

# Utt- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 5 - 2011 ◦ ÅRGANG 40

## INNHOOLD:

LEDER: Når ord blir for små. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTIME: Ildsjel med helsebringende pågangsmot. SISSEL SØRBØE INTERVJUET AV TOVE RUTLE	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Bruk av urtemedisiner blant gravide. AV LONE HOLST	6
Helseeffekter av amming – en myte? AV SOLVEIG T. HOLMSEN ET AL	10
Kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret. AV MARIE BRUDVIK OG JANECKE THESEN	15
Helsesekretærene er gode å ha, men vanskelige 'å se'...? AV TOVE RUTLE	18
Våre forventninger til medarbeiderne på Team Legekontor. AV JANECKE THESEN, KRISTIN PRESTEGAARD OG BJØRNAR NYEN	22
ENQUETE: Helsesekretærer trives i jobben sin.	24
Sopptur – høstens risikosport? AV KRISTIN OPDAL SELJETUN ET AL	28
Å leve og la dø – lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. AV ANETTE FOSSE	32
Pasienten tåler ikke mat – hva skal vi tro? AV ARNOLD BERSTAD ET AL	36
Faste spalter	41
BOKANMELDelse: Kaotiske hjerter. ANMELDT AV TORSTEIN RISØR	46
BOKANMELDelse: Akutte hudsygdomme. ANMELDT AV MONA SØNDENÅ	47

**KONTOR:****RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no

**Esperanza Díaz**

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

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

**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

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. Sondena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE/2. OMSLAG: Ida Myklebust Sundar

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS

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

# Når ord blir for små

Eg har egentleg lenge hatt stor sans for Kongen. Det begynte så langt tilbake som i 1992, etter den dramatiske nyttårsorkanen på Nord-Vestlandet. Kongen reiste då oppover for å besøke dei orkanramma og med eigne auge sjå dei store øydeleggingane. Eg hugsar godt reportasjene på Dagsrevyen og bileta i avisene i etterkant, Kongen kledd i ei slitt, falma boblejakke og gummi-støvlar. Dette fekk han kritikk for i rikspres-sa i etterkant – Kongen kunne då ikkje gå kledd slik! Eg trur ikkje kong Harald tok innne kritikken så tungt, for i åra etter har han stadig imponert meg med sin folkelege stil, sine fornuftige kommentarar og menneskelege veremåte. Etter at tragedien ramma landet vårt den 22. juli har kong Harald meir enn nokon sinne vist fram desse eigenskapane, og sjølv dei mest innbitte republikanarane har latt seg imponere. Han er «heilt konge»!

Talen han heldt under minnemarkeringa i Oslo Spektrum ein månad etter terrorhand-linga, gjorde spesielt sterkt inntrykk på meg. «Nå er nesten alle ord brukt opp», innleia han med. For mange har sagt mykje i etterkant av tragedien – ord som skal vere til hjelp for å forstå, til støtte og trøyst. Men når det mest grusomme skjer, kan ein undre seg over om språket er tilstrekkeleg. Det å finne ord som klarer å fange inn og skildre det som verkeleg skjedde, det er utfordrande, ja, kanskje er det umogleg.

Ein kollega fortel i dette nummeret av Utposten om eit møte med ein av dei overlevande frå Utøya. Skildringane til vedkom-mande er vanskeleg å ta innover seg, det er vanskeleg å vere den som skal hjelpe, ord blir fattige; «Jeg kjenner at jeg ønsker å ta ham med meg hjem, legge armene rundt ham og gi ham en ny start på livet», skriv vår kollega. Ho stiller også spørsmål om kva fastlegen si rolle skal vere i arbeidet med å ivareta dei som er ramma av terror og katastrofe, når andre etatar står i kø for å hjelpe? Eit anna moment ho trekker fram, er om forståinga av terror og katastrofer er omvendt proporsjonal med avstanden til vår eigen heim? Kanskje kan denne katastrofen gi oss større forståing for dei lidingane folk frå andre delar av verda har opplevd.

I dette nummeret av Utposten har vi også valt å sette fokus på ei gruppe samarbeids-partnerar som vi kanskje har tatt for gitt og som i fora som dette, nok har fått alt for lite merksemd – nemleg helsesekretærane. Dei er gode å ha, men vanskelege «å sjå», som Tove Rutle seier det. Mange helse-sekretærar trivst godt i yrket, men er misnøgde med status, lønn og manglande utviklingsmuligheter. Mange synast også at arbeidskvardagen kan bli vel hektisk. Korleis pasienten vert møtt på telefonen, i luka og på laboratoriet har stor betydning for møtet inne hos legen: «Konsultasjonen starter i realiteten når pasienten henvender

seg til legekantoret». Eit godt samarbeid mellom legar og helsesekretærar er avgjerande for eit velfungerande legesen-ter. Det er derfor eit tankekors at rekrutte-ringa til yrket er dårleg, og for mange legekantor rundt omkring er det allereie i dag ei utfordring å finne godt kvalifiserte medarbeidarar. Dette er ei utvikling vi må ta medansvar for å snu. Eit godt drifta legesenter og god kvalitet på tenestene vi tilbyr er to sider av same sak. Derfor bør alle også ta ein ekstra kikk på Janecke Thesen og Marie Brudvik sin oversiktsartikkel med forslag til kvalitetsverktøy for bruk i allmennpraksis. Her er det mange nyttige tips for god allmennmedisinsk praksis.

I etterkant av 22. juli har musikk og litteratur vore til trøyst for mange. Bruken av *Til ungdommen* av Nordahl Grieg er eit godt døme på det. Den jødiske poeten Paul Celan mista store delar av familien sin i Holocaust. Sjølv overlevde han opphald i arbeidsleir. Kulturteoretikaren Theodor Adorno hevda at det etter Auschwitz ikkje ville vere mogleg å skrive dikt – for korleis kan vi bruke vårt daglege språk til å skildre det som er så frykteleg at vi ikkje kan forestille oss det? Paul Celan sitt mest kjente dikt, *Dødsfuge*, er eit fantastisk døme på korleis språket i ei viss form nettopp kan skildre det ein ikkje får til på andre måtar. Les det!

Lisbeth Homlong



Utpostens  
dobbelttime

# Ildsjel med helsebringende pågangsmot

Sissel Sørbøe  
INTERVJUET AV TOVE RUTLE

Arbeidsglede og lojalitet til sine kolleger, og en inderlig respekt for pasientene – det er grunnleggende kjennetegn ved helsesekretær Sissel Sørbøe ved Nordbyen legesenter i Tromsø – og egenskaper som gjør at man ikke kommer uberørt fra et møte med henne. Selv etter 25 år ved samme arbeidsplass formidler hun en entusiasme og stolthet over sitt yrke og sine kolleger som er smittende og inspirerende.



Frisk og glad på slutten av første arbeidsdagen etter pinse, møter Sissel Sørbøe meg på Nordbyen legesenter. Jeg hilser på resten av staben, og er imponert over at ingen bærer preg av at det har vært en uvanlig hektisk arbeidsdag. Kan det ha sammenheng med at hele legesenteret har vært fire dager i Budapest på «inspirasjonstur»? Det var intet jubileum, kun noen dager til faglig inspirasjon og glede for leger og helsesekretærer. Der hadde de hatt god tid til å styrke samhold, ha faglige diskusjoner og ikke minst erfare hvor godt massasje og SPA virker inn på kropp og psyke.

Nordbyen legesenter er en travel praksis som ligger sentralt i Tromsø. Her jobber fem leger, en turnuslege og fem helsesekretærer – hvorav to er i halv stilling. Samtlige kunne vært verd et intervju, men når valget falt på Sissel Sørbøe, hadde det nok sammenheng med hennes temperament og utstråling – og etter sigende hennes stahet. Man må kanskje inneha minst disse egenskapene for å kunne «gløde» i jobbsammenheng etter 25 år på samme arbeidsplass?

**UTPOSTEN:** Hvorfor valgte du å bli helsesekretær?

Jeg jobbet tidligere som kontorassistent på sykehuset i Tromsø. Der fikk jeg sammen med flere kontoransatte tilbud om å ta helsesekretærutdannelse som privatist. Dette var veldig spennende og interessant for meg, for jeg har alltid hatt et ønske om å jobbe med mennesker. Det var særlig det å kunne jobbe på legekontor som fascinerte meg. Dette tilbudet kom fra fylket og sykehuset, i samarbeid med Breivika videregående skole i 1986. Det ble ett kull med privatister og en klasse med godt voksne flotte damer.

**UTPOSTEN:** Når du nå har jobbet som helsesekretær i 25 år, synes du at forventningene dine til yrket er tilfredsstillt?

Jeg hadde store forventninger til yrket. Da jeg helt fersk fra skolen fikk jobbtilbud ved Nordbyen legesenter, måtte jeg bestemme meg så å si på timen for de hadde akutt behov for hjelp. Det ble en særdeles bratt læringskurve for meg. For da jeg startet, ble den faste kollegaen vår syk, og vi var to «ferskinger» som skulle håndtere hverdagen. Vi måtte selv finne ut av det meste, og det var utrolig lærerikt. I tillegg gikk den ene av de to legene ut i svangerskapspermisjon og vi ble avhengige av legevikarer. Jeg skal si deg at det er lærerikt på mange nivåer å bytte lege hver uke. Det ble en skikkelig pangstart hvor vi måtte lage egne prosedyrer og rutiner. Det eksisterte ikke kvalitetssikringshåndbøker eller NOKLUS på gangen. Men mine forventninger til å være i direkte kontakt med pasientene, til å fungere godt på både laboratorium og skifte-stue i tillegg til de andre oppgavene med kontor og data, ble fullt ut innfridd. Jeg føler faktisk at jeg fremdeles daglig utvikler meg og lærer noe nytt, så jeg er veldig fornøyd med mitt yrkesvalg.

**UTPOSTEN:** Hvordan føler du din rolle som helsesekretær er tilpasset din arbeidsplass?

Vår yrkeskompetanse er svært godt tilpasset legekontorets virksomhet. Her på Nordbyen legesenter har vi stor tillit fra legene som alltid har utfordret oss med nye og spennende oppgaver. Vi har et flott kollegialt fellesskap, og det har vært stor utvikling i våre arbeidsoppgaver synes jeg. Tenk bare på at nesten alle av dagens analyser foregår i lukkede systemer. Da jeg begynte i faget, sugde vi opp blod med munnen i SR-rørene! Blodsøl forekommer sjelden nå, og det samme gjelder for urintestene. Samtidig har vi langt høyere krav til dokumentasjon og nøyaktighet nå. Det har også åpnet seg en helt ny verden for oss ved innføring av datajournal.

**UTPOSTEN:** Hva synes du er din viktigste oppgave på legekontoret?

Jeg har nevnt den praktiske utviklingen og endringene her på kontoret, og hvor godt det er å føle fellesskap i utfordringene. Men hvis jeg skal si hva jeg opplever som min viktigste oppgave, så er det å være bindeledd mellom pasienten og legen: å få hjelpe pasienten i forskjellige situasjoner, å formidle deres behov og ønsker til legen eller andre instanser. Det er viktig for meg å være budbringer mellom lege og pasient. Selv om jeg også gir enkle råd i forskjellige sammenhenger, så er jeg først og fremst en slags veiviser for pasientene – enten det er praktiske ting i forhold til NAV, ventetid ved legekontoret eller råd ved forkjølelse.



For eksempel er ordningen med pasientreise til og fra institusjoner blitt så komplisert og krevende at pasientene trenger hjelp ved henvendelse til kjørekontoret.

Jeg ser det som en stor fordel med livserfaring i denne jobben, i tillegg til å kjenne pasientene godt. Det gjør hverdagen for både pasientene, legene og oss selv mye lettere. Vi kjenner hverandre og har respekt for hverandre, noe som gjør at intuisjonen, «reven bak øret» er et akseptert og viktig arbeidsredskap.

Det gir en god følelse når pasienter har takket for at jeg hørte på dem. Jeg ser det som en viktig oppgave; å lytte og «humme», i den grad det er mulig i en travelt hverdag.

**UTPOSTEN:** Kan du peke på en episode som gav deg noe spesielt, eller som du lærte noe av?

Det er jo så mange, men særlig godt husker jeg en gang da en pasient ringte og fortalte at han hadde «litt ondt i sia... og kanskje også litt i arman». Pasienten vegret seg for time og



Sissel Sørboe viser også  
stolt frem byen sin. FOTO: TOVE RUTLE

klarte heller ikke å konkretisere hva som var «ondt». Jeg kjente denne mannen og fikk ham til å komme til undersøkelse, selv om jeg nok var litt usikker på min vurdering. Det viste seg at han hadde et infarkt, og jeg var så glad for at jeg hadde stått på for å få ham til kontoret. Jeg lærte av den episoden at det er utrolig viktig å høre hele pasientens historie. I tillegg til at det var viktig å ha støtte fra kolleger og leger om at min vurdering hadde vært riktig, også om diagnosen hadde vært en annen.

**UTPOSTEN: Hva kunne du ønske var annerledes i forhold til dine oppgaver?**

Jeg synes jeg har en travel hverdag, med mange forskjellige selvstendige og interessante oppgaver. Men jeg kan for eksempel tenke meg å ha spesielt ansvar for diabetespasientene. Dette krever selvsagt ekstra tid og planlegging, og vi har ikke fått til det her hos oss. Takstene, er også til hinder for at vi

kan gjøre dette, fordi takstene er knyttet til konsultasjoner med lege. Så driftsøkonomisk er dette ulønnsomt. Det er et tankekors for meg at økonomi blir en hindring i forhold til praktiske og tidsbesparende løsninger.

**UTPOSTEN: Hvor henter du inspirasjon og energi til hverdagen?**

Arbeidssituasjonen kan i seg selv gi inspirasjon, her tenker jeg blant annet på hvordan vi kommuniserer med hverandre og pasientene. Å være vennlig og høflig overfor pasientene er inspirerende fordi det gir vennlige mennesker tilbake! Det gjelder i forhold til både pasienter og kolleger. Dessuten prøver jeg å være aktiv, det gir meg energi. Jeg liker å være i fysisk aktivitet. Jeg sykler en del, går på ski, er på tur, går i fjellet og trener når jeg har anledning. I tillegg får jeg åndelig føde blant annet på spansk kurs, sammen med venninner og kolleger, men først og fremst så er jeg

så heldig å ha et godt og trygt familieliv n som betyr veldig mye for meg!

**UTPOSTEN: Har helsesekretærene noen kollegiale møteplasser i Tromsø?**

Ja vi har Helsesekretærforum. Det er et forum hvor alle sekretærene kommer sammen og utveksler erfaringer og lufter frustrasjoner. Praktiske hverdagslige utfordringer blir diskutert, for eksempel bruk av takster, arbeidsforhold på laboratoriet, håndtering av prøver osv. Dette etter at vi har hatt et faglig tema. Hvert legekontor her i byen har hver sin gang ansvar for å skaffe foreleser samt å lede møtet. I tillegg er det et dyktig styre som administrerer og leder møtene. Disse møtene avholdes samtidig som legene har sine møter, i nabolokalet. Vi har fire møter om våren og tre om høsten, og det er mellom tjue og tretti helsesekretærer som møter opp hver gang. Det hender også at vi har felles møte med legene.

**UTPOSTEN: Hva tror du blir fremtiden for helsesekretærene i allmennpraksis?**

Vi har alltid praksiselever her på Nordbyen legesenter, og de unge elevene sier at hverdagen på legekantorene er «for hektisk». De klarer ikke å ha så mange baller i lufta hele tiden. De håndterer ikke så godt at det koker rundt deg, samtidig som du må være pinlig nøyaktig i det du gjør. Dette er bekymringsfullt. Vi har et yrke med stort ansvar, men med dårlig lønn og uten særlig status. Og akkurat det pirrer nok ikke interessen, dessverre.

Jeg håper at jeg tar feil, men jeg synes ikke det ser så lyst ut. Det er svært dårlig rekruttering til utdanningen. Her var det kun to søkere til helsesekretærlinjen i år, så det er usikkert om det blir en klasse med helsesekretærer her.

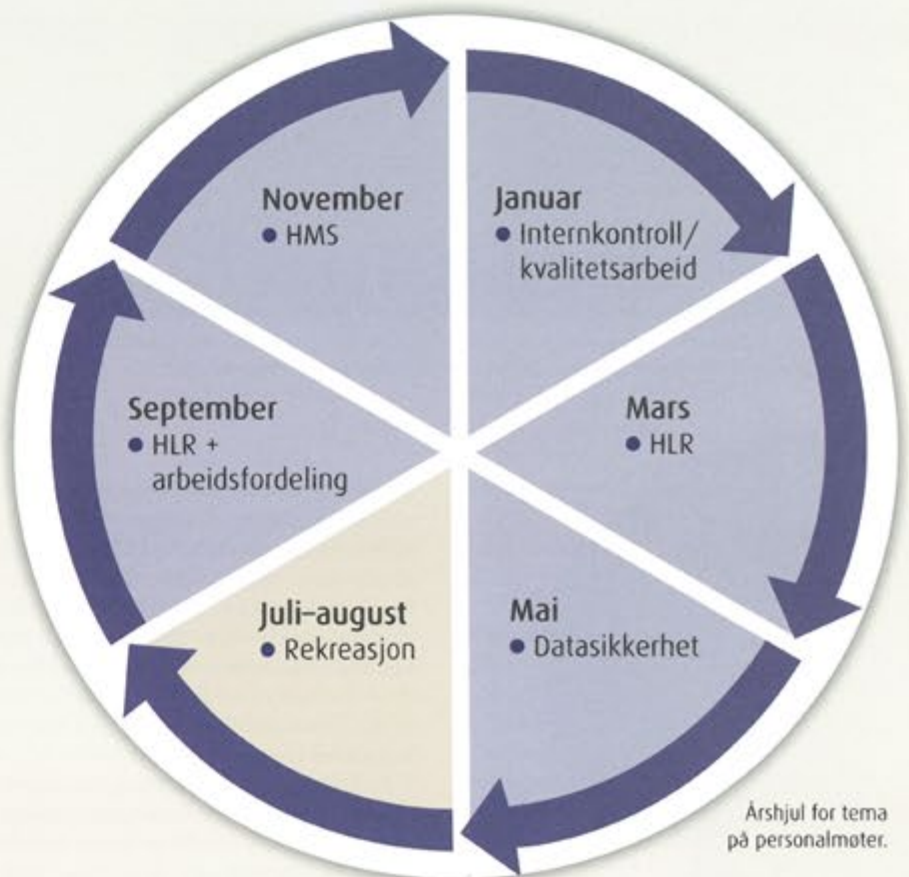
Det synes jeg er veldig synd for yrket er så urolig spennende og variert. Telefonen, luka, på laboratoriet, på skifestua, alle møteplassene med pasientene er forskjellige og unike. Jeg vet ikke om det stemmer, men jeg føler ofte at det er lettere for pasienten å slappe av hos oss, i alle fall kommer vi veldig tett på pasientene.

Her på Nordbyen har vi en lett og god tone oss kolleger imellom, og vi er flinke til å vise omsorg for hverandre. Dette tror vi at pasientene merker. Det gir dem trygghet. Vi får tilbakemeldinger på at pasientene våre føler at de blir godt ivaretatt. En annen viktig ting i hverdagen på legekantoret er at alle som jobber her har den samme måten å møte pasientene på. Vi har flotte leger vi samarbeider med som prøver å legge det meste til rette for oss, så vi har et godt og velfungerende arbeidsmiljø. Vi sitter sammen og spiser uten at yrkesgruppene «klumper» seg, og vi har en filosofi om at vi helst ikke snakker fag i lunsjen. Vi har godt organisert internundervisning, møtevirkosomhet, og arbeidsmiljøplan. Vi får også gå på eksterne kurs når det er aktuelt, og en halvtime en gang i uken har vi også utvidet lunsj, hvor vi tar opp spesielle ting. For eksempel rutiner som er sklidd ut, «noe» som kan irritere, noe som kan glede, rett og slett de små ting i hverdagen. Personalmøter har vi annen hver måned, med fastlagte temaer. (Se «Årshjulet for tema på personalmøter».) Fra disse møtene blir det skrevet referat og det er kvalitetssikret oppfølging.

Jeg tror det blir viktig for fremtidens helsesekretærer å være trygge på at de er en del av et trygt fellesskap og et godt faglig arbeidsmiljø.

Jeg ser at jeg har en fin arbeidsplass og jeg føler at jeg gjør en rimelig bra jobb!

Jeg *kan* faktisk jobben min, smiler Sissel Sørboe lurt.



Et smil i hverdagen gjør godt – både å gi og ta. FOTO: TOVE RUTLE



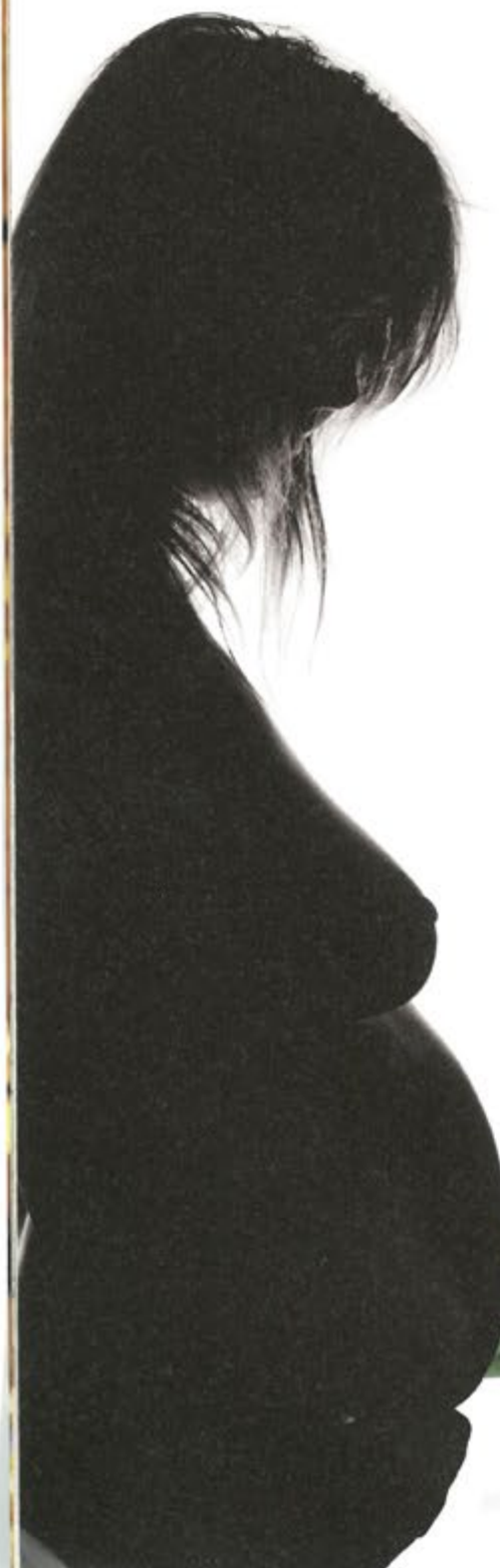


## Allmennedisinske utfordringer

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

# Bruk av urtemedisiner blant gravide

■ LONE HOLST *førsteamanuensis i samfunnsfarmasi, Universitet i Bergen*



Bruken av urtemedisiner er og har lenge vært økende både på verdensbasis og i Norge. Statistikk fra Bransjerådet for Naturmidler viser at salget av kosttilskudd i butikk har gått opp fra 382 millioner kr i 1988 til 2,2 milliarder kr i 2006 (nyere data ikke tilgjengelige). I tillegg til dette kommer salg via internett og lignende, som estimeres til å være 600–800 millioner kr (1). Til sammenlikning ble det i 2006 solgt legemidler for 16,5 milliarder kr (2).

Gravide og ammende har gjennom tidene brukt urtemedisin mot svangerskapsrelaterte plager og for å øke melkeproduksjonen. Både norske og internasjonale studier viser at dette fremdeles er vanlig og sannsynligvis økende (3). Tre studier av bruk av urtemedisiner blant gravide er gjennomført i Norge (TABELL 1). Disse studiene brukte tilnærmet samme spørreskjema og ble utført ved personlig intervju av kvinnene. Andelen urtebrukere er tilsynelatende stigende fra 2001 til 2009.


Noen få urtemedisiner er godkjent av Legemiddelverket som «Naturlegemidler» (gamelt regelverk) eller «Tradisjonelle Plantebaserte Legemidler» (nytt regelverk). De fleste urtemedisiner har – i motsetning til legemidler – ingen offentlig godkjenning. De selges som kosttilskudd og er dermed omfattet av «Matloven» (7) og underlagt Mattilsynet. Kravene i regelverket er:

- *Kosttilskudd kan ikke inneholde legemidler.* Urter er legemidler med mindre de står som «handelsvare» på urtelisten i Lov om legemidler, Forskrift om legemiddelklassifisering.
- *Kosttilskudd skal meldes til mattilsynet.* Meldingen skal inneholde: Produsent/importør, alle ingredienser, totalt innhold av vitaminer og mineraler
- *Produktet må være til bruk ved en tilstand som er egnet for egenomsorg og ikke være til bruk mot en tilstand som er et entydig symptom på sykdom.*

TABELL 1. Studier av bruk av urtemedisiner blant gravide i Norge.

REFERANSE	GJENNOMFØRT	ANTALL DELTAKERE	ANTALL URTEBRUKERE (%)	DE TRE MEST BRUKTE URTER
Nordeng og Havnen 2004 (4)	2001 i Oslo	400	144 (36,0)	Solhatt Floradix® Ingefær
Nordeng et al 2011 (5)	2003–4 i Stavanger	600	238 (39,7)	Ingefær Floradix® Solhatt
Heitmann et al 2009 (6)	2008–9 i Bergen	142	75 (52,8)	Bringebærblad Ingefær Kamille

\* Floradix er en jernholdig urtemikstur.







**Ingefær** brukes fortrinnsvis mot kvalme.



**Bringebærblad** brukes i form av tabletter, kapsler eller te. Intensjonen er å forberede livmoren til fødsel og for å lette fødselen. Det er også rapportert brukt mot svangerskapskvalme. FOTO: COLOURBOX

- *Påstander skal være dokumentert.* Helsepåstander er tillatt, men medisinske påstander er ikke tillatt. Det er utarbeidet en veiledende påstandsliste, som skal brukes for å avgjøre om en påstand er medisinsk lovlig helsepåstand eller ulovlig helsepåstand.

Dokumentasjon av sikkerhet og effekt av kosttilskudd er således ikke gjort systematisk slik som den er for legemidler. Det finnes heller ikke krav om rapportering av bivirkninger, så dermed er års erfaring med produktene ikke dokumentert noe sted. Kliniske utprøvinger av urtemedisiner er ikke økonomisk lønnsomt for produsenter. Det er vanskelig å ta patent på et produkt og dermed vanskelig å tjene inn igjen utgiftene til studier, og produktet kan uansett selges uten noen dokumentasjon. Studiene vil muligens også bli vanskelige å gjennomføre av etiske grunner, da tilgjengelige data i mange tilfeller viser tvilsom eller ingen effekt. Prospektive observasjonsstudier er derfor den enkleste måten å samle inn data for sikkerhet av urter i svangerskapet.

Studier viser at urter i mange tilfeller brukes der det ikke finnes et alternativ, ofte fordi helsevesenet er tilbakeholdende med å behandle den aktuelle plagen. For eksempel betraktes ofte svangerskapskvalme tidlig i graviditeten som noe som går over av seg selv etter en tid, og den behandles derfor ikke. For kvinnene er det et reelt problem og mange velger å prøve ingefær. Søvnproblemer behandles vanligvis heller ikke, så kvinnene velger kamillete eller valeriane (sjeldnere). «Å forberede livmoren til fødsel» er ikke en vanlig indikasjon og dermed ikke noe helsepersonell vanligvis vil anbefale behandling for. Likevel valgte 40 prosent av kvinnene i studien fra 2009 å bruke bringebærblad til nettopp det (6). Gravide får ikke rutinemessig jerntilskudd, men mange, som føler seg slitne, velger å bruke Floradix® fordi de tror de har jernmangel. I andre situasjoner kan kvinner velge å bruke urter fordi de tror det er tryg-

gere enn konvensjonelle legemidler. For eksempel kan mange kvinner være bekymret for at antibiotika er fosterskadelig og velger derfor å bruke tranebær mot sin urinveisinfeksjon (UVI). Tranebær har ingen dokumentert effekt på en etablert UVI, og manglende antibiotikabehandling i svangerskapet øker risikoen for pyelonefritt, som vil kreve enda mer intensiv antibiotikabehandling. Bedre informasjon om urter og hvilken effekt som kan forventes, er nødvendig.

Det er en generell oppfattelse at urter er naturlige og dermed harmløse eller i det minste tryggere å bruke enn legemidler. Dette er en hyppig fremført begrunnelse fra gravide for bruk av urter ved forskjellige plager. Andre argumenter er bl.a. at urter gir mer egenkontroll, at urter kan tilpasses den enkelte bruker og at urter har vært brukt i så mange år – så de må være trygge. Dertil kommer at en del urtebrukere er ganske skeptiske til legemiddelindustrien, men ikke til produsenter av urtemedisiner (8). Kvinnene som bruker urter i svangerskapet gir uttrykk for at de ønsker å bli tatt på alvor og bli tatt med på råd om egen situasjon.

