

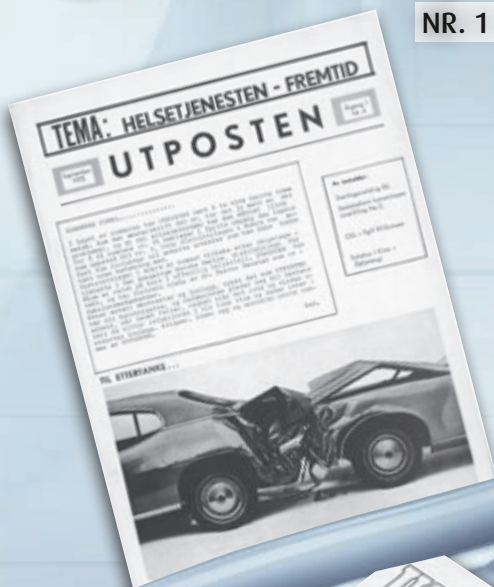
Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 1 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: I gang etter 40 år. AV ESPERANZA DIAZ	1
UTPOSTENS DOBBELTIME: 'Har du nokon å snakke med om dette?' JØRGEN ROLL-HANSEN INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Palliativ behandling – ikke bare smerte! Om symptombehandling i allmennpraksis – i tradisjonen «slik gjør vi det». AV SIRI BRELIN	6
Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin. AV PER WIUM	12
«Kun i korte perioder». Om sovemedisinens langtidsbruk. AV JØRGEN G. BRAMNESS	17
Stor ståhei for ganske mykje – om det nye forslaget til fastlegeforskrift. AV LISBETH HOMLONG	20
Kasuistikker til diskusjon og refleksjon – akuttmedisin og legevakt. AV PETER PRYDZ	22
Kvalitet på diabetesbehandlingen i en vestlandskommune. AV EELCO BOONSTRA, ELIN LONDØY OG MARIT GRAUE	26
DEBATTINNLÉGG: Psykofarmaka til barn: en nødvendig debatt. AV CHARLOTTE LUNDE	30
Atomberedskap – en nyttig påminnelse. AV MONA SØNDENÅ	32
BOKANMELDelse: Flott framstilling av kardiologi for allmenpraktikere. ANMELDT AV TOM SUNDAR	33
Faste spalter	34



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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no**Esperanza Díaz**

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com**Ole Andreas Hovda**

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com**Ann-Kristin Stokke**

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com**Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEN: collage av Utposten gjennom 40 år.

BAKGRUNNSILL.: Colourbox. COLLAGE: Morten Hernæs

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

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

I gang etter 40 år

Utposten blir 40 år i år. Åtte redaksjoner har i løpet av den tiden tatt imot utfordringene i allmenn- og samfunnsmedisin og skrevet sitt fag gjennom dugnadsarbeid. Det ser ut som om utfordringer alltid kommer til å være her for å bli tatt hånd om.

Når årets første nummer av Utposten kommer ut, vil det fremdeles være noen uker igjen til høringsfristen for forslaget til revidert fastlegeforskrift, som ble sendt ut i desember 2011 av Helse- og omsorgsdepartementet. I skrivende stund har forslaget allerede utløst hundrevis av epost-responser på Eyr og en lang rekke medieoppslag. Legeforeningen har tydelig vist sin uenighet, ikke bare om innholdet, men også om hvordan forslaget ble til, så å si uten medvirkning fra fastlegene.

I våre øyner er det faktisk en del bra substans i forskriften, men det er to hovedpunkter som har satt sinnene i kok hos fastlegene. Det ene er manglende kunnskap om prioritering i vår jobb. I dette nummeret presenterer vi en refleksjon fra en student utplassert i allmennpraksis i 5. studieår. Det hun har forstått etter få uker med «hands on»-læring, nemlig at vi må kunne skille det svært alvorlige fra det mindre alvorlige, har ikke alle hodene i departementet klart å tenke seg frem til. Myndighetene satser sterkt på nye fastlegeplikter som individuelt forebygging og oppsøkende virksomhet. Samtidig blir ansvaret for hjemmebesøk, medisinsk faglig koordinering og samarbeid med andre aktører samt bedre tilgjengelighet for både akutte og kroniske pasienter videreført og styrket. Ingen av disse oppgavene skal kunne nedprioriteres og antall pasienter på listen blir opprettholdt.

Det andre irritasjonspunktet leser vi i kapittel 4 §31: «fastlegen skal avggi nødvendige data til styrings- og kvalitets-

formål for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenester. Staten og kommunen definerer hvilke data som avgis». I §36 foreslår departementet sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk. Fastlegene ser med bekymrede øyne på eksternt definerte kvalitetsmål som kan få ringvirkninger helt ned i pengekassen. Erfaringer fra andre land i Europa har vist at dette kan byråkratisere tjenestene uten å bli til det bedre for pasientene.

Saken er at det i dag drives med kvalitetsarbeid i legekantorene rundt omkring i landet. Utposten har publisert flere slike rapporter i 2011, og i dette nummeret forteller Gulset legekantor at det å jobbe med ventetiden hos legene «skapte positiv stemning, latter og god dugnadsånd». Artikkelen fra Askvold om kvaliteten på diabetes-behandling er et annet eksempel på en selvorganisert øvelse for å forbedre egen praksis. Skal ikke vi da kunne påstå at dette klarer fastlegene selv uten verken pisk eller gulrøtter?

Jeg må likevel si meg uenig i mitt siste spørsmål. Hvis vi ser på hva som er blitt publisert i Utposten angående kvalitets-sikring i de siste numrene, er det to tydelige gjengangere: diabetes og fedme. Hvorfor? Disse er nok to av de store temaene som samhandlingsreformen drøfter, men også de som er enklest å måle. Glukose, HbA1c og vekt er enkle parametre å få tak i og lage statistikk

av. Men er disse de «svakeste» blant våre pasienter? Å rette søkelyset mot andre svakere grupper eller andre problemområder som er vanskeligere å finne ut av, vil kreve mer enn spontan velvilje og samtidig noe annet enn direktiver fra departementet.

Likevel har vi kanskje et svar å komme med til departementet. Vi har organisasjoner innen Legeforeningen som KUP (Allmennmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet) og institusjoner som driver med forskning i allmennmedisin ved de fire universitetene som langt på vei kunne, i samarbeid med fastlegene og kommunene, bidra til å forbedre kvaliteten på legekantorene og samordne prosjektene i hele landet. Dette ville kreve mer ressurser enn det som vi har i dag, men både fastlegene, kommunene, forskningsmiljøene og staten, for ikke å snakke om pasientene, ville være tjent med et slikt samarbeid.

Til slutt kommer vi tilbake til begynnelsen: Utpostens 40 års jubileum! Vi vil feire dette allerede i nummer 1 med en artikkel av Per Wium, en av de første redaktørene som sammen med Harald Siem og Tore Rud skapte Utposten i 1972. Wium skriver: «Vi var stolte av vårt arbeid og ville vise sentrale helsemyndigheter og sykehuskolleger at vi satt inne med kunnskap som var av stor viktighet for å drive helse-tjeneste i Norge.»

Skal vi fortsette med den jobben, må alle være med!

Esperanza Diaz

Utpostens
dobbeltime

‘Har du nokon å snakke

Jørgen Roll-Hansen
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Jørgen Roll-Hansen kom til Ørsta som turnuskandidat i 1979. Og her, med sunnmørsalpane som næraste nabo, vart han verande. Med sykkel, snippsekk og rutete flanellskjorte på sjukebesøk vart han nok sett på som ein utradisjonell doktor, i alle fall i starten, men etter kvart som bygdefolket lærte han å kjenne, gjekk det ikkje lang tid før han vart teken inn i varmen.

– Dei første to julehøgtidene i Ørsta køyrde eg legevakt, minnst den røynde allmennlegen, så då vart eg invitert heim til den lokale drosjesjåføren for å feire jul. Det var veldig sjarmerande!

Det ryktast at Ørsta kommune har brukt ei formue på drosjerekningar på Jørgen Roll-Hansen, for han ville ikkje ta sertifikat på bil. Til dagleg var sykkelen framkomstmidlet, når han ikkje skulle over fjorden då, på legevakt og i sjukebesøk gjekk det i drosje. Ja, kommunen skal visstnok ha tilbydd seg å betale sertifikat for han, etter nokre år i Ørsta, men han takka nei. Han ler høgt og hjarteleg når eg tek opp dette:

Nei, det er nok ei myte! Men det er rett som du seier, eg tok aldri «lappen».

Etter vel 30 år som doktor i ei lita bygd, er det mange tankar og refleksjonar som gjer seg gjeldande, når 64-åringen ser tilbake. Han fortel at fagkulturen og miljøet på det lokale helsesenteret nok har endra seg mykje, men at folk sine helseplager stort sett er dei same som før. Roll-Hansen har spesielt vore opptatt av pasientar med langvarige, kompliserte og samansette lidningar; som kronisk smerteproblematikk, somatiseringssyndrom, fibromyalgi og andre såkalla funksjonelle lidningar.

Det var spesielt tankevekkande å ta del i eit kveldsmøte på det lokale sjukehuset tilbake på 80-talet, då fibromyalgi var ei omstridd di-

agnose. Specialistane klaga over alle tilvisingane dei fekk. Det vart derfor vedteke at fibromyalgi ikkje lenger skulle vere eit felt for spesialistar. For meg var det eit tankekors, at det som vi såg på som vanskeleg, det skulle ikkje sjukehuset ha noko med å gjere. Dette er ei av årsakene til at eg vart særleg opptatt av desse pasientane.

Håp, mening og menneskeverd

Sidan 1997 har intervjuobjektet jobba 50 prosent som fastlege ved Ørsta legesenter og 50 prosent som lege ved Psykiatrisk poliklinikk i Volda. Dette er ein kombinasjon han trivst med, nettopp på grunn av arbeidet med pasientar med kompliserte, samansette lidningar. Han søkte seg til psykiatrien for å prøve å finne svar, forstå meir av problemstillingar som han syntest var uforståelege. Til dømes pasientar med smerter over alt. Han ønskte dessutan å lære meir om samtalen som helsefremjande metode.

– Ja, det har kanskje vore mitt hovudinteressefelt gjennom alle desse åra; samtalen, og det narrative perspektiv. Nokre gongar kan det vere vel så viktig å få tilgang til pasienten si historie, som ei kostbar MR-maskin. Men menneska generelt let seg nok imponere meir av teknologien enn ei narrativ utgreiing.

– «Har du nokon å snakke med om



FOTO: LISBETH HOMLONG

dette?» spør eg regelmessig pasientar om, og nei er ofte svaret eg får. Dette har eg undra meg over, at vi lever i ein kultur der det er tabu å setje ord på livsrøynsler. At menneska ikkje kan snakke med andre, nære, om vanskelege ting. Menneska sine subjektive livsrøynsler er ei viktig kjelde for medisinsk kunnskap. Og spesielt gjeld det pasientar med kroniske, samansette problemstillingar som kan ha fått forskjellige diagnoser. Til dømes somatiseringssyndrom, psykosomatisk sykdom, funksjonelle lidningar - omgrep som etter mi oppfatning verkar skjulande og som hemmar forståinga av kva dette dreier seg om.

e med om dette?’

UTPOSTEN: Fortel litt om di interesse for narrativ medisin:

– Eg har vore så heldig å kunne ta del på to seminar med Michael White, grunnleggjaren av narrativ terapi. Det var ei stor oppleving. Det å få inn eit nytt perspektiv. Dette med eksternalisering, som White snakker om. Å flytte problemet vekk fra personlegdomen. Korleis ein forstår si eiga historie, at det ikkje er berre det som har hendt som betyr noko, men også korleis ein hugsar og forstår det. Eg hadde ein pasient med paranoid psykose som opplevde det som svært nedverdiggande å verte tvangsinnlagt. I oppfølginga av pasienten i etterkant var det interessant og utfordrande å plukke diagnosen frå kvarandre, dekonstruere den, gjere den meir forståeleg, å bruke det narrative perspektiv for å skape ein ny samanheng for pasienten. Pasienten kan slik få gjenreist sitt menneskeverd og få nytt håp. Eg meiner at ei viktig oppgåve for oss legar er å skape håp, samanheng, gi meining og gjenreise menneskeverd.

UTPOSTEN: Korleis gjer du dette konkret, i praksis?

– Det er jo ein lang prosess, men det kan til dømes dreie seg om ei skam som tilhøyrer ein annan person. Derfor må vi omtolke og omdefinere ting slik at pasienten ser samanhengar. Det handlar også om å vere konkret, å gje pasienten verkty til å handtere situasjonar i kvardagen på ein ny måte. Men det kan sjølv sagt vere krevjande å få det til, og eg lukkast langt frå alltid.

Roll-Hansen meiner at det er altfor mykje snakk om biologisk arv i samfunnet i dag. Og tilsvarande for lite om korleis livsrøynsler påverkar kroppsfunksjonar.

– Eg opplever det stadig vekk, fortel han engasjert, mange av desse pasientane med diagnoser som angst, panikk, sosial fobi, depresjon, psykose. Som har vore til masse utredning og undersøkingar. Når ein vert kjent med dei så kjem det fram livspåkjenningar og traumehistorier. Då kan ein stille spørsmål om det diagnostiske systemet vi har i dag verkar tildekkande? Livsrøynsler vert utydelege. Og dermed vert også terapien dårleg.

Skeptisk til kunnskapsgrunnlaget

Då den siste DSM-manualen var under revisjon, så var det interessant nok eit forslag om

Slogen sett frå Gullmorbreen.

FOTO: PER ANDREASSEN



at ein skulle ta inn diagnosen tilbakevendande depressiv personlegdomsforstyrning, fortel Roll-Hansen vidare, men det enda med at denne vart kutta. Sjølv opplever han at mange av pasientane med tilbakevendene depresjonar har ein sårbar personlegdom, og det kjem ikkje så tydeleg fram i den diagnostikken vi har i dag. Hadde ein hatt den nemnte diagnosen, så hadde det kan hende sett meir fokus på personlegdomsproblematiseringen.

– Og når det gjeld dei med personlegdomsforstyrningar, så er relasjonsproblem sentralt, poengterer han. Eg meiner at relasjonen er sentral i mange psykiatriske problemstillingar og helseproblem elles, og dette tenkjer eg vert skjult, utydeleg. Det var synd at dei ikkje tok inn denne diagnosen. Men så er jo dette noko ein ikkje kan behandle med SSRI, legg han lakonisk til.

UTPOSTEN: Korleis skal ein då behandle dei, undrar eg?

– Dersom ein ser på desse diagnosene berre som symptomlidingar, så har ein jo medikament, men dersom ein forstår dei som personlegdomsforstyrningar, så verkar ikkje medikamenta så godt. Eg lurar på om det er vår oppleving av hjelpeløyshe som gjer at vi ikkje diagnostiserer dei annleis. Eller det at ein då ikkje får selt så mange medisinar, men det er kanskje ein insinuasjon?

UTPOSTEN: Men trur du at ein kan hjelpe dei betre med samtalerapi?

– Ja, det trur eg, seier kombilegen bestemt. Dersom ein med ei psykotapeutisk tilnærming kan hjelpe dei til å sjå på sine relasjonsmønster. Mentaliseringsretta terapi har dessutan vist seg å ha effekt på personlegdomsforstyrningar. Så det er mogleg. Men tidkrevjande.

UTPOSTEN: I min eigen praksis har eg ikkje sjeldan opplevd at mange med samansette lidingar som går i terapi ikkje får hjelp. Og at eg med min kjennskap til pasienten, kanskje hjelper dei betre sjølv. Kva tenkjer du om det?

– No er det jo in dette med diagnosespesifikk behandling, og spørsmålet er om det er rett. Som allmennpraktikar får ein lære pasienten å kjenne gjennom mange år, det er verdifullt. Ein ser samanhengar. Det blir ei anna tilnærming. På sjukehus er det mykje testing, spørjeskjema. Faren med mange spørjeskjema er at dei kan hindre tilgang til det meningsuniverset pasienten lever i, kva mening symptoma har for pasienten.

Testing og skjema jo eit forsøk på å standardisere og objektivisere symptom og plager og på den måten kunne stille ei mest mogleg spesi-



Utsikt frå Slogen, kanskje det flottaste fjellet i Sunnmørsalpane. FOTO: PER ANDREASSEN

fikk diagnose og så gi kunnskapsbasert behandling, innvender eg.

– Ja, det er trenden. Og det er ein diskusjon rundt om dette er rett. Fører dette til ei tingleggjering av mennesket? For det ein prøver å behandle er menneska sine tankar, kjensler og opplevingar. Er det rett å prøve og objektivisere dette? Mennesket si individuelle, subjektive røynsleverd, ein del av denne går tapt gjennom skjematisk testing.

Sjølv har han ei sterk tru på samtalen si heilande kraft, men han presiserer at det ikkje er den såkalla «gode samtalen» han siktar til. Han meiner at det nok har vore for mykje idyllisering rundt dette med den gode samtalen, tvert om er det den vanskelege samtalen som er utfordringa.

Eg har nett lese ei bok om korttids dynamisk, interpersonleg psykoterapi av Peter Fonagy og medarbeidarar. Dei er tydelege på at ein skal fokusere på mellommenneskelege relasjonar, og der det er vanskelege kjensler. Fonagy kritiserer tidlegare psykoterapi på at den kanskje ikkje har vore fokusert nok. Vi har alle hatt pasientar som har gått i terapi som ikkje har opplevd nytte av det. Kanskje har den ikkje vore tilstrekkeleg fokusert?

UTPOSTEN: Dersom eg forstår deg rett, så meiner du at relasjonelle problemstillingar er eit mykje større problem i høve til helse enn det vi tek innover oss?

– Ja, eigentleg. Og eg legg også merke til at mine tankar om diagnosemanualane DSM og ICD, som også er kunnskapssystem som legg premissane for korleis vi forstår helse og sjukdom, at dette systemet hindrar oss i å sjå dette klart.

UTPOSTEN: Ein kjem i eit uføre når teorigrunnlaget ikkje stemmer med terrenget, korleis skal vi kome oss ut av dette?

– Det finst alternative kunnskapsgrunnlag, med meir basis i subjektiv erfaringskunnskap, dette er kanskje mitt svar, at vi må gå meir i den retning.

«Å bli holdt våken av en gåte»

Eit interessant aspekt ved den røynde allmennlegen, er at han med åra kanskje har blitt endå meir opptatt av faget sitt, å gå inn i det ukjente, prøve å forstå meir. Hos mange kan det gjerne vere motsett, at ein vel å kvile på laurbæra.

– Ja, dette høyrer kanskje litt rart ut å seie, men i yngre dagar giekk eg mykje i fjellet, til dømes skiturane til Kolåstinden i mai, det var fantastiske opplevingar. Men no i dag har eg like stor glede av å lese ei bok om desse grunnlagsproblema i faget vårt. Og det skjer så mykje spennande i teori- og fagutvikling! Det ligg ei ny forståing, til dømes i epigenetik. Korleis vi menneske påverkar kvarandre på så mange måtar, dette med speilnevron. Til dømes når eg løftar denne kaffikoppen og du ser på den, då vil dei samme områda i din motoriske cortex bli aktivert. Dette synast eg er fascinerande. Myten om det isolerte individ viser seg å nettopp vere ei myte, men vesten klyngar seg fast til «the selfmade man». det sjølvtilstrekkelege individ, medan vi her har ei ny forståing på veg.

UTPOSTEN: Har legeyrket svart til forventningane dine?

– Første åra som lege var eg ofte usikker, det var slitsomt, særleg på det emosjonelle planet, men no når eg ser tilbake, så angrar eg ikkje. Det har vore engasjerande, eg har fått lov å vere med på ei spennande fagutvikling. Og pasientane, den tillit dei har vist meg, det dei har fortalt om sine liv, det er eit privilegium å få ta imot. Det er nesten litt gåtefullt, at dei kjem til meg som lege på doktorkontoret og fortel om hendingar, tankar og kjensler som dei ikkje synast dei kan fortelje andre stadar.

Å dele vanskelege opplevingar med folk rundt seg, er jo noko anna, innvender eg. Då må dei ha tillit til at at den som skal ta imot handterer det på ein god måte.

Ja, du har eit poeng der. Mange seier at sunt folkevett er bra, men pasientar med til

dømes panikkangst og sosial fobi, får ofte høyre frå folk rundt seg at dei må ta seg saman. Problemet er at dei har tatt seg saman, desse velmeinande råda som blir gitt kan ofte slå feil ut.

UTPOSTEN: Men ein kan forstå den andre sida også, at folk flest tenkjer sånn, er det ikkje berre å ta seg saman? Det kan vere vanskeleg å forstå at folk kan ha så sterk angst at dei ikkje klarer å gå på butikken?

– Ja, men det er då du må gå inn i kvart menneske si subjektive opplevingsverld, det er nøkkelen!

Roll-Hansen trekkjer i tillegg fram det paradokset at sjølv om han har taushetsplikt, så kan folk likevel seie, at huff, no får eg dårlig samvit, fordi eg fortel deg dette, doktor. Han undrar seg over dette, det kjem jo ikkje vidare, pasienten skadar ingen ved å fortelje han dette. Det blir ein slags sosiologisk samfunnsobservasjon også, legg han til, eit vindaug ut mot samfunnet, som ein får på doktorkontoret. På mange måtar blir vi aldri utlært, ein lever heile livet som legar, og er på ein måte elevar av pasienten.

Risikoen er at ein trur at ein forstår meir

enn ein gjer. Balint har ein fyrlyktmetafor; i eit mørkt opprørt hav, så kastar fyrlykten lys, oj, her er noko heilt nytt! Dette har eg opplevd nokre gongar, det er ei nesten magisk hending, når pasienten overrumplar deg. Eg trudde eg kjente pasienten, men inn-såg plutsleg at landskapet var heilt annleis.

UTPOSTEN: Du meiner at vi legar er i ein ikkje-vitende posisjon. Kva legg du i det?

