

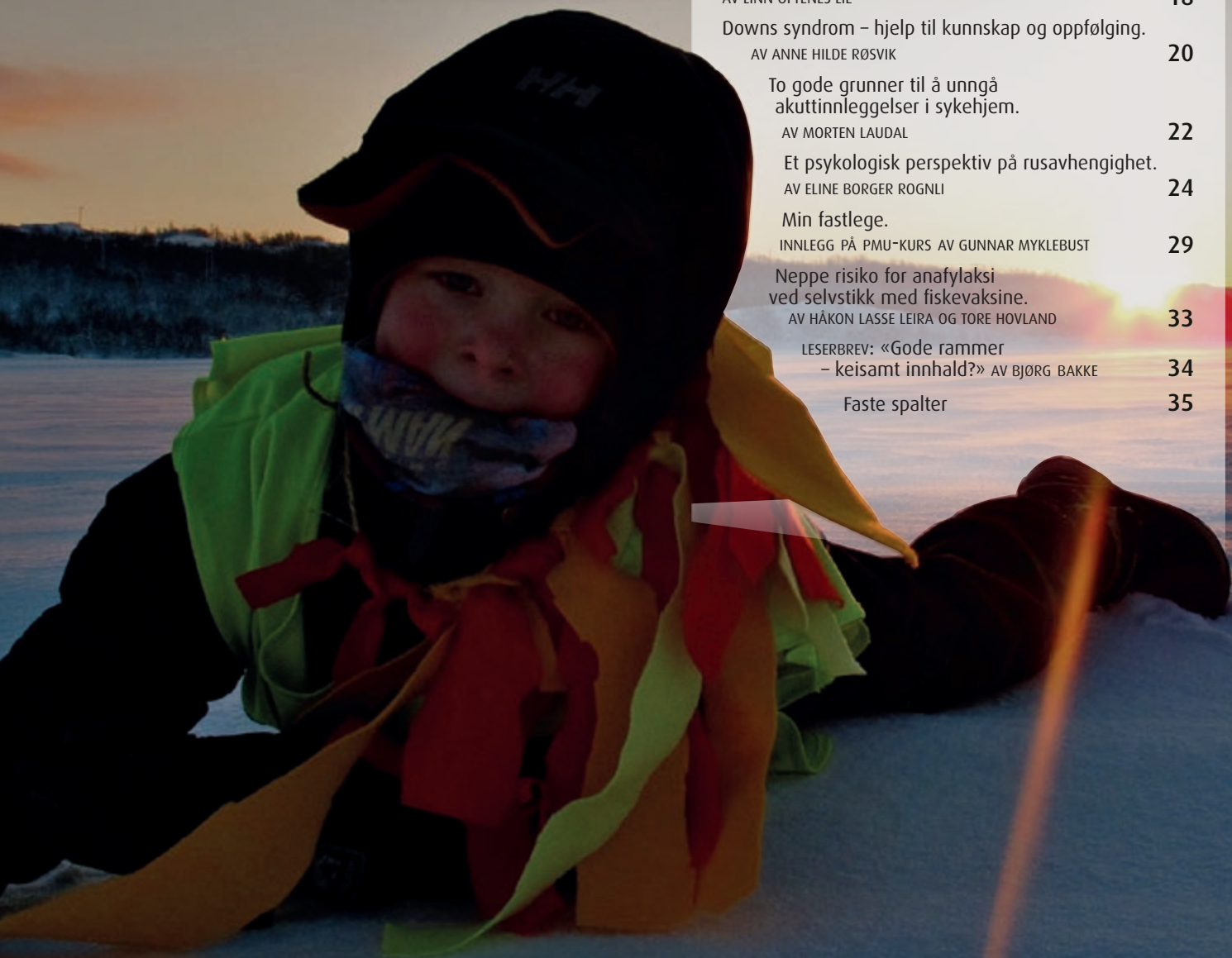
Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 1 – 2013 ◦ ÅRGANG 42

INNHold:

LEDER: «Skal du bli en god fastlege, må du være glad i folk». AV ANNE GRETHE OLSEN	1
Uten kunnskap, ingen praksis – uten praksis, ingen kunnskap. AV KIRSTI MALTERUD	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten. AV HELGE BJØRU	5
Presentasjon av de nye redaktørene – forventninger til Utposten.	7
Ny turnustjeneste – hva er status? AV ANJA FOG HEEN	11
Frisklivssentral – et kommunalt forebyggende helsetilbud. AV GEIR LÆRUM	12
Frisklivssentraler – får de folk til å leve sunnere? AV EVA DENISON	13
En anekdote om norsk-finske språkforviklinger. AV HARALD G. SUNDE	16
Første gangen jeg... AV LINN OFTENES LIE	18
Downs syndrom – hjelp til kunnskap og oppfølging. AV ANNE HILDE RØSVIK	20
To gode grunner til å unngå akuttinnleggelser i sykehjem. AV MORTEN LAUDAL	22
Et psykologisk perspektiv på rusavhengighet. AV ELINE BORGER ROGNLI	24
Min fastlege. INNLEGG PÅ PMU-KURS AV GUNNAR MYKLEBUST	29
Neppe risiko for anafylaksi ved selvstikk med fiskevaksine. AV HÅKON LASSE LEIRA OG TORE HOVLAND	33
LESERBREV: «Gode rammer – keisamt innhold?» AV BJØRG BAKKE	34
Faste spalter	35



Utposten

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupefaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**Badboni El-Safadi**

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 909 090

E-POST: badboni@gmail.com**Sigurd Høye**

Tjurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no**FORSIDE:**

Henriette Fagerborg

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media - 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media - 07.no

07Du finner Utposten på
www.utposten.no

«Skal du bli en god fastlege, må du være glad i folk»

«Jeg vet naturligvis at legen min er et vanlig menneske, og ikke Gud som styrer over liv og død, et normalt menneske som har gode og dårlige dager som alle oss andre, gode og dårlige karaktertrekk, og som sliter med akkurat de samme dagligdage plagene og privatlivene som alle oss andre. Likevel krever vi at legen skal være noe helt ekstraordinært», skriver NRK-journalist Gunnar Myklebust i et essay basert på et innlegg han holdt ved Primærmedisinsk uke sist høst.

Er det kanskje nettopp denne følelsen av å være noe helt ekstraordinært for pasienten, som gjør fastlegejobben så verdifull? Det å vite at noen har forventninger til deg – og stiller krav til deg – er kanskje et gode? Hvordan kan allmennlegene formidle dette videre som noe positivt, til medisinstudentene og nyutdannede leger, som står i startgropa og skal gjøre videre veivalg? I artikkelen «Gode rammer – keisamt innhold?» konkluderer Bjørg Bakke med at allmennmedisinen sliter med et omdømmeproblem. Er det slik at mange medisinstudentene ser på det å bli allmennlege som «det nest beste», noe de mer eller mindre vilkårlig ender opp som?

Gunnar Myklebust skriver at «pasientene ønsker en fastlege som ikke bare finner det riktige plasteret å sette på såret, men som er i stand til å se helheten hos pasienten, der små og store vanskeligheter i dagliglivet kan være av relevans og derfor ha betydning for hva slags plaster som skal brukes.» Er allmennlegene for lite flink til å fortelle hvor spennende og utfordrende dette detektivarbeidet kan være? I lærerrike kasuistikker skriver Sirin Johansen om en friskt utseende ung mann, som viser seg å ha en alvorlig sykdom. Historien er et godt eksempel på hvordan allmennlegen jobber og hvor viktig den «brede» tilnærmingen til pasienten er. Harald Sundes anekdote om norsk-finske språk-forviklinger viser også at kommunikasjon og språkforståelse er sentralt i pasient-konsultasjonen på allmennlegekontoret. Forutsetningen for å stille riktig diagnose ligger i god kommunikasjon, som ikke bare krever et øvet blikk, klinisk skjønn og gode fagkunnskaper, men også at man faktisk skjønner hva pasienten ønsker å formidle.

Årets første utgave av *Utposten* synliggjør at allmennmedisinen er et allsidig fagfelt.

Kompetanseoppbygging i kommunene er en forutsetning for en god samhandlingsreform. Dette blir påpekt av Helge Bjøru i Nordkapp, som viser at tilbud om cytostatikabehandling i sykestue er gjennomførbart og ikke krever så store ressurser. Sykehusleger er ansvarlig for ordinasjonen og for å sikre at nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig, mens sykestuelegene er ansvarlig for at behandlingene gjennomføres i henhold til ordinasjonen. Dette er et eksempel på hvordan god samhandling gir kreftpasienter en enklere hverdag. Artikkelen «To gode grunner til å unngå akuttinnleggelse i sykehjem» av Morten Laudal er en påminnelse om at god samhandling forutsetter at også eldre pasienter med uavklarte tilstander, får nytte godt av de diagnostiske tilbudene som finnes i sykehusene når dette er nødvendig.

«Skal du bli en god fastlege, må du være glad i folk og ta på alvor alt de måtte komme med», skriver Gunnar Myklebust. Innholdet i *Utposten* bekrefter at det finnes mange fastleger som er glad i pasientene sine, og som sørger for at de får utmerket diagnostikk og behandling.

Anne Grethe Olsen

Uten kunnskap, ingen praksis – uten praksis, ingen kunnskap

Allmenntmedisin – et fag med høy og særegen kunnskapsvaluta¹

■ KIRSTI MALTERUD

Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research • Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Siden 1985 har allmenntmedisin vært en fullverdig spesialitet. Men mange stusser fortsatt når jeg presenterer meg som spesialist i allmenntmedisin – de spør hva dette er for et fag? En sisteårs legestudent skriver at det viktige i allmenntmedisin-terminen er å lære den gode konsultasjon, mens skulder læres i ortopedi og hjertesykdommer og diabetes i indremedisin. Hva er det som gjør allmenntmedisinen til et spesifikt kunnskapsfelt som består av mer enn øyekontakt og light-versjonen av andre medisinske spesialiteter? Og hvordan kan vi identifisere, utvikle, dele og bruke denne kunnskapen slik at det blir tydelig for oss selv og andre at vi forvalter et fag med høy og særegen kunnskapsvaluta? Hvor ligger de største utfordringene? Og hvordan kan allmenntmedisinen bidra til radikal nytenkning i resten av medisinen?

Klinisk logikk utfordrer lineær kausalitet

Studenten har rett i at allmenntlegen bør ha kjennskap til hvordan ortopedien undersøker en vond skulder. Diagnostiske prosedyrer må imidlertid tilpasses den allmenntmedisinske konteksten. Vidt forskjellige betingelser, som for eksempel pretest sannsynlighet, sammensatte sykdomsmekanismer eller tilgang på medisinsk teknologi bestemmer hvordan funnene tolkes og hva de kan bety – eller hva det betyr når vi ikke finner noe spesielt. Gode samhandlingsferdigheter er nødvendige, men sjelden tilstrekkelige til å oversette det ortopediske til det allmenntmedisinske, selv ved en tilsynelatende enkel og mekanisk problemstilling.

Den allmenntmedisinske kunnskapen bryter ofte med den medisinske lineære logikk og kausalitetsforståelse som vi er lært opp til å følge. Algoritmene kan være til nytte og støtte, men mangler gjerne det avgjørende leddet som forklarer hvorfor akkurat denne pasienten har vondt i skulderen og hva som kan gjøres for at den skal bli bedre. Nå tenker jeg ikke

bare på betydningen av psykososiale faktorer eller ergonomi på arbeidsplassen når det gjelder utvikling av smertetilstander. Jeg tenker heller ikke bare på de kliniske strategiene som allmenntlegen skreddersyr for å kunne håndtere høyprevalente hverdagsplager på en pragmatisk måte (1–2). Jeg vil rette søkelyset mot en faglig annerledeshet i forståelsen av kunnskap og grunnleggende medisinske begreper. Allmenntlegen trenger for eksempel ikke alltid en diagnose for å kunne iverksette målrettet behandling av plagsomme symptomer. Derfor kan den kliniske logikken stille legen overfor tilsynelatende motstridende argumenter eller konklusjoner. Montgomery skriver «When you hear hoofbeats, don't think zebras» (3). Allmenntlegen fjernlagrer kunnskap om sjeldne differensialdiagnoser for å kunne arbeide problemorientert og fokusert, men likevel ha de dramatiske alternativene tilgjengelige tilstrekkelig langt fremme i bakhodet.

Håndgrikelig kunnskap eller bare tilfeldigheter?

De kognitive mønstrene som styrer klinikerens beslutningsgrunnlag har vært kalt intuisjon, ekspertkunnskap eller taus kunnskap (4–6). Noe av dette er personlig, flyktig og tilfeldig på en måte vi aldri vil kunne fange. Men også i grenselandet mot det mer erfaringsbaserte kan vi identifisere håndgrikelig kunnskap som noe mer enn knep og tilfeldigheter som den enkelte allmenntleges skarpe nese kan snuse seg frem til (7). Allmenntmedisinen er et kunnskapsfelt som fortjener å dokumenteres, etterprøves og deles, kanskje særlig fra grensesnittet der den tradisjonelle medisinske kunnskapen kommer til kort. Håndtering av tilsynelatende flytende motsigelser krever is i magen, varme i hjertet, og en avansert evne til å ha flere tanker og følelser i hodet på en gang – en allmenntmedisinsk kompetanse der ute i jungelen på en onsdag, som min gode venn og læremester Per Fugelli pleier å si.

Faget vårt består av to sentrale deler: kunnskap og praksis, hvor den ene er en nødvendig betingelse for den andre: Uten praksis, ingen kunnskap. Uten kunnskap, ingen praksis. Viktig forskning om konsekvensene av Giardia-epidemien i Bergen startet for eksempel da Knut-Arne Wensaas la merke til at det var

usedvanlig mange pasienter med diare på legekontoret hans noen novemberuker i 2004 (8–9). I dag er det vanlig å kombinere allmenntmedisinsk forskning med klinisk praksis. Dette gir et godt utgangspunkt for utvikling av relevant og praksisnær kunnskap.

Pasienttilfredshet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for medisinsk kvalitet. Fastlegene har de mest tilfredse kunder blant ni utvalgte offentlige tjenesteleverandører i 2012. Paradoksalt nok har allmenntmedisinen likevel et betydelig omdømmeproblem. Folk, politikere og kolleger kjenner ikke merverdien av faget vårt i forhold til sykehusspesialitetene. Kongens livlege er professor i kardiologi. Riktignok vet vi at kongen er operert for hjertesykdom. Men ingen ser ut til å tenke at han trenger en fastlege. Vi må gjøre det tydeligere for oss selv og andre hva faget vårt faktisk består av.

Mangfold eller kaos?

I klinisk praksis er variasjonene store. Handlingsprogrammene er ikke alltid brukbare kart i praksisterrenget. Individualisert omsorg og multimorbiditet passer dårlig inn i en mal beregnet på enkeltsykdommer. Vi må finne praktiske kompromisser når blodtrykkverdier, livsstilsråd og reseptblokk skal passe med pasientens totale sykdomsbilde, livssituasjon, muligheter og verdier. Anna Hansen, 82 år gammel, tåler kanskje ikke NSAID for sin hofteleddssartrose fordi hun også har hjertesvikt og atrieflimmer med antikoagulasjonsbehandling. Allmenntlegen må finne de best mulige og minst farlige kompromissene. Likevel er variasjonene i klinisk praksis større enn det vi kan forklare på denne måten. Her har akademisk allmenntmedisin en viktig utfordring – vi må være tydelig og overbevisende på at vi forholder oss forpliktende til en kjerne av kunnskap. Vi må undersøke og drøfte hvor grensen går for kunnskap som er og skal være flytende og i bevegelse, sammenliknet med tilfeldig klinisk aktivitet.

De store variasjonene behøver likevel ikke nødvendigvis innebære at allmenntmedisinen er et faglig anarki. Det kan også tyde på at et snevert normalitetsbegrep passer dårlig i allmenntpraksis. Avvik behøver ikke innebære uheld – enten det gjelder prøvesvar, kroppshøyde eller seksuell orientering. Per Fugelli sier at allmenntlegen kan motvirke medisi-

¹ Omarbeidet festtale (eller preken) fra 40-årsjubileet for akademisk allmenntmedisin i Bergen 10. november 2012



Vi må finne praktiske kompromisser når blodtrykkverdier, livsstilsråd og reseptblokk skal passe med pasientens totale sykdomsbilde, livssituasjon, muligheter og verdier. ILLUSTRASJONSFOTO COLLAGE: DUŠAN ZIDAR / UNNTAK: LIV FRIIS-LARSEN (Ø.T.H.), HELDER ALMEIDA (MIDTEN), COREPICS VOF (MIDTEN T.H.) OG ANDRZEJ TOKARSKI (N.T.V.)

nens tyveri av verdighet (10) i møte med mennesker som avviker fra medisinsens normalitet. Kunnskap om hvordan stigma, skam og anklager – eller motsatt: styrking, anerkjennelse og forståelse – utspiller seg i det allmennmedisinske rommet, er viktige forutsetninger for et fag som ikke ønsker å overlate samhandling om grunnleggende spørsmål til øyeblikkets innskytelse. Lesbiske kvinner og mennesker med sykelig overvekt er pasientgrupper som vet mye om hvilke kommunikative nyanser som kan utgjøre en forskjell i møtet med allmennlegen (11–12).

Hva er en diagnose, og hva kan den brukes til?

De store variasjonene i allmennpraksis kan også gi oss indikasjoner på hvor, hvordan og hvorfor det medisinske kartet stemmer dårlig med terrenget. Riktignok har vi et utall av diagnoser til rådighet – også symptomdiagnoser fra ICPC for de udifferensierte sykdomsbildene som førstelinjen er full av. I 1942 problematiserte Henry Cohen, britisk radiolog, diagnosen som medisinsk grunnhet. Han skrev: «All diagnoses are provisional formulae designed for action.» – alle diagnoser er foreløpige

formler som skal brukes til handling (13). Diagnosen må vurderes i forhold til sin bruksverdi. Allmennlegen vet at diagnosene ikke alltid gir et godt navn på det pasienten feiler, og slett ikke alltid kan brukes til handling. Her har vi ennå mye ugjort, ikke minst så lenge mange andre, både kolleger, godfolk og politikere, tror en diagnose er et faktum.

Samtidig finnes det diagnoser som er ufravikelig viktige å stille. Tenk bare på malignt melanom, hjerteinfarkt, slag og meningitt. I allmennmedisinen må vi ikke henfalle til et kunnskapssyn der øyekontakt alltid er det vik-

tigste – slik enkelte av våre kolleger fra andre medisinske fagfelt av og til omtaler faget vårt. Det allmennmedisinske kunnskapsfeltet må være robust nok til å samle gammel og ny kunnskap i samme rom, helst på en måte som skaper harmoni og ikke tordenvær. Det må være mulig å se merverdien av fenomenologiske perspektiver uten å måtte forkaste all biomedisinsk kunnskap. Å sette denne summen av kunnskap i system og gjøre den tilgjengelig er også et viktig oppdrag for det allmennmedisinske akademi. Den norske læreboka i allmennmedisin, redigert med sikker hånd av Steinar Hunskaar, er et godt eksempel på at dette er mulig, selv om det kan virke digert (14).

Flere tanker i hodet på en gang – dikotomiene er meningsløse!

Kompleksitet og multimorbiditet er viktige stikkord for de krevende faglige utfordringene i den medisinske førstelinjen. Ulike forskningsmetoder kan på ulike måter vise oss hvilke krefter som er i spill når folk blir syke. Å kunne ha mange tanker i hodet på en gang er allmennmedisinsk basiskompetanse. Allmennlegen vet at i klinisk praksis kan det være viktigere å bryte negative sirkler enn å identifisere årsak. Myten om den nøytrale observatør er forlenget avlivet i akademiske fagområder utenfor medisinen. Vi må vise resten av medisinen hvor meningsløst det er å skille mellom kropp og sjel, subjektivt og objektivt, ved å presentere et kunnskapsgrunnlag som gjør det mulig å forstå og håndtere samtidig pågående prosesser. Vitenskapelig-gjøring og videreutvikling av den allmennmedisinske kompleksitetskompetansen er et viktig oppdrag, slik for eksempel vår svenske kollega Carl Edvard Rudebeck har gjort ved å presentere begrepene «eksistensiell anatomi» og «kroppsempati» (15).