Råd om bruk av urter i svangerskapet kommer oftest fra familie og venner, relativt sjeldent fra helsepersonell (9). En stor del av de gravide som bruker urter forteller ikke dette til lege eller jordmor ved svangerskapskontroll. De vanligste begrunnelser er at det ikke er nødvendig, at legen likevel ikke har kunnskap om urter eller at legen bare vil le av dem eller si at det kan være farlig, så det må de slutte med (8). Mange ønsker at helsevesenet skal kunne gi råd om urter, fordi det er vanskelig å vite hvilke alternative behandlere en kan stole på siden ingen av dem har offentlig godkjenning. Dette oppleves litt paradoksal, men handler muligens om å ta ansvar for egen helse, være involvert i beslutninger, vurdere alle mulige behandlinger og fremdeles føle seg trygg. Helsevesenet blir da «garantien» for denne tryggheten.

Det finnes mye litteratur om bruk av urter

i svangerskapet og det kan være vanskelig å vurdere hva som er troverdig og evidensbasert. Kilder til troverdig informasjon er f.eks.:

- RELIS ([www.relis.no](http://www.relis.no))
- Natural Medicines Comprehensive Database (abonnement) (10)
- Briggs, Freeman & Yaffe, *Drugs in Pregnancy and Lactation* (11)
- Schaefer, Peters & Miller, *Drugs During Pregnancy and Lactation* (12)
- Williamson, Driver & Baxter, *Stockely's Herbal Medicines Interactions* (13)

De tre sistnevnte kildene vurderer risiko litt forskjellig, så det anbefales å bruke mer enn en.

### Litt om de enkelte urtene og blandingene

**Ingefær** (*Zingiber officinale Roscoe*) brukes hovedsakelig mot kvalme. Det er vanligst å bruke tabletter eller kapsler med pulverisert ingefær; 250 mg fire ganger daglig. Te er et alternativ, men da er det vanskelig å angi dose. Det finnes ti kliniske utprøvinger av ingefær til gravide. Studiene finner ingefær mer effektivt enn placebo, like godt eller bedre enn vitamin B6 og like godt som dimenhydrinate (antihistamin, ikke registrert i Norge) og med færre bivirkninger. Ingen studier finner uønskede effekter av ingefær. Studiegruppen består av mellom 15 og 150 kvinner og sammenlagt får 554 kvinner ingefær i de ti studiene.

Natural Medicines Comprehensive Database (NMCD) (10) beskriver ingefær som «Possibly safe» for gravide og «Possibly effective» mot svangerskapskvalme.

**Bringebærblad** (*Rubus idaeus L.*) brukes «for å forberede livmoren til fødsel» og for å lette fødselen. Bruk mot svangerskapskvalme er også rapportert. Bringebærblad brukes i form av tabletter, kapsler eller te. Vanlig dose for tabletter/kapsler er 400 mg tre til seks ganger daglig. Det finnes en klinisk utprøving med 96 kvinner i studiegruppen og en retrospektiv



**Apotekets ammete** består av frø av karve, anis og fennikel.

studie med 57. Ingen av studiene viser uønskede virkninger, men heller ingen viser statistisk signifikante effekter.

NMCB beskriver bringebærblad som «Possibly safe» ved bruk etter uke 32 og under veiledning av helsepersonell, men som «Possibly unsafe» ved bruk tidligere i svangerskapet og/eller uten veiledning. I tillegg betegnes det som «Possibly ineffective», da det ikke finnes studier, som viser redusert varighet av fødsel eller redusert bruk av smertestillende (10).

**Solhatt** (*Echinacea purpurea* (L.) Moench) brukes som immunstimulerende middel – hovedsakelig mot forkjølelse og andre øvre luftveisinfeksjoner. Solhatt brukes i form av tinktur eller tabletter – doseringene varierer. Effekten av solhatt er relativt godt undersøkt, og det er funnet stor forskjell på de forskjellige preparater på markedet. En viss effekt er dokumentert. Det finnes ingen kliniske studier på gravide, men en retrospektiv studie med 206 gravide. Studien viste ingen økt risiko for medfødte misdannelser.

NMCB beskriver solhatt som «Possibly safe» ved kort tids bruk og som «Possibly effective» mot symptomer og på reduksjon av varighet av øvre luftveisinfeksjoner. Det poengteres samtidig at bruk bør unngås inntil bedre dokumentasjon finnes (10).

**Kamille** (*Matricaria recutita* L.) brukes også ved forkjølelse og som beroligende/søvnfremkallende middel. Det finnes ingen studier av sikkerhet under svangerskapet og lite dokumentasjon for effekt. Kamille er en kurvblomst og personer med kjent allergi mot andre planter i samme familie bør unngå kamille.

NMCB advarer mot bruk under svangerskapet pga. manglende dokumentasjon (10).

**Floradix**® er en mikstur med jernglukonat og B- og C-vitamin i uttrekk av 11 forskjellige planter, juice fra sju frukter og honning. Intensjonen er at planteuttrekkene skal redusere risikoen for forstoppelse og at C-vitamin skal bedre opptaket av jern. Dagsdosen på 20 ml inneholder 15 mg jern.

**Ammete:** Apotekets ammete består av frø av anis, fennikel og karve. Teen har tradisjonelt vært brukt av moren for å redusere luft i ma-

gen hos det ammende barn. Helios ammete inneholder i tillegg brennesleblad og brukes på samme måte. Det finnes ingen dokumentasjon for effekten av disse teblandinger.

NMCB angir anis som «Likely safe» i mengder som brukes i mat, men angir at det er for lite kunnskap om bruk i «medisinske mengder» under amming. Fennikel og karve angis som «Possibly unsafe» og for brennesle angis det at det er for lite dokumentasjon (10).

Det er således veldig lite dokumentasjon for sikkerhet og effekt av de fleste urter unntatt ingefær. Urter som f.eks. kamille, som vanligvis inntas som te og dermed ikke i veldig store mengder, utgjør formentlig ikke noen risiko, men i det øyeblikk urtene inntas i kapsler/tabletter i relativt større mengder, utgjør den manglende dokumentasjon en utfordring.

## Hvorfor spørre de gravide om urtebruk? Og hva så etterpå?

Det er flere grunner til at det er viktig å spørre gravide om de bruker urter:

- Kvinnene ønsker informasjon fra helsepersonell fordi de stoler på helsepersonell, men de spør ikke, fordi de er usikre på hvilken holdning de vil bli møtt med.
- Selv om urter er naturlige er ikke alle harmløse – og den hyppigst brukte informasjonskilden, «familie og venner», har sannsynligvis ikke den nødvendige kompetansen til å vurdere dette.
- Det er en risiko for interaksjoner mellom legemidler og urter (13). De fleste brukere er ikke oppmerksomme på dette.
- Det er viktig å samle ytterligere data om bruk av urter og svangerskapsutfall. De som følger opp gravide kan relativt enkelt gjøre det.

Hvis det skal komme noe nyttig ut av dette, må helsepersonell ha en viss kunnskap om urter. Farmasøyer lærer noe om urter i faget Farmakognosi og har mulighet til å skrive masteroppgave/doktorgrad innen emnet. For andre grupper av helsepersonell er undervisningen begrenset og bør utvides. Et sted å starte for den enkelte er å oppdatere seg på de urter som hyppigst brukes av gravide. I øyeblikket er det ingefær og bringebærblad, men det kan endre seg over tid. For å følge med på dette er det enklest å spørre gravide om hva de bruker og være åpen for å diskutere slik bruk.

## Konklusjoner

Helsepersonell i svangerskapsomsorgen bør ha grunnleggende kunnskap om de mest brukte urter og bør kunne gi råd om disse. Alle skal ikke bli «urtemedisinere», men alle bør kunne gi evidensbaserte råd og være trygge i samtale med gravide som ønsker å bruke urter.

## REFERANSER

1. Bransjerådet for naturmidler. Markedsdata. [hentet 15.7.11] Tilgjengelig fra: <http://brn.no/ws/brn/webon.cgi?session=6oX9V0290dgpHMy52a3LcpWpfVoPHq&func=index>
2. Folkehelseinstituttet. Legemiddelforbruket i Norge. [hentet 15.7.11] Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelforbruk.no/>
3. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: A literature review. *Midwifery*. 2010; doi:10.1016/j.midw.2010.08.007
4. Nordeng H, Havnen GC. Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 Norwegian women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2004;13:371–380.
5. Nordeng H, Bayne K, Havnen GC, Paulsen BS. Use of herbal drugs during pregnancy among 600 Norwegian women in relation to concurrent use of conventional drugs and pregnancy outcome. *Complement Ther Clin Pract*. 2011;17:147–151.
6. Heitmann K, Holst L, Nordeng H, Haavik S. Holdninger til og bruk av urtemedisin i svangerskapet – en undersøkelse ved Haukeland universitetssjukehus. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. 2010;10:16–19.
7. Matloven. Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. [hentet 15.7.11] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20031219-124.html>
8. Holst L, Wright D, Nordeng H, Haavik S. Use of herbal preparations during pregnancy: Focus group discussion among expectant mothers attending a hospital antenatal clinic in Norwich, UK. *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15:225–229.
9. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *J Altern Complement Med*. 2009;15:787–789.
10. Natural Medicines Comprehensive Database. [hentet 15.7.11] Tilgjengelig fra: <http://natural-database.therapeuticresearch.com>
11. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2008.
12. Schaefer C, Peters P, Miller R. *Drugs During Pregnancy and Lactation*. 2nd edition. London: Academic Press; 2007.
13. Williamson E, Driver S, Baxter K. *Stockley's Herbal Medicines Interactions*. London: Pharmaceutical Press; 2009.

lone.holst@farm.uib.no

# Klar for en ny dag?

NYCOMED

Nyhet!

Circadin® kan nå brukes i opptil 13 uker<sup>1)</sup>

Nye britiske retningslinjer fra høsten 2010:

Depotformulert melatonin (Circadin®) bør forsøkes først når et søvnmedikament er indisert til pasienter over 55 år<sup>2)</sup>

1) SPC

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

C Circadin «Neurim»  
Sedativum. Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

**DEPOTTABLETTER 2 mg:** Hver depottablett inneholder Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.  
**Indikasjoner:** Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomnia karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

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

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

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

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

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

**Bivirkninger:** Mindre vanlige: 1/1000 til <1/100: Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdomme i munnen, munntørhet. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Dermittitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnhnet.

Depottablett melatonin

**circadin®**  
Klar for en ny dag

Nyre/urineier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst.

Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Blodfymle: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesophageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blødder i munnens slimhinner, sårdomme på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halskase, gastritt. Hjerte/kar: Høretokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Ekssem, erytem, dermatitt på hendene, psoriasis, generelle utslett, prurittisk utslett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/bryst: Priapisme, prostittitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelfrynking, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.

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

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

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

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

R 111439-1/10268

# Helseeffekter av amming – en myte?

■ **SOLVEIG T. HOLMSEN** • lege/forsker, MPH, Oslo Skadelegevakt, Nasjonalt kompetansesenter for amming, Kvinne og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

**BEATE FOSSUM LØLAND** • forsker/lege, dr.med. Nasjonalt kompetansesenter for amming, Kvinne og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

**ANNE BÆRUG** • cand.scient.ernæring, leder Nasjonalt kompetansesenter for amming, Kvinne og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

**GRO NYLANDER** • overlege, dr.med. Nasjonalt kompetansesenter for amming, Kvinne og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

Din pasient Anita er 28 år gammel. Hun er gravid i uke 32. Nå er hun i villrede etter å ha lest oppslag i media om at «Amming har ingen helseeffekt». Hun lurar på om hun like gjerne skal la være å amme? Flere av hennes venner hadde problemer med såre brystknopper og smerter. Anita er redd hun vil få samme problem. Hun og mannen har hektiske liv. Hun er redd for å få lite søvn på grunn av amming om natten. Du kjenner til at morens søster døde av brystkreft 35 år gammel og at flere slektninger har diabetes. Hvordan vil du møte Anitas bekymring og motivere henne?



ILLUSTRASJON: COLLEEN

Dine kunnskaper om morsmelkens egenskaper, helseeffekter for barnet samt betydningen av amming for kvinnen selv, vil ha betydning for hvordan du møter din pasient. Din veiledning kan bli avgjørende for hennes videre valg.

Ammeforekomsten i Norge er høy. Nesten 60000 nye kvinner ammer hvert år. At amming er sunt for mor og barn har i mange år vært en «etablert sannhet». Den siste tiden har det vært flere medieoppslag hvor det stilles spørsmål ved helseeffekten av morsmelk og amming. Artikler i media med overskrifter som «Ny forskning slår beina under ammesannhetene» og «Forskere i ammetåke» har ført til usikkerhet blant mødre verden over om amming egentlig har positiv helseeffekt. Hva baserer sensasjonsoppslagene i media seg på? Hva slags forskning ligger til grunn for vår kunnskap om morsmelkens helseeffekter og gjeldende anbefalinger om amming?

## Forskning om morsmelk og amming

Omkring 80000 studier om morsmelk og amming er publisert i vitenskapelige tidsskrifter

siden 1948. Ved systematiske oppsummeringer tillegges vanligvis randomiserte kontrollerte intervensjoner (RCT) mer vekt enn observasjonsstudier, siden RCTer påvirkes mindre av kjente og ukjente konfunderende faktorer. Det er imidlertid etisk uforvarslig å gjennomføre en randomisert kontrollert studie av helseeffekter og amming. De aller fleste livsstilsfaktorer (f.eks tobakk) som vi i dag mener er knyttet til helse og sykdom, har blitt identifisert via kohortstudier. Vi vet mye om de biologiske mekanismer for morsmelkens positive helseeffekter, og epidemiologiske studier kan brukes til å støtte eller avvise betydningen av disse. Betydningen av amming kan bare påvises via observasjonsstudier, som kan bidra til valid kunnskap, forutsatt at de gjennomføres og analyseres på en riktig måte. Sensasjonsoppslagene i media i januar 2010 baserte seg på uttalelser fra en forsker som i sin studie ikke hadde undersøkt ammingens helseeffekter. Professorene Thelle og Laake har kommentert dette i en kronikk på [Forskning.no](http://Forskning.no): Fra ammetåke til klarsyn (1). Denne oversikten baserer seg i hovedsak på systematiske oversikter og metaanalyser.



### Helseeffekter av morsmelk for barnet

I følge The Bellagio Child Survival Study Group kan økt amming redde flere barneliv enn noe annet enkelttiltak, inklusive vaksiner, rent vann og malariabekjempelse (2). Morsmelkens infeksjonsforebyggende effekt og den optimale spedbarnsernæringen morsmelken gir er årsaken til ammingens forebygging av barnedødsfall på verdensbasis. Verdens helseorganisasjon understreker betydningen av å fremme amming for å nå FN's tusenårsmål om å redusere barnedødeligheten med to tredeler innen 2015. Fullamming til seks måneder og deretter delvis amming til minst ett års alder kan redusere barnedødeligheten for barn under fem år med 13 prosent, korrigert for HIV smitte. Effekten er størst i utviklingsland, men det er estimert at det i USA dør 700 spedbarn årlig som kunne vært reddet ved amming (3).

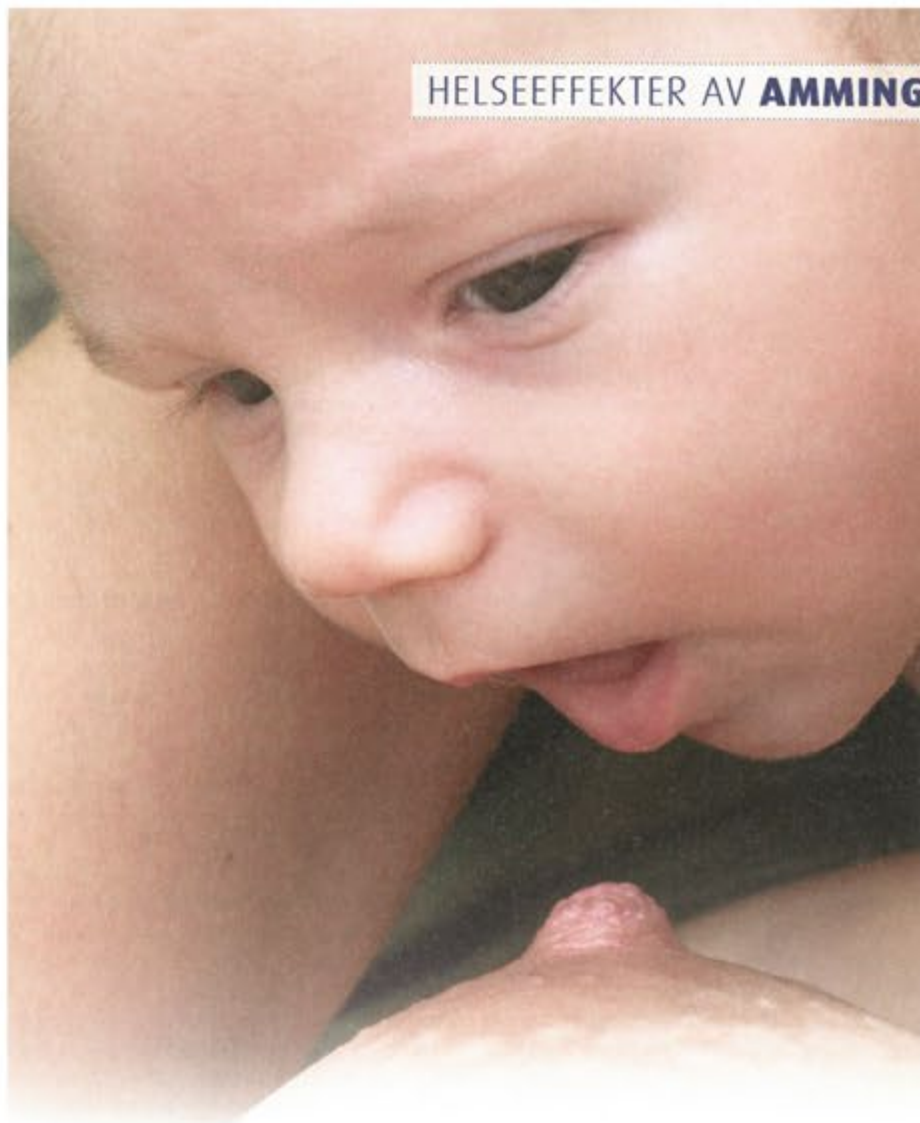
### Infeksjoner

Den infeksjonsforebyggende effekten av morsmelk er godt dokumentert, særlig når det gjelder gastrointestinale infeksjoner (4) og otitis media. Det er også dokumentert at amming reduserer risikoen for alvorlige infeksjoner i nedre luftveier (5), samt infeksjoner i øvre luftveier og urinveier (6). Spesielt viktig er morsmelkens sykdomsforebyggende effekt hos små premature. En rekke studier viser at tidlig bruk av morsmelk hos premature reduserer risikoen for neonatal sepsis og nekrotiserende enterokolitt (7).

### Immunologisk assosierte sykdommer

**Type 1 diabetes:** To store meta-analyser tyder på at risikoen for diabetes type 1 i barnealder og muligens også senere i livet reduseres ved minst tre måneders morsmelkernæring (5, 8). For tidlig immunstimulering av kumelkproteiner med induksjon av autoimmunitet har vært diskutert som mekanisme for diabetesutvikling.

**Cøliaki:** Morsmelkernæring er forbundet med redusert risiko for utvikling av cøliaki (9). Det er imidlertid uavklart om amming utsetter symptomene eller bidrar til permanent beskyttelse mot cøliaki. Det anbefales at gluten introduseres mens barnet fortsatt får rikelig morsmelk. En lengre ammeperiode ser også ut til å redusere risikoen for cøliaki.



Fullamming til seks måneder og deretter delvis amming til minst ett års alder kan redusere barnedødeligheten for barn under fem år med 13% på verdensbasis. FOTO: COLOURBOX

**Inflammatorisk tarmsykdom:** Selv om flere studier kan tyde på en positiv effekt er det fortsatt uavklart hvorvidt morsmelkernæring kan beskytte mot Mb Crohn og ulcerøs kolitt (10).

Morsmelkens innvirkning på astma- og allergirisiko er også uavklart. Funnene divergerer og er vanskelige å tolke. To store, nyere oversiktsartikler (11, 12) konkluderer med at morsmelk ser ut til å forebygge utvikling av astma og atopisk dermatitt i barnealder. Europeiske anbefalinger er at barn med førstegrads slektning med atopisk sykdom bør fullammes i seks måneder (4).

**Metabolsk syndrom:** Morsmelkernæring ser ut til å kunne redusere risiko for flere av komponentene i det metabolske syndrom (inkludert lipidprofil, blodtrykk og type 2 diabetes) (13, 14). Risiko for senere overvekt hos barnet reduseres antagelig med økt varighet av amming (14–16). Det kan dog ikke utelukkkes at konfunderende faktorer har betydning for dette funnet. Mekanismene er ikke fullstendig klarlagt, men kan være knyttet til effekten på adipocytter og av høyt proteininntak.

**Kognitiv utvikling:** En rekke studier (14, 17–20) viser at morsmelkernæring er gunstig

for barnets kognitive utvikling. Gjennomgående skårer tidligere brysternærte barn mellom fem og ti IQ poeng høyere enn kontrollen. Langkjedede flerumettede fettsyrer i morsmelk er særlig viktig for utviklingen av sentralnervesystemet. Både hjernen, medulla spinalis og hjernenervene består for en stor del av fett. De langkjedede fettsyrene fra morsmelk er spesielt viktige for premature og barn med lav fødselsvekt.

**Maligne sykdommer:** Enkelte studier har funnet at amming er assosiert med redusert risiko for noen typer barnekraft, som akutt lymfatisk leukemi, Hodgkins sykdom og nevroblastom (21). Forklaringsmodeller for en mulig beskyttende effekt av morsmelk inkluderer bedre tidlig infeksjonsforsvar, modulering og stimulering av immunapparatet og virkningen av morsmelkens humorale faktorer som kan inducere apoptose i maligne celler.

### Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

Flere studier antyder at morsmelkernærte barn har redusert risiko for SIDS (5), selv om det er for tidlig å konkludere endelig. Forsvarlig samsøving gir ikke økt risiko for SIDS

og dette er positivt for ammingen og morens nattesøvn. Retningslinjer for forsvarlig samsoving er utarbeidet av Landsforeningen uventet barnedød, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for amming og foreligger som brosjyre (22).

Nye effekter av morsmelk kommer jevnlig opp, men må bekreftes. For eksempel finner man i en ny stor kohortstudie fra Danmark at morsmelkernæring er forbundet med redusert forekomst av epilepsi i et dose respons forhold (23).

### Helseeffekter av amming for kvinnen

**Cancer mamma reduksjon:** Det har lenge vært kjent at amming reduserer kvinnens risiko for brystkreft premenopausal. I en metaanalyse med 47 studier fra 30 land, fant man 4,3 prosent redusert risiko for hvert år kvinnen hadde ammet (24). For kvinner med det arvelige brystkreftgenet BRCA-1 (som gir en livstidsrisiko for kreft på 80–90 prosent) ser amming i til sammen 12 måneder ut til å redusere brystkreftfrisiko med 45 % (25). Tilsvarende effekt er ikke påvist for BRCA-2.

**Cancer ovarii og endometrie-cancer:** Flere studier kan tyde på at amming reduserer risikoen for epitelial ovarie-cancer, jo lenger ammeperiode desto større beskyttelse (26). Redusert risiko for endometrie-cancer er også antydning (27). Alle disse kreftypene er hormonpåvirkelige. Risikoreduksjonen kan tenkes å ha sammenheng med at kvinnen i den amenoriske delen av ammeperioden produserer lite østrogen.

**Revmatoid artritt:** I en stor kohortstudie var amming i mer enn 12 måneder invers korrelert med utviklingen av revmatoid artritt hos moren. Effekten var doseavhengig (28).

**Diabetes type 2:** Flere store kohortstudier finner redusert risiko for diabetes type 2 hos kvinner som har ammet; i en studie finner man 15 prosent redusert risiko for hvert år kvinnen har ammet i løpet av livet (29).

**Hjerte- og kar sykdommer:** De senere år har det kommet flere studier som antyder redusert risiko postmenopausal for hypertensjon, diabetes, hyperlipidemi, og kardiiovaskulær sykdom for kvinner som har ammet (30).

**Andre helseeffekter for kvinnen:** Oksytocin-effekten som kommer under amming bidrar til økt avspenning, redusert angst og gir bedre søvnkvalitet. En studie finner at mødre som ammer sover like godt om natten som kvinner som gir morsmelkserstatning på flaske (31). Det er funnet lavere nivå av stresshormonet kortisol hos ammende og doblet endorfin nivå under amming.

Kvinnen når raskere føgravid vekt når hun ammer. Kvinner rådes imidlertid til ikke å slanke seg under fullamming. Etter noen

måneder vil de gradvis begynne å gå ned i vekt med normalt kaloriinntak.

**Amming som prevensjon:** Laktasjons-amenore-metoden, LAM er sikker prevensjon forutsatt tre kriterier: Barnet må være yngre enn seks måneder, fullammes og nattammes, samt at mor ikke har fått igjen menstruasjonen. LAM har vært anbefalt av norske helsemyndigheter siden 1994, og det er god dokumentasjon for metodens sikkerhet (32).

### Morsmelk eller morsmelkserstatning?

Alle pattedyrarter lager melk som er spesielt tilpasset deres eget avkom. Morsmelk er en optimal næringskilde for menneskebarnet. Proteinkonsentrasjonen er nøye tilpasset artens veksthastighet. Human melk har lavest proteinkonsentrasjon blant alle pattedyr, og dette samsvarer med at mennesket også har den laveste veksthastigheten. Morsmelk inneholder riktig mengde av alle næringsstoffer som er nødvendig for optimal vekst av det nyfødte fullbårne barnet med unntak av vitamin D i solfattige land. Jernet i morsmelken absorberes i stor grad fra barnets gastrointestinale tractus og er tilstrekkelig første halvår. Melkeproduksjonen er dynamisk og dens sammensetning forandrer seg etter barnets behov i løpet av døgnet og i løpet av ammeperioden. Melken er i liten grad avhengig av mors ernæringsstatus.

Morsmelkserstatning er basert på kumelk og inneholder ikke komponenter fra human melk. De immunologiske faktorene finner man ikke igjen i morsmelkserstatningen. Barn kan ernæres godt på morsmelkserstatning som også kan brukes som et supplement til morsmelk hvis det er behov for dette.

### Morsmelkens immunologi

Brystmelk reduserer forekomsten og alvorlighetsgraden av infeksjoner hos barnet (33). Intrauterint er barnet sterilt og kolonisering starter under selve fødselen, hovedsakelig med mors flora. Immunapparatet hos det nyfødte barnet er meget umodent, men transplacentalt overført immunglobulin G (IgG) beskytter barnet de første måneder etter fødsel. Fra morsmelk får imidlertid barnet andre typer antistoffer og immunologisk aktive komponenter, som ikke induserer den inflammatoriske respons man ser ved f.eks en IgG reaksjon.

### Humorale faktorer:

**Antistoffer:** De melkeproduserende brystkjertler er en del av det mukosale immunsystem. En lakterende brystkjertel har like stor IgA produserende kapasitet som en meter tyntarm. Sekretorisk IgA (SIgA) er det

dominerende antistoffet. Det finnes i store mengder i morsmelk, og utgjør ca ti prosent av alt protein. Antistoffene barnet får via morsmelken er relevante i forhold til barnets nye bakterieflora i tarm og mot potensielle luftveis og tarmpatogener (34, 35). Antistoffene dannes ved at aktiverte B lymfocytter migrerer fra morens tarm og luftveier, via lymfe og blod til den lakterende brystkjertel, der de modnes til plasmaceller. Dette kalles «The entero-mammaric link». Plasmacellene produserer antistoff rettet mot mikrober moren er eller har vært utsatt for. Sekretoriske antistoffer nøytraliserer potensielle patogener på slimhinneoverflater i luftveier og tarm hos barnet, uten å indusere inflammasjon i vevet. Barnet unngår derfor at infeksjon og inflammasjon oppstår med kliniske symptomer, vevsødeleggelse og energitap. Dette er spesielt viktig hos barn med hyppige infeksjoner.

**Laktoferrin,** et av hovedproteinene i morsmelk, har antimikrobiell effekt, er immunstimulerende samtidig som det har antiinflammatoriske egenskaper. Dette er gunstig for spedbarnets umodne tarmslimhinne og for etablering av normal tarmflora (35).

**a-lactalbumin,** et annet viktig protein, er vist å kunne indusere apoptose i maligne celler. Man spekulerer på om dette delvis kan forklare den mulige reduserte risiko morsmelk-ernærte barn har for noen barnekreftformer, samt den reduserte forekomst av brystkreft hos kvinner som har ammet (36).

**ANDRE FAKTORER:** *Cytokiner* i morsmelk har trolig en signalfunksjon for utvikling av barnets immunsystem. I tillegg finnes en rekke andre immunologisk aktive komponenter, bl.a. vekstfaktorer, hormoner, lysozym, nukleotider og karbohydratkomponenter (33).