– At kvart menneske er opaque, ikkje-gjennomsiktig, ein kan ikkje gå utfrå at ein forstår, misforståingar er normalt. Det er eit viktig tema i mentaliseringsterapi, det å forstå misforståinga. Og derfor også å vere førebudd på at ein vil kome til å misforstå pasienten – utan å miste balansen. Ein ikkje-vitende posisjon høyrer kanskje litt pompøst ut, men Eli Berg refererer til Levinas: «å møte et annet menneske er å bli holdt våken av en gåte». Heile tida, sjølv om ein har lese 10000-vis av sider og har mykje kunnskap, så er ein likevel elev, og dette set eg faktisk meir og meir pris på!

Eit dikt Jørgen Roll-Hansen likar godt og gjerne deklamerer i festleg lag er «Steder jeg har vært og mat jeg har spist» av Jens

Bjørneboe. Dette seier litt om kva han elles set pris på i livet, han er glad i å reise, likar god mat og er ein framifrå kokk, i følgje vener. Han svingar seg også gjerne på dansegolvet og er ganske flink, det har eg sjølv erfart! Ein god kamerat skildrar han som ein usedvanleg triveleg og spennande samtalepartner, og når det lir på natta dukkar filosofiske tema uunn-gåeleg opom. For det er så mange ting ein kan undre seg over i denne verda. Som den vesle prinsen hjå Saint-Exupéry sa det: «Det viktigaste er usynleg for auget».

For nokre år tilbake vart helsestasjon for ungdom nedlagt i Ørsta, fortel Jørgen Roll-Hansen avslutningsvis. Kva slags prioritering er det, har eg ofte tenkt. Dette er nettopp eit slikt lågterskeltilbod der ungdom ikkje skal lære om kosthald og mosjon, men få snakke om det dei er opptatt av, om relasjonsvansker, ting dei har opplevd, vanskelege ting. Heldigvis ser det no ut til at den kjem i drift igjen. For det er dette med samtalen. I den samanheng er eg glad i denne utsegna til Harry Goolishian: «Jeg tror på de uendelige mulighetene i de samtaler som ennå ikke har funnet sted».

Vi får halde fast på den!

Jørgen på kontoret på Ørsta helsesenter, med kunst frå diverse utanlandsreiser. FOTO: LISBETH HOMLONG



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.

Palliativ behandling – Om symptomlindring i allmennpraksis – i tradisjon

■ SIRI BRELIN spes. allmennmedisin, overlege Senter for lindrende behandling SØ-Fredrikstad, PhD-stipendiat Kreftsenteret UiO Ullevål

Palliative kreftpasienter opplever mange plagsomme symptomer, og ofte flere symptomer samtidig. De vanligste symptomene er smerter, kvalme, obstipasjon, fatigue, depresjon, angst og dyspné. Der hvor årsaksrettet behandling ikke er mulig eller utilstrekkelig, vil pasienten være i behov av symptomrettet lindrende behandling. Det er ønskelig at denne behandlingen kan gis i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig. Dette innebærer at fastlegene og kommunehelsetjenesten ventes å ha kompetanse også innenfor dette fagfeltet. Denne artikkelen gir en kortfattet oversikt over lindrende behandling av kvalme, obstipasjon, angst/depresjon, delir og fatigue.

En ny æra?

Mitt allmennlege-liv, som startet for vel 20 år siden, fikk en foreløpig stopp våren 2011 da jeg begynte som sykehuslege ved Senter for lindrende behandling ved Sykehuset Østfold. Selvmotsigende nok var skiftet til sykehuslege et resultat av en mangeårig interesse for arbeid med alvorlig syke og døende i primærhelsetjenesten, samt en sterk overbevisning om at LEON-prinsippet (nå gjenfødt som BEON-prinsippet=beste effektive omsorgsnivå) fortsatt er sterkt gjeldende i en æra preget av snakk om ny samhandlingsreform. Allmennleger har alltid samhandlet, men ofte har det vært en oppfatning at kompetanseoverføring var noe som skulle foretas fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Jeg har håp om at den nye æraen også tilsier at kompetanseoverføringen nå vil gå begge veier. Det er allmennlegene og primærhelsetjenesten som vet hva som må til for at pasienten skal kunne få tilbud i en effektiv førstelinjetjeneste (tidligere «laveste effektive omsorgsnivå»), og dette er vesentlig kunnskap for den videre samhandlingen.

Fastlegen og palliasjon

Anette Fosse hadde en svært god artikkel i Utposten nr. 5/2011, som omhandlet fastlege-

nes rolle i omsorgen for alvorlig syke og døende pasienter. Mitt herværende oppdrag i Utposten kommer som en oppfølger til denne artikkelen, og er tenkt som en mer klinisk rettet artikkel i retning av «slik-gjør-vi-det».

Rent statistisk vet vi at hver allmennlege i gjennomsnitt forholder seg til mellom en og tre kreftpasienter som er i en palliativ fase per år. Dette innebærer at den enkelte lege har behov for tilpasset kompetanse. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i Kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2010) omtaler kompetanse delt inn i tre nivåer (FIGUR 1), hvor allmennlegen anses som Nivå B. Som allmennlege vet jeg at man trenger lett tilgjengelig og kortfattet kunnskap som gjør at man raskt kan fatte nødvendige beslutninger i pasientbehandlingen. Jeg vil derfor i denne artikkelen gå inn på symptomrettet behandling av et utvalg av vanlige plager i en palliativ fase av uhelbredelig sykdom, med mest vekt på kreftsykdom. På redaksjonens oppfordring vil jeg fokusere på kvalme, obstipasjon, angst/depresjon, forvirringstilstander/delir, fatigue og appetittløshet, og ikke gå inn på smertebehandling (men klarer nok ikke helt å holde meg borte fra noen korte råd om håndtering av bivirkninger ved opioid-behandling).

FIGUR1. Oversikt over kompetansenivåer, forkortet versjon etter Nasjonal Handlingsplan med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

KOMPETANSEnivå	KVALIFIKASJONER
Nivå A	Grunnutdannelsen i palliativ medisin fra medisinstudiet.
Nivå B	Gjennomført kurs i palliasjon i regi av Legeforeningen. Norsk forening for palliativ medisin og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling arrangerer i samarbeid kurs i palliasjon tilsvarende nivå B for både allmennleger og sykehusleger
Nivå C	Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette legen i stand til fulltids virksomhet som overlege i spesialisert palliativ virksomhet (palliativt team / palliativ enhet), med ansvar for et betydelig antall pasienter med avansert, livstruende sykdom og komplekse problemstillinger.

Ikke bare smerte!

«slik gjør vi det»



ILLUSTRASJON: WWW.PICHAUX.ORG

Generelt om palliativ behandling

Palliativ behandling har som mål å bedre pasientens livskvalitet gjennom best mulig bevaring av funksjonsnivå og best mulig symptomkontroll. Man tilstreber en helhetlig tilnærming som også omfatter omsorg for pårørende. Dette innebærer at behandlingen må individualiseres. Et godt prinsipp er å gjøre behandlingen så enkel som mulig, men med fortløpende evaluering av effekt og bivirkninger. Evalueringsverktøyet ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System – revidert versjon) gir behandlere et innblikk i pasientens egne vurderinger av forskjellige

symptomer (FIGUR 2, s. 8). Dersom det er mulig, behandles årsaken til symptomet, hvis ikke tilstrebes lindring av symptomet.

Kvalme og oppkast

Kvalme forekommer hos i underkant av 40 prosent av pasienter med avansert kreftsykdom, både som primærsymptom og som bivirkning av behandling.

Årsakene kan være relatert til CNS (angst, smerter, biokjemiske forstyrrelser som ved hyperkalsemi og organsvikt, medikamentbivirkninger/metabolitter, økt intrakranielt

trykk) eller GI-tractus (obstipasjon, malign tarmobstruksjon/ileus-tilstander, hepatomegali og andre intraabdominale tumormasser, ulcus pepticum, stråleterapi/cytostatika). Tilpassede diagnostiske overveielser bør foretas for best mulig rettet behandling. Tumorrettet behandling med strålebehandling/kirurgi av hjernemetastaser og evt. kirurgisk intervensjon ved malign tarmobstruksjon skal også vurderes.

Hvilket medikament som skal brukes bestemmes av hva man finner er mest sannsynlig tilgrunnliggende årsak til kvalmen og

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet (døsighet=å føle seg søvnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
Annet problem (f. eks. forstoppelse)												

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett et kryss):

- ☐ Pasient
- ☐ Pårørende
- ☐ Helsepersonell
- ☐ Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Formål med ESAS-r:

- Oppnå best mulig symptomlindring for pasientene.
- Sikre sikker og effektiv registrering av de vanligste symptom hos pasienter med behov for lindrende behandling.
- Lette skildring av symptom, gi felles referanseramme i kommunikasjon og rapportering av pasientenes tilstand.
- Forenkle og standardisere dokumentasjonen for den enkelte pasient.
- Kvalitetssikre arbeidet med den enkelte pasient og på avdelingen/posten i sin helhet.
- Øve opp systematisk registrering som forberedelse til eventuell forskning.

hvilke øvrige symptomer pasienten har, for om mulig å få gunstig virkning også på disse.

De aktuelle antiemetiske medikamentene er presentert i figur 3.

Obstipasjon

I likhet med kvalme, kan også obstipasjon være et primærsymptom (malign tarmobstruksjon, peritoneal carcinomatose) eller en bivirkning av medikamenter (eks. opioider, ondansetron, antikolinergika). Prevalensen ligger på omkring 50 prosent hos pasienter med avansert kreftsykdom.

I motsetning til behandling av obstipasjon hos ellers friske, er ikke-medikamentell behandling med væsketilførsel og fysisk aktivitet ofte ikke mulig eller utilstrekkelig hos denne pasientgruppen. Dette gjør at man må ty til laxantia (bløtgjørende og peristaltikkfremmende), og hos opioidbehandlede pasienter er laxantia obligat. Vi kan dele behandlingen inn i forebyggende og terapeutiske opplegg, se figur 4 på side 10.

Obstipasjonsdiare er en tilstand hvor flytende avføring presses forbi harde fekalienknoller i rektum (impaksjon), ofte feiltolket som diaré.

Angst/depresjon

Vurdering av angst og depresjon er vanskelig hos palliative pasienter blant annet fordi det kan være vanskelig å skille mellom en situasjonsbetinget sorg og en depresjon. En gammel oppfatning er også at det er naturlig å være deprimeret ved alvorlig sykdom, en oppfatning som nok har vært til hinder for at palliative pasienter har fått tilbud om relevant behandling mot depresjon. Diagnoseverktøy som MADRS er uegnet fordi disse pasientene har mye somatiske plager som ikke er relatert til psykisk lidelse, men som vektlegges i MADRS. På den annen side er det viktig å lindre smerter og andre symptomer som kan medvirke til utvikling av depresjon. Ofte kan spørsmålet: «Føler du deg deprimeret?» være nyttig i tillegg til pasientens egen vurdering i ESAS-r.

Det er varierende opplysninger om prevalens av disse lidelsene i litteraturen, men et rimelig anslag er mellom 10–30 prosent for depresjon og noe høyere for angst. I mitt forskningsmateriale med alle pasienter som døde av kreft i Norge i 2005 og 2006 var det 21 prosent som mottok antidepressiv medikasjon.

EU-prosjektet European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), som jobbet tett sammen med The European Association for Palliative care (EAPC), nedsatte faggrupper som etter litteraturgjennomgang har formulert guidelines for behandling av forskjel-

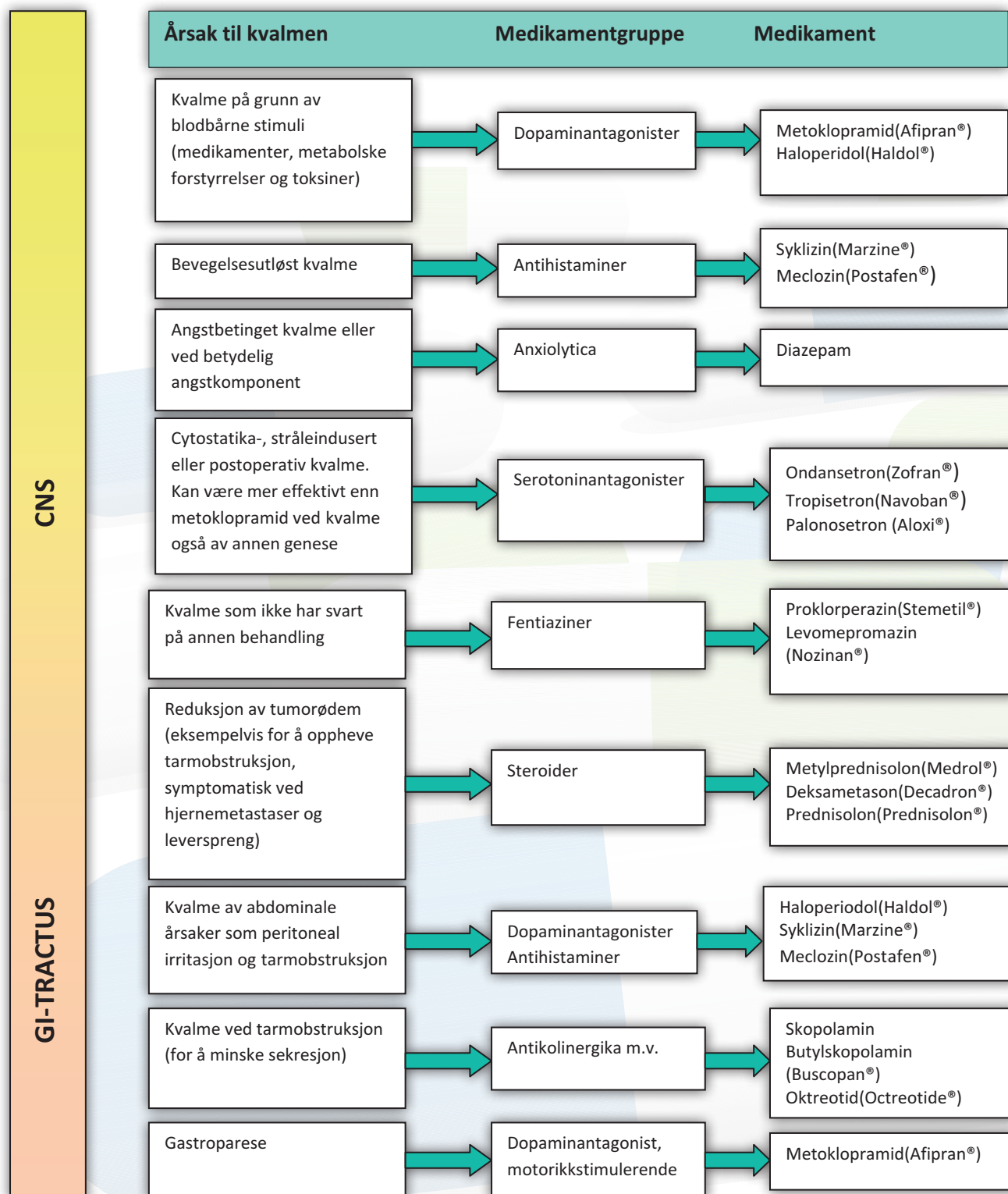
FIGUR 2. Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

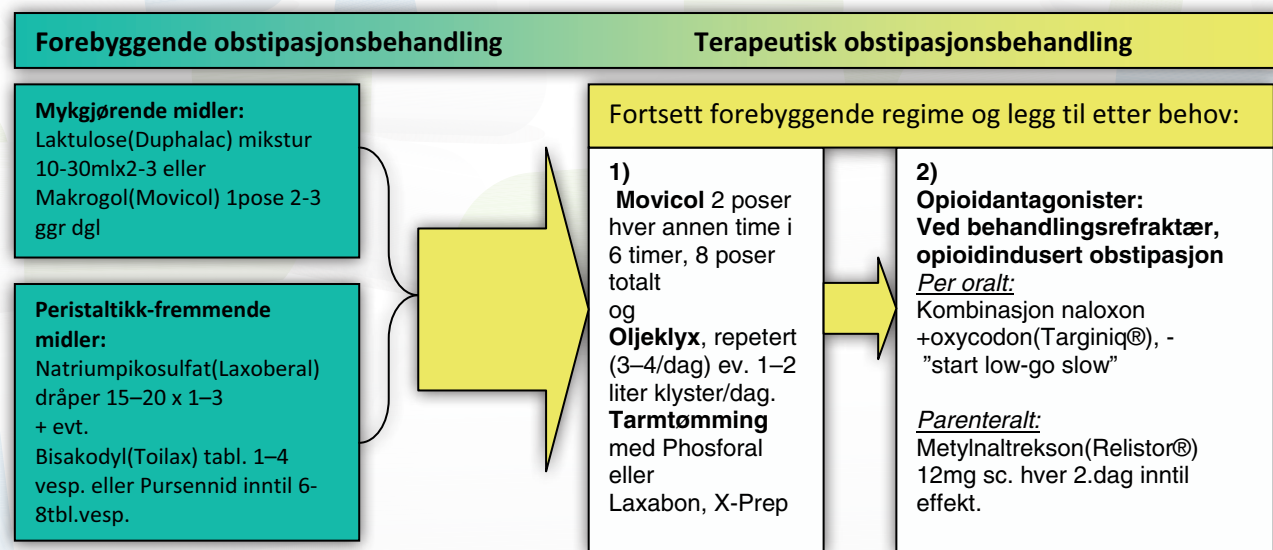
lige palliative tilstander, deriblant også for depresjon (Rayner L et al, Eur.J.Cancer 2011; 47: 702–712). Man har funnet evidence for at antidepressiv medikasjon har effekt hos palliative pasienter, men finner svakere holdepunkter for at noen antidepressiva virker bedre enn andre. Man har derfor vektlagt øv-

rig symptomatologi som viktig ved valg av antidepressiv behandling, som for eksempel ønske om sederende bi-effekt hos pasienter med insomni (eks.mirtazapin/Remeron®, mianserin/Tolvon®, amitriptylin/Sarotex®), appetittøkende bi-effekt hos anorektiske pasienter (eks.mirtazapin), smertelindrende

bi-effekt hos pasienter med nevropatiske smerter (eks.amitriptylin). Likeledes unngås helst trisykliske antidepressiva hos eldre pasienter med falltendens, og pasienter som er plaget av munntørrhet. SSRI- og NSRI-preparater sidestilles med de øvrige antidepressive medikamentene, men har få gunstige bi-

FIGUR 3. Medikamentoversikt ved ulike årsaker til kvalme. BAKGRUNNSILLUSTRASJON: COLOURBOX





FIGUR 4. Oversikt over forebyggende og terapeutisk obstipasjonsbehandling. BASERT PÅ OVERSIKT I «LINDRING I NORD», UNN 2009. BAKGRUNNSILLUSTRASJON: COLOURBOX

effekter, og har uheldige bivirkninger med bl.a. kvalme, obstipasjonstendens og urinretensjon.

Det er svakere evidens for betydningen av ikke-medikamentelle, terapeutiske behandlingsmetoder hos alvorlig syke og døende, men i den helhetlige omsorgen som tilstrebes inngår mange elementer som vanligvis inngår i slik tilnærming.

Medikamentell angstbehandling av palliative pasienter bygger i hovedsak på benzodiazepiner, og vil oftest være relativt enkelt å behandle så sant pasientene får tilstrekkelige doser. I motsetning til tankegangen hos ellers friske pasienter, trenger man ikke å bekymre seg for tilvenningsfare, og vi setter oftest ikke

noen maks døgndose benzodiazepin til disse pasientene. Doseringene kan gis ved behov eller til faste tider avhengig av hva den enkelte pasient foretrekker.

Andre angstdempende medikamenter som neuroleptika/antipsykotika og antidepressiva med angstdempende effekt kan evt. også foreses.

Oversikt over aktuelle anxiolytika til palliative pasienter finnes i figur 5.

Forvirringstilstander/delir

Delirium er definert som en akutt forstyrrelse av bevissthetsnivået (timer eller dager) med redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet. Dette kan ledsages av endringer i kognitive funksjoner slik som nedsatt hukommelse, desorientering eller hallusinasjoner (oftest syn) og/eller vrangforestillinger, som ikke skyldes demens. Tilstanden skal skyldes en medisinsk tilstand, og har ofte et svingende forløp gjennom døgnet. Vi skiller mellom hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delir.

Anslagene for forekomst av delir blant pasienter tilknyttet palliative enheter varierer mellom 34-88 prosent, og utløses ofte av legemidler (eks. opioider, benzodiazepiner, antidepressiva, steroider og antiepileptika). Også elektrolyttforstyrrelser, hypoksi, infeksjoner og metabolske forstyrrelser kan utløse delir. Pasienter med tidligere hjernelidelser (eks. demens, hjernetumores/-metastaser), sanse-svikt og alvorlig redusert almenntilstand er spesielt utsatt for utvikling av delir.

Aktuelle intervensjoner består både i tilrettelegging av miljøet rundt pasienten (stimulusbegrensning, markering av døgnrytme, realitetsorientering, stabil personalkontakt) og medikamentell behandling. Behandling av hyperaktive, deliriøse symptomer har som siktemål å sedere, dosen titreres opp, og oftest brukt er midazolam (Dormicum® 1-30 mg per døgn), haloperidol (Haldol® 1-30 mg per døgn) og clomethiazol (Heminevrin® 900-1800 mg per døgn), men også olanzapin (Zyprexa® 2,5-12,5 mg per døgn) og risperidone (Risperdal® 0,5-2 mg per døgn) kan benyttes. Hypoaktivt delir behandles sjelden.

Informasjon til pårørende er essensielt da dette er svært skremmende tilstander.

Fatigue

Med begrepet fatigue forstås en overveldende utmattelse som ikke bedres vesentlig av hvile. Dette rammer anslagsvis 80-90 prosent av alle kreftpasienter.

Der man ikke finner en kausal årsak til utmattelsen (eks. anemi, infeksjon, dehydrering, elektrolytt-/hormonforstyrrelser, underernæring, depresjon, søvnforstyrrelse eller medikamentbivirkning) som er tilgjengelig for korrigering, står vi tilbake med mulighet for symptomatisk behandling med steroider og ikke-medikamentell tilnærming (energiprioritering og tilrettelagt fysisk aktivitet med aerob trening). Vanligvis benyttes Prednisolon 10 mg x 2. Psykostimulantia benyttes som regel ikke i Norge da det er inkonklusiv evidens for at dette har noen plass i palliativ behandling.

