

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 2 - 2011 ◦ ÅRGANG 40

INNHOOLD:

LEDER: Hva er sannhet? AV OLE ANDREAS HOVDA	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Fett, skam og puling. KRISTIAN FJELLANGER INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT	2
Å være doktor er gøy! Refleksjoner over trivsel i legelivet. FESTTALE PÅ PMU AV JO TELJE	6
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Å gradere eller ikke - det er sykmeldingsspørsmålet. AV JOHN GUNNAR MÆLAND	7
Erfaring former kroppen. AV ANNA LUISE KIRKENG	10
Bjarkøymodellen - et lokalt akkuttmedisinsk team. AV FRANK HILPÜSCH, PETRA PARSCHEAT OG SISSEL FENES	13
En brukerundersøkelse i allmennpraksis - MossPEP. AV NINA CARINE MIKKELSEN BAKKEN OG KNUT MICHELSEN	17
Pasientskader og erstatning - hva bør vi vite? AV ROLF GUNNAR JØRSTAD OG TOR VATTEKAR	22
Trening i oppmerksomt nærvær - en helsefremmende og selvregulerende prosess. AV MICHAEL DE VIBE	28
Styrket helsehjelp til papirløse innvandrere - gode intensjoner, men ikke uten reservasjoner. AV TOM SUNDAR	30
Faste spalter	32
BOKANMELDelse: Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis. ANMELDT AV ESPERANZA DÍAZ	40

Utposten

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no

Esperanza Díaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

Lisbeth Homlong

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Mona S. Sondenå

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Ida Myklebust Sundar

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS

07



Du finner Utposten på
www.utposten.no

Hva er sannhet?

I filmen «V for Vendetta» sier den ene hovedpersonen Evey, i Natalie Portmans skikkelse: «...kunstnere bruker løgner for å fortelle sannheten – mens politikere bruker dem for å skjule sannheten.» Men hva er egentlig sannhet, og hvordan forholder vi oss til den?

Medisinske sannheter har en tendens til å være ferskvare – det som var sant for ti år siden, er ikke nødvendigvis sant i dag, og sannheter varierer fra sted til sted, og fra miljø til miljø. I dag tenker vi annerledes om årsakene til magesår enn man gjorde for 20 år siden, men endret virkeligheten seg i det *Helicobacter pylori* sin rolle ble oppdaget? Anna Luise Kirkengen skriver i dette nummeret om hvordan erfaringer former kroppen. Kirkengen redegjør for hvordan nyere forskning gjør at vi må tenke nytt om hvordan livet vi lever påvirker kroppen og helsen vår. Men er det forskningens beskrivelse av disse forholdene som gjør dem sanne? Var det først da Newton satte ord på loven om tyngdekraften at gravitasjonen var et faktum?

Vi trenger alle en forståelse av verden som vi klarer å håndtere. Helt fra vi er spedbarn trenger vi å skape en ramme rundt oss selv og livet vårt, som gir oss mening. Vi trenger en livsanskuelse som ikke er så truende at den overmannet oss, eller som har så mange hull at den kollapser. Når forståelsen vår av verden får seg små skudd for baugen gir det mulighet til utvikling og vekst, men når skadene kommer for brått og blir for store, står vi i fare for å miste fotfestet og bli psykotiske.

Det er livsanskuelsen som er konteksten fortellingene om oss selv plasseres i, og historiene vi forteller om livene våre er svært viktige, enten vi forteller dem til oss selv eller til andre. Ordene vi bruker om oss selv og livene våre, er med på å gi oss vår selvforståelse og selvfølelse.

For noen år siden gikk det en debatt i Aftenposten om ME er en rent somatisk diagnose eller ikke. Jeg blir stadig fascinert over å se hvor mye enkelte mener

å vite om det vi ikke vet. Å være skråsikker enten det er på at for eksempel ME handler om bare kropp, eller på den annen side at det kun handler om psykiske mekanismer, fremstår for meg ikke som utpreget klokt, men heller litt trist. Det er litt trist at behovet for den forklaringen man selv ønsker blir så stor, at man overser det eneste vi med sikkerhet kan si om årsakene til ME: Det ennå er mye vi ikke kan forklare eller forstår. Denne skråsikkerheten om noe vi ikke vet tydeliggjør imidlertid hvor viktig det er å lage seg forklaringsmodeller man klarer å romme, og hvordan noen forståelser er vanskeligere å forholde seg til enn andre. Det er interessant å observere hvordan en forklaringsmodell der psykiske faktorer er en del av bildet, er vanskelig å akseptere for mange. Og det blir veldig spennende å se om forskningen Kirkengen beskriver i artikkelen sin, på sikt vil gjøre psykiske plager og belastninger mindre stigmatiserende og skambelagte enn det de er i dag.

Ole Andreas Hovda



Utpostens
dobbeltime

Fett, skam & puling

Kristian Fjellanger
INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT



Dette er saken:

Kristian Fjellanger gav i 2010 ut boka **FEIT – mitt liv som tjukkas**. I boka får vi historien om hvordan han gikk ned fra 140 til 70 kg på et år. Boka er humoristisk, tankevekkende og tar hull på mange myter om fedme hos menn.



Dersom du treffer Kristian Fjellanger på gata i 2011 vil du knapt legge merke til ham; passe slank, vakkert ansikt, alminnelig kledd. Hadde han en sjokolade i hånda, ville du vel tenkt han hadde det travelt mellom to viktige møter. Traff du samme mann for tre år og 70 kg siden, da også med en sjokolade i hånda ville du, selv om du ikke innrømmer det, latt fordommene blomstre: «Feite svinet, et sjokolade og blir enda feitare». Hadde han spist et eple ville du tenkt «Stakkars jævel, prøver å slanke seg, men er ein så feit, er det jo berre operasjon som hjelper». Utsagnene er ikke mine, de er klippet fra boka FEIT.

Han ville vi skulle møtes på Kaffistova, et passe sted når en trønder skal intervju en stril i selveste tigerstaden. «Utpostens spanderer» sa jeg litt usikkert, for hva frister en mann som har gått ned 70 kg i vekt? Utvalget var det ingen ting å si på, men jeg burde gjetet det: «Eg tek ein kaffi» sa han og feide forbi før jeg rakk å få oversikt over kakedisken – dårlig timet fra min side! Dermed tuslet jeg etter med et te-krus i hånda der melkeskvetten sikkert utgjorde fem unødvendige kalorier.

Om ikke kaloriene renner av mannen fortsatt har han en ord-diaré av de sjeldne, han har så mye å si på vegne av overvektige menn at mine spørsmål knapt får plass i vår tilmålte time:

– Når vi snakker om overvekt er kjønnsperspektivet viktig, dere i helsevesenet må forstå at det gjelder helt andre mekanismer for menn enn kvinner. Kvinner drøfter vekt og slanking nærmest kontinuerlig – og er på mange måter født til å slanke seg, de har det som sosial omgangsform. Menn snakker aldri om det. Les et dameblad i januar og prøv å

flytte teksten «Sånn kommer du i form til bikinisesongen!» inn i et blad for menn. Om du bytter ut ordet bikini til badeshorts blir setningen fortsatt helt hjelpeløs i ethvert mannfolkblad.

Menns overvekt er et av vår tids store tabuer. Spør menn hva de snakker om når de treffes, og selv den mest overvektige kan fortelle deg at dette med overvekt og slanking aldri har vært tema! Ingen av mine kamerater sa noen gang at jeg burde slanke meg og med mine 140 kg lå jo det ganske tjuvt utenpå meg.

UTPOSTEN: Som fastlege har jeg få suksesser med å få mine pasienter ned i vekt, de få som har klart det, har neppe meg å takke for sine tapte kilo. Du skryter av fastlegen din i boka di, men han var ikke med i slankeprosjektet ditt før du var så tynn at du trengte henvisning for å fjerne overflødig hud. Har du noen gode råd å gi oss fastleger når det gjelder menn og overvekt?

– Jeg tror at det er en høy terskel for menn å gå til fastlegen og be om hjelp til å komme ned i vekt. Vi menn ser ikke på overvekten som et problem.

Jeg har bare opplevd en gang at en lege valgte å si til meg at jeg var overvektig og da ble jeg skikkelig flau. Han gav meg resept på Xenical uten noen informasjon om hvordan det virket og du skulle sett den diareen jeg fikk! Jeg tror ikke jeg rakk å gå ned et gram før jeg avsluttet det prosjektet!

Dette helsefokus på økt risiko for diabetes og hjerteinfarkt preller av de fleste menn. Som jeg skriver i boka mi er vi mer opptatt av å få pule mer, for så vidt også at vi er mindre attraktive på arbeidsmarkedet enn dem som er slanke. For min del kunne dere gått rett på:

«Er du fornøyd med sex-livet ditt?» Svaret for overvektige er jo ofte nei og da har dere jo en inngangsport som virkelig kan motivere en overvektig mann: «Klart du ikke har draget på damer når du er så overvektig» kan dere jo si, kanskje litt mer innpakka for sarte sjeler, men dere må tørre å kalle en spade for en spade! For det er ingen hemmelighet at tynne folk får pule mer enn tjukke. Alt handler om at mannen må finne krafta i seg selv til å klare å slanke seg, og da må dere forstå hvor skoen trykker og holde fokuset der! En mann vil for øvrig også like å høre at dersom du trener mer kan du jo faktisk unne deg å kose deg mer med god mat uten at vekta går opp!

UTPOSTEN: Metoden du valgte for å gå ned i vekt var å følge rådene fra Statens råd for ernæring. De er jo ikke akkurat fengende for en ung, nyfrelst slanker som vil ha raske resultater. Det er interessant at du lot deg overbevise av den «enkle» formelen: Mye trening, mindre fett, mindre søtt og mye mindre mat over måneder og år.

– Sannheten er jo at dette er det eneste som virker på sikt, det skjønner jo alle! Statens råd for ernæring har rett fokus, men man kan spørre seg om de har livets rett slik de selger budskapet sitt. Innpakningen er jo så kjedelig at de færreste gidder å høre på dem. Skal de oppnå noe må de kreve mer midler og så presentere budskapet sitt på en fengende måte slik at folk forstår hva de egentlig sier. Skap

forbilder for de unge der kroppsfokuset er nedtonet, vis fram passe slanke mennesker som trener passe og spiser nokså sunt uten å overdrive. Lag annonser med bilder av et glass juice, et glass brus og et glass vann med kalorieregnskapet under, folk tenker ofte lite på hvor mange kalorier de tyller i seg i det de drikker! Og hva med å lage et lavterskeltilbud i form av en slanketelefon der folk kunne ringe inn når de hadde behov for hjelp og støtte der og da! Her kunne man gitt tips om «Hvordan lage en god middag uten for mange kalorier», eller et trøstens ord: «Ja, dette er tungt og vanskelig, men hvis du gjør det slik eller slik eller tenker på en annen måte kommer du deg kanskje gjennom denne krisa uten å gi opp». Det tror jeg ville vært til stor hjelp for mange som sliter alene uten å vite hvor de skal hente støtte til livsstilsendringen sin.

UTPOSTEN: Staten prøver jo å ta ansvar for overvektsproblematikken. Siste fremstøt er veiing av 3. og 8.-klassinger. Hva synes du om det utspillet?

– Jeg oppfatter dette utspillet som helt bortkasta dersom poenget bare er en kartlegging og man ikke lager en handlingsplan for dem som så viser seg å være for tunge eller for lette. I dagens kroppsfokuserte samfunn der for eksempel nesten halvparten av alle 15-årige jenter synes de er for tunge, kan dette skade mer enn det gavner. Mange må derfor

få informasjon om at de er normalvektige selv om de selv ikke tror det.

Jeg husker jeg ble veid på skolen og funnet for tung. Helsesøster sa jeg måtte skrive ned alt jeg spiste og komme tilbake og veie meg igjen. Det følte veldig nedverdiggende og jeg fikk aldri noe godt forhold til henne etter det.

Overvekt handler mye om folks økonomi, klasse og kulturelle kapital. Usunn mat er billigere enn sunn mat, og det krever mye kunnskap for å kunne velge den sunne maten i butikkhyllene. Jeg mener at skolen er den eneste fornuftige arenaen staten kan bruke for å jobbe langsiktig mot overvektsproblemet. I vår offentlige skole når man alle, uansett bakgrunn. Legg til rette for mer fysisk aktivitet, men ikke glem at det må være gøy. Kanonball, turaktiviteter og lek må være i fokus. Å drive med Coopers test og treningsfokuserte gymnastikktimer fører jo bare til at A-lagsgutane får vist hvor gode de er mens de overvektige igjen blir tapere. (RED ANM.: «A-lagsgutane» er et fenomen som er grundig drøftet i boka FEIT, vi husker alle hvem i klassen som passer inn i den kategorien!). Skolen må ta inn over seg at de overvektige ikke liker å trene.

Skolemat er jo et annet virkemiddel Staten kan ta i bruk for å lære barn hva som er sunn mat, igjen er det de med liten kulturell kapital som ville tjent på et slikt tiltak. Og hva med å la skolebussen stoppe 500 meter fra skolen og la elevene gå den siste biten?



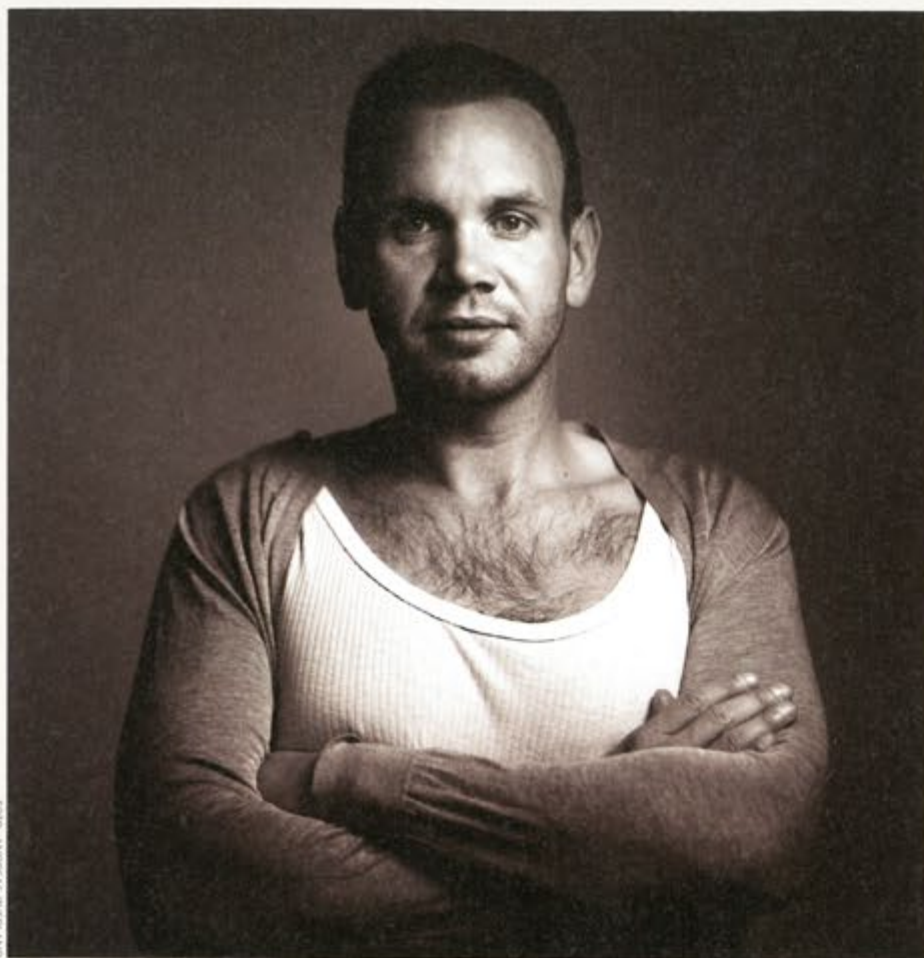


FOTO: ANDREAS ØVERLAND

UTPOSTEN: Du er jo selv politisk aktiv, hva bør politikerne gjøre for å demme opp for overvektsepidemien?

– Det er et paradoks at vi har så streng lovgiving når det gjelder salg av alkohol og røyk mens usunn mat nærmest blir kasta etter deg i butikkene. På røykpakka mi står det at røyking er dødelig, mens potetgull og sjokolade ikke har slik informasjon på innpakningspapiret. I Storbritannia er det forbudt å reklamere for usunne matvarer som kan påvirke barn før kl 21. Hos oss reklameres de mest usunne produktene med bilder av sylslanke mennesker som ser ut som de aldri har inntatt en kalori for mye. Vi kunne jo krevd at all sjokoladereklame bør være med mennesker med en BMI over 28!

Jeg skulle ønske at folk kunne ha fokus på kropp på en god måte, at man fikk ta kroppen tilbake fra reklamens slankehysteri.

UTPOSTEN: På bloggen din har du hatt fokus på forskjellen mellom kvinner og menn, ja, du driver vel egentlig en mannskamp fordi du opplever at når det gjelder overvekt er menn kraftig diskriminert?

– En gutt som boler på treningsstudio er definert som en tosk, mens ei jente med spise-

vegring får alles sympati. Kvinner har monopol på offerrollen, mens menn på mange måter «ikke har kropp». Det er bare kvinner som har en kropp med utfordringer, som man kjenner skam på, som blir forsket på, som får krigstyper i avisene – men menn går jo også og kjenner på vonde ting med sin egen kropp. Menn opplever derfor ofte at de må stå alene når de vil ned i vekt. To tykke menn på tur vekker helt andre assosiasjoner enn to tykke kvinner som er ute i samme ærend. Dette gjør at det er vanskeligere for menn enn kvinner å gå ned i vekt i vårt samfunn.

Vi menn må bli mer bevisst på at mannsrollen utelukker dette med å tørre å snakke sammen om vanskelige ting som for eksempel dette med at man er misfornøyd med kroppen sin. Det er jo påfallende at ingen noen gang sa til meg at jeg var overvektig, hvorfor er man redd for å si det? Eller bryr menn seg ikke om andre menn på den måten?

Nå skal det også sies at tykke menn har mye større spillerom enn tykke kvinner i vårt samfunn. Erna Solberg mobbes jo mye mer enn Bjarne Håkon Hansen ble. Tom Nordli kan være tykk og likevel ha autoritet som fotballtrener, har du noen gang sett en overvektig kvinnelig trener?

UTPOSTEN: Mener du det er et mål for overvektige menn å oppnå offerstatus?

– Nei, offerrollen er jo egentlig ikke noe å trakte etter. Menn passer vel egentlig bedre som krigere enn som ofre, og det er jo derfor jeg mener dere fastleger må snakke annerledes til oss menn med overvektsproblemer enn til kvinner. For å motivere en mann må dere finne våpenet og bruke det. Våpenet kan være humor, å mobilisere raseriet i deg, konkurranseinstinktet, samt det mest sentrale: få pule mer.

UTPOSTEN: Et vanskelig tema når vi snakker om overvekt og slanking er psykiske vansker, både når det gjelder det å være overvektig, det å slanke seg og å takle sin nye rolle som tynn. I boka di får vi ikke inntrykk av at du sliter

FOTO: ANDREAS ØVERLAND



psykisk underveis, tvert imot bruker du svart humor og spiller ofte på negative tanker for å holde ut med lange treningsøkter og magert kosthold. Kan du si noe om dette vanskelige teamet?

– Å være overvektig tar fra deg selvtilliten, særlig på kjønnsmarkedet, men også på arbeidsmarkedet. For meg ble det viktig å holde slankeprosjektet mitt skjult (i den grad man klarer å skjule at man går ned 70 kg i vekt!) fordi jeg syntes det var flaut å snakke om dette teamet. Det er jo en kvinnegreie å tørre å ta imot omsorg, jeg opplever det ubehagelig når folk tar hensyn til meg. Jeg opplevde meg selv som stygg når jeg var på det feitestet og følte en skam over fettene og enda mer skam over skammen.

For meg ble det mer naturlig å ta i bruk raseriet mitt, jeg var rasende på alle som var tynne og pene! Mine negative tanker handlet jo egentlig om at jeg selv var min største fiende og kritiker, og jeg valgte å låne øre til de nedsettende tankene jeg hadde om meg selv. På den måten hisset jeg opp konkurranseinstinktet om å vise hvem som var best: den fete eller den tynne utgaven av meg selv!

UTPOSTEN: Liker du deg selv som slank, veltrent og litt ortorektisk (spiseforstyrrelse preget av et overdrevet fokus på å spise sunn mat)?

Både ja og nei, før foraktet jeg jo slike mennesker som meg, men jeg nyter jo å merke at kroppen fungerer så mye bedre, både til sex og andre gjøremål! Når jeg var nede i 70

kg var det faktisk slik at jeg ikke kjente meg selv igjen i speilet. Det tok lenger tid å oppfatte seg selv som slank på innsida enn å bli det på utsida.

UTPOSTEN: Til slutt: Har du en kortversjon med tips du vil gi til menn som ønsker å lykkes med vektreduksjon?

Ja, jeg har tre gode råd: Gå tur, kast alt du har av snop i skapet og begynn å røyke!

jannike.reymert@ntebb.no



Å være doktor er gøy!

– Refleksjoner over trivsel i legelivet

■ JO TELJE tidligere fastlege og kommuneoverlege på Vinstra

Ved Primærmedisinsk uke (PMU) i Oslo høsten 2010 holdt Jo Telje, tidligere kommuneoverlege og fastlege i Vinstra, hovedtalen under kongressens festmiddag.

Utposten vil dele talen med våre lesere – fordi Telje på gemyttlig vis beretter om og reflekterer over et fordums legeliv med de samme gledene og utfordringene som vi møter i dag, men med helt andre ressurser og hjelpemidler enn dem vi har til rådighet. Han øser av den medisinske og menneskelige innsikt som nesten 40 år som allmennlege har gitt ham – og som vi kan lære noe av.

PMU har som motto: «forandre og fornye» – og så velger man en pensjonist til å holde tale! Men kanskje er det greit å se bakover når man skal stake ut kursen fremover. For meg er det fantastisk å se utviklingen av de allmennmedisinske kurs og ikke minst denne begivenheten, med 35 forskjellige temaer og nær 1600 deltagere. Da jeg ledet NSAMs (Norsk selskap for allmennmedisin) årsmøte og kurs i 1988, var vi 34 til bords og jeg innledet med å si «kjære familie».

Nokterne rammebetingelser

Med et paradoks heter det: «før trivdes man bedre enn man hadde det, nå trives man dårligere enn man faktisk har det.» Og *trivsel* er et nøkkelord når jeg ser tilbake på mine 45 år som doktor – og det til tross for at rammebetingelsene var ganske annerledes da jeg startet. Jeg begynte i Balsfjord i turnus, på et rufsete og lite kontor: ingen kontordame, ingen timebestilling, et lite «kott» med laboratoriebenk. Her hadde vi et Sicca-apparat for Hb, et SR-stativ hvor vi sugde opp citratblod (det var om å gjøre å unngå en munnfull blod), men vi hadde stix til påvisning av blod-sukker, så vi slapp å smake på urinen.