### Cellulære faktorer

Morsmelk inneholder makrofager, neutrofile granulocytter og alle typer lymfocytter. Spesielt høy konsentrasjon finnes i råmelk-colostrum. Funksjonen er ikke klar, men lokalt forsvar av brystkjertelen og antigenpresentasjon er foreslått. Interessant er funnene av at thymus, som er sentral for modningen av T lymfocytter, er opptil doblet i størrelse hos morsmelkernærte barn (37). Flere studier antyder en øket effekt av vaksiner hos morsmelkernærte (38).

### Forskningsbasert anbefaling

Helsedirektoratets anbefalinger for ammevårighet og introduksjon av fast føde til norske spedbarn er i tråd med anbefalinger fra WHO som også gis i de andre nordiske land og de fleste europeiske land og i USA.

Det anbefales, om mulig, fullamming til seks måneder. Ingen annen babymat har

morsmelkens sammensetning av næringsstoffer og biologisk aktive komponenter. Det er imidlertid ikke skadelig å introdusere fast føde gradvis fra fire måneders alder. For liten vekttoppgang eller problemfylt amming, til tross for adekvat veiledning, kan være grunner til å introdusere fast føde før seks måneders alder. Det er gunstig at fast føde, spesielt gluten, introduseres mens barnet fremdeles ammes. I Norge anbefales at amming opprettholdes gjennom hele det første leveåret og hvis mor og barn ønsker det kan ammingen gjerne forsette utover ett års alder. WHO anbefaler at barna ammes i to år. Det er viktig at det blir gitt vitamin D tilskudd fra fire ukers alder. Hvis fullamming er vanskelig å få til anbefales morsmelkerstening i tillegg til amming og gradvis introduksjon av fast føde fra fire måneders alder, kombinert med fortsettelse av amming så sant det er mulig. Kvinner med ammeproblemer må få god veiledning. De mødre som av ulike årsaker ikke kan eller ønsker å amme må få støtte og møtes med forståelse og respekt for dette valget.

### Fastlegens rolle

Mange gravide velger å gå til svangerskapskontroll hos sin egen lege. Norge har sluttet seg til WHO/UNICEFs The Baby-Friendly Initiative, på norsk: *Mor-Barn vennlig*. Det krever at den gravide innen 32. uke motiveres til amming og får råd om hvordan hun best kan komme i gang.

Post partum og i ammeperioden opplever mange nybakte mødre medisinske problemer relatert til ammingen. Også da trenger de kyndig hjelp fra fastlegen sin. Dessverre gis undervisningen om dette liten prioritet i medisinerstudiet. Det er derfor maktpåliggende at allmennpraktikere selv sørger for å bli oppdatert. Dette omtales i neste artikkel: «Hva bør du som lege vite om og medisinske brystkomplikasjoner ved amming».

I mellomtiden skal du svare din gravide pasient Anita, som er usikker på om hun vil amme. Som ved all god veiledning gjelder det å ta utgangspunkt i hennes egen situasjon. For at hun skal kunne ta et valg hun ikke senere vil angre, har hun bl.a. behov for å kjenne til ammingens grunnleggende helseeffekter for barnet og seg selv. Hun trenger spesielt å få vite hvordan hun kan forebygge såre brystknopper (39). Antagelig vil hun også ha nytte av informasjon om hvordan mye hudkontakt gir roligere barn og at forsvarlig samsoving øker sjansen til at en mor med brystbarn får nok søvn. For Anita kan det også være spesielt viktig å få vite at amming reduserer risikoen for brystkreft og diabetes.

### REFERANSER

1. Forskning.no: Fra ammetåke til klarsyn <http://www.forskning.no/artikler/2011/januar/276999>
2. Jones G, Steketee RW, Black RE et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65–71.
3. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004; 113: 435–9.
4. Agostini C, Braegger C, Decsi T et al. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009; 49: 112–25.
5. Ip, S A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. *Breastfeed Med* 2009; 4: 17–30 (based on US Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publ No. 07-E007, April 2007, 524 pages.
6. Hanson LÅ. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 523–37.
7. Rønnestad A, Abrahamson TG, Medbø S et al. Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. *Pediatrics* 2005; 115: e269–76.
8. Van Rossum CMT, Dutch State Institute for Nutrition and Health Quantification of health effects of breastfeeding. Review of the literature and model situation 2008; RIVM report 350040001/2005 <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350040001.pdf>
9. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I et al. Effect of breastfeeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006; 91: 39–43.
10. Baron S, Turck D, Leplat C et al. Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel diseases: a population based case control study. *Gut* 2005; 54: 357–63.
11. van Odiijk J, Kull I, Borres MP et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003; 58: 833–43.
12. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115: 1238–48.
13. Singhal A. Early nutrition and long-term cardiovascular health. *Nutrition Rev* 2006; 64: S44–9.
14. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora GC. Evidence on long-term effects of breastfeeding. Systematic Reviews and meta-analysis. World Health Organization. WHO Press, Dec 13, 2008.
15. Arenz S, Rückerl R, Koletzko B et al. Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 1247–56.
16. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 397–403.
17. Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al. Breast-feeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 May;65 (5):578–84.
18. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525–35.
19. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287: 2365–71.
20. Der G, Batty GD, Deary IJ. Effect of breastfeeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 2006; 333: 945.
21. Martin RM, Gunnell D, Owen CG et al. Breast-feeding and childhood cancer: a systematic review with metaanalysis. *Int J Cancer* 2005; 117: 1020–31.
22. Trygt sove miljø, brosjyre: [http://www.lub.no/www/lub/resource.nsf/files/pren86qjcf-trygtsovemiljo2010/\\$FILE/trygtsovemiljo2010.pdf](http://www.lub.no/www/lub/resource.nsf/files/pren86qjcf-trygtsovemiljo2010/$FILE/trygtsovemiljo2010.pdf)
23. Sun Y, Vestergaard M, Christensen J et al. Breast-feeding and Risk of Epilepsy in Childhood: \*A Birth Cohort Study. *J Pediatr* 2011 in press.
24. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187–95.
25. Jernström H, Lubinski J, Lynch HT et al. Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 1094–8.
26. Riman T, Nilsson S, Persson IR. Review of epidemiological evidence for reproductive and hormonal factors in relation to the risk of epithelial ovarian malignancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 783–95.
27. Okamura C, Tsubono Y, Ito K et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. *Tohoku J Exp Med* 2006; 208: 109–15.
28. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE et al. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3458–67.
29. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* 2005; 294: 2601–10.
30. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(5): 972–3
31. Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant Feeding Methods and Maternal Sleep and Daytime Functioning. *Pediatrics* published online Nov 8, 2010; DOI 10.1542/peds.2010-1269
32. Van der Wijden C, *Cochrane Database Syst Rev* 2008. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsystrev/articles/CD001329/frame.html>
33. Hanson LA. Immunobiology of human milk: how breastfeeding protects babies. Amarillo, TX: Pharmasoftware Publishing, 2004.
34. Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant. *Vaccine* 2003; 21: 3382–8.
35. Hanson LÅ, Korotkova M, Lundin S et al. The transfer of immunity from mother to child. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 987: 199–206.
36. Svensson M, Håkansson A, Mossberg A-K et al. Conversion of alpha-lactalbumin to a protein inducing apoptosis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97: 4221–6.
37. Jeppesen DL, Hasselbalch H, Lisse IM et al. T-lymphocyte subsets, thymic size and breastfeeding in infancy. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15: 127–32.
38. Hanson LÅ. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 523–37.
39. Nylander G. Amme-ABC. Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.

# Farmakoterapi i allmennpraksis

KURS NR.: O-25431

DATO: 23.11-25.11.2011

**GODKJENNINGER:** Allmennmedisin Videreutdanning: Emne kurs: 23t i fagområde klinisk farmakologi Etterutdanning: Klinisk emne kurs: 23t i fagområde klinisk farmakologi. Fysikalsk medisin og rehabilitering Videreutdanning: Valgfrie kurs: 18t Etterutdanning: Valgfrie kurs: 18t. Klinisk farmakologi Videreutdanning: Valgfrie kurs: 23t. Etterutdanning: Valgfrie kurs: 23t. Øre-nese-halssykdommer Videreutdanning: Valgfrie kurs: 10t. Etterutdanning: Valgfrie kurs: 10t.

**MÅLGRUPPE:** Leger i primærhelsetjenesten og farmasøyter (cand. pharm.)

## LÆRINGSMÅL:

- Praktisk kunnskap om viktige behandlingsprinsipper
- Vurdere legemidlers effekt, bivirkninger og mulige interaksjoner

**INNHold:** Gjennomføring og kontroll av medikamentell behandling innen de viktigste sykdomsgrupper. Løsninger av oppgaver i smågrupper og diskusjon i plenum

**KURSKOMITE:** Åsmund Reikvam (kursleder), Farmakologisk institutt/Institutt for klinisk medisin, UiO, Hedvig Nordeng, Farmasøytisk institutt, UiO, Per Lagerløv, Institutt for allmenn-

og samfunnsmedisin, UiO, Hanne Stenberg-Nilsen, RELIS SØR, Rikshospitalet, Knut Eirik Eliassen, Skoleveien legesenter, Ås og Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO

**KURSSTED:** Soria Moria Hotell, OSLO

**PÅMELDING TIL:** Kontor for legers videre- og etterutd (Oslo), Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo.

**PÅMELDING E-POST:** kurs.oslo@legeforeningen.no

**PÅMELDINGSFRIST:** 23. september 2011 (snarest)

**ANTALL DELTAKERE:** 60

**ANTALL KURSTIMER:** 23

**KURSLITTERATUR:** Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell må medbringes

**KURSAVGIFT LEGER:** 3200

**KURSAVGIFT IKKE-LEGER:** 6400

**ANDRE OPPLYSNINGER:** I tillegg til kursavgiften kommer utgifter til dagpakke som inkluderer lunsj og kaffe/frukt. Middag på Soria Moria dersom man ønsker å spise der, kommer også i tillegg. Det vil bli reservert noen rom på Soria Moria, men de som ønsker å bo der må selv kontakte Soria Moria tlf: 23 22 24 50 eller e-post: booking@soriamoria.no

## PROGRAM

### ONSDAG 23. NOVEMBER 2011

09.45 Velkommen. Praktiske opplysninger, læringsmål. Åsmund Reikvam (ÅR), Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo.

10.00 Introduksjon til klinisk-farmakologiske problemstillinger. Farmakokinetikk og farmakodynamikk. Per Wiik Johansen (PWJ), Seksjon for klinisk farmakologi, Oslo universitetssykehus Ullevål.

10.45 Pause.

11.00 Klinisk viktige legemiddelinteraksjoner og bivirkninger. Kasuistikker. Odd Brørs (OB), Seksjon for klinisk farmakologi, Oslo universitetssykehus Ullevål.

11.45 Diskusjon/spørsmål: Interaksjoner/farmakokinetikk/farmakodynamikk. PWJ, OB, ÅR.

12.15 Lunsj.

13.15 Diabetes mellitus - farmakoterapi. Gruppeoppgaver. Tor Claudi, Medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø.

14.00 Gjennomgang av gruppeoppgaver (diabetes - farmakoterapi). TC.

14.45 Pause.

15.00 Legemidler til eldre - hva er riktig og hva er galt? Foredrag/kasuistikker. Sture Rognstad, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

16.15 Slutt.

### TORS DAG 24. NOVEMBER 2011

09.00 Kritisk vurdering av legemiddellitteratur. Teori og gruppeoppgaver. Tone Westergren, RELIS Sør.

10.30 Pause.

10.45 Medikamentell behandling av migrene - grunnleggende prinsipper og utfordringer. Aud Nome Dueland, Sandvika Nevrosenter, Bærum.

11.30 Prinsipper for legemiddelbehandling i svangerskap og ammeperiode. Hedvig Nordeng (HN), Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

12.15 Lunsj.

13.15 Gruppearbeid/diskusjon. Legemiddelbehandling i svangerskap og ammeperiode. HN.

14.15 Pause.

14.30 Antitrombotisk og antiarytmisk behandling ved atrieflimmer. Foredrag/kasuistikker/diskusjon. Arnljot Tveit, Medisinsk avdeling, Medisinsk avdeling, Vestre Viken HF.

16.00 Slutt.

### FREDAG 25. NOVEMBER 2011

09.00 Nytt innen prevensjon. Kari Hilde Juvkam, Skolegaten legesenter, Grimstad.

10.00 Pause.

10.15 Farmakologisk depresjonsbehandling i allmennpraksis. Foredrag/kasuistikker/diskusjon. Lars Tanum, Avdeling for psykiatrisk forskning og undervisning, Diakonhjemmet sykehus.

11.00 Bruk av stemningsstabiliserende behandling i allmennpraksis. Foredrag/kasuistikker/diskusjon. Lars Tanum.

11.45 Lunsj.

12.45 Reseptfrie legemidler og barn. Per Lagerløv, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

13.30 Evaluering, avslutning.

13.50 Slutt.



# Kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret

■ MARIE BRUDVIK redaktør for Emnebiblioteket for kvalitetsforbedring, Helsebiblioteket  
■ JANECKE THESEN fastlege på Osterøy og forsker/legutvikler NKLM, Helse Bergen og Drifl

I helsevesenet er det et stort gap mellom det vi vet vi burde gjøre, og det vi gjør. Kvalitetsarbeid der vi endrer praksis i lys av ny kunnskap, er nødvendig og viktig for å følge med i medisinsk utvikling. Her finner du forslag til verktøy til bruk i kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret.

I sin rapport «Kvalitetsverktøyprosjektet: Identifisering, utvikling og utprøving av kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret» ([http://www.legeforeningen.no/asset/47522/1/47522\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/47522/1/47522_1.pdf)) framhever Den norske legeforening sin strategi for utvikling av kvalitetsarbeid i allmennmedisin. Ett av elementene i strategien er å identifisere, utvikle og utprøve kvalitetsverktøy.

Listen nedenfor er et utvalg av verktøyene i Kvalitetsverktøyrapporten, forkortet og med kommentarer.

- Brukerundersøkelser
- Grunnleggende verktøy for kvalitetsforbedring
- Helsebiblioteket – Allmennmedisin
- Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin
- Lysbildeserier om praktisk kvalitetsarbeid
- Læringsnettverk
- Maturity Matrix (MM)
- Norsk elektronisk legehåndbok – NEL
- Pasienters ventetid på venterom for å komme til lege
- Praksiskonsulentordningen – PKO
- Scaling Questions (SQ)
- TimeSammeDag
- TrinnVis Kvalitet
- Uttrekk EPJ-data: RAVE og Noklus klinikk

## Brukerundersøkelser

### EuroPEP/NorPEP

Den europeiske kvalitetsgruppen EQuIP, som er tilknyttet World Organization of Family



Doctors (Wonca), har utviklet spørreskjemaet EuroPEP for brukerundersøkelser. Skjemaet er standardisert og validert i 16 land, og ble introdusert i 2000. Den norske versjonen av skjemaet ble kalt NorPEP.

#### LES MER HER:

- **Informasjon om NorPEP:** <http://www.legeforeningen.no/id/155612>
- **Europeisk nettside om EuroPEP:** <http://www.topaseurope.eu/?q=node/13>
- Lyngstad, Inger. *Hvordan fungerer legekontoret for dine pasienter: erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis*. Utposten, nr. 6/2008, s. 27–31. <http://www.utposten.no/LinkClick.aspx?fileticket=SPqN7oNM84k%3d&tabid=309&mid=1079>

#### Andre brukerundersøkelser

- **SJEKKLISTE: Planlegging av lokale, kvantitative brukerundersøkelser**  
Det kan være nyttig å bruke dette verktøyet når du skal lage egne brukerundersøkelser. Sjekklisten er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

«Kvalitetsarbeid på allmennlegekontoret» – hvordan kan vi begynne? Det er allerede utviklet mange gode verktøy og flere legekontorer har gjennomført prosjekter i kvalitetsarbeid. Her er en artikkel til inspirasjon og et lite «spark båk» for å komme i gang – i nettversjon får du også full glede av alle direkte lenker til verktøy og andres erfaringer. Lykke til!

REDAKSJONEN

[www.kunnskapssenteret.no/Verktoy/\\_attachment/6297?\\_ts=121828a4548](http://www.kunnskapssenteret.no/Verktoy/_attachment/6297?_ts=121828a4548)

#### • Brukerundersøkelser på legevakt:

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeidet en ressurs for brukerundersøkelser på legevakt.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/N%3%A5+fins+verkt%C3%B8yet+for+%3%A5+gjennomf%C3%B8re+lokale+brukerunders%C3%B8kelses+ved+legevakter.6952.cms>

#### Eksempler på brukerundersøkelser

På Legeforeningens nettsider er det lagt ut lysbilder som presenterer erfaringene fra to ulike brukerundersøkelser. Dette er undersøkelser som er utviklet i samarbeid med Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid, og prøvd ut ved:

- **Nordbyen legesenter, Tromsø.** <http://www.legeforeningen.no/id/158119>
- **Kirkegaten Legekontor, Skien.** <http://www.legeforeningen.no/id/144428>

## Grunnleggende verktøy for kvalitetsforbedring

Helsebiblioteket har en egen nettside om kvalitetsforbedring (<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring>), som blant annet samler beskrivelser av metoder og verktøy som blir brukt for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene.

Nedenfor finner du lenker til beskrivelser av noen av disse, som også kan være nyttig i arbeidet med å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten:

- **Modell for kvalitetsforbedring – struktur for gangen i et forbedringsprosjekt.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Modell+for+kvalitetsforbedring>
- **Idédugnad – hvordan gjennomføre idédugnad i en liten gruppe.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Id%C3%A9dugnad.52202.cms>
- **Fiskebeinsdiagram – sorterings- og analyseverktøy.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Fiskebeinsdiagram.52203.cms>
- **Flytskjema – prosesskartlegging og planlegging.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Flytskjema.54594.cms>
- **Fokusgruppeintervju – kvalitativt verktøy for kartlegging av en gruppe personer, for eksempel ansatte eller brukere**
  - **Fokusgruppeintervju** (<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Fokusgruppeintervju.54597.cms>)
  - **Fokusgruppeintervju på allmennlegekontoret** (<http://www.legeforeningen.no/id/20211.0>)
- **Pareto diagram – analyse- og prioriteringsverktøy.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Paretoanalyse.54392.cms>
- **Statistisk prosesskontroll – måling og grafisk fremstilling av prosesser over tid.** <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Kvalitetsm%C3%A5ling/Statistisk+prosesskontroll>

## Helsebiblioteket – Allmennmedisin

På Helsebibliotekets sider om allmennmedisin (<http://www.helsebiblioteket.no/Allmennmedisin>) finner du lenker til verktøy og kilder for faglig oppdatering tilpasset allmennmedisin og for bruk i pasientmøtet. Innholdet er bygget på internasjonal, kvalitetsvurdert forskning og gir raske svar på kliniske spørsmål. Helsebiblioteket gir fri tilgang til oppslagsverk som **UpToDate** (<http://www.uptodate.com/index>) og **BMJ Best Practice** (<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>).

## Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin

Legeforeningen, ved Allmennmedisinsk kvalitetsvalg (KUP) (<http://www.legeforeningen.no/id/12097>) og Kvalitetssikringsfondet, har utviklet kvalitetsindikatorer i allmennmedisin.

Dette utviklingsarbeidet er gjort med veiledning fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Kunnskapscenterets seksjon for kvalitetsutvikling har, med finansiering fra Legeforeningens kvalitetssikringsfond, gjennomført et pilotprosjekt der det skal høstes erfaringer om hvor nyttige disse indikatorene er for legekontorens systematiske forbedringsarbeid gjennom deltakelse i et veiledet læringsnettverk.

Til sammen åtte av 19 indikatorer kan hentes ut fra pasientjournal, og det utvikles en modul i RAVE3 (<http://www.helsebiblioteket.no/Helsebiblioteket?heading=false&horizontalmenu=true#rave>) som kan hente ut rapporter på disse indikatorene.

Som en del av prosjektet skal det utvikles en spesialrapport i dataverktøyet RAVE3 for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes elektroniske pasientjournal av aktuelle indikatorer. Fire legekontorer i Grenlandsområdet deltar i prosjektet. Læringsnettverket ble avsluttet i februar 2011, og nytten av indikatorene skal evalueres.

Les mer om **kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin**: [http://www.legeforeningen.no/asset/37527/i/37527\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/37527/i/37527_1.pdf).

## Lysbilde serier om praktisk kvalitetsarbeid

Medlemmer i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i Legeforeningen (<http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>) har i flere år publisert pedagogisk bearbejdede versjoner av sine egne kvalitetsprosjekter på eget legekontor på Internett. Slike lysbilde serier er et verktøy for formidling av forbedringsarbeid.

Finn relevante lysbilde serier på denne linken: <http://www.legeforeningen.no/id/144419>.

## Læringsnettverk

Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) vil invitere fastlegekontorer til å bli med i forbedringsarbeid gjennom læringsnettverk sammen med to til seks andre legekontorer i samme område.

Målet er at alle skal få en grunnleggende kompetanse i praktisk forbedringsarbeid, og at de skal fortsette med dette vedvarende i egen praksis. Arbeidet vil bygge på grunnleggende forbedringsverktøy og forbedringsprinsipper. Hvert legekontor velger selv hva de vil forbedre.

SAK har planlagt å lage forbedringspakker som er tilpasset de temaene legekontorene skal jobbe med. Arbeidet vil bli ledet av et ressursteam bestående av en fastlege med veilederkompetanse, en person med IT-kompetanse og

en helsesekretær. Hvert læringsnettverk har varighet seks til ni måneder.

## Eksempler på læringsnettverk for allmennleger

- **Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin** ([http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf))
- **Erfaringer fra læringsnettverk i Sogn og Fjordane 2006** (<http://www.legeforeningen.no/id/155228.0>)
- **Ett av legeforeningens gjennombruddsprosjekt ble organisert som et læringsnettverk: Bedre diagnostikk og behandling av vond rygg** (<http://www.legeforeningen.no/id/66313.0>)

## Maturity Matrix (MM)

Maturity Matrix er en metode for å definere status for organisering og kvalitetsarbeid på legekontoret gjennom en felles refleksjon med leger og medarbeidere på legekontor.

Metoden er utviklet i samarbeid med European Association for Quality in General Practice (EQUIP), the Centre for Quality of Care Research Cardiff University i Wales og nasjonale foreninger inkludert Den norske legeforening.

Tema og skår er fastsatt internasjonalt og deretter oversatt til norsk. Det ligger en omfattende prosess bak utviklingen. Dette er beskrevet i artikkelen Elwyn et al (2011). *Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix*. (<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/1.53.full.pdf?sid=c024cd40-98af-4fa2-9039-9649f9eca134>).

Metoden er prøvd ut på sju legekontorer. **Metoden og resultatene er sammenfattet i en lysbilde serie**: <http://www.legeforeningen.no/id/158720>.

Les mer om Maturity Matrix: <http://www.topaseurope.eu/?q=node/5>.

## Norsk elektronisk legehåndbok – NEL

NEL (<http://legehåndboka.no/>) er et praktisk oppslagsverk og beslutningsstøtteverktøy. Her finner du beskrivelser av symptomer og tegn, tilstander, sykdommer og undersøkelser, samt pasient-informasjon til å skrive ut og gi til pasientene. NEL oppdateres fortløpende, og er godt tilpasset norsk allmennmedisin. I følge NELs egne nettsider abonnerer nå nesten 90 prosent av landets allmennleger, over femti kommuner, Statens Helsetilsyn, en rekke universiteter og flere store sykehus på oppslagsverket.

## Pasienters ventetid på venterom for å komme til lege

Dette er et enkelt auditverktøy for å kartlegge ventetiden (se: <http://www.legeforeningen.no/>)

id/156075. Her beskrives fremgangsmåte med registreringsskjema og refleksjon. Beskrivelsen er basert på praktisk gjennomføring.

### Praksiskonsulentordningen – PKO

Praksiskonsulentordningen (PKO) (<https://sites.google.com/a/fastlegeservice.no/pko-start/home>) er et nettverk av erfarne allmennleger som er ansatt i deltidsstilling ved en sykehusavdeling. Målet med ordningen er å styrke samarbeidet mellom sykehuset og de allmennpraktiserende legene – til beste for pasientene.

Ordningen omfatter både funksjonen praksiskoordinator og praksiskonsulent.

- **Praksiskoordinatoren** har ansvar for å drive praksiskonsulentordningen for helseforetaket, og skal bl.a. delta i utvelgelse av og gi veiledning til praksiskonsulenter, samt være rådgiver for foretaksledelsen.

- **Praksiskonsulentenes primæroppgave** er å bidra til utvikling av et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det omfatter bl.a. tiltak som kan forbedre helheten i pasientforløpet, som å utvikle retningslinjer for god henvisnings- og utskrivingspraksis, og for skriving av gode epikriser. Praksiskonsulenten skal også bidra til at informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket blir bedre, for eksempel ved å etablere og veilede om rutiner for samhandling og legge til rette for gjensidig hospitering.

Fordi praksiskonsulentene både er rådgiver for ledelsen ved sykehusavdelingen og samtidig har kontakt med allmennlegene i sykehusets nedslagsfelt, bidrar ordningen til dialog og møter mellom allmennleger og sykehusleger og annet helsepersonell. Dette er viktig for å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid. Praksiskonsulenter har også vært prøvd ut i samarbeid med NAV.

Les mer om praksiskonsulentordningen her: <http://www.pko.no>

### Scaling Questions (SQ)

SQ er et verktøy som kan brukes til å konkretisere ideer, tanker, og framtidssjener. SQ er beslektet med flere andre metoder, blant annet LØFT- metodikk.

Verktøyet brukes for eksempel etter gjennomført **Maturity Matrix** (<http://www.helsebiblioteket.no/Helsebiblioteket?heading=false&horizontalmenu=true#maturity>), eller helt åpent, på en hvilken som helst problemstilling på et legekontor eller i en annen gruppe mennesker. En prosess med SQ ledes av en veileder som kjenner metoden, helst en som kommer utenfra.

SQ kan også brukes i pasientarbeid i individuelle konsultasjoner, der pasienten fokuserer på sin ideelle positive framtid og på hvordan han/hun kan komme dit. Dette kan med

fordel kombineres med kognitiv terapi, og fungerer ofte bedre enn å sette opp en problemliste.

Mer om **Scaling Questions** kan du lese på Allmedisinsk kvalitetsutvalgs sine sider: <http://www.legeforeningen.no/id/152086.0>

### TimeSammeDag

TimeSammeDag er et verktøy for å redusere ventetiden for timer til allmennleger.

Verktøyet er en prosess som involverer alle på legekontoret, støttet av tekniske løsninger som timebestilling pr SMS, og av en kursleder/veileder som følger legekontoret gjennom prosessen. Systemet er opprinnelig utviklet for amerikanske allmennleger ved Kaiser Permanente i California i USA, og er nå oversatt til norsk og norske forhold.

- **Les mer om verktøyet her:** <http://timesam.medag.no/>

- **Se også lysbilde-serie på Legeforeningens nettside:** <http://www.legeforeningen.no/id/161712>

### TrinnVis Kvalitet

TrinnVis Kvalitet (<http://trinnvis.no/>) er et elektronisk kvalitetssystem for allmennlegekontor og allmennlegevakter. Det er laget av leger for leger, og ser derfor problemstillingene fra en klinikers ståsted. TrinnVis samler alt kvalitetsarbeid, også datasikkerhet, i én liten legevirkosomhet.

TrinnVis er utviklet for å gi legene og deres ansatte et verktøy som hjelper dem å komme i gang med kvalitetsarbeidet og som hjelper dem til daglig. Kurset viser at det er mulig å drive legevirkosomheten på en bedre og tryggere måte uten å slite seg ut.

TrinnVis er lagt opp som et elektronisk kurs i kvalitetsarbeid spesielt tilpasset legekontorene. Programmet ble videreutviklet til en nettversjon og tilbudt alle medlemmer av legeforeningen som driver legekontor/spesialistpraksiser/legevakter høsten 2010.

### UTTREKK EPJ-DATA:

#### RAVE og Noklus klinikk

#### RAVE

RAVE er et elektronisk uttrekksprogram fra elektronisk pasientjournal (EPJ). Ved hjelp av dette programmet kan du hente ut rapporter fra journalsystemet. Disse dataene kan igjen være grunnlag for å følge med og forbedre tjenestene. Svensk og norske Mediata har avtale om utvikling av programmet videre.

Fordelen er at man velger ut data på kvalitetsindikatorer og får rapporten umiddelbart, uten å vente på bearbeiding sentralt. Foreløpig er RAVE kun tilpasset journalsystemet Winmed.

RAVE brukes i prosjektet med utprøving av kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin

([http://www.legeforeningen.no/asset/37527/i/37527\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/37527/i/37527_1.pdf)), organisert som læringsnettverk.

En nærmere presentasjon av RAVE3 (på svensk) kan lastes ned her: [http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967\\_1.ppt](http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967_1.ppt).

### Noklus klinikk

Noklus klinikk (<http://noklus.no/>) er elektroniske rapporter basert på uttrekk fra elektronisk pasientjournal (EPJ).

Ved bruk av bearbejdede data fra elektroniske pasientjournaler arbeides det for at laboratoriemedisinsk informasjon skal bli brukt på en stadig bedre måte i allmennpraksis.

Det er utviklet gratis programvare for uthenting av journaldata fra allmennlegens kontorpraksis. Programvaren er enkel å installere, og uttaket skjer i løpet av få minutter.

