

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 7 - 2011 • ÅRGANG 40

NR. 8: Julenummer, eget bilag inne i bladet

INNHold:

LEDER: Faglig fest! AV ANN-KRISTIN STOKKE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med hjerte for allmennmedisin. ANH THI TRAN INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Akuttmedisin med allmennleger på nett. AV JESPER BLINKENBERG ET AL	6
Antikoagulasjon - konkurranse for warfarin etter 50 år. AV STEINAR MADSEN OG KRISTIN SVANQVIST	11
Behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i allmennmedisin - spørsmål og svar. AV MAGNHILD L. POLLESTAD KOLSGAARD ET AL	14
Henvisninger til barne/ungdomspsykiatri. AV OLA AMUNDSEN	18
ADHD-debatt på villspor. AV OLE ANDREAS HOVDA ET AL	22
Samhandlingsreformen i ekspressfart - ny vår eller nytt virvar? AV MONA SØNDENÅ	30
Legkontorets skuespill. AV ANNA TARALDSEN HELDAL	32
Praktiserende leger trenger bedre sikring. AV EINAR ESPOLIN JOHNSON	34
Glimt fra Nidaroskongressen 2011.	35
Faste spalter	42
BOKANMELDelse: Norsk helserett. ANMELDT AV TOM SUNDAR	48

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTORENE AV UTPOSTEN:**Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no

Esperanza Diaz

Smoråshagen 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

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Sondenå

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Esther Díaz Perez

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:
07 Gruppen AS**07**Du finner Utposten på
www.utposten.no

Faglig fest!

Like sikkert som høstregn og elgjakt, bringer oktober det som for mange allmennpraktikere er et høydepunkt faglig og sosialt – årets allmennpraktikkongress. Nidaroskongressen i Trondheim og Primærmedisinsk uke i Oslo arrangeres annethvert år og byr på mange ulike kurs for leger og medarbeidere, møter med gode kollegaer og formidling av nye forskningsresultater. I tillegg foregår utdeling av flere utmerkelse til entusiastiske og dyktige kollegaer; for forskning, formidling og fagutøvelse av spesielt god kvalitet. For de av dere som ikke deltok på årets Nidaroskongress håper vi at stjerningsrapporten kan være til inspirasjon, og vi gratulerer alle prisvinnerne! Vi i Utposten synes naturlig nok det var ekstra morsomt at Drude Lind Bratlien fikk Skribentprisen for en artikkel publisert i Utposten i 2010, «Fibromyalgi og diffuse plager – gammelt eller nytt?».

Allmennmedisin er kanskje det medisinske miljøet der grenseoppgangen frisk-rikant-syk blir diskutert med størst engasjement, og der skepsisen til medikalisering er mest uttalt. Hittil har debatten ofte handlet om kolesterolverdier, blodtrykksbehandling og ulike screeningprogram, alt hos voksne. Som artiklene om fedme og barne- og ungdomspsykiatri i dette nummeret viser, kan vi nærme oss lignende problemstillinger blant barn. I barne- og ungdomspsykiatrien kan det i fremtiden komme anbefalinger om utsatte grupper som bør henvises allerede i spedbarnsalder, med mål om å forebygge tilknytningsforstyrrelser. For barn med overvekt, anslagsvis 15–20 % av barnebefolkningen, er det nylig utgitt retningslinjer for behandling i primærhelsetjenesten. Et forslag til praktisk tilnærming til det overvektige barnet beskrives av Kolsgaard og medarbeidere. Man kan være enig eller uenig i tilnærmingen, men enten det dreier seg om barns psykiske eller fysiske helse, er det vel ingen tvil om at vi voksne er barnas første og viktigste rollemodell i tillegg til

omsorgsperson, og må ta vår del av ansvar og «behandling» når (grense)sykdom oppstår. Innenfor begge områdene er grensene mellom hva som er livet og hva som er sykdom uklare, og vurderingen av hvem og hva som skal viderehenvises til spesialisthelsetjenesten er sjelden enkel.

Et fagområde der det ikke råder tvil om at pasientene virkelig er syke, er akuttmedisin. Når ulykker og akutt, alvorlig sykdom rammer, stilles krav til andre ferdigheter hos allmennlegen enn i den vanlige kontorhverdagen. Som Blinkenberg og resten av prosjektgruppen skriver i artikkelen «Akuttmedisin for allmennleger på nett», kjenner vi vel alle på frykten for ikke å mestre når liv står på spill. Som et ledd i å gjøre oss allmennleger tryggere og flinkere i akuttmedisin, og som del av det akuttmedisinske teamet, må alle som får eller fornyer spesialiteten i allmennmedisin fra og med 2012 gjennomføre et obligatorisk akuttmedisinkurs. Dette tilsvarer at det hvert år må gjennomføres kurs for omtrent 700 allmennleger, en kjempeutfordring for landets kurskomiteer og andre kursarrangører. For å gjøre det mulig å fokusere på praktisk trening på kursene har fire aktører innenfor akuttmedisin utarbeidet et elektronisk kurs med fokus på allmennmedisinsk relevant akuttmedisinsk teori. Fremover kan vi oppdatere vår (teoretiske) akuttkompetanse hjemme foran PCen, enten vi trenger det i forkant av et kurs eller «bare» som repetisjon. Opplegget høres spennende ut, og det er sikkert mange med meg som får lyst til å sette i gang når man leser den inspirerende artikkelen. Kanskje kan det også bidra til at flere av oss tar ansvar for å arrangere disse viktige kursene?

God lesning
i adventstiden!

Ann-Kristin Stokke

Utpostens
dobbeltime

Med hjerte for minoritet

Anh Thi Tran
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Man kan la seg lure av hennes lavmælte og beskjedne ytre, men oppdager raskt skjulte skatter under overflaten: «Vi har å gjøre med en stor ressurs i det allmennt medisinske miljøet», sier en kollega treffende. Hun blir beskrevet som faglig engasjert, grundig, arbeidssom og nysgjerrig. Som fastlege på Stovner i Oslo, en bydel med nærmere 40 prosent innbyggere med ikke-vestlig innvanderbakgrunn, har hun nok av utfordringer. Intervjuobjektet lar seg ikke affisere av dette. Tvert imot. «Dette er hverdagen for meg», sier Anh Thi Tran, «jeg har jo ikke jobbet noe annet sted!»

Akkurat nå er hun imidlertid et annet sted, i ferd med å fullføre sitt doktorgradsprosjekt, som handler om hjerte-karsykdom og diabetes hos nettopp etniske minoriteter i Norge.

Jeg møter Anh i den såkalte «forskerkjelleren» på Frederik Holst hus på Lille-Ullevål, selve sentrum for akademisk allmennt medisin ved Universitetet i Oslo. Fredagsstillheten preger huset. Ute skinner en kjølig, lav høstsol som gir omgivelsene en gyllen glød. Anh har nettopp kommet sørover fra Nidaroskongressen der hun har presentert funn fra den siste artikkelen sin.

Jeg ber henne fortelle om forskningen sin:

– Prosjektet mitt er todelt. Først har jeg undersøkt sammenheng mellom diabetes og hjerte- og karsykdommer i de fem største etniske minoritetsgruppene i Oslo. Deretter har jeg sett på kvaliteten av behandlingen av diabetes og forebygging av hjerte-karsykdom for pasienter med type 2 diabetes i allmennpraksis, hos etniske minoriteter i forhold til nordmenn.

UTPOSTEN: Hva har du funnet hittil?

– Jeg har funnet at forekomsten er høyere av disse sykdommene i de undersøkte gruppene, diabetes har en fem til åtte ganger høyere forekomst, mens to til tre ganger så mange har hjerte-karsykdom. Etniske minoriteter med diabetes har naturlig nok en høyere forekomst av hjerte-karsykdom, men også hos de uten diabetes, så har innvandregruppene en høyere forekomst av hjerte-karsykdom enn etniske nordmenn. Det betyr at der er andre årsaker enn diabetes som gir hjerte-karsykdom. Det kan ha med genetikke å gjøre, med migrasjon, som medfører endret livsstil, f.eks. mindre fysisk aktivitet og økt forbruk av usunne matvarer som er mer tilgjengelig i



shelse

vestlige land. Behandling av minoritetspasienter med type 2 diabetes har et stort forbedringspotensial. Disse har dårligere glykemisk kontroll sammenlignet med norske pasienter.

Forskningskolleger beskriver Anh som en grundig og arbeidssom forsker, hun tar ingen snarveier, men har likevel stor gjennomføringskraft. Samtidig er hun hjelpsom og lett å spørre.

Anh håper å bli ferdig med prosjektet i løpet av neste år. Hun har allerede publisert to artikler og holder på med sin tredje. Hun beskriver forskningen som en spennende og lærerik prosess.

– Det kan til tider være som en «berg- og albane», humrer hun. Det tror jeg er felles for alle som forsker, det er et skritt frem, to tilbake. Andre ganger løper man tre skritt fremover, så det er opp og ned.

Egne observasjoner som utgangspunkt

UTPOSTEN: Hvorfor begynte du å forske på dette temaet?

– Jeg har mange pasienter på min liste med innvandrerbakgrunn, sier hun engasjert. De siste årene har jeg opplevd at flere av disse har fått angina tidlig, nesten samtidig som de fikk påvist diabetes. Dessuten har jeg vært opptatt av kvaliteten i det vi gjør og at vi skal yte en likeverdig helsetjeneste for alle.

Hun forteller at hun fattet interesse for forskning etter deltakelse i et prosjekt i regi av Kunnskapsenteret om måling av høyde og vekt på helsestasjonen, om man slik kunne fange opp barn med overvekt. Hun hadde da jobbet ca 15 år i klinisk allmennpraksis.



– Jeg skjønnte først da at forskning i allmennmedisin var viktig, ler hun, ikke før! I utgangspunktet var jeg ikke spesielt interessert i forskning. Jeg hadde en naiv forestilling om at forskere var uvanlig teoretisk dyktige, mens jeg oppfattet meg selv som mer praktisk anlagt.

UTPOSTEN: Hva skjer videre, når du har fullført doktorgradsarbeidet ditt?

– På sikt kunne jeg ønsket meg en kombinasjon av praksis og akademia. Uansett så ønsker jeg å fortsette å jobbe med minoritets-helse.

Det brede faget

I denne fasen av doktorgradsarbeidet har intervjuobjektet valgt å ta permisjon fra sin fastlegepraksis for å konsentrere seg om forskningen – hun har likevel valgt å ha en klinisk dag på Stovner legesenter, for å beholde spesialiteten og holde kontakten med klinik-

ken. Til vanlig har hun en fulltids praksis med 1200 pasienter og en dag med forebyggende arbeid.

UTPOSTEN: Hvorfor ble det allmennmedisin i utgangspunktet?

– Det var tilfeldig, som hos mange andre! På slutten av studiet ville jeg bli pediater. Men i turnus syntes jeg det var veldig godt å jobbe i allmennmedisin, det er så bredt, man får bruke mange sider ved seg selv. Og da min mann og jeg flyttet til Oslo etter turnus, var det veldig vanskelig å få seg jobb innen pediatrien i Oslo. Jeg fikk så et vikariat på to og et halvt år i allmennmedisin der jeg trivdes godt. Så da ble det allmennmedisin. Jeg har ikke angret på det.

UTPOSTEN: Hva inspirerer deg i hverdagen som allmennelege?

– Det er et bredt fag, med alt fra det banale til det alvorlige. Jeg setter spesielt pris på den personlige kontakten med pasienten over

lang tid. Det gir en god og spesiell relasjon, som gjør at man får god kunnskap om vedkommende pasient, om leveforhold, livssituasjon, sykdom og plager, noe som styrker behandlingen av pasienten. Noen ganger, selv om man ikke kan behandle eller helbrede, så er det lettere å støtte når man

kjenner forholdene rundt pasienten. Jeg har ellers vært heldig som har fått jobbet med både svangerskapskontroller, barnekontroller, skolehelsetjenesten og sykehjemsmedisin. Slik har jeg fått jobbet med mennesker fra før de er født til de er veldig gamle. Hele livsløpet.

Flere jeg har snakket med oppfatter intervjuobjektet som en menneskekjenner som er flink til å se helheten. En venninne sier det treffende: «Anh har en spesiell indre ro som sprer seg i fine bølger rundt henne og påvirker mennesker på en lett og fin måte». Dette kommer godt med i jobben som allmennlege. Utad virker hun ganske så rolig og avbalansert.

Hun ler hjertelig når jeg påpeker dette:

– Skinnet bedrar, utbryter hun! Jeg er ikke alltid like rolig på innsiden, men, jo, det stemmer vel, jeg er ganske rolig utad. Dette tror jeg er positivt for pasientene også. Noen pasienter har gitt tilbakemelding om at det er avslappende å komme til meg. Dessuten opplever jeg at jeg får mer ut av pasientene når jeg er rolig og lyttende.

UTPOSTEN: Har du lært deg dette, eller er de personlige egenskaper du bærer med deg?

– Noe har jeg med meg fra før, men samtidig så har jeg lært underveis. Jeg har i flere år hatt førstesemester legestudenter utplassert i min praksis, som jeg skal undervise i kommunikasjon. Jeg blir dermed hele tiden påminnet at kommunikasjon er viktig. Dessuten er jeg en nysgjerrig type og med mange pasienter med innvandrerbakgrunn, stiller jeg ofte spørsmål til meg selv; hvorfor gjør jeg dette? Slik er det med studentene også. De stiller spørsmål om hvorfor jeg gjør ting på den og den måten, slik holder jeg bevisstheten rundt dette ved like.

Skulle bli lærer

Den 46 år gamle allmennlegen har også engasjert seg som veileder for spesialistkandidater. Hun har hatt en gruppe, noe hun opplever som veldig kjekt og lærerikt. Dette er også en rolle hun har mestret godt, i følge kolleger under veiledning. Vennlig og lavmalt, men klar og tydelig, er stikkord som blir brukt for å beskrive henne.

Før Anh kom til Norge som 15-åring hadde hun nettopp et ønske om å bli lærer, men oppdaget fort at det ikke var bare enkelt å lære seg et helt nytt språk. Hvis hun skulle realisere drømmen om å bli lærer innså hun at hun måtte mestre språket fullt ut. Hun opplevde dessuten at to onkler som var lærere i Vietnam, måtte omskoleres i Norge, og hun tenkte da at å utdanne seg til lærer ikke var så gunstig.

– Men tilfeldigvis har jeg så peilet meg inn på noe i den retning. Jeg søkte på en utlyst praksislærerstilling i 1996 uten store forhåpninger om å få den, da jeg likevel fikk tilbudet, ble jeg veldig glad! Jeg var kommet til et punkt der jeg ville prøve noe nytt og jeg har dessuten funnet ut at det er godt for meg å



forandre arbeidsoppgaver, å gjøre andre ting som gir meg variasjon og som gir inspirasjon og mer energi, det forebygger utbrenthet, tror jeg.

Lege for minoriteter

UTPOSTEN: Hva med utfordringene i å være fastlege for en befolkning med såpass stor innvandrerbefolkning, det må jo være slitende, undrer jeg?

– Dette er jo hverdagen for meg, påpeker Anh, jeg har jo ikke jobbet noe annet sted! Dessuten er helsetjenesten i Stovner bydel godt organisert. Men det er selvsagt hektisk.

Hun trekker frem at pasientpopulasjonen har et spesielt stort behov for informasjon. Når folk flytter til et nytt land, brytes relasjoner, man får mindre nettverk, erfaring føres ikke videre fra generasjon til generasjon. Hennes inntrykk er at innvandrere ikke får med seg generelle informasjonen fra ulike medier i like stor grad som nordmenn gjør. Ikke alle innvandrere har syklubb, venner og lignende nettverk, der informasjon, råd og tips deles.

– Jeg reiste en gang i et sykebesøk til et ungt par som ikke hadde noe slekt eller nettverk i Norge. De hadde en baby på en uke og visste ikke hvordan man skulle gi smokk eller flaske til babyen. Det er en del praktiske spørsmål som dette folk kommer for.

UTPOSTEN: Hvordan er helsetjenesten dimensjonert i Groruddalen i forhold til pasientpopulasjonen?

– Før fastlegeordningen ble innført var det en diskusjon om man skulle vekke innvandrerbefolkningen og de over 70 år, slik man f.eks. har gjort i England, men man kom fram til at det ikke var noen grunn til å gjøre dette. Så man har samme antall pasienter på listen som i andre bydeler. Men min og andre kollegers erfaring er at 300 pasienter per kurative dag er for mye! Jeg tror arbeidsmengden er større hos oss. Gruppen har større legesøkning, det tar mer tid i konsultasjonen. Bruk av tolk for eksempel, selv om de konsultasjonene ofte er de beste. Mange føler at de behersker norsk godt nok og ønsker ikke tolk, likevel sitter de med mange spørsmål etter at jeg har gitt informasjon, det kan være frustrerende. At mange bruker pårørende og barn som tolk er også en utfordring og en etisk problemstilling.

Hun legger til at det også er mange ressurssterke i denne gruppen, både blant tolker og pårørende, og man kan få mye nyttig informasjon som kan hjelpe i behandlingen av pasienten.

– Et godt eksempel på det er en historie fra min egen praksis. Det er litt komisk å tenke

på i etterkant. Jeg opplevde at mange pakistanske kvinner kom til meg og var plaget av tørr hud og kløe på hender og kropp. De fortalte at de vasket seg mange ganger om dagen. Mitt første spontane råd var dermed at de ikke måtte vaske seg så ofte, det var ikke nødvendig. Men så kom de tilbake med samme problemstilling. En tid senere kom det en eldre kvinne til meg. Hun fortalte at hun var muslim. Derfor ber hun fem ganger om dagen, og da må man være renslig. Man må vaske seg i ansiktet, på hendene og nedentil. Det gikk et lys opp for meg! Da nytter det ikke å si at man skal vaske seg mindre. Så det gjelder å få fram hvorfor de gjør ting, for som regel er det en grunn, og i deres øyne, ofte en god grunn. Hvis man viser respekt for pasientens holdning og aksept for deres måter å leve på, får man innsikt i hvorfor de gjør det slik, da er det lettere å tilpasse råd. Dette synes jeg er utrolig spennende og lærerikt. Det kompenserer for det travle og det som noen ganger blir tungt.

Anh mener dessuten at man bør unngå å generalisere og si at alle i innvandrerpopulasjonen er krevende. De er også en sammensatt gruppe. Når hun møter en innvandrerpasient har hun god erfaring med å møte med blanke ark. De har alle ulik kulturell bakgrunn og ulikt utdanningsnivå. Noen er ressurssterke og veltilpasset i det norske samfunn, andre trenger mye råd og støtte.

Egen migrasjonserfaring

Anh Thi Tran vokste selv opp i Saigon i Sør-Vietnam. Som 15-åring flyktet hun sammen med familien, med mor, bror, bestemor, tre onkler og deres familier – hele mors slekt. Hun kom hun til Norge i 1980. Familien bodde en kort stund i Oslo, før de flyttet til Nøtterøy, der Anh fullførte videregående skole på fire år.

– Der lærte jeg språket, noe som raskt ble et mål for meg etter at jeg kom til Norge. Men norsk er ikke lett å lære. Vietnamesisk og norsk er to veldig ulike språk. Vi har samme alfabet, ellers er både ordene og grammatikken forskjellige. Men jeg må si jeg har vært svært heldig, vi kom til Norge i en tid da nordmenn var mindre skeptiske til innvandring. Og stedet vi kom til møtte oss med åpne armer.

UTPOSTEN: Vietnamesere går jo for å være en folkegruppe som er lett integrerbar, skyter jeg inn?

– Ja, heldigvis. Jeg tror det har med at vi er mindre tradisjonsbundne og tilhører liberale religioner. Når man kommer til et nytt land med ny kultur, så har mange lett for å beskytte sine egne vaner og tradisjoner, kanskje blir

man ekstra opptatt av å bevare sine egne tradisjoner enn om man hadde bodd i sitt eget hjemland?

UTPOSTEN: Holder du fortsatt på noen vietnamesiske tradisjoner?

– Ja, jeg feirer vietnamesisk nyttår, riktignok mye enklere enn man gjør i Vietnam. Og så prøver jeg å ha hyppig kontakt med mine slektninger – litt mer sånn åpent hus, det å holde hjemmet mitt åpent. Det er vanligere hos vietnamesere å gå på besøk uten å avtale på forhånd. Jeg synes det er koselig med impulsbesøk uten klare avtaler lang tid i forveien. Vi har også generelt lavere forventninger når vi går på besøk. Verten byr på en kopp kaffe eller te, litt frukt, det du har.

UTPOSTEN: Hvordan har din vietnamesiske bakgrunn preget deg som fagperson?

– Dersom min bakgrunn har påvirket meg, så kan det nok være at jeg har blitt mer lyttende, jeg måtte tidlig ha alle antenner ute for å lære norske ord og uttrykk. I medisinstudiet lærte jeg alle faguttrykk, men hvordan folk brukte dette for å beskrive sine sykdommer og plager/symptomer, var uvant for meg. Minoritetspasienter fra andre kulturer har ulike måter å presentere sine plager på. Jeg må få med meg både verbale og non-verbale uttrykk. Slik oppfatter flere meg som lyttende. Jeg har også en forståelse for hvor krevende det er å være fremmed i et nytt land. Det er litt lettere for meg fordi jeg har vært gjennom den samme migrasjonsprosessen selv. Men samtidig skiller jeg meg fra en del innvandrere fordi mange lever veldig tradisjonelt. Så jeg kan i noen tilfeller bruke min erfaring, men der kan være mange fallgruver og store forskjeller. Det er jeg ydmyk for.

Hun tror at både norske og vietnamesiske venner oppfatter henne som veldig norsk. Det er kanskje ikke så rart, hun kom jo til Norge som veldig ung og har vært gift med en norsk mann i 18 år, derfor lever hun veldig tett på norsk kultur. Slik blir man påvirket, om man vil eller ei.

–Jeg er glad for at jeg har vokst opp i et liberalt hjem. Dessuten er jeg åpen for nye impulser. Så jeg er litt vietnamesisk, litt norsk og mest meg selv, ler hun.

Privat blir Anh beskrevet som snill, hjelpsom og med stor omtanke for andre. Hun er en god samtalepartner, er sosial og har god sans for humor. Utenom allmennpraksis og forskning, blir det imidlertid lite tid til fritidsaktiviteter eller spesielle hobbyer:

– Det har vært lite tid til sånne ting, medgir hun. Familien prioriteres, dessuten prøver jeg å holde kontakt med noen få, gode venner. Relasjoner er viktig for meg, så jeg forsøker å holde de gode ved like.



Allmennmedisinske 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.

Akuttmedisin for allmenn

■ **JESPER BLINKENBERG** • Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

HELEN BRANDSTORP • Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

LARS DIDRIK FLINGTORP • Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)

EVA LINNERRUD NYSETER
• Akershus Universitetssykehus

BOAS KRØGH NIELSEN
• Akershus Universitetssykehus

JANECKE THESEN • Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

Mange allmennleger går med liten klump i magen. Hva om det skjer noe på neste vakt, noe stort og skummelt og veldig akutt, – en trafikkulykke, et barn som ikke puster eller en pasient som går i sjokk og jeg ikke får inn venekanyle? Og ambulansen er på annet oppdrag, mens luftambulansen ikke kan fly på grunn av uvær. Kanskje tenker du, det går vel bra på denne vakten også. Slike ting skjer jo tross alt veldig sjelden. Men en dag skjer det, det vet du, i ditt vakt-distrikt eller på ditt legekontor, og du er medisinsk ansvarlig. Det er du som skal kunne de rette grepene og ta de rette avgjørelsene.

I denne artikkelen vil vi peke på noen særlige utfordringer for allmennleger i det akuttmedisinske feltet. Og vi vil presentere et elektronisk hjelpemiddel som kan lette arbeidet for arrangører av akuttmedisinkurs, og som kan bedre utbyttet for kursdeltakerne.



Akuttmedisin for allmennleger PMU 2010.
KURSBILDE/PHOTO: EVA LINNERRUD NYSETER

Allmennlegens utfordringer

Hvis vi holder på dette bildet med en klump i magen, hva skyldes den? Sannsynligvis er det mange årsaker, men usikkerhet på egne kunnskaper og ferdigheter er nok viktig. Kanskje lite akuttmedisinsk trening også bidrar. I tillegg kommer faktorer som at dette er noe vi sjelden er borti, selv om det likevel skjer (1), det er tilstander med en annen tilnærming enn det vi ser i vårt daglige arbeid – en annen arbeidsmetode, og vi samarbeider med ambulansarbeidere – en arbeidsgruppe vi ofte ikke kjenner så godt.

Den allmennmedisinske versus den akuttmedisinske metode

I dette fagfeltet er det vanlig at vi allmennleger tenker for komplisert. Når vi ankommer

en akutt skadet pasient farer kanskje disse tankene gjennom hodet: « Dette ser ille ut, hvordan kan jeg vite hva pasienten feiler? Er det hjertet eller er det lungene, eller kan det være begge deler? Hvis det er både nakke- og ryggskade, og pneumothorax, hvordan skal jeg da legge pasienten? Skal den legges på den siden med pneumothorax, for å 'sikre' funksjonen til den friske lungene, eller på den friske siden fordi det er så smertefullt å ligge på en skadet brystvegg? Eller skal pasienten heller stripes til backboard for å stabilisere nakken og ryggen? »

Gjør det enkelt, sammen

Norsk akuttmedisin handler om mye forskjellig (2), men når det virkelig er alvorlig, handler det om to ting: om å jobbe metodisk



leger på nett

etter den kjente prioriteringen A B C D E, og å jobbe tett sammen med andre. For allmennlegene skiller fagfeltet seg altså på flere måter fra vår vanlige tilnærming på legekantoret. Til vanlig er vi alene med pasienten og starter med anamnese, undersøkelse, eventuelle tilleggsundersøkelser som for eksempel laboratorieundersøkelser, før vi gjør en vurdering og til slutt iverksetter behandlingen. Den akuttmedisinske metoden har en annen flyt. Den begynner med en oppgavefordeling i teamet. Noen ganger skjer det ved at alle tilpasser seg legen, men mer effektivt ved at en gjør en grov oppgavefordeling helt initialt, gjerne på vei til pasienten, enten det er på venterommet eller utenfor kontoret. Ofte betyr det at legen får begynne med undersøkelsen og skaffer seg oversikt. Ambulansepersonell eller sykepleiere/ kontormedarbeidere finner frem utstyr og gjør den mer praktiske pasienthåndteringen.