Og vi hadde den tids mobiltelefon; en plastbøtte i veikanten! Det var bare å stoppe der og få beskjed om neste oppdrag. Telefonsentralen visste alltid hvor jeg var... En søndagsmorgen var jeg ekstra trøtt, og min kone

spurte når jeg skulle ta sykebesøket. Jeg ante ikke at jeg hadde hatt en telefon om natten, langt mindre fra hvem og hva som var avtalt. Da var det bare å ringe telefonsentralen, og en blid dame fortalte både hvor jeg skulle og hva som var problemet.

Alltid til stede

Jeg har stor tro på rollemodeller eller forbilder. Jeg skulle bli indremedisiner, men møtet med Kåre Samuelsen, en entusiastisk, kunnskapsrik, engasjert distriktslege i Balsfjord endret min oppfatning i løpet av få uker. Og det har jeg aldri angret på. Mitt første sykebesøk gikk til en forhutlet krigsseiler ved Malangseidet. Jeg måtte avlegge full rapport til distriktslegen, som ikke bare ville vite om bronkitten, men som god samfunnsmedisiner måtte han høre om trygden var i orden, om pasienten hadde mat og om huset var varmt. Mange år senere ble jeg hentet til Tromsø av professor Anders Forsdahl for å forelese i allmennmedisin. Han sa klart: det spiller ingen rolle hva du sier, studentene kommer bare til å huske at de har sett en lys levende distriktslege som synes det er gøy å være doktor!

På slutten av 60-tallet var jeg i fem år distriktslege på Nesna på Helgelandskysten, en liten oversiktlig kommune. I lange perioder hadde jeg også ansvaret for Lurøy og Træna, og en sommer også Leirfjord. Dere vil vel ikke tro det, men jeg var altså alene med kontinuerlig vakt i fem år. Men jeg opplevde det ikke som vakt i det hele tatt; jeg bare var i bygda og levde relativt normalt. Jeg gikk på ski på fjellet, fisket på fjorden, spilte bridge hver mandag. Men de visste alltid hvor jeg var. Regulert vaktordning med vaktgodtgjørelse kom ikke før i 1981.

Velvilje og tillit

Det var en flott og robust befolkning som ikke kalte på legen i utide. Jeg gjorde en praksisundersøkelse som viste en langt lavere konsultasjonsrate enn vanlig. Ca. 10 prosent av befolkningen gikk sjelden eller aldri til lege, og til disse ga jeg tilbud om en helsesjekk. Jeg fant masse plager og problemer, men også det fenomen at de ikke brydde seg så mye om det. De hadde en beundringsverdig robusthet og trygghet som var deres medisinske ballast.

Men jeg var alene, uten noe helse- eller ambulanspersonell rundt meg. Når Sjonfjellet

blåste igjen og storm hindret båtskys, sto jeg der med for eksempel fødsler uten mulighet for hjelp fra jordmor. Dere er selvsagt godt trent i å anlegge episiotomi og bruke tang, men jeg hadde ingen erfaring. Det gikk heldigvis greit med de fire barna jeg tok imot under slike omstendigheter. Jeg trøstet meg med at jeg bare fikk gjøre det beste jeg kunne, og det skulle formodentlig være bedre enn ingenting.

Vi hadde den gang en annen vesentlig styrke som dere neppe opplever i samme grad; vi fløt på en bølge av befolkningens velvilje tillit. Befolkningen trodde fullt og fast på vi faktisk gjorde det beste vi kunne for dem. Vi hadde også full støtte fra fylkeslegen og sykehuskolleger. På mange måter tror jeg det er vanskeligere å trives som doktor i dag, til tross for den enorme bedringen i rammebetingelsen som dere jobber under. Det er; befolkningens skepsis, mediepress, forventingskrise, tilsynsmyndigheter, erstatningssaker osv.

Pasientens behov

Jeg har ett råd til unge kolleger: Det dere gjør som leger skal være tuftet på medisinsk indikasjon, ikke på krav eller urealistiske forventninger. Iona Heath (*britisk gjestetaler ved PMU, RED. ANM.*) sa det samme på mandag; det avgjørende er pasientens *behov*, og ikke krav. Det er den eneste måten vi kan unngå den destruktive «for sikkerhets skyld-medisinen».

Og så en oppfordring: Si ja! Du verd, så mye glede jeg har hatt av å si ja til oppgaver, forespørsler, prosjekter – enten fra Legeforening eller andre. Mine vel 30 år på Vinstra i Gudbrandsdalen har vært krydret av glede over allehånde engasjementer.

Til slutt en pasienthistorie som er tankevekkende, men utilsiktet: Jeg hadde sagt ja til å vikariere på et legekantor, men våknet temmelig utilpass. Jeg vet ikke hvorledes jeg greide å komme til kontoret, men satte meg skjelve bak pulten. Første pasient kom inn, det var en dame i 40-årene med en tykk journal. Hun satt seg ned og startet på sin beretning: «Nå skal du virkelig få høre, doktor...» Jeg svettet, var kvalm og greide ikke røre meg, og kunne ikke annet enn å si «hmm, hmm». Etter 50 minutter stoppet taleflommen, og hun uttrykte henrykt at hun aldri før hadde møtt en så forståelsesfull doktor. Hun gikk ut i venteværelset og sa at 'i dag er det en dyktig vikar dere får møte'.

Så husk, kjære venner: å være doktor er gøy!

25 prosent. Dette skyldtes særlig redusert varighet av langtidssykmeldinger og mindre bruk av aktiv sykmelding (5). Sykefraværet begynte imidlertid å falle allerede i 2003 (60081), og dette har foranlediget flere studier av hvordan fastlegenes sykmeldingspraksis endret seg i denne tidsperioden. Brage og Kann fant en generell nedgang i antall nye sykmeldinger allerede fra januar 2004 med forsterket tendens utover høsten 2004 (6). Friskmeldingsratene økte derimot først etter omleggingen 1. juli 2004. Det skjedde også en betydelig økning i bruken av graderte sykmeldinger, og også denne økningen inntraff allerede før 1. juli 2004, men forsterket seg etterpå. Disse analysene var basert på sykmeldinger skrevet ut av fastleger for personer på egne pasientlister og omfattet omtrent halvparten av alt legetilbud sykefraværet. Det var ingen systematiske forskjeller i endringene av sykmeldingspraksis ut fra legenes kjønn og alder i slike situasjoner.

Rapporten undersøkte også om deltakelse i det såkalte legeprogrammet om sykmelding påvirket disse resultatene, men fant at verken varighet av sykmeldingene eller bruk av graderte sykmeldinger ble endret som følge av dette. Tvert imot viste det seg at leger som deltok i dette programmet, hadde en viss økning av sykmeldingstilbøyeligheten. Disse legene hadde imidlertid høyere forskrivning av sykmeldinger også for legeprogrammet.

Reformen i 2004 tok sikte på å begrense bruken av aktiv sykmelding og øke bruken av gradert sykmelding. En analyse av Markussen (7) viser at dette skjedde, men at disse endringene allerede var på gang i 2003 og kulminerte omkring reformtidspunktet 1. juli 2004. Selv om disse endringene på ett vis motvirket hverandre (at gradert sykmelding ble brukt istedenfor aktiv sykmelding), var nettoeffekten likevel et betydelig fall i det samlede sykefraværet, fordi aktive sykmeldingsperioder gjennomgående varte mye lengre enn graderte sykmeldinger.

Markussen (7) har også sett på om egenskaper ved fastlegene hang sammen med endret sykmeldingspraksis rundt reformen i 2004. Han fant at ikke-spesialister, leger som arbeidet i gruppepraksis og leger med fulle lister reduserte tallet på fulltidssykmeldinger mer enn andre. Leger som ikke hadde fylt opp pasientlisten sin og leger i solopraksis endret derimot mindre på sin sykmeldingspraksis. Dette tolker Markussen som at økonomiske hensyn (at disse legene var redd for å miste pasienter gjennom mer restriktiv sykmeldingspraksis) kom i konflikt med myndighetenes ønsker om praksisendringer. At spesialister i allmenntilleggspraksis endret sykmeldingspraksis mindre enn ikke-spesialister, kan trekke i retning av at faglig autonomi også var en motvirkende faktor for endringer.

Kann og Brage har også sett om fastlegers endring av sykmeldingspraksis (raskere friskmelding og økt bruk av graderte sykmeldinger) fikk konsekvenser for deres listepasienters senere bruk av trygdeytelser og arbeidstilknytning (8). Det ble benyttet regresjonsmodeller hvor en kunne kontrollere for pasientkarakteristika. Det ble funnet at pasienter som gikk til leger som var blitt raskere å friskmelde, hadde kortere tid til ny sykmelding, men lavere risiko for å komme på mer langvarig trygdeytelse senere. Om legen endret bruken av graderte sykmeldinger, hadde dette derimot ingen effekt på pasientenes senere trygdeforbruk. Det må tas forbehold om at denne undersøkelsen baserte seg på sammenligning av legenes sykmeldingsprofil i to korte tidsintervaller (juli 2003 og juli 2004) og at oppfølgningstiden var kort (inntil 1,5 år).

Denne rapporten (8) inneholder også resultatene av en spørreskjema-basert studie blant landets fastleger, om egenverdier og holdninger til regelendringene i 2004. To-tredeler av landets 3365 fastleger besvarte skjemaet vinteren 2006/07. Tre av fire leger anga at de oftere brukte graderte sykmeldinger, en av fire sa at de friskmeldte raskere og en av fem mente de skrev ut færre sykmeldinger enn før regelendringen i 2004. Legene var usikre på om graderte sykmeldinger ga pasientene bedre helse, mens de oftere hadde slik tro når det gjaldt å skrive kortere sykmeldinger.

Hva oppnås ved gradert sykmelding?

Et tilsynelatende paradoks er at graderte sykmeldinger gjennomgående har lengre varighet enn ikke-graderte. I en fersk rapport angir Helde et al. (9) at gjennomsnittlig varighet for graderte fraværstilfeller var 116 dager, mot 25 dager for ikke-graderte. Lie (10) fant også at personer med gradert sykmelding hadde lengre varighet og lavere sannsynlighet for å komme tilbake til jobb enn personer med full sykmelding. Dette gjaldt både for dem som startet med en gradert sykmelding (seks prosent av alle tilfellene) og for dem som gikk over på gradert sykmelding senere i forløpet. Spørsmålet er om dette kan forklares med sykmeldingen i seg selv eller om det skyldes at de som blir delvis sykmeldt har mer alvorlige lidelser eller andre negative egenskaper.

I en fersk og ennå upublisert artikkel, har Markussen og medarbeidere (11) forsøkt å trenge dypere inn i dette spørsmålet. De studerte hva legers bruk av graderte langtidssykmeldinger betyr for varigheten av det aktuelle sykefraværet og for videre sykefravær og arbeidsaktivitet de neste to årene. Analysene bygger på nær 400 000 sykefravær i perioden 2001–5 som varte mer enn åtte uker og

hvor sykmelder var en fastlege. Sykmeldingen ble definert som gradert hvis legen anga arbeidsuførhet mindre enn 100 prosent innen 12 ukers fravær. Ut fra denne definisjonen var 34 prosent av fraværene blant kvinner graderte mot 22 prosent blant menn.

Analysene tok utgangspunkt i at det var en betydelig variasjon i fastlegenes bruk av graderte sykmeldinger, som gikk fra at noen leger nesten aldri brukte graderte sykmeldinger til at 80–90 prosent av legens langtidssykmeldingene var graderte. De fleste legene lå likevel i intervallet 20–40 prosent graderte sykmeldinger for kvinner og 10–30 prosent for menn. De 3868 fastlegene ble tilfeldig delt inn i 20 like store grupper ut fra hvor ofte de skrev ut graderte sykmeldinger i dette materialet. Når legenes tilbøyelighet til graderte sykmeldinger ble koblet til varighet av sykefraværet blant deres pasienter, fant man en nesten lineær sammenheng ved at hyppigere bruk av gradering hang sammen med kortere fravær. Det var også en tilsvarende sammenheng mellom legenes bruk av gradert sykmelding og deres pasienters samlede trygdeforbruk over de neste to årene samt hvor mange pasienter som to år senere var i arbeid.

Forfatterne er klar over at disse sammenhengene også kunne skyldes andre forhold enn bruken av gradert sykmelding, som ulikheter i pasientsammensetning og i andre egenskaper ved legene, for eksempel legens tilbøyelighet til å sykmelde i det hele tatt. Derfor har de undersøkt om disse sammenhengene besto også når de kontrollerte for en lang rekke av slike forhold eller når de anvendte andre mål på legenes tilbøyelighet til å gradere sykmeldingene. Det viste seg at resultatene var robuste og endret seg lite. Effekten av legens tendens til å bruke graderte langtidssykmeldinger var fortsatt stor både på varigheten av sykefraværene, på pasientenes videre trygdeforbruk og på deres arbeidsaktivitet senere. Ut fra sine funn beregner de at hvis norske leger fordobler andelen graderte langtidssykmeldinger (fra 29 prosent til 58 prosent), vil trygdeutgiftene blant langtidssykmedte de to første årene synke med 19 prosent.

Diskusjon

Vi har først nå begynt å få gode analyser av legers sykmeldingspraksis, men ennå er det mye vi ikke vet med sikkerhet. Konsekvensene av økt bruk av gradert sykmelding er ett slikt område. Gradering av sykefravær kan på den ene siden tenkes å avkorte fraværperioden og hindre nye fravær, gjennom stimulering til aktivitet og opprettholdelse av kontakt med arbeidsplassen. På den andre siden kan gradering muligens forsinke gjenvinning av funksjonsevnen. En del sykefravær skyldes



Gjennomgående skriver en fastlege omkring femten sykmeldinger i uken. ILLUSTRASJON: EDDA/OLAV

nettopp slitasje og belastning i arbeidssituasjonen, hvor en viktig del av behandlingen kan være avlastning fra dette. I andre tilfeller krever biologisk tilheling ro og hvile.

Når sykefraværet sees under ett, har graderte fravær langt lengre varighet enn ikke-graderte. Hovedforklaringen til dette er nok at en stor del av korttidsfraværet skyldes interkurrente sykdommer hos ellers friske arbeidstakere. Median varighet av alle legemeldte fravær er 11 dager, og det aller meste av dette korttidsfraværet er ikke-gradert. De relativt få tilfellene av tidlig gradert sykmelding vil i langt høyere grad være personer med langvarige helseproblemer som ønsker seg avlastning i arbeidet over lengre tid.

Noen funn kan tyde på at overgang fra full til gradert sykmelding forlenger sykeperioden eller medfører økt risiko for ny sykmelding (8, 10). Dette kan imidlertid være uttrykk for en seleksjonseffekt, som at slike pasienter oftere har kroniske helseproblemer. På den annen side tyder den ferske undersøkelsen av legers bruk av graderte sykmeldinger på at slik praksis kan spille en avgjørende rolle ved langvarige sykefravær (11). Erfaringene fra reformen i 2004 viste også at det særlig var forkortning av sykefraværstilfellene og økt bruk av graderte sykmeldinger som lå bak fallet i samlet fravær.

Det er ingen tvil om at fallet i sykefravær i 2004 skyldtes at norske leger endret sin sykmeldingspraksis i samsvar med myndighetenes ønske. Hvorfor slo denne effekten inn så sterkt, når regelendringene var beskjedne og

kom etter en kortvarig reformprosess? Regjeringen fremmet lovproposisjonen 26. mars 2004 og Stortinget vedtok lovendringene 18. juni, med iverksetting fra 1. juli. Som vist ovenfor, startet endringene i legenes sykmeldingspraksis allerede i 2003. Markussen (5,7) trekker frem to mulige forklaringer: i forkant av regelendringene kom det en del uttalelser fra Sosial- og arbeidsdepartementet som truet med å bruke sanksjonsmidler mot leger som ikke fulgte regelverket for sykmeldinger. Disse truslene var «tomme» i den forstand at knapt noen lege ble rammet av dem. Likevel kan dette ha ført til en viss skjerpelse av legenes praksis. Den andre mulige forklaringen er at mange leger faktisk satte pris på skjerpelsen i regelverket og brukte dette som argument i sine forhandlinger med pasientene.

Det er samlet sett flere argumenter for økt bruk av graderte sykmeldinger, enn mot dette. Likevel er det til syvende og sist den enkelte lege som må «dosere» sykmeldingsgraden. Dette spørsmålet må være fremme i legens bevissthet ved hver eneste sykmelding.

REFERANSER

1. Arbeidsdepartementet. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværreform. Ekspertgruppperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10. www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf
2. Tellnes G. Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice. Doktorgradsavhandling. 1990: Universitetet i Oslo

3. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn – legers vurdering av sykmeldte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3737–40.
4. Rikstrygdeverket. Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006. Oslo: Rikstrygdeverket.
5. Markussen S. 2004: Da sykefraværet falt som en stein. *Samfunnsøkonomen* 2010 nr 3: 18–23
6. Rikstrygdeverket. Fastlegers sykemeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet. RTV-rapport 06/2006. Oslo: Rikstrygdeverket.
7. Markussen S. How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment. Unpublished paper. Frisch-senteret, Universitetet i Oslo. http://www.frisch.uio.no/cv/simenm_eng.html
8. Kann I, Brage S. Endringer i fastlegens sykemeldingspraksis: konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser. NAV-rapport nr 3, 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, statistikk og utredning.
9. Helde I, Kristoffersen P, Lyso N, Thune O. Sykefravær: store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. *Arbeid og Velferd Rapport* 2010 nr 4: 38–51. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
10. Lie SA. Raskere tilbake. Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb. FARVE-rapport 2010 <http://www.nav.no/binary/252180/file?download=true>
11. Markussen S, Mykletun A, Røed, K. The case for presentecism. Discussion paper, IZA-report No. 5343, November 2010. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. http://www.frisch.uio.no/cv/simenm_eng.html

john.gunnar.meland@nav.no

Erfaring for

REDAKSJONELL KOMMENTAR

Dagens medisinske forskning peker på en klar sammenheng mellom livsbelastninger og uhelse; mellom biografi og biologi – med andre ord hvordan langvarig vond og vanskelig erfaring tærer på menneskekroppen, helt ned til genetisk nivå. Internasjonalt er det derfor stadig flere toneangivende forskere som tar til orde for å dempe fokuset på risikoteknikk som utelukkende er basert på biologiske og biomedisinske forklaringsmodeller, til fordel for en mer integrert forståelse av hva som skader og hva som fremmer menneskets helse.

I denne kronikken viser professor i allmenntilleggsmedisin Anna Luise Kirkengen hvordan vår tids stressforskning utfordrer den tradisjonelle distinksjonen mellom arv og miljø; mellom «det som kommer innenfra» (gener) og «det som kommer utenfra» (erfaringer). «Denne distinksjonen er satt under press», understreker Kirkengen. Foruten å reise vitenskapsteoretiske spørsmål, gir hun eksempler på hvordan ny kunnskap om samspillet mellom det medfødte og det ervervede er i ferd med å endre vår forståelse av en rekke sykdoms- og belastningstilstander.

■ ANNA LUISE KIRKENGEN Professor II ved instituttene for samfunnsmedisin ved NTNU og Universitetet i Tromsø og seniorforsker ved Senter for helsefremmende arbeid, Akershus Universitetssykehus

Michel Rutter, professor i utviklingspsykopatologi ved Institute of Psychiatry, King's College London, reflekterer over den stadig økende erkjennelse at gener interagerer med omgivelsen, Genes x Environment, og da ikke bare i den tradisjonelle betydningen av det som på norsk omtales som miljø (1). Rutter uthever at Environment favner menneskenes livsverden og deres sosiale relasjoner. Han fremhever betydningen av de aspekter av Environment som kalles Life Events (LE), altså alvorlige hendelser i livsløpet, også ofte omtalt som biografiske brudd. Blant disse igjen er vond og vanskelig oppveksterfaring, såkalte Adverse Childhood Experiences (ACE), åpenbart svært betydningsfulle. Det kan altså virke som om ACE er en sann markør for LE som er en vesentlig del av E.

Mitt forsøk på en kortformel ACE----LE---->E

favner et kunnskapsfelt som nylig er blitt kondensert i en bok med den talende undertittelen «The hidden epidemic», skrevet av 80 ledende forskere i psyko-nevro-immunologi (PNI), endokrinologi, nevrovitenskaper inkludert nevroradiologi, genetikk, epigenetikk, psykiatri og evolusjonspsykologi (2). Boken inneholder også et kapittel som representerer et kondensat av den hittil største studien om sammenhengene mellom vonde og vanskelige barndomserfaringer og voksenhelsen, Adverse Childhood Experience Study (ACE Study) fra San Diego, California i samarbeid med Center of Disease Control and Prevention i Atlanta, Georgia (3). (Lenke til studiens komplette referanseliste: <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>)

Formelen kan knyttes sammen med den raskt økende dokumentasjonen som tydeliggjør det som nevrobiolog Steven E. Hyman fra Harvard Medical School har formulert slik: «How adversity gets under the skin» (3). Han skriver:

«Although the public and the popular press often seem unaware, the old 'nature versus nurture' debate has long since receded into scientific irrelevance. Instead, the frontier lies in understanding the mechanisms by which environmental factors (whether experiential, metabolic, micro-biological or pharmacologic) interact with the genom to influence brain development and to produce diverse forms of neural plasticity over the lifetime.»

Med andre ord: Hyman understreker at vi er påviseelig uvitenskapelige når vi spør om vi er «født sånn eller blitt sånn». Den erkjennelsesteoretiske ansatsen som polariserer – avlesbar av den dikotome språkform *enten – eller*, er vitenskapelig sett irrelevant. Vi er selvsagt både født slik og blitt slik som vi til enhver tid er. Men selv om Hyman har identifisert dikotomien *natur kontra kultur* som vitenskapelig sett irrelevant, innebærer tittelen for hans betraktninger en annen og helt avgjørende dikotomi. Den er tradisjonelt begrunnet, men bør underkastes en radikal granskning. Det handler om distinksjonen mellom hva som er *ute* og hva som er *inne*.

Som en følge av en naturalistisk begrunnet forståelse av menneskekroppen, uttrykt i et biologisk objektiviserende språk, har kroppen tradisjonelt vært definert som et biologisk objekt – beskrevet ut fra perspektivet av det objektiviserende blikket. I denne tradisjonelle forståelsesrammen for samspillet mellom det medfødte og det ervervede defineres *gener* som noe som er *inne* i kroppen og *erfaringer* som noe som kommer *utenfra* i form av såkalte hendelser (life events). At denne distinksjonen er under press, for å si det mildt, kan avleses av studier angående virkningen av kronisk overbelastning (chronic distress) på immunsystemet. Forskerparet Janice Kiecolt-Glaser og Ronald Glaser fra Ohio State University har i flere år «avlyttet» immunsystemet med henblikk på innvirkning av ulike typer belastninger (4). De har målt den immunologiske responsen på standarddoser med vaksiner blant friske voksne. De har vist at ekteskapelige konflikter, langvarig pleie av pårørende med Alzheimer, krevende militær innsats og liknende belastninger svekker svaret på vaksiner (5). Det samme er vist blant foreldrene av funksjonshemmede barn (6). Kronisk overlast forsinker tilheling av sår; den reaktiverer slumrende virusinfeksjoner slik som herpes og mononukleose (5). Å oppleve avvising i familien eller sosial forakt reduserer effekten av antiviral behandling hos HIV-positive personer (7, 8).