Dataene lastes (i anonymisert form) ned på en diskett eller minnepinne som sendes til NOKLUS for bearbeiding (senere vil data sendes over helsenett). Innen 30 dager vil allmennlegen vil motta to rapporter:

- **Praksisprofil** (<http://noklus.no/Portals/noklus/Klinisk%20bruk%20av%20laboratoriet/Praksisprofil.pdf>)

- **Antikoagulasjonsbehandling med Marevan** (<http://noklus.no/Portals/noklus/Klinisk%20bruk%20av%20laboratoriet/Marevanrapport.pdf>)

Rapportene gir oversikt over diagnosefordeling og laboratoriebruk i hver enkelt legepraksis sammenstilt med data fra andre praksiser, og i tillegg detaljert oversikt over pasienter som behandles med marevan. Det er laget problemstillinger og fagstoff til bruk ved gjennomgang av rapportene, gjerne i kollegagrupper.

### Miljøer som jobber med kvalitetsforbedring innen allmennmedisin

- **Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg** (<http://www.legeforeningen.no/id/12097>)

- **Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid** (<http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>)

Denne artikkelen er resultatet av et samarbeid mellom Legeforeningens prosjekt Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) og Helsebiblioteket.no. Den bygger blant annet på arbeid i regi av Legeforeningen hvor en har identifisert, utviklet og utprøvd kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret.

Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i legeforeningen er et sentralt ressursmiljø i prosjektene, og har publisert mye av dette arbeidet på sine nettsider.

[marie.brudvik@kunnskapssenteret.no](mailto:marie.brudvik@kunnskapssenteret.no)

[janecke.Thesen@uni.no](mailto:janecke.Thesen@uni.no)

# Helsesekretærene er gode å

■ TOVE RUTLE *helsesekretær, Jessheim*

Helsesekretærene er viktige fagpersoner for driften av landets legekontorer. Likevel er vi en forholdsvis usynlig og tilbakeholden gruppe. Trass i en krevende hverdag med gleder så vel som faglige og menneskelige utfordringer, ser vi en tendens til at dyktige helsesekretærer ikke blir værende i allmennpraksis. Manglende utviklingsmuligheter, uordnede arbeidsforhold og dårlig lønn fører til fravær av yrkes stolthet og identitet. Det er viktig at leger og helsesekretærer jobber sammen for å «løfte» yrkesgruppen.

Medarbeiderne ved landets legekontorer er en uensartet gruppe og består av personer med ulik helsefaglig bakgrunn. Helsesekretærer er den desidert største gruppen. Jeg vil derfor for enkelthets skyld bruke fellesbenevnelsen helsesekretær på alle som jobber som medarbeidere på legekontor.

Gjennom mange år i yrket, som veileder i etterutdanningen for helsesekretærer, hospitant ved forskjellige legekontorer og pådriver i kurs- og etterutdanningssammenheng og undervisningssammenheng, har jeg fått god kjennskap til yrkesgruppen. Jeg registrerer at det finnes mange flotte og engasjerte helsesekretærer. Når helsesekretærene får lite oppmerksomhet, og gjør så lite av seg til tross for at det er bred enighet om at legekontolet vanskelig kan driftes uten dem, så forundrer det meg. Det bør ikke være slik at verdien i ens innsats ikke vurderes eller registreres før den eventuelt forsvinner.

## Historikk

I riktig gamle dager jobbet allmennlegen alene på sitt kontor, i beste fall hadde han hjelp av sin kone. En pasient fortalte meg at «gammel-doktoren» hadde sin skrivepult, en liten laboratoriebank og et arkiv innenfor rekkevidde i en halvsirkel, så han kunne bare svinge seg rundt på stolen og selv ordne opp i det meste.

Den norske legeforening tok i 1967 initiativ til en ny og egen utdanning for medhjelpere på legekontorer: den såkalte Legesekretæruddanning. Det var et resultat av at leger etter hvert slo seg sammen og dannet gruppepraksiser. Denne arbeidsformen krevde sekretærer som kunne avlaste legen med blant annet telefonbesvarelser, kontorarbeid og pasientmottak. Sogn yrkesskole i Oslo startet i samarbeid med Dr. Greve Brun i Legeforeningen legesekretærlinjen. Inntakskriteriene ved landets daværende eneste skole som ut-

dannet legesekretærer, var eksamen artium og minst to års erfaring fra arbeid i helsevesenet. I dag er det 19 videregående skoler som tilbyr *Vg3 helsesekretærlinje*. Utdanningen retter seg mot helsesekretærer både i sykehus og ved legekontorer. Det er unikt at vi har en utdanning som er så tilrettelagt for legekontor.

Helsesekretærene er voksne kvinner (se boks 1). Mange har lang fartstid ved samme legekontor (1, 2) og de trives godt. Trivselen står imidlertid i misforhold til at en stor del er misfornøyd med både lønn og hvordan legekontoene er administrert og organisert. En stor del føler at de ikke får mulighet til faglig oppdatering og videreutvikling. Kanskje kompenseres misnøyen med at de har et godt forhold til pasienter og kolleger, og det faktum at de fleste lever i forhold med to inntekter?

Jeg tror at ordnede arbeidsforhold, god lønn og mulighet for etterutdanning og videreutvikling er viktig for ens selvfølelse, identitet og inspirasjon i hverdagen. Jeg tror det er ukløkt å ha en «laissez faire»-holdning til dette. Etterutdanning og kursvirksomhet bør ha en høy prioritet. Arbeidsgever må legge til rette for dette og helsesekretærene må selv være aktive for å holde seg oppdatert.

## Vår hverdag

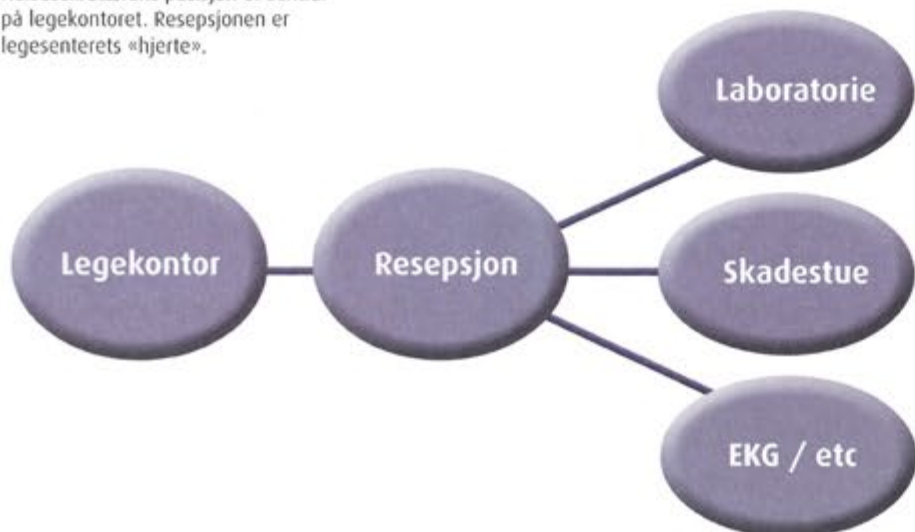
Vi er de første pasientene kommer i kontakt med når de henvender seg til legesenteret enten på telefon eller i skranke. Dårlig behand-

### Hvem er vi?\*

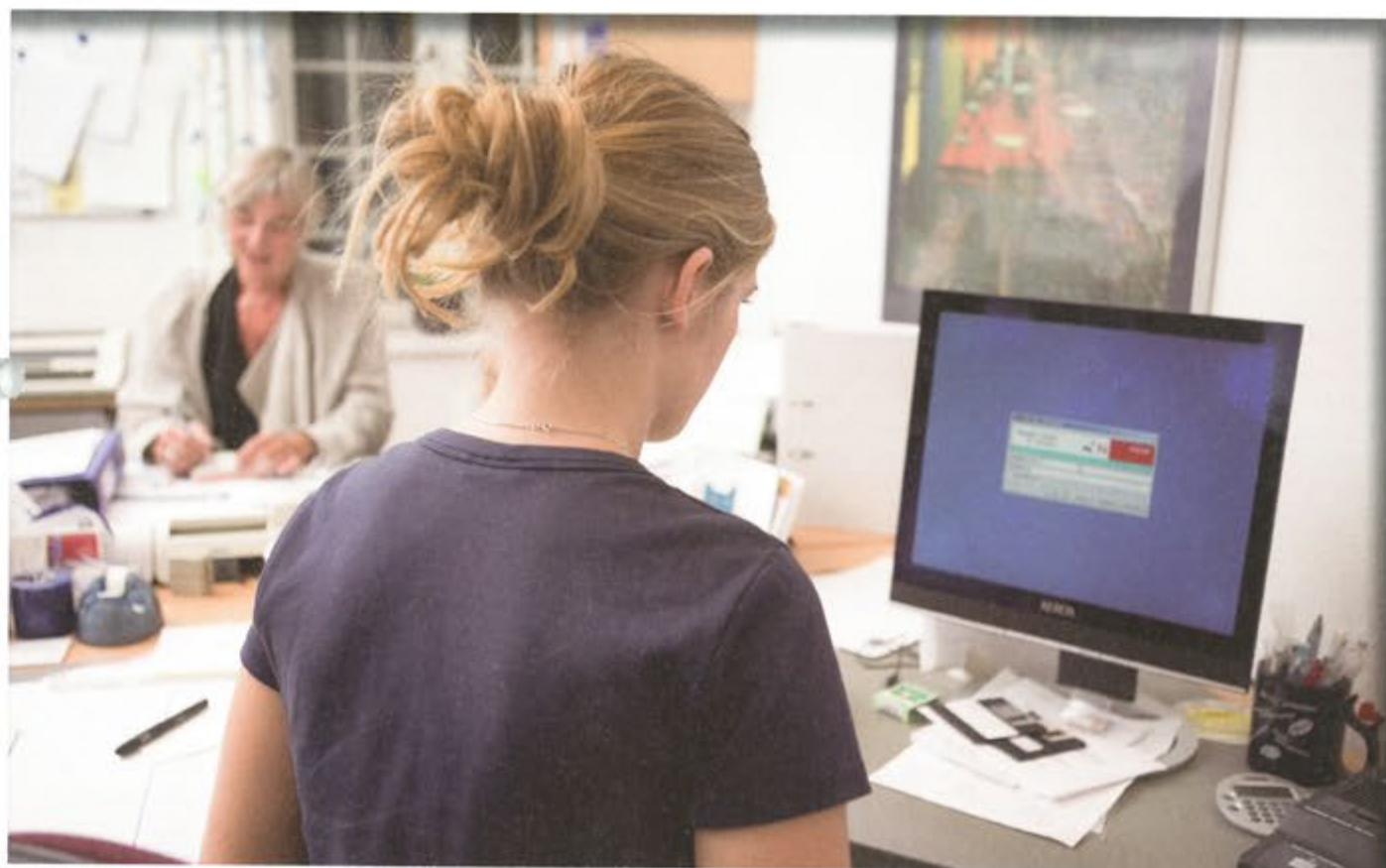
- Gjennomsnittsalder er 41 år
- Er gift og har barn
- Har arbeidet ved samme legekontor i gjennomsnitt ti år
- Opplever yrket som stressende, men trives godt
- Har lite sykefravær
- Har lite kunnskap om legekontolets drift
- Kvinner, hvorav 65 % er helsesekretærer
- Er misfornøyd med lønnen
- Jobber deltid

\* Gjennomsnittet av hjelpepersonellet på legekontor; Rutle et al. 1999. (Reicborn-Kjensrud, 2010 fant at 83% er helsesekretærer, og antall år på samme legekontor var 14 år).

FIGUR 1. Helsesekretærens posisjon er sentral på legekontolet. Resepsjonen er legesenterets «hjerne».



# ha, men vanskelige 'å se'...?



Helsesekretærene har en sentral rolle ved ethvert legekontor. De skal beherske pasientkommunikasjon, data, tekniske prosedyrer og kvalitetssikring.

ling eller feilvurdering her kan få uønskede konsekvenser. Konsultasjonen starter i realiteten når pasienten henvender seg til legekantoret. Når denne kontakten er god og tillitvekkende, har det betydning for pasientene og for legens arbeid. Det må stilles store krav til at helsesekretæren skaper denne tilliten. Det trengs personlige egenskaper som gjør det mulig å kombinere teoretisk og praktisk kunnskap. Det er viktig å bruke sin erfaring, sin «tause kunnskap» og ikke minst å være empatisk. Det må være en link fra hjernen til hjertet, for det handler om «å se pasienten» og forstå situasjonen.

Helsesekretærens posisjon er sentral på legekantoret (FIG. 1). I alle fire enheter handler det om kombinasjonen av kunnskap, teknikk, kontroll og kvalitetssikring. Men det handler også om kommunikasjon og nærkontakt med pasienter som kan være i en sårbar situasjon. Derfor er personlige egenskaper så viktige, de er også vårt «arbeidsredskap».

Helsesekretæren har også som oppgave å legge til rette forholdene for god legevirksomhet. Hun må sørge for en effektiv flyt og oversikt over de daglige oppgavene. Det er viktig å ha forståelse for den nødvendige fleksibiliteten i forhold til det som til enhver tid skjer på et legesenter. Stikkordene for at dette skal fungere optimalt er så velbrukte som **samarbeid** og **kommunikasjon**. Lege og helsesekretær må være på samme kanal: Vi må høre de samme «melodiene» og korrigere hverandre når vi kommer i utakt.

### **Felles forståelse**

For å mestre dette må helsesekretærer og leger være bevisst på å utvikle et felles ståsted i forhold til hvordan pasientene skal mottas og behandles, hvordan legekantoret skal drives og hvordan vi skal ha det sammen. Dette krever energi og entusiasme. Det krever sosial innsikt og forståelse, etisk kunnskap og respekt, og ikke minst personlig innsikt og dan-

nelse. Dette er egenskaper som foredles gjennom felles initiativ, og gir arbeids glede og en arbeidssituasjon som fryder.

Initiativ fra Helsesekretærforbundet og Norsk forening for allmenmedisin bidrar til å skape dette. Men jeg opplever stor variasjon i evnen og viljen til å omsette dette initiativet, både hos helsesekretærer og leger. Det er ofte enklere å se på avgrensede oppgaver enn å øyne helheten i «Team legesenter».

Det er uklokt når helsesekretærer takker nei til kurs- og videreutvikling fordi det «ikke inngår i arbeidstiden – og dessuten ikke gir noen tilsynelatende fordeler». Det er også trist at leger oppgir økonomiske grunner til at helsesekretærene ikke kan få delta i kurs- og videreutvikling eller engasjere seg faglig. Dette er vanskelig å forstå når man tenker på hvor stor gevinsten er i forhold til innsatsen.

Det burde være like naturlig for oss helsesekretærer å bruke noe av vår fritid på å oppdatere oss faglig og ha innspill og forslag til

utvikling av «legekontorets indre liv», som det er for legene. Det burde være selvsagt at legene budsjetterer med årlige midler til kurs- og etterutdanning for helsesekretærene – og at de ser at helsesekretærene har meningsfulle løsninger og fornuftige innstillinger om hvordan oppgaver kan løses.

Gevinsten for begge parter er en inspirerende og interessant hverdag, med felles ansvar for legekontorets overordnede oppgave: pasientbehandling. Det er viktig å være klar over hverandres roller og oppgaver. Nøkkelen til suksess i samarbeid er nettopp innsikt og respekt. Men det er en stor utfordring i små og tette arbeidsmiljøer, og her ligger et stort forbedringspotensial for alle aktørene.



God pasientkontakt betyr mye. FOTO: TOVE RUTLE

## Hva med fremtiden?

Arbeidsoppgavene for helsesekretærene har forandret seg ganske mye de seneste årene, og vil antagelig også forandre seg ganske raskt fremover.

Hvis vi ser tilbake, er det er ikke så lenge siden vi hadde timebestillingsbok i papir og papirjournal. Nå bestiller pasientene time selv via mobiltelefon på SMS, og mulighetene i forhold til journalen er uante. På laboratoriet har det også vært en «revolusjon» – med nye apparater og teknikker som stiller nye krav til kvalitetssikring. Dette er interessant og spennende, og kanskje vil det frigjøre mer tid for helsesekretæren?

Jeg tror det vil bli store krav til dokumentasjon og kvalitetssikring i oppgavene ved legekontorene. Samhandlingsreformen vil også initiere nye oppgaver. Jeg tror derfor at det er nødvendig og fornuftig at leger og helsesekretærer setter seg sammen og legger en organisasjonsplan. Helsesekretærene har mye å bidra med her. Enkelte lederoppgaver ved

helsesentrene kan med fordel utføres av helsesekretærer. Jeg tenker at det kan være en etterutdanningsoppgave som vil virke inspirerende for gruppen.

Jeg håper at helsesekretæruddanningen klarer å følge utviklingen og kompleksiteten i oppgavene ved legekontorene, og at dette tas inn i pensumsplanene. Dessuten er det å håpe at det blir flere søkere til helsesekretærlinjene. Ved Breivika videregående skole i Tromsø var det kun to søkere i år. Det er et dårlig tegn (3). Hva som er grunnen til dette kan man bare spekulere på, men jeg vil tro at tidligere nevnte momenter som gir oss en lav status kan være medvirkende. Helsesekretærforbundet mener det kan bero på dårlig markedsføring av utdanningen. Private aktører tilbyr kortversjoner av utdanningen og har økonomi til markedsføre seg.

Skolene har også slitt med å få praksisplaser til elevene. Her bør allmennlegekontorene være ansvarsbevisste og se hvilken mulighet som ligger i å markedsføre yrket. De kan på-

virke med kunnskap og gode holdninger. Det må settes av ressurser til å ta imot elevene, så vi har mulighet til å vise frem vår spennende arbeidsplass.

Ingen ønsker vel at allmennlegen skal sitte alene på sitt kontor – som i gamle dager – og ha nødvendige hjelpemidler innenfor radiusen av det kontorstolen kan svinge? Jeg er overbevist om at det legekontoret som fungerer best på alle nivåer, er det som har engasjerte, faglig sterke og glade helsesekretærer.

## REFERANSER:

1. Rutle, Tove; Rutle, Olav; Svarttjernet, Kari (1999) «Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis». Rapport
2. Reichborn-Kjennerud, Kristin (2010), «Faste grep om helse i hektiske kontor»
3. Helsesekretæren nr 2, 2011, «Legekontor måtte stenge», «Bare to vil bli helsesekretær»
4. Slagsvold Svein, Utposten nr. 8 (1995) «En tale til medarbeideren»

rmrtove@online.no

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

UNIV	NAVN	TITTEL	FATT	VEILEDER
UiO	Sissel Borthne Gundersen	Medisinske intervensjoner i livets sluttfase 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 legevakt: vurdering og håndtering.	3	Tone Morken og Steinar Hunskaar
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 innleggelse ved Prehospitalt observasjonsenheter i Meløy, Steigen og Saltdal 2010-11	1	Ivar Aaraas

# Kurs om Hypertensjon i Oslo

9.–10. februar 2012 (Dnlf-kurs L-25954)

Godkjent som 15 timer emnekurs i videre-/og etterutdanning for spesialiteten allmennmedisin i fagområdet indremedisin/hjertesykdommer

KURSSTED: Store Auditorium, Oslo universitetssykehus Ullevål, Kirkevn. 166, Oslo.

PÅMELDING: <http://www.kongress.no/kongresser/kongresser-2012/kurs-om-hypertensjon-2012-oslo-9-10-februar/> alt.

Kongress & Kultur, Torgallmenningen 1A, Postboks 947, Sentrum, 5808 Bergen. TLF. 55 55 36 55. E-POST: mail@kongress.no

KURSPRIS LEGER/IKKE-LEGER: 2200 kr / 4400 kr

KURSARRANGØR: Norsk Hypertensjonsforening ved prof. Ingrid Toft (Nyremed. avd., UNN), prof. Eva Gerds (Hjertemed. avd. Haukeland), overlege dr.med. Rune Mo (Hjertemed. avd., St. Olavs Hospital), forsker PhD Michael Hultström (Uppsala universitet), lege PhD Tonje A. Aksnes (Hjertemed. avd., OUS, Ullevål) og kursleder prof. Sverre E. Kjeldsen (Hjertemed. avd. OUS, Ullevål)

## TORS DAG 9. FEBRUAR 2012

09.00 Registrering og velkommen

### Epidemiologi (ORDSTYRER: Lege PhD Tonje A. Aksnes)

10.00 Hypertensjon – global burden. Prof. Ingrid Toft, UNN

10.20 Pre-hypertensjon og adolescents. Lege PhD Arnljot Flaa, OUS, Ullevål

10.40 Hypertensjon og metabolsk syndrom. Prof. Sverre E. Kjeldsen, OUS, Ullevål

11.00 Arbeidsblodtrykk og fysisk kapasitet. Forsker dr.med. Johan Bodegård, OUS, Ullevål

11.20 PANELDISKUSJON: Er hypertensjon verdens viktigste risikofaktor for sykdom og død?

11.45 Lunsj

### Patofysiologi (ORDSTYRER: Overlege dr.med. Rune Mo)

12.30 Blodkar forandringer – «the hallmark of hypertension». Overlege dr.med. Eigil Fossum, OUS, Ullevål

12.50 Sympatisk aktivitet i patogenesen. Overlege dr.med. Morten Rostrup, OUS, Ullevål

13.10 Ikke-farmakologisk behandling. Overlege dr.med. Henrik M. Reims, OUS

13.30 Effekt av saltrestriksjon. Forsker PhD Michael Hultström, Uppsala universitet

13.50 PANELDISKUSJON: Hjelper det å leve sunt?

14.15 Pause

### Utredning og sekundær hypertensjon (Ordstyrer: Prof. Ingrid Toft)

14.35 Ambulatorisk 24-timer og hjemmeblodtrykkmåling. Overlege PhD Aud Stenehjem, OUS, Ullevål

14.55 Nyrearterienose. Lege dr.med. Bjørn Egil Vikse, Haukeland universitetssykehus

15.15 Albumin i urin som markør. Prof. Hans Ibsen, Københavns universitet

15.45 Endokrin hypertensjon og hyperaldosteronisme. Prof. Ingrid Os, OUS, Ullevål

16.05 PANELDISKUSJON: kasuistikker

## FREDAG 10. FEBRUAR 2012

### Generell hypertensjonsbehandling (ORDSTYRER: Prof. Hans Ibsen)

08.50 Status for «evidence based treatment». Prof. Sverre E. Kjeldsen, OUS, Ullevål

09.10 Behandling med ARB/ACEI og risiko for cancer. Prof. Stefan Agewall, OUS, Ullevål

09.30 2007 ESH/ESC Hypertension guidelines. Prof. Dan Atar, OUS, Ullevål

09.50 2009 Norske retningslinjer. Overlege dr.med. Tor Ole Klemsdal, OUS, Ullevål

10.10 PANELDISKUSJON: Hvilket medikament/medikamentkombinasjon er mest effektiv?

10.30 Pause.

### Hva beskytter hjerte og nyrer? (Ordstyrer: Prof. Ingrid Os)

10.50 Hypertensiv hjertesykdom og venstre ventrikkelhypertrofi. Prof. Eva Gerds, Haukeland universitetssykehus

11.10 Hypertensjon og atrieflimmer. Prof. Knut T. Gjesdal, OUS, Ullevål

11.30 Hypertensjon og hjertesvikt. Overlege dr.med. Arne Westheim, OUS, Ullevål

11.50 Behandling med ACEI/ARB og nyresvikt. Overlege dr.med. Aud Høiegggen, OUS Ullevål

12.10 PANELDISKUSJON: Hva beskytter hjerte og nyrer?

12.30 Lunsj.

### Diabetes og hjerneslag (ORDSTYRER: Forsker PhD Michael Hultström)

13.10 Hypertensjon og type 1 diabetes. Prof. Trond Jenssen, UNN

13.30 Risiko for type 2 diabetes hos hypertonikere. Lege PhD Tonje Amb Aksnes, OUS, Ullevål

13.50 Hypertensjon ved akutt hjerneslag. Overlege dr.med. Eivind Berge, OUS, Ullevål

14.10 Hypertensjon og forebygging av hjerneslag. Overlege dr.med. Rune Mo, St. Olavs Hospital

14.30 PANELDISKUSJON: Hva er viktigst ved diabetes og cerebrovaskulær sykdom?

14.55 Pause.

### Utfordringer med hypertensjon i praksis (ORDSTYRER: Prof. dr.med. Eva Gerds)

15.15 Hypertensjon hos eldre. Lege PhD Arne Strand, OUS, Ullevål

15.35 Hvor lavt skal vi senke blodtrykket? Overlege PhD Helga Gudmundsdottir, OUS, Ullevål

15.55 Terapieresistent hypertensjon. Prof. Ingrid Toft, UNN

16.15 Terapeutisk inertia. Prof. Sverre E. Kjeldsen, OUS, Ullevål

16.25 PANELDISKUSJON: Hva må til for å bedre hypertensjonsbehandlingen i Norge?

16.45 Kursprøve og evaluering. Kurskomiteen

# Våre legeforsventninger til medarbeiderne på

■ JANECKE THESEN, KRISTIN PRESTEGAARD OG BJØRNAR NYEN



*Det er tirsdag morgen, ti på åtte. Én etter én kommer leger og medarbeidere på jobb, det hilses og småprates. Velkjente lyder høres fra kaffetrakteren og datamaskinene. Alle finner sine plasser, sin kaffe-kopp. «Team Legekantor» gjør seg klar til en ny arbeidsdag... Ingen andre steder er det vel lettere å «kjenne pusten av det levende liv...!» som Hamsun sa det.*

Vi leger er utrolig heldige. Sammen med medarbeiderne klarer «Team Legekantor» å utføre sine oppgaver i den travle hverdagen. Dere medarbeidere har mange oppgaver og et stort arbeidsansvar ved siden av å hjelpe, støtte og avlaste oss legene. Dere er stabile arbeidstakere med mange år på legekantoret – på tross av høyt stressnivå og moderat lønn og status. Allikevel rapporterer dere om høy trivsel. (1). Man kan bare undre seg over hvordan det kan henge sammen...

Våre forventninger er først og fremst at dette kan fortsette; at vi kan fortsette å oppleve så mye mening i hverdagsstrevet som både dere og vi åpenbart gjør. Vi har merket oss at dere har forventninger til oss som vi bør innfri i større grad, som bedre lederstøtte og kompetanseheving i lys av mange nye oppgaver og mer ansvar (1). Men dette skal handle om våre forventninger til dere.

Vi har forsøkt å lage dette som en slags ønskeliste, eller sjekklister, om dere vil. Alle leger vil neppe være enige i alt, og det vil sikkert være forskjell på store og små legekantor, og by- og landpraksis. Men listen under var det vi tre kom fram til. Bruk gjerne listen til en felles refleksjon på fellesmøter på legekantoret. Så kan legene hos dere kanskje legge til eller stryke punkter på listen fordi våre ønsker ikke helt passer hos dere.

Her er vår liste:

1. Still krav til oss! Ikke la oss få lov til å overlate alt til dere, uten å kjenne systemene selv til slutt! Vær modige i å påpeke åpenbare mangler i organisering og oppfølging.
2. Om vi noen ganger skulle glemme at vi er et team og at vi er helt avhengige av hverandre for å gi gode tjenester til pasientene, så minn oss på det! (3)
3. Team Legekantors innsats består av en kjede av mange ledd og mange møter, fra pasienten ringer til de kommer til legekantoret, snakker med dere og legen, behandles på akuttrummet, tar prøver, betaler osv. Dere skal, på samme måte som oss, gi merverdi gjennom de mange enkeltledd til den samlede kjeden. Si fra der dere ser at større verdi kunne tilføres dersom vi organiserte på en annen måte, økte smidigheten, innførte nye rutiner.
4. Fortsett å få oss til å le på jobben! Dere er utrolig viktige miljøfaktorer i Team Legekantor; vi har gapskrattet av påfunnene deres mang en gang. Humor gir økt arbeidsglede og mer energi. Dere er gode bidragsytere til dette. Det er så utrolig godt for ansente skul-

dre og slitne hoder å få disse treffende og morsomme kommentarene og innspillene. Vi trenger det – og vi skal forsøke å skjerpe oss så vi oftere får dere til å le også!

5. Hjelp oss å vise Team Legekantors gode ansikt utad! Vær åpen og blås ut innad i Team Legekantors lune favn eller trivelige lunsjmen, men vær lojal mot Team Legekantor utad. Fortsett å ta vare på pasientene på en respektfull og omsorgsfull måte, selv når det krever en engels tålmodighet!

6. Vær raus. Del dine erfaringer med de andre medarbeiderne og med oss legene, både suksessene og det som oppleves utfordrende og vanskelig. Det er viktig bidrag til en felles diskusjon om hvordan kantoret kan utføre oppgavene på en bedre måte.

7. Bidra til en åpenhetskultur omkring feil og mangler, uansett hvor i systemet det har oppstått. Ikke gjør det for å syte og klage, men for å drive legekantoret stadig framover mot å bli en lærende organisasjon. Team Legekantor er stadig opptatt av å bli bedre, og vi lar ikke en anledning til å lære av feil gå fra seg. Husk at alle ved Team Legekantor er der for å hjelpe pasientene. Vi er folk av usædvanlig god vilje og ingen ønsker å skade noen. Når skader skjer, er det oftest fordi vi ikke har planlagt eller organisert godt nok.

