

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 2 – 2013 ◦ ÅRGANG 42

INNHold:

LEDER: Faglig koldtbord. AV BADBONI EL-SAFADI	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Ein knivsegg mellom fortvilning og tryggleik. LARS AMUND VAAGE INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Antibiotika til barn – et spørsmål om smak og behag. AV GURO HAUGEN FOSSUM	6
Minitabletter – løsningen på smaksproblemet? AV SIGURD HØYE	7
T4 og T3 i kombinasjon ved hypotyreose – et behandlingsalternativ? AV LARS OMDAL OG SARA HAMMERSTAD	8
Nasjonalt forskerskole i allmennmedisin – riktig initiativ til rett tid. AV SIRI EVJU JANSSEN	11
Skriver du en god henvisning for pasienten din? – evaluering av henvisninger til et DPS. AV KATHE HELLAND HOLMÅS OG LIVE HOVLAND	12
Svangerskaps- og postpartumdepresjon i primærhelsetjenesten. AV NILAM SHAKEEL	16
Screening kan redusere barseldepresjon – men myndighetene takker nei. AV TOM SUNDAR	19
Bivirkninger ved bruk av anabole androgene steroider. AV EGIL HAUG	20
Lokalt fastlegeinitiativ godt mottatt. AV MARIT VIDRINGSTAD	24
MiniPEP – brukerundersøkelse som metode for praktisk kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret. AV KIRSTI MALTERUD OG INGER LYNGSTAD	26
Multipel kjemisk overfølsomhet (MSC) – en utfordring både for pasienten og legen. AV SIRI SLÅSTAD	32
Screening for livmorhalskreft – fastlegenes viktigste screeningoppgave. AV SVEINUNG WERGELAND SØRBYE, PEDER HALVORSEN OG IVAR SØNBØ KRISTIANSEN	34
Rehabilitering på Kypros – et utvidet samhandlingstilbud. AV GEIR A. RÅHEIM	38
Holder du mål i livet? LESERBREV AV HEGE HOLLAND HANSEN	40
Vend om til et bedre liv! BOKESSAY AV EDVIN SCHEI	41
BOKANMELDelse: Syngja. ANMELDT AV LISBETH HOMLONG	43
Faste spalter	45

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**

Gaupfaret 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: 990 09 090

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:**

Anders Kjølén

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media - 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media - 07.no

07Du finner Utposten på
www.utposten.no

Faglig koldtbord

I årets andre utgave av *Utposten* får vi servert et faglig koldtbord fylt til randen med noe godt til noen hver. Guro Haugen Fossum skriver om antibiotika, som ikke bare skal få barna til å bli friske, men til og med være velsmakende. Blir leger i for stor grad påvirket av utålmodige foreldre som ikke vil forlate kontoret med mindre de har fått resept på antibiotika? Og da selvsagt ikke en hvilken som helst antibiotika, «men den som smaker godt!». Hva er effekten av å la seg «presse» til å skrive ut de smakfulle kurene – fremfor det som klinisk burde vært prioritert, men smaker mindre godt?

Lars Amund Vaage har skrevet en roman basert på egne erfaringer, om å være foreldre til en autistisk datter. I et åpenhjertig intervju sorterer han og Lisbeth Homlong tanker og følelser om foreldrenes, samfunnets og ikke minst autistiske barns skiftende rolle – fra den tiden asylene ble stengt og ansvaret for barna ble flyttet til kjernefamilien.

Er cytologiscreening og HPV-vaksine våre mest effektive våpen mot en av de alvorligste krefttypene, livmorhalskreft? Mange vil si ja, og det har de sikkert rett i. Men hva med selve prosessen; innkallingene, oppfølgingen og ikke minst informasjonen i forkant? Sveinung Wergeland Sørbye, Peder Halvorsen og Ivar Sønbo Kristiansen meddeler oss vitenskapelig statistikk og utfordrende tanker som kan endre vår tilnærming i møtet med de aktuelle kvinnene.

Det finnes forskjellige rutiner for oppfølging av sykehjemsbeboere når det gjelder analyser av urinprøver.

Anabole og androgene steroider har i en mannsalder blitt ulovlig brukt for å fremme prestasjoner hos toppidrettsutøvere. I vår praksishverdag vil vi i større grad kjenne igjen, forstå og kunne hjelpe «kroppssbyggerne», takket være Egil Haugs artikkel om bivirkninger ved bruk av anabole androgene steroider.

Ellers kan vi også lese om muligheten til å sende pasienter på rehabiliteringsopphold

til varmere strøk. Er det slik at vi kan sende «gamlemor og gamlefar» på rehabilitering til Kypros, uten at det nødvendigvis koster kommunene så mye mer enn å sende dem til et lokalt sykehjem? Kan Geir Raaheim sitte på løsningen til kapasitetsproblemerkommunene sliter med?

Praksiskonsulentene (PKO) i Bergen jobber med samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. De har sett at denne kommunikasjonen kan bedres ved at fastlegene skriver bedre henvisninger til distriktpsikiatriske sentre (DPS). PKO viser at ved å skrive bedre henvisninger vil man effektivisere behandlingen av pasienter tilknyttet institusjonen.

MCS er et arbeidsmedisinsk begrep som få av oss vet hva betyr, men desto viktigere er det å oppdage pasientene med multippel kjemisk overfølsomhet. Her er det viktig at fastlegen tolker symptomene som dukker opp og får henvist til riktig instans i tide. Etter å ha lest Siri Slåstad sin artikkel vil man vite hva man skal se etter og hvor henvisningen skal sendes.

Tidvis vil pasienter med hypotyreose ikke oppleve bedring, til tross for at T4 og TSH er i referanseområdene. Lars Omdal og Sara Hammerstad gir nyttige tips om man eventuelt skal substituere T3, i tillegg til T4.

Det er ikke utbredt med spørreundersøkelser i allmennpraksis, men Kirsti Malterud og Inger Lyngstad har utviklet en MiniPEP – et enkelt spørreskjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis. Kanskje vil terskelen for brukerundersøkelser bli lavere etter dette?

Depresjon i svangerskap og fødselsdepresjon forekommer hos henholdsvis 13 og 20 prosent av de gravide, ifølge Nilam Shakeel. Av disse er det en rekke kvinner med minoritetsbakgrunn. Her får vi nyttige tips til hvilke verktøy som kan benyttes for å stille riktig diagnose og initiere behandlingstiltak.

Da er bordet dekket. På vegne av redaksjonen ønsker jeg vel bekomme!

Badboni El-Safadi

Utpostens
dobbeltime

Ein knivsegg mellom fortvilning og tryggleik

Lars Amund Vaage
INTERVJUA AV LISBETH HOMLONG



«Å vere nær nokon med autisme gjer at ein kjem nær dei store spørsmåla i tilveret. Ein reflekterer over mennesket sitt vesen. Kven er vi? Kor kjem vi frå? Kva er språk? Er det mogleg å nå eit anna menneske?»

Om du møtte forfattar Lars Amund Vaage på gata, så er det ikkje sikkert at du hadde lagt merke til han. Han ser ut som ein ganske alminneleg mann, med bart, grått hår og runde briller. Det er derfor ikkje så godt å forutseie at det er slike sterke og djupe problemstillingar han syslar med i jobben sin. Sjølv vart eg forbautsa over kor raskt og lett samtalen vår bevega seg inn i dei grunnleggjande eksistensielle sidene ved det menneskelege tilveret, på ein vanleg torsdag formiddag, ein vinterdag i Oslo.

Utposten har ikkje for vane å intervjuje forfattarar. Kanskje er det derfor? Vi snakkar helst med folk av vårt eige slag. Legar. Anna helsepersonell. Denne gongen gjorde vi eit unntak. 60 år gamle Vaage hadde stor suksess med romanen *Syngja*, som han vann Brageprisen for. Boka er sterk og mange lesarar har blitt gripne av ho.

Syngja fortel historia om eit ungt par som får ei dotter, G, som viser seg å lide av autisme. Den skildrar korleis foreldra opplever oppveksten hennar; det daglege slitet, håpet om at ho skal bli betre, kontakta med hjelpeapparatet, fortvilinga, men også gleda og kjærleiken. Forfattaren har bygd på sine egne erfaringar med dottera si som har alvorleg autisme, og romanen representerer eit pårørandeperspektiv som ein ikkje finn så mange andre stadar.

Å sleppe taket

Det at vi i vårt samfunn la ned alle dei store institusjonane fordi dei utviklingshemma borna skulle få vere hos foreldra og i lokalsamfunnet, det skapte utfordringar for dei pårørande. Vaage meiner at det var riktig tenkt å leggje ned institusjonsvesenet. Men overgangen mellom nedleggjinga av institusjonane og det nye som skulle kome gjekk altfor fort, samfunnet var ikkje klart. Mange pårørande i hans situasjon fekk altfor mykje ansvar. Foreldra blei omsorgspersonar, behandlarar og sosionomar – alt på ein gong.

UTPOSTEN: Det må ha vore svært krevjande for dykk?

– Krevjande har det vore! Reint omsorgsmessig. Men no, når det er lenge sidan vi har hatt den daglege omsorga, så har det kome meir på avstand. Men samtidig er det alltid ting ein kan gjere for nokon som er så funksjonshemma som mi dotter. Kor sterkt skal eg engasjere meg i mitt vaksne barn sitt ve og vel? Det er eit ope spørsmål som alltid ligg der. Kvar dag tenkjer eg på om barnet mitt har det bra. Og sånn skal det vere. Likevel er det viktig å sleppe taket.

UTPOSTEN: Men dette gjeld vel for alle som har born, både friske og sjuke?

– Det vert ei sterkare binding, trur eg, når barnet er funksjonshemma. I alle fall har eg opplevd det slik. Eg har forsøkt å sleppe taket, men det er vanskeleg og skummelt. Men mitt liv skal også kunne foregå på ein normal måte. Eg skal ikkje berre vere pårørande til ein funksjonshemma person. Og den funksjonshemma sjølv skal ha sitt eige liv, som vaksen. Det er viktig. For henne. Og for samfunnet. Det er ikkje mitt ansvar å sy saman hennar kvardag. Det ansvaret er altfor stort for meg. Eg ville gått under. I ein slik situasjon treng vi kollektivet.

Bygg nettverk!

UTPOSTEN: Kor mykje skal samfunnet bidra og kor mykje ansvar må samfunnet påleggje den enkelte?

– Så alvorlege ting som autisme er ikkje mogleg å takle åleine på ein god måte. Og det har samfunnet teke konsekvensen av og set inn store ressursar. Men likevel, i min generasjon var det store



LARS AMUND VAAGE

Syngja

Roman | FORLAGET OKTOBER

manglar med heilskapen i tilbodet. Eg meiner at vi skal jobbe for eit samfunn som er romsleg og generøst nok til å ta seg av dei funksjonshemma på ein god måte. Og der har vi langt igjen, legg han bestemt til. Vi har mange gode tiltak med betalte folk som hjelper dei funksjonshemma, men bortsett frå det, er dei utanfor alt anna. Derfor slit mange i einsemd. Alle vener er betalte vener. Dette er ein ganske hard realitet, seier forfattaren ettertenksomt.

UTPOSTEN: Men er det realistisk å få til noko anna, undrar eg.

– Eg kunne klart å gjere ting betre, når det gjeld å involvere fleire rundt mitt barn. Og eg veit at fagfolk gjer ein innsats på dette, for å skape eit større nettverk rundt familier som har funksjonshemma barn. Ein kan trekkje inn onklar, tanter, besteforeldre, nevøar, nieser. Eg trur at livskvaliteten kan bli heva for alle dersom mange fleire får kontakt med dei funksjonshemma. Me har vore borti dei beste

fagmiljøa innan autisme når det gjeld vår dotter. Me flytta til Oslo for å få kontakt med dei beste fagfolka, men eg veit ikkje om det var riktig. Det vi tapte var dei kontaktane i nærmiljøet som kjente vårt barn og vår situasjon. Desse flytta vi vekk frå for å kome nær dei skarpskoddede fagfolka. Vi undervurderte dei vanlege sosiale, kvardagslege tinga. Vi hadde eit urealistisk håp om kva fagfolka kunne utrette.

UTPOSTEN: Men det var det vel ikkje så godt for dykk å vite?

– Det var det ikkje. Men når folk spør meg til råds i dag, så rådar eg unge familier å tenkje sosialt, tenkje nettverk. Det vert ofte ein kritisk faktor etter som åra går. Eit godt nettverk må ein halde på. Dersom fleire gjorde det, hadde fleire blitt kjent med problematikken også.

Svimlende sortering

Dei med Downs syndrom er ei gruppe som har blitt meir synlege i samfunnet vårt, mellom anna gjennom tv-serien Tangerudbakken. Men dei har ei type funksjonshemming som gjer at dei ofte er lettare å integrere enn dei med autisme. Vaage er oppteken av at me treng å respektere dei som er annleis og ta oss av dei på ein skikkeleg måte.

– Me må ikkje innbille oss at det å vere vellykka og normal er så mykje meir verdifullt enn det å ha Downs, til dømes. I Tyskland, eit land i vår kulturkrins, der tok nazistane knekken på dei utviklingshemma. Vi har sett kor gale det kan gå. Så det er viktig å halde desse spørsmåla levande.

UTPOSTEN: Denne debatten har vi stadig gåande i dag. Med fosterdiagnostikk og selektiv abort, kva tenkjer du om det?