Legen går altså rett på undersøkelsen uten en omfattende anamnese. Det er det ikke tid til (og ofte har ikke pasienten så mye å si heller). Vi undersøker i prioritert; ABCDE. Dette høres lett ut, men ABCDE glemmes ofte i en presset situasjon. Den må sitte i kroppen. Vi må ha det i fingrene.

Videre skiller den akuttmedisinske tilnærmingen seg også fra den allmennmedisinske metode ved at vi må treffe tiltak etter hvert som undersøkelsen skrider frem når vi finner utilfredsstillende forhold. Under A må ufri luftvei sikres, med sug, svelgtube eller annet, før vi går videre i undersøkelsen til B. Utilstrekkelig ventilasjon på B må avhjelpes før vi

undersøker C. Sånn fortsetter undersøkelsen. Og når vi er kommet til E starter vi på A igjen. For å få til dette sporskiftet må vi øve og trene, øve og trene.

Fremmed landskap

Når folk blir akutt syke, eller faller om, skjer det midt i livet deres, – og nesten alltid utenfor legekantoret. For ikke å snakke om trafikkulykkene, de skjer jo aldri på kontoret. Når legevaktsentralen eller AMK har motatt melding sender de ut alarm, og vi rykker ut og forlater vårt trygge kontor (3). Vi forlater datamaskinen, blodtrykkapparatet, labben med CRP og andre kjære rekvisitter. Og vi tar med oss akuttsekken. (Når så vi i den sist, hva inneholder den og hvor er medikamentene?) Er vi heldige å møte ambulanspersonell, eller enda bedre – rykker ut sammen med dem, er dette kanskje noen vi ikke har sett før, som vi ikke kjenner kompetansen eller lynnet til. Hvordan skal vi samarbeide med dem? Hvilken rolle skal vi ta? Hvordan er man leder med oversikt og innsikt? (4)

For å bøte på all denne usikkerheten er det nødvendig å trene. Mye kan læres på kurs, men vi kan bare bli kjent med eget utstyr og egne samarbeidspartnere ved å øve lokalt, med nettopp vårt lokale utstyr og med våre egne samarbeidspartnere. Heldigvis er lokal tverrfaglig samtrenting forskriftsfestet i Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (5), men det er en lang vei å gå før vi kan si at den bestemmelsen følges i hele landet. Heldigvis finnes det unntak og gode eksempler, som for eksempel kommune-BEST-prosjektet og Bjarkøymodellen (6, 7)

Obligatoriske kurs

Legeforeningen har tatt den allmennmedisinske akuttmedisinklumpen i magen på alvor og vedtatt et minstekrav til akuttmedisinsk kompetanse for allmennleger. Fra og med 2012 er det obligatorisk med 15 timers akuttmedisinkurs for allmennleger for å bli spesialist i allmennmedisin, eller vedlikeholde spesialiteten. Allmennlegene må altså på akuttmedisinkurs minst hvert femte år. Dette

BOKS 1. ABCDE

- A – airways (luftveier)
- B – breathing (respirasjon)
- C – circulation (sirkulasjon)
- D – disability (bevissthet, nevrologi)
- E – extremities/environment/exposure (funn relatert til inspeksjon, samt vurdering av omgivelser og klima)

BOKS 2. ABCDE eller BLÅST

Det finnes også en annen huskeliste enn ABCDE for akuttundersøkelsen som er i bruk i Norge, nemlig BLÅST (Bevissthet, Luftveier, Åndedrett, Sirkulasjon og Temperatur). Disse er nærmest identiske i metode. BLÅST har to fortrinn fremfor ABCDE. Den er tilpasset det norske språket (L = luftveier = A = airways). BLÅST nevner også bevisstheten som eget undersøkelsespunkt. I ABCDE undersøkes bevisstheten kort før A (airways) ved at undersøker snakker til pasienten, mens grundigere sjekk av bevissthet kommer først på D, disability. Likevel brukes ABCDE mest, også her til lands. Det er hensiktsmessig at vi allmennleger bruker samme språk som våre samarbeidspartnere, ikke minst ambulanspersonell. ABCDE brukes også verden over. Kanskje er det mulig for BLÅST-entusiaster å bruke begge huskelistene siden prinsippene er de samme og undersøkelsen så lik?

Avansert hjerte-lungeredning

Faktorer som påvirker effekten av defibrillering

Klikk på punktene

- Tid før sjekk
- Strøm og energi
- Hudkontakt og elektrodeposisjon
- Transkorporal motstand
- Sjøkkets belteform



Den viktigste faktoren er hvor lang tid det går fra sirkulasjonstapets til første defibrillering.

Husk at pauser i trykkløst brystområde må være så korte som overhodet mulig.



krever stor økning i kursaktiviteten, og legeforeningen har utfordret fylkenes kurskomitéer til å sørge for at spesialistkandidatene og spesialistene i allmennmedisin har kurs de kan melde seg på.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har utarbeidet et forslag til mal for innhold og form på disse kursene (8). Noen av hovedpunktene i denne er at kursene bør være praktisk rettet og inneholde minst 50 prosent praktisk trening, at de bør arrangeres av allmennleger i samarbeid med andre aktuelle spesialiteter, særlig anestesileger. I tillegg er det naturlig å ha ambulansepersonell med. Det bør fokuseres på prosedyrer og kliniske problemstillinger som er relevante for allmennleger og legevaktleger, enten fordi disse utføres med regelmessighet, eller fordi dette er sjeldne prosedyrer, som kan være livredende og er relativt enkle å utføre.

Mer praksis på kursene

I utarbeidelsen av kursmalen fant Nklm at selv i kurs med mye praktiske øvelser og scenariotrening, ønsket kursdeltakerne enda mer praktisk trening og mindre teori på kursene; mindre forelesninger og mer øving. Likevel er en viss basisteori nødvendig for at praktisk trening skal ha noen mening. Derfor har Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Nasjonalt senter for prehospital akuttmedisin (NAKOS), Akershus universitetssykehus HF's (AHUS) kompetanseavdeling og Nklm gått sammen i et pilotprosjekt og utarbeidet en elektronisk læringsressurs, et e-læringskurs. Vi ønsker å presentere grunnleggende akuttmedisinteori på allmennmedisinens premisser. På denne måten kan teoretisk undervisning flyttes ut av det oppmøtebaserte kurset og over i et elektronisk forkurs.

E-læringskurs i akuttmedisin for allmennleger

NAKOS har de siste årene lagt mye arbeid i å utarbeide et nettsted med en samling av fritt

tilgjengelig akuttmedisinstoff for hele helse-tjenesten. Dette e-læringskurset for allmennleger ligger på NAKOS' hjemmeside www.nakos.no og er også gratis og fritt tilgjengelig for alle som registrerer seg som bruker. Det inneholder fire kapitler; pasientundersøkelsen, luftveishåndtering, hjerte- og lungeredning, og anafylaksi. Grunnleggende teori blir her presentert i en kort og konsis form med ulike pedagogiske virkemidler; tekst, bilde, video, noen interaktive presentasjoner og enkle oppgaver. Til hvert kapittel hører det en emnetest. Kurset avsluttes med en obligatorisk evaluering og kursprøve med flervalgsoppgaver. 70 prosent riktige svar gir bestått kursprøve. Det er imidlertid ikke noen begrensning i hvor mange ganger kursdeltakerne kan forsøke å bestå kursprøven. Tanken bak er at det er mye læring i å jobbe med kursprøven. Når kursprøven er bestått og evalueringen fylt ut, kan kursbevis lastes ned og skrives ut.

Hvordan bruke e-læringskurset

Kurset er utarbeidet for at kursarrangører i de obligatoriske akuttmedisinkursene for allmennleger kan bruke dem som en del av kurset, før den praktiske treningen. De kan også brukes på de fylkesvise akuttmedisinkursene for turnusleger som har tilsvarende innhold. Grunnleggende teori er da presentert før kursstart og man kan tidligere komme i gang med det mest nyttige – den praktiske treningen. Hvordan gjennomføres dette da rent praktisk?

Det er viktig at et forkurs, eventuelt med kursprøve, er annonsert ved kurspåmelding. Det betyr at det må stå i kursannonsen at kurset inneholder et elektronisk forkurs med kursprøve. Vi har stipulert tiden til e-læringskurset til tre timer og fått det godkjent som tre kurstimer i spesialitetskomitéen. Noen vil nok kunne gjennomføre kurset raskere, andre bruker lengre tid. Et oppmøtebasert 15 timers akuttmedisinkurs som bruker e-læringskurset som obligatorisk forkurs vil da bli et 18 timers akuttmedisinkurs.

Når det nærmer seg kursstart, sender kursleder e-post til alle kursdeltakerne med lenke til NAKOS sin hjemmeside, med en kort beskrivelse av hvordan de logger seg inn hvor på nettsiden de finner kurset. Vår erfaring er at denne e-posten bør sendes kursdeltakerne ca tre uker før kursstart. Husk å opplyse om at kursbeviset må skrives ut og tas med ved kursstart, eventuelt at kursbeviset sendes som vedlegg i e-post til kursleder.

Tekniske krav

E-læringskurset kan gjennomføres på en vanlig datamaskin som har Adobe Reader og Adobe Flashplayer. Dette finnes på nesten alle datamaskiner i dag, eventuelt kan det lastes ned gratis.

Tilbakemeldinger fra kursdeltakere

Pilotversjoner av e-læringskurset har vært brukt i litt ulike versjoner på fem akuttmedisinkurs (Primærmedisinsk uke 2010, Akuttmedisinkurs for turnusleger i Oslo og Akershus vår og høst 2011, Allmennmedisinsk våruke i Kristiansand mai 2011 og Akuttmedisinkurs for allmennleger i Hordaland oktober 2011). Tilbakemeldingene har vært nyttige og ført til justeringer i prosjektet. Blant annet er kravene til programvare på datamaskinen som skal benyttes redusert slik at kurset lettere kan gjennomføres teknisk.

De fleste tilbakemeldingene vi har fått peker på at det er bra og nyttig med teoretisk forberedelse til det praktiske kurset. Få ville ellers tatt seg tid til å forberede seg til et slikt kurs.

Vi var spente på om kursdeltakerne ville reagere negativt på at det er kursprøve. Det er ingen tradisjon for kursprøver i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Likevel syntes kursdeltakerne det var helt greit, både å bli testet, og å dokumentere det med kursbevis. Det hører med til historien at alle bestod kursprøven.



Lokal samtrening

Vi tror kurset også har potensial til å bli brukt på andre måter enn som elektronisk forkurs til akuttmedisinkurs. Stadig flere kommuner og legevakter ser verdien av lokal akuttmedisinsk samtrening. E-læringsverktøyet kan godt brukes som teoretisk basis for slik trening. Enten kan det brukes som teoriforbereelse for alle deltakerne, eller som grunnlag for teoretisk presentasjon. Dette vil også skape en større forståelse for hva som er allmennlegenes kunnskapsnivå blant samarbeidspartnere, ambulansepersonell, legevaktpersonale, sykepleiere osv.

Repetisjon

Kunnskap er en skjør greie. Ting glemmes. Med tilgang til e-læringskurset kan kursdeltakerne få repetert akuttmedisinteorien hvor som helst når de har nettilgang. Dette kan kanskje være aktuelt som forberedelse og oppfrisking før første vakt etter vaktfri periode? Ressursen er for den del også tilgjengelig for andre som er interessert.

Nasjonale prinsipper

Dette e-læringskurset er et samarbeid mellom flere miljøer, spredt geografisk fra Tromsø til Akershus og Bergen, og faglig mellom legevaktmedisin og allmennmedisin, anesthesiologi og ambulanse. Vi har forsøkt å gi en presentasjon som kan passe for alle. Likevel er det helt sikkert noen punkter som kan diskuteres og vil gjøres litt annerledes lokalt, og lokal tilpassning vil alltid være viktig. Men et slikt verktøy som er tilgjengelig i hele landet, gir mulighet til at nasjonale akuttmedisinske prinsipper blir kjent og samordnet, og stoffet kan lett oppdateres og endres ved for eksempel ny kunnskap, nye retningslinjer, eller nye algoritmer. I tillegg vil det gi muligheter for å holde oversikt over hvor mange allmennleger og andre landet over som gjennomfører e-læringskurset.

Veien videre

E-læringskurset er et resultat av et pilotprosjekt der målet var å se på muligheten for å produsere en e-læringsressurs i akuttmedisin for allmennleger. Vi valgte ut noen sentrale områder vi produserte stoff for. E-læringskurset er således ikke komplett i forhold til teori til de praktiske akuttmedisinkursene. Blant annet har det kommet forslag om et eget kapittel om traumehåndtering. Det er mulig å bygge på e-læringskurset med slike nye kapitler. Men vi bør være oppmerksom på at kurset ikke bør være for stort. Hvis det en gang i fremtiden skulle bli for mange kapitler tilgjengelig i kurset, finnes det tekniske løsninger for at den lokale kurskomiteén kan velge hvilke kapitler de ønsker skal brukes for sitt aktuelle kurs.

Et samarbeidsprodukt

Prosjektet har blitt gjennomført med stor grad av dugnadsinnsats og samarbeid mellom flere aktører og ildsjeler. Takk for hjelp til fotoseier fra Gunnar Graff og Tromsø legevakt. Også takk for flott innsats ved produksjon av videoer til Kåre Eide (fotograf), Mårten Sandberg, Anders R Nakstad og Sofie Langvad. Vi vil også takke Kristian Lexow og Norsk Resuscitasjonsråd for at de velvillig har latt oss bruke sitt undervisningsmaterieell ved utarbeidelse av hjerte-lungeredningskapittelet. Prosjektet har mottatt økonomisk støtte fra NSDM, Nklim, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og Legeforeningen.

«Slitan»

Avslutningsvis vil vi ønske alle kurskomiteéene for akuttmedisinkurs, allmennleger og ellers

andre god jul og til lykke med årets første julepresang, en ny elektronisk læringsressurs – et e-læringskurs. «Slitan» og lykke till!

REFERANSER

1. E Zakariassen, H Sandvik, S Hunskaar. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. Emerg Med 2008; 25:528–533.
2. S Rørtveit. Allmennmedisinsk akuttmedisin – empirien gjev rettleiing til handling. Utposten 2009 Nr 5 s 7–11.
3. J Blinkenberg, Å Jensen, K Press. Helse radio og varsling ved rød respons sett fra AMK. Utposten 2009 Nr 2 s. 29–33.
4. H Brandstorp. Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Utposten 2006 Nr 5 s. 5–11.
5. FOR 2005-03-18 nr 252, Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
6. http://www.nsdml.no/kommune_best_
7. F Hilpüsch, P Parschat, S Fenes P. Bjarkøymodellen – et lokal akuttmedisinsk team. Utposten 2011 Nr s. 13–16.
8. J Blinkenberg, T Nieber, J Thesen. Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger – en kursmal. Rapport Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2008 http://helse.uni.no/upload/Akuttmedisinkurs_allmennleger_mal.pdf

jesper.blinkenberg@uni.no



Besøklegen.no

Ny selvbetjeningsløsning for legekantor og pasienter



Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Hva er Besøklegen.no?

Besøklegen.no er en ny og brukervennlig løsning for legekantor som vil tilby pasientene timebestilling på nett, eKonsultasjon eller fornying av resept via ePortal.

Gjennom www.besøklegen.no tilbyr vi også hjemmeside for legekantoret og en søketjeneste/veiviser for pasientene som gjør det enklere å finne sitt legekantor og hvilke tjenester de tilbyr.

ePortal – enkelt og effektivt!

ePortal er en tjeneste for legekantoret som gjør det mulig å være mer tilgjengelig for pasientene og redusere antallet henvendelser på telefonen.

ePortal er annerledes enn andre

ePortal skiller seg fra andre løsninger ved at timeboken pasienten ser alltid er 100 % oppdatert med legens timebok i WinMed. Løsningen er også beskyttet med sikker pålogging i tråd med kravene i Normen, noe som gjør det mulig for legen å besvare spørsmål som inneholder sensitiv informasjon.

ePortal inneholder

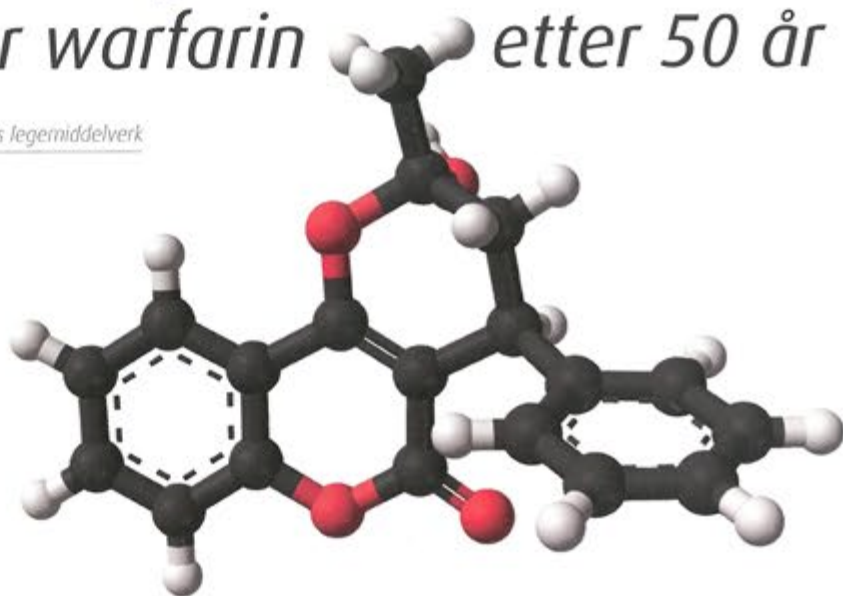
- Timebestilling på nett.
- Fornyng av resept på nett.
- eKonsultasjon – spørsmål og svar fra/til pasienten.
- Påminnelse via SMS og epost.

Antikoagulasjon

- konkurranse for warfarin etter 50 år

■ STEINAR MADSEN • KRISTIN SVANQVIST *Statens legemiddelverk*

Warfarin ble godkjent i Norge i 1962, og feirer derfor snart 50 år. I løpet av få år er det kommet tre nye legemidler som tar opp kampen med warfarin. Disse tre legemidlene er alle prøvd ut i store pasientstudier og har vist seg å være like effektive som warfarin ved ulike tilstander.



Fordelen med de nye legemidlene (TABELL 1, s. 12) er at behandlingen ikke behøver å kontrolleres på samme måte som med warfarin. Det er likevel snakk om dosejusteringer i ulike situasjoner (alder, nyrefunksjon, interaksjoner). Siden blodfortynningsgraden ikke måles er det særlig viktig at pasientene får riktig dose og at legen justerer dosen dersom pasientens tilstand endrer seg. Ulempen med

de nye legemidlene er at de koster mye mer enn warfarin. På den annen side kan man spare et betydelig antall INR-prøver. Fastlegene tar om lag 1 million INR-prøver årlig. I tillegg kommer prøver som tas på sykehus, sykehjem og andre institusjoner.

Farmakologiske egenskaper

Det er forskjeller mellom legemidlene når det gjelder farmakologiske egenskaper. Noen sentrale opplysninger finnes i TABELL 2 (s. 13), for øvrig henvises det til preparatomtalene.

Dabigatran skiller overveiende ut i urinen og vil derfor få høyere konsentrasjon hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Kort tid etter at dabigatran ble tatt i bruk høsten 2011 ble det meldt om blødningstilfeller i flere land hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. De europeiske legemiddelmyndighetene innførte derfor krav om undersøkelse av nyrefunksjonen før oppstart av behandling og jevnlig kontroll under pågående behandling.

Apixaban og rivaroxaban skiller delvis ut i urinen, og dosejustering kan være nødvendig. Ingen av de nye legemidlene anbefales brukt hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon.

Dabigatran skal ikke brukes ved glomerulær filtrasjonsrate (GFR) < 30 ml/min, mens apixaban og rivaroxaban ikke anbefales ved GFR < 15 ml/min.

Måling av blodfortynningsgrad

Blodfortynningsgraden ved de nye legemidlene kan måles med spesifikke metoder, men på de fleste norske sykehus er disse metodene for tiden ikke tilgjengelige.

aPPT og INR er tilgjengelige på norske sykehus og kan gi nyttige opplysninger i akutte situasjoner (større blødninger, akutte operasjoner). For tolkning av svarene bør en spesialist konsulteres.

Det finnes ingen spesifikk motgift mot de nye legemidlene, og ved akutt kirurgi og større blødninger bør en rådspørre en spesialist om mulige behandlingsalternativer.

Hvilke pasienter bruker blodfortynning i Norge?

I 2010 var det om lag 89 000 pasienter som fikk utlevert warfarin på norske apotek. Av disse er det omtrent 50 000 som har atrieflimmer. Resten fordeler seg på kunstige hjerte-klaffer, venøs tromboemboli (VTE), hjertesviikt, medfødt tendens til blodproppdannelse og andre tilstander.

Det er trolig en underbehandling av pasienter med atrieflimmer (både kronisk og anfallsvis) på grunn av at både leger og pasienter har en viss motvilje mot warfarin, særlig gjelder dette de eldste pasientene. Det er trolig at de nye legemidlene vil føre til at flere pasienter får behandling i tråd med gjeldende retningslinjer.

Pasientutvelgelse og informasjon

All blodfortynning medfører økt risiko for blødninger – slik at uansett hvilket legemiddel man velger krever det nøyaktig diagnose, god informasjon og oppfølging av pasienten. SE FAKTABOKS 1.

I forbindelse med lanseringen av de nye legemidlene blir det utarbeidet informasjonsmateriell som består av tre deler: Preparatomtale, forskrivningsveiledning (en forkortet versjon av preparatomtalen) og pasientkort. På samme måte som ved warfarinbehandling bør alle pasienter utstyres med pasientkort der dose og årsaken til behandlingen er angitt.

Sjekkliste ved antikoagulasjonsbehandling

FAKTABOKS 1

- Skal pasienten ha antikoagulasjon?
- Hva sier retningslinjene?
- Hvilket legemiddel er best egnet for pasienten?
- Hvor lenge skal han eventuelt ha behandling?
- Har pasienten større risiko for blødninger enn vanlig?
- Bruker pasienten legemidler som er kontraindisert eller har betydelige interaksjoner?
- Har legen sjekket interaksjonstabellen?
- Greier pasienten å ta medisiner riktig?
- Hvilken dose skal han ha?
- Hvilket kontrollopplegg er nødvendig?
- Har pasienten fått informasjon om å kontakte lege eller apotek før han bruker reseptfrie legemidler eller naturmidler?
- Har pasienten fått beskjed om å kontakte lege ved blødninger eller tegn på terapivikt?
- Har pasienten fått pasientkort?
- Har pasienten fått beskjed om å lese pakningsvedlegget?
- Er det nødvendig med spesialistvurdering?

Uavklarte problemstillinger

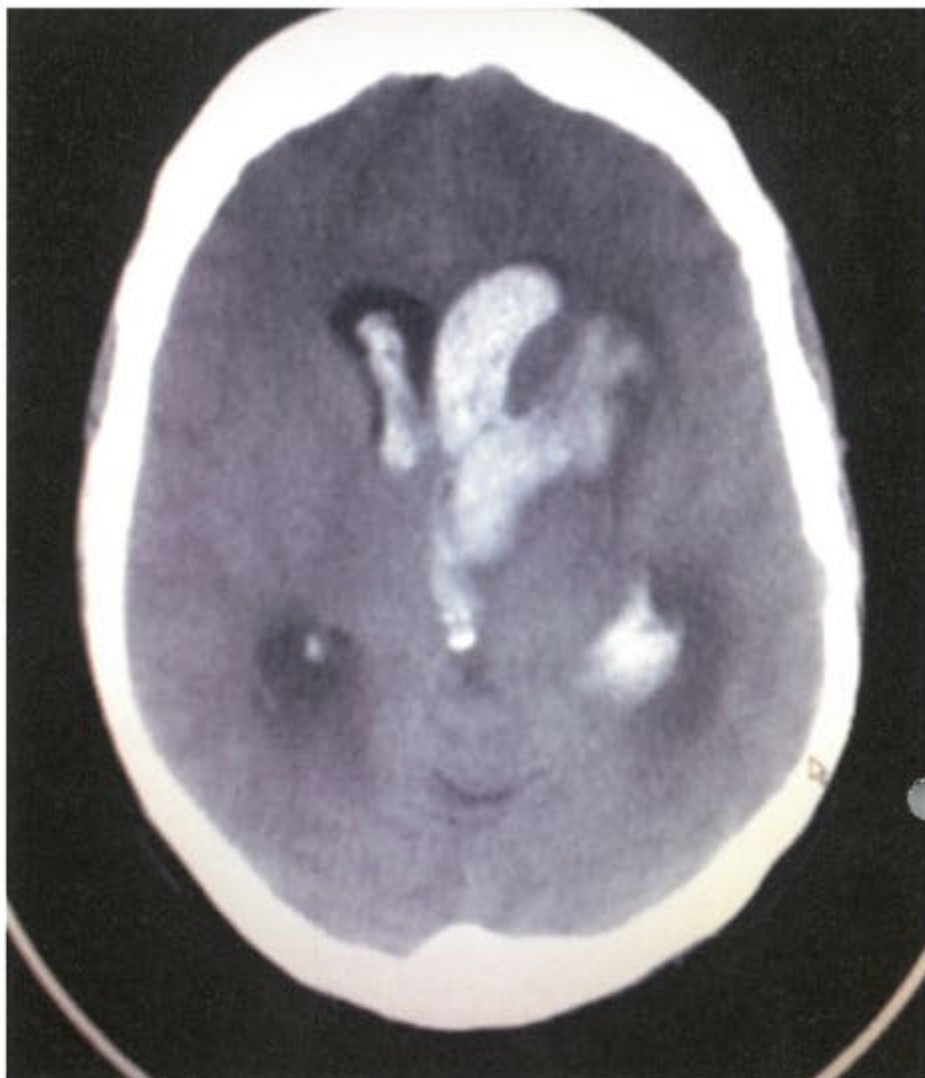
Det kan oppstå en lang rekke problemstillinger hos pasienter som bruker blodfortynnende legemidler, slik som blødninger, akutt sykdom, tannbehandling, graviditet og nyresvikt bare for å nevne noen. Lang erfaring med warfarin har lært oss hva vi bør gjøre i ulike situasjoner, tilsvarende erfaring finnes ikke med de nye legemidlene. Det vil etter hvert bli laget norske retningslinjer. Svenska Sällskapet för Hemostas och Trombos har laget en klinisk veileder som gir nyttige råd (1). Det er viktig at de nye legemidlene bare brukes i henhold til preparatmtalen (2). Alle leger som forskriver disse midlene må sette seg godt inn i preparatmtalen og eventuelt spørre en spesialist om råd.

