

# Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 4 - 2011 ◦ ÅRGANG 40

## INNHold:

- LEDER: 10 år med fastlegeordningen.  
AV TOM SUNDAR 1
- UTPOSTENS DOBBELTIME:  
Fastlege på sin hals.  
GUNNAR RAMSTAD INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG 2
- ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:  
Fastlegen – og helsen grunnstoffer.  
AV PER FUGELLI 7
- Fastlegeordningen  
– «Don't Think Twice, It's All Right»?  
AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN 10
- Fastlegeordningen – hva ville vi,  
hva ville myndighetene, og hvordan kom vi dit?  
AV HANS KRISTIAN BAKKE 14
- Tanker om allmennmedisinens fremtid.  
AV MARIT HERMANSEN OG GISLE ROKSUND 17
- ENQUETE: Fast, fastere, fastlege – vellykket 10-åring,  
men er det rom for endringer? 21
- Undervisningsfilm om medisinsk uforklarte plager  
og symptomer: Fra usikkerhet til mestring.  
PETER PRYTZ INTERVJUET AV STEFÁN HJÓRLEIFSSON 26
- Senfaserehabilitering av pasienter med ervervet  
hjerneskode – med hovedsakelig kognitiv svikt.  
AV ANDREAS SCHILLINGER OG KRISTIAN KOHN 28
- LESERBREV: Skattehjelpen  
AV STEIN TORVUND 30
- Medikamentell behandling  
av depresjoner i allmennpraksis.  
AV LARS TANUM 32
- Faste spalter 37



# 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 REDAKTORENE AV UTPOSTEN:

**Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no

**Esperanza Díaz**

Smoråshagen 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: Kristin O. Rutle

DESIGN/DMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS

07



Du finner Utposten på  
[www.utposten.no](http://www.utposten.no)

# 10 år med fastlegeordningen

Da fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001, var Norge det fjerde landet i Europa som fikk en slik formalisert ordning – etter Storbritannia, Nederland og Danmark. Befolkningens – og i særdeleshet svake pasientgruppers – behov for bedre tilgjengelighet til helsetjenester var den tungveiende politiske begrunnelsen for å etablere fastlegeordningen. Ordningen tydeliggjorde allmennlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester. Innføringen av pasientlister og «mannen i gata» tilhørighet til én lege, mens den enkelte allmennlege fikk oversikt over hvem man hadde ansvar for.

Listesystemet gav mange leger et etterlengtet verktøy som kunne brukes til å begrense egen praksis, regulere antall kurative arbeidsdager og organisere virksomheten slik at det kurative arbeidet kunne avgrensnes fra andre oppgaver. Fra et legerperspektiv var innføringen av fastlegeordningen skjellsettende fordi den skapte en ny strukturell plattform som bidro til å definere allmennlegenes kjerneoppgaver, hvilke tjenester man skulle tilby og hvilke oppgaver man skulle overlate til andre.

Etter få år kom evalueringer og innbyggerundersøkelser som viste at fastlegeordningen var en fornuftig systemendring. Både pasienter, leger og myndigheter gav ordningen god karakter som et egnet virkemiddel for å organisere allmennlegestjenesten. Evalueringene har konkludert med at befolkningen har fått bedre tilgang til medisinsk behandling og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Parallelt med fastlegeordningen er legedekningen blitt bedre. Stabiliteten blant fastlegene er høy, spesielt i sentrale strøk. Både pasienter og leger verdsetter kontinuitet. Ifølge Norges forskningsråds evaluering fra 2006, er kontinuiteten i lege-pasient-forholdet økende, særlig i utkantkommuner. Å ha en lege som kjenner meg, er det viktigste

kriteriet for folk når de skal velge fastlege. I dag har nesten 99 prosent av Norges befolkning en fastlege.

Utposten markerer 10-årsjubileet med flere artikler skrevet av sentrale allmennmedisinske aktører. Det handler om hvordan fastlegeordningen ble til, om prosessen og forhandlingene som førte frem til fastlegeavtalen, om hvordan ordningen ivaretar pasientenes behov for helsehjelp så vel som allmennmedisinske kjerneverdier, om dagens og morgendagens utfordringer i vår arbeidshverdag – og om hvor skoen trykker.

I sin drøfting av fastlegeordningens fødsel, skisserer Jan Emil Kristoffersen en tidslinje fra distriktslegeembetet og frem til vår tid. Quo vadis? spør Kristoffersen, som tegner et fremtidsscenario anno 2025 der fastlegen har en tydelig og koordinerende rolle i primærhelsetjenesten – både som pasientbehandler og faglig premissleverandør. Hans Kristian Bakke tar oss tilbake til årene før fastlegeordningen kom på plass, da han som foreningsleder var toneangivende i forhandlingsspillet rundt avtalen. Han reflekterer over ulike politiske agendaer, over troen på ulike virkemidler, over krav og motkrav. Men ikke bare det; hans essay handler først og fremst om viljen til å tenke løsningsorientert. Nettopp det er verdifull bagasje å ha med oss når vi staker ut fremtidens kurs.

Gisle Roksund og Marit Hermansen forankrer *faget* allmennmedisin i dagens primærhelsetjeneste og fastlegeordning. De peker på allmennlegenes eiendommelige rolle som *kunsthåndverkere* – leger som har anledning til å praktisere en langt mer personorientert medisin enn det man er i stand til å gjøre på spesialisthelsetjenestens teknokratiske arena. Denne dikotomien baner vei for ulike oppfatninger av hva som er viktig og hva som ikke er viktig – og dermed for potensielle konflikter

i synet på utøvelsen av faget allmennmedisin. Per Fugelli tar oss noen steg videre i medisinsk filosofisk retning, idet han argumenterer for at allmennmedisinen har et fortrinn når det gjelder å fremme «helsens fem grunnstoffer»: fravær av sykdom, verdighet, frihet, likevekt og helhet. «Allmennpraktikeren står for det motsatte av standardisering, nemlig personlig legekunst», poengterer Fugelli.

Elementer av tankegodset fra de nevnte forfatterne finner vi igjen i enqueten i dette nummeret. Seks leger reflekterer over fastlegerollen, over hva de verdsetter og hva som gjør dem frustrert. Den røde tråden i svarene er at dagens norske allmennlege trives best med en stor grad av autonomi: Vi er opptatt av å legge premissene for utformingen av faget og rammebetingelsene for vår virksomhet. Samtidig må vi være årvåkne mot å bli pålessert direktivstyrte og ofte mangelfullt begrunnede oppgaver som andre aktører mener vi skal løse, ved å presse enda mer inn i en allerede belastet arbeidshverdag.

«Fastlegen tar det», kommer det oss ofte for øre fra ulikt hold. Som fastleger må vi betakke oss for å havne i utilsiktede roller som saksbehandlere for NAV og offentlige instanser, sekretærer for spesialisthelsetjenesten eller risikojegere for kommersielle krefter i helsemarkedet. Vi vil verken være funksjonærer eller marionetter, men innta våre vaktposter og utposter ved å målbære fagets og fagetikkens røst og peke på konsekvenser av feilprioriteringer.

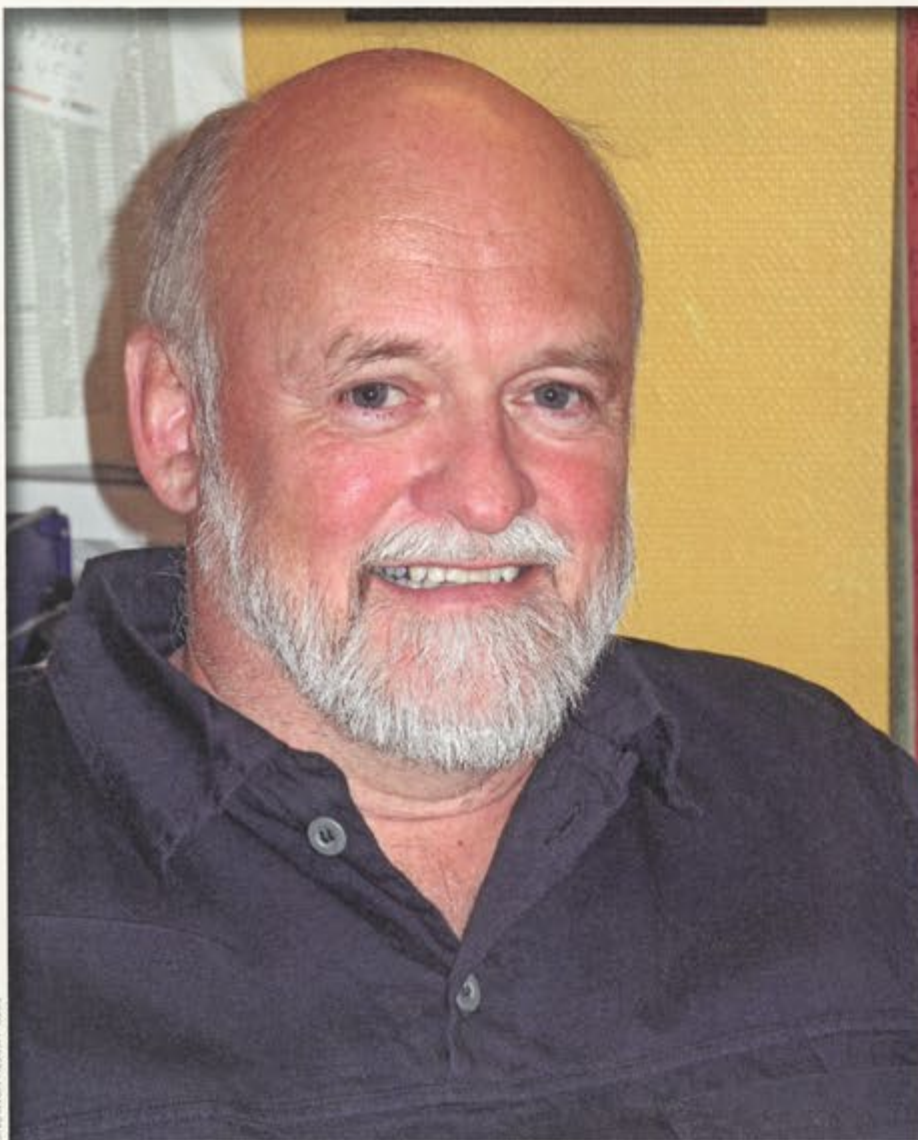
Samfunnet er tjent med tilfredse leger. Det innebærer mer enn å ha en god lønn. Det innebærer å ha mulighet til å følge pasienter over tid og tilstrekkelig frihet til å prioritere og gjennomføre oppgaver i arbeidshverdagen. Sist, men ikke minst: Det dreier seg om å bli hørt.

Tom Sundar

Utpostens  
dobbeltime

# Fastlege på sin hals

Gunnar Ramstad  
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG



Framsynt, engasjert og en retoriker av rang. Han har alltid en plan og arbeider oftest med en til, ikke ulikt Egon i Olsenbanden! Slik beskrives Gunnar Ramstad av folk som kjenner ham. Han har vært allmennlege i Fana i Bergen siden tidlig på 80-tallet og deltatt i fagforeningsarbeid nesten like lenge. Tidlig bestemte han seg for å bli allmennlege, han hadde ikke noe alternativ i hodet. Dagen etter fullført turnustjeneste spikret han opp et legeskilt på en provisorisk Moelven-brakke og startet opp.

Området som den gang var et landområde med spredte gårdsbruk og langsomt begynnende boligbygging har, som intervjuobjektet korrekt forutså, nå blitt en stor, levende bydel i Bergen.

– Jeg brukte den siste delen av turnus på å gjøre alt klart, forteller Ramstad. Dette var nøye planlagt, fordi den nye loven om kommunehelsetjenesten slo inn 1. januar 1984, slik at alle som rakk å etablere seg innen da, fikk lov til å starte egen praksis.

## *Frihet gir trivsel*

UTPOSTEN: Var det ikke tungt å begynne helt alene, undrer jeg?



Fana legekontor er i dag en travel fire-legepraksis med turnuskandidat i tillegg. I lokalene holder også Fana helsestasjon til. FOTO: LISBETH HOMLØNG

– Jeg tenkte ikke på det sånn. Det hadde ikke vært leger sør for Nesttun da, så jeg etablerte meg på jomfruelig grunn. Pasientpågangen var liten i starten, folk gikk ikke så mye til lege, men en del nysgjerrige piplet inn døren. En ringte og sa at nå når det har kommet lege i Fana, så kan vi begynne å gå til lege også, ler han hjertelig.

Han er likevel opptatt av forholdene unge leger etablerer seg under i dag og sier at man ikke må gjøre det tyngre enn nødvendig for disse. I Trondheim, for eksempel, gir man de unge nyetablerte legene tilgang til fastlønnede nattevakter på legevakten. Slik får de mulighet for inntjening mens de bygger opp sin egen praksis på dagtid. I Bergen mener han at kommunen nå må komme mer på banen for å tilrettelegge for etablering av nye 0-lister.

Godt humør og en positiv grunnholdning preger hele hans væremåte og hans engasjement for allmennpraksis som fag og arbeidsform oppleves som svært smittende. Han forteller om stor trivsel i hverdagen, selv om den kan være travel og hektisk.

– Jeg har tenkt, når skal jeg bli utslitt? Når skal jeg begynne å grue meg til å gå på jobben? Det har ikke vært et snev av det! Det er like kjekt å komme på jobb etter ferien, når det står et lass av brev, forespørsler og pasienter og venter, som ellers.

Han trekker fram friheten som sentral. Det å være sin egen herre. Man kan ta ferie når man vil, ansette den man vil, ta kurs når man ønsker. Og man skal ikke glemme, understreker han, at på undersøkelser på legetrivsel, så kommer allmennlegene svært godt ut.

– Takke meg til å måtte ringe en eller annen personalansvarlig i kommunen for å argumentere for at jeg skal en uke på jakt eller hva det nå er for noe, sier han engasjert!

### For fellesskapets beste

Som fagforeningsmann har Ramstad en imponerende lang karriere bak seg og han er fortsatt aktiv som leder av Hordaland legeforening, nå på sjette året. Han har vært medlem av Legeforeningens landsstyre siden tidenes morgen og er med i Nasjonal nemnd for omsetning av privat praksis. Han var nestleder i Aplf på slutten av 90-tallet og var sentral i arbeidet med å forhandle fram fastlegeordningen. Han var også lenge medlem av tariffutvalget som har ansvar for takstforhandlinger. Kolleger fra fagforeningshold beskriver ham som genuint interessert i dette arbeidet og hans framsynthet, erfaring og ikke minst hans retoriske evner gjør at det aldri er kjedelig å planlegge og gjennomføre forhandlinger sammen med Gunnar.

**UTPOSTEN:** Hva har drevet deg til å holde på så lenge?

– Jeg har likt det rett og slett, sier han konstant. Og jeg har fått resultater og avtaler på plass. Å få lagt til rette for kolleger oppleves som nyttig og meningsfylt.

**UTPOSTEN:** Du er jo kjent for å ha vært dyktig til å forhandle frem gode resultater?

– Ja, det er noen sanne resultat her og der som har vært bra opp gjennom årene. En viktig ting vil jeg poengtere: dersom man lurer motparten til å gå med på noe som de ikke visste pga din kunnskap eller innsikt, så får du det i trynet senere, hvis det viser seg at kommunen eller staten får uforholdsmessige store utgifter. Det gir en kortsiktig gevinst.

**UTPOSTEN:** Har det skjedd at du har gjort dette?

– Nei, men vi har nok hatt tariffforhandlinger om takstheftet der man har innført takster med svak begrunnelse som så ha eksplodert og gitt store utgifter for motparten, og da slår staten tilbake! F eks. hadde vi for noen år tilbake en dermatoskopitakst. Det norske folk har aldri blitt så hyppig forstørret i huden som den gangen. Det slo fullstendig feil ut. Og takst for fullstendig klinisk undersøkelse. Når man så på frekvensen av denne taksten, skulle man tro at hele det norske folk var slept gjennom en meget nitid og fullstendig nakenundersøkelse!

Som deltaker i takstforhandlinger i seks år kan han mye om dette. Han forteller at det handler om hvor mye man kan tøy og dra i en retning som gagnar kollegene. Dette er et spill. Og en utholdenhetsprøve. Den som holder ut lengst om natta, kan komme en tiendedel videre, og en tiendedel av to milliarder, det er penger. Sånn kan det bli ti millioner ekstra, hvis man bare holder ut litt til.

## Fastlegeordningens bakmann

Gunnar Ramstad var en av nøkkelpersonene i å utforme fastlegeordningen. Jeg ber ham fortelle om engasjementet rundt dette:

– Vi var jo ganske mange som startet å jobbe i allmennmedisin på første halvdel av 80-tallet. En stor del av korpset var i fastlønnede kommunelege II-stillinger. Særlig innenfor denne gruppen var det en frustrerende situasjon, det gav ikke den frihet og utvikling som ordningen var forespeilet å gi. Mange ønsket samtidig å nyorganisere allmennlegetjenesten. Vi som satt sentralt i Aplf fikk Legeforeningen med på at fastlegeordning skulle det bli. Vi evaluerte forsøksordningen på slutten av 90-tallet, samtidig samarbeidet vi tett med den danske legeföreningen, PLO, og brukte i tillegg ordningen i Danmark som et utgangspunkt. Dette arbei-

det pågikk i fem til seks år frem til 2001, vi jobbet intenst rundt dette temaet. Det vi fikk til, var bra, men vi visste at det ville bli behov for forbedringer. For eksempel måtte gjennomsnittlig listetak gradvis senkes etter hvert, fordi vi forutså at fastlegen med tiden ville bli navet som alt genereres rundt, og dermed ville arbeidsmengden øke.

**UTPOSTEN: Har det blitt slik som dere hadde tenkt?**

– Ja, jeg synes det. Fastlegeordningen har ført til mye av det vi håpet på: rekruttering til faget, utvikling til sunne gruppepraksiser. Og anstendige økonomiske rammer. Den mest slitomme endringen for meg har ikke vært selve fastlegeordningen, men stadig mer byråkratiske kontrollsystemer som slår innover oss.

**UTPOSTEN: I visse miljøer er det en tendens til at flere ønsker seg kommunale stillinger igjen, og særlig for de nyutdannede. Hva tenker du om det?**

– Jeg mener det kommer av dårlig kunnskap. Vi som opplevde de kommunale årene, er nokså bevisste på at vi aldri vil tilbake dit. Det er mye vanskeligere å få en inntektsutvikling når man konkurrerer med andre kommunalt ansatte. Man må ikke glemme hvilke problemer man hadde med kommunale stillinger så sent som på 90-tallet.

## På barrikadene for god praksisdrift

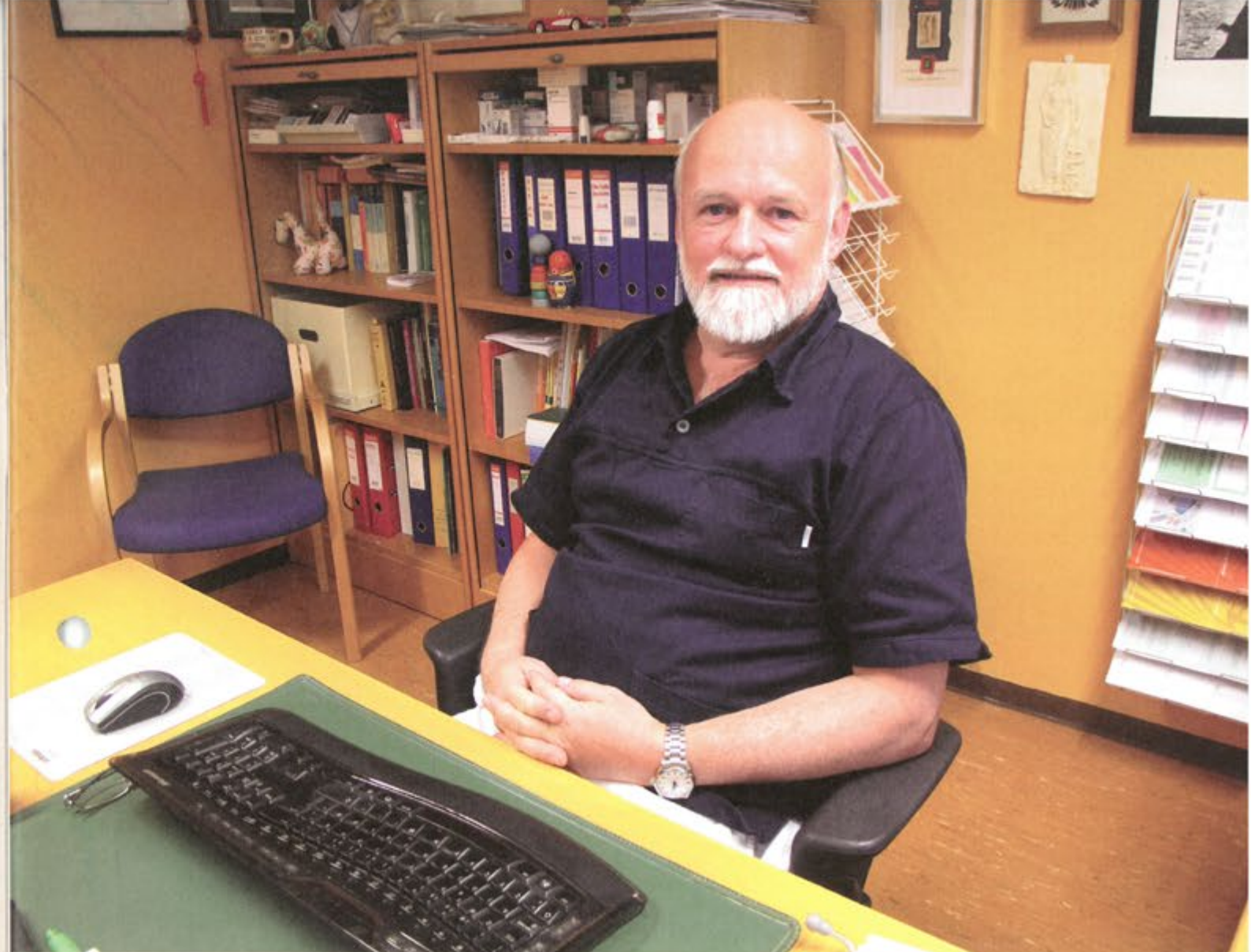
Mange leger er hovedsakelig opptatt av sitt medisinske fag og lar kanskje praksisdriften lide under dette, intervjuobjektet er derimot genuint og kontinuerlig opptatt av dette, både i egen praksis og på vegne av andre. Han forteller at han tidlig ble engasjert i temaet, som en naturlig følge av at han ble tillitsvalgt, først lokalt i Bergen, så i Aplf. Han ble interessert i avtaler rundt allmennpraksis og omsetning av praksis og han ser på dette som en vesentlig del av fagforeningsarbeidet, at medlemmene innretter seg fornuftig på sine arbeidsplasser.

– Vi må stille opp og fortelle allmennlegene at slik skal det være å være allmennlege på «Kveldssol legesenter». Avtaler forebygger at man begynner å gnage på hverandre, at noen går sure og leie. Jeg har fra starten av sittet i Nasjonal nemnd for omsetning av praksis, og du verden for en forskjell du ser i ryddighet når du kommer ut i en praksis. Noen har en kasse med bilag og ikke en ordning for noe, mens andre har en praktfull ordnet praksis. Så det er masse ugjørt på dette å få kollegene til å skjønne at man må lage ting ryddig og ordentlig.

For å skape trivsel, må den administrative byrden fordeles jevnt i et fellesskap, understreker han. Man må sette seg ned og fordele de ulike oppgavene.

Gunnar Ramstad – framsynt som han er – har for lengst reservert seg et gravsted, med begrunnelsen at utsikten var så fin! Her er Fana kirke. FOTO: LISBETH HOMLØNG





Her på intervjuobjektets kontor, hjemmekoselig og fylt med kunst og suvenirer fra inn- og utland. FOTO: LISBETH HOMLØNG

– Min kjepphest, er at det faglige ikke er noe problem, der det skorter er praktiske ferdigheter på å drive kontor, lage avtaler, skjele, skjønne driftsaspektet ved kontoret. «Går det å går det»-prinsippet er veldig utbredt. Ved vårt legesenter har vi dessuten lagt en veldig stor vekt på vårt administrasjonsverktøy: TIMEBOKA! Vi har et veldig bevisst forhold til den. Slik at vi nesten ikke har ventelister. At en populær lege skal ha fire ukers ventetid, er sludder! Har du det, så er det en ulempe både for lege og pasient. En annen ting; raushet. Millimeterrettferdighet og detaljstyring er ikke positivt!