FIGUR 5. Aktuelle anxiolytika til palliative pasienter. (BASERT PÅ OVERSIKT I «LINDRING I NORD», UNN 2009)

- Oxazepam 5-15 mg ved behov eller x 3, ev.25 mg om kvelden (Sobril®)
- Diazepam 2,5-10 mg po/iv/supp ved behov eller til faste tider (Valium®, Vival®, Stesolid®)
- Midazolam (Dormicum®) i smertepumpe, 4-10 mg (sjelden>20mg)/24 t i smertepumpe, ev. 1-2,5 mg sc eller iv ved behov.
- Olanzapin (Zyprexa®) tabl. 2,5-10 mg (finnes som smeltetablett)
- Levomepromazine (Nozinan®) po/sc/im/iv 5-25mg ved behov, maks døgndose 400 mg. NB! 5 mg Nozinan po tilsvarer 2,5 mg parenteralt.

Ved vedvarende angst, velg et antidepressivum med angstdempende effekt.

Smertelindring – medaljens bakside og opioid rotasjon

Mange av de plagene palliative kreftpasienter opplever kan i tillegg til å være forårsaket av tumorvekst, også komme av bivirkninger av vanlig benyttede medikamenter, i særdeleshet opioidene. Obstipasjon, kvalme, kognitiv dysfunksjon, delir og myoklonier (rykninger) er vanlige bivirkninger av opioider. Dette gjør at det er nødvendig å tenke over mulighetene for å minimalisere disse bivirkningene, enten ved å forebygge bivirkningene (laxantia, antiemetika, unngå overdosering, trygge og forutsigbare omgivelser) eller ved å redusere dosen av opioid ved å gjøre et skifte til et annet opioid («opioid-skifte», se figur 6). Jeg vil eksemplifisere dette slik:

Mann 70 år prostatakreft med skjelettmetastaser. Smertebehandlet med Dolcontin tbl 100 mg x 2. På grunn av bivirkninger med myoklonier velger jeg å gjøre en opioid rotasjon til Fentanyl plaster og seponere Dolcontin (morfin). Ekvipotent dose fentanyl transdermal vil være ca. 60–70 µg/t i forhold til døgndosen morfin på 200 mg. Imidlertid dose-reduserer jeg med 30 prosent til 40–50 µg/t fentanyl plaster.

Det er usikkert hvorfor, men sannsynligvis på grunn av forhold relatert til opioidreseptorene, vil den reduserte dosen (anbefalt 20–50 prosent reduksjon) gi like god smertelindring

ved opioid rotasjon og dessuten ha gunstig effekt på myokloniene. Det samme prinsippet gjelder ved bytte til et hvilket som helst annet opioid, - ved rotasjon til oxycodon (Oxycontin®), ville ekvipotent døgndose vært 100mg, men pga opioid-skifte innsettes ca. 60–80 mg per døgn, dvs. for eksempel Oxycontin 40 mg x 2.

Dette var en ganske lynrask, kortfattet gjennomgang av hvordan vi gjør symptomlindring hos palliative pasienter. Jeg vil benytte anledningen til å anbefale Helsedirektoratets side med Nasjonalt handlingsprogram som er nevnt i kildene under. Her får man raskt en oversikt over utredning og behandling av mange palliative tilstander. For de som måtte være litt ekstra interessert i palliativ medisin vil jeg anbefale nettsiden til vår forening Norsk forening for palliativ medisin (<http://www.palliativmed.org/id/76085>) hvor man også

KILDER

- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, Helsedirektoratet 2010, <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/3.+Symptomer+og+tilstander/Smerte+%28revidert+2009%29>
- Håndbok i lindrende behandling, UNN 2009, <http://www.unn.no/category11934.html>
- Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. Eur.J.Cancer 2011; 47: 702–712.
- Report on fatigue by the expert working group of the European Association for Palliative Care (EAPC) 2008. Palliative Medicine 2008; 22: 13–32.

Når opioidbehandling ikke gir en akseptabel balanse mellom bivirkninger og smertelindring, kan man bytte til et annet opioid – «opioid-skifte».

Ved opioid-skifte kan det oppnås likeverdig eller bedre smertelindring på en lavere dose opioid, målt i morfinekvalente milligram. Samtidig reduseres bivirkningene, sannsynligvis pga. reduksjon av bivirkningsfremkallende metabolitter.

FIGUR 6. Opioid-skifte.

får informasjon om det nyopprettede pilotprosjektet Kompetanseområde i palliativ medisin, en slags ny «sub-spesialisering» for spesialister fra kliniske fag med interesse for palliasjon.

siri.brelin@gmail.com

Utposten ble skapt på kjøkkenbenken i distriktslegeboligene på Aukra og Midsund i 1972. Per Wium, Harald Siem og Tore Rud klippet og limte papirtekster for å lage et fag- og kontaktblad som skulle bidra til debatt så vel som økt forståelse mellom helsetjenestens aktører i Utkant-Norge.

Det hører med til historien at det aller første nummeret ble borte i posten. Redaktørene hadde ventet i flere uker. Da bladet ikke kom, ringte de trykkeriet i Oslo – men der var det ingen som hadde mottatt noe manuskript. Dermed måtte de sette seg ved tastaturet, klippe og lime på nytt.

Dette er historien om hvordan et medisinsk amatørblad ble en viktig samfunnsmedisinsk pådriver i norsk helse-tjeneste – ført i pennen av Per Wium, en av de tre første redaktørene. Artikkelen er publisert etter tillatelse fra tidsskriftet Michael (2011; 8: 154–68).

RED.ANM

Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin

■ PER WIUM *tidligere helsesjef i Lørenskog*

I løpet av de 40 årene som har gått siden Utposten kom ut første gang, har mer enn 40 aktive leger redigert bladet og skrevet sitt fag med entusiasme og godt humør. Rammen rundt arbeidet har vært samfunnsmedisin og allmennmedisin, mens fokuset har variert. Noen har hatt klart kvinnefokus, andre har drevet helsepolitikk. Hele tiden har det vært spennende å møte nye, dyktige kolleger i redaktørstolen ved lederskiftet hvert femte år.

Samfunnsmedisin er legers arbeid med grupper av befolkningen (1). Dette ble klart for oss som var unge leger på 1970-tallet, og vi valgte å arbeide i utkantstrøk i Norge. Utposten startet etter at distriktslegen på Aukra, Harald Siem, hadde gjennomført Bygdøy-kurset (Helse-direktoratets kurs i offentlig helsearbeid) i 1971, og kom hjem for å tenne nabodistrikts-legene Tore Rud på Sandøy og Per Wium på Midsund til å lage bladet. Hensikten var å åpne kontakten mellom distriktslegene. Vi var stolte av vårt arbeid og ville vise sentrale helsemyndigheter og sykehuskolleger at vi satt inne med kunnskap som var av stor viktighet for å drive helsetjeneste i Norge. I 1972 startet vi skrivemaskinen med kulehode og rettetast, og klippet og limte opp bladet. Tre

prinsipp var viktig: Ingen sak skulle være for liten til å komme i Utposten, bladet skulle være uavhengig av reklame med abonnementspris på 50 kroner, og redaktørene skulle ikke sitte mer enn fem år.

Når historien om distriktslegene skrives, er Utposten blitt et viktig kapittel der tre poeng kan trekkes fram: Redaksjonens påvirkning på helsepolitikken, dens innvirkning på faget og hvordan de hadde innflytelse på fagets verdier og normer (2).

I ettertid er det imponerende å se hvordan vi allerede første året fikk andre distriktsleger, sykehusleger og enda til helsedirektør Karl Evang på banen.

TABELL 1 Utpostens redaktører

PERIODE	NAVN
1972–1977	Tore Rud, Sandøy; Harald Siem, Aukra; Per Wium, Midsund.
1978–1982	Martin Holte og Aage Bjertnæs, Risvollan legesenter i Trondheim
1983–1987	Jon Hilmar Iversen, Eide på Nordmøre, Frode Heian, Tingvoll, Ola Lilleholt, Rindal, Magne Nylenna, Smøla; Øystein Pedersen, Molde.
1988–1992	Eli Berg, Roverud; Mette Brekke, Vinstra; Marit Hafting, Voss; Kirsti Malterud IAM Universitetet i Bergen; Berit Olsen, Fylkeslegen i Finnmark; Jannecke Thesen, Lærdal.
1993–1997	Geir Sverre Braut, Stavanger; Sonja Fossum, Oslo; Betty Pettersen, Gravdal; Eystein Straume, Øksfjord; Eivind Vestbø, Judaberg; Helge Worren, Oslo; Petter Øgar, Hornindal.
1998–2002	Torgeir Gilje Lid, Stavanger; Jannike Reymert, Namsos; Elisabeth Swendsen, Flatdal; Gunnar Strøno, Rjukan; Frode Forland, Oslo; Erik Jesman Pedersen, Stavanger; Tone Skjerven, Vikersund.
2003–2007	Jannike Reymert, Namsos; Helene Brandstorp, Tana; Tor Andre Johannessen, Trondheim; Ola Nordviste, Oslo; Ivar Skeie, Gjøvik; Anders Svensson, Straumsgjøen; Ingvald Menes Sørensen, Vuku. Gunhild Felde, Bergen; Petter Brelín, Halden; Karin Frydenberg, Skreia.
2008–2012	Jesper Blinkenberg, Askøy; Ole Andreas Hovda, Sandaker Oslo; Ann-Kristin Stokke, Oslo legevakst; Esperanza Diaz, Kokstad Bergen; Karin Frydenberg, Skreia; Tom Sundar, Lørenskog, Mona S. Sondenå, Kirkenes, Lisbeth Homlong, Bergen.





En av kongstankene var å skifte redaksjon hvert femte år, og medlemmene av de ulike redaksjoner er vist i tabell 1.

1972–1982

Utposten anbefalte alle distriktsleger å gjennomføre kurs for offentlig helsearbeid på Bygdø. Redaktørene hadde der fått innsikt i hvordan sentrale helsemyndigheter arbeidet. Vi begynte derfor med å oppdra Helsedirektoratet. Et poeng var at telefonkontakt med direktoratet var vanskelig: «I et år har jeg samarbeidet med helsedirektoratet. Dette året har helsedirektoratet ikke samarbeidet med meg» skrev jeg i et av de første numrene i 1972 (3). Vi følte at helsedirektør Karl Evang likte og leste Utposten, og i novembernummeret første året skrev han om forebyggende helsearbeid.

En liten historie må nevnes. Alle leger og veterinærer kunne ta ut en viss mengde 96 prosent sprit til «kontorbruk». I direktoratet satt det en lavt betalt sekretær og hadde utsending av spritkort til alle leger som oppgave. Vi syntes dette var ille, og avslørte at legene brukte dette til å lage billig brannvin til seg selv. De drev aldeles ikke med gramfarging av bakterier lenger der man måtte ha ren sprit. Etter kort tid ble det slutt på den billige spriten, og vi ble veldig upopulære, bortsett fra hos sekretæren i helsedirektoratet. Og det nye bladet skjøt i alle retninger. Sykehusene fikk sitt pass påskrevet når det gjaldt epikriser og dårlig informasjon til pasienter ved utskriving.

Utposten hadde tidlig sitt blikk rettet ut over landets grenser. Det var informasjon fra University of Wisconsin og fra Harvard School of Public Health. Ivan Illich (1926–

2002), den samfunnskritiske professor som skrev «Medisinsk nemesis» ble også behørlig omtalt. Vi beskrev også forholdene under Vietnam-krigen der distriktslegen i Tana arbeidet med flyktninger for Røde Kors.

Kampen mot professorveldet ble stimulert da professor dr. med. Willy Mathisen på Rikshospitalet i bladet Alle Kvinner hevdet at alle barn med enurese skulle henvises til uroløp. Vi påpekte at muligens hadde psykologiske mekanismer en plass i behandlingen. Den sinte professor skulle ha seg frabedt slikt uvederheftig referatarbeid fra amatører, og han slo tilbake med sin ekspertise. Det hele ble avsluttet med et foredrag av den engelske pediater Sylvia Dishe som på en balansert måte ga god informasjon til primærhelsetjenesten (4).

Legenøden nordpå var stor, flere distrikter stod uten lege, og statsminister Odvar Nordli (f. 1927) satte i gang regulering av legestillingene. Utposten hadde mange beskrivelser av forholdene, og mange forslag til løsninger. Per Fugelli spurte hvorfor disse uverdige forhold hadde oppstått. Han mente at sentrale myndigheter og Legeforeningen handlet som om det var det nordnorske værslaget som hadde skylden (5). Redaksjonen foreslo å opprette 150 nye legestillinger årlig i distriktshelsetjenesten, og pekte igjen på konkurransen fra sykehusene. Det nye lovutkastet i 1979 hadde samordning som en hovedmålsetning. Det er altså ikke noe nytt i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009) (18)).

Diskusjonene om screening og helsekontroller var vanskelige. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning under ledelse av professor Peter F. Hjort (1924–2011) kastet seg inn i diskusjonen om det vitenskapelige grunnlaget

for screening. Ut kom Harald Siems rapport om «Masseundersøkelser og helsekontroller». Her fant man et fullstendig program for kontroll av den norske befolkning. Det var ikke mye igjen av massescreeningen. Siem var metodologisk korrekt, og opptatt av riktig bruk av ressurser (6).

Allerede i januar 1980 mente redaktørene at vi burde få et fastlegesystem. Og siden sto bladet på det standpunkt til det hele var gjennomført. Men diskusjonene var mange og høylydte.

Tiårsjubileet i 1982 ble feiret med et gullnummer. Leder av Offentlige legers forening, Tharald Hetland skrev om Utpostens oppgave som katalysator for primærhelsetjenesten i Norge.

Til slutt i denne perioden må nevnes en artikkel om helseplanlegging. Distriktslegen i Rennesøy, Torleiv Robberstad lærte oss at vi har større tilgang på leger enn på penger, og da var det viktig å skille mellom politisk styring, administrativ gjennomføring og fagforeningens oppgaver. Han var helt klar på at samfunnsmedisinen har en viktig plass i krysningpunktet mellom legeforeningens økonomiske interesser og administrasjonens gjennomføring av politikken. Mange av samfunnsmedisinerne har sittet akkurat i denne klemmen og sett hvordan vår fagforening har tatt for seg av pengene. Flere av samfunnsmedisinerne har derfor meldt seg ut av Legeforeningen.

1983–1992

Kommunelegjetjenesten fikk en seier i Legeforeningen, og i nr 3/1983 forkynte redaktør-

rene at «Det ble tvillinger». Etter mange og lange diskusjoner fikk vi ny spesialitet både i samfunnsmedisin og i allmennmedisin. En viktig diskusjon handlet om hvor eksklusivt det skulle være å bli spesialist. Norsk selskap for allmenmedisin ble stiftet, og den første formann var Christian F. Borchgrevink (7). Snart kom også lokale samfunnsmedisinske grupper i gang. Det nye redaktørteamet var dyktige til å lage praktisk nyttige temanumre, og arbeidet med skadeforebygging (Tellnes), ungdom (Nylenna), barnevern (Pedersen), svangerskap og helseopplysning (Heian) fikk hvert sitt nummer.

Et temanummer ble tilegnet samfunnsmedisin og helsesjefen i Ringsaker ga av sin omfattende kunnskap om kommunediagnose til yngre kolleger. Videre kunne man bruke kommunediagnose som grunnlag for helseopplysning (8).

En utbryter ble privatpraktiserende samfunnsmedisiner, men selv om Utposten prøvde å få et positivt bilde av yrket, varte det ikke lenge før den privatpraktiserende samfunnsmedisiner, Harald Siem, var tilbake på lønnslisten.

De første fem år av denne tiårsperioden fikk samfunnsmedisinen et godt skyv framover, og redaktørene har fortsatt å prege faget i vårt land.

De neste fem år ble meget spennende med ren kvinneverdaksjon, og ikke mindre samfunnsmedisin, men fra en ny vinkel. Redaksjonen startet meget aktivt, og i bakgrunnen hadde de i tillegg 13 kvinnelige leger som referansegruppe. Kvinneverdaksjonen la stor vekt på likeverdighet, og det innebar at kvinnelige leger burde få mer makt i forhold til dagens situasjon (9). Viktigheten av å ha kvinneverdaksjon i planer ble også ivarettatt. Fylkesplanen for Finnmark inneholdt følgende setning om helsetjenesten: «I et bredt anlagt helseprogram for Finnmark må også kvinnemedisinske og kvinneverdaksjon politiske spørsmål stå sentralt».

Et annet gjennomgående tema var svake grupper. Berit Austveg skrev om innvandrere og flyktninger. Dette var et område hun kjente bedre enn noen andre. Andre tema av betydning for samfunnsmedisin var vold, samer, sosial ulikhet og lesbiske.

En samfunnsmedisinsk perle kom i 1990 da kommuneoverlegen i Loppa beskrev hvilken skrustikke sjarkfiskerne i kommunen befant seg i når fisken uteble eller myndighetene endret spillereglene, og kreditorene stod på døra og krevde renter på lånet. Dette var virkelig patogenesis i praksis (10).

Til slutt tok kvinneverdaksjonen opp hvordan vi tok oss av gamle mennesker som skal dø. Peter F Hjørt tok seg som vanlig av spørsmålet grundig og praktisk. Han påpekte inn-

ledningsvis at 18–26 prosent av de totale helseutgifter brukes til behandling de siste leveår og 60 prosent av dette ble brukt i på pasienter i somatiske sykehjem.

1993–2002

Den nye redaksjonen bød som sine forgjengere også på en strategisk visjon for samfunnsmedisin. Hans Magnus Solli påpekte at vi må innstille vår aktivitet mot den økologiske endring og utdanne oss for dette. I nr 3/1998 fikk spesialiteten gjennomgå med innlegg fra mange profilerte samfunnsmedisinere. Redaktøren var bekymret for «Samfunnsmedisinenens kår når markedet rår». De lurte på om det nytter å rope og skrike mer når kommunene ikke vil ha oss. Politikerne mener det er bortkastet å bruke leger til å behandle saker og ikke pasienter. Og Per Fugelli mente at vi må endre markedet.

Fastlegeordningen kom nærmere og Utposten hadde spesialnummer om ordningen. Særlig var det spørsmål om samfunnsmedisinenes stilling under den nye ordningen (11). Vi er nå inne i helseminister Gudmund Hernes sin periode, da det regnet med stortingsmeldinger. Redaktøren spurte hvorfor helseministeren ikke sier noe om forebyggende og helsefremmende arbeid etter å ha tenkt seg om i hundre dager. Så kom stortingsmelding 23 (1996–97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Utpostens spalter formidlet kommentarer fra alle lederne i Legeforeningen: Johnny Mjell som hadde ledet Legeforeningens spesialutvalg i saken la fram både fordele og ulemper, Applf ved formann Hans Kristian Bakke var sammen med NSAMs leder Bjarne Haukeland og Olls Ivar Halvorsen stort sett positive, men Halvorsen var bekymret for lønnsnivået for offentlig helsearbeid.

Tom Christiansen var Helsedepartementets gjennomføringsgeneral, og han utfordret legene til å komme med sine synspunkter. Særlig vanskelig var det igjen med legestillingene nordpå. Og utkantlegene fikk spalteplass. Kommunelegen i Lebesby spurte: Hvorfor ikke satse mer på hjelpepersonell, bedre utstyr og sikre vikarordninger? Folket har fastlegeordning, men ikke faste leger.

25-årsjubileet ble feiret med ekstranummer. Der kommer professor Peter F. Hjørt med våre utfordringer. Han spør hvorfor skolehelsetjenesten og helsestasjonene er svekket, og om liberaliseringen av primærlegetjenesten er veien å gå, når vi får stadig flere fattige og gamle. Han syntes samfunnsmedisinene i større grad burde lære seg den kommunale kulturen i kommunepolitikken. På den måten vil de bedre nå gjennom med sine synspunkter. Hjørt var tilhenger av de mange små

skritt i riktig retning og ikke de store politiske prosesser.

Og så ble Utposten 30 år og et sett av bladet ble innlemmet i biblioteket i Alexandria. Redaksjonen hadde en omfattende artikkel om samfunnsmedisinen med bakgrunn i samtaler med Ole Berg og Hans Ånstad. Berg understreket at lederkunnskap er vesentlig i samfunnsmedisinske stillinger. Den gamle spesialiteten er en lapskaus av oppgaver som for en stor del er overtatt av andre (12).

Ved et slikt jubileum ble grunnleggerne behørlig løftet fram, og historiker Aina Schiøtz skrev at bladet ble de unge primærlegenes opprør mot «etablissementet». Hun mente redaktørene nådde fram med sine synspunkter og ble sentrale aktører i utformingen av 1970- og 80-årenes primærhelsetjeneste. Schiøtz var mer usikker på om våre synspunkter var representative for legestanden (13).