– Med tidleg ultralyd får vi ei ny type utfordring. Dersom ein oppdagar Downs syndrom i veke 12, kor mange vil då verte fødde? Vil vi ha eit samfunn der vi kan luke vekk desse, og kva gjer det med oss? Då eg blei fortalt at mitt barn var autistisk, då vart eg liv-



redd. Eg tenkte: kan dette bli eit bra liv? Men det blei det. Det hadde eg ikkje visst elles. Det har vore ein rikdom å bli kjent med henne og hennar like.

UTPOSTEN: Korleis har det forma ditt forfatterskap?

– Det har vore ei viktig kjelde til inspirasjon. Det avvikande og utfordrande har blitt til ein rikdom. Det er snodig å tenkje på at det fanst eit samfunn for berre ein mannsalder sidan som rett og slett drap slike som mitt barn.

UTPOSTEN: Er det ikkje svimlande å tenkje på?

– Ja, det er svimlande. Men eg har på den andre sida sett at også eit sånt liv er eit rikt liv.

UTPOSTEN: Du har sagt at du ikkje ville ha vore det forutan?

– Det har blitt sånn. I ei tidleg fase var det kanskje ikkje slik. Men ein tenkjer så mykje

undervegs. Sånn er tanken, den er ikkje alltid rett fram.

Språket strekkjer ikkje til

Romanen *Syngja* viser fram viktige sider ved det å vere foreldre og det å vere menneske generelt. Forfattaren håper at han har klart å skrive ei bok om oss alle, og mange har sagt til han at dei opplever det som feil å berre diskutere autismematikk i forlenginga av boka. Alle kan kjenne på einsemd og utanforskap. Mange menneske har kjent på det å vere eksistensielt redde, kjent på angst. Språk og mening forsvinn, forvirring oppstår. Tryggleik forsvinn. Ikkje minst i vår bransje er dette noko vi erfarer, når vi skal handtere dei som er sjuke. I kommunikasjonen med pasientane våre.

– Det er noko av det som gjer sterkast inntrykk i møtet med autistar, seier forfattaren ettertenksomt. Eit av dei menneskelege grunnvilkåra er at vi treng tryggleik. Det treng

autistiske personar også, og dei kjemper for det, slik som oss andre. Men autistane balanse- rer på den knivseggen mellom fortviling og tryggleik heile tida.

Lars Amund Vaage formidlar mykje glede ved den autistiske dottera i boka. På ein god måte. Sjølv om mange autistar har vanskar med kroppskontakt og emosjonar, så opplever han at dottera ofte er svært glad når han besøker ho, trass i autismen. Dei er til stades på den same banehalvdelen i det møtet.

UTPOSTEN: Så sjølv om de ikkje har den språklege kontakten, så kommuniserer de og har eit band?

– Så absolutt. Og det bandet er sterkt, understrekar han. Kanskje sterkare enn med andre. Det er ei erfaring eg har teke med meg vidare. Også i diktinga. Det finst viktige ting i livet som ikkje kan festast på papiret, som ikkje kan skildrast med ord. Det finst måtar å kommunisere på som ikkje har med ord å



gjere. Det vert eg minna på og det gjer livet rikare. Den tyske filosofen Ludvig Wittgenstein sa i avslutninga på sitt store verk, *Tractatus*, der han diskuterer språket sitt grunnproblem: «Det ein ikkje kan seie noko om, det må ein teie om». Til og med den skarpskodde filosofen meinte at språket kom til kort for å skildre verda.

UTPOSTEN: Men er ikkje skjønnlitteraturen ein måte å kome forbi dette på?

– Heller ikkje skjønnlitteraturen kan skildre alt. Men dersom teksten opnar opp for at lesaren får kjensla av at der ligg så mykje meir. Utanfor teksten. Undertekst. Avgrunnar. Då er det ein god tekst. Når den minner oss på at språket ikkje strekkjer til.

Trua på ein vidunderkur

UTPOSTEN: Då eg las om G sin oppvekst i boka di så undra eg meg over korleis foreldra orka

å gå gjennom alt slitet. Det er slitsomt nok å vere foreldre til friske born. Korleis held folk ut?

Godt spørsmål. Eg veit ikkje heilt. Men ein klarer det. Det er også ein fin lærdom. Vi har store ressursar nede i kjellaren som vi ikkje veit om. Må vi så må vi. Det er ein lagnad som ein vert kasta ut i som ein må takle på best mogleg måte, og ei stor omkalfatring for ei ung familie. Ein får praktisk hjelp med barnet, men korleis foreldra skal sette dette inn i eit større livsperspektiv, det får dei ikkje så mykje hjelp til.

UTPOSTEN: Korleis har du sjølv opplevd kontakten med hjelpeapparatet opp gjennom åra?

– Mange flotte folk har gjort ein kjempeinnsats. Det er heilt sikkert. Men i dei tidlege åra var det for liten heilskap og omfang i tilbodet. Og så var det åtferdsterapien som var for firkanta og altomfattande.

I romanen skildrar Vaage korleis det autistiske barnet G og foreldra hennar gjennomfører eit atopplukande åtferdsterapeutisk regime, som for G sin del har liten effekt. Ho lærer lite, og dei små framstega ho har, vert oftast følgd av tilbakeslag.

– Diagnosen autisme har eit stort spekter, seier forfattaren. Mange har store lærevarskar, andre har lett for å lære. Nokre vert veldig mykje betre med åtferdsterapi, andre ikkje. Og få fortel om dei mislukka erfaringane. Sånn som i mitt tilfelle. I etterkant har eg ofte tenkt, alle desse velmeinte læreforsøka, kor mange tusen nederlag har det påført mitt barn? Som ikkje klarte noko. Det er ikkje så hyggeleg å tenkje på.

UTPOSTEN: Du skriv også i boka at helsepersonellet ikkje i stor nok grad tok lærdom av dette undervegs.

– Det er riktig. Og det kom inn nye folk og nye institusjonar, som heldt fram med det same og gjentok dei same feila. Og sjølv om dei ville det beste, så fungerte det ikkje. Åtferdsterapien vart presentert som om den kunne helbrede autismen. Slike vidunderkurar les vi regelmessig om i forskjellige vekeblad, der familier står fram med handikappa barn. Og ein kur i USA har gjort underverker. I media vert desse foreldra framstilt som dei som gjorde alt for sitt barn. Og sjå kor bra barnet er blitt! Hipp hurra for nokre fantastiske menneske desse foreldra må vere. Eg skulle gjerne ha vore ein fantastisk far som fekk barnet mitt til å snakke, eg prøvde, men eg klarte det ikkje. Og den historia er like viktig å fortelje.

UTPOSTEN: Slik eg les boka så seier du at G heller burde fått leve meir i pakt med sine naturlege forutsetnader, at det kunne vere betre for ho. Kva tenkjer du om det i dag?

– Ja, i alle fall delvis. Dette perspektivet kom heilt vekk. Nesten alt måtte forandrest med ho, var kjensla vi hadde i dei tidlege åra. Ein burde vore meir lyttande til andre måtar å jobbe på, til dømes gjennom uttrykksterapi eller musikkterapi. Bygge på barnet sine ressursar. I staden skulle alt målast. Åtferdsterapeutane målte og talde, og fann ut at alt gjekk veldig bra, målsetningane vart oppfylt. Men såg ein nærmare på det, så stemte det ikkje. Målstyringa gav eit skinn av objektivitet. Likevel målte dei heilt feil.

Romanen må få stå for seg sjølv

UTPOSTEN: Du skriv ein stad i romanen at faren av og til tenkjer at det beste ville vere at G var død. For alle partar. Det var sterk lesning. Kvifor tok du dette med i romanen?

Vi tenkjer alle forbodne tankar ein gong i mellom. Slik er vi. Dette er inga bok om ein eg-person som ønskjer livet av dottera si. Men så samansett og vanskeleg er denne problematikken at den slags tankar kan melde seg. Og den tanken har kome eit par-tre gongar hos meg også, og den har forsvunne igjen. Ein har det ikkje bra når ein tenkjer slike tankar. Men eg følte at det var viktig å skrive det ned.

UTPOSTEN: Du skriv at du vil at alt skal fram?

– Alt skal fram. Det skuldar eg problematikken. Autismen er eit frykteleg tema. Då må ein behandle det i si fulle breidde. Ikkje skjønnmale eller halde ting tilbake. Kome fram med alt som ein har erfart. Likevel, ingenting av det som skjer i boka har skjedd slik som det står. Men det tankemessige har eg levd meg gjennom. I media blir det fort sånn at dei vil ha tak i mitt privatliv. Eg har sete grenser for det og ikkje dradd barnet mitt med meg i det offentlege. Også av litterære grunnar. Eg er trass alt romanforfattar. Kva er ein roman for noko? Det er fiksjon. Romanen som fenomen, som kraft i samfunnet ville lidd av det. Det er jo mitt liv å lage romanar, så eg må forsvare romanens autonomi. Der er eit eige romanunivers som er skilt frå mitt liv. Og det er inne i romanen at ein kan håpe å finne interessante ting.

UTPOSTEN: Du hadde moralsk-etiske atterhald rundt det å skrive ei bok om ei som ikkje kunne lese sjølv eller ta stilling til prosjektet, som potensielt kunne framstå som utleverande. Kva tenkjer du om dette, no i etterkant?

– Eg tenkjer at eg har klart det utan å utlevere dottera mi. Eg trur at G i romanen står fram som eit levande og kjempande menneske. Eg har gitt eit portrett av ein funksjonshemma person, men også eit medmenneske.

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.

Antibiotika til barn

– et spørsmål om smak og behag

■ GURO HAUGEN FOSSUM

ph.d.-kandidat ved Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for allmennt medisin, Universitetet i Oslo

En «Post-it»-lapp møter deg på kontorpulten: «Pasient X. Mor har ringt, han bare spytter ut antibiotikaen, kan du skrive ut en annen type som smaker bedre?» Dagen før har mor surfet på nettet, «antibiotika smak» gir over 143 000 treff hos Google. Over 80 prosent av de 50 første treffene handler om barn (eller dyr) som ikke vil ta antibiotikaen sin fordi den smaker vondt. Noen fora og nettsider går til og med så langt som å anbefale foreldrene å be legen skrive ut en spesifikk medisin fordi den smaker best.

En studie nylig publisert fra Antibiotikasenteret for primærmedisin viser at barn får mer bredspektret antibiotika enn voksne for de samme diagnosene (1). Vi så også et overforbruk av makrolider, 30 prosent av alle antibiotikaforskrivninger for luftveiseepisoder. Makrolidandelen var enda høyere ved diagnosen bronkitt/bronkiolitt, 52 prosent (1). Dette er langt over det som er forventet hvis man ser på de norske retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, der makrolider kun anbefales ved penicillinallergi ved de fleste antibiotikakrevende luftveiseinfeksjoner (2).

Det knyttes mange utfordringer til administrasjon av legemidler til barn, og antibiotikamiks-turer er intet unntak. Smak er en av de viktigste faktorene når det gjelder compliance hos denne pasientgruppen (3). Det er godt

Pasient X.
Mor har ringt,
han bare spytter
ut antibiotikaen,
kan du skrive ut
en annen type
som smaker
bedre?

Barn kan ende opp med å få unødig bredspektret antibiotika på grunn av smaken på smalspektret penicillin.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kjent blant norske allmennleger (og en del barnefamilier) at penicillin har bitter smak, og kan være utfordrende å få pasienten til å ta. Studier viser også at azitromycin og visse cefalosporiner smaker enda bedre enn amoxicillin (4), i tillegg til at de har færre administrasjoner.

Det har vært gjort tiltak for å gjøre administrasjonen av antibiotikamiksturer til barn enklere. I 2009 publiserte farmakologer i Trondheim en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* som bekreftet at penicillin beholdt sin fulle virkning selv om det ble gitt sammen med måltid (5). I tillegg forskes det på mikrokapsulering, men for de store legemiddelfirmaene er det skandinaviske markedet for penicillin ofte ikke nok for å sette i gang større endringer i produksjonslinjen. Med dagens økende resistensproblematikk er det en ulempe at barn får mer bredspektret antibiotika på grunn av smaken på miksturen. Resistente stammer er påvist i munnflora hos opptil 17 prosent av barn seks uker etter erytromycinbehandling, og hos 85 prosent ved azitromycin (6).

Inntil produsentene kommer med en løsning på den bitre smaken til penicillinmiksturene vil compliance hos barn fortsette å være en utfordring. Det finnes flere generelle råd som foreldre bør oppfordres til å følge. Eksempler på dette er å gi barnet kaldt medisin, eventuelt blande den ut med saft eller annet som smaker godt. Om man som lege ser seg nødt til å forskrive et annet medikament, anbefaler vi penicilliner med utvidet spekter, for eksempel amoxicillin, i stedet for makrolider på grunn av resistensproblematikken (1).

REFERANSER

1. Fossum GH, Lindbæk M, Gjelstad S, et al. Are children carrying the burden of broad-spectrum antibiotics in general practice? Prescription pattern for paediatric outpatients with respiratory tract infections in Norway. *BMJ open*. 2013; 3.
2. Lindbæk M, Helsedirektoratet, Antibiotikasenteret for primærmedisin. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet: Antibiotikasenteret for primærmedisin; 2008.
3. Baguley D, Lim E, Bevan A, et al. Prescribing for children – taste and palatability affect adherence to antibiotics: a review. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 293–7.
4. Block SL, Schmier JK, Notario GF, et al. Efficacy, tolerability, and parent reported outcomes for cefdinir vs. high-dose amoxicillin/clavulanate oral suspension for acute otitis media in young children. *Curr Med Res Opin*. 2006; 22: 1839–47.
5. Westin AA, Walstad RA, Spigset O. Må penicillin tas utenom måltider? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2610–2.
6. Kastner U, Guggenbichler JP. Influence of Macrolide Antibiotics on Promotion of Resistance in the Oral Flora of Children. *Infection*. 2001; 29: 251–6.

 g.h.fossum@medisin.uio.no

Minitabletter

– løsningen på smaksproblemet?

