-post, får jeg tilgang til deres forespørsler i mine planlagte pauser, og ikke som avbrytende telefonoppringninger. NB! På e-post formidles ikke sensitiv informasjon,

men korte beskjeder av typen «kan du ringe» og lignende. Når det gjelder e-post er den en farlig «avbryter». Selv stenger jeg den aktivt av, og lar ikke antall uleste meldinger være synlig utenom når jeg har dedikerte øyeblikk da jeg faktisk jobber med e-post innboksen. Vanlige arbeidsdager gjør jeg dette om morgenen, før lunsj og på slutten av dagen.

Innbokskontroll på andre arenaer

Avslutningsvis er det verdt å ta med seg at denne metodikken med hell kan benyttes på mange arenaer i livet. Spesielt i forhold til alle private og offentlige oppgaver som strømmer inn på e-post kontinuerlig. Å delta i frivillige organisasjoner vil for eksempel ofte generere mye informasjon. Med denne metoden kan selv overarbeidede fastleger være aktive samfunnsdeltagere, også utenom kontoret.

jorn@kippersund.no



PÅ JAKT ETTER EN DYKTIG HELSESEKRETÆR?

Prøv en stillingsannonse på www.nhsf.no - nettsidene til Norsk Helsesekretærforbund. **Pris: Kr. 1500,- + mva for to ukers visning.** Vi hjelper til med utforming og oppsett av annonsen på bakgrunn av tilsendt tekstforslag. Send oss også gjerne en logo (helst som høyoppløst jpg-fil). Annonser i fagbladet Helsesekretæren gir **20 % rabatt** og gratis annonse på nettet. Kontakt annonsekonsulent Britt Fossum, HS Media: tlf: 62 94 69 03 / 466 80 279, e-post: bf@hsmedia.no

Norsk Helsesekretærforbund har mer enn 4900 medlemmer og organiserer helsesekretærer og medisinsk kontorpersoneell i primærhelsetjeneste og sykehus.



K-en som ble borte

– noen synspunkter på forslag til nye lover og ny helseplan

■ GISLE ROKSUND leder i Norsk forening for allmennmedisin og fastlege i Skien

Regjeringen sendte høsten 2010 ut to lover og en plan til høring: forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og en plan for de framtidige helse- og omsorgstjenestene. Dette er konkretiseringen og operasjonaliseringen av hva som en gang het Samhandlingsreformen.

For to år siden reiste daværende helseminister Arne Håkon Hanssen land og strand rundt og hadde følgende budskap til folket: «Helse-tjenesten må komme tidligere til og forebyg-ge mer for å hindre at folk blir syke og trenger sykehusbehandling.»

Kommunene skulle få et særlig ansvar for slike forebyggende helsetjenester. Fastlegene skulle oppdage sykdom tidlig og sette i verk behandlingstiltak på et enda tidligere tids-punkt enn i dag. Kommunehelsetjenesten skulle rustes betydelig opp for å kunne fore-bygge mer, og det skulle innføres finan-sieringsordninger slik at kommunene skulle få økonomisk interesse av å forebygge mer.

Regjeringen har mistet en k på veien

Styrking er blitt til styring. Vi ser lite igjen av de opprinnelige tankene fra arbeidet med Samhandlingsreformen mht styrking av all-mennlegetjenesten. Endring i finansierings-dningen er fortsatt en nøtt. Per i dag fore-ligger det et forslag om at kommunene skal betale en del av regningen for innleggelse i sykehus av personer over 80 år, for å stimulere

kommunene til å bygge ut sykehjemstjenes-tene og bedre kvaliteten. Forslaget har selv-følgelig møtt motstand. De gamle har og bør naturligvis fortsatt ha rett til sykehusinnleg-gelser på lik linje med de yngre. I tillegg til dette ser det ut til at departementet seriøst tenker på å redusere stykkprisandelen i finan-sieringen av fastlegeordningen fra 70/30 til 50/50. Det er bred enighet i fagmiljøet om at dette vil virke kontraproduktivt.

Kommunens ansvar for helse-fremmede og forebyggende arbeid

På den forebyggende siden legges det opp til storstilte tiltak vs. friske personer.

Departementet foreslår i lovens §3-3:

Helsefremmede og forebyggende arbeid etter §3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblemer, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Dette må sees i sammenheng med hørings-notatets kap 16.6.4.3:

«Fastlegene vil ha et særlig ansvar for å identi-fisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasienter. Dette gjelder for eksempel oppfølging av pasienter med høy ri-siko for hjerte- og karsykdommer, overvekt og type 2 diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolester-ol. Bruk av tobakk og inaktivitet er også sentrale risikofaktorer.»

«Begrunnelsen for at det eventuelt kan vur-deres å presisere i forskrift at listeansvaret in-kluderer en mer proaktiv oppfølging f. eks. i form av innkalling av pasienter, er at enkelte pasienter ikke selv oppsøker lege, eventuelt ikke oppsøker lege så ofte som det er faglig øn-skelig, gitt målet om å styrke det forebyggende arbeidet.»

Er da tanken at enhver innbygger skal evalu-eres etter en biomedisinsk standardmanual?

Forebygging av sykdom og uhelse er selv-følgelig en viktig og integrert del av allmenn-legenes arbeid. De fleste mennesker har en viss valgfrihet angående livsstil, og leger har en viktig oppgave i å bruke «gyldne øye-blikk» til å vekke eller støtte pasientenes vilje til gode endringer. Problemet er at mulig-hetene til å «velge sunt» er så ujevnt fordelt. Sykdomsrisikoen er høyest der den sosiale av-makten er størst og handlingsrommet minst. Om en fastlege aktivt skal rekke hånda ut mot mennesker som har (eller antas å ha) høy sykdomsrisiko, men etter medisinsk måle-stokk ikke viser «tilstrekkelig» initiativ og disiplin, trenger legen betydelig handlings-rom og ikke snevre forskriftsfestede plikter.

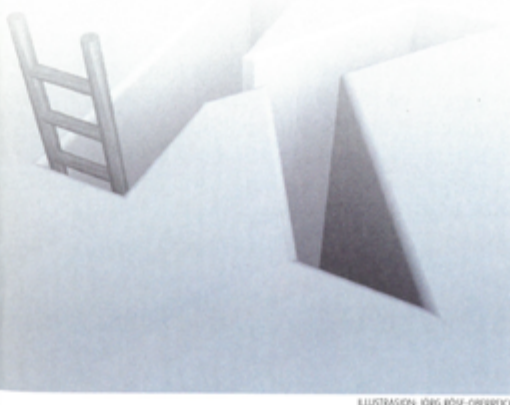
Det er vist at ingen målinger kan forutsi dødelighet bedre enn ens egen vurdering av egen helse. Dessuten beskytter et sterkt sosialt nettverk bedre mot tidlig død enn både røy-keslutt, trim og blodtryksbehandling. En til-litvekkende og dyktig lege må derfor tenke forebygging innenfor en vid horisont av mu-ligheter, og framfor alt vise respekt og visdom i møte med mennesker som står til knes i «år-saker bak årsakene», nemlig vanskelige sosia-le og relasjonelle kår i videste forstand.

Jeg er sterkt bekymret for at individuell forebygging av sykdom i økende grad skal skje på biomedisinens konvensjonelle premis-ser.

Fastlegen må ikke reduseres til en gammel-dags kontrollør av livsstil og kropp. Dette blir riv-ruskende galt og en pervert form for forebyg-gende helsearbeid.

Rapporteringskrav

Ekstra ille kan dette bli dersom myndighet-ene uten tilstrekkelig kontakt med fagmiljøet innfører funksjons- og kvalitetskrav i tråd med disse tankene. Det legges tydelig opp til nye funksjons- og kvalitetskrav innenfor fast-legoordningen, herunder nye rapporterings-krav til myndighetene. Og jeg ser klart myn-dighetenes behov for dette. Men det vil være helt avgjørende at myndighetene her kom-mer i en god dialog med fagmiljøene om hvordan dette skal skje. Foreningen har i lang tid arbeidet for å få etablert et Senter for all-



ILLUSTRASJON: JØRG ROSE-ØBERG

menntidssinsk kvalitet, SAK. Fastlegene bør etter vår oppfatning kontinuerleg delta i kvalitetsforbedrende arbeid i tråd med nasjonale føringer, understøttet av SAK. Og etablering av ulike rapporteringsordninger må skje i samarbeid mellom myndigheter og fagmiljøet.

Styrking av det forebyggende arbeidet innenfor andre sektorer

Forebyggende arbeid må styrkes på helt andre samfunnsarenaer. Det dreier seg om økonomisk politikk, prispolitikk, arbeidslivspolitikk, familierpolitikk, skolepolitikk, planlegging av skoleveier, handlesentra, gymnastikk i skolen og mye annet. Det handler om å lage et samfunn som er preget av respekt for medmennesker, trygge oppvekstvilkår for barn i nærheten av ansvarlige voksne, osv. Dette er for så vidt ivarettatt i forslag til ny Folkehelseplan. Foreningen er fornøyd med at kommunene som sådanne får ansvar, og ikke bare kommunenes helsestasjon.

Allmennlegeforeningen og Norske forening for allmennmedisin har nedlagt mye arbeid i sine høringsuttalelser. Høringene er i sin helhet tilgjengelige på nettsiden www.legeforeningen.no/id/158898.0, se datoene 13/12 og 24/11.

Jeg vil her trekke fram følgende «highlights» fra høringsuttalelsene:

- Vi er glade for at departementet fastslår at fastlegeordningen er vellykket og bør videreføres som hovedstruktur for legetjenester i kommunehelsetjenesten.
- Det er vesentlig å bevare fastlegeordningen som et lavterskeltilbud der innbyggerne i stor grad selv definerer behovet. Vi er bekymret over at høringsnotatet omtaler endringer i fastlegeordningens grunnleggende struktur og finansiering. Dette vil røkke ved ordningen.
- Stortingsmelding 47 beskrev et behov for å styrke primærhelsetjenesten, herunder allmennlegetjenesten. Dette er vanskelig å finne igjen i forslagen.
- Utvikling av kvalitetssystemer for allmennlegepraksis vil bidra til å styrke fastlegens tjenesteutøvelse og oppgaveløsning.
- Vi er enige i at fastlegene skal være en tydelig del av kommunehelsetjenesten. Fastlegen bør være i tett og god samhandling med kommunehelsetjenesten for øvrig, med en formålstjenlig ansvars- og oppgavefordeling.
- Vi er svært skeptiske til planene om økt bruk av forskrifter i den hensikt å få fastlegene til å øke innsats på politisk prioriterte områder. Avtalebaserte løsninger gir større forpliktelse, engasjement og mulighet for fleksibel tilpasning i tråd med fagutvikling og skiftende behov.

- For å støtte målsettingen om at fastlegene skal ha kortere lister for å levere mer innhold i tjenestene til pasientene, må stykkeprisinde av finansieringen økes, ikke reduseres. 50/50 modellen har ikke bare vært utredet tidligere, men også utprøvd i fastlegeforsøket i 1990-årene. Det var på bakgrunn av erfaringene fra fastlegeforsøket at man forlot 50/50 modellen til fordel for 70/30.
- Å forskriftsfeste plikter som bringer fastlegen bort fra kontoret, vil redusere fastlegens tilgjengelighet for sine øvrige pasienter og samarbeidspartnere. Det vil ramme både kronikere, andre sårbare grupper, og folk flest.
- Når det gjelder utviklingstrekk, er den svære og urovekkende medikaliseringen som er skjedd i samfunnet de senere år, ikke berørt. Det er ikke beskrevet hvilke ulemper et stadig økende antall diagnoser og friske personer med diagnoser medfører. Det er ingen legitime beskrivelser av de uklare grenser mellom ulike risikotilstander og etablert sykdom, ei heller av de reduserte intervensjonsgrenser for ulike risikotilstander. Legemiddelindustriens innflytelse på dette er ikke problematisert.
- Man synes å ta for gitt at jo mer man setter inn av forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten, jo mindre behøver man av kurative spesialisthelsetjenester. Dette er en ganske forenklet forestilling.
- Vi savner et tydeligere skille mellom primærforebygging og sekundær-/tertiærforebygging. Primærforebygging er også i kommunens arbeid bare i liten grad en oppgave for helsevesenet.
- Sekundær- og terciærforebygging er en selvsagt del av fastlegens oppfølging av pasienter med helseproblemer. For å styrke fastlegens rolle innen primærforebygging, behøves fagutvikling og tilrettelegging, ikke forskriftsfesting.
- Vi vil på det sterkeste advare mot å forskriftsfeste individuelt primærforebyggende helsearbeid slik det er beskrevet. Det er basert på utdatert kunnskap, og vil gjøre fastlegen til en gammeldags kontrollør av livsstil og kropp.
- Vi støtter at kommunenes plikt til å ha kommunelege videreføres. Tittelen kommuneoverlege bør brukes.
- Kapittelet om undervisning beskriver behov for undervisning og opplæring helt generelt, men viker unna drøftinger av de spesielle utfordringer som knytter seg til legers grunn-, videre- eller etterutdanning.
- Vi savner en diskusjon rundt rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen.

- Det er et stort behov for å styrke basisfinansieringen av de allmennmedisinske forskningsenhetene.
- Vi vil advare mot for detaljerte forskrifter på kvalitetsområdet, før vi har sikker kunnskap om at tiltakene det legges opp til, faktisk forbedrer helsetjenesten.
- Vi mener Helsedirektoratet sitter for langt fra fagmiljøet og involverer dem for lite til å ta ansvaret for å utarbeide veiledere mm. Hvis ansvaret skal plasseres der, må det faglige allmennmedisinske miljøet involveres i langt større grad.
- Vi er bekymret for en evt. innføring av et omfattende meldesystem for avvik og nesten-avvik slik de gjør i Danmark, uten å skille meldesystem og sanksjonssystem svært tydelig.
- Vi ber om å få NEL tilbake i Helsebiblioteket så snart som mulig.
- Vi støtter forslag til endringer i lov og forskrift med tanke på forsvarlighet, standardisering, krav til kravspesifikasjoner og en mange-til-mange IKT-kommunikasjonsløsning. Men en vellykket gjennomføring av dette vil forutsette at staten på en helt annen måte enn tidligere må være villig til å finansiere et nasjonalt sammenhengende IKT-system for helsetjenesten. Dette er et viktig statlig ansvar.
- IKT-området er avgjørende for et velfungerende helsevesen. Lovforslaget fokuserer på å stille krav gjennom forskrift. Vi er enige i at man skal stille krav, men disse krav må rette seg mot leverandører, brukere og myndigheter. Først og fremst må avtaleinstituttet brukes for å enes om krav. Uansett metode må det etableres et nasjonalt system for prioritering og koordinering av IKT-endringer hvor brukere har reell påvirkningsmulighet og hvor finansiering følger all endring. Dette er særlig viktig i et system hvor legene ikke kan ta inn økte IKT-kostnader ved å legge på prisene. Det vil være uklokt om myndighetene velger å styre utviklingen gjennom bruk av pålegg og forskrifter når det finnes gode eksempler fra andre land på incentivstyrt utvikling med stor suksess. Vi vil fremheve rapportene om «det moderne IT-legekontor», som inneholder gode forslag til løsninger på et område som skaper sand i maskineriet for IKT-utvikling i primærhelsetjenesten. Rapportene peker på løsninger som er gjennomførbare og som vil gi kraft til nødvendig endring hvis tilfredsstillende finansieringsløsninger følger.

gisle.roksund@gmail.com

SCREENING

for kolorektal kreft i Norge

■ MICHAEL BRETHAUER *Enhet for kolorektal screening, Kreftregisteret, Oslo universitetssykehus*
■ ATLE FRETHEIM *Kunnskapssentret, Oslo*

I statsbudsjettet for 2011 er det satt av 25 millioner kroner for et pilotprosjekt for nasjonalt screeningprogram for kolorektal kreft (kreft i tykk-og endetarm) i Norge. Denne artikkelen beskriver forventede virkninger og negative effekter av et slikt program og diskuterer mulige tiltak for å legge til rette for en fortløpende evaluering av screeningprogrammet.

Epidemiologi av kolorektal kreft

Kolorektal kreft er den nest hyppigst forekommende kreftsykdommen i Norden (1). Forekomsten av sykdommen har vært økende siden begynnelsen av registreringen av kreft på 1950-tallet. Som det fremgår av figur 1 er økningen i innsidens spesielt sterkt i Norge, sammenlignet med de andre nordiske landene (2). Denne økningen er mest utpreget for kreft i kolon og mindre for rektumcancer (FIG 1A OG 1B SIDE 12). Livstidsrisikoen for kolorektal kreftsykdom for en gjennomsnittsnordmann i dag er på omlag seks prosent. Prognosen ved etablert sykdom er dårlig, og sterkt avhengig av sykdomsstadium ved diagnosetidspunktet. Femårsoverlevelsen er på over 90 prosent for pasienter i tidlig stadium (tumor begrenset til tarm) og under fem prosent for pasienter med metastasert sykdom. Risikofaktorer for kolorektal kreft er kun ufullstendig kjent, og årsaken er sannsynligvis multifaktoriell (3). Årsaken for forskjellene i innsidens mellom de nordiske landene, og særlig for den spesielt sterke økningen i Norge, er ukjente.

Polypper og kreft

De fleste tilfeller av kolorektal kreft utvikler seg fra asymptomatiske, benigne polypper i kolon, såkalte adenomer. Forekomsten av adenomer i normalbefolkningen er høy. Om lag 20 prosent av nordmenn i 60-års alder har ad-

enomer (4). Kun et lite mindretall av adenomer utvikler seg til invasiv kreft. Dvs. de fleste adenomer vokser ikke (5). Det finnes imidlertid per i dag ingen metoder for å finne ut hvilke adenomer som utvikler seg, og hvilke som ikke gjør det. Det har derfor vært enighet om at alle adenomer som oppdages bør fjernes ved endoskopisk polypektomi for å forebygge kolorektal kreft, selv om de fleste polypektomier vil være «bortkastet». Polypektomi er et lite inngrep, som i seg selv er smertefritt. Det er imidlertid forbundet med komplikasjoner som blødning og perforasjon. Risikoen er på ca. 0,06–0,3 prosent (6).

Metoder for kolorektal screening

Det finnes to ulike angrepspunkter for screening for kolorektal kreft;

- Tidlig oppdagelse av etablert kreftsykdom ved testing for blod i avføring (fekal okkult blodtesting, FOBT)
- forebygging av kolorektal kreft ved oppdagelse og fjerning av adenomer, før de utvikler seg til invasiv sykdom (ved for eksempel sigmoidoskopi, koloskopi, CT kolografi).

Effekter av kolorektal screening

De to screeningmetodene som er undersøkt i store randomiserte studier, er testing for okkult blod i avføring og sigmoidoskopi.

TABELL 1. Sammenlikning av anslag for virkninger på sykdomsspesifikk dødelighet av norske screeningprogram med FOBT, sigmoidoskopi og mammografi (9).

	UNNGÅTTE DØDSFALL AV AKTUELL KREFTTYPE, PER ÅR I NORGE (95 % KI)	«NUMBER NEEDED TO SCREEN», OVER 11 ÅR (95 % KI)	VIRKNING PÅ INNSIDENS AV AKTUELL KREFTTYPE (95 % KI)
FOBT ² , 50-74 år	136 (85 til 187)	944 (686 til 1510)	Mulig liten nedgang
FOBT ² , 60-74 år	94 (59 til 130)	701 (510 til 1122)	Mulig liten nedgang
Sigmoidoskopi, 50-74 år	246 (153 til 323)	521 (397 til 839)	Sannsynlig nedgang
Sigmoidoskopi, 60-74 år	171 (106 til 224)	387 (295 til 623)	Sannsynlig nedgang
Mammografi, 50-69 år (kun kvinner)	129 (77 til 181)	429 (305 til 718)	Ingen nedgang ³

1. Egentlig «Number needed to invite for screening»

2. FOBT = Fecal Occult Blood Test (undersøkelse for okkult blod i avføring)

3. Så langt vi kjenner til er det verken gode teoretiske grunner eller empirisk belegg for å tro at mammografi-screening vil redusere forekomsten av brystkreft.

Fekal okkult blodtesting (FOBT)

Det er gjennomført fire randomiserte studier på FOBT screening med til sammen over 300 000 individer (7). Alle studier brukte repetert screening for okkult blod i avføring, enten hvert år eller annethvert år. Oppfølgingstiden var mellom åtte og 18 år. Oppsummert viser studiene færre dødsfall som følge av kolorektal kreft blant personer invitert til screening enn de som ikke ble invitert (relativ risiko 0,84 (95 prosent konfidensintervall (KI) 0,78 til 0,90). Det var imidlertid ingen effekt på totaldødelighet (relativ risiko 1,0; 95 prosent KI 0,99 til 1,02). I de randomiserte studiene var det 0,85 prosent av de som ble invitert til screening som døde av kolorektal cancer i løpet av studieperioden. Den tilsvarende andelen blant dem som ikke fikk tilbud om screening var 1,01. FOBT screening har liten eller ingen effekt på forekomsten (innsidens) av sykdommen.

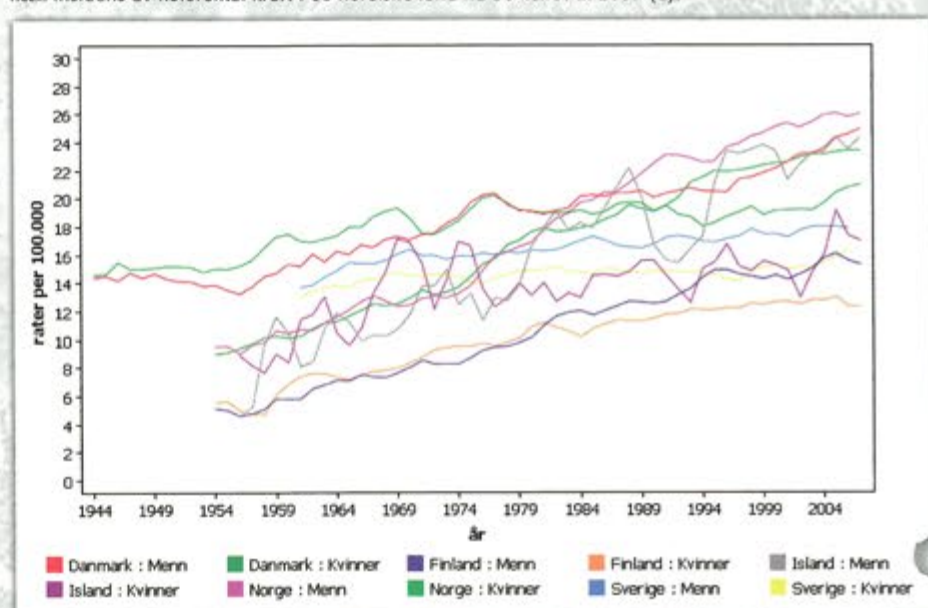
Ut fra beregninger i en nylig rapport fra Kunnskapssenteret vil et norsk screeningprogram med undersøkelse for okkult blod i avføring blant 50–74-åringene medføre 136 færre dødsfall pga. kolorektal kreft per år (95 prosent KI 85 til 187) (TABELL 1). Det tilsvarende tallet hvis screeningprogrammet kun rettes mot aldersgruppa 60–74 år ble estimert til 94 (95 prosent KI 59 til 130).