Å ta vitale beslutninger under betydelig usikkerhet

Ofta må allmennlegen ta vitale beslutninger under betydelig usikkerhet. De kliniske utfordringene opptrer i ulike forkledninger, der vi først i ettertid får den endelige fasiten. Når algoritmene ikke strekker til, er avansert klinisk skjønn, beslutningsteori og sannsynlighetstenkning sentrale aspekter av den allmennmedisinske kompetansen. Allmennlegen må tåle å leve med usikkerhet – faget innebærer en kalkulert risiko for å gjøre feil, til og med vitale feil. Vi som forvalter dette kunnskapsfeltet må gjøre usikkerheten til en synlig og legitim dimensjon. Vi må utvikle metoder for å redusere usikkerheten, og samtidig støtte den modige og sårbare kliniker som tar belastningen ved å stå midt i dette feltet over tid. I møte med barn med feber vil det kanskje bare i ettertid være mulig for all-

mennlegen å peke ut den ene som viste seg å ha livstruende meningitt. Vi vet hvordan alvorlig sykdom kan utvikle seg så raskt at det med dagens kunnskap er umulig å forutsi på individnivå. For legfolk kan det være vanskelig å forstå at et dramatisk sykdomsforløp ikke skyldes legefeil. Tilliten til allmennmedisinen styrkes hvis vi kan vise at beslutningsfeltet er flytende, men likevel forutsetter en kunnskapsbasert logikk som faget stiller seg bak.

Sårbarhet som styrke

I tillegg skal vi allmennleger bære frustrasjonen som mange mennesker med kroniske helseplager retter mot dem som ikke kan fjerne plagene. Å forherde seg følelsesmessig er risikabelt. Når teknisk rasjonalitet får forkjørsrett, kan resultatet blir at legen brenner ut og at pasienten møter krenkelser fra den som skulle hjelpe (16). I allmennmedisinsk forskning har vi lang tradisjon for å legge de kliniske dialogene under mikroskopet, slik at vi kan forstå mer om hva som kan gjøres bedre (17). Hvordan kan både pasientens og legens sårbarhet vendes til styrke for alle parter? Per Fugelli skriver om tillit som et bærende element i slike forhandlinger (18). Hva slags kunnskap er dette, og hvilke forskningsmetoder kan åpne de små og trange vinduene til rommene der det finnes noen svar (19)? Det er lettere for forskeren å finne veien til disse rommene når man selv har vært der som kliniker.

Per Fugelli minner oss også om at avmakt og sykdom er alle menneskers lodd. Det han kaller nullvisjonen er vrangforestillingen om at menneskelivet helst skulle vært uten lyte, sykdom og død (18). Når nullvisjonen blir rettesnor, kommer både allmennlegen og pasientene til kort. Pasienter forteller at legen sa 'Du har kun deg selv å takke'. Forakten for svakhet er en farlig variant av nullvisjonen som kan dukke opp i møter med folk som sliter med livsstil og risikotilstander. Forskning viser at allmennlegen i blant bruker skam som virkemiddel i livstils påvirkning (20). Kunnskapsfeltet vårt må omfatte metoder for å styrke mennesker som sliter, herunder røde flagg når vi nærmer oss forakt for dem som ikke lykkes i det vi selv klarer uten problemer. Risikotenkning og sykdomsforebygging må balanseres av ressurstenkning og helsefremmende perspektiver for at det allmennmedisinske regnestykket skal gå opp.

En slags diagnose for akademisk allmennmedisin

Mot slutten av denne teksten er det nå på tide å stille en slags diagnose for akademisk allmennmedisin – en diagnose som ikke er navn på en sykdom, men en foreløpig formulering som grunnlag for handling. I denne teksten

har jeg løftet frem pluser og minuser i vårt faglige regnskap. Et prima grunnlag for videre handling nasjonalt og internasjonalt er at faget vårt over tid har utviklet en bred og solid vitenskapelig kompetanse, med gjensidig respekt for ulike strategier for utvikling av ny kunnskap. Men nå gjelder det å ikke hvile på laurbærene, men utålmodig jage videre. Ikke hvor som helst, ikke nødvendigvis der de mest opplagte publikasjonsgevinstene ligger, men i riktig retning – innover mot kjernen i faget. Med relevans som sentral målestokk, slik at dialogen mellom akademi og grasrot blir tydelig og produktiv.

Uten praksis, ingen kunnskap. Uten kunnskap, ingen praksis.

REFERANSER

1. Howie JG. Diagnosis--the Achilles heel? J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310–5.
2. Crombie DL. Diagnostic process. J Coll Gen Pract 1963; 6: 579–89.
3. Hunter K. «Don't think zebras»: uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical education. Theor Med 1996; 17: 225–41.
4. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester, Mass.: Peter Smith, 1983.
5. Schön DA. The reflective practitioner : how professionals think in action. Aldershot: Avebury, 1991.
6. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theor Med 1995; 16: 183–98.
7. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001; 358: 397–400.
8. Wensaas K-A, Langeland N, Hanevik K et al. Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 3 years after acute giardiasis: historic cohort study. Gut 2011.
9. Wensaas K-A, Langeland N, Rørtveit G. Avdekking av giardiasisutbruddet i Bergen 2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2007 2007; 127: 2222–5.
10. Fugelli P. Den helbredende dansen. Allmennlegeforeningens 75-års jubileumsbok 2013 (in press).
11. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. Scand J Prim Health Care 2009; 27: 238–43.
12. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice. A focus group study on patient experiences. Scand J Prim Health Care 2010; 28: 205–10.
13. Cohen H. The nature, methods and purpose of diagnosis. Lancet 1943; 24: 23–5.
14. Hunskaar S. Allmennmedisin. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
15. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 4–8.
16. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient. A qualitative study about unintended intimidations. Scand J Public Health 2008; 36: 92–8.
17. Nessa J. From a medical consultation to a written text. 1. Transcribing the doctor-patient dialogue. Scand J Prim Health Care 1995; 13: 83–8.
18. Fugelli P. 0-visjonen : essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforl., 2003.
19. Stensland P. Action research on own practice. Methodological challenges. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 77–82.
20. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA et al. Power and powerlessness: GPs' narratives about lifestyle counselling. Br J Gen Pract 2012; 62: e160–6.

Allmennt medisinske utfordringer

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



Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten

■ HELGE BJØRU *kommunelege i Nordkapp kommune*

Tradisjonelt har cytostatikabehandling vært en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men i fremtiden kan vi forvente at dette i større grad vil skje utenfor sykehus. Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten er aktualisert gjennom samhandlingsreformens intensjoner. Artikkelen beskriver våre erfaringer med cytostatikabehandling ved sykestua i Honningsvåg.

Prevalensen av kreftsykdom har steget gjennom mange år. Endringer i befolkningens alderssammensetning og økt overlevelse gir grunn til å forvente en ytterligere stigning i årene fremover (1). Antall pasienter som vil kunne ha effekt av cytostatikabehandling vil derfor øke.

TABELL 1. Utvikling i antall cytostatikabehandlinger ved sykestua i Honningsvåg.

ÅRSTALL	ANTALL KURER GITT	ANTALL PASIENTER
2006	14	4
2007	35	7
2008	38	9
2009	56	9
2010	73	13
2011	33	7
2012 til og med uke 25	34	7



Erfaringer fra Honningsvåg tilsier at cytostatikabehandling utenfor sykehus er gjennomførbart uten store krav til ressurser. Det gir kreftpasienter en enklere hverdag. FOTO: H. BJØRU

Gode forutsetninger

I Nordkapp kommune har sykestua i flere år gitt tilbud om cytostatikabehandling. Dette har vært mulig fordi sykestua har sykepleierbemanning på døgnbasis og daglig legetilsyn. Nødvendig medisinsk utstyr ved akutte komplikasjoner er lett tilgjengelig. Legen er ikke bundet av timeavtaler og kan bruke den tiden som er nødvendig. Skulle pasientene ha behov for forlenget opphold – for eksempel på grunn av bivirkninger eller svekket allmentilstand – lar dette seg greit gjennomføre uten kompliserende innleggelsesprosedyrer.

Pasientprofil og erfaringer

De første årene ble det kun sporadiske cytostatikabehandlinger ved sykestua i Honningsvåg. Etter ansettelse av kreftsykepleier og innkjøp av LAF-benk (avtrekksbenk med «laminar air flow») i 2006, økte volumet raskt. De siste årene har vi sett en avflating i antall gitte kurer. Antallet kurer gjenspeiler forekomsten av pasienter med kreftsykdom (TABELL 1).

Hva slags cytostatikabehandling dreier det seg om? Tabell 2 viser med hvilke intensjoner cellegiftkurene ble gitt. De palliative domine-

ÅRSTALL	ADJUVANT/NEOADJUVANT	PALLIATIV
2006	1	13
2007	10	25
2008	9	29
2009	25	31
2010	35	38
2011	9	24
2012 tom uke 25	16	18

TABELL 2. Antall kurer med adjuvant/neoadjuvant og palliativ intensjon.

DIAGNOSE	BRYST	LUNGE	TYKKTARM	PANKREAS	ØVRIGE
Antall	9	9	4	4	11

TABELL 3. Antall pasienter med ulike kreftdiagnoser.

rer, mens man i år med mange nydiagnostiserte tilfeller av brystkreft ser en høy andel behandlinger med adjuvant/neoadjuvant intensjon. Det er gitt ulike kombinasjoner av tilsammen 19 substanser: syklofosamid, pemetrexed, fluorouracil, gemcitabin, vinorelbin, etoposid, paklitaksel, docetaksel, epirubicin, bleomycin, cisplatin, karboplatin, oksaliplatin, rituximab, trastuzumab, cetuximab, bevacizumab, irinotecan og bortezomib.

Totalt 37 pasienter er blitt behandlet med cytostatika. Noen pasienter har fått behandling over flere år, derfor er det en diskrepans i tallmaterialet i forhold til tabell 1. Tabell 3 viser antall pasienter fordelt etter diagnoser. Alder ved oppstart av behandling varierer mellom 21 år og 81 år, med en medianalder på 63 år. Antallet kurer per pasient varierer mellom én og 28, med fem som mediantall. 12 pasienter fikk 10 kurer eller flere.

Utstyrsbehov

For å tilby cytostatikabehandling utenfor sykehus, må man ha muligheter for å kontrollere hematologisk status (Hb, trombocytter, nøytrofile) og CRP, og få resultatene innen et par timer. På sykestua i Honningsvåg betyr det at vi må ha analysemaskin på stedet, da sending til sykehus eller privat laboratorium innebærer at resultatene tidligst kan mottas neste dag. Øvrige serumprøver som for eksempel kreatinin har vi kunnet sende da det ikke har vært behov for resultatet samme dag.

Utblanding av cytostatika må skje i henhold til kjemikalieforskriften (2). Det stilles krav om arbeidsbenk med avtrekkskap. Vi har valgt å benytte en LAF-benk pga. det forholdsvis høye antallet behandlinger. Ved et mindre omfattende tilbud vil man klare seg med enklere og rimeligere løsninger. Sykehusapotek og enkelte andre apotek kan tilby utblanding, men det fordrer kortere transporttid til behandlingsstedet. Utstyr til selve

infusjonen kan leveres fra sykehus, men man er avhengig av å ha en dråpeteller for å kunne gi infusjonene med riktig hastighet.

Kompetanse og ansvar

Alle cytostatikabehandlinger gitt ved sykestua i Honningsvåg er instituert av sykehuslege, fortrinnsvis ansvarlig lege ved kreftavdelingen, lungeklinikken eller enhet for hematologi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Første kur i en behandlingsrekke gis fortrinnsvis ved sykehus for å fange opp eventuelle allergiske reaksjoner. Flere pasienter har hatt sentralvenøs tilgang (veneport/CVK). Sykepleierne må ha kompetanse til å håndtere disse innretningene.

Sykehuslegen er ansvarlig for ordinasjonene og for å sikre at nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig. Sykestuelegen er ansvarlig for at behandlingene gjennomføres i henhold til ordinasjonene. Legene ved Nordkapp legesenter ruller på å være sykestuelege. Ingen av legene har formell tilleggskompetanse, men de har tilegnet seg kunnskap ved litteraturgjennomgang, fagmøter og diskusjoner med sykehusleger. Sykestuelegen gjennomgår prøvesvar forut for en planlagt kur og kontrollerer cellegiftens dosering. Hvis prøvesvar tilsier at kuren må utsettes eller dosen reduseres, avklares dette i samråd med ansvarlig sykehuslege.

Tilgang til kreftsykepleier – som har kompetanse på håndtering og utblanding av cytostatika – har fra starten vært avgjørende for å etablere tilbudet om cytostatikabehandling ved sykestua. I tillegg har to til tre sykepleiere fått opplæring for å kunne ivareta virksomheten når kreftsykepleier ikke er tilstede.

Vi har ikke hatt komplikasjoner relatert til infusjonene som har ført til øyeblikkelig hjelp-innleggelse på sykehus. Vi har sett lettere allergiske reaksjoner som har gjort at man har avbrutt infusjonen. Pasientene har da fått videre behandling ved sykehus.

Gevinster med behandling lokalt

Bjrdal & Aass har i *Tidsskrift for Den norske legeforening* påpekt betydningen av at palliativ kjemoterapi gis på det omsorgsnivået nærmest pasienten (3). De anfører at det er vesentlig å ta hensyn til pasientenes tidsbruk og at man bør unngå at de blir bundet til sykehuset over lang tid. Gevinsten ved palliativ kjemoterapi må vurderes mot belastningen ved lang reisevei (4).

Flere av pasientene som har fått palliativ cytostatikabehandling lokalt ved sykestua ville neppe ha kunnet nyttiggjøre seg denne terapien dersom det innebar stadige reiser til sykehus. Det betyr at et lokalt tilbud om cyto-

statikabehandling er en forutsetning for at kreftpasienter som bor langt unna sykehus skal få fullverdig behandling. Pasientene ville uansett fått adjuvant og neoadjuvant behandling ved sykehus, men med en betydelig økt belastning i form av reiser og fravær fra hjemmet. I tillegg ville det være økt risiko for suboptimal behandling pga. utsettelse som følge av innstilte flyavanger og lignende.

Vi mener at vi håndterer komplikasjoner som oppstår mellom kurene bedre fordi vi har et eierforhold til behandlingen og har dokumentasjon på hva som er blitt gitt og eventuelle problemer som har oppstått. Sykehuse- ne synes å ha ulik praksis på hvorvidt det sendes tilbakemelding til primærhelsetjenesten på de enkelte kurene når de gis poliklinisk.

Behandlingstilbudet ved sykestua i Honningsvåg er avhengig av et tett samarbeid med sykehuset. Videre må spesialistene være villig til å gi oss faglig støtte. Vi erfarer at de forskjellige avdelingene prioriterer dette ulikt. I så måte har kreftavdelingen ved UNN utmerket seg ved å gjøre seg tilgjengelig for spørsmål via telefon og videokonferanse, skrive instruktive epikriser samt oppdatere og tilgjengeliggjøre kur- og infusjons-skjema via internett-siden.

Terminologien innen cytostatikabehandling oppleves ofte forvirrende med akronymer som refererer til utgåtte merkenavn og kliniske studier. Sett fra førstelinjen ville det være en stor fordel om man tok i bruk akronymer som refererte til generisk betegnelse på aktive substanser.

Enklere for pasientene

Tilbud om cytostatikabehandling ved sykestue er gjennomførbart og krever ikke store ressurser. Det gir pasientene en enklere hverdag. For pasienter som kan nyttiggjøre seg palliativ cytostatikabehandling, vil et lokalt tilbud ofte være nødvendig for at behandlingen skal kunne gjennomføres.

REFERANSER

1. Helsetilstanden i Norge: Kreft. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012.
2. Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (kjemikalieforskriften).
3. Bjrdal K, Aass N. Palliativ cytostatikabehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3206–7.
4. Aass N, Bjrdal K, Tveit KM, Nordøy T. Tumoret palliativ behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126:628–32.

 h.bjoeru@gmail.com

Presentasjon av de nye redaktørene

– forventninger til *Utposten*

Badboni El-Safadi

(f. 1974). Fastlege i Fyllingsdalen og sykehjemslege på Bønes i Bergen.

Uteksaminert fra det medisinske fakultetet ved Universitetet i Debrecen, Ungarn i 2008.

Jeg trivdes så godt som allmennlege at jeg valgte å fortsette med det etter avtjent turnus-tjeneste.

Er i spesialisering og stortrives med å være fastlege. Har en forkjærlighet for akuttmedisin og trives godt på legevakt. Idrettsmedisin og kirurgi er to andre felt som interesserer meg spesielt.

Jeg er veldig stolt av å være med som redaktør for et slikt innholdsrikt fagblad. Det er mange svært store sko å fylle og det var veldig spesielt å få møte så mange redaktører på 40-årsjubileet i fjor høst. *Utposten* har for mange allmenn- og samfunnsmedisinere, såvel som for medisinstudenter, betydning mye i mer enn 40 år.

Jeg gleder meg til å være med å fargelegge *Utposten* litt jeg også.



Lisbeth Homlong



(f. 1973). Etter åtte år i allmennpraksis og seks år som fastlege i Bergen, tok eg i 2011 ei pause for å drive med forskning. Framleis er eg PhD-stipendiat på fulltid ved Avdeling for allmennmedisin på Universitetet i Oslo, der er held på med eit prosjekt om ungdomshelse, skulefråfall og tidleg marginalisering frå arbeidslivet. Men eg har ein klar plan om å vende tilbake til klinisk allmennpraksis når eg er ferdig med prosjektet – det er der eg høyrer heime! Allmennmedisin for meg inneber autonomi, variasjon, møte med menneske og den alltid like fascinerande kombinasjonen av naturvitskapleg og humanvitskapleg tenkning.

Etter fire år i *Utposten*-redaksjonen, kan eg konkludere med at arbeidet med *Utposten* har medverka til å styrkje min allmennmedisinske identitet. I tillegg har det gitt meg høve til å dyrke mi generelle lese- og skriveinteresse i ein fagleg samanheng. *Utposten* er for meg eit forum der fagstoff kan formidlast på ein lett-fatteleg og engasjerande måte. Den største utfordringa i arbeidet med *Utposten* vidare vil vere å halde oppe lesaren si interesse i eit mylder av fagstoff frå mange kanalar. Men bladet si evne i å medverke til undring og refleksjon over problemstillingar og utfordringar vi møter i den allmennmedisinske kvardag – den finn vi ikkje så mange andre stadar. Derfor trur eg at *Utposten* vil vere viktig også i framtida.

Sigurd Høye



(f. 1972). Ph.d.-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Jeg holder på med et ph.d.-prosjekt om antibiotikabruk i allmennpraksis, og har min daglige arbeidsplass på Antibiotikaserteret for primærmedisin ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Tidligere har jeg jobbet på Oslo legevakt, og fem år som allmennlege på Lillestrøm. Jeg trives godt med formidling og redaksjonelt arbeid, og er glad for å ha blitt invitert med i *Utposten*-redaksjonen.

Som helt nytt redaksjonsmedlem var det stor stas å få være med på *Utposten*'s 40-årsjubileum under Primærmedisinsk uke i fjor høst. Bladet har en sterk og stolt tradisjon. Jeg ønsker å bidra til at *Utposten* fremdeles skal være en aktuell, relevant, original, utfordrende og underholdende stemme i norsk allmenn- og samfunnsmedisin.



Anne Grethe Olsen



(f. 1960). Har jobbet som kommuneoverlege og fastlege i Hammerfest i 23 år, før jeg bestemte meg for at jeg ville prøve meg i helseforetakssystemet. Jeg jobbet derfor som regional smittevernoverlege i Helse Nord i 2011 og jobber nå som samhandlingssjef på UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge). Etter to år nesten uten pasientpraksis, skal jeg nå begynne å jobbe litt i allmennpraksis igjen. Jeg har savnet pasientene og den kunnskapen de hele tiden tilførte meg. Jeg tror kombinasjonen av å arbeide med samhandling i helseforetaket og å ha noe pasientkontakt i allmennpraksis, kan være fin. Det er jo pasientene som skal nyte godt av samhandlingsreformen, og da må vi høste av deres erfaringer med arbeidet vi gjør både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Jeg er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og har en mastergrad i folkehelsevitenskap (MPH). Jeg har over flere år engasjert meg i fagforeningsarbeid og også vært spesielt opptatt av rekruttering av leger til distriktene, legers muligheter for faglig utvikling, ny turnustjeneste og fordeling av helsetjenesteressurser. Jeg har vært medlem i sentralstyret i Dnlf, styret i OLL (nå LSA), UNN-styret, Soria Moria-styret og i legeførenings regionsutvalg nord, samt leder i Finnmark legeförening. Jeg ble både overrasket og glad over å bli spurt om å være redaktør i *Utposten*. Jeg har alltid likt å lese *Utposten* og gleder meg til å kunne få være med på å oppmuntre kolleger til å skrive om stort og smått fra legehverdagen sin, forskningen sin eller noe annet som de «brenner for». Jeg håper selvsagt også at noen vil dele eksempler på god samhandling med oss og gode eksempler på hvordan man bygger opp kompetanse i primærhelsetjenesten til å håndtere stadig nye oppgaver.