Bivirkninger og terapivikt

Med alle antikoagulasjonsmidler kan pasientene oppleve både bivirkninger (særlig blødninger) og terapivikt (blodpropp). I de store studiene som sammenligner warfarin med de nye legemidlene er det noen fellestrekk som går igjen.

Pasienter som får god warfarinbehandling har omtrent like gode resultater som med de nye legemidlene. Kvaliteten på warfarinbehandling måles ved såkalt TTR (Time in Therapeutic Range). I RE-LY-studien (dabigatran versus warfarin ved atrieflimmer) var TTR for de norske sentrene som var med i studien 70 prosent (3). Dette regnes som et godt resultat. Hvor høy TTR er i norsk allmennpraksis har vi ingen sikre tall på, men det ligger trolig i samme område. Det er derfor usikkert hvor stor en eventuell klinisk fordel vil være med de nye legemidlene i Norge. Dette må man ta hensyn til når en regner på kostnadene.

Alle studiene har vist betydelig reduksjon



Alle studiene har vist betydelig reduksjon av intrakranielle blødninger sammenlignet med warfarin.

av intrakranielle blødninger sammenlignet med warfarin. Årsaken til dette er usikker, men kan ha sammenheng med at warfarin påvirker flere koagulasjonsfaktorer enn de nye legemidlene og at det kan ha større betydning i hjernen. De nye legemidlene står på Legemiddelverkets overvåkningsliste. Vi ber leger være nøye med å melde alle bivirkninger til RELIS (4). Legene bør beskrive den kliniske situasjonen rundt bivirkningen. Forelå det for eksempel nyresvikt eller var det

manglende etterlevelse eller uheldig dosering? Slik informasjon er nyttig når det gjelder å identifisere problemstillinger som bør tas med når vi skal lage retningslinjer for riktig bruk.

Det er viktig at legene følger indikasjonen. De nye legemidlene er for eksempel ikke utprøvd på pasienter med kunstige hjerteklaffer. Det er meldt om to tilfeller av ventiltrombose i Norge etter at pasientene skiftet fra warfarin til dabigatran. Atrieflimmerpasienter med alvorlige klaffefeil og kunstige hjerteklaffer skal behandles med warfarin inntil det eventuelt foreligger resultater fra kliniske studier med de nye legemidlene.

Legemidler som øker blødningsfaren (platehemmere, NSAIDs) bør bare kombineres med blodfortynnende legemidler når det er helt nødvendig behandling.

Refusjon

Per 1. desember 2011 er dabigatran (Pradaxa) ikke på blå resept for behandling av atrieflimmer. For pasienter der det er vanskelig å holde INR innenfor terapeutisk område (målverdi 2,5, spredning 2,0–3,0), eller som har warfarinresistens, kan det søkes om individuell refusjon på blå resept. Fastlegen kan søke om individuell refusjon dersom behandling med dabigatran er anbefalt eller påbegynt

Tabell 1. Perorale blodfortynnende legemidler

VIRKESTOFF	HANDELSNAVN	VIRKNINGSMÅTE	GODKJENTE INDIKASJONER (1.12.2011)	MULIGE FREMTIDIGE INDIKASJONER
Warfarin	Marevan Warfarin Orion	Vitamin K-antagonist	Atrieflimmer VTE Tromboseprofylakse M.fl.	
Apixaban	Eliquis	Faktor Xa-hemmer	Tromboseprofylakse ved hofte- og knekirurgi	Atrieflimmer? DVT/VTE*?
Dabigatran	Pradaxa	Faktor IIa-hemmer	Tromboseprofylakse ved hofte- og knekirurgi Atrieflimmer	
Rivarozaban	Xarelto	Faktor Xa-hemmer	Tromboseprofylakse ved hofte- og knekirurgi	Atrieflimmer og DVT anbefalt godkjent, venter på vedtak i EU-kommisjonen Akutt koronarsykdom?

* VTE, venøs tromboemboli; DVT, dyp venetrombose

av spesialist i indremedisin eller av sykehus. Pasientene kan også delvis få dekket utgiftene til legemidlene gjennom bidragsordningen.

Legemiddelverket arbeider med å vurdere kostnadseffektiviteten av behandling med dabigatran i forhold warfarin. Vurderingen forventes å være ferdig våren 2012.

Både dabigatran og rivaroxaban (Xarelto) har refusjon for postoperativ tromboseprofylakse ved kne- og hoftekirurgi.

Konklusjon

Nye antikoagulasjonsmidler gjør behandlingen enklere for pasientene, de slipper INR-kontroller. Samtidig kan dette gi en utfordring når det gjelder etterlevelse av behandlingen siden pasientene ikke behøver å komme til regelmessig kontroll. Det er ikke grunnlag for å skifte pasienter som er velregulert på warfarin over på nye legemidler.

Alle leger må sørge for god oppfølging av pasientene. Det er viktig både for å unngå blødninger og terapisivikt uansett terapivalg. Risikoen ved nye antikoagulasjonsmidler må ikke undervurderes.

VIRKESTOFF	DOSEERING (GODKJENTE OG NYE INDIKASJONER)	HALVERINGSTID	UTSKILLELSE	INTERAKSJONER
Apixaban	2,5 mg x 2 5 mg x 2	12 timer	27% utskilles i urinen	Økt konsentrasjon med hemmere av CYP3A4 og P-glykoprotein, redusert konsentrasjon med induktorer av CYP3A4 og P-glykoprotein
Dabigatran	150 mg x 1 220 mg x 1 110 mg x 2 150 mg x 2	12-14 timer	85 % utskilles i urinen	Hemmere av P-glykoprotein gir økt konsentrasjon, bruk sammen med ciklosporin, takrolimus og ketokonazol er kontraindisert
Rivaroxaban	10 mg x 1 15 mg x 1 20 mg x 1	7-11 timer	33 % umetabolisert via nyrene 67 % metaboliseres og skilles ut i feces og via nyrene	Økt konsentrasjon med hemmere av CYP3A4 og P-glykoprotein, redusert konsentrasjon med induktorer av CYP3A4

TABELL 2. Farmakologiske egenskaper

REFERANSER

1. Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas. Nye perorala antikoagulantia – kliniska råd. www.sshst.se
2. Statens legemiddelverk. Legemiddelsøk. www.legemiddelverket.no
3. Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for

stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *Lancet* 2010; 376: 975-83.

4. RELIS. www.relis.no

steinar.madsen@legemiddelverket.no
kristin.svanqvist@legemiddelverket.no

UiO : Universitetet i Oslo

Norges fremste lederutdanning for helsesektoren: Erfaringsbasert mastergrad i helseadministrasjon

Søknadsfrist: 1. mars 2012

Det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon er et høyere studium med 30 studieplasser. Gjennom studiet skal studentene utvikle ferdigheter som er nødvendige for ledelse i helsesektoren. Det blir blant annet lagt vekt på ledelse av utviklings- og omstillingsprosesser, analyse og forståelse av endringer i befolkningens bruk av helsetjenester, helseøkonomi og vurdering av kvalitet og effektivitet i helsesektoren.

Spennende fagmiljø

Ved avdelingen vil du møte de fremste forskerne innen helseledelse, helseadministrasjon og helseøkonomi i Norge. Våre forskere arbeider med aktuelle helsepolitiske spørsmål i nært samarbeid med helseforvaltningen og helsesektoren for øvrig.

Inspirerende studentmiljø

Studieperioden gir deg en unik mulighet til å møte andre framtidige ledere i helsetjenesten gjennom gruppeprosesser, samarbeid og ekskursjoner. Du blir del av et nettverk som møtes etter studiet gjennom årlige samlinger.

1 1/2 års studium, med muligheter for deltidsstudium

Studiet starter i midten av august og krever fulltids deltakelse i høstsemesteret, samt en uke i januar og to dager i februar. I vårsemesteret skal det også tas to valgfrie ukeskurs. Tredje semester er avsatt til arbeid med masteroppgaven. Andre og tredje semester kan tas over en lengre periode. Studiet er gratis med unntak av semesteravgiften.

Opptak

Det kreves utdanning fra minimum bachelornivå, samt minst tre års erfaring fra helsesektoren. I søknaden må du eller arbeidsgiver begrunne hvorfor du vil ha nytte av utdannelsen, og vi ønsker at du legger ved et anbefalelsesbrev og oppgir en referanseperson. Søknadsskjema: se våre nettsider.



Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo

<http://www.uio.no/studier/program/erf-helseadm-master>

Behandling av **overvekt** hos barn og unge i allme

– spørsmål og svar

■ **MAGNHILD L. POLLESTAD KOLSGAARD**
Klinisk ernæringsfysiolog, stipendiat ved
Barneklivnikken, Oslo universitetssykehus

METTE SVENDSEN • klinisk ernæringsfysiolog,
ph.d., Klinikk for forebyggende medisin, Oslo univer-
sitetssykehus

ERLEND T. AASHEIM • lege, ph.d., Department
of Public Health and Primary Care, University of
Cambridge, England

MARTIN HANDELAND • fastlege/spesialist i
barnesykdommer, Legene Handeland og Smidsrød,
Sandefjord

JØRAN HJELMESÆTH • spesialist i indremedisin
og nyresykdommer, dr.med, Senter for sykkelig
overvekt i Helse Sør-Øst, Sykehuset i Vestfold

Omlag 15–20 prosent av barn og unge i Norge har overvekt eller fedme (1–3). Overvekt og fedme kan være vanskelig å håndtere både for den overvektige selv og for helsepersonell, og temaet kan være vanskelig å ta opp med familien. Å oppnå en reduksjon i overvekt/fedme krever både langvarig endring av levevaner og regelmessig oppfølging. Det er nylig publisert europeiske anbefalinger (4) og nasjonale retningslinjer (5) for utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten. Med utgangspunkt i de nye retningslinjene og klinisk erfaring vil vi besvare sentrale praktiske spørsmål omkring behandling av overvekt og fedme hos barn og ungdom i allmenpraksis.

Hva er iso-KMI og hvordan brukes begrepet?

I Norge brukes begrepet iso-KMI for å benevne kjønns- og aldersjusterte KMI grenser (kg/m^2) for henholdsvis overvekt (iso-KMI 25), fedme (iso-KMI 30) og alvorlig fedme (iso-KMI 35) blant barn og unge i alderen 2–18 år (6). Grensene fremgår av tabeller (TABELL 1), og på nye norske KMI-prosentilskjema (7) i Norsk elektronisk legehåndbok (8). Iso-KMI benyttes også til å sette behandlingsmål (TABELL 2, s. 15). KMI høyere enn iso-KMI 25 bør føre til økt oppmerksomhet fra helsepersonell, særlig hvis begge foreldrene er overvektige, dersom det foreligger en familiar risiko for metabolsk syndrom eller at barnet krysser KMI-prosentiler oppover (5).



kt og fedme ennmedisin

TABELL 1. Aldersjusterte grenseverdier for kroppsmasseindeks (iso-KMI verdier)

ALDER (ÅR)	iso-KMI 25		iso-KMI 30		iso-KMI 35	
	OVERVEKT		FEDME		ALVORLIG FEDME	
	GUTTER	JENTER	GUTTER	JENTER	GUTTER	JENTER
2	18	18	20	20	25	25
2,5	18	18	20	20	25	25
3	18	18	20	19	25	24
3,5	18	17	19	19	24	24
4	18	17	19	19	24	24
4,5	17	17	19	19	24	24
5	17	17	19	19	24	24
5,5	17	17	19	19	24	24
6	18	17	20	20	25	25
6,5	18	18	20	20	25	25
7	18	18	21	21	26	26
7,5	18	18	21	21	26	26
8	18	18	22	22	27	27
8,5	19	19	22	22	27	27
9	19	19	23	23	28	28
9,5	19	19	23	24	28	29
10	20	20	24	24	29	29
10,5	20	20	25	25	30	30
11	21	21	25	25	30	30
11,5	21	21	26	26	31	31
12	21	22	26	27	31	32
12,5	22	22	26	27	31	32
13	22	23	27	28	32	33
13,5	22	23	27	28	32	33
14	23	23	28	29	33	34
14,5	23	24	28	29	33	34
15	23	24	28	29	33	34
15,5	24	24	29	29	34	34
16	24	24	29	29	34	34
16,5	24	25	29	30	34	35
17	24	25	29	30	34	35
17,5	25	25	30	30	35	35
18	25	25	30	30	35	35

TABELLEN BRUKES SLIK:

Regn ut kroppsmasseindeks (KMI) på vanlig måte (vekt (kg)/(høyde(m))²). Se deretter hvordan barnets/ungdommens faktiske KMI ligger i forhold til iso-KMI for tilsvarende alder i tabellen.

KMI ≥ iso-KMI 25 : overvekt / KMI ≥ iso-KMI 30: fedme / KMI ≥ iso-KMI 35: alvorlig fedme

Hvordan bør barn og ungdom med overvekt eller fedme utredes?

Punktvis forslag til kartlegging av det overvektige barnet er vist i RAMME 1. Ved anamnese og klinisk undersøkelse kan man identifisere de få pasientene som kan ha en organisk eller genetisk årsak til sin fedme og/eller har utviklet fedmerelatert sykdom. Disse pasientene bør henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kriterier for når henvisning til spesialisttjenesten skal vurderes er angitt i RAMME 2 (s. 17). Tilknytningen til fastlegen opprettholdes etter henvisning, slik at fastlegen fortsatt har ansvar for behandlingen, men i samarbeid med helsesøster og spesialisthelsetjenesten. De fleste barn og unge med overvekt/fedme kan imidlertid behandles i primærhelsetjenesten (4, 5). Dersom barn og ungdom etablerer

Sykehistorie

- Svangerskap og fødsel – kartlegg risikofaktorer som svangerskapsdiabetes, intrauterin vekstretardasjon samt lav eller høy fødselsvekt
- Vekstutvikling – bruk prosentilskjema
- Familiehistorie – kartlegg overvekt/fedme og fedmerelatert sykdom hos foreldre, søsken og besteforeldre
- Barnets bruk av medisiner
- Barnets søvnmønster, humør og fysiske begrensninger

Klinisk undersøkelse

- Mål vekt og høyde og beregn kroppsmasseindeks (KMI) minst en gang i året. Plott i prosentilskjema
- Ta midjemål
- Mål blodtrykk, standardisert og med passende mansjett
- Se etter dysmorfe trekk og tegn på underliggende medisinsk sykdom
- Se etter acanthosis nigricans og striae
- Kartlegg menstruasjon og tegn på hyperandrogenisme hos jenter

Tilleggsutredning for barn med KMI > 97 prosentilen

- Laboratorieprøver (leverenzymene, fastende lipider, glukose og hematologisk status)

Kosthold

- Kartlegg matvaner inkludert måltidsmønster og porsjonsstørrelser, samt inntak av frukt, grønnsaker, sukkerholdig drikke, «fast food», godteri og snacks
- Etabler en regelmessig måltidsrytme med minimal småspising mellom måltidene og utover kveld/natt
- Oppmuntre til at familien spiser samlet, og ikke foran TV eller PC
- Unngå sukkerholdige drikker som brus, salt, juice og sjokolademelk. Anbefal å drikke vann
- Oppmuntre til inntak av frukt, grønnsaker, fullkornsprodukter og magre kjøttprodukter

Fysisk aktivitet

- Kartlegg tid brukt på aktiviteter (både organiserte, og hverdagsaktiviteter) og passiv tid ved TV og PC
- Oppmuntre til å gå eller sykle til skolen
- Oppmuntre til deltakelse i treningsgrupper med moderat til hard fysisk aktivitet
- Begrens tid foran TV og PC til under 2 timer daglig
- Gi forslag til konkrete aktiviteter med foreldre eller venner
- Anbefal at man er i aktivitet minst en time daglig. Alle typer aktivitet hjelper

Husk!

- Sett realistiske mål og forventninger til barn og familie
- Legg vekt på foreldrenes rolle i endringsprosessen og som gode rollemodeller
- Understrek at vektkontroll er en livslang prosess og ikke en kort periode med endringer
- Gi familien positiv tilbakemelding på endringene underveis

RAMME 1. Praktiske råd for utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

Henvisninger til barne/ungdomspsykiatri

■ OLA AMUNDSEN fastlege i Moss og praksiskonsulent BUPP-Moss

I dag skal du skrive en henvisning til barne/ungdomspsykiatri (BUP). Hvor finner du oppskriften, og hva er ingrediensene? I matoppskrifter står det ofte hvor lang tid det tar. Du vil gjerne ha oppskrift på en BUP-henvisning der det står «lett, gjort på to minutter». Det var om lag 54 000 pasienter i behandling i barne/ungdomspsykiatrien i 2010. Dette tilsvarer 4,8 prosent av befolkningen under 18 år. Antallet er økende, og stiger med tre til fire prosent årlig. Det har vært en målsetning i opptrappingsplanen for psykisk helse at fem prosent av befolkningen under 18 år får et BUP-tilbud innen utgangen av 2008. Dette målet er nær nådd. Det var 25 764 nyhenvisninger med oppgitt henvisningsgrunn i 2010. I dag vil fiktive «Ida» være eksempel for en slik henvisning.

Ida er 12 år og mor forteller at hun sliter med tvangstanker. Ida bor med mor uten søsken. Far bor i Nord-Norge. Det er mor som har bestilt time på dagen for å få henvisningen – og det haster. «Ida reiste til far i går», forteller mor. «Hun måtte sjekke femtifire ganger om hun hadde noe ulovlig i håndbagasjen sin. Hun er så redd for å bli stoppet i sikkerhetskontrollen.»

«Lett, gjort på to minutter», tenker du, og skriver: «Hun sjekker bagasjen 54 ganger før hun kan reise bort. Far bor altfor langt vekk. Må til psykolog.»

Hvordan vurderes henvisningene?

Inntaksteam i BUP poliklinikk må vurdere henvisningen innen ti virkedager regnet fra den dagen henvisningen er mottatt. Lege og barnevernsleder kan henvise til BUP. Inntaksteam må da vurdere henvisningen på bakgrunn av de opplysninger som foreligger. Innhentning av supplerende informasjon på disse ti dagene, med behov for samtykke fra begge foreldre, lar seg ofte vanskelig gjennomføre. Du må regne med at de opplysningene du sender, supplert av øvrige vurderinger som allerede er BUP i hende, utgjør det fullstendige vurderingsgrunnlaget. To til tre uker etter at du har sendt henvisningen kommer et svar på om det foreligger rett til helsehjelp.

De som får rett til helsehjelp skal få tilbud om oppstart innen 65 dager, men noen prioriteres raskere. Er man henvist før 18 års alder kan man være i behandling inntil man fyller

23 år, men det er veldig sjelden man er i behandling i BUP etter fylte 20 år. Dersom det er grunn til å opprettholde en behandlingsrelasjon som med stor sannsynlighet vil ende i utskrivelse fra psykiatriske hjelpetiltak, har man imidlertid mulighet til å strekke det helt til 23 år.

Din henvisning for Ida gis avslag, fordi henvisningen ikke inneholder nok opplysninger til å belyse behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Du river deg i håret.

Hjelp i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten?

Du ønsker at Ida skal få hjelp. Du ringer mor og spør om hun kan ta med Ida til en time. Så får du se Ida. Du kommer på at det finnes helsesøster på skolen. Du sier til Ida at du vet hvem helsesøster er, og at hun er veldig grei. Du foreslår at Ida kan prate litt med helsesøster. Det vil Ida. Samtidig sier du at du vil gjøre noen målinger og sjekke at hun er frisk. Ida er glad for at du sjekker at hun er frisk. Hun synes det er morsomt å få sjekket reflekser og å gjøre koordinasjonstester. Du sjekker blodtrykk, vekt og høyde. Du bruker sunn medisinsk fornuft og sjekker bare det som virker nødvendig. Du tar blodprøver, du vil spesielt vite at hun har normalt stoffskifte. Det hele tar 21 minutter. Du skriver et kort brev til helsesøster, der du ber henne ringe tilbake når de har snakket sammen en gang eller to. Så bruker du godt med refusjonstakster.

Man skal gi helsehjelp på laveste effektive nivå. Ofte kan tiltak i kommunehelsetjenesten være nok. Andre ganger trengs hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det å sortere i riktig hatt er ofte vanskelig, og man må ofte revurdere underveis. Det er ikke et mål å holde hjelpen i gang i primærhelsetjenesten lengst mulig, om man tenker at videre utredning er nødvendig. Flere faktorer kan imidlertid påvirke riktig valg av henvisningstidspunkt. BUP-avdelingene er ofte hjelpsomme med å vurdere dette. Funksjonsgraden er ofte viktig. Fungerer barnet eller ungdommen sosialt, er det godt oppmøte på skolen? Er omsorgssituasjonen god – er det behov for frivillig hjelp fra barnevern – eller er det grunnlag for bekymringsmelding? Det er en stor fordel at de som har mest med barnet å gjøre i hverdagen kjenner til vanskene. Skolen og hjemmet er de arenaene som er viktigst både

før, under og etter et behandlingstilbud i BUP. Derfor er det viktig å ha foreldre, PPT og lærere påkoblet.

Helsesøster ringer etter første samtale med Ida. Ida sliter ikke bare med tvang. Læreren har faktisk nevnt det for helsesøster allerede, at hun er bekymret for at Ida har endret seg. Du får masse nyttig informasjon. Hun har hatt mye fravær det siste halvåret. Ida henger etter i noen fag. Dere er enig om at helsesøster snakker med mor og ber om at de søker PPT. Helsesøster sender et notat, og tar en oppfølgingsamtale om to uker. Du sier du vil henvise til BUP, og tenker at du vil bruke noe mer enn to minutter denne gangen.

Hvordan utformes henvisningen?

Du må gjerne skrive henvisning som fritekst. Dette erstatter imidlertid ikke det grønne henvisningsskjemaet. Det er nødvendig å registrere korrekt kontaklinformasjon, nødvendige samtykker, og skjemaet brukes til landsdekkende statistikk for henvisnings saker til BUP.

«Se vedlegg», skriver du i de to feltene for henvisningsgrunn og status presens på baksiden av skjemaet. Men du fyller inn tallfeltene for henvisningsårsak, du velger å skrive åtte (tvangstanker/handlinger) og seks (skolevegring). De fleste øvrige felter er aktuelle og utfylles. Det tar ca fem minutter med dette skjemaet, men du legger litt mer tid i vedlegget.

Det er vanskelig å få med alt du synes er viktig på det grønne skjemaet. Noen BUP-avdelinger har laget en standardisert mal for sjekkpunkter i en somatisk utredning og vurdering av psykisk helse/rus. Dette er ofte gode sjekklister, men du står fritt til å bruke fornuft, og ingen BUP-avdeling kan pålegge deg et fullstendig utfylt tilleggsskjema for å vurdere en henvisning.

Som fastleger har vi mye vi kan bidra med, men vi må begrense oss til det som er viktigst. Vi har ofte opplysninger fra svangerskapet og fødsel i journal. Spør mor om du kan sende det med, eller gjør en sammenfatning som ikke beskriver mors helse. Det er ikke sikkert mor ønsker at en provosert abort skal utgjøre en del av datterens journal, datteren vil nemlig ha innsyn i denne når hun blir 16 år.

Videre har du ofte barnets historikk på somatisk helse. Skriv f.eks. om registrerte søvnvansker, ørebetennelser, hodepine. Dette kan

HENVISNING TIL DET PSYKISKE HELSEVERNET FOR BARN OG UNGE

Dette er et felles henvisningskjema for det psykiske helsevernet for barn og unge. Skjemaet er utviklet av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI) etter oppdrag fra Helsedirektoratet, og dekker den obligatoriske rapportering til Norsk Pasientregister (NPR).
 De som ønsker dette skjemaet i pdf-format kan laste det ned fra www.nfbui.no
 Skjemaet ble sist revidert 09.01.2009. Ved spørsmål, kontakt BUP-institusjonen.

Henvises av: _____

Gjelder øyeblikkelig hjelp, innen 24 timer: (Lov om spesialhelsetjenesten m.m. § 3-1.)

FYLLES UT AV BUP:

Seknr.: _____
 Inndato: _____
 Inntaker: _____
 Reintak?

BARN / UNGDOM SOM HENVISES:

Født: _____ Pers. nr: _____
 Jente Gutt
 Fornavn: _____ Kommune: _____
 Etternavn: _____ Bydel: _____
 Adresse: _____ Tlf.: _____

Postadresse: _____

MOR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn: _____ Relasjon: _____ Født dato: _____
 Adresse: _____ Biologisk mor Fosterf. Til. privat
 Postadresse: _____ Adopt./stemor Annet Tlf. jobb

FAR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn: _____ Relasjon: _____ Født d: _____
 Adresse: _____ Biologisk far Fosterf. Til. p: _____
 Postadresse: _____ Adopt./stefar Annet Tlf. f: _____

OMSORGSSITUASJON

Sett kryss for omsorgssituasjon

Bor hos begge foreldrene En av foreldrene og samboer/ektefelle
 Pendler mellom mor og far Hos besteforeldre eller annen familie
 Hos en av foreldrene Bor i fosterhjem

Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet enn nevnt over

Navn: _____ Navn: _____
 Adresse: _____ Adresse: _____
 Postadresse: _____ Postadresse: _____
 Tlf.: _____ Tlf.: _____

SØSKEN / HALVSØSKEN / ANDRE I FAMILIENS OMSORG

Har barnet søsken? Ja Nei Vet ikke

Relevante tilleggspørsmål

SKOLE / BARNEHAGE (Fyller ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)

Navn skole/barnehage: _____
 Kontaktperson(er): _____
 Adresse: _____

Er det behov for tolk? Ja Nei

Språk og spesielle krav til tolk: _____

18-1912

Rapport

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2010
 Norsk pasientregister

HelseDirektoratet

ha hatt stor innflytelse på innlæring og atferd i barneårene. Kontakt om enurese eller enkopese er viktig. Hos ungdom bør det være spurt om rus, helst bør man spørre både foreldre uten påhør og ungdom uten påhør.