Sigmoidoskopi

Det foreligger resultater fra tre randomiserte studier av screening med sigmoidoskopi, to av dem fra Norge og en fra Storbritannia (8, 9, 10). I alle tre studiene gikk screeningen ut på at undersøkelsen (sigmoidoskopi) ble utført kun én gang. Median oppfølgingstid i studiene var mellom sju og 13 år. En meta-analyse av studiene viste at det var 30 prosent færre dødsfall som følge av kolorektal kreft blant de som ble invitert til screening sammenlignet med personer som ikke ble invitert (relativ risiko 0,71; 95 prosent KI 0,62 til 0,82). Det var også en reduksjon i innsidens av kolorektal kreft (20 prosent), med en relativ risiko på 0,80 (95 prosent KI 0,74 til 0,87) i screeninggruppen. Totaldødeligheten var så vidt lavere i screeninggruppen, med en relativ risiko for død på 0,95 (95 prosent KI 0,92 til 0,97). Blant de som fikk tilbud om screening var dødeligheten som følge av kolorektal kreft 0,3 prosent i løpet av studieperiodene. I kontrollgruppene var den tilsvarende andelen 0,41 prosent.

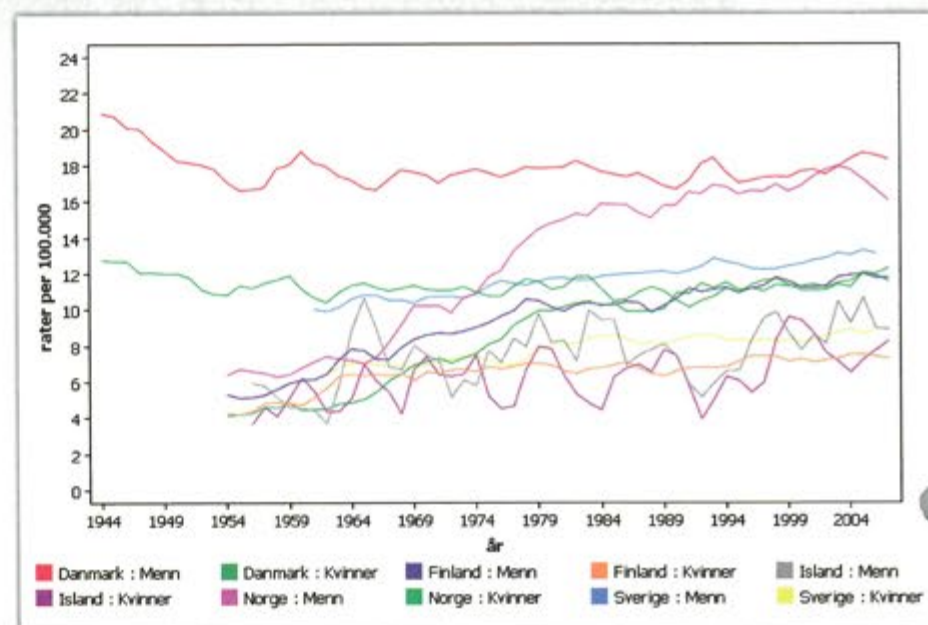
Et norsk screeningprogram med sigmoidoskopi kan iht. modellen som ble brukt i Kunnskapssenteret sin rapport (6) forventes å føre til 246 færre dødsfall som følge av kolorektal kreft per år (95 prosent KI 153 til 323) hvis målgruppa er 50–74-åringene (TABELL 1). Tilsvarende tall for aldergruppen 60–74 år er 171 (95 prosent KI 106 til 224).

FIGUR: Innsidens av kolorektal kreft i de nordiske land fra 50-tallet til 2007 (2).



1A). Innsidens av kreft i kolon.

GRAF: NORDSCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES 15.10.2010



1B). Innsidens av kreft i rektum og anus.

GRAF: NORDSCAN © ASSOCIATION OF THE NORDIC CANCER REGISTRIES 15.10.2010

Selv om resultatene var noe bedre for sigmoidoskopi enn for FOBT er det verdt å merke seg at konfidensintervallene overlapper. Det er med andre ord usikkert hvilken av metodene som er den mest effektive.

Uønskede virkninger av kolorektal screening

Uønskede virkninger av screening av presymptotiske friske mennesker omfatter komplikasjoner relatert til selve screeningundersøkelsen og til oppfølgende diagnostikk og behandling, samt falskt positive og falskt negative prøvesvar. Nedenfor gis en oversikt

for de to screeningmetoder FOBT og sigmoidoskopi. I tillegg finnes det uønskede virkninger av screening i form av bekymring for sykdom og død, samt mulige negative innvirkninger på livsstil. Disse er vanskelig å kvantifisere, men er likevel viktige å ta hensyn til når det vurderes å innføre et screeningprogram.

FOBT

Ved innføring av FOBT screening i Norge vil det i løpet av en tiårsperiode være anslagsvis 45 000 positive prøvesvar. Det anslås at over 80 prosent av disse positive testresultatene er falske positive (6). Alle personer med positivt prøvesvar vil få tilbud om oppfølging med

Kvalifiseringsprogrammet

– en vei ut av fattigdom

■ TONE DEHLI rådgiver, Arbeids- og velferdsdirektoratet

Norge har gode universelle velferdsordninger. Likevel finnes det fattige som står utenfor arbeidslivet og har dårlige utsikter til en forutsigbar og stabil inntekt. Mange av dem mottar økonomisk sosialhjelp over tid.

Å være avhengig av offentlige støtteordninger kan ha flere uheldige konsekvenser. Forskning viser at langtidsmottakere av sosialhjelp har dårligere økonomi, lavere livskvalitet og svakere helse enn resten av befolkningen.

Fattigdom viser seg også ofte å gå i arv til neste generasjon. Hver fjerde 20-åring som vokste opp i en familie som mottok sosialhjelp i 1994, endte selv opp som sosialhjelpsmottakere ti år etter, ifølge en tidligere undersøkelse. Og mennesker som mottar sosialhjelp tidlig i livsløpet blir ofte gjengangere i hjelpeapparatet.

Forskning viser at det å delta i arbeidslivet og forsørge seg selv gir positive ringvirkninger utover en bedret økonomi; det betyr bedre helse, økt mestring og kontroll over eget liv, og for barnefamilie: bedre oppvekstvilkår for neste generasjon. Om bare én i en familie kommer seg ut i jobb, løfter det alle i husstanden.

Politisk storsatsing

Kvalifiseringsprogrammet er en politisk storsatsing som tar sikte på å hjelpe gruppen av langtidsmottakere av sosialhjelp og andre vanskeligstilte ut i arbeid og aktivitet. Programmet er basert på forskning og kunnskap om hva som virker: stor grad av brukermedvirkning, tett, systematisk oppfølging og individuelt tilpassede tiltak med kvalifisering for arbeid som mål.

For å sikre forutsigbarhet og mulighet til å planlegge økonomien over tid mottar deltakerne i programmet en kvalifiseringsstønning, utbetalt som lønn. Deltakerne forplikter seg til å stille opp og følge programmet, som i hovedsak varer i inntil et år, eventuelt to år. Ordningen er lovfestet, og er en rettighet gruppen ikke har hatt tidligere.

Forut for programmet blir det gjennomført en grundig vurdering av den enkelte arbeidsevne og behov. Det skal sikre at man «treffer» med tiltakene. Aktivitetene skal være rettet mot arbeid, men de kan kombineres med andre typer tiltak. Mange sosialhjelpsmottakere mangler utdanning og har liten arbeidserfaring. Dårlig helse er utbredt, særlig psykiske



plager, og en stor andel har rusproblemer. Deltakerne trenger ofte hjelp til bolig, medisinsk behandling, språkopplæring, økonomisk rådgivning eller andre former for veiledning for å klare overgangen til jobb.

Gode resultater

Siden programmet ble lansert og ble en lovfestet rettighet, i slutten av 2007, har rundt 14 000 deltatt eller deltatt i ordningen. Av de rundt 4000 som hittil har fullført programmet har halvparten gått over i ordinært arbeid, utdanning eller sysselsettingstiltak. Dette er bedre resultater enn fra tidligere, sammenlignbare forsøk.

Og der utfallet ikke blir jobb, bidrar programmet til avklaring, inkludering og økt livskvalitet. Brukerne mener selv, i en undersøkelse utført av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), at programmet har gitt økt tro på egne evner og muligheter, økt kompetanse og større mulighet for jobb. I tillegg har det virket

positivt inn på helse og livsstil, det har gitt en mer meningsfull tilværelse og økt evnen til å omgås andre.

NAV og samarbeid med fastleger

Kvalifiseringsprogrammet er en kommunal ordning som forvaltes av NAV-kontoret. Innholdet i de individuelle programmene varierer, men i mange tilfeller spiller fastlegene en rolle, som en del av hjelpetilbudet og som en del av oppfølgingen. Fastleger er også i kontakt med mennesker som kan ha rett til og nytte av å delta i kvalifiseringsprogrammet, og kan i slike møter bidra til å gjøre ordningen kjent og motivere personer til å søke.

I statsbudsjettet for 2011 legges det opp til fortsatt høy aktivitet og videre satsing på kvalifiseringsprogrammet som et viktig velferds-politisk virkemiddel.

tone.dehli@nav.no

Vi vet lite om kvaliteten i primærhelsetjenesten, også fastlegevirksomheten: *Hva kan vi gjøre med det?*

■ ANNE KARIN LINDAHL, TORIL BAKKE, ÅNEN RINGARD OG SIGNE FLOTTORP *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Det er en overordnet helsepolitisk målsetning at landets innbyggere skal tilbys likeverdige og kvalitativt gode helsetjenester uavhengig av hvor de bor. I kommunehelsetjenesten er ansvaret for kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene fragmentert. De 430 kommunene har ansvaret for helse- og omsorgstilbudet til innbyggerne i sin kommune, og står relativt fritt til å løse dette, og det er lite samlet informasjon om hvilke helsetjenester som tilbys og hvilken kvalitet de har. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenesten, der de fire regionale helseforetakene (RHFene) rapporterer på de samme indikatorer for kvantitet og kvalitet i henhold til det årlige oppdragsdokumentet.

I 2008 ble Norge med i Commonwealth Funds sammenlignende helseundersøkelser. Den første undersøkelsen viste at vi i Norge har liten kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenesten sammenlignet med andre land, og vi benytter i liten grad data fra resultater av behandlinger eller fra pasientenes erfaring med tjenestene til systematisk kvalitetsarbeid (1). På bakgrunn av denne undersøkelsen utredet Kunnskapssenteret norske og internasjonale erfaringer med kvalitetsarbeid i allmennlegetjenestene (2). Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet ba våren 2010 Kunnskapssenteret om å utrede og anbefale elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for hele primærhelsetjenesten. Vi skulle legge til grunn Samhandlingsreformen samt den gjeldende kvalitetsstrategien, lover og forskrifter. I oppdraget ble det presisert at et slikt kvalitetssystem skal ha flere mål. Det skal ha brukerfokus, gi grunnlag for brukervalg og for virksomhetsstyring, gi informasjon til befolkning og myndigheter om kvalitet og understøtte det lokale kvalitetsarbeidet. Videre ble Kunnskapssenteret bedt om å se på muligheter for videreutvikling og implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for fire av deltjenestene: de forebyggende tjenester, pleie- og omsorgstjenester, fysioterapitjenester og fastlegestjenester med øvrige allmennlegetjenester. Arbeidet har resultert i en hovedrapport og

fire delrapporter (3–6). Denne artikkelen vil kortfattet skissere innholdet i hovedrapporten, samt hovedtrekk fra delrapporten om fastlegevirksomheten.

Involvering av interessenter

Kunnskapssenteret fikk beskjed om å involvere sentrale aktører i arbeidet. Vi har derfor hatt en rekke møter med mange som har kunnskap om det kvalitetsarbeid som i dag foregår, og som arbeider i eller er ansvarlige for kommunale helse- og omsorgstjenester. Delrapportene har også medforfattere fra tjenestene selv, og disse har gitt gode innspill og bidrag til disse rapportene. Vi har i tillegg hatt en ekstern prosjektgruppe bestående av eksperter på området som har fulgt prosessen underveis, blant annet gjennom å delta i høringsrunder på rapportutkastet. Vi har avholdt to dialogkonferanser med god deltagelse; den første for å avklare hva interessentene mente var de sentrale utfordringene med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, og den andre for å diskutere de konkrete forslagene i rapporten og prioritere tiltakene som er foreslått.

Metode

Vi har innhentet norske og internasjonale erfaringer og forskningsdokumentasjon, dels ved systematiske søk, dels ved snøballmetoden, der vi gjennom kontakter og dokumenter har blitt vist videre til sentrale kontaktpersoner som har informasjon, og til andre dokumenter som ikke kan finnes gjennom litteratursøk i vanlige databaser (såkalt grå litteratur, rapporter og lignende). Vi har identifisert elementer som kan inngå i et kvalitetssystem, og sett på alternativer for implementering og videreutvikling. Dette har vi diskutert med ekstern prosjektgruppe og med interessentene som beskrevet over, i forhold til norsk kontekst. Vi har kommet fram til følgende anbefalinger av elementer til et nasjonalt kvalitetssystem, og metodikk for utvikling og videreutvikling av elementene:

Hovedanbefalinger

- Målsetningen med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået (FIGUR 1 SIDE 16).
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet, og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.
- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten er et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem. Disse bør utvikles i tråd med prinsippene skissert i rapporten Rammeverk for kvalitetsindikatorer (8).
- Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og funksjonalitet i forhold til å innhente, bearbeide og analysere data er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet.
- For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger.
- Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå, og lederne av de enkelte tjenestene, må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag. En drahjelp for å få til dette, kan være å kreve årlige kvalitetsrapporter fra deltjenestene og kommunene. Dette kan legge grunnlag

for en årlig nasjonal rapport. I tillegg kan det være behov for å fokusere mer på pasientsikkerhet, og etablere en meldeordning for uheldige hendelser også i primærhelsetjenesten på linje med spesialisthelsetjenesten. Fokus for en slik meldeordning må være forståelse og læring.

- Kompetanse er viktig for å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trengs. Kunnskapsbasert praksis og forbedringskompetanse bør i større grad enn i dag legges inn i grunn-, videre- og etterutdanning for helsepersonell.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Prosjekter som innngangsettes, inkludert et nasjonalt kvalitetsystem, må systematisk evalueres.
- For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås

det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosessstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokus bør være læring og kvalitetsforbedring.

Lovfesting av kvalitetsforbedringsarbeid for de kommunale helse- og omsorgstjenester kan være et godt hjelpemiddel for å få til en økt og koordinert satsning på kvalitet. Brukerfokus har vært en viktig føring i arbeidet som en verdi i seg selv, og i tillegg vektlegges det at pasienter og brukere er viktige som pådrivere for å dokumentere og utvikle tjenestenes kvalitet.

Anbefalinger og kommentarer fra delrapporten om fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester

Rapporten om fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester tar utgangspunkt i dagens status og utfordringer. Fastlegeordningen er i hovedsak vellykket, brukerundersøkelser viser at folk er fornøyd med fastlegeordningen og de fleste fastlegene trives i jobben. Det er likevel flere utfordringer og rom for forbedringer, og vi trenger mer kunnskap om kvaliteten av legetjenestene både for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for å kunne følge med.

Sett i forhold til oppgaver og ansvar, og i lys av Samhandlingsreformen, er det behov for å styrke allmennlegetjenesten både i volum og kvalitet. Siden 1990 har antall legeårverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Det er nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å få flere spesialister i allmennmedisin.

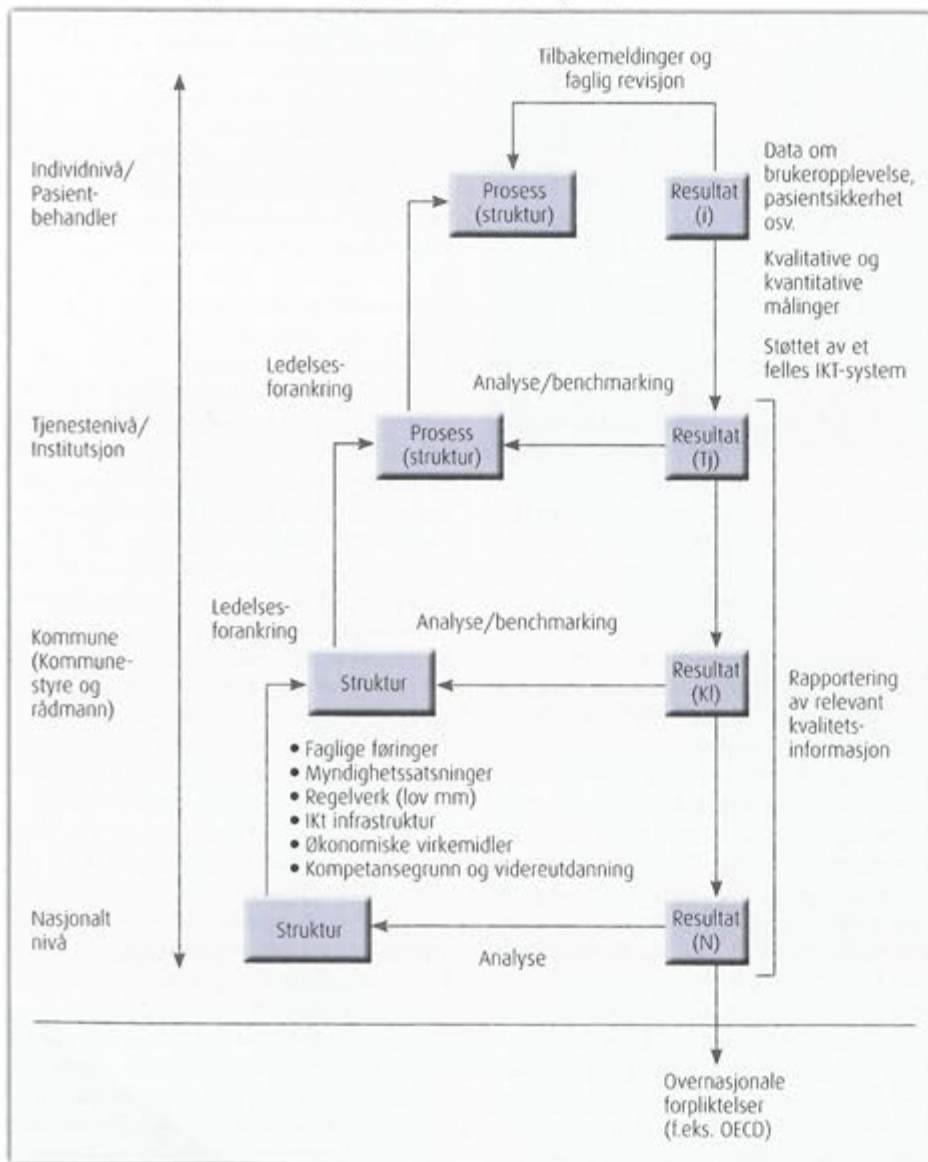
Internasjonalt er det økende erkennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Flere ulike tilnærminger har vært brukt internasjonalt for å fremme kvalitet, blant annet:

- Akkreditering av allmennleger/praksis
- Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer og monitorering av praksis
- «Pay for performance» – betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten
- Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis
- Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid, bl.a. bruk av læringsnettverk og derved utviklet kapasitet og kunnskap om forbedringsarbeid
- Partnerskap mellom helsemyndigheter og fagmiljøene

Det er viktig å lære av internasjonale erfaringer samt oppsummert forskning om effekten av tiltak for kvalitetsforbedring. Ved implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetsystem bør det bygge videre på gode nasjonale prosjekter og erfaringer.

Gjennomføringen av et nasjonalt kvalitetsystem bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene, basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid. En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. Til tross for at elektroniske pasientjournaler har vært i utstrakt bruk i norsk allmennmedisin i en årrekke, er det fortsatt behov for en stor og målrettet satsning

FIGUR 1. Modell av et nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten.



for å få på plass funksjonelle EPJ-løsninger, både i forhold til trygg og sikker pasientbehandling, og for å kunne høste data for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for monitorering av kvalitet i praksis.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling. Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige re-sertifisering av spesialiteten.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Sentralt for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

UTFORDRINGER FOR DE ANDRE DELTJENESTENE:

Forebygging, pleie- og omsorg og fysioterapitjenestene

De andre del tjenestene har ikke hatt noen pådriver for kvalitetsarbeidet slik Legeforeningen har stått for når det gjelder allmennlegetjenestene. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene har et system for innrapportering data (KOSTRA), men kvalitetsdata i dette systemet har stort sett vært strukturelle. Vi vet således lite om kvaliteten av prosesser og resultater fra disse tjenestene – i likhet med de andre kommunale helsetjenestene. For de forebyggende tjenestene, særlig helsestasjon og skolehelsetjenesten har vært trukket fram, etterlyses det både gode IKT-systemer (mange har ikke engang tilgang til PC!) og en større tydelighet med hensyn til hvem som har det overordnede ansvaret for tjenestenes kvalitet. For fysioterapitjenestene er det særlig arbeidet med et kvalitetsregister som er løfterikt, der data på kvalitet på tjenestene kan hentes fra. Disse tjenestene etterlyses også retningslinjer og kvalitetsledelse.