■ SIGURD HØYE *medredaktør, Utposten*

Minitabletter er en betegnelse på tabletter som er mindre enn tre millimeter i diameter, altså omtrent som et knappenålshode. Størrelsen på tablettene gjør dem trygge å bruke selv for små barn. Tablettene kan filmdrasjeres, altså dekkes med en hinne som hindrer at smaken på selve virkestoffet registreres i munnhulen.

Det stilles en rekke kriterier for legemidler til barn, blant annet akseptabel smak, god doseringsnøyaktighet, trygge hjelpestoffer, enkel og trygg administrering, og gjerne også fleksibel doseringsmulighet slik at legemiddelet kan doseres etter kroppsvekt.

Fordelene med minitabletter i forhold til mikstur, i tillegg til at smaken altså kan maskeres, er nettopp at de er i fast form. Dette gir bedre doseringsnøyaktighet og stabilitet enn flytende medisin. Dessuten inneholder de såpass lite virkestoff at de er fleksible i bruk – en dose vil gjerne bestå av flere minitabletter.

Ingunn Tho er professor i farmasi ved Universitetet i Tromsø og forsker blant annet på minitabletter.

– Det forskes mye på dette området, og flere firmaer er interessert i minitabletter. Det er mye fokus på individualisert medisin nå, og minitabletter er et doseringssystem som lett kan individualiseres, forklarer Tho.

Legemiddelfirmaene gir ikke så lett slipp på intern informasjon, så Tho kan ikke si noe om når minitabletter kommer på markedet, men hun mener penicillin bør være aktuelt å produsere i minitablettform.

– Mange antibiotika hydrolyseres lettere enn mange andre medikamenttyper, og da ødelegges virkestoffet. Dette gjør det vanskeligere å filmdrasjere antibiotikatabletter for å maskere vond smak, men så lenge man overvinnet denne utfordringen, vil penicillin-minitabletter kunne bli virkelighet, sier Tho.

Dermed er det bare å følge med i Felleskatalogen i tiden fremover.



Minitabletter er mindre enn 3 mm i diameter – ca. størrelse som hullet i en norsk 5-énkronemynt. Kronestykket og tablettene er her gjengitt i det dobbelte av normal størrelse. ● er reell størrelse.

T4 og T3 i kombinasjon ved – et behandlingsalternativ?

■ **LARS OMDAL** • Balderklinikken i Oslo og medlem av faglig råd i Norsk Thyreoidaforbund
SARA HAMMERSTAD • Hormonlaboratoriet OUS, medlem av faglig råd i Norsk Thyreoidaforbund

Enkelte hypothyreose-pasienter som fortsatt har symptomer tross adekvat levothyroxin (T4)-behandling, kan trolig ha nytte av et lite T3-tillegg, i form av liothyronin. En prøveperiode på 3–6 måneder kan forsøkes hos utvalgte pasienter. Det er flere punkter en bør være oppmerksom på i forbindelse med slik behandling.

Mange fastleger har erfart hypothyreosepasienter som opplever å slite med fortsatte symptomer selv om T4-dosen er riktig innstilt. Hva er årsaken til symptomene? Mange av disse pasientene ber om å få prøve liothyronin.

Riktig innstilt T4-dose innebærer som en tommelfingerregel at TSH er innenfor en antatt optimalzone på 0,5–1,5. Det vanlige referanseområdet for TSH er mye videre (Hormonlab, OUS–Aker: 0,5–3,6 mUI/L) og ivaretar ikke behovet for fininnstilling av dose hos hypothyreosepasienter under substitusjonsbehandling. Det er nok imidlertid store individuelle variasjoner i hvor TSH optimalt bør ligge, og usikkerhet om hva som virkelig kan kalles en optimalzone. Noen pasienter vil kunne få hypertyreoselignende symptomer av TSH i nevnte optimalzone, og vil trives bedre med noe høyere nivå av TSH, spesielt eldre. Fritt T4 bør vanligvis ligge i øvre halvdel av referanseområdet. Ved fortsatte symptomer bør, i første omgang, T4-dosen forsøkes optimalisert, om den ikke er det allerede.

CNS-triaden

En typisk symptomtriade som går igjen hos mange er:

1. Nedsatt energi, slitenhet, unormal vedvarende tretthet;
2. Kognitive symptomer som «hjernetåke», problemer med hukommelse og konsentrasjon;

3. Psykiske symptomer: nedstemthet, «tung og tiltaksløs pasient». Vi kan kalle den CNS-triaden, da for lavt stoffskifte i hjernen kan føre til slike symptomer.

Selv om dette er typiske symptomer som pasienter med hypothyreose presenterer, er de høyst uspesifikke: De er utbredt i befolkningen og i andre pasientgrupper, og kan skyldes en rekke forhold som stress, psykososiale forhold, livsstilsfaktorer, annen sykdom, m.m. Det kan være utfordrende å finne ut om symptomene skyldes hypothyreose eller andre faktorer.

Det er mulig at en del av disse pasientene kan respondere på såkalt kombinasjonsbehandling: små doser T3 sammen med T4. Det er viktig å vurdere hver pasient individuelt, og gjennom grundig anamnese og nødvendige laboratorieanalyser søke å avdekke andre mulige forklaringer på de fortsatte symptomene. Noen stikkord: Stress? Psykiske årsaker? Ernæringsmessige årsaker? Hva med D-vitaminstatus, B12 eller jern? Immunologiske årsaker, annen autoimmunitet? Glutentoleranse (transglutaminase og deaminert gliadin-antistoffer)?

T4-virkstoffet i levothyroxin er et prehormon – det har liten egen effekt på thyreoidahormonreseptorene, og må omdannes til det aktive thyreoidahormonet T3, som er virkestoffet i Liothyronin tabletter. En frisk thyreoidaekjertel står for, ved normal fysiologi, ca 20 prosent av kroppens totale T3-produksjon. Resten kommer fra den perifere omdanningen av T4 til T3. Enzymene som står for reaksjonen kalles deiodinaser, det finnes tre typer:

- **D1** – i lever og nyrer – bidrar til en viss pool av T3 i sirkulasjonen
- **D2** er sentral i hjernen for at T3 skal nå «de små grå» (nevronene)
- **D3** omdanner T4 til T3s inaktive speilbilde – revers T3. På denne måten kan celler rundt i kroppen finregulere mengden av aktivt thyreoidahormon som når frem til reseptorene i cellenukleus.

Ny kunnskap om T3 og T4

En har i lang tid antatt at ved hypothyreose vil T4-substitusjon alene gi adekvat T3-nivå i alle kroppens celler og vev, inkludert i hjernen, og at deiodineringen kompenserer for de 20 prosent som normalt kommer fra en aktiv thyreoida, men som bortfaller hos hypothyreosepasienter uten egenproduksjon.

Nyere forskning viser imidlertid et bilde

som er noe mer nyansert. Polymorfismer (SNPs, genvariasjoner) i genet for D2 – som kan gi en noe nedsatt enzymfunksjon – er hos pasienter med hypothyreose assosiert med litt dårlige livskvalitetscore på T4-behandling, men litt bedre respons på kombinasjonsbehandling med T3 (1). Det er også data som tyder på at en betydelig andel av T4-substituerte hypothyreosepasienter har fT3/fT4-ratio som er lavere enn normalbefolkningen. I en italiensk studie var 29,6 prosent av thyreidektomerte pasienter på T4-monobehandling nedenfor 95 prosent-konfidensintervallet for fT3/fT4-ratio hos en frisk kontrollgruppe (2). Spørsmålet blir om en liten andel hypothyreosepasientene har suboptimal T3-status, for eksempel i hjernen, relatert til genvariasjoner eller andre forhold som påvirker thyreoidahormonmetabolismen. Kan disse få det bedre ved en liten ekstern T3-«drahjelp» i form av liothyronin?

Monobehandling vs. kombinasjonsbehandling

Det er de siste 13 årene publisert 12–13 kontrollerte kliniske studier som har sammenlignet T4-monobehandling med T4+T3-substitusjon ved hypothyreose. En meta-analyse konkluderte med at det ikke er evidens for at T4+T3 er bedre enn T4 alene (3). Men det var en tendens til økt preferanse for kombinasjonsbehandling der dette ble undersøkt. Siden har en dansk studie funnet en beskjeden positiv effekt ved kombinasjonsbehandling (4). Studien er blitt kritisert på en rekke punkter, bl.a. når det gjelder hvilke pasienter som er inkludert, doseringsregimer – og ratioer med T4 og T3, forskjeller i TSH mellom gruppene, kort varighet, etc. (5). Fortsatt er det uavklarte forhold (6), og en del uenighet og diskusjon, men European Thyroid Association (ETA) presenterte nylig retningslinjer (7) for kombinasjonsbehandling med T3, en anerkjennelse av at det er behov for å gå videre med tematikken.

Et viktig punkt ved kombinasjonsbehandling er T3-dosen – den bør ikke være for høy. Liothyronin-tablettene er høydoserte med T3 20 mcg. En typisk dagsdose er 10 mcg, fordelt på to doseringer à 5 mcg. D.v.s. ¼ Liothyronin-tablett er en typisk enkeltdose. Det er med andre ord behov for lavdoserte T3-tabletter på 5 mcg, helst i «slow release»-formulering som foreløpig ikke finnes på markedet.

T3 har vesentlig kortere halveringstid (ett til to døgn) enn T4 (ca én uke), som gjør at

hypothyreose



to doseringer bedre opprettholder T₃-status gjennom døgnet. Grunnet den korte halveringstiden bør T₃ også doseres med lik dose daglig. For høye enkeltdoser T₃ (over 10 mcg), vil kunne gi ufysiologisk høye T₃-topper i sirkulasjonen et par timer etter tablettinntak. Disse toppene vil gjøre at TSH supprimeres lettere, og øke tendensen til at pasienten vil merke hypertyreose-symptomer som rask puls, hjertebank, hodepine, uro, følelse av indre «dirring», lett tremor, søvnvansker, varmfølelse, m.m. De fleste tolererer lav T₃-enkeltdose på 5 mcg uten å merke slike symptomer. Men det er noen som er svært følsomme for T₃-tillegg, de merker raskt ubehag når de prøver T₃ selv i lav dose, gjerne i løpet av de første dagene, og må avbryte prøveperioden og vende tilbake til ren T₄-substitusjon. På 10 mcg enkeltdose er det imidlertid ikke så uvanlig at pasientene merker hypertyreose-symptomer, og på høyere enkeltdoser på 15–20 mcg vil mange gjøre det.

Et annet viktig punkt er hvor mye T₄-dosen skal reduseres ved oppstart av kombinasjonsbehandling med T₃. Det antas at den farmakodynamiske ekvivalensen mellom T₃ og T₄ er ca én til tre (ETA Guidelines), det vil si at det skal tre ganger så mye T₄ som T₃ til for å få samme effekt i kroppen. Ved å runde av til 2,5 blir det enklere å regne ut hvor mye T₄ som må reduseres: 25 mcg levothyroxin tilsvarer 10 mcg liothyronin (½ tbl) som er den typiske dagsdosen.

Doseringseksempler

- levothyroxin 100 mcg daglig: 25 mcg erstattes med 10 mcg T₃. Ny dosering: levothyroxin 75 mcg x 1 og liothyronin 5 mcg (¼ tbl) x 2
- levothyroxin 125 mcg 5d/uke (5/7) og 150 mcg 2/7. Ny dosering: Levothyroxin 100 mcg 5/7 og 125 mcg 2/7 samt liothyronin 5 mcg x 2 7/7

Kombinasjonsbehandling krever vanlig oppfølging, med medikamentfastende blodprøve en til to ganger i året, oftere kontroller inntil TSH er optimalisert. TSH, fT₄ og fT₃ bør måles. Det tar ca. seks uker fra dosejusteringer til TSH er innstilt i en ny likevekt. Også ved kombinasjonsbehandling bør TSH søkes optimalisert innen nedre del av referanseområdet – i intervallet 0,5–1,5. En kan vanligvis unngå å supprimere TSH ved forsiktig T₃-dosering, som beskrevet ovenfor. FT₄ kan bli litt lavere

ved kombinasjon T₄–T₃ behandling enn ved T₄ alene, gjerne i området midt i referanseområdet. Medikamentfastende fT₃ bør ligge innen referanseområdet; den forblir ofte relativt uendret ved lave T₃-doser.

Kombinasjonsbehandling med T₃ bør ikke gis ved atrieflimmer eller andre arytmier, ved mer uttalt hjerte-kar-sykdom og/eller ved etablert osteoporose. T₃ bør kun brukes med forsiktighet ved hypertensjon, mild til moderat hjerte-kar-sykdom, ved osteopeni og ved betydelig stressbelastning og psykiske problemer. Det er viktig å være oppmerksom på at overdosering med thyreoideahormoner (gjelder både T₄ og T₃) kan forverre insulinresistens og glykemisk status (8).