Mona Søndena



(f. 1957). Fastlege og kommuneoverlege i Kirkenes. Kom hit i distriktsturnus i 1984 og har vært her siden. Spesialist i allmenn og samfunnsmedisin. Bistilling hos Fylkesmannen i Finnmark hvor jeg jobber med utdanning av spesialister i samfunnsmedisin.

Jeg har en stor feil og det er at jeg har en tendens til å synes det meste er artig. Det gjør at CVen min er blitt lang med årene, men du verden så flott livet som doktor er selv om det til tider både er travelt og strevsomt. Jeg har tidligere jobbet mange år med fagforeningsarbeid i legeföreningen. Dette arbeidet ble avløst av styreverv, først i Helse Finnmark, deretter i Helse Nord og nå tilbake til Helse Finnmark igjen – lærerikt, litt skummelt, meget interessant og svært utfordrende arbeid. Det er spennende å være med der det skjer og jeg er opptatt av helsepolitikk og er svært glad for alle utfordringene jeg har fått

Tom Sundar

(f. 1964). Kommunelege i Rendalen, Hedmark.

Jeg er spesialist i allmennmedisin og har jobbet i Osloområdet i mange år. Høsten 2011 tok jeg et sprang fra by til land ved å bli kommunelege i Rendalen. Med store avstander, lang vei til sykehus og hyppig legevakt, er kontrasten til mine tidligere arbeidssteder i Lørenskog og på Grünerløkka store. I Rendalen har det vært så mange vikarer de to siste årene, at fastlege er et fremmedord. Det er kanskje ikke rart at folk da kaller meg for «distriktslegen»?

Overgangen til distriktsmedisin har gitt meg nye impulser i redaktørrollen i *Utposten*, hvor jeg har vært med siden 2008. Det var derfor ikke vanskelig å si ja til å «være med litt til», selv om mitt åremål egentlig var omme. For en som liker å skrive og formidle, er *Utposten* en unik formidlingskanal og primærmedisinsk skrivestue.

I årene som kommer må *Utposten* kjempe mer om lesernes tid og oppmerksomhet. Skal

som lege. Ellers har jeg gjennom årene vært opptatt av rollen som kombilege, en rolle jeg har funnet som både troverdig og nyttig for å gjøre et godt samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen min. På den samfunnsmedisinske arena har jeg har vært så heldig å fått lov å jobbe som veileder av samfunnsmedisinske utdanningskandidater i snart 20 år – en meget spennende oppgave. Det er viktig at vi som begynner å dra på årene engasjerer oss i å motivere og å hjelpe unge leger til å trives med det de jobber med. I Finnmark kjøres dette utdanningsprogrammet i regi av Fylkeslegen og vi har spennende og svært lærerike møter med stor stabilitet og høy faglighet.

Ellers er jeg opptatt av utdanning av allmennpraktikere og er også veileder her, men har ikke jobbet så mye med dette som med samfunnsmedisinere. Som fastlege stortrives jeg. Er opptatt av godt miljø og trivsel på kontoret. Dersom jeg kan ha bidratt en liten bit til å stabilisere og rekruttere leger i Kirkenes er jeg overlykkelig.

Jeg har vært ivrig leser av *Utposten* siden 1984 og fant rask ut at det var i dette faget min identitet var og *Utposten* har vært viktig for å få meg til å forstå at jeg strevde med de samme pasienter og problemer som mine kollegaer i allmenn- og samfunnsmedisin. Jeg sa derfor ja til å sitte i forrige redaksjon av *Utposten* og var med i denne fra 2009 til 2012. Det er fortsatt både spennende, utfordrende og lærerikt å delta i *Utpostens* redaksjon så jeg blir med litt videre. For meg er *Utposten* viktig for å formidle både fag og holdninger.



medisinsk og helsefaglig informasjon kunne konkurrere med alle inntrykk som leger og pasienter bombarderes med, må den presenteres på en konkurransedyktig og tillitvekkende måte. Dette blir en spennende utfordring for et dugnadsbasert fag- og kontaktblad som fortsatt fortjener livets rett som papirmedium.



Utpostens redaksjon i perioden 2008–12 hadde sin siste samling i fjor høst. Fra venstre: Jesper Blinkenberg, Ann-Kristin Stokke, Mona Søndenhå, Esperanza Diaz, Tove Rutle, Lisbeth Homlong, Tom Sundar og Ole Andreas Hovda.

Ny turnustjeneste – hva er status?

■ ANJA FOG HEEN *nestleder Yngre legers forening, nestleder Turnusrådet*

Turnusordningen har lenge vært under omfattende debatt i Legeforeningen, og myndighetene har kommet med større og mindre forslag til hvordan tjenesten bør endres. Rett før jul var ny turnusforskrift en realitet, og ledige plasser etter ordinære trekningsrunder ved turnusoppstart i februar 2013, ble inkludert i en pilotordning for ny turnusordning som trer i kraft i august 2013.

De mest omfattende endringene av turnustjenesten er at det nå har blitt en søknadsbasert tjeneste. Loddtrekning er historie, og legene skal ansettes i en prosess som stadig trekkes frem som en tilnærming til «arbeidslivets ordinære regler». Helt ordinært er det likevel ikke; stillingene skal utlyses samlet to ganger årlig med to puljer i hver runde. Stillinger som blir definert som rekrutteringssvake utlyses først, og har man akseptert en stilling i denne runden, kan man ikke tilsettes i en annen stilling i samme halvår. Hvilke stillinger som blir definert som rekrutteringssvake er ikke klart, men mye tyder på at man tar utgangspunkt i valglister fra tidligere turnustrekningsrunder. Dette har også vi tatt til orde for. Videre er det også viktig at dette er en dynamisk prosess, slik at stillinger som er definert som rekrutteringssvake i en søknadsrunde, nødvendigvis ikke er det i neste runde.

Stillingene i kommunehelsetjenesten og helseforetak skal være koblet sammen som tidligere. Tidligere har koblingene vært mellom foretak/sykehus og fylker, mens det nå er lagt opp til at legen tilsettes samtidig ved et sykehus/foretak og i en stilling i en bestemt kommune. I den nye forskriften er det også lagt opp til at legen først kan tilsettes i en stilling på sykehus/foretak, for deretter å gis rett til ansettelse i én av de kommunene som syke-

huset eller helseforetaket samarbeider med. Forskriften sier lite om hvordan kommune og sykehus/foretak skal ansette legene bortsett fra at de skal «samarbeide om å lyse ut turnuslegestillinger koblet». Det er foreslått at lokale samarbeidsutvalg, som har blitt brukt til å innfri bestemmelsene i samhandlingsreformen, kan være en hensiktsmessig arena også for samarbeidet med tilsetting av turnusleger. Det er foreløpig ikke kommet forslag til samarbeidsavtaler eller hva det er forventet at disse skal inneholde fra sentrale myndigheter. Et stort stykke arbeid gjenstår med å lage disse samarbeidsavtalene, og disse avtalene må på plass snarest. Første ordinære utlysingsrunde i søknadsportalen er 4. mars med søknadsfrist 18. mars. Stillinger utlyses samlet via rekrutteringsverktøyet Webcruiter.

I ny ordning får leger som har studert i Norge autorisasjon direkte etter endt studium. Denne autorisasjonen er kun gyldig i Norge, og det er fortsatt nødvendig for denne gruppen å ha fullført turnustjenesten for å få en autorisasjon som er gyldig i resten av EU/EØS. Det er lagt opp til at turnustjenesten skal være første del av den norske spesialistutdanningen. Imidlertid vil dette ikke være tilfellet for alle frem til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv er endret. Ordningen med at leger utdannet i EU/EØS med autorisasjon direkte etter endt studium ikke behøver turnustjeneste for å begynne spesialisering, videreføres. Dette gjør at leger utdannet i land med autorisasjon direkte etter endt studium, ikke får den samme introduksjon til det norske helsevesen som turnustjenesten er tenkt å være. Det er usikkert om dette kun er en midlertidig ordning som kan endres ved at yrkeskvalifikasjonsdirektivet blir endret, eventuelt at spesialistreglene endres, eller om ordningen forblir permanent.

Videre stilles det kun krav til turnustjeneste for stillinger som er en del av en spesialisering, stillinger ved kommunal legevakt eller stillinger som fastlege, for norskutdannede leger. Dette betyr at man for eksempel kan jobbe som sykehjemslege uten å ha gjennomført turnustjeneste. I et brev fra Helse- og

omsorgsdepartementet trekkes det frem at arbeidsgiver er pålagt å ansette leger med tilstrekkelig kompetanse og erfaring samt vurdere hvilke oppgaver en lege kan settes til. Det vil i disse tilfellene være særdeles viktig at arbeidsgiver legger til rette for en forsvarlig yrkesutøvelse.

I den nye ordningen er det forskriftsfestet at tilstrekkelige norskkunnskaper er et vilkår for tilsetning som turnuslege, og kommune og helseforetak står fritt til å stille strengere krav til språktester og språkforståelse enn myndighetenes veiledende språkkrav. Når det gjelder det faglige innholdet i turnustjenesten, er dette ikke endret, men er fra myndighetens side under vurdering i den pågående gjennomgangen av spesialisthelsetjenesten.

Det er fortsatt mye som er uklart med hvordan den nye tjenesten kommer til å bli, og det blir svært interessant å følge med på både hvordan samarbeidsavtalene kommer til å se ut, hvordan arbeidsgivere og arbeidstakere opplever søknadsrundene, og om intensjonen med utlysning av rekrutteringssvake stillinger først, vil få ønsket effekt. En løpende evaluering og klar og forutsigelig informasjon til alle parter er nødvendig for en god overgang til ny turnusordning.

KILDER

- FOR 2001-12-20 nr 1549: Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for leger ved loddtrekning <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20011220-1549.html>
- FOR 2000-12-21 nr 1384: Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001221-1384.html>
- Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet «Informasjon om forskriftsendringer av betydning for legers autorisasjon og ny søknadsbasert turnustjeneste» <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Informasjon.pdf>

 anjahheen@gmail.com

Fysisk aktivitet, sunnere kosthold, røykeslutt og moderat alkoholkonsum er bra for helsa. Hvilken nytte har så aktivitetene ved frisklivssentralene som i disse dager etableres i kommunene?

For å besvare spørsmålet, har Kunnskapscenteret vurdert liknende tiltak for å endre folks livsstil på en positiv måte. Tiltakene ble sammenliknet med råd fra helsepersonell uten oppfølging, med ordinær behandling eller ingen behandling. 23 studier ble lagt til grunn for gjennomgangen.

Kunnskapscenteret konkluderer med at tiltak som støtter endring i atferd og livsstil har effekt hos personer med risiko for sykdom som diabetes og hjerte- og kar, særlig når det gjelder fysisk aktivitet.

RED. ANM.

Frisklivssentral

– et kommunalt forebyggende helsetilbud

■ GEIR LÆRUM *fysioterapeut og rådgiver folkehelse, Nordland fylkeskommune*

Frisklivssentral (FLS) er nå etablert i ca. 150 kommuner. Detaljert beskrivelse av FLS finnes på www.helsedir.no.

Helsedirektoratet beskriver FLS som en forebyggende helsetjeneste forankret i Helse- og omsorgstjenesteloven. I samarbeid med en ekstern arbeidsgruppe ble det i 2010 utarbeidet en veileder for etablering og organisering av FLS. Ved årsskiftet kommer en revidert utgave som tydeligere beskriver formelle krav som stilles, organisering, målgrupper og tiltak. Sentralene blir et nyttig element i gjennomføringen av Samhandlingsreformen.

Frisklivsresept

Dette er et strukturert opplegg, etter henvisning, for veiledning og oppfølging av personer som trenger hjelp til å endre levevaner. Fastlegen er viktigste henviser. Annet helsepersonell, NAV eller spesialisthelsetjenesten kan også henviser. Da er det viktig at fastlegen holdes informert, og at dette skjer med informert samtykke fra den enkelte person. Man kan også kontakte FLS på eget initiativ for samtale og veiledning. Ved videre strukturert oppfølging informeres fastlegen etter samtykke.

En reseptperiode går over 12 uker og inneholder endringsfokusert helsesamtale ved oppstart og avslutning, trening to ganger i uka, «Bra mat» kurs og hjelp til røykeslutt

Hva er frisklivssentraler?

Frisklivssentraler er kommunale forebyggende helsetjenester som tilbyr individuelt tilpasset støtte og oppfølging for å fremme fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold. En enkelt periode ved en frisklivssentral varer i 12 uker. Ved behov er det mulig å få flere perioder.

ved behov. Ved avslutningssamtalen vurderes aktuelle oppfølgingstiltak for å støtte deltakeren i å fastholde «endret helseatferd» og å mestre dette på egen hånd. Underveis og ved avslutning informeres det om aktuelle aktivitetstilbud i lokalmiljøet. Erfaring viser at mange brukere trenger flere reseptperioder for å lykkes med sine intensjoner. Opplegget defineres som helsehjelp, og relevant informasjon og dokumentasjon journalføres. Kort oppsummering av gjennomført opplegg og effekt sendes fastlegen.

Effektdokumentasjon

Det er få publiserte studier på effekt av intervensjoner tilsvarende frisklivsresepten. Fra Sverige foreligger en randomisert, kontrollert studie som dokumenterer effekt etter tre år på en tilsvarende intervensjon. Resultatene viser signifikant effekt på midje/hoftemål, systolisk og diastolisk blodtrykk, maks O2 opptak og selvurdert helse etter intervensjonsperiode på ett år. Etter tre år var det bare signifikant forskjell på de fysiske effektmålene. Kost-nytte evaluering beregner intervensjonen til å være høy-effektiv (1, 2, 3).

En studie av 90 personer henvist fra lege til FLS i fire kommuner i Buskerud og Nordland, viser at deltakerne går ned i vekt og forbedrer sin styrke, aerobe kapasitet og selvurdert helse. Halvparten av deltakerne opprettholdt forbedringene ett år etter intervensjonen (4).

Utfordringene

Kompetanse

Frisklivssentralene må ha god kompetanse på endringsfokusert veiledning knyttet til gjennomføring av helsesamtalen. Kompetanse på kostholdsveiledning, hjelp til røykeslutt og fysisk aktivitet/trening er viktig. Personer

med moderate psykiske lidelser eller moderat rusproblematikk, kan også ha nytte av å følge tilbudet ved FLS. Fylkesmannen, Helsedirektorat, samt kommuner og fylkeskommuner har ansvar og oppgaver knyttet til kompetansetiltak for sentralene. Det er store forskjeller på hvilke kompetansetiltak som tilbys sentralene i ulike fylker.

Forutsigbare rammebetingelser

Frisklivssentralene må sikres tilstrekkelige ressurser økonomisk og personellmessig for å kunne levere kvalitet. Statens tilskuddsordning er 6,9 millioner pr år for hele landet. Det utgjør 47 000 pr FLS. Noen fylkeskommuner bruker folkehelsemidler for å støtte sentralene.

De fleste frisklivssentraler tar pr. i dag en egenandel på 300–500 kroner pr resept, og dette utgjør en viktig driftsinntekt for sentralene. Egenandel bidrar også til bedre oppmøte på aktivitetene.

REFERANSER

1. Eriksson K.M, Westborg C.J, Eliasson M. A randomized trial of lifestyle intervention in primary health care for the modification of cardiovascular risk factors. *Scand. Journal of Public health*, 2006; 34: 453–461.
2. Eriksson K.M, Franks P.W, Eliasson M. A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in primary care setting. *PLoS One*. 2009;4(4):e5195.
3. Eriksson M.K, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson E.B, Österlund J, Eliasson M. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch. intern med*. Vol 170, (no 16) 1470-1479.
4. Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Hokksund rehabiliteringssenter/NTNU 2010.

 Geir.Laerum@Nfk.no

Frisklivssentraler

– får de folk til å leve sunnere?

■ EVA DENISON

fysioterapeut dr. med. og professor i fysioterapi; forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten har på oppdrag av Helsedirektoratet gått systematisk gjennom tiltak tilsvarende de som brukes i frisklivssentraler for å fremme fysisk aktivitet, røykeslutt, redusert alkoholkonsum og et sunt kosthold. Kjenne-tegnene for disse tiltakene er at det skjer en organisert oppfølging av deltakerne i løpet av tiltaksperioden. Tiltak for å fremme fysisk aktivitet har den beste dokumentasjonen.

Endrede levevaner i befolkningen når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold, bruk av tobakk og alkohol er relatert til risiko for flere sykdommer, f.eks. hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, kroniske lungelidelser, kreft og alkoholrelaterte skader (1). Forebyggende arbeid med fokus på å støtte endring av atferd og levevaner som har stor betydning for helsen, er derfor en viktig oppgave med hensyn til å redusere andelen mennesker som rammes av disse sykdommene (2).

Rådgivning og undervisning med hensikt å modifisere risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (f.eks. røyking, overvekt, høyt blodtrykk, total kolesterol, fysisk inaktivitet) kan redusere dødelighet av disse sykdommene hos personer med høyt blodtrykk eller diabetes (3). Trening og endring til et sunnere kosthold kan redusere antall nye tilfeller av type 2-diabetes hos personer med svekket glukosetoleranse eller metabolsk syndrom (4). Røykeslutt medfører innen få år redusert risiko for hjerte- og karsykdom og kreft (1). Selv om det er dokumentert at endret helseatferd kan redusere dødelighet, sykkelighet og

risiko for sykdom er de rapporterte effektene av tiltak for å støtte endring av helseatferd oftest små. I tillegg er tiltakene sjelden fulgt opp over lang tid, det vil si mer enn et år. Dette gjelder for eksempel for fysisk aktivitet (5, 6) og røykeslutt (7). Endring av atferd er vanskelig og prioriteres ikke fordi andre behov oppfattes som mer presserende. Andre grunner kan være at kunnskaper, ferdigheter og sosial støtte over tid trenges for å klare å endre atferd (8).

«Grønn resept» ble lansert i Norge i 2003 for at pasienter med type 2-diabetes eller høyt blodtrykk som ikke brukte medikamenter mot tilstanden skulle få individuell og strukturert veiledning av lege om kosthold og/eller fysisk aktivitet. (9). Ordningen er ikke blitt brukt i den grad som var tenkt, og Helsedirektoratet har siden 2004 støttet utvikling av oppfølgingsmodeller for Grønn resept.

Frisklivssentral i 145 kommuner

To modeller, *Fysiotek* (trening i ordinært tilbud, f.eks. hos frivillige organisasjoner), og





Frisklivsmodell (trening i gruppe innen helse-tjenesten) er blitt slått sammen til én modell, *Frisklivsresept* (10). Frisklivsresept gir adgang til *frisklivssentraler* som er etablert i ca 145 kommuner i Norge i 2012. Disse er kommunale forebyggende helsetjenester som har et strukturert system for veiledning og oppfølging av personer som har økt risiko for, eller som allerede har, sykdommer eller lidelser som kan bedres av økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og/eller røykeslutt (11). Det er også sagt at frisklivssentralen bør ta opp bruk av alkohol som helseatferd (11). En reseptperiode i frisklivssentralen varer i 12 uker, og

Frisklivsresept omfatter:

Motivasjonssamtale: samtale ved start for å kartlegge motivasjon og lage en individuell plan, deretter en eller flere av følgende:

Tiltak for å fremme fysisk aktivitet

- Individuell veiledning
- Gruppetrening i regi av frisklivssentral
- Trening med lag/foreninger eller private aktører
- Treningskontakt

Tiltak for å fremme røykeslutt

- Individuell veiledning
- Røykesluttkurs (gruppebasert)
- Røyketelefonen
- www.slutta.no

Tiltak for å fremme et sunt kosthold

- Individuell veiledning
- Bra mat for bedre helse-kurs (gruppebasert)

Reseptperioden avsluttes med en oppsummerende samtale hvor behovet for en ny periode vurderes. Kontakter i løpet av reseptperioden kan gjennomføres pr. telefon, e-post eller sms.

kan forlenges hvis det er behov. Leger, annet helsepersonell eller NAV kan henvise pasienter som har blitt identifisert med et behov for hjelp til å endre helserelatert atferd til frisklivssentralen. Personer kan også søke selv til frisklivssentralen uten henvisning (11).

Helsedirektoratet gav Kunnskapscenteret i oppdrag å lage en systematisk oversikt over effekter av organisert oppfølging over tid, av den type som gis i frisklivssentraler over en reseptperiode på 12 uker.