Konklusjon

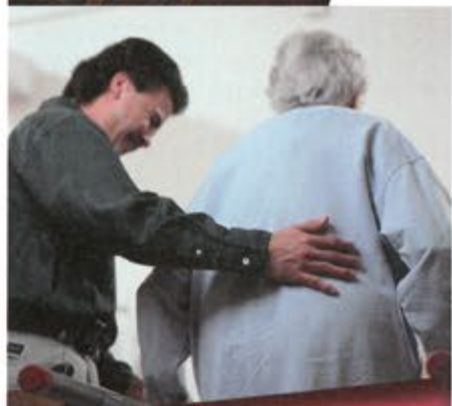
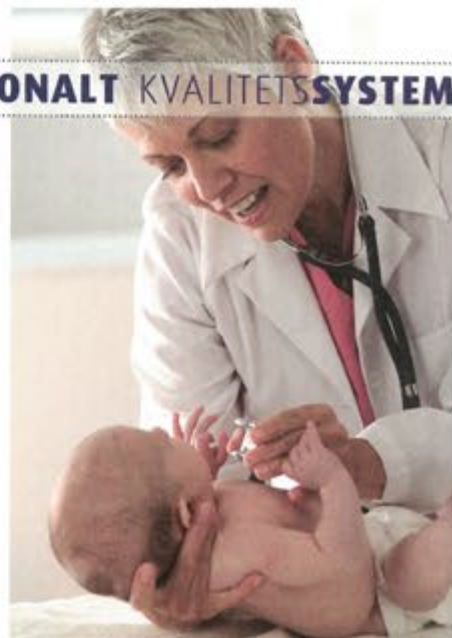
Det er mange erfaringer å høste fra med hensyn til kvalitetsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Ved etableringen av et nasjonalt kvali-

tetssystem bør vi bygge på dette, blant annet for å ivareta initiativ og entusiasme som utøverne av tjenestene har. En viktig drivkraft for norske helsearbeidere er å gi tjenester av god kvalitativt, men det er behov for flere verktøy og mer overordnet og helhetlig støtte for å få dette til. En nasjonal satsning på et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten som skaffer både myndigheter, ledere, brukere og utøvere data om kvaliteten av de tjenestene som leveres er helt nødvendig. Dette kan vi bruke til lokalt, regionalt og nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid dersom vi legger forholdene til rette for dette. Allmennlegene har lagt et godt grunnlag gjennom tidligere prosjekter og arbeidet med innholdet i SAK. Nå gjenstår det for sentrale myndigheter og ansvarlige ledere i kommunene å bidra til at det blir både en lokal og en nasjonal satsning på kvalitet i primærhelsetjenestene. Vi tror at lovfesting av kommunens ansvar for kvaliteten i helsetjenestene er en viktig drahjelp i dette arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har nå lansert dette i sitt forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse. Vi håper at vårt arbeid med å utrede og vurdere elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten blir tatt hensyn til i disse viktige lover og i arbeidet som pågår med ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).

REFERANSER

1. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonweath Fundundersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24-2009.
2. Lindahl AK, Bjertnæs A, Flottorp SA, Nyen B, Nylenna M, Reinart LM, Ringard A, Røttingen JA. Norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 03-2010.
3. Lindahl AK, Bakke T. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 20-2010.
4. Denison E. Delrapport 1: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, fysioterapitjenesten. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
5. Reinart LM, Larum L, Vege A. Delrapport 2: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenesten. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
6. Wang H. Delrapport 3: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
7. Flottorp S, Nyen B, Hansen TE, Røksund G, Sandvik E, Thesen J. Delrapport 4: Nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.

signe.flottorp@kunnskapssenteret.no
torill.bakke@kunnskapssenteret.no
ånen.ringard@kunnskapssenteret.no
anne.karin.lindahl@kunnskapssenteret.no



Årstiders betydning for soma

■ NICOLAS ØYANE *fastlege, ph.d.*

Sjeldent er jeg blitt så fascinert over et medisinsk-faglig tema som da jeg i høst ble bedt om å holde prøveforelesning om emnet «Årstidsvariasjoner i somatisk sykkelighet, sykdomsforløp og død». Det viste seg å være publisert svært mye på temaet over lang tid, inkludert flere store studier de seneste årene. Allerede legeskunstens far Hippokrates beskrev at mange sykdommer er forbundet med bestemte årstider.

Hvordan kan årstider påvirke sykdom? Det mest nærliggende er å tenke seg at mikrobiologiske forhold varierer med årstidene, siden klimaforandringer påvirker mikrobers overlevelsessevne. Nesten like viktig er kanskje at adferden vår endres betydelig under de ulike årstidene, noe som blant annet kan påvirke smitterisiko og utsettelse for risikofylte situasjoner. Endret tilgang til næringsstoffer og endret eksponering for sollys og varme kan også tenkes å påvirke sykdomsforløp. Jeg vil først vise til studier som har sett på årstidsvariasjoner i totalmortalitet, før jeg går videre inn på hvordan årstidene har innvirkning på de viktigste sykdomsgruppene.

Årstidsvariasjoner i mortalitet

Flere studier har sett på sammenhengen mellom årstider og mortalitet. Den nyeste og kanskje største studien er en kanadisk studie som gikk gjennom dødsstatistikker i 11 europeiske land og fant en betydelig sesongvariasjon i tallene (1). Antall dødsfall var opptil 20 prosent høyere om vinteren og 15 prosent lavere om sommeren sammenlignet med gjennomsnittet. Et annet funn var at middelhavsland så ut til å ha lavest dødelighet i sep-

tember i motsetning til øvrige europeiske land som hadde lavest dødelighet i juli og august.

Hvilke faktorer påvirker vintermortalitet?

Vintermortalitet ble lansert som begrep allerede flere tiår før denne studien, og flere studier har forsøkt å gi svar på hva som medfører denne overhyppigheten. Kulde kan fortsatt være en undervurdert risikofaktor for død, og en oversiktsartikkel fant økt dødelighet tre til sju dager etter fall i utendørs temperatur, spesielt hos eldre (2). En stor europeisk studie fant overraskende nok at vintermortaliteten var høyere i Sør- enn Nord-Europa (3). Forfatterne så på en rekke forhold, og fant at vintermortalitet var mest korrelert med sosioøkonomisk status, lavt helsebudsjett og dårlig isolerte hjem. En annen stor europeisk studie fant at økt vintermortalitet var korrelert med fall i temperatur mer en absolutt temperatur (4). En studie så på dødsårsaksstatistikker over åtte år, og fant en betydelig samvariasjon mellom dødsfall grunnet hjerte-/karsykdommer, lungesykdommer og andre årsaker med topper hver vinter (5). De konkluderte med at enten må det foreligge en felles årstidsavhengig risikofaktor eller en diagnostisk unøyaktighet under utfylling av dødsattester. Spesielt viste videre analyser at død grunnet lungesykdommer muligens var underestimert til fordel for hjerte-/karsykdommer.

Dersom en ser på temperatur isolert er både eksponering for ekstrem kulde og ekstrem varme individuelle risikofaktorer for hjerte-/karsykdom, lungeinfeksjoner og hjerneslag (5–8). Varme omgivelser er også assosi-

ert med mage-/tarminfeksjoner som i enkelte samfunn fører til betydelig morbiditet og mortalitet. To studier har sett på hvilken temperatur som gir optimale forhold for overlevelse. I en nederlandsk studie var mortaliteten lavest ved temperaturer mellom 20–25 grader (9), mens en spansk studie fant lavest mortalitet ved 15 grader om vinteren og 24 grader om sommeren (7). Ekstrem sommervarme kan være med på å forklare at mortaliteten er lavere i september i middelhavsland, mens sommerferie og økte lagre av D-vitaminer er andre hypoteser (1).

Hjerte-/karsykdommer

Flere studier har funnet høyest forekomst av hjerteinfarkt vinter og tidlig vår sammenlignet med sommer og høst (10–13), i Norge synes det å være flest hjerteinfarkt i januar og færrest i august (14). Det er mer usikre sammenhenger mellom årstider og cerebrovaskulær sykdom, noen studier viser høyest prevalens om vinteren (15, 16), mens andre viser høyest prevalens om sommeren (17, 18). En amerikansk studie publisert i JAMA i 1997 viste at prevalensforskjellen i hjerteinfarkt mellom sommer og vinter ble redusert frem til 1970-tallet som følge av bedre isolering av amerikanske hjem (19). Forskjellene begynte deretter noe overraskende å øke igjen, noe forfatterne mente skyldtes økt bruk av air condition og redusert eksponering for hetebølger om sommeren.

Det er videre interessant å se på hvordan risikofaktorer for hjerte-/karsykdom endrer seg med årstidene. Blodtrykk har vist seg å variere med årstidene, selv når en korreterer for BMI (20, 21). Dette gjelder både for pasienter uten



tisk sykkelighet og dødelighet

og med antihypertensiv behandling, og er mest uttalt for eldre pasienter. I tillegg har kolesterolprofilen vist seg å være mer ugunstig om vinteren kontra sommeren, og både fastende blodsukker og HbA1c er høyere om vinteren enn om sommeren (21–25).

Lungesykdommer

Vinteren er høysesong for lungesykdom. I England er symptomer fra luftveiene tre ganger hyppigere konsultasjonsårsak om vinteren sammenlignet med sommeren, og økningen er mest markert hos kvinner og barn. Astmaforverring har ofte en prevalenstoppe om vinteren hos ungdom og voksne, mens barn ofte har en topp rundt skolestart (26, 27). Dersom en ser på dødelighet av astmaanfall ser denne ut til å være høyest om sommeren hos barn og vinteren hos voksne (26). KOLS-forverring varierer også med årstidene, og en britisk studie viste at sannsynligheten for eksaserbasjoner var 50 prosent høyere om vinteren sammenlignet med sommeren (28).

Det kan være flere årsaker til årstidsvariasjoner i prevalens av lungesykdommer. Det mest nærliggende er at luftveisinfeksjoner (blant annet grunnet influensa- og RS-virus) er mer vanlig om vinteren enn om sommeren (29, 30). Økningen av luftveisinfeksjoner om høsten hos skolebarn er et unntak, og det spekuleres i om disse infeksjonene kan skyldes rhinovirus. Lav temperatur reduserer lungefunksjonsmål og gjør personer med lungesykdommer mer disponerte for forverring (31). Andre årstidsrelaterte faktorer som kan øke plager fra luftveiene er økt innendørs luftfuktighet og eksospartikkelkonsentrasjon

om vinteren, mens økt pollenkonsentrasjon kan utløse allergiske luftveislidelser hos noen pasienter (32–35).

Kreftsykdommer

Det er kanskje vanskeligere å se for seg at kreftsykdommer skal påvirkes av årstidene, men også her finner vi en sammenheng. Dersom en ser på variasjon i antall stilte brystkreftdiagnoser ser det ut til at flest diagnoser stilles vår og høst, mens færre stilles sommer og vinter (36). Et interessant funn er også at disse forskjellene mellom årstidene ser ut til å øke jo lenger en kommer fra ekvator. Forfatterne av denne studien spekulerer i om økt vitamin D-syntese som følge av soleksponering kan være en beskyttende faktor om sommeren, mens økt melatonin-konsentrasjon som følge av kortere dager kan være en beskyttende faktor om vinteren (36).

En norsk forskergruppe har sett på kreftoverlevelse i forhold til diagnosetidspunktet, og fant 15–25 prosent redusert mortalitet dersom diagnosen stilles om sommeren kontra vinteren for bryst-/prostata-/lunge-/prostatakreft og Hodgkins lymfom (37, 38). En australsk studie så på forekomsten av malignt melanom og fant at diagnosen oftest ble stilt om sommeren, mens prognosen var dårligst dersom diagnosen ble stilt om vinteren, selv etter å ha korrigert for ulike prognostiske faktorer inkludert Breslow-tykkelse (39). Årsaken til økt overlevelse når en kreftdiagnose stilles om sommeren er usikker, men både økt konsentrasjon av D-vitamin og endret legesøkningsadferd kan være mulige forklaringer. Mesteparten av D-vitaminsyntesen skjer gjennom soleksponering, og en mindre

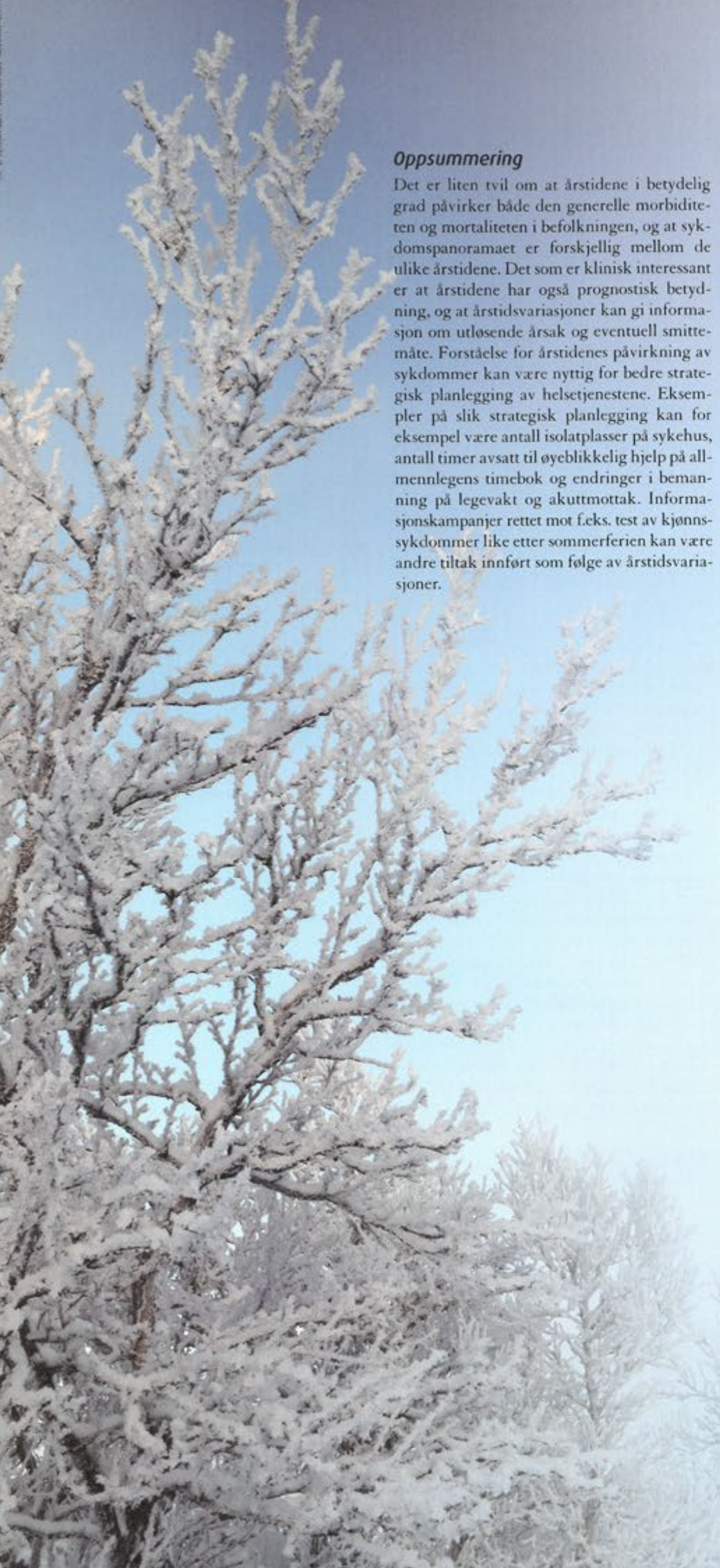
del gjennom kostholdet (40). Både in vitro- og dyrestudier har vist at D-vitamin hemmer mitose og metastasering av kreftceller (41–44).

Infeksjoner

Årstidsvariasjoner av infeksjonssykdommer skyldes flere forhold, og avhenger av mikrobens optimale forhold for overlevelse, smitte måte og til en viss grad endringer av vertens immunforsvar. Årstidsrelaterte adferdsendringer kan også spille en rolle. Store sammenkomster innendørs, for eksempel under jule- og påskefeiring kan øke smitterisiko om vinteren, mens dårlig grillet mat, dårlig campinghygiene og endret seksualadferd kan øke smitterisiko om sommeren (45). Årstidene vil derfor kunne påvirke svært mange ulike infeksjonssykdommer. I vårt samfunn er de mest betydningsfulle variasjonene å finne blant luftveisinfeksjoner, mage-/tarminfeksjoner, seksuelt overførbare sykdommer og importerte tropesykdommer.

Ved å se på årstidsvariasjonene kan en også få informasjon om mikrobiologiske forhold og smitemåte. Dersom en for eksempel ser på gastroenteritter vil infeksjoner forårsaket av campylobacter og salmonella ofte øke samtidig med temperaturstigning om sommeren, fordi sykdommene smitter via matinntak og økt smitterisiko er en direkte konsekvens av økt bakterieantall i mat. Imidlertid vil infeksjoner forårsaket av giardia, shigella og cryptosporidium ofte ha en topp tidlig om høsten eller noen måneder etter temperaturstigning, da disse bakteriene smitter via vanninntak og økt smitterisiko skyldes endret adferd i befolkningen som følge av varmere vær (46).



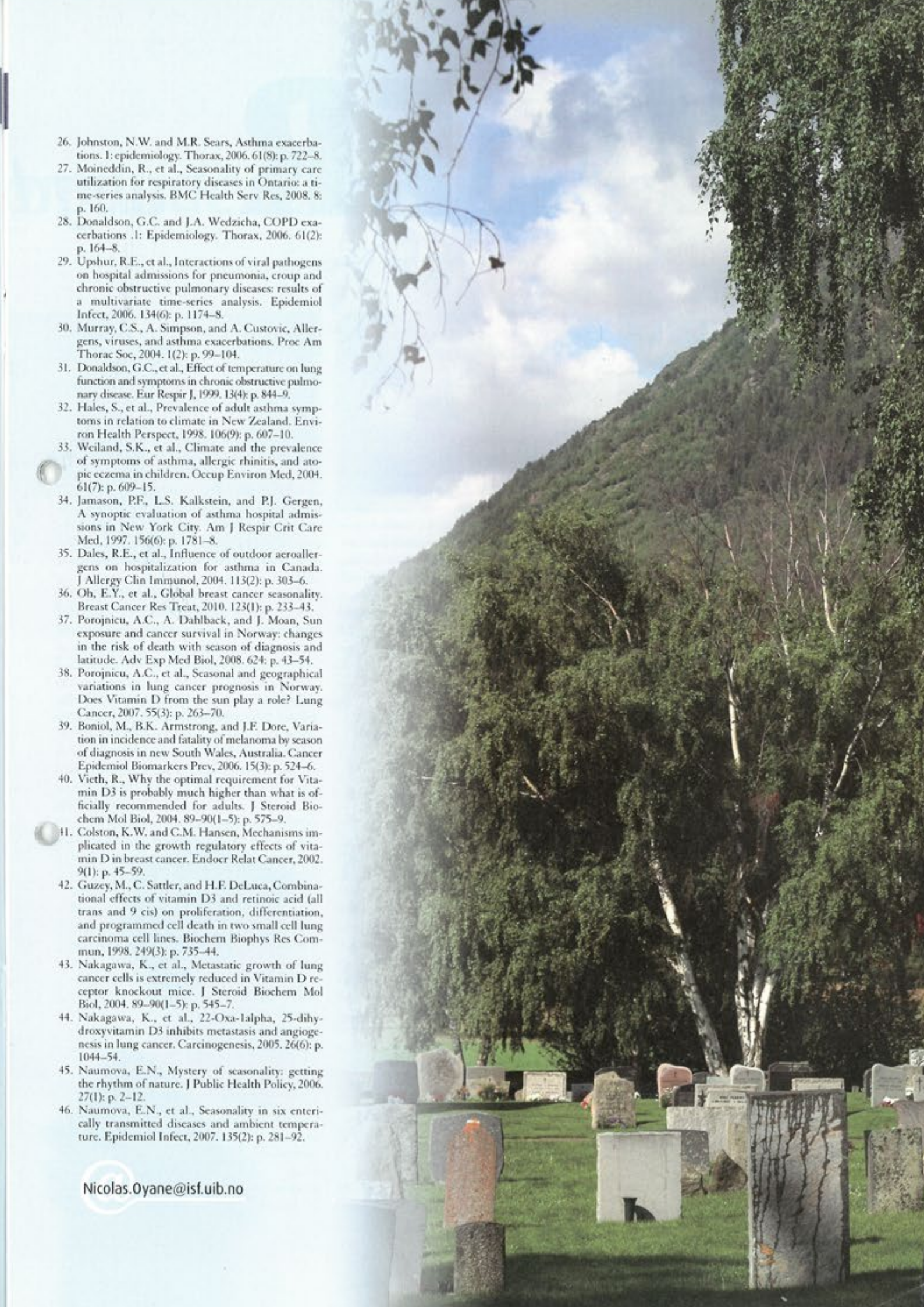


Oppsummering

Det er liten tvil om at årstidene i betydelig grad påvirker både den generelle morbiditeten og mortaliteten i befolkningen, og at sykdomspanoramaet er forskjellig mellom de ulike årstidene. Det som er klinisk interessant er at årstidene har også prognostisk betydning, og at årstidsvariasjoner kan gi informasjon om utløsende årsak og eventuell smitte-måte. Forståelse for årstidenes påvirkning av sykdommer kan være nyttig for bedre strategisk planlegging av helsetjenestene. Eksempler på slik strategisk planlegging kan for eksempel være antall isolatplasser på sykehus, antall timer avsatt til øyeblikkelig hjelp på allmennlegens timebok og endringer i bemanning på legevakt og akuttmottak. Informasjonskampanjer rettet mot f.eks. test av kjønns-sykdommer like etter sommerferien kan være andre tiltak innført som følge av årstidsvariasjoner.

REFERANSER

1. Falagas, M.E., et al., Seasonality of mortality: the September phenomenon in Mediterranean countries. *CMAJ*, 2009. 181(8): p. 484-6.
2. Mercer, J.B., Cold – an underrated risk factor for health. *Environ Res*, 2003. 92(1): p. 8-13.
3. Healy, J.D., Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol Community Health*, 2003. 57(10): p. 784-9.
4. Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. The Eurowinter Group. *Lancet*, 1997. 349(9062): p. 1341-6.
5. Crombie, D.L., et al., Concurrence of monthly variations of mortality related to underlying cause in Europe. *J Epidemiol Community Health*, 1995. 49(4): p. 373-8.
6. Bobak, M., Cold exposure and winter mortality in Europe. *Lancet*, 1997. 350(9077): p. 591.
7. Ballester, F., et al., Mortality as a function of temperature. A study in Valencia, Spain, 1991-1993. *Int J Epidemiol*, 1997. 26(3): p. 551-61.
8. Ishigami, A., et al., An ecological time-series study of heat-related mortality in three European cities. *Environ Health*, 2008. 7: p. 5.
9. Kunst, A.E., C.W. Looman, and J.P. Mackenbach, Outdoor air temperature and mortality in The Netherlands: a time-series analysis. *Am J Epidemiol*, 1993. 137(3): p. 331-41.
10. Sayer, J.W., et al., Attenuation or absence of circadian and seasonal rhythms of acute myocardial infarction. *Heart*, 1997. 77(4): p. 325-9.
11. Arntz, H.R., et al., Diurnal, weekly and seasonal variation of sudden death. Population-based analysis of 24,061 consecutive cases. *Eur Heart J*, 2000. 21(4): p. 315-20.
12. Spencer, F.A., et al., Seasonal distribution of acute myocardial infarction in the second National Registry of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*, 1998. 31(6): p. 1226-33.
13. Feelsch, M., et al., Is sunlight good for our heart? *Eur Heart J*, 2010. 31(9): p. 1041-5.
14. Eng, H. and J.B. Mercer, Seasonal variations in mortality caused by cardiovascular diseases in Norway and Ireland. *J Cardiovasc Risk*, 1998. 5(2): p. 89-95.
15. Wang, Y., et al., Seasonal variation in stroke in the Hunter Region, Australia: a 5-year hospital-based study, 1995-2000. *Stroke*, 2003. 34(5): p. 1144-50.
16. Lanska, D.J. and R.G. Hoffmann, Seasonal variation in stroke mortality rates. *Neurology*, 1999. 52(5): p. 984-90.
17. Low, R.B., et al., The relation of stroke admission to recent weather, airborne allergens, air pollution, seasons, upper respiratory infections, and asthma incidence, September 11, 2001, and day of the week. *Stroke*, 2006. 37(4): p. 951-7.
18. Oberg, A.L., et al., Incidence of stroke and season of the year: evidence of an association. *Am J Epidemiol*, 2000. 152(6): p. 558-64.
19. Seretakis, D., et al., Changing seasonality of mortality from coronary heart disease. *JAMA*, 1997. 278(12): p. 1012-4.
20. Brennan, P.J., et al., Seasonal variation in arterial blood pressure. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1982. 285(6346): p. 919-23.
21. Kamezaki, F., et al., Seasonal variation in metabolic syndrome prevalence. *Hypertens Res*, 2010. 33(6): p. 568-72.
22. Kamezaki, F., et al., Seasonal variation in serum lipid levels in Japanese workers. *J Atheroscler Thromb*, 2010. 17(6): p. 638-43.
23. Rastam, L., et al., Seasonal variation in plasma cholesterol distributions: implications for screening and referral. *Am J Prev Med*, 1992. 8(6): p. 360-6.
24. Verdon, F., et al., (Seasonal variations of blood pressure in normal subjects and patients with chronic disease). *Arch Mal Coeur Vaiss*, 1997. 90(9): p. 1239-46.
25. Tseng, C.L., et al., Seasonal patterns in monthly hemoglobin A1c values. *Am J Epidemiol*, 2005. 161(6): p. 565-74.