2003–2012

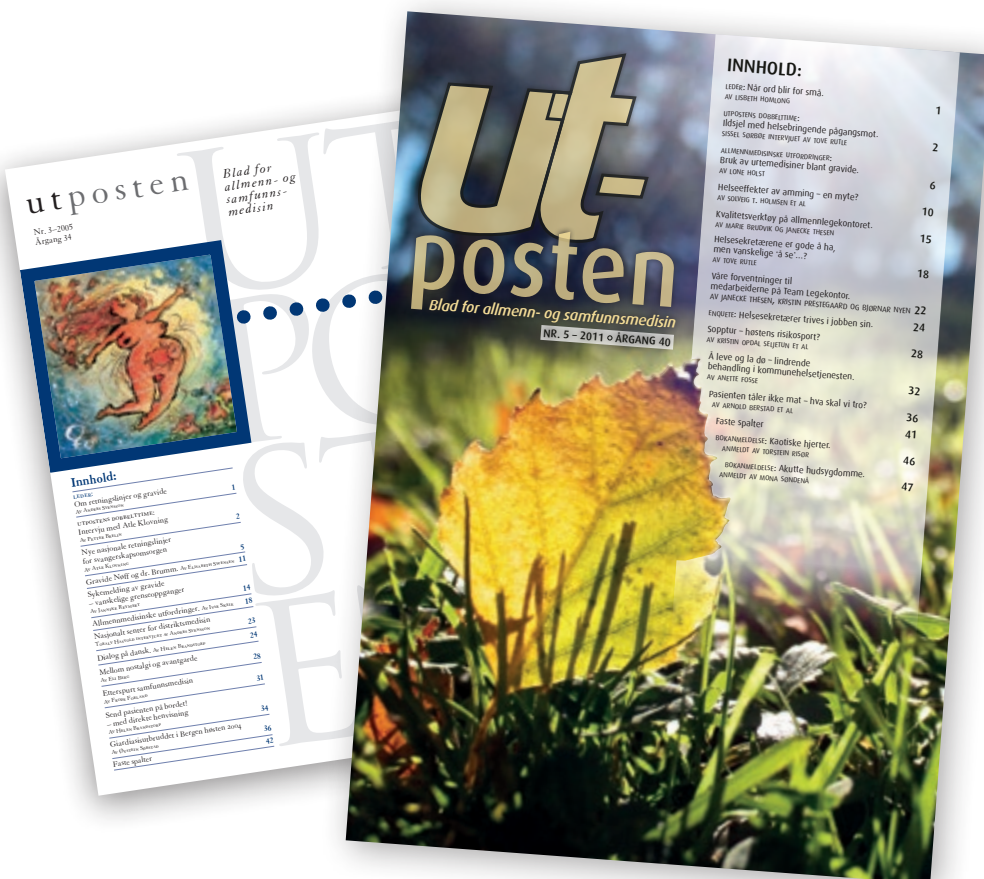
Hundreårsjubileum for Karl Evang ble markert med en artikkel av Per Fugelli der han beskrev hvordan Evang ville ha blitt mottatt i 2003. Mye ville man satt pris på, men hans overdrevne tro på epidemiologi ville i dag være vanskelig for enkeltindividet.

Bladet bød på flere planer for samfunnsmedisin. Ass. helsedirektør Geir Sverre Braut pekte på dilemmaet at hvis man gir noen bedre helse kan andre grupper få dårligere helse. Helseminister Dagfinn Høybråten tok mål av seg til å bli folkehelseminister, men departementet fikk vanskeligheter med å skaffe entusiasme for stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge og Folkehelsemeldingen (14).

Det er på tide å rendyrke spesialisten i samfunnsmedisin. Kombilegen er på vei ut. Dette var Nylenna-utvalgets råd om samfunnsmedisin (Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin). Tvillingene skulle nå skilles. Sosial- og helsedirektoratet arrangerte en høring om samfunnsmedisin. Konklusjonen var at det er bruk for samfunnsmedisinere (15).

Ola Nordviste var også med på flere diskusjoner om samfunnsmedisinenes framtid sammen med Arne Johannesen og Ola Jøsendal. Nylenna-utvalgets rapport om samfunnsmedisin ble kritisert som noe som handlet om kosmetikk i forhold til helseulikhetene i landet. Forslaget var imidlertid bra ved å åpne for bredere rekruttering, ikke bare kommuneoverleger, og foreslo flere rekrutteringsstillinger i kommuner, fylker og på nasjonalt nivå.

Det så ut som distriktslegen kom tilbake i 2004. Sosial- og helsedirektoratet var entusiastisk til den nye distriktsmedisinen. Den inneholdt mye samfunnsmedisin. Direktora-



tet ville gi støtte til nye distriktsmedisinske sentre (DMS).

Samfunnsmedisin ble beskrevet i to artikler av lederen i Norsk samfunnsmedisinsk forening, (NORSAM) Einar Braaten. Det var optimistiske og positive toner fra en leder av den tre år gamle foreningen (16). Betty Pettersen skrev doktorgradsavhandling om samfunnsmedisin. Hun påpekte at tiden legene brukte på samfunnsmedisinske oppgaver hadde gått ned fra nittitallet til i dag, og antall fastlønnede leger var redusert fra 70 til 30 prosent. Dette hadde klare årsaker i lønn der samfunnsmedisinsk arbeid ble lønnstaper og allmennmedisin lønnsleder (17).

Screening ble kritisk gjennomgått av Karin Frydenberg, som påpekte det samme som Harald Siem i «Masseundersøkelser og helsekontroller». Screening ble også tatt opp av Odd Winge som var med på å lage Legeforeningens helsehåndbok med forslag til helsekontroller i 1993. Han hevdet at fastlegen skulle innføre regelmessige kontroller på sine pasienter.

Skolehelsetjenesten kom opp igjen i mange artikler i 2006. Mange kolleger påpekte hvor mye som kan gjøres på skolen av forebyggende helsearbeid.

Redaksjonen tok tak i viktige allmennmedisinske problemstillinger, men da kardiologen Sverre Kjeldsen forfektet europeiske kardiologers blodtrykksgrenser, og hevdet at de som har blodtrykk over 140/90 bør behandles, rykket Bjørn Gjeldsvik ut og fortalte at

det finnes andre, mer allmennlegevennlige europeiske retningslinjer.

Så kom samhandlingsreformen som skulle løse problemene. Mindre økning av sykehuskapasiteten og større satsing og mer penger til kommunehelsetjenesten (18). Flere artikler fulgte, og det var og er mye skepsis til om dette er løsningen på prioriteringsproblemerne.

En løsning på samhandling ble beskrevet som overordnede samarbeidsutvalg. Disse bestod av representanter fra de regionale helseforetak og kommunene i området. Dette var alt i gang i Østfold, Trondheim og i Helse-Nord.

Epilog

Historikeren Aina Schiøtz karakteriserer Utposten som de unge primærlegenes opprør mot «etablissementet». Redaktørene nådde fram med sine synspunkter og ble sentrale aktører i utformingen av 1970- og 1980-årenes primærhelsetjeneste (2).

Blader har skiftet redaksjon hvert femte år, og man vil se at innholdet som startet med mye helsepolitikk og samfunnsmedisin har skiftet til mer allmennmedisin for siden å komme tilbake til samfunnsmedisinen. Det mest spesielle femåret var da kvinnene tok over fra 1988. De myke verdier blir mer synlige med artikler om svake grupper. Styrken i argumentene er imidlertid langt fra svake. Når jeg ser på rekken av redaktører og forfattere er det ganske klart at Utposten har vært

en sentral aktør i utviklingen av både allmennmedisin og samfunnsmedisin i Norge. Ikke bare har disse skrevet sitt fag i bladet, men de har sittet i sentrale stillinger i organisasjoner som har planlagt, administrert og utført helsetjenester. Da vi startet Utposten i 1972 var det en kamp mot etablerte sentrale helseadministrasjoner og Legeforeningen. Siden ble det redaktører i Utposten som inn tok disse posisjonene og fikk dette ansvaret.

Det var ikke lett å få stafettpinnen videre etter de første fem årene. Vi er meget takknemlige for at trondheimslegene Martin Holte og Aage Bjertnæs var villige til å føre bladet videre i 1978. Som representant for den første redaksjonen er det fantastisk å se hvordan Utposten lever og hvordan redaktørene er stolte og aktive i produksjonen av bladet. Det Harald Siem kom hjem med fra Bydøykurset i 1971 har virkelig hatt livets rett.

REFERANSER

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M (red.). Helse for de mange – Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk 2003: 15–16.
2. Schiøtz A. Doktoren – Distriktslegens historie 1900–1984. Oslo: Pax Forlag, 2003: 152–156.
3. Wium P. Praktiske erfaringer i samarbeid med Helsedirektoratet. Utposten 1972; nr 2: 4, 9.
4. Skjælaaen P. Nye toner i sengevæterbehandlingen? Enuresis skal behandles senest i 7 års alderen. Utposten 1978; nr 6: 9.
5. Fugelli P. Legenøden nordpå. Utposten 1978; nr 5: 5.
6. Westin S. Mellom klarhet og påståelighet, Harald Siems «Masseundersøkelser og helsekontroller». Utposten 1979; nr 8: 10.
7. Nylenna M. Selskapet er stiftet. Utposten 1983; nr 2: 5.
8. Tellnes G. Kommuned diagnose som grunnlag for helseopplysning og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Utposten 1986; nr 2: 62.
9. Normann T. Trenger vi flere kvinner i ledelsen av norsk helsevesen? Utposten 1989; nr 6: 269.
10. Straume E. Mer enn et spørsmål om helsetjeneste. Utposten 1990; nr 3: 1009.
11. Schiøtz A. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 – Folkets helse landets styrke 1850–2003. Oslo: Universitetsforlaget 2003: 357.
12. Forland F. Samtale om samfunnsmedisin. Utposten 2002; nr 7/8: 14–16.
13. Schiøtz A. Utkantleger på offensiven – «Utposten» – en ny premissleverandør. Utposten 2002; nr 7/8: 56–57.
14. Nordviste O. Send samfunnsmedisinen i dusjen! Utposten 2003; nr 4: 28–30.
15. Forland F. Etterspurt samfunnsmedisin? Utposten 2005; nr 3: 31–32.
16. Braaten E. Samfunnsmedisin i utvikling. Utposten 2008; nr 22–26 og nr 7: 23–26.
17. Pettersen B J. Om samfunnsmedisinen og samfunnsmedisins plass i medisinen og i samfunnet. Utposten 2009; nr 2: 12–17.
18. Søndena M. Samhandlingsreformen – retorikk og realisme. Utposten 2009; nr 5: 1.

pwi@lorenskog.kommune.no

«Kun i korte perioder»

Om sovemedisiners langtidsbruk

■ JØRGEN G. BRAMNESS professor, dr.med., Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo

Dette skal ikke være enda en moralsk artikkel fra en farmakolog om elendigheten der ute blant forskrivende fastleger. Titusener av nordmenn bruker benzodiazepiner eller z-hypnotika over mange år. Til tross for at disse medisinene kun anbefales å brukes over kortere perioder. Spennet mellom disse to virkelighetene skaper frustrasjoner og fortvilelse både hos pasienter og leger. Vi bør reflektere over dette spennet og ta debatten ut av legekontoret. Over på et prinsipielt nivå. Er det så galt å bruke sovetabletter over tid?

I Norge har fire typer sovetabletter markedsføringstillatelse. Dette er benzodiazepinene nitrazepam (Apodorm® og Mogadon®) og flunitrazepam (Flunipam® og tidligere Rohypnol®) og z-hypnotikaene zopiklon (Imovane®, Zopiklon®, Zopiclone®) og zolpidem (Stilnoct® og Zolpidem®). Dette er gode og effektive medisiner, som gir en sikker effekt med lav sjanse for forgiftning, når de brukes alene hos ellers friske.

Bivirkninger

Men sovemedisinbruk gir bivirkninger. Det gir akutt nedsatte psykomotoriske ferdigheter. En rekke eksperimentelle undersøkelser viser at de bruker lengre tid på å reagere på hendelser, å gjennomføre beslutninger og å utføre handlinger, også lang tid etter inntak. Dette nedsetter bl.a. evnen til å kjøre bil. Påvirkningen gjelder også dagen derpå, like mye for z-hypnotika som for benzodiazepiner (1). Det er vist en dobling av ulykkesrisiko i trafikken ved bruk av hypnotika (2, 3).

Bruk av hypnotika gir regelmessig amnesi. Så regelmessig at vi ikke kan regne det som en egentlig bivirkning. Dette utnyttes også terapeutisk ved anestesi. Det utvikles i liten grad toleranse for denne virkningen. Amnesien er uavhengig av tilsynelatende framtrøden. Man kan framstå som våken, uten at man husker noe etterpå. Også generell kognitiv ferdighet kan svekkes av bruk av hypnotika. For eldre som kanskje har marginal kognitiv fungering kan det gi uheldige utslag (4, 5).

Mange undersøkelser har vist en øket tendens til fall hos eldre ved bruk av hypnotika (6). En nylig publisert undersøkelse fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt av Neutel og medarbeidere antar at ca tre prosent av fallskader kan attribueres til bruk av hypnotika (7). Det er dog ikke sikkert at selv strenge reguleringer av hypnotikabruk vil føre til en reduksjon av fall og hofteskader (8).

Toleranseutvikling

Brukt jevnlig over tid utvikles det toleranse for sovemidlenes effekter. Det er individuelle variasjoner, men etter to til fire uker fast bruk sover man ikke bedre med sovetabletter enn det man ville gjort uten. Problemet er at det oppleves slik. Toleranseutviklingen har – i hvert fall om vi skal tro teorien – stilt termostaten inn på et nytt nivå. Derfor oppleves det som om tablettene stadig virker. Men i realiteten står man igjen uten netto søvngevinst, men med de andre bivirkningene i behold. Toleranseutviklingen kan også føre til angst ved oppvåkning om morgenen, slik at man begynner dagen på en dårlig måte.

Hva er best: z-hypnotika eller benzodiazepiner?

Vi har tidligere publisert flere artikler som sammenligner effekter og bivirkninger av benzodiazepiner og z-hypnotika (9, 10). Vår konklusjon har vært nøye formulert: «Z-hypnotika bør velges før benzodiazepiner ved farmakologisk behandling av søvnløshet,

men de to legemiddelgruppene bør ellers foreskrives etter de samme retningslinjene». (9). Samtidig gjorde vi det klart at den marginale gevinsten det kunne være ved bruk av z-hypnotika framfor benzodiazepiner for lengst var oppspist av den store økningen i bruk av disse midlene siden midten av 1990-tallet.

Farmakoepidemiologi

Etter at triazolam (Halcion) ble avregistrert rundt 1990 så vi et markant fall i bruken av sovemidler i Norge de neste årene. Utviklingen snudde imidlertid på midten av 1990-tallet da zopiklon (og senere zolpidem) kom på markedet. På begynnelsen av 2000-tallet passerte vi igjen det høye nivået vi hadde i 1990. Den sterke økningen i bruken kan i seg selv få oss til å spørre om vi har et overforbruk.

De aller fleste som får resept på hypnotika får dette en eller to ganger (11). Noen bruker imidlertid medisinene over lengre tid. Mange av langtidsbrukerne anvender imidlertid langt mindre enn én tablett hver dag. Og da er det vanskelig å skille om dette innebærer jevnlig lavdoseforbruk (for eksempel ½ tablett hver kveld) eller periodevis forbruk av høyere doser. Det er relativt sjelden at folk øker dosene og kommer over i høyforbruk, men mange bruker nok en tablett over lang tid, ja gjerne flere år. Vi snakker da om en gruppe på titusener av mennesker.

Det er riktignok håp for framtida. Undersøkelser viser at antallet nye brukere er nedadgående (11, 12). Det er derfor grunn til å tro at fenomenet med lang tids bruk vil bli mindre over tid, men med en aldrende befolkning er det nok enda slik at det samlede omfanget av bruk vil holde seg høyt ennå en stund.

Avhengighetsbegrepet

Lang tids bruk av sovetabletter setter våre begreper om bruk, skadelig bruk og avhengighet «på strekk». De fleste som bruker dette over lang tid vil ikke oppfylle kriteriene for avhengighet slik dette er definert i ICD-10



kriteriene. Her må man oppfylle minst 3 – tre – av de følgende kriteriene for å karakteriseres som avhengig

1. Sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta substansen.
2. Problemer med å kontrollere inntaket av substansen, i forhold til å starte, avslutte, og mengden som inntas.
3. Fysiologisk abstinens-tilstand som opptrer dersom bruken av substansen opphører eller reduseres, eller viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for den aktuelle substansen, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.
4. Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere.
5. Økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser. Økende tid brukt på å skaffe seg substansen, på å bruke den, eller på å komme seg i form etter bruken av den.
6. Adferden og bruken fortsettes selv om det tilkommer åpenbare tegn på skadelige konsekvenser.

Mange av våre pasienter oppfylle to kriterier (3 og 4), men heller ikke flere. Definisjonen på skadelig bruk innebærer et mønster av bruk som forårsaker skade på helsen. Skaden kan være somatisk eller psykisk. Mange av de pasientene vi er bekymret for vil heller ikke få denne diagnosen. Likevel er vi bekymret.

De fleste pasientene vi er bekymret for fal-

ler innenfor det vi kan kalle «pseudoterapeutisk langtidsbruk». Dette er bruk som ikke går ut over noe, men som likevel er lengre enn den periode vi finner forsvarlige som leger. Bør ikke disse slutte?

Noen slutter forbausende lett

Selv om man har brukt sovemedisin over mange år er det mange eksempler på at pasienter slutter forbausende lett når legen eller andre problematiserer bruken. Flere undersøkelser både i Norge (13, 14) og utlandet (15, 16) viser god effekt av informasjon til pasienten i form av brev eller samtale. Slike kontakter innebærer pasientutdanning med informasjon om farer ved langtidsbruk og problemer ved nedtrapping. Noen vil klare å slutte uproblematisk nærmest «på dagen», mens andre vil slite mer over (ofte lang) tid og trenger nedtrapping og støtte (17). Noen lykkes ikke og blir hengende ved bruken til tross for et ønske om det motsatte, mens atter andre ønsker av ulike grunner ikke å slutte.

Klare rammer begrenser bruken

Bruken av hypnotika og andre medisiner med misbrukspotensial kan reguleres på systemnivå. Ved psykiatrisk legevakt i Oslo gis det ikke slike medisiner. Der opplever de at etterspørselen etter dem er nesten null (Fred-

rik Walby, personlig meddelelse). Ved mange rusklinikker er slike medisiner ikke tillatt. Da man fjernet karisoprodol (Somadril®) fra markedet sank bruken dramatisk (men uten drama har mange fortalt) (18). Når man gjorde A-preparat av flunitrazepam (Flunipam®, Rohypnol®) falt også bruken (19).

Paralleller til røyking

Begge disse effektene av personlige og samfunnsmessige begrensninger på bruken har klare paralleller til det vi kjenner fra vårt mest avhengighetsskapende stoff: nikotin. Også her opplever vi at noen slutter forbausende lett. Også her opplever vi at samfunnsmessige begrensninger gir en effekt. Men også her merker vi at vi kommer til en grense for denne effekten. Etter å ha hentet ut gevinsten av slike tiltak sitter vi igjen med en gruppe som fortsetter, en gruppe som ikke så lett lar seg omvende av de enkle tiltakene. Hvor langt er vi villige til å gå for å få denne gruppen til å slutte?

Hvem er vi til å dømme/er det nå så farlig?

Allegorien med røyking skal ikke strekkes for langt. Det er vist at selv små doser tobakk har negative langtidskonsekvenser. Slik er det ikke med sovemidler. Her kan man i høyere grad stille spørsmålet om hvor «redde» vi behøver å være. Det advares mot langtidsbruk, men er det rett å alltid være «føre var» i denne situasjonen? Er legemiddelprodusentenes og myndighetenes advarsler om bruk utover en kort periode i realiteten en overdreven forsiktighet? Er slike advarsler godt nok veiet opp mot de ulemper pasientene opplever ved å ikke ha tilgang til sovemedisiner?

Det er ubehagelig ikke å få sove. De av oss som sover godt kan kanskje ikke sette oss inn hvor ubehagelig det er. Selvsagt skal man komme med søvnråd. Og selvsagt har ikke alle som kunne nyttiggjøre seg det, fått tilbud om alternativer til langvarig sovemedisinbruk. Selvsagt finnes det ubehandlede depresjoner og ensomhet som ikke burde løses med sovemedisiner. Men la oss si at vi tok tak i alt dette. Min påstand er likevel at vi ville stå igjen med en gruppe mennesker som ville ønske å fortsette med sine sovemedisiner.

Disse blir møtt med diskusjoner og moralisering på legekantoret. Ikke fordi legen er streng eller fordi han eller hun mistror pasienten. Men fordi vi er bedt om å være strenge. Både legemiddelprodusenter og myndigheter har bedt oss være strenge. Fordi de er ganske sikre på at det er best slik. Men hvor mye er dette «for sikkerhets skyld» – medisiner? Hvor mye er det en «disclaimer» – hvor galt

er dette egentlig? For mange av oss blir det en slående kontrast mellom noen titusener som fortsetter år etter år og rådene om korttidsbruk. Hvor stort ubehag bør vi kjenne for disse foreskrivningene? For vi leger føler et ubehag, hver gang vi foreskriver dette! Må det være sånn? Og hvor stort ubehag skal vi gi pasientene? Må vi kanskje akseptere at noen synes det er bedre å fortsette enn å slutte. Skal vi da ha en jevnlig kamp på legekontoret om dette hver måned? Kan de ikke få sin substitusjonsmedisin? Er det så ille? Denne diskusjonen bør vi ta!