8. Husk at systemfeil er vanlige og at de ofte kan fjernes i en åpenhetskultur. Det er vanskeligere å fjerne systemfeil på steder der fokuset er på enkeltlegers eller enkeltmedarbeideres feil og jakt på å finne syndebukker. I en slik kultur blir ting sjeldnere tatt opp og onde sirkler sjeldnere brutt. Dere medarbeidere ser ofte systemene bedre enn den enkelte lege fordi dere jobber med alle legene og ser variasjonen i hvordan vi håndterer våre oppgaver. Fortell oss og hjelp oss til å se våre egne systemer hvis variasjonene er for store eller for tungvint for dere eller pasientene.

9. Vi har og tar ansvaret for at legekantoret gir gode helsetjenester til våre pasienter. Si fra til oss når dere skjønner/lurer på om at vi



# Team Legekontor

leger har gjort en feilvurdering eller har glemt noe – si fra heller en gang for mye enn en gang for lite! Vi trenger å ha noen «red-dende engler» på kontoret for at våre feil i minst mulig grad skal skade pasientene.

**10.** Vit hvor mye dere betyr for pasientene, dere er ofte tryggheten og kontinuiteten for dem, de som de setter sin lit til når de virkelig er redde. Dere har ofte jobbet i Team Legekontor lenger enn oss.

**11.** Vit at dere ofte representerer tryggheten og kontinuiteten for oss leger også, særlig når vi virkelig er redde eller slitne.

**12.** Fortsett å mestre frontlinjepresset like godt som dere gjør – vi fatter ikke helt hvordan dere klarer det. Så mye lyder – telefoner, maskiner, forstyrrelser, mas, bagateller, rød respons, rådgivning på telefon, sårskift – mange oppgaver som skal gjøres samtidig med en smidighet som både gir effektivitet og god kvalitet og fornøyde pasienter! Men gi beskjed når det går mot overbelastning – hjelp oss å reorganisere eller innse at vi trenger flere folk.

**13.** Bevar den gode kommunikasjon – lyttingen, humningen, det gode blikket, den lette berøringen, de trøstende, styrkende ordene – det viktigste arbeidsredskapet for å forstå pasientens problemstilling og agenda. Det er dere ofte veldig gode på.

**14.** Ta større ansvar! Vis tydeligere hvem dere er, hvilket flott fag dere forvalter, hva dere står for. Dokumenter oftere det dere gjør i journalen.

**15.** Husk at det verste som kan skje oss er at dere ikke kommer på jobb (selv om dere selvfølgelig som alle oss andre må ta en time-out ved sykdom) (2).

**16.** Delta aktivt på de møtene der drift og fag diskuteres. Forlang møter dersom det ikke finnes på Team Legekontor, eller hvis dere ikke har adgang til dem.

**17.** Krev aktiv lederstøtte fra oss! Krev at vi bidrar til god organisering og avklaring av roller og ansvar.

**18.** Stå oftere fram med de erfaringene dere har – følg de gode eksemplene i dette nummeret av Utposten ved å skrive artikler, la dere intervju, eller undervise på kurs. Dessverre har vi ofte erfart at dere vegrer dere når vi gjerne vil ha dere med og løfte deres utrolig viktige erfaringer fram i lyset.

**19.** Tenk gjennom hvordan du vil ha Team Legekontor. Hvis det er veldig forskjellig fra slik det er i virkeligheten, finn ut hvem du kan alliere deg med, og hvordan dere kan be-vege Team Legekontor i riktig retning.

**20.** Til slutt: Ikke forlat oss! Fortsett å trøste oss, avlaste oss, støtte oss, styrke oss, få oss til å le, og gi oss kvalifisert motstand der vi trenger det. Vi er helt avhengige av dere – uten dere klarer vi ikke å gjøre jobben vår på en god måte.

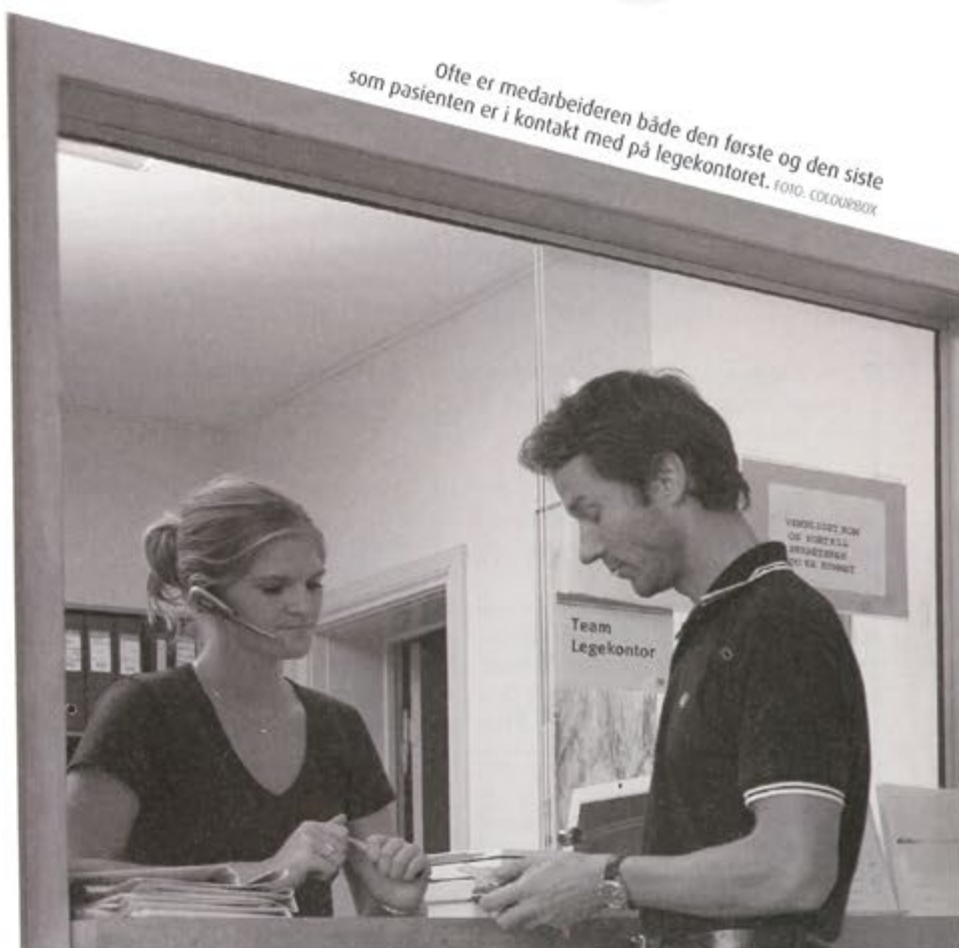


#### REFERANSER

1. Reichborn-Kjennerud, Kristin (2010), «Faste grep om helse i hektiske kontor»
2. Slagsvold Svein, Utposten nr. 8 (1995) «En tale til medarbeideren»
3. Bodenheimer Thomas, Grumbach Kevin (2007) «Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice»

Janecke.Thesen@isf.uib.no  
prestegaard@gmail.com  
bnyen@gruk.no

Ofte er medarbeideren både den første og den siste som pasienten er i kontakt med på legekontoret. FOTO: COLOURBOX



# Helsesekretærer trives i jobben sin

I dette nummeret av Utposten retter vi oppmerksomheten mot samarbeid og trivsel ved legekantoret. Et viktig, men ofte forsømt tema i denne diskusjonen er samhandlingen mellom leger og helsesekretærer: Hvordan opplever vi vår arbeids-hverdag som kolleger? Utposten stiller fem likelydende spørsmål til fire helsesekretærer på ulike geografiske poster.

- 1 Hva gjør din jobb meningsfylt?
- 2 Hva opplever du som din viktigste oppgave på legekantoret?
- 3 Hvordan får du faglig oppdatering?
- 4 Hvordan ser du for deg rollen som legesekretær i 2025?
- 5 Hvilke egenskaper bør en lege ha for at du skal kalle ham/henne en god kollega?

## Anette Jobsen TROMSØ



- 1 Det som gjør min jobb meningsfylt er trivelige kolleger, varierte og interessante arbeidsoppgaver samt gunstige arbeidstider.
- 2 Min viktigste oppgave er å yte god service til pasientene samt være blid og imøtekomende mot kolleger.
- 3 Jeg får faglig oppdatering ved å gå på kurs og drøfte eventuelle problemstillinger med kolleger.
- 4 I 2025 ser jeg for meg at det er minimalt med helsesekretærer, ettersom det er bare et fåtall som søker seg inn på helsesekretærlinja per dags dato. Jeg tror at det er et yrke som vil forsvinne og ser for meg at andre yrkesgrupper vil ta over helsesekretæryrket.

- 1 En lege bør være hyggelig, lett å samarbeide med og være lett tilgjengelig hvis vi lurer på noe.

## Marianne Vestheim Kversøy BERGEN



- 1 For meg blir jobben meningsfylt når jeg kan bidra til at pasientene føler de blir møtt med respekt. Det er viktig å være medmenneske og gi trøst og en klapp på skulderen dersom det trengs. Å være en god kollega er også viktig. Jeg mener at legekantoret skal jobbe sammen som et team, gjøre hverandre sterke.
- 2 Min viktigste oppgave er å gjøre jobben min på en forsvarlig måte og holde meg faglig oppdatert. Det er viktig for meg å være en god kollega og være med å skape et godt arbeidsmiljø.
- 3 Jeg får faglig oppdatering ved å lese fagtidsskrifter og delta på kurs. Jeg har vært med i forskjellige komiteer og styrer knyttet til fag og jobb. Det er veldig lærerikt. Gjennom for eksempel Infobruk, en brukerorganisasjon for oss som bruker Infodocs datasystem, får vi være med og påvirke hvordan vi ønsker at IT-hverdagen på legekantor skal være.

- 4 Jeg synes det er vanskelig å spå om fremtiden. Jeg tror at mye av jobben vi gjør i dag blir det samme i 2025. Kanskje blir det mer «teknologisk», denne utviklingen må vi være villig til å være med på. Og kanskje vil helsesekretærene da vil få den anerkjennelse som yrkesgruppen fortjener?

- 5 Dette er et utfordrende spørsmål. Fastlegen er både arbeidsgiver og kollega, og det kan til tider være vanskelig. Jeg mener bestemt at leger som er arbeidsgivere bør lære litt om hva det innebærer. For at legen skal være en god kollega, må vedkommende forstå at de ansatte iblant trenger oppmerksomhet, rett og slett ved å vise interesse for oss; og gi oss mulighet til utvikling i jobben vår og forstå at den innebærer å gjøre en god jobb for både legene og pasientene. La oss være et team!

## Oliv Halmer SKJETTEN



- 1 Jeg går på jobben og gleder meg til å treffe pasientene, og prøver å gi dem en trygg stund ved å ta godt imot dem og gi av min kompetanse. Vi har et fint og velutstyrt legesenter, og det betyr mye for oss som jobber der og for pasientene. Jeg synes det er spennende å møte mange forskjellige mennesker på forskjellige plan.

Vi har et bredt spekter av pasienter, fra de er små til veldig gamle, og det er utfordrende å snakke med folk i alle alderskategorier.

② Å se helheten på legesenteret er viktig, og å være med på å skape en god tone med alle kollegaene og pasientene. Pasientene er i fokus. Alle helsesekretærene har tildelt ansvar for spesielle felt ved vårt legesenter. Det er viktig å gjøre den jobben ordentlig.

③ Vi har god kontakt med Ahus og deltar ved ulike kurs der. NOKLUS holder mange fine kurs som er spesielt rettet mot våre daglige arbeidsoppgaver. Det er også andre kurs jeg deltar på. Vi har personalmøter hver 14. dag der vi får faglig oppdatering, og diskuterer og evaluerer våre oppgaver. Fire ganger i året holder legene en temakveld for helsesekretærene, blant annet med utgangspunkt i faglige emner som vi har foreslått.

④ Forhåpentligvis vil helsesekretærene ha den samme jobben som i dag. Vi opplever en rivende utvikling innen data og medisinsk teknologi, men den menneskelige kontakten vil alltid være en førsteprioritet i vårt arbeid.

⑤ Legen må vise respekt for sine medarbeidere, «se» medarbeiderne og gi videre av sine kunnskaper.

**Gro Bengtsson** (leder av Norsk helsesekretærforbund), MOSS/OSLO



① Min jobb som leder i NHSF er meningsfull fordi jeg får være med på å videreutvikle et yrke som har betydd mye for meg. Jeg trives i jobben min og synes at dagene er spennende selv om de ofte er travle.

② Jeg er opptatt av at alle skal ha det fint på jobb – det er en situasjon jeg selv har erfart i over 20 år ved et legesenter. Der hvor jeg jobbet, tar man hensyn til hverandre. Det er et viktig utgangspunkt for å skape et godt arbeidsmiljø.

③ Faglig oppdatering er avgjørende. Mange helsesekretærer får reise på kurs, men jeg har også kontakt med noen som ikke får reise – enten fordi det ikke er satt av penger til kursformål eller fordi det er vanskelig å skaffe vikar, kjøre på redusert bemanning eller stenge kontoret. Jeg oppfordrer legene til å sende helsesekretærene på kurs; de kommer tilbake og har tilegnet seg noe nytt. Det siste året har vi kjørt to kurs der vi har tatt for oss blant annet helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og taushetsplikten. Det har vært mange påmeldte til kurset, noe som viser at helsesekretærene er opptatt av å utføre sitt arbeid forsvarlig.

④ En helsesekretær i 2025: Det er vanskelig å si, men vi har jo utført stort sett de samme arbeidsoppgavene i over 40 år, så jeg tror nok det kommer til å bestå omtrent som nå – men jeg tror at kravene til service vil øke og at dette vil kreve mye av oss. I 2025 (det er bare 14 år til) tror jeg at vi kommer til å snakke mindre i telefonen. De fleste pasienter vil ta kontakt via sms eller e-post eller via annen teknologi.

Nå skal det utredes om yrket bør bli et lærefag, altså to år på skole og to år i lære.

Vi sliter med rekrutteringen til yrket, og må gjøre noen grep for å få flere til å søke. Det er et spennende yrke, men mange unge synes kanskje det er «litt for spennende»? Fordi utdanningen er på videregående skole, er man bare 16–17 år når man må bestemme seg for yrkeretningen. Et yrke med såpass mye ansvar kan nok virke litt skremmende for mange unge.

⑤ Som jeg nevnte innledningsvis, tror jeg at det å ta hensyn til hverandres behov og ønsker er sentralt. Hvis alle viser hensyn, går det greit. Da kommer det gode humøret og man føler seg verdsatt og likeverdig.

Når dette er på plass, er man en god kollega – og ikke minst en god arbeidsgiver!



**Afinion™**

– for enkel og rask analysering av:



HbA1c



ACR\*



CRP

\*Albumin/  
Kreatinin-Ratio



**afinion™**

Ta kontakt for uforpliktende utprøving.

Medinor AS  
Telefon: 24 05 66 10

[www.medinor.no](http://www.medinor.no)

#### NAVNEKORRIGERING!

Bente Bjørnhaug Pedersen ble feil navnet med Pettersen på side 39 i Utposten nr. 4. Vi beklager dette!



# Qlaira®

østradiolvalerat + dienogest

Ny indikasjon:  
Behandling av kraftig  
menstruasjonsblødning  
uten organpatologi hos  
kvinner med behov for  
oral antikonsepsjon

Indikasjon:  
Oral antikonsepsjon

Etter 6 måneders behandling var medianverdien for blodtap hos kvinner med store menstruasjonsblødninger, redusert med 88% i Qlaira®-gruppen.<sup>1</sup>



Figur utarbeidet av Bayer

## Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk



# Soppptur

## - høstens risikosport?

■ KRISTIN OPDAL SELJETUN • Seniorrådgiver, Giftinformasjonen, Helsedirektoratet  
BARBRO JOHANNE SPILLUM • Seniorrådgiver, Giftinformasjonen  
KOLBJØRN MOHN JENSSEN • Daglig leder/Biolog, Mycoteam AS  
BERIT MUAN • Seksjonssjef, Giftinformasjonen  
STEN FRØYSHOV • Overlege, Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Giftinformasjonens døgnåpne rådgivningstelefon mottar i løpet av høsten mange hundre henvendelser hvor barn og voksne har inntatt potensielt giftig sopp. Voksne som forveksler giftig sopp med matsopp, forårsaker flere alvorlige forgiftninger hvert år. Barn smaker ofte på mindre mengder sopp og dette reduserer forgiftningsfaren betraktelig. Personer med utenlandsk opprinnelse er overrepresentert ved alvorlige forgiftninger etter forveksling.



Giftinformasjonen erfarer hver soppsesong at et betydelig antall personer forveksler og spiser det de trodde var trygg matsopp, men som viser seg å være andre sopparter. Arbeidet med å avklare risikoen for forgiftning er utfordrende og ressurskrevende. I de alvorligste tilfellene er det risiko for både kronisk sykdom og fatal utgang.

Identifikasjon av soppen er en viktig forutsetning for å kunne vurdere forgiftningsrisiko og unngå unødvendige tiltak som sykehusinnleggelse. Identifikasjonen er ofte vanskelig da den eksponerte selv, foreldre eller helsepersonell sjelden kan oppgi artsnavn på soppen eller beskrive soppen adekvat. På grunn av dette har Giftinformasjonen engasjert soppakkyndige med spesialkompetanse innen identifisering. De bistår vaktpersonalet på døgnkontinuerlig basis. Soppens art fastslås ved hjelp av informasjon om utseende, voksested og landsdel, i tillegg til en økende bruk av bilder (via MMS eller e-post).

Vi ønsker å gi et innblikk i arbeidsmetodene Giftinformasjonen bruker ved sopp-henvendelser basert på en studie utført i sopp-sesongen 2010, samt to kasus som illustrerer to ulike risikosituasjoner. Hensikten med innsamlingen av dataene var å studere identifiseringsrutinene ved Giftinformasjonen og utfallet av eksponeringene. I tillegg beskriver vi typiske risikoaspekter ved sopp-sanking i lys av våre erfaringer.

### Materiale og metoder

#### Datainnsamling og analyse

I tidsrommet juni til oktober 2010 mottok Giftinformasjonen 811 henvendelser fra helsepersonell og allmennheten om akutte sopp-eksponeringer. En tilbakeringsstudie vedrørende henvendelser om sopp ble gjennomført i denne perioden. Vi inkluderte henvendelser om inntak der innringeren ble henvist videre for identifisering av soppen, pasienten hadde symptomer eller inntaket var av en kjent giftig sopp. Vi ekskluderte tilfeller der inntaket var så lite at toksisitet uansett kunne utelukkes eller der inntaket var av en kjent ikke giftig sopp. 137 henvendelser ble inkludert i studien. 23 av disse ble fjernet fra materialet da det ikke var mulig å få kontakt med innringer. I de resterende 114 tilfellene fikk vi kontakt med innringer på telefon innen få dager etter henvendelsen. Vi innhentet utfyllende informasjon i henhold til standardisert spørreskjema om identifisering av soppen og om eventuelle symptomer som kom i etterkant av inntaket.

### SOPPFakta

- ☞ Vær 100 % sikker på matsoppen du plukker
- ☞ Kjenn norsk soppflora
- ☞ Gå på soppkurs
- ☞ Ha kunnskap om de viktigste giftsoppene
- ☞ Kjenn til de vanligste forvekslingene
- ☞ Bruk oppdatert og kvalitetssikret sopplitteratur
- ☞ Kast all markspist eller råttne sopp
- ☞ Benytt soppkontrollene



Sorg for god forhåndskunnskap før du drar avgårde for å plukke sopp! ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.

## Resultater

### Sykehistorier

#### KASUS 1

En 45 år gammel tidligere frisk kvinne fra Frankrike kontaktet legevakt med akutt innsettende kraftig diaré og oppkast etter inntak av sopp. Pasienten hadde et døgn tidligere angivelig inntatt én og en halv sommermunkehatt (*Melanoleuca strictipes*) plukket i Telemark. Sommermunkehatt er en hvit skivesopp

med hvitt sporepulver (1). Den er angitt å være spiselig av den franske soppforeningen (2–4). I Norge er den klassifisert som giftig med symptomer i form av kortvarig gastroenteritt (5, 6). Legevakten kontaktet Giftinformasjonen som på bakgrunn av historien, klinikk og utseende på soppen (FIG 1) mistenkte forveksling med hvit fluesopp, og gjenkjente dette som den inntatte soppen. Det var ikke mulig å

fremskaffe rester av det inntatte soppmåltidet. Etter innleggelse på sykehus ble også Giftinformasjonens soppeksperter konsultert, og de bekreftet at området var et voksested for hvit fluesopp. Pasienten fikk standard behandling for amatoksinforgiftning med gjentatt kuldosering, acetylcystein og silibinin (6). De påfølgende dagene utviklet hun moderat leversvikt før leverfunksjonsprøvene bedret seg, og hun ble utskrevet i velbefinnende etter sju dager.

FIGUR 1. Sommermunkehatt (*Melanoleuca strictipes*). FOTO PER MARSDA

FIGUR 2. Hvit fluesopp (*Amanita virosa*). FOTO PER MARSDA



## KASUS 2

Foreldrene til en tidligere frisk jente på et og et halvt år kontaktet Giftinformasjonen da hun ble oppdaget med en bit av en brun skivesopp i munnen. Soppen vokste på en gressplen i nærheten av en stubbe. Giftinformasjonens vaktpersonale kunne ikke utelukke flatklokkehatt (*Galerina marginata*) (FIG 4), en av de fem giftigste soppene i Norge, og sopp-ekspertene ble konsultert for videre identifisering. Foreldrene tok et bilde av soppen (FIG 3) som ble sendt via mobiltelefon (MMS). Soppen ble identifisert som en slåttesopp (*Panaeolina foenicisii*). Dette er en ikke giftig sopp, og barnet kunne observeres hjemme uten behandling.

Av de 114 inkluderte i studien ble 90 (79 prosent) innringere henvist til soppekspertene for identifisering av inntatt sopp. I 81 prosent av disse henvendelsene kunne de fastslå sikker identitet av soppen. I 18 prosent av henvendelsene til soppekspertene ble ikke soppen sikkert identifisert, men de fem giftigste soppene i norsk natur ble utelukket. Bilde av soppen (MMS eller e-post) ble brukt som hjelp til deres identifisering i 69 prosent av tilfellene. I ti prosent av tilfellene der soppen ble sikkert identifisert, fikk pasienten behandling hos lege eller i sykehus.



FIGUR 3. MMS-bilde fra innringer.

Tallmaterialet fra studien viser at det er store forskjeller i inntatt mengde hos barn og voksne. 94 prosent av barna som var eksponert for sopp, inntok kun en bit av soppen, og ingen barn hadde inntatt et soppmåltid. 72 prosent av de voksne hadde derimot inntatt en ukjent eller en større mengde sopp.

Forveksling med spiselig sopp var årsaken til henvendelsen i 56 prosent av tilfellene hos voksne.

Det ble registrert ni alvorlige forgiftningstilfeller i 2010. Seks av de alvorlige inntakene var med hvit fluesopp, og i halvparten av disse tilfellene var sopplukkeren av utenlandsk opprinnelse. Det var ett dødsfall etter inntak av hvit fluesopp. Spiss giftslørsopp var årsak til alvorlig forgiftning i tre tilfeller. Kun voksne utviklet alvorlige forgiftninger, men ett barn ble fulgt opp på sykehus med mistanke om inntak av spiss giftslørsopp.

## Diskusjon

Giftinformasjonen erfarer at det er urovekkende mange personer som setter seg selv og andre i fare i løpet av soppesongen. Forvekslinger forårsaker flere sykehusinnleggelses og alvorlige forgiftninger hvert år. Inntak av selvplukket sopp burde være helt ufarlig når sikker soppesanking bli ivarettatt (FAKTABOKS). Etter Giftinformasjonens erfaringer finnes det enkelte forhold som ofte er knyttet til risiko for forveksling av matsopp.

## Voksne har større risiko

62 prosent av alle henvendelsene om soppeksponering til Giftinformasjonen i 2010 gjaldt inntak hos barn. Likevel er eksponeringer hos barn et lite forgiftningsproblem i forhold til hos voksne, og det store skillet er eksponering.



FIGUR 4. Flatklokkehatt (*Galerina marginata*). FOTO PER MARJAS

ringingsmengden. Resultatene fra studien viser at voksne sanker sopp til mat og spiser større soppmåltider (KASUS 1). Barn spiser i mindre grad soppmåltider, men inntar smakebiter som en del av utforskningen av omgivelsene (KASUS 2). Dette fører sjelden til behandlingstrengende forgiftninger eller vedvarende sequele.

## Mangelfull kunnskap

Giftinformasjonen erfarer at mange innringere mangler grunnleggende kunnskap om matsoppenes kjennetegn. Det er ikke uvanlig at det skjer forvekslinger mellom sopper som har svært forskjellig utseende. Eksempler fra studien på faktiske hendelser er forveksling av matsoppene steinsopp og piggsopp med hvit fluesopp, selv om både farge og viktige kjennetegn er meget forskjellige. Kunnskap om de viktigste giftsoppene og de artene de kan forveksles med er nyttig, selv om en sopplukker har basiskunnskap om matsopp. Da vil faresituasjoner kunne fanges opp og unngås. Enkel kunnskap om hva som er trygg soppesanking og hvilke sopper, terreng og forhold som krever ekstra forhåndsregler, kan bety hele forskjellen mellom et trygt og et risikofylt soppmåltid.

## Feil bruk av kilder

Heldigvis er det mange som søker råd når egen kompetanse om sopp er mangelfull. Valg av gode kilder er da essensielt. Gammel sopplitteratur (eldre enn ti år) er ikke anbefalt som kilde. I eldre bøker er det lite fokus på forvekslinger, det mangler informasjon om viktige grupper giftsopper, og i noen få tilfeller er giftsopper faktisk omtalt som matsopper (7). Internett som eneste kilde etter en sopptur er erfaringsmessig også en risiko. Årsakene er at informasjonen her ikke nødvendigvis er beregnet på praktisk bruk, illustrasjoner kan ha variabel kvalitet og kvalitets-sikring av informasjonen kan være mangelfull.

## Kjennskap til norsk sopp

Tall fra studien viser at personer med utenlandsk bakgrunn er overrepresentert ved alvorlige forgiftninger etter forveksling med matsopper. Mange innringere i denne gruppen angir at de har god kjennskap til matsopper fra hjemlandet. Fungaens sammensetning av både matsopper og giftsopper kan imidlertid variere stort mellom forskjellige land og verdensdeler og fører til reelle faresituasjoner. Paddy straw mushroom (*Volvariella sp.*) er et eksempel på en sopp som vokser i flere asiatiske land, men som tilnærmet ikke vokser i Norge. Den er utseendemessig lik hvit fluesopp (FIG 2). I tillegg plukker man i mange land flere spiselige arter fluesopper



(*Amanita* sp.) som kan forveksles med de giftige artene (8). Personer fra disse landene som ikke oppdaterer sine kunnskaper om norske sopper, vil kunne innta hvit fluesopp uten å mistenke at de utsetter seg for forgiftningsfare. Innen Europa kan det også være store forskjeller i soppartene mellom landene som beskrevet i kasus 1. I mange europeiske land er det tradisjon for å sanke mye sopp, også arter som ikke er regnet som spiselige i Norge. Ikke tilstrekkelig varmebehandlet rødskrub (Leccinum versipelle) er et eksempel på dette, og er den soppen som hyppigst gir opphav til symptomer etter inntak i Norge. Her i landet må rødskrub varmebehandles tilstrekkelig før den regnes som spiselig.