**UTPOSTEN:** Faglig sett, er det noe spesielt du er interessert i?

– Nei, jeg har ikke hatt noe fordypningsgreie med diabetes eller muskel/skjelett. Jeg tar det som kommer. Men det er kanskje sånn at når åra går så får man mer trygghet på å snakke med folk om vanskelige ting. Med erfaringsgrunnlaget kan man tillate seg å mene og gi råd på en annen måte enn som ung lege. Vi har dessuten bevisst valgt å ha en god skadestue, så vi kan gjøre en del minorkirurgi. Jeg tror allmennlegene skal passe på å holde

på sitt repertoar. Og ikke henvise alt som skal gjøres til noen andre.

**UTPOSTEN:** I forhold til praksisomsetning er det mange som synes det er blitt for dyrt å etablere seg i dag. Jeg spør Ramstad hva han mener om dette?

– Jeg kan si det litt provoserende: Er du nyutdannet, har billån, huslån, kjæresten har gått fra deg, det er da du skal kjøpe deg en dyr praksis! Da har du inntekt fra dag en! Du kjøper deg kvalitet og inntekt. Du kan velge deg en stilling i kommunen og tjene 500 000, eller kjøpe praksis og doble inntekten. Det er en kortslutning mener jeg, å være bekymret for å kjøpe en praksis som bare koster deg en årsinntekt.

### Ringrev i bakrommet

**UTPOSTEN:** Mange snakker om Gunnar Ramstad som en som ikke har hatt de høyeste tillitsvervene, men en person i bakgrunnen, som har trukket i tråder og som kjenner mange og dermed har stor innflytelse. Jeg spør den erfarne fagforeningsmannen hva han tenker om det?

– Du kan si at jeg valgte bevisst ikke gå for lederskapet i Aplf da Hans Kristian Bakke gav seg. Jeg var fornøyd med å være nestleder i alle de årene. Jeg har hatt en del sanne posisjoner og har fått jobbe med det jeg er interessert i. Det er en egen type leger som orker det som følger med å være leder i sentrale deler av vår forening. Jeg har dessuten ikke følt at jeg måtte ta et ledende verv for å kunne komme frem med mine synspunkter.

Når det gjelder valgene av disse ledende personene har derimot Ramstad, i følge sikre kilder, vært sentral. Han er kjent for å like selve valgprosessene spesielt godt, det å medvirke i kulissene for at de antatt beste skal bli valgt til de viktigste tillitsvalgtposisjonene. «Hvem skal vi la bli president i Legeforeningen i år da du...?» er en humoristisk uttalelse intervjuobjektet er blitt sitert på. Selv innrømmer han gladelig at dette har vært engasjerende og at han har ment en del om hvem som til en hver tid er best egnet.

– Jeg mener det er legitimt å gi støtte, gå for noen på grunnlag av visse egenskaper. Dette har jeg med liv og lyst gått inni.

Ved forrige valg av AF-leider oppstod det likevel mye kritikk i etterkant. Det ble blant annet sagt at et «gubbevelde» dominerte foreningen. Ramstad selv sier at han synes dette var merkelig og kan ikke forstå at noen kunne se på forsamlingen som et gubbevelde. Han konkluderte med at et flertall av AF sin generalforsamling mente at Trond Egil Hansen ville bli en bedre leder av Allmennlegeforeningen enn Marte Walstad.

#### UTPOSTEN: Kunne du vært politiker?

– Det kunne jeg vært, men jeg har bevisst holdt meg unna, jeg har aldri våget å melde meg inn i noe politisk parti. Mange pasienter og andre har oppfordret meg, men der går en grense. Der tror jeg at det du blir utsatt for i foreningen er «peanuts» i forhold til det du må ofre i politikken.

#### UTPOSTEN: Men du har ved flere anledninger regissert og «kuppet» kommunevalg i Bergen for å få inn enkelte representanter i bystyret?

– I noen kommunevalg etter hverandre hadde jeg stor glede av dette, ja, humrer han. Jeg var engasjert i lokalmiljøet og samlet på venteværelset mitt en representant fra alle partiene som hadde plass i bystyret. Så sa jeg at det var viktig for utviklingen i Fana at vi var representert med egne kandidater. Det ble kumulert inn syv av «våre» representanter i kommunestyret hver gang. Det var tverrpolitisk, ingen var favorisert, og en geografisk del av byen ble styrket.

For ham er dette demokrati i praksis, men han medgir at det kanskje ikke gav de ønskede politiske resultatene.

#### Veteranbilentusiast

##### UTPOSTEN: Ellers da, utenom medisinen?

– Legejobben skal være et kjekt sted å være slik at man får muligheten til å leve et godt fritidsliv, mener jeg.

##### UTPOSTEN: Blir det fritid igjen?

– Jeg jobber ikke mer enn 40 timer i uken, da har jeg 128 timer igjen! Foreningen tar ikke så mye tid som man tror. Og det å dra på landsstyremøte og AF sin generalforsamling i Kristiansand nå i mai, det er på kanten til ferie det, utbryter han! Da treffer jeg alle de hyggelige menneskene og er med i debatten.

Han finner ellers glede i å feriere, i amerikansk og europeisk historie, jakt (rypejakta hver høst er hellig), han er Brann-supporter på sin hals og har kjøpt fast sete på stadion, i tillegg har han en stor interesse i veteranbiler. Han eier selv to biler, en Corvette 59-modell og en Jaguar e-type 69-modell. Han forteller om et godt miljø i veteranbilmiljøet. Det er

en allsidig gjeng med mennesker i alle aldre som er begeistret for alle typer biler.

Gleden over å få til ting, jeg som har vært en treneve når det gjelder mekanikk, men når man tar seg tid, når man kan skjønne en manual og får noe til å fungere. Dessuten er det en god avkobling fra jag og stress på kontoret.

#### Fastlegen i framtiden?

##### UTPOSTEN: Avslutningsvis, hva tenker du om framtiden for fastlegeordningen?

– Ordningen som skjelett håper jeg vil komme til å bestå i mange, mange år. Så håper jeg at den blir modifisert sånn at vi kan få stadig nye kolleger inn. De må komme drypende inn hele tiden, sakte, slik at vi får bygget ut de kontorene man skal ha. AF/Legeforeningen må være veldig bevisst og samarbeide med staten om hvordan de nye skal sluses inn slik at de får en god start og kan trives. For det er plass til mange nye. Alle lister skal ned, det kommer til å synke mot 1000, det er jeg helt sikker på. Si at vi er nesten 5000 allmennleger, tar du 100 pasienter i snitt

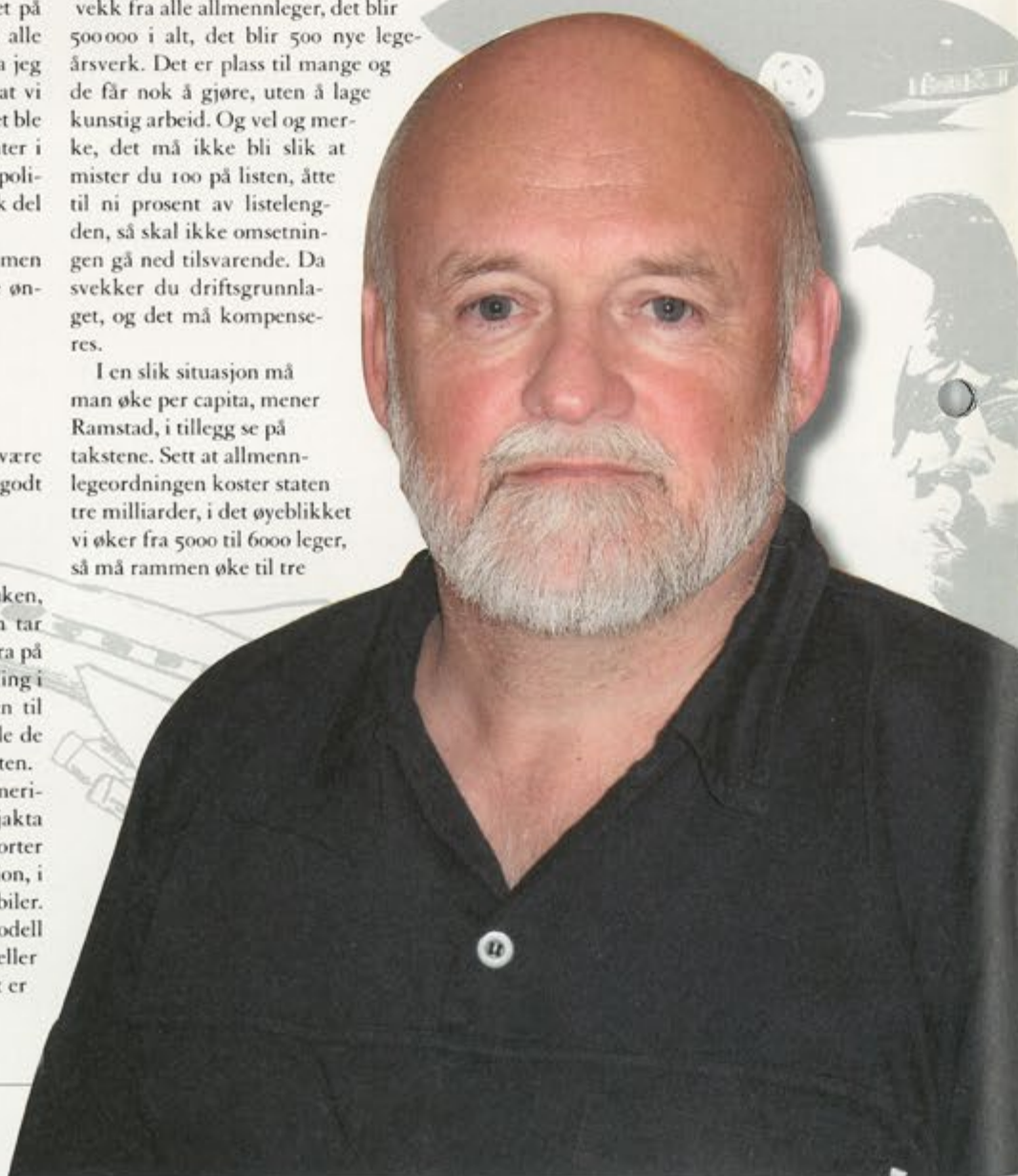
vekk fra alle allmennleger, det blir 500000 i alt, det blir 500 nye legeårsverk. Det er plass til mange og de får nok å gjøre, uten å lage kunstig arbeid. Og vel og merke, det må ikke bli slik at mister du 100 på listen, åtte til ni prosent av listelengden, så skal ikke omsetningen gå ned tilsvarende. Da svekker du driftsgrunnlaget, og det må kompenseres.

I en slik situasjon må man øke per capita, mener Ramstad, i tillegg se på takstene. Sett at allmennlegeordningen koster staten tre milliarder, i det øyeblikket vi øker fra 5000 til 6000 leger, så må rammen øke til tre

komma noe, sier han videre. Når man går fra 100 til 120 overleger på et sykehus, da øker den totale lønnsrammen. Det vil da aldri være noe krav til at man ved nye overlegestillinger, så må de andre spleise på lønna. Slik må det heller ikke bli på allmennlegesiden, understreker han.

Han ser fortsatt framover, den godeste Gunnar Ramstad, og han er ennå ikke mett, da hadde han trukket seg fra verv. Den erfarne fastlegen har sett på hvordan leger i mange andre deler av verden har det, og er veldig bevisst på hva han ikke vil ha. Den norske lege har det bra. Det er ikke uten grunn at det er en voldsom pågang av utenlandske leger som vil jobbe her.

– Det har blitt sånn fordi noen har gjort dette arbeidet i generasjoner. Da har vi også en forpliktelse til å vedlikeholde og ivareta. Jeg ville synes at det var trist dersom jeg trakk meg og tenkte at jeg i alle fall fikk med meg de beste årene i norsk allmennpraksis, avslutter han kontant.





## Allmennt medisinske utfordringer

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



# Fastlegen – og helsens grunnstoffer

■ PER FUGELLI professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo

Sammen med Benedicte Ingstad har jeg gjennomført en kvalitativ studie av folks forestillinger om helse (1). Vi har intervjuet 80 mennesker på fem ulike steder i landet, kvinner og menn, unge og gamle, friske og syke, fiskere og akademikere.

Som vi skrev i vår artikkel «Helsens grunnstoffer – og noen freidige spørsmål» i Utpostens julenummer i 2009, har vi kommet på sporet av at menneskets helse inneholder fem grunnstoffer:

- fravær av sykdom
- verdighet
- frihet
- likevekt
- helhet

Som en tiårgave til *Fastlegen* vil jeg i denne artikkelen sjekke moderne biomedisin og allmennt medisinen mot helsens grunnstoffer. Min hypotese er:

Den spesialiserte biomedisinen har et anlegg for å svekke helsens grunnstoffer, bortsett fra det første, mens allmennt medisinen har et anlegg for å fremme helsens grunnstoffer.

Nå, la oss vandre med freidig mot og teste disse påstandene.

### Fravær av sykdom

Fravær av sykdom er en sterk betingelse for helse i følge våre informanter:

«God helse – selvfølgelig det er å være uten sykdom», sier en.

Utsagnet klargjør medisinen misjon: Å helbrede den syke. Vi er djvelsk gode på det.



Medisinsk vitenskap gir oss stadig nye teknologier og enorm klinisk makt. Vi gjør livet bedre for millioner av mennesker hver dag, hver natt. Moderne biomedisin er et mektig prosjekt. Det representerer en enestående symbiose mellom intellektuell brillians, teknologisk raffinement og humanistiske verdier. All-

mennpraktikerne er stolte av å ta del i det universelle helseforetaket, kalt moderne biomedisin.

Men helse er ikke bare fravær av sykdom, sier våre folk. Helse krever også nærvær av positive verdier – biologiske, åndelige og sosiale. Størst av dem er antagelig:

### Verdighet

Verdighet er helsen grunnmur signaliserer meldingene fra «Helse på norsk»-studien. Da vi gjorde feltarbeid i Nordvær intervjuet presten de tre konfirmantene og spurte: «Hva er viktigst for at du skal ha det godt i livet?» De svarte i kor: «Å bli sett og godtatt som meg».

Hvordan reagerer medisinen med dette helsen grunnstoff kalt verdighet. Fremmer eller skader vi menneskenes verdighet? Moderne biomedisin danser i vitenskapens transe. Moderne medisin er forhekset av rasjonalitet. Moderne teknomedisin nærmer seg pasienten som en kroppslig ting. En eldre kvinne uttrykker denne følelsen av å bli gjort til et objekt med elegante ord:

«Når jeg går for å se legen min, føler jeg meg som et transportmedium som bærer med meg sykdommen til ham. Men jeg er ikke sykdommen min. Jeg er meg, et menneske på jorden.»

Verdigheten kan forvitte ytterligere når medisinen erstatter religionen som moralsk domstol. Gud er død, medisinen «ruler». I dag bor synd, skyld, renhet og verdighet i det medisinske hus, ikke i kirken. Tilgivelse eller fordommelse blir gitt av legen, ikke av presten. Medisinen designer ideelle normer for kropp og livsstil, sjeler og funksjonsevner. Mennesker som avviker fra medisinen normalitet blir offer for stigma, skam og anklage.

En videre trussel mot menneskets verdighet følger av at medisinen er låst i den epidemiologiske fellen. Resultater fra forskning på massen bringes til handling på en fullstendig annerledes enhet: Den unike, humane gåten kalt pasienten. Resultater fra det store N blir transplantert tilbake til originale meg. Det er en hasardiøs og tidvis katastrofal operasjon.

Allmennpraktikeren kan motvirke medisinen tyveri av verdighet, fordi allmennpraktikeren står for det motsatte av standardisering, nemlig personlig legekunst. Som doktor Rieux i Albert Camus roman *Pesten* har allmennpraktikeren oppdaget at «Det er mer blant menneskene å beundre enn å forakte». Allmennpraktikeren lagrer beundring for pasientens vilje til å leve, mestre og kjempe selv på randen av avgrunnen. Den kloke fastlegen gir pasienten «licence to live», som seg. Legens respekt bygger verdighet hos pasienten.

### Frihet

Frihet, å ha styringsrett over eget liv og egen framtid er helsen tredje grunnstoff. En kvinne i 60-årene forbinder helse med:

«Å våge å tro på deg selv, å gjøre dine egne valg i livet».

Hvordan forvalter medisinen denne fornemme helsekilden frihet? Det er en sterk overbevisning i medisinen om at «Vi vet hva som er best for pasienten». Til alle tider har helbrederne påstått å vite hva som er «Det Rette Liv» for deg. Medisinen mener det godt, men for pasienten kan resultatet bli undertrykking

Medisinen tar frihet og helse fra menneskene på enda en måte. Medisinen dømmer helsen til døden i fryktens fengsel. Beskyttelse, forebygging, strev, plikter og selvfornektelse preger helseopplysningen. Fortapt i risikoens ødemark er helse som glede, mot, mening og frihet til å drive eksperimenter i livet.

Allmennpraktikeren kan stå fram som medisinen frihetskjemper. Fordi allmenn-

praktikeren ikke kan gjøre annet enn å be-kjenne seg til demokratiet. Som nær-livet-lege for 1500 forskjellige mennesker har fastlegen lært å samarbeide med den eneste eksperten på meg, mitt liv, min verden, min fortid, min framtid, min helse: pasienten selv. Allmennpraktikeren vet at han har rett, fisken i Nordvær, som priser helse som en personlig eiendom:

«God helse, det kommer an på hvem du e, kor du bor og samfunnet rundt deg, – og først og fremst den personen du e. Der er ingen fellesnevner. Det som er godt for ein kan ikkje hjelpe to tusen».

### Likevekt

Likevekt er helsen grunnstoff i mange kulturer.

Våre informanter bekrefter denne medisinske visdom. En mann i 40-årene i Fjellbygd forbinder god helse med:

«Ja, at du er i harmoni, at du liker deg selv, har det bra med menneskene rundt deg, at livet ditt er i balanse».

For å oppnå harmoni må du tilpasse deg, mestre og tåle. Å finne balansen krever en pragmatisk, ikke en utopisk holdning til livet. For en gammel mann i Fjellbygd, krever helsen at

«Du er balansert og finner deg godt til rette. For å finne balansen må du tilpasse deg et liv i forandring».

Seneca, stoikeren, lærer oss at det er bare en vei til helse: Å forkaste forventningen om himmel på jorden og forelske seg i et liv med feil og plager. En kvinne i Småby lever etter Senecas prinsipp:

Det er nå 72 definerte spesialiteter og subspecialiteter i moderne biomedisin.

Det er etter den siste sykdomsklassifikasjon 22 117 diagnoser. ILLUSTRASJON: COLOURBOX.COM



«Vel, mannen min han er 71 nå. Han har hatt en bypass operasjon og høyt blodtrykk, men jeg vil ikke drømme om å si at han har dårlig helse. Og jeg selv brakk ryggen for ti år siden. Nå har jeg uføretrygd. Jeg våkner opp om natta med smerter, men jeg vil ikke si at helsen min er dårlig».

Våre informanter forventer ikke å være klo-ner av supermenn eller superkvinner. De forsoner seg med livet og helsen som en blanding av gleder og sorger, av velvære og smerte, av trygghet og frykt.

Kritikere anklager medisinen for å infisere menneskenes sinn med utopiske forventninger. Medisinen tilstreber null risiko. Følgelig forventer menneskene null risiko. Medisinen lover optimal fysisk, mentalt og sosialt velvære. Følgelig forventer menneskene å være bedre enn vel. Sykdomsskaping, ikke helbredelse, kan bli følgen av en hyperaktiv medisin. Det er en fare for at medisinen, ved å love for mye forebygging og for mye helbredelse, kan føre folk inn i medisinsk miserabelisme.

Her trenger vi fastlegene som kloke mellommenn og -kvinner. Dere er trenet i å bygge bro mellom idealhelsen på det medisinske parnasset og realhelsen der ute i den menneskelige jungel. Dere har spesialisert dere i å oversette den medisinske læreboken til livet på en ganske alminnelig onsdag. Allmennpraktikeren er nær-livet-legen. «*Nobody knows the trouble I have seen*», klager en negro spiritual. Det er galt. Fastlegen kjenner en del av ditt trøbbel, dine begrensninger, din frykt og hans eller hennes ydmyke mål er, sammen med deg, å gjøre den beste helsen mulig ut av det. Dere er reality-leger. Dere er alle kolleger, brødre og søstre i navnet av en helbreder jeg møtte i Afrika. Han kalte seg selv profes-

sor Goodenough. Allmennpraktikeren er mester i ufullkommenhet. Det er et modig mesterskap å holde. Hold fast på det, det burde kvalifisere for Nobelprisen i medisin.

### Helhet

Selve ordet helse kommer fra gammelnorsk heil som betyr å være hel eller gjøre hel. Informantene våre er enige i at helse er helhet. En kvinne i 30-årene, mor til to barn, formidler dette helhetsbilde av helse:

«God helse for meg, selvfølgelig tenker jeg på min egen helse, men som mor føler jeg at god helse for meg krever at ungene mine har det godt. Så hvis jeg håndterer ungene mine greit, har økonomi til den sunne maten jeg gjerne vil gi dem, har venner jeg trives med, det er god helse. Og i tillegg er god helse å ha en å le med og en å være glad i.»

Denne unge moren bekrefter gyldigheten i Piet Heins poetiske definisjon av helse:

«Health is not bought with the chemists' pills nor saved by the surgeons' knife.  
Health is not only the absence of ills but a fight for the fullness of life.»

Hvordan tilnærmer medisinen seg helse som helhet? Det er nå 72 definerte spesialiteter og subspecialiteter i moderne biomedisin. Det er etter den siste sykdomsklassifikasjon 22 117 diagnoser. Oppdelingen av menneskets legeme og sjel har vært medisinsens prinsipale metode siden Descartes startet for 400 år siden. Det har brakt store framskritt til delen, men på bekostningen av det hele. Moderne biomedisin er dobbelt blindet for sjelen og helheten (2).

Mange pasienter føler at de går i stykker når de møter den spesialiserte teknomedisinen. De opplever en slags dekonstruksjon. De savner en lege som kan gjenreise helse som et hele. De lengter etter dere, mestere i helhetsmedisin. Allmennpraktikerens arbeidsmåte er å diagnostisere og behandle en sykdom i et organ, i en kropp, i et menneske, i en familie, på en arbeidsplass, i et samfunn, i et miljø. Dette er fastlegens fornemste kompetanse, ikke bare i ti år, men til evig tid: Å få medisinen til å virke, innrammet av hele livet, til denne enestående pasienten, på denne merkelige onsdagen, på dette underlige stedet på jorden.

### LITTERATUR

Fugelli P, Ingstad B. «Helsens grunnstoffer – og noen freidige spørsmål», Utposten nr. 8 2009.

Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk. God helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.

Fugelli P. Døden, skal vi danse? Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

[per.fugelli@medisin.uio.no](mailto:per.fugelli@medisin.uio.no)

# Fastlegeordningen

## – «Don't Think Twice, It's All Right»?

■ JAN EMIL KRISTOFFERSEN spes. i allmennmedisin og overlege ved avdeling for samhandling, Ahus

Allmennmedisineren var frem til forrige århundreskifte den dominerende legefignur. Fra andre halvdel av det 19. århundre begynte imidlertid utviklingen mot legespesialiteter å gjøre seg gjeldende. Fra 1918 ble det stilt spesifikke kompetansekrav til legespesialister. Den teknologiske utvikling gjorde etter hvert spesialisthelsetjenesten helt dominerende både i ressurstilgang og antall leger. I dag utgjør fastlegene ca. 20 prosent av alle yrkesaktive leger i Norge.

Allikevel er legetjenesten i kommunene karakterisert som en hjørnestein i helsetjenesten i mange plandokumenter de siste 50 årene. Etter flere tiår med ensidig satsing på utbygging av sykehus kom det på 1960- og 70-tallet en økende nasjonal og internasjonal bevissthet om primærhelsetjenestens betydning. I 1977 formulerte Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt ambisiøse mål om *Helse for alle i år 2000*. Året etter arrangerte WHO en konferanse i Alma Ata med delegasjoner fra 134 land. Primærhelsetjenesten ble gjennom den berømte Alma Ata-deklarasjonen definert som hovedmiddelet for å nå målet om *helse for alle*. Det er allikevel grunn til å merke seg at deklarasjonen ikke eksplisitt nevnte allmennlegens sentrale rolle (1).

Også i Norge var det enighet om at man trengte en sterk primærhelsetjeneste. Allmennlegene var blitt tiltagende marginalisert i 1950- og 60-årene; en periode med en svær, men utvilsomt nødvendig vekst i sykehushelsetjenesten. Stadslege Hans Krag Sandberg (1906–93) skrev i *Tidsskriftet* i 1964:

«I det store skuespill *Samfunnet og legen* er det en tydelig tendens til at den praktiserende leges innflytelse stadig synker og hans rolle mer og mer blir statistens» (2).