Metode

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk etter systematiske oversikter og enkeltstudier med kontrollgruppe. For ikke å miste studier med varighet tett opp mot de 12 uker som er reseptperioden inkluderte vi studier hvor tiltaket varte mellom 10 og 14 uker. To medarbeidere valgte uavhengig av hverandre ut studier og vurderte risiko for systematisk skjevhet i de inkluderte studiene. Vi hentet ut resultater for tiltak som gikk på å fremme fysisk aktivitet, røykeslutt, sunt kosthold og redusert alkoholkonsum. Vi oppsummerte og sammenstilte data deskriptivt i tabeller for hver enkelt atferdstype (fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og/eller alkohol) og utfallsmål (12).

GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, (www.gradeworkinggroup.org) ble brukt for å vurdere kvaliteten på den samlede dokumentasjonen. Metoden viser hvilke kjenne-tegn ved studiene som er vurdert og hvilke vurderinger som er blitt gjort. Vi benyttet standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene (13) – som følger:

HØY KVALITET: Vi har stor tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten.

MIDDELS KVALITET: Vi har middels tillit til effekttestimatet: effekttestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effekttestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.

LAV KVALITET: Vi har begrenset tillit til effekttestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effekttestimatet.

SVÆRT LAV KVALITET: Vi har svært liten tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten.

Resultat

Litteratursøket identifiserte totalt 10 188 referanser. Vi inkluderte til sammen 23 primærstudier, beskrevet i 24 publikasjoner. Alle var randomiserte kontrollerte studier.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme fysisk aktivitet viste at:

- oppfølging av egenadministrert trening og henvisning til lokale treningstilbud med oppfølging ser ut til å gi positive effekter i løpet av tiltaksperioden og på kort sikt (3 måneder etter avsluttet tiltaksperiode). Dokumentasjonen er av middels kvalitet.

Tiltak for å fremme **fysisk aktivitet**, vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i 13 studier i tre kategorier:

- henvisning til trening i gruppe under veiledning
- henvisning til lokale tilbud – organisasjoner eller enkeltstående tjenestetilbydere – med oppfølging
- egenadministrert trening med oppfølging

Tiltak for å fremme røykeslutt som var vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i seks studier i fire kategorier

- Henvisning til røyketelefon med oppfølging
- Internettbasert røykeavvenning med oppfølging
- Selvhjelpsmaterialer med oppfølging
- Henvisning til oppfølging ved sykepleier som var trent i å gi råd om røykeslutt

- det er begrenset dokumentasjon til støtte for henvisning til veiledet, gruppebaserte treningsopplegg. Dette skyldes i første rekke at kvaliteten på dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme røykeslutt viste at:

- selvhjelpsmateriell og oppfølging kan føre til at flere ikke røyker etter avsluttet tiltaksperiode. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- henvisning til sykepleier kan gi økning av antall personer som ikke røyker seks måneder etter at tiltaksperioden startet. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- det er usikkert om henvisning til røyketelefon og oppfølging virker. Dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet.
- det er usikkert om internettbasert røykeavvenning med oppfølging virker. Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

Tiltak rettet mot kosthold

Vi fant kun én studie hvor tiltaket var rettet mot kosthold, ved individuell veiledning med oppfølging. Dokumentasjonen er av for lav kvalitet til at vi kan si om tiltaket har effekt på totalt kaloriinntak per dag sammenlignet med ingen behandling.

Tiltak for å redusere alkoholkonsum

Vi fant ikke studier som tilsvarte én frisklivsperiode med oppfølging.

Oppsummeringen av tiltak for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet viste at:

- individuell veiledning med oppfølging kan gi økning av antall personer som spiser fem porsjoner med frukt og grønnsaker per dag etter avsluttet tiltak. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- det er usikkert om om veiledet program i gruppe har effekt på antall skritt per dag eller totalt kaloriinntak. Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

Diskusjon

Mange forskjellige intervensjoner og tiltak kan benyttes i frisklivssentraler. Vi fant evalueringer av 10 ulike typer tiltak. Studiene illustrerer den store variasjon innen dette forskningsfeltet når det gjelder valg av utfallsmål, hvordan disse måles – og etter hvor lang tid.

Tiltak for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet som var vurdert i enkeltstudier

Vi delte inn tiltakene som er beskrevet i fire studier i to kategorier:

- Veiledet program i gruppe
- Individuell veiledning med oppfølging

Fordi utfallene har vært målt på mange forskjellige måter har det ikke vært mulig å sammenstille funnene i metaanalyser. Dermed hviler alle funn på kun én studie, noe som bidrar til å redusere vår tillit til resultatene. Når det er sagt, er resultatene konsistent positive eller nøytrale. Det er ikke rapportert negative resultater. Dokumentasjonen med høyest kvalitet gjaldt tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Vi mangler dokumentasjon av tilstrekkelig høy kvalitet om tiltak for å fremme røykeslutt og sunt kosthold og fysisk aktivitet, og vi mangler dokumentasjon innen rammene for våre inklusjonskriterier om tiltak for å fremme en livsstil med redusert alkoholkonsum.

Vi vurderer på grunnlag av dokumentasjonen at konklusjonene er gyldige for voksne generelt, men vi vil peke på at personer med lavt utdanningsnivå og/eller ikke europeisk herkomst ikke er godt representert i de inkluderte studiene. Det ble også rapportert at mange takket nei til å delta i studiene. Vi fant ikke demografiske data om disse, derfor vet vi ikke om det var spesifikke grupper som takket nei.

Innholdet i intervensjonene og tiltakene i de inkluderte studiene samsvarer med de tiltak som gis i frisklivssentraler. Imidlertid kan varigheten avvike fra det som er praksis i frisklivssentraler, hvor gjentatte reseptperioder kan tilbys hvis det er behov. Vi har oppsummert effekter av tiltak med varighet som tilsvarte én reseptperiode i frisklivssentralen (14). I tillegg til rapporten har vi laget et notat hvor vi har samlet sammendrag av alle studier vi fant i literatursøket som ble ekskludert kun på grunnlag av varighet, det vi si hvor tiltaket er kortere enn 10 uker eller lengre enn 14 uker (15).

Et frisklivstilbud starter med en samtale for å kartlegge motivasjon og lage en individuell plan. Det ble brukt tilsvarende type samtale i kun fire av de inkluderte studiene, og i tillegg er det ufullstendig rapportering. Det betyr at det er manglende dokumentasjon om dette elementet, så som det brukes i frisklivsresept.

Behov for videre forskning

Studiene vi har oppsummert dekker i høy grad de typer tiltak som gis i frisklivssentraler, men store deler av dokumentasjonen er av lav kvalitet. Det ville være verdifullt å evaluere effekter av frisklivsresept på en systematisk måte, både på individ- og samfunnsnivå. Det er fortsatt mange kommuner i Norge

hvor frisklivssentraler ikke er etablert. Våre overveielser kan benyttes i planlegging og gjennomføring av studier.

Vi vil også peke på behovet for konsensus rundt noen få viktige utfall og oppfølgingsperioder, såkalte «core outcome sets» (16) – det vil si «kjerneutfall» – i fremtidige studier i dette forskningsfeltet. For eksempel ble utfallet «fysisk aktivitet» målt på 14 forskjellige måter i de 13 inkluderte studiene i vår oversikt. Slike tilstander fører til at man ikke kan slå sammen resultater fra flere studier, og gjør det vanskelig å tolke resultatene på en mer overordnet måte.

REFERANSER

1. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2012.
2. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
3. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2011 Issue 1 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001561.pub3. In: Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
4. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2-diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue 3. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
5. Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 1. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
6. Denison E, Underland V, Nilsen E, Fretheim A. Effekter av tiltak utenom helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
7. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 Issue 1.
8. Behaviour change at population, community and individual levels. London: National institute for health and clinical excellence; 2007.
9. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedepartementet; 2002.
10. Kallings L. Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfaringer og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
11. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
12. Slik oppsummerer vi forskning. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
13. Balshem H, Helfand M, Schunemann H, Oxman A, Kunz R, Brozek J. GRADE guidelines 3: rating the quality of the evidence – introduction. Journal of Clinical Epidemiology 2011; 64: 401–6.
14. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
15. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Tiltak for organisert oppfølging av atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Notat – 2012. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
16. Williamson P, Altman D, Blazeby J, Clarke M, Devane D, Gargon E, et al. Developing core outcome sets for clinical trials: issues to consider. BMC Trials 2012; 13: 132.

Eva.Denison@kunnskapssenteret.no

En anekdote om norsk-finske språkforviklinger

■ HARALD G. SUNDE

Spesialist i allmenntidleg medisin
Tidleg fastlege Kirkenes, nå medisinsk fagsjef
i Helse Finnmark. Bosted: Kirkkoniemi
(finsk oversettelse)/Kirkenes

«Særringaresse å armeneramma», gjentok han.

Han var i 40-årene og hadde satt seg i pasientstolen på turnuskontoret på Bjørnevatn legekontor, en arbeidsplass der jeg kun hadde jobbet noen uker. Blikket hans var litt flakende og nervøst. Han virket litt sliten, ikke helt nyflidd; mulig kunne jeg ane en eim av gammel fyll?

«Hva kan jeg hjelpe deg med?», hadde vært mitt angivelig velformulerte spørsmål et halvt minutt tidligere, uttrykt med formål å prøve å finne ut hva slags helsehjelp mannen ønsket. Han hadde svart kontant uten at jeg hadde forstått en døyt av svaret.

På navnet så jeg at han trolig var finsk – selv om det ikke alltid var lett å skille mellom navnene til en nyinnflyttet finlander og navnet til en fjerde- eller femte-generasjons kvæn med finsk etternavn. Folk med finske aner er det jo mange av i Øst-Finnmark; særlig i Sør-Varanger. Selv om den største tilflyttingen fra Finland skjedde på midten av 1800-tallet, har finske navn, finsk kultur (inkludert saunatradisjonen) og også finsk/kvænsk språk holdt seg godt i denne delen av Norge. I Pasvikdalen og på Bugøyenes er det fortsatt flere blant den eldre befolkningen som er født og har levd hele sitt liv i Norge, som benytter finsk/kvænsk som dagligspråk. Og når lokalbefolkningen behersker finsk, så har dette også tiltrukket seg innvandring av finlendere helt opp til våre dager.

Tilbake til pasienten. Han viste seg å være en mann som hadde bodd noen få år i Norge, og han hadde derfor ikke opparbeidet seg særlig god kunnskap i norsk. Jeg hadde først tenkt at han snakket utydelig og hadde bedt ham om å gjenta svaret. Og han hadde altså raskt gjentatt åpningsfrasen: «Særringaresse å armeneramma.»

Som nyutdannet lege hadde jeg prøvd å tillegge meg medisinsk kunnskap, men bruken av denne forutsatte at man kunne snakke med pasientene og forstå hva som ble sagt. Fra medisinstudiet i Dublin – ved Royal College of Surgeons in Ireland – var jeg blitt fortalt at for å stille rett diagnose på en pasient er informasjonskildene som følger:

- En god sykehistorie 80 prosent
- Klinisk undersøkelse 15 prosent
- Laboratorieundersøkelser, røntgen, CT osv. fem prosent.

Med andre ord; det å kunne kommunisere med



Forfatteren synes å trives med finsk kulturpåvirkning i Øst-Finnmark; her avbildet i sin laftede sauna på hytta utenfor Kirkenes. / Kirjailija vaikuttaa viihtyvän Itä-Ruujan suomalaisvaikutteisessa kulttuuri-ilmapiirissä; kuvassa kirjailija Kirkkoniemen läheisyydessä sijaitsevan mökkinsä hirsisaunassa.

pasienten på en god måte ville være den desidert største informasjonskilden for en lege på veien mot korrekt diagnostikk og behandling. Jeg har ikke sett tall som bekrefter denne fordelingen seinere, men jeg er ganske sikker på at hovedbildet stemmer. Jeg har derfor viderefremmidlet den samme essensen til de studentene og turnuslegene jeg har hatt veilederansvar for opp gjennom årene: Ta opp en god sykehistorie, få en god dialog, så har du kommet svært langt i å finne ut hva som feiler pasienten og hva som skal gjøres av utredning/behandling.

Men i dette tilfellet, som nyansatt turnuslege på legekantoret i Bjørnevatn, følte jeg meg språklig og kommunikasjonsmessig ut på en dyp, våt myr med dårlig grunn, ikke ulikt det jeg skulle komme til å oppleve i en rekke orienteringsløp i Pasvikdalen i årene som fulgte. Med språklig dialektbakgrunn fra Oslo, kunne utfordringene være vel så store for meg som de medisinske i den første tida! Det tok tid å finne ut av denne språklige finessen; forklaringen fant jeg etter hvert i finsk fonetikk og grammatikk: Kj-lyden finnes ikke på finsk, og finlendere får stort sett ikke til å uttale denne lyden rett. Det blir enten s-lyd eller k-lyd. I dette tilfellet brukte mannen s-lyd. Ordet «kjerringa» var blitt til «særringa». Hva gjorde så kjerringa? Jo, hun «resse». Hva slags ord er nå dette?

De finsk-ugriske språkene mistrives med konsonantopphopning i begynnelsen av et ord. Dette fenomenet ses tydelig innen finske og samiske låneord. I disse språkene skjer det en språklig tilpassing ved at f.eks. fransk blir til ransk, krone blir til rone og skole blir til kole. I dette tilfellet var de to første konsonantene i «stresse» fjernet, slik at man stod igjen med ordresten «resse». «Særringaresse» kunne altså nå omskrives til «kjærringa stresser».

Hva skjedde når kjærringa stresset? Jo, hos denne mannen medførte kjærringstresset at det strammet seg i muskler. Ordet «stramme» hadde på lik linje med ordet «stresse» mistet sine første to konsonanter og blitt til «ramma». Hos denne mannen var det altså musklene i armene som strammet. Da jeg etter hvert forsto at setningen «Særringaresse å armeneramma» betød «Min hustru kjeffer så mye at muskulaturen i armene mine strammer seg», kunne vi begynne det diagnostiske og behandlingsmessige innholdet av konsultasjonen.

Kanskje var det hans alkoholbruk som medførte at kona gav ham noe vel plassert kjeft i blant? I hvert fall kan behovet for slike språklige oppklaringsrunder være forklaringen på hvorfor leger i blant blir forsinket i vårt arbeid!

Harald.Sunde@helse-finnmark.no

Første gangen jeg...

■ LINN OFTENES LIE *medisinstudent*

Å være medisinstudent består stort sett av en eneste ting: dårlig samvittighet. Dårlig samvittighet for at du ikke leser nok, ikke sover nok, ikke spiser riktig, ikke besøker familien, eller ikke hospiterer nok på de ulike avdelingene. Tiden strekker ikke til. Vi skal på kurs, vi skal på forelesning, vi skal på visitter, avdelingstjenester, seminarer og PBLer. Kollokvier, foredrag, debatter og operasjoner.

Så. Hvorfor fortsetter vi? Hvorfor begraver vi oss ned i denne evigvarende følelsen av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet?

Ene og alene på grunn av setningen I dag var første gangen jeg...

Som medisinstudent er du nemlig i en unik situasjon. Hver dag er en ny mulighet for å prøve noe nytt. Og hver gang vi prøver noe nytt er verd all den dårlige samvittigheten som regjerer studietiden. Mestringsfølelsen

over å sy to sting i en arm gjør definitivt opp for de to timene med søvn jeg mistet i går.

Første gangen jeg utførte en venepunksjon skalv nåla så mye at min medstudent av en nålepute måtte legge hånda på skulderen min og be meg puste. Men jeg gjorde det. Og jeg klarte det. Da gjør det ikke noe at jeg ikke har sett bestekompien på to uker.

Første gangen jeg skulle sy mistet jeg pinsetten på gulvet og bannet ned i hodebunnen på pasienten. Men han bare lo og sa at han i det minste hadde en fin historie å fortelle. Jeg klarte jo det òg. Sånn halveis. Hva skal man egentlig med torsdagspils når man kan drive med sutur?

Første gangen jeg var med på et keisersnitt sto jeg i et hjørne med kulerunde øyne og trodde jeg skulle besvime. Men jeg gjorde ikke det. Sykepleieren klappet meg på skul-

dra og babyen kom ut. Det gikk fint det også. Fødsel over familieselskap? Lett.

Første gangen jeg skulle ta opp min egen journal var jeg så nervøs at jeg glemte både det ene og det andre. To ganger måtte jeg tilbake for å gjøre nye, nødvendige undersøkelser.

Men heldigvis kunne jeg si: Beklager, det er første gangen jeg gjør det her.

Da smiler pasienten overbærende og lar deg gjøre det du har glemt. Selv om det krever to forsøk.

Spørsmålet er hva som skjer når jeg har prøvd alt. Når det ikke er flere førsteganger igjen. Når jeg skal kunne alt. Forhåpentligvis har den dårlige samvittigheten blitt litt mindre til da. Og vi har fått tjuefem timer i døgnet.

 linnofteneslie@gmail.com

Downs syndrom

– hjelp til kunnskap og oppfølging

■ ANNE HILDE RØSVIK *Cand.scient.fysiologi, Helsebiblioteket*

Både i fagmiljø og i media har debatten om Downs syndrom i det siste dreid seg mye om tidlig ultralyd. Det kan imidlertid være like viktig for leger og helsepersonell å gi god informasjon til den gravide om selve diagnosen Downs, og om hvilke utfordringer foreldrene må være forberedt på. Helsebiblioteket tilbyr gratis informasjon fra en rekke gode kunnskapskilder som omhandler Downs.

Down syndrom er den hyppigste årsaken til psykisk utviklingshemming i verden. 95 prosent av barn som er født med Downs syndrom har trisomi 21, altså tre eksemplarer av kromosom 21, fire prosent har translokasjon og en prosent har mosaikkformen av Downs, noe som betyr at de har noen normale celler og noen med et ekstra kromosom (1). Den totale forekomsten av Downs syndrom har i følge Folkehelseinstituttet økt siden begynnelsen av 1990-tallet fram til 2004. Etter dette har tallene vært relativt stabile på 1,2 prosent levendefødte med Downs (2).

Rutinemessig ultralyd

Risikoen for å føde et barn med Downs syndrom øker spesielt etter fylte 35 år. Norske kvinner får tilbud om tidlig ultralyd etter at de har fylt 38 år. Pr. i dag foregår det en diskusjon om tidlig ultralyd skal innføres rutinemessig for alle gravide (3).

Rapporten «Rutinemessig ultralydunder-søkelse i svangerskapet» fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viser ikke til noen medisinske fordeler med å innføre ruti-

nemessig tidlig ultralyd, men man vil ha større sjans til å oppdage Downs syndrom tidligere i svangerskapet. Det er imidlertid også en sjans for at man ikke oppdager Downs, selv om man tar tidlig ultralyd kombinert med blodprøve. I tillegg foreligger det en mulighet for at prøvene gir et falskt positivt svar, det vil si at testen viser stor sannsynlighet for Downs, selv om barnet ikke har diagnosen. Ønsker man å vite mer om sannsynligheten for at dette kan skje, kan man også søke i oppslagsverket *UpToDate* (4). Der finner man mer informasjon om fostervannsprøve og morkakeprøve, samt om risikoen for å abortere friske foster som komplikasjon til slike prøver.

Rapporten fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten inneholder også oppdatert informasjon om ultralyd på ulike tidspunkt i svangerskapet med tanke på mulighet til å oppdage Downs, hjertefeil, nevralkrønsdefekter, flerlingsvangerskap, å se på morkakens plassering, vurdere mors helse og fastsette termin.

Hvordan fortelle til foreldrene

Noen ganger vet foreldre at barnet har diagnosen før fødsel, andre ganger blir diagnosen stilt etter at barnet er født. Måten helsepersonell formidler beskjeden om at barnet har Downs er viktig. På nettstedet til National Down Syndrom Congress får du på nettsidene *Discussing Down Syndrom* (5), tips om hvordan helsepersonell kan gå fram når de skal fortelle foreldrene om barnets diagnose og diskutere konsekvensene. Der er det også videoeksemplere på hvordan samtalen kan innledes og hva samtalen bør inneholde av informasjon, både i de ulike situasjonene der foreldre har tatt en test på forhånd som viser stor risiko for Downs, der foreldrene vet at barnet har Downs, og der foreldrene ikke har noe forhåndskjennskap til diagnosen.