Det er ingen fasit på hvor mye du skal gjøre av somatiske undersøkelser før henvisning til BUP. Vekt, høyde, puls og blodtrykk er fornuftig. Organstatus og nevrologisk undersøkelse bør vurderes ut fra henvisningsgrunn. Barnepsykiaterne vil være svært interesserte i milde avvik; såkalte «soft-signs». Feks. kan dette være finmotoriske vansker, problemer med koordinasjon eller vansker med balanse. Du kan selvsagt anbefale videre barnepsykiatriske legeundersøkelser, på bakgrunn av små funn, og ved begrenset undersøkelse.

Blodprøver tas på indikasjon. Når barnet kommer til BUP-avdelingen er det viktig med trygghet. Det er ikke gunstig å begynne

med blodprøver. Derfor er det hensiktsmessig at fastlegekontoret vurderer indikasjon for blodprøver. Hvis blodprøver blir et problem pga angst, så kan du vurdere hvor viktig det er. En vanlig standardpakke er: CRP, Hb, hvite, røde, plater, diff, kreatinin, ALAT/ASAT, TSH/FT4, Fe/TIBC/Ferritin, vit B₁₂.

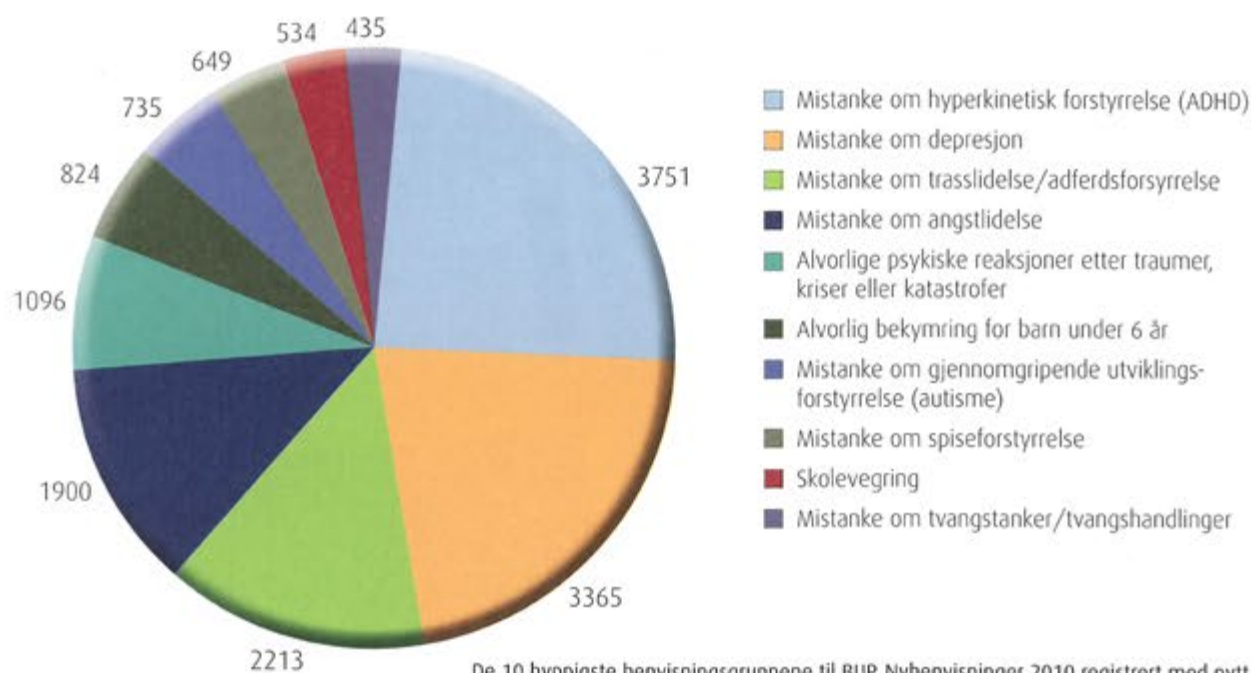
Det stilles ofte spørsmål om EKG. Det viktigste her er QT-tid. Flere medisiner inkludert metylfenidat (Ritalin) er kontraindisert ved forlenget QT-tid. Er det plutselige uforklarlige dødsfall i nær familie før ca 60 års alder – få med dette – slik at barnepsykiateren avventer slike medisiner inntil pediater har vurdert hjertefunksjon.

Med Ida tar du ikke EKG, men du legger ved normale blodprøvesvar. Du skriver at svangerskap og fødsel gikk helt normalt, men at mor og far flyttet fra hverandre da Ida var seks måneder, og at dette var en tung tid for mor. Du

kan ikke utelukke at dette bruddet påvirket Ida, da mor hadde tankene sine et annet sted, og kanskje ikke var den trygge omsorgspersonen Ida trengte på dette sårbare tidspunkt i Idas utvikling. På den annen side mener du å ha registrert Idas mor som en god og omsorgsfull person senere.

Samtykke

Det skal som hovedregel være samtykke til helsehjelp fra begge foreldre, dersom barnet er under 16 år. Det er to unntak for dette. Det ene unntaket er helsehjelp som ledd i daglig og ordinær omsorg for barnet, halsbetennelse eller håndleddsbrudd, der godt planlagt BUP-helsehjelp ikke inngår. Det andre unntaket knytter seg til om helsepersonell mener helsehjelp er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Dersom barnevern har omsorg for barnet er det også barnevern som gir samtykke. Barn mellom 12 og 16 år skal høres i økende



De 10 hyppigste henvisningsgrunnene til BUP. Nyhenvisninger 2010 registrert med nytt kodeverk.

KILDE: AKTIVITETSDATA FOR PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE 2010. GRAF: OT GRØPPEN AS

grad. Etter 16 år skal ungdommen samtykke til at de voksne involveres i henvisningen, men det er en god anbefaling å ha med seg støtte av foreldre.

Du hadde henvisningen oppi konvoluttene, idet du kommer på at du ikke har snakket med far. En telefon senere er du rådvill. Far ønsker ikke at datteren skal snakke med noen psykologer, han mener det er mors manglende oppdragelse som er problemet, og at Ida har det helt fint oppe hos ham. Du skriver at far ikke har samtykket. Du mener at helsesøsters uttalelser ikke stemmer overens med fars uttalelser og lener deg til punktet om at helsehjelp er nødvendig for ikke å ta skade. Du sender henvisningen påført disse opplysningene.

Vil flere og flere barn trenge hjelp?

Utviklingen i henvisningspraksis blir spennende å følge. Barnepsykiatrisk behandling har fått et løft, som man håper kan hjelpe mange barn. Det er likevel viktig å ikke overbehandle og å ha vide normalitetsgrenser. Det er nå økt fokus på henvisning av barn under seks år. Det drøftes om det bør være økt fokus på å henvise gravide eller nybakte foreldre med stor sannsynlighet for å få et barn med barnepsykiatriske vansker. Hvordan fastlegene skal håndtere dette og hva utvelgelseskriteriene skal bestå i – vil man kanskje høre mer om i årene som kommer. Det vil kunne bli vanskelig å gi god evidens til denne gruppen, og det å vurdere kost/nytte i forebyggende barnepsykiatrisk spesialisthelsetjeneste blir en stor utfordring. Alle foreldre vil ha både begrensninger og ressurser – hvilke skal man frata sitt potensiale for å finne velfungerende løsninger selv?

Man tenker likevel at enkelte kommer til BUP i seneste laget; at det er mulig å forebygge senere vansker ved å fremme tilknytningen mellom foreldre og barn, eller ved å fremme omsorgskompetansen til foreldrene. Barn med store utfordringer synliggjør også foreldrenes store utfordringer. Å komme sent inn kan ikke reversere tidens sår. Når er det i barnets interesse med tidlig henvisning?

Ida fikk BUP-hjelp. Det var to måneders ventetid for oppstart. Ett år senere fortalte hun at en av pappas venner hadde misbrukt henne. Seksuelt og flere ganger. Han hadde pålagt munnkurv, etterfulgt av sterke trusler. Derfor var hun redd hun skulle bli stoppet i sikkerhetskontrollen, for da tenkte hun at politiet kunne oppdage noe. Idas far innrømmet å ha vage mistanker om at noe foregikk, og da Ida skulle til barnepsykologer fryktet han sanksjoner fra «kameraten». Ida fikk nødvendig helsehjelp, uten å bli kvitt traumene hun var påført. Idas far fikk sterkt begrenset omsorgsrett. Overgriper ble anmeldt til politiet av mor, uten at det ble noen dom de første tre årene.

Du var lei deg på Idas vegne, men godt fornøyd med egen innsats. Ida fortjente mer enn to av dine minutter denne gangen.

KILDER

- Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2010 IS-1912, Norsk pasientregister. Helsedirektoratet 2011.
- Veileder for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, IS-1570, Helsedirektoratet 2008.
- Norsk Forening for Barn og Unges Psykiske Helse (n-bup.no), Henvisningsskjema
- Pasientrettighetsloven



ol-amun@online.no

Calcigran Forte 1000mg/800IE

Kalsium + vitamin D

Basis i all osteoporosebehandling^{1,2}



C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

Preparat med D-vitamin.

ATC-nr.: A12A X-

1. TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE: Hver tyggetablett inneholder: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, kolekalsiferol (vitamin D₃) 10 µg, tils. 400 IE, sorbitol, sakkarose, aspartam, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

TYGGETABLETTER 1000 mg/800 IE: Hver tyggetablett inneholder: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D₃) 20 µg, tils. 800 IE, sakkarose, xylitol, sukralose, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

Indikasjoner: Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

Dosering: Voksne og eldre: 500 mg/400 IE: 1 tyggetablett 2 ganger daglig. **1000 mg/800 IE:** 1 tyggetablett 1 gang daglig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Preparatet bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Administrering:** Kan tygges eller suges.

Kontraindikasjoner: Alvorlig nedsatt nyrefunksjon, høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya, peanøtter, kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininnivåer. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til stendannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnhold i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitaminsdosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Samtidig inntak av tetrasykliner eller kinoloner anbefales vanligvis ikke, eller må gjøres med forsiktighet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE inneholder aspartam (en fenylalaninrikt), som kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol (kun 500 mg/400 IE), isomalt og sakkarose. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltaseangemang. Preparatet anbefales ikke til barn.

Interaksjoner: Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetrasykliner. Tetrasykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 1 time før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Effekten av levotyrosin kan reduseres ved samtidig inntak av kalsium pga. nedsatt absorpsjon av levotyrosin. Kalsium og levotyrosin skal tas med minst 4 timers mellomrom. Absorpsjon av kinolonantibiotika kan nedsattes dersom det tas samtidig med kalsium. Kinolonantibiotika bør tas 2 timer før eller 6 timer etter inntak av kalsium.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Tyggetabletter 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved

vitamin D- og kalsiummangel. **Overgang i morsmelk:** Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Stoffskifteforstyrrelser: Hyperkalsemi og hyperkalsemi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Dyspepsi. Hud: Kløe, utslett og urticaria.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. **Symptomer:** Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvækkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. **Behandling:** Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diuresis skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 side d og vitamin D₃A11C side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kalsium i kombinasjon med vitamin D. **Virkningsmekanisme:** Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahorm og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. **Absorpsjon:** Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D₃ absorberes raskt i tynntarmen. **Fordeling:** 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. **Metabolisme:** Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykolekalsiferol. 1,25-dihydroksykolekalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Vitamin D, som ikke metaboliseres, lagres i muskel- og fettvev. **Utskillelse:** Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

Pakninger og priser pr 04.09.2011: 500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) 142,60.
1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) 201,00.

1) Faglige Retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, SHDR 2005
2) Rizzoli R. et al. BONE 2008; 42(2): s.246-49

Calcigran Forte®
KALSIMUM, VITAMIN D₃

ADHD-debatt på

■ OLE ANDREAS HOVDA • lege i spesialisering, BUP Sentrum, Helse Bergen HF
REBEKKA JOHNSEN WANGENSTEEN • lege i spesialisering, Nic Waals Institutt
ØYVIND ALEXANDERSEN • lege i spesialisering, BUP poliklinikk, Levanger SH

I den senere tid har tilstanden ADHD på nytt blitt gjenstand for debatt i norske medier, og det har blitt stilt spørsmål både om diagnostiseringen og behandlingen av tilstanden. Lege Charlotte Lunde er en av debattantene som har vært med på å prege diskusjonen med sitt innlegg i Samtiden nr 3/2011 «Fra hyperaktiv til sentralstimulert. Et essay om barne-doping». Lunde tar i essayet opp en rekke viktige aspekter, som ikke bare berører ADHD-debatten, men også legger opp til

en bredere samfunnsdebatt. Debatten har så langt dessverre vært preget av mangelfulle kunnskaper og uryddig argumentasjon, slik at resultatet har blitt ganske problematisk. Når vi velger å la Lundes essay få stor plass her, skyldes det at hun berører mange viktige sider ved ADHD-debatten. Da landets fastleger er sentrale både som henvisere og i oppfølgingen av pasienter med ADHD, ønsker vi med denne artikkelen å komme med noen korrigerende kommentarer til debatten.

ADHD og «ADHD» er to forskjellige ting

Det er en utfordring å være ryddig når en diskuterer komplekse tilstander som psykiatri og ADHD. Når det gjelder ADHD er det viktig å være klar over at ADHD og «ADHD» er to forskjellige ting. Diagnosen ADHD er en diagnose i det amerikanske diagnostesystemet DSM IV, men finnes ikke i WHO's diagnostesystem ICD10. Den diagnosen i ICD10 som samsvarer mest med ADHD heter hyperkinetisk forstyrrelse, og det er etter diagnosekriteriene til hyperkinetisk forstyrrelse at barn og unge diagnostiseres i Norge. Når man likevel bruker betegnelsen ADHD også i den norske debatten, henger dette sammen med at dette begrepet er så innarbeidet i det norske språket. Ulike diagnostiske kriterier medfører altså at en «norsk ADHD» og «amerikansk ADHD» er to forskjellige ting.

For å unngå misforståelser kommer vi videre i denne artikkelen til å bruke begrepene hyperkinetisk forstyrrelse og ADHD for tydelig å skille mellom de to tilstandene. Vi legger også til grunn at når det i debatten har blitt brukt betegnelsen ADHD om norske forhold, så siktes det til hyperkinetisk forstyrrelse, som er den relevante størrelsen i det norske helsevesen i dag.

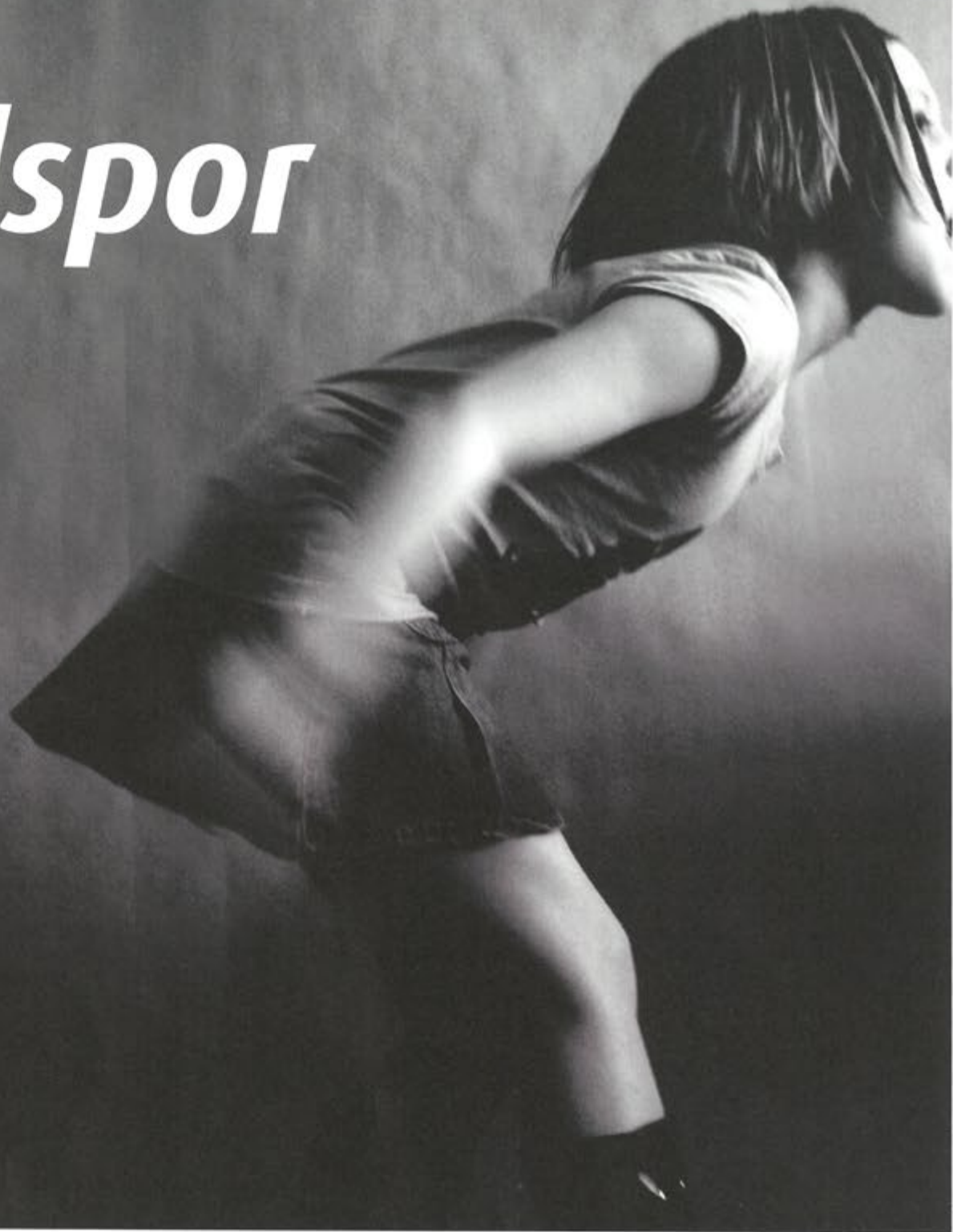
Forskjellige diagnostiske kriterier

ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse har de samme kjernesymptomene, nemlig konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet, men kravene til hyperkinetisk forstyrrelse er strengere enn kravene til ADHD. For å oppfylle kravene til hyperkinetisk forstyrrelse må alle de tre kjernesymptomene være tilstede i minst to ulike situasjoner, for eksempel hjemme og på skolen/barnehagen. For begge diagnosene er det et krav at det skal foreligge klinisk signifikant svekkelse i sosial, skolemessig eller arbeidsmessig fungering, og at symptomene skal ha vart over tid. Symptomene skal også ha debutert før sju års alder ved ADHD og før seks års alder ved hyperkinetisk forstyrrelse.

Mens konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet ses på som tre dimensjoner i ICD10, er de to siste slått sammen til én dimensjon i DSM IV. ADHD deles inn i tre subtyper, og det er bare for den kombinerte typen at kravene til begge dimensjonene må være



villspor



oppfylt (1). For de to andre subtypene holder det at kravene til enten konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet/impulsivitet er oppfylt. For alle subtypene er det imidlertid tilstrekkelig at kravene er oppfylt i én situasjon, såfremt det også er påvisbare symptomer i minst én annen. Den kombinerte typen ADHD er mer sammenlignbar med hyperkinetisk forstyrrelse enn ADHD i sin helhet. Forskjellene i diagnostiske kriterier gjør at hyperkinetisk forstyrrelse er en subgruppe av ADHD (2), og prevalensen av ADHD er således større enn prevalensen av hyperkinetisk forstyrrelse; henholdsvis mellom åtte prosent og ti prosent (3), og ca 1,5 prosent (4).

Langvarig diagnostisk prosess

Flere debattanter har vært kritiske til diagnostiseringen av hyperkinetisk forstyrrelse. Selvsagt forekommer feildiagnostikk innen barne- og ungdomspsykiatrien som i alle andre medisinske spesialiteter, og årsakene kan være manglende kunnskap, manglende ressurser, eller suboptimale utredningsløp. Vi er imidlertid uenige i at dette er regelen snarere enn unntaket når det gjelder diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse.

Det er nok ikke bare Lunde som er ukjent med den diagnostiske prosessen i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi kjenner fra egen erfaring i allmenntilmedisin til at utredning og

behandling i BUP ofte fremstod langvarig, uoversiktlig og lite forståelig. Selv om det ikke er noen gullstandard for utredningen, og innhenting av informasjonen kan variere fra sted til sted, er det en rekke elementer som alltid er med. Det tas alltid opp en grundig anamnese hvor det innhentes opplysninger om blant annet aktuelle symptomer, utvikling fra svangerskap til nåtid, somatiske og psykiatriske sykdommer i familien, tidligere somatiske sykdommer, nåværende somatisk helse, familiesituasjon, sosial tilpasning og funksjonsnivå, og tegn på komorbide psykiske tilstander. Det skal også alltid gjennomføres en barnepsykiatrisk undersøkelse som inklude-

rer somatisk og nevrologisk status, hvor man også vurderer pasienten med tanke på andre nevrologiske og genetiske tilstander. På indikasjon gjennomføres hormonundersøkelse, EEG og MR caput, for å utelukke andre organiske årsaker til pasientens symptomer. Vanligvis gjennomføres det evnetest, i tillegg til annen pedagogisk og nevropsykologisk utredning ved behov. Arbeidet er tverrfaglig, og i tillegg til lege og psykolog deltar gjerne spesialpedagog, logoped, sosionom eller familierapeut i arbeidet.

ILLUSTRASJONSD: ARILD ANDERSEN/FLUX



Skolens rolle

Diagnosekriteriene forutsetter at det innhentes informasjon om pasienten fra flere arenaer, enten i form av komparentopplysninger, ved samtale eller ved observasjon. I sitt essay skriver Lunde at pedagogiske instanser ofte er involvert i diagnostiseringen, og hun omtaler dette på en måte som gjør at det fremstår negativt. Det ville imidlertid være svært unaturlig å ikke innhente opplysninger fra skolen, som er barnas viktigste arena utenfor hjemmet. Selv om skoleobservasjoner brukes mye, er det i tillegg naturlig å vektlegge opplysninger fra lærere, som ut fra en bred erfaring i arbeid med barn og unge ofte innehar mye kompetanse i å vurdere barns funksjon sammenlignet med jevnaldrende. I utredningen av hyperkinetiske forstyrrelser har skolen en viktig rolle også fordi skolehverdagen har en annen struktur enn livet hjemme, og opplysninger fra skolesituasjonen dermed kan gi viktige supplerende opplysninger til foreldrenes rapportering.

Lunde skriver videre at det finnes flere eksempler på foreldre som kutter ut medisineren i ferier og på fritiden, og at noen mener at hyperkinetisk forstyrrelse derfor kan karakteriseres som en pedagogisk lidelse. Det burde imidlertid være lite oppsiktsvekkende at konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet kan være mer plagsomt på skolen enn på fritiden, og derfor medføre et større behov for medisineren i skoletiden. På samme måte vil det ikke være oppsiktsvekkende dersom en astmatiker som på fritiden er lite fysisk aktiv, vil ha behov for mer astmamedisin når det i skolens gymtimer stilles høyere krav til fysisk prestasjon enn hun er vant til.

Normalvariasjon?

I likhet med Lunde undrer samfunnsredaktør Lena Lindgren i Morgenbladet seg over hva som gjør at så mange barn nå havner i psykiatrien, når hyperaktive, impulsive og ukonsentrerte barn har eksistert til alle tider. At hyperaktivitet, impulsivitet og nedsatt konsentrasjon er noe de fleste av oss kan kjenne på til tider, utelukker ikke at disse beskrivelsene også kan opptre i et sykdomsbilde. Slik er det også ved en rekke andre psykiatriske sykdomsbilder som depresjon, angst, tvangslidelse og vrangforestillinger. Dette er følelser mange har kjent på, men det er imidlertid de færreste som kjenner på disse symptomene over lengre tid. Varighet, intensitet og funksjonsfall skiller den patologiske hyperaktiviteten, impulsiviteten og uoppmerksomheten fra den normale. At vi nå i økende grad er i stand til å fange opp de som sliter med disse plagene, er utelukkende positivt.