Sandberg pekte på at primærlegens rolle stadig ble mer undergravet av myndighetenes beslutninger om for eksempel å kreve vurdering fra organspesialister ved spørsmål om uførhet, blå resepter osv.

Sandberg hadde solid bakgrunn for sine meninger, med en lang allmennlegekarriere og tunge tillitsverv i Legeforeningen bak seg. Som distriktslege hadde han sågar inngått lokal avtale om fastlegeordning med «pro capita-finansiering» med sin kommune. Det var før den britiske fastlegeordningen så dagens lys etter etableringen av NHS (National Health Service) i 1948. Sandberg beskrev sin private fastlegeordning i en artikkel i *Tidsskriftet* i 1950, hvor han også tok til orde for en økonomisk blandingsmodell med et årlig tilskudd per pasient og betydelig reduksjon av stykkpris (3).

### Legene tar grep, staten nøler

Mot slutten av 1960-tallet begynte en fortjenestefull innsats fra en rekke aktører å føre til resultater. Mange tidligere støttespillere for helsedirektør Karl Evang, ikke minst et frustrert distriktslegekorps, var skuffet over den ensidige satsingen på spesialistmedisinen og rettet i stedet interessen mot hva Legeforeningen kunne bidra med for å styrke de praktiserende legers rolle. Ting skjedde. Fond for legers videre- og etterutdanning ble etablert i 1967 ved avsetninger fra legenes honorarer over normaltariffen. Det første norske professoratet i allmennmedisin ble etablert i 1969 ved Universitetet i Oslo med økonomisk støtte fra Legeforeningen (4).

Lov om sykehus kom i 1969. Myndighetene så at denne loven måtte suppleres med et regelverk eller lov som sikret og regulerte helsetjenesten utenfor institusjonene. *Stortingsmelding nr. 85 (1970–71) Om helsetjenesten utenfor sykehus* var starten på en rekke utredninger, meldinger og odelstingsproposisjoner om en sterkere primærhelsetjeneste. På 1970-tallet skjedde det mye – også for faget allmennmedisin. I 1973 kom semispesialiteten «Almenpraktiker Dnlf» og i 1978 utkom heftet *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste* – også kjent som «Allmennpraktikernes lille grønne». Her ble grunnlaget for dagens allmennmedisin lagt. Tankene var i tråd med det som senere samme år kom til uttrykk i Alma Ata-deklarasjonen. Tanken om en fastlegeordning ble drøftet i det primærmedisinske fagmiljøet og kommunisert til myndighetene som en vei videre for allmennlege-tjenesten.

I 1984 ble *Lov om helsetjenesten i kommu-*

*nene* innført. Kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten. Formålsparagrafen var i tråd med Alma Ata-deklarasjonen. I 1985 fikk vi regelverket for spesialiteten i allmennmedisin.

I *St. meld. nr. 36 (1989–90). Røynslar med lova om helsetenesta i kommunane* ble det påpekt at allmennmedisinen – på det tidspunktet kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt i 1984 – var inne i en positiv utvikling. Man drøftet ulike tilknytningsformer (fastlønn og driftstilskuddsavtale) og hvordan tjenesten skulle organiseres, herunder hvordan staten skulle få bedre kontroll med de totale kostnadene i helsetjenesten. Departementet mente det var grunnlag for å prøve ut et listepasient-system slik de allmennmedisinske fagmiljøene selv hadde tatt til orde for. Da Stortinget behandlet meldingen, understreket man særlig svake gruppers behov for en fast lege. Departementet ble pålagt å gjennomføre en prøveordning for et listepasientssystem.

I 1991 vedtok Stortinget å gå i gang med et forsøk på listepasientssystem i kommunehelsetjenesten. Forsøket startet i mai 1993 og varte i tre år. Formålet var å undersøke hvordan en ordning med fast lege, basert på et listesystem, ville fungere for brukerne, legene, legenes samarbeidspartnere og kommunen. Videre skulle man avklare finansieringen og innhente kunnskaper for å fastslå hvorvidt en fastlegeordning burde innføres i Norge.

Svein Steinert, prosjektleder for fastlegeforsøket i Tromsø, påpekte at en fastlegeordning ville bidra til å definere allmennlegens kjerneoppgaver (5). «Fastlegeordningen tydeliggjør allmennlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester. Den avgrensar det kurative legearbeidet fra andre legeoppgaver. Kontinuerlig vurdering av kjerneoppgavene er nødvendig for å vite hvilke tjenester vi bør tilby pasientene, og hvilke oppgaver vi skal overlata til andre. Dette vil forhindre at den allmennmedisinske botten blir for full.»

Det må sies å være profetiske ord fra en som kjente fastlegeforsøket og så hvilke utfordringer vi i dag – 10 år etter – i stor grad fortsatt står med!

I *Stortingsmelding nr. 23 (1996–97). Trygghet og ansvarlighet* ble problemene med for svake bånd mellom lege og pasient reist som hovedkritikk mot den eksisterende primærlegetjenesten. Det ble hevdet at folk ikke visste hvil-



Fastlegeordningen har styrket allmennlegetjenesten. En evaluering i regi av Norges Forskningsråd viser at ordningen fungerer i tråd med intensjonene. Befolkningen og brukerne er fornøyd, ifølge en rekke spørreundersøkelser. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

ken lege de hadde, og at legene ikke visste hvilke pasienter de egentlig hadde ansvaret for. Stortingsmeldingen kom før fastlegeforsøket i de fire kommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes var ferdig evaluert, og fremkalte negative reaksjoner hos mange allmennleger. Den tok til orde for en fastlegerolle med altomfattende pasientansvar, men med begrenset kontroll over rammebetingelsene for å fylle ansvaret. Denne stortingsmeldingen bar preg av mangelfull utredning. Staten tapte mye av legenes støtte i arbeidet med en fastlegeordning og måtte gi en rekke konsesjoner for å komme i mål med prosessen.

### Fra fri etablering til kommunal styring

Før kommunehelsetjenesteloven kom, var allmennpraksis i stor grad uregulert. Foruten allmennpraktikerne fantes det en distrikts- eller stadslege i alle kommuner. De var ofte «kobileger» som drev kurativ praksis ved siden av sine offentlige legeoppgaver.

Bakgrunnen for kommunehelsetjenesteloven var blant annet problemene med rekrutteringen til allmennlegetjenesten, særlig i Utkant-Norge. Det var også et sterkt politisk ønske om å finne systemer for etablerings- og kostnadskontroll. Troen på nærmedokrati, kommunalt selvstyre og politisk styring av helsetjenester var på et historisk høydepunkt, og staten hadde for lengst forstått at kostnader til helsetjenester måtte begrenses med po-

litiske virkemidler etter hvert som den teknologiske utviklingen gav økte muligheter for diagnostikk og behandling. Etter at loven ble satt ut i livet i 1984, kom det en meget begrenset økning av legeårsverk i kommunene. I tiden 1985–88 var denne økningen på godt og vel ti prosent. I ettertid må man kunne konstatere at intensjonene om å styrke legetjenesten i distriktene ved å gi kommunene et ansvar for organisering ikke slo til.

### «High noon» for fastlønn

I og med denne reformen fikk man to former for organisering av allmennlegetjenesten: såkalte fastlønnsstillinger og privat praksis. Legene i privat praksis fikk et driftstilskudd som utgjorde ca. 40 prosent av inntekten, mens 60 prosent kom fra pasientenes egenandeler samt sterkt reduserte trygderefusjoner. Kommuner som satset på fastlønnede leger fikk overført et såkalt fastlønnsstilskudd. Frem til begynnelsen av 1990-årene økte allikevel antall fastlønnede stillinger, til godt og vel 40 prosent på det meste.

Det viste seg at kommunenes evne og vilje til å tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår ikke var tilstrekkelig. Utover i 1980-årene ble det klart at det å drive allmennmedisin av god kvalitet var stadig vanskeligere i kommunale stillinger, spesielt i deler av landet hvor tilgangen til leger var god og kommunene ikke trengte å anstrenge

seg for å rekruttere. Den rivende utviklingen innen utvikling av laboratorieutstyr og data-systemer ble ledet an av allmennleger med driftstilskudd, mens de kommunale allmennlegene i stor grad sakk akterut pga. tunge beslutningsprosesser og svak økonomi i kommunene. Fra slutten av 80-tallet valgte mange kommuner, i samråd med sine leger, å gå over til driftstilskuddsbasert virksomhet.

Et flertall av mindre utkantkommuner satset på fast lønn – men mange av disse har senere valgt å organisere allmennlegetjenesten basert på avtaler med næringsdrivende leger. I 2009 var andelen fastleger på fastlønn ca. sju prosent. Halvparten av de gjenværende fastlønnsleger har provisjonsordninger i form av for eksempel å beholde deler av egenandelsinntjeningen.

### Innføringen av fastlegeordningen i 2001

1. juni 2001 ble fastlegeordningen innført. Mange av legene i de fire forsøkskommunene, spesielt Tromsø, hadde vært fastlønnede. Den sterkt bedrede tilgjengelighet man fant i evalueringen må tilskrives en kombinasjon av selve listemodellen og effekten av å privatisere tidligere kommunale allmennlegekontorer med lav stabilitet og tjenesteproduksjon.

Hovedfokuset var å oppnå en tilgjengelig kurativ legepraksis med muligheter for legen å få bedre oversikt over egen pasientpopula-

sjon, for derved å skape mer tilgjengelige og bedre tjenester for pasientene. Fastlegeordningen skulle bidra til å samle informasjon og kunnskap om pasienten hos en fast koordinator. Målet var å styrke legetjenestene til befolkningen i kommunene. I Fastlegeforskriften §1 står formålet uttrykt:

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

## Evaluering av fastlegeordningen

Med fastlegeordningen ble allmennlegetjenesten betydelig styrket. I årene 2001–05 ble det gjennomført en større evaluering av fastlegeordningen i regi av Norges forskningsråd (6). Evalueringen viste at ordningen fungerte godt og i tråd med intensjonene. Befolkningen og brukerne var også godt fornøyd, ifølge flere spørreundersøkelser.

De viktigste kritikkpunktene i evalueringen dreide seg om fortsatt manglende legedekning i enkelte distriktskommuner og manglende kapasitet og tilgjengelighet. Det er heller ikke gjennomført en styrking av kommunal legevakt, noe som ble ansett som vesentlig for rekruttering til – og kapasiteten i – fastlegeordningen. I rapporten ble det også pekt på at ordningen legger et godt grunnlag for offentlig legearbeid i kommunene, men at dette potensialet ikke er blitt godt nok utnyttet av kommunene.

Evalueringen viste at de fleste fastleger har meget god tilgjengelighet overfor populasjonen ved at ca. halvparten av kontaktene håndteres samme dag som de er generert. Sett hen til situasjonen før 2001 innebærer dette at en av hovedutfordringene, tilgjengelighet til allmennlegen, langt på vei er løst.

## Effektivitet og kontinuitet?

I kommunehelsetjenesten skiller fastlegens tilbud seg fra alle andre tjenester gjennom særlig høy tilgjengelighet og fleksibilitet. God incentivstyring gjør det mulig for samfunnet å målrette allmennlegens portnerrolle slik at flere tjenester kan tilbys på et rimeligere omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Dette forutsetter tilstrekkelig kapasitet i tjenestene og vilje fra legene til å yte rettidig service i en travelt hverdag. Helsedirektoratet skriver i sin utviklingstrekkrapport for 2008 at «der hvor kapasitet i legetjenesten i kommunen svikter fører det til kvalitetsproblemer i hele helsetjenesten.»

Fastlegens arbeidsform er sterkt knyttet til personlig ansvar for drift av virksomheten og

for behandlingstilbudet. Den personlige relasjonen og den terapeutiske alliansen som bygges på kjennskap og tillit er et sterkt virkemiddel for å levere helsetjenester av høy kvalitet.

Fastlegereformen viser med all tydelighet at valg av riktige virkemidler kan gi ønskede resultater og virkning i løpet av kort tid. Fire forhold kan nevnes som grunnlaget for måloppnåelsen. Reformen var basert på:

- Solide utredninger, analyser og utprøvinger i forkant
- Klare og forståelige målbeskrivelser
- Tett samarbeid mellom aktører og bruk av avtaleverk i kombinasjon med lovverk og finansiering som understøtter ordningen
- At utøverne og aktørene fikk eierskap til ordningen

## Fastlønn eller næringsdrift?

Om den praktiserende lege skulle være ansatt eller næringsdrivende var gjenstand for drøftinger i Stortinget helt fra *Lov om Læger* ble vedtatt i 1912. Stortingsmeldinger og proposisjoner knyttet til samhandlingsreformen bekrefter at temaet fortsatt ikke er utdebattert, men snarere er en utømmelig kilde til nye omkamper.

Flere arbeider fra Stiftelse for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse på 1980-tallet (Gjerberg, Buxrud et al) tydet mer på at individuell stil var viktigere enn avlønningsmodell i forhold til allmennlegers arbeidsform. Per Wium presenterte en oversikt over erfaringen med kommunalt ansatte allmennpraktikere i Oslo i 1988 (7), hvor denne ordningen hadde vært utviklet gjennom 15 år. Wium beskriver bydelslegetjenesten i Oslo som kostbar sammenliknet med privatpraksis. Han understreker at det ikke er dokumentert at bydelslegene tar seg av de mest krevende pasientene. Videre fant man betydelig gjennomtrekk i stillingene og herav følgende dårlig kvalitet på tjenestene samt misstrivsel hos øvrige ansatte ved sentrene.

I samme nummeret av *Tidsskriftet* har Dag Brekke en gjennomgang av allmennpraksis i offentlig regi (8). Han konkluderer med at allmennpraktikere ansatt på fast lønn, som i 1988 utgjorde 30–40 prosent av allmennlegene, hadde følgende karakteristika:

Fastlønnede leger bruker mindre andeler av arbeidstiden sin til kurativ praksis. De behandler færre pasienter pr tidsenhet og bruker laboratoriet mindre. Det er uvisst om de er mer tilgjengelig ovenfor barn, eldre eller innenfor medisinsk attføring. Kanskje gjør de flere sykebesøk på dagtid.

Disse erfaringene var viktige for valget av driftsform i fastlegeordningen. Med svikten-de kapasitet, øket etterspørsel etter legetjenes-

ter og behov for å styrke allmennlegetjenesten, ble det ansett som nødvendig å velge den driftsformen som gav høy effektivitet.

Det er blitt oppfattet som en styrke at vi i Norge opprettholder alternative måter å finansiere allmennlegetjenesten på, slik at flere modeller får utvikle seg parallelt. Siden alle finansieringsordninger har svake og sterke sider og mulighet for uheldige vridningseffekter, burde det være partssammensatte dynamiske prosesser som hele tiden bidrar til mer kunnskap og utvikling av ordningene, slik som forskrifts- og avtaleverket for fastlegeordningen la til rette for – men som i beskjeden grad har vært fulgt opp av departementet og Helsedirektoratet.

## Fastlegen – folkets tjener eller statens visergutt?

I forarbeidene til fastlegeordningen (Ot prp nr. 99, 1998–99) står det:

Den mest kritiske faktoren er tilstrekkelig tilgang på leger til primærhelsetjenesten generelt. Det vil ta tid før legemarkedet er tilfredsstillende i balanse.

Det ble oppnådd en viss styrking av allmennlegetjenesten i 2001–03, men kapasiteten har etter dette ikke økt i takt med pålegg om nye oppgaver knyttet til administrasjon og kontroll, styrkede pasientrettigheter og økt oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Stadig nye pålegg begrunnet med dokumentasjon og kontrolloppgaver har i hovedsak ikke vært konsekvensutredet før de er blitt gjennomført. Mange kolleger advarte før innføringen av fastlegeordningen om at en allmennlegetjeneste hvor både «teller og nevner» kan registreres, ville være en uimotståelig fristelse for offentlig kontrolliver. Dens skepsis har dessverre ikke vist seg uberettiget. Staten har dynget på med nye forvaltnings-, kontroll- og samhandlingsoppgaver uten å gjøre kapasitetsvurderinger. For den enkelte lege er hverdagen i økende grad preget av at sykdom forvaltes på vegne av samfunnets økonomiske interesser og med stadig mindre tid til behandling av den enkelte syke.

I den alltid så gode hensikt å skape kostnadseffektive tjenester og å forhindre trygdesvindler er taushetsplikten perforert til et nivå hvor dens bærende strukturer vakler, mens de moderne helseteknokrater slettes ikke er bekymret. Det ikke lenger lett for legen å se sin pasient inn i øyene og si: *Du kan trygt fortelle meg alt, det blir hos meg.*

## Quo Vadis fastlegeordning?

Interessen for allmennlegetjenester er stor i vår del av verden for tiden. Den som tar mål av seg å forstå hvilke veivalg som bør gjøres i



Evalueringer viser at fastlegeordningen har gitt befolkningen bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

årene fremover gjør lurt i å skue utover den norske andedam. I en periode hvor kostnadskontroll og tjenestekvalitet til en stadig eldre befolkning står høyt på dagsorden i hele Europa, er det skuffende å se at våre helsemyndigheter er så lite offensive når fastlegens rolle i fremtidens kommunehelsetjeneste beskrives i arbeidet med samhandlingsreformen.

I Storbritannia, som nå har hatt fastlegeordning i over 60 år, er det nylig publisert en omfattende rapport fra den tradisjonsrike tenketanken *The Kings Fund*. Man kan være enig eller uenig i dens vurderinger og konklusjoner, men det er lett å kjenne igjen norsk allmennpraksis i mye av det som beskrives. Når man betegner allmennpraksis som «still too much of a cottage industry» (9), nikker jeg energisk. Selv om kvaliteten i tjenesteleveransen i hovedsak er god i Norge, har vi noen sentrale utfordringer:

- Vi har ikke klart å utvikle gode kvalitetsindikatorer som den enkelte lege og virksomhet kan bruke for sammenligne seg med andre eller med seg selv over tid.
- Vi kan allikevel være helt sikre på at det er for stor variasjon i både tilgjengelighet og kompetanse når vi ikke engang har nasjonale retningslinjer for infrastruktur og medisinsk-teknisk standard for allmennlegevirksomheter.
- Vi har ikke et obligatorisk spesialistkrav og ikke en attraktiv og strukturert spesialistutdannelse, og det satses for lite på utdanning av våre medarbeidere.
- Vi har ingen tradisjon eller verktøy som understøtter transparens og brukermedvirkning.
- Allmennmedisinen er kraftig underfinansiert. Et akseptabelt personlig inntektsnivå og et tilstrekkelig investerings- og utviklingsnivå må bli mulig å kombinere.

- Den elektroniske samhandlingen utvikler seg som lus på en tjærekost og er en alvorlig hemsko for en vellykket styrking av helhetlige pasientforløp.

### **Ikke et problembarn – men et fantastisk utgangspunkt**

Jeg har en drøm om fremtidens fastlegevirksomhet – antagelig er vi i år 2025: Et tverrfaglig helsesenter organisert som et selvciet aksjeselskap med avtale om totalleveranse til en eller flere kommuner. Her arbeider allmennlegespesialister og utdanningsleger sammen med helsesøstre, jordmødre, hjemmesykepleiere, psykologer, diabetes-, astma- og hjertesviktsykepleiere og fysioterapeuter. Alle har personlig resultatbasert inntekt og jobber i team rundt pasientene. Hver helsesøster arbeider med barn og unge på to fastlegers liste i stedet for i dag med barn på ti eller 30 fastlegers liste. Helsesenteret er åpent syv dager i uken fra kl. 8–22 mens AMK er eneste vaktlag på natt, men med allmennlege i bakvakt der reiseavstandene er store.

Tidligere tiders ideer om faglig svake og legeløse kommunale «familiens hus» er for lengst forlatt fordi man gjennom kloke nasjonale forsøksordninger forstod at alle aktørene måtte med, og at medisinsk kompetanse med tilstrekkelig kvalitet var et *sine qua non* for at kommunene skulle kunne ta på seg de nye rollene som samhandlingsreformen krevde. Etter noen år med famling i kjølvannet av innføringen av ny helse- og omsorgslov fra 2012, bygger man nå på avtalebasert tverrfaglig næringsdrift med et velutviklet kvalitetsstyringssystem som forvaltes lokalt av erfarne leger som er gått ut av klinisk allmennmedisin og inn i nye roller som ledere og kon-

traksforvaltere på vegne av Kommune-Norge.

I 2025 er jeg for lengst blitt pensjonist; jeg er bruker av mitt lokale helsesenter, hvor jeg også er en oppgående men tidvis litt plagsom brukerrepresentant i styret. Min fastlege kjenner meg godt, men har delegert mye av rutineoppfølgingen av mine helseplager og piller til nisjekompetente medarbeidere. Etter at åpningstidene ble utvidet for sju år siden har jeg ikke trengt å kontakte andre enn mitt eget helsesenter, annet enn for å få høreapparat og å få byttet ut min grå stør med det nyeste innen akryllinser. Som pensjonist er jeg stolt og takknemlig over å ha fått være med på reisen frem til 2025. Som pasient vil jeg nemlig ikke møtes med «husflid», men med oppdatert kunnskap og teknologi hos behandlere som kjenner – nettopp meg!

#### REFERANSER

1. Roksund G. 30 år siden Alma Ata-deklarasjonen... Utposten 2008; nr. 1: 14–18.
2. Schiøtz A. Doktoren – Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax forlag, 2003.
3. Sandberg HK. Er vårt betalingssystem i pakt med tiden? Tidsskr Nor Lægeforen 1950; 144–149.
4. Sundar T. Læremesteren. Intervju med Christian Borchgrevink. Utposten 2011; nr. 1: 2–5.
5. Steinert S. Fastlegeordningen nærmer seg – er du forberedt? Utposten 2000; nr. 2: 20–24.
6. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Oslo: Norges forskningsråd, 2006.
7. Wiium P. Oslo-modellen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; nr. 29 B: 2605–8.
8. Brekke D. Allmennpraksis i offentlig regi. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; nr. 29 B: 2598–2601.
9. Improving the quality of care in general practice. The Kings fund, 2011.

jan.emil.kristoffersen@ahus.no

Fastlege Hans Kristian Bakke (f. 1961) var president i Legeforeningen i 2001–05. Under fastlegeforhandlingene i 2000 var han leder for Alment praktiserende lægers forening (ApLf). I denne kronikken reflekterer han rundt forhandlingsprosessen som førte frem til dagens fastlegeordning. Som ApLf-leder var Bakke den som frontet ApLfs og Legeforeningens synspunkter, sammen med daværende president i Dnlf, Hans Petter Aarseth. I denne artikkelen tegner Hans Kristian Bakke det politiske bakteppet for fastlegeforhandlingene, slik han ser det. Han peker på ulike sider av forhandlingsscenarioet samt de ulike aktørenes agendaer. Selvopplevd, men velopplevd.



# Fastlegeordningen

*– hva ville vi, hva ville myndighetene, og hvordan kom vi dit?*

■ HANS KRISTIAN BAKKE spes. i allmennmedisin, dr.med. og fastlege i Bergen

Den allmennmedisinske politiske dagsorden på 1990-tallet var sterkt preget av én sak: fastlegeordningen. Eller det som allmennlegene omtalte som «en eventuell fastlegeordning». Det var mange politikere som mislikte den beskrivelsen – Stortinget hadde jo vitterlig vedtatt at Norge skulle få en fastlegeordning. Allmennlegene og Alment praktiserende lægers forening (ApLf) var på sin side klare på at en fastlegeordning ikke kunne etableres uten legenes tilslutning. De formelle forhandlingene begynte 5. april 2000 og ble avsluttet 25. september 2000. Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001.

Etter reformen i 1984, da kommunene fikk ansvaret for allmennelegjetjenesten, ble det raskt klart at modellen ikke klarte å levere det tilbud folk hadde krav på, og den minnet stadig mindre om vårt KOPF-ideal – med mange vakanser og vikarstafetter, og for få stillinger og hjemler. Rekrutteringen var svært dårlig. Samtidig økte antall allmennleger uten avtale. Attraktive kommuner uten plagsom moral og ideologi spekulerte hensynsløst i avtaleløs etablering for å slippe driftstilskuddsutgiftene. Allmennlegene ønsket seg i stadig sterkere grad tilbake til den tiden da pengene fulgte pasienten uten kommunal innblanding og konfiskering.

## Kamp for rammebetingelser

Erfaringene etter innføring av kommunehelsetjenesteloven og de signaler som kom fra myndighetene om hvordan man så for seg at en fastlegeordning skulle fremstå, førte til en betydelig skepsis blant allmennlegene. At denne skepsisen kom klart til uttrykk viste seg svært hensiktsmessig og nødvendig for ApLf i forhandlingene med motpartene; staten og Kommunenes Sentralforbund (KS).