En alternativ form for kombinasjonsbehandling – som en del pasienter etterspør – er Thyroid: Armour Thyroid, Thyroid Erfa m.fl. Thyroid er den klassiske substitusjonen med lang historisk bruk, og er preparater av tørket skjoldbruskkjertel fra gris som inneholder både T₄ og T₃. Thyroid var standard behandling av hypothyreose frem til det ble utviklet effektive teknikker som gjorde at fremstilling av syntetisk levothyroxin (T₄) ble mulig for farmasøytisk industri. Det finnes ingen studier som viser eventuelle fordeler eller ulemper ved bruk av Thyroid. Mengden T₄ og T₃ (i mcg) i Thyroid-tablettene skal være standardisert i en T₄:T₃-ratio på 4,2. Det er mye lavere enn en mulig optimal T₄:T₃-doseringsratio, som trolig er på minst 7–10 (ifølge ETA Guidelines: 13–20). Så ved ren Thyroid-behandling blir dosen av T₃ for høy og dosen av T₄ for lav.

Det betyr at Thyroid må kombineres med en liten dose T₄ for å få riktig balanse i T₄/T₃-regnskapet, lettere unngå T₃-relaterte hypersymptomer, og mulighet til å innstille prøvene adekvat, dvs. unngå laboratoriekombinasjon lav/supprimert TSH, grenselav fT₄ og høy/grensehøy fT₃ – som kan sees ved ren Thyroid-substitusjon.

I forhold til Liothyronin, inneholder en vanlig tablettstyrke – Thyroid 30 mg – kun 4,5 mcg T₃, som er nær typisk enkeltdose på 5 mcg. Thyroid 30 mg (med 19 mcg T₄ og 4,5 mcg T₃) tilsvarer i dose-potens ca 33 mcg T₄ ved ren levothyroxinbehandling. En typisk dagsdose Thyroid vil være 30 mg x 2, med T₄ 25–50 mcg sammen med morgendosen.

Thyroid fås ikke på blå resept. Det forskrives på registreringsfritaksresept til Statens legemiddelverk. Utgift for pasienten er 100–200 kr/måned.

Potensiell gevinst i livskvalitet

Avslutningsvis må det presiseres at flertallet av pasienter med hypothyreose responderer fint på standard substitusjon med T₄ alene i optimal dosering, og vil ikke trenge T₃ i tillegg. Husk at pasienter med CNS-triaden (dvs. T₄-dosen er optimalisert og uspesifikke symptomer ikke kan forklares av andre forhold) kan være kandidater for å prøve T₄/T₃ i kombinasjon. Det er viktig ikke å starte med høy dose, slik at man ikke må slutte med behandlingen for tidlig. For de som responderer kan T₃ bety en bedre helserelatert livskvalitet. De som ikke responderer i løpet av tre til seks måneder etter at dosen er stabilisert, bør vende tilbake til ren levothyroxinbehandling. En må da revurdere hva de vedvarende symptomene kan skyldes.

REFERANSER

1. Panicker V, Saravanan P, Vaidya B, Evans J, Hattersley AT, Frayling TM, et al. Common variation in the DIO2 gene predicts baseline psychological well-being and response to combination thyroxine plus triiodothyronine therapy in hypothyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94(5): 1623–9.
2. Gullo D, Latina A, Frasca F, Le MR, Pellegri G, Vigneri R. Levothyroxine monotherapy cannot guarantee euthyroidism in all athyreotic patients. *PLoS One* 2011; 6(8): e22552.
3. Grozinsky-Glasberg S, Fraser A, Nahshoni E, Weizman A, Leibovici L. Thyroxine-triiodothyronine combination therapy versus thyroxine monotherapy for clinical hypothyroidism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(7): 2592–9.
4. Nygaard B, Jensen EW, Kvetny J, Jarlov A, Faber J. Effect of combination therapy with thyroxine (T₄) and 3,5,3'-triiodothyronine versus T₄ monotherapy in patients with hypothyroidism, a double-blind, randomised cross-over study. *Eur J Endocrinol* 2009; 161(6): 895–902.
5. Wiersinga WM. Do we need still more trials on T₄ and T₃ combination therapy in hypothyroidism? *Eur J Endocrinol* 2009; 161(6): 955–9.
6. Biondi B, Wartofsky L. Combination treatment with T₄ and T₃: toward personalized replacement therapy in hypothyroidism? *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(7): 2256–71.
7. Wiersinga WM DLFVNBM2, 1:55V–71. 2012 ETA Guidelines: The Use of L-T₄ + L-T₃ in the Treatment of Hypothyroidism. *Eur Thyroid J* 2012.
8. Maratou E, Hadjidakis DJ, Peppas M, Alevizaki M, Tsegka K, Lambadiari V et al. Studies of insulin resistance in patients with clinical and subclinical hyperthyroidism. *Eur J Endocrinol* 2010; 163(4): 625–30.



Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – riktig initiativ til rett tid

■ SIRI EVJU JANSSEN rådgiver, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Norges forskningsråd tildelte i november 2012 23,8 millioner kroner til en ny nasjonal forskerskole i allmennmedisin. Midlene er tildelt for perioden 2013–2020, og prosjektstart er satt til 1. mars 2013.

Et samlet allmennmedisinsk universitetsmiljø står bak søknaden, som ble koordinert av professor Jørund Straand ved Universitetet i Oslo. Forskerskolen er et viktig skritt for å heve kvaliteten på den allmennmedisinske forskningen i Norge.

Økt satsing på allmennmedisinsk forskning

Allmennmedisin er et av tre kliniske hovedfag ved medisinutdanningen i Norge, men bare en liten del av bevilningene til medisinsk forskning går til forskning innenfor allmennmedisin. Denne tildelingen er derfor svært viktig for å styrke forskningen på feltet. Forskerskolen vil gjøre det mulig med en mer systematisk tilnærming til ph.d.-utdanningen i allmennmedisin.

Opprettelsen av Allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) ved de fire medisinske fakultetene i Norge i 2006 har styrket infrastrukturen rundt den allmennmedisinske forskningen i Norge. Legeforeningen opprettet samtidig et Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF), noe som har ført til en stor økning i antallet ph.d.-kandidater i allmennmedisin. En stor del av doktorgradene er finansiert gjennom dette fondet.

Nå er det ca 80 allmennmedisinske doktorgradskandidater i hele landet, de fleste er allmennleger som deler tiden sin mellom forskning og praksis.

Hvorfor forskerskole i allmennmedisin?

Noen av delmålene med den nasjonale forskerskolen i allmennmedisin er:

- Å sikre en ny generasjon av velkvalifiserte forskere i allmennmedisin, både for universitetshenhetene, men også for fastlegehelsetjenesten

- Å fremme høy internasjonal standard av allmennmedisinsk forskerutdanning
- Å fremme et kreativt og bærekraftig miljø for allmennmedisinsk forskning
- Å lage et nasjonalt miljø for teori- og forskningsmetodeutvikling egnet til å utforske spesifikke medisinske problemer i allmennpraksis
- Å stimulere allmennmedisinske ph.d.-kandidaters mobilitet nasjonalt og internasjonalt
- Å fremme både flerfaglig og tverrfaglig samarbeid

Et allmennmedisinsk supplement

Når man tas opp på et doktorgradsprogram ved et medisinsk fakultet, gjennomgår man et obligatorisk opplæringsprogram på 30 studiepoeng. En del av disse poengene består av valgfrie moduler. Forskerskolens kurs vil inngå i den valgfrie delen av opplæringsprogrammet.

Skolen blir dermed et supplement til den eksisterende ph.d.-utdanningen ved de medisinske fakultetene, og vil gi forskerutdanningen en allmennmedisinsk vinkling gjennom å tilby fag som fokuserer på det som er spesifikt for faget allmennmedisin.

Nasjonal og internasjonal nettverksbygging

Forskningsrådet evaluerte de allmennmedisinske universitetsmiljøene i 2010, og uttrykte et behov for et økt faglig samarbeid både innenlands og over landegrensene. Og nettopp samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner både nasjonalt og internasjonalt står sentralt i Forskerskolens planer.

De norske allmennmedisinske fagmiljøene har allerede etablert samarbeid og faste møteplasser, men gjennom et formalisert samarbeid kan man styrke og utvikle dette videre.

Det er inngått en avtale om samarbeid med den svenske forskerskolen i allmennmedisin (Nationella forskarskolan i allmänmedicin), og man ønsker å utvide samarbeidet til andre europeiske land. Også for veilederne ønsker man å bidra til kompetanseøkning og nettverksbygging gjennom å tilby kurs og seminarer for denne gruppen.

Skolen vil engasjere internasjonale forskere både som gjesteforelesere og som gjesteveiledere. I tillegg kan studentene som er tatt

opp på skolen søke om midler til utenlandsopphold som er relevant for prosjektet og som ender opp med et arbeid som er relevant for avhandlingen. Kandidatene vil også kunne søke støtte for å delta på internasjonale konferanser og workshops, hvor de kan presentere prosjektene sine.

Planlagt kursstart til høsten

Planleggingen av forskerskolen er allerede i full gang, det er mange brikker som må på plass før det første kullet med studenter kan tas opp.

Kriteriene for å bli tatt opp på Forskerskolen er at kandidaten er i en tidlig fase av prosjektperioden, og allerede er eller skal tas opp på hjemmeinstitusjonens ph.d.-program. Prosjektet må ha et allmennmedisinsk tema og passe inn i Forskerskolens rammeverk. Opptaket blir gjort av forskerskolen selv, etter et sett med definerte opptakskriterier.

Man sikter mot å starte opp med ett kurs allerede høsten 2013. De fire allmennmedisinske miljøene vil utvikle kurs, og kandidatene som er tatt opp på forskerskolen vil ha fortrinnsrett på plassene.

Et samarbeidsprosjekt

Undervisningen vil for en stor del foregå i tilknytning til det universitetet som har ansvaret for kurset. Skolen vil tilby både web-basert undervisning, virtuelle klasserom og diskusjonsforum på nett. Men det er også viktig å treffes ansikt til ansikt, og et mål er at forskerskolen blir en møteplass for studentene fra tidlig i ph.d.-løpet.

Forskerskolen er et samarbeidsprosjekt mellom de fire allmennmedisinske universitetsmiljøene i Norge, Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Den vil bli ledet av en styringsgruppe satt sammen av representanter fra de fire samarbeidspartnerne, en internasjonal representant og en representant for doktorgradsstudentene. Administrasjon og daglig drift av skolen vil bli lagt til Oslo. De fire allmennmedisinske universitetsmiljøene forsker på et utall temaer, noe som vil gi synergieffekter og bidra til en styrking av doktorgradsutdanningen innenfor faget.

 s.e.janssen@medisin.uio.no

Skriver du en god henvisning

– evaluering av henvisninger til et distrikts

■ KATHE HELLAND HOLMÅS fastlege, Sandviksboder Legepraksis, Bergen

■ LIVE HOVLAND psykiater, tidl. leder Hospitalet Betanien DPS, Bergen

Praksiskonsulentenes hovedoppgave er å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus. PKO-en ved Hospitalet Betanien DPS i Bergen har scoret henvisninger og gitt tilbakemelding til 22 av 45 fastleger i Betaniens opptaksområde. Det ble funnet stor variasjon i kvaliteten på henvisningene. Tilbakemeldingsmøtene ble opplevd som positive, både av fastlegene og praksiskonsulentene. De fleste fastlegene mente at de kom til å skrive bedre henvisninger som en følge av prosjektet. De stilte seg også positive til en oppfølger om et par år.

En praksiskonsulent (PKO) er en allmennlege som skal være bindeledd mellom fastlegene og sykehusene. PKO skal bidra til økt samhandling og koordinering. PKO skal formidle til sykehusene hvordan fastlegene jobber, og stille allmennmedisinsk kompetanse til rådighet for sykehusene.

Hospitalet Betanien Distriktspsykiatriske senter (DPS) tar imot pasienter fra bydelene Laksevåg og Fyllingsdalen i Bergen, som har ca 52 000 innbyggere > 18 år. DPS-et består av vok-

FIGUR 1. Scoringsarkmal henvisning til Betanien DPS

1. Personopplysninger	0-1-2-3-4
Navn	_____
Fødselsdato	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
2. Henvisningsgrunn	0-1-2-3-4
Diagnose	_____
Tilbud det søkes om	_____
Bestilling mtp behandling og vurdering	_____
Pasientens motivasjon	_____
3. Relevante bakgrunnsopplysninger	0-1-2-3-4
Familie/barn	_____
Arbeid	_____
Sykmelding	_____
Tidligere sykehistorie	_____
4. Aktuelt	0-1-2-3-4
Symptomer/alvorlighetsgrad	_____
Funksjonsnivå	_____
Rus	_____
Søvn	_____
5. Status presens:	0-1-2-3-4
Psykiatrisk status	_____
Evt. Scoringsskjema (MADRS el.1.)	_____
Somatisk status	_____
Relevant lab.	_____
6. Medikamenter	0-1-2-3-4
Aktuell medikasjon	_____
Tidligere psykofarmaka	_____
Bivirkninger	_____
Evn. Seponeringsgrunn	_____
SUM:	_____

FIGUR 2. Henvisningsmal Betanien DPS.