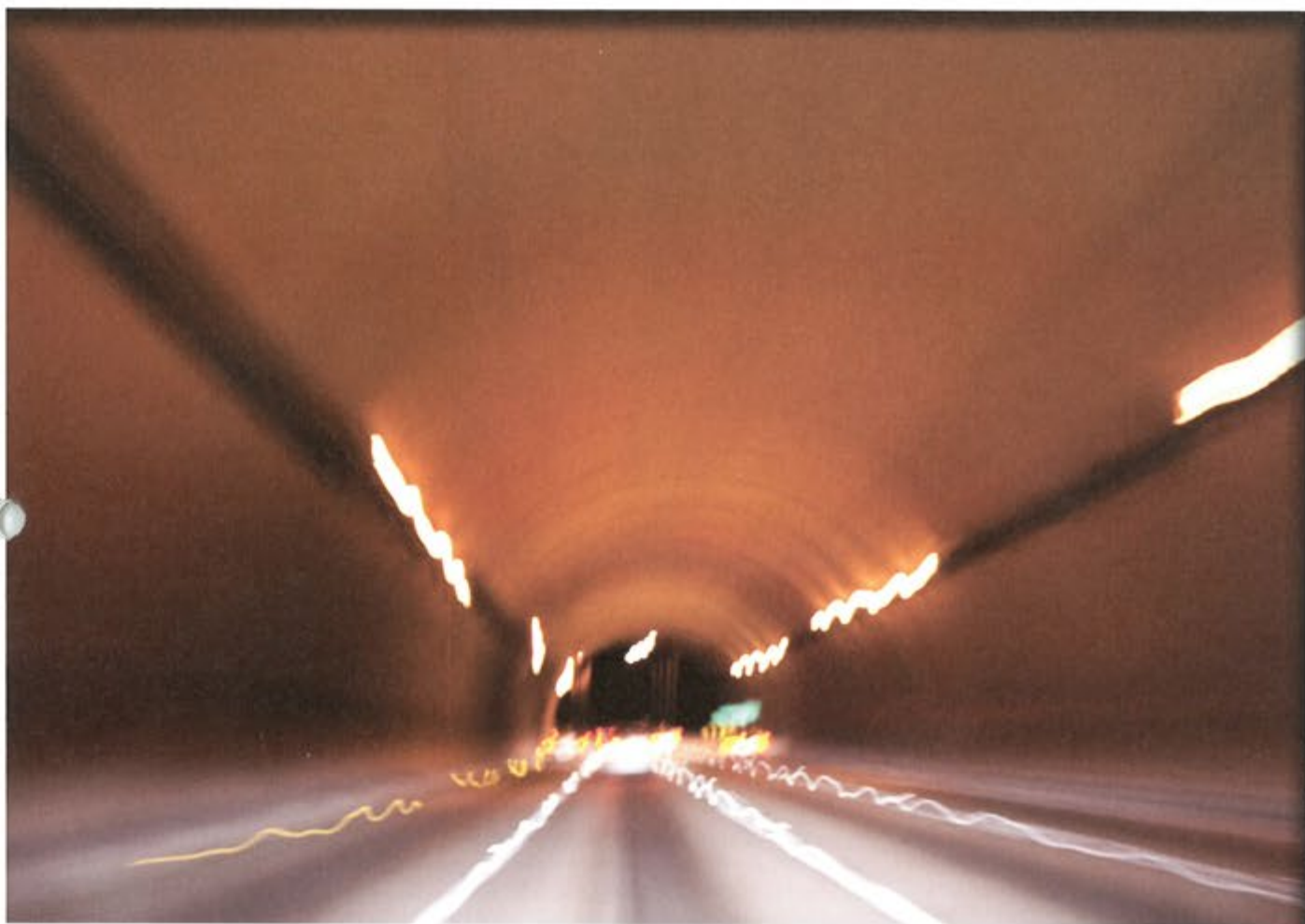
Den økte oppmerksomheten på disse problemene, og utbyggingen av barne- og ungdomspsykiatrien, er begge viktige årsaker til at flere barn med hyperkinetisk forstyrrelse i dag får hjelp. I tillegg er hyperaktivitet og impulsivitet symptomer som er lettere å få øye på for omgivelsene enn de fleste andre psykiatriske symptomer, noe som naturligvis gjenspeiles i henvisningsgraden. Dette betyr imidlertid ikke at vi skal slå oss til ro med at det bare er positive årsaker til økningen i diagnostiseringen av hyperkinetisk forstyrrelse. Nærmere forskning, analyse og debatt rundt årsaksforholdene til veksten i diagnosesettingen er viktig, og ønskes svært velkommen.

Det er derfor et viktig tema Lindgren setter fokus på når hun skriver at dersom ADHD har en prevalens på fem til seks prosent må debatten rundt diagnosen også ta opp i storsamfunnet (5). Diagnostiske kriterier er konvensjoner og ikke objektive størrelser, og derfor må en rekke perspektiver tas med når diagnosesystemene utvikles. Imidlertid er dette ikke noe som bare gjelder for psykiatrien; også i somatiske fag trekkes grensen mellom normalt og patologisk ved verdivalg som får stor samfunnsmessig betydning. Når prevalensen for hypertensjon i en befolkning mellom 20 og 79 år ligger på 40,4 prosent (6) og omsetningen for antihypertensiva var på nesten 1,35 milliarder kroner i 2010 (7), blir det tydelig at det også i somatikken er et samfunnsanliggende hva man velger å definere som behandlingskrevende. Det er høyst betimelig at det kommer en bredere samfunnsdebatt om hva vi i helsevesenet prioriterer å bruke penger på, hva man skal behandle, og til hvilken pris.

Ensidig fokus på medisinerer?

Det er en myte at barne- og ungdomspsykiatrien ensidig fokuserer på den medikamentelle delen av behandlingen ved hyperkinetisk forstyrrelse. I Norge tydeliggjøres dette ved at metylfenidat (virkestoffet i Ritalin, Concerta, Medikinet og Equasym) har indikasjon «når det er vist at hjelpetiltak alene ikke er tilstrekkelig.» Når diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse er stilt har man et tilbagemeldingsmøte med pasient og/eller foreldre, der man informerer om utredningen og diagnosen, og går gjennom mulige behandlingsalternativ. Mange foreldre føler på den ene siden på skyld og skam, og på den andre siden på irritasjon over barnets/ungdomens oppførsel. For mange vil det å få en forklaring på symptomene, kunne være en betydelig hjelp i forhold til dette.

Veiledning gis som oftest både til foreldre og til skolen, slik at det kan tilrettelegges best mulig på begge arenaer. Barn med hyperkine-



tisk forstyrrelse har i enda større grad en andre behov for forutsigbarhet, og gode rutiner blant annet i forhold til søvn. De trenger tydelige og forutsigbare grenser, og de må få rask respons når de skal få tilbakemeldinger. Det er vanlig å anbefale at disse barna får mye skryt for det de gjør, nesten til en slik grad at det kan oppleves som unaturlig. I skolesammenheng er det blant annet viktig at oppgaver deles opp i små enheter, slik at barna får erfaringer med å klare å fullføre. Det er også viktig med forutsigbare og hyppige pauser.

Mange av barna får stilt diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse mens de går på barneskolen, og det bygges da ofte opp mye kompetanse på skolen om hva som fungerer og hva som ikke fungerer av tilrettelegging for den enkelte elev. Det viser seg dessverre at formidling av denne kunnskapen fra barneskole til ungdomsskole ofte byr på problemer. Fastlegen kan spille en viktig rolle ved å tilse at informasjonen formidles og tas hensyn til ved skolebyttet, og på denne måten bidra til trygge rammer rundt eleven, som igjen kan begrense behovet for medisiner.

Når barn og ungdom utredes med spørsmål om hyperkinetisk forstyrrelse i barne- og

ungdomspsykiatrien, har de imidlertid som oftest en lang historie med symptomer bak seg. Dette gjør at i mange av tilfellene har PPT vært inne og gjort vurderinger, og gitt veiledning med tanke på tilrettelegging av skolehverdagen. Når pasienten likevel henvises til videre utredning, så er dette ofte et tegn på at tilretteleggingen alene ikke har hatt tilstrekkelig effekt.

Godt dokumentert behandling

Både Lunde og Lindgren gir uttrykk for at den medikamentelle behandlingen av hyperkinetisk forstyrrelse er dårlig dokumentert. Dette medfører heldigvis ikke riktighet. Det foreligger nå mye dokumentasjon på effekten av den etablerte medikamentelle behandlingen, og en av de mest anerkjente studiene er MTA-studien (The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) fra 1999 (8). Dette er en randomisert, ikke-blindet 14-måneders longitudinell studie med 579 barn, hvor medikamentell behandling, adferdsterapi, kombinasjonen av disse, og uspesifikk oppfølging ble sammenlignet. Studien viste at medikamentell behandling var mer effektiv enn adferdsterapi, og betyde-

lig mer effektiv enn uspesifikk oppfølging. Den viste videre at det var en rekke fordeler ved å legge medikasjon til adferdsterapi, men forholdsvis få ved å legge adferdsterapi til medikamentell behandling. En oppfølgingsstudie etter 24 måneder (9) viste at medikasjon fremdeles var den mest effektive behandlingsformen, men at forskjellene hadde minsket. En tre-års oppfølgingsstudie av MTA-studien (10) konkluderte med at den medikamentelle behandlingens fortrinn ikke lenger var synlige, men at det var uvisst om dette skyldtes en aldersrelatert nedgang i ADHD-symptomer, endring i den medikamentelle oppfølgingen, seponering av behandlingen eller andre årsaker. En reanalyse av dataene fra MTA-studien (11) viste imidlertid at medikamentell behandling er enda mer fordelaktig i forhold til adferdsterapi dersom man legger kriteriene til hyperkinetisk forstyrrelse og ikke ADHD til grunn. Pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse har bedre effekt av medisiner, og dårligere effekt av adferdsterapi alene, enn pasienter med ADHD har. Denne studien viser også at de fleste som har så alvorlige plager at de oppfyller kravene til hyperkinetisk forstyrrelse, vil ha behov for medikasjon.



ILLUSTRASJONSPER: NIKKE PERIT/TUKE

Metylfenidat

På det norske markedet er det i dag stort sett to virkestoff som brukes i behandlingen av symptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse; metylfenidat og atomoksetin. Metylfenidat, som er førstevalget, er en dopamin- og noradrenalinreopptakshemmer, og øker på denne måten mengden dopamin og noradrenalin i den synaptiske spalten. Ca 70 prosent av pasientene med ADHD har signifikant effekt av metylfenidat mot kjernesymptomene konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet (12).

Ved oppstart med medisiner, starter en vanligvis opp med korttidsvirkende metylfenidat i lav dose, og titrerer dosen opp til ønsket effekt, eventuelt begrenset av bivirkninger. Den vanligste døgndosen ligger på ca 1 mg/kg, men kan økes opp til 2,0 mg/kg (13). De hyppigste bivirkningene til metylfenidat er appetittløshet, søvnvansker og hodepine, men selv om bivirkningene er hyppige, er det sjelden de er så plagsomme at de fører til seponering. Redusert lengdeveksthastighet er også en kjent bivirkning ved lenger tids bruk, men det foreligger ikke dokumentasjon på en redusert total lengdevekst. Det er rapportert enkelte tilfeller av plutselig død, leversvikt, epileptisk anfall og EKG-forandringer hos pasienter som står på metylfenidat, men disse er så sjelden forekommende at det ikke har vært mulig å påvise noen årsakssammenheng med medisineren (14). Med bakgrunn i EKG-forandringene som er rapportert, og spørsmål om metylfenidat kan forlenge QT-tiden, tas EKG mange steder rutinemessig før igangsetting av medisineren, selv om det ikke er noe krav til dette.

Fordi metylfenidat er tilgjengelig i flere former, er det i stor grad mulig å tilpasse do-

seringen til den enkeltes behov. Etter at dette er gjort i en utprøvningsperiode, og man eventuelt har blitt enig om videre medikamentell terapi, kan ansvaret for medisineren overføres til fastlege. Når dette gjøres må fastlegen søke om spesiell forskrivningsrett (15), og pasienten skal kalles inn til halvårlige kontroller. På disse kontrollene skal det måles BT, puls, vekt og lengde, og det er i tillegg vanlig å ta hematologisk status med differensialtelling, og leverprøver. Det anbefales at man minst én gang årlig gjør et seponeringsforsøk av én til to ukers varighet, for å se om medisineren fremdeles har effekt. For de fleste med hyperkinetisk forstyrrelse er forutsigbarhet, rutiner og tydelige grenser viktig. Derfor er det ikke ønskelig at seponeringsforsøk legges til ferier, hvor rutinene både på skolen og hjemme endres. Legger man et seponeringsforsøk til en ferie, kan forverringen av symptomer som egentlig har sin årsak i fraværet av rutiner og rammer, tillegges seponeringen av medisinen, og medisineren forlenges unødigg.

Mange er i utgangspunktet skeptisk til at barnet deres skal få sentralstimulerende medisin, og noen er engstelig for om dette øker faren for senere rusmisbruk. Studier har imidlertid vist at bruk av metylfenidat tvert imot reduserer faren for senere rusmisbruk, men mekanismen bak dette er ukjent (16).

Atomoksetin

Virkningsmekanismen til atomoksetin er ikke sikkert klarlagt, men antas å skyldes en hemming av presynaptisk noradrenalin reopptak i prefrontal cortex. For både metylfenidat og atomoksetin gjelder det at ca 70 prosent har effekt av behandlingen, og det er vist at ca 40 prosent av de som ikke har effekt av det

ene virkestoffet har effekt av det andre. Atomoksetin har også effekt på kjernesymptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse, og har effektstørrelser som er litt lavere enn for metylfenidat (17). Mens metylfenidat som oftest har en rask innsettende effekt, tar det ofte minst fire uker før man ser effekt på behandling med atomoksetin. Full effekt sees sjelden før seks til åtte uker, men kan også ta lengre tid å oppnå. Startdosen er 0,5 mg/kg/døgn, og det trappes gradvis opp til måldosen som er 1,2 mg/kg/døgn. De vanligste bivirkningene ved bruk av atomoksetin er kvalme, tretthet og appetittløshet. Det har blitt rapportert epileptiske anfall, suicid og leversvikt hos pasienter som står på atomoksetin, men det er ikke påvist noen sikker sammenheng (18). Likevel gjør disse rapportene at en i oppfølgingen skal være oppmerksom på tegn til suicidal adferd, og at leverprøver bør kontrolleres på den årlige kontrollen hos fastlege. Der bør det også måles blodtrykk, puls, vekt og lengde. Da atomoksetin er et C-preparat, trenger ikke fastlegen å søke om forskrivningsrett når hun overtar ansvaret for oppfølgingen.

Patofysiologi

ADHD og hyperaktiv forstyrrelse er heterogene og kompliserte tilstander. Tvillingstudier har vist at ADHD er en av de mest arvelige tilstandene vi kjenner til, med en hereditet på mellom 60 prosent og 90 prosent. Det er påvist en rekke gener som antas å ha betydning for utviklingen av sykdommen, men effekten av hvert enkelt gen er liten. Mors røyking under svangerskapet, og maternalt stress med økt cortisonutskillelse, øker risikoen for å få ADHD, noe også lav fødselsvekt og komplikasjon under fødselen gjør. Også fysiske og sosiale forhold etter fødselen kan bidra til utviklingen av ADHD, men også her vil hver enkeltfaktor trolig ha liten patogen effekt (19). Når det er så mange faktorer som spiller en rolle i patofysiologien, blir bildet sammensatt, og de forskjellige patogenetiske faktorene veid inn i hverandre, slik at det blir vanskelig å sikkert kunne skille de fra hverandre. Dette gjør at man i forskningen må være tilbakeholdne med å trekke for bastante konklusjoner, men understreker samtidig behovet for ytterligere forskning på tilstandene.

Forskjell på «syk» og «psyk»?

I sitt essay skriver Lunde: «Et barn med diabetes type I trenger utvilsomt insulin. Det er definitivt ikke et like konstant forhold mellom tilstanden ADHD og Ritalin.» Parallellen til ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse ville vært betydelig bedre dersom Lunde hadde sammenlignet det med diabetes type II i ste-

det for type I. I likhet med hyperkinetisk forstyrrelse er diabetes type II en sykdom med en multifaktoriell genese, men den gjengse type II-diabetiker har som oftest i større grad hatt mulighet til å påvirke sykdomsutviklingen enn hva barn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse har. Dette medfører imidlertid ikke at pasientene med diabetes type II ikke skal få medikamentell behandling. Å nekte dem det vil, som å nekte barn med hyperkinetisk forstyrrelse å få metylfenidat eller atomoksetin, være direkte uetisk.

Barn og ungdom som har en hyperkinetisk forstyrrelse har som oftest et høyt lidelses-trykk, og de har også økt risiko for komorbide psykiatriske tilstander. Harselering med, underkjennelse av og bagatellisering av tilstanden vil kunne være sterkt krenkende for de som er rammet. Dessverre kan debatten så langt ha bidratt til å stigmatisere en smertefull psykisk lidelse, noe som er viktig å ta avstand fra. Hvordan denne pasientgruppen blir møtt av helsevesenet kan ha svært mye å si, og landets fastleger vil kunne ha en veldig viktig rolle for denne sårbare gruppen. Selv om ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse er komplekse tilstander, og det er mange svar vi ennå ikke har, så behandler vi i helsevesenet lidelser uavhengig av om de som har dem ble født sånn – eller har blitt sånn. Heldigvis.

REFERANSER

1. For at DSM IV kravene skal være oppfylt i en dimensjon, må det foreligge minst seks av ni symptomer fra dimensjonen.
2. Santosh, P. J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davies, M., et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 2005;5: 307–14.
3. www.uptodate.com, Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis.
4. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed., Rutter, M., et al. (red) 2008. Blackwell Publishing Limited, s 530.
5. Selv om Lindgren med en prevalens på 5–6% må vise til ADHD og ikke hyperkinetisk forstyrrelse, er temaet likevel svært viktig også i Norge.
6. Klouman, M., Åsberg, A., Widerøe, T., Blodtrykksnivå i en norsk befolkning – betydningen av arv og livsstil. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 12, 2011;131: 1185–9.
7. Tall fra www.reseptregisteret.no
8. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Dec;56(12): 1073–86.
9. The MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4): 754–61.
10. Jensen, P. S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8): 989–1002.
11. Santosh, P. J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davies, M., et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 2005;5: 307–14.
12. Meijer, W. W., Faber, A., van den Ban, E., Tobi, H., Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy world & science* 2009 Oct;31(5): 509–16.
13. Banaschewski, T., et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders – A systematic review and European treatment guideline. *European child & adolescent psychiatry*, 2006 15: 476–95.
14. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed., Rutter, M., et al. (red) 2008. Blackwell Publishing Limited, s 535.
15. Skjemaet «Søknadsskjema spesiell rekvireringsrett for sentralstimulerende legemidler» kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no
16. Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., Gunawardene, S., Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2009 Jan;111(1): 179–85.
17. Meijer, W. W., Faber, A., van den Ban, E., Tobi, H., Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy world & science* 2009 Oct;31(5): 509–16.
18. Banaschewski, T., et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders – A systematic review and European treatment guideline. *European child & adolescent psychiatry*, 2006 15: 476–95.

oahovda@gmail.com

Allmennpraktikerstipend 1. halvdel 2012

UNIVERSITET	NAVN	TITTEL	FATT	VEILEDER
UiO	Stig Bruset	Fastlegers holdning til og erfaring med forebyggende helsearbeid, eksemplifisert ved frisklivsresept og frisklivssentraler belyst ved kvalitativ undersøkelsesmetode.	3	Ole Rikard Haavet
UiO	Sven Erik Ruud	Allmennmedisinske utfordringer i møte mellom storbylegevakten og innvandrerpatienten: En deskriptiv epidemiologisk studie.	3	Per Hjortdahl
UiO	Heidi Lidal Fidjeland	Oppfølging av gynekologiske kreftpasienter fra fastlegen og pasientens ståsted	3	Mette Brekke
UiO	Trygve Skonnord	Akupunkturbehandling av akutte korsryggsmerter i allmennpraksis	3	Arne Fetveit
UiO	Guri Aarseth	Legeproduserte tekster ved uføresaker. Språkanalyse og fortolkning	3	Anne H. Kveim Lie
UiO	Ingun Toftemo	«Kan det stemme at 4-åringen min er for tjukk». Foreldres erfaringer med at helsepersonell tar opp bekymring for overvekt hos 4-åringen deres	3	Per Lagerløv
UiB	Svein-Denis Moutte	Smerte hos barn og ungdom på legevakt: vurdering og håndtering.	3	Tone Morken, Christiana Brudevik og Steinar Hunsbæk
UiTø	Stian Holmvik	Investigating diagnostic and treatment principles of shoulder tendinopathy in primary health care.	3	Elise Klouman
UiTø	Steinar Robertsen	Har nivået av D-vitamin betydning for forekomst av luftveisinfeksjon?	3	Hasse Melbye
UiTø	Bjørn Lichtwarck	Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende adferd ved Demens	2	Geir Selbæk

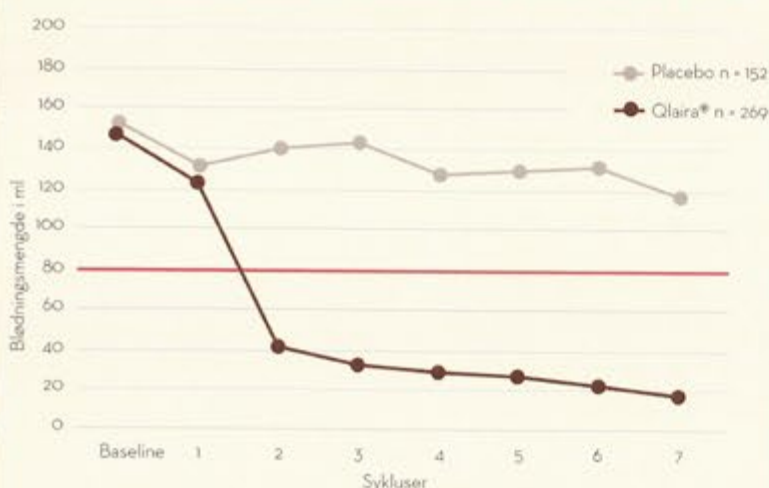
Qlaira®

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.!



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



Samhandlingsreformen i ek – ny vår eller nytt virvar?

■ MONA SØNDENÅ *fastlege og kommunelege, Sør-Varanger kommune*

I Utposten nr. 5/ 2009 ble det redegjort i korte trekk for innholdet i samhandlingsreformen. En leder i samme nummer bar tittelen *Samhandlingsreformen – retorikk og realisme*. Retorikkens tid er nå forbi og reformen er om kort tid en realitet. Allerede 01.01.12 er tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssens visjon ikke lenger ord på et papir.

Med hurtigtogs fart har Stortingsmelding 47 (2008–2009), to nye lover (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid) samt ny nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011–2015 blitt vedtatt. Fra lovene ble vedtatt og til reformen settes i verk har det ikke gått stort mer enn et halvt år. Det er nesten til å miste pusten av. Jeg tenkte her å gi en kort omtale av de to mest sentrale områdene nå; nasjonal veileder for avtaler, samt forslag til forskrifter til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, i tillegg til at det blir en kort omtale av status ultimo oktober 2011.

Reformen kalles en retningsreform. Den skal, som tidligere nevnt, iverksettes fra 01.01.12, men innfasingen skal skje over flere år. Det er stor enighet om visjoner og mål for reformen; det ønskes bedre samhandling, mer helhetlige pasientforløp, bedre folkehelse og bedre tilbud til pasientene nærmere der de bor. Med hensyn til virkemidlene; lovverk, økonomi, fag og organisering har det vært noe større uenighet, men nå er vi der at lovlige fattede vedtak skal iverksettes. Etter stortingsvedtaket er det derfor utarbeidet en rekke dokumenter.

«Med samhandlingsreformen møter vi ikke bare fremtidens utfordringer på en bedre måte. Vi møter pasienten på en bedre måte også», sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Veileder på plass

Nasjonal veileder *Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak* er nå ferdig utarbeidet. Veilederen skal tydeliggjøre plikten til å inngå avtaler og bidra til nasjonalt ensartede avtaler (harmonisering). Veilederen er lagt ut på departementets hjemmesider: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonale-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Der foreligger tre avtaleniåver:

- Intensjonsavtale; avtale mellom KS og RHF (regionalt helseforetak)

– Overordnet avtale mellom kommuner og helseforetak

– Tjenesteavtaler

Intensjonsavtalen skal være ferdig utarbeidet innen 01.01.12. Overordnet avtale mellom foretak og kommune skal være vedtatt (kommunestyrebehandlet) innen 31.01.12 og tjenesteavtalene skal være ferdige til 01.07.12. Det er satt krav om oppfyllelse av 11 punkter i tjenesteavtalene: fire av disse skal være ferdig utarbeidet innen fristen 31.01.12, de resterende sju punktene innen 01.07.12.

Følgende fire punkter skal det gjøres avtaler om innen utgangen av januar:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
2. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
3. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
4. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Forskrifter

I sommer ble forslag til en rekke forskrifter til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lagt ut til høring med høringsfrist i oktober. Dette betyr at to måneder før iverksettelse av reformen er forskriftene fremdeles ikke klare, og på forespørsel kan departementet ikke gi noen dato for når forskriftene vil foreligge. Dette til tross for at flere av forskriftene vil regulere både økonomi, innskriving og utskrivning av pasienter i tillegg til andre viktige punkter. Det ventes også en ny, revidert fastlegeforskrift, som etter sigende sendes på høring medio november. Med vanlig høringsfrist vil denne forskriften neppe være revidert før på vårparten 2012.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Denne forskriften innebærer en konkretisering og nærmere regulering av det finansieringsan-

svaret kommunene har for utskrivningsklare pasienter. Finansieringsansvaret inntreffer fra første dag forutsatt at prosessreglene for øvrig er fulgt (dokumentasjonskrav etc.).

Forskriften gir leger i spesialisthelsetjenesten ansvar for å definere tidspunkt for når en pasient er utskrivningsklar. Når lege har gitt en medisinsk faglig vurdering av pasienten, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen dersom pasienten har behov for kommunale tjenester. Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, om pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til kommunal institusjon.

Innen de samme 24 timer skal altså kommunen varsles om innleggelsen, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Kommunens plikt er straks å avgi svar. Hvilke kriterier som skal ligge til grunn for spesialisthelsetjenestens vurdering av når en pasient er utskrivningsklar, er i utkastene til forskrift ikke definert eller beskrevet, slik det var i tidligere forskrift. Disse korte tidsfristene for varsling m.v. skal altså gjennomføres allerede fra årsskiftet, eventuelt innen utgangen av januar 2012, uten at kommunenes pleie- og omsorgstjeneste – med få unntak – på dette tidspunkt vil være koplet opp elektronisk mot helsenettet. Før slik oppkopling av nettbasert meldingskommunikasjon mellom tjenestenivåene er realisert, vil det bli en krevende, om ikke umulig øvelse å overholde de fristene som er satt.

Det bør ellers være et krav for håndtering av en utskrivningsklar pasient, at det følger med en foreløpig epikrise. Kommunchelsetjenesten bør ikke akseptere å ta imot utskrivningsklare pasienter uten at slik nødvendig informasjon foreligger.

Kommunal medfinansiering

Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggere, og skal gjelde innleggelse i spesialisthelsetjenesten samt poliklinisk utredning og behandling, dog ikke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.



Medfinansieringen gjelder heller ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Kommunal medfinansiering beregnes med grunnlag i DRG-poeng i henhold til regelverket for innsattsstyrt finansiering.

Gode intensjoner, men hva er gevinstene?