- 
26. Johnston, N.W. and M.R. Sears, Asthma exacerbations. I: epidemiology. *Thorax*, 2006. 61(8): p. 722-8.
27. Moineddin, R., et al., Seasonality of primary care utilization for respiratory diseases in Ontario: a time-series analysis. *BMC Health Serv Res*, 2008. 8: p. 160.
28. Donaldson, G.C. and J.A. Wedzicha, COPD exacerbations. I: Epidemiology. *Thorax*, 2006. 61(2): p. 164-8.
29. Upshur, R.E., et al., Interactions of viral pathogens on hospital admissions for pneumonia, croup and chronic obstructive pulmonary diseases: results of a multivariate time-series analysis. *Epidemiol Infect*, 2006. 134(6): p. 1174-8.
30. Murray, C.S., A. Simpson, and A. Custovic, Allergens, viruses, and asthma exacerbations. *Proc Am Thorac Soc*, 2004. 1(2): p. 99-104.
31. Donaldson, G.C., et al., Effect of temperature on lung function and symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 1999. 13(4): p. 844-9.
32. Hales, S., et al., Prevalence of adult asthma symptoms in relation to climate in New Zealand. *Environ Health Perspect*, 1998. 106(9): p. 607-10.
33. Weiland, S.K., et al., Climate and the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, and atopic eczema in children. *Occup Environ Med*, 2004. 61(7): p. 609-15.
34. Jamason, P.F., L.S. Kalkstein, and P.J. Gergen, A synoptic evaluation of asthma hospital admissions in New York City. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997. 156(6): p. 1781-8.
35. Dales, R.E., et al., Influence of outdoor aeroallergens on hospitalization for asthma in Canada. *J Allergy Clin Immunol*, 2004. 113(2): p. 303-6.
36. Oh, E.Y., et al., Global breast cancer seasonality. *Breast Cancer Res Treat*, 2010. 123(1): p. 233-43.
37. Porojnicu, A.C., A. Dahlback, and J. Moan, Sun exposure and cancer survival in Norway: changes in the risk of death with season of diagnosis and latitude. *Adv Exp Med Biol*, 2008. 624: p. 43-54.
38. Porojnicu, A.C., et al., Seasonal and geographical variations in lung cancer prognosis in Norway. Does Vitamin D from the sun play a role? *Lung Cancer*, 2007. 55(3): p. 263-70.
39. Boniol, M., B.K. Armstrong, and J.F. Dore, Variation in incidence and fatality of melanoma by season of diagnosis in new South Wales, Australia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2006. 15(3): p. 524-6.
40. Vieth, R., Why the optimal requirement for Vitamin D3 is probably much higher than what is officially recommended for adults. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2004. 89-90(1-5): p. 575-9.
41. Colston, K.W. and C.M. Hansen, Mechanisms implicated in the growth regulatory effects of vitamin D in breast cancer. *Endocr Relat Cancer*, 2002. 9(1): p. 45-59.
42. Guzey, M., C. Sattler, and H.F. DeLuca, Combinational effects of vitamin D3 and retinoic acid (all trans and 9 cis) on proliferation, differentiation, and programmed cell death in two small cell lung carcinoma cell lines. *Biochem Biophys Res Commun*, 1998. 249(3): p. 735-44.
43. Nakagawa, K., et al., Metastatic growth of lung cancer cells is extremely reduced in Vitamin D receptor knockout mice. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2004. 89-90(1-5): p. 545-7.
44. Nakagawa, K., et al., 22-Oxa-1alpha, 25-dihydroxyvitamin D3 inhibits metastasis and angiogenesis in lung cancer. *Carcinogenesis*, 2005. 26(6): p. 1044-54.
45. Naumova, E.N., Mystery of seasonality: getting the rhythm of nature. *J Public Health Policy*, 2006. 27(1): p. 2-12.
46. Naumova, E.N., et al., Seasonality in six enterically transmitted diseases and ambient temperature. *Epidemiol Infect*, 2007. 135(2): p. 281-92.

KVISER – ungdom

■ STURE ROGNSTAD Fastlege og ph.d. stipendiat, Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for Helse og samfunn, Universitetet i Oslo

- Ungdom med akne skårer dårligere på mental helse enn ungdom med andre sykdommer som psoriasis og astma.
- Det er viktig å oppdage underliggende depresjon hos pasienter med hudsykdommer, da hudlidelser og særlig akne har betydelig innvirkning på selvbildet.

Huden vårt største organ

Huden er vårt største organ. Huden ble definert som eget organ i 1777 av den engelske legen Anneus Charles Lorry. Som en omslut-

tende kappe rundt kroppen vår, utgjør den grensesnittet mot omverdenen. Den er vårt største sanseorgan. Huden gir oss opplysninger om temperatur, fuktighet, vær og vind. Den formidler følelser og kommunikasjon. Huden registrerer og tolker andre menneskers berøring av kroppen vår.

Den kan være erotisk og formidle nytelse og begjær, men huden kan også være kald, klam og «ekkel» og skape avstand. Signalene som huden formidler er i ikke liten grad forsterket gjennom de idealer som formidles til oss via reklame, TV og film etc. Sjelden så vi vellykkede college-jenter i amerikanske « tenårings-såper» med ansiktet fylt opp av kviser, eller noen av livredderne i «Baywatch» med ryggen full av kviser.

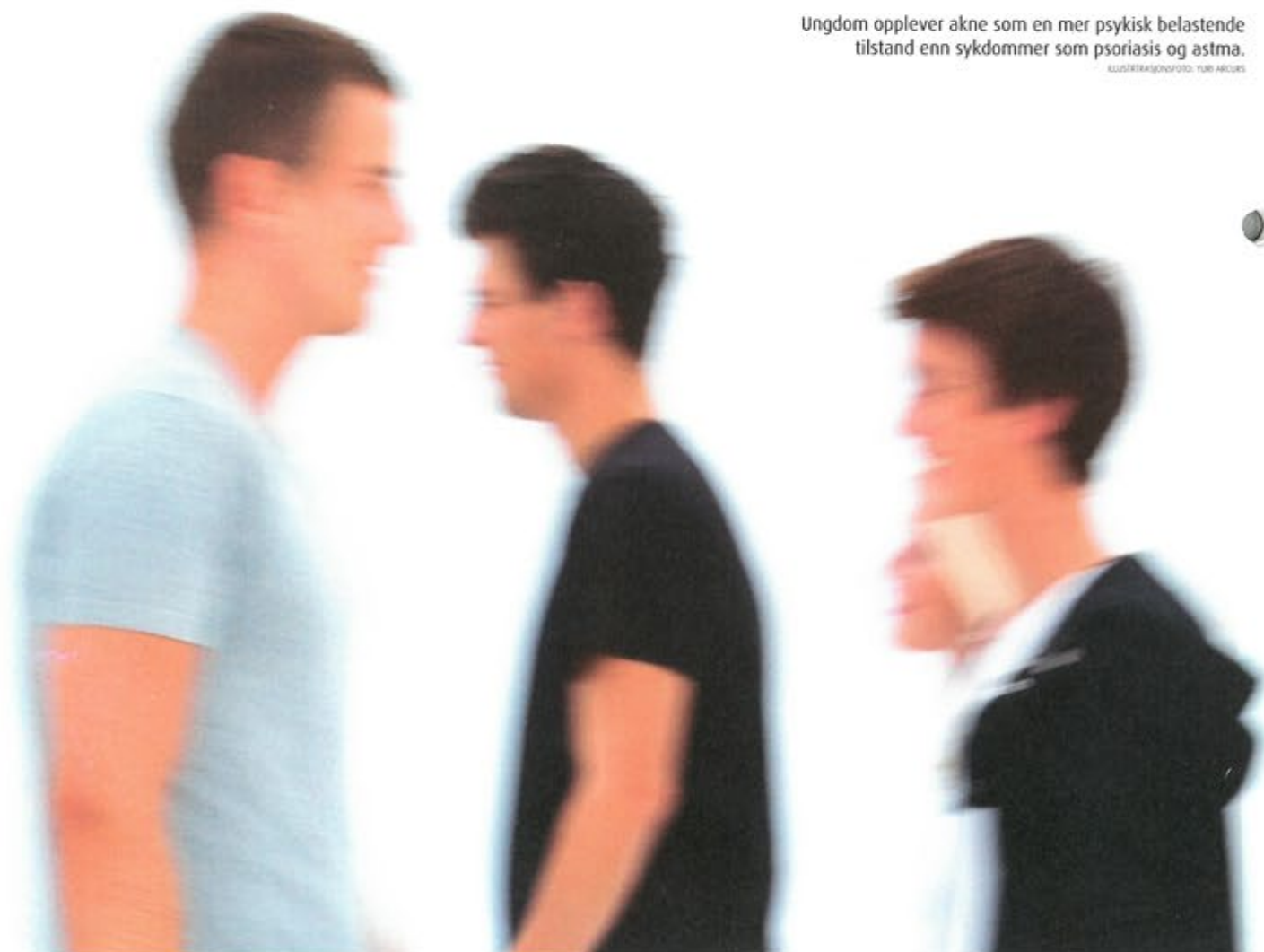
Huden gir også signaler ut til omverdenen, som rødming, «hvitt sinne» osv. I tillegg til disse mer fysiologiske funksjoner som huden

har, kommer det faktum at huden bokstavelig talt er vårt ansikt utad. På samme måte som klær gjør folk, er huden gjenstand for pleie og omsorg i den hensikt å formidle et budskap.

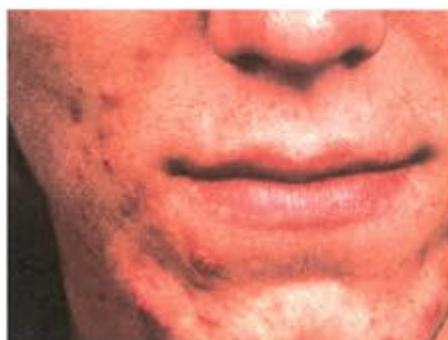
En blek og sart hud var lenge et ideal. Den signaliserte status og velstand. Den ga signaler om et liv fritatt fra arbeid ute. De mindre velstående måtte arbeide ute og fikk en hud som i langt større grad ble preget av sol, vær og vind. I vår tid er en solbrent hud uttrykk for sporty friskhet og symboliserer fritid, velstand og et aktivt liv. På samme måten vil sykdommer i huden kunne gi negative signaler om oss til omverdenen og føre til depresjon, isolasjon og hos disponerte personer til og med selvmord. Dette gjelder pasienter med kviser, hårtap, atopisk eksem og psoriasis; sykdommer som sterkt påvirker opplevelsen av egen kropp og derigjennom selvbildet.

Ungdom opplever akne som en mer psykisk belastende tilstand enn sykdommer som psoriasis og astma.

ILLUSTRASJONSFOTO: TUB ARQUES



omstidens medaljebakside



FIGUR 1 (T.V.). Komedon akne

FIGUR 2 (OVER). Papulopustuløs akne

FIGUR 3 (T.H.). Nodulocystisk akne

ACNE VULGARIS/KVISER:

Forekomst og klinisk inndeling

Acne vulgaris, eller kviser er en nærmest fysiologisk tilstand hos unge mennesker. Tilstanden har svært høy forekomst. Nær 85 prosent av ungdom fra 12–25 år, åtte prosent av voksne fra 25–34 år og tre prosent av voksne fra 35–44 år har i varierende grad følt problemet på kroppen. Til tross for den store utbredelsen av tilstanden i befolkningen utgjør kviser, byller og infeksjoner i huden bare tre prosent av de kliniske problemstillingene i allmennpraksis.

prosent av pasientene med mild – moderat akne at kvisene skyldtes hormonelle forstyrrelser, 18 prosent mente at feil kostforhold, for eksempel inntak av fett og sukker var viktigste årsak til kvisene (2). Sjokolade og sterkt krydret mat var ansett å være lite heldig.

... i 7. klasse sto vår klasseforstander og dserte for hele klassen at kviser skyldtes urenheter i huden og urenslighet. Dette har fulgt meg som en mare i de neste 40 årene. Jeg har vært hysterisk redd for ikke å vaske meg nok. Jeg har aldri våget å kle meg på stranden, da jeg fortsatt har arr etter kvisene, og derved fortsatt en «uren hud».

Pasienten som forteller dette beskriver vel den oppfatning som rådet på 50- og 60-tallet. Men at kviser er uttrykk for urenheter med et behov for «renselse», har godt feste i bevissheten helt opp i våre dager. Oppfatningen i dag er klart mer nyansert blant de lærde. Hormonelle og genetiske forhold er ansett å være de viktigste etiologiske faktorer i dag, men noen fullstendig kunnskap om aknesykdommen har vi fortsatt ikke. Vi vet at tre faktorer spiller inn:

1. Hyperkeratinisering og obstruksjon av talgkjertler forårsaket av en økt avskalling av det follikulære epitelet
2. Androgenstimulert økning av talgproduksjonen
3. Kolonisering av folliklene med bakterien *Propionibacterium acnes*

Forekomsten av akne i samfunn med såkalt «vestlig» levestil er betydelig høyere enn i

Akne kan deles inn i grupper etter klinisk bilde og alvorlighetsgrad:

1. Komedon akne (FIGUR 1). Denne typen har hovedsakelig komedoner. Det er relativt lite inflammasjon, men overflatiske pustler hører med i bildet
2. Papulopustuløs akne (FIGUR 2). Akne av denne typen har komedoner og inflammatoriske papulopustler. Disse etterlater ikke sjelden arr i huden.
3. Nodulocystisk akne (FIGUR 3). Acne cystika eller acne conglobata har, i tillegg til smertefulle noduli, arrdannende cyste som som er fylt med sterilt puss eller pastøse masser.

En og to ansees som *mild* dersom det foreligger mindre enn 10 lesjoner i ansiktet. 10–40 lesjoner i ansiktet betegnes som moderat akne. Stadium tre ansees å være alvorlig akne og bør behandles av spesialister i dermatologi (1).

Huden er et felt i medisinen hvor myter og kjerringråd florerer. I en studie hevdet 42

land med enklere kosthold og en enklere sivilisasjon. Enkelte forfattere har forsøkt å ta dette til inntekt for at høyt karbohydratinntak med en sekundær hyperinsuliemi kan lede til økt produksjon av såkalt «insulin-like growth factor» (IGF-1). Teorien er da at IGF-1 og insulin skulle øke androgenproduksjonen i ovariene, og derigjennom øke dannelsen av akne (3).

Epidemiologiske studier har klart vist at et rikere ernæringsinnhold i kosten gir tidligere menarche hos piker. Tilsvarende vil lavt kroppsfett slik man ser det hos atleter og ballettdansere gi senere menarche (4). Tidlig kjønnsmodning har betydning for utvikling av akne. 219 svarte og 249 hvite gutter i tidlig tenår ble fulgt i 5 år. De svarte guttene hadde høyere skår for pubertetsmodning enn de hvite guttene, og forekomsten og alvorlighetsgraden av akne korrelerte godt til pubertetsmodningen (5), men det er kontroversielt om disse argumenter kan taes til inntekt for at et kaloririkt kosthold med hyperinsulinemi fører til økt akne. Man ville for eksempel forventet at ungdommer med fedme skulle ha mer akne

enn andre. Disse ungdommene har jo en relativt insulinresistens. Bourne & Jacobs undersøkte 2720 militære rekrutter og fant ingen slik sammenheng i aldersgruppen 15–19 år (6).

Det siste ord er neppe sagt om kosthold og akne, men det synes ikke å være holdepunkter for at verken mengden mat eller typen mat synes å være viktig for utviklingen av akne hos unge mennesker.

Er akne en alvorlig tilstand?

Undersøkelser har vist at akne på en grusom måte kan forstyrre selvbildet (7), psykologisk helse (8) og evnen til å skape relasjoner (9).

På spørsmål om de har hatt reelle tanker om å ta sitt liv, svarte fem prosent av unge pasienter med akne JA. Bare halvparten så mange; 2,5 prosent av polikliniske pasienter med psoriasis hadde slike tanker, mens det bare var sykehusinnlagte pasienter med psoriasis som hadde høyere andel med slike tanker (7,2 prosent) (10). Cotterill beskrev 16 fullførte selvmord blant pasienter med hudsykdommer. Av disse hadde sju akne. Redusert selv- bilde og forstyrret opplevelse av egen kropp gikk igjen hos alle disse. Forfatteren understreker betydningen av å oppdage underliggende depresjon hos pasienter med hudsykdommer, da hudlidelser og særlig akne har betydelig innvirkning på selvbildet. Om det ikke går så galt at det ender med selvmord vil livskvaliteten reduseres.

I en større sammenlignende studie ble pasienter med akne undersøkt mhp forskjellige dimensjoner av livskvalitet. Pasienter med akne hadde signifikant redusert livskvalitet på fire områder: mental helse, sosial funksjon, vitalitet og begrensninger pga følelsesmessige problemer. Pasienter med akne så ikke på seg selv som syke mennesker, men hadde betydelig dårligere skår på mental helse enn for eksempel pasienter med astma, leddgikt eller koronar hjertesykdom (11). Akne er ikke en triviell lidelse, noe vi ofte tenker når vi sammenligner den med andre og mer «moteriktige» sykdommer.

Behandling av akne

Retinoider, eller lokal vitamin A syre, viste seg tidlig på 70-tallet å være effektiv behandling av mild akne. Vitamin A syre forebygger dannelsen av komedoner ved å redusere avskalning av follikkel-epitelet. De to mest brukte retinoider som brukes i Norge er tretinoin (Aberela) og adapalen (Differin). I en meta-analyse av fem multisenter-undersøkelser med til sammen 900 pasienter, fant man en reduksjon av totale antall aknelesjoner på henholdsvis 53 prosent og 57 prosent ved



Selv om kviser er en normal tilstand, finnes det effektiv og god behandling som kan hjelpe den enkelte.

ILLUSTRASJONSFOTO: GRAÇA VICTORIA

bruk av tretinoin og adapalen. Studiene gjaldt pasienter med mild til moderat akne (12).

Lokale antimikrobielle midler omfatter clindamycin, erytromycin, tetracyklin og benzoylperoxyd. Placebokontrollerte, randomiserte studier viser at clindamycin og erytromycin reduserer inflammatoriske lesjoner med 46–70 prosent (13; 14).

Nyere studier indikerer også at kombinasjonen av lokale antimikrobielle midler med benzoylperoxyd har en bedre effekt enn midlene brukt hver for seg (15).

Orale antibiotika: Systemisk antibiotika brukt mot akne har både en antimikrobiell og en antiinflammatorisk effekt. De reduserer *Propionibacterium acnes* inne i hårfolliklene. Tetracyklin og erytromycin hemmer også leukocyt-chemotaxen, og virker derigjennom antiinflammatorisk. I Norge er det stort sett oxytetracyklin og erythromycin som brukes til denne form for behandling. Effektiviteten ved peroral antibiotikabehandling av akne er noe forskjellig angitt. Ved moderat – alvorlig akne så man en reduksjon av inflammatoriske lesjoner med 64 prosent med tetracyklin og 67 prosent med erythromycin (16).

Hormonell terapi: Dette er behandling som er forbeholdt kvinner. I praksis vil det være p-piller med en ekstra antiandrogen effekt som benyttes. Etinylestradiol 30 ug + drospirenone 3 mg (Yasmin) og etinylestradiol 35 ug + cyproterone 2 mg (Diane) har begge vist en 60 prosent reduksjon av antallet aknelesjoner. Bare Diane har behandling av akne som indikasjon i Norge (17), men begge har samme, gode effekten på akne.

Isotretinoin (Roaccutan) er en metabolitt av vitamin A som hemmer differensiering og proliferasjon av talgkjertler, reduserer størrelsen på talgkjertler og normaliserer avskalning av epitel i talgkjertlene. Problemet med denne behandlingen er at den er belemret med en rekke alvorlige bivirkninger. Preparatet kan gi fosterskader og forutsetter sikker prevensjon under behandlingen og i seks måneder etter avsluttet behandling. Det er rapportert psykiske bivirkninger og selvmord, men det er reist berettiget tvil om dette er riktig. Jon Halvorsen fant suicidal tanker hos unge med alvorlig akne; oddsratio 1.80 (95 prosent KI 1,30–2,50), men sammenholdt med tall fra reseptregisteret var det få av disse som var behandlet med isotretinoin (18). En rimelig tolkning kan være at betydelig akne hos unge i seg selv kan være en psykisk belastning med selvmord som et alvorlig endepunkt. Uansett bør vel behandlingen med systemiske retinoider være forbeholdt alvorlig akne og leger som har erfaring med denne form for behandling.

Kviser behandles for en stor del ved egenomsorg

Kosmetikkindustrien og den kulørte pressen står i kø for å hjelpe. Man trenger ikke google lenge før man overvelder av hjelpsomme råd. Diverse klinikker tilbyr allehånde behandlinger. Blogger og mer egenopplevde behandlingsresultater florerer på nettet. Ikke rart kanskje, når man husker på at kviser i overveiende grad er en normal tilstand.

Hva er så fastlegens rolle?

Utfordringen for den gode doktoren blir vel å se kvisene og graden av alvorlighet med ungdommens øyne. Det er stilt spørsmål om vi som leger uten videre skal ta opp en ungdoms åpenbare akneproblem dersom vedkommende oppsøker legen for noe annet.

Sannsynligvis kan vi som fastleger være nyttige dersom vi bidrar med en varsom informasjon om tilgjengelige behandlingsmuligheter.

På den annen side må vi som leger huske at kviser er alvorlige ting for dem som har dem. Særlig hvis man er 16 år.