### Ute etter rus

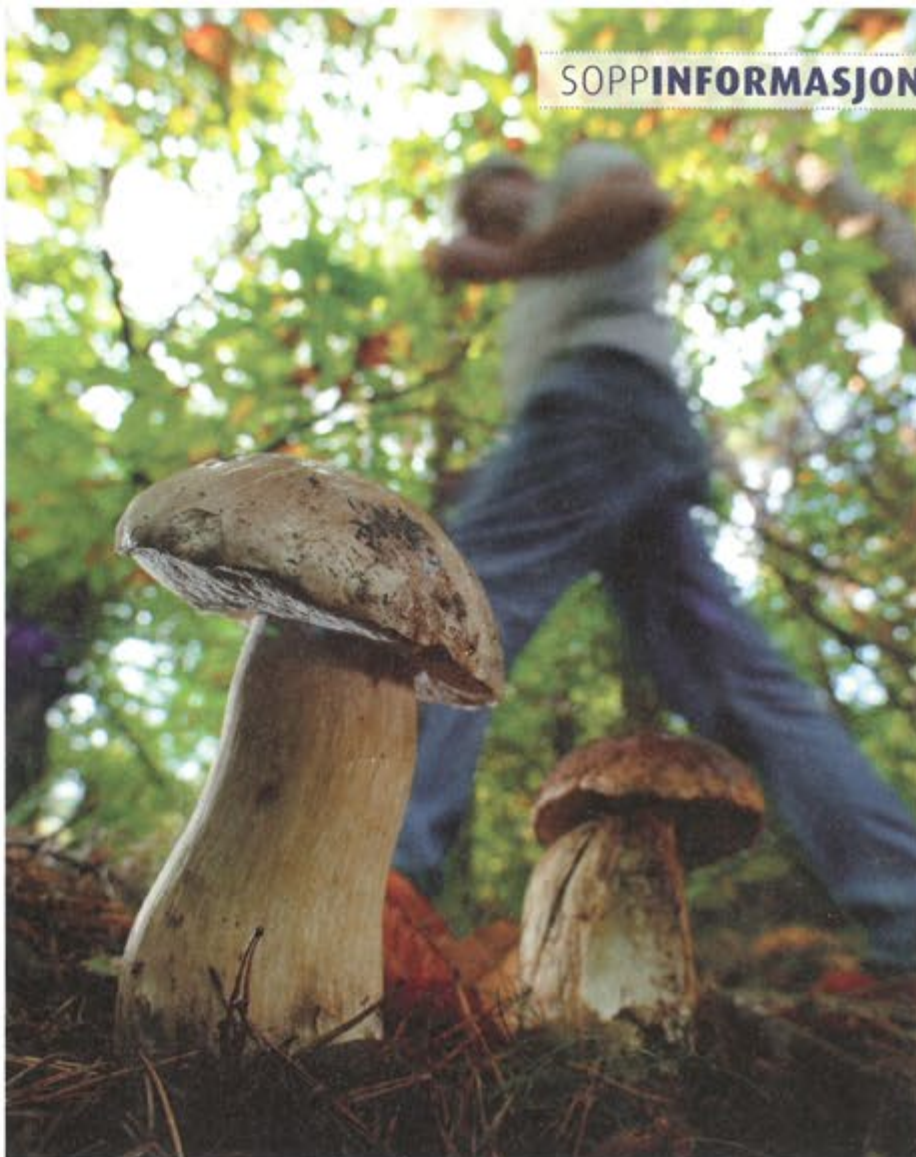
Personer som sanker sopp i rushensikt skiller seg ut som gruppe. De er vanligvis ute etter fluss fleinsopp (*Psilocybe semilanceata*), men har ofte mangelfull kunnskap om sopp. Fleinsopp er vanskelig å artsbestemme og kan lett forveksles med andre arter. I tillegg finnes det flere arter med samme voksested, men helt ulikt utseende. Giftinformasjonens erfaring er at disse personene ofte utvikler kolinerge forgiftningssymptomer etter forgiftning med trevlesopper (*Inocybe* sp.).

### Vurdering av pasienter

Det viktigste arbeidet er å bestemme hvilke pasienter som trenger behandling i sykehus. Det kreves en rask avklaring for å få god effekt av tidlig dekontaminering og antidotbehandling. Kun de fem giftigste soppartene i norsk fauna kan føre til alvorlig forgiftning ved inntak av små mengder. Disse artene er spiss- og butt giftslørsopp (*Cortinarius rubellus*), *C. orellanus*), hvit- og grønn fluesopp (*Amanita virosa* og *A. phalloides*) og flatklokkehatt (*Galerina marginata*). Ved små inntak hos barn konsentrerer Giftinformasjonen seg om å utelukke disse soppartene ved hjelp av informasjon om latenstid, eventuelle symptomer og avklaring av eventuelle risikosituasjoner. Når anamnesen og kliniske funn alene ikke kan utelukke forgiftningsfare, er videre identifikasjon av soppen helt avgjørende. Dette krever ofte en ekstra innsats fra innringer i form av å finne tilbake til voksested, fotografering av soppen eller oppsamling av soppmateriale (matrester eller ventrikkellinnhold).

### Behandling av soppforgiftninger

Anbefalt behandling og beskrivelse av forgiftningssymptomer av de ulike soppforgiftningene utdypes ikke her, men Giftinformasjonen kan kontaktes på den døgnåpne rådgivningstelefonen. Våre skriftlige behandlings-



Giftig sopp kan forveksles med matsopp dersom man ikke har tilstrekkelig kunnskap om sopp.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

anbefalinger for ti ulike soppforgiftninger ligger tilgjengelig på <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Sopp>.

### Konklusjon

Giftinformasjonen erfarer at det er en relativ høy forekomst av forvekslinger av matsopp med potensiell giftig sopp. Inntak hos barn krever sjelden behandling når soppen blir identifisert. Voksne med mangelfull kunnskap kan utsette både seg selv og andre for fare ved forvekslinger. Risikofaktorer for dette er generelt mangelfull kunnskap om sopp, personer med utenlandsk bakgrunn og feil bruk av kilder. Et velfungerende system for tidlig identifikasjon av sopp er et viktig hjelpemiddel for å vurdere behandlingsnivå etter inntak av potensielt giftig sopp.

#### OPPGITTE INTERESSEKONFLIKTER:

Kolbjørn Mohn Jensen arbeider i Mycoteam, et privat firma, og lønnes i tillegg av Giftinformasjonen som soppsakkyndig. De andre forfatterne har ingen oppgitte interessekonflikter.

Vi takker Morten Christensen for nyttig informasjon om sopparter i Asia.

#### REFERANSER

1. Egeland IL, Myhr S. Sommermunkhatt. I: Norske sopper. 3 utg. Danmark: Gyldendal, 2003: 192.
2. Tachenon A. Liste des champignons comestibles. <http://alain.tachenon.free.fr/Html/liste.html> (24.1.2011).
3. Marchand A. Melanoleuca evenosa. I: Champignons du nord et du midi. France: Hachette, 1971: 106.
4. Breitenbach J, Kränzlin F. Melanoleuca subalpina. I: Pilze der Schweiz. 3 ed. Switzerland: Edition Mykologia Lucerne, 1991: 252.
5. Sopp- og nyttevekstforeningen. Normliste. Oppdatert 13.4.2010. <http://www.soppognyttevekster.no/default.aspx?id=1466> (24.1.2011).
6. Giftinformasjonen. Emnebibliotek forgiftninger, Sopp[database]. <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Sopp>. (19.1.2011).
7. Lange M. Pluggsopp. I: Soppflora. Oslo: Ernst G. Mortensens forlag, 1964: 184.
8. Christensen M, Bhattarai S, Devkota S et al. Collection and use of wild edible fungi in Nepal. Economic botany 2008; 62: 12–23.

kse@helsedir.no

# Å leve og la dø

## – lindrende behandling i kommunehelsetjenesten

■ ANETTE FOSSE fastlege, Øvermo legesenter

Det er et mål at mennesker med langtkommet uhelbredelig sykdom skal ha mulighet til å tilbringe den siste tiden av livet hjemme, eller så nært hjemstedet som mulig. Dette betyr at god lindrende behandling må kunne tilbys der folk bor. Lindrende behandling er tverrfaglig og krever godt samarbeid innen og mellom alle nivåer. I nasjonale retningslinjer anbefales det at fastlegen har en sentral rolle i lindrende behandling av hjemmeboende pasienter, i nært samarbeid med andre faggrupper i kommune og sykehus. Mange fastleger er også sykehjemsleger, og sykehjem er en viktig arena for lindrende behandling.

### Hvordan håndterer vi denne utfordringen?

Våren 2010 fikk jeg en overraskende og spennende utfordring: Kunne jeg tenke meg å holde en av hovedforelesningene på Nordisk kongress i Allmennmedisin, Tromsø 2011?

Kongressens hovedtema var «Caring for people where they are», og utfordringen til meg var å snakke rundt temaet «Palliative care where the patients are». Det var ingen selvfølge å takke ja til et slikt vågestykke. Etter en del nøling endte det med at jeg lot meg friste, og i løpet av sommeren og høsten 2010 surret temaet i bakhodet.

### Erfaringslæring – «learning-by-doing»

Jeg har 21 års erfaring som allmennpraktiker og sykehjemslege, og har opplevd mange lindrende behandlingsforløp både hjemme hos folk og på sykehjem. Min egen vei inn i dette arbeidet er antagelig omtrent som for de fleste andre allmennpraktikere: hovedsakelig «learning-by-doing», kombinert med noe lesing, noe kontakt med sykehusspesialister og andre fagfolk, noe kurs, og ikke minst kontakten med pasienter og pårørende.

Mitt første møte med lindrende behandling i hjemmet gjaldt en ung kvinne som skulle dø

av livmorhalskreft. Jeg var knapt nok eldre enn henne, og følte meg temmelig hjelpeløs som uerfaren lege i en slik situasjon. Gjennom tett samarbeid med kompetente hjemmesykepleiere, et trygt lokalsykehus som støttet og veiledet uten å overta, og ikke minst tillitsfulle og sterke pårørende, lærte jeg mye om både medisinske og eksistensielle forhold som trengs for å gi god lindring og en god død.

I sykehjemmet er omsorg ved livets slutt ofte mindre dramatisk og krevende, men en viktig og givende del av arbeidet som sykehjemslege.

I forberedelsene til forelesningen grublet jeg på hvordan jeg kunne koble mine egne erfaringer med andres, og formidle det slik at det kunne bli til en hovedforelesning på Nordisk kongress?

Følgende stikkord ble sentrale i mine gruberier:

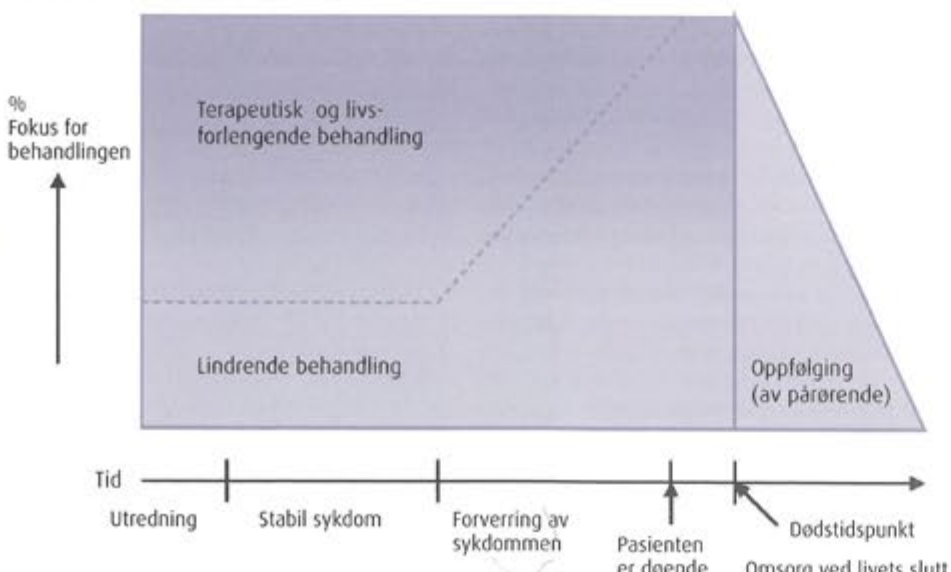
- hva skal til for å kunne gi folk lindrende behandling der de bor?
- lindrende behandling – ikke bare for kreftpasienter
- fastlegens/sykehjemslegens rolle og kompetanse i lindrende behandling
- samarbeid – dette kan ingen av oss gjøre alene
- likheter og forskjeller i Norden innen lindrende behandling

### DEFINISJON AV palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskyn-der døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

(European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO)

FIGUR 1. Ulike faser i lindrende behandling.



KILDE: ISLANDSKE RETNINGSLINJER FOR LINDRENDE BEHANDLING

For å kunne gi god lindrende behandling og omsorg ved livets slutt må vi være oppmerksomme på at lindring og forberedelse til døden starter lenge før slutten nærmer seg, se figur 1 på side 32.

Vi må også vite at ulike sykdommer har ulike forløp, noe som kan være utfordrende når pasient, pårørende og helsepersonell skal forberede seg på den siste tiden, se figur 2.

Lindrende behandling er ofte assosiert med kreftsykdommer, men er like viktig uansett hvilken diagnose som forårsaker slutten på livet. I følge Statistisk sentralbyrå er det skjedd en endring av dødssted fra at de fleste døde i sykehus for 20 år siden, til at de fleste dør i sykehjem nå, se tabell 1. Dette betyr at vi i førstelinjen må være dyktige på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, uavhengig av diagnose og alder.

### Fastlegens rolle i lindrende behandling

I alle de nordiske landene er det laget anbefalinger for organisering av lindrende behandling, med hovedfokus på kreftpasienter. Alle anbefalingene peker på allmennlegene som nøkkelpersonell i det lindrende lagarbeidet utenfor sykehus.

- Dette førte meg til flere grublerier:
- hva tenker allmennlegene selv om deltakelse i lindrende behandling?
  - er det ulikheter mellom allmennleger i byer og distrikt? Og mellom de nordiske landene?
  - er deltakelse i lindrende arbeid forenlig med hverdagen i vanlig allmennpraksis?
  - hvordan bygger vi lindrende kompetanse i primærhelsetjenesten?

DØDSSTED UANSETT ÅRSÅK I PROSENT	1991	2000	2009
Sykehus	42	40	36
Sykehjem	35	39	43
Hjemme	18	15	17

TABELL 1. SSB

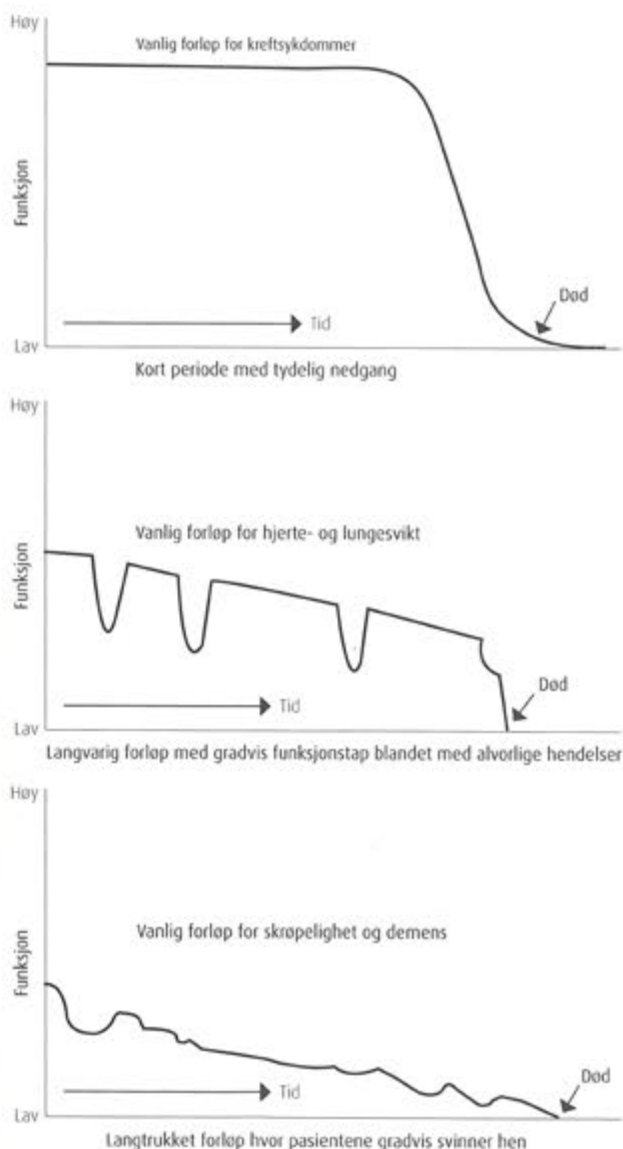
- mange fastleger er også sykehjemsleger, og sykehjem er en viktig arena for lindrende behandling. Utgjør det en forskjell å være sykehjemlege?
- har sykehjem rutiner for lindrende behandling ved «vanlige» dødsleier?

Utover høsten utkrystalliserte det seg en ide om å lage en elektronisk spørreundersøkelse til nordiske allmennleger og sykehjemsleger for å få svar på de nevnte utfordringene:

God lindrende behandling krever holdninger og forståelse fra helsepersonellet om at andre forhold enn rent medisinske blir ivaretatt for både pasient og pårørende.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

FIGUR 2. Forløp for ulike sykdommer.



KILDE: ISLANDSKE RETNINGSLINJER FOR LINDRENDE BEHANDLING

## God lindrende behandling der folk bør må baseres på trygghet og tillit

Her er noen grunnleggende forutsetninger:

- **Kompetanse**
  - Faglig
    - Grunnutdanning, livslang læring, nettverk
  - Lokalkunnskap
    - Geografisk
    - Kjennskap til muligheter og begrensninger
  - Personlig
    - Kjennskap til pasientens historie
    - Våge å snakke om døden
  - Sammenhengende og samarbeidende
    - Felles pasientforløp, avklart ansvar og oppgavedeling
    - Sentralt rammeverk med rom for lokale tilpasninger
- **Tilgjengelighet**
  - 24/7
    - Hjemmesykepleien, fastlegen
    - Ikke alle tilgjengelig hele tiden, men tilgjengelighet gjennom teamarbeid og god planlegging.
  - Bruk telefonen!
  - Elektronisk kommunikasjon og telemedisin
    - Overføring av informasjon, veiledning, kompetansebygging
  - Geografisk
    - Hjemme hos pasienten
    - Nært hjemstedet
      - Sykehjem (evt med lindrende enhet), sykestue, lokalsykehus
- **Kontinuitet**
  - Rekruttering, arbeidsbetingelser

I samarbeid med Legeforeningens forskningsinstitutt og med støtte fra NSDM laget jeg en liten pilotstudie for å kartlegge fastlegenes erfaringer med lindrende behandling hjemme hos pasienten og i sykehjem. Spørreundersøkelsen var elektronisk og ble sendt ut til 800 norske fastleger og til alle islandske allmennleger (190). Planen var å sende den til alle nordiske allmennleger, men i de andre nordiske landene lyktes jeg ikke å få tilgang til allmennlegenes epostadresser.

Svarprosenten var 20 prosent i Norge og ti prosent på Island, altså temmelig dårlig. Imidlertid var representativiteten når det gjaldt kjønn, alder, geografi, antall år i praksis og antall pasienter på lista ganske god. Med den lave svarprosenten må det dessuten tas høyde for at de som har valgt å svare er allmennleger med interesse eller erfaring når det gjelder lindrende behandling.

Jeg velger likevel – med alle mulige forbehold pga lav svarprosent – å presentere noen tendenser som kanskje kan inspirere til videre utforsking:



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- Omtrent tre fjerdedeler av allmennlegene både i Norge og på Island hadde deltatt i lindrende behandling i pasientens hjem
- Det var ingen signifikant forskjell basert på geografi og avstand til sykehus
- Flertallet drar i hjemmebesøk ofte eller av og til
- Alle var enige i at samarbeid med hjemmesykepleie og pårørende er svært viktig eller viktig
- Flere islandske enn norske leger mente at samarbeidet med sykehuset var viktig
- I Norge var flertallet av respondentene tilgjengelige utenom arbeidstid for denne pasientgruppen, mens på Island gjaldt dette mindretallet.

En mulig forklaring på forskjellene mellom norske og islandske allmennleger kan være at helsetjenesten på Island er mer spesialist- og sykehusbasert enn norsk helsetjeneste.

Omtrent halvparten av respondentene var sykehjemleger i tillegg til å være allmennleger. Flertallet av disse anga at de hadde ganske god eller god kompetanse og praktisk erfaring når det gjaldt lindrende behandling, og de aller fleste var tilgjengelige for sykehjemmet på ettermiddag/kveld. De fleste sykehjemmene hadde rutiner for lindrende behandling både for kreftpasienter og «vanlige» dødsleier, og de hadde rutiner for kontakt med pårørende.

Her er et knippe av fastlegenes kommentarer om arbeidet med lindrende behandling:

- Det er de siste ti årene det har vært en økning i denne problemstillingen. Før dette var det maks én person per år.
- Jeg anser lindrende behandling som en viktig del av jobben min.
- Unødvendig ofte at sjukehuset oppretter direkte kontakt med pasienten om ting som heimesykepleie og fastlege likevel må «ordne opp i».
- Føler på «kamp» om pasientene der lokale ressurser ikke blir rekna med frå sjukehuset si side.
- Samarbeid med sykehus/lindrende avdeling er svært tungvint. Savner mulighet for elektronisk kommunikasjon evt «rask telefonlinje».

- Mine pasienter sogner til i alt fem til seks ulike sykehus, derfor ikke god oversikt over tilbudene der.
- Nå må snart «noen» fortelle fastlegene hva de skal slutte med å gjøre og ikke bare «laste» på med nye resurskrevende oppgaver, men det er vel for mye feighet i systemet til å si noe om dette både administrativt og politisk!
- Sykestue: viktig funksjon i min kommune som kompetansesenter for lindrende behandling, støttespiller ved lindrende behandling i hjemmet.
- Det er ønskelig med mer selvstendige sykepleiere. Det vanskelige er at mange leger ikke lenger går i sykebesøk: «det gjør jeg ikke». Dette gjør det vanskelig å gi befolkningen en lik og helhetlig helsetjeneste.
- Nettbaserte kurs ville være bra. Lett tilgjengelig og kortfattet oppdatering.
- Alltid positivt i en ellers svært travel fastlegepraksis!

### Oppsummering

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er et fagområde som krever utstrakt tverrfaglig arbeid og gode rutiner for arbeidsdeling og kommunikasjon. Det krever også holdninger og forståelse hos helsepersonell om viktigheten av at andre forhold enn rent medisinske blir ivaretatt for både pasient og pårørende.

Det foregår allerede mange gode prosesser der fagfolk bygger kompetanse på tvers av nivåene, men det er fortsatt stort forbedringspotensiale. Dette bør settes i system slik at alle kommuner har tilgang på lindrende kompetanse hos både leger, sykepleiere og annet helsepersonell.

Artikkelen er basert på hovedforelesningen «Live and let die in the community – palliative care where the patients are», Nordisk kongress for allmennmedisin 2011, Tromsø

anette.fosse@rana.kommune.no

# KREFT registeret

INSTITUTT FOR POPULASJONS-  
BASERT KREFTFORSKNING



I september sendte Kreftregisteret ut over 1,6 millioner brev til norske kvinner etter pålegg fra Datatilsynet. Screeningprogrammene driftes som før.

I september ble det sendt ut over 1,6 millioner brev til norske kvinner som minst én gang har tatt celleprøve fra livmorhalsen og/eller mammografi – der det ikke er funnet noe galt. Noen har deltatt i både Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og Mammografiprogrammet, og fikk to brev. De fleste under 50 år har mottatt bare ett brev.

Brevutsendelsene skjer på bakgrunn av vedtak i Datatilsynet som omhandler permanent lagring av personopplysninger ved normale funn:

- Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er pålagt å informere om reservasjonsrett innen 1. oktober 2011, og deretter å innhente samtykker innen mars 2014.
- Mammografiprogrammet er pålagt å innhente samtykker innen utgangen av 2011.



Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft driftes som før. Legene som er involvert i prøvetaking, oppfordres fortsatt til å spørre kvinnene om de samtykker til lagring av personopplysninger knyttet til normale prøver i Kreftregisteret i henhold til Kreftregisterforskriften.



Mammografiprogrammet har sendt brev med svarfrist 30. september for å returnere et vedlagt samtykkeskjema. Den største andelen er kvinner over 70 år, som ikke lenger deltar i programmet. Det er fortsatt mulig å svare.

Det er utarbeidet lister med spørsmål og svar som kan være av nytte for legene som er involvert i screeningprogrammene.

FOR MER INFORMASJON, GÅ INN PÅ: [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)

# Pasienten tåler ikke mat – hva skal vi tro?

■ ARNOLD BERSTAD\*, JØRGEN VALEUR\*, KRISTINE LILLESTØL, RAGNA LIND, METTE HELVIK MORKEN, KINE GREGERSEN, GÜLEN ARSLAN LIED, TONE TANGEN OG ERIK FLORVAAG *Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen, Bergen*

## RED. ANM.:

Arnold Berstad og kollegene ved Institutt for indremedisin i Bergen har de siste 10 årene utredet pasienter med matrelaterede plager etter en tverrfaglig modell. De publiserte nylig en artikkel om dette arbeidet i tidsskriftet *Allergi i praksis*. Artikkelen er nå videre bearbejdet for Utpostens lesere.

**Mange mener at de blir syke av forskjellige typer mat. I tillegg til mageplager har de gjerne også leddsmerter og kronisk tretthet. Organisk sykdom som kan forklare plagene finner vi ikke. Hva skal vi da tro?**

## Haukelandsmodellen

Ved Haukeland universitetssjukehus har vi siden 2001 utredet pasienter med matrelaterede plager etter en tverrfaglig modell (Haukelandsmodellen, se figur). «Inngangsbilletten» for utredningen var mageplager som pasienten selv mente skyldtes inntak av mat (her kalt matoverfølsomhet), og spørsmålet fra både pasient og henvisende lege var ofte: Kan det være allergi? Vi startet derfor med en grundig allergologisk utredning inkludert detaljert sykehistorie, spesielt angående atopisk sykdom, måling av total og allergenspesifikk IgE i blod, hudpricktesting med et panel av inhalasjons- og matvareallergener, samt ernæringsmessig vurdering ved klinisk ernæringsfysiolog. Dobbel-blindet matvareprovokasjon ble utført på visse indikasjoner. Pasientene ble deretter undersøkt gastroenterologisk og psykiatrisk. Innholdet i den gastroenterologiske utredningen varierte over tid, avhengig av hvilke forskningsprosjekter som var aktuelle. Den psykiatriske utredningen besto av spørreskjemaer som pasientene fylte ut, og strukturerte intervjuer.

## Resultater

De fleste pasientene hadde plager i form av oppblåsthet, magesmerter og avføringsforstyrrelser med vekslende diaré og forstoppelse, ofte med ufullstendig tømning, det vil si symptomer som ved irriterbar tarm (Irritable Bowel Syndrome, IBS). Dessuten hadde mange ekstra-intestinale symptomer og skåret høyt på «Subjective Health Complaints» (1). Påfallende mange av pasientene anga at de hadde kronisk tretthet og leddsmerter, ofte med morgenstivhet uten påvisbar artritt.

Livskvaliteten var til dels betydelig redusert (2).

Vi kunne sjelden bekrefte mistanken om allergi som direkte årsak til plagene. Men selv om pasientene sjelden hadde klassiske tegn til IgE-mediert matallergi, fant vi interessante sammenhenger knyttet til atopisk sykdom og nivået av total IgE i serum. Over 60 prosent av pasientene hadde tegn til atopisk sykdom og serum total IgE var ofte høyt. Pasienter med høyt total IgE hadde også ofte høyt antall mastceller med adherent IgE i biopsier fra tynntarmslimhinnen. Der var således en høygradig signifikant korrelasjon mellom serum total IgE og antall «armerte» mastceller (3).

Den psykiatriske undersøkelsen viste at angst og depresjon var signifikant hyppigere enn i normalbefolkningen (4). Over 50 prosent av pasientene tilfredsstilte kravene til en

eller flere psykiatriske diagnoser. Tegn på kronisk stress, «moderne helsebekymringer» eller dårlig mestringsstrategi fant vi imidlertid ikke (5).

## Diskusjon Allergi

Høyt total IgE i serum kan bety at pasienten er sensibilisert for ett eller annet, men sier ikke noe om mot hva. IgE kan til og med være rettet mot egne intestinale bakterier (6). Det er kun antigenspesifikke IgE-antistoffer som indikerer allergi og total IgE har tidligere vært neglisjert som årsak til mageplager. Vi kjenner ikke årsaken til det økte antallet IgE-bekledd mastceller i tarmslimhinnen hos våre pasienter og vi vet heller ikke om funnet er av klinisk betydning. Det er velkjent at pasienter



Haukelandsmodellen for tverrfaglig utredning av matoverfølsomhet.

\* NÅVÆRENDE ADRESSE: Unger Vetlesens Forskningsinstitutt, Lovisenberg Diagonale Sykehus, Oslo



Med IBS har en overfølsom tarm (visceral hypersensitivitet) og grunnen til dette har vært en gåte. Mastcellene har reseptorer som fanger opp IgE fra blodet, sannsynligvis uansett primært stimulus for IgE-produksjonen, og kanskje kan slike IgE-bekleddede mastceller være en årsak til visceral hypersensitivitet? Histamin som frigjøres ved degranulering av mastceller øker sympatisk og reduserer parasympatisk (vagal) tonus (7, 8). Slik endret autonom aktivitet er typisk for pasienter med IBS og visceral hypersensitivitet og kan altså være et resultat av histaminfrigjøring fra lokalt sensibiliserte mastceller (9). Forenlig med dette har flere studier vist gunstig effekt av matcellestabilisatorer hos pasienter med IBS (10). Vi tror at betegnelsen «atopisk tarm» kan være spesielt berettiget hos pasienter med høyt nivå av total IgE i blod.

#### Psykologiske faktorer

Med plager som ikke kan forklares ved somatisk patologi, tyr man ofte til en psykologisk forklaringsmodell, spesielt dersom pasientene samtidig har plager fra flere organsystemer og viser tegn til angst og nevrotisme. Men de psykologiske problemene kan like gjerne være sekundære, det vil si være en følge av langvarige somatiske plager. Inntil for knapt 20 år siden ble også ulussykdommen regnet som en psykosomatisk sykdom. De psykologiske problemene vi fant hos ulcuspasientene var ganske like de vi nå ser hos pasienter med matoverfølsomhet, og vi har enda friskt i minnet hvordan alle ulcusproblemene, inkludert de psykologiske, «blåste bort» etter fjerning av magesårbakterien *Helicobacter pylori* (11). Det er derfor interessant at en rekke nye studier tyder på at tarmfloraen er av stor betydning også ved matoverfølsomhet, og det er godt mulig at det komplekse sykdomsbildet vi ser ved matoverfølsomhet kan ha en mikrobiell årsak.