Når kommunene, innenfor de rammer som ble etablert i 1984, ikke maktet å levere

Fastlegereformen måtte ta høyde for at kommunene skulle inngå kontrakt med en yrkesgruppe som var underlagt lovens krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR







Fastlegen følger pasienten i smått og stort, i alle faser av livet. ILLUSTRASJONSFOTO: MIK CALVERT

en tilfredsstillende tjeneste til befolkningen, kom det allerede på slutten av 1980-tallet opp forslag om et listesystem – et system hvor *legene* fikk ansvaret knyttet til avgrensede deler av populasjonen i den enkelte kommune (listen). Det kunne legene *eventuelt* være med på under den klare forutsetning at legene kollektivt og individuelt fikk tilstrekkelig grad av kontroll med – og innflytelse på – rammebetingelsene for utøvelsen av det samme ansvaret. Dette var det desidert viktigste temaet i forhandlingene frem til fastlegeordningen.

### Personene bak

Enkelte viktige bidragsytere bør nevnes når historien skal skrives. Aplf hadde et nært og godt samarbeid med Legeforeningens president, Hans Petters Aarseth. Han var en solid forhandler og lot Aplf definere de rammene som måtte til for å gjøre fastlegeordningen formålstjenlig, og som var nødvendig for å få tilslutning i legenes egne rekker. Forhandlingsavdelingen i Legeforeningen, ledet av Øyvind Sabø, bidro på en solid måte. Det var to styremedlemmer i Aplf som var med i hele prosessen og som la ned en utrettelig og klok innsats; Gunnar Ramstad (Bergen) og Eirik Bø Larsen (Dokka). I tillegg valgte Tom Christiansen i 1997 å tre ut av sentralstyret for å lede fastlegeprosjektet i departementet. Han tilførte der en kompetanse som bidro sterkt til at man kom i havn med ordningen. En ordning som ikke ble tiljublet av alle på statlig side.

Forhandlingene begynte 5. april 2000 og ble avsluttet 25. september 2000. Før dette, i hvert fall fra 1997, pågikk et intensivt arbeid overfor departementer, Storting og KS for å få lagt de grunnleggende rammer på plass.

### Risikosport

Da Gudmund Hernes la fram *Stortingsmelding nr. 23 – Trygghet og ansvarlighet* i mars 1997 begynte «de dårlige tidene». Her foreslo man å gi allmennlegene et ansvar for egen liste 52 uker per år og ansvar for selv å skaffe vikar. Finansieringsordningen skulle være den som i forsøkskommunene ikke hadde vist seg å fungere (50 prosent basisgodtgjørelse). Kommunene skulle i prinsipp og innenfor rammen 500–2300, både bestemme den enkelte leges listetak, samtidig som kommunen ensidig kunne pålegge den enkelte lege bistillinger (uten grenser), og flere andre oppgaver. Reaksjonene fra legene var sterke og klare, Aplfs landsrådsmøter og åpne generalforsamlinger ble godt besøkt i årene som kom. Klare motkrav – til en *eventuell* fastlegeordning – ble formulert!

Stortingets behandling av meldingen hjalp noe. Blant annet fikk vi lagt inn som premiss at basisgodtgjørelsen kun skulle være 30 prosent av omsetningen.

Allmennlegene var imidlertid blitt såpass provosert at generalforsamlingen i Kristiansand høsten 1997 krevde at et fremtidig forhandlingsresultat måtte legges frem for medlemmene til avstemning før behandling i en

generalforsamling. De av oss som hadde noen grad av sans for risikosport var svært fornøyd. Trykket fra medlemmene var kjærkomment.

Helsedepartementet kom så i oktober 1998 med et høringsnotat om fastlegeordningen. Igjen fyrtes kampgløden opp hos allmennlegene. Her kom det blant annet forslag om at kommunene kunne pålegge listetak på 1800 pasienter frem til år 2002 og 1500 deretter. Ved legemangel kunne legene pålegges 20 prosent større liste inntil fire måneder per år og man kunne bli pålagt et nærmest ubegrenset vikaransvar ved vakanser. I tillegg til en rekke andre påleggsmuligheter.

### FLO-avtalen – en fremforhandlet kontrakt

Reaksjonene lot ikke vente på seg. Aplfs generalforsamling og Legeforeningens landsstyre vedtok blant annet kraftfulle uttalelser om at legemangel i kommunene ikke kan gjøres til legenes problem.

Det fremsto som at departementet slet med å ta inn over seg at man skulle gå fra en ordning hvor omfanget av den enkelte allmennleges ansvar var knyttet til de som søker legen innenfor kontorets åpningstid og avtalebokens rammer, til en fastlegeordning hvor man i stedet fikk ansvaret for de personene som står på allmennlegens liste. Fastlegereformen og reguleringen av denne måtte ta høyde for at kommunene skulle inngå kontrakt med en yrkesgruppe som i kraft av profesjonslovgivning har et krav på seg til faglig forsvarlig

yrkesutøvelse. I dette ligger det en åpenbar konflikt i forhold til kommunenes rett til ensidig styring. Departementet måtte bringes til å innse at populasjonsansvar, profesjonslovens krav til forsvarlig tjeneste og ensidig kommunal styring ikke var (og heller ikke er!) forenlige størrelser.

24. september 1999 la departementet frem *Odelstingsproposisjon nr. 99*. Etter en forutgående intens prosess mellom partene ble våre krav om avtalerregulering imøtekommet i meget stor grad. Innholdet i avtalene gjensto til forhandlingene.

### Applf på barriaden

De viktigste kravene for Applf var:

- Den enkelte lege måtte få vide rammer for å kunne begrense egen listestørrelse.
- Ensidig kommunal styring måtte erstattes av rammer fastlagt i sentrale avtaler og samarbeidsorganer lokalt og sentralt.
- Kommunene måtte bringes ut av en posisjon hvor de hadde motiv til å rasjonere på antall leger – derfor måtte kommunenes utgifter til tjenesten ikke være knyttet til antall leger, men antall innbyggere.
- Det måtte være grenser for hva kommunene kunne pålegge den enkelte lege av andre oppgaver enn det kurative.
- Basisgodtgjørelsen måtte begrenses til 30 prosent av omsetningen i praksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket tilsa at en høyere basisgodtgjørelse gjorde distriktene og kvinnelige leger til tapere. Dessuten ønsket man fortsatt mulighet til å investere i utstyr for utredning og behandling i allmennmedisin.
- Særskilte økonomiske ordninger for distriktene.
- Rett til å ta inn vikar ved eget fravær.
- Det å bygge opp en ny praksis, som alternativ til å overta en opparbeidet praksis, måtte betale seg den dagen man sluttet. Derfor måtte begrensningene knyttet til omsetning av opparbeidet praksis i tidligere avtaler fjernes, og kommunene kunne ikke ensidig inndra hjemler.
- De økonomiske rammene måtte ta inn over seg et betydelig øket antall leger innenfor en offentlig tjeneste, det økte ansvaret legene fikk og den økte arbeidsmengde som ville følge av ordningen i seg selv.

Ikke bare måtte vi ha dette på plass, men vi måtte regulere det på en måte som innebar at myndighetene ikke i neste omgang kunne foreta ensidige endringer – altså vi måtte ha reguleringer i avtale og ikke i forskrifter (det er dette mye av omkampen ser ut til å handle om i Samhandlingsreformen). Videre tilsa erfaringene med rammeavtalen med KS fra



Tilgjengeligheten til allmennleger er blitt bedre og folk har i langt større grad en fast lege å forholde seg til nå – over tid. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

1984 at vi måtte sikre en kobling mellom de ulike avtalene med staten og KS. Noen husker sikkert at kommuner fra 1984, i strid med avtalene, ga legene avkortede driftstilskudd – uten at det var mulig å gjøre noe med det.

### Avtale på plass – gjennomslag for mange krav

Etter forhandlingsbrudd 3. september 2000 – hvor uenigheten ikke handlet om økonomi, men forhold knyttet til kommunenes håndtering av ledige hjemler, vikarplikt, turnustjeneste, offentlig legearbeid og legevakt, kom partene til enighet 25. september 2000.

Vi hadde i stor grad fått gjennomslag for våre krav og vi hadde fått gjennomslag for hvordan ordningen skulle reguleres – i avtaler, med den trygghet det gir til forskjell fra ensidig statlig og kommunal styring. Vi var trygg på at rammene ville gjøre det mulig å ta på seg det ansvaret et listesystem forutsetter.

I en situasjon med skrikende mangel på allmennleger valgte kommunene utover 1990-tallet å søke om å få opprette kun 35 allmennlegehjemler per år. Applf mente at legedekningen i kommunene måtte defineres ut fra andre kriterier enn kommunenes varierende motivasjon for å prioritere denne tjenesten. Vi krevde at allmennlegedekningen i stedet måtte bedres gjennom en kombinasjon av styrking av pasientenes rettigheter overfor kommunene, en sterk rett for den enkelte allmennlege til å sette grenser for det ansvar hun eller han skulle ta på seg og at legedekningen måtte gjøres tilnærmet uavhengig av kommunenes økonomi. At dette ville innebære en «øremerking» av økonomiske midler til kommunal sektor som man knapt tidligere har sett maken til, og som politisk ikke var å

betrakte som spesielt høyverdig på den tiden (og heller ikke i dag), ja det var en kamp vi ville ta. Og vi vant.

Allmennlegene, og i neste omgang Legeforeningens landsstyre, ga sin tilslutning til det fremforhandlede resultat.

### Avsluttende betraktninger

1. juni 2001 lød startskuddet for fastlegeordningen, jeg unnet meg et glass, ringte til Tom Christiansen og pustet lettet ut. Hvor bra ordningen er blitt, må vurderes av andre – med færre aksjer i resultatet. Men vi nådde mange av de målene vi satte oss gjennom det politiske arbeidet og forhandlingsarbeidet. Ordningen er blitt evaluert av Norges forskningsråd. Legedekningen ble langt bedre, likeledes også vaktbelastningen, fastlegeordningen skærer horn når befolkningen blir spurt om tilfredshet med tjenester i samfunnet. Tilgjengeligheten til allmennleger er bedre og folk har i langt større grad en fast lege å forholde seg til – over tid.

Fastlegeordningen ble i stor grad basert på avtaler mellom partene. Dette innebar ikke bare fravær av ensidig statlig og kommunal styring, men også at legene individuelt og kollektivt, sammen med stat og kommuner, tok ansvar for at tjenesten skulle virke etter hensikten. Det å flytte regulering fra avtaler til forskrift, slik det kan se ut som staten ønsker gjennom samhandlingsreformen, vil bringe legene ut av en slik ansvarsposisjon. Det er neppe klokt, særlig når det er vanskelig å se hvilke problemer man søker å løse ved et slikt tiltak.

hakbakke@broadpark.no

# Tanker om allmennmedisinens fremtid

■ MARIT HERMANSEN fastlege i Grue, påtroppende leder i Norsk forening for allmennmedisin

■ GISLE ROKSUND fastlege i Skien, avtroppende leder i Norsk forening for allmennmedisin

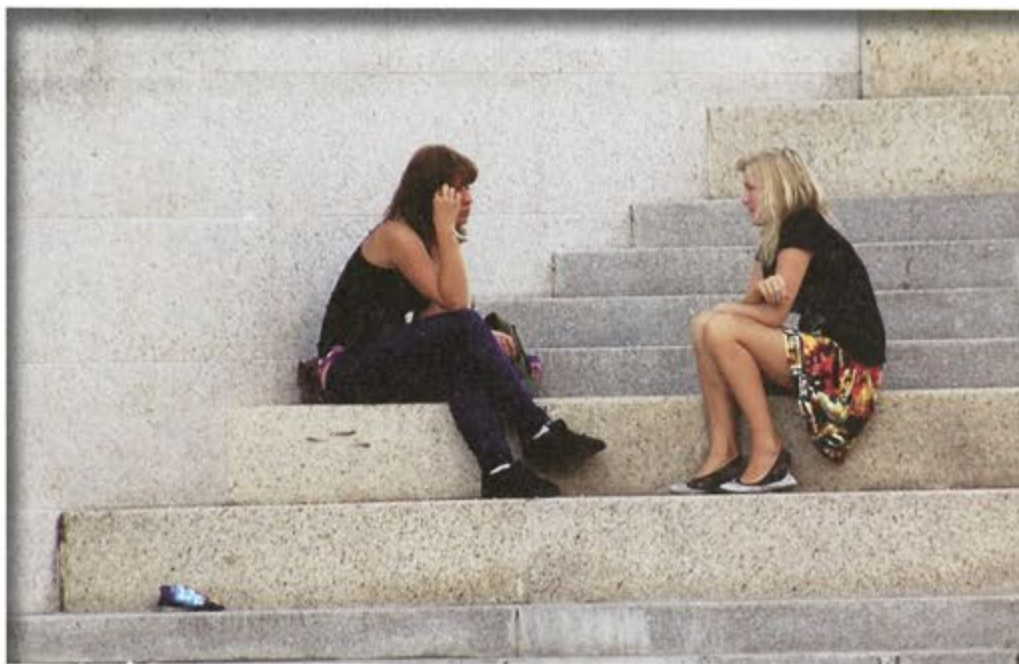
Vi er utfordret til å si noe om fremtidens allmennmedisin i anledning fastlegeordningens 10-årsjubileum. Det er viktig å se fremover, samtidig som vi erkjenner at vi står på fortidens solide grunn – bygd gjennom mange år med fagutvikling. Når vi snakker om hvordan fastlegeordningen kan forbedres og fastlegerollen styrkes, må vi alltid ha faget allmennmedisin «i bunn». Hvis ikke vi har med oss faget, er det fort gjort å ende opp i en bestiller-utfører-rolle hvor vi faglig og moralsk vil komme til kort.

Hvordan står det til med *faget* allmennmedisin? Hvilke utfordringer står vi overfor? I boken *Helse på norsk* beskriver Per Fugelli det han kaller for helsens grunnstoffer (1). De viktigste betingelsene for helse, sier Fugelli, er *tilhørighet, verdighet og handlingsrom i egne liv*. Vi vil forsøke å se på allmennmedisinen i lys av disse tre elementene.

## Tilhørighet

Vi tilhører et ungt akademisk fag. Norges første professor i allmennmedisin var Christian F. Borchgrevink i Oslo i 1969 (2). Etter hvert ble det opprettet allmennmedisinske institutter ved alle universitetene, men først i 2007 så de fire forskningsenhetene dagens lys. Den vitenskapelige produksjonen er fordoblet på kort tid. Akademia er i vekst, selv om statlige myndigheter ikke har finansiert den veksten de selv har lovet.

Norsk allmennmedisin er en del av et stort internasjonalt faglig fellesskap. Vi har en bred internasjonal kontakflate, spesielt på nordisk og europeisk nivå gjennom *Nordic federation of general practice* (NFGP) og Wonca. NFGP har ansvar for *Scandinavian Journal of Primary*



*Care* og de nordiske kongressene i allmennmedisin. Wonca har ansvar for de europeiske kongressene i allmennmedisin. Mange ser til den nordiske velferdsmodellen og til vår modell for primærhelsetjeneste, herunder fastlegeordningen. I andre land er det vanligere med en mer fragmentert primærhelsetjeneste enn det vi har, blant annet med direkte tilgang til ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Vi har god internasjonal dokumentasjon for at vår ordning samlet sett gir den beste og billigste helsetjeneste for befolkningen (3).

Innad i korpset er vi en samlet familie, dog med et stort erfarings- og meningsspenn! Norsk forening for allmennmedisin (NFA) ble dannet i 2007 som vår faglige forening etter NSAM. Samtidig la Aplf (Alment praktiserende lægers forening) ned sitt fagutvalg og skiftet navn til Allmennlegeforeningen (AF). Samarbeidet mellom de to organisasjonene er godt og spennende.

Allmennlegene har viktige møteplasser i Primærmedisinsk uke, Våruka, Nidaroskon-

gressen og en lang rekke kurs. I 2010 godkjente spesialitetskomiteen i allmennmedisin 644 tellende kurs i videre- og etterutdanningen. Bak dette ligger et imponerende dugnadsarbeid og engasjement hos kolleger over hele landet. Vi har en faglig arv og et erfaringsgrunnlag som gir oss et felles tankegods vi må ta vare på og foredle. Det er bare vi allmennleger som kan gjøre dette.

Vi hører til førstelinjen og kommunehelsetjenesten, men har ikke vært flinke nok til å utvikle samarbeidet med de øvrige kommunale helsetjenestene. Her bør vi bli bedre! Vi må videreutvikle de kommunale samarbeidsarenaene. Der er vi ønsket. Allmennlegeutvalgene (ALU) og lokale samarbeidsutvalg (LSU) er gode arenaer for diskusjoner om ulike aspekter av allmennlegetjenesten og samarbeidet lokalt. I små kommuner er det lett å ha oversikt, og det er ofte uformelle, men tydelige samarbeidsordninger. I større kommuner ser vi at nettopp LSU og ALU er viktige fora som bør videreutvikles med

## ALU og LSU er regulert i rammeavtalen ASA 4310

### ALLMENNLEGEUTVALG

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. ALU representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til

- å velge representanter for legene til samarbeidsutvalget
- å fremme saker overfor samarbeidsutvalget
- å bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning

### SAMARBEIDSUTVALG

Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar. Utvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen.

allmennmedisin som det faglige grunnlaget, for å sikre godt samarbeid til gagn for pasientene.

### Faglig verdighet

Som fastleger har vi fått mye god omtale i *St. meld. nr. 47 (2008-09): Samhandlingsreformen* og i den statlige forvaltningen. Fastlegen omtales som *navet* i helsetjenesten. Vi skal være den medisinske koordinator og det er stor interesse for hva vi gjør og hvordan vi arbeider. Men hvor dypt stikker interessen og forståelsen for det vi egentlig driver med? Det kan synes som om det er en selektiv interesse, det vil si en interesse for at vi skal gjøre det som til enhver tid er politisk opportunt og prioritere de oppgaver som politikere og byråkraterne til enhver tid bestemmer. Vi har et stort og viktig samfunnsoppdrag som fastleger, og vi skal lytte når politikere og byråkrater snakker. Problemet oppstår når myndighetene og spesialisthelsetjenesten ønsker å styre innholdet i faget.

Mange statlige utredninger kan gi inntrykk av at vi ønskes som forebyggings-, administrasjons-, og omsorgsleger; og ikke først og fremst som diagnostiserende og behandelende leger. Når retningslinjer skal utarbeides for hvordan fastlegene bør arbeide, opplever vi fortsatt en «1 mot 16»-sammensetning i arbeidsgrupper – i vår disfavør. Fortsatt får vi skriv fra sykehusoverleger om hvorledes vi som fastleger bør behandle ulike sykdommer i førstelinjen. Praksiskonsulentene (PKO) skal være våre talerør inn til spesialisthelsetjenesten, for å sikre en god samforståelse. Denne ordningen – midt i kjernen av samhandlingen – må breddes og videreutvikles.

Imidlertid opplever vi at pasientene er på vår side. Folk er mer fornøyd med oss som gruppe enn med Vinmonopolet (4). Allmennleger får spørsmål fra pasientene om medisiner og annen behandling som sykehusspesialister har forordnet. Dette er et tillitsvotum.

Folket er vår viktigste allierte og vi er folks nærmeste helsehjelp. Hvert år har vi millioner av konfidensielle pasientsamtaler. Vi har i snitt har over sju års varighet i lege-pasientforholdet (5). Det er ikke uvanlig å oppleve at fastlegen er den eneste som representerer kontinuiteten i tverrfaglige møter rundt våre pasienter. Representanter for andre yrkesgrupper og deltjenester byttes langt oftere.

Mens sykehusene er kommet svært langt i en industrialiseringsprosess med logistikk og kostnadseffektivitet i høysetet, fremstår vi mer som *kunsthåndverkere*. Vi bedriver «personal doctoring» – en personorientert medisin, i motsetning til spesialisthelsetjenesten som for en stor del er organisert etter diagnoser, organer og behandlingsformer. Dette er noe av det genuine ved allmennmedisinen, og dette representerer fagets «gull». Vi forholder oss til den enkelte personen – til vedkommendes liv, erfaringer, kontekst og ofte multimorbiditet. Vi skreddersyr utrednings- og behandlingsopplegg, tilpasser prosedyrer og retningslinjer til den enkeltes behov, og vi følger personen over tid og gjennom ulike livsfaser. Det personlige møtet med pasienten er vårt fremste arbeidsredskap. La oss videreutvikle denne rollen som kunsthåndverkere! Det er dette folk ønsker og trenger.

### Handlingsrom i egne liv

Det er her vi møter de største utfordringene. Vi kjenner alle på tidsklemma, at det stadig blir mer å gjøre med den enkelte pasient – med papirer, henvisninger, samarbeid og sammensatte vurderinger. Tidlig i prosessen rundt samhandlingsreformen var det bred enighet om å styrke fastlegeordningen. Helseledningsdirektoratet beregnet et behov for 2000 nye allmennleger for at allmennlegene kunne svare på forventningene om innsats. Etter hvert er K-en blitt borte; det er ikke lenger fokus på bemanningsmessig styrking av fast-

legeordningen. Regjeringen har ikke lagt frem noe konkret forslag til hvordan vi skal få en nødvendig økning av tallet på fastleger. Det er foruroligende. Vi trenger en opptrappingsplan for fastlegeordningen!

### Styrking eller styring?

Styrking er således blitt til styring (6). Det er en klar trend at statlige myndigheter, byråkratiske aktører, tilsynsmyndigheter, HELFO og etter hvert også kommunene ønsker økt kontroll på hva vi gjør, samt målinger på kvalitet. Dette er en internasjonal tendens. Vi ser det i alle vestlige land. Lengst ser det ut til å ha kommet i Storbritannia. President Iona Heath i *Royal College of General Practitioners* har ved flere anledninger advart mot en utvikling som kan ødelegge allmennmedisinen (personlig meddelelse). De engelske allmennlegene måles på over 70 ulike kliniske endepunkter, og legenes inntekter er avhengig av i hvilken grad kvalitetsmålene nås. Ved hver konsultasjon må engelske allmennleger sjekke røykevaner, blodtrykk, kolesterol o.a. uavhengig av hva pasienten kommer for. Flere har sett det på nær hold; at konsultasjonene avsluttes med: «Hvordan er det så med røykingen, trimmingen, drikkingen osv.?» Tenk dere en situasjon der fortvilte foreldre kommer og ber om hjelp fordi et barn er utsatt for overgrep eller har begynt et rusmisbruk, så skulle vi svare med å sjekke blodtrykk og kolesterol!

På nettsidene til National Health Service (NHS) presenteres ulike kvalitetsdata for den enkelte navngitte lege. Pasientene blogger også sine egne erfaringer med den enkelte allmennlege med fullt navn og rett frem – selvfølgelig søkbart og til allmenn lesning og forlystelse.

Det er også noe godt i dette. Pasientene har etter vår oppfatning krav på å vite noe om kvaliteten på den enkelte leges praksis for kunne ta informerte valg om fastlege. Vi skal anerkjenne at folk har behov mer opplysninger om oss. Dette er en av grunnene til av nettstedet [fastlegen.no](http://fastlegen.no) i 2010 ble opprettet av AF og NFA: et ønske om å ta sjeen i egen hånd og selv gi informasjon til publikum.

### Fastlegen.no – din nærmeste helsehjelp

Nettsiden ble opprettet i 2010 og driftes i regi av AF og NFA. Målgruppen er pasienter og brukere av fastlegeordningen. Nettsiden eksponerer fastlegen som en veiviser i helsevesenet og gir informasjon om hva fastlegene kan tilby pasienter i ulike livsfaser og situasjoner. Nettsiden tilbyr et fastlegesøk basert på data fra Dnlf's medlemsregister. Hittil i 2011 er det i snitt 450 besøkende per dag, en fordobling fra det første driftsåret.

### Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)

Etablering av SAK er et felles prosjekt for hele Legeforeningen. Vi er nå midt i andre året av et forprosjekt på tre år, finansiert gjennom Legeforeningens kvalitetssikringsfond.