REFERANSER

1. James WD. Clinical practice. Acne. *N Engl J Med* 2005; 352: 1463–72.
2. Brajac I. Acne vulgaris: myths and misconceptions among patients and family physicians. 2004.
3. Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, et al. Acne vulgaris: a disease of Western civilization. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1584–90.
4. Frisch RE, Wyshak G, Vincent L. Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *N Engl J Med* 1980; 303: 17–9.
5. Lucky AW, Biro FM, Huster GA, et al. Acne vulgaris in premenarchal girls. An early sign of puberty associated with rising levels of dehydroepiandrosterone. *Arch Dermatol* 1994; 130: 308–14.
6. Bourne S, Jacobs A. Observations on acne, seborrhoea, and obesity. *Br Med J* 1956; 1: 1268–70.
7. Shuster S, Fisher GH, Harris E, et al. The effect of skin disease on self image [proceedings]. *Br J Dermatol* 1978; 99: 18–9.
8. van der Meeren HL, van der Schaar WW, van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985; 36: 84–6.
9. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 425–9.
10. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846–50.
11. Mallon E, Newton JN, Klassen A, et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672–6.
12. Cunliffe WJ, Poncet M, Loesche C, et al. A comparison of the efficacy and tolerability of adapalene 0.1 percent gel versus tretinoin 0.025 percent gel in patients with acne vulgaris: a meta-analysis of five randomized trials. *Br J Dermatol* 1998; 139 Suppl 52: 48–56.
13. Becker LE, Bergstresser PR, Whiting DA, et al. Topical clindamycin therapy for acne vulgaris. A cooperative clinical study. *Arch Dermatol* 1981; 117: 482–5.
14. Dobson RL, Belknap BS. Topical erythromycin solution in acne. Results of a multiclinic trial. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 478–82.
15. Ellis CN, Leyden J, Katz HI, et al. Therapeutic studies with a new combination benzoyl peroxide/clindamycin topical gel in acne vulgaris. *Cutis* 2001; 67: 13–20.
16. Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. *JAMA* 2004; 292: 726–35.
17. van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ, et al. The effect of 2 combined oral Contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea. *Cutis* 2002; 69: 2–15.
18. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, et al. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011; 131: 363–70.

sture.rogstad@medisin.uio.no

Vi har gleden av å invitere til

NASJONAL KONFERANSE I MEDISINSK KOMMUNIKASJON

arrangert av Avdeling for atferdsfag ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus.

STED: Domus Medica, Universitetet i Oslo
TID: Onsdag 4. mai kl. 10.00 til 17.00

Noen av verdens fremste forskere innen medisinsk kommunikasjon deltar som forelesere:

- Debra Roter, Johns Hopkins, Baltimore, USA
- Judith Hall, Northwestern University, Boston, USA
- Jonathan Silverman, Cambridge University, Cambridge, England

Det blir også paneldebatt med representanter for myndigheter, Legeforeningen, helseforetak og pasientorganisasjoner.

Leger og andre som ønsker å lære mer om å undervise leger i kommunikasjon, med eller uten tidligere erfaring, inviteres også til å delta i et undervisningsseminar med Jonathan Silverman på Akershus universitetssykehus 5. mai kl 9–15.

Nærmere opplysninger ved Pål Gulbrandsen. E-POST: pal.gulbrandsen@ahus.no
Påmeldingsfrist 1. april.

Akershus
universitetssykehus



UNIVERSITETET
I OSLO

Relpax Pfizer.

Migrenemiddel

ATC-nr.: N02C C06

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg og 40 mg: Hver tablett inneholder: Eletrip-tanhydrobromid tilsv. eletrip-tan 20 mg, resp. 40 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Paraoransje (E 110), titandioksidi (E 171).

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

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

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

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

INTERAKSJONER: Bør ikke brukes sammen med potente CYP 3A4-inhibitorer f.eks. ketakonazol, itraconazol, erytromycin, klaritromycin og proteaseinhibitorer (ritonavir, indinavir og nelfinavir). Ergotamin eller ergotaminderivater skal ikke gis i et intervall på 24 timer før eller etter eletrip-tan. Økt risiko for bivirkninger ved samtidig bruk av urtepreparater med johannesurt. Serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av SSRIer eller SNRIer (se Forsiktighetsregler).

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

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

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

PAKNINGER OG PRISER: 20 mg: 6 stk. (blister) kr 290,30. 40 mg: 6 stk. (blister) kr 290,30. 18 stk. (blister) kr 801,40.

REFUSJONSBERETTIGET BRUK:

Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode:

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

VILKÅR:

140 Ved oppstart og endring av behandling til pasienter over 18 år skal sumatriptan tabletter forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utprøving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller 2. Sumatriptan tabletter alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen.

SIST ENDRET: 21.10.2008



RELPAX™

eletriptan HBr

EFFEKTIV behandling av akutt migrene

10 placebokontrollerte studier som omfattet 4000 pasienter viser:

**Lindring av hodepinen
30 minutter etter oral dosering¹**

**2 timer etter dosering med 40 mg
oppnådde 54-65% betydelig
smertereduksjon¹**

**En ekstra dose 40 mg er effektiv i
behandling av tilbakefall innen 24 timer¹**

pfizer.no/migrene

Relpax indikasjon: Akutt behandling av hodepinefasen av migreaneanfall med eller uten aura.¹
Relpax er effektiv også ved menstruasjonsassosiert migrene.¹
Relpax er effektiv også i behandling av assosierte migrenesymptomer som brekninger, kvalme, foto og fonofobi.¹

Referanse: 1. Relpax SPC 24.04.2008

E2011-0158



Bruk av glukose eller HbA1c til

■ REIDUN L.S. KJOME *cand. pharm., ph.d.*

Diabetes er en alvorlig tilstand som påvirker flere og flere mennesker verden over. Mens diabetes for 40–50 år siden var en akutt, dødelig sykdom, har dagens gode behandlingsmuligheter gjort at den heller blir omtalt som en kronisk sykdom. Likevel kan sykdommen medføre økt mortalitet, økt morbiditet i form av makrovaskulære og mikrovaskulære senskader og nedsatt livskvalitet hos pasientene.

Diabetes er en sykdom i vekst, og størst sykelighet og dødelighet ser man i utviklingsland, hvor sykdommen i stor grad rammer befolkningen i alderen 35–64 år. Dette står i kontrast til det man ser i den vestlige verden hvor det er den eldre befolkningen som oftest rammes

(1). Ved tidlig diagnose av sykdommen og riktig behandling er det mulig å forebygge senskader.

Historisk sett har diagnose av diabetes vært basert på glukosemålinger. Mens type 1 diabetes vanligvis utvikles raskt med akutte

og tydelige økninger i glukosenivå og dertil hørende typiske, gjenkjennelige symptomer, utvikler type 2 diabetes seg gjerne langsomt, og overgangen fra ikke-diabetes til diabetes er ikke entydig. Gjennom årene har diagnostikerkriteriene endret seg. I 1979 kom The National Diabetes Data Group med anbefalinger for diagnostiske grenseverdier for glukose. Disse var basert på glukosenivåer som var assosiert med symptomatisk diabetes. Fordi det ikke er en klar grense mellom diabetes og ikke-diabetes, var disse nivåene valgt noe «tilfeldig».

De diagnostiske kriteriene var:

- Symptomer og en klar økning i plasmaglukose, eller
- Venøs fastende plasmaglukose (FPG) ≥ 7.8 mmol/L, eller
- Oral glukose toleranse test (OGTT): to timers plasmaglukose (2HPG) ≥ 11.1 mmol/L

På tross av at man ikke lenge etter oppdaget at senskader opptrer ved adskillig lavere glukosenivåer enn det som kjennetegner symptomatisk diabetes, tok det nesten 20 år før nye internasjonale anbefalinger var på plass. I 1997 endret man kriteriene til et diagnostisk glukosenivå som var assosiert med mikrovaskulære senskader, særlig retinopati.

De nye diagnostiske kriteriene ble da:

- Symptomer og tilfeldig målt plasmaglukose ≥ 11.1 mmol/L, eller
- Venøs FPG ≥ 7.0 mmol/L, eller
- OGTT: 2HPG ≥ 11.1 mmol/L (2)

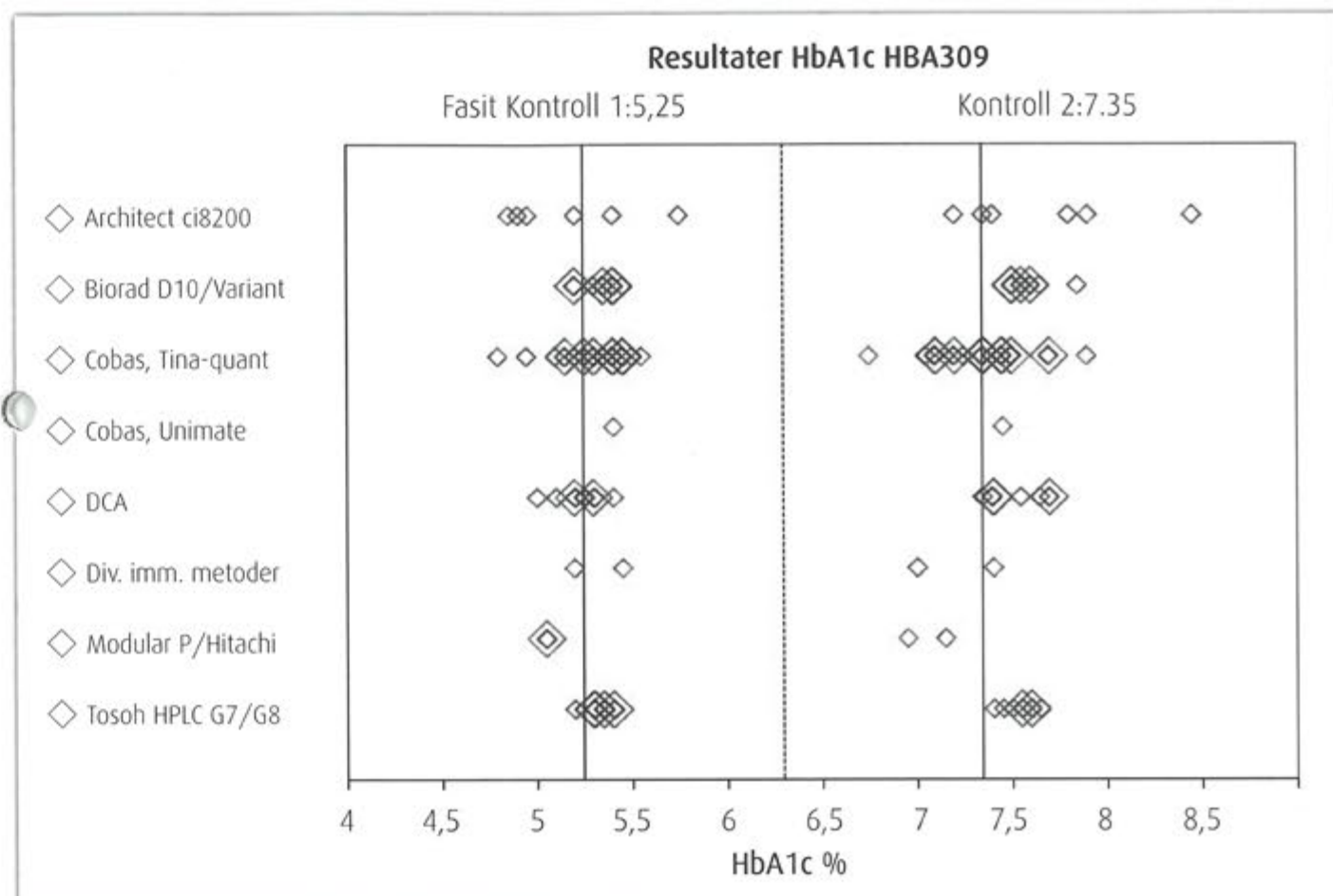
Dagens norske retningslinjer for diagnose av diabetes «Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling», utgitt av Helsedirektoratet i 2009, følger anbefalingene fra 1997 (3). De norske retningslinjene er en videreføring av NSAMs retningslinjer for behandling av diabetes fra 2005 (4), og diagnostikerkriteriene er de samme.

Imidlertid ble det i 2009 også publisert forslag til nye internasjonale retningslinjer for diabetesdiagnose i tidsskriftet *Diabetes Care*. En ekspertkomité utnevnt av det amerikanske diabetesforbundet (ADA), det internasjonale diabetesforbundet (IDF) og European Association for the Study of Diabetes (EASD) anbefaler der at man skal bruke glukosylert hemoglobin (HbA1c) for å diagnostisere diabetes. Komiteen anbefaler å bruke HbA1c ≥ 6.5 prosent som diagnostisk kriterium (2).

ADA inkluderte anbefalingen i sine retningslinjer i januar 2010, og IDF, EASD og WHO vurderer nå om de skal gjøre det samme.



diagnostisering av diabetes?



FIGUR 1. Hvert punkt representerer et prøveresultat fra ulike sykehus i Norge, fordelt på HbA1c metode. De to heltrukne linjene viser fasitverdien på de utsendte prøvene (6).

Fordeler og ulemper ved å endre de nåværende diagnostiske kriteriene basert på fastende plasmaglukose (FPG) til kriterium basert på HbA1c

I løpet av de ca. 120 dagene en erytrocytt lever reagerer glukosemolekyler med hemoglobinet i cellen og danner HbA1c. Dette er et ganske stabilt kompleks, og mengden HbA1c i en celle vil gjenspeile nivåene av glukose som cellen har blitt utsatt for i sin levetid. HbA1c er assosiert med det gjennomsnittlige glukosenivået i cellen de siste to til tre måneder. HbA1c har i flere år blitt brukt til å monitorere diabetespasienters sykdom, men har ikke vært anbefalt brukt i diagnostisk øyemed fordi analysemetoden ikke har vært tilstrekkelig standardisert. Det finnes mange forskjellige metoder for å måle HbA1c, men det har tidligere manglet en «gullstandard» for analysen. Det har vært betraktelig variasjonen mellom metodene. Variasjonen har vært akseptabel

hvis man skulle følge en enkelt pasient, men ikke dersom man skal bruke testresultatet til diagnose av tilfeldige personer fra en stor befolkningsgruppe. Dette er nå endret. I 2002 definerte the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) en gullstandardmetode for HbA1c (5), og alle andre metoder skal være sporbare til denne metoden. Ekspertkomiteen mener nå at denne felles standardiseringen er innført i praksis og dette danner utgangspunktet for å kunne anbefale bruken av HbA1c til diagnostikk av diabetes.

Ekspertkomiteen lister selv de følgende grunnene til å endre diagnosekriteriene (2):

1. Bruk av HbA1c krever ikke at pasienten faster eller må vente i timer slik FPG-testen og OGTT gjør.
2. HbA1c er relativt upåvirket av plutselige endringer i glukosenivåer som man kan se ved stress eller sykdom.

3. HbA1c har mindre preanalytisk instabilitet enn FPG/2HPG
4. HbA1c testene er nå standardisert etter IFCC-standard
5. HbA1c er et bedre mål på helhetlig glukoseeksponering og risiko for senkomplikasjoner.
6. HbA1c har mindre biologisk variabilitet enn FPG/2HPG

De tre første kriteriene er det vanskelig å være uenig i. Imidlertid kan det diskuteres om kvaliteten på HbA1c prøvene virkelig er stabil nok til at man kan bruke testen til diagnostikk. Figur 1 viser resultater av to HbA1c prøver sendt til norske sykehus i 2009 av Norsk Kvalitetsforbedring av Laboratorievirksomhet Utenfor Sykehus (NOKLUS). Her ser en at variasjonen er betraktelig, både mellom forskjellige metoder og mellom forskjellige sykehus som bruker samme metode.

Dette viser at det er stor risiko for at samme pasient ville få diagnostisert diabetes på noen av sykehusene og ikke på andre (6).

Når det gjelder om HbA1c er et bedre mål på helhetlig glukoseeksponering og risiko for senkomplikasjoner, henviser ekspertkomiteen til bl.a. en stor studie gjort av Cheng et al (7) som fant at HbA1c var noe bedre enn FPG til å forutsi retinopati. På den annen side har tidligere studier vist at både HbA1c, 2HPG og FPG korrelerer godt med retinopatiutvikling (8).

Det er riktig at HbA1c viser betraktelig mindre intra-individuell variasjon enn FPG og 2HPG. FPG og 2HPG har høy intra-individuell biologisk variabilitet med en variasjonskoeffisient (CV) på henholdsvis seks prosent og 17 prosent, mens HbA1c har en CV på ca to prosent innenfor en person. Imidlertid er det flere studier som har vist at HbA1c varierer mye med blant annet etnisitet (9–11) og alder (12; 13), slik at det muligvis burde settes egne diagnosekriterier for de forskjellige gruppene. Denne variasjonen består også når det er justert for faktorer som glukosenivå, kjønn, utdanning, blodtrykk, hematokritt osv. Det finnes teorier om hvorfor dette kan være tilfelle, for eksempel spekuleres det i om dette kan skyldes at hemoglobinglykosylering eller erythrocyttoverlevelse varierer mellom etniske grupper. Imidlertid er denne variasjonen ikke godt nok forklart til å kunne gi alders- og etnisitetsspesifikke HbA1c kriterier.

Er det andre grunner til å være tilbakeholden med å bruke HbA1c diagnostisk? Ekspertkomiteen nevner selv at det er noen utfordringer. Tilstander som påvirker erythrocytt levetid, som hemolytisk anemi, kronisk malaria, signifikant blodtap eller blodoverføringer og graviditet, vil påvirke HbA1c resultater. I disse tilfellene må en bruke FPG eller en OGTT. En hurtig fremskridende type 1 diabetes vil ikke alltid kunne identifiseres med en HbA1c prøve, men komiteen argumenterer for at i slike tilfeller vil symptomer og en FPG sammen kunne gi diagnosen (2). Studier har vist at bruk av HbA1c på > 6,5 prosent som diagnostisk grense vil medføre færre diagnostiserte tilfeller av diabetes (12, 14). Dersom dette ikke medfører flere langtidskomplikasjoner behøver ikke det å være et problem, men det mangler studier som entydig viser dette. Dersom en skifter diagnosekriterier vil dette i en overgangperiode gjøre det vanskelig å følge diabetesutviklingen i befolkningen. Problemet med HbA1c-testens lavere sensitivitet kan løses ved å senke den diagnostiske grensen, og er ikke i seg selv et argument for ikke å bruke HbA1c. Et større problem med å innføre HbA1c som stan-

dard diagnoseverktøy for diabetes er at verdens utviklingsland ikke vil kunne ta denne i bruk siden testkostnader for HbA1c er betraktelig høyere enn for glukose og siden disse landene ofte ikke vil ha de nødvendige standardiseringssystemer på plass. Det vil være vanskelig å sammenligne diabetesforekomsten mellom forskjellig land dersom vestlige land bruker HbA1c kriterier mens utviklingsland bruker FPG (15).

Konklusjoner

Det er gode argumenter for å ta i bruk HbA1c til å diagnostisere diabetes. Testen er lettere å utføre for både pasienter og helsepersonell. Imidlertid vil det være vanskelig å innføre testen som standard på verdensbasis fordi HbA1c varierer med befolkningsgruppe, testen er kostbar og krever et godt utviklet standardiseringsnettverk som ikke er på plass i utviklingsland. I tillegg viser resultater fra norske sykehus at HbA1c fremdeles ikke er godt nok standardisert selv her i landet. I lys av dette er kanskje tiden ennå ikke moden for å bytte ut de nåværende diagnosekriteriene.

REFERANSER

1. World Health Organization. Diabetes Fact sheet N°312. 2009. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/ (12.09.2010)
2. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care 2009; 32(7): 1327–1334.
3. Helsedirektoratet. Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00113/Diabetes_Forebygg_113609a.PDF (12.09.2010)
4. Claudi T, Midthjel K, Cooper J, Daac C, Furuseth K, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes I allmennpraksis 2005. www.nsamdiabetes.no
5. Jeppsson JO, Kobold U, Barr J, Finke A, Hoelzel W, Hoshino T et al. Approved IFCC reference method for the measurement of HbA1c in human

- blood. Clin Chem Lab Med 2002; 40(1): 78–89.
6. Sverre Sandberg N. 2010. Personlig kommunikasjon.
 7. Cheng YJ, Gregg EW, Geiss LS, Imparatore G, Williams DE, Zhang X et al. Association of A1C and fasting plasma glucose levels with diabetic retinopathy prevalence in the U.S. population: Implications for diabetes diagnostic thresholds. Diabetes Care 2009; 32(11): 2027–2032.
 8. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20(7): 1183–1197.
 9. Getaneh A, Andres R, Brillon DJ, Findley SE. The A1c Criterion for Diabetes Diagnosis among Hispanic and Non-Hispanic Populations. Endocr Pract 2010;1–21.
 10. Jorgensen ME, Bjerregaard P, Borch-Johnsen K, Witte D. New Diagnostic Criteria for Diabetes: Is the Change from Glucose to HbA1c Possible in All Populations? J Clin Endocrinol Metab 2010; 95(11): E333–6. Epub 2010 Aug 25.
 11. Ziemer DC, Kolm P, Weintraub WS, Vaccarino V, Rhee MK, Twombly JG et al. Glucose-independent, black-white differences in hemoglobin A1c levels: a cross-sectional analysis of 2 studies. Ann Intern Med 2010; 152(12): 770–777.
 12. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Gregg EW, Ford ES, Geiss LS et al. Prevalence of diabetes and high risk for diabetes using A1C criteria in the U.S. population in 1988–2006. Diabetes Care 2010; 33(3): 562–568.
 13. Pani LN, Korenda L, Meigs JB, Driver C, Chakmany S, Fox CS et al. Effect of aging on A1C levels in individuals without diabetes: evidence from the Framingham Offspring Study and the National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2004. Diabetes Care 2008; 31(10): 1991–1996.
 14. Droumaguet C, Balkau B, Simon D, Caces E, Tichet J, Charles MA et al. Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). Diabetes Care 2006; 29(7): 1619–1625.
 15. Gomez-Perez FJ, Aguilar-Salinas CA, Almeda-Valdes P, Cuevas-Ramos D, Lerman G, I, Rull JA. HbA1c for the diagnosis of diabetes mellitus in a developing country. A position article. Arch Med Res 2010; 41(4): 302–308.

reidun.kjome@isf.uib.no

Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel

■ MALIN EBERHARD-GRAN *lege/seniorforsker, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt*

Svangerskap og fødsel beskytter ikke mot psykiske vansker og lidelser. Hvert år vil anslagsvis 3000–9000 barselkvinner i Norge være plaget av nedstemthet og depresjon.

utviklingsforløp. Dette er en av årsakene til at interessen for depresjoner som oppstår i forbindelse med fødsel, har økt.

Hva er barseldepresjon?

Depresjoner som oppstår i forbindelse med fødsel skiller seg ikke vesentlig fra andre depresjoner, det spesielle er tidspunktet hvor depresjonen forekommer (1). Ofte følges en depresjon av angstplager, dette gjelder også depresjoner etter fødsel.