Personalia	Navn, fødselsnummer, adresse, telefon
Henvisning (angi tilbud det søkes)	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Gruppepoliklinikk / Dagavdeling Sengepost allmennpsykiatri (4a) Sengepost psykose/rehabiliteringspost (4b)
Bakgrunnsinfo.	Sivilstatus, barn, jobb, sykmelding
Diagnose	Evt. tentativ
Årsak til henvisning	Bakgrunn og aktuelt med oppdatert symptombeskrivelse
Andre instanser involvert	Førstelinje/psykiatritjeneste Annen spesialisthelsetjeneste Instanser som har vært involvert tidligere
Hva ønskes: (spesifiser)	Utredning / diagnostisering Medikamentell vurdering Samtalebehandling Veiledning /Konsultasjon Gruppebehandling Dagavdelingstilbud Innleggelse (begrunne behov spesielt)
Rusmidler	Pågående og tidligere rusmisbruk (tobakk, alkohol, cannabis, opiater, sentralstimulerende, annet)
Somatisk	Generelt om helsetilstand Relevante utredninger med prøvesvar
Faste medisiner	Medikamenthistorie, nåværende medikasjon med vurdering av effekt, eventuellmedisin

g for pasienten din?

psykiatrisk senter



I tjeneste
for mennesker



Betanien DPS ligger i Bergen og er en del av sykehuset Hospitalet Betanien som eies av Stiftelsen Betanien. FOTO: STIFTELSEN BETANIEN

senpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk, akutt-team og to sengeposter. Betanien DPS har hatt praksiskonsulent fra september 2009.

Alle DPS er pålagt å vurdere alle henvisninger fra fastlegene etter Prioriteringsforskriften. Dreier dette seg om en pasient som:

1. Sannsynligvis har en psykisk sykdom?
2. Er dette en sykdom som det går an å utrede og behandle?
3. Vil det kunne forsvares å bruke tid, penger og personell for å sette i gang behandlingstiltak (kost/nytte-spørsmålet?)

Er svaret ja på disse spørsmålene har pasienten rett til nødvendig helsehjelp i andrelinjetjenesten. Retten skal innfris innen en dato som skal fastsettes individuelt og etter faglig vurdering. Pasienten får skriftlig svar med beskjed om hvilken frist som er satt. Kopi av brevet går til henviser. DPS-et er pålagt å overholde fristen.

Er svaret nei, skal henvisningen avslås. Pasient og henviser får da et svar om at dette enten må håndteres videre i førstelinjetjenesten, eller en kan foreslå andre tiltak som f.eks familierådgivning.

Problemstilling

Høsten 2009 deltok PKO-en på inntaksmøtene på DPS-et og registrerte at det ikke alltid

var enkelt å vurdere rett til nødvendig helsehjelp ut fra opplysningene som ble gitt i henvisningene. En del henvisninger var uventet og unødvendig dårlige. De inneholdt ikke nødvendig informasjon om pasienten og tilstanden. Det førte til «prosjekt tilbakemelding til henviser».

Metode

PKO-en undersøkte på *PKO.no* og i *Tidsskrift for Den norske legeforening* hva som var gjort av lignende studier tidligere. Scoringsmal ble laget ut fra disse studiene, og tilpasset henvisningsmalen som alle fastlegene tidligere hadde mottatt fra DPS-et (SE FIGUR 1 OG 2).

PKO-en og DPS-leder hadde våren 2010 samarbeidsmøter med de fleste fastlegene i opptaksområdet. Det ble informert om prosjektet, om planlagt vurdering og skåring av henvisninger, og tilbud om tilbakemelding til den enkelte lege i etterkant. På møtene opplyste de fleste fastlegene at de ikke brukte henvisningsmalen, og at de ikke visste hvor de hadde den. De legene som aktivt brukte malen syntes den var nyttig.

PKO-en valgte å kun vurdere henvisningene til Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Her var volumet størst. Mange fastleger søker sjel-

den eller aldri en pasient innlagt på psykiatrisk sengepost.

Høsten 2010 fikk alle fastlegene i de to bydelene brev med skriftlig informasjon om undersøkelsen og spørsmål om de ønsket å delta, vedlagt frankert svarkonvolutt. 22 av de 45 fastlegene i opptaksrådet svarte positivt, en svarte negativt og 22 leger svarte ikke.

Fra 1. desember 2010 begynte PKO-en å skåre henvisningene til de legene som ønsket å delta. Målet var å skåre fem henvisninger fra hver lege for å få et best mulig bilde av henvisningspraksis. Etter avsluttet skåring i november 2011 ble det tatt kontakt med den enkelte fastlege for å avtale tidspunkt for tilbakemelding på fastlegens kontor. To fastleger hadde permisjon, to var sykmeldt og én hadde sluttet. Det ble gitt tilbakemelding til totalt 17 fastleger.

Materiale

Det kommer ca. 75 nye henvisninger hver måned til Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Hospitalet Betanien DPS. Nesten alle blir behandlet på inntaksmøte innen én uke. Det ble satt sluttstrek 30. november 2011 etter skåring av 91 henvisninger fra de 22 legene som ville delta. Gjennomsnittet var 4,1 henvisninger pr.

lege pr. år, med en variasjon på 0–10 pr. lege. For de legene som henviste mer enn fem pasienter, ble kun de fem første skåret.

Resultat

Henvisingmalen utarbeidet ved Betanien DPS (se figur 2) er et godt utgangspunkt for en henvisning. Den er laget fra psykiatriens ståsted, men virker også hensiktsmessig sett fra et allmenmedisinsk synspunkt. Scoringsskjemaet i prosjektet (se figur 1) avviker ikke vesentlig fra henvisingmalen til Betanien, men er delt i seks hovedpunkter, alle med fire underpunkter. Skjemaet fanger opp det meste som bør tas med i en henvisning.

Resultatene (se figur 3) varierte, mest fra lege til lege, betydelig mindre mellom henvisninger fra en og samme lege. En lege hadde for eksempel minste score 7 og høyeste 16, en annen minste score 8 og høyeste 18. Beste totalscore var 21,2 poeng, dårligste var 11. Man kunne maksimalt oppnå 24 poeng. Gjennomsnittscore var 16,5 poeng.

Det var gjennomgående ganske gode henvisninger, som ga et godt vurderingsgrunnlag. De fleste (80–90%) beskrev symptomer,

FIGUR 3. Utfylt scoringsark henvisning til Betanien DPS.

1. Personopplysninger	0-1-2-3-4
Navn	1
Fødselsdato	1
Adresse	0,99
Telefon	0,87
2. Henvisningsgrunn	0-1-2-3-4
Diagnose	0,95
Tilbud det søkes om	0,94
Bestilling mtp behandling og vurdering	0,81
Pasientens motivasjon	0,61
3. Relevante bakgrunnsopplysninger	0-1-2-3-4
Familie/barn	0,80
Arbeid	0,79
Sykmelding	0,62
Tidligere sykehistorie	0,81
4. Aktuelt	0-1-2-3-4
Symptomer/alvorlighetsgrad	0,89
Funksjonsnivå	0,49
Rus	0,25
Søvn	0,50
5. Status presens:	0-1-2-3-4
Psykiatrisk status	0,82
Evt. Scoringsskjema (MADRS el.1.)	0,25
Somatisk status	0,43
Relevant lab.	0,30
6. Medikamenter	0-1-2-3-4
Aktuell medikasjon	0,69
Tidligere psykofarmaka	0,54
Bivirkninger	0,46
Evn. Sponeringsgrunn	0,49
SUM:	16,5

funksjonsnivå og psykiatrisk status på en tilfredsstillende måte. I åtte av 10 tilfeller inneholdt henvisningene opplysninger om familie, barn og arbeid. Kun få henvisninger hadde med relevante laboratorieprøver. Scoringsskjema som f.eks. MADRS ble brukt i liten grad, til tross for at mange av henvisningene gjaldt depresjon. Søvn ble kun nevnt i halvparten av henvisningene, medisineriing i ca. 60 prosent, rus i 25 prosent. Kun én av fem henvisninger hadde med relevante lab.-resultater, mens bare 43 prosent beskrev somatisk status.

Drøfting

13 menn og ni kvinner sa ja til scoring. 17 av 22 var spesialist i allmenmedisin. 17 var over 45 år. Dette gjenspeiler vel noenlunde det norske allmenlegekorpset i dag. Ingen av de fem legene som jobber i solo praksis ønsket å delta.

Knappt halvparten av fastlegene sa ja til deltagelse. Det er ikke tradisjon med «evaluering» av leger. Fastlegene får sjelden eller aldri tilbakemelding på arbeidet sitt.

Det er vanskelig å si om de 22 av totalt 45 legene som deltok i undersøkelsen var representative for alle legene i opptaksområdet. Det var ca. 850 henvisninger til VOP i det aktuelle tidsrommet, og vi evaluerte 91. Det kan se ut som en del av de som ikke ønsket å delta sender mange henvisninger. Hvorfor ønsket bare halvparten av legene å delta i undersøkelsen?

Mulig føltes en evaluering skremmende for noen. Leger er vant til å være best i klassen og våger kanskje ikke å bli vurdert av en kollega. Kan hende burde det vært mer av dette?

Scoringsskjemaet opplevdes nyttig, både ved gjennomlesning av henvisningene og under tilbakemeldingene. Noen henvisninger virket umiddelbart gode og innholdsrike, men viste ved skåring at de sa lite om det inntaksmøtet trengte av informasjon for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Fylkeslegen sa ved tilsyn på DPS-et at det ikke er akseptabelt at mangelfulle henvisninger sendes i retur til henviser. Det skal ikke gå ut over pasienten at fastlegen gjør mangelfullt eller dårlig arbeid. Det medfører til tider mye merarbeid for inntaksteamet. De må da kontakte henviser eller pasient for å få tak i nødvendig informasjon slik at de kan få vurdert om pasienten har rett til helsehjelp. Så lenge behandlingen er et knapphetsgode, er det viktig at den pasienten som trenger det mest og fyller vilkårene for å få rett, blir prioritert og mottar hjelpen.

Ca. 25 prosent av alle henvisningene avvises fordi de ikke fyller vilkårene iht.prioriteringsforskriften. Det er likevel relativt lite klager fra fastlegene på dette. Kan det tenkes

at noen velger å skrive en tynn henvisning for å signalisere at de også mener det er en tynn indikasjon for henvisningen? Pasienten bestiller en henvisning, og fastlegen effektuerer?

Tilbakemeldingene til den enkelte lege ble opplevd som positivt - for både PKO og fastlegen. Alle legene virket oppriktig interesserte og møtene ble konstruktive. Noen hadde gruet seg, var redde for «dommen», for ikke å være gode nok. Alle ønsket å vite sin scorre, hvordan de lå an i forhold til andre fastleger. Også leger med lav score var svært positive til prosjektet. Flere leger bemerket at det var første gang de ble evaluert på noe som helst etter at de begynte å jobbe som fastleger, og at noe lignende burde gjøres også med henvisninger til andre instanser. Et par leger sa at de forsto hvorfor de scoret lavt, men at de var «late» og hadde det travelt og derfor ikke ville legge ned særlig tid og arbeid i henvisningene. Mange av fastlegene ga uttrykk for at de etter tilbakemeldingene bedre forsto hvorfor DPS-et er så opptatt av god informasjon i henvisningene. De fleste noterte seg på hvilke punkter de kunne forbedre seg. Noen foreslo en ny skåring om et til to år og mente at de da kom til å oppnå en mye høyere skår.

I allmenpraksis har vi mange samarbeidspartnere og altfor mange skjemaer. Det er ikke sikkert vi husker på det enkelte skjema og/eller klarer å finne det når vi kunne trenge det i forbindelse med en henvisning. Praksiskonsulentene jobber med å bli kvitt flest mulig skjema. I Helse Bergen arbeides det nå med å lage «pop-ups» til henvisninger til psykiatrien. Går man inn på en henvisning i journalen og skriver f.eks. »depresjon» vil det sprette opp små bobler på skjermen med tips til hva som bør med av opplysninger. Dette vil sannsynligvis både lette fastlegens henvisningsarbeid og gjøre det enklere for mottaker å gi en riktig vurdering av henvisningen.

Praksiskonsulenten opplevde prosjektet som meningsfullt. Det falt absolutt inn under PKO-ene sine oppgaver. Kvalitetssikring av henvisninger bedrer samhandlingen, til beste for både den henviste, henviser og mottaker.

Trolig var det lettere å få fastlegen med på prosjektet når de skulle vurderes av en fastlegekollega enn om de skulle blitt vurdert av en psykiater.

Henvisningen er en viktig samarbeidsarena. En annen er epikrisene. PKO-en ved Betanien DSPS skal nå gå videre og se på epikrisene som sendes fra DPS-et til fastlegene.

Svangerskaps- og postpartumde

■ NILAM SHAKEEL

Allmennlege og ph.d.-stipendiat ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo. Hennes ph.d.-prosjekt dreier seg om svangerskaps- og barseldepresjon i en multietnisk befolkning i Groruddalen. Hun vant pris for beste presentasjon på Forskningsdagen, Primærmedisinsk Uke 2012.

Graviditeten innebærer forandringer og omstillinger i livet og man har store forventninger om lykkefølelse. Hva er det som gjør at forventninger om morslykken hos noen kvinner kan snus til et mareritt og til og med en frykt for å skade sitt eget barn?

Det er ikke et nytt fenomen at symptomer som søvnløshet, dårlig selvfølelse, mangel på energi og mangel på evnen til å glede seg opptrer når kvinner er gravide eller er i barselperioden. Men vi er i dag åpne for at dette kan være uttrykk for en depresjonstilstand. Tilstanden vil ramme omtrent en av 10 kvinner under svangerskapet og omtrent en av åtte kvinner etter fødsel. Depresjon under svangerskapet eller etter fødsel er ikke en separat sykdom med sine mystiske symptomer og sine egne årsaksforklaringer. Det er en vanlig depresjon, med de samme symptomene som blant annet endring i appetitt, skyldfølelse, redusert konsentrasjon og nedsatt stemningsleie. Men i og med at den oppstår når kvinnen er gravid eller nylig har født, påvirker den ikke bare kvinnen selv, men kan også påvirke fosteret og det nyfødte barnet, og selvfølgelig partner og andre barn hvis hun har det. Depresjonen kan også være uttrykk for andre psykiske lidelser som bipolar lidelse og schizofreni. Kvinnen kan enten allerede være deprimert når hun blir gravid eller utvikle depresjon etter at hun har blitt gravid.