Disse funn problematiserer distinksjonen mellom hva som er *inne* og hva som er *ute*. Er det å leve uten familier støtte på grunn av en «uakseptabel» seksuell legning noe som

Mer kroppen

kan defineres som E, med andre ord Environment, altså miljø? Er det å oppleve seg sosialt stigmatisert en «ytre» innflytelse? Er det å pleie demente pårørende noe som er «utenfor»? Er det å ha funksjonshemmede barn en miljøfaktor sett med foreldrenes øyne?

Den problematiske distinksjonen mellom inne og ute har også vært utgangspunktet for en longitudinell studie, designet og gjennomført av psykologen Elissa Epel og cellebiologen Elizabeth Blackburn ved University of California, San Francisco. Blackburn fikk i 2009 Nobelprisen i medisin for sitt bidrag til utforskningen av kromosomenes beskyttende «hetter», telomerene, og oppdagelsen av enzymet Telomerase.

En gruppe unge, friske mødre av alvorlig kronisk syke barn er, ved hjelp av biologisk observerbare markører, siden 2000 blitt fulgt med henblikk på om deres usedvanlige omsorgsansvar «tærer» på deres vitale ressurser. Parametrene er ulike risikofaktorer for hjertekarsykdom og brystkreft, telomerasenivået og telomerlengden (9, 10). I et intervju med New York Times to år før hun fikk Nobelprisen, omtalte Elizabeth Blackburn denne studiens foreløpige resultater slik:

«Dette er første gangen at vi klart har sett en årsak-virkning-sammenheng fra en ikke-genetisk påvirkning. Gener spiller selvsagt en rolle for telomerase-nivået, men dette handlet ikke om gener. Det handlet om noe som påvirket kroppen *utenfra* og som reduserer dens evne til selvreparering.» (New York Times 14. juni 2007)

De forutgående refleksjonene reiser spørsmål om de vitenskapsteoretiske forutsetningene for å utforske samspillet mellom livets erfaringer og kroppen. Til det sier Norges ledende moral- filosof, etikeren Arne Johan Vetlesen.

«Hvis man sikter mot å forstå interaksjonen mellom kropp og ånd, og da ikke bare som et faktum, men i sitt vesen, må historisk-biografisk situerthet få en alt overordnet relevans i enhver utforskning av opphav til sykdom.» (11, s. 35)

Biografens virkning på biologien, med andre ord hvordan langvarig vond og vanskelig erfaring tærer på, for eksempel, kromosomenes telomerer, er til nå påvist hos personer med omsorg for kronisk syke barn (9, 10) eller pårørende med Alzheimer (12), ved lang arbeidsledighet (13), hos kvinner med et pessimistisk livssyn (14) og hos personer med mishandlings- og misbrukserfaring (15, 16),

også kombinert med andre immunologiske, endokrine og sentralnervøse effekter mediert via kronisk aktivering av HPA-aksen (17).

Et kondensat av denne kunnskapen er antatt til publikasjon i Tidsskrift for Den norske legeforening (18).

En helt sentral forsker i dette omfattende, flerfaglige kunnskapsfeltet er *Bruce McEwen*.

Han er professor i nevrofysiologi ved Rockefeller University, New York, og han har publisert innsiktsfulle bidrag til emnet (19, 20). Han er invitert som plenumsforeleser til 17. Nordiske kongress i allmennmedisin i Tromsø fra 14. til 17. juni 2011 for å snakke om hvordan vond og vanskelig erfaring henger sammen med sykdom, med andre ord om den vitenskapelige

LIVETS BRIKKER: Menneskets biografi virker inn på vår biologi. Bokstavene ACE står for «Adverse Childhood Experiences» (vond og vanskelig oppveksterfaring), LE står for «Life Events» (alvorlige hendelser i livsløpet) og E for «Environment», men da ikke bare i den tradisjonelle betydningen av det som på norsk omtales som miljø. Sammenhengen mellom disse «livsbrikkene» er forklart i teksten.



dokumentasjonen av at menneskenes erfaring former deres kropp, eller, i hans eget språk og bokstavelig: *that mind matters!*

REFERANSER

- Rutter M. The cutting edge: gene-environment interplay. *Depression Anxiety* 2010;27: 1-4.
- Lanius RA, Vermetten E, Pain C (eds). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic.* Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Felitti VJ, Anda RE. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. I: Lanius RA, Vermetten E, Pain C (eds). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic.* Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Hyman SE. How adversity gets under the skin. *Nature Neuroscience* 2009;12: 241-3.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implication for health. *Nature Reviews Immunology* 2005; 5: 243-51.
- Marketon JIW, Glaser R. Stress hormones and immune function. *Cell Immunol* 2008; 252: 16-26.
- Gallagher S, Phillips AC, Drayson MT, Carroll D. Parental caregivers of children with developmental disabilities mount a poor antibody response to pneumococcal vaccination. *Brain Behav Immun* (2008), doi:10.1016/j.bbi.2008.05.006
- Fekete EM, Antoni MH, Lopez CR, Durán RE, Penedo FJ, Bandiera FC, Fletcher MA, Klimas N, Kumar M, Schneiderman N. Men's serostatus disclosure to parents: associations among social support, ethnicity, and disease status in men living with HIV. *Brain Behav Immun* 2009; 23: 693-9.
- Chida Y, Vedhara K. Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: a meta-analytic review of prospective investigations. *Brain Behav Immun* (2009), doi:10.1016/j.bbi.2009.01.013
- Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, Cawthon RM. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *PNAS* 2004; 101:17312-5.
- Epel ES, Lin J, Wilhelm FH, Wolkowitz OM, Cawthon R, Adler NE, Dolbier C, Mendes WB, Blackburn EH. Cell aging in relation to stress arousal and cardiovascular disease risk factors. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31: 277-87.
- Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne.* (2. utgave) Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- Damjanovic AK, Yang Y, Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Ngyen H, Laskowski B, Zou Y, Beversdorf DQ, Weng N-P. Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. *J Immunol* 2007; 179: 4249-54.
- Batty GD, Wang Y, Brouillette SW, Shield P, Packard C, Moore J, Samani NJ, Ford I. Socio-economic status and telomere length: the West of Scotland Coronary Prevention Study. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 839-41.
- O'Donovan A, Lin J, Dhabhar FS, Wolkowitz O, Tillie JM, Blackburn E, Epel E. Pessimism correlates with leucocyte telomere shortness and elevated interleukin-6 in post-menopausal women. *Brain Behav Immun* (2009), doi:10.1016/j.bbi.2008.11.006
- Tyrka AR, Price LH, Kao H-T, Porton B, Marsella SA, Carpenter LL. Childhood maltreatment and telomere shortening: preliminary support for an effect of early stress on cellular aging. *Biol Psychiatry* 2010; 67: 531-4.
- Kananen L, Surakka I, Pirkola S, Suvisaari J, Lönquist J, Peltonen L, Ripatti S, Hovatta I. Childhood adversities are associated with shorter telomere length at adult age both in individuals with an anxiety disorder and controls. *PLoS ONE* 2010;5:e10826.
- Kiecolt-Glaser JK, Gouin J-P, Weng N-P, Malarkey WB, Beversdorf DQ, Glaser R. Childhood adversity heightens the impact of later-life caregiving stress on telomere length and inflammation. *Psychosom Med* 2010 DOI: 10.1097/PSY.0b013e31820573b6
- Getz, L, Kirkengen AL, Ulvestad E. *Menneskets biologi – mettet med erfaring.* Tidsskr Nor Lægeforen (in print)
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998; 338: 171-9.
- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301: 2252-9.

anna.l.kirkengen@uit.no

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 allmenntidrett, pediatri og indremedisin.

Allmenntidrett: 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, fotterapeuter 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



diabetesforbundet

www.diabetes.no

9.-10. juni
2011

Bjarkøymodellen

– et lokalt akuttmedisinsk team

■ FRANK HILPÜSCH *kommunelege i Bjarkøy* PETRA PARSCAT *kommunelege i Bjarkøy* SISSEL FENES *pleie- og omsorgsleder i Bjarkøy*

I Bjarkøy kommune har vi hatt et lokalt akutteam siden høsten 2000. Teamet inkluderer personell fra pleie og omsorgstjenesten som øver sammen med lege- og ambulansetjenesten om håndtering av akuttmedisinske tilstander. I 2008 startet vi et eget forskningsprosjekt for å evaluere våre erfaringer. Vi arbeider nå med informasjonsopplegg for å gjøre våre erfaringer tilgjengelig for andre kommuner, med liknende utfordringer som i Bjarkøy.

Hvordan startet vi?

Omkring årtusenskiftet skjedde det noen vesentlige endringer i norsk prehospital medisin. En offentlig utredning i 1998 konkluderte med at responstiden ved tidskritiske hendelser i distriktene var for lang og den medisinske faglige kvalifikasjonen til ambulanserarbeiderne utilstrekkelig (1).

Det prehospitalt trombolysprosjektet (PHT-prosjektet) ble gjennomført i Troms og Finnmark i 1999 og 2000. Primærlegene og ambulansetjenesten ble opplært i behandling av brystmerter og hjerteinfarkt og ble utrustet med nødvendig utstyrspakke som inneholdt mobil EKG-apparat og trombolysesett samt undervisningsmaterieell (2).

Denne form for prehospital behandling av akutte brystmerter og hjerteinfarkt er i dag veletablert i Norge (3, 4).

Bjarkøy, en liten øykommune i sør Troms, har i dag i underkant av 500 innbyggere. Harstad er regionsenter med lokalsykehus, regional AMK-sentral og interkommunal legevakt, hvor Bjarkøy har deltatt siden 2002.

Kommunens sykehjem har i dag 11 plasser (17 i 2000), med seks sykepleiere som går i vaktturnus for både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Bjarkøy kommune har i flere tiår vært base for ambulansébåt som betjener flere



Bjarkøy sitt lokale akutteam. FOTO: M. GILBERT

omkringliggende kommuner. Inntil 2006 var båten kun bemannet med skipper, maskinist og en ledsager. Ofte var båten opptatt andre steder i regionen. Først i 2006 fikk kommunen egen ambulansetjeneste tilknyttet båttjenesten. Fremdeles kan båten være opptatt på andre oppdrag mange timer om gangen. De to legene som deler kommunens ene legestilling har lokalvakt på dagtid, men inngår i felles interkommunal legevakt på kveld, natt og i helgene. Legene bor ikke på selve Bjarkøya, men på en av kommunens nabøyer nær Harstad. Ved akutte situasjoner sto kommunens helsetjeneste overfor store utfordringer. Ikke sjelden er verken legene eller ambulansetjenesten fysisk tilgjengelige ved akutt sykdom på Bjarkøy. Sykepleierne har mange ganger vært eneste tilgjengelig helsepersonell.

Sykepleierne ble kontaktet først

Vårt sykehjem med kvalifiserte og motiverte sykepleiere har derfor i flere tiår vært en meget viktig akuttmedisinsk ressurs. Ved akutt sykdom har innbyggerne i Bjarkøy tradisjonelt kontaktet sykehjemmet direkte. Særlig de eldre foretrakk å ringe dit istedenfor nødnummeret. Det samme gjaldt ved tidskritiske

hendelser hvor innbyggerne i kommunen har vært vant til å måtte klare seg selv. For sykepleierne i Bjarkøy har det medført hyppige utrykninger og involvering i akuttmedisinske hendelser som ikke hører til deres primære oppgaver. Ofte dreier det seg om noen de kjenner, eller er i slekt med. Før oppstarten av gruppa følte sykepleierne seg lite kompetente og utrygge i situasjonene.

Bjarkøymodellen

Bjarkøymodellen går ut på at sykepleierne i kommunen trener sammen med legene og tilgjengelig ambulanspersonell på håndtering av akuttmedisinske situasjoner. Sykepleierne blir lært opp til selvstendig å kunne håndtere akutte hendelser når ambulansen eller legene er opptatt andre steder, eller samarbeide med ambulansetjenesten når den er tilgjengelig. Opplæringen skjer internt i kommunen og bidrar til at sykepleierne opplever å mestre krevende akutsituasjoner i en distriktskommune, med delvis sterke faglige og menneskelige påkjenninger.

Varsling

Som regel varslers pasient eller pårørende sykehjemmet direkte ved akutt sykdom. Blir



Øvelse i underetasjen til sykehjemmet. Trening på behandling av akutte brystmerter. FOTO: HILPOSCH

legevaktssentralen i Harstad ringt opp først, skjer utkalling av sykepleier derfra samtidig som ambulansetjenesten varsles. Sykepleier kan settes i kontakt med vaktstående lege. Sykepleier er ofte først fremme hos pasienten og setter i verk nødvendig undersøkelse og primærbehandling. Sykepleier forblir hos pasienten inntil ambulansen ankommer, pasienten er ferdigbehandlet eller overført til vårt sykehjem som alltid skal ha en akuttsteng tilgjengelig. Under utrykningen har sykepleierne telefonkontakt med AMK-sentralen.

RAMME 1

Hovedelementer i modellen

- Lokalt helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer) lærer opp i akuttmedisinske prosedyrer
- Regelmessige øvelser
- Plassering av nødvendig akuttutstyr på sykehjemmet
- Etablering av gode utkallingsrutiner fra AMK og pasient
- Bruk av eksisterende vaktordninger for sykepleierne
- Tilbudet er ressursbesparende og rimelig for kommunen

De to legene i kommunen kan alltid kontaktes ved behov.

Når både ambulansetjeneste og sykepleierne er hos pasienten, arbeider de i lag og kan raskt iverksette nødvendige tiltak samtidig som de tar seg av pårørende. Sykepleierne har kjennskap til pasienten og kunnskap om pasientens generelle helsetilstand er ofte meget verdifull i en slik situasjon. Vi legger vekt på at sykepleierne bistand og innsats skal være et supplement til ambulansetjenesten og ikke en erstatning for denne. Gjennom regelmessige fellesøvelser har vi styrket samholdet i hele gruppen betydelig.

For å samordne utkallingen hadde vi i en periode utplassert helse-radioen på sykehjemmet. Dette måtte vi slutte med siden de mange prøvealarmene og denne form for profesjonell kommunikasjon opplevdes meget forstyrrende og stressende for både de ansatte og beboerne ved sykehjemmet.

Sykepleierne kompetanse og oppgave

Ingen av våre sykepleiere har spesialkompetanse i prehospital akuttmedisin. All kunnskap om akuttmedisin er gitt gjennom regelmessige fellesøvelser lokalt i kommunen. Ved varsel om en akutt hendelse rykker to

sykepleiere ut med det akuttutstyret som er plassert på vaktrommet ved sykehjemmet. Etter ankomst til pasient varsles AMK, det tas opp en status etter *PLAN BLÅST* og deretter gis nødvendig stabiliserende førstebehandling.

Sykepleieren sikrer vitale funksjoner, legger inn kanyler, gir intravenøs behandling og tar EKG ved brystmerter (sendes via mobil til Harstad), evt. gis prehospital trombolytisk behandling.

Hvis legen ikke er tilgjengelig på Bjarkøy, gjennomfører sykepleierne disse prosedyrene selvstendig og står da i konferanse med vaktstående lege ved legevakten eller på sykehuset.

Lokal akuttmedisinsk trening

Av mangel på egen ambulansetjeneste besluttet vi i samråd med ledelsen ved pleie og omsorgstjenesten å plassere akuttutstyret sammen med en hjertestarter ved vårt sykehjem og starte egen lokal teamtrening. For å unngå dobbel vaktbelastning for sykepleierne skulle den sykepleieren som hadde ansvarsvakt for sykehjemmet også være ansvarlig for akuttberedskapen. Oppbygging av øvelsene er skissert i ramme 2.

Oppbygging og gjennomføring av øvelsene

- Overveiende intern opplæring
- Øvelse to timer hver sjettede uke
- Øvelseslokalene på sykehjemmet, hvor også akutttutstyret er plassert
- Gradvís innlæring av basale teknikker som B-HLR (basal hjerte- lungeredning) og D-HLR (bruk av halvautomatisk hjertestarter) til A-HLR (avansert hjerte- lungeredning med intravenøs medikasjon) og trombolytisk behandling
- Delegasjonsbevis etter fullført grunnopplæring
- Utvide innholdet i øvelsene med flere, relevante temaer og prosedyrer, slik som: analylaksi, hypotermi, hjerneslag, blødninger, traumer, hodeskade, sykt barn
- Hovedvekt på trening av basale praktiske ferdigheter
- Korte, enkle og varierte scenarier på 20-30 minutter med rullering mellom gruppene
- Øvelsene avsluttes med en kort gjennomgang av vesentlige elementer i øvelsen
- Ambulansetjenesten deltar etter mulighet

RAMME 2

Hvorfor intern opplæring?

- Øvelsene er tilpasset det som er mest relevant for oss
- Innholdet er i et språk og en utforming som vi alle forstår
- Ansvar for undervisningen kan deles mellom fagetatene og styrker dermed eierskapet
- Ingen ekstra utgifter for innleie av instruktører

Vår erfaring er at undervisningen holder mål og oppleves som nyttig. Et samarbeid med det regionale helseforetaket om kurs f.eks. gjennom spesialister fra anestesivdeling, eller instruktører fra ambulansetjenesten kan være en god måte å få til et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Ambulansetjenesten innehar en stor faglig kompetanse med mulighet til formidling i lokalmiljøet. Forpliktende medvirkning av ambulansetjenesten, som er underlagt helseforetakene, bør derfor tilstrebes (5).

Økonomi

Deltakerne fra pleie – omsorgsavdeling får en årlig skjønsmessig godtgjørelse på kroner 6000. I tillegg blir det utbetalt overtidstillegg ved utrykning på vakt. For Bjarkøy kommu-

ne er drift av akutteamet budsjettert med i underkant av kroner 100 000. Dette oppfattes som rimelig. Ambulansetjenesten lønnes via det regionale helseforetaket. Legene er fastlønnet og anser treningen som fagforydning.

Hva sier deltakerne?

De to legene i kommunen opplever både teamet og samtrening som meget nyttig. Ikke bare styrker det samholdet, men krever at vi holder oss faglig oppdatert omkring relevante akuttmedisinske prosedyrer som ellers, i en

travel allmenmedisinsk hverdag, fort blir nedprioritert. Sykepleierne har selv ønsket å lære mer om akuttmedisin siden de vet at de likevel vil bli involvert ved akutte hendelser. «Det er en del av det å bo i utkanten. Du har ikke fri så lenge du er på øya.» Noen av deltakerne har jobbet i kommunen før akutteamet ble etablert og har i dag et mer profesjonelt forhold til akuttmedisin. De fleste deltakerne føler seg tryggere og bedre forberedt. Solidariteten i gruppen er sterk. Deltakelse i akutteamet er likevel for enkelte psykisk belastende særlig under vekten. Dette tar vi jevnlig



Treningsdag med prof. Gilbert: Det akutt syke barnet; hele teamet er samlet. FOTO: M. GILBERT

Trening på blødningsstans: Flott samarbeid mellom sykepleier og ambulanse. FOTO: M. GILBERT



opp i forbindelse med fellesøvelsene, eller etter akutte hendelser.

En av våre sykepleiere uttrykker egen usikkerhet slik: «Jo mer vi lærer desto mer ser vi hva vi ikke kan. Klart vi kan mer i dag enn før. Får noen vondt i brystet, så får vi nok alltid gi dem MONA og så har vi jo PLAN BLÅ. Å legge en venekanyler klarer vi også og om noen skal ha trombolyse så skal også det gå bra, men det jeg er redd for; tenk om det en dag er noen som blir virkelig syk.» Ambulansetjeneren opplever tilbudet som en styrke og synes at samarbeidet fungerer bra både i øvelsene og under utrykningen. Utfordringen lå i å klargjøre at sykepleierne ikke er en konkurrent og trussel til ambulansesfaget, men en berikelse til det lokale akuttmedisinske tilbudet.

Lokalbefolkningen støtter opp og setter pris på akutteamet. Folk på øya vet om teamet og har gjennomgående stor tillit til sykepleierne i akutte situasjoner. Det har ikke vært negative tilbakemeldinger i løpet av de årene teamet har eksistert. I en prospektiv studie, hvor vi registrerer alle akutte hendelser der vårt team blir involvert, håper vi å kunne belyse flere viktige momenter omkring akutteamet. Denne studien er påbegynt i 2009.

Relevans for andre kommuner

Akuttmedisin i distriktene handler i stor grad om å kunne utføre enkle, standardiserte prosedyrer under stort press som følge av tidsmangel og faglige forventninger. Systematisk lokal akuttmedisinsk trening er viktig. Helse-

og pleie- og omsorgspersonell i distriktkommuner er opptatt av akuttmedisinsk kunnskap (5). Det fins vellykkete eksempler på lokale akutteam i Finnmark og Nord-Troms, særlig i tilknytning til sykestuer (6). I andre kommuner har man etablert førstereponsgrupper med opplæring av lekfolk (7). Vår erfaring er at man bør være kritisk til nytte og praktisk gevinst av tilfeldige tiltak man iverksetter, slik som tilfeldig utplasserte hjertestartere, innkjøp av hjertestartere til barnehage og lignende. Vår erfaring fra en liten øykommune, med store geografiske utfordringer er at akuttmedisinsk tenkning bør være nøktern, enkel og systematisk.

Vi tror at Bjarkøymodellen kan være av interesse for andre, sammenlignbare kommuner som ønsker lokal akuttmedisinsk kompetanseheving.

Oppsummering

Ved akutt alvorlig sykdom i distriktene blir sykepleiere direkte kontaktet av lokalbefolkningen. Sykepleierens kompetanse og trygghet kan styrkes ved å etablere enkle og fungerende akuttmedisinske tilbud. En forutsetning er at det foreligger interesse for lokal kompetanseheving i kommunen. Organisering og opplæring må settes i system og kunnskapen må vedlikeholdes gjennom regelmessige øvelser. Utfordringer i forbindelse med økt vaktansvar for deltakerne må løses og man må få på plass gode utkallings- og varslingsrutiner



fra AMK og pasient. Akutteamet på Bjarkøy er like verdifullt for legene som for sykepleierne og ambulanspersonellet. Dette bekreftes kanskje best ved at teamet har eksistert i ti år.

REFERANSER

1. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... NOU 1998; 9: 27
2. Steigen TK, Wiseth R, Nordrehaug JE. Prehospital trombolytisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 640-3.
3. Aune E, Steen-Hansen JE, Hjeltnes J, et al. Prehospital diagnostikk og behandling av akutt hjerteinfarkt i Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3058-60.
4. Sundar T, styrket ambulansesfag gir bedre prehospital behandling. Tids Nor Lægeforen 2004; 124.
5. Hilpusch F, Parschat P, Fenes S et al; Pleie- omsorgspersonell i lokale akutteam. Tids Nor Lægeforen 01-2011
6. Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D; Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjeneren – la sykestuene leve! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 702-05.
7. Rørtveit S, Meland E, Hjartestartargrupper med lekfolk i spreiddbygd område, Tidsskr Nor lægeforen 2004; 124: 320-1.

frank.hilpusch@hlink.no

Legeforeningen og KS inviterer kvinnelige leger i primærhelsetjenesten: **Meld deg på kursserien «Frist meg inn i ledelse!»**

Til tross for at kvinneandelen blant medisinerstudenter nå er over 50% er andelen kvinnelige leger i lederstillinger lavt. Andelen kvinnelige kommuneoverleger er lav (26%), det er lav rekruttering av kvinnelige leger til offentlig helseadministrasjon (30%). Kommunenes og primærhelsetjenestens utvidede og forsterkede oppgaver i Samhandlingsreformen gjør at det er bruk for flere ledere med samfunnsmedisinsk, allmennmedisinsk og arbeidsmedisinsk kompetanse!