Det er ingen tvil om at ansvaret nå er plassert tydelig. Gode rutiner og nødvendige administrative ressurser vil derfor være avgjørende for at dette skal lykkes; funksjonelle IKT-løsninger, enkle og forståelige rapporter samt kompetanse og kapasitet til å følge med og følge opp når det oppstår avvik mellom forutsetninger og resultater. De beregninger om økonomiske virkninger som er gjort i forkant av departement og direktorat, er sikkert profesjonelt utført og tuftet på beste skjønn. Men også disse hviler på atferdsforutsetninger som innehar betydelige elementer av usikkerhet. Derfor er det viktig løpende å dokumentere reformens forløp, både med hensyn til aktivitet, kostnader og kvalitet, slik at det legges til

rette for læring, tilpasning og justeringer på grunnlag av de erfaringer som gjøres. I det følgende listes noen bekymringer og spørsmål, sett fra en kommunes og fastleges ståsted.

- Uforutsigbarhet når det gjelder økonomi
- Uforutsigbarhet for betydningen av medisinskfaglige vurderinger ved utskriving. Hvilke kriterier ligger til grunn for en slik vurdering?
- Har spesialisthelsetjenesten kompetanse til å mene noe om hva slags kommunale tjenester en pasient bør ha?
- Har spesialisthelsetjenesten oversikt over hvilke kommunale tilbud som fins i hver enkelt kommune?
- Hvordan vil et slikt system fungere i helger, i høytider og på kveldstid? 24 timer er meget kort tid.

Reform uten pilotering

Vi er mange som i utgangspunktet kunne ønsket oss en forsøksperiode med denne ordningen før den ble implementert i stor skala for hele landet. Fastlegeprosjektet var forbillig i så måte. Dette prosjektet ble på 1990-tallet star-

tet som et forsøk i utvalgte kommuner, slik at det ble mulig å justere retning og innhold før ordningen ble gjort landsomfattende fra 2001.

Iverksettelsen av samhandlingsreformen skjer dessverre uten noen slik forutgående prøveperiode. Dette til tross, er det bare å brette opp ermene og hoppe inn i prosessen. Noe annet vil være uklokt, nå når tidspunktet for ikrafttreden nærmer seg med stormskritt. Når reformen innføres går vi altså ikke til dekket bord som vi gjorde i forbindelse med innføring av fastlegeordningen. Veien må derfor bli til mens vi går, og behovet for løpende dokumentasjon, læring og justering er stort. De omfattende og gode målene for denne reformen kan imidlertid bare realiseres på lang sikt og gjennom tålmodig arbeid. Hvis denne erkjennelse legges til grunn for de mange små skritt som skal skape ønskede endringer, kan reformen bidra til å forbedre resultatene slik at vi møter fremtidens utfordringer og våre pasienter på en bedre måte.

mss@svk.no

Legerollen mellom organteknikk og eksistens

LÆRINGSMÅL: Kurset skal gi grunnlag for kritisk vurdering og kompetent utøvelse av legerollen med særlig vekt på de faglige utfordringer som følger av at pasienter trenger leger som både er biomedisinsk kyndige og kan yte profesjonell ivaretagelse av eksistensiell sårbarhet knyttet til helseproblemer og livskriser.

ARRANGØR: Filosofisk Poliklinikk, Universitetet i Bergen

KURSLEDERE: Edvin Schei, professor, fastlege. Stefán Hjörleifsson, førsteamanuensis, fastlege.

STED: Bergen Offentlige Bibliotek, Strømgaten 6, Bergen

TID: Onsdager kl 1900-2130

GODKJENNING: Deltakelse på minst to møter gir godkjent kurspoeng med 3 poeng per møte for alle spesialiteter. Deltakelse på fem eller seks kurskvelder gir godkjent emnekurs til videre- og etterutdanningen i allmennmedisin med 15 eller 18 kurspoeng.

KURSAVGIFT: Kr. 1200 for to møter, 1700 for tre eller fire, 2200 for fem eller seks møter

PÅMELDING: edvin.schei@isf.uib.no

DATO	TITTEL	INNLEDER
Onsdag 4.1.12	Legen er alltid leder - fire spørsmål og fire fiender	Edvin Schei • fastlege, professor
Onsdag 1.2.12	Høvisk men ikke interessert: hvordan legers høflighet maskerer fraværet av eksistensiell omsorg i pasientarbeid	Kari Milch Agledahl • lege, filosof
Onsdag 7.3.12	Molekyler og mening. Biologi for det 21. århundre	Linn Getz • lege, forsker
Onsdag 11.4.12	Legens oppmerksomme nærvær - en profesjonell forpliktelse	Michael deVibe • lege, forsker
Onsdag 12.9.12	Empati - kjernen i medisinsk profesjonalitet og rasjonalitet	Reidar Pedersen • lege, filosof
Onsdag 3.10.12	Mennesket i medisinen - ting og helligdom	Eivind Meland • lege, professor

Legekontorets skuespill

■ ANNA TARALDSEN HELDAL *medisinstudent ved Universitetet i Bergen*

Forord

Legerollen har endret seg de siste tiår fra å være en opphøyet autoritet til i større grad å være en teamleder i panelet der pasienten er ekspert på sin sykdom. Likevel er det noe universelt med legerollen som er rigid overfor tidens tann: Legerollen tillegges fremdeles høy sosial status og faglig autoritet. Innhold som lett kan komme i konflikt med den moderne legerollen.

Den amerikanske sosiologen Erving Goffman kom i 1959 ut med boken «The Presentation of Self in Everyday Life». Med denne boken og utviklingen av begrepsapparatet og synsmåter har Goffman vært skoledannende for en måte å forstå grunnleggende trekk ved samfunnet på.

Sentralt i hans tenkning er «situasjonsdefinisjon», og at vi i samhandling trenger å forstå hvilken situasjon vi er i, og hva slags aktør vi er i den aktuelle situasjonen. Som aktør spiller vi en rolle der vi opptrer for et publikum. Publikum spiller også roller i dette spillet, og alle er klare over at man spiller ulike roller på den sosiale arenaen. Han bruker dramaturgiske prinsipper og teaterets synsvinkel for å forklare vårt komplekse sosiale spill. Hvordan vi spiller roller, presenterer oss selv og spiller ut ulike sider av rollene vi inntar er ikke overflatefenomener, men grunnleggende trekk ved et samfunn.

Et viktig begrep og tenkemåte Goffman utvikler, godt forankret i teaterets verden, er tanken om et «frontstage» og et «backstage». Rollen fylles ved å overkommunisere det vi ønsker å presentere, men underkommunisere det vi ønsker å skjule. Det vi ønsker å skjule kan spilles ut backstage. Dette handler ikke om frontstage som en fasade og et backstage som mer «autentisk», men er en måte å organisere og mestre hverdagslivet på.

Fortellingen

Prolog

Legekontoret ligger i førsteetasje av en litt nedsarvet lavblokk i et slitent område. Jeg ringer på ringeklokken, og etter kort tid durer det som signal på at døren nå kan åpnes. Innerst i gangen er døren inn til legekontoret. Jeg entrer. Inn gjennom forhenget til scenen der jeg skal ha en birolle de neste fire ukene.

Kontoret består av en gang, et venterom, et lite labrom, et behandlingsrom og til sist legens kontor. Fem ulike scener som det veksles mellom. Men hvor er pauserommet?

Scener fra legekontoret

DAG 1: Den høyt skattede kontordamen viser meg flere vaser som er laget av en pasient. Vasene blir et litt unødvendig supplement til et overfylt labrom. Men kontordamen kan ikke annet enn å la de stå framme i respekt for pasienten som har gitt dem.

DAG 2: Kontordamen er vekke fra kontoret. Jeg sitter på laben og har logget meg på winmed for å lese om dagens pasienter. Det kommer en dame inn døren som jeg leser fortvilelse i øynene på. Hun blir veldig skuffet når jeg forteller at kontordamen er ute for en stund. Hun går fram og tilbake i gangen, det er tydelig at hun ikke vil gå, og trenger noen å snakke med. Jeg ber henne komme inn på laben. Hun blir takknemlig, og setter seg ned i en stol. Hun gråter, og holder for ansiktet sitt med hendene. Etter en halv times tid går det opp for meg at dette er pasienten som kommer med vasene. Jeg skjønner at denne pasienten trenger å få lette sitt hjerte, få litt støtte for det hun tenker og eventuelt litt veiledning for valg hun skal gjøre den dagen: Alvorlig syk datter. En ektemann som lukker seg inn i seg selv. Følelse av å være alene i verden. Etter en times tid går hun ut igjen med lettet hjerte og er takknemlig for at jeg har tatt meg tid til å høre på henne.

Plutselig går jeg fra å være studenten til å bli legen. En frontstagelege. Nå må jeg framstå som sikker og profesjonell, og henter fram Sokratiske samtalekunst samtidig som jeg prøver å kartlegge på hvilket nivå denne pasienten trenger hjelp fra. Rolleskiftet fra student til lege skjer uten forberedelse eller muligheter for retrett. Det er ingen pauserom på legekontoret. Laben er det nærmeste man kommer et pauserom, men det er vindu inn fra venterommet, og man kan hele tiden iakttas. Kontoret stenges heller aldri. På legekontoret er jeg konstant synlig for alle, og må innta den rollen som forventes av meg avhengig av hvem som kommer inn døren. Etter den opptrøden savner jeg pauserommet. Jeg savner et backstage.

DAG 5: Klokken nærmer seg tolv, og jeg er sulten. Jeg har sittet inne hos legen og hørt på konsultasjoner siden klokken åtte om morgenen. Jeg sniker meg ut samtidig med at en pasient er ferdig. Når jeg kommer ut døren fra legekontoret ser jeg at damen med vasene har inntatt den ene stolen på laben.

Akkurat da hadde jeg sett fram til en liten halvtimes der jeg kunne slappe av, prate litt

om det som faller meg inn uten å bry meg altfor mye om hvordan jeg framstår for pasienter. Og jeg liker å sitte og prate med kontordamen, hun har noe tillitsvekkende, raust og medmenneskelig over seg som jeg godt forstår at pasientene også vil ha del i. Og jeg erfarer i løpet av praksisen at det hver dag kommer pasienter som setter seg inn på laben med kontordamen og opplever relasjonen som noe mer enn et profesjonelt forhold.

Hva skulle jeg gjøre? Gå inn igjen på legekontoret og fortsette som den ivrige studenten uten mat? Nei, altfor sulten til det. Sette meg inn på behandlingsrommet og lukke døren inn dit? Der var de stadige småkirurgiske inngrepene lite appetittvekkende assosiasjoner å innta maten med. Konklusjonen er at jeg må sette meg inn med kontordamen og damen med vasene inne på laben. Men hvordan skal jeg presentere meg? Er jeg legen? studenten? kollegaen? Hvilken arena er jeg på, og hvordan skal jeg kommunisere rollene jeg veksler mellom? Det er vanskelig, og resultatet blir en forvirret opptreden der vi plukker opp tråden fra forleden dag vekslen med kontordamen som snakker om leilighetspriser og det å investere i leilighet og jeg som forteller litt om lille tullaen min med varmt hjerte. Jeg blir opptatt av å være den joviale, «nedpå»-legen som har et avslappet forhold til å lunsje over diverse sosiale problemer til damen med vasene.

DAG 9: Damen med vasene kommer for gynekologisk undersøkelse. Og jeg tenker «dette går ikke, jeg kan ikke ta på meg legerollen igjen og være med på gynekologisk undersøkelse med denne pasienten». Det føles helt feil. Og jeg trekker meg vekk fra scenen.

Rollespillet blir for komplisert. Jeg har vært backstage med en pasient, og relasjonen kan ikke flyttes frontstage igjen. Kontordamen er med på oppfordring fra legen, men jeg får aldri spurt henne om hennes opplevelse av det.

DAG 12: Damen med vasene kommer innom legekontoret for å vise strikketøyet sitt samt bilder av barna sine. Jeg skryter av strikketøyet hennes, og syns hun har noen flotte barn. Hun gråter over datterens sykdom og den tause mannen. Jeg glir inn i legerollen igjen og prøver å gi henne håp i god Hippokratisk ånd. Hun strikker til barnebarnet sitt. Og som mamma kan jeg gladelig formidle hvor kjekt det er å få hjemmestrikket tøy.

DAG 15: Damen med vasene kommer innom for å få henvisning til fysioterapeut. Hun må inn til legen. Jeg blir sittende igjen på laben. Selv for en fysioterapirekvisisjon blir det feil å følge med henne inn på legen sitt kontor. Vår litt mer uformelle pasient-legearena har utviklet seg på laben, mens inne på legekontoret føler jeg meg som en påtrengende venn. Legekontorets kvasi backstage-område er en arena der pasienter kommer uten avtale og slår seg ned som gjester i et kaffebesøk. Det lar seg i liten grad kombinere med den profesjonelle legen eller interesserte studenten på legens frontstagearena inne på hans kontor.

DAG 17: Damen med vasene kommer innom med en kaffekopp. Hun er fortvilet og vil så gjerne hjelpe mannen sin. Hun, kontordamen og jeg blir enige om en annen strategi hun kan forsøke for tilnærming til mannen. Damen med vasene drar fra legekontoret i ettertenksomhet.

DAG 20: Damen med vasene kommer med to vaser. En til meg og en til kontordamen. Jeg skal få den fineste. Hun er glad idag. Datteren har blitt bedre av sin sykdom. Hun har endelig klart å få mannen sin til å prate. Idag skal de besøke datteren deres sammen og så gå ut og spise. For første gang være sammen etter flere måneder med taushet. Det er min siste dag på kontoret. Jeg takker for vasene og er glad på hennes vegne.

Relasjonen til damen med vasene går langt utover det man forventer av en kontordame-pasient-relasjon. Det er skapt både av legekontorets fysiske utforming og måten kontordamen håndterer pasientene på. Legen sitter trygt inne på sitt legekontor, og tar ikke del i scenene som utspiller seg på utsiden. For damen med vasene blir vasene et objekt som markerer at også hun er med i regien av scenen. Det bidrar til å utydeliggjøre frontstage- og backstageområdet for aktørene.

Epilog

Hjemme i stuen står det en vase. En vase gitt av en dame som var pasient på et legekontor jeg var utplassert på i en måned. Vi ble kjent på laben. Vasene er trygt plassert backstage nå. Helt pasientfritt.

Etterord

Legekontoret kan fra utsiden på mange måter fortone seg litt borgaktig fordi det må låses opp for å få komme inn. Men på innsiden kan man etterhvert oppfatte at grensene er mindre fast enn en borg. Det er både en uventet kvalitet ved legekontoret, men samtidig skaper det forvirring i forhold til rollespillet og hva slags aktør man er. Pasientene, slik jeg opplevde det, setter stor pris på dette lavterskeltilbudet på laben. Men samtidig reduserer det spillerommet for kontordamen da det blir vanskeligere å sette grenser de gangene det er nødvendig. Spillet brytes litt sammen.

Som utplassert på legekontor var jeg på den ene siden snart lege, men samtidig også fremdeles student som enda ikke er ferdig utlært. Jeg var der i fire uker, og måtte forholde meg til både kontordamen og legen som en slags kollega. De ikke til enhver tid klart definerte rollene samt en utydelig labscene gjorde oppholdet mer komplisert enn det jeg hadde sett for meg på forhånd. Det er kanskje enklere å takle en arbeidsdag på et legekontor i konstant frontstage når rollen er mer tydelig definert. Men for meg ble det helt åpenbart at jeg aldri skal jobbe i en allmenpraksis uten et backstageområde. Et lunsjrom enkelt og greit.

Anne.T.Heldal@med.uib.no

Praktiserende leger trenger bedre sikring

■ EINAR ESPOLIN JOHNSON

seksjonssjef, Økonomi- og administrasjonsavdelingen, Dnlf

Det er reformtid på pensjonsområdet. Hovedbildet er at sikringen blir dårligere. Leger bør gjøre seg kjent med endringene, slik at de kan planlegge sin økonomiske fremtid bedre.

Privatpraktiserende leger er ekstra utsatt for endringene, fordi de mangler den økonomiske trygghet deres kollegaer i offentlige stillinger nyter godt av. Endrede regler i SOP gjør leger autorisert etter 1.1. 1993 spesielt utsatt. Det er ikke full sykelønn i ett år, med deretter følgende solid offentlig uførepensjon som venter en praktiserende lege som blir arbeidsufør. Det venter heller ikke kr 625 000 i alderspensjon fra fylte 65 år.

SOP og Legeforeningen har etablert ordninger for å bidra til at praktiserende leger på best mulige vilkår skal kunne sikre seg bedre ved sykdom og alderspensjon. Legeforetakenes Pensjonsordning, som ble etablert i slutten av 2008 i Storebrand, har allerede ca 1700 legeforetak benyttet seg av. I februar ble det inngått avtale om sykeavbruddsforsikring med Tryg Forsikring, slik at leger selv skulle kunne kjøpe seg tilleggsdekning ved sykdom, etter at SOPs ytelse ble redusert i 2011. Konsultentskapet Marsh administrerer ordningen. En relativt svak tilslutning til denne ordningen tyder på at leger enten ikke har registrert at tilbudet har kommet eller ikke i tilstrekkelig grad har tatt til seg at det har oppstått et behov.

Endringer i folketrygden

Folketrygdens pensjonsdel er endret vesentlig. Fra og med 2011 kan alle ta ut alderspensjon fra fylte 62 år, og begrepet pensjonsalder er borte. Nå snakker man i stedet om uttak av pensjon. Pensjonen kan tas fullt ut eller delvis. Nå kan man jobbe fullt ut ved siden av, uten at pensjonen lenger avkortes. Det er nå først og fremst et spørsmål om når man vil ta ut den pensjonskapital man har opptjent rett til. Venter man med å ta ut pensjonen, øker pensjonsbeløpet. Står man ved utløpet av den forventede levealder og ser tilbake, skal samlet pensjonsutbetaling være det samme om man begynte å ta ut pensjon ved 62 år eller fra et hvilket som helst annet tidspunkt. Risikoen

er derved overført til folket. Hvis man lever lenger enn gjennomsnittlig for sitt årskull, lønner det seg å vente med å ta ut pensjonen. Forventer man kortere levetid enn snittet, eller regner med at man må betale mesteparten av pensjonen til aldershjemmet, lønner det seg å ta ut pensjonen tidlig. Hittil har det vist seg at mange ønsker å ta ut alderspensjon tidlig.

Profilen for opptjening til alderspensjon er også endret, ved at inntekten alle år teller 18,1 prosent av inntekten inntil 7,1 G avsettes til pensjon alle år. Den samlede opptjeningen gjennom yrkeslivet summeres og danner den pensjonskapital som man kan fordele over den forventede gjenstående levetid. Det fastsettes en forventet gjenstående levetid for hvert årskull, som altså pensjonskapitalen fordeles over. Siden forventet levealder trolig fortsetter å øke, må man forvente at alderspensjonen minker, siden pensjonskapitalen i så fall fordeles over stadig flere år.

Det har også vært endringer på uførepensjonsområdet, men i praksis vil det ikke være større endringer fra tidligere.

Endringer i SOP

SOP har på grunn av manglende finansiering måttet gjøre betydelige endringer i ytelsene, både for de såkalte avbruddsyttelsene og på pensjonsområdet. Det har gått mest ut over yngre leger.

Leger autorisert i Norge etter 1.1.1993 har mistet retten til alderspensjon og ektefellepensjon. Yttelsene ved avbrudd i privat praksis i forbindelse med sykdom, fødsel, adopsjon og pleie av syke barn har gått ned uan-



sett autorisasjonstidspunkt. Leger autorisert i Norge etter 1.1.1993 får dessuten lavere inntektskompensasjon enn leger autorisert før 1.1. 1993 ved sykdom. I sum er avbruddsyttelsene redusert relativt betydelig.

Endringene i SOPs alderspensjon er tilpasset ny folketrygd. Den har blitt mer fleksibel enn tidligere. Det er nå mulig å ta ut alderspensjonen fra fylte 62 år og medlemmet kan velge å ta den ut over ti år, fram til fylte 77 år eller over resten av livet. Valgalternativene er verdinøytrale, dvs at det for samlet forventet pensjonsutbetaling ikke skal ha noe å si hvilket valg man gjør. Dette fremkommer ved at pensjonsbeløpet øker for hver måned man utsetter uttaket etter fylte 62 år. Valgt utbetalingsperiode er endelig.

Vedtektsendringen i SOP innebærer at alderspensjonen for leger autorisert før 1.1. 1993 og uførepensjon uavhengig av autorisasjonstidspunkt prioriteres. Hadde ikke endringene blitt gjennomført, ville disse ytelsene måttet bli redusert betydelig de kommende år.

Privatpraktiserende leger som ønsker å få oversikt over sine rettigheter eller ønsker å sikre seg bedre bør se nærmere på SOPs nettsider www.sop.no.

einari.espolin.johnson@legeforeningen.no

GLIMT

fra Nidaroskongressen 2011

■ TOVE RUTLE *redaksjonssekretær*

Den 12. Nidaroskongressen ble avviklet i oktober med godt og vel 1200 leger og medarbeidere som deltakere i løpet av uken. Trondheim viste seg fra sin beste side med vakkert høstvær, og noen regnværsbyger, som seg hør og bør i oktober.

Vi ble ønsket velkommen av koret Akapelissimo som sang Monikas vals «velkommen til verden». Det var nok for å sette oss i god stemning innen Petter Øgar, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet orienterte om samhandlingsreformen, forventninger til den og krav til fastlegene. Øgar var tydelig, men relativt «harmløs» i presentasjonen. Det fremgikk at de politiske irrganger er uforutsigbare, og det er fortsatt en del uklårheter, men intensjonen med reformen er god.



Petter Øgar innledet kongressen med «Samhandlingsformen».

Medlemmene av arrangementskomiteén ved Nidaroskongressen var fra venstre: Leif Vonon, Monica Berg, Karl Hilt, Sissel Grytan, Lena Ervik, Kristine Asmervik, Marianne Aadal (lyst hár som stikker frem) Ingjerd Murvoll, Mona Følstad, Trine Sørgård, Birger Koren og Brit Skarsvåg.



NIDAROSKONGRESSEN

Olav Brostrup Muller fra «Pasienter uten grenser» hadde en fin og underholdende presentasjon til stor munterhet for salen, om hvor vanskelig det er for pasientene å nå frem med sine budskap til fastlegene. Vi får håpe at «disse pasientene» også klarer å innordne seg samhandlingsreformen. Når Muller ikke er pasient, er han kåsør og journalist i Klassekampen.

Det var plenumsforedrag hver dag. Verd å trekke frem er Edvin Scheis innlegg med tittelen «Legen er alltid leder – Fire spørsmål og fire fiender». Dette var spesielt interessant og tankevekkende. «Mens legerollen dreies mot mer kroppsteknologi, fremstår menneskekunnskap og selverkjennelse som ikke-faglig. Medisin er etikk, ikke teknikk. Det andre menneskets ve og vel er kjernen i 'det faglige'. Man blir ingen god hjelper om man ikke vokser gjennom erfaring, ved at man evner å la seg overraske av pasientens fortelling», sa Edvin Schei.

Han påpekte at legens kommunikasjon må styres av bred nysgjerrighet. Fire spørsmål viser retningen: Hvem er jeg – hvem er du – hvem er jeg for deg – og hva finnes i den objektive verden?

Eivind Schei holdt et tankevekkende foredrag.



Silje Ervik Gartland, Anne Juvik og Lena Ervik gjorde en fremragende innsats for arrangementet.

Glade festmiddagdeltakere.





Det er ikke bare bare å delta på «Oppmerksomhetstrening – tunga kan fort «ramle ut».

Mikael de Vibe



Fire «fiender» vil alltid bremse menneskets vekst, ifølge Schei:

- Den første er frykten for læring og endring
- den andre er selvgodheten når man ser lenger enn andre
- den tredje er makten som ødelegger ydmykhet og idealisme
- den fjerde er alderdommen, den vellykkedes sløve hang til å hvile og la verden gå sin skjeve gang

I år ble Kirsti Malterud tildelt Nidarosprisen – vel fortjent! Og hun hadde et flott plenumsforedrag «Kunnskap i bevegelse». (Prisvinnerne omtales særskilt.)

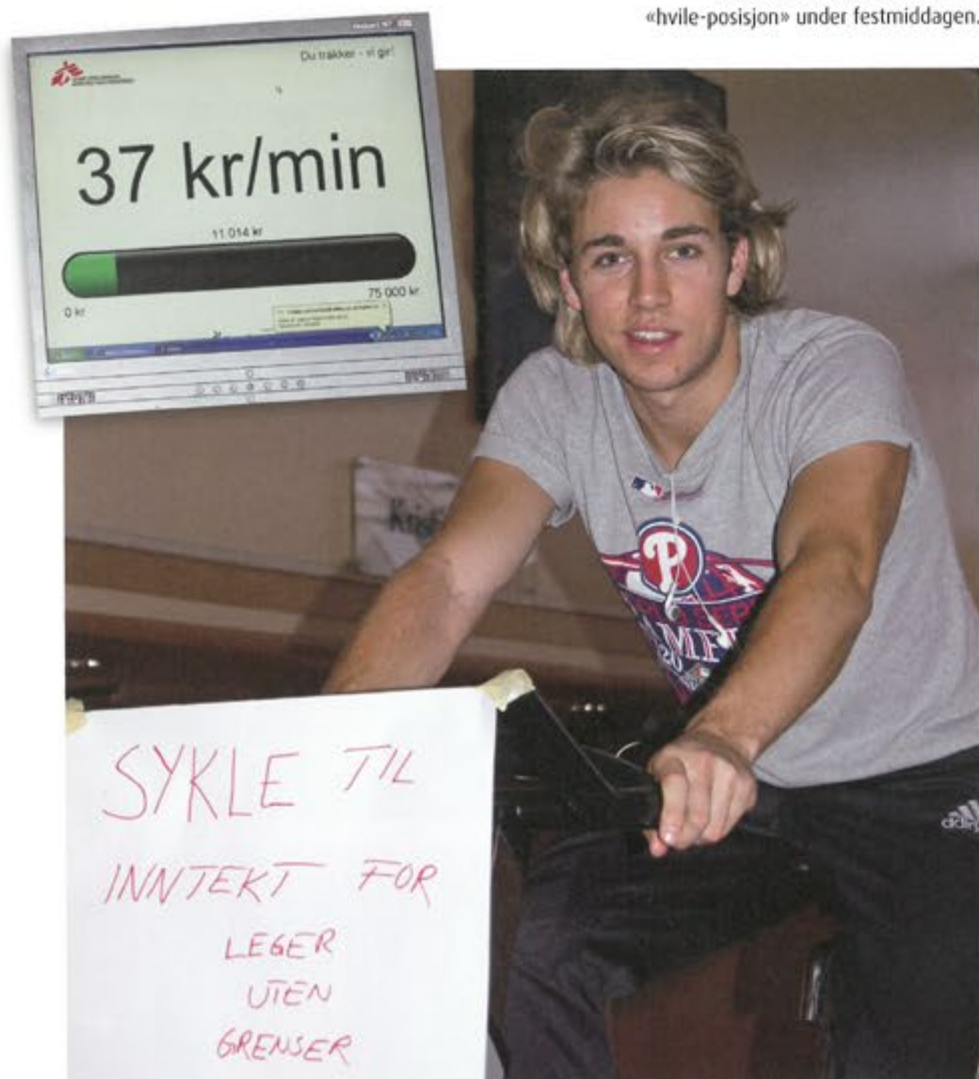
Det ble avviklet femten emnekurs totalt, to grunnkurs og elleve medarbeiderkurs. Alle de jeg snakket med var svært fornøyd. Kun en bemerket at det ikke er spesielt tilfredsstillende at det er sykehusleger som skal instruere i hvordan allmennpraktikeren skal jobbe. Undertegnede deltok i kurset til Mikael de Vibe i «Oppmerksomhetstrening». Det var interessant og spennende, vi lærte gode teknikker til eget bruk, og i forhold til vår virksomhet som helsearbeidere. Essensen i opp-

NIDAROSKONGRESSEN

Toastmaster Anders Eskelund i «hvile-posisjon» under festmiddagen.