REFERANSER

1. Vermeeren A. Residual effects of hypnotics: epidemiology and clinical implications. *CNS Drugs*. [Review]. 2004; 18: 297–328.
2. Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Neutel I, Morland J. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med* 2008; 9: 818–22.
3. Engeland A, Skurtveit S, Mørland J. Risk of road traffic accidents associated with the prescription of drugs: a registry-based cohort study. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 597–602.
4. Foy A, O'Connell D, Henry D, Kelly J, Cocking S, Halliday J. Benzodiazepine use as a cause of cognitive impairment in elderly hospital inpatients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995; 50: M99–106.
5. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 285–93.
6. Neutel CI, Perry S, Maxwell C. Medication use and risk of falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. [Comparative Study]. 2002; 11: 97–104.
7. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What's the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012; in press.
8. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Mah C, Simoni-Wastila L, Cosler L, et al. Effects of state surveillance on new post-hospitalization benzodiazepine use. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 2003; 15: 423–31.
9. Mellingsæter T, Bramness JG, Slørdal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisin enn benzodiazepiner? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: nn.
10. Bramness JG, Olsen H. Bivirkninger ved bruk av zopiklon. *TidsskrNorLægeforen* 1998; 118: 2029–32.
11. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Norsk Epidemiologi* 2011; 21: 35–41.
12. Berg C, Sakshaug S, Handal M, Skurtveit S. Z-hypnotika – sovemidlene som dominerer markedet i Norge *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2001; 20–3.
13. Krogsæter D, Straand J. Benzodiazepiner – kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3121–5.
14. Moulard G. Praktiske råd om nedtrapping av benzodiazepiner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2394–5.
15. Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, Breteler MH, et al. Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Fam Pract* 2006; 23: 65–72.
16. Voshaar RC, Couvee JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 213–20.
17. Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, van Balkom AJ, Mulder J, van de Lisdonk EH, et al. Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 188–9.
18. Bramness J, Buajordet I, Skurtveit S. The role of pharmacoepidemiological studies in the market withdrawal of carisoprodol (Somadril®) in Europe. *Nor J Epidemiol* 2008; 18: 167–72.
19. Bramness JG, Skurtveit S, Furu K, Engeland A, Sakshaug S, Rønning M. Endringer i salg og bruk av flunitrazepam etter 1999. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 589–90.

j.g.bramness@medisin.uio.no

Stor ståhei for ganske mykje

– om det nye forslaget til fastlegeforskrift

■ LISBETH HOMLONG redaktør, Ph D student, Institutt for helse og samfunn

Helse- og omsorgsdepartementet tenkte kanskje at det var eit strategisk val å sleppe forslaget til ny fastlegeforskrift berre to dagar før jul? Dei trudde kanskje at fastlegane hadde tatt ferie? Den gong ei. Ikkje før saka var sluppe, så kom reaksjonane. Allereie i romjula var det fleire innlegg på trykk i aviser på fleire kantar av landet. På diskusjonsforumet eyr har debatten rasa. På nyåret heldt det fram.

Eit knippe universitetslektorar ved Universitetet i Oslo uttrykte i eit ope brev til helseministeren at dersom dette forslaget til forskrift vert ståande, så ville dei frårå nyutdanna legar å satse på allmennmedisin. Mange har tatt til orde for ei kollektiv oppseiing av fastlegeavtalene landet rundt, og i skrivande stund har ALU i Sarpsborg og Tønsberg nyleg stemt for ei slik oppseiing. Både Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin er svært kritiske til forslaget og har uttala seg i til dels sterke ordelag. Mange meiner at dersom denne forskrifta vert ståande, så vil det kunne rasere heile fastlegeordninga.

For min eigen del har eg fått med meg det meste som har stått i media, «hengt litt» på eyr, diskutert med kolleger – og gjort meg opp ei meining på grunnlag av det. Men etter alt dette oppstyret, fann eg ut at eg for ein gong skuld skulle gå til kjelda – sjølv forskriftsforslaget. Kunne det vere så ille tenkte eg. Er det storm i eit glas med vatn? Sjølv er eg stort sett ein positivt innstilt person som forsøker å fokusere på det som er bra. Eg gjekk derfor til verks med eit ope sinn. Og i starten gjekk det ganske så greit. Mange gode intensjonar, ikkje tvil om det, og ei presisering av kommunen sitt hovudansvar for fastlegeordninga, det høyrer bra ut. Men etter kvart som eg las vidare, kom piggane lengre og lengre ut. Det eg som fagperson kanskje reagerer sterkast på, er det som synast å vere ein subtil mistillit i dokumentet, ei mistru til at vi fastlegar gjer jobben vår skikkeleg, at vi sluntrar unna, unnlater å gjere pliktene våre.

Kanskje er eg paranoid, og det er ikkje sikkert denne mistilliten er intendert, men det som forskrifta legg opp til, etter mitt syn, er ei einssidig påleggning av oppgåver og plikter, og ei tilsvarande stor tru på at einssidig styring fører til ei ønskja utvikling.

Departementet påpeikar i innleiinga til dokumentet at dei ønskjer å samle sentrale element i fastlegeordninga på ein stad, i ei forskrift, dette med sikte på å betre kvaliteten på tenesta. På papiret høyrer ikkje dette så ille ut. Men kva er eigentleg ei forskrift? Jau, det er eit pålegg frå styresmaktene som er heimla i ei lov. Medan lova er vedteken av Stortinget, kjem forskrifta frå departementet og er eit slags politisk styringsverktøy. Ei avtale, på den andre sida, forutset semje mellom to parter, medan forskrifta altså er eit einssidig pålegg. Og departementet vil no flytte element som tidlegare var avtalefesta over i forskrift. I prosessen som har ført fram til det nye forslaget, har, tankevekkjande nok, verken KS eller Legeforeningen vore involvert.

Når det gjeld innhaldet i forslaget til ny forskrift så kallar departementet det presiseringar av arbeidsoppgåver som vi allereie har per i dag. Men etter mitt syn ser det ut som dei meiner vi skal gjere meir av alt. Fleire møter, fleire sjukebesøk, større proaktivitet, dvs drive oppsøkjande verksemd mot individ med moglege medisinske behov, men som ikkje sjølv oppsøker helsetenesta, ta større del i kommunale, allmennmedisinske oppgåver, ha meir legevakt, vikariere for andre legar i kommunen ved behov, tilretteleggje for større brukarmedverknad, auka krav til innrapportering til stat og kommune – i tillegg skal tilgjenge for den alminnelege pasient i kvardagen bli betre, maksimalt to minutt ventetid på telefon og maksimalt to eller fem dagar ventetid på ordinær time er foreslått som rimelege krav. Alt dette utan at listestørleiken for estimert full tids praksis vert redusert, denne skal framleis vere 1500. Og avslutningsvis presterer departementet å uttale at dette forslaget neppe får økonomiske eller administrative konsekvensar. Tru det den som vill! Det står ingenting i forslaget om kva vi skal gjere mindre av.

Intensjonen bak mange av forslaga synast som sagt å vere god og det er mykje ein kan vere samd i her. Det er viktig å følgje opp dei multisjuke som brukar mange medikament, sårbar og utsette grupper må sikrast hjelp og oppfølging dersom dei treng og ønskjer det,

dei med risiko for utvikling av sjukdom må ein forsøke og fange opp og tilby risikoreduserande tiltak – dersom dei ønskjer det, fastlegekorpset bør utgjere ryggrad i legevaktordninga, kvalitet er viktig og kunnskap om kva vi fastlegar eigentleg brukar tida vår på, bør hentast inn, gjennom brukarmedverknad og rapportering. Så langt godt. Mykje av dette gjer vi per i dag og vi gjer det godt. At det stadig vil vere manglar og potensiale for kvalitetsforbetringar, det er nok dei fleste inneforstått med, men er denne forskrifta vegen å gå for å bøte på dette? Neppe. Og eit sentralt element med tanke på kvalitetshøving av fastlegekorpset, er ikkje nemnt med eit ord i forslaget; nemleg krav til spesialistutdanning i allmennmedisin eller å vere under utdanning til dette for å kunne jobbe som fastlege. Det er eit stort paradoks.

Her i Utposten er det ikkje lenge sidan vi markerte fastlegeordninga sitt tiårsjubileum. Ei ordning som har vore vellukka og populær. Evalueringar syner mellom anna at reforma har gitt betra tilgjenge, kortare ventetid, betre legedekning og at norske allmennlegar er nøgde med yrket sitt. I nummer fire av Utposten i 2011 hadde vi fleire artiklar som omtala ordninga si historie, noverande form og framtidsviser. Fleire sentrale personar i det allmennmedisinske miljøet kom med sine tankar og refleksjonar rundt tiårsårsjubileanten. Verd å merke seg er spesielt Hans Kristian Bakke sitt historiske tilbakeblikk på forhandlingane som førte fram til den noverande ordninga. Som foreiningsleiar og sentral i forhandlingane framhevar han nettopp avtalen som eit viktig verkemiddel, fordi den inneber gjensidig semje mellom to parter. Han legg også vekt på det å vere løysingsorientert, noko som kan vere lurt å ta med seg vidare i prosessen framover. I enqueten der vi spurte seks ulike fastlegar frå forskjellige delar av landet om sine refleksjonar rundt sin kvardag som fastlege, ser vi at alle framhevar fagleg autonomi i fastlegerollen som ein viktig faktor for trivsel, og det å kunne utforme rammer og vilkår for arbeidskvardagen sjølv. Fleire la også vekt på at vi må vere påpasselege når det gjeld å bli påledda direktivstyrte og ofte mangelfullt grunngjevne oppgåver som andre aktørar meiner vi skal løyse. Departementet kunne hatt stort utbytte av å lese desse artiklane før dei sendte ut det nye forskriftsforslaget sitt, og kanskje bør vi sende helseministeren eit eige eksemplar før den endelege forskrifta er vedtatt?

Kasuistikker til diskusjon og refleksjon – akuttmedisin og legevakt

■ PETER PRYDZ *lege, spesialist i allmennmedisin, Allmed Legesenter, Hammerfest / veilederkoordinator/Dnlf*

Kasuistikker er et viktig medium for medisinsk læring. Å svare på spørsmål av typen «Hva gjør du nå?» er et godt utgangspunkt for læring i grupper av leger og medisinstudenter.

Jeg har selv i mange år vært involvert i slikt arbeid på flere nivåer, både i veiledningsgrupper, etterutdanningsgrupper og studentundervisning. På oppfordring fra kolleger har

jeg samlet seks akuttmedisinske kasuistikker jeg har lagret opp gjennom årene. Noen er «basert på en sann historie», noen er komplett fiktive, men allikevel basert på egne og kollegers erfaringer. Generelt er de farget av min mangeårige praksis i en liten nordnorsk kystby.

Siden de er noen år gamle, har jeg fått kollega Helen Brandstorp til å lese gjennom. De er derfor oppdatert litt, spesielt med vektlegging av respirasjonsfrekvens, som i dag er en viktig akuttmedisinsk parameter. Takk til Helen!

Noen av kasuistikkene er fremstilt i MEQ-format (Modified Essay Questionnaire). Dette er historier der hver side slutter med et spørsmål, så blir man om, får flere opplysninger og et nytt spørsmål. Dette er vanskelig å gjennomføre i Utpostens format. Dere får bruke teksten som den er.

Tanken er at denne lille samlingen kan være til hjelp i kollegagrupper. Enkelte kolleger vil kjenne noen av dem igjen fra sin kliniske eksamen i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø.

A Hodeskade voksen

Du blir oppringt kl 06.30 av kapteinen på et skip, ca 45 minutters sjøvei fra havna i byen der du har vakt. Han forteller at en 38 år gammel mann har falt ned en leder for en time siden og slått hodet i dørken. Fallhøyde ca to meter. Han var bevisstløs ett til to minutter, pustet greit hele tida.

Ble lagt i stabilt sideleie, og fraktet til lugaren etter at han våkna.

Inne på lugaren hadde han amnesi for uhellet, men husker at han våkna på dørken. Var orientert for tid og sted, virket våken og klar.

Har vært observert av styrmann med førstehjelpskompetanse fram til nå. Virker fortsatt våken og klar, har smerter i bakhodet og kjenner seg moderat uvel.

Du har legeskyssbåt tilgjengelig, og kan rykke ut om du finner det indisert.

Helikopter er en time unna.

► Hvilke spørsmål vil du stille?

► Hvilke tiltak vil du iverksette?

B Hodeskade barn

På legevakt kommer det inn en 11 år gammel gutt. Han har vært og rent med rattkjelke, kjørt rett i en gjerdestolpe og slått hodet. Var i følge kameraten besvimt «ganske lenge» etterpå. Kameraten prøvde å få han våken, men løp så inn i huset for å hente hjelp. Da faren kom ut, var gutten kontaktbar og svarte på tiltale. Han ble tatt inn i huset og kom seg

raskt. Ankommer legevakt etter ca 30 minutters transporttid.

Han virker lett medtatt, svarer greit på tiltale. Har litt ondt i hodet. Husker at han var ute med kjelke, men husker ikke uhellet. Sier at han ikke kjente at han ville kaste opp på tur hit.

► Hva gjør du videre?

C Neseblødning

I En av dine pasienter, mann født i 52, kommer på ø-time grunnet neseblødning. Han har tid-

ligere vært behandlet med elektrokoagulering for dette for to år siden.

Ved ankomst føler han seg dårlig, og blir lagt på skiftestua.

Du undersøker han 10 minutter etter at han er kommet. Han ligger på benken, hodet hevet, tupfer i høyre nesebor som er gjennomtrukket av blod. Spytt blodig i pussbekken. Virker litt medtatt.

Sier at han kjenner det renner kraftig med blod ned i svelget. Du finner rikelig med friskt blod både i høyre nesebor og i svelget, umulig å få anatomisk oversikt.

► Hva gjør du?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



II
Du klipper opp en kompress til en lang strimmel og bløter den med to ampuller adrenalin.

Samtidig får du sekretæren til å ta Hb og blodtrykk. Det er henholdsvis 12,4 og 124/76, pulsen er 90 regelmessig.

Du stapper/skyver strimmelen inn i hø ne-sebor med en arteriepinsett, så mye det er plass til. Det renner fortsatt blod i svelget og synes ikke å minke. Strimmelen blir gradvis gjennomtrukket med blod.

■ Hva gjør du?

D Ankelskade/hypotermi

I
Du har legevakt en søndag ettermiddag i mars. Det er tåke og +2 grader ute. Du får meldt at ambulansen skal rykke ut for å hente en mann som har skada ankelen i en sneskuterulykke på fjellet, 65 km kjøring unna. Det meldes at han virker medtatt, og de vil gjerne ha deg med.

Du velger å bli med på utrykningen.

I bilen ber du ambulansepersonalet opprette kontakt med de som meldte skaden.

■ Hvilke opplysninger vil du be om?

II
Du får meldt at det er en 32 år gammel mann, som ble funnet aleine på fjellet etter å ha veltet med skuteren. Han hadde store smerter i ankelen, og hadde ligget i snøen en times tid før han ble henta. Han er nå brakt ned til ei hytte nær veien. Høyre ankel er hoven, de har lagt foten høyt og lagt på ispose. Han virker medtatt og litt fjern.

■ Hva mer spør du om?

■ Gir du noen råd?

III
Du tenker ABCDE og ber dem sjekke pust og puls på han. De teller 20 pust i et halvt minutt, men klarer ikke å finne pulsen. Du ber dem se etter tegn til ytre hodeskader, det finner de ikke, og han benekter smerter i hode

og nakke. Pupillene er like store. Han beveger armer og bein på kommando.

Du ber dem sitte hos han, snakke med han og om mulig gi han noe varmt å drikke. Se til at han holder hode, nakke og ryggen i ro.

Ved ankomst ca 45 minutter seinere finner du pasienten liggende med høyre fot høyt med ispose. Han har skuterdressen på, den har en flenge i høyre side som går bakover til ryggen. Han er bleik, virker våken men medtatt. Skjelver. Blodtrykket er 160/90, puls 95 regelmessig. Respirasjonsfrekvens 14–16.

Han er kald på hender og den skadede foten.

■ Hva gjør du?

E Hypotermi

I
Du har vakt en onsdag i november. Det er for tida stasjonert et helikopter i byen i forbindelse med oljeleting. Ca kl 15 får du melding om at en fraktestyr har forlist. Helikopteret er beordret ut av Hovedredningssentralen, og de spør deg om å bli med, da de ikke har lege stasjonert. Helikopteret har redningsmann og adekvat akuttutstyr inkludert hjertestarter. Du blir med på oppdraget.

Du får meldt at det er tre mann om bord og dere får oppgitt posisjon om lag 45 minutters flytid unna. Ved ankomst posisjon finner man først ingen ting, søker i en halv time, og du får så beskjed om at det er funnet en flåte. Redningsmannen går ned og heiser opp en mann. Han angir at de to andre er gått ned med båten. Mannen har overlevelsedrakt. Han er våken og snakker.

FUNN:

- Kald og bleik hud. Skjelver litt. Våt i klærne.
- Virker litt fjern.
- BT 130/70 p 60 regelmessig. Tp 32,8. Respirasjonsfrekvens ca 30/minutt.
- Perifer puls ikke palpabel.
- Organstatus negativ

■ Hva gjør du?

II
Du ber flygeren fly til nærmeste sykehus. Du fjerner våte klær og setter på hjertestartermonitorering. Pakker han så inn i ulltepper, med tildekket hode og en arm utfor. Gir O₂ på maske. Plundrer en del med venekanyler, men får til slutt en inn i fossa cubiti. Henger opp et saktegående drypp med varm Ringer. Han skjelder noe mindre nå.

Du måler ny temperaturen, det er gått ca 30 minutter. Den er nå 32,0. Blodtrykket er 110/60 og hjerterytmen er 52 regelmessig, ser ut som sinusrytme. Respirasjonsfrekvensen er 25/minutt.

■ Hva gjør du nå?

F Skadescenario

I
Du har legevakt i A-by, det er fredag kveld kl 2300, september måned. Du har nylig avsluttet en pasient, og du har ingen som venter. Politiets operasjonssentral ringer: De har fått melding om et masseslagsmål på festlokalet i B-voll i nabokommunen C-vik, som du har fellesvakt med. Flere personer har brukt kniv. Det er meldt om flere skadde, i alle fall blør to kraftig. Politiet ber om bistand fra lege og ambulanse. Det er 60 km til B-voll. Helikopter vil bruke en time dit inkludert varslingsstid.

■ Hva gjør du?

II
Du setter deg i forbindelse med AMK og ber om ambulanse for akutt-tur, mens du gjør deg klar til å dra. Du tar med helseradio, legeskuff og akuttstokk. Du ber AMK dirigere eventuelle andre ambulanser i området til skadestedet, og du ber AMK kontakte kommuneoverlegen i C-vik med tanke på å opprette katastrofeorganisasjon.

Så ber du AMK sjekke om helikopter er tilgjengelig. Det er på vei i annet oppdrag og er ikke tilgjengelig før tidligst om halvannen time. Du ber dem ta ny kontakt når helikopteret er ledig.



Ambulansen starter med blålys og sirener. Du oppretter ny kontakt med politiets operasjonssentral via helseradioen.

► Hva sier du?

III

Du er kommuneoverlege i C-vik. Tid og situasjon er som beskrevet over. Du blir ringt opp fra AMK kl 2310 og får beskjed om ovenstående. Hva gjør du, ut fra følgende to situasjoner:

- Du er hjemme i A-by, ungene sover, ektefellen er ute i byen med venner/venninner. Du ser på en film og har akkurat henta deg en whisky/et glass vin du har rukket å begynne på.
- Du er på hytta 12 km fra B-voll, ungene sover, du og partneren sitter ved «leirbålet» sammen med fem til seks andre. Du har drukket to pils/ett glass vin. Du har ikke medisinsk utstyr tilgjengelig.

Dere er to leger i C-vik kommune. Din kollega har tatt seg en ukes høstferie denne uka og er bortreist til i morgen.

IV

Du er legevaktlege i ambulans på vei til B-voll. Du får kontakt med politiet, og ber om ytterligere opplysninger. De oppgir at de har fått meldt situasjonen fra en av arrangørene, situasjonen var uoversiktlig, det virket som det var rolig nå, men det var usikkert om «kampen» var slutt. Innringeren har ikke

gjort nærmere vurdering av de skadde. En politibil med to personer er på vei, en annen holder på å gjøre seg klar.

► Hva sier du?

V

Du ber politiet holde kontakt med innringeren og prøve å få han til å skaffe seg oversikt over skadene. Når han har dette, vil du gjerne ha direkte kontakt med han.

Fem minutter seinere får du kontakt med han. Han forteller at vaktene har klart å avvæpne slåsskjempene. De involverte er menn mellom 20 og 40 år. En mann er bevisstløs og blør fra høyre øre, en annen mann blør fra et sår i magen, er bevisst men slapp. En har et kutt over høyre øye og i høyre kinn, mens en har et langt gapende kutt i høyre hånd. To mann til virker forslått og klager over smerter i hodet og brystet. Situasjonen er rolig men virker amper.

► Hva sier du?

VI

Du ber han legge den bevisstløse i sideleie, og prøve å få til en trykkbandasje på han som blør fra magen og om mulig også på de andre som blør. Be han få noen til å holde trykk på førstnevnte, holde han varm og heve beina. Få noen til å passe på og roe ned alle som er skada.

Du kaller opp AMK og ber dem forsøke å skaffe tre tomannsbetjente ambulanser til til

skadestedet. Du referer den situasjonsrapporten du har fått.

Du får melding fra politiet som er kommet til stedet. De beskriver situasjonen som rolig. De har funnet de to mest skadde som framtrer som beskrevet. I tillegg er flere andre mer eller mindre skadd, men oppegående. De jobber med å få oversikt over hendelsesforløpet.

Du er ca sju km fra B-voll nå.

► Hva sier du?

VII

Du ankommer festlokalet. De to mest skadde er lagt på et rom med to kvinner som passer på dem. Den ene av dem er sykepleier.

Pasient a) er en mann ca 30 år. Ligger på rygg med føttene hevet. Er våken, men virker slapp/medtatt, ser bleik ut. Bandasje til høyre for umbilicus, fjernes, ca tre cm langt tversgående kutt, siver rikelig mørkt blod. Har også slagmerker i ansiktet. BT 90/65, puls 110 regelmessig. Respirasjonsfrekvens 25/min.

Pasient b) er en mann i 20-åra. Ligger i stabilt sideleie, bandasje under høyre øre som vender ned, rikelig med blod på denne. Hematom rundt høyre øye. Bevisstløs, og reagerer på smertestimuli kun med avvergebevegelse. BT 125/80 puls 90 regelmessig, respirasjonsfrekvens 15. Noe trege pupillereaksjoner bilateralt.

► Hva gjør du?

peterpr@online.no

Kvalitet på diabetes i en vestlandskommune

EELCO BOONSTRA • tidligere kommunelege, dr.med. Førsteamanuensis ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, Førde. Leder for prosjektet «Kvalitet i helsetenesta – er diabetesomsorga i samsvar med gjeldande retningslinjer?»

ELIN LANDØY • sykepleier med spesialkompetanse i diabetes, Askvoll legesenter. Prosjektkoordinator.

MARIT GRAUE • sykepleier og dr.polit. i sykepleievitenskap. Førsteamanuensis ved Institutt for Sykepleiefag og Senter for kunnskapsbasert praksis/DiaBEST forskningsgruppe (Diabetes research group for best practice), Høgskolen i Bergen. Prosjektveileder.