Deprimerte kvinner er noen ganger også dårlige til å følge vanlige svangerskapskontroller, dermed kan denne tilstanden og andre alvorlige tilstander som oppstår under graviditeten lett bli oversett. Uansett er depresjon i svangerskapet en risikofaktor for postpartum depresjon, og omtrent halvparten av de som er deprimerte under svangerskapet, forstetter å være det etter fødsel også. Tidligere angst og depresjon både i forbindelse med og utenom svangerskapet er en risikofaktor, i tillegg til positiv familiehistorie på angst og depresjon.



Rundt en av åtte kvinner rammes av barseldepresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Postpartumdepresjon kan enten være en forlengelse av depresjonen kvinnen hadde under graviditeten eller debutere alt fra fire uker til seks måneder etter fødsel. Tidligere studier har vist at depresjon hos mor kan føre til preeklampsi eller prematur fødsel.

Tilknytningsprosessen mellom mor og barn kan bli forstyrret

Det nyfødte barnet er avhengig av emosjonell og fysisk kontakt for å overleve. Ved depresjon kan tilknytningsprosessen mellom mor

Depresjon i primærhelsetjenesten

og barn som starter allerede når kvinnen er gravid, bli forstyrret. En mor som ikke er deprimert lager forskjellige ansiktsuttrykk og babylyder når hun steller eller koser med barnet. Hun reagerer på barnets signaler og barnet får lettere etablert en rytme med faste rutiner. Slik blir barnet også mindre stresset, gråter mindre, lærer om sine egne grenser og blir vant til å få respons hvis det virkelig trenger noe. En som er deprimert vil være stresset eller likegyldig overfor sine omgivelser. Hun vil være mimikkfattig og lite oppmerksom på signalene barnet gir. Barnet vil føle stresset moren har på sin kropp og svare med å bli urolig, søvnløs, irritabel og gråte mer. En mor som har lite tålmodighet fra før og i tillegg er stresset og irritert, kan da noen ganger utvikle tanker om å skade sitt eget barn. Barna på sin side vil få en desorganisert tilknytning og forstyrret utvikling når det gjelder selvregulering, sosial kompetanse og mestring. Negative konsekvenser utvikles gjerne over tid og får ulike uttrykk på forskjellige tidspunkt i barnets liv. Har man barn med ekstra behov, vil hele situasjonen forverre seg. En tilstedeværende partner/far kan heldigvis ofte være en god erstatning for barnet. Det er ikke alltid slik at depresjon hos mor vil utvikles i den retningen det er beskrevet over, men vi må likevel være oppmerksomme ved en slik utvikling og fange opp tidlige tegn på depresjon.

Depresjon kan være vanskelig å oppdage

Problemet er imidlertid at tegnene på depresjon kan være vanskelig å oppdage siden symptomene kan være maskerte grunnet graviditeten. Derfor er det viktig at allmennleger som er i en unik posisjon til å både oppdage og behandle tilstanden, er klar over hvordan den opptrer. Det kan også være vanskelig å skille mellom hva som er følelsesmessige reaksjoner knyttet til svangerskapet og hva som er en klinisk depresjon, og det er heller ikke alltid like lett å skille mellom barseltårer og barseldepresjon. Men man bør definitivt reagere hvis det er symptomer på tristhet, likegyldighet og håpløshet som vedvarer mesteparten av dagen, over flere uker. Det kan også være til hjelp å se på om det er enkeltstående eller mange symptomer. Barseltårer har mildere symptomer, starter bare noen få dager etter fødsel og forsvinner gjerne i løpet av noen få dager uten at det krever spesiell behandling. Barseldepresjon kan være en forlengelse av barseltårene, men den kan også

være nyoppstått med gradvis insettende symptomer. I det sistnevnte tilfellet har kvinnen som regel hatt noen uker etter fødsel hvor hun har vært symptomfri før den gradvise innsettingen av depressive symptomer begynner. Ellers defineres tilstandene etter de diagnostiseringskriteriene som finnes for vanlig depresjon (ICD-10/DSM).

Et annet problem som gjør depresjon vanskelig å oppdage er at det gjerne forventes av den gravide og den nybakte moren å utstråle lykke og glede. Derfor føler noen kvinner at det er flaut eller «unormalt» å prate om at de ikke har det slikt. Redselen for å bli adskilt fra barnet hvis de forteller om sine depressive tanker og tanker om å skade sitt eget barn er fremdeles et stort hinder for at kvinner vil erkjenne at de har et slikt problem. Det kan forhindre dem fra å motta tidlig hjelp som ellers kunne ha vært med på å forebygge de negative utfallene en depresjon kan ha. Det er derfor viktig at man får frem at det finnes terapi. Målet er å hjelpe kvinnen slik at hun bedre kan ivareta barnet best mulig.

Etniske minoriteter

Et tredje problem kan være det man støter på når man møter etniske minoriteter. Både språk og kulturforkjeller kan være en stor barriere. I noen kulturer finnes det ikke eget ord for depresjon, tilstanden er tabubelagt eller skal helst ikke eksistere. Slike situasjoner er en utfordring for oss. Hvordan skal man snakke om og tilby behandling for noe som i andres øyne ikke eksisterer? Det er forskjeller mellom og innad i etniske grupper. Og til tross for det overnevnte, er ordet depresjon et mye brukt ord i norsk helsevesen også når det gjelder etniske minoriteter, i hvert fall i allmennpraksis. Så om man har et eget ord for det på sitt morsmål eller ei, er depresjon et relativt kjent fenomen for mange etniske minoriteter. Hva er det da som gjør at man ikke når ut med nok informasjon? Eller er det slik at man ikke vet nok om risikofaktorer for de ulike etniske gruppene?

STORK Groruddalen

Studien jeg holder på med skal blant annet se på denne problemstillingen. Materialet som brukes er en del av STORK Groruddalenprosjektet, en kohortundersøkelse av gravide kvinner. Det er en av de få studiene hvor man har greid å inkludere mange etniske minoriteter (59 prosent), også kvinner som ikke kan lese og skrive og nyankomne til Norge, ved å

tilpasse studiemetodene til disse kvinnenes behov. Målet er å kartlegge forekomsten av svangerskaps- og postpartumdepresjon og ulike risikofaktorer for tilstandene. Foreløpige analyser viser at forekomsten av depresjon er opp til dobbelt så høy blant etniske minoriteter sammenlignet med kvinner fra vestlige land. Videre ser vi på om det er ulike risikofaktorer for disse to gruppene.

Vi har brukt spørreskjemaet EPDS, The Edinburgh Postnatal Depression Scale, til å kartlegge depressive symptomer. EPDS er et screeningsverktøy som er godt egnet til forskning. Den har god sensitivitet og spesifisitet, og inneholder 10 spørsmål, hvert med fire alternativer som gir skår 0–3. De summerte skårene gir et spenn fra 0–30. Jo høyere skår, desto større sannsynlighet for at kvinnen er deprimert. En skår fra 10–12 eller oppover kan brukes som grunnlag for et diagnostisk intervju. Spørreskjemaet er testet mot ulike gullstandarder og er godt validert på norsk og flere andre språk.

Risikofaktorer

Fra litteraturen kjenner vi til en del risikofaktorer. Belastende livshendelser (alt fra dødsfall av nære familimedlemmer og store bekymringer for barna til vold og seksuelt misbruk), lav sosioøkonomisk status, manglende støtte fra partner/ manglende nettverk og tidligere depresjon eller angst under graviditeten er noen av de sentrale risikofaktorene.

I tillegg betyr graviditeten og det nye barnet en stor forandring og en ny livsfase. Det blir ikke nødvendigvis slik kvinnen hadde forventet seg, for noen blir det rett og slett for tungt, og det kommer i veien for alle ambisjoner.

Behandling

En rekke behandlingstiltak finnes, og hva som bør velges er avhengig av alvorligheten i symptombildet. Farmakologisk behandling kan være nødvendig ved alvorlig depresjon, men det er ekstra viktig under graviditeten og i barselperioden at man først tenker på ikke-farmakologiske tiltak som støttesamtaler, styrking av nettverk rundt kvinnen, kognitiv terapi og psykoterapi. Ved alvorlige depresjoner kan det være nødvendig med medikamentell tilleggsbehandling, særlig hvis kvinnen ikke synes å ha evne til å ta vare på seg selv eller barnet, har alvorlige søvnforstyrrelser, har en risikopreget atferd eller bærer på alvorlige selvmordstanker. Det er da viktig

å ha informasjon om medisinen går over til fosteret/det ammede barnet og om den er skadelig.

Tiltak i primærhelsetjenesten

Studier viser at støttesamtaler har en gunstig effekt, og profesjonen til den som gir støttesamtaler har ingen spesiell betydning for effekten. Det betyr at fastleger og helsesøstre/jordmødre er i en unik posisjon til å starte med støttesamtaler og lage et nettverk for kvinnen hvor familie og partner også er involvert. Støttesamtaler går ikke nødvendigvis ut på at man skal gi råd, men å gi god informasjon til pårørende og kvinnen. Det å innta en posisjon som god lytter overfor kvinnen hjelper mye. Videre er det viktig at det settes fokus på at kvinnen får avlastning, og da spesielt om natten slik at hun får dekket sitt søvnbehov. Det kan være aktuelt å sette opp kontroller for kvinnen sammen med denne ressursgruppa med ca. to til fire ukers mellomrom.

I noen tilfeller kan det hende at familien eller mannen er et av hovedproblemene for kvinnen. Da kan kvinnen ha mer nytte av å ha støttesamtaler uten dem og bør heller få etablert et annet sosialt nettverk rundt seg.

Støttesamtaler bør ikke tilbys kun de som har depresjon etter kriterier ICD-10/DSM har satt, men også de som har flere depressive symptomer og ikke helt faller innenfor de gitte diagnosekriteriene. Det er nemlig vist at flere depressive symptomer under svangerskapet øker risikoen for depresjon. Å etablere et nettverk, gi støttesamtaler eller informere familien/partner om at de skal stille opp og hjelpe til med avlastning kan være et godt forebyggende tiltak for disse kvinnene.

Flere hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor har også vist gunstig effekt. I tillegg til at man er en støtte for kvinnen når man er på hjemmebesøk får man også observert samspillet mellom mor og barn. Det er viktig å sikre at barnet er godt ivaretatt. Til tross for at kvinnene lider av samme tilstand har de ulike symptomer, de har ulik bakgrunn/kultur og dermed ulike behandlingsbehov. Derfor bør terapitiltakene tilrettelegges individuelt, og det bør være et samarbeid mellom kvinnens fastlege og helsestasjonen med rask tilgang til psykolog, Distriktpsikiatrisk senter og eventuelt Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for både råd, veiledning og videre henvisning ved alvorlige tilfeller. De alvorligste, de som er psykotiske eller i faresonen for å skade seg selv eller sitt eget barn må legges inn. Partner/far må også tas godt vare på, og tiltak tilrettelagt for menn kan være nyttige. Reform (ressurssenter for menn) har tidligere arrangert gruppetilbud for menn som har en



Fastlegen er i en unik posisjon til å oppdage og behandle svangerskaps- og barseldepresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

partner med barseldepresjon eller andre psykiske belastninger, og de har fremdeles samtaletilbud for menn.

Screening for fødsels-/postpartumdepresjon?


I Storbritannia har man utarbeidet egne retningslinjer for svangerskap og barselomsorg som omfattes av NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) clinical guidelines. De anbefaler at man spør kvinnen følgende nøkkelspørsmål ved første kontroll og ca. fire til seks uker etter fødsel for å avdekke mulig depresjon:

1. During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? (Har du ofte følt deg nedfor, deprimert eller uten håp den siste måneden?)
2. During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things? (Har du ofte vært plaget av å ha liten interesse eller glede i å gjøre ting den siste måneden?) Svarer kvinnen ja på et av disse, anbefales det å gå videre med spørsmål 3.
3. Is this something you feel you need or want help with? (Føler du at dette er noe du trenger eller ønsker hjelp for?)

Dette er enkle spørsmål som alle bør ha tid til å stille, selv i en travel hverdag. I tillegg skal man ved første besøk kartlegge psykisk sykehistorie. Videre står det i NICE-guidelines at man ved behov kan gå videre med spørreskjemaer som HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), MADRS (Montgomery and Asbergs Depression and Rating Scale) eller EPDS. Det er viktig å være klar over at EPDS ikke brukes til å stille diagnose. Det er et screeningsverktøy og kan være til hjelp hvis man vil kartlegge kvinnens depressive symptomer. Den brukes på noen helsestasjoner i Norge, men rutinemessig bruk er foreløpig kontroversiell da nytten av å bruke et slikt screeningsverktøy i klinisk arbeid er omdiskutert.

REFERANSER

1. Nettside: <http://www.nice.org.uk>
2. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet 2007
3. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 2004 Jul-Aug; 26(4): 289-95

 nilam.shakeel@medisin.uio.no

Screening kan redusere barseldepresjon – men myndighetene takker nei

■ TOM SUNDAR *kommunelege Rendalen og medredaktør Utposten*

Screening kombinert med oppfølging gir færre kvinner med barseldepresjon 4–6 måneder etter fødsel, viser en systematisk oversikt fra Kunnskapscenteret. Men helsemyndighetenes Prioriteringsråd vil ikke ha denne screeningtypen i Norge.