Synlige tegn ved fødsel

Det er ikke alltid lett å se at et barn har Downs umiddelbart etter fødselen. Men de fleste nyfødte med Downs har ett eller flere synlige tegn som flatt ansikt, ekstra hud i nakken, øyne som skrår oppover, mangel på spenning i muskler (hypotone muskler), unormalt fleksible ledd, uvanlige ører eller sandaltå (stort gap mellom første og andre tå). *UpToDate* har egne nettsider med bilder og beskrivelser av karakteristiske trekk og diagnostikk av Downs syndrom.

Utvidet oppfølging fra sykepleier og lege

Diagnosen Downs syndrom krever en utvidet medisinsk oppfølging sammenlignet med friske barn. Vanlige somatiske sykdommer hos barn med Downs syndrom er blant annet hjertefeil, mellomøbetennelse, hypertyreose/hypotyreose, ulike blodsykdommer, øvre og nedre luftveisplager, søvnapné, hudsykdommer, gastrointestinale sykdommer – som for eksempel cøliaki, fedme og synshemming. Det positive er at nesten alle disse sykdommene og plagene kan behandles! Det er derfor viktig at foreldre tilbys en god plan for oppfølging, og gis informasjon om hvordan og hvor ofte barnet skal på kontroll i de første månedene og leveårene.

Oppslagsverket *UpToDate* har en oversiktlig tabell som viser hvor tidlig og hvor ofte helsepersonell skal sjekke for de ulike sykdommene. Tabellen heter «When to check for health problems in children with Down syndrome». Denne kan med fordel skrives ut og gis pasienten. Den er skrevet på engelsk, men med svært enkelt språk, slik at alle som kan en del engelsk skal kunne forstå den.

For å finne nyheter om opplæringsmetoder og behandling av somatiske plager hos mennesker med Downs syndrom, kan du også søke i tidsskriftene i Helsebibliotekets tidsskriftssamling og på emnebiblioteket for psykisk helse. Bruk gjerne en database som *MEDLINE* eller *PubMed* til å søke etter tidsskriftsartikler eller *McMasters Pyramidsøk* til å finne artikler om spesielle emner.

Psykiske og fysiske utfordringer

Foruten at barn med Downs er født med en psykisk utviklingshemming, så utvikler de

Downs syndrom er den hyppigste årsaken til psykisk utviklingshemming i verden.



Pasient- og pårørende - informasjon og foreninger

Kontakt med andre i samme situasjon er viktig. Foreningen *Ups And Downs* (9) er en nasjonal pasient- og pårørendeforening som har oversikt over alle fylkeslag.

NNDS; Norsk Nettverk for Down Syndrom (10), er et frittstående nettverk for alle med interesse for Down Syndrom. Målsettingen er å samle og spre informasjon om Down Syndrom. I samarbeid med Sykehuset i Østfold og *Ups And Downs* Østfold arrangerer de Landskonferansen «Jakten på det gode liv».

Andre nettsteder som gir god informasjon om Downs er:

- «Growth Charts for Children with Down Syndrome» (11), nettside med vekstkurver for barn med Downs syndrome
- Rare Diseases (12)
- UK Down's Syndrome Medical Interest Group (13), (DSMIG), Nettsted for helsepersonell i Storbritannia og Irland

Gratis tilgang til ressursene

Oppslagsverkene *UpToDate* og *BMJ Best Practice*, samt en rekke andre ressurser, er gratis tilgjengelig for hele befolkningen gjennom **Helsebiblioteket.no**. Noen av tidsskriftene samt enkelte av databasene, som for eksempel *Medline*, kan helsepersonell logge seg på for å bruke.

REFERANSER

1. Downs syndrom. (2012-01-28) I Store norske leksikon. Hentet fra http://snl.no/sml_artikkel/Downs_syndrom
2. Ny fødselsstatistikk, Fortsatt nedgang i forekomsten av tvillinger, Publisert 15.06.2011, oppdatert: 14.11.2011. Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/>
3. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, <http://www.kvalitetogprioritering.no/Nyhet?key=14315> URL oppdatert 30.01.2012
4. UpToDate, <http://www.uptodate.com/online>
5. National Down Syndrom Congress, Discussing Down Syndrom. <http://www.ndscenter.org/physiciansguide/>
6. Best Practice Down's syndrome, <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/700.html>
7. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), <http://ffo.no/no/>
8. Jungelhåndboka, <http://ffo.no/no/Jungelhåndboka-2009/Jungelhåndboka/>
9. Ups and Downs. <http://www.upsanddowns.no/>
10. NNDS; Norsk Nettverk for Down Syndrom <http://www.downsyndrom.no/>
11. «Growth Charts for Children with Down Syndrome», <http://www.growthcharts.com/charts/DS/charts.htm>
12. Rare Diseases, <http://downsyndrome.about.com/od/downsyndromebasics/a/downsyndrom.htm>
13. UK Down's Syndrome Medical Interest Group, <http://www.dsmig.org.uk/aboutdsmig/index.html>

seg også saktere motorisk. *UpToDate* har en tabell med oversikt over milepæler i utviklingen. En tommelfingerregel er at det tar omtrent dobbelt så lang tid for et barn med Downs syndrom å lære og sitte, krabbe, gå og si sitt første ord sammenlignet med et friskt barn. Du kan lese mer om individualisert terapi og plan for å bedre språk, uttalelse og læring i *BMJ Best Practice* (6).

Jungelhåndboka (8), oppdatert i 2011. Den handler blant annet om barnehagetilbud, utdanning, arbeid, helsetjenester, NAV, bolig og rettshjelp. Barn og familier har mange rettigheter, som for eksempel rett til flere sykedager per år dersom barnet er sykt. Men selv om barnet bruker lengre tid på å lære seg både å snakke, gå og løse vanlige oppgaver som å kle på seg, får ikke mor eller far lengre permisjon enn andre.

Rettigheter

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, FFO (7), har god informasjon om funksjonshemmedes rettigheter. De har også utarbeidet

Anne.Hilde.Rosvik@kunnskapsenteret.no

To gode grunner til å unngå akuttinnleggelses i sykehjem

■ MORTEN LAUDAL *fastlege og sykehjemslege i Vestby*

Jeg har gleden av å være både fastlege og sykehjemslege. Tidvis er det fristende å benytte posisjonen til å legge inn pasienter direkte i sykehjemmet. Meget sterke politiske føringer, som tildels er på trappene til å bli forskrifts- og avtalefestet, sier at dette er noe det må bli mer av i tiden fremover. Det er kamouflert under begrepet «samhandling», hvilket det jo faktisk ikke er, snarere det motsatte. Nylig hadde jeg anledning til å reflektere over dette for to av mine gamle pasienter med mange kroniske sykdommer. Det var dessverre fullt på sykehjemmet. «Han» ville det vært naturlig å legge inn litt tidligere enn det planlagte korttidsoppholdet da han ble dårlig. «Henne» var det naturlig å legge inn etter som hun helt nylig hadde vært på sykehus, og man regnet med at diagnosen var avklart da hun igjen ble syk og ikke klarte seg. Jeg skal redigjøre for dem begge.

Kasuistikk «han»

«Han» er 82 år og nyretransplantert pga nefrosklerose. Han har atrieflimmer, hjertesvikt og tidvis pleuraeksudat som har vært tappet med normale cytologiske funn. Dessuten har han premaligne hudkeratoser og myriader av kontroller hos 3.-linjehelsetjeneste. Dermatolog, kardiolog og nefrolog kommuniserer ikke med hverandre, men tidvis haltende gjennom meg. Det finnes 75 epikriser i min journal fra de siste 10 år. Han er medisinert ganske rasjontelt og kontrollerer INR regelmessig. Han har skrantet en del de siste månedene og ba nylig om å få komme på sykehjemmet en tur fordi kona var sliten. Dette ble innvilget. Noen dager før oppholdet ringte kona og fortalte at han var blitt tung i pusten. Få dager etter telefonen til meg orket han ikke å stå opp og komme på kontoret fordi pusten var så dårlig. «Perfekt for innleggelse i sykehjem», tenkte jeg.

Kasuistikk «henne»

«Hun» er 89 år og har massiv familiebelastning for arteriosklerotisk sykdom. Journalen inneholder 40 epikriser datert etter 2000. Hun er operert for oblitererende arteriosklerose i låret allerede på 80-tallet og i -00. Hun har angina pectoris, diabetes type 2, DVT x 2, TIA, hypertensjon, nyresvikt, hyperkolesterolemi og for noen år siden quadricepsruptur. Hun ble operert og trent seg opp og hun har fungert aldeles utmerket med brukbart intellekt i egen omsorgsbolig. Hun går stadig tur med rullator og er til månedlig konsultasjon for diverse samt INR-kontroll hos meg. Marevan har vært kontinuert i det uendelige pga massiv risiko.

To måneder før det aktuelle steg INR uforståelig til over fem. Det var den fortsatt noen uker senere til tross for justering, da hun ble allment dårlig med vondt over hele seg og økende CRP til over 200. Jeg forsto ikke hva dette var og seponerte Marevan, behandlet resultatløst med antibiotika i to forskjellige former for mistenkt infeksjon uten kjent fokus, og la henne inn i sykehus etter en uke. Der ble hun funnet å ha gastorintestinal-blødning med Hb på 7-tallet. Hun ble skopert fullstendig i begge ender uten funn av blødningsfokus, men funn av divertikler i colon. Hun ble transfundert og forsøkt prednisonbehandlet pga mistenkt polymyalgi. Det var det ikke. CRP falt og sykehuset mistenkte ikke infeksjon – hun ble hjemskrevet i ganske dårlig forfatning.

Få dager etter utskrivelsen kom hun innom legevakten med mistenkt hjertesvikt og ble behandlet med Diural i tillegg til Burinex (!). Dagen etter er jeg på sykebesøk og skriver:

«Slapp, sover mye, døser. Blek, klinisk anemisk. Vil ikke på sykehus, bør på sykehjem. Ikke tegn til hjertesvikt i form av funn over lunger, ødem eller venestuvning. Vondt i magen, blødning pr rectum. Skopert til 80 prosent av colon uten funn. Mye smerter, effekt av Voltaren, som jo ikke er så lurt. Fortsetter allikevel og forsøker å få henne inn i sykehjem. Prøver å få målt Hb i løpet av et par dager.»

Hb ble målt til 11,2. Både jeg og pårørende var enige om at løpet syntes å være kjørt. Dette kom neppe til å gå bra, men det var greit. Sykehjem fremsto som ideelt.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utgangspunktet

Vi har her med to multisyke gamle pasienter å gjøre. Begge er ganske typiske, med et mangfold av diagnoser, mange involverte spesialister og sykelige tilstander som til dels er forårsaket av behandlingen av de andre tilstandene. På et tidspunkt glir det over i det uetiske å piske organspesialistene til å utforske dem enda mer. Fred, god pleie og skipperkjønn fra sykehjemslege er kanskje bedre. Disse to pasientene mente jeg hadde moderat dårlig prognose, han noe bedre prognose enn henne. Begge ville blitt lagt inn i sykehjemmet primært, dersom jeg hadde funnet plass til dem. Det fant jeg ikke.

Resultatet

«Han» måtte tas hånd om, og jeg la ham inn pr telefon. På sykehuset fant de en sannsynlig pneumoni, men også pleuravæske og en nytillkommen sannsynlig malign skygge på rtg thorax, samt stor glandel i mediastinum. Han ble ikke utredet videre. Det kom oppvekst i blodkultur og antibiotika-behandlingen ble endret. Han frisknet til og ble overført til sykehjemmet etter nesten tre ukers opphold. På sykehjemmet skrantet han. Det virket som om han hadde gitt opp. Han ville ikke stå opp, ville ikke spise og var stort sett negativ til alt, også til egen prognose. Vi skjønte etter hvert at dette gikk dårlig. Han fikk, sannsynligvis pga sepsisbehandlingen, svær soppinfeksjon i øvre gastrointestinal-traktus, som vi knapt rakk å behandle før han døde etter to uker. Vi drøftet situasjonen nøye med pårørende flere ganger underveis og var enige om at det ikke var hensiktsmessig å satse ut over palliasjon. Pårørende var informert om at han sannsynligvis hadde kreft i lungene.

«Hun» mente jeg kunne klare seg hjemme inntil det ble ledig på sykehjemmet. Pårørende var enige og skulle bli hos henne. Første natt ble hun urolig og forvirret. De dro til legevakt med henne, og hun ble lagt inn i sykehus. Der ble hun behandlet for nyresvikt og en kraftig urinveisinfeksjon, med bredspektret intravenøs antibiotika. Hun kom seg og ble utskrevet til sykehjemmet. Etter 14 dager på sykehjemmet er hun i sin habitualtilstand og reiser hjem.

Diskusjon

For begge disse pasientene har sykehusoppholdet, som jeg mente var unødvendig, utgjort en vesentlig forskjell. «Han» fikk en diagnose som gjorde at det ble lett å akseptere forløpet, som sannsynligvis var gitt. Uten sykehusopphold ville det vært svært ugreit å se på en mann som nettopp hadde vært ganske frisk, dø i løpet av kort tid uten å skjønne hvorfor. Med diagnosen ble det avklart, fredelig og forståelig. Direkte innleggelse i sykehjem som fører til uforklarte, om enn



«korrekte» dødsfall, skal vi ikke ha for mange av før tiltaket kommer i miskreditt.

«Hun» ville sannsynligvis risikert å ikke bli behandlet for sin infeksjon, dersom hun var blitt lagt rett inn i sykehjemmet. Det ville nok gitt oss med tro på dårlig prognose, rett. Et evt dødsfall ville vært akseptert, og ingen ville vært klandret, men det ville altså vært et helt unødvendig dødsfall. «Hun» har nå en prognose som er vesentlig bedre enn den har vært på mange måneder, selv om sykehistorien og alderen selvsagt setter noen begrensninger.

Jeg synes ikke at disse innleggelsene bekrefter på noen urovekkende måte at mye helseressurser brukes i pasientens siste leveår. Det er temmelig klart at vi er mest syke rett før vi dør, og at dette må håndteres. Unnlattelse av å utrede lungefunnet videre, ser jeg som et kvalitetstejn fra sykehuset. Behandlingen av urinveisinfeksjonen kan neppe sies å være overbehandling. Pasienter som er skrøpelige, og for hvem undersøkelser og utredning vil fremstå som uforståelig, plagsomt og på grensen av etisk forsvarlig, skal få være

i fred. Slike pasienter vil vi ofte finne i sykehjemmene. Jeg er ikke tilhenger av å legge pasienter inn i sykehus fra sykehjem før det er overbevisende sannsynlig at de vil tjene på det, hvilket de ofte ikke gjør. Men en tur innom sykehus før sykehjemmet, for å gjøre diagnostikk i et miljø som har nødvendige diagnostiske ressurser, synes jeg er på sin plass. I hvert fall for pasienter som får en akutt forverring. Å diagnostisere og vurdere forverring hos multisyke, er nok noe av det vanskeligste vi kan drive med. Drevne sykehjemsleger kan mye om det, men det hjelper svært mye med et godt utgangspunkt fra sykehusdiagnostikken.

Jeg mener disse to pasientene belyser dilemmaene ved direkte innleggelse i sykehjem. De bør nok bli få, og forbeholdt pasienter med avklart diagnose og behandling? Det politiske budskap er neppe godt faglig forankret.

 morten.laudal@bluezone.no



Et psykologisk perspektiv på
rusavhengighet

■ ELINE BORGER ROGNLI

*psykolog og stipendiat, Senter for Rus- og
avhengighetssforskning, Universitetet i Oslo*

Hvordan snakker man om rusproblemer på en måte som oppleves «ok» for pasienten? Og hvordan hjelper man pasienten til å slutte å ruse seg? Denne artikkelen beskriver en psykologisk forståelse av rusavhengighet, med vekt på relasjonsutfordringer, rus som emosjonsregulering, automatisert atferd og tilbakefallsforebygging. Mange av mekanismene som beskrives gjelder også for andre tilstander der pasienten må endre atferd for å bli frisk.

Rusproblemer kan og bør adresseres hos fastlegen. Her finnes en unik mulighet til å snu en uheldig utvikling og hindre at avhengigheten virkelig blir alvorlig. Fastlegen er også en selsagt samarbeidspartner med spesialisthelsetjenesten i behandlingen av alvorlig rusavhengighet. Noen ganger er rusproblemer åpenbare, andre ganger er de skjult bak søvnmangler, «nerver», nedstemthet eller stress. Uansett fordres ekstra innsats fra fastlegen, hva angår både kunnskap om rus og tillitskappende kommunikasjon.

Hva er rusavhengighet?

Fra et klinisk ståsted kan det være nyttig å se på avhengighet som en selvpåført livsstilssykdom som pasienten har ervervet seg gjennom en rekke valg. Valgene kan godt ha vært lite gjennomtenkte eller gode valgalternativer lite tilgjengelige. Like fullt er det personen selv som har tatt dem. Når avhengigheten først er etablert, begynner den å leve sitt eget liv, blant annet med en rekke sterke fysiologiske og opprettholdende mekanismer. Veien ut er brolagt med en rekke nye og annerledes valg. Valg som må tas hver dag, mange ganger om dagen, i måneder og år. Dette kalles atferdsendring. Innenfor en slik forståelsesramme er det psykologiske perspektivet på avhengighet relevant.

For å forstå hvorfor sårbare personer søker lindring gjennom rus, kan det være nyttig å hente kunnskap fra utviklingspsykologi og kognitiv psykologi.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utvikling og vedlikehold av rusavhengighet

De fleste bruker rusmidler på en lystbetont og kontrollert måte. Problematisk bruk av rusmidler kjennetegnes derimot av mangel på kontroll og mer ubehag enn glede. For noen går veien til rusavhengighet via eksperimentering i ung alder. For andre startet rusingen som målrettet lindring av psykiske vansker. Jo tidligere debut og jo tyngre rusmidler, jo vanligere er det med en vanskelig fortid forut for start på rusingen. Dette kan dreie seg om sosiale eller læremessige vansker, eller problemer i hjemmet så som vold, overgrep eller omsorgssvikt. Jo mer vansker som ligger forut for rusingen eller som har vært til stede parallelt med rusingen, jo mer må slike temaer også adresseres i behandlingen av ruslidelsen. Disse pasientene vil ofte ha dobbeltdiagnoser, altså ruslidelse samtidig med psykisk lidelse. Pasientene beskriver i disse tilfellene ofte at de ruser seg for å dempe symptomene på psykisk lidelse.

De aller fleste som har ruset seg en stund og forsøkt å slutte uten å ha fått det til, bruker ikke lenger rusmidler for å bli «ruset», «høy» eller «gira». De bruker rusmidler for å «komme på plass», «bli seg selv», «slappe av» og «få en time-out». Disse hevder at de bruker rusmidler mer som medisin enn for å bli ruset.

Simen begynte i behandling hos meg kort tid etter han ble innlemmet i Legemiddellassistert Rehabilitering, LAR. Han hadde et sterkt ønske om å bli helt rusfri, eller «helt normal», som han beskrev det. Imidlertid brukte han benzodiazepiner kjøpt illegalt bortimot daglig, ofte i ganske høye doser. Verken han eller legene i LAR var tilfredse med situasjonen, men Simen kunne ikke se hvordan han skulle klare seg uten.

Tillitsfulle relasjoner – relasjonsskadede mennesker

For å forstå hvorfor sårbare individer velger å søke lindring gjennom rus, kan det være nyttig å hente noe kunnskap fra utviklingspsykologi og kognitiv psykologi. Individet utvikler seg gjennom samspill med miljøet, særlig med nære omsorgspersoner. Etter gjentatte samspill over samme tema utvikles forståelse og forventninger om en selv, andre, og om verden generelt.

Det lille barnet som er vant til å bli plukket opp og trøstet når det gråter, forventer at verden er trygg og forutsigbar, og at andre mennesker vil det vel. Barnet som noen ganger blir møtt med trøst, men som andre ganger blir avvist, oversett eller til og med skadet, lærer at verden er uforutsigbar og utrygg, og at andre mennesker ikke er til å stole på. Disse ofte uttalte ideene om en selv, andre, og ver-

den, kalles kognitive grunnantagelser eller grunnskjema. De ligger til grunn for hvordan vi fortolker verden, og påvirker dermed atferden vår. Grunnantagelser kan modifiseres og endres gjennom livsløpet, særlig i perioder hvor noe blir markant annerledes. Naturlige livshendelser som det å flytte, begynne å jobbe eller å få barn, kan påvirke våre grunnskjema. De fleste typer psykologisk behandling tar sikte på å gjøre det samme.