Rundt en tredel av alle barseldepresjoner starter under graviditeten. Selv om nedstemthet og depresjon er minst like vanlige i slutten

av svangerskapet som etter fødselen, har «svangerskapsdepresjon» på langt nær fått samme oppmerksomhet som depresjon i barselperioden og forskningen er ennå mangelfull (2).

Tradisjonelt er de følelsesmessige tilstandene i barselperioden blitt gruppert i tre kategorier: Barseltårer (engelsk: *maternity blues*), barseldepresjon eller postpartum depresjon (ofte kalt fødselsdepresjon) og barselpsykose.

Barseltårer

I dagene etter en fødsel blir mange mødre lett beveget og gråter lett. Barseltårer er en normal og forbigående følelsesmessig tilstand

Sped- og småbarns tidlige erfaringer har stor betydning for barnas videre utvikling. Den tidlige utviklingen finner sted i tett samspill med nære omsorgspersoner og foreldrenes psykiske helsetilstand er en av de sentrale faktorene av stor betydning for spedbarnets



som opptrer hos 50–80 prosent av alle nybakte mødre og varer to–tre døgn (3). Man regner med at hovedårsaken først og fremst er hormonelle faktorer, og at psykososiale faktorer ikke bidrar i noen særlig grad (4). Barseltårer kan også sees på som en utmattelsesreaksjon etter en periode preget av spenning og uro både for fødselen og for om barnet er friskt. Søvnangel før og i forbindelse med fødselen kan også bidra.

Barseldepresjon eller postpartum depresjon

En barseldepresjon er som det fremgår av navnet, en depresjon som inntreffer etter fødselen (postpartum) (5). Depresjonen kan variere i alvorlighetsgrad, fra en lettere til en mer uttalt depresjon. For at tilstanden skal kunne kalles en depresjon i medisinsk forstand, må den oppfylle diagnosen klinisk depresjon ut fra kriteriene i ICD-10 som er det diagnostiske systemet som benyttes i Europa.

En depresjon som oppstår i barseltiden, har de samme symptomene som en depresjon som oppstår i andre livsfaser, men det kliniske bildet kan være farget av omstendighetene. En barselkvinne med depresjon kan for eksempel bli mer likegyldig når det gjelder å amme og stelle barnet, og hun kan bli mer ufølsom for barnets signaler og behov. Det er heller ikke uvanlig at dypt deprimerte barselkvinner plages av vonde tanker og fantasier om å skulle miste kontrollen og komme til å skade seg selv og/eller barnet sitt. Mange opplever sterk skyldfølelse og skam over ikke å ha de forventede morsfølelsene overfor sitt barn.



Barselpsykose (puerperalpsykose)

Store livshendelser som det å føde et barn, kan utløse en bipolar lidelse (tidligere kalt manisk-depressiv lidelse), som da ofte begynner som en barselpsykose. En barselpsykose er en akutt psykotisk reaksjon som vanligvis inntreffer like etter eller i løpet av de første ukene etter fødselen. Tilstanden krever ofte sykehusinnleggelse på psykiatrisk avdeling. Kjentegnet er dyp depresjon, eller uvanlig oppstemthet (mani), vrangforestillinger (mangelende virkelighetsforankring) eller desorientering når det gjelder tid, rom eller person. En barselpsykose kan også ha et mer schizofrenilignende klinisk bilde uten klar endring i stemningsleiet.

Risikoen for psykose er 20–25 ganger større i barselperioden enn ellers i livet, men risikoen er fortsatt svært lav og rammer kun én–to av 1000 fødende kvinner hvert år. Hypotetesen er om lag den samme i alle kulturer og gjennom alle tidsepoker som vi har informasjon om (6). I Norge innebærer det at omtrent 60–120 kvinner per år får en barselpsykose. Selv om årsaken blir regnet for å være biologisk, kan psykososialt stress og mangel på søvn, bidra til at psykosen bryter ut (4). Prognosen er god dersom tilstanden blir oppdaget og behandlet tidlig i sykdomsforløpet. Hvis en kvinne har hatt en psykose tidligere i livet, er det 30–50 prosent risiko for tilbakefall i tiden etter en fødsel (7).

Hvor vanlig er depresjon i barselperioden?

Forekomsten av depresjon i barselperioden blir ofte angitt til å ligge et sted mellom 10 og 15 prosent. Det er viktig å være klar over at disse tallene i hovedsak ikke gjenspeiler klinisk depresjon ut fra diagnosekriteriene, men angir moderate til alvorlige symptomer ut fra et definert terskelpunkt.

Mye tyder imidlertid på at det er en overvekt av kvinner med god psykisk helse som føder barn. Skandinaviske undersøkelser viser at blant kvinner som får barn, er forekomsten av depresjon noe lavere enn blant kvinner i samme alder som ikke har barn (8, 9). At tallet er noe lavere enn for fruktbare kvinner generelt, kan for eksempel skyldes at kvinner velger å få barn på et tidspunkt i livet hvor de har det bra. (9, 10). Hvis man tar høyde for en slik seleksjon til foreldreskap, finner man allikevel at det å være barselkvinne i seg selv medfører en økt risiko for depresjon (8–10).

Resultatene fra en studie i Akershus i 1999 tydet på at fem til ni prosent av barselkvinnene hadde tegn på depresjon, avhengig av hvilken definisjon man benyttet på «depresjon».

I en studie fra Stavanger i 2008 fant man

imidlertid en nesten dobbelt så høy forekomst. Vi vet ikke om dette beror på regionale forskjeller eller om det kan avspeile en reell økning av forekomsten av barseldepresjon i løpet av de siste decenniene.

Internasjonale undersøkelser viser at forekomsten av barseldepresjon varierer med levekår. Depresjon er for eksempel betydelig vanligere i storbyområder der det bor flere økonomisk og sosialt belastede familier (11, 12). Noen undersøkelser tyder på at ulikheter i hvordan man tilrettelegger barselomsorgen også kan ha betydning for forekomsten (13). Hvile, omsorg og støtte synes å virke positivt. At forekomsten av depresjoner etter fødsel ser ut til å være noe lavere i Norge enn det som går fram i internasjonale undersøkelser, kan også ha sammenheng med at vi i Norge har lite fattigdom, og at småbarnsforeldre har mange rettigheter.

Hva er årsakene til depresjon i denne livsfasen?

Et sett av risikofaktorer går igjen i studier av deprimerte barselkvinne. Blant de mest sentrale er at kvinnen har hatt depresjon tidligere i livet eller under svangerskapet (2, 14, 15), opplevelse av negative livshendelser som alvorlig sykdom eller død hos nærstående personer, økonomiske problemer, arbeidsledighet eller konflikter i parforholdet. Manglende sosialt nettverk, forhold ved barnet, dårlig selvfølelse, aleneansvar og uventet graviditet er også faktorer som går igjen (15, 16).

Norske undersøkelser bekrefter funnene fra de internasjonale studiene (9, 17, 18). Gjennomgående er det slik at jo flere risikoforhold som er til stede, jo større er risikoen for å få en depresjon. Noen få faktorer kan være nok for en sårbar kvinne. Hos den som er mindre sårbar, må flere faktorer være til stede for å utløse en depresjon.

Det finnes foreløpig ikke belegg for at depresjon som oppstår i barselperioden, er en egen type med helt andre årsaksfaktorer enn depresjon som oppstår i andre perioder i livet (19). Flere forskningsfunn tyder imidlertid på at barselperioden kan være en følelsesladet tidsepoke som hos noen utløser gamle bekymringer (10). Søvnangel, problemer med amming, følelse av stort ansvar, tretthet og fysiske plager kan alle være utløsende. Til tross for relativt omfattende forskning er det foreløpig ingen støtte for ideen om at hormonelle faktorer i vesentlig grad bidrar til å utløse en barseldepresjon (20). Et unntak er mødre som har en skjoldbruskkjertelforstyrrelse, ca. en prosent. Hos disse kvinnene starter depresjonen rundt to–fem måneder etter fødselen (3).

ILLUSTRASJONSPORD: SIEVE LOVELAND



Har barseldepresjon etydning for barnet?

Det er blant annet vist at det er en sammenheng mellom alvorlig depresjon/angst og lav fødselsvekt og for tidlig fødsel (21, 22). Ubehandlet depresjon kan videre bidra til at tilknytningsprosessen mellom mor og barn, som vanligvis starter allerede under graviditeten, blir forsinket (23). Barseldepresjon er videre assosiert med en rekke vansker hos barna, både sosio-emosjonelle, kognitive og sosiale vansker (24, 25). Vanskene vil variere med barnets alder og forhold ved morens depresjon, som alvorlighetsgrad, varighet og ikke minst i hvilken grad depresjonen påvirker morens sensitivitet overfor barnet (26). En frisk og sensitiv tilstedeværende far vil til en viss grad kompensere for de negative virkningene av morens depresjon (27, 28).

Hjerneforskning viser at det skjer en betydelig utvikling av hjernen også etter fødselen, og særlig i de to-tre første leveårene. Dannelse av synapsene i hjernen påvirkes av de

erfaringene spedbarnet gjør seg. Særlig betydningsfullt er hvordan barnets behov for trygghet og forutsigbarhet i hverdagen blir ivarettatt, og i hvilken grad barnet får sensitiv og god utviklingsstøtte. Dette er typer av erfaringer som vil være med på å påvirke barnets hjerneutvikling de første leveårene.

Forebygging

Det er grunn til å være oppmerksom på angst- og depresjonstilstander i svangerskapet, slik at hjelp kan settes inn på et tidlig stadium. I følge retningslinjene for svangerskapsomsorgen bør kvinnen spørres om hun har hatt psykisk sykdom og tilbys tettere oppfølging om hun tidligere har vært psykisk syk. I tillegg blir det anbefalt at helsepersonell bør fange opp gravide som har depressive symptomer.

Det samme bør gjelde i barselperioden. Et enkelt redskap, spørreskjemaet *the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (se side 35), med ti spørsmål om kvinnens psykiske helse,

kan avdekke depressive symptomer hos barselkvinner (1). Denne metoden er nå tatt i bruk i flere kommuner i Norge. For at bruken av EPDS skal være etisk forsvarlig så forutsetter det at det er lagt til rette for et differensiert og lett tilgjengelig støtte- og behandlingstilbud. Man kan altså ikke sette i gang å fange opp kvinner i risikozonen uten å ha noe å tilby de som har problemer.

Behandling av depresjon i forbindelse med fødsel

Depresjon under graviditet og i barseltid behandles som andre depresjoner, men ikke-farmakologiske metoder som støttesamtaler, psykososiale intervensjoner (eks. styrking av sosialt nettverk) og psykoterapi er viktigere enn ellers. Det anbefales en trinnvis intervensjonsmodell avhengig av alvorlighetsgraden av kvinnens depresjon. Støttesamtaler har god effekt ved milde til moderate depresjoner, men kunnskapen er ennå mangelfull når det gjelder langtids-

effekter av støttesamtaler. I en stor britisk studie har man undersøkt nytteeffekten av screening i kombinasjon med psykologisk støttebehandling i kommunehelsetjenesten (29). Helsesøstre og jordmødre ble opplært i å bruke EPDS og fikk opplæring i psykologisk støttebehandling med elementer av kognitiv terapi og personorientert terapi. Deprimerte barselkvinner ble fanget opp ved seks-ukerskontrollen ved hjelp av EPDS og halvparten fikk støttebehandling mens den andre kun fikk vanlig oppfølging. De som hadde fått støttebehandling hadde betydelig lavere depresjonsskåre enn kontrollgruppen. Effekten av intervensjonen var målbar også et helt år etterpå. Relasjonsbehandling av mor og spedbarn har god effekt på barnet, men usikker effekt på kvinnens depresjon.

Ved alvorlige depresjoner kan det være nødvendig med medikamentell behandling. Særlig gjelder det hvis kvinnen viser tegn på at hun ikke har evne til å ta vare på seg selv eller barnet, har alvorlige søvnforstyrrelser, har en risikopreget atferd eller bærer på alvorlige selvmordstanker. Medikamentell behandling bør alltid kombineres med samtalebehandling. Før kvinnen starter med eventuell medikamentell behandling, er det viktig med en grundig psykiatrisk utredning for å avklare om andre psykiske lidelser kan ligge bak de depressive symptomene. Det er også viktig å ha kjennskap til hvilke typer medikamenter som medfører minst mulig risiko for fosteret og det diende spedbarnet.

Alle antidepressiva passerer morkaken, og man kan derfor ikke utelukke påvirkning av fosteret. Følgene av en alvorlig depressiv episode hos en gravid kvinne må veies opp mot eventuelle uheldige medikamentelle effekter på fosteret. Behandlingen må alltid skje i samråd med kvinnen. Farmakokinetikken kan endres under graviditet, og gravide kvinner kan derfor trenge justerte doser av medikamentet (30). Behandling med antidepressiva i siste delen av graviditeten kan medføre en periode med spiseproblemer, irritabilitet, skriking og søvnproblemer hos det nyfødte barnet (31).

For mange av de nye antidepressiva er dokumentasjonen begrenset med hensyn til påvirkning av fosteret. Den absolutte risikoen for misdannelser ved bruk av antidepressiva anses likevel som liten (jmf. Retningslinjer fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) <http://www.nice.org.uk/guidance/CG45/niceguidance/pdf/English>). Studier vedrørende eventuelle effekter på funksjonell utvikling (inkl. læring og hukommelse) er mangelfulle for alle antidepressiva, og langtids oppfølgingsstudier mangler (32, 33).

De fleste antidepressiva går i liten eller moderat grad over i morsmelk (34) og overføring

via brystmelk er som oftest betydelig mindre enn passasjen over placenta. Den dosen som barnet får i seg regnet som kg kroppsvekt er vanligvis bare noen få prosent av den dosen moren tar per kg kroppsvekt. Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid sparsomt når det gjelder virkninger på barnet når mor bruker antidepressiva under amming. Det finnes ingen randomiserte, kontrollerte studier, og langtids oppfølgingsstudier mangler (35). Man kan derfor ikke utelukke negative effekter, særlig for premature barn og barn under to måneder, som har en langsommere nedbrytning av legemidler.

REFERANSER

1. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J* 2001;323: 257–60.
3. Harris B. Biological and Hormonal Aspects of Postpartum Depressed Mood - Working Towards Strategies for Prophylaxis and Treatment. *British Journal of Psychiatry* 1994;164: 288–92.
4. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, eds. *Perinatal Psychiatry*. London: Gaskell; 1994.
5. Eberhard-Gran M. Depresjon for og etter fødselen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2009; 129: 1133.
6. Kumar R. Postnatal Mental-Illness - A Transcultural Perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994;29: 250–64.
7. Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R. Contribution of Psychological and Social-Factors to Psychotic and Nonpsychotic Relapse After Childbirth in Women with Previous Histories of Affective-Disorder. *Journal of Affective Disorders* 1992;24: 253–63.
8. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders - A population-based register study. *Jama - Journal of the American Medical Association* 2006;296: 2582–9.
9. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen S, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;105: 426–33.
10. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ* 2008;337: 399–403.
11. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999;175: 554–8.
12. Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly I. Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2001;18: 5–10.
13. MacArthur C, Winter H, Bick D, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2002;359: 378–85.
14. Beck CT. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research* 2002;12: 453–72.
15. O'Hara M.W., Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 37–54.
16. Beck CT. Predictors of postpartum depression - An update. *Nursing Research* 2001;50: 275–85.
17. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish

sample. *Archives of Womens Mental Health* 2005; 8: 97–104.

18. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B, Radestad I, Hildingsson I. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2005;23: 155–66.
19. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363: 303–10.
20. Hendrick V. *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum period: principles and treatment*. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2006.
21. Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial Influences on New Born Outcomes - A Controlled Prospective-Study. *Social Science & Medicine* 1990;30: 597–604.
22. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological Distress in Pregnancy and Preterm Delivery. *British Medical Journal* 1993;307: 234–9.
23. Raphael-Leff J. *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall; 1991.
24. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999; 106:458–90.
25. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine* 1997; 27:253–60.
26. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SJ, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004; 16: 231–52.
27. Rutter M, Rutter M. *Den livslange udvikling - forandring og kontinuitet*. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
28. Mathiesen K, Tambs K, Dalgard OS. The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34: 61–72.
29. Morell C, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters S, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* 2009;338: a3045.
30. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Treating mood disorders during pregnancy - Safe considerations. *Drug Safety* 2005;28: 695–706.
31. Nordeng H, Spigset O. Treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy - Effects on the infant. *Drug Safety* 2005;28: 565–81.
32. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk*. Eighth edition ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
33. Schaefer C, Peters P, Miller RK. *Drugs during pregnancy and lactation. Treatment options and risk assessment*. Second edition ed. Amsterdam: Elsevier Science BV; 2007.
34. Berle JO, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsten K, Spigset O. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65: 1228–34.
35. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation - Practical recommendations. *CNS Drugs* 2006;20: 187–98.

malin.eberhard.gran@fhi.no

BARSELDEPRESJON SPØRRESKJEMA

Siden du nylig har fått barn, vil vi gjerne vite hvordan du har det. Vennligst sett strek under svaret som stemmer best overens med hvordan du har følt deg de siste 7 dagene, ikke bare slik du har det i dag.

Her er et eksempel som allerede er fylt ut:

Har du siste 7 dager følt deg glad?

- Ja, det meste av tiden
Ja, noe av tiden
Nei, ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt

Dette betyr: «Jeg har følt meg glad noe av tiden i løpet av uken som gikk». Vennligst fyll ut de andre spørsmålene på samme måte.

FØLGENDE SPØRSMÅL GJELDER DE SISTE 7 DAGENE:

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?
Like mye som vanlig
Ikke riktig så mye som jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Ikke i det hele tatt
2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?
Like mye som vanlig
Noe mindre enn jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Nesten ikke i det hele tatt
3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?
Ja, nesten hele tiden
Ja, av og til
Ikke særlig ofte
Nei, aldri
4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?
Nei, slett ikke
Nesten aldri
Ja, iblant
Ja, veldig ofte
5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?
Ja, svært ofte
Ja, noen ganger
Sjelden
Nei, aldri
6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?
Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
Nei, for det meste har jeg klart meg bra
Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig
7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?
Ja, for det meste
Ja, iblant
Ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt
8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?
Ja, det meste av tiden
Ja, ganske ofte
Ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt
9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?
Ja, nesten hele tiden
Ja, veldig ofte
Ja, det har skjedd iblant
Nei, aldri
10. Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?
Ja, nokså ofte
Ja, av og til
Ja, så vidt
Aldri

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.



MEDINOR



Afinion™
– for enkel og rask
analysering av:



HbA1c



ACR*



CRP

*Albumin/
Kreatinin-Ratio



afinion™

**Ta kontakt for
uforpliktende utprøving.**

**Medinor AS
Telefon: 24 05 66 10**

www.medinor.no

Villmarksmedisin

– en ny og utfordrende disiplin

■ MONICA IVERSEN-TENNØE allmennlege, Varteig ■ BENJAMIN LISCHNER allmennlege, Narvik ■ KATRINE FINSNES LIS i anestesi, SUS, Stavanger

«Vi er alle oppdagelsesreisende i livet,
hvilken vei vi så enn følger.»

Fridtjof Nansen (1861–1930)

Villmarksmedisin («wilderness and expedition medicine») er en særlig medisinsk disiplin det er økende interesse for i Norge og internasjonalt. Villmarksmedisin defineres som medisin som utføres når det er lengre enn en times kjøretid til nærmeste sykehus, og hvor man ofte befinner seg i vanskelig terreng. Per i dag er det én person i Norge som har formelt utdannet seg i henhold til retningslinjene etablert av Wilderness Medical Society i USA (Fellow of the Academy of Wilderness Medicine.) Fire personer er under utdanning.

Selv om det finnes andre formelle utdanninger i dette faget (f.eks. *International Society of Mountain Medicine*) mener vi at utdanningen som *Wilderness Medical Society* tilbyr er mer omfattende og uavhengig av grunnutdanning og fysiske evner.

Villmarksmedisin er et fagfelt hvor man kan kombinere yrke og fritidsinteresser. Det er særlig dette som gjør emnet interessant for yngre kolleger, og kan benyttes i rekrutteringen til legepraksis i utkantstrøk.

Mye villmark i Norge

I Norge er det mange steder store avstander mellom sykehus, legekontorer og befolkningen, spesielt i de nordligste fylkene. Villmarksmedisin fokuserer på å yte helsehjelp med enkle midler til rådighet. Man skal i tillegg til vanlig kliniske kunnskaper ha kunnskaper om navigering, forflytning av pasient i vanskelig terreng, kunnskap om naturen, klima, og farer som disse kan medføre.

I Norge skjer det stadig ulykker i fjellet, på sjøen, ofte vinterstid i forbindelse med snø. Turister er ofte uerfarne med å oppholde seg i naturen og uvitende om hvilke krefter den norske naturen kan ha. De medisinske utøvere som arbeider i slike områder risikere måtte delta i utfordrende redningsaksjoner. Det stilles krav til leger, sykepleiere og ambulanseansatte i møtet med redningstjenestens mannskap, og de involverte må akseptere de andres ekspertise: legen er ikke nødvendigvis den mest kyndige (se tabell side 39).

Wilderness Medical Society

Wilderness Medical Society (WMS) ble opprettet av tre unge leger i California, USA i 1983: Paul S. Auerbach, Ed Geehr og Ken Kizer. De dannet foreningen for å oppfordre og lære helsepersonell om villmarkens utfordringer og hvordan ivareta mennesker som oppholder seg i slike områder.

WMS har vokst fra å være en akademisk interesseklubb til en organisasjon med blant annet tidsskrifter som *Wilderness Medicine Magazine* og *Journal of Wilderness & Environmental Medicine*. De publiserer også internasjonale anerkjente retningslinjer slik som *Wilderness Medical Society: Practice Guidelines for Emergency Care*, og *Wilderness Medical Society: Educational Lecture Series*.

I 2005 ble Academy of Wilderness Medicine dannet. Her kunne man gjennomføre et utdanningsløp som gir diplom på grunnkompetanse innenfor disiplinen. Utdanningen baserer seg på kurs, konferanser og praktiske ferdigheter. Det oppfordres til forskning og publisering av artikler. I 2011 vil det bli introdusert et «master fellow»-program, hvor man kan fordype seg i et særlig emne innen villmarksmedisin.

Høsten 2010 var det internasjonalt 682 personer under utdanning. 116 har hittil gjennomført utdanningen, og har dermed fått tittelen «Fellow of Academy of Wilderness Medicine».

Leir i jungelen, hvor vi sov i hengekøyer.