Pasienter med matoverfølsomhet skåret unormalt høyt på «sykdomspesifikk angst» (Visceral Sensitivity Index, VSI). Interessant nok kunne vi vise at høy VSI-skår var sterkt korrelert til forventninger om plager, og i en multippel regresjonsanalyse kunne vi vise at sykdomspesifikk angst eller forventninger om plager var signifikante uavhengige prediktorer for mageplager (12). Men til sammen forklarte psykologiske faktorer kun 10 prosent av variansen i mageplagene. Verken generell angst eller depresjon var signifikant korrelert til graden av somatiske plager, og kun alder predikerte ekstra-intestinale plager. Det vil si at 90 prosent av variansen i grad av somatiske plager ikke kunne forklares av psykologiske faktorer. Vi tror derfor at mye av de psykologiske problemene ved matoverfølsomhet kan være sekundære – på samme måten som hos ulcuspasientene. Akutt stress kan nok forsterke plagene, men er trolig ikke en hovedårsak.

#### Stress

Hans Selye (1907–1982), grunnlegger av moderne stressforskning, mente at stress spesielt påvirket mage-tarmsystemet samt de hormonproduserende og immunologiske systemene (13). Han fant at det ved stresspåvirkning kom nye (basofile) celler i hypofysen og at hormonproduksjonen både i hypofysen og i kroppen ellers endret seg. Han mente at de systemiske symptomene etter stresspåvirkning kunne skyldes frigjøring av store mengder histamin eller liknende substanser. Senere forskning, ikke minst ved Yvette Taché, har vist at den systemiske effekten av både akutt og kronisk stress i stor grad skyldes frigjøring, ikke av histamin, men av «corticotropin releasing factor» (CRF, også kalt CRH) fra hypotalamus (14). CRF stimulerer hypofysebinyrebark-aksen og det autonome nervesystemet slik at sympatikusaktiviteten øker sam-

tidig som parasympatikusaktiviteten hemmes. Magetarmkanalens funksjoner styres i stor grad av det parasympatiske nervesystemet via vagusnerven («syrenerven»). For eksempel hemmes tømmingen av magesekken ved stresspåvirkning nesten på samme måten som når vagusnerven blir skåret over under operasjon. I overensstemmelse med dette har vi tidligere vist at pasienter uten magesår, men med tilsvarende symptomer (det vil si, funksjonell dyspepsi), ofte har lav vagustonus og stressrelaterte mageplager (15). Det finnes spesifikke reseptorer for CRF både sentralt og perifert, og medikamenter som hemmer disse reseptorene er tilgjengelige. Men effekten av slik behandling har dessverre ikke stått i forhold til forventningene, verken ved funksjonell dyspepsi eller ved andre antatt stressrelaterte tilstander (16).

#### Funksjonell dyspepsi

Funksjonell dyspepsi er karakterisert ved stinnhet i midtlinjen høyt i epigastriet, tidlig metthet og forsinket tømning av magesekken. Ved uttalte plager kan en bli kvalm og kaste opp. Årsaken er trolig at avslappingen av magesekken svikter. Normalt slapper magesekken av under et måltid slik at den kan ta i mot 300–400 ml uten at trykket øker. Denne normale vago-vagale «akkomodasjonsrefleksjonen» gir behagelig metthet. Ved stress, derimot, svekkes refleksjonen og magesekken blir stivere og rommer mindre. Det gir ubehagelig metthet og dyspepsi. Funksjonell dyspepsi som nå regnes som en psykosomatisk tilstand ble tidligere forståelig nok ofte forvekslet med magesår.

#### Irritabel tarm (IBS)

Plagene ved IBS sitter litt lenger nede i magen enn ved funksjonell dyspepsi og er ikke så klart relatert til mat. Men også IBS er matrelatert. Plagene forsvinner under faste og



KJØRSTAD / VISUM/REKSTRETT

30% av pasientene med IBS kan relaterte symptomdebuten til en episode med akutt gastroenteritt.

kan ofte reproduceres av tungtfordøyelige fermenterbare karbohydrater. Pasientene har ikke diaré om natta slik pasienter med inflammatorisk tarmsykdom ofte har. Også oppblåsthet (meteorismen), som øker ut over dagen, forsvinner om natta. Pasientene føler gjerne betydelig lette ved fullstendig tømning. Tarmgassen er for det meste bakterieprodusert og meteorismen reduseres betydelig under antibiotikabehandling. Men det er forbigående: Nettoeffekten av antibiotika er ofte at tilstanden forverres.

### Fermentering i tarmen

Bakteriene i tykktarmen lever av mat som verten ikke klarer å bryte ned selv. Det bidrar til at energien i tungt fordøyelige næringsstoffer ikke går fullstendig tapt for verten. Fordøyeligheten av karbohydrater varierer betydelig. Opp til 20 prosent blir ikke absorbert i tynntarmen, men går videre til tykktarmen hvor en del blir fermentert (gjæret) av anaerobe bakterier til gass (spesielt hydrogen, metan og karbondioksid), laktat og kortkjedede fettsyrer (spesielt eddik-, propion- og smørsyre),

som absorberes og bidrar med om lag ti prosent av de kaloriene kroppen trenger. De kortkjedede fettsyrene tilfører ikke bare næring til tarmslimhinnen og resten av kroppen, men motvirker også diaré og beskytter mot betennelse og kreft i tykktarmen. Gassene bidrar sannsynligvis til å opprettholde viktige likevekter i tarmen, som normal tarmtømming, men det er forbausende lite vi egentlig vet om gassenes normalfysiologi. I tillegg lagrer tarmbakteriene essensielle næringsstoffer, som vitamin K, og hjelper oss å ta opp blant annet kalsium, magnesium og jern. Den normale tarmfloraen utgjør en effektiv barriere mot invasjon av skadelige bakterier. Bakterier som danner melkesyre (hovedsakelig laktobasiller og bifidobakterier) er her av spesiell betydning, først og fremst fordi syren senker pH-verdien inne i tarmen og derved hemmer uønsket bakterievekst. Denne mekanismen kan på mange måter sammenliknes med «syrelåsene» i skjeden og i magesekken. Hvis den normale beskyttende bakteriefloraen svekkes, oftest på grunn av antibiotikabruk, kan en få problemer med soppevekst i skjeden og alvorlig kolitt forårsaket av overvekst av toksinproduserende *Clostridium difficile*.

Det virker som om den fermenterende floraen i tykktarmen ikke greier jobben sin hos pasientene med matoverfølsomhet (17, 18). Ved forstyrret motilitet og/eller absorpsjon i tynntarmen, leveres det økt mengde fermenterbare karbohydrater over i tykktarmen, kanskje for mye til at bakteriene der greier ta unna (19, 20). Om det skyldes for lite bakterier, feil bakterier (dysbiose) eller malabsorpsjonen alene, er vanskelig å si. I alle fall er det nå økt fokus på den rolle den intestinale mikrofloraen (mikrobiomet) spiller, både fermenteringsmessig og immunologisk, ved matoverfølsomhet.

### Postinfeksiøs IBS

Om lag 30 prosent av pasientene med IBS kan relatere symptomdebuten til en episode med akutt gastroenteritt. Etter *Giardia lamblia*-epidemien forårsaket av forurenset drikkevann i Bergen i 2004 fikk ti prosent av pasientene langvarige IBS-plager, noen også med muskel-/skjelettplager og kronisk tretthet (21). Det er velkjent at pasienter med aktiv giardia-infeksjon kan ha intestinal malabsorpsjon, men at dette også gjelder mange med postgiardiasis IBS, er nytt (22). Interessant nok kunne vi reproducere mageplagene hos disse pasientene ved å gi dem laktulose, et ikke-absorberbart, men fermenterbart karbohydrat (23). Sikre tegn til bakteriell overvekst i tynntarmen kunne vi ikke påvise (23). Det betyr at selv om årsaken til problemene sitter høyt i tynntarmen (*Giardia lamblia* holder seg



fortrinnsvis i tolvfingertarmen), er det tykk-tarmen som er symptomgeneratoren.

### Fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom

Fibromyalgi er karakterisert ved kronisk utbredt smerte, tretthet, søvnproblemer, angst og depresjon. En rekke studier har vist høy forekomst av IBS hos pasienter med fibromyalgi (24–27). Mens norske oversikter ikke nevner slike plager (28), mener andre at mageplager er en vesentlig del av sykdomsbildet. Således fant Kurland og medarbeidere at hele 81 prosent av pasientene med fibromyalgi hadde IBS; klart oftere enn hos pasienter med giktssykdommer (26). Årsaken til symptomene ved fibromyalgi er ikke kjent. Samtidig forekomst av flere typer kroppslige plager (komorbiditet) kan tyde på en felles årsak. Flere påpeker at stress og stressende livshendelser er med på å forme symptomene både ved fibromyalgi og IBS. Det nye er at hele det komplekse sykdomsbildet kan ha med forstyrrelser i tarmfloraen å gjøre.

### Immunologiske forhold

En rekke studier viser tegn til lavgradig inflammasjon i tarmslimhinnen hos pasienter med IBS (29). Økt permeabilitet (lekkasje) av store molekyler fra tarmlumen til blodet ser en spesielt hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs kolitt og Crohn sykdom) og en tenker seg at dette kan være en mekanisme for økt kontakt mellom kroppens immunforsvar og lumenale (mat- og mikro-) antigener. Imidlertid er våre metoder for diagnostikk av «lekk tarm» lite sensitive og det er kun ved inflammatorisk tarmsykdom vi med sikkerhet kan påvise dette (30). Derfor blir det mest spekulasjoner og lite fakta omkring problemene med «lekk tarm».

### Systemiske symptomer – psykiatri eller immunologi?

Systemiske symptomer ved IBS, kronisk tretthetssyndrom og muskel-/skjelettsmerter (fibromyalgi) blir ofte forklart som somatisering av psykologiske problemer. Men det fin-

nes andre muligheter. For eksempel er det nylig rapportert at symptomer ved kronisk tretthetssyndrom kan behandles med et B-celle-hemmende antistoff (rituximab) (31). I likhet med IBS-pasientene har pasienter med kronisk tretthetssyndrom endret mikroflora i tarmen og tegn til lavgradig betennelse relatert til immunaktivering (32). Hos matoverfølsomme med IBS har vi nylig påvist økt nivå av B-celle aktiverende faktor (BAFF) i blod og tarmskyllevæske (33). BAFF er relatert til autoimmunitet og lokal immunaktivering i tarmen («lokal allergi») (34). Også de dentritiske cellene i blodet viste tegn til immunaktivering hos disse pasientene (35).

Lange polyumettede fettsyrer virker immunmodulerende og antiinflammatorisk. Vi har tidligere vist at selolje, som er rik på omega-3 polyumettede fettsyrer, lindret så vel mageplagene som leddsmertene hos pasienter med IBS og matoverfølsomhet (36). Glykotoxiner produseres av mikrober i tarmen, spesielt fra fruktose som substrat, og bakterieproduserte toksiner som metylglykosal og lipopolysakkarid er en annen mulig årsak til karbohydratinduserte systemiske symptomer (37, 38). Et komplekst symptomtilbilde med plager fra flere organsystemer trenger derfor ikke automatisk bety psykologiske problemer. Det kan like gjerne være mikrobielle eller immunologiske, inkludert atopiske, forstyrrelser som ligger bak.

### Konklusjon

Pasienter med matoverfølsomhet har ofte irriterbar tarm som trigges av tungfordøyelige fermenterbare karbohydrater. En betydelig andel av disse pasientene har også muskel-/skjelettsmerter og kronisk tretthet. Og kanskje er det slik at de fleste pasientene med fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom har irriterbar tarm. Våre studier svekker den relative betydningen av psykologiske faktorer og styrker betydningen av mikrobielle og immunologiske forhold ved matoverfølsomhet. Forstyrrelser i tarmfloraen kan være det som starter det hele.

### REFERANSER

- Lind R, Arslan G, Eriksen HR et al. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50(7): 1245–51.
- Arslan G, Lind R, Olafsson S et al. Quality of life in patients with subjective food hypersensitivity: applicability of the 10-item short form of the Nepean Dyspepsia Index. *Dig Dis Sci* 2004;49(4): 680–7.
- Lillestol K, Helgeland L, Arslan LG et al. Indications of 'atopic bowel' in patients with self-reported food hypersensitivity. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;31(10): 1112–22.
- Lillestol K, Berstad A, Lind R et al. Anxiety and depression in patients with self-reported food hypersensitivity. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(1): 42–8.
- Lind R, Lillestol K, Valeur J et al. Job stress and coping strategies in patients with subjective food hypersensitivity. *Scand J Psychol* 2010;51(2): 179–84.
- Reginald K, Westritschnig K, Werfel T et al. Immunoglobulin E antibody reactivity to bacterial antigens in atopic dermatitis patients. *Clin Exp Allergy* 2010.
- Lunding JA, Tefera S, Bayati A et al. Pressure-induced gastric accommodation studied with a new distension paradigm. Abnormally low accommodation rate in patients with functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 2006;41(5): 544–52.
- Lunding JA, Tefera S, Helge GO et al. Rapid initial gastric emptying and hypersensitivity to gastric filling in functional dyspepsia: effects of duodenal lipids. *Scand J Gastroenterol* 2006;41(9): 1028–36.
- Hattori T, Watanabe S, Kano M et al. Differential responding of autonomic function to histamine H2 antagonism in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22(12): 1284–91, e335.
- Klooker TK, Braak B, Koopman KE et al. The mast cell stabiliser ketotifen decreases visceral hypersensitivity and improves intestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 2010;59(9): 1213–21.
- Wilhelmsen I, Berstad A. Reduced relapse rate in duodenal ulcer disease leads to normalization of psychological distress: twelve-year follow-up. *Scand J Gastroenterol* 2004;39(8): 717–21.
- Lind R, Lied GA, Lillestol K et al. Do psychological factors predict symptom severity in patients with subjective food hypersensitivity? *Scand J Gastroenterol* 2010;45(7–8): 835–43.
- Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10(2): 230–1.
- Tache Y, Brunhuber S. From Hans Selye's discovery of biological stress to the identification of

Pasienter med matoverfølsomhet har ofte irriterbar tarm som trigges av karbohydrater. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



- corticotropin-releasing factor signaling pathways: implication in stress-related functional bowel diseases. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1148: 29–41.
15. Berstad A, Hauken T, Gilja OH et al. Gastric accommodation in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1997;32(3): 193–7.
  16. Martinez V, Tache Y. CRF1 receptors as a therapeutic target for irritable bowel syndrome. *Curr Pharm Des* 2006;12(31): 4071–88.
  17. Valeur J, Norin E, Midtvedt T et al. Assessment of microbial fermentation products in fecal samples. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22(10): 1147.
  18. Read NW. Diarrhoea: the failure of colonic salvage. *Lancet* 1982;2(8296): 481–3.
  19. Barrett JS, Geary RB, Muir JG et al. Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and fermentable substrates to the proximal colon. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31(8): 874–82.
  20. Halmos EP, Muir JG, Barrett JS et al. Diarrhoea during enteral nutrition is predicted by the poorly absorbed short-chain carbohydrate (FODMAP) content of the formula. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32(7): 925–33.
  21. Hanevik K, Hausken T, Morken MH et al. Persisting symptoms and duodenal inflammation related to *Giardia duodenalis* infection. *J Infect* 2007;55(6): 524–30.
  22. Morken MH, Valeur J, Norin E et al. Antibiotic- or bacterio-therapy for patients with post-giardiasis irritable bowel syndrome? *Scand J Gastroenterol* 2009;44(12): 1296–303.
  23. Morken MH, Nysaeter G, Strand EA et al. Lactulose breath test results in patients with persistent abdominal symptoms following *Giardia lamblia* infection. *Scand J Gastroenterol* 2008;43(2): 141–5.
  24. Triadafilopoulos G, Simms RW, Goldenberg DL. Bowel dysfunction in fibromyalgia syndrome. *Dig Dis Sci* 1991;36(1): 59–64.
  25. Sperber AD, Atzmon Y, Neumann L et al. Fibromyalgia in the irritable bowel syndrome: studies of prevalence and clinical implications. *Am J Gastroenterol* 1999;94(12): 3541–6.
  26. Kurland JE, Coyle WJ, Winkler A et al. Prevalence of irritable bowel syndrome and depression in fibromyalgia. *Dig Dis Sci* 2006;51(3): 454–60.
  27. Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med* 2000;160(2): 221–7.
  28. Wigers SH. [Fibromyalgia--an update]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122(13): 1300–4.
  29. Rijniers A, Nijkamp FP, Kraneveld AD. Mast cells and nerves tickle in the tummy: implications for inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Pharmacol Ther* 2007;116(2): 207–35.
  30. Berstad A, Arslan G, Folvik G. Relationship between intestinal permeability and calprotectin concentration in gut lavage fluid. *Scand J Gastroenterol* 2000;35(1): 64–9.
  31. Fluge O, Mella O. Clinical impact of B-cell depletion with the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome: a preliminary case series. *BMC Neurol* 2009;9: 28.
  32. Lakhan SE, Kirchgessner A. Gut inflammation in chronic fatigue syndrome. *Nutr Metab (Lond)* 2010;7: 79.
  33. Lied GA, Lillestol K, Valeur J et al. Intestinal B cell-activating factor: an indicator of non-IgE-mediated hypersensitivity reactions to food? *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32(1): 66–73.
  34. Lied GA, Berstad A. Functional and clinical aspects of the B-cell-activating factor (BAFF): a narrative review. *Scand J Immunol* 2011;73(1): 1–7.
  35. Lied, G. A., Vogelsang, P., Berstad, A., and Appel, S. Dendritic cell populations in patients with self-reported food hypersensitivity. *Int J Gen Med* 2011;4: 389–396.
  36. Gregersen K, Lind RA, Valeur J et al. Duodenal administration of seal oil for patients with subjective food hypersensitivity: an explorative open pilot study. *Int J Gen Med* 2010;3: 383–92.
  37. Campbell AK, Matthews SB, Vassel N et al. Bacterial metabolic 'toxins': a new mechanism for lactose and food intolerance, and irritable bowel syndrome. *Toxicology* 2010;278(3): 268–76.
  38. Sun L, Yu Z, Ye X et al. A marker of endotoxemia is associated with obesity and related metabolic disorders in apparently healthy Chinese. *Diabetes Care* 2010;33(9): 1925–32.

Arnold.Berstad@med.uib.no



## JUBILEUM - Jakten på egne krefter -

31. okt. - 1. nov. 2011

Soria Moria hotell og konferansesenter, Oslo

### På programmet blant annet:

- Per Fugelli:** Diagnosen er himmelsyken – resepten er nokpunktet  
**Einar Øvereng:** Livets øyeblikk  
**Nora Gotaas, NIBR:** Forskning på selvorganisert selvhjelp  
**Eytor Sigurbjergsson:** I Soria Morias skygge – en multimediapresentasjon  
**Geir Sverre Braut:** På rett veg?  
**Jakten på egne krefter:** Refleksjoner om brukermedvirkning  
**Kulturelt innslag:** Deltakere fra Angstringen, RIO og IKS setter ord på sine endringsprosesser  
**Rigmor Galtung:** Gamle Oslo Kro- og kirkekor

Selvhjelpsarbeid for mennesker med angst fyller 25 år!  
 For utfyllende program og nærmere info: angstringen.no

Angstringen  
NORGE



www.relis.no/fagseminar

Produsentavhengig legemiddelinformasjon  
**KARDIOVASKULÆR SYKDOM OG RISIKO:**  
 Hva skal behandles og hvordan?  
 7.–8. november 2011  
 Rica Nidelven Hotel, Trondheim

RELIS MidtNorge arrangerer i år vårt  
 12. fagseminar om RIKTIG LEGEMIDDELBRUK.  
 ÅRETS TEMA ER:

## KARDIOVASKULÆR SYKDOM OG RISIKO: Hva skal behandles og hvordan?

Kurset (L25846) er godkjent for følgende spesialiteter:

- **ALLMENNEMEDISIN** (emnekurs/valgfritt kurs, 15 poeng)
- **KLINISK FARMAKOLOGI** (valgfritt kurs, 16 timer)
- **GERIATRI** (valgfritt kurs, 15 timer)
- **HARDIOLOGI** (valgfritt kurs, 16 timer)
- **INDREMEDISIN** (valgfritt kurs, 15 timer)

Hør siste nytt innen antikoagulasjon, behandling av blodtrykk, hjertesvikt, slag og rytmeforstyrrelser fra dyktige forelesere. Møt geriatrer Olav Sletvold og få hans vurdering av når man bør avslutte profylaktisk behandling med kardiovaskulære legemidler. Hør hva kardiolog Steinar Madsen, mener om behandling med statiner – har det en effekt, hvem bør behandles og hvem skal ikke behandles med statiner? Vær med når Linn Getz og Halfdan Petturson skal snakke risikovurdering i allmennpraksis. For fullstendig program, invitasjon og påmelding se: [www.relis.no/fagseminar](http://www.relis.no/fagseminar).

## En lyrisk stafett

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

*Tove Rutle – lagleder*

Jeg har funnet fram et lite dikt til stafetten:

### Arkeologi

ikke snu alle steinene du  
ser  
(det er noe der som kanskje ikke tåler  
dagens  
lys, det er noe der som kanskje trives  
med ikke å bli  
sett)  
så ikke snu alle steinene du  
ser  
gå heller forbi, eller hvil deg  
der, på steinen, og drøm om  
det som ennå er synlig

la også mørket få gjøre jobben sin  
det er ikke verre  
la oss si det slik: de ligger ganske  
fint der de ligger, steinene, med  
kinnnet mot jorda

og festet til himmelen  
i tråder tynnere enn regn

LARS SAAABYE CHRISTENSEN

Jeg leser ikke mye dikt, men det hender. Dette lille diktet fikk meg til å stoppe opp og tenke.

I min iver som engasjert og forståelsesfull fastlege inviterer jeg pasientene til å snakke fritt og dypt om det som kjennes tungt og vanskelig. Kanskje var jeg, særlig i unge år, litt overivrig.

Av og til er det nok like riktig å være litt forsiktig, og ikke ureflektert foreta arkeologiske utgravninger av folks kjellere, for enhver pris... kom jeg til å tenke etter å ha lest dette...

Jeg sender stafetten videre til min kjære kollega Nina Ingebrigtsen, som nok leser flere dikt enn jeg.

*Stein Nilsen*

fastlege, Legesenteret i Florvåg



# Fastlegen og katastrofer

Det var sommeren for noen år siden. Jeg var ganske fersk i allmennpraksis etter å ha sluttet som overlege på en barneavdeling. Jeg kom tilbake etter en ferie der jeg hadde lest Hosseinis «Drageløperen» og «Tusen strålende soler». Grusomheter i Afghanistan gjorde inntrykk.

En av de første pasientene kom og klaget over at hun fikk så vondt i føttene når hun brukte Bally-skoene sine. Jeg må innrømme at jeg ikke viste den helt store forståelse. Jeg anbefalte at hun skiftet skomerkke, kirurgi syntes uaktuelt!

Tanken på at byttet fra sykehus til allmennpraksis kanskje hadde vært feil, streift meg. Hva slags helsevesen er vi i ferd med å få? Hva driver vi egentlig med?

Jeg har fortsatt i allmennpraksis og er godt fornøyd med det. Kombinasjonen av faglige utfordringer i forhold til diagnostikk og det å møte mennesker som forteller sine historier føles som et privilegium.

Sommeren 2011 leste jeg Siri Hustvedts roman «Det jeg elsket» – om sorgen ved å miste et barn og hva manglende empati kan gjøre med et menneske. Den ble anbefalt flere, også før jeg forsto hvor aktuell den skulle være.

Siste dag i juli var jeg innom kontoret og fikk høre at en av mine pasienter er av de overlevende fra Utøya. Han har vært hos min kollega og er satt opp til videre oppfølging hos meg uken etter.

Nyhetene er fulle av forferdelige beretninger og krav om at kun det beste er godt nok i oppfølgingen av de overlevende. Pårørende etterlyser kun de aller beste, «skolepsykologer er ikke godt nok». Jeg kjenner at jeg tenker

«Er en fastlege godt nok? Har jeg kompetanse til å ivareta en ung gutt som har opplevd grusomheter ingen skulle vært utsatt for?» Hva forventes?

Gutten møtte til avtalt tid, hilste høflig og startet sin beretning, rolig, nærmest på autopilot. Historien er likevel rystende.

Jeg forsøkte å få en oversikt over totalsituasjonen og basalbehov. Han sover ikke om natten, spiser lite. Flere forhold tilsier at dette er en gutt i risikozonen. Men jeg får et klart inntrykk av at han er en gutt med mye ressurser, han vet bare ikke helt hvordan han skal nyttiggjøre seg dem.

Vi gjør avtale om nye møter. Han møter til første avtale, hvor vi snakker litt om fremtidsdrømmer. For ham er det nesten utenkelig at han skal tilbake i et normalt liv igjen.

Min tanke er at når han er klar for å gå videre i livet skal det finnes et klart alternativ for ham. Et adekvat skoletilbud må være tilgjengelig når han er klar for det.

Neste time møter han ikke. Har jeg feilvurdert ham? BUP kontaktes og informerer om at han stadig bytter timer, men er alltid nøye med å melde fra. Tankene er imidlertid kaotiske. Han vurderes som en gutt med meget høy risiko for å utvikle PTSD. BUP informerer om at de vil følge ham opp og ta kontakt med meg ved behov.

Han møter så hos meg når han skulle hatt møte hos BUP, og beklager sterkt at han ikke husket avtalen vår. Han har ikke forstått at resepten på sovetabletter er fakset til apoteket, han har problemer med å forstå forskjellen på fastlegekontoret og BUP. Jeg kjenner at jeg har et ønske om å ta ham med meg hjem, legge armene rundt ham og gi ham en ny start i livet.

I etterkant kommer andre tanker:

- Når andre pasienter ikke møter til timer, ikke forstår eller etterfølger våre råd og veiledning kan vi kjenne på irritasjon. Neste gang en kurder, tsjetsjener, iraker eller somalier ikke møter til time eller ikke følger våre råd – kanskje det ikke bare er kulturforskjeller. Har de noen gang fortalt sin historie, har vi hørt hva de har fortalt? Eller presenterer de bare sine symptomer?
- Vil denne katastrofen gjøre at vi lettere kan forstå hvilke lidelser mange av våre andre pasienter har vært i gjennom?
- Er forståelsen for terror og katastrofer omvendt proporsjonal med avstand til eget hjem?
- Vår kommune har et kriseteam på plass fra første dag, BUP; kommunens psykiatriske sykepleiere og andre. De har fellesmøter og åpent kontor for de som måtte trenge det. Vi fastleger får oppfordringer om å ta oss av overlevende og pårørende som trenger ekstra oppfølging, vi får imidlertid ingen informasjon om hvem det gjelder. Det er lite informasjon fra legeföreningen.

Etter fire uker kommer kartleggingsverktøy fra Helsedirektoratet, men dette er heller ikke beregnet på fastleger spesielt.

*Dagens medisin* har råd til oss som fastleger om når vi skal henvise til spesialisthelsetjenesten, men i denne situasjonen har pasientene gått rett til spesialisthelsetjenesten og fastlegen blir kun et supplement for resepter sykmeldinger.

Hva er egentlig fastlegens rolle i store katastrofer?

NN, fastlege



# Dødsfuge

AV PAUL CELAN



Svart morgonmjølk me drikk ho um kvelden  
me drikk ho middag og morgon me drikk ho um natti  
me drikk og drikk  
me grev ei grav ut i lufti der ligg ein ikkje trongt  
Ein mann bur i huset han leikar med ormane han skriv  
han skriv når det myrknar til Tyskland ditt gylne hår Margarete  
han skriv det og gjeng ifrå huset og stjernone gneistar han fløyter på hundane  
han fløyter jødane sine ut og byd dei grava ei grav i jordi  
han byd oss spel upp no til dans

Svart morgonmjølk me drikk deg um kvelden  
me drikk deg morgon og middag me drikk deg um natti  
me drikk og drikk  
Ein mann bur i huset han leikar med ormane han skriv  
han skriv når det myrknar til Tyskland ditt gylne hår Margarete  
Ditt oskegrå hår Sulamith me grev ei grav ut i lufti der ligg ein ikkje trongt

Han ropar grav djupare i jordi de der de andre syng no og spel  
han grip etter jarnet i beltet han svinger det augo er blå  
stikk spaden djupare de der de andre spel upp til meir dans

Svart morgonmjølk me drikk deg um natti  
me drikk deg middag og morgon me drikk deg um kvelden  
me drikk og drikk  
ein mann bur i huset ditt gylne hår Margarete  
ditt oskegrå hår Sulamith han leikar med ormane

Han ropar spel søtare død døden er ein meister frå Tyskland  
han ropar slå strengane djupare som røyk skal de stiga til vørs  
då har de ei grav i skyene der ligg ein ikkje trongt

Svart morgonmjølk me drikk deg um natti  
me drikk deg middag døden er ein meister frå Tyskland  
me drikk deg morgon og kveld me drikk og drikk  
døden er ein meister frå Tyskland augo er blå  
han treffer deg med blykulor han treffer deg godt  
ein mann bur i huset ditt gylne hår Margarete  
han hissar hundane på oss han gjev oss ei grav ut i lufti  
han leikar med ormane og drøymer døden er ein meister frå Tyskland

ditt gylne hår Margarete  
ditt oskegrå hår Sulamith

(omsett av Olav H. Hauge)

Frå **Dikt fra antikken til vår tid**  
*Vestens lyrikk gjennom 2700 år* (3 utg.)