Kommunene, helseforvaltningen og Legeforeningen trenger din kompetanse og en jevnere kjønnsfordeling blant helsefaglige ledere!

Hva får du igjen for å søke ledelse og ansvar i dagens helsetjeneste og -forvaltning? Det er det du skal få vite i kursserien «Frist meg inn i ledelse».

STED: Holmen Fjordhotell

TID: 1. samling: 19.–20.mai. 2. samling: 25.–26.aug og 3. samling: 20.–21.oktober 2011

GODKJENNINGER: Allmennmedisin og samfunnsmedisin 46 timer, arbeidsmedisin 18 timer

KURSAVGIFT: 6000 kroner for alle tre samlinger

PÅMELDINGSFRIST: 31. mars til koordinatorkontoret@legeforeningen.no

«Først til mølla»-prinsippet gjelder ved påmelding.

Kursprogram finner du på legeforeningens kurskatalog, <http://www.legeforeningen.no/id/143>



En brukerundersøkelse i allmennpraksis – MossPEP

■ NINA CARINE MIKKELSEN BAKKEN fastlege ved Kambo legesenter i Moss KNUT MICHELSEN kommuneoverlege i Moss

Moss kommune og kommunens fastleger har gjennomført en brukerundersøkelse om allmennlegetjenesten. Respondentene var fastlegenes listepasienter. Denne artikkelen beskriver metodikk, resultater og erfaringer. Vår konklusjon er at det elektroniske spørreskjemaet Questback er et velegnet verktøy for å gjøre brukerundersøkelser enklere og mindre ressurskrevende.

Brugerundersøkelser er utbredt i norske kommuner. Slike undersøkelser blir gjort innen tjenestoområder som skole, pleie og omsorg, barnehage, barnevern, sosialtjeneste og byggesaksbehandling. Moss kommune har regelmessig utført brukerundersøkelser, særlig innen pleie og omsorg, som en del av kvalitetskommuneprosjekt i regi av KS (1). I den sammenheng er også behovet for brukerundersøkelser blant fastlegenes pasienter vurdert som et kvalitetsforbedringstiltak.

Bakgrunn og metode

Vår undersøkelse hadde til hensikt å vurdere:

- hvor fornøyd pasienter i Moss er med sine fastleger
- om fastlegene ønsker å delta i undersøkelser der pasientene vurderer legenes praksis
- om fastlegene opplever å ha nytte av slike undersøkelser – og vil bruke resultatene i kvalitetsarbeidet i egen praksis
- om man kan gjennomføre en brukerundersøkelse blant pasienter ved invitasjon per e-post og ved bruk av Questback

EUROPEP er en brukerundersøkelse utviklet av *The European Task Force on Patient Evaluations of General Practice* (2). Formålet var å utarbeide et valid, pålitelig og brukervennlig spørreskjema for pasientevalueringer i europeiske land. I 1997 brukte Kvamme og Hjortdahl en tidlig versjon av spørreundersøkelsen i en undersøkelse av 12 strategisk valgte praksiser i Norge (NorPEP) (3). Senere ble EUROPEP brukt i en stor undersøkelse av



Pasientene er fornøyd med tiden som fastlegen bruker på dem, men de er mindre fornøyd med legekontorets telefontilgjengelighet og med ventetiden på venteværelset. Det er blant funnene i MossPEP.

ILLUSTRASJONSFOTO K. MICHELSEN

bruker erfaringer i allmennpraksis i ni europeiske land (4). Den norske delen av undersøkelsen ble publisert av Kvamme, Sandvik og Hjortdahl i 2002 (5). De samme forfatterne har ytret tvil om hvorvidt PEP er riktig metode for å få til kvalitetsforbedringer i norsk allmennpraksis, da legene i deres undersøkelse i liten grad ønsket å bruke resultatene til forbedring av egne praksiser (6).

Senere er EUROPEP blitt videreutviklet og testet i forbindelse med utviklingen av europeiske kvalitetssystemer (7). EUROPEP er en del av «verktøykassen» til *European Society for Quality in Family Practice* (EQuiP) som er et nettverk under Wonca (8). Det brukes også i et utbredt kvalitetssystem i Europa, *European Practice Assessment* (EPA) (9).

En dansk oversettelse av EUROPEP ligger på allmennmedisinsk kvalitetsutvalgs hjemmeside (www.legeforeningen.no/id/21385.0). EUROPEP er blitt vurdert positivt av Kunnskapscenteret i et notat fra 2009, *Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter* (www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/7752.cms) og i sluttrapporten fra *Kvalitetsverktøyprosjektet* ved Janecke Thesen i 2010 (www.legeforeningen.no/asset/46353/1/46353_1.pdf). I de siste årene har NorPEP

vært brukt ved evaluering av medisinstudenters kliniske praksis (10) og ved Ringerike Medisinske Senter (11).

Brugerundersøkelse av allerede eksisterende behandlingstilbud krever ikke godkjenning fra Regional Etisk Komité, og Data-tilsynet krever ikke melding da pasientene er anonyme og man ikke ber om sensitive opplysninger.

Bruk av Questback

EUROPEP og NorPEP består av 23 spørsmål fordelt på fem temakategorier:

- Lege-pasient-forholdet
- Legens faglighet
- Informasjon/støtte
- Kontinuitet/samhandling
- Organisasjon/tilgjengelighet

For å lette arbeidet samt å begrense papirbruk og portoutgifter, ønsket vi å vurdere om Questback kunne være et egnet teknisk verktøy i gjennomføringen av brukerundersøkelsen. Questback innebærer at undersøkeren sender invitasjon til brukeren på e-post. Respondenten kan enkelt klikke seg inn på undersøkelsen og velge svaralternativer.

Blant annet bruker Den norske legeforening Questback til å kartlegge legers holdninger, arbeidsmetoder og synspunkter på faglige og organisatoriske spørsmål.

For å gjøre skjemaet tilgjengelig for Questback-formatet, omformulerte vi noen av spørsmålene uten å endre innholdet. Vi ønsket å få besvart enkle pasientkarakteristika innledningsvis i undersøkelsen. Den lokale versjonen i Moss fikk derfor betegnelsen *MossPEP - pasienter i Moss evaluerer allmennpraksis*. Brukerundersøkelsen ble drøftet i allmennlegeutvalget og samarbeidsutvalget, og fikk god tilslutning. Fastlegene fikk kommunens garanti for at kun de samlede funnene skulle offentliggjøres, mens fastlegenes egne resultater bare skulle formidles til den enkelte lege. Fastlegene ble oppfordret til å gjennomgå egne resultater i kollegagrupper.

Materiale og gjennomføring

Ved utgangen av 2008 hadde Moss kommune 29 588 innbyggere. På samme tid var det 29 fastleger i kommunen med listelengder på ca 32 000 innbyggere. Mange personer, særlig i nabokommunene, har altså fastlege i Moss.

Sju fastleger deltok i en pilotundersøkelse før selve hovedundersøkelsen for å sikre at det datatekniske fungerte. Ifølge den europeiske forskergruppen EQuIP (8) skal legen inkludere 130 etterfølgende pasienter til undersøkelsen for å oppnå et valid svar på hvordan praksisen fungerer. Fastlegene fikk utdelt skriftlige spørreskjemaer med frankert svarkonvolutt til pasienter som ønsket å svare per post, og en liste der man skulle oppføre e-postadressen til dem som ville svare via Questback. Fastlegene ble oppfordret til å rekruttere 130 pasienter fortløpende til brukerundersøkelsen med følgende spørsmål:

- Kan du tenke deg å evaluere min praksis?
- Kan jeg få din e-postadresse, så sender kommunelegen deg en invitasjon til en spørreundersøkelse?

Inklusjonskriteriene var at pasienten skulle være over 18 år og beherske skriftlig og muntlig norsk. Undersøkelsen skulle ikke gjøres på andre enn egne listepasienter. Én av 29 leger ønsket ikke å delta. Fem leger hadde vikar i praksisen eller nyåpnet liste med lite pasientgrunnlag, og deltok derfor ikke.

Spørreundersøkelsen pågikk i fire uker høsten 2008. Tidsbegrensning ble satt for at det ikke skulle gå for lang tid fra pasienten oppga sin e-postadresse og til han/hun fikk invitasjonen på e-post. Det skulle også være tilstrekkelig tid for fastlegene til å inkludere 130 pasienter uavhengig av listestørrelse.

Etter fire uker ble fastlegenes e-post lister hentet inn til kommunelegene. Pasienter som

MossPEP - pasienter i Moss evaluerer allmennpraksis

Kjære pasient!

Hva mener du om din fastlege og hans eller hennes legepraksis?

Vi mener at du - pasienten - er den viktigste deltakeren i helsetjenesten. Vi ønsker å ta hensyn til dine synspunkter slik at vi kan forbedre kvaliteten på allmennlegetjenesten.

Vi ber deg være vennlig og svare ærlig på spørsmålene nedenunder, svarene anonymiseres. Undersøkelsen tar ca 5 minutter. Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Knut Michelsen
kommuneoverlege
Moss kommune
Ditt svar vil være anonymt
(QuestBack ivaretar din anonymitet)

Faksimile fra invitasjonsbrevet til pasienter i brukerundersøkelsen.

hadde ønsket å la seg inkludere, fikk e-postinvitasjon med påminnelser tre og seks uker etter opprinnelig utsendelsesdato dersom ikke undersøkelsen var besvart på Questback. De som hadde fått skjema med svarkonvolutt hadde vi ingen muligheter til å purre på. Navn var ikke registrert.

I uke 13 i 2009 fikk alle fastleger som skriftlig hadde bedt om det, listepasientenes evaluering av egen legepraksis. De fikk også gjennomsnittresultatene fra hele undersøkelsen. De ble oppfordret til å lese og tolke resultatene sammen med en kollega, i «smågrupper» eller andre kollegiale fora. De samlede resultatene ble lagt frem og diskutert i allmennlegeutvalget og senere i Moss kommunes helse- og sosialutvalg i mars 2009.

Resultater

Vi fikk inn 1844 besvarelser, hvorav 697 via e-post og 1147 via spørreskjema (tabell 1). Skriftlige besvarelser ble lagt inn i Questback manuelt av merkantilt ansatte i kommunen etter at e-postinvitasjonen var sendt. Vi samlet inn 983 e-postadresser. Flere av disse viste seg å være ugyldige adresser. Vi mistet altså 285 spurte pasienter, eller 29 prosent av de som var villig til å svare elektronisk, enten pga. feil e-postadresse eller ved at de ikke svarte Questback. Fastlegene delte ut 1507 skriftlige spørreskjemaer, hvorav 1147 ble returnert innen svarfristen. Det tilsvarer en svarprosent på 76.

TABELL 1. Fordeling av respondenter

	INKLUDERT	FRAFALL	RESPONDENTER	%
Konvolutt	1507	360	1147	76
E-post	983	285	697	71

23 fastleger rekrutterte i alt 2490 pasienter til undersøkelsen, dvs. 108 pasienter per lege i gjennomsnitt (ikke alle leger spurte 130 pasienter, slik de var bedt om). Legene fikk gjennomsnittlig 80 tilbakemeldinger hver fra pasientene.

Tabell 2 viser summariske resultater. Pasientene oppga ett til fem poeng ved hvert spørsmål (poengskåre 1 = dårlig og poengskåre 5 = utmerket). Man kunne også krysse av for «vet ikke». Spørsmålene skulle besvares ut fra pasientens syn på sin fastlege og på legesenteret de siste 12 månedene. Det var også lagt inn et åpent tekstfelt som kunne brukes til ytterligere kommentarer.

Resultatene viste at pasientene er fornøyd med tiden som fastlegene bruker på dem. De opplever at legen er interessert i deres problemer og personlige situasjon. De aller fleste er også tilfreds med hjelpsomheten fra personalet. Pasientene er mindre fornøyd med legekontorets tilgjengelighet på telefon og med ventetiden på venteværelset. Svært få ønsker å bytte fastlege og et flertall oppgir at de kan anbefale fastlegen til venner.

Her gjengir vi et utvalg fra fritekstkommentarene:

- «Jeg har aldri følt meg mer tilstede og fri. Å bli forstått og respektert i en vanskelig periode i mitt liv. Takk.»
- «En flott lege med kunnskap og innsikt som viser interesse og tar pasienten på alvor. Viser respekt og toleranse for situasjonen man er i, og tar seg virkelig tid. Er grundig og fin å snakke med. Veldig fornøyd.»
- «Hei! Jeg har ingen klager på personalet eller legen, men tilgjengelighet/ventetid på telefonen er under enhver kritikk. Underbemanning/feilprioritering?»

- «Synes hun er enestående til å få meg til å føle meg trygg. Utrolig enkelt å fortelle henne om ting som er flaut og ubehagelig. Heller ingen problemer med å spørre om ting. Og hun har alltid god tid til meg»
- «Det skulle vært mulig å snakke med legen per telefon slik at spørsmål kunne blitt stilt.»

I februar 2010, ca. et år etter at resultatene fra undersøkelsen ble presentert for fastlegene, undersøkte vi med Questback effekten av MossPEP på legenes praksiser. 16 av 28 leger besvarte undersøkelsen og 88 prosent av de 16 legene (N = 14) mente at brukerundersøkelsen var nyttig. 81 prosent bearbeidet resultatene helt eller delvis. 31 prosent bearbeidet dem alene mens 50 prosent gjorde det sammen med andre kolleger. 69 prosent mente det var behov for endringer i praksisen og 44 prosent gjorde faktiske endringer (sju av 16 leger). 88 prosent av legene (N = 14) syntes godt om undersøkelsen og 94 prosent (N=15) støttet ideen om en liknende brukerundersøkelse i fremtiden. Blant de sju legene som hadde gjort konkrete endringer, hadde fire gjort tiltak for å bedre telefontilgjengeligh-

heten. Én lege hadde flyttet praksisen, en annen hadde diskutert resultatene med hjelpepersonellet og den siste hadde økt antall ø-hjelp timer, spesielt på mandager.

Diskusjon

Pasientene var positive til å bli inkludert i spørreundersøkelsen. En fastlege reserverte seg fra å bli med i undersøkelsen, ellers hadde ingen innvendinger mot å bli evaluert av egne pasienter. Det viser seg altså at det er mulig å la pasienter evaluere allmennlegetjenesten i en kommune med flere legesentre og solo-praksiser, og at det kan gjøres ved invitasjon via e-post.

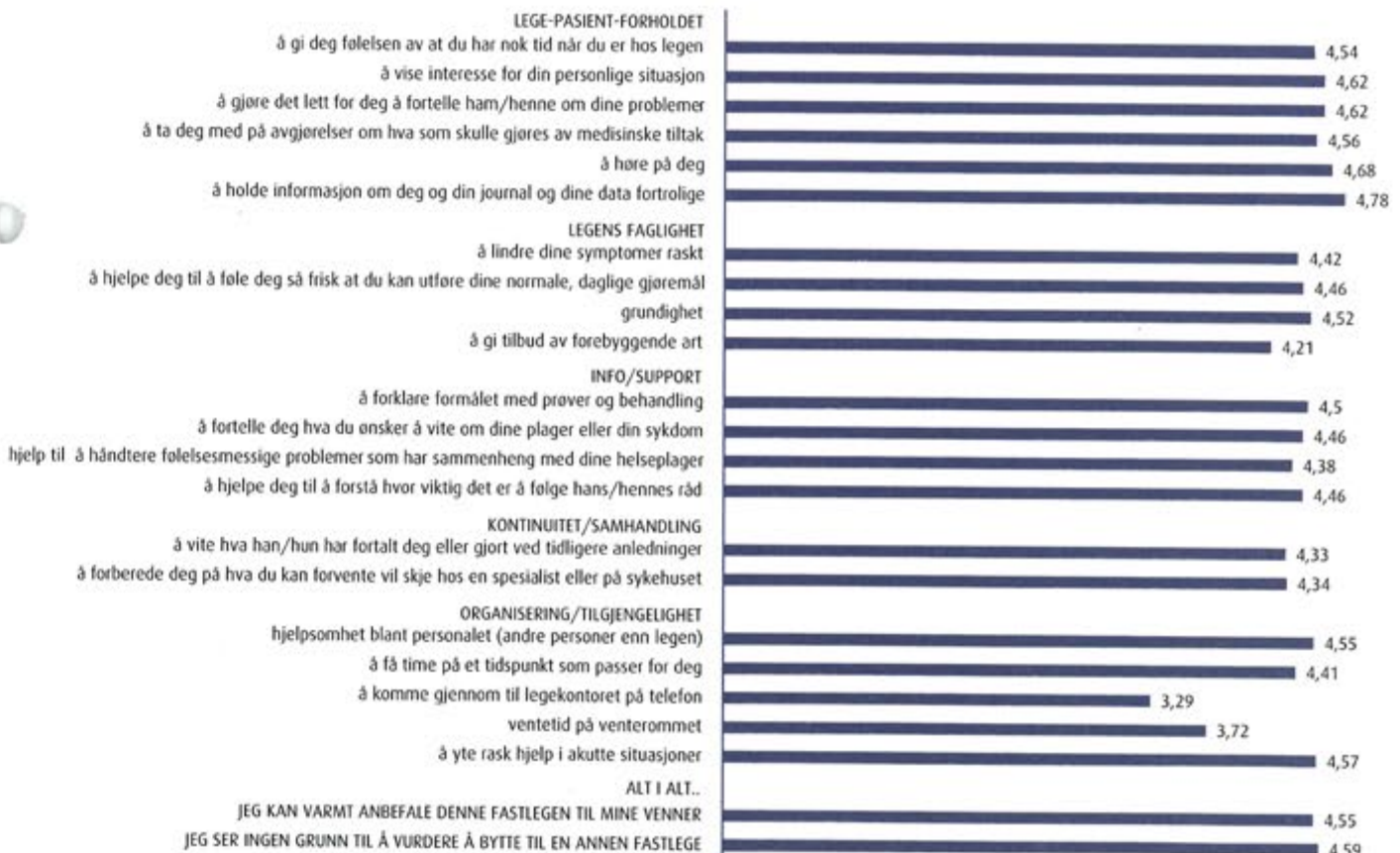
Questback egner seg etter vår erfaring til brukerevalueringer av allmennpraksis. Programmet bearbeider svarene raskt og automatisk, og gir gode presentasjoner av resultatene umiddelbart – og uten krav til inngående dataferdigheter. Man må være nøye med håndskriften når e-postadressen noteres; vi hadde en del tap pga. uriktig oppgitt e-postadresse eller ved at adressen var vanskelig å tyde.

Vår brukerundersøkelse har ført til at flere allmennleger har rettet sin oppmerksomhet mot kvaliteten i allmennlegetjenesten. Det er viktig at dataverktøyet som brukes kan filtrere ut enkeltlegers resultater, og at disse ikke blir offentliggjort. Imidlertid bør de samlede resultatene offentliggjøres. Potensialet for bedre kvalitet ligger i at resultatene blir drøftet kollegialt og at organisatoriske forhold også blir diskutert med andre ansatte på legekantoret.

Questback er et verktøy som Moss kommune allerede har tatt i bruk i organisasjonsavdelingen, og som vi i denne undersøkelsen fritt fikk disponere pga. ledig lisens. Det finnes også andre interaktive programmer som kan egne seg. Etter et fem timers kurs og ved hjelp av e-læring, er spørreundersøkelsen relativt lett å designe. Hjelp fra merkantilt ansatte gjorde det mulig å legge inn pasientsvar fra spørreundersøkelsens papirversjon. Dette var et relativt tidkrevende arbeid. For øvrig var det kostnader forbundet med ferdig frankerte konvolutter for dem som ønsket å besvare undersøkelsens papirversjon.

TABELL 2. Summarisk oversikt over poengskårene som pasientene oppgav ved de ulike spørsmålkategoriene i MossPEP.

Hva er ditt syn på din fastlege og på legesenteret de siste 12 måneder når det gjelder..



Konklusjoner

- Pasienter i Moss er gjennomgående fornøyd med sine fastleger.
- Fastleger i Moss viser stor interesse for å la pasientene evaluere sin praksis.
- Mange fastleger i Moss vil bruke resultatene fra undersøkelsen i kvalitetsarbeidet i egen praksis.
- Det er mulig og ressursbesparende å gjøre brukerundersøkelser i allmennpraksis via e-post og Questback. Man mister en del svar ved at overlevering av e-postadresser blir unøyaktig.
- Mange pasienter ønsker fortsatt å gi svar på papirskjema.

REFERANSER

1. www.bedrekommune.no/
2. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999; 16: 4-11. (<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/1/4>)
3. Kvamme OJ, Hjortdahl P. Den gode allmennpraksisen - norske pasientar sine vurderingar og prioriteringar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2607-9. (<http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199718/art1.html>)
4. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14: 111-8. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11954680)
5. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2499-502. (www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=165989)
6. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2503-6. (http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=166281)
7. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract* 2006; 23:137-47. Epub 2005 Oct 21. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16243953)
8. www.equip.ch/flx/tools_and_methods/patient_satisfaction_tools/
9. www.topaseurope.eu/?q=node/13
10. Brænd AML, Gran SF, Lindbæk M. Pasienter - nyttig ressurs ved evaluering av medisinstudenters kliniske praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2122-5. (www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1413597)
11. Lyngstad I. Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? *Utposten* 2008; nr. 6: 27-31. (www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=SPqN7oNM84kprosent3d&tabid=309&mid=1079)

ninacmikkelsen@hotmail.com

I brukerundersøkelsen i Moss deltok 23 fastleger som rekrutterte i alt 2490 pasienter, dvs. 108 pasienter per lege. Hver lege fikk i snitt 80 pasienttilbakemeldinger.



Klar for en ny dag?

NYCOMED

Nyhet!

Circadin® kan nå brukes i opptil 13 uker¹⁾

Nye britiske retningslinjer fra høsten 2010:

Depotformulert melatonin (Circadin®) bør forsøkes først når et søvnmedikament er indisert til pasienter over 55 år²⁾

Depottablett melatonin

circadin®
Klar for en ny dag

1) SPC

2) Wilson et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. J Psychopharmacol. 2010 Sep 2; 0

C Circadin «Neurim»
Sedativum. Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

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

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

Dosering: Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. Nedsatt leverfunksjon: Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sønnslygthet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinolonene, kan føre til økt melatonininkonservering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zolpidem, zolpidem og zopidol. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uollenhet sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

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

Bivirkninger: Mindre vanlig (<1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tarr hud. Kjønnsorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Neurologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnlighet.

Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerte.

Sjeldne (<1/10 000 til <1/1000): Blod/hymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blømer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, hallitose, gastritt. Hjerne/kar: Høretokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Ekskem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritis utsett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/bryst: Prøpisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Neurologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.

Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråsetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerte, tørste.

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

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

Pakninger og priser pr 1.nov 2010: Engap: 21 stk. 155,90 kr.

R 111439-1/10268

Pasientskader og – hva bør vi vite?

■ ROLF GUNNAR JØRSTAD *assisterende direktør i Norsk pasientskadeerstatning* TOR VATTEKAR *allmennlege og rådgivende lege i NPE*

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan som behandler erstatningskrav fra pasienter i norsk helsevesen. Fra og med 2009 er NPE, foruten å være ansvarlig for skader i den offentlige helse-tjenesten, også ansvarlig for skader i det private helsevesenet. Ut over dette behandler NPE erstatningskrav på vegne av legemiddelforsikringen i Norge. De største saksområdene er ortopedisk kirurgi og kreftsykdommer.

NPE ble etablert som en midlertidig ordning i 1988 og lovfestet gjennom ikrafttredelsen av pasientskadeloven fra 2003. Hovedformålet med opprettelsen av NPE var å styrke pasientenes erstatningsrettslige vern.

Pasienter i det norske helsevesen som påføres skade gjennom diagnostikk eller behandling har gjennom NPE rett til erstatning dersom skaden skyldes svikt ved helsehjelpen, selv om ingen nødvendigvis kan lastes for svikten. I særskilte tilfeller kan vedkommende til og med ha rett til erstatning der det ikke foreligger svikt. Det er viktig å være klar over at det er NPE – og ikke den enkelte institusjon eller lege – som er erstatningsrettslig ansvarlig for skaden etter pasientskadeloven.

Sakstyper og aspekter ved medhold

NPE mottar årlig mellom 4000 og 4500 krav om erstatning. I 2010 ble det fattet vedtak i drøyt 4000 saker. Fem medisinske områder registrert ut i fra pasientens sykdomstilfelle representerer 64 prosent av det totale antall vedtak som blir fattet. Ortopedi/ortopedisk kirurgi er størst, med en andel på rundt 40 prosent av sakene. Svulster og kreftsykdommer er det nest største området, med ti prosent. Om lag 35 prosent får medhold i at de har krav på erstatning. I 2010 utbetalte NPE 793 millioner kroner i erstatninger til pasienter og etterlatte, i tillegg til at legemiddelforsikringen utbetalte rundt 25 millioner kroner etter vår anvisning.

En pasientskade er en personskade som har oppstått i og har sammenheng med det å være pasient. Dette betyr at skaden må ha oppstått i en behandlingssituasjon. Kfr. teksten for nærmere begrepsdrøfting. FOTO: E. SUNDAR



NPE



g erstatning



Av 2800 saksvedtak knyttet til primærhelsetjenesten, gjaldt 78 prosent kommune- eller fastlege, 17 prosent kommunal legevakt og 5 prosent annen kommunehelsetjeneste. FOTO T. SUNDAR

I perioden 2001–2010 ble det fattet om lag 2800 vedtak knyttet til primærhelsetjenesten. 78 prosent av disse vedtakene omhandlet kommune- eller fastlege, 17 prosent gjaldt saker ved kommunal legevakt, mens fem prosent gjaldt annen kommunehelsetjeneste. Det var nærmere 800 pasienter/pårørende som fikk erstatning for skade oppstått i kontakt med primærhelsetjenesten i denne perioden. Dette gir en medholdsandel på 28 prosent, hvilket er lavere enn for alle saker behandlet av NPE.

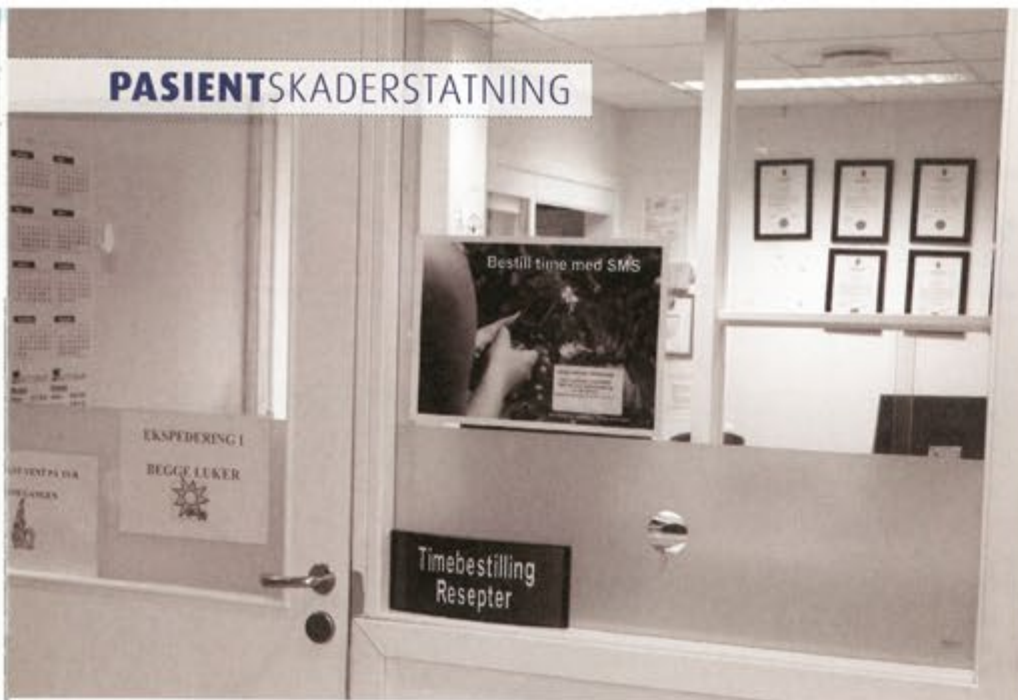
50 prosent av sakene innen primærhelsetjenesten dreier seg om påstått forsinket diagnostikk, og de øvrige handler om bl.a. former for funksjonsforstyrrelser, smerter og feilmedisinering. Diagnosesvikt er årsak til med-

hold i nesten 60 prosent av sakene, mens behandlingssvikt er årsak til medhold i nesten 30 prosent. Når man ser på alle NPE-sakene, er behandlingssvikt medholdsårsak i om lag 55 prosent av sakene.

Hva er en pasientskade?

En pasientskade er en personskade, enten den er av fysisk eller psykisk karakter, som har oppstått i og har sammenheng med det å være pasient. Dette betyr at skaden må ha oppstått i en behandlingssituasjon, forstått i en vid forstand. Behandling, diagnostisering, veiledning, undersøkelse, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgenundersøkelser og ekspedisjon av legemidler fra apotek

er alle eksempler på hva som anses som «behandlingssituasjon» i pasientskadelovens forstand. Det oppstilles ikke et krav om at behandlingen skal være nødvendig. Utføres rent kosmetiske operasjoner, omfattes de således av loven. Er skaden voldt i en behandlingssituasjon, har det videre ingen betydning at skaden består i at behandleren gikk ut over sin behandlerrolle, for eksempel i form av overgrep mot pasienten. Faller imidlertid pasienten for eksempel på glatt gulv eller skader seg på vei til/fra kiosken på sykehuset, vil dette falle utenfor pasientskadelovens dekningsområde. Et erstatningskrav må i en slik situasjon håndteres opp mot sykehusets eiddomsforsikring.



Et overordnet formål med ordningen for pasientskadeerstatning, er at erfaringene fra sakene skal bidra til læring, skadeforebygging og pasientsikkerhet. FOTO: T. SUNDAR

Ansvarsreglene

Hovedregelen etter pasientskadeloven er at man har krav på erstatning når en pasientskade skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes for svikten. Lovens hovedregel innebærer med andre ord ansvar uavhengig av utvist uaktsomhet i helsevesenet. Ved vurderingen av om pasientskaden kan sies å skyldes svikt, skal det tas hensyn til om de krav pasienten med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt.

I noen situasjoner foreligger et rent *objektivt ansvar*. Dette gjelder når pasientskaden skyldes teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr, når den skyldes smitte eller infeksjon som ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom, og når skaden skyldes vaksinasjon.

Pasientskadeloven inneholder også en viktig *unntaksbestemmelse* – ofte omtalt som rimelighetsbestemmelsen – som kan komme til anvendelse der det ikke foreligger svikt ved ytelsen av helsehjelp eller objektivt ansvar. I henhold til denne bestemmelsen kan det ytes erstatning når pasientskaden er særlig stor eller særlig uventet, og ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere.

Når det gis erstatning kommer *sviktregelen* til anvendelse i mer enn 80 prosent av sakene. Objektivt ansvar for smitte eller infeksjon er ansvarsgrunnlag i ca 14 prosent av sakene, mens unntaksbestemmelsen benyttes som ansvarsgrunnlag i kun tre prosent av sakene.

I de tilfellene der erstatning avslås, begrunnes dette i 53 prosent av sakene med at det ikke foreligger svikt og at unntaksregelen heller ikke kommer til anvendelse, mens det i hele 43 prosent legges til grunn at det ikke er årsakssammenheng mellom skaden og behandling/diagnostikk.

Erstatningsutmåling

Det grunnleggende prinsipp i norsk erstatningsrett er at *skadelidtes økonomiske tap skal dekkes fullt ut*, men at man ikke har krav på erstatning for samme tap to ganger. I et land med godt utbygde offentlige ytelser, innebærer dette et lavere erstatningsnivå enn i mange andre land. Der staten bidrar med ytelser som kompenserer for tapet, for eksempel ved sykepenger eller uførepensjon, har man bare krav på erstatning for et eventuelt overskytende økonomisk tap (uførepensjon dekker for eksempel ikke inntektstapet fullt ut). I tillegg til erstatning for tapt inntekt både før og etter skaden, vil man ha krav på *erstatning for påførte og fremtidige utgifter* som har oppstått som følge av skaden, for eksempel egenandeler, transportutgifter og utgifter til hjelp i hjemmet. Det er i flere saker krevende å finne frem til riktig erstatning for den enkelte skadelidte.

Dersom pasienten er påført en varig skade med medisinsk invaliditet på 15 prosent eller mer, vil vedkommende ha krav på *menerstatning* som kompensasjon for den tapte livsutfoldelse skaden har ført til. Menerstatningen vil variere med invaliditetsgrad og alder på skadetidspunktet.

Skadelidte som var under 16 år på skadetidspunktet får en *standardisert erstatning for fremtidig inntektstap og varig men* dersom det foreligger en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent. Den standardiserte erstatningen beregnes på bakgrunn av størrelsen på den varige medisinske invaliditeten. 100 prosent medisinsk invaliditet gir en erstatning på 40 G, mens for eksempel 30 prosent medisinsk invaliditet gir en erstatning på 12 G. I tillegg til den standardiserte erstatningen ytes det konkret beregnet erstatning for *utgifter* som skaden påfører skadelidte.

Etterlatte etter pasienter som dør vil ha krav på erstatning for tapt forsørgelse dersom avdøde rent faktisk forsørget dem. Normalt vil barn kunne påregne forsørgertaperstatning frem til fylte 18 år, mens forsørgete ektefeller/samboere normalt forventes å tilpasse seg sin nye livssituasjon etter noen år, slik at det sjelden blir tale om en forsørgertaperstatning ut gjenlevendes levetid.

Saksgang

Som statlig forvaltningsorgan har NPE en lovpålagt utredningsrolle når det gjelder disse sakene. Dette innebærer at NPE, etter å ha mottatt erstatningssøkerens skademelding, sørger for at all relevant dokumentasjon innkommer, samt besørger nødvendig medisinsk utredning av sakene. Saker knyttet til primærhelsetjenesten vil (med unntak av noen saker fra legevakt) alltid bli vurdert av allmennleger, basert på det prinsipp at saker skal vurderes «på samme nivå» og med samme kompetanse som der den anførte svikt skal ha funnet sted. For tiden har NPE fast knyttet til seg tre spesialister i allmennmedisin, og i tillegg benyttes et stort antall allmennleger over hele landet til sakkyndige oppdrag i saker som omhandler allmennmedisin.

Rådgivende leges rolle

Det har i lengre tid vært rettet et fokus mot legers virksomhet. En økende bevisstgjøring rundt hva man kan forvente av legetjenester både i volum og kvalitet, sammen med økt kjennskap til klageordninger, herunder NPE, har resultert i et stigende antall klagesaker. Mange erstatningskrav er fremsatt på en ryddig måte, og en del krav viser seg å være berettiget. Noen krav kan fra et profesjonelt ståsted anses urimelige og noen ganger som et uberettiget angrep på faglig integritet. En klage vil uansett føles ubehagelig for den innklagede legen.

NPE skal *ikke vurdere forsvarlighet* i den helsehjelpen som ytes. Dette påhviler tilsynsmyndigheten. Rådgivende leges oppgaver blir derfor i hovedsak å ta stilling til om utredningen og/eller behandlingen har vært i henhold til vanlig medisinsk praksis eller i tråd med gjeldende medisinske retningslinjer der slike finnes. Det er også en sentral oppgave å vurdere om det foreligger sannsynlig årsakssammenheng mellom en gitt eller unnlatt behandling og skaden. I den forbindelse må den rådgivende legen – på samme måten som den eksterne sakkyndige der slike engasjeres til å vurdere et saksforhold – forholde seg til at i erstatningsretten er det tilstrekkelig med simpel sannsynlighetsovervekt for at noe skal legges til grunn som sannsynlig. Det er altså ikke

slik som i strafferettslig eller vitenskapelig sammenheng, at man må langt opp mot full sikkerhet for å kunne si at noe er sannsynliggjort.

Når det gjelder saker innenfor primærhelsetjenesten, vil spørsmålet om årsakssammenheng ofte måtte vurderes av en annen lege enn allmennlegen. Dreier saken seg for eksempel om hvorvidt håndteringen hos fastlegen av en pasient som viste seg å ha hjerteinfarkt var som man måtte kunne forvente, gjøres den vurderingen av en allmennlege. Spørsmålet om raskere stilt diagnose og behandling ville ledet til et annet og bedre resultat for pasienten, må derimot normalt forelegges en spesialist i kardiologi.

Til syvende og sist er det saksbehandlerens oppgave å ta stilling til om det foreligger en pasientskade og om det foreligger årsakssammenheng mellom denne skaden og behandlingen eller mangel på sådan. Men den rådgivende legen er ut ifra sin spesialkompetanse på området en sentral premissleverandør for de vurderinger saksbehandler her må gjøre.

Vurdering innen samme spesialitet

Som omtalt tidligere i denne artikkelen skal saken alltid vurderes av en rådgivende lege innen samme spesialitet. Til grunn for vurderingen legges de symptomer og funn som var tilstede på behandlingstidspunktet og i oppfølgingsperioden. Videre er det sentralt at den medisinske vurderingen skal gjøres i forhold til medisinsk praksis og retningslinjer som var gjeldene på behandlingstidspunktet. Mange ganger kan dette være flere år tilbake i tid. Spesielle forhold ved allmennmedisinen er dens «sile- og sorteringsfunksjon». I mange andre spesialiteter er pasientens problem allerede definert innenfor et begrenset område. Slik er det ikke i allmennmedisinen. Dette er nok også noe av grunnen til at en ikke ubetydelig del av sakene innen dette fagfeltet gjelder anført forsinket diagnose. Disse spesielle forholdene må det tas hensyn til i utarbeidelsen av vurderingen.

Journalen er rådgivende leges viktigste arbeidsdokument. Her finnes tidsnære nedtegnelser, og disse skal i juridisk sammenheng tillegges betydelig vekt. Som dokumentasjon vil derfor journalnedtegnelser gjort på aktuelle tidspunkt være viktigere enn nedtegnelser ført i ettertid. God journalføring er således avgjørende i denne sammenheng, på samme måte som det er av vesentlig betydning for at behandlende lege skal ha et godt arbeidsverktøy i sitt daglige virke.

Ved enkelte saker som vurderes i NPE vil det være tvil om utredningen eller behandlingen har vært innenfor «normen» for vanlig medisinsk praksis. Her finnes ofte ikke ret-

ningslinjer, og det vil være den rådgivende legens medisinske skjønn som avgjør. I slike saker benyttes ofte flere sakkyndige før det konkluderes.

Skadeforebygging

En viktig oppgave for NPE er å bidra med statistikk og andre innspill til helsevesenets arbeid med skadeforebygging og økt pasient-

sikkerhet. Vi arbeider stadig med å utvikle tilgjengeligheten til vårt eget statistikkmateriale. For NPE er det viktig at erfaringene fra sakene kan bidra til læring, og på den måten komme helsevesenet og pasientene til gode.

FOR MER INFORMASJON: www.npe.no

Rolf.Gunnar.Jorstad@npe.no

Dersom pasienten er påført varig skade med minst 15 prosent medisinsk invaliditet, vil vedkommende ha krav på menerstatning for den tapte livsutfoldelse skaden har ført til. Kfr. teksten for nærmere forklaring.



Relpax Pfizer.

Migrenemiddel

ATC-nr.: N02C C06

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg og 40 mg: Hver tablett inneholder: Eletriptanhydrobromid tilsv. eletriptan 20 mg, resp. 40 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Paraoransje (E 110), titandioksid (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. Tablettene bør svelges hele med vann. Hvis hodepinen kommer tilbake innen 24 timer etter initial respons, er 1 ekstra dose av samme styrke effektivt for behandling av tilbakefall. Hvis tilleggsdose er nødvendig, skal den ikke tas før 2 timer etter initial dose. Hvis effekt ikke oppnås <2 timer etter første dose, skal det ikke tas en ytterligere dose for behandling av samme anfall. Pasienter som ikke responderer på behandling av ett anfall vil trolig respondere på behandling av påfølgende anfall. Pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende effekt etter et adekvat forsøk med 40 mg (f.eks. bra toleranse, men manglende respons i 2 av 3 anfall) kan behandles med 80 mg (2 x 40 mg) i et påfølgende 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 innholdstoffene. Alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon, moderat alvorlig eller alvorlig hypertensjon, ubehandlet mild hypertensjon, påvist koronar hjertesykdom, inkl. iskemisk hjertesykdom (angina pectoris, tidligere hjerteinfarkt eller påvist stum iskemi), objektive eller subjektive symptomer på iskemisk hjertesykdom eller Prinzmetals angina, signifikant arytmi eller hjertesvikt, perifer vaskulær sykdom, tidligere cerebrovaskulære hendelser (CVA) eller transitorisk iskemisk anfall (TIA). Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater 24 timer før eller etter eletriptan, eller bruk av andre 5-HT₁-reseptoragonister.

ADORSIKTIGHETSREGLER: 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 koronarsykdom (CAD) (f.eks. pasienter med hypertensjon, diabetes, røykere eller brukere av nikotinsubstitutter, menn >40 år, postmenopausale kvinner og personer med klar familieanamnese med koronarsykdom). Kardiologisk undersøkelse vil ikke alltid kunne identifisere pasienter med kardiovaskulær sykdom, og i meget sjeldne tilfeller har pasienter uten underliggende kardiovaskulær sykdom fått alvorlige kardiale bivirkninger når 5-HT₁-agonister er gitt. 5-HT₁-agonister er blitt assosiert med koronar vasospasme. I sjeldne tilfeller er myokard iskemi eller infarkt rapportert ved bruk av 5-HT₁-agonister. Det er sett en svak og forbigående blodtrykkstigning med eletriptandoser ≥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. Serotoninergt syndrom (inkl. endret mental status, autonom ustabilitet og nevrologiske abnormaliteter) er rapportert ved samtidig bruk av triptan og selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) eller serotoninreopptakshemmer (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 eletriptan. Økt risiko for bivirkninger ved samtidig bruk av urtepreparater med johannesurt. Serotoninergt 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 eletriptan hos spedbarn kan minimaliseres ved å unngå amming før 24 timer etter behandling.

BIVIRKNINGER: De vanligste bivirkningene er asteni, somnolens, kvalme og svimmelhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, munntørrhet, dyspepsi, magesmerter. Hjerne/kar: Rødme, palpitasjoner, takykardi. Hud: Svetteing. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt. Luftveier: Tetthet i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, hodepine, svimmelhet, prikking eller unormal følelse, hypertoni, myasteni, hypoestesi. Øre: Vertigo. Øvrige: Varmefølelse, asteni, brystsymptomer (smerte, tetthet, trykk), frysninger. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, glossitt. Hjerne/kar: Perifer vaskulær sykdom. Hud: Utslett, kløe. Luftveier: Dyspné, respirasjonsproblemer, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artrose, bensmerter. Nevrologiske: Tremor, hyperestesi, ataksi, hypokinesi, talevansker, sløvhets, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Hyppig vannlating, urinveisforstyrrelse, polyuri. Psykiske: Unormale tanker, agitasjon, insomnia, forvirring, personlighetsforandringer, eufori og depresjon. Stoffsifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter, tinnitus. Øye: Unormalt syn, øyesmerter, lysømfintlighet, tåreforstyrrelser. Øvrige: Uvelhet, ansiktsødemer, tørste, ødemer inkl. perifere. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Forstoppelse, øsofagitt, tungeødeme, oppstøt. Hjerne/kar: Bradykardi, sjokk. Hud: Hudsykdom og urticaria. Infeksiøse: Luftveisinfeksjon. Kjønnorganer/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. Serotoninergt syndrom, sjeldne tilfeller av synkope. Hypertensjon. Sjeldne tilfeller av iskemisk kolitt, oppkast.

OVERDOSERING/FORGFITNING: Symptomer: Enkelt doser 120 mg er tatt uten signifikante bivirkninger. Basert på farmakologien til denne klassen, kan midlertidig 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. (bliester) kr 290,30. 40 mg: 6 stk. (bliester) kr 290,30. 18 stk. (bliester) 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 tablett forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptanpreparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptanpreparat 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 triptanpreparatene som er forskøkt, kan ytterligere 3 triptanpreparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tablett kun dersom det er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tablett, eller 2. Sumatriptan tablett alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tablett skal dokumenteres i journalen.

SIST ENDRET: 21.10.2008



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



E2011-0158



RELPAXTM

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 migrenesyntomer** som brekninger, kvalme, foto og fonofobi.¹

Referanse: 1. Relpax SPC 24.04.2008

E2011-0158



Trening i oppmerksomhet

– en helsefremmende og selvregulerende prosess

■ MICHAEL DE VIBE spes i allmennmedisin og seniorrådgiver i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Innledning

Jeg har lenge vært interessert i hvordan vi kan støtte våre iboende selvhelende og helsefremmende evner. Interessen ble først vekket fordi jeg i ungdommen og under studiet slet med stress, angst og uro og var på jakt etter en god måte å leve i verden på. Jeg startet med enkle fysiske og mentale øvelser for å øke min evne til å være til stede i min kropp, mitt sinn og mitt liv gjennom å trene yoga og meditasjon. Da jeg startet i allmennpraksis i 1980 oppdaget jeg at mange av dem som kom til meg, hadde liknende plager. Undersøkelser viser at 50–75 prosent av pasienter oppsøker primærlegen på grunn av angst og uro omkring symptomer eller livssituasjoner (1).

Siden jeg selv opplevde nytte av nærvars-trening, begynte jeg å undervise pasienter i dette, først enkeltvis og så i gruppe. Dette førte til at jeg høsten 2002 søkte allmennpraktikerstipend og dro på tre måneders studieopphold ved Center for Mindfulness ved det medisinske fakultet ved University of Massachusetts Medical School. Der hadde de fra 1979 forsket på bruk av slike metoder for pasienter med kroniske sykdommer og utviklet et åtte ukers gruppeprogram kalt Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (2).