10–16 prosent av de rundt 62000 kvinnene som føder i Norge hvert år har symptomer på depresjon i barseltiden. Depresjon hos mor under svangerskapet eller i barseltiden kan ha langvarige negative konsekvenser for barnets utvikling.

Internasjonal forskning viser at systematisk screening med oppfølging for barseldepresjon til en viss grad kan redusere forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner. Det meste brukte screeningverktøyet heter Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Effekt av screening

En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viser at

screening vil fange opp over 90 prosent av kvinnene som er deprimert og at 80 prosent av de som ikke er deprimert vil bli korrekt identifisert (1).

Oppsummeringen viser at screening etter fødsel kombinert med ulike oppfølgingstiltak reduserer forekomsten av depressive symptomer blant barselkvinner fra 10 til seks prosent ved fire til seks måneder etter fødsel.

På den annen side vil slik screening feilidentifisere 20 prosent av de friske kvinnene som mulig depressive. Dette er et betydelig antall falskt positive tilfeller, ifølge forskningsleder ved Kunnskapscenteret, Liv Merete Reinar.

Prioriteringsrådet sier nei

Hva er så mest hensiktsmessig for å fange opp barseldepresjoner: systematisk screening av alle eller en kartlegging i konkrete tilfeller, der helsepersonell har en mistanke om at kvinnen har forhøyet risiko for depresjon? Problemstillingen ble nylig drøftet av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet er kjent med at mange kommuner systematisk screener for å finne barselkvinner som har depressive symptomer. Imidlertid uttaler rådet: «Screening for barseldepresjoner med EPDS oppfyller ikke WHO's kriterier for når det bør gjennomføres en screening. Nasjonalt råd anbefaler at screening for barseldepresjon ikke innføres som nasjonalt tilbud på det nåværende tidspunkt.»

REFERANSE

1. Larun, L. Fønhus MS, Håvelsrud K, Brurberg KG, Reinar LM. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. (Rapport no. 1–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Bivirkninger ved bruk av anabole androgene

■ EGIL HAUG *Professor emeritus, Hormonlaboratoriet, Aker, OUS HF*

Hva er anabole androgene steroider (AAS)?

Androgener er navnet på kroppens mannlige kjønnshormoner. Kroppens viktigste androgen er testosteron. Anabole steroider er syntetisk fremstilte stoffer med den samme kjemiske grunnstrukturen (steroid-struktur) som testosteron. De binder til androgen-reseptorer og har de samme biologiske virkningene som androgenene. Anbole steroider og androgener kalles med et felles navn for *anabole androgene steroider* (AAS).

Testosterons fysiologiske virkninger

Androgener virker på de fleste av kroppens vev. Det er vanlig å skille mellom androgene og anabole virkninger. De *androgene virkningene* kommer til uttrykk hos gutter i puberteten hvor den kraftige økningen i produksjonen av testosteron stimulerer vekst og differensiering av kjønnsorganene og utvikling av de mannlige kjønnskarakterene som skjeggvekst, kroppsbehaar, stemmeskifte og kjønnsdrift. De *anabole virkningene* skyldes at testosteron stimulerer proteinsyntesen, blant annet i muskulaturen. Det viser seg også i puberteten hvor muskelmasse og muskelstyrke øker kraftig.

Dopinghistorie

Testosteron og anabole steroider ble først fremstilt syntetisk i Tyskland på midten av 1930-tallet. Under andre verdenskrig ble testosteron gitt til tyske soldater for å øke deres aggresjon og utholdenhet. AAS tatt i bruk i vektløfting tidlig på 1950-tallet. Det førte til store prestasjonsforbedringer, og gjorde at bruken av AAS økt raskt innen idretten. I kommunistlandene, og spesielt i Øst-Tyskland, foregikk det statskontrollert doping i over 30 år. Det var trolig den viktigste årsaken til det «øst-tyske idrettseventyret».

Begrepet doping stammer fra det sør-afrikanske ordet *doop*, som var navnet på et stimulerende plante-ekstrakt. Det ble brukt av Zulu-krigere for å øke utholdenheten i krigssituasjoner og utmattende religiøse seremonier. Boerne brakte ordet til Europa, og «dope» ble første gang brukt i en offisielle engelsk ordbok i 1889.

Hva vet vi om bruken av AAS i Norge?

Norge har et godt organisert antidopingarbeid innen den organiserte idretten, og det er liten bruk av AAS blant idrettsutøvere. Spørreundersøkelser gjort i Norge de siste 20 årene tyder på at bruk av AAS er et problem utenfor idretten. Undersøkelsene viste at av ungdom i alderen 14–22 år hadde to til fire prosent forsøkt AAS (Wichstrøm og Pedersen, 2001; Pallesen et al., 2006; Barland og Tangen, 2009). Kjønnfordelingen gutter/jenter var 2–4/1. Undersøkelsene viste at de som hadde forsøkt AAS, oftere enn jevnaldrende hadde brukt narkotiske stoffer, og at de oftere hadde vært voldelige mot andre. Spørreundersøkelsene gir ikke opplysninger om hvor mange som ble langtidsbrukere.

Hvorfor begynner ungdom med AAS, og hvordan brukes AAS?

Ungdom som begynner med AAS har gjerne lav selvtillit og et dårlig kroppsbylde. De kommer ofte fra familier med redusert voksenkontakt/kontroll, og begynner å trene for å få bedre selvtillit og «for å bli sett». Mange kommer i kontakt med kroppsbyggermiljøer, og de har lav terskel for å prøve AAS. Målet blir å skape en «stor og flott kropp», fordi det gir oppmerksomhet og demonstrerer målrettet innsats. Tall fra Sverige viser at 80 prosent av AAS-brukerne startet å bruke AAS før 22 års alder. Det økte kroppsfokus i samfunnet de siste 20–30 årene, som definerer en muskuløs kropp som det store ideet, er en annen årsak til at ungdom begynner med AAS (Moberg



steroider



og Hermansson, 2006; Barland og Tangen, 2009).

Når en frisk person begynner å bruke AAS, fører det til at gonadenes produksjon av kjønnshormoner reduseres i takt med økningen i AAS-dosene, fordi hypofysens produksjon av LH og FSH supprimeres. For å oppnå kroppsbyggende effekt, må AAS-dosene derfor være høyere enn gonadenes normale produksjon av androgener (*suprafysiologiske doser*).

AAS brukes enten som kurer eller kontinuerlig. Kurene varer vanligvis 6–12 uker med tilsvarende pauser mellom kurene. Det er vanlig å kombinere flere ulike AAS-preparater (stacking), ofte både tabletter og injeksjonspreparater. Preparatene tas gjerne i form av pyramide-dosering. Det vil si at man starter med en relativt lav dose, som gradvis trappes opp. De høyeste dosene tas så i noen uker, og så trappes dosene gradvis ned. Vanlige kroppsbyggerdoser er 10–100 ganger høyere enn medisinske behandlingsdoser. Ved kontinuerlig bruk er AAS-dosene gjerne noe lavere enn ved pyramide-dosering. Kontinuerlig bruk er vanligst hos de som har brukt AAS i lengre tid.

Bivirkninger ved bruk av AAS

Det er godt dokumentert at AAS-bruk kan føre til alvorlige bivirkninger. Risikoen for å få bivirkninger vil generelt avhenge av hvilke AAS-preparater som brukes, størelsen på dosene og brukstiden. Det er store individuelle forskjeller når det gjelder utvikling av bivirkninger.

Fysiske bivirkninger

De suprafysiologiske AAS-dosene fører til suppresjon av LH- og FSH-sekresjonen. Det resulterer i nedsatt gonadefunksjon hos både menn og kvinner.

Hos menn fører AAS-bruk til nedsatt produksjon av spermier og redusert fertilitet. Reduksjonen i spermieproduksjonen fører til at testiklene avtar i størrelse. Testosteron omdannes (aromatiseres) normalt til østradiol i lever og andre vev, og det utgjør 80–90 prosent av østradiolproduksjonen. Bruk av tes-

tosteron i suprafysiologiske doser øker aromatiseringen til østradiol i takt med dosene. Den økte østradiolproduksjonen stimulerer brystkjertelens vekst og fører til gynekomasti, omtalt av brukerne som testoknotter og «bitch-tits». Endel anabole steroider aromatiseres også til steroider med østrogen virkning, men andre anabole steroider har en kjemisk struktur som gjør at de ikke aromatiseres. AAS-bruk stimulerer veksten av prostata og kan føre til prostatahypertrofi og problemer med vannlatningen. Disse endringene normaliseres ikke når AAS-bruken opphører.

Hos kvinner resulterer AAS-bruk i oligo/amenore og redusert fertilitet. De høye konsentrasjonene av AAS i blodet fører også til at kvinnelige brukere maskuliniseres. De utvikler skjeggvekst, får økt kroppsbehairing, maskulint hårtap, klitorisforstørrelse og redusert bryststørrelse. De kan også gjennomgå stemmeskifte, slik at stemmen blir dypere og mer maskulin. Disse forandringene forsvinner ikke, selv om AAS-bruken er slutt.

Både menn og kvinner får *hudforandringer*. Vanligst er økt forekomst av akner, spesielt på overkroppen og i ansiktet. AAS stimulerer talgsekresjonen kraftig. Det fører til at talgkjertelens utførselsganger ofte tilstoppes, og det øker risikoen for betennelse i talgkjertlene med utvikling av akner som resultat. Hud blir fetere, tykkere og mer rynkete. Strekkskader i huden (striae), spesielt på overarmene, brystet og lårene er vanlig. Det skyldes økningen i musklens størrelse og redusert elastisitet i huden.

Lengre tids AAS-bruk øker risikoen for *kardiovaskulære bivirkninger*. Bruk av AAS fører til reduksjon i HDL- og økning i LDL-kolesterol, som begge øker risikoen for koronarsykdom (Halvorsen et al., 2004). Endringene skjer raskt, gjerne i løpet av en ukes tid. De er reversible, og normaliseres i løpet av tre til fem uker etter avsluttet bruk. De AAS-utløste endringene i HDL- og LDL-kolesterol øker

risikoen for koronarsykdom tre til seks ganger. AAS-bruk fører også til væskeretensjon, høyt blodtrykk, hjertehypertrofi med redusert pumpefunksjon og økt risiko for trombo/emboliske hendelser. Hjerteinfarkt er rapportert hos AAS-brukere helt ned i 20–30 års alder. AAS stimulerer produksjon av erytrocytter, og polycytemi forekommer relativt ofte hos AAS-brukere.

AAS har toksisk virkning på *leveren*. Skadene blir størst når AAS tas peroralt, fordi konsentrasjonen i leveren da blir mye høyere enn når AAS tas intramuskulært. Toksisiteten fører til celledød og lekkasje av leverenzymmer til blodet. Forhøyede konsentrasjoner i blodet av leverenzymmer, spesielt ASAT, er et vanlig funn ved AAS-bruk. Leversvikt, blodcyster i lever og leverkreft er rapportert.

AAS-bruk kombinert med hard fysisk trening fører til rask og sterk økning i muskelstyrke. Det øker risikoen for sene- og muskelrupturer ved styrketrening. Det er også økt forekomst av kramper.

Psykiske bivirkninger

Nerveceller i mange områder i hjernen har androgen-reseptorer, og påvirkes av androgener. Det gjelder blant annet «*hjernens belønningssenter*», som er et nettverk av nervoceller som strekker seg fra hjernestammen til frontallappen. AAS stimulerer belønningssenteret, og AAS-brukerne opplever et sterkt velbefinnende under en kur. Virkningen på «belønningssenteret» forklarer trolig også hvorfor AAS-brukere får sterkere rusopplevelse ved bruk av narkotiske stoffer. Spørreundersøkelser har vist at 50–60 prosent av AAS-brukerne også har brukt/bruker narkotiske stoffer (Wichstrøm og Pedersen, 2001; Moberg og Hermansson, 2006).

Brukernes psykiske tilstand varierer gjennom en AAS-kur. I starten av kuren, når do-

sene trappes opp (FASE 1), føler brukerne oppstemthet, økt seksuallyst, redusert tretthet, økt selvtillit med en følelse av «å være uovervinnelige og usårbare». På toppen av kuren (FASE 2) vil ofte den psykiske tilstanden endre seg. Brukerne blir kranglete, mistenksomme, de kan få store humørsvingninger og redusert impuls kontroll. Det kan lett føre til aggressivitet og voldsbruk, som særlig rammer brukernes «nærstående». Når kuren trappes ned (FASE 3) og i pausen mellom kurene, opplever mange søvnløshet, tiltaksløshet, konsentrasjonsproblemer, redusert seksuallyst, og depresjon. Brukerne har derfor et intenst ønske om å gjenoppleve det velbefinnende de følte under kuren, og det gjør det vanskelig å slutte med AAS.

Spørsmålet om en mulig årsakssammenheng mellom AAS-bruk og vold har vært diskutert lenge, bl.a. i forbindelse med spørsmålet om AAS-bruk skal forbys i Norge. Det er ikke vitenskapelig dokumentert at en årsakssammenheng eksisterer, fordi det er uetisk å gjøre kontrollerte kliniske studier med AAS i dopingdoser. Erfaringene fra brukermiljøene taler imidlertid sterkt for at en slik årsakssammenheng eksisterer (Haug, Mørland og Olaisen, 2004).