Hos den gruppen pasienter som er avhengige av tyngre rusmidler, finnes mange mennesker med negative grunnantagelser. Disse grunnantagelsene har ofte blitt til som en psykologisk rasjonell og hensiktsmessig tilpassning til et dysfunksjonelt miljø. Problemet er bare at når miljøbetingelsene endrer seg, for eksempel ved at man kommer i behandling, henger ofte grunnantagelsene igjen. Dette vil påvirke vedkommendes fortolkning av andre mennesker, inkludert helsepersonell. Det vi kan oppleve som likegyldighet og fiendtlighet kan altså handle om et individ som beskytter seg mot en (nå urealistisk) risiko for å bli skadet. Ikke overraskende vil dette fortolkningsgrunnlaget ofte skape konflikter og støy rundt personen, noe som igjen kan virke bekreftende på grunnantagelsene. Altså: Jeg blir ofte avvist. Ergo stemmer det at jeg er verdiløs og at andre mennesker ikke er til å stole på.

Simens grunnantagelser var som følger: «Jeg er en dritt. Verden kan når som helst rase sammen, det har den gjort mange ganger før. Og andre mennesker er stort sett ute etter å dolke meg i ryggen, så det er best å ha 'guarden' høyt hevet». Disse antagelsene var erfaringsbaserte og grunnleggende for hele hans fortolkningmønster.

En vanlig emosjonell følgetilstand til slike grunnantagelser, er skamfølelse. I mange tilfeller kan det være hjelpsomt å forstå irritabilitet, frustrasjon og sinne som pasientens forsvar mot å kjenne på egen skam. Ofte har ruspasienter – som følge av vanskelige oppvekstkår og brutale rusmiljøer – et aktivert og kraftig forsvar. Dette kan vekke negative følelser hos hjelperne, som kan bli oppgitte og slitne. Ofte betegner vi disse pasientene som «vanskelige» og «relasjonsskadede».

Simen ble lett irritert de første timene hos meg. Det skulle så lite til før han tolket meg i verste mening, ofte som «moraliserende». En gang forlot han kontoret mitt midt i en terapitime, med avskjedsordene «Det her tror jeg ikke jeg gidder i dag, altså!»

Nøkkelen til å håndtere dette på en faglig klok og menneskelig varm måte, er å forsøke å forstå hva pasientenes atferd handler om. Ved å utvise en varm og empatisk holdning, og en eksplisitt kommunikasjon om at «jeg vil deg vel og jeg ønsker å hjelpe deg», vil

sinne ofte dempes. Vi må være profesjonelle relasjonsbyggere, som tåler og forstår og som samtidig har grenser og rammer. Jo mer emosjonelt aktivert (altså sint, irritert, oppgitt) jeg blir over en pasient, jo viktigere er det at jeg holder fagligheten min høyt, til å veilede meg i måten jeg er opptret i relasjonen på. Vår oppgave som hjelpere er å formidle nye relasjonelle erfaringer, som rokker ved de dysfunksjonelle grunnantagelsene.

Ved at jeg tålte ham, og var den som tok initiativ til å reparere når noe gikk galt mellom oss, kunne Simen også åpne seg litt etter litt for meg. Men jeg måtte virkelig vise meg tilliten verdig. Det gjorde inntrykk da Simen fortalte at han sjelden så seg i speilet, fordi han mislikte det han så. Det ble veldig tydelig hvor tett forbundet det tøffe og sårbare var, hvordan hans selvforakt hang sammen med irritasjonen og anklagene mot meg.

Rus som emosjonsregulering

Emosjonsregulering er en livslang oppgave, og er noe av det viktigste ved menneskelig psykologisk fungering. Dette handler om hvordan vi roer oss når vi er sinte, trøster oss når vi er triste, og slapper av når vi er redde eller nervøse. Hvordan vi samler oss, og kommer tilbake til «baseline». Gjennom et utviklingsløp lærer man ulike strategier for å få dette til. Man kan oppsøke noen man har tillit til, ta en joggetur, snakke seg selv til fornøft eller høre på musikk. Noen røyker sigaretter når de er stressede, eller går på fylla når de har kjærlighetssorg. Dette er rusindusert emosjonsregulering som må sies å være innenfor normalen. Men når rusmidler er den primære kilden til emosjonsreguleringen, og har vært det siden man var ung, blir repertoaret for tynt.

En del rusavhengige med tidlig debut har frarøvet seg selv mye normalutvikling, med alt det innebærer av kunnskap om seg selv og verden. Inntak av piller, alkohol eller heroin er den eneste metoden enkelte kjenner til for å dempe angst, falle i søvn eller lindre triste tanker. Vi er her inne på det som kan kalles «rusens funksjon», altså hvilken rolle rusen spiller, hvorfor pasienten trenger rusmidlene. Ved overgang til rusfrihet opplever mange at den eneste krykken de har for å tåle livets utfordringer, blir tatt fra dem. Når rusen går ut og tankene klarer, kan vonde minner og tøffe erkjennelser bli krevende å håndtere.

Følelser var skumle greier, ifølge Simen. «De bare kommer og slår deg over ende. Jeg vet jeg sikkert burde forholde meg til det, men det er så sinnssykt slitsomt. Det er liksom greiere å ruse det bort. Det er liksom det jeg alltid har gjort». Innsikten var upåklagelig. Ideene om hva han kunne gjøre når ubehagelige følelser dukket opp, var det verre med. «Det er som om jeg står med ryggen til et skap fullt med

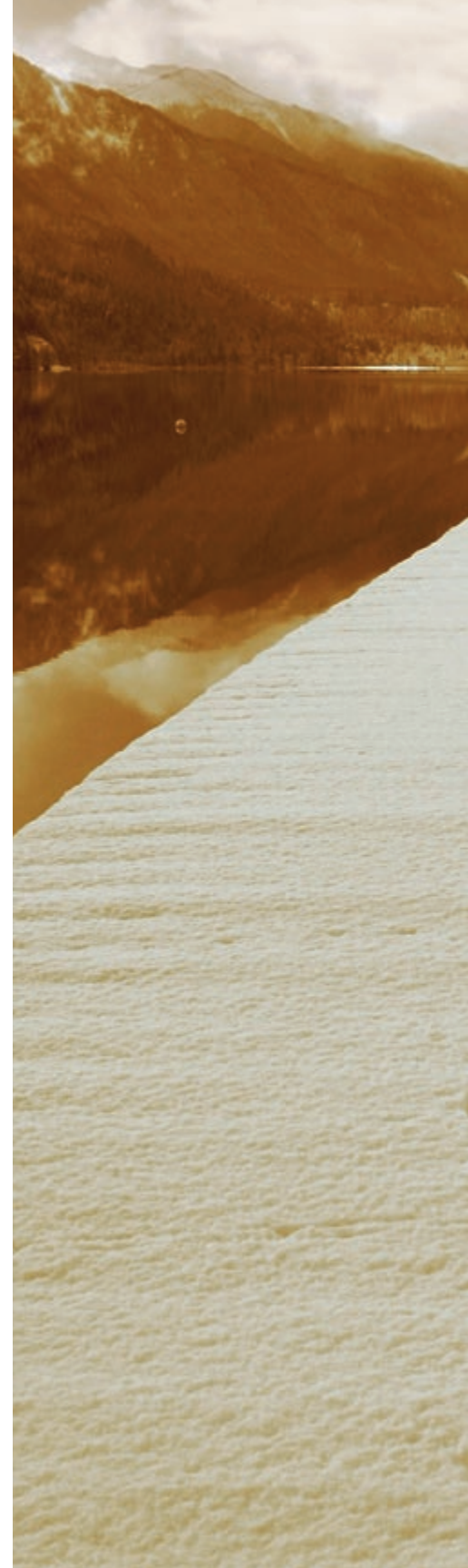
dritt jeg har gjort. Og når som helst kan det rase ut over meg. Så det gjelder å bite tenna sammen – og ikke kjenne etter».

Automatisert atferd

Atferd man har gjort mange ganger blir automatisert og ubevisst. Et godt eksempel er bilkjøring. I starten når man skal lære det, er all oppmerksomhet rettet mot samspillet mellom clutch, gass og gir. Etter hvert går dette av seg selv og oppmerksomheten kan brukes på andre ting, så som trafikkbildet eller samtalen med medpassasjerer. Gir og pedaler går av seg selv, atferden har blitt automatisert. Slik er det med en rekke ting vi gjør i vår hverdag. Vi opplever ikke at vi velger bevisst, vi «bare gjør det». Slik er det også i mange situasjoner som fører til rus. En situasjon eller tilstand fungerer som et stimulus, og utløser en atferdskjede som ender med rusinntak. Slike stimuli er «risikosituasjoner», og de kan være emosjonelle/tankemessige/interne eller situasjonsbestemte/eksterne. Ved å kartlegge risikosituasjoner (for eksempel «Når jeg blir lei meg» eller «Å gå gjennom parken om sommeren og kjenne lukten av grill»), får man tak i situasjoner hvor risikoen for rusinntak er ekstra høy. Dette er situasjoner den avhengige har vært i mange ganger tidligere, og hvor et automatisert atferdsmønster lett aktiveres («Se etter kjente – kjøpe stoff – ruse meg»). Her må nye løsninger på banen, gammel atferd må avlæres og nye strategier implementeres.

Å kjenne seg selv og sine egne sårbarheter, altså risikosituasjoner, er essensielt for å lykkes i å bli rusfri. Man må planlegge dagen slik at man ikke plutselig finner seg selv i en risikosituasjon. Og man må ha øvet i teorien på hva man skal gjøre hvis man allikevel havner i en slik situasjon. Kanskje må man på sårbare dager gå rundt parken, selv om det er en omvei. Hvis man møter en bekjent som man vet selger stoff, har man øvet på forhånd på hva man skal gjøre («Hei – smile – se en annen vei – gå videre, ikke stoppe!»). Dette er en veksling mellom teori og praksis. Øve og oppleve. Evaluere, revurdere strategi og forsøke igjen. Mange som skal bli rusfrie jobber knallhardt med å overstyre sine egne impulser. Hver dag, i uker og måneder. Etter hvert er det den nye atferden som har blitt automatisert. Man må anstrenge seg mindre for å gjøre det riktige, de sunne valgene bare skjer «av seg selv».

Vi jobbet lenge med Simens risikosituasjoner. Særlig var skyldfølelse knyttet til sønnen vanskelig. De hadde ikke sett hverandre på lang tid, og Simen hadde vært langt fra den faren han ønsket å være. I tillegg dukket det opp en ny utfordring da Simen etter en stund begynte med arbeidstrening, og på reisen til jobb måtte bytte kollektivtransportmiddel i sentrum. Han beskrev at han enkelte dager ble klam i hendene



og kjente sug i magen mange holdeplasser før han skulle bytte. De fleste dager gikk det bra. Noen dager ble han sittende på bussen videre, han turte ikke gå av i frykt for å ruse seg. Enkelte ganger gikk det galt. Vi fant etter hvert ut at denne turen innom sentrum kostet Simen for mye, og innebar for stor risiko. Sammen gikk vi inn på reiseplanlegger på nett og fant en alternativ rute. Den var 20 minutter lengre, men på alle måter tryggere og mer behagelig for Simen. Kanskje kan han reise den kortere sentrumsruten når han har vært rusfri enda lenger.



Ved overgang til rusfrihet opplever mange at den eneste krykken de har for å tåle livets utfordringer, blir tatt fra dem. Når rusen går ut og tankene klarer, kan vonde minner og tøffe erkjennelser bli krevende å håndtere.

ILLUSTRASJONSFOTO B. DOMBROWSKI (SXC)

Hvordan håndtere tilbakefall

Krevende endringsprosjekter innebærer vanligvis tilbakefall. Mange vil kjenne dette igjen fra endringsarbeid i eget liv, knyttet til for eksempel røykeslutt, endring av kosthold eller treningsvaner. Ved atferdsendring knyttet til rus kan tilbakefall bli svært skadelig. Det er derfor viktig å forebygge det så godt det lar seg gjøre, samt ha en plan for hvordan å agere dersom skaden likevel skjer. Fortolkning av

tilbakefallet er av stor viktighet. Den viktigste oppgaven som helseperson ved tilbakefall er:

- 1) å ha laget en så trygg allianse i forkant, at vedkommende våger å være ærlig om hva som har skjedd
 - 2) redusere skamfølelse (normalisere: «sånt kan skje», «så fint du kom og fortalte det»)
 - 3) redefinere tilbakefallet på en måte som gir håp
- Endring skjer i små steg, og det meste kan defineres relativt opp mot noe annet. «Førige

tilbakefall du hadde varte i tre dager, og du brukte både heroin, piller og alkohol. Nå har du bare brukt heroin. Det er veldig bra. Dessuten klarte du å avbryte tilbakefallet etter bare én dag denne gangen.» I et slikt perspektiv kan faktisk tilbakefall, så lenge det er mindre skadelig enn det forrige tilbakefallet, defineres som et fremskritt. Poenget er ikke å være en naiv og dumsnill medhjelper, men å påpeke mestring der det er mulig. Dette vil ofte øke pasientens motivasjon og mestringstiltro til neste gang en liknende situasjon dukker opp. Vedkommende besitter også da allerede utprøvde og anerkjente strategier som kan anvendes igjen, i større omfang og på et tidligere tidspunkt enn ved forrige tilbakefall.

Gradvis vil tiden mellom tilbakefallene bli lengre, og tilbakefallene vil bli kortere og inneholde færre skadelige elementer. Når man skal kalle seg «frisk» eller «rusfri», er et definisjons spørsmål det kan være meningsfullt å diskutere med pasienten. Mange vil ha et ønske eller en drøm om å kunne bruke litt rusmidler, av og til, uten alle de skadelige konsekvensene. En del har behov for å forsøke dette. Noen får det til, de fleste innser at å ruse seg litt er for risikofylt.

Etter hvert gikk det lengre og lengre tid mellom rusinntakene til Simen. Benzodiazepinbruk ble definert som tilbakefall, ikke som en daglig affære. Han fikk god hjelp av sin fastlege til å lage et nedtrappingsregime, og fikk styre tempo og dose etter hva han selv mente han tålte. Følelser og situasjoner som før satte ham helt ut og førte til rusing, kunne han håndtere på egenhånd uten rus, og snakke med meg om i terapi noen dager senere.

Avslutning

Å jobbe med rusavhengige oppleves til tider som intenst meningsfullt og som et stort privilegium. Det inngir følelser av ydmykhet og respekt å få lov til å gå et stykke på veien sammen med voksne mennesker som forsøker å endre noe fundamentalt i eget liv. Noen blir helt friske. Mange får liv som er mer verdige og mindre stressende, med blant annet bedre fysisk og psykisk helse, bedre økonomi og bedre forhold til sine nærmeste.

Jeg vil avslutte med Simens ord da jeg spurte ham hvordan han så annerledes på seg selv etter han hadde vært rusfri en stund, sammenliknet med begynnelsen av behandlingen. Han var vant til å bruke skalaer fra ulike ting vi hadde arbeidet med i terapien.

«Jo, for eksempel, når det gjelder å være narroman, så var jeg før en sjuer, nå er jeg en toer. Og før var jeg en toer på det å være pappa, nå er jeg en femmer.»

e.b.rognli@medisin.uio.no

Min fastlege

■ GUNNAR MYKLEBUST *journalist i NRK*

Denne skribent er verken dreven pasient eller helsejournalist. Men som deltaker på utallige redaksjonsmøter der helsesaker er blitt drøftet, vet jeg litt om hvordan nyhetsredaksjoner tenker, i alle fall i NRK.

Et normalt nyhetsinnslag på TV har ikke mer tekst enn tre til fire avsnitt i en vanlig avisartikkel. Det er ikke plass til lange resonnementer, og problemstillinger må forenkles. Mange har sikkert opplevd å bli intervjuet på kamera i 15–20 minutter for så å finne igjen bare et par setninger og noen ganske få sekunder i det endelige innslaget. Et drevent intervjuobjekt lærer seg derfor å snakke i overskrifter. Nyansene må overlates til avisene.

Nyheter er konflikt og motsetninger. Har nyhetsredaksjonen en case for overgrep og urettferdighet, kan veien være kort til oppslag på skjermen, og krav om klar tale fra ansvarlig hold.

Som Jørgen Skavlan illustrerte det i et innlegg i Aftenposten: Det er uinteressant at 96 prosent av alle menn med testikkelkreft i dag blir helbredet, det er de resterende fire prosent som er journalistisk interessante. Hvorfor blir ikke de kureret? Det er der skandalen ligger.

Slik blir mediene aktør og påvirker, og innsatsen i helsesektoren tidvis mediestyrt. De smarteste som trenger oppmerksomhet, skaffer seg dyktige PR-byråer til å ønske ut spektakulære stunt som gjør seg bildemessig godt.

De brystopererte gjennomførte en effektiv demonstrasjon med krav om at de skulle slippe å vente et år på brystrekonstruksjon – og fikk i løpet av kort tid lovnader og løsninger. Mediene var med, og stilte knapt et kritisk spørsmål til initiativtakerne der det kanskje

overlever kreftdiagnosen, eller at vi har et av verdens mest likeverdige helsevesener? Hans observasjon er riktig: Det er det negative, minussidene, som får oppmerksomhet i nyhetsredaksjonene.

Harmoni er nemlig ikke nyheter.

Nyheter er definert på ulike måter, men en gjenganger er det som bryter med det normale, avviket, det som er annerledes. Da blir det feilbehandlingene, feilskjærene, de faglige avvikene det blir satt fokus på.

Og TV er hjerte mer enn hjerne. Derfor dveler kamera ofte noen ekstra sekunder ved fortvilelsen til urettferdighetens offer, mens de kritiske spørsmålene rettes mot den ansvarlige i byråkratiet eller politikken.

I dette bildet er fastlegens rolle ofte å målbære eller bekrefte den kritikken som reises. Fastlegen er stort sett på vårt lag, reiser ut til det ytterste nakne skjær og hjelper vanlig folk og strekker arbeidsdagen så langt den rekker.

Ta fastlegereformen som eksempel. Vi skulle tro at folket ville hylle myndigheter som sier at legekantoret må svare på telefonen innen to minutter, at vi skal ha rett på legetime innen to døgn, og garanterer oss flere hjemmebesøk.

Enten forstod ikke folk forslaget, eller så rakk de ikke å fordøye det før fastlegene var på banen og fordømte det.

Det ble oppfattet som en strid mellom fastlegene våre og (den nå avgåtte) helsestatsråden – en statsråd som har fått sin rikelige del av negativ medieoppmerksomhet de siste par årene og har stått som en kontinuerlig hoggestabbe for alt som har gått skeivt i helsestellet, alltid på defensiven.

Når våre nærmeste, fastlegene, sa at det ble

“Dagens mediebilde er fastlegens rolle ofte å målbære eller bekrefte den kritikken som reises”

kunne vært på sin plass med noen tanker rundt ventetid og prioriteringer. Her var mediepresset så enormt at politikerne bare hadde en ting å gjøre. Ett års ventetid var plutselig fullstendig uakseptabelt.

Hvorfor, spør Skavlan, lager man ikke samtidig rapportasje på at flere enn noen gang

mer papirarbeid av forslaget og mindre tid til pasientene – og ikke omvendt, som helsestatsråden hevdet, trodde vi på fastlegene.

I vår familie har vi skiftet fastlege én gang siden ordningen ble innført. Ikke noe stort erfaringsgrunnlag, men nok til å se at fastleger er ulike. Noen arbeider alene, andre i fel-

lesskap. For meg kjennes det bedre at legen er del av et kollektiv. Flere fagfolk samme sted gir meg følelse av større samlet kompetanse – min lege har flere å diskutere saker og ting med, og jeg slipper å reise annet sted når min lege av en eller annen grunn er fraværende.

Vi nærmer oss visstnok 30 millioner konsultasjoner i året i det som kalles norsk allmenpraksis. Det betyr at gjennomsnittsnordmannen – stor og liten, gammel og ung, alle medregnet – er hos legen seks ganger hvert år. Der ligger i så fall min familie godt under gjennomsnittet. Så når jeg skal snakke om fastlegen min og legekantoret, må jeg trekke litt også på andres erfaring og synspunkter.

I Norge ser vi ut til å ha et sterkt økende behov for å gå til lege: Da fastlegeordningen ble innført for ti år siden, var det snakk om 15–20 millioner konsultasjoner i året. Antallet besøk har altså økt med mellom 50 og 100 prosent. I et samfunn som mer enn noen gang er opptatt av trening og helse og sunnhet, er det vanskelig å tro at vi er blitt så mye sykere i løpet av disse årene. Det må være terskelen for å søke lege som er blitt lavere. Et pussig paradoks: Oppslutningen om fastlegeordningen har økt siden den ble innført, samtidig som tilfredsheten med den er blitt mindre! Vi går altså oftere til lege, og vi syter mer.