MBSR metoden

MBSR er et systematisk treningsprogram som mer enn 20 000 pasienter og 5000 helsepersonell har gjennomført i Massachusetts. Det er i dag flere hundre helse- og utdanningsinstitusjoner i USA og Europa som tilbyr liknende kurs, og det er utviklet mange varianter av konseptet tilpasset ulike pasientgrupper. Det finnes en utdanning, med tilhørende sertifisering, for fagpersoner som ønsker å undervise i MBSR, lokalisert ved University of Massachusetts Medical School, USA, og ved Bangor Universitet i Wales. Metoden er godt beskrevet i bøker på engelsk (3) og på norsk (4).

Det primære elementet i programmet er trening i oppmerksomt nærvær, på engelsk kalt mindfulness, ved bruk av enkle øvelser hentet fra meditasjon og yoga. Utgangspunktet for metoden er hentet fra buddhistiske tekster som er 2500 år gamle, men metoden undervises uten noen religiøs ramme eller terminologi. Kort beskrevet består øvelsene i å

rette vår oppmerksomhet mot det som skjer her og nå, med en holdning av vennlighet og ikkedømming. Man erfarer, anerkjenner og aksepterer det som skjer uten å bli fanget i tankene eller følelsene omkring det som skjer. Pasientene lærer å møte situasjoner i livet med denne type oppmerksomhet, for derved å finne nye måter å respondere på i stedet for å reagere på det som oppstår ut fra automatiserte og ofte ubevisste mønstre.

MBSR kurset består av åtte 2 ½ times samlinger, og én heldagssamling. 20–30 pasienter undervises av én lærer. Hver samling har et beskrevet innhold, med tilhørende hjemmelektse. Elementer i programmet er beskrevet i en håndbok i oppmerksomhetstrening (5). Gruppene settes ofte sammen av deltakere med forskjellige medisinske tilstander (kreft, angst, depresjon, livskriser, kroniske smertetilstander, kroniske hjerte- og lungesykdommer med mer). Dette gjør det lettere å fokusere på hva deltakerne har felles og ikke det som er spesielt ved hver sykdom. Stress, smerte og lidelse er felles menneskelige erfaringer, og alle deltakerne deler det å leve, ha en kropp, puste, tenke, føle og møte livets utfordringer.

Mental holdning til øvelsene

Den formelle treningen gjennom nærvarsøvelser er nødvendig for å styrke «oppmerksomhetsmuskelen» (attention), slik at den kan anvendes i hverdagslivets mange utfordrende situasjoner. Under øvelsene legges det stor vekt på utvikling av holdninger som fremmer den åpne reseptive delen av nærvær (awareness). En empatisk/omsorgsfull, ikkedømmende aksept av seg selv og det som skjer i hvert øyeblikk. Dermed ikke-streven; det vil si at deltakerne blir bedt om å se bort fra de mål de har for kurset, og i stedet vie seg helt til øvelsene. Til slutt betones tålmodighet, tilitt og åpenhet overfor det som skjer. Resultatet av å være oppmerksom på for eksempel sin smerte med aksept og åpenhet blir annerledes enn å være oppmerksom med frykt og selvbebreidelse. Førstnevnte åpner for forandring, mens sistnevnte lett forsterker opplevelsen av smerten. Oppmerksomt nærvær er derfor langt mer enn en teknikk eller en metode, slik vi lett kan redusere den til i vår iver etter nye virksomme raske tiltak vi kan ta i bruk. Det er snarere en måte å forholde seg til seg selv

og livet på som etter hvert vil gjennomsyre alt vi gjør og alle våre relasjoner. Den innsikt som treningen gir, fører til et perspektivskifte og en fordykning som fortsetter hele livet så lenge vi åpner oss for denne prosessen. Denne innsikten er godt beskrevet av den kristne mystikeren Thomas Merton:

«The ontological awareness of pure being beyond subject and object – an immediate grasp of being in its suchness.»

Hva vet vi om effekten av MBSR?

Det er utført mange effektstudier siden 1979. På 1990-tallet ble det publisert to til tre vitenskapelige artikler per år, mens de siste årene har tallet steget til 200–300. De siste generelle metaanalysene av MBSR (6–7) viste moderate effektstørrelser (Cohen's d 0.5–0.6), men det var da relativt få kontrollerte studier. Vi er nå i slutfasen av en ny generell metaanalyse (8) med 30 randomiserte kontrollerte studier og effekten er i samme størrelsesorden og med svært konsistente resultater på tvers av populasjoner. I 2006 ble den første kontrollerte studien i Norge publisert (9), gjort på 144 pasienter i allmennpraksis som var plaget av stress og kroniske sykdommer og resultatene viste at 2/3 hadde signifikant effekt på stress/distress, subjektive helseplager og livskvalitet, og funnene holdt seg eller økte ved seks måneders oppfølging.

Aktivitet i Norge

Det pågår nå fem PhD arbeider der MBSR prøves i ulike sammenhenger. Selv deltar jeg i en studie der vi prøver ut dette for førsteårs medisins- og psykologistudenter i Oslo og Tromsø, for å se om det kan være et egnet hjelpemiddel til å takle stress i studiet og senere i jobben, og som et virkemiddel i personlig utvikling for studentene. Håpet er at det kan forebygge psykiske plager hos studentene/legene med tilhørende nedsatt kvalitet på den behandling de vil gi (10). I tillegg har jeg nå i 3 år holdt kliniske emnekurs i metoden for allmennleger ved Nidaroskongressen og PMU, og holder fire ganger i året to-dagers kurs for helsepersonell i Oppmerksomt nærvær og tjenestekvalitet i regi av Kunnskapssenteret. Det ble i 2010 etablert en *Norsk Forening for Oppmerksomt Nærvær i helse, utdanning*

omt nærvær



Utgangspunktet for MBSR-metoden er hentet fra buddhistiske tekster som er 2500 år gamle, men metoden undervises uten noen religiøs ramme eller terminologi.

og forskning (www.nfon.no) for personer som ønsker å arbeide med dette i sitt eget liv og i sitt arbeid. I tillegg holdes det instruktørkurs i Norge (www.scad.no) i oppmerksomhetstrening, og flere helse og rehabiliteringsinstitusjoner tar nærværstrening inn i sine tilbud til pasientene.

Hypotese om virkningsmekanisme

Trening i oppmerksomt nærvær er forbundet med en rekke fysiologiske endringer som kan måles, og som atskiller seg fra det man finner i andre bevissthetstilstander som avslapning eller søvn. Funksjonell hjerneskaning viser funksjonelle og strukturelle endringer i områder som modulerer det autonome nervesystem og regulerer emosjonell balanse, og dette er i dag den mest sannsynlige virkningsmekanismen for oppmerksomhetstrening (11, 12). Bevisst oppmerksomhet kan på denne måten føre til selvregulering og fremme psykofysiologisk balanse og velvære. Den samfunnsøkonomiske gevinsten av å satse på slike metoder vil kunne være betydelige og i USA har man

opprettet 10 sentra for å forske på «mind-body» intervensjoner. Forhåpentligvis vil dette fagfeltet vokse og gi pasienter og helsepersonell virkemidler for å støtte og forsterke dagens medisin. Kanskje kan forskning på slike metoder også medvirke til å bygge bro mellom livet og biologien, og etter hvert vise oss at vårt kunstige skille mellom psyke og soma er antikvert og utdatert.

REFERANSER

1. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter; tip of the iceberg? *Family Practice* 1998;(15): 1–8.
2. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe of living. Using your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Bantam Doubleday Dell 1990.
3. Santorelli SF. *Heal Thy Self; Lessons on mindfulness in medicine.* New York: Bell Tower 1999.
4. Kroese A. *Hvordan redusere stress med oppmerksomhetsmeditasjon.* Oslo: Aschehoug & Co 1999.
5. de Vibe Michael. *Håndbok i oppmerksomhetstrening:* <http://www.kunnskapsnettet.no/Publikasjoner/6348.cms>
6. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health be-

nefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 35–43.

7. Baer RA. Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 125–43.
8. de Vibe M, Bjørndal A, Kowalski K, Hammerstrøm K. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for health and social functioning in adults. <http://www.campbellcollaboration.org/library.php>
9. de Vibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 15, 2006; 126: 1898–902.
10. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336: 488–91.
11. Hölzel BK et al. Stress Reduction correlates with structural changes in the amygdala. *SCAN* 2010; 5: 11–17.
12. Lazar SW et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 2005;16: 1893–7.

mdevibe@online.no

Styrket helsehjelp til papirløse

– gode intensjoner, men ikke uten reserver

■ TOM SUNDAR fastlege i Lørenskog og medredaktør i Utposten

Prioriteringsforskriften skal endres slik at den klargjør retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i Norge. Papirløse skal få rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som «ikke kan vente». Tilbudet til barn, gravide og psykisk ustabile personer skal styrkes. Legene og Helsetilsynet støtter intensjonene bak forskriftsendringene, men høringsrunden har avdekket en rekke floker og svakheter i forslaget ordlyd.

Hvilken rett til helsehjelp har personer uten lovlig opphold? I en årrekke har myndighetene fått dette spørsmålet. Henvendelser har kommet fra de berørte selv og deres pårørende, fra organisasjoner som Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Røde Kors og Kirkens Bymisjon samt fra kommuner og helsetjenesten.

Varierende helsehjelp

I et høringsnotat som i fjor høst gikk ut fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), foreslås det endringer i prioriteringsforskriften som har til hensikt å klargjøre papirløse innvandreteres helserettigheter (1). I dag har denne gruppen bare krav på øyeblikkelig hjelp fra primær- og spesialisthelsetjenesten. All hjelp ut over dette varierer fra sted til sted og fra sykehus til sykehus. Høringsnotatet beskriver dagens regelverk som usammenhengende og tvetydig, og et regelverk som skaper stor tolkningstvil om hva som kan sies å være gjeldende rett: «Dette er vanskelig å forholde seg til for helsepersonell, som skal praktisere regelverket, og for den enkelte som har behov for helsehjelp».

Etter at høringen nylig ble avsluttet, har helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og justisminister Knut Storberget varslet at man nå er i gang med arbeidet for å klargjøre bestemmelsene om helsehjelp til papirløse innvandrere. Storberget medgir at prosessen har vært krevende, fordi det dreier

seg som «å finne balansen mellom å gi hjelp på et anstendig nivå og verne om velferdstilbud som i seg selv har en tiltrekningskraft på personer som ønsker opphold i Norge» (2).

Hva går endringene ut på?

Forslaget til endringer i prioriteringsforskriften innebærer følgende: Foruten hovedregelen om at «alle som oppholder seg i riket» har rett til øyeblikkelig hjelp (hjelp innen 24 timer), skal det innføres en formulering om at personer som oppholder seg ulovlig også bør ha rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller svært sterke smerter».

I høringsnotatet angis det sistnevnte som de mest alvorlige og tidskritiske helsetilstandene:

«Det omfatter tilstander som er slik at hvis ikke pasienten får hurtig hjelp, vil tilstanden i løpet av kort tid eskalere til en øyeblikkelig hjelp-situasjon, dvs. tilstander der hurtig behandling vil være avgjørende for utfallet. Retten skal omfatte både kommune- og spesialisthelsetjenesten.»

Videre skal det fastsettes rettigheter for særskilte grupper med ulovlig opphold:

- Barn får tilnærmet samme rett til helse-tilbud som barn med lovlig opphold
- Papirløse gravide gis rett til svangerskapsomsorg
- Kvinner med ulovlig opphold som ønsker abort, får rett til det
- Psykisk ustabile personer som kan utgjøre en fare, får rett til psykiatrisk behandling

Regjeringen fremhever særlig at barn skal få tilnærmet samme rett til helsetilbudet som barn med lovlig opphold. I en pressemelding har Strøm-Erichsen uttalt at hun er opptatt av at barn og gravide i størst mulig grad side-tilles med personer med lovlig opphold – noe som er i tråd med Norges forpliktelser etter Barnekonvensjonen.

Tilslutning på generelt grunnlag

Legeforeningen slutter seg i hovedsak til regjeringens nye linje (3). Foreningen presiserer

samtidig at begrensninger i helsehjelp er et uegnet virkemiddel for å løse utfordringene med papirløse innvandrere. Til Legeforeningens nettsider sier president Torunn Janbu blant annet at illegale immigranter ofte er redd for å oppsøke helsetjenesten fordi de ikke er kjent med at taushetsplikten også gjelder dem.

I en felles høringsuttalelse påpeker Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) at papirløse innvandrere trolig har større sykkelighet enn gjennomsnittsbefolkningen (4). De kommer ofte fra land med dårligere vaksinedekning og land der alvorlige infeksjoner som tuberkulose er utbredt. Situasjonen som papirløs er i seg selv en sårbarhetsfaktor hos barn, gravide og alvorlig syke. Dette skjerper behovet for å bedre helsehjelpen til disse gruppene, skriver de to foreningene.

«Det er prisverdig at departementet presiserer regelverket om at barn og gravide har like rettigheter som personer med lovlig opphold i landet og at rett til abort presiseres, men helsetilbudet til alle papirløse innvandrere må styrkes», uttaler AF og NFA. De viser til erfaringer fra Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, der man har sett at behovet for helsehjelp ikke er tilstrekkelig ivarettatt. I så henseende advarer AF og NFA mot en utvikling der det dannes undergrupper i samfunnet som på grunn av illegitimt opphold i landet ikke får ta del i viktige helsetjenester og forebyggende tiltak som vaksiner og smittekontroll.

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) deler disse synspunktene, og viser til at både menneskerettighetene og menneskelige hensyn taler for at personer uten lovlig opphold skal tilbys helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp (5).

Forvirrende begrepsbruk

Imidlertid er det flere svakheter i forslaget som skaper tolkningsproblemer. AF og NFA kritiserer ordlyden i forslaget der HOD konstruerer en diskrepans mellom *helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente* og det nesten likelydende begrepet *nødvendig helsehjelp*: «Et slikt skille er meget vanskelig, med svært uklare grenser», skriver de to foreningene.

Løse innvandrere

sjoner

AF og NFA får støtte fra Oslo legeforening, som kaller dette skillet for «uegnet» (6). Man viser til at sykdom ofte forverres over tid, og ender opp som tilstander som ikke kan vente, samtidig som behandlingsutsiktene blir dårligere hvis man venter med behandlingen – ikke minst gjelder dette smittefarlige sykdommer med et ulmende forløp, for eksempel langvarig hoste ved tuberkulose.

AF og NFA påpeker også at i praksis vil enhver første gangs konsultasjon oppfattes som øyeblikkelig hjelp eller noe som «ikke kan vente». Det er først i løpet av en slik konsultasjon at legen kan få en formening om tilstandens hastegrad og dens betydning for helsen. Primærleger forholder seg til et stort antall lidelser, tilstander og skader som ikke kan karakteriseres som livstruende, men som likevel er så plagsomme at det er uetisk ikke å behandle dem, poengterer de to foreningene. De understreker samtidig at dersom papirløse innvandrere ikke har en fastlegeordning eller tilsvarende, vil de sannsynligvis oppsøke legevakten i mye større grad:

«Legevakt er i mange tilfeller ikke et hensiktsmessig tilbud for deres problemer. Spesielt er dette viktig når det gjelder smittevern og alvorlige psykiske lidelser der organisering av tolketjenester kan være påkrevd.»

Strid med profesjonsetikken?

Det kanskje mest kontroversielle punktet i forslaget fra HOD er punktet om at ulovlig innvandrere ikke skal få behandling dersom helsehjelpen kan vente. Ordlyden i høringsnotatet er:

«Dersom det er på det rene at vedkommende snart skal forlate landet, må dette tas med i vurderingen av om helsehjelpen kan utsettes til vedkommende ankommer mottakslandet. Dersom tidspunktet for når medisinsk forsvarlighet tilsier at behandling senest må gis er på et senere tidspunkt enn den fastsatte hjemreise, medfører dette at pasienten ikke vil ha rett til å få utført behandlingen.»

I praksis betyr dette at retten til helsehjelp bortfaller hvis denne hjelpen kan utsettes i mer enn to til tre uker, fordi den syke skal kunne reise til hjemlandet for å få behandling. Statens helsetilsyn kaller dette en urealistisk forutsetning (7, 8): «All erfaring tilsier at mange blir værende», skriver Helsetilsynet

Dagens bestemmelser om rett til helsehjelp ivaretar ikke behovene til papirløse immigranter. De er Helse-Norges skyggemennesker. FOTO: T. SUNDAR

i sin høringsuttalelse. Tilsynet mener forslaget kan stride mot profesjonsetiske regler for helsepersonell, fordi det kan bli uklart om pasienten har rett til behandling eller må bli sykere før vedkommende har rett til hjelp. «En leges oppgave på ethvert tidspunkt er å vurdere pasienten. Først når legen har gjort en vurdering av pasienten vet han/hun svaret på hvor alvorlig tilstanden er. Da har legen allerede gitt helsehjelp og har et etisk ansvar for at pasienten får nødvendig og forsvarlig helsehjelp», påpeker Helsetilsynet.

Oslo legeforenings medlemsblad *Journalen* omtaler dette punktet på lederplass (9), og advarer departementet mot å dytte helsepersonell inn i rollen som utlendingsmyndighetens forlengede arm. «At helsepersonell skal spørre ut pasienten om hjemreisetidspunkt, bryter med enhver legeetikk», skriver *Journalen*. Bladet tar også opp barns rett til helsehjelp, og beskriver det som uakseptabelt at nettopp barns helserettigheter skal begrenses av en forutsetning om at barnet forlater landet i løpet av kort tid.

Skyggemennesker uten betalingsbistand

En rekke av høringsinstansene, herunder LSA, AF, NFA og Oslo legeforening, tar opp spørsmålet om finansiering av helsehjelp til papirløse innvandrere. Dette spørsmålet er mangelfullt drøftet i høringsnotatet. LSA skriver: «Ulovlig oppholdende har ofte verken adresse eller bankforbindelse i Norge. Det er således helt nødvendig at Helfo yter refusjon etter honorartakst for denne gruppen pasienter ved øyeblikkelig hjelp hos fastleger og ved legevakt. I motsatt fall vil det være en logisk brist mellom retten til helsehjelp, plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og ordningen for honorering som ikke er akseptabel.»

Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange som oppholder seg ulovlig i Norge, men departementet viser til Statistisk sentralbyrå som anslår at det kan dreie seg om ca. 18000 personer. Andre kilder oppgir 30000 som estimat. De som oppholder seg ulovlig er i hovedsak personer som kommer til landet

uten nødvendig tillatelse, personer som ikke forlater landet når tillatelsen utløper eller som har fått endelig avslag på søknad om oppholdstillatelse. Når det gjelder asylsøkere, skal det presiseres at de har lovlig opphold inntil søknaden er endelig avslått og utreise- fristen utløpt.

Helseproblemer hos papirløse innvandrere og deres legesøkning er tidligere drøftet i *Utposten* (11). Det er kjent at helseproblemer hos denne gruppen har ofte sammenheng med skader, infeksjoner og psykiske lidelser – og at de må ses i sammenheng med dårlig levestandard, arbeidsvilkår, språkbarrierer, liten bruk av landets helsesystem samt frykten for å bli oppdaget av immigrasjonsmyndighetene. En spørreundersøkelse blant allmennleger viste at nesten halvdel av respondentene hadde behandlet papirløse innvandrere. I halvparten av tilfellene var kontaktårsaken somatisk sykdom; en tredel dreide seg om psykisk lidelse; mens i to prosent av tilfellene ba pasienten om hjelp til oppholdstillatelse. En av tre leger tok seg ikke betalt for å yte helsehjelp til papirløse innvandrere.

REFERANSER

1. www.regjeringen.no/pages/14622673/Hoeringsnotat.pdf
2. www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3544449.ecc
3. www.legeforeningen.no/id/160389.0
4. www.legeforeningen.no/id/168142.0
5. www.legeforeningen.no/id/168043.0
6. www.legeforeningen.no/id/168215.0
7. www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2011/Endring-prioriteringsforskriften-Helsehjelp-personer-oppholder-seg-ulovlig-i-landet/
8. www.kommunal-rapport.no/id/11205248
9. Måseide PH. Gratis og betingelsesløs helsehjelp til papirløse barn! *Journalen* 2011, nr. 1: 3 (www.legeforeningen.no/asset/51132/1/51132_1.pdf).
10. www.legeforeningen.no/id/167959.0
11. Aarseth S, Kongshavn T, Kristiansen O. Går papirløse innvandrere til allmennlege? *Utposten* 2009; nr. 4: 7–11 (<http://utposten.no/LinkClick.aspx?fileticket=1jgs58wvgho%3d&tabid=480&mid=1117>).

tom.sundar@gmail.com

En lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg har valgt en av Bob Dylans sanger fra 60-årene. At det ble akkurat denne, er noe tilfeldig. Helt siden ungdomstiden har jeg vært fascinert av hans musikk og tekster. Tekstene kan være vanskelig å forstå, men samtidig gir de meg noe nytt hver gang jeg møter dem.

«One Too Many Mornings»

Down the street the dogs are barkin'
And the day is a-gettin' dark
As the night comes in a-fallin'
The dogs'll lose their bark
An' the silent night will shatter
From the sounds inside my minds
For I'm one too many mornings
And a thousand miles behind.

From the crossroads of my doorstep
My eyes start to fade
As I turn my head back to the room
Where my love and I have laid
An' I gaze back to the street
The sidewalk and the sign
And I'm one too many mornings
An' a thousand miles behind.

It's a restless hungry feeling
That don't mean no one no good
When ev'rything I'm a-sayin'
You can say it just as good
You're right from your side
I'm right from mine
We're both just too many mornings
An' a thousand miles behind.

Stafettspinnen sender jeg videre til en gammel kollega, dr.med., spesialist i allmennmedisin Eelco Boonstra i Askvoll i Sunnfjord. Han har jobbet på virkelig mange UTPOSTer på Vestlandet og i Afrika.

Vennlig hilsen

Terje Næss

Spesialist i allmenn-
medisin på Helgeroa



En skoleleges utfordring

I min virksomhet som skolelege for fem videregående skoler får jeg kontakt med ungdommer som jeg ikke er fastlege til. Mange er elever fra andre kommuner – rundt 300 i året. De bor i vår kommune i hybel eller i internat på skolen. De fleste har aldri selv bestilt seg time til lege tidligere. Ofte er det helsesøster eller personale på skolen som tar initiativ til time hos skolelegen.

Jeg er fastlege med fire dager kurativt arbeid og har valgt å fordele min skolelegepraksis, som utgjør fire timer i uken, utover hele uken. Jeg er da tilgjengelig for skoleelevene alle kurative dager. Elevtallet er ca. 1150, men mange av elevene bruker sin fastlege i stedet for skolelegen.

Følgende historie om en 19 år gammel gutt synliggjør noen av utfordringen med å gi hjelp til denne gruppen av pasienter.

12. MARS 2009

Inspektør fra skolen har bestilt time for pasienten. Lang samtale. Han har stort fravær, anslår det til fire uker.