Froydis Nilssen og Åshild Lingrasmo fra Tromsø var fornøyde med kongressen.



Erik Vold var full av energi, og syklet inn 4000 kroner.

merksomt nærvær, er blant annet å gjenkjenne sitt eget vesen, å være forankret i eget senter her og nå (stillhet og væren) og å være åpen for indre ressurser (intuitiv visdom). Man kan fremme helsen gjennom å bli kjent med seg selv, å handle ut fra seg selv og ikke minst å skape sitt eget liv.

Nidaroskongressen sponset Leger uten grenser i år! Overskuddet av en fantastisk orgelkonsert i Nidarosdomen gikk til organisasjonen. Det var også en ergometersykel som var sentralt plassert hvor deltakerne kunne «sykle inn» penger til Leger uten grenser. Det ble totalt samlet inn 50000 kroner. En av

syklistene; Erik Vold syklet to timer i ett strekk og syklet dermed inn over 4000 kroner til Leger uten grenser! Vold hadde stor glede av dette – for han har blant annet har vært i Mexico og sett hvor stor forskjell det er på fattig og rik, og hvor vanskelig det er for fattige å få helsehjelp.

Under festmiddagen var det underholdning og prisutdeling, og selvsagt dans til den lyse morgen.

Arrangementskomiteén kan si seg godt fornøyd med nok en vellykket kongress for legen og hans medarbeider! Dette gir godt faglig påfyll og gode opplevelser som påvirker arbeidsmiljøet positivt.

Nydelig middag med alvor og skjemt.



Prisvinnerne



NFA har opprettet en **skribentpris** på kr 15 000 som deles ut en gang i året på PMU eller Nidaroskongressen. Prisen erstatter det tidligere forfatterstipendet. Prisen går til en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmenntilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.

Årets pris gikk til Drude Lind Bratlien for en artikkel i Utposten nr. 7, 2010. Det er en kort kasuistisk artikkel.

Drude Lind Bratlien er en fastlege som har reflektert over sine fibromyalgipasienter som hun har mange av. Hun har kjent disse kvinnene i årevis. Etter at de har fått diagnosen, som ofte er en eksklusjonsdiagnose, og eventuelle ytelser fra NAV er avklart, ser hun dem ikke så ofte. De lever med sine plager, innretter seg i hverdagen, og venter seg ikke noe nytt fra fastlegen.

Men av og til får kronikere nye eller endrede symptomer, da kan det være vanskelig for legen å skjønne at det de presenterer er noe nytt!

I artikkelen forteller hun om en kvinne på 42 år med forverrelse av ryggsmertene, som viser seg å være et prolaps med S1-utfall, en kvinne på 65 år med ømme kuler og punkter i hodebunn og nakke får diagnosen polymyalgia revmatika. Hos en kvinne på 58 år med øken-

de slitenhet avdekker blodprøver høyt kalsium og primær hyperparatyreoidisme.

I alle tre tilfellene vurderer hun det slik at deres nye tilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.

Bratlien reflekterer også over at pasientene selv foreslår at nye eller forverrete plager kan skyldes fibromyalgien. Da har fastlegen lett for å si seg enig. Kanskje er det akkurat da man skal være mer kritisk og tenke «kan det være noe annet?»

Ved å oppsummere disse erfaringene og skrive artikkelen «Fibromyalgi og diffuse plager – gammelt eller nytt», har hun bidratt med en viktig påminnelse, rett fra praksis og derfor gjenkjennelig og nyttig for oss alle!

Vi håper flere kolleger vil gjøre som henne, og publisere kasuistikker og refleksjoner i Utposten.

Nidarosprisen 2011 gikk til Kirsti Malterud

Nidaroskongressen deler ut Nidarosprisen til en allmenntilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.

Valget i år falt på Kirsti Malterud som har gjort viktig arbeid for utviklingen av faget og forskning i allmenntilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.

En kjapp oversikt over omfanget av forskningen:

- Tidlig start med deltidsforskning, doktorgradsarbeid som ble fullført i 1990, professorater i inn og utland, faglige engasjementer lokalt og nasjonalt.
- 269 vitenskapelige utgivelser.
- 491 fagforelesninger eller posters på konferanse.
- Ni ganger vært «keynote speaker» på internasjonale kongresser.
- Ti bøker begått alene eller i samarbeid med andre, og flere kapitler i lærebøker.

Tema for forskningen var i utgangspunktet å studere klinisk kommunikasjon, i lege-pasientrelasjonen. Senere har hun i samarbeid med flerfaglige nettverk av forskere i Norge og utlandet, utviklet kvalitativ forskningsmetode og gjort den pålitelig og anvendelig for allmenntilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.

Kirsti Malterud tok embetseksamen i 1975 og har hatt sin praksis, først ti år i Oslo, og siden 1987 i Bergen. Inspirert av praksis har hun fokusert mye på pasientperspektiver ved kronisk sykdom og marginalisering. Hun har utviklet forståelse og metoder for å snu pasienters sårbarheter til positive krefter. Hun er høyt respektert av allmenntilleggsdiagnoser ikke har stor betydning i hverdagen. Pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret. Men de nye diagnosene er viktige likevel.





Norsk forening for allmennmedisin deler ut **Løvetannprisen** en gang årlig, under Primærmedisinsk uke (PMU) eller Nidaroskongressen. Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og kr 20 000. «Den deles ut til en allmennlege som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk», står det i statuttene.



Elisabeth Swensen mottok prisen av Marit Hermansen, leder i Norsk forening for allmennmedisin.

Årets Løvetannpris gikk til Elisabeth Swensen, med følgende begrunnelse:

Hennes virke som allmennpraktiker og kommunelege 1 i en liten landkommune på Østlandet gjennom mere enn 30 år, har sikret legitimitet til hennes tallrike utspill, innspill, ideer og provokasjoner. Hun har inntatt mange talerstoler, – og har alltid forsvart plassen godt, – det være seg som styremedlem i vårt faglige selskap, redaktør i Utposten, redaktør i Tidsskriftet, medlem av Working Party of Rural Health i WONCA, som kursarrangør og foreleser, som skribent i dagspressen og på EYR, eller som veileder for en rekke turnusleger og spesialistkandidater i allmennmedisin. Hun har greid det mesterstykket det er å være kritisk til det bestående, og samtidig stadig være aktuell som Legeforeningens representant i en rekke sammenhenger, i den siste tid i faglige fora der eksempelvis spørsmål som sykmeldingspraksis og krisehåndtering skal retningslinjefestes. Med kritisk blick ga hun risikotenkningen i medisinen nytt innhold på begynnelsen av 1990-tallet, og hun var den første til å problematisere nyhetene om den sanne viten da EBM-bølgen skylte innover landet like før tusenårsskiftet. Før distriktsmedisin var et kjent begrep her til lands, så hun behovet for å snakke om helse-tjeneste i utkant-Norge og beskrive hvordan tilbudet til befolkningen henger sammen med den generelle samfunnsutviklingen, – og hun var en pioner i oppbyggingen av Senter

for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø der hun nå deltar som regional koordinator og som medlem av styringsgruppa.

Hun er for en nedtrappingsplan i psykiatrien, og er en kompromissløs forsvarer for en bred normalvariasjon i menneskets liv som biologisk og psykologisk vesen, og hun mener allmennlegen skal være garantisten for at ingen urettmessig skal behandles som syk. Ingen som har synspunkter på disse spørsmål er i tvil om at hennes meninger er velbegre-nede, og vanskelige å gjendrive.

Hennes presise formuleringsevne er misunnelsesverdig, og som oftest til å tåle også for den som blir utsatt for den når hun er på krigsstien. Og det kan hun være. Det er ikke vanskelig å finne eksempler, - noen store saker handler om fastlønn for norske allmennleger, kamp mot korrupsjon og økende kommersialisering i helsetjenesten, og arbeid for bruk av nordisk språk, så sant det overhodet lar seg gjøre, når leger møtes over landegrenser.

Hun sier sjelden nei når hun blir spurt om å bidra med tankekraft og kreativitet, og kanskje sier hun nei for sjelden? Men når hun sier ja, holder hun alltid til mål. Om det innebærer bilkjøring i timevis, korte netter og logistisk akrobatikk i et liv med fire barn, en kommunes helsetjeneste og egen helse som primære ansvarsområder.

Den allmennmedisinske diskurs hadde ikke vært den samme uten henne.

Anders Forsdahls minnespris gikk til Sverre Rørtveit i Austevoll

Norsk senter for distriktsmedisin deler hvert år ut Anders Forsdahls minnespris. Forslagsstillerne i år var allmennmedisinsk faggruppe, Universitetet i Bergen, og de skriver: «Sverre Rørtveit er en trofast sliter i primærhelsetjenesten som har stått last og brast ved sin post i Austevoll kommune siden 1981. I tillegg til sin mangeårige stilling som kommunelege og distriktslege, har han gjort mange unge legers møte med primærhelsetjenesten til en faglig appetittvekker. Et stort antall turnusleger har fått sin opplæring hos ham. Kandidaten har hatt et spesielt interessefokus mot akuttberedskapen og utvikling av faglig kvalitet i denne tjenesten. Han har i skrift og tale understreket at denne tjenesten er et all-

menntmedisinsk ansvar. Han har også hatt sterk interesse for infeksjonsmedisinske tema. Han har gjort fagutvikling også til et akademisk anliggende, og publikasjonslisten er imponerende.»

Sverre Rørtveit mottok Anders Forsdahls minnepris på Nidaroskongressen, og han kvitterte med en distriktsmedisinsk forelesning på forskningsdagen der. Utgangspunktet var i hans arbeid og forskning i Austevoll. Før forelesningen ble en ny kortfilm om Anders Forsdahl vist. Dette var med på å understreke at året prisvinner er en lege med mange fellestrekk med tidligere distriktslege i Øst-Finnmark og professor i allmenntmedisin, Anders Forsdahl.



Sverre Rørtveit mottar prisen av Svein Steinert.



Forskningsprisen er et spleiselag mellom Norsk forening for allmenntmedisin, Allmennlegeforening og Norsk forening for samfunnsmedisin, og den deles ut av Allmenntmedisinsk forskningsutvalg. Prisbeløpet er NOK 15 000.

I følge statuttene skal prisen gis til primærleger som har liten forskningserfaring fra før. Den tildeles primærlegen som fremfører det beste frie foredraget under forskningsdagen på Nidaroskongressen i Trondheim eller på Primærmedisinsk Uke i Oslo. Den skal honorere forskningsprosjekter eller ideer som utmerker seg ved originalitet, nytenkning eller tverrfaglighet. I tillegg blir faglig relevans og vitenskapelig kvalitet vektlagt. Ut over disse kriteriene blir formen av det på forhånd innsendte sammendraget og selve fremføringen tatt inn i vurderingen.

Alle kriteriene ble på en overbevisende måte innfridd av prisvinneren i 2011 Halfdan Petrusson med prosjektet «*Is the use of cholesterol in mortality risk algorithms in clinical guidelines valid? Ten years' prospective data from the Norwegian Hunt 2 Study*».

I studien finner man at totaldødelighet (død av alle årsaker) ved kolesterolnivå under fem mmol/l er signifikant høyere enn ved total kolesterol på sju – for kvinner. For menn var det ingen statistisk signifikant forskjell, men det var en signifikant U-kurve, og ikke en lineær økning. Lavest dødelighet hadde menn med kolesterol mellom fem og 5,9 mmol/l.

I sitt innlegg stilte prisvinneren spørsmål ved hvorfor risikoberegninger fra f.eks. Score og NORRISK bruker lineære endringer i risiko når det ser ut til at risikoen følger en U-kurve.

Han minnet også om at Nasjonalforeningen for folkehelse i samarbeid med kommersielle aktører i vårens kampanje opplyste om at gjennomsnittlig total kolesterol for kvinner i dag er på 5,8, men at anbefalt verdi er fem eller lavere.

Halfdan Petrusson mottok prisen av Anna Luise Kirkengen, leder av Allmenntmedisinsk forskningsutvalg.

WEB: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2011.01767.x/full>



Forsknings- symposium

OUS Ullevål

— onsdag 8. februar 2012

(Satellittmøte 22. Europeiske Hypertensjonsmøte, London, 26.–29. april 2012)

Hypertensjon, CV epidemiologi og hjertesykdom

ARRANGØRER: Norsk Hypertensjonsforening, Seksjon for indremedisinsk forskning, Oslo Universitetssykehus Ullevål og European Society of Hypertension.

LMI K220911-1 (mail@kongress.no)

STED OG TID: Store Auditorium, Oslo Universitetssykehus Ullevål, onsdag 8. februar 2012 kl. 08.30–17.20 (12.20–13.00 felles lunsj foredragsholdere og ordstyrere i kantinen på pasienthotellet).

MÅLGRUPPE: Medlemmer i Norsk Hypertensjonsforening samt aktive CV forskere, indremedisinere i Oslo og andre spesielt interesserte.

LÆRINGSMÅL: Oppdatering i forskningsfronten innen emnet (pågående PhD studier) – ingen Dnlf spesialitetsgodkjenninger.

PÅMELDING: Ingen avgift, vennligst bruk linken https://ei.kongress.no/getdemo.ei?id=106&s=_9EO0L3L6E

08.30 ÅPNING: Ingrid Toft, NHF, Morten Rostrup, SIF, Sverre E. Kjeldsen, ESH

KORONAR HJERTESYKDOM 1 (prof. Ingrid Toft, prof. Terje R. Pedersen)

08.40–09.00 Betydning av økt plateraktivitet hos pasienter med koronar hjertesykdom. ALF-ÅGE PETERSEN, ULLEVÅL

09.00–09.20 Nedsatt glukose toleranse hos pasienter med akutt hjerteinfarkt. EVA CECILIE KNUDSEN, ULLEVÅL

09.20–09.40 Antiinflammatorisk behandling ved revmatologisk sykdom hemmer utvikling av aterosklerose. KRISTIN ANGEL, ULLEVÅL

HYPERTROFISK HJERTESYKDOM (prof. Knut Gjesdal, prof. Theis Tønnesen)

10.00–10.20 Effekter av anabole steroider på hjertet. PAUL VANBERG, ULLEVÅL

10.20–10.40 Hypertensive heart disease in outpatient in Sub-Saharan Africa. PILLY CHILLO, HAUKELAND

10.40–11.00 Betydning av hypertensjon ved aortastenose. ÅSHILD E. RIECK, HAUKELAND

NYRESYKDOM OG DIABETES (prof. Stefan Agewall, prof. Torill Berg)

11.20–11.40 Livskvalitet hos pasienter i hemodialyse. TONE ØSTHUS, ULLEVÅL

11.40–12.00 Nyresvikt og anemi blant norske hjertesviktpasienter, forekomst og prognostisk betydning. BÅRD WALDUM, ULLEVÅL

12.00–12.20 Nye synspunkter på HDL og TG i prediksjon av hjertesykdom og diabetes. PER TORGER SKRETTEBERG, ULLEVÅL

PAUSE FOR LUNSJ

ATRIEFLIMMER (prof. Ingebjørg Seljeflot, Dr. med. Morten Rostrup)

13.00–13.20 Selvrappert atrieflimmer blant eldre, fortsatt aktive Birkebeinere – Birkebeiner aldringsstudien. MARIUS MYRSTAD, DIAKONHJEMMET

13.20–13.40 Livskvalitet hos pasienter med permanent atrieflimmer. INGER ARIANSEN, ULLEVÅL

13.40–14.00 Langtids prediktorer for incident atrieflimmer hos tilsynelatende friske menn. IRENE GRUNDVOLD, ULLEVÅL

14.00–14.20 Risiko for atrieflimmer hos pasienter med hypertensjon og hypertrofi. ANNE C. LARSTORP, ULLEVÅL

KORONAR HJERTESYKDOM 2 (prof. Ingrid Os, prof. Dan Atar)

14.40–15.00 Genetiske polymorfismer i utvalgte biomarkører ved koronar hjertesykdom. TRINE B. OPSTAD, ULLEVÅL

15.00–15.20 Diagnostiske og prognostiske markører ved koronar bypass. CAMILLA LUND SØRAAS, ULLEVÅL

15.20–15.40 Bedømmelser av venstre ventrikel funksjon etter hjerteinfarkt. NISHA MISTRY, ULLEVÅL

HYPERTENSJON I ULIKE POPULASJONER (prof. Eva Gerds, prof. Sverre E. Kjeldsen)

16.00–16.20 Effekt av anthocyaner på stress og endotel markører ved lett forhøyet blodtrykk. SKJALG HASSELLUND, ULLEVÅL

16.20–16.40 Prevalens og utvikling av blodtrykk ved hiv infeksjon (MAHO II). INGJERD MANNER, ULLEVÅL

16.40–17.00 Blodtrykk og blodtrycksintervensjon ved akutt hjerneslag. ELSE C. SANDSET, ULLEVÅL

17.20 Avslutning av symposium



HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN

En liten solskinns- historie

Maren kom fra Honningsvåg, men fant sin livsgjerning sørpå. Hun slet trofast for familie og en liten kontorjobb, en grå hverdagssliter. Med alderspensjonen kom også Alzheimer snikende. Hun gikk seg vill i det lokale kjøpesenteret og ble tatt for butikknasking av karameller. Døtrene tok affære og Maren havnet i en liten leilighet i et bokollektiv med meg som tilsynslege.

Hun var en mager, livlig og blid gammel dame, men kunne være «illsint», spesielt hvis hun måtte dusje eller ikke fikk gå alene til byen. Betjeningen klaget og jeg foreskrev Cipramil for å gjøre henne mer medgjørlig, hun sto allerede på Exelon plaster. Forresten sto hun på Albyl-E også, ifølge døtrene etter et lite «drypp» noen år tilbake. Cipramil hjalp og alle var fornøyd.

Efter en tid dukket det opp smerteproblemer i hennes artrotiske hofter, og litt i nakken. Paracet hjalp ikke så mye, vi forsøkte Norspan plaster med noe bedring.

Utover våren begynner Maren å skranke. Hun begynner å bli urolig om natten, vi forstår ikke hvorfor. Doktoren slår til igjen med litt Tolvon til aftensmaten. Jeg finner ikke noe galt ved vanlig klinisk undersøkelse, hun er blid og bedyrer hun føler seg frisk. Men hun har blitt ytterligere mager og spiser lite. Blodprøvene er normale.

Et par måneder går, Maren blir dårligere, tynnere, slappere. Hun nekter i tiltagende grad å ta tablettene. Døtrene vil ha møte og lurer på om hun ikke tåler medisinen lenger. Betjeningen tenker hun må ha en kreftsykdom. Hun er litt øm under høyre costalbue når jeg palperer, ellers intet. Men hun ser unektelig syk ut. Kreftsykdom virker ikke usannsynlig. Demensen gjør videre utredning umulig. I samråd med døtrene seponerer vi all medisin, også plastrene, vi tenker palliasjon videre.

Og hva skjer?

Maren kvikner til! I løpet av noen uker spiser hun bedre og legger på seg. Jeg antar nå i lys av utviklingen at hun må ha hatt et benignt ulcus ventriculi eller duodeni og gir for sikkerhets skyld Nexium i tre uker.

Lærdommen av dette? Tenk på bivirkninger (trenger alle gamle Albyl-E?) og lytt til råd fra pårørende!

Jan Rodtweit



© OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

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 leser helst romaner til glede og avkobling i hverdagen, men til jul ifjor ønsket jeg meg boken «Kjenn ditt hjarte falle – våre vakreste dikt».

Jeg faller for korte konsise dikt med litt snert og hadde ikke problemer med å velge ut et som jeg vil dele her:

Å leve

Å leve
er ikkje akkurat det lettaste som finst
ikkje alltid vakre roser
og fin musikk
men sidan no
dette orgelet likevel står her
kan vi vel spele litt på det

Arne Ruset

Jeg lar diktet tale for seg – her er det mye livsvisdom – til nytte i arbeidslivet med pasientene og i privatlivet.

Jeg sender stafetten videre til kollega Grete Wold som er fastlege i Frekhaug kommune

Froydis S. Nilsen



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Vitamin B₁₂ og metforminbe-

Spørsmål til RELIS

Pasient i 50-årene med diabetes, hypertensjon og vitamin B₁₂-malabsorpsjon har fortalt sin lege at hun gjennom diabetesforeningen har fått beskjed om at vitamin B₁₂-injeksjon med cyanokobalamin (Betolvex) og metformin ikke skal brukes sammen. Pasienten skal ha snakket med produsenten, og de skal ha sagt at hun ikke må bruke disse to medikamentene samtidig. Det har hun imidlertid gjort over lang tid. Legen vet at metformin kan redusere opptak av vitamin B₁₂, men har ikke funnet noe som skulle tilsa at det er farligere enn det. Vet RELIS noe mer om dette?

Kobalaminsubstitusjon ved injeksjon

Kobalamin (vitamin B₁₂) kan ikke lages i kroppen og må derfor tilføres gjennom kosten. Det finnes bl.a. i kjøtt og melkeprodukter (1). Kobalamin er viktig for DNA- og myelinsyntesen, celledeling, normal vekst og normal erytropoiese. Syntetisk kobalamin kan omdannes til koenzym som er essensielle for omdannelsen av metylmalonat til sukcinat og syntesen av metionin fra homocystein (2). Det er flere ulike kobalaminpreparat på markedet: Cyanokobalamin (Vitamin B₁₂®), cyanokobalamin-tanninkompleks (Betolvex®) og hydroksokobalamin (Vitamin B₁₂ Depot®) (3). Betolvex® gis ved etablert kobalaminmangel, det være seg mangel på intrinsisk faktor, feilernæring eller malabsorpsjon, eller profylaktisk etter ventrikkelreseksjon. Vedlikeholdsbehandlingen er ett mg intramuskulært hver tredje måned. Fra administrasjonsstedet vil cyanokobalamin frigis langsomt til blod- og vævsvesken de neste månedene etter en rask plasmakonsentrasjonstopp like etter administrasjon (4).

Metforminrelatert kobalaminmangel

Inntak av metformin kan gi nedsatt tarmabsorpsjon av kobalamin fra kosten (2, 5). Mulige mekanismer kan være redusert sekresjon av intrinsisk faktor, redusert opptak av komplekset bestående av kobalamin og intrinsisk faktor, endret motilitet i magesekken samt bakteriell overvekst (2). Kobalaminopptaket i fra tarm er vist å være en kalsiumavhengig prosess, og det er foreslått at metformin reduserer tilgangen på kalsium lokalt slik at vitaminopptaket hemmes (6). Redusert serumkonsentrasjon av kobalamin finnes hos opptil 30 prosent av pasienter som langtidsbehandles med metformin, men klinisk signifikant mangel oppstår vanligvis ikke dersom pasientene har et adekvat kobalamininntak i kosten. Økt risiko for metforminrelatert mangelsykdom forekommer hos eldre, vegetarianere, ved høy metformindose og ved langvarig metforminbruk (over tre år). En kilde anbefa-

ler metforminbrukere å ta årlige biokjemiske kontroller med tanke på utvikling av kobalaminmangel (2). Norske pasienter har et høyt inntak av kjøtt og dermed et høyt inntak av kobalamin og det er mulig at de er mindre utsatt for den negative effekten av metformin. Det er derfor foreslått at biokjemisk testing for kobalaminmangel kun er indisert hos utvalgte pasienter etter lengre tids metforminbehandling (7).

Interaksjonspotensialet mellom metformin og cyanokobalamin til injeksjon

Det er ved litteratursøk og søk i interaksjonsdatabaser ikke funnet beskrevet kjent interaksjon mellom metformin og cyanokobalamin til injeksjon.