SAK er planlagt oppdelt i ulike avdelinger/funksjonsområder:

- en avdeling med utdanning av kvalitetsveiledere
- en avdeling for utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ)
- en avdeling for PKO, faglig verktøykasse
- en avdeling for kvalitetsverktøy for å «holde orden i eget hus» (TrinnVis); med fokus på mikroteamet på legekontoret (f.eks. Maturity Matrix og datauttrekksverktøy som Rave 3)
- en eventuell avdeling for ledelsesutvikling

#### Ta plass i førersetet!

Utfordringen er at fokuset på målbare indikatorer kan ta oppmerksomheten bort fra lege-pasient-samtalen; det fortrolige og unike og det som opptar den enkelte pasient. Det åpner for en utvikling innen allmennmedisin hvor målbare og aggregerte data får prioritet fremfor oppmerksomhet om det som betyr mest for den enkelte person akkurat her og nå. I dette arbeidet med kvalitet, er det ekstra viktig å «skille mellom snørr og bart». Vi må kontinuerlig jobbe for økt kvalitet i det allmennmedisinske faget og fagutøvelsen. Samtidig må vi skape *transparens*, slik at folket – vår viktigste allierte – kan få innsyn i hvordan legene jobber så de kan ta sine valg på grunnlag av det.

I dette arbeidet må legene selv ta plass i førersetet. Det allmennmedisinske miljøet har utarbeidet 19 kvalitetsindikatorer; de fleste system- og prosessindikatorer, men også noen kliniske indikatorer (7). Et viktig mål for utarbeidelsen av indikatorene har vært å lære av egen praksis. Den beste kvalitetsutvikling springer ut fra ønsket om å bli bedre og sørge for at det vi gjør i det daglige, holder god kvalitet.

De allmennmedisinske foreningene har i lengre tid arbeidet for å få etablert et senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), et allmennmedisinsk kompetansesenter for forbedringskunnskap. SAK er planlagt som en organisasjon som har tillit så vel hos allmennleger som hos myndighetene, med mål å utvikle kvaliteten i norsk allmennmedisin.

Planene for SAK har så langt fått en lunken mottagelse hos myndighetene. Men vi



– Hva vet vi egentlig om det å holde folk friske? spør artikkelforfatterne. De understreker at dårlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse. Dette er blant de største utfordringene for vår velferdsstat, og en stor utfordring hva angår forebyggende arbeid i vårt daglige virke som fastleger. ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDBÅR

begynner å få forståelse for at SAK også vil være viktig for myndighetene for å kunne realisere prestisjeprosjekter som nasjonal kjernejournal og nasjonal helseportal. SAK vil også være et viktig grunnlag for at allmennlegene skal kunne avgi nødvendige styringsdata til kommune og stat. Her må det utvikles ett system for datauttrekk som kan brukes både til egen læring i kollegagrupper og til aggregert datafangst til myndighetene. Vi er optimister!

#### Å bære staur...

En annen stor utfordring er floden av retningslinjer. Spesialhelsetjenesten er bygd opp ut fra organer, diagnoser og behandlingsformer. Retningslinjer og pasientforløpsarbeid er også stort sett designet i dette perspektivet. I allmennpraksis ser vi at det enkelte individ ofte har mange lidelser samtidig, særlig gjelder det eldre mennesker. Å forholde seg til ulike retningslinjer for en og samme person, blir derfor utfordrende.

Statlige tanker om pasientforløp og retningslinjer for behandling av diagnoser passer dårlig for den multisyke pasient. På dette området må vi skjøtte det allmennmedisinske perspektivet på personrettet oppmerksomhet og forståelse, og ikke gå i fella med å legge alle retningslinjer for sykdom og pasientforløp oppå hverandre som grunnlag for vårt arbeid. Dette er krevende fagpolitiske øvelser: Hvordan skal vi få oppmerksomheten bort fra det tilsynelatende målbare og sikre – og utvikle kvaliteten for selve pasientmøtet?

### Fag og fremtid – hva innebærer samhandlingsreformen?

*Skal vi løse fremtidens helseutfordringer må vi lage et system som gjør det lønnsomt for kommunene å holde folk friske, sa tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen under Arbeiderpartiets landsmøte våren 2009. Hvem kan vel være negativ til noe slikt? Han sa faktisk også: Flere fastleger og mer tid til pasientene!*

– Hva vet vi egentlig om det å holde folk friske?

Dårlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse gjennom hele livsløpet. Jo høyere man er på den sosiale rangstigen, jo bedre er helsa. Dette er blant de største utfordringene for vår velferdsstat, og en stor utfordring hva angår forebyggende arbeid i vårt daglige virke som fastleger.

– Er fastlegen en forebygger?

Selvfølger er og skal vi være det. Her har allmennlegene en viktig rolle, både som premissleverandører og utøvere. Allmennlegene bør engasjere seg i forebyggende helsearbeid og følge godt med i fagutviklingen på området. Allmennlegene må utvikle varhet for «gyldne øyeblikk» der forutsetningene for vellykket forebyggende rådgivning er spesielt gode. Men fra mange hold, og spesielt i arbeidet med samhandlingsreformen, er det store forventninger til fastlegene om å gjennomføre risikooppfølging og tidlig intervensjon i forhold til mulig fremtidig sykdom. Vi må stille strenge krav til dokumentasjon for – og relevansen av – oppsøkende forebyggende virksomhet, og alltid vurdere potensielle bivirkninger. Omfanget av tiltak rettet mot subjektivt friske mennesker må også tilpasses

### Kunnskapsbasert allmennmedisin

Allmennleger har gode forutsetninger for å bidra til målrettet, forebyggende arbeid på individplan. Da må kunnskapsbasert allmennmedisin favne bredt: Fagets kunnskapsbase må på den ene side inneholde generell medisinsk kunnskap. Her inngår blant annet kunnskapsbasert medisin (EBM). På den annen side må man anerkjenne betydningen av individuell personkjenning over tid – knyttet til et menneskes levekår, livsbetingelser og subjektive livsverden.

Kunnskapsformidling, råd og veiledning må tilpasses den enkelte og støtte opp under vedkommendes ressurser og livskraft. Gode relasjoner til familie, venner og kolleger, meningsfylt arbeid og god integrasjon i samfunnet er grunnleggende for den enkeltes helse. Medikamentell behandling av friske mennesker i forebyggende hensikt krever særlig årvåkenhet. Det bør stilles strengere krav til dokumentasjon av langtidseffekter og bivirkninger for medikamenter som skal brukes av friske enn av syke.

og prioriteres ut fra andre forpliktelser og oppgaver.

I pressemeldingen om samhandlingsreformen tidligere i år leser vi:

Fastlegens ansvar for forebygging og oppfølging av risikopasienter vil bli tydeliggjort i en ny fastlegeforskrift som Helse- og omsorgsdepartementet nå arbeider med.

Her er må vi være på vakt! Forebyggende helsearbeid skal i stor grad foregå utenfor helseteansen; ved politisk arbeid, myndighetskrav, nasjonale strategier, handlingsplaner og kampanjer. Slike strategier må bygge på erkjennelsen av at grunnlaget for helsemessig ugunstige levevaner ofte er skapt tidlig i et menneskes liv under innflytelse av forhold utenfor individet selv.

### Bevar folkehelseperspektivet

Kliniske retningslinjer for sykdomsspesifikk forebygging kan være nyttige hjelpemidler. Likevel baseres retningslinjene generelt på statistiske gjennomsnittsberegninger med begrenset gyldighet for det enkelte individ. anbefalte grenseverdier for risikointervensjon er ikke medisinske fakta, men bygger på konsensus om forskningsbaserte data og subjektive verdivalg. Risikooppdagelse og risikointervensjon er ikke alltid et gode. Dersom et tiltak ikke oppleves som relevant og realistisk, kan resultatet skape bekymring og avmakt hos individet. Et sterkt og selektivt fokus på målbare risikofaktorer kan avlede oppmerksomheten hos lege og pasient fra grunnleggende forhold med større betydning for vedkommendes liv og helse.

Store deler av befolkningen kan, om alle anbefalte tiltak blir fulgt opp, komme til å endre

status fra friske til «risikanter». Vi vet at god, egenvurdert helse er en viktig prognostisk faktor i seg selv. Utstrakt bruk av sykdomsdiagnoser på risikotilstander og hverdagsplager er uheldig. Storstilte «helsekontroller» av friske mennesker representerer sjelden rasjonell og forsvarlig ressursbruk. Dette står i kontrast til hva enkelte politikere forventer av forebyggende helsearbeid. Vi må være pådrivere for å bevare folkehelseperspektivet innen forebygging, og være en reflektert motkraft til det økte fokuset på individrettet forebyggende arbeid. Dette må selvsagt ikke misforstås dithen at vi ikke skal følge opp våre pasienter med høy risiko for utvikling av sykdom, enn si forverring av etablert sykdom.

Vi må beholde helhetsspektivet og kjempe for det kliniske rom for individuell tilpassing av diagnostikk og behandling. Det vil kreve stor og målrettet innsats av så vel våre medlemmer som våre organisasjonsledd.

### REFERANSER

1. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk. Oslo: Gyldendal, 2009.
2. Sundar T. Læremesteren. Intervju med C. Borgrevink. Utposten 2011; nr. 1: 2–5.
3. <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.php>
4. Innbyggerundersøkelsen. Direktoratet for forvaltning og IKT, 14.1.2010 ([www.difi.no/organisering/brukerretting/innbyggerundersokelsen](http://www.difi.no/organisering/brukerretting/innbyggerundersokelsen)).
5. Inntekts- og kostnadsundersøkelsen 2003.
6. Roksund G. K-en som ble borte. Utposten 2011; nr. 1: 9–10.
7. [www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf)

marit.hermansen@grue.kommune.no

gisle.roksund@gmail.com

# Abonnér på Utposten

# Fast, fastere, fastlege – vellykket 10-åring, men er det rom for endringer?

Hvordan trives fastleger i sitt arbeid? Hvilke utfordringer møter vi og hvilke forandringer kan vi tenke oss? I anledning av at fastlegeordningen er ti år i juni 2011, har Utposten invitert kolleger fra ulike steder i landet til å reflektere over fastlegerollen – ved å besvare fire likelydende spørsmål:

1. Hvorfor ble du fastlege?
2. Hva gleder deg mest ved arbeidet?
3. Hva gjør deg mest frustrert?
4. Hvilke forbedringer av fastlegeordningen kan du tenke deg – både når det gjelder din arbeidshverdag og helsetilbudet til befolkningen?

**Espen Rafaelsen, KIRKENES**



1 Fordi jeg aldri klarte å bli skuespiller, fotballspiller eller rockestjerne – og antakelig en kombinasjon av at man har holdt seg relativt frisk og har hatt en onkel som var distriktslege i over 20 år. Allmennlegen har vært mitt bilde på legeyrket fra tidlig oppvekst. Når jeg så valgte å studere medisin var denne tilnærmingen til legerollen et bakteppe og en motivasjon. Underveis relaterte jeg nok ubevisst pensum og kunnskap til den legerollen jeg kjente fra før, slik at allmennmedisin alltid har vært den riktige vei for meg. I fastlegerollen finner jeg dessuten en mulighet til være en detektiv og utforske alle diagnostiske muligheter. Samtidig kan jeg være helsepedagog – og en viktig omsorgsperson for mine pasienter.

2 Jeg jobber på et legesenter med ni fastleger og to turnusleger samt en daglig leder og ca. ti legesekretærer. Det er en fornøyelse å jobbe i et stort kollegium som fungerer godt sosialt og hvor man har høy fokus på faglighet. Jeg opplever at jeg yter en god tjeneste til mine pasienter som en del av dette senteret.

3 Min egen manglende evne til å trekke en beslutning om b-preparatene pasienten ber om er til nytte eller til skade. Det føles av og til som om empiri og empati spiller pingpong i hodet mitt. Det kan være ganske frustrerende!

Og så synes jeg tidvis det er frustrerende å skrive sykmeldinger som kun legitimeres av psykiatriske diagnosekoder, men som egentlig handler om hverdagslivets problemer.

4 Jeg opplever at fastlegetilbudet er vel mye brukerstyrt. Tilgjengeligheten er i utgangspunktet bra, men jeg er redd det går ut over dem med færrest ressurser til å kontakte legen. Det er fastlegens og legekontoets ansvar å prioritere etter behov for medisinsk hjelp, men i takt med økende forventninger til helsevesenet er dette blitt vanskeligere. Samhandlingsreformens intensjon om at fastlegen skal øke sin delaktighet i kommunale oppgaver er kanskje et riktig grep i så måte – forutsatt at de kommunale oppgavene ikke blir altfor fokusert på forebyggende tiltak som ingen vet om funker.

**Hans Kristian Bakke, BERGEN**



1 Hva annet kunne jeg bli – etter i flere år å ha vært med på å lage og forhandle frem ordningen? Det enkle svaret er vel at jeg allerede var allmennmedisiner, likte faget svært godt og så for meg rammer for fagutøvelsen innenfor fastlegeordningen som ble bedre enn tidligere.

2 Kontinuiteten i pasient-lege-forholdet: Jeg får følge pasientene over tid og jeg kan bruke tid. Innenfor et, i utgangspunktet grenseløst fag, har jeg nå en avgrenset populasjon å betjene – og ansvaret er rimelig godt definert. Ikke minst er jeg særdeles fornøyd med selv å kunne planlegge og styre egen virksomhet ut fra pasientenes behov – dette uten plagsom innblanding fra byråkrater som ikke kjenner fagets innhold eller hva som tjener pasientene, og som vet lite om hvordan et legekantor må drives.

Rammebetingelsene har til nå vært rimelig stabile. Det har vært mulig å planlegge virksomheten i et langt perspektiv. I en helsetjeneste der mye annet stadig omorganiseres, er også det en viktig dimensjon for pasientene.

Men ingenting gleder meg mer til daglig enn mine fantastiske ansatte og kolleger, og vårt faglige og sosiale fellesskap.

3 Jo større behov en pasient har for spesialisthelsetjenester, jo høyere terskler er det etablert for å få pasienten dit (les: rus og psykiatri). Nesten hvert år, med ny normaltariff, sender staten meg det budskapet at man ønsker flere og kortere konsultasjoner og flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten; dette gjennom å betale meg relativt sett bedre for korte og mange konsultasjoner, men dårligere for å bruke tid på pasientene, samhandle med andre og selv gjøre utredninger og prosedyrer. Dette følger av stadig økende egenandeler. Trist er det også å oppleve at de høye egenandelene reduserer legesøkingen – slik jeg antar Finansdepartementet ønsker – men høyst sannsynlig alene overfor dem som trenger helsehjelpen mest (les: rus og psykiatri).

Offentlige reguleringer av typen §3a-søknader for antihistaminer og attester på historisk fravær for skoleelever slår direkte inn i vår daglige mulighet til å prioritere de pasienter og oppgaver som medisinsk sett er viktigst. «Savings through inconvenience» er en vederstyggelighet som jeg er redd virker godt – på et ikke-faglig grunnlag.

**4** Det er ikke fastlegeordningen som må repareres for at helsetilbudet og min arbeidsdag skal bli bedre. Det vil være å starte i feil ende. I stedet må spesialisthelsetjenesten gjøres lettere tilgjengelig for dem som trenger det mest og være raskere med sine epikriser. Myndighetene må ta inn over seg at en velfungerende helsetjeneste også er til det beste for samfunnet. Da må direktorat og departement sette inn tiltak der tingene ikke fungerer, og ikke ødelegge det som pasientene er mest fornøyd med. Velfungerende elektronisk kommunikasjon er trygt for pasientene og billig for staten. Da er det klokt om staten tar den investeringen. Pålegg til fastlegene – om attester, søknadsprosedyrer osv. – må underlegges de samme prioriteringsmessige vurderinger som nye behandlingsformer.

Bedre samhandling er fortsatt en av helse-tjenestens store utfordringer. En stabil allmennlegetjeneste må være en grunnleggende premiss for å få dette til. Det har vi i stor grad fått med fastlegeordningen, og reformtiltak for å styrke samhandling bør først og fremst settes inn på andre områder.

### Sissel Holmen, BERGEN



**1** Da fastlegeordningen ble innført, var det helt naturlig for meg å gå inn i denne etter å ha jobbet 17 år i allmennpraksis. Jeg trivdes godt i jobben min og hadde nettopp flyttet til et nytt legesenter.

**2** Kontakten med pasientene over tid er det mest verdifulle med jobben. Det er et privilegium å kunne følge enkeltmennesker og familier, ofte i flere generasjoner, gjennom flere tiår. Selve konsultasjonen kan iblant oppleves som et eksistensielt møte som gir stor grad av tilfredshet, for både pasient og lege. Gleden av å kunne hjelpe andre med fysiske og psykiske plager er også av stor betydning.

**3** Mange offentlige direktiver som legger føringer på vårt kliniske arbeid er en stor

frustrasjon og belastning i hverdagen. Disse har økt sterkt i omfang, og medfører at vi bruker mye tid på finne ut hva som er den «riktige» måten å gjøre det på. Direktivene er oftest styrt av økonomiske interesser og dermed ikke alltid i samsvar med hva som er pasientens eller legens beste.

I tillegg øker kravene til drift av praksis; jeg sikter til kontrollrutiner, HMS-arbeid og personalansvar – områder der vi er dårlig skolert. Jeg fortviler mange ganger over alt hva vi må sette oss inn i, og som ikke inngår i ordinært legearbeid.

**4** Fastlegeordningen fungerer svært godt, for både leger og pasienter. Dette er dokumentert gjennom flere undersøkelser. Vår utfordring i fremtiden er å kjempe for at ordningen ikke endres i en slik grad at vi blir myndighetenes «marionetter» med få muligheter til å påvirke vår egen arbeidssituasjon. Det kliniske arbeidet må alltid stå i fokus. Det er der vi har vår kompetanse. Samhandlingsreformen gir oss mange utfordringer. Vi må være «proaktive» i utarbeidelsen av endringer som angår vårt arbeid, og ikke passivt vente til disse er innført.

Helsetilbudet til befolkningen fungerer best når fastlegen er lett tilgjengelig og stabil over tid. Høy faglig kompetanse er selvsagt en forutsetning som Legeforeningen fortsatt må ivareta. En av våre største utfordringer er nyrekruttering til faget. Skal vi få dyktige og engasjerte fastleger i fremtiden, må forholdene legges til rette for at nyutdannede kolleger finner det attraktivt å velge allmennmedisin, for eksempel ved å opprette utdanningsstillinger.

### Gunnar Moulund, ARENDAL



**1** Muligheten for å arbeide innen hele det medisinske spekteret, og følge pasienter over lang tid, var utslagsgivende for at jeg valgte

allmennmedisin. I tillegg ville jeg unngå å flytte mange ganger før jeg kunne få en fast jobb – slik sykehushuslegene ofte måtte den gang. Allerede i studietiden var vi fire studiekamerater som fikk lyst til å jobbe sammen i allmennpraksis – etter inspirasjon av legehuse-ene i Mjøndalen og Hokksund samt Institutt for Allmennmedisin med Christian Borchgrevink som leder. Som ferske leger i 1975, etablerte vi en gruppepraksis i Grandgården i Arendal. Gruppen ble utvidet til fem leger i 1979. I 2001 var det selvsagt for oss å gå inn i fastlegeordningen, med et klart ansvar for et bestemt antall mennesker. I 2007 utvidet vi gruppepraksisen videre til seks leger.

**2** Som fastleger bruker vi vår medisinske kunnskap og erfaring til å sortere det alvorlige fra det ufarlige. Når man har tillit hos pasientene, kan man ofte frita dem fra bekymringer om helse – etter samtale og enkle undersøkelser. Mye av tiden går med til å forklare folk hva som kan ligge bak forskjellige symptomer; man blir en slags helsepedagog. Det er også fint å kunne koordinere nødvendige spesialundersøkelser, men det krever selvsagt at man følger med i fagutviklingen.

Det er meningsfullt å være følgesvenn gjennom mange år for folk med kroniske sykdommer og oppleve at folk har tillit til å komme til deg med alle slags bekymringer. Av og til kan man helbrede, ofte lindre, men alltid trøste og oppmuntre. Å se pasienter komme smilende inn på kontoret etter en slitsom sykdomsperiode – hvor fastlegens viktigste innsats har vært som «heiajeng» – er givende! Men det er viktig «å stå bi», også i de tilfellene hvor folk ikke blir friske.

Arbeidet er variert og man får bruk for å spille «på alle strenger». Det kan være masete og slitsomt til tider, men kjedelig blir det aldri! Som fastlege har man også mulighet til å dyrke særskilte interessefelt: Selv er jeg opp-tatt av diabetes og psykiatri, og jeg har hatt stor glede av å delta i små forskningsprosjekter innen ulike allmennmedisinske temaer.

**3** Jeg har heldigvis ikke så mange frustrasjoner. Jeg kan nok bli irritert når folk «forlanger» å få utført visse undersøkelser som jeg ikke synes det er indikasjon for. Jeg har opplevd at pasienter har byttet fastlege når jeg ikke har villet sykmelde dem eller skrive ut legerklæring for eldre bilførere! Jeg undres også over hvor ukritisk mange mennesker ønsker å prøve useriøse «alternative» helsetilbud, ofte til en høy pris.

Jeg synes det tar alt for lang tid å få elektroniske løsninger i drift, for eksempel elektroniske resepter. Overdrevet hensyn til personvernet har nok forsinket mange prosjekter på dette området. Dagens praktisering av



synonympreparatorordningen fører til mye irritasjon og unødvendig tidsbruk hos både fastleger og pasienter.

**4** Mange kolleger reduserer sine pasientlister, ikke bare fordi de blir eldre selv. Jeg tror det er vanskelig å gjøre en god jobb med lange lister, i hvert fall når man har mange eldre pasienter. Fordelingen av inntektskildene til fastlegene så vel som privatpraktiserende spesialister bør ikke favorisere de som har mange og korte konsultasjoner.

Jeg håper at forskningsenhetene i allmennmedisin skal legge til rette for mer forskning i allmennmedisin. Videre tror jeg tiden er inne for nye samarbeidsmåter med sykehusspesialistene, ikke bare via henvisninger og epikriser. Spesialistundersøkelser kan bli mer målrettet og unødvendige undersøkelser kan unngås hvis fastlegene og sykehuslegene snakker mer sammen. Da må sykehuslegene prioritere mer tid til kontakt med og veiledning av fastleger, for eksempel gjennom felleskonsultasjoner. Dagens takst 14 gir fastlegene god lønn for å ha samarbeidsmøter med spesialister, men jeg savner en «samhandlingstakst» for mer utstrakt konferering med spesialist på telefon – slik vi har det for kontakt med hjemmesykepleien. Mitt håp er at samhandlingsreformen fører til mer reell samhandling og at ressursene ikke går til dårlig begrunnet individuell forebygging.

### Olav Thorsen, STAVANGER



**1** Interessen for allmennmedisin fikk jeg allerede like etter turnus. Jeg hadde sivilteneste som distriktslege i Hammerfest i 1979–80, og på den tiden var allmennmedisin på veg opp, faglig og anseelsesmessig. Spesialiteten var på trappene, og de første norske avhandlingene om allmennmedisin begynte å komme. Jeg

fikk en fastlønnet stilling som bydelslege i Stavanger, og har vært allmennlege siden 1980. I 1992 overtok jeg en privat allmennpraksis, og var senere en aktiv forkjemper for fastlegeordningen som medlem av Aplfs fagutvalg.

Etter mitt syn har fastlegeordningen vært en velsignelse for både pasientene og fastlegene, med definert ansvar og arbeidsområde. De siste ti årene har jeg også jobbet for praksiskonsulentordningen, som praksiskonsulent og koordinator, og har hatt stor glede og nytte av denne kombinasjonen av arbeidsoppgaver.

**2** Å følge pasientene over tid er spennende og givende. Det gjensidig forpliktende forholdet mellom fastlegen og pasientene er bra. Før fastlegeordningen hadde vi, spesielt i byene, mye uheldig «lege-shopping».

Jeg trives med det å se på helheten i møtet med pasientene; det fysiske, mentale og sosiale. Jeg har interesse av å lytte til historier, og inviterer mine pasienter til å fortelle om hva de har opplevd, lest og sett. Jeg prøver å legge mest vekt på det positive i hverdagen, hva folk har glede av, hvilke ressurser de har. Et av mine yndlingsuttrykk til pasientene er «kroppen selv er den beste doktor!».

**3** Som veileder for turnusleger og spesialistkandidater frustreres jeg over at vi ikke har klart å få til gode nybegynnerstillinger eller utdanningsstillinger i allmennmedisin. Mange ønsker å prøve seg som fastlege etter turnus, men velger heller en karriere i sykehus fordi det nesten ikke finnes slike fastlønnte stillinger i kommunene. Å måtte starte med en nullliste kan være ødeleggende, både økonomisk, sosialt og faglig. En fastlege skal ikke måtte gå på akkord med sine etiske prinsipper for å beholde pasientene.

Det er også frustrerende at det går seint med implementeringen av elektronisk samhandling. Staten burde i mye større grad stimulere og støtte systemer som fremmer god kommunikasjon mellom helsetjenesteneivåene.