Kommer opprinnelig fra annen kommune. Følt seg dårlig etter han kom hit.

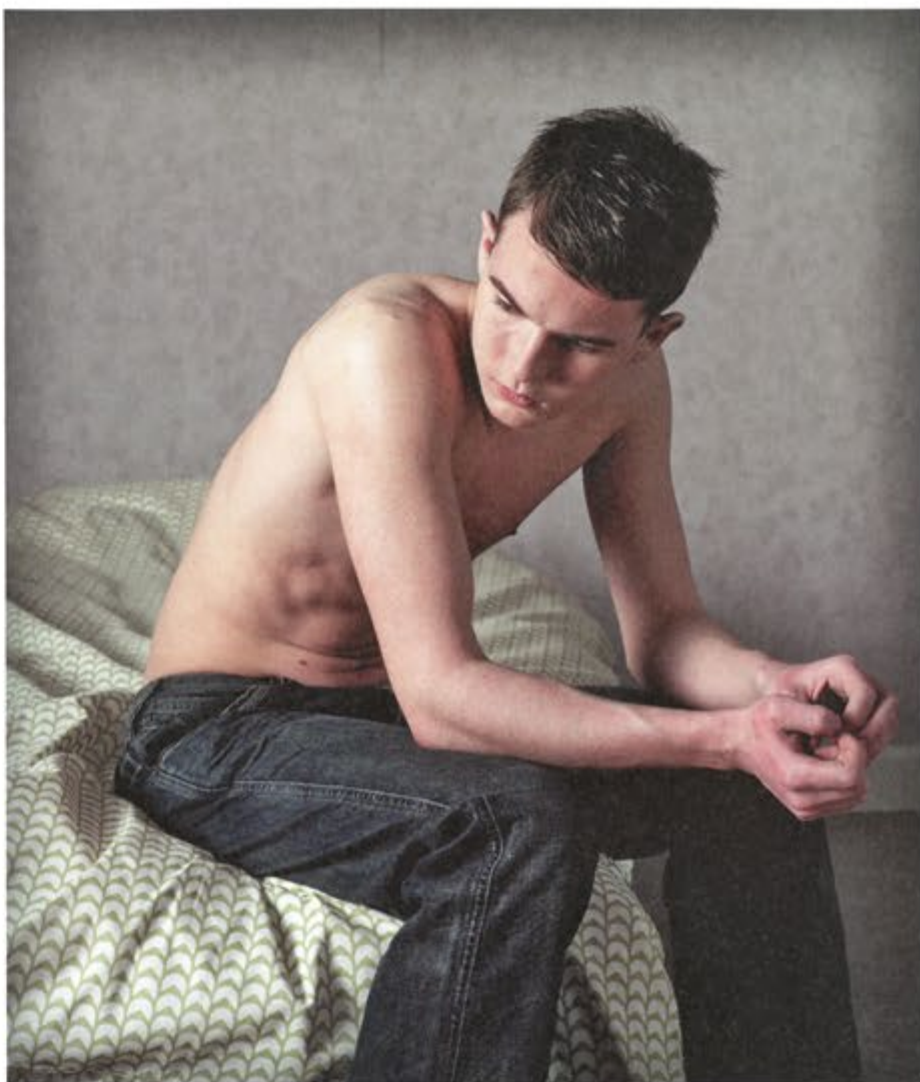
Han har to søsken som er friske. Foreldrene bor i lag.

Klarer ikke komme seg opp om morgenen. En periode i vinter stod han opp kl 15–16.

Mye våken på natten. Spiller CS/WOW (online spill), ikke pengespill. Spiller ofte 10 timer pr døgn. Har alltid vært interessert i PC. Spiller noen ganger i lag med en annen kamerat, sier det gir han sosial kontakt. Vet ikke om han føler seg deprimert. Har ingen ting annet å gjøre på fritiden.

FUNN: blek, slank, «humørløs», smiler ikke. «Trist» kroppsspråk. Kobalamin 163 (175–700), Folat 6,3 (> 8).

Oppfordrer han til å føre liste over hvor mye han spiller.



«Frafall i videregående skole – et helseproblem?» ILLUSTRASJON: ODDVING.COM

19. MARS. Høy homocystein, 33.

25. MARS. Helsesøster ringer. Han kommer ikke på skolen - har forsovet seg. Ligger tynt an mht til karakterer. Hybelvertinnen ønsker å kaste han ut. Hun har uttalt at hun er redd han, siden han ser ut som han har psykiske problemer. Helsesøster har besøkt han på hybelen og synes han virker deprimert. Hun klarte ikke få noen givende samtale med han. Hun synes det virker som foreldrene i liten grad er engasjert. Har han en dyssosial personlighetsforstyrrelse eller annen alvorlig patologi?

26. MARS. Ikke møtt til time.

27. MARS. Ringer rektor på skolen. Informerer om at han har lavt B₁₂. Rektor skal ringe meg tilbake.

16. APRIL. Ikke møtt til time. Jeg ringer studieinspektør. Hun har snakket med foreldrene.

17. APRIL. Telefon fra studieinspektør; Eleven møter ikke til avtaler og konsultasjoner. Ser ikke ut til å være interessert i hjelp. Virker ikke som han forstår alvoret i sin egen situa-



Lenket til PC'en – han gjør aldri noe annet enn PC-aktiviteter. BARBARA WOOD/ALAMY

sjon. Har lite grenser når det gjelder dataspill. Lærerne blir oppgitte og rådløse.

11. MAI. Ny telefonsamtale med studieinspektør. Han er nå flyttet hjem. Jeg anbefaler at han følges opp av fastlege, og at man vurderer om det er annen psykisk lidelse eller om spilleavhengighet er det primære.

4. NOVEMBER 2010.

Konsultasjon. Tilbake, nå på en annen videregående skole på stedet. Vet ikke helt hvorfor han kommer til lege i dag. Sannsynligvis har helsesøster eller studieinspektør bestilt time for han. Til nå hatt sju dagers fravær i høst. Ber han fortelle om seg selv: To setninger; Han har vært ganske stille og alene. Vært til OT/PPT tidligere.

Sier han ikke greier å bry seg, greier ikke å møte opp. Har ikke gjort noen ting hjemme det siste året. Tror det er på grunn av angst og depresjon han ikke klarer å bry seg. Bruker nå Venlafaxin 150 mg en gang daglig. Føler han har hatt nytte av den.

FUNN; Virker trist og humørløs. Svarer stort sett med ett ord eller svært korte setninger. Smiler ikke i det hele tatt. Vi tar serum konsultasjon Venlafaxin; 1653 (400-2000)

Ber om at han tar med kopi av journalen fra fastlegen neste gang.

18. NOVEMBER

KONSULTASJON. Han er opptatt av støtfølelse i hodet. Møter nesten hver dag på skolen, men ikke i det siste. Spilt ca 10 timer det siste døgnet. Får ikke gjeld.

Ble mobbet på skolen i åttende klasse. Føler problemene begynte da. Snakker egentlig ikke så mye med foreldrene. Har normalt forhold til begge. Ønsker å bli noe innen IKT. Klarer å stå opp mellom kl åtte og ti. Hva han gjør når han ikke er på skolen? Han gjør aldri noe annet enn PC-aktiviteter eller ser på fjernsyn.

24. NOVEMBER. Møte i ressursteam på skolen. Vi drøfter min pasient og en lang liste av elever med spesielle utfordringer. Blir enig om at det bør kalles inn til felles møte med NAV, OT/PPT, lege, klassekontakt og elevinspektør.

15. DESEMBER – får kopi av journalen hans fra fastlegen.

Jeg får innblikk i hva som er skjedd på det halvannet år som er gått siden sist jeg så han. Mor har tatt han med til fastlege. Hun tror han blir økende deprimeret fordi han flyttet på hybel. Han er henvist til DPS gruppebehandling. Han trakk seg fra gruppebehandling da han syntes det ble for toft. Han har fått innvil-

get arbeidsavklaringspenger. Er startet med Efexor. Fastlegen har henvist han til vårt DPS siden han nå er flyttet hit igjen

16. DESEMBER. Telefon fra ny helsesøster. Han har ikke møtt på skolen i det siste. Hun har fått tillatelse til å ringe foreldrene, men ikke oppnådd kontakt med dem. Jeg kaller ringe kontaktlærer om det er noe jeg lurar på.

17. DESEMBER. Ikke møtt til time.

Frafallet i videregående skole er 10–30 prosent. En del av mine pasienter sliter år etter år med å komme seg gjennom skolen. Motivasjonen er lav, men de føler at de ikke har annet valg enn å gjennomføre. Alle har rett til fem år i videregående skole. Verdsetter vi ungdommene sine ressurser ved å la de gå det ene året etter det andre på denne måten? Eller skaper vi ett økende antall unge uføre.

Ett lyspunkt i denne historien er kontakten han hadde med fastlegen, hvor han etterhvert fikk behandling med antidepressiva. Han har blitt relativt mye bedre etter det, men jeg er likevel usikker på om han bør fortsette i videregående skole.

Ottar Fjose

Ottar Fjose gir oss et kasus med en 19-årig gutt. En høyst aktuell historie. Han slutter historien med noen tankevekkende spørsmål: Verdssetter vi ungdommene sine ressurser ved å la de gå det ene året etter det andre på denne måten? Eller skaper vi et økende antall unge uføre?

Nøkkelen til løsning er pedagogisk og ligger i skolen, hevder mange. Det tror jeg er sant. Skolehelsetjenesten er også helt sentral. Samtidig er disse elevene storforbrukere av fastlegene. De kommer med fysiske plager. 19-åringen er ikke helt typisk, siden inngangsbilletten til legen er skolefravær. Jeg er utfordret til å komme med tanker om denne 19-åringen, og hvordan han kan komme tilbake på normalsporet.

Det er fem tema jeg synes er viktige:

- et samfunnsproblem
- komme i posisjon
- søvnvansker
- depresjon
- plan ut av uføre

Samfunnsproblem

Dessverre er historien om 19-åringen ikke enkeltstående. Medisinstudentene i første semester får i en av mine forelesninger oppfordring om å rekke opp hånden hvis de har en jevn gammel venn eller venninne som sliter alvorlig psykisk og med skole. Praktisk talt alle studentene rekker opp hånden. Og flere studenter poengterer i samtaler etter forelesningen at det er tilfeldig hvem som rammes.

Det er mange holdepunkter for at omfanget av skoleelever som rammes som i Ottar Fjoses historie, gjør 19-åringen til representant for et samfunnsproblem (1). Et samfunnsproblem som til nå har fått passere med taushet fra allmennelegekorpset. Det kan skyldes at 19-åringen tilhører en lavt prioritert pasientgruppe (2). Samtidig er det vanskelig å tenke seg et område hvor god faglig jobbing fra fastlegene kan gi en større helsegevinst.

Komme i posisjon

Å komme i samtale med den unge er første mål (3). Når unge kommer med kroppslige problemer, er det viktig å stille spørsmål som «hvordan går det ellers». Et annet godt hjelpespørsmål er dette: «Hvis du hadde en kamerat... hva synes du vi burde hjelpet med?». Respekter at den unge er ekspert på seg selv. Tålmodighet er en nyttig ferdighet.

Ta disse raskt inn til en første time. Avtal oppfølgingstimer. Unge rapporterer at de føler seg tatt på alvor når legen følger dem opp. Unge skal være veldig trygge for å rope hva de sliter med. Den tryggheten kan noen ganger først være på plass i tredje eller fjerde time.

Hva skal til for å huske timene. Den unge selv må få et hovedansvar i planleggingen, selv

om dette kan ta tid for legen. I opplegget kan man inkludere påminning per sms, avtaler om allianser med en kamerat, kjæreste, foreldre, lærer – mulighetene er mange – og noen forslag vil være mer spiselige enn andre for den unge.

I det første møtet må det også drøftes alternativer for det tilfelle at timer likevel blir glemt. Ønsker den unge å bli ringt opp av fastlegen. Er det bestemte tidspunkter som egner seg for en slik telefonsamtale. Er det hensiktsmessig å sette opp flere konsultasjoner, slik at hvis én konsultasjon glipper, er det mulig å forholde seg til den neste.

For det er ikke uten grunn at ungdommer glemmer timer. Hjernen er først moden for å holde orden på denne type informasjon tidlig i tyveårene. Tristhet og depresjon svekker i tillegg hukommelse og konsentrasjonsevne. Dessuten sliter mange av disse med døgnrytme og søvn.

Søvnproblem

19-åringens søvnproblem synes å være en medvirkende årsak til at han ikke kommer seg på skolen. Han snur døgnet. Depresjon kan være en årsak til søvnvanskene. Spill på data ti timer på alle tidspunkt av døgnet kan også være medvirkende.

Søvnforskerne Fetveit og Bjorvatn hevder at det er viktig å kjenne de vanligste årsaker til unges søvnvansker for å kunne hjelpe (4). De foreslår å bruke søvndagbok for å kartlegge problemene, og har et praktisk forslag til en søvndagbok. Videre har de satt opp en oversikt over gode råd for å ta vare på oppbygd søvnbehov, bevare god døgnrytme og å redusere aktivering om kvelden og natten.

Depresjon

Vi begynner nå å få instrumenter for tidlig og riktig diagnose av depresjon. Depresjon er en signalsykdom hos unge. Det er derfor viktig for en allmennelege å ha disse instrumentene for hånden (3).

Kognitive atferdsterapeutiske strategier er vist å være godt egnet i behandling av deprimerte unge. Denne gutten har trolig mange «negative automatiske tanker» om sin egen verdi og sin fremtid. Sannsynligvis gir han opp på forhånd fordi han tenker at han uansett ikke vil lykkes. Det er et mål å få fram disse tankene og registrere hvilke følelser, kroppreaksjoner og hvilken atferd tankene utløser. Det videre opplegget vil være å få fram alternative tanker som kan fremme endring og mestring.

Psykologene Berge og Repål har på en praktisk måte beskrevet behandling etter disse prinsippene i boka *Den indre samtalen* (5).

I tillegg er det godt dokumentert at det kan være til stor hjelp for den deprimerte unge med antidepressiv medisin. En 19-åring mener jeg ikke er eldre enn at førstevalget er fluoxetin (Fontex) 6.

Å heve depresjonen kan være helt nødvendig for å komme videre i arbeidet for å komme ut av uføre.

Plan ut av uføre

Skal denne 19-åringen komme rimelig raskt ut av uføre, tror jeg det er helt nødvendig å lage en skriftlig plan (5). Utarbeidelsen må være et samarbeid. Både framdrift og mål må være realistiske. For hvert skritt i planen må hindringer som kan dukke opp og løsninger på disse, drøftes med den unge.

I arbeidet med planen kan det være nødvendig å trekke inn venner, nære pårørende, skole, eller andre personer som den unge kan støtte seg til. Terskelen bør være lav for å bidra på samarbeidsmøter med skole, arbeidsplass og NAV, både for å støtte den unge og for å forklare den unges situasjon, søvnvansker, depresjon, og hindringer og muligheter for mestring.

Hvordan få tid til et slikt opplegg, vil kanskje noen fastleger innvende. Min erfaring er at med den ekstra frihet det gir å sette unge opp som dagens siste pasient noen få ganger, og deretter på noen dobbelttimer, ofte kan være nok. Deretter kan støtten til den unge foregå i vanlige timer. På møter kan fastlegen be om at deltakelsen begrenses til det som er relevant av hensyn til legens tilgjengelighet på legekontoret.

Ottar Fjoses kasus representerer toppen av et isfjell, og en pasientgruppe som verdsettes for lavt. 19-åringens historie synes å være av mer enn ett års varighet. Desto tidligere disse unge blir oppdaget og får effektiv hjelp, til bedre er prognosen. Fjose får fram fastlegens sentrale posisjon, og nødvendigheten av samarbeid mellom helsesøster, skolelege og fastlege, for å få et godt resultat.

Ole Rikard Haavet

Fastlege/førsteamanuensis dr. med.

REFERANSER

1. Ingul J. Skolevegring hos barn og ungdom. Barn i Norge: Voksne for Barn, 2005.
2. Giercksky T. Prioritering i allmennpraksis – hverdagens utfordringer. *Utposten* 2010;8: 18–22.
3. Garløv I, Haavet OR. Psykiske vansker hos barn og unge. En veileder for fastleger og andre i første linje. Stavanger: Hertervig Akademisk, 2011.
4. Fetveit A, Bjorvatn B. Søvnforstyrrelser hos ungdom. Haavet OR (red.). *Ungdomsmedisin*. Oslo: Unerversitetsforlaget, 2005: 177–85.
5. Berge T, Repål A. *Den indre samtalen* Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal, 2010: 51–104.
6. Thorseng Kvande K, Jacobsen S, Berge M. *Depresjon hos barn og ungdom*. Oslo: Statens legemiddelverk, 2011.



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøytter 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.

Acetylsalisylsyre – pillen mot nesten alt?»?

Spørsmål til RELIS: Lege spør om RELIS kan kommentere oppslaget i Aftenposten Innsikt nr. 01/2011, side 10, om «Pillen mot nesten alt». Her refereres en studie publisert i The Lancet som omtaler acetylsalisylsyre (ASA) som forebyggende ikke bare for hjerte- og karsykdom, men også for kreft, diabetes, demens med mer. Det anbefales et lavt daglig tilskudd av ASA, tilsynelatende til alle. Hvordan bør leger forholde seg til dette?

I følge artikkelen i Aftenposten Innsikt har forskere nå funnet ut at ASA kan redusere risikoen for kreft med opptil 50 prosent. Videre vises det til at ASA har positiv effekt ved diabetes og demens mm. (1). Den refererte Lancet-artikkelen (2) omhandler imidlertid kun bruk av ASA ved hjerte- og karsykdommer og risiko for død pga. kreft, og det er ingen referanser til påstandene om positiv effekt på diabetes og demens.

I den aktuelle Lancet-artikkelen, som er publisert i januar i år, er det gjort en reanalyse av data fra åtte randomiserte kontrollerte studier der pasienter med eller med risiko for kardiovaskulær sykdom hadde fått ASA i minimum fire år. I dette materialet har de sett på forekomst av kreft hos de som fikk ASA versus kontrollgruppene. De fant at ASA reduserte risikoen for kreft (alle typer) med en Odds Ratio (OR) på 0,79 (95 prosent KI: 0,68–0,92). Fordelen ved bruk av ASA kom først etter minimum fem års bruk, og fordelene var størst for kreft i spiserøret med en OR på 0,46 (95 prosent KI: 0,27–0,77). Det er altså snakk om en relativ risikoreduksjon på 54 prosent for dødsfall pga. kreft i spiserøret hos de som hadde brukt ASA i mer enn fem år sammenlignet med kontrollgruppene. Den absolutte risikoreduksjonen her er imidlertid ikke oppgitt. Men når det gjelder totalt antall kreftdødsfall er tallene oppgitt: 327 dødsfall hos 14 035 på ASA, sammenlignet med 347 hos 11 535 i kontrollgruppene. Dette gir en forekomst av dødsfall pga. kreft på 2,3 prosent i ASA-gruppen og 3,0 prosent i kontrollgruppene, altså en absolutt risikoreduksjon på 0,7 prosent.

Det er viktig å være klar over at kreftdødsfall ikke var primært endepunkt i studiene

som inngikk i denne analysen. Det var få kvinner med i studiene. Pasientene fikk ASA som tromboseprofylakse. Det var gitt som primær- eller sekundærprofylakse til grupper med økt kardiovaskulær risiko (f.eks. ved diabetes eller angina). Selv om det ses en tilleggsgevinst i form av redusert kreftdødelighet i disse pasientpopulasjonene, kan dette ikke uten videre generaliseres til andre pasientgrupper eller friske personer. Det kan være forhold ved disse pasientene som gir en redusert kreftrisiko ved ASA-behandling, og det er ikke sikkert at ellers friske personer vil ha den samme gevinsten av ASA.

Risiko for blødning er knapt omtalt i den aktuelle artikkelen, og det ville vært av interesse om OR for blødninger i de samme studiene var presentert. For det er nettopp å veie fordelene opp mot risikoen som er av betydning for å avgjøre hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. I en annen metaanalyse er det vist at andelen pasienter på lavdose ASA (50–162,5 mg, n=49927) som fikk gastrointestinal blødning var 2,3 prosent sammenlignet med 1,45 prosent av de som fikk placebo (3). Dette ga en OR for blødning på lavdose ASA på 1,59 (95 prosent KI: 1,40–1,81).

Tatt i betraktning risikoen for blødning, og det at den reduserte kreftrisikoen kun er sett hos pasienter som har fått ASA som tromboseprofylakse, er det ikke vist at ASA bør anbefales til nye pasientgrupper eller til friske personer. Etter vårt syn bør vi fortsatt forholde oss til gjeldende retningslinjer der behandling med ASA er aktuelt som kardiovaskulær sekundærprofylakse, og som primærprofylakse til pasienter med høy til svært høy risiko og til kvinner bare hvis de er over 65 år (4, 5).

Konklusjon

Den refererte Lancet-artikkelen omtaler kun redusert risiko for å dø av kreft hos pasienter som fikk ASA for kardiovaskulær sykdom. Gunstig effekt av ASA mot andre sykdommer var mangelfullt dokumentert i det aktuelle nyhetsoppslaget. Effekt på kreft var ikke primært endepunkt i studiene som inngikk i analysen. Og selv om redusert risiko for å dø av kreft ble sett hos pasienter som fikk ASA som tromboseprofylakse er det ikke sikkert at andre pasientgrupper eller friske personer vil ha samme gevinst av ASA. Tatt i betraktning risikoen for blødning, mener vi det ikke er grunnlag for å anbefale at ASA brukes utover det som er gjeldende anbefalinger i dag.

REFERANSER

1. Anon. Pillen mot nesten alt. Aftenposten Innsikt 01/2011. (hentet og oversatt fra The independent: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-pill-for-almost-every-ill-aspirin-cuts-risk-of-cancers-2153039.html>).
2. Rothwell PM, Fowkes FG et al. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2011; 377(9759): 31–41.
3. Aronson JK, editor. Meyler's side effects of cardiovascular drugs: 530–1.
4. Norsk legemiddelhandboka for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (12.01.2010).
5. Helsedirektoratet. Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer (utgivesår/sist revidert: 2010). <http://www.helsedirektoratet.no>

Vigdis Solhaug og Kirsten Myhr

CAND.PHARM. CAND.PHARM., MPH
RELIS Sør-øst, Oslo universitets-
sykehus HF, Ullevål.

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

Kast dere frampå, folkens!

LÆRERIKE KASUISTIKKER

Ma On To Fr
Dato: 2.5.
Kl.: 10.00

Tema for konsultasjonen: Legens agenda eller pasientens?

SMS tikket inn fredag: Hei, Eli. Har du blodtrykksmåler hjemme? Kan du måle blodtrykket mitt på søndag når vi skal i besøk til Anders?

På onsdag skal jeg til fastlegen, fortalte min slektning. Jeg har bare fått innkalling: «Ett ord om hva det handler om. Det er slik man gir dødsdommen: Ringer ikke, skriver ikke. Kaller bare inn til time.»