Og sytningen vår er blitt mye mer offentlig. I min barndom var det lite fokus på feilbehandling eller ventelister i avisene. Leger og helsepersonell hadde i liten grad noe kritisk offentlig søkelys på seg. Helsejournalistikken var begrenset til medisinske landevinninger og byggeplaner for nytt sykehus.

Det skulle mye til for å gå til doktoren den gangen. Min kontakt med helsestellet var helse søster som dukket opp på skolen en gang i året og tok pirképrøver.

Min primærhelsetjeneste var mor, som tok feber og pakket dyna rundt meg. Mor passet på at jeg drakk tran, men hadde også en god del basiskunnskap som løste de fleste av de situasjonene der jeg i dag antakelig ville sende ungene mine til fastlegen.

I løpet av de 50 årene som er gått, er mye forandret. Det har vært en velsignet velstandsutvikling. Og helsestellet har tatt syv- mils steg. Vi er samtidig blitt mer fremmedgjort overfor sykdom, for ikke å si død. Vi har flyttet inn i trygghets samfunnet. Vi er blitt verdens rikeste land og innbiller oss åpenbart at vi kan kjøpe oss ut av ethvert problem.

NRK-journalist Gunnar Myklebust hadde et innlegg på PMU-kurset med tittelen «Utfordringer og gleder på fastlegekontoret» sist høst. Innlegget var så godt at *Utpostens* redaksjon har besluttet å trykke en redigert versjon.



I verdens rikeste land skal vi kunne kureres for alt, ja, det må nesten kunne være et krav å slippe å dø. Om vi rammes av uhelbredelig sykdom, må det offentlige på alle vis ta ansvaret for det.

Jeg leste nylig med stor interesse en nekro-

“Nesten alle vil ha en fastlege som det går an å snakke fortrolig med og lette hjertet hos – og som ikke bare finner det riktige plasteret å sette på såret...”

log over en fastlege som hadde gått bort så altfor tidlig. Mye av det som stod der, vil jeg tro kan passe på svært mange kolleger. Han elsket arbeidet sitt. Selv når dagene ble lange og arbeidsoppgavene til tider ble mer enn krevende, var han alltid blid og i godt humør. Det skulle bare mangle, sier da jeg, den egoistisk krevende pasienten. Dersom jeg er den som har time sist på ettermiddagen, vil jeg jo forvente at jeg blir møtt med samme interesse og oppmerksomhet og gode humør som han som hadde time klokka åtte om morgenen. I denne pasientens øyne – egoisten – har legen ikke lov å ha en dårlig dag eller personlige problemer. Ikke være sliten, for ikke å si syk. Fastlegen skal alltid være i topp stand og full drift.

Jeg vet naturligvis at legen min er et vanlig menneske, og ikke Gud som styrer over liv og død, et normalt menneske som har gode og dårlige dager som alle oss andre, gode og dårlige karaktertrekk, og som sliter med akkurat de samme dagligdags plagene og privatlivene som alle oss andre. Likevel krever vi at legen skal være noe helt ekstraordinært.

Den nevnte nekrologen siterer også den avdøde: Skal du bli en god fastlege, må du være glad i folk og ta på alvor alt de måtte komme med. Og så fortsetter den: For mange av pasientene ble han ikke bare en god lege, men også et fast holdepunkt i livet, et medmenneske som brydde seg om dem langt ut over det medisinske.

Der tror jeg nesten alle pasienter vil ha fastlegen sin – som en det går an å snakke fortrolig med, og lette hjertet hos. Som ikke bare finner det riktige plasteret å sette på såret, men som er i stand til å se helheten hos pasienten, der små og store vanskeligheter i dagliglivet kan være av relevans og derfor ha betydning for hva slags plaster som skal brukes.

Når folk snakker om legen, blir det fort et spørsmål om tilgjengelighet og ventetid.

Å vente kan være en tung greie for pasienten. Vente på å komme gjennom til legekantoret, vente på time hos legen, vente på svar på

prøver, vente på spesialisttime i etterkant, og vente på behandling til slutt.

Etter å ha reist langt, ventet lenge, brukt av min egen dyrebare tid, vil jeg gjerne gå ut fra legekantoret med følelsen av at det var verdt det. Noe skjedde der inne, jeg fikk ny kunn-

skap, kanskje ny utsikt til bedring – møtet med legen oppfylte en forventning.

En illustrasjon også her: Da jeg ble henvist til spesialist med en plage i beinet, måtte jeg først vente en halvtime over avtalt tid før jeg kom inn til vedkommende som ikke hadde lest henvisningen, var bare halvinteressert i min utlegning mens han satt og skrollet på skjermen sin. Han knadde et par minutter på leggen før han sendte meg hjem med beskjed om å observere meg selv noen uker og så rapportere tilbake til han. Formodentlig til samme pris, en liten tusenlapp, som jeg måtte betale for denne første, for meg meningsløse konsultasjonen.

Han hadde knapt sett på meg, langt mindre undersøkt meg, og ga meg ingen unnskyldning for at han var forsinket (min tid var i mine øyne like kostbar som hans tid). Alt han sa og gjorde tilsa at han egentlig ikke var spesielt opptatt av meg og mitt, og jeg forlot hans kontor sterkt frustrert og hadde ikke kommet ett steg videre.

Usikkerhet kan være lammende, ventetiden uutholdelig når det er mistanke om noe alvorlig. Derfor vil vi helst at legen skal legge alt annet til side og bare konsentrere seg om vår greie, være kontinuerlig opptatt av vår plage og sørge for at alt som skal og kan gjøres øyeblikkelig settes inn for oss. De fleste av oss blir svært egoistiske i slike situasjoner. Hele helseapparatet skal være til for oss ene og alene, om nødvendig.

For mange pasienter betyr det å legge alt i helsestallets hender.

Legen skal finne ut hva som feiler meg, sørge for at jeg kommer til spesialist, fyller ut skjema, sender papirer dit de skal, og sørge for at jeg får pillene mine. Det blir som i barndommen; legen er Mor, som tar fullt ansvar og passer på.

Mange av oss finner tryggheten i at fastlegen vet og kan og gjør. Vi vil passivt holdes i hånden, mens helsestellet tar kontrollen og kommuniserer enkelt og effektivt. Det heter jo helsestellet i entall!

Jeg vil at legen min skal være godt voksen. Vi (godt voksne) blir usikre når legen kunne vært vårt eget barn. Vi stoler på erfaring og mange år i yrket.

I Bærum gikk pasientene til aksjon og protesterte da en 69 år gammel lege ble tvunget til å gå av pga aldersgrensen. Legen hadde søkt om å få stå til han var 75, men kommunen ville ikke ta unødig risiko. Hans erfaring gir meg trygghet, sa en 30 år gammel kvinnelig pasient.

I forhold til 30 millioner konsultasjoner i året er det få som klager. Mange uttrykker kanskje sterk frustrasjon i mer uformelle sammenhenger, deler sin misnøye med familiemedlemmer, naboer, resepsjonisten på legekantoret, eller kanskje til og med ukjente på venteværelset. Men få uttrykker sin misnøye direkte til legen. Eller sender klager oppover i systemet.

Kjenner folk sin rett til å klage? Neppe. At det går an å henvende seg til fylkeslegen? Neppe. Hvordan gjør man det? Aner ikke. Folk skremmes av det de tror er en komplisert og uoverkommelig prosess.

Internett har gitt pasienten en helt ny og tilgjengelig måte å klage på. Her finner vi i dag folkets røst: «Skammelige tilstander», skriver en. «Vi skal ikke godta overformynderiet eller den vanvittige pengebruken – men si fra at nå får de begynne å gjøre seg fortjent til de enorme lønningene de får, mens den jevne mann og kvinne sliter og stadig flere havner under fattigdomsgrensen. Legen vår skal følge oss opp og gjøre seg fortjent til den lønn han mottar, og ta pasientene sine på alvor, ikke gi dem kun fem minutter, sende

“Det er naturligvis en risiko for at nettjenester kan bli offentlig gapestokk, mer enn fruktbar evaluering.”

dem ut uten å sette seg inn i deres hverdagslige plager, smerter og sykdommer. Ikke ta flere hundre kroner for en lynvisitt som ikke hjelper dem i det hele tatt.» (Her glipper tråden noe, mens sinnet bare øker:) «Men alle meler si eia kake og flår dem økonomisk, de som dem skal hjelpe. Frekkeheden har tatt overhånd og legegjerningen og alt annet er ikke lenger et «kall», men en flytebrygge for å gjøre dem rike og vellykkede: Nå må noen sette foten ned og si stopp.»

Litt uklart kanskje hva problemstillingen er, men det kan ikke være tvil om at vedkommende er misfornøyd med legestanden.

Nå finnes det også noe som kalles legelisten.no. Nylig anmeldt i en herværende avis:

Er det ikke herlig dere!? Nå kan vi delta i vårt eget lille «realityshow», hvor vi kan gasse oss i skandaler, sladder og pikante avsløringer, få vår kikkermentalitet og nysgjerrighet tilfredsstilt, samt få utløst våre anlegg for angiveri. Og det beste av det hele; dette kan vi delta i helt anonymt, trygt og godt fra sofa-kroken hjemme!

Legen må kunne leve med at det er de misfornøyd som har mest behov for å meddele seg.

Åpenbart en webside som innsenderen ikke synes noe om og mener at den vil bli brukt med vikarierende motiver – til å henge ut folk som vi ikke liker av helt andre grunner enn de medisinske kvalifikasjonene. Og som i verste fall kan benyttes til å mobbe leger vekk fra lokalmiljøet, men samtidig hindre at han eller hun har noen sjanse til å etablere seg på nytt andre steder – for legelisten.no er jo nasjonalt tilgjengelig.

Legelisten.no er fortsatt i en slags utprøving. Men må tas på alvor når 15 000 pasienter har tatt seg bryet med å benytte den allerede det første halvåret. Her har de fått utløp for frustrasjon og skuffelse. Det er naturligvis en risiko for at slike nettjenester kan bli offentlig gapestokk, mer enn fruktbar evaluering. Selv om jobben legen gjorde var både god og profesjonell, er det fare for at pasienten opplevde den som uprofesjonell og dårlig fordi legebesøket ikke ga pasienten det forventede resultat.

Legen må kunne leve med at det er de misfornøyd som har mest behov for å meddele seg: «Totalt fraværende – lei av dårlig service – sur resepsjonist – følte at jeg måtte gå før jeg hadde fått sagt det jeg ønsket å si – liten evne til å lytte og forstå.» Et raskt sveip innom nettstedet viser imidlertid at det også er mange positive innlegg der.

Bør pasienter ha anledning til å gi legen karakter – eller stjerner, som i tilfellet legelisten.no? Tja, få av oss vil ha den medisinske

kompetansen til å bedømme legens arbeid, men vi har vel alle bra kompetanse til å vurdere hvordan et legekonto fungerer og se hvordan vi blir behandlet som medmennesker.

Anonymiteten som pasienten kan gjemme seg bak, er et dilemma. Og krever uansett at en slik nettside må være under kontroll for å holde kritikken tilnærmet saklig, og ikke bare bli en vegg for skittkasting fra misnøyens kloakk.

Å ha en god fastlege er også å ha et godt og velfungerende legekonto med en kompetent stab. Mitt besøk hos legen begynner i det øyeblikket jeg går inn døra til venteværelset og omfatter både mottakelsen, ventingen, selve konsultasjonen, eventuelle prøver som tas i etterkant, og oppgjør og betaling til slutt. Om legekontoet er stort med mange assistenter for ulike støttefunksjoner, eller lite med én assistent som både betjener resepsjonen og laboratoriet, så er legen avhengig av en god stab og den samlede kompetansen. Det er samarbeidet som skaper helhetsinntrykket, og som bestemmer hvilken oppfatning pasienten har av legetimen i etterkant.

«Vi pasienter er både kravstore og respektfulle overfor våre velutdannede leger. Men kanskje vi kan få litt utdanning, vi også? En liten pasientskole...?»

Og hvorfor ikke også gi terningkast til venteværelset? Lokalavisa Askøyværingen utenfor Bergen hadde en morsom anmeldelse av et lokalt legesenter – noe som kunne være en idé for flere: Muligheten for parkering, adgang til kontoret, garderobe, utsikten fra venteværelset, stolene å vente i, bildene på veggene, at flisene på gulvet ga et kaldt inntrykk og malingen på veggene kanskje kunne trengt et nytt friskt strøk, om ukebladene var nye eller gamle, om lekebordet og legoklossene var noe tuss – støy, lukt, om resepsjonisten var blid, og hvor greit det var å bruke toaletten.

På samme måte er også jeg opptatt av hvordan jeg blir mottatt på et venteværelse. Er resepsjonisten oppmerksom på meg? Sier hei, gir meg et smil? Hvor lenge ser det ut til at de andre pasientene har ventet? Hvor lenge ringer telefonen før noen tar den? Hvordan er stemningen? Jeg kan fort la meg stresse av slikt. Jeg vil nemlig føle meg velkommen og ivaretatt, kjenne at det er noen som bryr seg.

Jeg tenker også litt som barnet: Lukten av medisin kan utløse små katastrofer. Jeg hus-

ker fortsatt den gangen i sjuende klasse at jeg svimte av i døra inn til helsesøster etter å ha grudd meg i sju år til møtet med den forferdelige BCG-vaksinen, og måtte holdes opp ned for å komme til sans og samling igjen og settes i stand til å bli stukket.

Noen forslag til slutt: Det må kunne gjøres enklere for pasientene å gi tilbakemeldinger. Legelisten.no er nevnt, men mange legekonto har med hell satt opp forslagskasser, der pasientene blir oppfordret til å skrive noen linjer og komme både med klager og forslag til endringer. En ide for flere.

Det går også an å gå mer offensivt til verks for å hente inn synspunkter fra pasientene, f.eks. i form av spørreundersøkelser. Jeg har lest om legekonto som har forsøkt det med stor suksess. Å gi pasienten et papir i hånda med spørsmål og svarmuligheter gir klart bedre respons enn å be dem sette seg ned for å formulere noe selv.

Og så en skikkelig verkebyll: Internett. Mange har store problemer med å nå fram til fastlegen sin via nettet. Ikke for å erstatte samtale og legetime, men for å forenkle kommunikasjonen: Bestilling av time, konkrete

enkeltspørsmål, ny resept – alle disse tingene som bør kunne ordnes med noen tastetrykk i dag og spare tid både for lege og pasient.

Med fare for å slå inn åpne dører: Når kan vi skype med legekontoet? Som en slags moderne form for hjemmebesøk?

Vi pasientene er altså både kravstore og respektfulle overfor våre velutdannede leger. Men kanskje vi kan få litt utdanning, vi også? En liten pasientskole for å skape større realisme i forholdet mellom partene?

Vi kunne lære litt både om medisinske begrensninger og pasientens rettigheter, kanskje litt om hvordan vi kan være mer forberedt til legetimen, og bidra til å gjøre besøket på legens kontor mest mulig fruktbart.

Og ikke minst bli minnet om hvor godt vi har det her i landet, og hvor store framsteg medisinen og helsestellet har gjort i vår tid. Og ta inn over oss at legen likevel ikke er Gud og den norske helsetjenesten aldri vil kunne gi oss evig liv.

gunnar.myklebust@nrk.no

Neppe risiko for anafylaksi ved selvstikk med fiskevaksine

■ HÅKON LASSE LEIRA *Arbeidsmedisinsk avdeling, St.Olavs Hospital, Trondheim*

■ TORE HOVLAND *MSD Animal Health, Bergen*

Vaksinatører som stikker seg selv under vaksinasjon av oppdrettsfisk kan få alvorlige lokale reaksjoner, men det er ikke rapportert noen tilfeller av anafylaksi på 20 år. Anbefalingene til lege og vaksinatør om tiltak ved selvstikk er derfor endret.

Fiskeoppdrett, spesielt av laks og regnbueørret, er blitt en viktig næring i Norge. Etter en spedit start omkring 1960, kom det en rask økning i produksjonen utover på 1980-tallet med 158 000 tonn produsert i 1990.

Dyppvaksinering av oppdrettsfisk startet allerede mot slutten av 1960-tallet. Under en epidemi av laksefurunkulose omkring 1990 ble det utviklet stikkvaksiner mot *aeromonas salmonicida*, som forårsaket denne sykdommen. Stikkvaksinene måtte administreres i forkant av smoltstadiet, dvs mens lakseyngelen veide 10–50 gram. Hver fisk måtte få vaksinen injisert i buk-hulen. I 1991 ble det satt ca 60 millioner vaksiner, og uhell med selvstikk av vaksinatørene ble raskt et betydelig problem. Det ble rapportert om til dels alvorlige lokale reaksjoner, blant annet fingeramputasjon, og i alt tre tilfeller av mistenkt anafylaktisk sjokk (Leira 1993).

På bakgrunn av disse beretningene ble det utarbeidet retningslinjer for tiltak ved selvstikk. Det ble anbefalt å ha adrenalin tilgjengelig der vaksineringsen foregikk, slik at be-

handling kunne starte umiddelbart ved mistanke om anafylaksi. Ved alvorligere lokale reaksjoner ble det anbefalt å få skaden vurdert av kirurg. Anbefalingene ble blant annet kommunisert som del av pakningsvedlegget til vaksinene.

I de 20 årene som har gått har produksjonen av oppdrettsfisk fortsatt å vokse, til ca 1,1 millioner tonn, rund bløggvekt, i 2011. Dette året ble det satt ca 450 millioner doser injeksjonsvaksine, halvt om halvt maskinelt og manuelt. Samtidig er antall meldinger om skade gått betydelig ned, etter det bransjefolk kan fortelle. Det finnes imidlertid ikke noen offisiell oversikt over skader som følge av selvstikk. Likevel meldes det fra tid til annen om kraftige lokale reaksjoner, men det har ikke vært rapportert noen tilfeller av anafylaktisk sjokk verken i Norge eller i verden for øvrig, etter det vi har kunnet bringe på det rene. De alvorligste reaksjonene har kommet etter uteblitt kirurgisk inngrep. Alle fiskevaksiner inneholder nå mineralolje som adjuvans, og


injisert under trykk vil vaksinen gi nekrose om ikke stikkstedet blir insidert og skyllet.

På denne bakgrunn ble det fra en vaksineprodusent reist spørsmål om det fortsatt var riktig å anbefale anafylaksiberedskap med adrenalin tilgjengelig på oppdrettsanleggene. Samtidig ble det ytret ønske om å skjerpe anbefalingen om rask kirurgisk vurdering. Disse spørsmålene ble vurdert på et møte i Bergen i april 2012, og reviderte retningslinjer ble deretter utarbeidet av Jon Eirik Kvalnes, Lene Hovland og undertegnede, i samarbeid med Eirik Florvaag ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland sykehus.

I korthet anbefales det nå at anafylaksiberedskapen best ivaretas av den ordinære primærhelsetjenesten, som bør varsles før vaksineringsen starter. Dersom hele dosen, 0,05–0,2 ml, injiseres i hand eller finger, bør den skadede vurderes av kirurg i løpet av noen timer for å forhindre nekrotisering.

LINKER

- Den fullstendige teksten i anbefalingen finnes her: <http://amv.legehandboka.no/forebygging/yrker-og-eksponeringer/fiskeoppdretter-1010.html>
- Og her: <http://amv.legehandboka.no/selvinjeksjon-av-fiskevaksine-38757.html>
- De anbefalte prosedyrene kan også få tilsendt som PDF fra TH (tore.hovland@merck.com) både på norsk, polsk og engelsk.

 hakon.lasse.leira@stolav.no
tore.hovland@merck.com



Vaksinering av fisk kan ved selvstikk gi alvorlige lokale reaksjoner som nekrose. FOTO: PHARMAQ

«Gode rammer – keisamt innhald?»

Er det egentleg nokon som har oversikt over kva medisinstudentar tenker om faget allmennmedisin? Nei, fann eg ut i april i fjor, då eg skulle halde eit innlegg på årsmøtet til Norsk foreining for allmennmedisin (NFA). Eg prøva difor å spørje mange av mine medstudentar om kva dei tenkte. Dette var studentar frå alle fakultet, på ulike kull (n=50). Utifrå svara vart det raskt klart at det allmennmedisin meir enn noko anna slit med, er eit omdømmeproblem. Mange medisinstudentar ser på det å bli allmennelege som noko sekundært, noko dei «endar opp som». Dei ser ikkje på det som eit medvite karriereval, men som eit endepunkt etter at spesialisthelsetenesta har tatt både tida og energien din.

«For lite utfordrende, for kjedelig».