**4** Pasientene må sikres god kvalitet på tjenestene – noe som innebærer bedre kvalitets-sikringsprogrammer. Vi må få til et godt system for opplæring av nye leger, det vil si utdanningsstillinger. Mye kan også gjøres for å lage et bedre spesialiseringsprogram. Det bør innføres individuell veiledning for spesialistkandidater, med gode veiledningsløp. Vi må få mer undervisning og forskning i allmennmedisin, med personlige rådgivere for dem som sliter. Vi må ta bedre vare på våre egne kolleger, noe som er viktig for at de skal ta bedre vare på sine pasienter.

### Linda Elise Grønvold, OSLO



**1** Det var nokså tilfeldig at jeg i 2007 fikk et vikariat i allmennpraksis i Oslo, etter seks måneder på indremedisinsk avdeling ved Elve-rum sykehus. Det passet bra, ettersom min samboer studerte i hovedstaden. Jeg skulle egentlig bli indremedisiner eller pediater, men oppdaget at allmennpraksis lå mitt hjerte nærmest. I allmennpraksis fikk jeg mer pasientkontakt enn det jeg opplevde på sykehus. I dag har jeg vært så heldig å få min egen liste som fastlege på Kjelsås i Oslo, og jeg stortrives!

**2** Jeg setter stor pris på den gode samtalen, og kontinuiteten i allmennpraksis. Jeg liker å bli kjent med mennesker, på godt og vondt. I tillegg skal jeg innrømme at jeg opplever stor personlig tilfredsstillelse når jeg føler at jeg har hjulpet en pasient med noe spesifikt. Da går jeg hjem fra kontoret med en veldig god følelse.

**3** Det er ofte frustrerende ikke å kunne hjelpe pasienter på den måten jeg egentlig vil – enten det er fordi det ikke finnes hjelp å få, eller fordi pasienten ikke ønsker hjelp. B-preparatmisbruk er et godt eksempel på sistnevnte. Ellers er mangel på samhandling også en stor kilde til frustrasjon; enten det gjelder 15–20 minutters telefonsamtaler for å komme til riktig person på et sykehus, eller man prøver å få tak i en saksbehandler på NAV.

**4** Jeg kan gjerne tenke meg at det i framtiden opprettes fastlønnede stillinger som fastlege, i tillegg til at man kan arbeide som selvstendig næringsdrivende. For mange yngre leger i etableringsfasen kan det virke veldig skremmende å ta opp et stort lån for å kjøpe seg en fastlegeliste. Jeg har også et ønske om et bedre EPJ-system med blant annet elektroniske resepter, henvisninger, overføring av journaler ved bytte av fastlege og oppdatering av pasientlisten. Mye av dette jobbes det hardt med, og jeg ser fram til at dette vil føre til en enklere hverdag.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Refusjon:** Se Refusjonslisten, M01A B55.

Sist endret: 21.04.2008

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

#### Refusjonsberettiget bruk:

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

Refusjonskode:

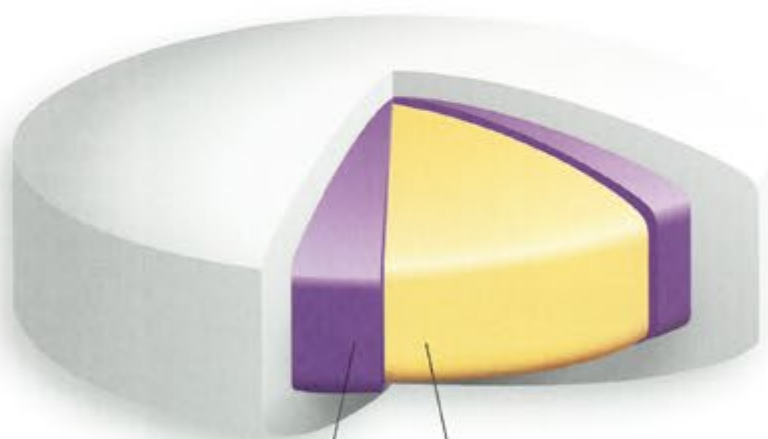
#### Refusjonskode:ICPC

Refusjonskode	Vilkår nr
-71 Kroniske, sterke smerter	111
-90 Palliativ behandling i livets slutfase -	
L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom -	
L89 Hofteleddsarthrose -	
L90 Kneleddsarthrose -	
L91 Polyarthrose INA -	
L99 Psoriasisartritt -	
I99 Leddlidelse ved inflammatorisk tarmsykdom -	
ICD	Vilkår nr
-71 Kroniske, sterke smerter	111
-90 Palliativ behandling i livets slutfase -	
M05 Seropositiv reumatoid artritt -	
M06 Annen reumatoid artritt -	
M07 Leddlidelser ved psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom -	
M13.0 Uspesifisert polyarthritt -	
M15 Polyarthrose -	
M16 Hofteleddsarthrose -	
M17 Kneleddsarthrose -	
M45 Ankyloserende spondylitt -	

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



# Arthrotec reduserer risiko for sår i ventrikkel/tolvfingertarm sammenlignet med diclofenac hos artrosepasienter<sup>1</sup>



## Misoprostol

Beskytter slimhinnen i ventrikkel  
og tolvfingertarm<sup>2</sup>

## Diclofenac

Reduserer smerte og  
inflammasjon<sup>2</sup>

**To virkningsmekanismer i én tablett**  
[pfizer.no/arthrotec](http://pfizer.no/arthrotec)

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



Undervisningsfilm om medisinsk uforklarte plager og symptomer:

# Fra usikkerhet til mestring

■ PETER PRYZZ INTERVJUET AV STEFÁN HJÖRLEIFSSON



Har du en pasient med fibromyalgi som insisterer på at det må finnes en kombinasjon av tabletter som fjerner smertene? Eller en pasient med kronisk utmattelsessyndrom som gråter over at det ikke finnes noen forklaring på hvorfor han er så syk? Forkortelsen MUPS står for medisinsk uforklarte plager og symptomer, det vil si noen av de problemstillingene som utfordrer allmennlegene mest. Norsk forening for allmennmedisin satser på å øke kompetansen til norske allmennleger i håndteringen av MUPS. Allmennpraktiker og veilederkoordinator Peter Prydz forklarer:

– I forbindelse med Nordisk kongress i allmennmedisin i København 2009 ble det stiftet en referansegruppe for medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). Referansegruppene i Norsk forening for allmennmedisin er en viktig arena for fagutvikling og ikke minst for å spre tilgjengelig kunnskap til allmennlegene i Norge. At det er stort behov for forskning om MUPS sier seg nærmest selv. Men selv om noen av deltakerne i referansegruppen også er forskere, er ikke referansegruppens oppgave å drive forskning. Referansegruppen skal først og fremst formidle den kunnskapen som finnes om disse tilstandene.

En av de første ideene vi kom opp med i gruppen var å lage en undervisningsfilm. Vi ble særlig inspirert av den filmen som ble laget i Tromsø noen år tilbake om vanskelige sykemeldinger. I den filmen deltok leger som spilte seg selv om pasienter som var skuespillere. Denne modellen hadde vi lyst til å anvende i en ny film om MUPS. Undervisningsfilmen om vanskelige sykemeldinger er særlig rettet mot turnusleger og brukes mye på turnuslegesamlingene som Fylkeslegene organiserer. Det har blitt mange gode diskusjoner med utgangspunkt i denne filmen. Egentlig ser vi allmennleger generelt som målgruppen for den nye undervisningsfilmen, men vi har spesielt tenkt på veiledningsgruppene. Det falt meg naturlig å tenke i dette formatet. Veiledningsgruppene er viktige for de unge allmennlegenes utdanning.

Basert på ideer fra referansegruppen for MUPS har Peter Prydz sammen med Kirsti Malterud altså laget en undervisningsfilm for allmennpraktikere. Tittelen er *MUPS – Fra usikkerhet til mestring*. I filmen vises tre konsultasjoner med pasienter med ulike plager, og det legges opp til at man stopper opp undervisning og diskuterer det man har sett.

I tillegg kommer påfyll av relevant teori og kunnskap i tilknytning til hver av konsultasjonene.

– Vi fikk profesjonelle skuespillere til å lære seg en pasienthistorie som ble laget i referansegruppen. Så går de til en lege som spilles av en ekte allmennlege og legger frem sine problemer. Legen spiller seg selv og pasienten spiller videre basert på den responsen han eller hun får fra legen. Omtrent midtveis i konsultasjonen, når det er blitt åpenbart at legen står foran en stor utfordring, gjør vi stopp. Der tenker vi at hovedtyngden av diskusjonen skal komme. Vi legger opp til en diskusjon om hvordan legen kan gå videre i konsultasjonen for å hjelpe pasienten.

Tilbakemeldingene vi har fått så langt er blant annet at pasientene i filmen er veldig gjenkjennelige. Vi ville overhodet ikke karikere eller fremstille pasienter som krangler og er gale og vrage på alle kanter. Dette er vanlige pasienter som rammes av vanskelige tilstander som legen har vanskelig for å finne ut av. Og vi har altså blandet konsultasjoner som er gjenkjennelige for allmennpraktikere med diskusjoner og korte teoretiske innspill. Denne blandingen av teori, kasuistikk og diskusjoner er en arbeidsform mange allmennpraktikere vil kjenne igjen fra veiledningsgruppene de deltar i, eller har deltatt i.

Men det kan virke som et paradoks at dere lærer et undervisningsopplegg for å formidle kunnskap om noe legevitenenskapen per definisjon ikke forstår tilstrekkelig godt. Det handler tross alt om «medisinsk uforklarte» plager og symptomer. Finnes det virkelig så pålitelige og anvendelige forklaringer på det uforklarte at allmennpraktikere bør bruke tid på å se denne filmen?

Vi snakker jo her om tilstander med sammensatte årsaker og sannsynligvis ofte sirkel-

formede årsakssammenhenger. Noen av disse årsakssammenhengene har vi en viss forståelse av selv om mye gjenstår. Vi vet tross alt en del om hvordan vi kan gripe inn. Ikke minst vet vi at det er viktig å formidle håp. Hvis legen ikke anerkjenner pasientens plager og symptomer, eller hvis legen opplever at pasienten kommer for å plage legen, blir det en dårlig behandlingsallianse. Hvis man derimot møter pasienten med at vi har en del kunnskap og en del råd vi kan gi, så vil det i mange situasjoner føles nyttig for pasienten og litt mer avslappet for legen.

Noe av det som fikk meg til å ønske å lage denne filmen er egne erfaringer med å snu pasientens holdning til sine plager. Noen ganger har jeg lyktes med å hjelpe en pasient til å se plagene ikke så mye som en sykdom som skal kureres, men som et handicap man ikke uten videre blir kvitt, og som det er viktig å lære seg å leve med på best mulig vis. Noen ganger har jeg oppsummert det omtrent sånn: Alle har hørt om personer som går til Sydpolen uten armer. Men tenk på deg selv: For det første trenger du ikke å gå til Sydpolen. Og for det andre mangler du ikke armer. Det viktigste er at du setter pris på det du faktisk klarer. Og du bør kanskje bruke litt tid og energi på å merke deg hva du faktisk klarer. Så kan du komme tilbake og snakke med meg om det. Det er på en måte å snu situasjonen – sette saken på hodet. At du bruker mer energi på å vektlegge de faktorene som gjør deg så frisk som du tross alt er, tross ditt handicap. Dette er det som på fagspråket kalles salutogenese, som Kirsti Malterud også presenterer i filmen.

Jeg vil våge den påstand at både det å ta pasientene på alvor med deres plager og det salutogenetiske perspektivet er blant ferdighetene som utgjør ryggraden i norsk allmennmedisin. Men vi kan alle trenge å styrke

ryggraden. Det er jo så mye forskjellig vi allmennpraktikere skal gjøre. Og veldig mye av det vi gjør er andre spesialister flinkere til. Men det er kanskje ikke noen andre som er flinkere til de ferdighetene som undervisningsfilmen fokuserer på. Likevel er vi ikke alltid så bevisst på hvor betydningsfullt det er å anerkjenne pasientens plager og hjelpe dem til å ta i bruk sine egne ressurser for å styrke helsen. Dermed er noe av hensikten med denne filmen å styrke allmennlegene i bruk av ferdigheter de allerede har og bruker. Det handler om å sette ord på og styrke det teoretiske fundamentet for en tilnærming til pasientene og helsen deres som allmennlegene allerede anvender.

De tre konsultasjonene viser hver i sær en måte å møte pasienter med MUPS som illustrerer noen av de teoretiske innspillene som også gis i filmen. Men dette undervisningsopplegget leverer ikke noen fasit. Konsultasjonene vil arte seg forskjellig avhengig av hvem legen og pasienten er, selv gitt den samme teoretiske forståelsen av MUPS. Og filmen gir rikelig anledning til refleksjoner og diskusjoner om brytningene mellom enkelt-pasienten, etablerte og mangelfulle skolemedisinske sannheter, ny og ikke helt anerkjent forskning, og alternativ medisin, alt mens man skal være en trøstende lege og sammen med pasienten søke en felles, konstruktiv forståelse. Filmene kan lastes ned til visning på en vanlig PC ved å følge en lenke fra Legeforeningens nettsider (via NFA og referansegruppens sider: <http://www.legeforeningen.no/id/167672>) og anbefales for alle allmennpraktikere til bruk i veiledningsgrupper og smågrupper.

stefan.hjorleifsson@isf.uib.no

UTPOSTEN  
TETT PÅ!

# Senfaserehabilitering av pasienter – med hovedsakelig kognitiv svikt

■ ANDREAS SCHILLINGER overlege ved Sunnaas sykehus HF, klinikk for hjerneskader

■ KRISTIAN KØHN psykologspesialist ved Sunnaas sykehus HF, klinikk for hjerneskader

Det var mens jeg en tid jobbet som trygdelege ved et av Oslos trygdekontorer. Lenge før NAV var et levende begrep. Jeg husker en pasient, en ressurssterk ung kvinne, profesjonell artist. Jeg husker ikke alle detaljer, det er tross alt snart 20 år siden. Hun hadde falt i en skibakke. Ingen stor skade. Men etter ulykken fungerte hun ikke. Faren, som selv var lege, var svært skuffet over datteren. Men det hjalp ikke å puffe på henne, kjefte på henne eller oppmuntre henne. Hun fungerte ikke i jobb, og hun slet i hverdagen. Jeg skjønnte ikke så mye den gangen, bare at dette ikke kunne være ren psykiatri. At det ikke ville hjelpe å be henne ta seg sammen. Hun var selv fortvilet over at hun ikke fikk til det hun ønsket.

Jeg har aldri glemt henne. Det har vært vanskelig å ta inn over seg at jeg ikke kunne hjelpe, at det tilsynelatende ikke kunne forklares. Men jeg visste lite om kognitiv svikt den gangen, om den usynlige svikten som kan komme i kjølvannet av en hodeskade. Og jeg mistenker hun kunne ha pådratt seg en liten hjerneskade i fallet, en skade som var oversett, men ikke desto mindre av stor betydning for hennes hverdagsfunksjon. I dag hadde jeg henvist henne til nevropsykologisk utredning, den gang visste jeg knapt hva en nevropsykolog var. Kanskje hadde man avdekket en kognitiv svikt? Det er ikke alltid så mye som skal til før hverdagen blir tung å komme igjennom. Litt redusert arbeidsminne. Litt svikt i oppmerksomhetsfunksjonene. Nok til at du må anstrenge deg for å få med alt av nødvendig informasjon i en kompleks verden. Nok til at det blir så slitsomt at du ender opp med ME/CFS-lignende symptomer. Uten at det nødvendigvis er ME/CFS.

Så hvordan gikk det med henne? Jeg vet ikke. Kanskje strevde og strever hun seg fortsatt gjennom livet? Kanskje har hun fått hjelp? For det er hjelp å få. Les hva Kristian Køhn skriver om ett av tilbudene som finnes:

## Hvordan søke plass på et senfasekurs?

- Lege henviser til Sunnaas sykehus HF med nevropsykologisk utredning vedlagt
- Henvisningen vurderes og pasienten innkalles til et forintervju med psykolog
- Inntak besluttes av overlege, og pasienten klareres for inntak på første ledige kurs. Ventetid må påregnes da kursene ikke går kontinuerlig



Morgentur ved Sunnaas sykehus. FOTO: SUNNAAS SYKEHUS

Ved Sunnaas sykehus HF, klinikk for hjerneskader, har man siden 1998 drevet et gruppebasert behandlingsprogram for voksne i arbeidsfør alder med hovedsakelig kognitiv svikt etter ervervet hjerneskade. Programmet er spesielt tilpasset senforløpsfasen (mer enn et og et halvt år etter skadetidspunkt). Dette etter å ha sett at pasientene har et oppfølgingsbehov langt utover akutfasen.

Behandlingsprogrammet er organisert som et kurs, og pasientene behandles som kursdeltakere. Dette er et bevisst valg, og reflekterer målsetningen om «utvikling gjennom kunnskap, bevisstgjøring og fellesskap». «Fellesskap» som målsetning er lansert av tidligere kursdeltakere. Fokus er altså - i motsetning til mye av den øvrige aktiviteten ved sykehuset - ikke på utredning og individuell trening, men på egenutvikling og erfaringsutveksling. Gruppene består av seks til åtte pasienter

med forskjellig alder, yrkesbakgrunn, skadeomfang og skadelokalisasjon. Pasientene kommer fra hele landet, og vi har lang erfaring med at gruppedeltakerne utvikler sterke relasjoner som muliggjør erfaringsutveksling og mestringstrening sammen, i følge av et tverrfaglig behandlingsteam fra sykehuset.

Behandlingsprogrammet skal føre til økt

## Inntakskriterier til senfasekurs

- Sikker stilt diagnose: ervervet hjerneskade
- Kognitive vansker er hovedproblemet
- I arbeidsfør alder
- Minimum 1,5 år etter skadetidspunkt
- Behov for kompleks rehabilitering med fokus på kognitiv svikt
- Ingen eller små fysiske utfall - selvhjelpen i personlig stell
- I stand til å reise hjem eller bo annet sted i helgene
- Motivert og egnet for gruppebasert behandling
- Kognitive følger virkninger er verifisert ved nyere nevropsykologisk utredning
- Betydelige atferds-, rus-, psykiatriske eller afatiske vansker kan ikke være til stede

# nter med ervervet hjerneskade

## Mulige symptomer på kognitiv svikt

- Redusert mental kapasitet og tretthet
- Hukommelsvansker
- Vansker med fortolkning av sanseinntrykk
- Oppmerksomhetsvansker
- Vansker med regulering av atferd og følelser
- Redusert tempo
- Reduserte problemløsningsevner og logiske evner

kunnskap om egen skade og følger av denne. Dette er et viktig utgangspunkt for best mulig mestring av egen livssituasjon. Det er en del hjerneskadepasienter som har problemer

med redusert innsikt i egen kognitiv dysfunksjon, noe som kan skyldes både hjerneorganiske og psykologisk betingede faktorer. Kurset har til hensikt å øke deltakernes innsikt. Mestring av ulike problemer knyttet til kognitiv dysfunksjon er også et hovedtema. Videre ser vi at deltakelse kan ha positiv innvirkning på psykisk helse, sorgprosessen knyttet til tap av funksjon, livskvalitet, mestringsstil og selvfølelse.

Rammene for kurset er seks ukers innleggelse på klinikk for hjerneskader ved Sunnaas sykehus HF på Nesodden. Etter ca. trekvart år tilbys deltakerne en ukes oppfølgingsopphold, hvor de møter den samme gruppa som sist. I helgene har deltakerne fri, og oppfordres til å reise hjem og prøve ut strategiene de lærer på kurset. Påførende tilbys egne pårørendedager, hvor det gis undervisning og rom for erfaringsutveksling også for de pårørende.

Undervisningsøkt i seinfasegruppen. FOTO: SUNNAAS SYKEHUS

For tiden er gruppe 49 i rekken akkurat avsluttet, og rekruttering av deltakere til det femtiende kurset vi holder skjer etter henvisning fra lege.

## Innspill fra tidligere deltakere

MANN, 52 ÅR, FRA TØNSBERG:

- Jeg har slått hodet to ganger, en gang i en utforkjøring med bil i 1989 og en gang i en sykkelulykke i 1997. Sykkelulykken var alvorligst med tung hjernerystelse og hukommelsestap.
- Mine hovedproblemer etter skaden har vært problemer med koordinering av oppgaver, kortidshukommelse, grensestilling av aktivitet. Svekket empati og å kjenne følelser, oppleves som emosjonell nummenhet. Manglende innsikt i følgene av ulykkene. Store problemer med å fungere i samliv.
- Seinfasekurset hjalp til å få innsikt i skadene. Jeg fikk hjelp til å begrense aktivitet og tilpasse til kapasitet. Jeg klarer nå å begrense og fokusere aktiviteter til det som jeg prioriterer som viktigst: Familie, nære venner, jobb fire dager i uken. Har fått mye bedre fungering kognitivt og emosjonelt, men det har vært krevende og er en prosess jeg nok aldri blir ferdig med. Det hadde ikke vært mulig uten hjelpen fra Sunnaas. Jeg har også fått verdifull oppfølging av Habiliteringstjenesten ved Sykehuset i Tønsberg.

KVINNE, 54 ÅR, FRA LILLEHAMMER:

- Eg har erverva hjerneskade etter hjernebløding i juni 2007.
- Mitt hovudproblem er at eg tåler lite synsinntrykk og lyd, og klarer meg såleis relativt dårleg i trafikk, sosiale situasjonar og elles i det offentlege rom.
- Gjennom god kunnskapsformidling av tilsette og erfaringsutveksling ilag med deltakarane i seinfaseprogrammet på KRess er eg nå sterkare og tryggare i kvardagen og for framtida. Eg har vore heldig og fått god hjelp av fastlege, NAV og Sunnaas.

Kristian.Kohn@sunnaas.no

# Skattehjelpen

■ SVEIN TORVUND *spesialrevisor Skatt Øst Jessheim*

Det er ingen gitt å forutse hvordan livet vil bli, eller hvordan vi takler de utfordringene vi blir stilt overfor. Livet er en risikosport, og det heter seg at det eneste som er sikkert er skatten og døden.

Årsakene til at vi kommer opp i vanskelige situasjoner kan være mange og ulike, og selv om vi i Norge har mange gode velferdsordninger, oppfattes skatteetaten neppe å være en av dem. Gjennom vårt regelverk og vår praktisering av dette regelverket, har vi også kan hende ofte gjort vanskelige livssituasjoner vanskeligere? Lover og regler gir sjelden rom for skjønn og individuell behandling. Enkeltmennesker har opplevd at skattekrav har økt fra år til år, selv om inntekten i mange tilfeller ikke står i forhold til kravet. Skatteyteren kommer inn i en ond sirkel som kan ende i økonomisk ruin, og som det er vanskelig eller umulig å komme ut av uten å få hjelp. Skatteetaten har et ansvar for å bryte denne sirkelen. Hver enkelt sak er unik og må behandles deretter. Etaten både ønsker og må bli flinkere til å se enkeltmennesket og forstå bakgrunnen for situasjonen som har oppstått. Det er ikke slik at alle som har unnlatt å innlevere selvangivelse eller næringsoppgave forsøker å

unddra skatt eller avgift. Det må skilles mellom manglende vilje og manglende evne.

I 2008 opprettet skatteetaten egne enheter i hver region kalt Skattehjelpen. Skattehjelpen er etablert for å ivareta skattytere, både arbeidstagere og næringsdrivende, som har kommet i en særlig vanskelig livssituasjon og ikke klarer å ivareta egne interesser. Særlig vanskelige livssituasjoner kan for eksempel være tap av inntekt, psykiske eller sosiale problemer, egen sykdom, sykdom eller dødsfall i nær familie, rusmisbruk, samlivsbrudd, fengselsopphold, m.m. Gjeldsproblemer og/eller redusert betalingsevne er ofte en tilleggsbelastning for pasienter i en krise situasjon.