Biokjemiske prøver for vurdering av intracellulær kobalaminmangel

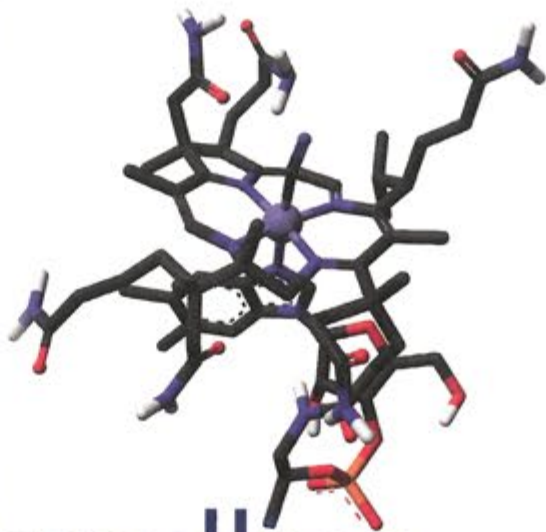
Måling av kobalamin hos pasienter som blir substituerte med jevnlig kobalamininjeksjoner er ikke vist å ha noen diagnostisk verdi. Intracellulær kobalaminmangel kan dessuten foreligge til tross for høye serumverdier kobalamin. Det anbefales å måle metabolittene metylmalonat og homocystein som er etablerte markører for kobalaminmangel. Konsentrasjonene av disse vil øke ved synkende konsentrasjon av kobalamin. Normalverdier regnes som konsentrasjoner under henholdsvis 0,26 µmol/l og 15 µmol/l. Ved fortolkningen av disse prøvene bør en være klar over at folatmangel kan også gi en økning av homocysteinkonsentrasjonen og nedsatt nyrefunksjon kan øke begge konsentrasjonene (8).

Kontakt med legemiddelprodusenten

Produsenten har blitt kontaktet for å få en ny uttalelse om Betolvexinjeksjoner ved samtidig metforminbruk, men endelig tilbakemelding har ikke kommet i skrivende stund.

Konklusjon

Det finnes ingen kjent interaksjon mellom metformin og cyanokobalamin til injeksjon



hhandling

ved søk i interaksjons- eller litteraturdatabaser. Redusert absorpsjon av kobalamin fra mat kan potensielt føre til kobalaminmangel. Biokjemisk testing for kobalaminmangel kan være indisert hos utvalgte pasienter etter langtidsbruk med metformin. Hos pasienter med kjent kobalaminmangel som blir substituerte med jevnlig kobalamininjeksjoner, vil ikke bestemmelse av kobalaminnivåene i blod ha noen verdi. Måling av metylmalonat og homocystein kan brukes for å finne intracellulær kobalaminmangel.

REFERANSER

1. Kasper DL, Braunwald E et al, editors. Harrison's principles of internal medicine 2005; 16th ed.: 602.
2. Natural Medicines Comprehensive Database. Vitamin B₁₂. <http://www.naturaldatabase.com/> (6. oktober 2011).
3. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. L4. 1.2.1 Cyanokobalamin, hydroksokobalamin. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (12. oktober 2011).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Betolvex. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 24.06.2009).
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Metformin. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 13.01.2010).
6. Bauman WA, Shaw S et al. Increased intake of calcium reverses vitamin B₁₂ malabsorpsjon induced by metformin. *Diabetes Care* 2000; 23: 1227-31.
7. Carlsen SM. Metformin og vitamin B₁₂-mangel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 764.
8. Ueland PM, Schneede J. Måling av metylmalonsyre, homocystein og metionin ved kobalamin- og folatmangel og homocysteinuri. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 690-3.

Gunhild H. Mørch-Johnsen
Rådgiver, cand. med.

Randi Myhr
Seniorrådgiver, cand. pharm.
RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

Samtaler som innbyr til endring

I mars er vi ved Faggruppe for allmenmedisin ved Universitetet i Bergen stolte over å kunne invitere norske leger til et todagers emnekurs med den fremragende legen og pedagogen John Launer fra Tavistock-klinikken i London.

LÆRINGSMÅL: Kurset skal gi øving i å bruke samtalen og pasientens fortelling som virkemidler i endringsfokusede samtaler, gjennom læring av ferdigheter og teknikker fra narrativ medisin og familierapeutiske tilnærminger.

MÅLGRUPPE: Alle leger. Kurset er særlig rettet mot allmennleger som er praksisundervisere for legestudenter.

ARRANGØR: Faggruppe for allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

OM KURSET: Første del av kurset blir på norsk, viet de samtalene vi som allmennleger finner mest utfordrende, kanskje frustrerende og tappende. Vi vil demonstrere ferdigheter som iblant kan snu vanskelige konsultasjoner til inspirerende møter for både lege og pasient. Gjennom øving og refleksjon vil deltakerne få anledning til å bruke egen erfaring og lære av hverandre. Dette blir felles bakteppe for siste del av kurset hvor John Launer underviser i avanserte endringssamtaler. Temaer her vil være livsstilsendring, arbeid med emosjonelle og relasjonelle problemer, sorg og tap, rus og avhengighet.

Launer er allmennpraktiker med bakgrunn i familierapi. Han har utviklet en metode og en forståelse som fremmer endring og styrking av pasientens mestringsevne ved å utforske pasientens kontekst og de forskjellige perspektiver et helseproblem kan sees fra. Han bringer klinisk allmenmedisin inn i en narrativ (fortellende) terapitradisjon, og han skriver også svært godt og klart om den filosofiske forståelsen av kommunikasjon og helbredelse/lindring som den narrative tradisjonen står i. Launers faglige perspektiv integrerer biomedisinen og empirisk vitenskap i en narrativ ramme hvor legens fortrolighet med egen makt og lederskapsfunksjon er avgjørende. Han har skrevet en meget lesverdig bok: *Narrative-based primary care. A practical guide.* Radcliffe Medical Press 2002.

KURSLERE: Eivind Meland, professor, fastlege. Thomas Mildestvedt, førsteamanuensis, fastlege.

KURSKOMITÉ: Edvin Schei, Esperanza Diaz, Eivind Meland, Anders Bærheim, Thomas Mildestvedt. Alle er leger ved Faggruppe for allmenmedisin.

STED: Legenes hus, Kalfarv. 37, 5014 Bergen

TID: 12. og 13.3.2012

GODKJENNING: Søkt godkjent som 15 timer emnekurs i medisinsk kommunikasjon til videre- og etterutdanningen i allmenmedisin, og som valgfritt kurs for alle kliniske spesialiteter.

KURSAVGIFT: 2200

DELTAKERANTALL: 30



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

Kast dere frampå, folkens!

Nakkesmerter...

Jeg har lyst til å dele en pasienthistorie som jeg opplevde for noen år siden. Jeg har ofte tenkt på denne pasienten i etterkant av hendelsen, og tenker vel også at kollegaer kan kjenne seg igjen fra egen praksis. Begrepet «ulv-ulv» har fått et klarere og mer konkret innhold for meg. Erfaringen kunne fort ha blitt dyrkjøpt, men akkurat denne dagen var marginene på min side.

Pasienten er en mann sent i tredveårene som har vært hos meg ofte for ulike smertetilstander. Han har en vanskelig sosial bakgrunn og har hatt et ustabil arbeidsliv preget av hyppige sykmeldinger. Jeg har av og til undret meg på om han har rusproblemer, men har valgt å tro ham når han har benektet dette. Sykdomsbildene har vært kjennetegnet av uttalte subjektive symptomer, ledsagende psykiske plager og få objektive funn. Han har ofte hatt liten motivasjon for behandling og aktive rehabiliteringstiltak. Ikke sjelden har han uteblitt fra timer, og jeg har ofte spurt meg selv om han egentlig har vært særlig tilfreds med meg som lege. Jeg har som regel måttet hale anamnesen ut av ham, og han har sjelden vært entusiastisk over mine mer eller mindre velfunderede behandlingsforslag. Ofte endte konsultasjonene med langvarige sykmeldinger og halvhjertede rehabiliteringsforløp. Jeg kjente mang en gang på følelsen av å stange hodet i veggen.

I perioder fikk jeg mistanke om at han jobbet samtidig med at han gikk hos meg for å få sykemelding, noe som senere ble bekreftet på et samarbeidsmøte med NAV. Han betalte sjelden, og hadde store beløp utestående. Han lovet alltid å gjøre opp for seg, men pengene lot som regel vente på seg.

Med andre ord et utfordrende lege-pasientforhold med en litt vaklevoren tillit fra min side. Jeg følte meg ofte lurt og merket at jeg kunne tvile på sannferdigheten ved hans utsagn om symptomer og plager. Noen måneder før den aktuelle hendelsen, kom han blid og fornøyd og fortalte at han endelig hadde fått jobb som lastebilsjåfør, at han hadde ny kjæreste og at livet holdt på å ordne seg for ham. Som vanlig var han høflig, om enn litt unnavikende. Jeg gledet meg med ham og be-

kreftet for meg selv at hoveddiagnosen tidligere nok var «vanskelig liv», snarere enn cervicobrachialgi og lumbago. Så gikk det flere måneder uten at jeg hørte noe fra ham.

En travel formiddag i oktober ringte kjæresten hans og ba om en akuttime for ham pga nakkesmerter. Noe i symptombeskrivelsen må ha gitt en dårlig magefølelse hos sekretæren, og jeg har i ettertid vært utrolig takknemlig for legesekretærens gode skjønn. Vel vitende om hans langvarige sykmeldinger for nakke- og ryggsmertener og hans dårlige betalingsvaner, satte hun ham opp på en akuttime samme formiddag. Da jeg så navnet hans i timeboka, tenkte jeg «på'n igjen» i mitt stille sinn; «nå har nok livet blitt vanskelig igjen».

Vel inne på kontoret mitt måtte jeg nok en gang hale ut sykehistorien. Han hadde følt seg i fin form da han våknet samme morgen, spist frokost og gått ut for å sette seg i lastebilen. Halvveis oppe i lastebilen fikk han akutte smerter i nakken og hodet, og han husker ikke hvordan han kom seg inn i bilen. Han skjønnte at han ikke burde kjøre bil, gikk derfor inn og la seg. Han ble verre utover formiddagen, følte seg stiv i nakken og generelt utilpass. Han benektet kvalme eller lysskyhet, holdt fast ved at det var nakken som plaget ham. Han fortalte også at kjæresten hadde bemerkert at han hadde snøvlete tale. Han ønsket sykemelding og smertestillende.

Ved klinisk undersøkelse var han våken, klar og orientert, normal tale og motorikk. Han hadde nedsatt bevegelighet i nakken, satt stivt på stolen med hyperekstensjon i nakken. Han virket

mer smertepreget enn vanlig. Ved selv små bevegelser i nakken fikk han akutte hodesmerter, og på direkte spørsmål kunne han bekrefte at han aldri hadde hatt så vondt i hodet før.

Jeg la merke til at han virket redd. Tidligere hadde han som regel hatt et lidende trykk i ansiktet og en lutende kroppsholdning. Nå satt han unormalt rank på stolen og med hyperekstensjon i nakken. Han presiserte at han overhodet ikke klarte å kjøre bil. Jeg kjente nok på fristelsen til å betrakte symptomene som en del av det han hadde hatt de siste fire fem årene, men noe gav meg en dårlig magefølelse.

«Kan han ha fått subaraknoidalblødning?» Redselen i blikket, den nye kroppsholdningen, hyperekstensjonen i nakken, de sterke hodesmertene ved bevegelse i nakken og den bekymrede kjæresten som hadde overbevist legesekretæren om at han trengte akuttime...

Kjørekode 1 til nærmeste sykehus, CT caput viste subaraknoidalblødning med gjennomblødning til sideventrikel basalt. Han ble transportert videre til Ullevål sykehus hvor han ble operert med ventrikeldrenasje, craniotomi og klipsing av aneurysme. Etter fire uker ble han utskrevet uten sequele, kontroll CT etter to måneder viste ikke tegn til ischæmi eller infarkt.

I ettertid tenker jeg at jeg hadde flaks som ikke satte symptomene på den gamle «kontoen» og mistenkte ham for å skulle ha nok en tynn sykemelding. Det var nok magefølelsen som reddet meg, samt at jeg hadde et klart bilde av hvordan fremtoningen hans var til vanlig. Han ba om det samme som før, men uttrykket var annerledes.

Andrine Morken Wold
Løten Legesenter



Råd for smittevernleger ved tilfelle av meningokokksykdom

Kommunelegen vil i mange kommuner være smittevernansvarlige lege. I løpet av mai 2011 kunne vi lese i mediene om fire tilfeller av meningokokksykdom i Bærum. Hvilke råd skal smittevernlegen så følge ved tilfelle av systemisk meningokokksykdom?

Kommunelegen står plutselig overfor et tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse hos et barn. Kommunelegen får gjerne beskjed om dette fra sykehuset der pasienten er innlagt, men også fra pårørende eller andre. Det blir viktig å gjøre de riktige tingene i rask og riktig rekkefølge. Etter ti års erfaring som kommuneoverlege i en stor kommune (Bærum), laget samfunnsmedisiner Anders Smith (1) denne prosedyren:

1. Få oversikt over situasjonen og få bekreftet de faktiske forhold. Tilstreb eksakt diagnose.
2. Få kartlagt familieforhold og nærmiljø med henblikk på mulige forebyggende tiltak her.
3. Sørg for rask skriftlig informasjon til skole eller barnehage. Informasjonen viderebringes hjemmet ved å legges i elevenes skolesekk. Informasjonen kan følges opp med klassemøte eller lignende.
4. Husk at legevaktordningen i kommunen spesielt bør varsles.
5. Ikke vent til media kontakter deg. Ha klar en skriftlig informasjon som sendes til lokalavisen. Informasjonen gitt under punkt tre kan gjerne benyttes. Det er en fordel om man ordlegger seg på akkurat samme måte her som i den informasjonen man f.eks. har sendt med skolelever hjem.
6. Gi ny informasjon når det er grunnlag for det. Hvis en mistanke om alvorlig smittsom sykdom var «falsk alarm», ikke nøl med å gå ut med det.
7. Ikke glem deg bort: vær klar, synlig og tilgjengelig. Uttalelser og råd må være utvetydige.

8. Legg trygt annen saksbehandling til side og sørg for at dine øvrige samarbeidspartnere får beskjed om dette.
9. Ikke eksponer nøling eller egen usikkerhet. Hold deg til gjeldende retningslinjer. Behold din tvil for deg selv.
10. Sørg for at tilfellet er meldt til MSIS.

Nye anbefalinger

Generell penicillinbehandling til nærkontakter var et tiltak som ble iverksatt i forbindelse med meningokokkepidemien i Norge på 70- og 80-tallet for å redusere antallet koprimære tilfeller – tilfeller av meningokokksykdom som oppstår innenfor 24 timer i det samme miljøet som hos primærttilfellet (2). I *Smittevernboka* anbefales ikke dette lenger i lys av dagens epidemiologiske situasjon (3).

I henhold til *nye faglige råd utarbeidet av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet* våren 2011, anbefales i stedet antibiotikabehandling av antatte bærere i nærmiljøet. Dette er aktuelt for personer som har vært i nærkontakt med den syke fra sju dager før innsykning og til han har vært behandlet med antibiotika i 24 timer. Rådene inngår i *det reviderte kapitlet om meningokokksykdom* i *Smittevernboka*.

Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd

Ved mistenkt tilfelle av systemisk meningokokksykdom skal tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderes, selv om assosierte tilfeller er sjeldent forekommende. Disse tiltakene er (3):

1. Lete etter koprimære tilfeller.
2. Informere.
3. Utrydde bærerskap.
4. Vaksinere rundt et tilfelle.
5. Vurdere andre tiltak.

I følge *Smittevernboka* er det normalt ikke nødvendig med forutgående mikrobiologiske undersøkelser av nærkontakter før bærerskapsutrydding i gangsettes. Boken oppgir *medikamentelle behandlingsalternativer* for voksne, barn og gravide og ammende, der førstevalget er:

- FOR VOKSNE: Ciprofloxacin (PO), 500 mg, en enkeltdose.

- BARN: Ciprofloxacin (PO), 15 mg/kg, en enkeltdose

- GRAVIDE/AMMENDE KVINNER: Ceftriaxone, 250 mg i.m., en enkeltdose

Utgifter til antibiotika til slike nærkontakter dekkes av folketrygden (*blåreseptforskriften §4 punkt 2*).

Vaksinasjon

Alle som får antibiotika til bærerutrydding bør vaksineres, men ikke alle som vaksineres trenger nødvendigvis antibiotika, fremgår det av *Smittevernboka* (3). Valg av antibiotika og vaksintype gjøres i samråd med behandleren i sykehuset.

Vaksinasjon er aktuelt i forhold til smitteutsatte personer rundt et tilfelle av meningokokksykdom, eksempelvis familie, barnehager, skoleklasser etc.

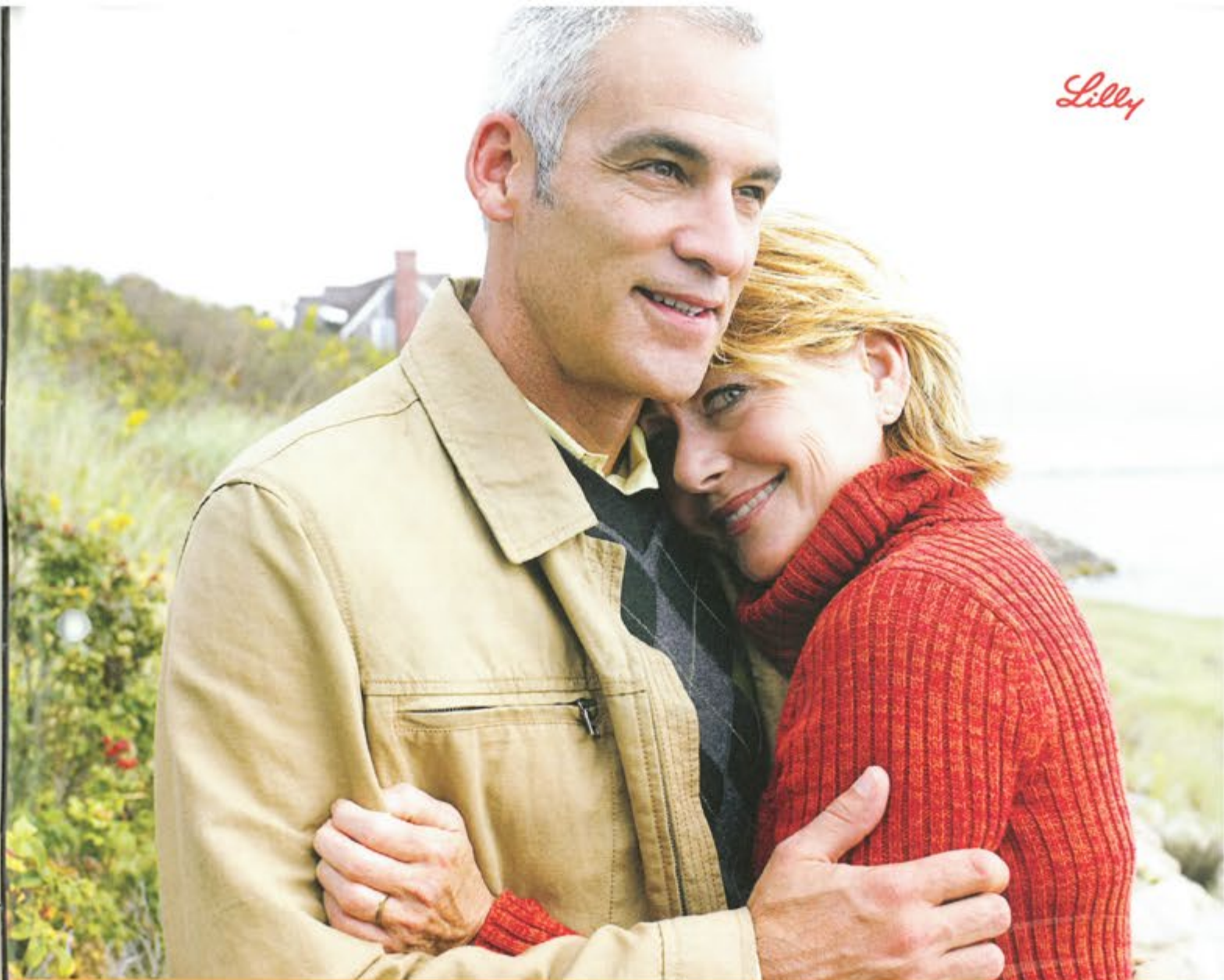
Utgifter til vaksiner av nærkontakter dekkes av folketrygden (*blåreseptforskriften §4 punkt 3*). Vaksiner kan bestilles fra Folkehelseinstituttet.

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle, skal umiddelbart varsle kommuneoverlegen, som skal varsle videre til fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Dersom kommuneoverlegen ikke nås, varsles Folkehelseinstituttets døgn-åpne Smittevern vakt direkte (tlf.: 21 07 63 48). (3)

REFERANSER

1. Tidligere kommuneoverlege i Bærum og fylkeslege i Akershus, nå seniorrådgiver i Helsedirektoratet og redaktør for samfunnsmedisin og folkehelse i Helsebiblioteket, Anders Smith, beskriver i mer detalj kommunelegens rolle som smittevernlege i artikkelen (Helserådet nr. 5/2004): «Samfunnsmedisin for allmennpraktikere IV: Kommunelegen som smittevernlege»: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%20C3%A5det/2004/Nr.+5-04/Samfunnsmedisin+for+allmennpraktikere+IV%3A+Kommunelegen+som+smittevernlege.7815.cms>
2. <http://www.unilabs.no/Fagomrader/Medisinsk-mikrobiologi-/Informasjon-til-leger/Meningokokksykdom/MENINGOKOKKPROSJEKT-TELEMARK-/?print=true>
3. *Smittevernboka* finner du under «Flere kilder» på Ernebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse på www.helsebiblioteket.no.

Ingrid Moen Rotvik



Den daglige dosen av nærhet.

Cialis® Daglig Dosering er en nyere måte å behandle erektil dysfunksjon (ED) på. Det gir pasienten mulighet for ereksjon når som helst i døgnet – alle dager.^{1,2} Takket være den lave og jevne doseringen (5 mg) gjør Cialis® Daglig Dosering det mulig for pasientene å slippe all ventingen og planleggingen av sexlivet. **Naturligvis finnes Cialis® 20 mg fortsatt, som gir mulighet for samleie etter en halvtime – med virkning i opptil 36 timer³** for ED-pasienter som vil ha tilbake muligheten for et fungerende samliv. Cialis® Daglig Dosering kan være et alternativ for menn som i dag tar en PDE 5-hemmer minst to ganger i uken, og som vil ha frihet til å ha seksuell aktivitet når de ønsker det. Akkurat slik som livet var før.



B



NORGE P.P. PORTO BETALT

Ebixa[®]
memantin

på blå

NYHET!

Fra 1. desember 2010

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

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

Vilkår 193, se FK-tekst.

Effekten kan måles allerede etter 4 uker¹



C Ebixa "Lundbeck"

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

T **TABLETTER**, filmoverdekte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg. *Hver tablett inneholder:* Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg. *Hjelpestoffer:* Tabletter 10 mg inneholder laktose 166 mg og har delestrek. **OPPLØSNING**, 5 mg/pumpetrykk: 1 pumpetrykk inneholder Memantinhydroklorid 5 mg tilsv. memantin 4,16 mg, kalsiumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. Med doseringspumpe. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jvnlng kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. 1 pumpetrykk = 5 mg. Maks. dose er 20 mg daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til: Uke 1: 5 mg (1 pumpetrykk) daglig. Uke 2: 10 mg (2 pumpetrykk) daglig. Uke 3: 15 mg (3 pumpetrykk) daglig. Uke 4: 20 mg (4 pumpetrykk) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (4 pumpetrykk) daglig. **Nedatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg /dag. Iht. vanlig oppfølgingsplan. Ved alvorlig nedatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg /dag. **Nedatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedatt leverfunksjon (eChild-Pugh's grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGELER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfalle, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyld-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. diastoliske kostholdsendringer, stort inntak av syrenytalserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med Protesis) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kronisk hjerteinfarkt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Opplysningen bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorikjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorikjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantronol eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk glykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmavivier. Redusert akkumulering av hydrokortisid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisid er mulig. Erstatninger av økt salt ved samtidig warfarinbehandling er satt. Nøye monitoring av protrombintid eller INR anbefales. **GRÅVIDETHET/AMNING:** Overgang i placent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Anvenning fratrudd under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypoglykemi (>1700):** Gastrointestinale: Forstoppelse, Hjerte/kar: Hypertensjon,

Luftveis: Dyspne. Neurologiske: Svimelhet. Psykiske: Søvnloslens. Øvrige: Hodepine. Mindre hypoglykemi. Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt, venetrombose/brunnembolisme. Inklusjon: Soppinfeksjoner. Neurologiske: Unormal gange. Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. Øvrige: Tretthet. Krampeanfalle er rapportert svært sjelden. Erstatninger av psykotiske reaksjoner og parkinsonitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Hiv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller leges symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnløshet, søvnloslens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbeviser (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, symhallusinasjoner, krampeanfalle, søvnloslens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble resituent. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side 6. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge nevrotransmisjon, særlig ved aktivering av NMDA-reseptor, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av petologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dyfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakon-sentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t1/2 på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alskilt urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjernes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPREVING OG HOLDBARHET:** Opplysning: Åpent flasker bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Tablett: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 556,10. 30 stk. (blister) 504,80. 100 stk. (blister) 1510,60. 20 mg: 28 stk. (blister) 876,30. 98 stk. (blister) 2927,20. **Opplysning:** 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/aggresjon, vrangforestillinger eller hallusinasjoner. ICPC: P70 Alzheimers sykdom, ICD: G30 Alzheimers sykdom. Vilkår 193: Behandlingen skal bare startes av lege med nødvendig erfaring i diagnostisering og oppfølging av pasienter med Alzheimers demens. Diagnostiseringen av kognitive og globale funksjoner, samt funksjonsnivå skal gjøres i tråd med allment aksepterte retningslinjer (eksempelsvis DSM IV, ICD 10), før start av behandling. Opplysninger fra pasientens hovedomsorgsger skal innhentes. Effekten av behandlingen skal bli at pasienten har nytte av behandlingen, og pasientens tilstand skal være av moderat til alvorlig karakter. Ved mistanke om opphav av ef-ekt skal det gjennomføres prøvespønering. For pasienter med moderat Alzheimers demens yes refugjon kun til pasienter som har prøvd minst en kolinstetaserahemmer med utilstrekkelig effekt eller som ikke kan bruke kolinstetaserahemmere av tungtveiende medisinske grunner. Ikke i kombinasjon med kolinstetaserahemmere.

SIST ENDRET: 12.04.2011



1) Winblad B et al. Int J Geriatr Psychiatry 1999; Vol 14: 135-146