FOTO: MONICA IVERSEN-TENNØE





Trening på stabilisering av hardt skadet pasient i villmarken. FOTO: MONICA IVERSEN-TENNØE

Daglige ferdighetskrav

Listen over obligatoriske emner innenfor villmarksmedisin er omfattende:

1. DYKKE- OG HYPERBARMEDISIN: fysiologi og fysikk under vann, dykkemedisin, barotraume, dykkersyke, marine skapninger.
2. TROPE- OG REISEMEDISIN: Reisevaksinering, flåttbårne sykdommer, malaria, parasitter, protozoer, kroniske sykdommer i forbindelse med reiser, reisediære, planlegging av gruppereise, kvinnehelse ved reiser, sikkerhetshensyn, medisinsk utstyr for eksotiske reisemål, kulturvurderinger og forståelse/planlegging av det, feber hos personer som er kommet hjem, SOS, hemoragisk feber.
3. HØYDE- OG FJELLMEDISIN: fysiologi i høyden, oversikt over høyderelaterte sykdommer, AMS (acute mountain sickness), HAPE (high altitude pulmonary edema), HACE (high altitude cerebral edema), hvordan høyde påvirker forskjellige medisinske tilstander.
4. EKSPEDISJONSMEDISIN OG ELEMENTÆR TANNBEHANDLING.
5. UTSTYR I FELT: lover og regler når det gjelder naturvern, vannbehandling, matbehandling, utstyr til kaldt klima, fotutstyr og medisinsk pleie av ekstremiteter, oversikt over forskjellige typer klær til forskjellig klima, overlevelsesutstyr, navigasjon, medisinsk utstyr.
6. REDNING OG EVAKUERING: lete- og redningsaksjoner i fjellområder, flytting og evakuering av pasient.
7. SPORTSMEDISIN: Sportsfysiologi, homeostase og volumresusitering, geriatrike og pедиатriske pasienter.
8. HYGIENE OG FOREBYGGENDE MEDISIN: Generell hygiene i leir og ved reisen, forbygging av bitt av insekter, vannrensing.
9. GENERELL VILLMARKSMEDISIN: Frostskader, lynskader, nærdrukning, solrelaterte skader, insekter, angrep av dyr, hetslag, giftige planter, dermatitt, inntak av føde.
10. IMPROVISERINGSTEKNIKKER: behandling av sår/skader uten eller med begrenset medisinsk utstyr
11. NATURKATASTROFER, ULYKKER OG NØDHJELPSITUASJONER, HJELPEUTSTYR, BIOTERRORISME.
12. AKUTT MEDISIN, INKLUDERT HÅNDTERING AV TRAUMER I VILLMARKEN: oversikt over akuttsituasjoner og prehospitavurdering av pasienter. I tillegg kunnskap om psykiske reaksjoner ved skade, sykdom og kriser.

I tillegg kan man ha fordypning i enkelte valgfrie emner:

- Dykkemedisin
- Høyde- og fjellmedisin
- Trope- og reisemedisin
- Utstyr

VILLMARKSMEDISIN

- Sportsmedisin
- Ulykker, katastrofer
- Forskning innenfor villmarksmedisin
- Planlegging, ledelse i sammenheng med aktiviteter i villmarken
- Traume, øyeblikkelig hjelp-situasjoner
- Reptiler, edderkopper, andre giftige skapninger
- Taktisk medisin (militær medisin)

Utdanningen kan gjennomføres over en femårsperiode. Det forventes at man deltar i konferanser organisert av WMS, skriver artikler i deres akademiske og faglige tidsskrifter, utdanner andre kolleger innen emnet samt bygger på egne erfaringer gjennom en såkalt «experience report». Man samler også poeng gjennom å lese tidsskrifter og svare på spørsmål. Det finnes dessuten poenggivende utdanningsløp godkjent av WMS. Gjennom samarbeidspartnere til WMS, som for eksempel via Expedition Medicine (www.expeditionmedicine.co.uk), National Outdoor Leadership Schools (www.nols.edu), Advanced Wilderness Life Support (www.awls.org), Wilderness Medicine Associates (www.wildmed.com), Wilderness Medicine (www.wilderness-medicine.com) osv. kan man delta på kurs i forskjellige geografiske områder: polarstrøk, fjellområder, ørken, jungel og dykke-medisinske arenaer.



Giftig skorpion – blir man bitt av denne føles det som om man har fått et kraft spark fra en hest.

FOTO: MONICA IVERSEN-TENNØE



Slangeekspert holder en *Lachesis muta muta* (Bushmaster), giftig slange. FOTO: MONICA IVERSEN-TENNØE

Forelesningssalen i ørkenen. FOTO: MONICA IVERSEN-TENNØE



ELIENKAMPFORD, HANS JACOB SOLGAARD



Villmarksmedisin i Norge

Villmarksmedisin er relevant for fastleger og andre akuttmedisinutøvere i Norge. Nordmenn reiser mye til fjerne himmelstrøk, men vi har også vår egen flotte natur som både nordmenn og turister bolttrer seg i. Vi har store geografiske avstander og utfordrende natur. Det er ofte ulykker på fjellet, for eksempel snøskred og drukninger. I mange tilfeller er det lang responstid for helsepersonell. Villmarksmedisin er en god basis, også for hjelpepersonell som ambulanseansatte og sykepleiere som jobber i strøk langt fra sykehus og som må beherske naturen og kommunisere under vanskelige forhold.

Som fastlege er det nyttig å kunne gi råd om skred og skader i forbindelse med det, om skogbrann, lynnedslag, frostskafer og nedkjøling, hetslag, helseproblemer med dykking, medisinske utstyrslistor ved ekspedisjoner og reiser, farlige dyr og reptiler (både giftige og voldsomme) på land og i vann, giftige planter, infeksjoner, førstehjelp og transport av skadete, overlevelsesteknikker i villmarken og på havet, fra arktiske til tropiske forhold, hvordan man lager bål, besørger bekledning, lærer fangstteknikker og får kunnskap om spiselige planter og sopp, vannrensning, insektstikkprofylakse, knuter, hvordan man svømmer og f.eks. hvordan man forholder seg om man havner i et stryk.

Et trekkplaster for distriktene

I Norrbotten i Sverige har man lenge brukt villmarksmedisin, både for å utdanne turnusleger og som rekrutteringsverktøy. Der tilbys alle turnusleger tre ukers kurs; en uke med ka-

tastrofemedisin i vintermiljø ved Riksgrensen, en uke med akuttmedisin med vinterfokus og en ukers valgfritt kurs. Denne satsningen har gjort turnustjenesten i Norrbotten svært populær blant turnusleger og disse legene blir senere populære søkere til assistentlegestillinger også andre steder i landet.

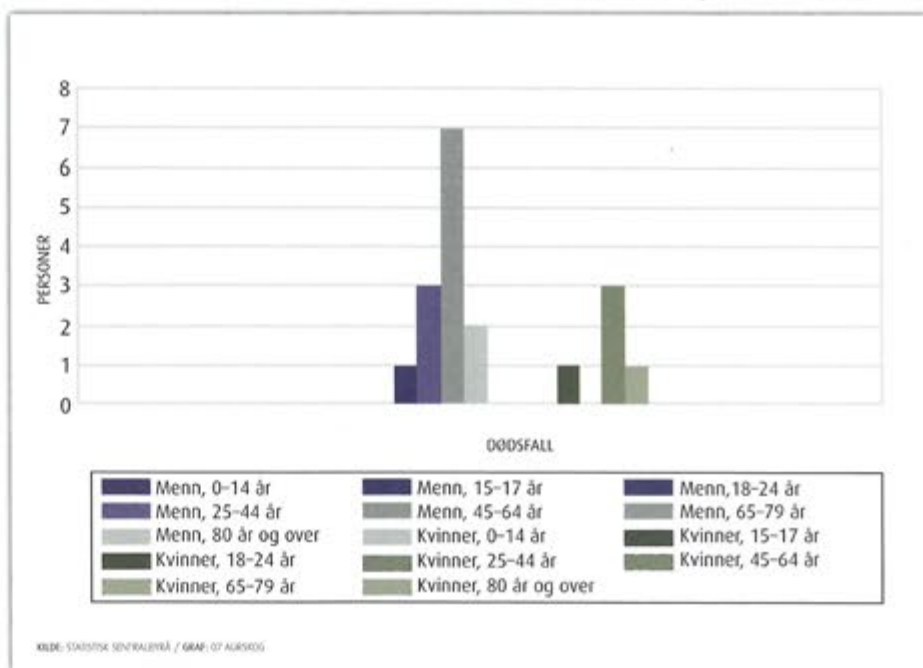
Villmarksmedisin som disiplin har potensial til å lokke flere leger til utkantstrøk i Norge der det i dag er legemangel. På denne måten kan man bidra til å øke interessen for å bosette seg i utkant-Norge. Det kan også

bidra til å styrke helsetilbudet til befolkningen i utkantstrøk.

Deler av villmarksmedisin utføres i dag av både luftambulansen, allmennleger og Røde kors hjelpekors. Det kan være en fordel om flere allmennpraktikere får bedre kjennskap til dette faget. Dette kan bidra til å redde enda flere liv i Norge.

monicaelisabethiversen@gmail.com

Tabellen viser kun dødsfall av naturkrefter i 2008 (det er ikke inkludert drukninger, fall, landtransportulykker etc).



Hjelp til selvhjelp

– det må utdannes flere helsesekretærer

Norsk Helsesekretærforbund arrangerer årlig fagdager for yrkesfaglærere ved helsesekretærlinjene.

Et gjentakende tema er problemet med å skaffe nok praksisplasser på legesenter. Praksis fra yrket er helt nødvendig for kvalitet på utdanningen. Forespørsel om praksisplass blir ofte avslått med at «det er så travelt, vi har ingen mulighet til å klare dette i tillegg til alt annet».

Det paradoksale er, at legesenter som ikke har tid til å ta imot elever, henvender seg i stor grad til skolene før sommeren for å spørre om de har en god ferievikar (som andre legesenter har stått for opplæringen av).

Ved å gi helsesekretærelever en praksisplass, bidrar du til å kvalitetssikre utdanningen vår.

Rekruttering til Helsesekretæryrket har blitt en utfordring

Mange arbeidsgivere har allerede erfart at det har vært vanskelig å få tak i kvalifisert personell, inkl. ferievikarer. NHSF opplever her stor pågang fra arbeidsgivere på grunn av akkurat denne utfordringen.

Hva gjør vi så med rekrutteringsproblemet?

Mange unge søker seg til helse- og sosialfag uten å ha tatt et standpunkt til hvilket yrke de ønsker å gå inn i.

Når elevene har avsluttet det første året, vg1 helse- og sosialfag, må de ta et valg. En del velger da vg2 helseservice som er linjen for de som skal utdanne seg til apotektekniker, tannhelsesekretær eller helsesekretær. Når elevene begynner her er det fortsatt noen

som ikke har bestemt seg for hva de skal velge det siste året. I faget prosjekt til fordypning skal elevene ha mulighet til å prøve seg i praksis for å finne ut om yrket kan være noe for dem. Dette er viktig før de skal velge det siste året. Ved at elevene vet litt om yrket ved oppstart på helsesekretærerlinjen, vil det føre til flere motiverte elever og høyere kvalitet på de som skal inn i yrket.

På bakgrunn av rekrutteringsproblemene vi har til yrket vil det nå også være av stor betydning at dere tar imot elever fra vg2 helseservice.

Norsk helsesekretærforbund vil derfor anmode om at dere stiller dere positive når skolen tar kontakt angående praksisplass.

Ta i mot elevene og la de få en innføring i hva helsesekretæryrket består i.

Gro Bengtson

Leder Norsk Helsesekretærforbund

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.

Allmennmedisin: 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 med 17 timer for følgende helsepersonellgrupper:

Sykepleiere, psykologer, bioingeniører, legemedarbeidere/helsesekretærer, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, foterapeuter og apotekteknikere.

Fullstendig program og påmelding finner du på vår nettside www.diabetes.no/diabetesforum2011.

For spørsmål vedr. konferansen, kontakt organisasjonskonsulent Liv Nordby på tlf: 464 46 783 eller e-post: liv.nordby@diabetes.no

9.-10. juni
2011

diabetesforbundet
www.diabetes.no

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

Dikt av Sigmund Mjelve

Fra samlingen «Sigmund Mjelve – utvalg av 60 dikt.

Frans Widerberg – utvalg av 60 akvarell i farger».

Diktene er utvalgt av samlinger fra 1978–1984 og trykket i den kombinerte billedkunst- og diktboken fra Collage Press med tillatelse av Gyldendal Norsk Forlag.

Tid skjer, stadig, stadig,
rom skifter til nye rom,
min kropp skjer.

Jeg lener meg mot
det svevende lysets skulder,
det dunkle

dødehavets sjøer,
det veldige,

strømmende lyset
i enkel beundring.

...

Etterlatte landskaper, forlatte
fjellgårder, vinterterrasser overgrodde,
ventehaller om natten

fortsetter som alltid.

Langt inn i den svarte,
tunge tettnatten

ser

det enorme lyset.

Jeg utfordrer Terje Næss på Helgeroa Legesenter
som neste deltaker i lyrikkstafetten.

Sigbjørn Ronbeck
fastlege i Tromsø



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale 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.

Sikkerhet ved langtidsbehandling

Spørsmål til RELIS

RELIS har fått spørsmål om risiko forbundet med langtidsbruk av protonpumpehemmere. I det aktuelle tilfellet bruker en pasient med revmatisk sykdom meloksikam (Mobic) 15 mg daglig, samt ibuprofen og Paralgin Forte (paracetamol og kodein) ved behov. Grunnet magesår bruker pasienten esomeprazol (Nexium) 40 mg daglig, dette har blitt brukt mer eller mindre fast i over ett år. Pasientens lege er skeptisk til lengre tids bruk av esomeprazol, og har flere ganger forsøkt dosereduksjon fra 40 mg til 20 mg daglig. Dette har medført magesår etter kort tid. Hva er risikoen for bivirkninger ved langtidsbruk av protonpumpehemmere?

Kunnskap om sikkerhet ved langtidsbruk av protonpumpehemmere (PPI) er sammenfattet i nyere oversiktsartikler (1-4), resultatene oppsummeres under:

Økt risiko for å utvikle kreft:

Det har lenge blitt diskutert om bruk av PPI øker risikoen for kreft i magesekken. Bruk av PPI er assosiert med dannelse av polypper (fundic gland polyps), uavhengig av samtidig H. pylori-infeksjon. Dysplasi av slike polypper ses i sjeldne tilfeller, men nærmest utelukkende hos pasienter med familier adenomatøs polyposis. Seponering av PPI medfører regresjon av disse polyppene (1, 3).

Bruk av PPI medfører økt sekresjon av gastrin, som har en vekstfremmende effekt på flere ulike epitelceller. Et økt nivå av gastrin kan teoretisk øke risikoen for utvikling av kreft. Hos pasienter med H. pylori-infeksjon kan bruk av PPI fremme utviklingen av atrofisk gastritt, som er en risikofaktor for utvikling av kreft i magesekken. En økt kreftrisiko er imidlertid ikke sett i studier. Dokumentasjonsgrunnlaget er imidlertid begrenset, og en slik sammenheng kan ikke utelukkes (1-3). Eradikering av H. pylori hos pasienter som krever langtidsbehandling med PPI anbefales i en kilde (3). Teori og in-vitro data har indikert økt risiko for kolorektal kreft ved økt nivå av gastrin, men det er ikke sett en klinisk signifikant økning i risikoen for malignitet eller økt antall eller størrelse av adenomatøse polypper (2, 3).

Bruk av PPI kan maskere symptomer på kreft i magesekken og tilhøre maligne magesår, noe som kan forlenge tiden før tilstanden diagnostiseres (1). Malignitet må derfor utelukkes før behandling med PPI, og ved langtidsbehandling bør dette kontrolleres regelmessig (5).

Redusert opptak av næringsstoffer:

jern, vitamin B₁₂, magnesium og kalsium:

Absorpsjonen av jern kan reduseres ved langtidsbruk av PPI grunnet reduksjon i syre-

nivået i magesekken. Denne effekten er teoretisk mulig, men har foreløpig ikke blitt sett klinisk, og bruk av PPI er følgelig ikke assosiert med økt risiko for jernmangel (1-4).

Syreavhengig aktivering av pepsinogen til pepsin er nødvendig for å frigjøre proteinbundet vitamin B₁₂ fra mat. Studier som har undersøkt om bruk av PPI har redusert vitamin B₁₂-absorpsjonen har gitt motstridende resultater. Det er ikke vist at langtidsbruk av PPI medfører vitamin B₁₂-mangel hos voksne, men eldre pasienter (over 65 år) kan ha økt risiko for vitamin B₁₂-mangel ved langtidsbruk av PPI (1-4).

Det har blitt rapportert i underkant av 25 tilfeller av alvorlig hypomagnesemi, i noen tilfeller med samtidig hypokalemi og/eller hyperkalsemi under behandling med PPI. Mekanismen bak PPI-utløst hypomagnesemi er ikke kjent, men synes å være en klasseeffekt (2, 4).

Syresuppressjon har en svært variabel effekt på kalsiumabsorpsjonen, denne kan være normal eller redusert hos pasienter med manglende syresekresjon. Studier som har undersøkt sammenhengen mellom langtidsbruk av PPI og beinbrudd har gitt motstridende resultater. Svakheter ved disse studiene gjør at en slik sammenheng ikke er fastslått og at risikoen for osteoporose ved langtidsbruk av PPI ikke er avklart. De fleste studiene støtter imidlertid konklusjonen om at kronisk bruk av PPI øker risikoen for beinbrudd, avhengig av dose og varighet av behandlingen. I disse studiene er økt risiko for beinbrudd sett etter flere års bruk av PPI (1-4). Risikoen for denne typen bivirkning synes å være større for menn enn for kvinner (4).

Økt risiko for ulike infeksjoner:

Magesyre er en forsvarsmekanisme mot patogener som svelges, og tap av normal surhet i magesekken er assosiert med kolonisering av den normalt sterile øvre gastrointestinaltrakten. Spesifikke infeksjoner som har blitt knyttet til bruk av PPI er pneumoni, Clostridium

ng med protonpumpehemmere

difficile-kolitt og bakteriell gastroenteritt (1–3).

I observasjonsstudier er det sett en økning i risiko for *Clostridium difficile*-assosiert sykdom og andre enteriske infeksjoner i forbindelse med bruk av PPI, men datagrunnlaget er begrenset (1–3).

Flere studier har undersøkt sammenhengen mellom bruk av PPI og pneumoni, og resultatene er motstridende. Et par studier har vist en økt forekomst av pneumoni hos pasienter som bruker PPI, der risikoen var inverst knyttet til varigheten av PPI-behandling med høyest risiko hos pasienter som hadde fått forskrevet PPI de siste 48 timene. Andre studier har ikke funnet økt risiko for pneumoni ved PPI-behandling (1–3).

En gastroenterolog påpeker at man nå har

lang erfaring med bruk av PPI. Risikoen ved langtidsbehandling vurderes som liten og det foreligger ingen grunn til å fraråde langtidsbehandling ved klar indikasjon (6).

Vurdering

I dette tilfellet synes det å være klar indikasjon for langtidsbehandling med PPI. Tilgjengelig informasjon om PPI indikerer at langtidsbruk ikke medfører høy risiko for alvorlige bivirkninger. Dokumentasjonsgrunnlaget er imidlertid for tynt til å vurdere en økt risiko for brudd og infeksjoner ved langtidsbehandling av PPI. Det bør tas hensyn til at bruk av PPI kan maskere symptomer på kreft i magesekken.

REFERANSER

1. Thomson AB, Sauve MD et al. Safety of the long-term use of proton pump inhibitors. *World J Gastroenterol* 2010; 16(19): 2323–30.
2. Yang YX, Metz DC. Safety of proton pump inhibitor exposure. *Gastroenterology* 2010; 139(4): 1115–27.
3. Ali T, Roberts DN et al. Long-term safety concerns with proton pump inhibitors. *Am J Med* 2009; 122(10): 896–903.
4. Ito T, Jensen RT. Association of long-term proton pump inhibitor therapy with bone fractures and effects on absorption of calcium, vitamin B12, iron, and magnesium. *Curr Gastroenterol Rep* 2010; 12(6): 448–57.
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Nexium. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 17. desember 2009).
6. Overlege. Gastroenterologisk seksjon, Haukeland universitetssjukehus, pers.medd. 5. januar 2011.

Hilde Erdal,
RELIS Vest

Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) utlyser

STIPEND FOR HØSTEN 2011

Stipendmidler for inntil 6 måneder kan søkes av allmennleger

som vil gjennomføre forskningsprosjekter med en klar tilknytning til primærhelsetjenesten eller utforme undervisningsbidrag i allmenn- eller samfunnsmedisin. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendet omfatter per stipendmåned: kr 42 000 i lønnsmidler, inntil kr 2500 i driftsmidler og inntil kr 4000 i reisemidler til veilederens institutt. Drifts- og reiseutgifter må legitimeres.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet et allmenn- eller samfunnsmedisinsk institutt ved en veileder. Hvis årets kvote ikke brukes opp av søkere fra primærhelsetjenesten, blir også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten vurdert. AFU foretar tildeling av stipendene etter innstilling fra de respektive institutter.

Stipendiater oppfordres til å framføre sine prosjekter på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke, under Nidaroskongressen eller i andre faglige sammenhenger.

Forskning i allmennmedisin teller i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Et elektronisk søknadsskjema med veiledning er tilgjengelig via <http://www.legeforeningen.no/id/166945.0>.

Ytterlige informasjon gis ved sekretariatet eller ved et av de allmennmedisinske instituttene.

Søknader sendes elektronisk i pdf-format til AFU ved sekretariatet innen 15. mars 2011.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg

v/ Tove Rutle

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Søknader som er sendt
etter søknadsfristen blir ikke
tatt i betraktning.

Nedtrapping av benzodiazepi

Nedtrapping av benzodiazepiner er for mange pasienter en svært krevende prosess som man skal møte med empati, ydmykhet og forståelse. Men forståelsen må aldri bli ensbetydende med ettergivenhet. En må være konsekvent og ha stødig kurs mot nedtrappingsmålet, især når pasientens eget mot og motivasjon skranter.

Pasientgruppen er ikke ensartet. Pasienten som daglig bruker heroin og store doser Rivotril anskaffet på det illegale marked skiller seg på vesentlige måter fra pasienten som har fått samme, daglige dose Valium foreskrevet av samme lege i en årrekke og aldri har hatt kontakt med noe rusmiljø.

Det er her viktig å skille mellom rus og avhengighet. Den første av de to pasientene ville med stor grad av sannsynlighet bekreftet at han både ruset seg og var avhengig av legemiddelet. Den siste av de to kunne bekreftet en avhengighetstilstand, men ville gjerne reagert negativt om en påstod at han brukte Valium som et rusmiddel. Det foreligger sannsynligvis en benzodiazepinavhengighet hos dem begge, men behandlingstilnærmingen vil være ulik.

Dersom pasienten har kontakt med et illegalt rusmiljø og også er avhengig av andre rusmidler, stilles det større krav til behandlingen enn dersom avhengigheten «kun» skyldes foreskrevne legemidler. Sistnevnte egner seg godt til behandling i allmennpraksis. Førstnevnte må oftest behandles i spesialisthelsetjenesten.