Red. Jon Haarberg/Hans H. Skei  
Gyldendal Norsk Forlag AS 2002



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](http://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.

# Gravide, ammende og

Åtte av ti norske kvinner bruker legemidler i svangerskapet. Samtidig er det en utbredt oppfatning at legemidler kan gi fosterskader. RELIS ønsker gjennom pilotprosjektet Trygg mammamedisin å bidra til økt trygghet rundt legemiddelbruk hos kvinner som trenger behandling i graviditet- og/eller ammeperiode.

## Legemidler og fosterskader

Omtrent fire prosent (én av 28) av barna som fødes i Norge hvert år har en alvorlig defekt eller medfødt misdannelse. I godt over halvparten av tilfellene er årsaken ukjent, og legemidler eller andre kjemikalier antas å ha forårsaket mindre enn en prosent av skadene. Blant tusenvis av tilgjengelige substanser som brukes som legemidler er det om lag 20 enkeltsubstanser eller grupper av substanser man med stor grad av sikkerhet kan si er teratogene i kliniske doser. Eksempler her er antiepileptika, antineoplastiske midler, retinoider, og ikke minst talidomid. Siden gravide kvinner vanligvis ikke inkluderes i kliniske studier har man svært begrenset kunnskap

særlig om nye legemidlers potensielle fosterskadelige effekter (1).

## Legemidler og amming

Amming er ansett å være gunstig ikke bare for barnet, men også for mor. En vurdering av risiko-nytteforholdet ved legemiddelbruk under ammeperioden bygger på kjennskap til legemidlets fysikalsk-kjemiske egenskaper, samt både mors og barnets evne til å absorbere, metabolisere og skille ut legemidlet. For mange legemidler mangler det kunnskap om grad av passasje over i morsmelken, og også hvilke konsekvenser eksponering av barnet på denne måten kan få (2).

TRYGG Mammamedisin.no  
Hjelp og råd om bruk av medisiner til gravide og ammende

For tiden: [Spør oss](#)  
Om tjenesten: [Lær mer](#)  
Hvordan er vi?: [Lær mer](#)

**Kan jeg?**  
Du trenger ikke lure... [Spør oss](#)

Fagfolk gir deg gratis råd om medisinbruk ved graviditet og amming.

**Råd om trygg medisinbruk**  
Påvirkes barnet av mine medisiner? Trygg Mammamedisin er den eneste offentlige tjenesten som tilbyr individuelle råd om medisinbruk til gravide og ammende. Tjenesten er nettbasert. [Lær mer om tjenesten >>>](#)

**Helsepersonell svarer deg**  
Spør oss om alle typer medisiner og graviditet eller amming og få svar innen 2 virkedager. Du kan for eksempel spørre oss om:

Sharon Ann

# legemidler

## Trygg mammamedisin

RELIS åpnet 9. juni i år den nettbaserte publikumstjenesten Trygg mammamedisin ([www.tryggmamammedisin.no](http://www.tryggmamammedisin.no)). Tjenesten har per 5. september 2011 vært i drift i nesten tre måneder. Vi har mottatt omtrent 330 spørsmål fra hele landet, omtrent to tredeler av disse gjelder graviditet. Spørsmålene er svært varierte og gjelder alt fra sporadisk bruk av reseptfrie midler og naturmidler til ønske om mer konkret informasjon om reseptbelagte legemidler. Spørsmål om behandling av kvalme og halsbrann er gjengangere, det samme er legemidler mot astma og allergi. Mange spør også om smertestillende midler og psykofarmaka.

Vi vet fra tidligere studier at det er en generell og utbredt oppfatning at legemiddelbruk i graviditeten gir høy risiko for fosterskade. Overdreven frykt kan føre til avbrudd av et ønsket svangerskap, eller underbehandling av mors sykdom (3–5). Det siste kan i mange tilfeller være minst like skadelig for barnet som legemiddelbruken i seg selv. Vårt mål er å gi kvinnene god og saklig informasjon, og bidra til at de som trenger legemidler under graviditet eller amming føler seg trygge på behandlingen. Samtidig ønsker vi å bidra til at legemidler ikke blir brukt unødvendig under graviditet og amming. Vi oppfordrer kvinnene til å oppsøke lege dersom de har plager de mener de trenger behandling for, eller hvis de ønsker å endre forskrevet legemiddelbehandling. For eksempel har vi hatt flere henvendelser der kvinnen ønsker å slutte med antide-

pressiva eller antipsykotika på grunn av nyopplaget graviditet. Da blir det viktig for oss å formidle at bare legen kan vurdere mors behov for legemidler, og at underbehandling av mors sykdom også kan være skadelig for barnet.

Noen kvinner er bekymret fordi de har brukt et legemiddel de første ukene av graviditeten, kanskje før de visste at de var gravide, og spør hvilken skade dette kan ha gjort. I slike tilfeller er det ofte grunnlag for å berolige kvinnen, samtidig som vi prøver å svare ærlig om risiko så langt vi vet. I de fleste tilfellene er en eventuelt dokumentert risikøkning som følge av legemiddelbruk svært liten. Men det er utfordrende å uttrykke tall og beregninger på en måte som er forståelig for publikum. Når det gjelder spørsmål av typen «Kan x brukes under graviditet?» er det vår klare holdning at hvis vi ikke vet helt sikkert, må det være en klar indikasjon tilstede før man behandler, og dette må legen avgjøre.

Det fins veldig mye informasjon for gravide og ammende på internett, og ikke alle nettsteder er like seriøse. Vi er ikke forundret over at forvirring og usikkerhet kan oppstå, og mener derfor det er behov for en slik tjeneste som Trygg mammamedisin. I tillegg tror vi at tjenesten både kan avlaste fastleger og jordmødre, og være et supplement til informasjonen gravide og ammende vanligvis får hos helsepersonell. RELIS har tilgang til de fleste relevante kilder for informasjon om legemidler, og vi vet at legemiddelprodusentenes «føre-var»-prinsipp ofte resulterer i setningen «Skal ikke brukes under graviditet og

amming» i Felleskatalogen. Vi ønsker å formidle at bildet kan være litt mer nyansert, at en mer individuell vurdering kan bidra til å løse enkeltindividets behov, og at det ikke alltid er grunn til å være veldig bekymret selv om legemiddelbehandling er aktuelt under graviditet eller amming. I tilfeller der det kan være en reell grunn til bekymring blir det legens oppgave å vurdere om kvinnen for eksempel skal tilbys utvidet oppfølging i svangerskapet.

Trygg mammamedisin er et tilbud til publikum. Helsepersonell bes henvende seg til RELIS på [www.relis.no](http://www.relis.no) som før, også ved spørsmål om legemidler ved graviditet og amming.

## REFERANSER:

1. Reviewer guidance. Evaluating the risks of drug exposure in human pregnancies. <http://www.fda.gov/cder/guidance/index.htm>
2. Schaefer C, Peters P et al., editors. Drugs during pregnancy and lactation 2007; 2nd ed.: 609–22.
3. Nordeng H, Yström E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010; 66(2): 207–14.
4. Koren, G., Bologa, M., Long, D., Feldman, Y. and Shear, N. H. Perception of teratogenic risk by pregnant women exposed to drugs and chemicals during the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1190–1194.
5. Sanz, E., Gomez-Lopez, T. and Martinez-Quintas, M. J. Perception of teratogenic risk of common medicines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 95:127–131.

Trude Giverhaug,  
cand.pharm, dr.scient, RELIS Nord-Norge

[www.tryggmamammedisin.no](http://www.tryggmamammedisin.no)



Dag Thelle, Maja-Lisa Löchen  
**Kaotiske hjerter**  
 Atrieflimmer, en moderne epidemi  
 1. udgave, bokmål  
 Gyldendal Akademisk, 2010  
 240 sider

Jeg ved ikke, om jeg havde fået ideen uden. Bjørg var en 85-årig kvinde, som sad foran mig i min praksis, og som netop havde været indlagt på sygehuset med lungeødem. På kardiologisk afdeling var hun blevet grundigt undersøgt, og epikrisen var rigtig fin: Det var klart, at hun hverken havde AMI, lungeemboli, incompensatio cordis eller pneumoni. Hun var blevet udskrevet til sit hjem med lidt antihypertensiva og diuretika. Men hun mente ikke, at det var helt det, hun plejede at få, så nu ville hun bare lige høre om hun skulle fortsætte. Jeg spurgte, hvordan hun havde det. »Jeg bliver jo stadig svimmel. Og træt. Men de fandt jo ikke noget.« Blodtrykket var 130/80 og hun havde ingen dyspnø eller ødemer. Mon ikke det var, som det skulle være?

Men da vi sad der overfor hinanden, fik jeg altså ideen – at måle hendes puls. I et helt minut. Og den var uregelmæssig. Videre til EKG: AFLI med frekvens på 170. Vi snakkede om det og om mulighederne for behandling. Hun startede på betablokker, digoxin og marevan og fik en ny tid.

Det var sikkert, fordi jeg lige havde læst »Kaotiske Hjerter«, skrevet af Dag S. Thelle og Maja-Lisa Löchen, to norske kardiologer. Bogen er opdelt i sektionerne 1) Hjerterytens fysiologi, 2) Epidemiologi, 3) Å leve med atrieflimmer, og 4) Behandling. Den er skrevet til fagfolk, men kan også læses af patienter. Det er en vanskelig opgave at skrive til så bredt et publikum. Men det lykkes egentlig ganske godt. En del af løsningen ligger i den personlige intensitet, som ligger i teksten. Det er tydeligt, at forfatterne har noget på hjerte – og da man i patienthistorierne kan læse om, hvordan de begge selv har atrieflimmer og deres oplevelser som patienter, så skaber det en sammenhæng og et

nærvær i teksten, som ellers kan være vanskelig at opnå, når der også skal gøres rede for hjertefysiologi, epidemiologi og evidensen for forskellige behandlingsregimer.

Og de kommer vidt omkring. Vi får også et historisk perspektiv på rytmeforstyrrelser, og hører om hvordan sociale normer gør, at nogle sygdomme – som atrieflimmer – ikke får den opmærksomhed de fortjener. Der er beskrivelser af, hvordan patienterne holder deres oplevelser skjult, forsøger at ignorere dem og samtidig har svært ved at gennemføre deres hverdag – og derfor ofte har gået længe med deres symptomer, før de går til læge. At mange af dem oplever, at deres praktiserende læge og hjertespecialisterne ikke rigtig ved, hvad de skal gøre eller bagatelliserer deres klager, er noget vi som læger bare må tage til os. Det er banalt, men det er rigtigt: Vi skal tage vores patienter alvorligt.

Der er gode opsummeringer undervejs, skemaer, lister, konklusioner. Så selvom teksten er omfattende, er den også let at vende tilbage til og slå op i, når der er brug for en konkret oplysning.

Bogen er svær at kategorisere – og det er på en måde dens styrke. Den er almen og tilgængelig i sit sprog og kan dermed læses af patienter med atrieflimmer og øge deres forståelse og muligheder for at håndtere deres tilstand. Men den er også meget brugbar for klinikerne, i det mindste for praktiserende læger der ligesom jeg selv kan blive lidt usikker på, hvad jeg bedst gør for at hjælpe mine patienter med atrieflimmer. Bogen søger ind i et felt og et perspektiv, hvor der ikke sættes skel mellem patofysiologi, epidemiologi og patientens egen oplevelse. Det er der alt sammen, og på samme tid.

Men – der er stadigvæk en medicinsk tradition som overholdes i bogen, og som måske er nødvendig: Der startes med diagnosen, så be-

skrives det fysiologiske og anatomiske grundlag, derefter følger sygdommens epidemiologi og først derefter hører vi patienternes fortællinger. I patientens og klinikerens liv er det modsat: Der kommer historien først og først derefter kan vi begynde at grave os ned i diagnostik, mulige årsager, mulige behandlinger, prognose.

Måske kunne vi en dag komme til at skrive bøger, hvor vi starter med patienternes oplevelser og fra dem arbejder os ind i, igennem og rundt om den viden som eksisterer og de handlemuligheder som gives. Bogen er et godt skub i den retning, og det kunne være rigtig spændende, hvis andre ville prøve at gå videre med det for hyperthyroidisme, hjertesvigt, sclerose, dyspepsi eller medicinsk uforklarede symptomer.

Patienthistorierne er en fin illustration af, hvordan det er at leve med atrieflimmer og mange former for tvivl, der kan opstå undervejs, når man oplever symptomer der savner forklaring, når man ikke ved hvor man kan finde hjælp, når behandlingen ikke virker som forventet, når man får forskellige informationer og råd fra forskellige læger. I de efterfølgende afsnit om behandling refereres tilbage til patienthistorierne, og det fungerer rigtig godt: Netop sådan oplevede patienten det.

Jeg tror, det var derfor min konsultation med Bjørg blev anderledes. Det var fristende at tro, at når hun nu havde været inde hos specialisterne og egentlig havde det nogenlunde, så var der ikke mere for mig at gøre. Men det var der selvfølgelig. Hun følte sig jo syg, men ville nødig ulejlig sin læge med sine bekymringer. Det er nu sjovt at være læge, når man kan få åbnet sine øjne af en god bog, skrevet af engagerede kolleger. Jeg tror også Bjørg synes det er helt fint.

**Torsten Risør,**  
 Allmenmedisin, Universitetet i Tromsø



# Kort og konsist om akutte hudlidelser

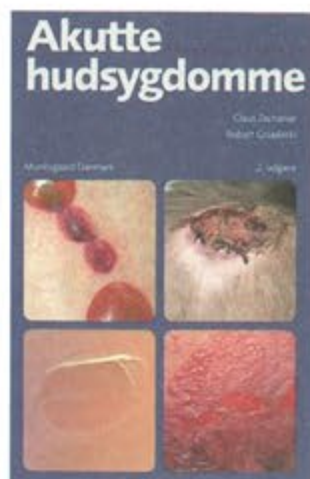
Claus Zachariæ og Robert Gniadecki

## Akutte hudsygdomme

2. utgave

Munksgaard forlag, 2011

224 sider



Huden er et stort organ, og det er også et fantastisk organ som det er knyttet både myter og mystikk, gleder og sorger til. Huden kan gjenspeile sjelen og hvordan vi har det i livetforhold som kommer til uttrykk i Vibeke Løkkebergs film «Hud» fra 1986. Når jeg som allmennpraktiker registrerer fenomener i huden jeg ikke helt forstår, blir jeg nysgjerrig: Hvilken historie har huden å fortelle?

I Kirkenes har vi i en årrekke arrangert lyd-bilde-konsultasjoner, med allmennpraktiker og pasient sammen i studio i Kirkenes og med hudspesialist i studio i Tromsø, ukentlige sendinger. Spesialisten i Tromsø kan se pasientens hudproblemer samt høre historien bak problemene. På de over 20 årene vi har drevet denne formen for konsultasjoner har flere av legene ved Kirkenes legesenter fått stor kompetanse innenfor spesialiteten hud, og vi er derfor relativt selvgående på området fordi kompetansen i stor grad fins på vårt eget kontor.

Sett i lys av dette har min interesse for hud vært stor. Jeg bladde derfor i den danske boken «Akutte hudsygdomme» med stor interesse. Boken har et hendig format og er ment som et oppslagsverk for leger, og egner seg godt i allmennpraksis. Den er delt inn i korte kapitler som makuløse utslett, papuløse utslett, pustuløse utslett, eksemer, erythemer, vesikuløse utslett o.s.v. Avslutningsvis finner vi tabeller som omhandler akutte hudsygdommer hos barn og gravide, immunosupprimerte og utenlandsreisende.

Kapitlene er korte, teksten konsis og der er ledsagende bilder. Bildene er av noe variabel kvalitet, men stort sett er de gode. Omtalen av sykdommene er kort og bygget opp likt i hele boken; definisjon, målgruppe, klinikk, differensialdiagnoser, undersøkelse, behandling og videre henvisning. I tillegg avsluttes de fleste omtalene av et kort «tenk på» – altså noe du må huske på når det gjelder den aktu-

elle tilstanden. Språket er dansk. Behandlingen er stort sett i overensstemmelse med norske forhold, med unntak av noen få medikamenttyper.

Kort oppsummert er dette et greit oppslagsverk som jeg allerede har hatt glede av ved flere anledninger og det er et godt supplement til andre lærebøker og hudatlas som ofte er store og uoversiktlige. Bokens styrke er en kort og konsis form samt logisk oppbygningen som tar utgangspunkt i hudlidelsens utseende; har pasienten på kontoret et papuløst utslett som du ikke vet hva er slår du opp i kapitlet som omhandler papuløse utslett og finner så raskt frem til sannsynlig diagnose, differensialdiagnose, behandling etc. Boken anbefales. Lykke til.

*Mona Sønderø*

Det som er **spennende**  
og **viktig** for deg – er spennende  
og viktig for **Utposten!**

# Frivillighetsportalen.no

## – nye muligheter i livet

Frivillighetsportalen er en ny nettportal for frivillig aktivitet i Oslo. Her får helsepersonell, pasienter og pårørende oversikt over aktuelle bruker- og pasientorganisasjoner, frivilligsentraler og frivillige organisasjoner.

Frivillighetsportalen.no er utviklet med tanke på mennesker som:

- vil gjøre en frivillig innsats
- vil delta i fellesskap og aktiviteter
- trenger støtte fra en frivillig organisasjon

### Utviklet sammen med organisasjonene

Frivillighetsportalen er utviklet i samarbeid med organisasjonene, og ble offisielt åpnet i september 2010. All informasjon på portalen er lagt ut av organisasjonene selv:

- informasjonssider for alle organisasjonene med lenke til hjemmesiden til organisasjonen
- en aktivitetskalender over informasjonsmøter, kurs, selvhjelpsgrupper etc. i nærmeste fremtid
- en oppdragsoversikt – hvor organisasjonene søker etter frivillige

### I hvilke situasjoner kan fastlegen ha nytte av å vise til frivillighetsportalen.no?

Legekontoret møter stadig mennesker som vil kunne ha glede av å delta i en eller annen form for fellesskap og aktivitet, hvor de kan

## Engasjere deg?

For deg som:

- vil gjøre en frivillig innsats
- bruke din erfaring sammen med andre



[www.frivillighetsportalen.no](http://www.frivillighetsportalen.no)

frivillighetsportalen.no  
Annetlag: Oslo kommune i samarbeid med frivillige organisasjoner

bruke seg selv og eventuelt få faglig støtte. Det kan være relatert til:

- ensomhet, sorg eller psykiske problemer, hvor pasienten kan ha nytte av støtte i en brukerorganisasjon: alt fra å kunne gå på tur sammen med andre, til aktivt å delta i en selvhjelpsgruppe eller sorggruppe
- pårørende og familie til personer med psykiske lidelser, som trenger sosial og faglig støtte fra mennesker i lignende situasjoner
- pasienten trenger noen å snakke med, eller praktisk støtte i hjemmet for seg selv og eventuelt små barn. Det kan også være personer med gamle foreldre, som trenger et nettverk å spille på for å ivareta sine foreldre

Mange pasienter kan også ha utbytte av å gjøre en frivillig innsats og bruke seg selv i meningsfulle aktiviteter sammen med andre. Eksempelvis kan det være pensjonister eller

arbeidsledige som har et ønske om å bidra i samfunnet på flere måter.

Etter terrorhandlingene i sommer opplever mange et økt behov både for å finne fellesskap og hjelp til egne problemer, og for å være med og bidra gjennom organisasjoner og frivillig arbeid.

### Brukerorganisasjonene spiller en viktig rolle

Bruker- og selvhjelpsorganisasjoner samt ideelle- og humanitære organisasjoner er viktige bidragsytere i vårt velferdssamfunn. Helse- og velferdsetaten er opptatt av å understøtte og synliggjøre mangfoldet av muligheter og aktiviteter som disse organisasjonene representerer. Organisasjonene tilbyr hjelp til selvhjelp på mange plan.

### Synergieffekter utenfor Oslos geografiske område

Frivillighetsportalen.no gir en oversikt over ulike organisasjoner, som man kan ha glede av på landsbasis. Aktivitetskalenderen og oppdragskalenderen vil også kunne gi ideer, som pasienten kan sjekke ut med tanke på muligheter i eget lokalområde.

Informasjonsmateriell og plakater kan bestilles pr e-post til [post@frivillighetsportalen.no](mailto:post@frivillighetsportalen.no)

Lars Mannsåker,  
Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune

## Tunge tanker? Ensom?

For deg som:

- vil delta i en gruppe eller organisasjon
- trenger støtte, råd eller veiledning



[www.frivillighetsportalen.no](http://www.frivillighetsportalen.no)

frivillighetsportalen.no  
Annetlag: Oslo kommune i samarbeid med frivillige organisasjoner

# Tre nye nettsider

fra Astma- og Allergiforbundet

## Astma, allergi eller eksem?

Vil du vite hva du bør tenke på ved yrkesvalg?



[www.naaf.no/yrkesveilederen/](http://www.naaf.no/yrkesveilederen/)  
for yrker, helseinfo og rettigheter.

Siden beskriver faktorer ved utvalgte yrker som gir risiko for utvikling og/eller forverring av astma, allergi eller eksem – og tiltak som er viktige for å forebygge sykdom. Siden gir også informasjon om hva man bør gjøre, dersom man mistenker å bli syk av eksponering i arbeidet.

Visittkort med informasjon om nettsiden kan fås gratis t.o.m. desember 2011 ved henvendelse til [naaf@naaf.no](mailto:naaf@naaf.no)



## Dårlig innemiljø på jobben?

Trenger du praktiske tips for å få et helsevennlig arbeidsmiljø?



[www.naaf.no/friskjobb/](http://www.naaf.no/friskjobb/)  
for arbeidsmiljøtiltak og HMS ansvar.

Nettsiden fokuserer på praktisk handling gjennom HMS-momenter ved det fysiske arbeidsmiljøet som bør sjekkes ut av leder, ansatt og vernetjenesten. Siden viser hvilket ansvar den enkelte har i det systematiske HMS-arbeidet.

På de fleste arbeidsplasser er det ikke omlegginger og endringer av voldsom økonomisk omfang som skal til, men kunnskap og vilje til å gjøre de riktige tingene.



## Varig sykdom i familien?

Ønsker du oversikt over økonomiske støtteordninger?



[www.naaf.no/minguide/](http://www.naaf.no/minguide/)  
for støtteordningene.

Siden gir oversikt over rettigheter, tjenester og stønader det er mulig å søke, dersom voksne eller barn har varig sykdom. Innholdet er spesielt rettet mot de med astma, allergi, kols, og/eller eksem.

Visittkort med informasjon om nettsiden kan fås gratis t.o.m. desember 2011 ved henvendelse til [naaf@naaf.no](mailto:naaf@naaf.no)





DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE



NORGE P.P. PORTO BETALT

**Ebixa**<sup>®</sup>  
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>

ENKEL BEHANDLING

**Ebixa**  
**20mg**  
ÉN OM DAGEN

## c Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N05D X01

**T** **TABELTTER**, fâkdrâjerste 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg. Hver tablett inneâ: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tåsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. **Tabletter** 10 mg inneâ, laktose 166 mg og har delestrek. **OPPLØSNING**, 5 mg/pumpestryk: 1/pumpestryk inneâ: Memantinhydroklorid 5 mg tåsv. memantin 4,16 mg, kâliumсорbitat (I 202), сорbitol, renset vann. Med doseringspumpe. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen blir initiert og vâldes av lge med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelreakt. Diagnostisering blir gjâret i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider, 1 pumpestryk = 5 mg. Maks. dose er 20 mg daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å giuvis âke doser med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til: Uke 1: 5 mg (1 pumpestryk) daglig, Uke 2: 10 mg (2 pumpestryk) daglig, Uke 3: 15 mg (3 pumpestryk) daglig, Uke 4: 20 mg (4 pumpestryk) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose pà 20 mg (4 pumpestryk) daglig. **Nedsett nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsett nyrefunksjon (kreatinin-clearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsett nyrefunksjon (kreatinin-clearance 30-49 ml/minutt) blir daglig dose vâre 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen âkes til 20 mg /dag. Vnlig oppstieringsplan. Ved alvorlig nedsett nyrefunksjon (kreatinin-clearance 5-20 ml/minutt) blir dosen vâre 10 mg /dag. **Nedsett leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsett leverfunksjon (âChild-Pugh grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsett leverfunksjon (âChild-Pugh grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsett leverfunksjon pga manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfâl, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan blir unngâs pga. âke risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstand med âkt pH-verdi i urin (f.eks. drâstiske kostholdsendringer, stort inntak av surenayrâslerende midler, renal tubular acidose (RTA) eller alvorlige urinvevsmysinfeksjoner med Proteus) kan vâre nødvendig. Pga. begrenset erfaring blir pasienter som rykl har hatt hjertesvâkhet, ubehandlet kongestiv hjertesvâkhet (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvâket nâye. **Ber** ikke brukes ved anvilig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemaldabsorpsjon. Oppsløningen blir ikke brukes ved fruktoseintoleranse. **Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom** plevir vanligvis å nedsette evnen til å kjâre motorikjâretay og betjene maskiner. I tillegg kan memantin bli lett til moderat pâvirkning pâ reaksjonsevne. Pasienter blir informert om å vâre spesielt oppmerksomme nâr de kjârer motorikjâretay eller betjene maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasolytiske stoffer som dârtrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan vâre nâvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan blir unngâs pga. risiko for farmakostatiske psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebârer en mulig risiko for âke plâsmanivåer. Redusert eksioregion av hydrokortisonid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisonid er mulig. Enkelttilfeller av âkt pH ved samtidig warfarinbehandling er sett. **Nye monitorering av protrombinsid eller INR anbefales. CRAVIDITET/AMNING**: Overgang /placent: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. **Ber** ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nâvendig, og etter nâye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk**: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. **Anmerking** fra frâdeset under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Oppsig** (-1/7100): Gastrointestinale: Forstoppelse. **Hjertesvâkhet**, hypertensjon,

Luftvelier: Dyrpnl. **Neurologiske**: Svimmelhet. **Psykiske**: Somnolens. **âvrigre**: Hodepine. **Milde** **âvrigre**: Gastrointestinale: Oppkast. **Hjertesvâkhet**, venetrombose/thromboembolisme. **Infeksjoner**: Sopplinfeksjoner. **Neurologiske**: Unormal gange. **Psykiske**: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. **âvrigre**: tretthet, krampeanfâl er rapportert svært sjeldent. **Enkelttilfeller** av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FOGIFNING**: **Symptomer**: Hâv, 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vârt forbundet med tretthet, svâkhet og/eller diare eller ingen symptomer. Ved overdoser pà <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, sâvighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, agresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magesvârmessige (oppkast og diare). 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 plâsmafrenselse, og kom seg uten varige mên. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synhallusinasjoner, krampeanfâl, somnolens, stupor og bevisløshet. Pasienten ble rettsliert. **Behandling**: Symptomatisk. Se Giftinformasjonsens anbefalinger N05D X01 side d. **EGENSKAPER**: **Klassifisering**: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme**: Ved neurodegenerativ demens er det i âkende grad bevis for at svâkt i glutamatge neurotransmittere, sârlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til bade symptom- og sykdomsforvârelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk âkte spenningsnivåer av glutamat som kan fâre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon**: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. **Tmax**: Etter 3-8 timer. **Steady state-plâsma**-konsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 pmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding**: Ca. 45%. **Fordeling**: **Distribusjonsvolum** ca. 10 liter/kg. **Halveringstid**: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t½ pà 60-100 timer. **Total clearance (Cl<sub>tot</sub>)**: 170 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. **Renal eliminasjonsrate** av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor pà 7-9. **Metabolisme**: Ca. 90% gjârnfinnes som moderatubstanen. **Hovedmetabolitter** er inaktive. **Utskillelser**: Gjennemsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPREVARNING OG HOLDBARHET**: **Oppsløning**: **âvret flaske** blir brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: **Tabletter**: Startpakke: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 556,10, 10 mg: 30 stk. (blister) 504,80, 100 stk. (blister) 1510,60. **20 mg: 20 stk. (blister) 876,30, 90 stk. (blister) 2927,20. Oppsløning**: 50 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 lger med nâvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. Diagnostiseringen av kognitiv og globale funksjoner, samt funksjonnivå skal gjâres i tråd med allment aksepterte retningslinjer (eksempelvis DSM IV, ICD 10), før start av behandling. **Oppsløninger** fra pasientens hovedomsorgsger skal innhentes. Effekten av behandlingen skal bli at pasienten blir nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal vâre av moderat til alvorlig karakter. Ved mistanke om opphâr av effekt skal det gjennomfâres prâvepning, for pasienter med moderat Alzheimers demens ytes refusjon kun til pasienter som har prâvid minst en kolinesterashehmer med utstrekkelig effekt eller som ikke kan bruke kolinesterashehmer av tungveidende medisinske grunner. Ikke i kombinasjon med kolinesterashehmer.

SIST ENDRET: 12.04.2011