Det er urovekkande at mange medisinstudentar er redde for at ei karriere innanfor allmennmedisin medfører eit overtal av slitsame pasientar, av blodtrykkskontroll og Marevan. Det er kanskje ein del av allmennelegens kvardag, men det er vel ikkje heile? Det er påfallande at mange medisinstudentar er redde for at ein skal bli sitjande åleine, utan moglegheit til å ha eit støttande kollegium eller nokon å diskutere både oppturar og nedturar med, i eit langt yrkesliv.

«Jeg vil jobbe på sykehus mens jeg fortsatt har livsgnisten og bli fastlege når jeg blir middelaldrende».

Kvifor skal allmennmedisin akseptere eit omdømme der ein blir endestasjon for utbrente eller slitne legar? Dette er ikkje den realiteten eg har møtt, ei heller dei allmennlegane eg kjenner til. Men kvifor er det då slik at mange medisinstudentar har dette inntrykket? Kvar kjem diskrepansen mellom realiteten og ein del av dei negative haldningane nokre har mot allmennmedisin?

«Frihet, egen profil og se hele mennesket».

Allmennmedisinen som fagfelt og allmennlegar som yrkesutøvarar gjennomgjekk ei krise med fastlegereforma i fjor. Den sette i gang eit enormt engasjement, men utvikla seg kanskje også for langt. For kva er det me som medisinstudentar hugsar? Jau, at nokon gjekk ut og sa dei ikkje lengre kunne anbefale medisinstudentar å gå inn i allmennmedisin. Allmennlegane må ta tilbake kontrollen over sitt eige fagfelt og ikkje minst sitt eige rykte. Er sitata frå mine medstudentar

reelle? Eller er du ueinig? Viss det er tilfellet, så må dykk gjere noko med saka! Ein må ta kontroll over grunnutdanninga, over dei haldningane medisinstudentar endar opp med i eit studium som stadig blir hardare pressa, der praksisveker i allmennmedisin stadig vert kutta.

For at allmennmedisin skal få eit godt omdømme må også du som allmennelege ta ansvar. Vis engasjement gjennom å endre på haldningane som mange medisinstudentar har, dog ikkje alle. Set press på universitet, på kollegaer som arbeider i spesialisthelsetenesta som stadig kritiserer allmennlegar på forelesing. Ikkje sit på kontoret ditt og klag over manglande rekuttering – ta kontakt med medisinstudentar, med universitet eller andre. Ver med å endre på haldningar og dermed få fleire dyktige framtidige allmennlegar inn i primærhelsetenesta.

La oss unngå situasjonen «at en glemmer at de også finnes» Det er på tide å ta ryktet tilbake, folkens.

«Spennande innhald og gode rammer.»

Björg Bakke

leiar Norsk medisinstudentforening



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 til en av redaktørene, vær vennlig å se kontaktinfo, 2. omslagsside.

Kast dere frampå, folkens!



ILLUSTRASJONSFOTO: COCOJUNIOR

Plagsom tretthet

En friskt utseende mann i slutten av tretti-årene kommer på øyeblikkelig hjelp-time. Han er tidligere frisk og har vært lite på legekontoret.

Han kommer fordi han de siste tre ukene har følt seg trøtt. Han kan sovne i stolen foran fjernsynet og har plagsomt lite overskudd. Han sier han har brent lyset i begge ender over lang tid; det er travelt hjemme med tre barn i skolealder og lange dager som gårdbruker. Han opplever å ha dårlig kondisjon ved anstrengelse, føler seg kortpustet, har trangt for å puste – også i dag på venterommet.

I mitt hode kommer følgende tanker først: ikke så rart han er sliten, helt normalt å sovne

foran tv (det har vi vel alle gjort?). Trangheten for å puste er kanskje angstsymptom? Men det hører med å lytte på hjerte og lunger ved tungpustethet. Ingen smerter, ingen hoste, ingen infeksjonssymptomer. Naturlige funksjoner er uten anmerkning bortsett fra at han sover dårlig, men vet ikke hvorfor.

Jeg lytter på lungene: intet å høre. Lytter på hjertet: klar sterk systolisk bilyd. Sjekker beina: ingen ødemer.

Spirometri er patologisk og viser restriktivt mønster. Ekg er patologisk, men vanskelig å tyde; sinusrytme, frekvens 105, ikke hypertrofi, ikke ischemi-tegn.

Jeg mistenker nå at dette kan være alvorlig hjertesykdom, ringe mellomvakt på medisin

som er imøtekommende og tar imot pasienten samme dag. Det viser seg at han har alvorlig hjertesvikt pga kongestiv cardiomyopati.

Min refleksjon i ettertid: Alvorlig og sjeldne sykdommer kommer når vi minst venter det og kan gi samme symptomer som slitenhet pga livets belastninger. Dette er en påminnelsen om at vi alltid må tenke bredt, og i nesten alle pasientmøter vurdere om årsak til symptomer kan være somatiske, psykiske eller på grunn av livets belastninger. Men det er jo det som gjør allmennpraksis til en så spennende jobb: det å være «detektiv», tenke bredt og «sjekke» alvorlig sykdom ut av «saken» før man snevrer inn «mistankene».

Sirin Johansen

Kardiomyopatier

Definisjon

- Hjertemuskel sykdom med ledsagende kardial dysfunksjon
- Inndelingen av kardiomyopatiene er et kompromiss mellom en klassisk beskrivelse av manifestasjonsformer (dilatert, hypertrofisk, restriktiv) og en etiologisk/patogenetisk inndeling
- Kardiomyopati er en eksklusjonsdiagnose som forutsetter utelukkelse av
 - Iskemisk hjertesykdom
 - Hypertensiv hjertesykdom
 - Klaffesykdom
 - Medfødt hjertesykdom
 - Cor pulmonale

Inndeling

- Dilatert kardiomyopati (kongestiv kardiomyopati)
 - Dilatasjon og nedsettelse av pumpefunksjon i venstre ventrikel eller begge ventriklene
- Hypertrofisk kardiomyopati
- Restriktiv kardiomyopati
 - Restriktiv fylning av og redusert diastolisk volum i den ene eller begge ventriklene som følge av interstitiell fibrose
 - Normal eller nesten normal systolisk funksjon og veggtykkelse
 - Obliterasjon av apikale ventrikelkaviteter på grunn av fibrose og tromboseing kan være tilstede

- Arytmogen høyre ventrikel dysplasi
 - Tiltakende dysplasi av myokardiet med fettinfiltrasjon og fibrose, hovedsakelig i høyre ventrikel
- Spesifikke kardiomyopatier (kan manifestere seg som dilatert, hypertrofisk eller restriktiv kardiomyopati)
 - Hjertemuskel sykdommer som er assosiert med spesifikke kardiiale eller systemiske sykdommer
 - Inflammatorisk kardiomyopati (myokarditt), metabolsk kardiomyopati, bindevevs-, infiltrativ- eller nevromuskulær sykdom, og kardiomyopati i relasjon til graviditet

Dilatert kardiomyopati (kongestiv kardiomyopati)

- Hyppigst idiopatisk
- Kan være sluttstadium av en rekke forskjellige årsaker til myokardskade som inflammasjon (myokarditt), toksisk påvirkning (alkohol, doksorubicin), endokrinopati/metabolsk skade og infiltrasjonssykdom og hypertensjon
- Familiær opptreden ses hos 1/3
- Genetiske faktorer kan ha vesentlig betydning
- Patologiske forandringer
- Dilatasjon av alle kaviteter og hyppig dannelse av murale tromber

- Hjertet har økt vekt, men ikke økt veggtykkelse
- Koronararteriene er vanligvis normale

Sjekkliste for henvisning

Formålet med henvisningen:

- Bekreftende diagnostikk?
- Terapi?
- Annet?

Sykehistorie

- Debut og varighet? Vedvarende, residiverende, ev. progresjon?
- Symptomatologi - grad av tungpusthet, nattlig tungpusthet, ødemer, brystmerter?
- Utløsende eller underliggende sykdom? Familiær disposisjon? Faste medisiner?
- Ev. gjennomførte behandlingstiltak og effekter?
- Konsekvenser – yrke, sosialt, fysisk aktivitet, annet?

Kliniske funn

- Allmenntilstand? Tegn til hjertesvikt?
- BT, puls, bilyder over hjertet?

Tilleggsundersøkelser

- Hb, SR, CRP, glukose, FT4, TSH, elektrolytter, kreatinin, gamma-GT, CDT, ev. ANA
- EKG

UTPOSTEN

– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

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



XORRIFOTO: SPYNNINGSKVALITET

Å gi og få.

Å glede andre er å glede seg selv.
For det å frydes ved andres hell
gir lys i hjerte og ro i ens sjel.
Så hvorfor spare på ros og smil,
det gir jo så mye tilbake
og vil gjøre deg glad og lett på tå
for det er mye bedre å gi enn å få

«UKJENT»

Takk til min gode kollega Halvor Lund for utfordringen.

Jeg har valgt et vakkert lite dikt med et strålende budskap. Det beskriver så fint den positive kraften i vennlighet, omtenkksomhet og raushet- et lite smil, et vennlig ord, en liten oppmuntring.

Å gi er en glede i seg selv. Hvordan man er mot andre mennesker har tilbakevirkende kraft på oss selv. Smil avler smil. Det er noe å ta med seg i en stresset hverdag, både i møte med pasienter, kolleger og i livet ellers.

Stafettspinnen sender jeg videre til Dina Midttun. En engasjert og varmhjertet kollega, som tidligere har jobbet utenlands i Leger uten grenser, nå lege både ved Oslo kommunale legevakt og Helsecenter for papirløse migranter (i regi av kirkens bymisjon og røde kors).

*Vennlig hilsen
Ailin Harlem*



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Noen tanker...

Jeg ble enig med krigerne
om at de skulle få
låne kroppen min
en tid.

De skulle gå til kamp
mot fienden
den het KREFT.

Det er utmattende å ha
en kropp som en slagmark.

Da krigerne trakk seg tilbake,
fikk jeg kroppen min igjen.
Men fienden er ikke slått.

GURI BJØRGE

BÅKORNSHILLUSTRASJON: COLOURBOX



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

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

www.relis.no

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

Isotretinoin og inflammatorisk

En mann fikk slimhinne-reaksjon med tørrhet og sårddannelse i munnhule, svelg og nese kort tid etter at han hadde avsluttet behandling med isotretinoin (Roaccutan®) mot uttalt akne. Han skal nå utredes for Morbus Crohn. Lege ønsker informasjon om forløp, blant annet reversibilitet, av slike reaksjoner forårsaket av isotretinoin.

Slimhinne-reaksjoner

Tørre slimhinner, blant annet på lepper, i munn og i nese, er blant de vanligste bivirkningene av isotretinoin (1, 2). Slike uttørkende effekter på hud og slimhinner er doserelatert, varer vanligvis gjennom hele behandlingen og forsvinner oftest etter seponering eller dosereduksjon (3, 4).

Ved søk i PubMed og andre relevante kilder har vi funnet svært lite dokumentasjon på slimhinne-reaksjoner som oppstår etter at behandling med isotretinoin er avsluttet. I en oppfølgingsstudie av 720 pasienter behandlet med isotretinoin, ble det rapportert om vedvarende symptomer hos 7,2 prosent av pasientene flere år etter avsluttet behandling. Selv om studien ikke inneholder rapporter om langvarige slimhinne-reaksjoner i munnhule, nese eller svelg, opplevde flere vedvarende hudbivirkninger. Det er uvisst om det er en direkte sammenheng mellom de rapporterte symptomene og den tidligere behandlingen med isotretinoin (5).

Inflammatorisk tarmsykdom

Ifølge preparatomtalen er isotretinoin forbundet med inflammatorisk tarmsykdom hos pasienter uten tidligere historie med tarmsykdommer (1). Assosiasjonen mellom isotretinoin og inflammatorisk tarmsykdom, det vil si Crohns sykdom og ulcerøs kolitt, er dokumentert gjennom kasuistikker og analyser av sikkerhetsdata etter markedsføring. I flere av disse kasuistikkene har symptomer på Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt oppstått først etter at behandlingen med isotretinoin er avsluttet (6), på samme måte som hos pasienten i det aktuelle tilfellet.

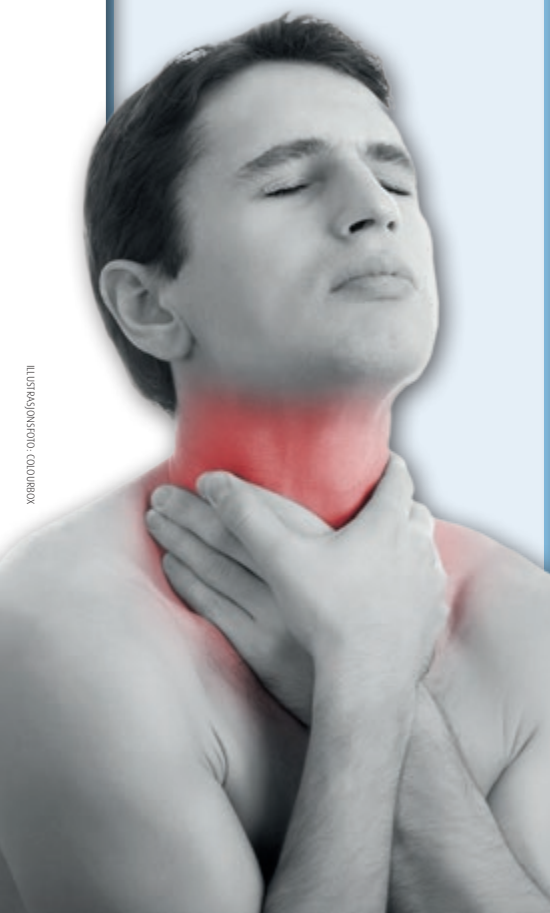
En kasuistikk beskriver en ung mann som fikk diagnosen Crohns sykdom seks måneder etter at behandlingen med isotretinoin var avsluttet, og som opplevde symptombedring etter behandling med prednison og mesalazin (7). Det er også publisert kasuistikker om forsinket iso-

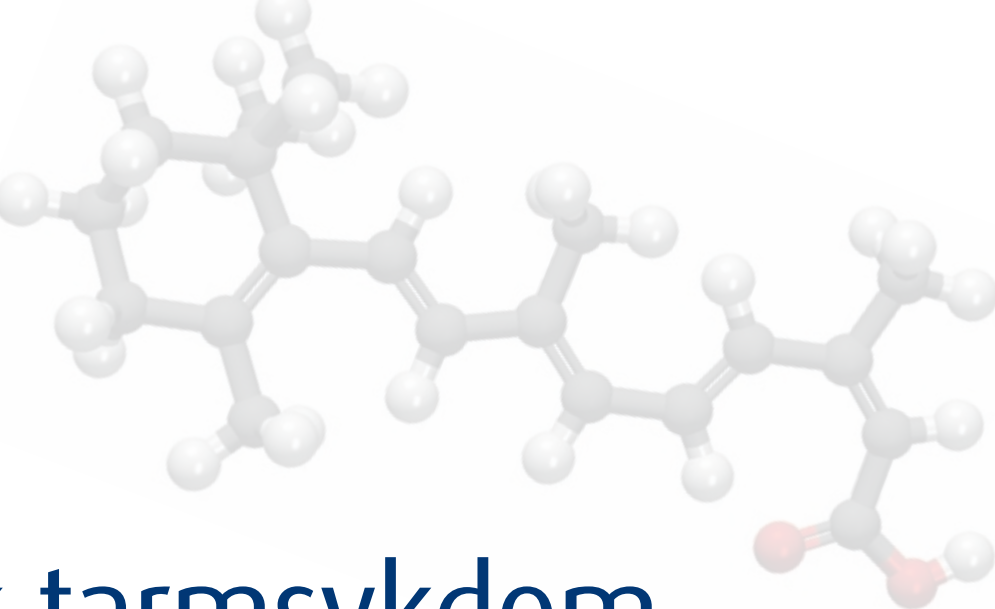
tretinoinassosiert ulcerøs kolitt, som har krevd kolektomi/ileostomi (6, 8), og et annet tilfelle hvor pasienten fremdeles hadde ulcerøs kolitt 3,5 år etter at sykdommen først ble diagnostisert og behandlet medikamentelt. I et annet tilfelle opplevde pasienten fortsatt bedring, selv etter at medikamentell behandling for ulcerøs kolitt var avsluttet (7). Siden utfallet varierer mellom de ulike hendelsene, er det vanskelig å trekke noen generelle slutninger om forløp og eventuell reversibilitet av mulig isotretinoinassosiert inflammatorisk tarmsykdom basert på disse.

En reell bivirkning?

Det er usikkert om bruk av isotretinoin virkelig øker risikoen for inflammatorisk tarmsykdom (4, 9, 10). Som beskrevet i tidligere RELIS-utredninger foreligger det motstridende data på en slik sammenheng (11, 12). Blant annet har to studier, som spesifikt undersøkte sammenhengen mellom inflammatorisk tarmsykdom og tidligere isotretinoinbruk, gitt ulike resultater (13, 14).

Tidligere i år ble en ny retrospektiv kohortstudie publisert, hvor data fra over 46 000 pasienter behandlet med isotretinoin inngår. Heller ikke i denne studien ble det funnet økt forekomst av inflammatorisk tarmsykdom hos gruppen behandlet med isotretinoin. Det ble imidlertid sett en svak, men signifikant økning i slike sykdommer blant isotretinoin-behandlede ungdommer mellom 12 og 19 år. Forekomsten av ulcerøs kolitt var imidlertid også høyere i kontrollgruppen som ble behandlet med topikale produkter mot akne. På bakgrunn av disse funnene stiller forfatterne bak studien spørsmål ved om det kan være akne i seg selv (som en systemisk inflammasjonstilstand), og ikke behandlingen, som i realiteten er assosiert med inflammatorisk tarmsykdom (9). Flere studier er nødvendig for å kunne fastslå om isotretinoin gir økt risiko for inflammatorisk tarmsykdom eller ikke (2, 9).





tarmsykdom

Ved mistanke om at reaksjoner eller symptomer hos pasienter skyldes legemidler, oppfordrer vi til å melde dette som en bivirkning til RELIS. Meldeskjema og informasjon om hvordan dette gjøres finnes på hjemmesiden vår (<http://www.relis.no/bivirkninger>).

Konklusjon

Det er ikke endelig fastslått at isotretinoin gir økt risiko for inflammatorisk tarmsykdom. Flere kasuistikker beskriver slike tilstander

som har oppstått etter at isotretinoinbehandlingen er avsluttet, men forløpet og utfallet av disse varierer. Vi kan derfor ikke trekke noen generelle slutninger om reversibilitet basert på disse.

Helle Lindland-Tjønn

Rådgiver, master i farmasi

Hanne Stenberg-Nilsen

Spesialrådgiver, cand. pharm.

RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ullevål

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Isotretinoin. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 1. juni 2011).
2. Aronson JK, editor. Meyler's side effects of drugs 2006; 15th ed.; vol.6: 3654-63.
3. Clinical Pharmacology 2012 database. Isotretinoin. Gold Standard Elsevier. <http://www.clinical-pharmacology.com/> (4. desember 2012).
4. Hanson N, Leachman S. Safety issues in isotretinoin therapy. *Semin Cutan Med Surg* 2001; 20(3): 166-83.
5. Goulden V, Layton AM et al. Long-term safety of isotretinoin as a treatment for acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1994; 131(3): 360-3.
6. Shale M, Kaplan GG et al. Isotretinoin and intestinal inflammation: what gastroenterologists need to know. *Gut* 2009; 58(6): 737-41.
7. Passier JLM, Srivastava N et al. Isotretinoin-induced inflammatory bowel disease. *Neth J Med* 2006; 64(2): 52-4.
8. Reniers D, Howard JM. Isotretinoin-induced inflammatory bowel disease in an adolescent. *Ann Pharmacother* 2001; 35(10): 1214-6.
9. Owen S, Dellavalle RP et al. Oral isotretinoin therapy for acne vulgaris. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 1. juni 2012).
10. Alhusayen RO, Juurlink DN et al. Isotretinoin use and the risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *J Invest Dermatol* 2012. doi: 10.1038/jid.2012.387. (Epub ahead of print).
11. RELIS database 2008; spm.nr. 2913, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no/database)
12. RELIS database 2011; spm.nr. 1074, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no/database)
13. Crockett SD, Porter CQ et al. Isotretinoin use and the risk of inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 1986-93.
14. Bernstein CN, Nugent Z et al. Isotretinoin is not associated with inflammatory bowel disease: a population-based case-control study. *Am J Gastroenterol* 2009; 2774-8.