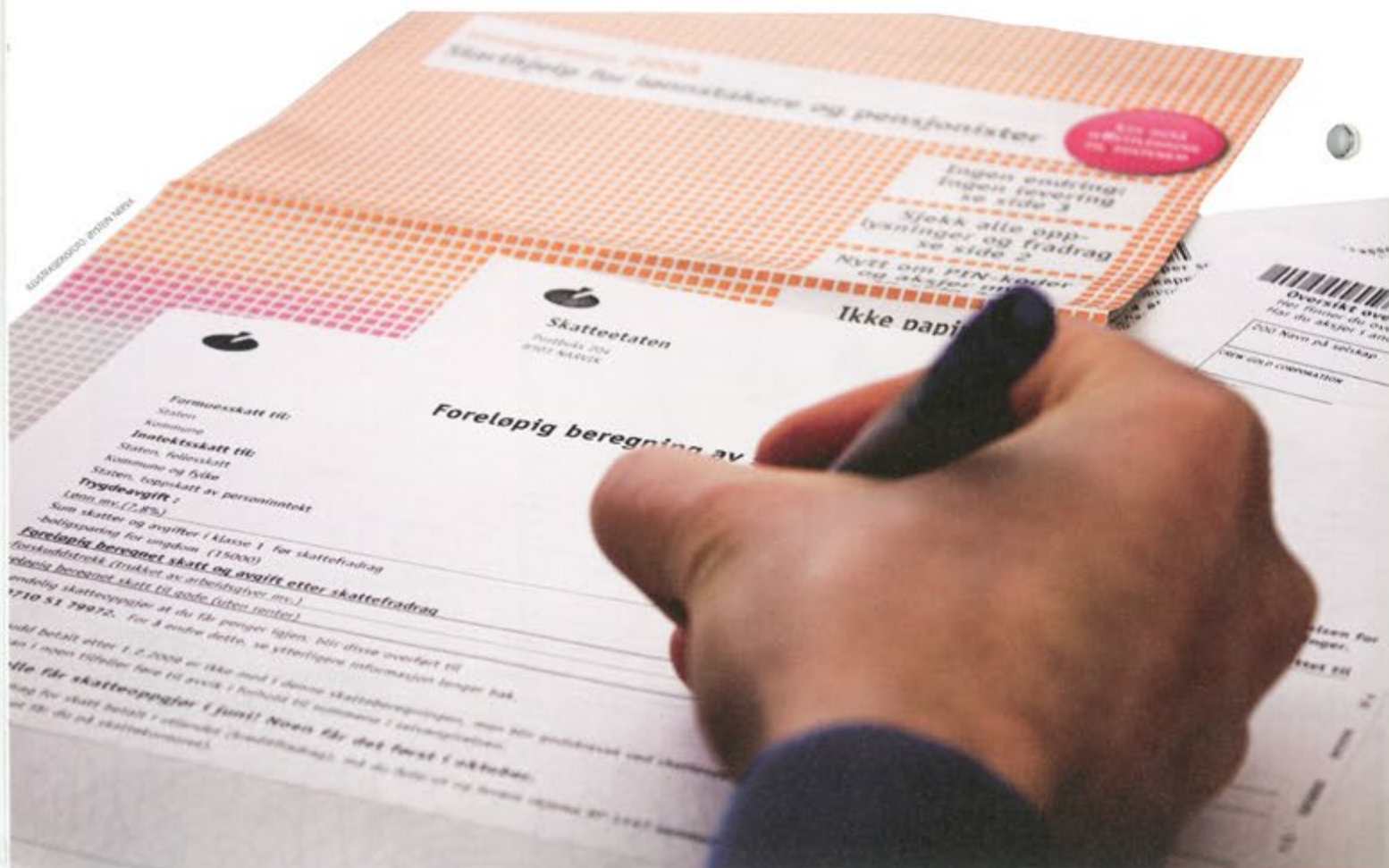
Gjennom Skattehjelpen kan man få hjelp til å oppfylle sine forpliktelser og ivareta sine rettigheter. Ved personlig og individuell kontakt får skatteyteren belyst saken sin og hjelp og veiledning til å komme ut av uføret. I samarbeid finner vi løsninger på tidligere fastsatte skatte- og avgiftskrav. I tillegg driver Skattehjelpen forebyggende arbeid slik at skatteyteren ikke kommer opp i en lignende situasjon ved en senere anledning. Det er imidlertid viktig å presisere at en forutsetning for å behandle en slik sak er at den enkelte skattyter

har et ønske om å rydde opp og gjøre opp for seg, selv om det i enkelte tilfeller også kan være Skattehjelpens oppgave å motivere til dette.

Skal Skatteetaten lykkes med å nå og kommunisere med de skattyterne som erfaringsmessig har problemer må vi inn med hjelpeiltak på et tidlig tidspunkt. Vi er avhengig av et godt samarbeid med både offentlig og privat sektor. Primærhelsetjenesten blir ofte kjent med målgruppen på et tidlig tidspunkt og kan bidra til at Skattehjelpen kan komme inn å hjelpe og veilede.

Hovedproblemet, spesielt for næringsdrivende, er at inntekten fastsettes ved skjønn. Ved slike skjønnsmessige vurderinger er det vanskelig å beregne riktig skatt og avgift. Gjennom å oppmuntre og motivere til dialog med skatteetaten kan primærhelsetjenesten bidra til at uhåndterlige krav fra skatteetaten ikke forsterker en allerede vanskelig situasjon.

Henvendelser kan rettes til [skattehjelpen@skatteetaten.no](mailto:skattehjelpen@skatteetaten.no), 800 80 000 eller det lokale skattekontoret.





## Følgende har fått tildelt AFU stipend 2. halvår 2011

UNIV	NAVN	TITTEL	FÅTT	VEILEDER
UiO	Sissel Borthne Gundersen	Medisinske intervensjoner i livets slutfase i sykehjem	2	Jørund Straand
UiO	Marianne Bollestad	Bruk av delegeringsskjema i behandling av cystitt hos kvinner	3	Morten Lindbæk
UiO	Heidi Lidal Fidjeland	Kontroll av gynekologiske kreftpasienter	2	Mette Brekke
UiO	Trygve Skonnord	Akupunkturbehandling av akutte korsryggsmerter i allmennpraksis	3	Arne Fetveit og Mette Brekke
UiB	Kjellaug Enoksen	Urinveisinfeksjoner hos pasienter i sykehjem	2	Anders Bærheim
UiB	Ali Raza	Beskrivelse av praksisene til fastlegene med innvandrerbakgrunn i Norge og sammenligning med norskfødte leger	2	Esperanza Diaz
UiB	Svein-Denis Moutte	Smerte hos barn og ungdom på legevaktt: vurdering og håndtering.	3	Tone Morken og Steinar Hunskår
UiTø	Karin Nilsen	Forebygging av livmorhalskreft. Holdninger og kunnskap om HPV-vaksine og masseundersøkelsen mot livmorhalskreft blant helsesøstre og allmennleger i Nord-Norge.	1	Elise Klouman
UiTø	Kjell Gunnar Skodvin	Kartlegging av innleggelser ved Prehospitale observasjonsenheter i Meløy, Steigen og Saltdal 2010-11	1	Ivar Aaraa



## UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin

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

**Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN**  
**Det koster kr. 500,- pr år!**

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

NAVN

ADRESSE

POSTNR./STED

# Medikamentell behandling av

■ LARS TANUM Seksjonsoverlege dr.med., spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi, Psykiatrisk forskning og undervisning, Diakonhjemmet sykehus

Depresjon er vår vanligste psykiatriske lidelse. Lidelsen kan ha til dels ulikt klinisk uttrykk og symptomene kan variere fra pasient til pasient ut fra alder, kjønn og personlighet. I henhold til ICD diagnosemanual kan depresjoner grovt sett deles i følgende undergrupper: unipolar depressiv episode, dystymi, dobbelt depresjon (dystymi + depressiv episode), kortvarig tilbakevendende depresjon, syklotymi og bipolar depresjon. Vinterdepresjon er siden 2010 ikke lenger klassifisert som en depressiv lidelse. Blant disse typene av depresjon er det unipolar depresjon og dystymi, inkludert dobbeltdepresjon, som responderer best på antidepressive legemidler.

Depressive pasienter kan ofte ha andre psykiatriske symptomer i tillegg, som angst, panikkklidelse, søvnproblemer eller symptomer på kronisk psykososialt stress. Dette kan være forvirrende for klinikerer når farmakologisk behandling skal velges. Tidligere ble det hevdet at depresjon som er ledsaget av slike tilleggssymptomer angivelig responderer dårligere på antidepressiva. Dette er ikke riktig. Redusert respons sees først og fremst ved kronisk stress eller etter alvorlige traumer. Slike tilstander motvirker legemidlenes virkemekanisme og effekt på nervesystemet og dosen må således økes noe når slike pasienter behandles med antidepressiva.

## Hvilket antidepressivum skal jeg velge?

Dersom det er indikasjon for farmakologisk behandling, bør et SSRI eller et nor-adrenergt antidepressivum (mianserin, mirtazepin, reboxetin, bupropion) være førstevalg. Tricykliske antidepressiva er ikke et naturlig førstevalg i Norge. Som regel velges et legemiddel som pasienten har respondert godt på tidligere, eller som legen har god erfaring med å bruke.

Dosering gis i henhold til klinisk skjønn og erfaring. Hos flertallet av pasientene gir dette en adekvat respons. Den største utfordringen ved medikamentell depresjonsbehandling i praksis er således når pasienten ikke responderer som forventet. I en slik situasjon er det klokt å bruke en huskeliste eller enkel algoritme for pasienter som ikke responderer som forventet på farmakologisk behandling:

### 1. Er diagnosen riktig?

Det er viktig å kontrollere at symptomene ikke skyldes andre lidelser, som for eksempel hypotyreose, anemi, malign lidelse, abnorm emosjonell enkeltreaksjon eller bipolar depressiv episode. Antidepressiva er primært virksomme ved unipolar depressiv episode og dystymi, og fungerer dårlig ved tilstander som kortvarig tilbakevendende depresjon, syklotymier eller bipolar depresjon.

### 2. Er dosen adekvat?

I allmennpraksis brukes ofte lavere doser av antidepressiva enn i spesialistpraksis. Dette skyldes at pasienter i spesialisthelsetjenesten ofte har mer langvarig sykdom eller har vist dårligere respons på legemidler. Doseintervallet i Felleskatalogen viser hvor produsenten mener å ha de mest robuste data for behandling og hvor de erkjenner sitt produktansvar. Denne doseangivelsen er ikke nødvendigvis riktig for alle pasienter, og legen kan fritt overstige det angitte doseintervall dersom nødvendig for å optimalisere responsen. I psykiatrisk spesialistpraksis er det min personlige erfaring at omtrentlig halvparten av pasientene henvist pga mangelfull respons på farmakologisk behandling, var i behov av doser eller kombinasjoner av antidepressiva som overstiger Felleskatalogens doseangivelser.

Det er også viktig å huske at de ulike antidepressive legemidlene ikke er ekvipotente, det vil si at ulike legemidler ikke reflekterer samme terapeutiske styrke. Et eksempel er paroxetin som gjennom hemning av sin egen metabolisme er relativt mer potent enn andre SSRI i økende dose. Det anbefales likevel ikke å bytte legemiddel innenfor gruppen SSRI'er men heller regulere dosen, siden alle SSRI i stor grad virker på de samme reseptorsystemer.

### 3. Tar pasienten sin medisin som forskrevet?

Medisin-etterlevelsen (compliance) for antidepressiva er dessverre variabel og gjennomgående lavere enn det vi liker å tenke. Flere studier har vist at opp mot 50 prosent av pasientene som hadde fått forskrevet antidepressive legemidler av sin allmennlege ikke brukte disse som forskrevet fire uker senere. Man vet i dag at god informasjon til pasienten er viktig for høy etterlevelse. Dersom pasien-

ten har innsikt i hvorfor de får legemidler og hvordan disse virker i kroppen, og i tillegg får muligheten til å diskutere mulige bivirkninger, synes dette å øke medisin-etterlevelsen betydelig. Det er også viktig at pasienten har tillitt til medisinen og at legen klarer å formidle optimisme med henblikk på et vellykket behandlingsutfall. Det anbefales å ta en blodprøve for å undersøke legemiddelnivået i plasma ved uforklarlig non-respons. Dersom pasienten har en uvanlig legemiddeldose, vil dette komme frem ved en blodprøve.

### 4. Psykososiale stressorer

Unipolar depresjon utløses som oftest av psykososialt stress, konflikter eller emosjonell overstrekning. Utløsende stressor trenger ikke være åpenbar dersom pasienten har en høy sårbarhet eller hvis det har vært en lavgradig belastning over tid. Dersom pasienten fortsatt står under betydelig psykososialt stress på tidspunkt for behandling må man beregne en høyere dose enn vanlig for å få effekt. Årsaken til dette er at stress direkte motvirker antidepressiva sine nevrofysiologiske effekter i hjernen og kan således ansees som en ekstra terskel som legemidlene skal overvinne for å gi klinisk effekt.

### 5. Særskilte farmakokinetiske forhold

Enkelte pasienter har avvikende metabolsk omsetning av legemidler, enten i form av ultrarask eller langsom legemiddeldomsetning. Ved ultrarask legemiddeldomsetning vil pasienten ikke oppnå terapeutisk nivå av et legemiddel gitt i adekvat dose.

Langsomme legemiddeldomsettere vil som oftest reagere med sterke bivirkninger allerede på lav dose fordi konsentrasjonen i blodet vil bli for høy i forhold til normal opptrapping. Slike pasienter vil ofte auto-seponere og fortelle legen at de ikke tålte medisinen. Gjennom farmakogenetisk undersøkelse av de viktigste metabolske nedbrytingsveier vil man kunne forebygge og hindre bivirkninger og uhensiktsmessig bruk av legemidler.

## Iatrogene årsaker til manglende respons ved farmakologisk behandling av depresjoner

Det finnes også kjente iatrogene årsaker til at pasienter ikke responderer på farmakologisk

# depresjoner i allmennpraksis

behandling av depresjoner. Her er en liste over mulige årsaker modifisert etter Akiskal og Ottoson:

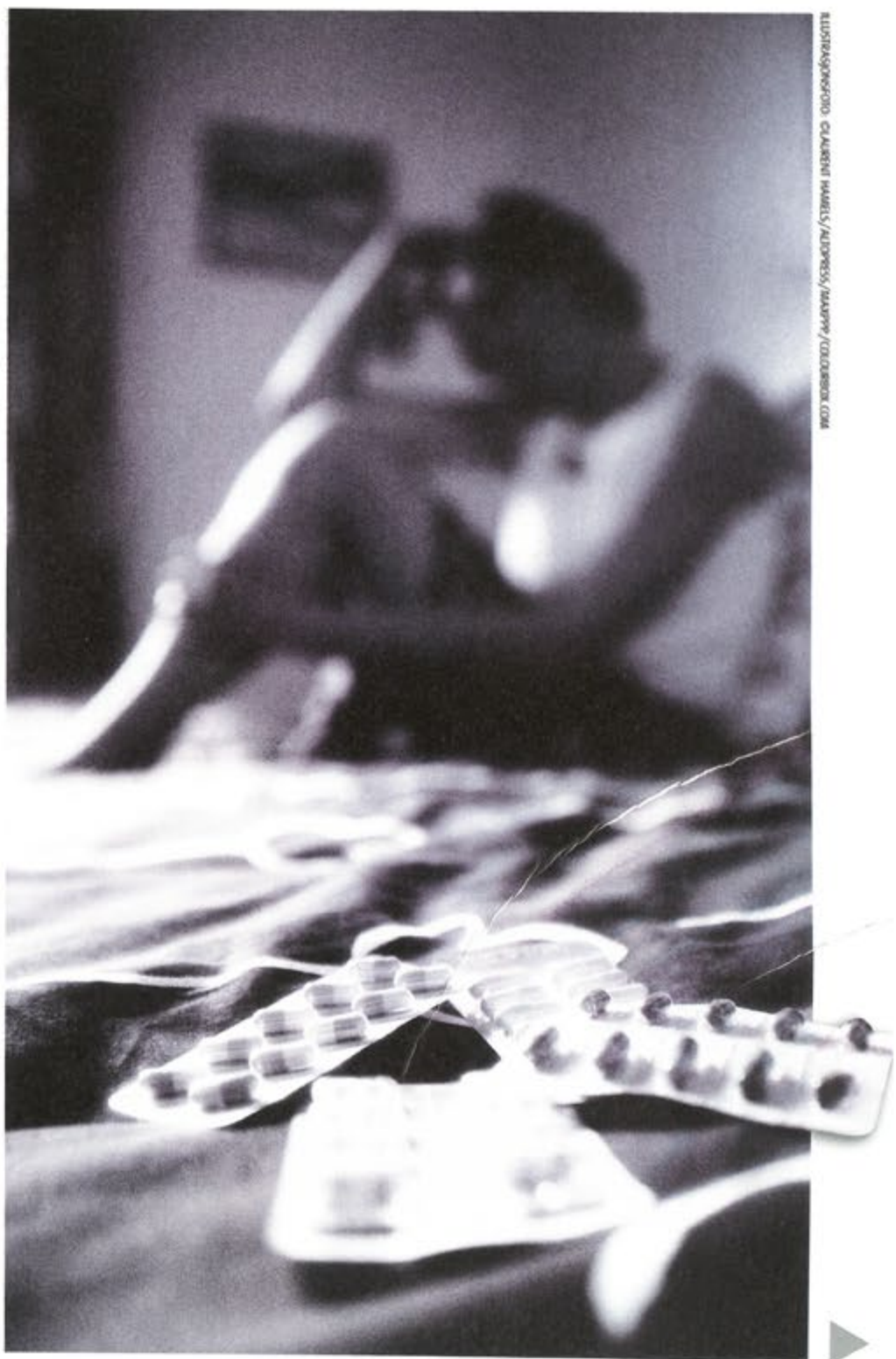
- Fokusering på ett til to symptomer uten å få frem hele sykdomsbildet
- Manglende kunnskap om atypiske manifestasjoner
- Karaktertrekk tillegges for stor vekt
- For store psykoterapeutiske ambisjoner
- Skepsis til medikamenter ved lidelser man syns er forståelige psykososiale reaksjoner.
- Inadekvat dosering og behandlingstid ved antidepressiva
- Litiumbehandling brukes for sjelden
- For lite bruk og forsinket bruk av ECT
- Overforbruk av antipsykotika og anxiolytika
- Mangelfull oppfølging og behandlingskontroll

## Ulike typer antidepressive legemidler

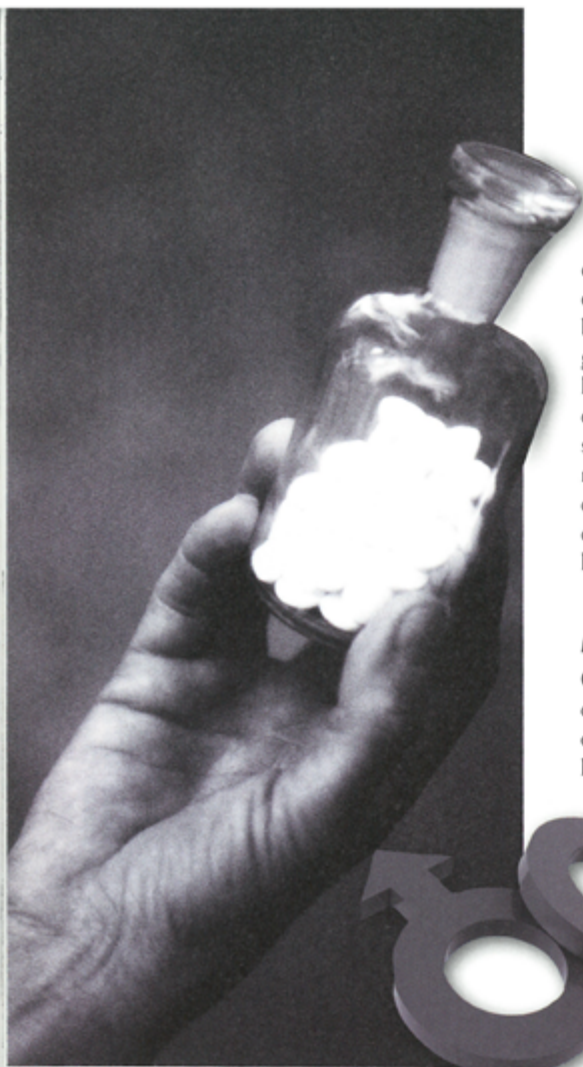
Antidepressive legemidler utøver sin effekt gjennom flere typer mekanismer, men det vanligste er å dele de antidepressive legemidler inn i to hovedgrupper. Det er serotonerge (SSRI og moclobemide) og nor-adrenerge (reboxetin, mirtazapin, mianserin, bupropion). I tillegg kommer kombinasjonspreparater, slik som tricykliske antidepressiva, venlafaxine og duloxetine. Til tross for ulike mekanismer virker alle antidepressiva etter samme prinsipp, nemlig ved å øke tilbud av serotonin og / eller noradrenalin (evt. også dopamin) i synapsene i nervesystemet.

Moderne antidepressiva sies å være selektive. Dette er kun riktig i den forstand at de binder seg til kun en type reseptor, men alle antidepressiva induserer metabolske endringer i alle monaminerge systemer og til en viss grad også i andre signalsystemer. Det grunnleggende reaksjonsmønsteret er at økt serotonerg transmisjon hemmer noradrenalin og dopamin via såkalte inhibitoriske heteroreseptorer. Dersom man øker noradrenerg eller dopaminerg transmisjon reduserer man i tilsvarende grad serotonerg aktivitet.

Økende doser av SSRI gir således en tiltakende hemning av noradrenalin og dopamin, som hos enkelte pasienter kan gi seg kliniske utslag som bivirkninger av typen lett paradoksal dysfori, lett nevrasteni eller lettere re-



ILLUSTRASJONSD: CHARENÉ MARTEL/AUTOPRESS/MANIP/ISTOCKPHOTO.COM



duert kognitiv funksjon. Det er viktig å være oppmerksom på dette fenomenet når SSRI brukes i høye doser. Dersom slike bivirkninger skulle oppstå kan kombinasjonsbehandling med to ulike antidepressiva eller skifte til et noradrenergt middel være nødvendig. Dersom pasienten viser lav toleranse for serotonerg stimulering i form av bivirkninger, vil det likeledes være aktuelt å skifte til et noradrenergt medikament tidlig i behandlingsforløpet.

### **Kvinner fra Venus, menn fra Mars**

Også i farmakologisk depresjonsbehandling er det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Fertile kvinner eller kvinner på hormonsubstitusjonsbehandling vil i høyere grad nytte seg SSRI fordi østrogen og serotonin virker gjensidig potenserende. På grunn av denne hormoneffekten bør menn ha høyere dose SSRI enn kvinner, selv når forskjell i kroppsmasse ikke med-

regnes. Noradrenerge antidepressiva blir til en viss grad forsterket av testosteron og menn opplever derfor en vel så god effekt av slike legemidler som kvinner på samme dose. På grunn av forskjell i kroppsmasse og metabolsk kapasitet er det som regel ikke aktuelt å gi kvinner høyere doser noradrenerge antidepressiva enn menn, mens det motsatte er tilfellet for SSRI.

### **Kombinasjonsbehandling med antidepressiver**

Effekten av og tolerabiliteten ved kombinasjonsbehandling med to antidepressive legemidler er godt vitenskapelig dokumentert. Studiene viser at to midler i lavere dose synes bedre tolerert og gir bedre terapeutisk effekt enn monoterapi, særlig hos non-responder. Dersom pasienten tolererer og responderer på høydose monoterapi er det ingen grunn til å endre behandlingen, men dersom pasienten får plagsomme bivirkninger vil det være gunstig å bruke kombinasjon av to ulike medikamenter. En slik kombinasjon består i prinsip-

Det er betydelige forskjeller mellom kjønnene også i medisinsk depresjonsbehandling. FOTO: COLOURBOX.COM



## TRYGG Mammamedisin.no

Råd om medisinbruk til gravide og ammende

RELIS (Regionalt legemiddelinformasjonsenter) lanserer i begynnelsen av juni 2011 en informasjonstjeneste der publikum kan stille spørsmål og få individuelt tilpassede svar om legemiddelbruk ved graviditet og amming. Tjenesten lanseres foreløpig som et pilotprosjekt, som gjennomføres i perioden juni–desember 2011.

Den overordnede hensikten med prosjektet er å øke tryggheten hos gravide og ammende som trenger legemiddelbehandling, og derved bidra til riktigere legemiddelbruk og forebygging av svangerskapsavbrudd. Mer spesifikt vil vi gjennom en produsentuavhengig og gratis tjeneste tilby individuelt tilpasset legemiddelinformasjon til gravide og ammende. Tjenesten er gratis og drives med midler bevilget av Helse- og omsorgsdepartementet.

Tjenesten er nettbasert og vil være tilgjengelig for alle via [www.tryggmammamedisin.no](http://www.tryggmammamedisin.no) Spørsmål besvares av farmasøyter og leger ved RELIS, som har lang erfaring i å formidle legemiddelinformasjon. Av hensyn til personvernet holdes spørsmålstillers anonym, og personlige svar innhentes ved hjelp av et referansenummer som genereres når spørsmål stilles. Det vil også være anledning til å stille spørsmål om bruk av natur(lege)midler, kosttilskudd og lignende produkter via denne tjenesten. Vi svarer innen to virkedager, og tjenesten er gratis.

RELIS' spørsmål-svar-tjeneste for helsepersonell vil ikke bli berørt av publikumstjenesten som nå lanseres. Helsepersonell bes fortsatt kontakte RELIS via [www.relis.no](http://www.relis.no), eller per telefon, også ved spørsmål om legemidler ved graviditet/ammning.