«Dødsdommen»? spurte jeg. «Nei, men han er så opptatt av blodtrykket. Jeg ble fortalt at han hadde henvist meg til døgnmåling. Spurte han meg? Neida, han bare sa: Jeg har, slik gjør jeg... Hva jeg mener, spiller ingen rolle. Og denne døgnmålingen. Jeg kvapp hver gang apparatet blåste seg opp, kjente hjertet banke. Og natten! Umulig å sove. Jeg holdt på å rive av meg hele greien. Tenkte: Dette gidder jeg ikke. Klart blodtrykket stiger da! Og nå: Bare innkalling, ingen ord. Jeg tror jeg kutter ut hele fastlegen.»

Jeg kjente igjen situasjonen. Skulle tro han var min pasient. Men min pasient handlet annerledes.

FRA JOURNALEN MAI 2010: Konsulent, tidligere håndverker. 44 år. Møter fastende: Infarkt 2004. Hyperlipidemi og hypertensjon. Røyker 10-15 pr dag. Ikke motivert for å slutte. Ikke anstrengelsesrelaterte brystmerter. Medikamenter: SeloZok, Simvastatin, Albyl E, Truxal, Nozinan, Vival, Imovane.

Funn: Blodtrykk: 138/83. Cor: Regelmessig aksjon, ikke bilyd. Pulm: ua. Ingen stenose over carotider. Vekt: 95 kg.

MIN HUSKELAPP I JOURNALEN: Kommer igjen for kne og rygg og mage? Oppfordres til røykestopp. Får B-preparat som skal vare til over ferien.

Blodprøvene gav mistanke om diabetes. Han ble kalt inn til glukosebelastningstest i juni. Han hadde giftet seg, døpt sin datter.

Sukkerbelastningsprøven var positiv. Han fikk brev om resultatet, råd om kosthold og ny time i august.

Augusttimen kom. Jeg hadde fokus på sukkersyken, var bekymret over at han røykte på tross av tidligere infarkt og nå sukker-

syke. Han var tydelig på at han ikke ønsket å slutte. Jeg undret meg om ikke han tenkte på at helsen skulle holde til datteren ble voksen? Han svarte at han ville leve det gode liv mens han levde. Jeg kjente frustrasjon over svaret. Han hadde ingen symptomer på angina. Barnevogntrilling i motbakker gikk greit. Han hadde pappapermisjon.

Jeg insisterte på hjerte-lungesjekk hos spesialist og henvisning til oppfølging hos øylege. Til hjerte-lungespesialisten skrev jeg følgende: Ber om gjennomgang av risikofaktorer og sannsynlighet for alvorlig cardial hendelse. Han vil leve det gode liv mens han lever, forestill seg så at han blir brått borte. Ser ikke for seg mulighet for nytt infarkt, svikt og KOLS. Jeg har ikke utbrodert en slik situasjon.

MIN HUSKELAPP I JOURNALEN: Tilbake for tå og rygg. Få dager etter mottok jeg brev fra min pasient med overskriften:

VEDRØRENDE KONSULTASJONER I SENERE TID: Noen utsnitt fra hans nesten to sider lange brev:

Gjentatte ganger har jeg forsøkt å gi deg signaler om at min røyking ikke er et tema jeg ønsker å diskutere, men disse signalene har du glatt oversett. Etter hvert slikt besøk, har jeg i flere dager gått og irritert meg, ja, vært skikkelig sint på meg selv for at jeg ikke har gitt klart og tydelig beskjed. For å unngå flere slike runder med irritasjon og frustrasjon, har jeg derfor nå bestemt meg for at jeg heretter bare skal avbryte konsultasjonen straks temaet blir tatt opp.

En annen ting. Timen jeg hadde hos deg denne uke, var opprinnelig satt av fordi jeg ønsket å snakke om ryggen og andre ting som faktisk plager meg ganske mye til tider. I stedet ble all tiden brukt til andre ting. Det er selvsagt gledelig å høre at blodtrykket mitt er fint, likeså er det OK at du følger «standard prosedyre» med henvisning til de aktuelle spesialistene, men jeg ser fram til en konsultasjon

der vi kan snakke om ting som jeg, pasienten, er opptatt av.

Når leger bruker knep for å «skremme» pasientene inn på den smale sti – altså gir en fremstilling av maksimal lidelse fram mot en smertefull død hvis pasienten ikke straks konverterer til helsefanatismen, blir jeg skremt over de strømmingene i tiden som kan legitimerer slik «villedende veiledning».

KONKLUSJON:

- Jeg skal ta medisinen mine
- Jeg skal spise normal, sunn mat slik at jeg blir mett
- Jeg skal fortsette å røyke, omtrent samme mengde som de siste 20 årene
- Jeg skal gå turer, og ellers bruke kroppen, fordi det føles godt å bli litt fysisk sliten.

Til slutt vil jeg presisere at jeg har omtalt deg som «grundig, effektiv og menneskelig». Det står jeg ved. Men med dette brevet har jeg fått sagt noe som jeg trolig aldri hadde kommet mer enn halvveis i gang med under en (eller flere) konsultasjoner.

Tross mine kurs i kommunikasjon, veiledning, deltakelse i Filosofisk Poliklinikk, arbeid med kreftpasienter i livets sluttfase der menneskets subjektive opplevelse er i søkelyset, hadde jeg tråkket skikkelig uti salaten.

Jeg hadde kun vært opptatt av egen agenda. Alle hans signaler om andre tema, ble satt til side eller skjøvet fram i tid.

JEG SKREV TILBAKE:

Takk for velformulert og tydelig brev! Jeg ser at vi har krysset hverandre, kommunikasjonsmessig. Håper at vedlagte time kan passe for å snakke om rygg med mer.

Vi kom på talefot igjen. Heldigvis. Vi har snakket om magen, ryggen, tåen. Han har vært hos hjerte-lungespesialisten. Arb.EKG er normalt. Spirometri normal. Det nærmer seg tiden for å fornye årsreseptor.

Til ettertanke!

Eli Trefall



Atferdsendring i allmennpraksis

■ MORTEN DAG NILSEN *fastlege i Moss*

Jeg er en stor tilhenger av personlig frihet, og jeg liker ikke at andre skal fortelle meg hvordan jeg skal leve livet mitt. Dette er tanker jeg deler med de fleste mennesker. Ingen av oss ville ønske seg en verden hvor alle er like, og hvor helsetyranniet erstatter andre totalitære regimer.

Dette er viktig å ta med seg når vi gir råd til våre pasienter, spesielt fordi rådene har en tendens til å endre seg med noen få års mellomrom – det som er riktig i dag er kanskje helt galt om fem år.

Men noe vet vi. Vi vet at røyking er helseskadelig, og vi vet også at betydelig overvekt øker risikoen for å utvikle diabetes og hjertekarsykdommer. I jobben min som fastlege treffer jeg mennesker som er avhengig av å endre livsstil for å få det bedre. Vi snakker ikke her om kosmetiske forandringer, men om alvorlige sykdommer som KOLS og diabetes. Ofte er det, bokstavelig talt, livsviktig med en forandring. Det de selv kan gjøre vil hjelpe dem uendelig mye mer enn det både legemiddelindustrien og jeg vil kunne klare.

I årvis har jeg prøvd å få pasienter til å endre livsstil. Jeg har forsøkt forskjellige teknikker; de har fått snakke fritt - i hvert fall til en viss grad, de har kunnet reflektere over problemet og har selv trukket konklusjoner. Jeg har vært forståelsesfull, alvorlig, empatisk - et forsøkt begrep, lyttende, formanende og autoritær. Jeg har også benyttet skremselspropaganda og har distribuert brosjyrer fra diverse direktorater, institusjoner og firmaer. Dette har ikke ført til endring.

Nå er det selvsagt nærliggende å tenke at manglende endring kan ha noe med meg personlig å gjøre. I samtale med andre leger som jobber i allmennpraksis, har jeg imidlertid fått høre mye av det samme, og vi kan være enige om at det å få andre til å endre adferd er ikke lett! Er det så mulig å få det til? Av og til kan det være klokt å sette seg ned og tenke litt igjennom det man driver med, og det har jeg prøvd å gjøre.

Tar opp problemet

Jeg er ikke redd for å snakke om overvekt med pasientene mine. Hvis det gjøres på en respektfull måte vil de fleste sette pris på at jeg viser interesse og ønsker å hjelpe dem.

Ofte er overvekten knyttet til et medisinsk problem. Overvekten kan imidlertid også være en sterk medvirkende årsak til pasien-

tens sykdom eller symptomer, noe som gjør en slik tilnærming naturlig.

Når vi har begynt å snakke om problemet, og er blitt enige om at vi sammen skal forsøke å finne en måte å løse det på, trenger jeg noen redskaper - eller knep.

Hvordan går man frem?

KONKRET. Du må være konkret. Muntlige råd om å spise ofte og lite hjelper ikke.

PERSONLIG. Det nytter ikke å dytte brosjyrer, som er produsert i tusenvis av eksemplarer, i hånden på en pasient og tro at de blir lest eller at rådene blir fulgt. Det du sender med pasienten, må gjelde henne eller ham personlig.

FORPLIKTENDE. Det må ikke settes absolutte krav, men både pasienten og du må være enige om å treffes igjen, og at dere skal bruke tid til å løse dette sammen.

Informasjonen må være både skriftlig og muntlig.

Hva gjør jeg?

Når vi er enige om å forsøke å gjøre noe med vektproblemet, veier jeg pasienten. Deretter skriver jeg ut et kostholdsprogram som pasienten skal følge i fire uker. Programmet ligger under brevmaler i mitt datasystem, og når jeg printer det ut, står pasientens navn øverst, og jeg skriver under. Dette er svært viktig, for det viser at det gjelder denne spesielle pasienten, og at legen skriver under på en slags kontrakt om å forsøke å hjelpe.

Vi går igjennom programmet sammen slik at eventuelle uklarheter, matallergier og lignende kan kartlegges og besvares. Bruk av medikamenter og eventuelle endringer behandles selvsagt også. Pasienten får en ny time om fire uker mens hun/han er på kontoret hos oss. Ved neste kontroll veier jeg pasienten igjen. Vi diskuterer hvordan det har vært å leve på denne måten, og at det er bra at den første fasen endelig er over! Deretter introduserer jeg et nytt program som de fleste kan følge videre. Det settes så opp en ny time om fire til åtte uker, avhengig av grad av overvekt og behandlingsmål.

Disse pasientene bør følges regelmessig i minst ett år. Intervallene mellom kontrollene kan variere, men bør ikke overskride to til tre måneder. Underveis er det naturlig å endre på kostholdsplanene avhengig av pasientens

preferanser når det gjelder mat, og de resultater som oppnås.

Jeg har interessert meg for ernæring i mange år og har brukt min kunnskap og erfaring til å sette opp programmene. I kostholdsplan nummer én, har jeg unngått karbohydrater og fett i stor grad. Dette gjør at de fleste går ned relativt mye på kort tid, noe som er viktig for motivasjonen. Den første planen er ikke ment å skulle følges lenger enn fire til fem uker. Plan nummer to gir et mye mer variert kosthold og kan benyttes over lengre tid, men den kan - og bør - selvsagt også variere. En plan som er ment å vare, bør inneholde mye grønnsaker, komplekse karbohydrater, for eksempel havregryn, magre melkeprodukter, frukt, nøtter, egg, fisk og bare litt kjøtt.

En pasienthistorie

Denne pasienten har jeg fulgt tett siden 2008. Nå har det gått to år, og jeg synes resultatet er godt, til tross for at vekten fluktuerte noe.

MANN, 58 ÅR. Han har i mange år hatt hypertoni og har gjennomgått et hjerteinfarkt. Han startet på «kostprogram nr. 1» 21.05.2008. Vekten var da 106 kg. Da han kom tilbake, 18.06.2008, veide han 98,5 kg. Han skiftet deretter til «kostprogram nr. 2». Neste kontroll var 15.07.08, og han veide 97 kg. Han gikk daglig med og uten staver, og tempo økte etter hvert. Vekten ved de neste kontrollene var som følger; 28.08.2008: 94 kg og 02.12.2008: 93 kg. Vekt 2 år senere, 03.12.2010: 96 kg. Han har sluttet med ett BT-medikament og har ikke vært i så god form på mange år. Fortsetter med en tilpasset variant av «kostholdsplan nr. 2». Målet er nå å stabilisere vekten.

Avslutning

Jeg har ofte sittet igjen med en følelse av at det jeg har gjort ikke har spilt noen vesentlig rolle for mine pasienter. Derfor har det vært ekstra oppløftende både for dem og meg når vi sammen får til noe som virkelig monner. Det å hjelpe pasientene våre til å hjelpe seg selv er særdeles tilfredsstillende og viktig, og vi, med vår kunnskap om deres sykehistorie og bakgrunn, har en unik mulighet til å lykkes på dette vanskelige området. Håper dette kan inspirere dere til å forsøke!

Praksis – *det går an!*

Kostholdsplan nr. 1

Denne benyttes de første fire ukene. Kostholdet i de første fire ukene skal sørge for at resultatene kommer fort og at man venner seg av med å spise søtsaker. Det er forbausende mange som holder ut!

PLANEN:

- Du skal ikke spise poteter, brød eller andre kornprodukter, pasta, ris, melkeprodukter, frukt eller drikke alkohol på fire uker.
- Du kan spise: grønnsaker og salat – så mye du orker - fisk, kjøtt, egg og skalldyr
- Du må spise minst fire måltider per dag, og du kan godt spise fem, seks eller sju måltider. Den letteste måten å gjennomføre dette på, er å lage opp mye salat med noe du liker, for eksempel tunfisk og egg, kylling, biffstrimler eller svinekjøtt, og la salaten stå i kjøleskapet. Du henter så ut porsjoner.
- Til middag spiser du fisk eller kjøtt og grønnsaker. Viktig at grønnsakene ikke er for mye kokt. De kan godt være rå.
- Frokosten kan bestå av egg og skinke +tomater dersom tanken på salat så tidlig på dagen ikke er spesielt forlokkende.
- Du kan drikke vann, te eller kaffe. Ikke brus, heller ikke sukkerfri brus.
- Du skal gå eller sykle 20–30 minutter per dag. Du kan dele denne tiden opp i flere bolker, slik at du f.eks. kan gå 10 minutter to til tre ganger per dag.

Kostholdsplan nr. 2

Denne er ment å skulle vare en stund, og dersom den inneholder enkelte elementer som pasienten din ikke liker, får dere finne alternativ sammen. Det er imidlertid viktig at man spiser noe til frokost, og at det ikke skal spises karbohydrater om kvelden.

FROKOST:

Havregrøt med vann eller skummet melk, eller havregryn med skummet melk. Du kan ha kanel på, men ikke sukker. Du kan ev. ha på søtningstoff, men det er ofte lurt å la det være fordi dette kan øke lysten på søtsaker.

MELLOMMÅLTID:

frukt, helst eple, pære eller appelsin og ½ beger med Kesam eller Cottage cheese (velg de variantene som har minst fett)

LUNSJ:

To grove brødsiver med fisk, for eksempel makrell i tomat, mager ost eller magert kjøttpålegg. Obs! Kneipbrød er ikke grovt brød! Det er også viktig å unngå grovbrød som er tilsatt forskjellige former for sukker.

MIDDAG:

Fisk eller kjøtt med en potet, litt ris eller pasta og grønnsaker (litt kokt) eller salat.

KVELDSMÅLTID:

Salat med tunfisk og egg, kylling eller annen type kjøtt. Ikke brød ved siden av.

DRIKKE:

Du kan drikke vann, te eller kaffe. Forsøk å unngå sukkerholdige drikker. Dette gjelder også forskjellige typer fruktjuice som inneholder mye sukker.

MOSJON:

Du skal gå eller sykle, 30–40 minutter per dag. Du kan igjen dele tiden opp i kortere perioder





Sammenhenger.

Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis

Eli Berg

Sammenhenger.

Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis.

1. utgave 2010

Gyldendal Akademisk

188 sider

Denne boken kan jeg uten forbehold anbefale til alle leger som har hørt på pasienthistorier som ikke passer med det de hadde lært i medisinsbøkene.

Forfatteren er sikkert kjent for Utpostens leserne. Eli Berg var tidligere medredaktør i Utpostens «jenteredaksjon» fra 1988 til 1992, og har skrevet flere artikler for oss. Allerede i 1995 beskrev hun sitt vellykkede samarbeid med psykolog i konsultasjon med pasienten. Artikler som «Han gikk ned med Estonia» i 1998 eller «Hva var det med Hansen?» i 2001 satt igjen på dagsorden noen erfaringer om sykdom og medisinsk praksis som forfatteren gjorde seg i løpet av 25 år i allmennpraksis. Berg er nå ansatt som overlege på Senter for helsefremmende arbeid ved Akershus universitetssykehus, og er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

Eli Berg disputerte i Tromsø i 2004 med avhandlingen «Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege». Boken vi nå leser, bygger på de samme historiene fra hen-

nes tid som allmennpraktiker. De har ikke gått ut på dato. Tvert imot, når jeg leser dem, føler jeg at kartet hun beskriver stemmer med terrenget jeg beveger meg i sammen med mange av mine pasienter i dag. Det som gjør fortellingene annerledes, er at Eli Berg tør å ta utlittrekkeligheten hun føler på alvor, og bokstavelig talt vandrer sammen med noen av disse pasientene for å finne ut av sammenhenger mellom levd liv og helse; mellom biografi og biologi. Hvordan gir livserfaring og opplevelser tidligere i livet seg utslag i form av sykdom og helseplager?

Metoden Berg bruker for å komme videre er å vandre og tenke sammen med pasientene. Men en slik tilnærming passer ikke med vitenskap forstått som ren positivisme, og forfatteren sliter med å gjøre pasienten til et objekt som kan studeres. Problemet løses imidlertid i den andre og mer filosofiske delen av boken, hvor forfatteren skriver om fenomenologi (hvordan livet og pasientens historier fremtrer for oss fra et førstepersonsperspektiv) og hermeneutikk (fortolkning eller mening med det som skjer) som begrep for å utvide det vitenskapelige (objektive) perspektivet på det faglige møtet mellom pasient og lege.

Berg utvikler sine tanker rundt filosofen Emmanuel Levinas, som påstår at det er i mø-

tet med den andre at vi blir til den vi er. Hun mener at refleksjonene til Levinas kan overføres til lege-pasient forhold:

«I sårbarheten i den Andres ansikt blir jeg minnet om menneskets endelighet... Jeg blir altså utfordret til å ta ansvar for den Andres liv. I møtet går det an å si at jeg er sterk og andre svak. Men den Andre er herren og jeg er tjeneren hans.»

Fra disse og andre refleksjoner kommer Berg tilbake til erfaringene fra legepraksis og diskuterer viktige nøkkelord som tillit, likeverd, selvinnsikt, åpenhet, sårbarhet, selvhjelp, tid, refleksjon eller intuisjon.

Men sammenheng mellom liv og helse, biologi og det vi har opplevd, gir ikke bare mening fra et filosofisk perspektiv. Den får støtte fra senere forskning om genetik, psyko-nevro-immunologi og, blant annet, resultatene fra Kaiser Permanentes studier om konsekvenser av oppvekst i sykdom og død. Dette får vi konsist presentert i den tredje delen av boken. Står vi foran et paradigmeskifte i faget medisin hvis vi tar på alvor denne nye kunnskapen? – lurer forfatteren på. Hvis dette stemmer, må både legestudium og primærhelsetjeneste bli orientert i den retningen, utfordrer Eli Berg oss.

Esperanza Díaz

UTPOSTEN

- en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

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
rmrtove@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



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



C Ebixa "Lundbeck"

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

T TABLETTER, filmrøsjerte 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. Tablettene 10 mg inneholder 166 mg og har delestrek. **OPPLØSNING**, 5 mg/pumpestrykk: 1 pumpestrykk inneholder: Memantinhydroklorid 5 mg tilsv. memantin 4,16 mg, kalsiumsorbat [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 legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Fra 1. gang daglig uavhengig av måltider. 1 pumpestrykk = 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 pumpestrykk) daglig. Uke 2: 10 mg (2 pumpestrykk) daglig. Uke 3: 15 mg (3 pumpestrykk) daglig. Uke 4: 20 mg (4 pumpestrykk) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (4 pumpestrykk) daglig. Nedstatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedstatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedstatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-40 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 oppretteringsplan. Ved alvorlig nedstatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg /dag. Nedstatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedstatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedstatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDISASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfallet, eller pasienter som er preponert 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 tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. diuretiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenutraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsvinsinfeksjoner med Proxalin) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Oppløsningen bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom gir vanligvis å nedsette enen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner: I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med isomerytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakokinetisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmakonisasjoner. Redusert eksklusjon av hydroklorid eller kombinasjonspreparater med hydroklorid er mulig. Interaksjoner av økt risiko ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/FØDNING**: Overgang/plasenta: 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: Lijent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Anning fraføres under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hjerte/kar**: Hypertensjon. **Gastrointestinale**: Forstoppelse. **Hjerte/kar**: Hypertensjon. **Lufteveier**: Dyspne. **Neurologiske**: Svimmelhet. **Psykiske**: Somnolens. **Øvrige**: Hodpine. **Milde**: Hoppige. **Gastrointestinale**

Oppkast. **Hjerte/kar**: Hjertesvikt, ventrinbruste/brunnebolone, infeksjoner. **Soppinfeksjoner**: Neurologiske: Unormal gange. **Psykiske**: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. **Øvrige**: Tretthet. **Krampeanfallet** er rapportert svært sjelden. **Erkalt**: Utløser av psykotiske 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 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller økt dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magtarbeid (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oral fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synhallusinasjoner, krampeanfallet, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble rettsrettet. **Behandling**: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side 4. **EGENSKAPER**: **Klassifisering**: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme**: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon**: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. **Tmax**: Etter 3-8 timer. **vSteady state**=plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol/l) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding**: Ca. 45%. **Fordeling**: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid**: Memantin elimineres monoeksponert med terminal t1/2 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% gjernes som modersubstansen. **Hovedmetabolittene** er inaktive. **Utskillelse**: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: **Tabletter**: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (bøtter) 591,00. 10 mg: 30 stk. (bøtter) 516,30. 50 stk. (bøtter) 823,80. 100 stk. (bøtter) 1612,70. 20 mg: 28 stk. (bøtter) 932,80. 98 stk. (bøtter) 3177,30. **Oppløsning**: 50 ml (glassflaske med doseringspumpe) 826,30.

T. 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 startes av lege med nødvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. Diagnostiseringen av kognitive og globale funksjoner, samt funksjonsnivå skal gjøres i tråd med allment aksepterte retningslinjer (eksempelvis DSM-IV, ICD 10), før start av behandling. **Opplysninger** fra pasientens hovedomsorgsperson skal innhentes. Effekten av behandlingen skal tilsi at pasienten har nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal være av moderat til alvorlig karakter. Ved mistanke om opphør av effekt skal det gjennomføres prøvespønering. For pasienter med moderat Alzheimers demens ytes nlfusjon kun til pasienter som har prøvd minst en kolinerastrethemer med utskillelses effekt eller som ikke kan bruke kolinerastrethemer av tungtvindende medisinske grunner. Ikke i kombinasjon med kolinerastrethemer.

SIST ENDRET: 05.12.2010



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

www.lundbeck.no