God metabolsk kontroll og mestring av egenomsorg er forutsetninger for god diabetesomsorg. Askvoll legesenter har gjennomført en studie om kvaliteten på diabetesbehandling og oppfølging av personer med diabetes. Behandlingsresultatene oppfyller langt på vei nasjonale retningslinjer for gjennomsnittlig HbA1c ved type 2-diabetes og gjennomsnittlig blodtrykk. Undersøkelsen avdekker imidlertid et forbedringspotensial når det gjelder fotundersøkelse, måling av mikroalbumin i urin samt kartlegging og dokumentasjon av høyde, vekt, røykestatus og mosjonsvaner.



Forekomsten av diabetes globalt og i den norske befolkningen øker markant (1–4). Tall fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (3) og fra ROSA-studiene – utført i Rogaland, Oslo, Salten og Alta – viser at økningen ikke bare kan tilskrives bedre screeningmetoder og større bevissthet om «case finding» (5–8). Mye av økningen skyldes livsstilsfaktorer. Flere internasjonale studier viser at endring av levevaner kan forsinke utvikling av type 2-diabetes i betydelig grad (9–11). Mange med diabetes oppnår imidlertid ikke de be-

handlingsresultater som anbefales i retningslinjer for diabetesbehandling i Norge (12–15). Under 25 prosent oppnår behandlingsmålene for HbA1c-verdi, blodtrykk og lipidnivå samlet (16). For få blir behandlet med statiner og acetylsalisylsyre (8), og vekt, føtter og urinalbumin undersøkes for sjelden.

Forankret i kommunehelsetjenesten

I Askvoll har vi siden 2007 arbeidet med kvalitetsutvikling av diabetesomsorgen gjennom

prosjektet *Kvalitet i helsetenesta – er diabetesomsorga i samsvar med gjeldande retningslinje?* (17). En av målsettingene med prosjektet var å kartlegge kvaliteten på metabolsk kontroll, behandling og oppfølging samt pasientens egenmestring ved uthenting av data fra elektronisk pasientjournal. Hensikten var å gjøre rede for i hvilken grad diabetesomsorgen i Askvoll kommune var i tråd med nasjonale kliniske retningslinjer (15). Vi sammenlignet også våre funn med tidligere kartlegginger på området (7, 8, 16).

behandlingen ne



Prosjektet er forankret i kommunehelsetjenesten og ble planlagt og utført i samarbeid med DiaBEST forskningsgruppe (Diabetesforskning for BEST praksis), Strategisk forskningsprogram i kunnskapsbasert praksis, ved Høgskolen i Bergen.

Metode

Askvoll er en kystkommune i Sogn og Fjordane med ca 3000 innbyggere. Demografisk kjennetegnes kommunen ved en relativt høy

HOVEDTEMAER	VARIABLER
1. Demografiske data	Alder, kjønn
2. Diabetestype og debut	Type 1 og 2: år for diabetesdebut
3. Laboratorie- og kliniske verdier	Siste 3 målte HbA1c; lipider; siste 3 målte mikroalbuminverdier i urin inkl. analysemetoder og resultater; siste målte blodtryksverdi
4. Behandling	Kost/mosjon/tabletter/insulin, blodtryks-/hjermedikamenter, statiner, blodtynnende medisiner
5. Senkomplikasjoner	Hjerteinfarkt, angina pectoris, hjertesvikt, hypertensjon, apoplexia cerebri, claudicatio intermittens, nefropati, retinopati, nevropati
6. Oppfølging siste 12 måneder	Regelmessige kontroller (minst 1 gang årlig) hos lege- og/eller diabetessykepleier. – NOKLUS diabetesskjema utfylt? Har fastlege eller diabetessykepleier undersøkt føttene? Henvising til spesialist, innlagt i sykehus? Deltatt på mestringskurs i spesialisthelsetjenesten eller kurs/opplæring i kommunehelsetjenesten?
7. Livsstil og egenomsorg	Høyde/vekt/BMI siste år? Dokumentert grad av fysisk aktivitet? Måler personen eget blodsukker? Røyker vedkommende?

Bakgrunnsskjema for demografiske og kliniske variabler.

utflytting av ungdom og en større andel eldre enn landet for øvrig (18). Videre har kommunen en svært lav andel av ikke-vestlige innvandrere. Askvoll legesenter har tre leger, en turnuslege, 1,9 stilling som helsesekretær, og en sykepleier i 0,75 stilling hvorav 1/5 av stillingen anvendes til diabetessykepleier.

I Askvoll har diabetessykepleier ansvar for individuell opplæring og oppfølging av brukerne. Mens legen har ansvar for oppfølging av personer med diabetes, gir diabetessykepleieren veiledning i egenmåling av blodsukker, resultatfortolkning, kostholdsveiledning, insulinbruk og livsstilsendring. Pasienter som «faller ut» oppmuntres til å komme til årskontroll. Diabetessykepleieren kan gjennomføre rutinekontroller, ha «motiverende samtaler» med pasienten samt gi praktisk, psykologisk og emosjonell støtte. Hun kan måle høyde og vekt og i samråd med legen rekvirere fastende glukose, HbA1c og albumin/kreatinin-ratio. Når det gjelder fotundersøkelser, foretar legen undersøkelsen av

perifer sirkulasjon og sensibilitet, mens diabetessykepleier fokuserer på risiko for fotsår og forebygging av disse og gir råd om fotpleie og fottøy.

Inklusjonskriteriene omfattet personer over 18 år med etablert diabetesdiagnose type 1 og type 2 (T89 og T90 i ICPC) i mer enn seks måneder før undersøkelsen; og orientert for tid og sted. Kun én person ble ekskludert på grunn av kognitiv svikt. Ingen av seks innvandrere ble ekskludert. Hjemmeboende (herunder personer i bofellesskap) som var innskrevet i omsorgstjenesten ble inkludert. Pasientregisteret ved Askvoll legesenter per 20.10.2009 omfattet 121 personer med diagnosen diabetes mellitus. Av disse oppfylte 99 personer inklusjonskriteriene.

Datainnsamling

Askvoll legesenter startet registrering av personer med diabetes i NOKLUS diabetesskjema (19) i juni 2009. Da ikke alle var registrert i NOKLUS ved starten av dataauthenting, ►



BEHANDLINGSFORM	N(%)
Diabetesbehandling	
Bare kost og fysisk aktivitet	32 (32)
Kost, fysisk aktivitet og POA*	43 (43)
Kost, fysisk aktivitet, POA og insulin/insulinanalog eller kun insulin/insulinanalog	24 (24)
Annen behandling	
Antihypertensiva	69 (70)
Lipidsenkende	59 (60)
Antitrombotisk behandling	35 (36)

*POA: perorale antidiabetika

TABELL 1. Diabetesbehandling, type 1- og type 2- diabetes samlet.

ble denne utført uten å trekke ut data fra NOKLUS Diabetesskjema. Det ble brukt i gjennomsnitt 25 minutter på hver journal. Epikriser ble brukt som dokumentasjon dersom personen gikk til kontroll i spesialisthelsetjenesten. Ved diagnosedebut før 1994, da legesenteret fikk elektronisk pasientjournal, ble også papirjournal gjennomgått. Der typen diabetes ikke var dokumentert, ble personer som var kostbehandlet og/eller hadde brukt perorale antidiabetika klassifisert som type 2, og de som hadde fått diagnosen før fylte 40 år og sto på insulin monoterapi ble klassifisert som type 1. Det ble registrert data for siste 12 måneder før datauthenting for å sikre og få med både rutinekontroller og årskontroll. Ytterligere detaljer relatert til datauthenting er beskrevet i Landøy og medarbeidere (17).

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst godkjente prosjektet. Statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS-versjon 17. Deskriptiv statistikk er brukt for å beskrive datamaterialet.

Hva fant vi?

Sosiodemografiske variabler

Av de 99 personene som utgjør diabetespopulasjonen i Askvoll var det 48 menn og 51 kvinner. Det var 89 (90 prosent) med type 2-diabetes og 10 (10 prosent) type 1. Gjennomsnittsalderen var 67,4 år (spredning 28–91 år). Gjennomsnittlig diabetesvarighet for begge typer diabetes var 8,5 år (spredning 0–57 år), 24 år for type 1 (spredning 4–57 år) og 6,7 år for type 2 (spredning 0–29 år).

Behandling, oppfølging og egenomsorg

Tabell 1 viser deltakernes behandlingsformer, samt annen behandling. En tredel ble behandlet med kost og fysisk aktivitet. Tabell 2 viser grad av dokumentert oppfølging. Det var 90 (91 prosent) som hadde gått til diabeteskontroll hos lege siste 12 måneder; 80 (81 prosent) til fastlege og 10 (10 prosent) ved medisinsk poliklinikk. Vel halvparten gikk regelmessig til kontroll og rådgivning hos diabetessykepleier. Tre av fire hadde deltatt i

gruppeundervisning eller individuell opplæring ved Askvoll i perioden 1993–2009. Fire av fem pasienter målte sitt eget blodsukker.

Utførte prosedyrer og prøver

Det var ni personer med type 1-diabetes (n=10) som hadde fått utført HbA1c-måling, og alle hadde kontrollert blodtrykk de siste 12 måneder. Gjennomsnittlige verdier for HbA1c var 7,7 prosent og for hhv. systolisk og diastolisk blodtrykk 132 og 76 mm Hg. De fleste hadde fått målt lipidnivå (gjennomsnittlig total kolesterol 4,7 mmol/l, LDL-kolesterol 2,8 mmol/l, HDL-kolesterol 1,5 mmol/l, og triglyserider 1,1 mmol/l), samt testing for mikroalbumin i urin. Seks hadde fått dokumentert vekt, men kun tre høyde. Fem var blitt henvist til øyelege innen fem år etter diagnosedebut. Kun to personer hadde fått undersøkt føttene hos lege og tre hadde fått dokumentert røykestatus.

Når det gjelder utførte prosedyrer og prøver siste 12 måneder for personer med type 2-diabetes (n=89) hadde 86 (97 prosent) målt HbA1c og 89 (100 prosent) blodtrykk de siste 12 måneder. Det var 87 (98 prosent) som hadde fått målt totalkolesterol (gjennomsnittlig total kolesterol 4,9 mmol/l) og 91 prosent hadde fått målt LDL-kolesterol, triglyserider og HDL-kolesterol siste to år (gjennomsnittlig LDL-kolesterol 3,0 mmol/l, HDL-kolesterol 1,3 mmol/l, og triglyserider 1,7 mmol/l). 11,2 prosent oppnådde behandlingsmålene (15) for HbA1c-verdi, blodtrykk og lipidnivå samlet. 52 personer (58 prosent) var testet for mikroalbuminuri og 50 (56 prosent) hadde fått dokumentert røykestatus. Undersøkelse av føt-

ter hos lege var utført hos en av fire. Under halvparten hadde fått dokumentert grad av fysisk aktivitet.

Komplikasjoner

Vi fant litt høyere prevalens av makrovaskulære komplikasjoner, spesielt hjerteinfarkt og angina pectoris, sammenlignet med andre studier i Norge og Nord-Sverige (16, 20, 21), mens prevalensen av claudicatio og mikrovaskulære komplikasjoner (nefropati, retinopati og perifer nevropati) er noe lavere i vårt materiale (17).

Diskusjon

Askvoll kommune har en befolkning som i gjennomsnitt er eldre enn i landet for øvrig (18). Dette gjenspeiler seg i denne studien, der deltagerne har en gjennomsnittsalder på 67,4 år (hos Claudi et al (7) var tilsvarende alder 64,9 år). Kun én person fra institusjon, men ingen innvandrere ble ekskludert. Derfor er det rimelig å anta at materialet er representativt for diabetespopulasjonen i Askvoll. Hvorvidt resultatene lar seg overføre til landet for øvrig er mer usikkert på grunn av befolkningssammensetningen og fordi kommunen bruker mer ressurser til gruppen personer med diabetes. Diabetessykepleier ved Askvoll legesenter utførte uthenting av demografiske og kliniske data fra pasientjournaler uten at det forelå direkte kontroll med arbeidet. Vi tror ikke dette har påvirket den interne validiteten av studien.

Legesenteret i Askvoll deltar i NOKLUS og har oppnådd gode dokumenterte resultater på kvalitetskontroll av HbA1c og mikroalbumin i urin. Diabetesdiagnosen blir verifisert ved innsending av serumprøve til klinisk laboratorium ved Førde sentralsykehus. Behandlingsresultatene for HbA1c ved type 2-diabetes er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer. For lipider og gjennomsnittlig blodtrykk ligger måloppnåelsen nær opp til behandlingsmålene. Gjennomsnittlig LDL er tilfredsstillende, sett på bakgrunn av at behandlingsmålet for LDL nylig ble senket fra 3,0 til 2,5 mmol/l for personer med diabetes. Den lave andelen ikke-vestlige innvandrere,

TABELL 2. Oppfølging for 99 personer med type-1 eller type-2 diabetes.

	N(%)
Regelmessig konsultasjon hos fastlege siste 12 måneder	80 (81)
Regelmessig konsultasjon ved poliklinikk siste 12 måneder	10 (10)
NOKLUS diabetesskjema utfyllt helt siste 12 måneder	32 (32)
Henvist ernæringsfysiolog siste 12 måneder	0 (0)
Deltatt i individuell opplæring eller gruppeundervisning ved Askvoll legesenter 1993–2009*	72 (75)
Deltatt i kurs/opplæring ved sykehuset 2001–2009*	19 (20)

*n=96

TYPE-2 DIABETES (N=89)	UTFØRT PROSEDYRE N (%)	GJENNOMSnittlig VERDI (SD)	NASJONALE KLINISKE RETNINGSLINJER DIABETES (15)
HbA1c (%)	86 (97)	6,9 (0,9)	<7%
Systolisk blodtrykk (mm Hg)	89 (100)	138 (15,5)	<135 mm Hg
Diastolisk blodtrykk (mm Hg)	89 (100)	78 (6,9)	<80 mm Hg
Totalkolesterol (mmol/l) *	87 (98)	4,9 (1,2)	
HDL-kolesterol (mmol/l) *	81 (91)	1,3 (0,3)	>1,0 mmol/l, menn >1,3 mmol/l, kvinner
LDL-kolesterol (mmol/l) *	81 (91)	3,0 (1,0)	<2,5 mmol/l**
Triglyserider (mmol/l) *	81 (91)	1,7 (1,3)	<1,7 mmol/l
Målt mikroalbumin i urin	52 (58)		Albumin-kreatinin-ratio<3 mg/mmol
Dokumentert høyde (cm)	49 (55)	170 (9,6)	
Dokumentert vekt (kg)	52 (58)	80 (15,1)	Minst 5–10 % vekt tap ved overvekt/fedme
Henvist øyelege	69 (78)		DM2: henvisning ved diagnose, DM1: innen 5 år
Undersøkt føtter hos lege	23 (26)		Risikovurdering minst 1 gang/år
Dokumentert røykestatus***	50 (56)		0

* Siste 2 år ** Ved kjent hjerte-karsykdom er anbefalt laveste behandlingsmål 1,8 mmol/l *** Siste 3 år

TABELL 3. Utførte prosedyrer og gjennomsnittlig HbA1c-verdi, blodtrykk og lipidnivå hos personer med type-2 diabetes, siste 12 måneder ved Askvoll legesenter. N=89

som i andre studier er vist å ha høyere prevalens av dårlig regulert diabetes, kan ha bidratt til bedre måloppnåelse.

Andel utførte prosedyrer skiller seg ikke vesentlig fra andre undersøkelser i Norge (7, 8). I vår studie er imidlertid andelen utførte mikroalbuminuri-undersøkelser høyere sammenlignet med funn rapportert hos Claudi og Cooper (7, 8). Andelen pasienter med type 2-diabetes henvist til øyelege er fortsatt suboptimal, og kartlegging av vekt og røykestatus, og spesielt legeundersøkelse av føttene med monofilament er utilfredsstillende. Samlet sett oppnådde 11,2 prosent behandlingsmålene (17) for HbA1c (≤ 7 prosent), blodtrykk ($< 135/80$ mm Hg) og lipidnivå (LDL $\leq 2,5$ mmol/l) (15) i type 2-populasjonen i Ask-voll (17), sammenlignet med 13 prosent i Jensen og medarbeideres materiale (23).

Fire av fem personer med diabetes målte eget blodsukker, mens tre av fire hadde deltatt i gruppeundervisning eller individuell opplæring i kommunehelsetjenesten. Vi tror årsaken til disse oppmuntrende resultater er at vi – for denne pasientgruppen – trolig bruker mer helsefaglige ressurser enn på landsbasis, blant annet ved bruk av egen diabetes-sykepleier i 0,2-delstilling. I hovedsak har legen ansvaret for behandlingen, den metabolske kontrollen samt henvisninger til annenlinjetjenesten. Diabetes-sykepleieren har ansvar for veiledning i egenomsorg og motiveringssamtaler.

Personer med diabetes bør oppnå en høy grad av egenomsorg. Vi opplever at de fleste pasienter ønsker å tilegne seg kunnskaper om sammenhengen mellom blodsukker-verdi og livsførsel (kosthold og fysisk aktivitet). Styrket egenmestring kan bidra til økt trygghet og bedre egenmålinger. Her er det viktig at pasientveiledningen skreddersys til den enkeltes behov. Vårt legesenter har i en årrekke tilbudt gruppebasert oppfølging, noe som viser seg å ha effekt på metabolsk kontroll (24).

Våre tall for komplikasjoner, sammenlignet med studier fra Norge og Nord-Sverige (16, 20, 21), er små og forskjellene er beskjedne. Derfor er vi varsomme med å trekke konklusjoner. Antakelig kan den positive utviklingen når det gjelder prevalensen av makro- og mikrovaskulære komplikasjoner i flere norske studier dels tilskrives reduksjonen av hjerte- og karsykdommer etter 1970 samt den gunstige utviklingen når det gjelder røykevaner. Ingen av deltakerne i Askvoll-populasjonen hadde gjennomgått diabetesrelaterte amputasjoner.

Diabetes-sykepleierens arbeidsoppgaver

For å redusere mikro- og makrovaskulære komplikasjoner så vel som forekomsten av hjerte- og karsykdommer hos personer med diabetes, er det nødvendig å intervensere overfor risikofaktorer som hyperglykemi, hypertensjon, dyslipidemi, overvekt og røyking. Å ta behandlingsansvar for en type 2-diabetiker er både tid- og ressurskrevende (25). Lege-

kontoret i Askvoll har tatt konsekvensen av dette ved å tilsette en sykepleier i 20 prosentstilling. Vi mener sykepleiere har god kompetanse til å ha et selvstendig ansvar når det gjelder å observere, vurdere og motivere pasienten.

Nær nasjonale behandlingsmål

Måloppnåelsen i Askvoll oppfyller langt på vei de nasjonale behandlingsmålene når det gjelder gjennomsnittlig HbA1c og blodtrykk. Undersøkelsen har avdekket et potensial for forbedring når det gjelder undersøkelse av føttene, måling av mikroalbumin i urin samt kartlegging av høyde/vekt, røykestatus og mosjonsvaner. Sentralt i omsorgen for personer med diabetes er samarbeidet mellom fastlege og diabetes-sykepleier, og på sikt også større grad av samhandling med andre yrkesgrupper som foterapeut og fysioterapeut samt annenlinjetjenesten.

Vi takker Askvoll legesenter for samarbeidet under gjennomføring av prosjektet. Prosjektet er finansiert gjennom midler fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM, Tromsø), Stiftelsen Diabetesforskning Vest, Diabetesforbundet og Fylkesmannen i Sogn og Fjordane.

REFERANSER: SE SIDE 34

eelco.boonstra@eninvest.net

Psykofarmaka til barn: en nødvendig debatt

«ADHD-debatten er på villspor» skrev Hovda et al i sitt innlegg i Utpostens nr 7 i fjor. En debatt som tar for seg faglige og problematiske sider ved økende bruk av medisiner i barne- og ungdomspsykiatrien, er ingen debatt på villspor. Det er en debatt som bør pågå hele tiden.

I mitt essay i Samtiden nr 3/2011 stilte jeg spørsmål ved hvorfor og hvordan ADHD er blitt Vestens vanligste barne- og ungdomspsykiatriske diagnose. Ifølge tall fra det norske reseptregisteret fikk 17 500 norske barn i fjor utskrevet en resept på et ADHD-medikament – og enda flere har diagnosen også uten å bli medisineret.

I sitt svar til mitt essay redegjør Hovda og medforfattere blant annet grundig for forskjellen mellom ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. At ADHD, som ikke engang er oppført i vår europeiske diagnosemanual ICD 10, er så etablert og brukt som diagnose, forteller tydelig hvordan diagnosen er etablert som «merkevare» influert av en amerikansk psykiatri og DSM IV. Og det illustrerer nettopp noe av mitt poeng; at ADHD også bør diskuteres som et kulturelt, pedagogisk og samfunnsvitenskapelig fenomen.

Jeg benekter selvfølgelig ikke at symptomene finnes og at mange barn og foreldre i dag strever med disse symptomene. Jeg ønsker selvfølgelig heller ikke å legge noen ekstra byrde på dem det gjelder ved å mistenkeliggjøre pårørende eller pasienter med diagnosen – og er overrasket over at teksten kan tolkes slik.

Jeg forsøkte å argumentere for at det er helt nødvendig at fagmiljøene hele tiden diskuterer med seg selv – og andre fagmiljøer – hvordan man velger å håndtere disse problemene, nettopp fordi det vitenskapsteoretiske ved diagnosen er svakt (1, 2). Og ikke minst fordi medisiner i økende grad ser ut til å være løsningen på problemet.

Med referanse til den toneangivende MTA-studien skriver Hovda og medarbeidere at «Lunde (...) gir uttrykk for at den medikamentelle behandlingen av hyperkinetisk forstyrrelse er dårlig dokumentert. Det medfører heldigvis ikke riktighet.»