Preparat med lang halveringstid, som diazepam, anbefales ofte brukt i nedtrappingen. Min erfaring er at det ikke er så viktig hvilket preparat man velger. Som regel velger jeg det preparatet pasienten allerede bruker, da pasienten er kjent med og trygg på dette. Unntaket er alprazolam (Xanor), som er det mest

potente og rusgivende av benzodiazepinene. Om pasienten bruker alprazolam kan en god regel være å skifte til klonazepam (Rivotril), i omtrentlig samme antall milligram som alprazolam.

Dersom pasienten har erfaring med nedtrapping er det lurt å la ham selv i stor grad utforme nedtrappingsplanen. En sikrer da at nedtrappingen er gjennomførbar for pasienten, og ikke minst er det av terapeutisk betydning at pasienten selv tar aktivt del i behandlingen fra første stund.

Planen bør gjøres skriftlig. Det må tydelig fremgå hvilken dato den enkelte dosejustering skal finne sted. Jeg har god erfaring med å sende denne nedtrappingsplanen til apoteket pasienten vil benytte, og ber da apoteket ordne med utdeling av nøyaktig antall tabletter i henhold til planen. Hvor ofte pasienten skal hente tabletter avhenger i stor grad av pasientens mestring. Det kan være krevende å få utlevert tabletter for flere uker ad gangen. Dersom pasienten går tom for tabletter flere dager før neste henting, risikerer han å bli svært abstinent. Derfor er det tryggest at en legger opp til henting relativt ofte, for eksempel ukentlig.

Mange pasienter opplever at den første fasen av nedtrappingen går ganske greit, men at det blir vanskeligere jo nærmere en kommer seponering. En grunn til dette kan være at dosereduksjonene skjer med samme antall milligram gjennom hele nedtrappingen, slik at dosen relativt sett reduseres mer jo nærmere en kommer seponering. Det blir ofte for krevende for pasienten. En bør derfor tilstrebe en prosentvis reduksjon, som oftest et sted omkring 10–20 prosent av døgndosen ukentlig.

En annen grunn kan være at pasienten har en betydelig trygghet knyttet til tablettene. Når en ser antallet minke henimot null kan

pasienten derfor gripes av frykt; «hvordan vil det gå med meg uten?» Motivasjonen for videre nedtrapping kan dale. Det er da viktig at legen ikke blir ettergivende og gir opp sammen med pasienten, men tar seg tilstrekkelig tid til å trygge pasienten gjennom denne siste, krevende fasen. En kan som ledd i dette forlenge intervallene for nedtrappingen, fra for eksempel ukentlig til hver tiende dag, noe pasienten ofte opplever som betryggende. Det spiller ingen rolle om den endelige seponeringen skjer nøyaktig på den opprinnelige planlagte datoen. Det viktige er at den skilles og at en holder fortsatt klar nedtrappende kurs mot dette.

Et eksempel på en nedtrappingsplan hos en pasient som har brukt 30 mg Valium daglig over lang tid:

DAG 1-7:	01.03.11-07.03.11:	25 mg daglig
DAG 8-14:	08.03.11-14.03.11:	20 mg daglig
DAG 15-21:	15.03.11-21.03.11:	17,5 mg daglig
DAG 22-28:	22.03.11-28.03.11:	15 mg daglig
DAG 29-35:	29.03.11-04.04.11:	12,5 mg daglig
DAG 36-42:	05.04.11-11.04.11:	10 mg daglig
DAG 43-52:	12.04.11-21.04.11:	7,5 mg daglig
DAG 53-62:	22.04.11-28.04.11:	5 mg daglig
DAG 63-72:	29.04.11-08.05.11:	2,5 mg daglig
DAG 73:	09.05.11:	seponering

I nedtrappingsplanen over reduserer en med fem mg ukentlig i begynnelsen, deretter reduserer man med 2,5 mg ukentlig i noen uker, for så å øke intervallet for nedtrapping med 2,5 mg til ti dager. (Valium fem mg tabletter har delestrek). Det er angitt datoer for at det ikke skal være rom for misforståelser, verken for apotek, pasient eller lege. Henting på apo-



ner i allmennpraksis

teket kan gjerne være samtidig med neste dosereduksjon, det vil si ukentlig i begynnelsen og hver tiende dag mot slutten, dersom pasienten håndterer dette. Eventuelt kan man legge opp til henting hver femte dag mot slutten. Fordelen med å involvere apoteket og lage slike planer er at det frigir tid i konsultasjonene til å ha fokus på den nødvendige oppfølgingen av pasienten. Hvor ofte en legger opp til støttende og mestringsorienterte samtaler vil variere, men ukentlig til hver annen uke er et godt sted å begynne.

Dersom man trapper ned med en hastighet som nevnt over, vil ikke abstinensene bli overveldende. Ulike plager kan komme, som anspenhet, irritabilitet, søvnvansker, angstfølelse, parestesier med mer, men de vil i de fleste tilfeller være håndterbare for pasienten. Erfaringsmessig er den største utfordringen den «psykologiske avhengigheten». Benzodiazepinene har spilt en sentral rolle for pasientens håndtering av seg selv og sine følelser, og nedtrapping er ofte forbundet med frykt for hvordan det vil gå uten disse legemidlene.

Det er derfor viktig i oppfølgingssamtalene å hjelpe pasienten til å tåle og akseptere vanskelige tanker og følelser, en må søke annen mestrings enn den benzodiazepinene representerte. Det er viktig å holde fokus på hva pasienten får til, ikke på det som eventuelt går galt under nedtrappingen. En skal være pasientens veileder og kjentmann gjennom et krevende terreng – en skal støtte, men også ha et klart blikk på kartet, kompasset og målet.

Christian Ohldieck



Eksem og allergiveiledning for allmennpraktikere

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

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

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

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

Forutsetning for å delta er at du er autorisert lege og for tiden jobber i allmennpraksis. Veiledningen varer i 6 måneder og man velger selv tidspunkt for oppstart (senest 31.03.2011).

Prosjektleder:

Barnelege og allergolog Roald Bolle, Universitetssykehuset Nord-Norge

Kontaktperson:

Hudlege Thomas Schopf

Telefon: 915 27 503

thomas.roger.schopf@telemet.no



www.telemet.no/veiledning



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!

Metformin og diaré hos en eldre

En 79 år gammel kvinne ble innlagt på Nordlandssykehuset i Bodø med en ukens sykehistorie med diaré og oppkast, trolig på grunn av gastroenteritt. Hun hadde en kjent type 2-diabetes og hypertensjon som ble behandlet med Metformin, Amaryl, Tenormin, Renitec og Cozaar Comp Forte. Til vanlig var hun en relativt frisk og oppegående dame som bodde sammen med sin mann. Han kontaktet legevakten fordi han oppfattet henne som utmatet og med nedsatt allmenntilstand. I tillegg klaget hun over magesmerter og dyspnoe. Da ambulanspersonellet undersøkte henne beskrev hun smerter i et belteformet område under navlen. Blodtrykket ble målt til 128/95 mm Hg.

Ved ankomst til den lokale legevakten var allmenntilstanden betydelig redusert. Hun hadde langsom pupillereaksjon og var motorisk urolig, P-glukose 16 mmol/l og CRP <8. Transporttiden til sykehus var ca. en time og i løpet av denne tiden fikk hun nærmere to liter ringer acetat.

Ved ankomst til sykehuset var pasienten blek, motorisk urolig og ikke kontaktbar. Det var ikke mulig å måle blodtrykket på overarmen, ingen folbar radialispuls, men bilateral palpabel lyskepuls. Pupillene var lysstive og dilaterte, ingen fremmedlyder over lungene ved auskultasjon og abdomen var bløt. Pasienten reagerte ikke på smertestimuli. EKG viste venstre grenblokk og hjertefrekvens på 60 slag per minutt. EKG fra 2002 til sammenlikning, viste sinusrytme og intet grenblokk. Væskebehandling ble kontinuert og man startet vasoaktiv behandling i form av noradrenalin. Etter hvert utviklet hun blikkdeviasjon mot høyre.

Blodprover viste Hb 6,9 g/l, Na 134 mmol/l, K 5,3 mmol/l, kreatinin 537 µmol/l, e-GFR 7 ml/min/1,73 m², pH 6,71, PCO₂ 2,1 kPa, HCO₃ 2,0 kPa, BE -30 mmol/l, PO₂ 24,3 kPa og laktat 22 mmol/l.

CT caput og røntgen thorax var normale. Pasienten reagerte etter hvert på smertestimuli og hun hadde tilsynelatende smerter ved dyp palpasjon av abdomen. På bakgrunn av dette, samt hennes lave Hb, mistenkte man en mulig abdominal blødning, men ultralyd av

abdomen viste ingen fri væske i buken. Etter kirurgisk tilsyn ble det utført CT-thorax, abdomen og bekken, samt en ny CT-caput. Det ble påvist fri væske ved spissen av høyre leverlapp, og antydning fri væske langs peritoneum. Det var i tillegg mistanke om fri luft i buken. De øvrige CT-undersøkelsene var normale. På bakgrunn av disse funnene, samt hennes anemi, ble det utført en eksplorativ laparotomi. Denne viste ingen tegn til perforasjon eller blødning. Etter hvert som andre årsaker til hennes anemiske tilstand og høye laktat kunne utelukkes, konkluderte man med at det forelå en metforminindusert laktacidose.

Pasienten ble lagt på respirator og overflyttet til intensivavdelingen. Acidosen ble forsøkt korrigert med bikarbonat og hun fikk dialyse i form av prisma-behandling. Dette er en kontinuerlig venovenøs hemodiafiltrasjon (CVVHDF) hos pasienter som er sirkulatorisk ustabile. Denne dialyseformen gir mindre hemodynamisk belastning for pasienten, men er mindre effektiv enn en vanlig hemodialyse. De nærmeste to døgnene bedret tilstanden seg langsomt, men pasienten ble plutselig sirkulatorisk ustabil og døde i et klinisk bilde forenlig med kardiogent sjokk.

Hva skjedde egentlig?

Pasienten har brukt metformin i mange år og nyrefunksjonen var normal da behandlingen ble startet. Siste dokumenterte kreatininverdi før det aktuelle var 90 µmol/l i november 2004. Komparentopplysninger viser at pasienten ikke har vært hos lege de siste seks årene. Hennes medikamenter har blitt fornyet uten noen form for oppfølging eller kontroll.

I 2002 ble hun satt på Cozaar 50 mg x 1 på grunn av hypertensjon. Den ble senere endret til Cozaar Comp Forte. Hun brukte fra tidligere Renitec 20 mg x 1 og Tenormin 50 mg x 2. I mai 2004 ble hun henvist til medisinsk poliklinikk for oppfølging av hypertensjon. Det ble gjennomført en 24 timers BT-måling som viste et gjennomsnitt på 148/78 og 123/61 mmHg for henholdsvis dag og natt. Dette ble vurdert til tilfredsstillende. Renografi viste

symmetrisk nyrefunksjon, dog med noe forsinket utskillelse. Det var en forbigående kreatininstigning til 110 µmol/l sommeren 2004. HbA_{1c} var 6,4 prosent. Videre kontroller ved medisinsk poliklinikk ble ikke avtalt. Hun hadde eget blodtryksapparat hjemme og hun ble oppfordret til å følge blodtrykk selv. Hun fortsatte med Renitec, Cozaar Comp Forte og Tenormin, samt metformin og Amaryl.

Vurdering

Etter at den store engelske diabetestudien UKPDS (1) ble publisert på slutten av 90-tallet, har bruken av metformin økt betydelig. Data fra reseptregisteret (www.reseptregisteret.no) viser at i 2009 brukte ca. 98 000 personer i Norge metformin. Av disse var ca. 20 000 i aldersgruppen 70–79 år og 12 000 var 80 år eller eldre.

Bruken av metformin er kontraindisert ved nedsatt nyrefunksjon. I de nasjonale faglige retningslinjene for diabetes (www.helse-direktoratet.no/diabetes) settes grensen ved e-GFR på < 60 ml/min/1,73 m², men preparatet kan brukes ved e-GFR > 40 ml/min/1,73 m² under forutsetning av at man følger nyrefunksjonen regelmessig. Dette krever at man spesielt følger gamle pasienter som bruker metformin med regelmessige kontroller av e-GFR (kreatinin).

Den aktuelle kasustikk belyser en relativt vanlig klinisk situasjon, nemlig at nyrefunksjonen reduseres med økende alder. Pasientens diaré førte til en dehydrering som kombinert med behandlingen med metformin, ACE-hemmer, tiazid og A II-antagonist førte til ytterligere forverring av hennes på forhånd nedsatte nyrefunksjon. Dette medførte ytterligere akkumulering av metformin og utvikling av en livstruende laktacidose.

Det er ikke dokumentert at kombinasjonen av ACE-hemmer og A II-antagonister gir bedre overlevelse hos pasienter med hypertensjon og kombinasjonen bør i utgangspunktet unngås. Dehydrering ved samtidig bruk av metformin, ACE-hemmere, A II-antagonister og/eller diuretika øker risikoen

e kvinne: *Hvordan det kan gå...*

for utvikling av nyresvikt. Pasienter som står på de aktuelle medikamentene bør informeres om at de ved akutt sykdom som kan medføre uttørring (kvalme, oppkast, gastroenteritter), bør seponere både metformin, ACE-hemmere, A II-antagonister og/eller diuretika. Denne informasjonen bør spesielt gis til eldre som planlegger lengre sydenopphold.

Man bør også ha rutiner for regelmessig kontroll av nyrefunksjonen hos eldre pasienter som bruker disse medikamentene. Særlig er dette viktig dersom man velger kombinasjon av ACE-hemmer og A II-antagonister.

REFERANSE

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998) Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998 352:854-65.

Renee Waage, Tor Claudi



Paediatric Life Support

Vi skal starte opp igjen med PaediatricLife Support (PLS) kurs i Norge. PLS er et endagskurs som først og fremst tar for seg basal hjerte-lunge-redning og luftveishåndtering av barn. Kurset vektlegger praktisk trening og case-løsning. Kurset er spesielt egnet for allmennleger, sykepleiere og ambulansepersonell.

TID: 7. juni
STED: SAFER senteret i Stavanger
PRIS: 2500 kroner inkludert lunsj

TID: 8. juni
STED: SAFER senteret i Stavanger
PRIS: 2500 kroner inkludert lunsj

Kurset støttes av:



Norsk Resuscitasjonsråd



Påmelding innen 28 april.

Elektronisk søkeskjema finner på våre nettsider www.apls.no

Kontakt gjerne kurskoordinator:

Ingvild Tjelmeland
E-POST: ingvild@nakos.no
MOBIL: 958 01 490

Leif Moen
E-POST: leif.moen@lyse.net
MOBIL: 957 01 348

APLS kurs fortsetter som før med to kurs i året, et om våren og et om høsten.



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING





Egill Hansen
Fargeblindhet. Årsaker, forekomst og typer
 1. utgave, bokmål,
 Gyldendal Akademisk
 139 sider

Som mangeårig sjømannslege har jeg noen ganger støtt på de store konsekvenser fargeblindhet kan ha. Også som skolelege i et lite fiskevær har jeg opplevd dette. Jeg glemmer aldri da jeg for noen år siden hadde førsteklasseundersøkelse av skolens tre førsteklasinger; to gutter og en jente. Begge guttene var fargeblinde – et relativt dramatisk funn når det er forventet at du, som din far og farfar, skal ro fiske som voksen. Men jeg har heldigvis opplevd at en som tilsynelatende kan virke fargeblind allikevel kan se forskjell på røde og

grønne lanterner og derfor kvalifiserer til å ha brovakt. For noen er det altså håp.

På grunn av min interesse og erfaring med fargesyn og konsekvensene av manglende eller dårlig fargesyn, gledet jeg meg til å lese Egill Hansens bok «Fargeblindhet; årsaker, forekomst og typer». Egill Hansen er øyelege og har lang erfaring med undersøkelse av fargeblindhet. Han skriver i forordet at boken er skrevet for leger og andre som jobber med fargesynsproblematikk, men også for legfolk med interesse innenfor feltet.

I boken beskrives forekomst, ulike typer fargesansdefekter, årsaker, testing og yrkesmessige konsekvenser. Boken avsluttes med et kapittel der han beskriver fargesynets relasjon til musikk og billedkunst – en meget spennende innfallsvinkel. Boken er kort, rela-

tivt lettlest og kan brukes som faghåndbok for en som jobber med fargesyn. Sett ut fra et allmennlegeperspektiv synes jeg bokens svakhet er kapittelet der testing av fargesynet beskrives; jeg kunne nok tenkt meg en kokebokvariant, mens boken beskriver en rekke tester uten å rangere dem. Det kan godt hende boken egner seg godt for legfolk, men språket er stedvis noe kronglete og leses nok lettest av en med medisinsk bakgrunn. Jeg har imidlertid aldri før kommet over en slik kort og relativt enkel bok om dette temaet og fant derfor boken interessant, og jeg tror jeg vil ha glede av den når jeg igjen kommer i situasjoner der jeg blir stående med spørsmål om fargesynet. Kanskje denne boken kan gi meg svar?

Mona Søndén



PROSJEKTMIDLER FOR DISTRIKTSMEDISINSK FORSKNING OG FAGUTVIKLING

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

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

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

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

Søknadsfrist: 15. mars 2011

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Peder A. Halvorsen

Leder Programråd

E-post:

peder.halvorsen@kraftlaget.no

Telefon: 975 11 941

Hasse Melbye

Nestleder Programråd

E-post:

hasse.melbye@uit.no

Telefon: 77 64 48 14

Søknadsskjema fås ved henvendelse til Hege Skogstad Berntsen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tlf. 77 62 33 38, Hege.skogstad.berntsen@uit.no

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

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2011

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

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

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
rmtove@online.no

Materiell: Elektronisk (mail / FastSend,
se: www.07.no / CD).

Format: A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf).
SATSFLATE: 185 x 249,5 mm,
3 spalter.

Raster: 60 linjer

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

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



B

NORGE P.P. PORTO BETALT



Ebixa®
memantin

på blå

NYHET!

resept

Fra 1. desember 2010

Refusjonsberettiget bruk: Symptomatisk behandling av Alzheimers demens av moderat til alvorlig grad for pasienter som har moderat agitasjon/agresjon, vrangforestillinger eller hallusinasjoner.

ICPC: P70 Alzheimers sykdom. ICD: G30 Alzheimers sykdom.

Vilkår 193, se FK-tekst.

Effekten kan måles allerede etter 4 uker¹

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
20 mg
EN OM DAGEN

c Ebixa "Lundbeck"

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

T **TABLETTER**, blindekapsler 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg. Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tablett 10 mg inneholder 166 mg og har delstrek. **OPPLØSNING**, 5 mg/pumprykk: 1 pumprykk inneholder: Memantinhydroklorid 5 mg tilsv. memantin 4,15 mg, kalsiumkarbonat (E 202), sorbitol, renset vann. Med doseringspumpe. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tid med gjeldende retningslinjer. **Voksne/Voksne**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. 1 pumprykk = 5 mg. Maks. dose er 20 mg daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til: Uke 1: 5 mg (1 pumprykk) daglig, Uke 2: 10 mg (2 pumprykk) daglig, Uke 3: 15 mg (3 pumprykk) daglig, Uke 4: 20 mg (4 pumprykk) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (4 pumprykk) daglig. **Nedutt nyrefunksjon**: Dosjustering er ikke nødvendig ved lett nedutt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-60 ml/minutt). Ved moderat nedutt nyrefunksjon (kreatininclearance 10-30 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig oppstillingsplan. Ved alvorlig nedutt nyrefunksjon (kreatininclearance <10 ml/minutt) bør dose være 10 mg/dag. **Nedutt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedutt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosjustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedutt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGELER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt epileptiske anfall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tånder med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjerteastma (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved alvorlig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Opplysninger bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å reduseres eller til å kjøre motorikjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonstiden. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorikjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevrologika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytika som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosjustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmakoncentrasjoner. Redusert eksksjon av hydroklorid eller kombinasjonspreparater med hydroklorid er mulig. **Erstatningsmiddel** av økt pH-verdi ved samtidig varfarinbehandling er sett. Nye monitorering av pretronsbintid eller full anbefales. **GRAVIDITET/FØDSEL**: Overgang i placenta. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Amning frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, hjerterkar: hypertensjon, luftveier: dyspné, nevrologiske: svimmelhet, psykiske: søvnforstyrrelse, øyner: hodepine, mindre hyppige: gastrointestinale:

Oppkast, hjerterkar: hjertesvikt, venetrombose/tromboembolisme, infeksjoner: superinfeksjoner. **Neurologiske**: Unormal gange, **Psykiske**: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, Øyner: Tretthet, Krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykiske reaksjoner og parkinsonisme. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: Symptomer: Hiv, 200 mg og 305 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller uløst dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervensystemet (forvirring, svimmelhet, søvnforstyrrelse, hukelse, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og uormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervensystemet (koma i 10 dager, og senere dobbelttryk og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafærese, og kom seg uten varige min. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervensystemet som: rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfallet, søvnforstyrrelse, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble rehydrert. **Behandling**: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side 6. **EGENSKAPER**: Klassifisering: Memantin er en spenningshengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkingsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at sukk i glutamaterg neurotransmisjon, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakoncentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% girfines som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 64% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renal. **OPBEVARING OG HOLDBARHET**: Oppbevaring: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Tablett: Startpak: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 591,00. 30 mgr. 30 stk. (blister) 516,30. 50 stk. (blister) 823,80. 100 stk. (blister) 1612,70. 20 mgr. 28 stk. (blister) 932,80. 98 stk. (blister) 3177,30. **Oppbevaring**: 50 ml glassflaske med doseringspumpe 826,30.

E: Refusjonsberettiget bruk: Symptomatisk behandling av Alzheimers demens av moderat til alvorlig grad for pasienter som har moderat agitasjon/agresjon, vrangforestillinger eller hallusinasjoner. ICPC: P70 Alzheimers sykdom, ICD: G30 Alzheimers sykdom, Vilkår 193: Behandlingen skal bare settes av lege med nødvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. Diagnostisering av kognitive og globale funksjoner, samt funksjonsnivå skal gjøres i tråd med alment aksepterte retningslinjer (eksempelvis DSM IV, ICD 10), før start av behandling. Opplysninger fra pasientens hovedomsorgsger skal innhentes. Effekten av behandlingen skal tilsa at pasienten har nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal være av moderat til alvorlig karakter. Ved mistanke om oppgav av effekt skal det gjennomføres prøvespørning. For pasienter med moderat Alzheimers demens gis refusjon kun til pasienter som har prøvd minst en kollektionsanhemmer med tilstrekkelig effekt eller som ikke kan bruke kollektionsanhemmere av tungtvende medisinske grunner. Ikke i kombinasjon med kollektionsanhemmere.

SIST ENDRET: 01.12.2010



H. Lundbeck A/S • Strandveien 15 b • Postboks 361, 1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800 • Fax: 67 53 77 07

www.lundbeck.no