Ved spørsmål om tjenesten, ta kontakt på [tryggmammamedisin@helsebergen.no](mailto:tryggmammamedisin@helsebergen.no) eller 55 97 53 60.



pet av et serotonergt og et noradrenerg legemiddel. En mulighet er også å skifte til kombinasjonspreparat, f.eks. venlafaxin eller duloxetin, men husk at begge disse midlene har en predominant serotonerg aktivitet og en mindre fremtredende noradrenerg stimulerende effekt.

Alle SSRI har felles grunnleggende virkemekanismer og bivirkninger og det synes ikke hensiktsmessig å bytte legemiddel innenfor gruppen SSRI. Det er heller ikke hensiktsmessig å kombinere to legemidler i samme kategori.

I klinisk praksis vil en kombinasjonsbehandling vanligvis bestå av en av de følgende kombinasjoner:

- SSRI og bupropion
- SSRI og mianzerin / mirtazapin
- SSRI og reboxetin

venlafaxin og duloxetin kan kombineres med et noradrenerg antidepressivum

I allmennpraksis er disse kombinasjonene trygge å bruke i doser helt opp til høyeste Felleskatalog-dose av begge legemidler. Det er ingen kjente interaksjoner mellom disse legemidlene, bortsett fra mellom bupropion og venlafaxin, der kombinasjonen kan gi en økning i serumnivå av venlafaxin.

### Augmentasjon med litium

Bruk av litium i tillegg til serotonerge antidepressiva er svært godt dokumentert i litteraturen. Dette kan brukes når behandling kun har delvis effekt og man ønsker å oppnå remisjon uten å øke dosen av det antidepressive legemiddel. Klinisk effekt av augmentasjonen inntreffer etter få dager. Dersom ikke effekt etter ti dager vil slik augmentasjon trolig ikke være effektiv.

Ved siden av å være en stemningsstabilisator har litium bl.a. evne til å øke sensitiviteten for serotonin postsynaptisk, øke serotonerg frigjøring i hippocampus og øke syntesehastigheten av serotonin i nevronene. Ved augmentasjonsbehandling er det etablert en serumverdi 0,2–0,4 mmol/L, mens det for bipolar lidelse ligger på 0,5–1,0 mmol/L. I praksis tilsvarende dette som regel 42 mg lithium morgen og kveld. Augmentasjon med litium er kun hensiktsmessig ved høye doser SSRI. Studier viser at lave doser SSRI i liten grad lar seg argumentere med litium, men at graden av augmentasjon øker med dosen. Serotonerge tri-cykliske antidepressiva, for eksempel clomipramin, har vist god augmentasjonseffekt

selv ved moderat dose. Litium har liten effekt som augmentasjon til noradrenerge antidepressiva.

### Oppfølging og behandlingskontroll

Pasienter som behandles med antidepressiver bør ha regelmessig oppfølging. Initialt i behandlingen bør pasienten sees ukentlig eller hver 14. dag med systematisk kartlegging av effekt og bivirkninger. Behandlingseffekten bør følges med et standardisert instrument slik som MADRS, Hamilton eller Becks depresjons skala. Utsagn av typen «nå føler jeg meg mye bedre, doktor» har vist seg å ha svært begrenset verdi for å evaluere respons på behandlingen. Dersom behandlingsrespons ikke registreres på en systematisk måte vil mange pasienter ikke oppnå remisjon, men kun klinisk respons. Studier har vist at rest-depresjoner er viktigste prediktor for at nye depressive episoder skal oppstå, og derfor er full symptomremisjon påtrengende viktig både for behandlingen av depresjoner og for å forebygge nye depressive episoder.

[lars.tanum@diakonsyk.no](mailto:lars.tanum@diakonsyk.no)

## Kurs & konferanser 2011

HØSTEN 2011

# MERITTERENDE KURS FOR LEGER

Dato 2011	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
6.-7. september	Konferanse for Demensteam	Bergen	22. juni
19.-20. september	Alderspsykiatri i praksis	Oslo	17. august
27.-28. oktober	Legemiddelbruk	Oslo	23. sept.
29.-30. november	Demensdagene	Oslo	24. okt.

Følg med på vår hjemmeside der invitasjon med program og lenke for påmelding legges ut fortløpende.

 **Aldring og helse**  
Nasjonalt kompetansesenter

For påmelding og mer informasjon:  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)  
33 34 19 50 – [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)

# KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2011

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

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

## 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](http://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](mailto:morten.hernaes@07.no)

**Annonsér i**

**ut-**  
**posten**

blad for allmenn- og samfunnsmedisin  
ISSN 1501-4820

**INNHOLD:**

... 1	1
... 2	2
... 3	3
... 10	10
... 14	14
... 17	17
... 21	21
... 28	28
... 30	30
... 32	32
... 37	37

## 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*

Takk for sjansen til å være med på lyrikkstafetten!

Har valt meg nokre ord til ettertanke av Bjørnson; ein av våre store forfattarar – og kanskje aller best som poet.

Dette verset står for meg som ei god rettesnor i det daglege pasientarbeidet. Som allmennlegar møter vi ofte menneske i vanskelige livssituasjonar. Respekt for menneskeverdet og trua på mogelegheit til positiv utvikling er viktige føresetnader for å kunne hjelpe.

### *Elsk din neste*

Elsk din neste du kristensjel  
 tred ham ikke med jernskodd hæl,  
 ligger han enn i støvet!  
 Alt som lever, er underlagt  
 kjærlighetens gjenskapermakt,  
 bliver den bare prøvet.

Bjørnstjerne Bjørnson  
 (Fra *En glad gutt*, 1860)

### *Hilsen Johan Nyhammer*

Stafettspinnen vil eg sende vidare til min gamle kullkamerat Stein Nilsen.





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 farmasøyer 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.

# Prevensjon og bruk av lamotrigin

## Spørsmål til RELIS

En kvinne i trettiårene bruker levenorgestrel/etinylostradiol (Loette) som prevensjon. Hun har nylig startet med lamotrigin (Lamictal) for behandling av bipolar lidelse med god effekt.

Imidlertid har hun opplevd menstruasjonsforstyrrelser etter oppstart med lamotrigin, med forskyvning av intervallet mellom menstruasjonene, og er derfor usikker på om effekten av p-pillene er god nok.

Lege spør om rene gestagenpreparater som minipille, p-sprøyte eller spiral vil være et bedre alternativ i dette tilfellet. Vil man trenge dosereduksjon av lamotrigin og eventuelt monitorering av plasmakonsentrasjonen ved seponering av p-pillen kvinnen har brukt hittil?

### Lamotrigin og påvirkning av antikonsepsjon

Det har vært diskutert om lamotrigin kan påvirke effekten av p-piller (1, 2). Dette er basert på en studie med 16 friske kvinner hvor det ble sett en svak reduksjon i plasmakonsentrasjonen av levenorgestrel samt AUC, mens konsentrasjonen av etinylostradiol var uforandret. Det ble også observert en økning i FSH og LH, men det var ingen økning i progesteronnivået, noe som tyder på at eggøsning ikke forekom. En britisk veileder fra 2011 sier at på tross av disse funnene er det ikke antatt at antikonsepsjonseffekten av kombinerte hormonpreparater påvirkes av lamotrigin (1).

Om lamotrigin påvirker effekten til rene gestagenpreparater er i liten grad undersøkt. Det anbefales i en kilde at dersom man er usikker på hvorvidt nivået av hormonelle prevensjonsmidler reduseres av lamotrigin bør man følge anbefalingene for enzyminduserte legemidler. Dette innebærer førstevalg av medroksyprogesteron eller noretisteron til injeksjon eller levenorgestrel spiral, som man tror i mindre grad påvirkes av enzyminduserende legemidler enn p-piller og implantater (3).

### Østrogen og gestagens effekt på lamotrigin

Østrogen reduserer serumkonsentrasjonen av lamotrigin og økning i epileptiske anfall har vært rapportert (4). Lamotriginkonsentrasjonen kan øke i det p-pillefrie intervallet, og potensielt gi bivirkninger (1). Verdens helseorganisasjon (WHO) med flere anser at østrogenholdig prevensjon vanligvis ikke bør benyttes samtidig med lamotrigin (4, 5). Dette er mest sannsynlig basert på lamotrigins hovedindikasjon, epilepsi.

Det er i liten grad undersøkt om gestagener påvirker plasmakonsentrasjon av lamotrigin, men britiske retningslinjer for bruk av antikonsepsjon, konkluderer med at rene gestagenpreparater kan forskrives uten restriksjoner til pasienter som bruker lamotrigin (4). I en liten studie med ti deltagere som fikk de-

sogestrel (Cerazette) i tillegg til lamotrigin ble det funnet at lamotriginnivået økte med 20–100 prosent hos syv av deltagerne. Studien er imidlertid kun publisert som abstract på den amerikanske epilepsiforeningens møte i 2004 (3). En kilde anbefaler økt monitorering av lamotrigin serumnivåer ved oppstart og seponering av desogestrel.

### Seponering av p-piller

Bivirkninger av lamotrigin har vært rapportert etter seponering av p-piller, noe som antyder at økningen i serumkonsentrasjon kan være klinisk relevant (1). Ved seponering vil det i de fleste tilfeller være nødvendig å redusere vedlikeholdsdosen av lamotrigin med opptil 50 prosent. I preparatomtalen blir det anbefalt gradvis å redusere daglig dose med 50–100 mg hver uke (med hastighet som ikke overstriger 25 prosent av total daglig dose per uke) over en periode på tre uker, med mindre klinisk respons indikerer annerledes. Måling av lamotriginkonsentrasjoner i serum før og etter seponering av hormonell prevensjon kan vurderes som bekreftelse på at utgangskonsentrasjonen av lamotrigin opprettholdes. Hos kvinner som ønsker å avslutte bruk av hormonell prevensjon som inkluderer en uke av ikke-aktiv behandling («pillefri» uke) bør monitorering av lamotriginnivå i serum gjøres i løpet av uke tre av den aktive behandlingen, dvs. på dag 15–21 av pillesyklus. Prøver for utredning av lamotriginnivå etter endelig seponering av p-pille bør ikke tas i løpet av den første uken etter seponering (6).

### Konklusjon

Det er ikke grunn til å forvente redusert effekt av kombinasjons p-piller ved bruk av lamotrigin, men få studier har undersøkt dette. Hvis pasienten ønsker annen og potensielt sikrere prevensjon kan p-sprøyte eller hormonspiral være gode alternativer. Dosereduksjon av lamotrigin bør i så fall vurderes og plasmakonsentrasjonen monitoreres.



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](mailto:annkristin_stokke@hotmail.com).

*Kast dere frampå, folkens!*

## Hodepine med besvær

Jeg liker å være snill og hyggelig. Av og til har jeg derfor tatt avgjørelser på litt tynt grunnlag. Litt uggen følelse i magen har forekommet, men jeg vil jo ikke være vanskelig.

Slike erfaringer vil jeg tro mange av kolleger har gjort seg når naboen, tanten eller en venn kontakter deg for hjelp med et råd eller kanskje en resept.

Du er kanskje på ferie, eller har tatt et glass vin lørdag kveld når forespørselen kommer. Muligheter for vurdering og undersøkelser er marginale, og ofte uønsket av den som henvender seg.

Jeg har ved et par anledninger brent meg på dette; en beskrevet konjunktivitt var en hissig keratitt, og en tennissalv faktisk var lungekreft. Heldigvis ble disse oppdaget rimelig kjapt, men ikke av meg. Jeg hadde jo bare kontakt med mine venner på telefon...

Så hva gjør man så når det etter slike erfaringer ringer en ny bekjent og vil ha kloramfenikol for sine øyepleger? Jo: Jeg vil se pasienten! Jeg har definitivt blitt mer vrien å ha med å gjøre, og unngår lettvinde løsninger.

Denne pasienten – en ung mann på ca 25 år – måtte komme hjem til meg. Han kunne ikke helt skjønne dette. Han hadde i sju år hatt periodevis plager med et rødt øye som han opplevde som plagsomt. Plagene kunne vare i flere uker i strekk, med vekslende intensitet. Han ønsket seg kloramfenikol øyedråper fordi han hadde fått dette av sin faste lege de siste sju årene når plagene dukket opp. Hans fastlege var ikke tilgjengelig og han kontaktet derfor meg, som en god venn.

Jeg ga nok et inntrykk av å være litt vanskelig som ikke kunne hjelpe ham med bare å ringe inn en resept, men min erfaring med en hissig keratitt fra tidligere var grunn nok til min tilbakeholdenhet.

Pasienten kom, og for å få godt nok lys, gikk vi inn på badet for å se på øyet hans. Det var injisert konjunktiva på høyre øye, og ingen tegn til puss. Ved forespørsel var han i grunnen egentlig ikke sikker på om kloramfenikol hjalp ham noe særlig når han fikk sitt røde øye.

Jeg undret meg litt over hva dette kunne være sammen med pasienten og begynte å sjekke om det fantes andre plager som dukket opp samtidig.

Han fortalte da at han samtidig med rødt øye hadde observert at han ofte ble tett i samme sides nesebor, ofte med neseblødning. Han kunne også fortelle at han nok hadde en del smerter bak øyet og i øyet, samt i kinn og kjeve. Dette hadde han aldri fortalt sin fastlege. Da jeg ba ham gradere smertene han hadde når øyet var rødt, i en skala fra 0–10, så sa han 11. Som hodepineinteressert lege, fikk jeg nå blod på tann: Hvordan var smerten, når kom den, hvor lenge varte den? Han svarte at smertene var mest intense på natt, og kunne vare fra 15–20 minutter og opp til noen timer. Dette stod på en periode over noen uker til et par måneder et par ganger i året. Han kunne ha mange anfall i døgnet, og kunne være helt utslått av smertene. Han hadde altså aldri tenkt på å fortelle dette til noen lege, men hadde vært hos optiker for å få målt

øyetrykket som var helt normalt. Han hadde også prøvd å behandle seg med paracet, men dette hadde ikke hatt noen sikker effekt.

Hva tenkte jeg? Dette må jo primært være en hodepine. Den er meget intens. Den kommer periodevis et par runder i året og er verst på natten. Varighet 15–20 min til to til tre timer. Nesetetthet og øyesymptomene må jo være sekundært til dette, og det var forunderlig at pasienten søkte meg for det som var minst problematisk, nemlig det røde øyet.

Jeg slo opp i diagnosekriteriene og fant at pasientens hodepine godt kunne passe med en Clusterhodepine/Hortons hodepine.

Jeg tilbød ham time på mitt kontor i løpet av neste dag og jeg fant normal somatisk og neurologisk status.

Diagnosen Clusterhodepine/Hortons hodepine var sikker.

Han fikk prøve Imigran injeksjon og hadde kjempegod effekt allerede etter få minutter.

Han ble satt på forebyggende medisin: Verapamil med god effekt på 360 mg/d. Han fikk 60 mg prednisolon i ti dager. Han ble også henvist til en raskt konsultasjon hos nevrolog for å få tilgang til O<sub>2</sub>-apparat fra hjelpemiddelsentralen til bruk under anfall.

Nevrolog bekreftet diagnosen. Pasienten har senere hatt god kontroll med sin hodepine og sitt røde øye og er lite plaget.

Dette var moro for meg, og jeg har fått en takknemlig venn.

*Bente Bjørnhaug Pettersen*

### REFERANSER

1. Faculty of sexual and reproductive healthcare. Drug interactions with hormonal contraception. Januar 2011. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CE-UGuidanceDrugInteractionsHormonal.pdf>
2. Baxter K, editor. Stockleys Drug Interactions. Combined hormonal contraceptives + lamotrigin. <http://www.medicinescomplete.com/> (Oppdatert 20. juli 2010).
3. Baxter K, editor. Stockleys Drug Interactions. Progestogen-only contraceptives + Lamotrigin. <http://www.medicinescomplete.com/> (Oppdatert 21. juli 2010).

4. Faculty of sexual and reproductive healthcare, clinical effectiveness unit. Antiepileptic drugs and contraception. (januar 2010) <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUStatementADC0110.pdf>
5. Department of reproductive health, World health organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2010. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf)

6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Lamictal. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddel-sok> (Sist endret: 19. januar 2011).

*Jeanette Schultz Johansen*  
rådgiver, cand. pharm.

*Tanja Holager,*  
Seniorrådgiver, cand. pharm.

RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

# Gratis nettkurs for faglig oppdatering

Helsepersonell er pålagt å holde seg faglig oppdatert. Gjennom nettkurset **kunnskapsbasertpraksis.no** lærer du å finne forskningsbasert kunnskap og omsette den til praktisk arbeid. Og det koster deg ikke en krone.

Lillebeth Larun (bildet), fysioterapeut av utdanning og forsker ved Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, forteller om nettkurset som Kunnskapscenteret har utviklet i samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

– Kurset lærer deg kunnskapsbasert praksis, det vil si å ta faglige avgjørelser gjennom systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder, med spesielt fokus på forskningsbasert kunnskap. Du lærer å søke i databaser, kritisk vurderer artikler du finner og hvordan du kan omsette kunnskapen til praktisk arbeid, enten det er for å ta individuelle beslutninger i konkrete arbeidssituasjoner eller i utvikling av prosedyrer.

– Hvorfor er det så viktig å oppdatere seg på hva forskningen sier?

– Helsepersonell må hver dag ta faglige avgjørelser, men den dokumenterte kunnskapen om hva som er god praksis er i stadig utvikling. Det man lærte på et tidspunkt kan være endret. Man kan ikke basere seg på hva man har lært eller hva man tror, sier Larun.

## Praktiske eksempler

Nettkurset er pedagogisk tilrettelagt og lærer deg trinn for trinn hvordan du kan nyttegjøre



deg forskning i arbeidshverdagen, fra å formulere hvilke spørsmål du ønsker svar på, til å søke etter relevant litteratur, kritisk vurdere litteraturen og hvordan den kan omsettes til praktisk arbeid.

Alle trinnene er spekket med praktiske, kliniske eksempler, videoer og øvingsoppgaver. Du kommer inn på de ulike trinnene ved å klikke på overskriftene i den horisontale menylinjen på nettsiden.

## Statistikk for folk med tallfobi

Kurset har også en statistikkdel for folk som ikke liker tall, men som likevel må forholde seg til tall i jobben, for eksempel fra fagartikler.

– Statistikkdelen gir en enkel innføring i grunnstammen i statistikk, det vil si hvordan du beskriver tall, analyserer tall og formidler tall. Den lærer deg hvordan du kan forstå statistikk, opplyser Larun.

## Internopplæring av ansatte

Helsepersonelloven krever at helsepersonell holder seg faglig oppdatert. Ifølge Larun er nettkurset velegnet til internopplæring av ansatte.

– Man trenger ikke å sende ansatte på kostbare kurs. Kunnskapsbasertpraksis.no er et pedagogisk tilrettelagt læringsverktøy som kan brukes til faglig utvikling og til å kvalitetssikre at ansatte har minimumskunnskap, mener hun.

## Ønsker tilbakemeldinger

Kunnskapsbasertpraksis.no har vært på nett siden september 2008 og har rundt 70000 treff. Brukervennlighet og læringseffekt av kurset evalueres og på grunn av stor etterspørsel i utlandet, er det også planer om å oversette til engelsk.

– Kurset er i løpende utvikling. Vi vil ha tilbakemeldinger om feil og mangler samt innspill til forbedringer, gjerne på [kbp@hib.no](mailto:kbp@hib.no), sier Lillebeth Larun.

Ingrid Høie

Kunnskapscenteret for helsetjenesten



Kurset dekker de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis:

- Refleksjon
- Spørsmålsformulering
- Litteratursøk
- Kritisk vurdere
- Anvende
- Evaluere



B



NORGE P.P. PORTO BETALT

**Ebixa**  
memantin

på blå

NYHET!

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 uker<sup>1</sup>



### c Ebixa "Lundbeck"

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

**T** **TABLETTER**, filmrøtlete 5 mg, 10 mg, 20 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. Tabletter 10 mg inneholder laktose 166 mg og har delestrek. **OPPLØSNING**, 5 mg/pumpestrykk; 10 mg/pumpestrykk inneholder Memantinhydroklorid 5 mg tilsv. memantin 4,16 mg, kaliumsorbat 32,202 mg, sorbitol, renset vann. **Med doseringspumpe**. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og følges med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare gis dersom pasienten har en person som kan monitorere pasientens legemiddeltoleranse. **Diagnostisering** bør gjøres i tids med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 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. **Dosejustering**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsett nyrefunksjon (kreatininclearance 30-60 ml/minutt). Ved moderat nedsett nyrefunksjon (kreatininclearance 20-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg /dag iht. vanlig oppfølgingsskjema. Ved alvorlig nedsett nyrefunksjon (kreatininclearance < 20 ml/minutt) bør dosen være 10 mg /dag. **Nedsett leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsett leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsett leverfunksjon (Child-Pugh grad C eller B). **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfalle, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketansin eller deksamfetamin bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. **Overvåking** av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. diuretiske kostholdsbredere, stort inntak av syrehydrolytiske midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjerteastma (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved alvorlig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Opplysningen bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom gir alvorlig å nedbrette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonstiden. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevrologiske preparater kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketansin og deksamfetamin bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmavivider. Redusert ekstrasjon av hydrokortison eller kombinasjonspreparater med hydrokortison er mulig. **Erkjenntilfeller av økt risiko** ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitoring av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/FØDSEL**: Overgang i placent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk**: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. **Amning**: Frårløst under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypoglykemi** (1-17/100). **Gastrointestinale**: Forstoppelse, Hjerter/kar: Hjertesykdom.

**Luftveier**: Dyspné. **Neurologiske**: Svimelhet, Psykiske: Somnolens, Øvrige: Hodepine, Månde-  
**Hypoglykemi**: Gastrointestinale: Oppkast, Hjerter/kar: Hjertesvikt, venetrombose/emboli, tromboembolisme,  
**Infeksjoner**: Sopplinfeksjoner, Neurologiske: Unormal gange, Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett  
rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, Øvrige: Tretthet, Krampeanfalle er rapportert svært  
sjeldent. **Erkjenntilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt**. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon,  
selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSE/BERING/OPPLØSNING**:  
**Symptomer**: Hb: 200 mg og 305 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, kvalme og/eller diaré eller ingen  
symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet  
(forvirring, søvnløshet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-  
tarmbevegelser (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 plasmaførelse, og  
kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet  
som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble  
resolvert. **Behandling**: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side 8. **EGENSKAPER**: **Klassifisering**:  
Memantin er en spenningsuavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkings-  
mekanisme: Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at mangel på glutamaterge neurotransmittere, særlig  
ved akivering av NMDA-reseptorene, 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. **Steady state-plasmakon-sentrasjoner** fra 70-150 ng/ml (0,5-1  
µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding**: Ca. 45%. **Fordeling**: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg.  
**Halveringstid**: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t<sub>1/2</sub> på 60-100 timer. **Total clearance** [Cl<sub>tot</sub>]: 170  
ml/min (11,73 ml/kg). **Renal eliminering**: Memantin og metaboler av memantin er utskilt i urin som 88% ekskludert med en faktor på 7-9.  
**Metabolisme**: Ca. 80% gjøres som modersubstansen. **Hovedmetabolittene** er inaktive. **Utskillelse**: Gjennomsnittlig  
84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING OG HOLDBARHET**: Opplysning: Åpnet flaske  
bør brukes innen 3 måneder. **FAKNINGER OG PRISER**: Tabletter: Startpak: 7 stk, 5 mg + 7 stk, 10 mg + 7 stk, 15 mg +  
7 stk, 20 mg (blister) 556,10, 10mg: 30 stk, (blister) 504,80, 100 stk, (blister) 1510,60, 20mg: 28 stk, (blister) 876,30, 98  
stk, (blister) 2927,20. **Opplysning**: 90 ml (glassflaske med doseringspumpe) 775,10.

**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 leger med nødvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. Diagnostiseringen av kognitive og globale funksjoner, samt funksjonsnivå skal gjøres i tids med alment aksepterte retningslinjer (eksempelvis DSM IV, ICD 10), før start av behandling. Opplysninger fra pasientens hovederogrytter skal innhentes. Effekten av behandlingen skal bli et av pasienten har nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal være av moderat til alvorlig karakter. Ved mistanke om opphav av ef-fekt skal det gjennomføres prøvespønering. For pasienter med moderat Alzheimers demens gies refusjon kun til pasienter som har prøvd minst en kolinstreaserhemmer med uttilsikret effekt eller som ikke kan bruke kolinstreaserhemmere av langrivende medisinske grunner. Ikke i kombinasjon med kolinstreaserhemmere.

SIST ENDRET: 12.04.2011