Jeg har aldri hevdet at sentralstimulerende ikke virker på ADHD-symptomer. Jeg tilbakeviser derimot myten om at pasienter som responderer på sentralstimulerende medisiner beviselig har diagnosen, slik mange feilaktig tror. Flere studier viser at også friske brukere

har effekt av sentralstimulerende, og et økende «off-label» forbruk blant friske, først og fremst studenter, vitner også om det samme (3, 4).

MTA-studien som Hovda viser til har hatt sentral betydning for retningslinjene for behandlingen av ADHD. Det er derfor viktig å få presisert at gruppen som fikk behandling med legemidler og gruppen som fikk legemidler og adferdsterapi i kombinasjon, kom likt ut i en 14 måneders oppfølgingsstudie (5). Behandlingsforskjellen mellom alle de fire gruppene var likevel nærmest opphørt etter tre år (6). Med andre ord: Longitudinelle studier kan altså ikke dokumentere at medikamentell intervensjon er mer effektiv enn andre typer behandling – selv om de viser en dokumentert effekt initialt (7).

Hovda, Johnsen Wangenstein og Alexandersen hevder i sin kommentar at det er misforstått å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok. De beskriver hvor grundig de selv jobber når de utreder disse pasientene, og legger til grunn at det er slik det foregår for majoriteten av norske barn som utredes og behandles for ADHD.

Ingenting er bedre enn det. Hovda og medforfattere kan likevel ikke dokumentere at de har rett. Tall fra det norske reseptregisteret dokumenterer at det er store geografiske forskjeller når det gjelder forekomst av ADHD i Norge (8) og dette antar man handler om ulike nasjonale «diagnosekulturer». En norsk studie fra «Barn i Bergen»-materialet (9) viser også at forekomsten av ADHD varierer sterkt avhengig av hvilke tester som blir brukt. Det er også nok av enkeltteksempler og rapporter som bekrefter at det i virkeligheten litt for ofte ikke er så grundige utredningsløp som Hovda beskriver. Noe som har bekymret flere fagmiljøer de siste årene (2).

Han mener det er en myte at det er et ensidig fokus på medisiner i behandlingsapparatet når det kommer til hyperkinetisk forstyrrelse og underbygger påstanden med at retningslinjene fra HD sier at medisiner bare skal forsøkes «når det er vist at hjelpetiltak alene ikke har vist effekt». Selv om Hovda og kolleger opplever at dette er praksis der de er, betyr ikke det at retningslinjene nasjonalt blir fulgt.

«Diagnostiske kriterier er konvensjoner og ikke objektive størrelser, og derfor må en rekke perspektiver tas med når diagnosesys-

temene 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», skriver Hovda og medarbeidere. Jeg kunne ikke vært mer enig. Problematisk er det når disse diagnosekriteriene nå i økende grad utvider grensene for hva som patologiseres og medisineres – spesielt når det kommer til barn og barns adferd. ADHD skal være en eksklusjonsdiagnose.

I dag er inntrykket at den mer fungerer som en «sjekklistediagnose» – der man i sammensatte kliniske situasjoner velger ADHD som hovedforklaring på barnets problemer.

Mitt anliggende har overhode ikke vært å harselere eller underkjenne de problemene ADHD-pasienter sliter med, slik Hovda ufint insinuerer. Mitt anliggende er at man må hele tiden tørre å være kritisk og stille spørsmål ved om denne gruppen barn og unge får den behandling og oppfølging de bør ha, spesielt tatt i betraktning at dette er en gruppe som stadig øker i omfang.

Charlotte Lunde,

Assistentlege, SSE, Nevroklinikken, OUS

REFERANSER

1. Getz L., Kirkengen A.L et al, «ADHD, kunnskapsmessige utfordringer og dilemmaer sett fra et allmennmedisinsk perspektiv». Fagrapport publisert 1.11.2008 på www.legeforeningen.no
2. Lunde C., «Fra hyperaktiv til sentralstimulert», Samtiden – tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsproblemer, nr 3, 2011
3. Setlik J m.fl.: «Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications», Pediatrics, Vol.124, No 3 September 2009, 875–880.
4. Smith EM m.fl.: «Are prescription stimulants 'Smart Pills'? The Epidemiology and Cognitive Neuroscience of Prescription Stimulant Use by Normal Healthy Individuals», Psychological Bulletin, Vol 137, no 5 2011, 717–741.
5. 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
6. Jensen, P et al, 3 year follow-up of the NIMH MTA study, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007 Aug; 46 (8): 989–1002
7. Clinical Evidence: ADHD in children and adolescents, BMJ publishing group 2011
8. www.reseptregisteret.no
9. Heiervang E et al, «Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use», J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Apr;46(4): 438–47.

Atomberedskap

– en nyttig påminnelse

Like før nyttåsskiftet – 29.12.11 – rapporterte media om en ulykke på en atomubåt i Murmanskområdet. Om kvelden samme dag fikk jeg som kommuneoverlege nærmere beskjed om at det dreide seg om en brann i tilknytning til en atomubåt i tørrdokk i Murmansk, men at det ikke skulle ha vært utslipp av radioaktivitet til omgivelsene.

Strålevernet hadde heller ikke målt forhøyede verdier av radioaktivitet på sine målestasjoner. En slik situasjon hadde vi forberedt oss på, men innerst inne tenkt og håpet at vi aldri skulle oppleve. Nå var den plutselig her. Etter hvert ble det bekreftet at radioaktivt utslipp ikke hadde forekommet, og befolkningen både i Murmanskområdet og Kirkenes kunne senke skuldrene. Det gikk bra denne gangen, heldigvis, og ble egentlig ikke annet en meget livaktig øvelse jeg tror mange lærte mye av – en mye bedre øvelse enn de «tabletop»-øvelsene vi hadde hatt tidligere.

Jeg er kommuneoverlege i Sør-Varanger kommune, en kommune med grense både til Russland og Finland. Naboskapet til Russland har vært spennende å følge de snart 30 år jeg har bodd i kommunen; fra et lukket og fjernt samfunn til et betydelig mer åpent samfunn med utveksling av kunnskap på mange plan – ikke minst kulturelt. I Kirkenes har vi de siste årene hatt gateskilt med både norsk og russisk benevnelse – noe som vitner om et både omfattende og levende samarbeid. Men vi har én bekymring: atomreaktorer beliggende på Kola.

Inntil 2002 hadde politiet og Sivilforsvaret ansvaret for å dele ut jodtabletter (kaliumjodid) ved en atomhendelse i nærområdet. Det var lagret jodtabletter i kommunene i Finnmark, Troms og den nordlige del av Nordland (nord for Salten/Lofoten). Dette ansvaret ble fra 2002 overført til kommunene. De ansvarlige i kommunen vår drøftet raskt etter denne endringen kom hvordan vi på best måte kunne håndtere dette ansvaret. Da sivilforsvaret hadde ansvaret for utdeling var hele kommunen delt inn i roder. Jodtablettenes lå lagret på skolene i kommunen for å raskt kunne deles ut av de ansvarlige for rodene. På grunn av vår beliggenhet med grense til Russland, og på grunn av kommunenes store utstrekning i tillegg til at kriteriene for hvem som skulle ha denne profylaksen var blitt noe endret, funderte vi på andre måter å distribuere tablettenes på etter at kommunen overtok ansvaret.



Målgruppen for jodprofylakse var etter WHO's retningslinjer følgende personer: barn og unge opp til 18 år, gravide og ammende. Ut fra en risiko- og sårbarhetsanalyse hvor vi i tillegg til muligheten for radioaktivt utslipp fra nærområdet tok hensyn til kommunens geografiske utstrekning, det faktum at den beste beskyttelse vil være opphold innendørs samt at jodtablettenes skal inntas innenfor et nokså lite tidsvindu for full effekt kom vi til at den mest fornuftige måten å håndtere dette på var å forhåndsutdele kaliumjodid til befolkningen i tillegg til å ha lagre på kommunens skoler og barnehager.

Vi jobbet med dette en tid, og fikk etter hvert tillatelse fra daværende Sosial- og helsedirektorat til forhåndsutdeling. Dette organiseres hos oss nå ved at alle gravide på første svangerskapskontroll får utdelt jodtabletter til seg og barna i deres familie som tilfredsstillende alderskriteriet. På samme måten deles tablettenes ut på helsestasjonen dersom familien ikke har mottatt tablettenes tidligere. Skulle en hendelse skje på dagtid er det i tillegg en distribusjonsordning på skoler og i barnehager i hele kommunen, slik at vi forhåpentligvis unngår trafikkalt kaos med trafikkulykker som en verstefallskonsekvens dersom ulykken skulle være ute. I tillegg skal så stor del av befolkningen som mulig holde seg innendørs – den beste beskyttelsen mot radioaktiv stråling. Når tablettenes deles ut ligger de i en liten konvolutt hvor doseringen står og hvor det er trykt informasjon på posen om effekt, når tablettenes skal inntas, oppbevaring etc.

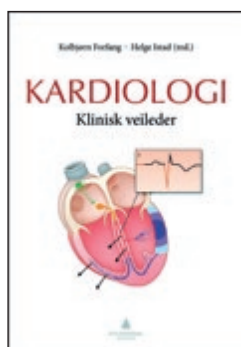
Når det gjelder holdbarhet har vi fått opplyst at denne er tilnærmet ubegrenset fordi jod er et bestandig stoff. Dersom imidlertid

tablettenes smuldrer opp, skal de byttes. Det er kriseutvalget for atomberedskap i Oslo som via Fylkesmannen gir beskjed om de tiltak som eventuelt skal iverksettes ved en atomulykke. Vi får altså beskjed fra Fylkesmannen dersom befolkningen skal innta tablettenes. Det er viktig å ta dem til riktig tid i forbindelse med et eventuelt utslipp for effekten halveres allerede etter fem til seks timer. Helst bør tablettenes inntas innen to timer etter utslipp.

Radioaktivt jod har kort halveringstid – ca åtte døgn. Ved å mette lagrene i kroppen med ordinært jod hindres lagring av radioaktivt jod. De andre isotopene som slippes ut ved et atomuhell har betydelig lengre halveringstid; Cesium 134 og Cesium 137 samt Strontium som de viktigste (deres halveringstid er fra to til 30 år). Det er kun radioaktivt jod vi har en viss beskyttelse mot, derfor er innendørsopphold myndighetenes beste råd dersom utslipp skulle skje.

Heldigvis ble det «bare en øvelse» denne gangen, men det ble en nyttig gjennomgang for både kommunens administrasjon og befolkningen av at dette faktisk kan skje, og vi fikk aktivert deler av kommunens beredskapsplan for atomulykker. Da jeg stod midt oppe i situasjonen var jeg i tillegg svært glad for at vi har forhåndsutdelt jodtabletter. Dette vil i alle fall hindre noen i å reise ut for å hente tablettenes. I den situasjonen vi stod i ved nyttårsskiftet opplevde jeg nettopp dette som en styrke i vår beredskap i en situasjon hvor vi hadde liten oversikt og få andre tiltak i akuttfasen.

Mona Søndena



Flott fremstilling av kardiologi for allmennpraktikere

Kolbjørn Forfang, Helge Istad (red.)

Kardiologi – klinisk veileder

1. utgave

Gyldendal, 2011.

344 sider (ill.)

Det er bestandig en glede å oppdage nye norske fagbokutgivelser som holder høy kvalitet. Så er også tilfelle med *Kardiologi – klinisk veileder*, som er en systematisk og praktisk rettet gjennomgang av sentrale sykdomstilstander og aktuelle diagnostiske verktøy og behandlingsmetoder. 29 erfarne bidragsyttere står bak publikasjonen, som henvender seg til leger som arbeider utenfor fagfeltet, i første rekke allmennleger.

Redaktørene Kolbjørn Forfang og Helge Istad meddeler i forordet at målet ikke har vært å lage en fullstendig lærebok i kardiologi, men å beskrive diagnostiske undersøkelser og behandlingstradisjoner som har utviklet seg i Norge. Dette synes jeg de har lyktes med, ikke minst fordi boken vektlegger nødvendigheten av en konstruktiv arbeidsdeling og faglig dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten – noe som kjennetegner det norske helsevesenet. Et gjennomgående tema er viktigheten av en god sykehistorie og klinisk undersøkelse for best mulig å håndtere pasientene. Dette poenget understrekes i innledningskapitlet som er skrevet av fastlegene Åge Norman Hansen og Alf Kimsås, og det

illustreres også med en rekke kasuistikker i de kliniske kapitlene.

Boken består av tre hoveddeler: undersøkelsesmetoder (seks kapitler), ulike sykdommer og tilstander (18 kapitler) og generelle problemstillinger ved hjertesykdom (fem kapitler). Tematikken spenner fra EKG til epidemiologi og primærforebygging; fra hypertensjon, aterosklerose og diabetes til akutt koronarsyndrom, arytmier og hjertesvikt. I tillegg er det interessante kapitler om effekter av fysisk trening, hjertetransplantasjon, karotisstenose, aortaaneurismer og antitrombotisk behandling. Fra et allmennmedisinsk ståsted er kapitlet om helsekravene for førerkort særdeles nyttig. Her får man konkrete tips og svar på spørsmål som ofte dukker opp i arbeidshverdagen. Jeg har også stor sans for at naturmidler og alternative behandlingsformer er viet plass. Dette er mer aktuelt enn noen gang før, ettersom stadig flere mennesker – også hjertesyke pasienter og warfarinbrukere – kjøper slike midler via internett, med fare for å utsette seg selv for potensielt skadelige effekter og interaksjoner.

Hva angår bokens innhold, har jeg intet å sette fingeren på. Imidlertid synes jeg at kapitlet om hypertensjonsbehandling er overraskende tynt: Bare 10 av bokens 330 sider omhandler dette grunnleggende feltet i allmennpraksis. Jeg ønsker å vite mer om de ulike medikamentklassene, herunder farma-

koterapeutiske aspekter relatert til interaksjoner og bivirkninger. Jeg savner også en drøfting av risikoreduksjon ved legemiddelbehandling. Dette er en viktig diskusjon som fortjener litt spalteplass i en klinisk veileder.

Overbruk av forkortelser er en uting i medisinsk faglitteratur, og heller ikke i denne boken klarer man å styre unna. Å benytte forkortelser istedenfor alminnelige og gode norske ord er helt unødvendig. Eksempler er BT istedenfor blodtrykk, FA istedenfor fysisk aktivitet og de engelske forkortelsene CVD og OMT istedenfor henholdsvis hjerte-kar-sykdom og optimal medisinsk behandling. Dog har jeg ingen problemer med innarbeidede tekniske forkortelser som PCI, ESV, EDV, MV, HR og CO. Kardiologi er tross alt et internasjonalt fag dominert av engelsk terminologi, og dette påvirker vårt nasjonale fagspråk. Problemet oppstår når det går innflasjon i forkortelser, som i teknologikapitlene om myokardscintigrafi, ekkokardiografi og CT/MR. Her detter jeg av lasset.

Når det er sagt, er kapitlene gjennomgående velskrevet og godt illustrert. Oppsummert er *Kardiologi – klinisk veileder* en kjærkommen oppslagsbok som dekker et komplekst fagfelt i rask utvikling. Bokens styrke er dens tematiske bredde og praktiske tilnærming til en rekke problemstillinger vi støter på hver dag i allmennpraksis. Den får mine beste anbefalinger.

Tom Sundar

LESERBREV

Jeg viser til min artikkel i Utposten nr. 6/2011: «Stipendordningen for allmennpraktikere 1993–2009».

Slik den fremsto virket det som om jeg var alene om artikkelen og at jeg arbeidet i Helse-direktoratet under arbeidet med undersøkelsen. Det er feil. Dessverre har medforfatter professor Irene Hetlevik falt ut i bylinen. Under arbeidet hadde vi samme adresse: Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

I tillegg vil jeg benytte anledningen til å takke Allmennmedisinsk forskningsutvalg

som har tatt initiativ til, vært behjelpelig med og som har finansiert studien. Likeledes vil jeg takke Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim som har bidratt med veiledning, forskningsfasiliteter og et inspirerende miljø under arbeidet.

Men vennlig hilsen Nils Moe

Nåværende arbeidsadresse: Helsedirektoratet, Pb. 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Adresse under studien: AFE Trondheim, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Pb. 8905 MTFS, 7491 Trondheim



Flere legekantor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekantor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekantoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekantor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Ventetid på venteværelset

Kvalitetsarbeid kan være morsomt. Det erfarte vi da vi på Gulset Legekantor sammen med Kirkegaten legekantor i Skien og Fjellsiden legesenter i Bergen registrerte ventetiden på venterommet. Våre medarbeidere hadde i lang tid registrert variasjon legene imellom på hvor lang tid pasientene måtte vente på venterommet før de kom inn til den avtalte timen. De stilte spørsmål om det er mulig at alle legene er presise da det ville bedre logistikken på kontoret samt gjøre pasientene mer fornøyd. Vi hadde dette som tema på et fagmøte og bestemte oss for å registrere ventetiden for hver lege. En lege tok ansvaret for å finne ut hvordan dette skulle gjøres. Vi valgte et enkelt auditskjema hvor legene selv registrerte ventetiden fra oppsatt time i boka til tidspunktet pasienten kom inn til legen (1). Skje-

maene ble tellet opp, vi lagde figurer for hver lege og for hvert senter og for alle tre legesentrene. Underveis i registreringen ble det heiarop fra medarbeiderne slik som «her går det unna» eller «i dag er du presis». Det skapte positiv stemning, latter og god dugnadsånd. Resultatene ledet til nyttige diskusjoner om hva som er akseptabel ventetid og hvordan timebøkene bør settes opp for i størst mulig grad holde tidsplanen. Samarbeidet med de andre kontorene medførte flere innspill til diskusjon. Det var lærerikt å sammenligne resultatene og plassere sitt eget kontor i dette og det var lite arbeidskrevende å gjennomføre registreringen og gjøre oppsummeringen. Ideelt sett bør våre medarbeidere gjøre registreringen en tilfeldig dag for å finne ut den sanne forsinkelsen.

Hvordan vi gjorde dette, samarbeidet mellom legekantorene og resultatene er tidligere beskrevet i Utposten (2) og det er laget en lysbilde-serie om dette (3).

Vi anbefaler flere legekantorer til å gjøre det samme.

Vi gir stafett-pinnen videre til Klosterhagen legesenter i Skien.

REFERANSER

REFERANSER FRA DIABETESARTIKKEL S. 26–29

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010; 87: 4–14.
- Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047–53.
- Midthjell K, Lee CMY, Krokstad S et al. Obesity and type 2 diabetes continue to increase while other cardiovascular disease risk factors decline. The HUNT Study, Norway. Abstract, XI International Congress on Obesity, Stockholm 2010. *Obesity Reviews* 2010; 11 (Suppl 1): 58.
- Stene LC, Midthjell K, Jenum AK et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1511–14.
- Claudi T, Cooper J, Skogøy K et al. Diabetesomsorg i norsk allmennpraksis. En tilstandsrapport fra Salten og deler av Rogaland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3661–4.
- Claudi T, 6. Cooper J, Skogøy K et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1508–10.
- Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 2570–4.
- Cooper JG, Claudt T, Jenum AK et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* January 2009; 32: 81–83.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343–50.
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673–9.
- Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009; 374: 1677–86. (Epub 2009 Oct 29)
- Claudi T, Midthjell K, Furuseth K, Hanssen KF, Hestvold PI, Øgar P. NSAM's handlings-program for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk Selskap for Allmennmedisin, Norges Diabetesforbund, Statens Helsetilsyn, Statens Institutt for Folkehelse, Den Norske Lægeforening, 1995.
- Claudi T, Cooper JG, Midthjell K, Daas C, Furuseth K, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin, Den norske lægeforening, Norges Diabetesforbund, Statens institutt for folkehelse, 2000.
- Claudi T (red.), Midthjell K, Cooper J, Furuseth K, Daas C, Hanssen KF. Oslo: NSAMs handlings-program for diabetes, 2005.
- Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helse-direktoratet, 2009.
- Tran AT, Diep LM, Cooper JG et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 145.
- Landøy E, Boonstra E, Graue M. Kvalitet i helsetenesta – er diabetesomsorga i samsvar med gjeldende retningslinjer. Bergen: Skriftserien 2011 nr. 4, Fagrapport (Høgskolen i Bergen). Denne rapporten kan bestilles fra: Høgskolen i Bergen, www.hib.no/nettbutikk.
- Gundersen F, Sørli K. Demografi og næringsutvikling i Sogn og Fjordane. NIBR-rapport 2009: 13 (www.nibr.no/uploads/publications/688517d7c53cc2758c0ed18bafd5ad43.pdf).
- Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS): Registrering – NOKLUS Diabetesskjema (<http://noklus.firma-side.no/Hvatilbyrvi/Norskdiabetesregisterforvoksne/Forlegokontor/tabid/103/Default.aspx>)
- Iversen MM, Tell GS, Riise T et al. History of and factors associated with diabetic foot ulcers in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study. *Scand J Public Health* 2008; 36: 62–8.
- Färnkvist LM, Lundman BM. Outcomes of diabetes care: a population-based study. *Int J for Quality in Health Care* 2003; 4: 301–7.
- Lauvrak V, Frønsdal KB, Nordrehaug IN. Jevnlig testing av alle diabetespasienter for mikroalbuminuri. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, 2009.
- Jenssen T, Tonstad S, Claudt T et al. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A nationwide survey in Norway. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008; 80: 314–20.
- Deakin TA, McShane CE, Cade JE et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2
- Claudi T, Cooper JG, Daas C. Er diabetesbehandling for vanskelig for allmennpraktikeren alene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2678–82.

En lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Takk for hyggelig utfordring til lyrikkstafetten. Etter inspirasjon fra eget kortvarig sykehusopphold på Rikshospitalet for endel år tilbake, der det var en tavle med månedens dikt. Vi har på vårt legekantor, Helsenaustet, hatt tavle på venterommet med Ukas dikt der vi har hatt gleden av å henge opp egne favoritt-dikt. I tillegg har pasienter også hengt opp dels egne dikt, og dels favorittdikt. Fra en av medisinerstudentene som hadde fire ukers praksisperiode hos meg for noen år tilbake fikk jeg et innrammet favorittdikt, et dikt som øynene faller på når vi jobber på skiftetua. Studenter i praksis er til glede både faglig og personlig.

Her er diktet, av Einar Skjæraasen, på årets siste august-dag.

August

August er det mykeste myke jeg kjenner,
denne skjelvende streng mellom sommer og høst,
denne dugg av avskjed i mine hender.

Dette hemmelige milde inn over jorden,
denne lyende stillhet;
Tal Herre, tal!
Dette lyset som hviler
på modningens høyde,
dveler
og synker mot visningens dal.

Disse kvelder da trær
er som skygger i skyggen.
Denne etterårsfred over sted og forstand.
Jeg har drømt at jeg seilte mot Evigheten,
og en kveld i august var den første
besynderlig duse kjenning av land.

Jeg vet midt i alt det jeg ikke vet:
August er det mykeste myke jeg kjenner,
myk som sorg og som kjærlighet.

Studenten het Heidi Grønseth, hun var ferdig med studiet i Bergen i 2006. Hun har arbeidet som fastlege i Bergen, men arbeider akkurat nå i rusomsorgen. Stafettpinnen går videre til Heidi.

med vennlig hilsen
Grete Wold

Medikamentskrin

for symptomlindring i livets slutfase

Det er et mål at alle pasienter skal få dø godt lindret i trygge omgivelser. Et medikamentskrin for lindring av vanlige symptomer hos døende kan være en hjelp til å nå dette målet.

Initiativ fra Sunniva klinikk i Bergen

Alle som tar hånd om døende pasienter, vet at den tiden vil komme da pasienten ikke lenger kan klare å svelge tabletter, og at dette ikke nødvendigvis skjer med fastlegen eller sykehjemslegen lett tilgjengelig. For å strukturere en sårbar situasjon og forhindre sykehusinnleggelser begynte vi på Sunniva klinikk for lindrende behandling å undersøke hva som ble gjort ved andre sentre. Inspirasjon ble hentet fra Storbritannia hvor man flere steder hadde tilgjengelig såkalte «Just in case»-medikamentskrin med injeksjonspreparater mot vanlige symptomer hos døende. I november 2006 tok Sunniva klinikk i bruk sitt «hjemmesnekrete» medikamentskrin til pasienter som ønsket å dø hjemme.

I løpet av fire år ble 126 skrin lånt ut fra Sunniva klinikk. 89 av pasientene døde hjemme, og 84 skrin ble tatt i bruk. Skrinet var plombert og skulle bare åpnes etter avtale med lege og med ordinasjoner fra lege. Tilbakemeldingene fra kommunehelsetjenesten var stort sett positive, og skrinet ble ettertraktet hos hjemmesykepleien.

Apotekfremstilt medikamentskrin

«Sunniva-skrinet» var forbeholdt pasienter tilknyttet Sunniva klinikk (nå Sunniva senter). Tilbakemeldingene viste at et lignende skrin burde være tilgjengelig for alle. I samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB) og Sjukhusapoteket i Bergen utviklet vi våren 2008 et tilsvarende medikamentskrin som alle leger kan rekvirere eller kjøpe. Skrinet inneholder de samme fire medikamentene som det opprinnelige skrinet, morfin, midazolam, haloperidol og glycopyrron, samt utstyr for å gi medikamentene subkutant. I tillegg følger



Slik ser medikamentskrinet i Bergen ut.

FOTO: DAGNY FAKSVÅG HAUGEN/
KATRIN RUTH SIGURDARDOTTIR

det med behandlingsalgoritmer for kvalme/oppkast, smerte, terminal uro/angst, dyspné og surkling i luftveiene, medikamenttabell med doseringsforslag, ordinasjonsskjema, skjema for dokumentasjon av utleverte doser, veileder for anleggelse av sc nål og evalueringsskjema med returkonvolutt.

Innholdet i skrinet blir evaluert årlig. På hjemmesiden til KLB ligger liste over innholdet i skrinet og alle aktuelle dokumenter, inkludert mal for resept på skrinet.

Erfaringer og ansvar

Det har hittil vært solgt 84 medikamentskrin fra apoteket. Evalueringene etter bruk er gjennomgående positive: Det å ha skrinet tilgjengelig gir trygghet til pasient, pårørende og hjemmesykepleier, forhindrer innleggelse og gjør at pasientene kan dø godt lindret der de ønsker. I to tilfeller har det vært rapportert usikkerhet rundt bruken.

Medikamentene i skrinet skal doseres og administreres av kompetent personell. Det er viktig å ha gode rutiner på plass når skrinet tas i bruk. I noen tilfeller vil det være best at hjemmesykepleien oppbevarer skrinet frem til legen forordner at det skal åpnes. Til sju-

ende og sist er det legen som har rekvirert skrinet, som står ansvarlig for bruken. En god samhandling mellom fastlege og hjemmesykepleie er helt nødvendig for trygg og hensiktsmessig bruk.

KLB har nylig fått status som nasjonalt senter for Liverpool Care Pathway, en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Her integreres medikamentskrinet som en naturlig del av en helhetlig omsorg ved livets slutt.

FOR MER INFORMASJON:

<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/medikamentskrin.aspx>

Katrin Ruth Sigurdardottir,

overlege, Sunniva senter for lindrende behandling, Medisinsk klinikk, Haraldsplass Diagonale Sykehus, og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus

Dagny Faksvåg Haugen,

seksjonsoverlege dr.med., leder av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus

Når det haster å henvise

– refleksjoner fra en medisinstudent

Jeg er femte års medisinstudent og har praksis ved et allmennlegekontor i Nord-Norge. Denne teksten handler om en pasient jeg fikk den første uken på kontoret, hvor konsultasjonen virkelig fikk meg til å innse noe vesentlig ved legeyrket.

Pasienten var en 37 år gammel dame som kom til øyeblikkelig- hjelpstime med sterke magesmerter. Det kom frem at hun for noen år siden fikk fjernet en eggstokk og et ovarium grunnet cystetorsjon. Hun hadde også senere oppsøkt lege med samme type magesmerter, tatt til eksplorativ laparotomi og da fjernet en cyste fra det andre ovariet. Pasienten var svært bekymret for at det på nytt var cysteproblematikk ute og gikk, eller at hun hadde en bekkeninfeksjon. Jeg kjente på magen hennes, og fant hun var palpasjonsømt og indirekte slippømt i høyre fossa iliaca. Mulig var det mer masse på denne siden også. Jeg rekvirerte urinstix og CRP, begge negative. Ved undersøkelse var uterus noe ruggeømt, og svært ømt opp mot høyre adnex. Etter samtale med min veileder tok jeg kontakt med gynekologisk poliklinikk og ba om at hun fikk komme dit som øyeblikkelig hjelp. Jeg ble satt over til vakthavende overlege som spurte hvor raskt hun måtte sees, umiddelbart eller

om hun kunne vente til i morgen. Jeg ble plutselig i tvil om hvor alvorlig dette var. Pasienten hadde ganske vondt, satt litt bøyd og så ikke helt bra ut. Hun ville gjerne komme så fort som mulig, mens gynekologen var alene og hadde egentlig fullt program. Jeg hadde referert mine funn og hennes tidligere sykehistorie, men gav beskjed om at jeg ikke var i stand til å vurdere hvor akutt dette var. Gynekologen krevde svar. Smertene hadde vært i tre dager, så jeg sa det gikk bra om hun fikk komme i morgen tidlig. Jeg så pasienten ble svært tvilende da hun hørte dette, og spurte henne om det var ok. Hun sa hun fikk holde ut og håpe på at det ikke skjedde noe i løpet av natta. Vi avtalte at hun skulle kontakte legevakta om hun plutselig ble mye dårligere.

Under denne konsultasjonen gikk det plutselig virkelig opp for meg at det er jeg som til slutt må vurdere hvor alvorlig syk en pasient er. Mange man møter har symptomer som kan være tegn på alvorlig sykdom, men få i allmennpraksis er veldig syke. Jeg tror også mange uttrykker symptomene sterkere enn aktuell sykdom skulle tilsa når de kommer til legen. Det finnes underdrivere også, men tror disse er færre. I denne situasjonen ble problemet mitt at jeg nokså uforberedt ble bedt om å vurdere

pasienten, og at jeg falt litt mellom to stoler i forhold til hennes og gynekologens ønsker. Jeg tenkte at siden det ikke dreide seg om akutt smertedebut kunne det vente til neste dag. Likevel hadde smertene vært tiltagende, og hun ble dårligere etter min unersøkelse, så jeg var litt redd for at det skulle skje noe alvorlig før hun kom til gynekolog. Det er greit å ha legevakta å støtte seg til i slike situasjoner.

Etter dette tenker jeg at det følger et ansvar med det å bestemme om en pasient er syk eller ikke. Det finnes alltid tilfeller der det er tvil om man skal henvise som øyeblikkelig hjelp eller ikke, og man kan risikere å sende hjem noen som dør timer senere. Samtidig kan ikke alt gå til sykehus, det er allmennlegens jobb å «triagere». Læringsmål etter hendelsen må bli å være oppmerksom på å trene det kliniske blikket, for etter hvert å kunne skille det svært alvorlige fra det mindre alvorlige. Tror dette kommer med pasienterfaring og mer kunnskap om sykdommene man møter i allmennpraksis.

Jeg opplevde ikke dette som en veldig ubehagelig situasjon, men jeg burde ha tenkt gjennom hvor syk jeg mente hun var før jeg kontaktet sykehuset.

Synnøve Mortensen



Nord-Norge Sør-Øst
Tlf. 77 64 58 90 Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge Vest
Tlf. 72 82 91 00 Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for UpPostens lesere.

Valg av opioid for akutte, sterke smerter på legevak

Spørsmål til RELIS

En interkommunal legevak som dekker snaut 20 000 innbyggere reviderer medikamentlisten og ønsker kvalitetssikring i forhold til valg av opioid til injeksjonsbehandling av sterke smerter. Per i dag har legevakten morfin og petidin injeksjonsvæske, men det er stort sett kun morfin som brukes. Legevakten har diskutert dette med anestesilog ved en akuttmedisinsk avdeling som mener at det er tilstrekkelig med kun morfin. Det er videre spørsmål om hvorvidt legevakten i stedet for petidin bør ha ketobemidon (Ketorax), og hovedargumentet her er morfinallergi. Spørsmålet er derfor: er det tilstrekkelig å kun være utstyrt med morfin på en legevak av denne størrelsen?

Legevakthåndboken anbefaler legevakter å ha både morfin og ketobemidon (1). Den samme anbefalingen er også å finne i Norsk legemiddelhandbok med tanke på sammensetningen av legevesker (2).

Morfin, ketobemidon og petidin

Alle opioider har lik analgetisk effekt ved ekvianalgetiske doser (3a, 4). Morfin og ketobemidon er anslått å være ekvipotente (5, 6), mens petidin injeksjon er rundt ti ganger svakere enn morfin injeksjon (6, 7a). Morfin anses som førstevalg ved akutte, sterke smerter (3a). Ved redusert nyrefunksjon (kreatininclearance under 30 ml/min.) er dosereduksjon nødvendig, på grunn av opphopning av den aktive metabolitten morfin-6-glukuronid (4).

Ketobemidon, som hovedsakelig bare markedsføres i Norden, er lite omtalt i litteraturen, og har i liten grad vært gjenstand for systematiske studier (3a,5). Det er vist at ketobemidon har en NMDA-blokkerende effekt, noe som er en fordel ved nevrologiske smertetilstander der NMDA-reseptoraktivering antas å spille en stor rolle (5). Det er uklart for RELIS om dette har noen betydning i behandlingen av akutte, sterke smerter. Ketobemidon og morfin er i følge Norsk elektronisk legehåndbok andrevalg ved symptomatisk behandling av gallesteinsanfall (NSAIDs er førstevalg) (3b). Morfin kan i følge denne kilden gi gallegangspasmer, men det er i praksis et lite problem. Ifølge en annen kilde gir morfin og ketobemidon kontraksjon av glatt muskulatur i like stor grad ved ekvianalgetiske doser (8).

Petidin er ikke egnet for kritisk syke og er ikke anbefalt for behandling av sterke smerter hos barn og voksne på grunn av bivirkninger og lavere potens (4,7a), i tillegg til høyere interaksjonspotensiale enn morfin (3a). Petidin har uheldige kardiovaskulære effekter (3a) og en metabolitt, som skilles ut via nyre-

ne, som er potensielt nevrotoksisk (epilepsianfall og delirium) (3a,7a).

Som et kuriosum kan nevnes at i UpToDate er hydromorfon injeksjon og fentanyl injeksjon anbefalt som alternativer til morfin hos kritisk syke pasienter; det «særnordiske» opioidet ketobemidon er ikke nevnt (4). Hydromorfon og fentanyl er imidlertid ikke tilgjengelig som injeksjon i Norge.

Opioidallergi

Nær alle opioider gir histaminfrigjøring som en direkte farmakologisk effekt (4, 7b). Histaminfrigjøring kan føre til reaksjoner av typen urtikaria, pruritus og nysing, og til astmaforverring og status asthmaticus hos pasienter med astma. Disse reaksjonene er ikke allergiske eller anafylaktiske av natur (7b). Histaminfrigjøringen er invers korrelert med potensen (4) og er sett hyppigst for naturlige og semisyntetiske opioider (7b). Høyest histaminfrigjøring er rapportert for høye doser med petidin og morfin (4). Ketobemidon er et rent syntetisk opioid som er strukturelt svært likt petidin (og svært ulikt morfin) (9). Vi har ikke funnet spesifikke opplysninger om ketobemidons effekt på histaminfrigjøring. Men på grunnlag av strukturell likhet med petidin og ekvipotens med morfin kan vi ikke utelukke at ketobemidon kan gi tilsvarende grad av histaminfrigjøring som morfin og petidin. Histaminfrigjøring vil, etter vår oppfatning, kunne gi ubehagelige, men som regel ikke livstruende reaksjoner. Selv om morfin skulle ha større potensial for histaminfrigjøring kan man diskutere om dette i seg selv er grunn nok til å ha ulike opioider til akutt bruk.

Anafylaksi og ekte allergi mot opioider er svært sjeldent og lite beskrevet i litteraturen. Tilstedeværelsen av kryssensitivitet mellom ulike opioider er i følge en kilde tvilsom og



risikoen er ekstremt lav. Kilden angir videre at risikoen for kryssensitivitet har sammenheng med om opioidmolekylet inneholder en 6-OH gruppe, slik som morfin har, eller ikke (7b). Det er for eksempel vist kryssensitivitet mellom morfin og strukturelt like molekyler som kodein, dihydrokodein, etylmorfin og diacetylmorfin (heroin) (10). Vi har ikke funnet dokumentasjon om kryssensitivitet mellom morfin og ketobemidon, men ut i fra at de har ulik kjemisk struktur vil man ikke forvente dette.

Ekte allergiske reaksjoner mot opioider synes altså å være svært sjeldne. Studier har også vist at enkelte pasienter med påstått opioidallergi har vist seg likevel å tolerere opioider, og at det dermed ikke var snakk om ekte allergi, men kjente farmakologiske bivirkninger av opioidene (11).

Konklusjon

Morfin og ketobemidon er svært like både når det gjelder effekt og bivirkninger, men morfin er førstevalget ved akutte, sterke smerter. Vi vil ikke anbefale petidin på grunn av bivirkningsprofilen og lavere potens. Nær alle opioider kan gi histaminfrigjøring som en direkte farmakologisk effekt, mens ekte allergiske og anafylaktiske reaksjoner mot opioider er svært sjeldne. Vi mener derfor at det trolig er tilstrekkelig med kun morfin på denne legevakten.

REFERANSER:

1. Legevakthåndboken. Utstyr for legevakt. <http://www.legevakthandboken/> (Lest: 1. november 2011).
2. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Legevesken. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Lest: 1. november 2011).
3. Norsk elektronisk legehåndbok. a) N02 A A - opioider, b) Gallesteinsykdom. <http://www.legehandboka.no/> (Lest: hhv. 1. og 3. november 2011).
4. Tietze KJ. Pain control in the critically ill adult patient. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 9. juni 2011).
5. Mørch-Johnsen G, Westergren T. Risiko for alvorlige bivirkninger ved bruk av ketobemidon. <http://www.relis.no/> (Publisert: 31. oktober 2011)
6. Svendsen K, Borchgrevink PC et al. Choosing the unit of measurement counts: the use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption is a useful addition to defined daily doses. *Palliat Med* 2011;25(7): 725-32.
7. Klasco RK, editor. a) Narcotic analgesics comparative review (Sist oppdatert: 18. mai 2011), b) Opioid analgesics - cross allergenicity (Sist oppdatert: 6. februar 2009) (Drug Consult). Micromedex. <http://www.thomsonhc.com/>
8. RELIS database 2001; spm.nr. 276, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no/database)
9. Felleskatalog. Formelregister. <http://www.felleskatalogen.no/> (Lest: 2. november 2011).
10. RELIS database 2010; spm.nr. 4758, RELIS Sør. (www.relis.no/database)
11. RELIS database 2008; spm.nr. 1636, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no/database)

Per-Jostein Samuelsen,
rådgiver, master i farmasi.

Elisabet Nordmo,
seniorrådgiver, cand. pharm.

RELIS Nord-Norge, Universitetssykehuset Nord-Norge
per-jostein.samuelsen@unn.no, relis@unn.no



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!

Blødningsforstyrrelse med komplikasjoner

Kvinner med underlivsplager er en del av hverdagen til de fleste allmennleger, det vanligste er vanligst, og stort sett blir det en avklaring på problemene. Denne historien jeg nå skal fortelle, faller litt utenom det vanlige, og jeg synes den understreker allmennlegens betydningsfulle rolle også etter at spesialisthelsetjenesten er koblet inn:

Kvinne i slutten av 40-årene, født tre barn ca 20 år tidligere, kom pga blødningsforstyrrelser. De artet seg slik at hun fikk småblødninger ved samleie, og hun hadde også smerte- og trykkfølelse i underlivet. Undersøkelse på kontoret avdekket lett forstørret uterus, og mistanke om at det var et myom som ga henne plagene. Hun ble derfor henvist til gynekologisk poliklinikk på nærmeste sykehus, for videre utredning. Etter ca seks uker, kom hun inn til poliklinikken, og det ble gjort undersøkelse som avdekket myom som årsak til hennes plager. Hun ble satt opp til laparoskopisk hysterektomi, da dette så ut til å være løsning på hennes problematikk. 1 mnd senere lå hun på operasjonsbordet. Det tilkom komplikasjoner grunnet adheranser (hun var tidligere operert med Burch-plastikk), og kort fortalt ble det konvertert til abdominal hysterektomi med unilateral oophorectomi, og operasjonen tok toltalt over tre timer.

Alt vel så langt, på tross av langvarig inngrep, og histologi viste også godartet funn. Hun ble rutinemessig sykmeldt etter operasjonen. Da hun en måned etter inngrepet kom til legekontoret for kontroll for sin sykmelding, anga hun noe problemer med å late vannet, ellers bra. Hun var til kontroll på poliklinikken to uker senere, og da kom det fram at hun hadde begynt å få inkontinensproblematikk. Hun hadde i tillegg en urinveisinfeksjon. Undersøkelse avdekket bare normale forhold. Gynekologen henviste henne til inkontinensutredning på samme poliklinikk, da hun hadde hatt tilløp til stressinkontinens før operasjonen også.

To måneder senere var hun til utredning for inkontinens, fremdeles sykmeldt og nå fortvilet. Utredningen viste ikke inkontinens av «stresstypen», da den var kontinuerlig og så ut til å være uavhengig av fysisk aktivitet. Det rant like gjerne på natten under søvn, som i alle andre situasjoner, og hun var avhengig av å bruke bleier. Stresstesten, som ble utført på poliklinikken (blære fylt med vann, bruk av bukpresser hos pasienten, se etter lekkasje) var også negativ. Hun ble allikevel henvist til fysioterapeut for hjelp til bekkenbunnstrening med elektrostimulering, og hun ble satt opp til kontroll etter seks måneder.

Hun oppsøkte legekontoret igjen kort tid etter hun var på poliklinikken, var fremdeles sykmeldt og enda mer fortvilet. Ble da henvist urolog, som hun var hos en måned senere. Der ble det også gjort normale funn, og hun ble instruert i knipeøvelser. I løpet av de kommende månedene, gikk hun til fysioterapeut, og gjennomførte bekkenbunnstrening og elektrostimulering.

Ni måneder etter operasjonen, til kontroll på legekontoret, var hun svært fortvilet, da hun måtte bruke bleier grunnet betydelig lekkasje. Hun klarte ikke være på jobben, sosial aktivitet ble svært begrenset, da hun følte seg «uren» og syntes det luktet urin av henne. Hun hadde i det hele tatt et svært nedsatt funksjonsnivå grunnet lekkasjeproblematikken. Grunnet de uttalte plagene, og opplevelsen av stor fortvilelse hos pasienten, kombinert med at den planlagte behandling fra spesialistens side ikke førte fram, ble hun henvist til sykehusavdeling på regionalt nivå for avklaring.

Igen ventetid på seks uker, før hun ble undersøkt på denne poliklinikken. Der ble det endelig avklart plagenes årsak: Hun hadde fått en fistel fra blære til skjede i forbindelse med operasjonen nesten ett år i forveien, og dette forklarte hennes kontinuerlige lekkasjepproblem!



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Omtrent på dagen ett år etter forrige operasjon, ble hun operert igjen, hvor fistelen ble fjernet, og få uker etter inngrepet var inkontinensplagene borte, og kort tid etter det igjen, ble hun friskmeldt.

Denne historien minner meg på allmennlegens viktige rolle som pasientens støttespiller også etter at spesialisthelsetjenesten har startet utredning og behandling. Det er vi som ofte har nærest kontakt med pasienten, og kanskje også opplever omfanget av pasientens plager i størst grad. I dette tilfellet er det sikkert mye som kunne vært gjort annerledes fra alles side, og kanskje ville løsningen tilslutt kommet for en dag uansett, men det er greit å se at allmennlegen kan sende problemstillinger videre i systemet, når ting ikke løser seg som forventet.

Line Boym
Løten legesenter