Alvorlige psykiatriske sykdommer, hovedsakelig i form av depresjoner med suicidale tanker, er vel kjent. Det er også AAS-brukere som blir psykotiske med paranoide vrangforestillinger, mens andre rammes av panikkangst. Dette gjør brukernes handlinger svært uforutsigbare og øker risikoen for voldsbruk.

Sosiale konsekvenser

For en del AAS-brukere blir «mat, trening og dop» en besettelse, som dominerer livene deres fullstendig («kropp-prosjektet»). Det fører til nedprioritering av relasjonene til familie og venner, og fører over tid til sosial isolasjon og sosiofobi. Brukernes psykiske labilitet, uforutsigbarhet og lave terskel for voldsbruk bidrar også til isolasjonen, fordi familie og venner etter hvert trekker seg tilbake. En del brukere havner også i kriminelle miljøer. Dopingmidlene kjøpes illegalt, koster mye og finansieres ofte av brukere ved kriminelle handlinger.

Hva kan tyde på at ungdom har begynt å bruke AAS?

Stor vektøkning på kort tid kombinert med økt trening og sterkt fokus på kosthold, spesielt på inntak av proteiner, er faresignaler med tanke på bruk av AAS. Det samme er økende forekomst av akner og muskel- og seneskarer. Psykiske endringer med raske og store humørsvingninger og økt aggresjonsnivå kan også være varselssignaler om AAS-bruk.

Aktuelle laboratorieanalyser

Ved mistanke om AAS-bruk bør disse blodprøvene rekvireres: Konsentrasjonen av LH (luteiniserende hormon) og FSH (follikkelstimulerende hormon) er lav, ofte ikke målbar. Konsentrasjonen av testosteron og østradiol er forhøyet ved bruk av testosteron og nedsatt ved bruk av anabole steroider. Konsentrasjonen av SHBG (seksualhormonbindende globulin) synker ved bruk av AAS. Ved sterkt fall i SHBG må man regne ut FTI (fri testosteron indeks = testosteron x 10/SHBG) for å få et pålitelig uttrykk for konsentrasjonen av fritt, biologisk aktivt testosteron (ref. omr. menn 15–40 år: 1,5–14,7). Det er også nyttig å måle: Leverenzymen, spesielt ASAT, som øker ved AAS-bruk. Konsentrasjonen av HDL-kolesterol synker, mens hgb.-konsentrasjonen øker.

Aktuelle informasjons- og støttetjenester

- Dopingtelefonen er en åpen og anonym informasjonstjeneste hvor man kan henvende seg med spørsmål knyttet til bruk av dopingmidler.

WEB: WWW.DOPINGTELEFONEN.NO
KONTAKT-TLF. 800 50 200

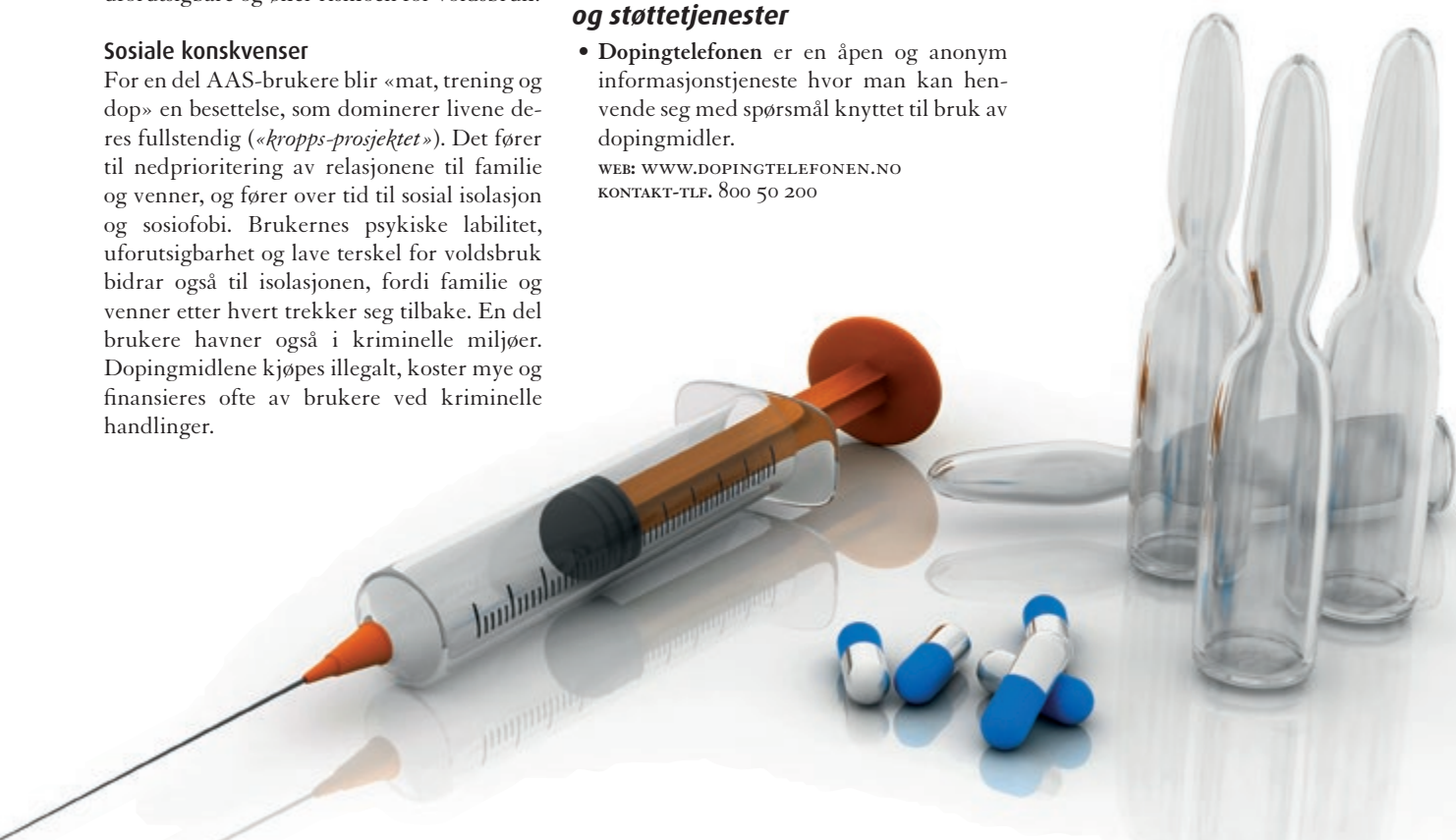
- Norges Laboratorium for Dopinganalyse utfører primært dopinganalyser for idretten. Laboratoriet har stor kompetanse når det gjelder identifikasjon av ukjente dopingpreparater. Laboratoriet kan også kontaktes dersom det er medisinsk viktig å undersøke om en pasient bruker dopingpreparater.

WEB: DOPINGANALYSE@H-LAB.NO
KONTAKT-TLF. 22 89 40 05

LITTERATUR

- Barland, B. & Tangen, J. O. (2009). *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner*. Oslo: Politihøgskolen, PHS Forskning 2009: 3.
- Halvorsen, S., Thorsby, P. M. & Haug, E. (2004). *Akutt hjerteinfarkt hos ung mann som brukte androgene anabole steroider*. Tidsskr. Nor. Legeforen, 124: 170–172.
- Haug, E., Mørland, J. & Olaisen, B. (2004). *Anabole androgene steroider (AAS) og vold*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (rapport 4).
- Moberg, T. & Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod og morske man. Anabola androgena steroider – medisinsk, rettslig og sosialt*. Göteborg: Mediahuset.
- Pallesen, S. et al. (2006). *Anabolic Steroid Use in High School Students*. Substance Use and Misuse, 41: 1705–1717.
- Vanberg, P. & Atar, D. (2010). *Androgenic Anabolic Steroid Abuse and the Cardiovascular System*. Doping in Sports, editors Detlef Thieme and Peter Hemmersbach, 411–457.
- Wichstrøm, L. & Pedersen, W. (2001). *Use of anabolic-androgenic steroids in adolescence: winning, looking good or being bad?* Journal of Studies on Alcohol, 62: 5–13.

gil.haug@vikenfiber.no



Lokalt fastlegeinitiativ godt mottatt

■ MARIT VIDRINGSTAD *Allmed legesenter i Hammerfest*

Fastleger i Hammerfest satte bruk av anabole steroider på dagsorden i hjemkommunen. Om de får treningsentrene med på laget gjenstår å se.

BAKGRUNN: Hammerfest er en by i Vest-Finnmark med 10 100 innbyggere. Byen ligger på 70 grader nord og er en av verdens nordligste. Viktigste næringer er fiskeri og petroleumsindustri. En by i sterk vekst. Hammerfest har p.t. 13 fastlegehjemler.

Våren 2012 var representanter for det lokale politidistriktet invitert til legesenteret hvor jeg jobber, Allmed

Legene ved Allmed legesenter i Hammerfest var usikre på i hvilken grad det ble drevet aktivt antidopingarbeid ved treningsentrene i kommunen og ble enige med politiet om et felles initiativ.

Legesenter, i Hammerfest. Anledningen var det månedlige fagmøtet for leger og hjelpepersonell. Vi ønsket nærmere informasjon om hvordan politiet mente 'ståa' var i lokal-

samfunnet vårt når det gjaldt rusproblematikk, herunder også medikamentmisbruk.

Under dette møtet tok vi opp vår bekymring omkring bruk av anabole androgene steroider (AAS). Vi hadde over lang tid sett med bekymring på denne bruken blant ungdom/unge voksne i kommunen.

Den siste folkehelseprofilen for vår kommune indikerte tydelig at vi har flere pasienter som medisineres mot psykiske lidelser, enn landsgjennomsnittet. Det var ikke det at vi nødvendigvis mistenkte at brukere av AAS var overrepresenterte i Hammerfest, men vi hadde, og har, en klar følelse av at bruken, enten alene eller sammen med (il-)legale rusmidler, dessverre ofte fører til økt aggresjonsnivå med påfølgende grove voldsepisoder, psykisk sykdom som angst, depresjon og i verste fall psykoser. De samfunnsmessige konsekvensene er trolig betydelige. I tillegg kommer selvsagt lista over



de kroppslige bivirkningene, mange av dem særs alvorlige.

Vi ga også tilbakemelding om at vi syntes å se en påfallende sammenheng mellom bruk av AAS og misbruk av (il-)legale rusmidler, og kriminell adferd. Vi frykter at disse miljøene kan virke rekrutterende på hverandre. Det har hele tiden vært vårt inntrykk at brukerne av AAS i utstrakt grad trener på treningsstudioer framfor i mer organiserte idrettslag.

Alt i alt var vi usikre på i hvilken grad det ble drevet aktivt antidopingarbeid ved treningssentrene i kommunen. Vi ble enige med politiet om et felles initiativ.

Det finnes i dag ingen hjemmel for å kreve dopingtester av medlemmer på treningssentre. Likevel kan man ved et treningssenter velge å ha en antidoping-policy som sier at man må slutte opp om senterets policy for å kunne bli medlem. I praksis vil dette si at man ved kontraktsinngåelse må samtykke til å la seg bli testet. Om eller når dagen kommer, kan man selvsagt nekte å la seg teste, men man må da også regne med å måtte avbryte medlemskapet.

Antidoping Norge (ADN) har nylig utviklet antidopingprogrammet «Rent Senter». Programmet har en årlig kostnad på 5500,- for treningssentrene som benytter seg av tilbudet.

Vi ønsket å se en tydeligere holdning – Nei til doping.

Det ble derfor skrevet en oppfordring til de to lokale treningssentrene hvor hovedbudskapet var: Inngå samarbeid med Antidoping Norge, ha et økt fokus på forebyggende arbeid og fortsett jobben med å formidle kunnskap om hvordan man får til best effekt av treningen gjennom riktig trening og riktig kosthold. Vurder kunnskapskampanjer om

doping! Oppfordringen var signert av samtlige fastleger, samt kommuneoverlegen.

Oppfordringen ble også publisert på Facebook-siden til Vest-Finnmark Politidistrikt, med stor og positiv respons.

Lokalavisa Finnmark Dagblad laget reportasje hvor en tidligere bruker fortalte sin historie, og hvor stasjonssjefen ved politikammeret uttrykte sin medbekymring.

I forlengelsen av dette ble undertegnede invitert til ungdomsklubben Bootleg, som ønsket å arrangere temakveld om AAS. Det ble holdt foredrag fra en leges perspektiv, og en tidligere bruker, nå med-driver på ett av treningssentrene, fortalte om sine erfaringer med bruk av anabole steroider. Disse erfaringene lå tilbake i tid, men gjorde inntrykk på tilhørerne, og hans historie endte som første-sideoppslag i lokalavisa.

Underveis var det nokså stille fra daglige ledere av de to treningssentrene. Den ene uttalte til lokalavisa:

«Vi synes det er flott at fastlegene har fokus på dette. Likevel opplever vi ikke dette som et stort problem hos oss, selv om vi har bortvist en person der vi hadde mistanke om bruk av anabole steroider».

Den andre uttalte at bruk av anabole steroider heller ikke var et problem hos ham.

«– Mine medlemmer vet hva min holdning til dette er. Jeg er sterkt imot bruk av dopingmidler. Det ødelegger helsen. Jeg har aldri merket at noen har brukt anabole steroider på gymmet mitt, selv om jeg dessverre ikke kan utelukke det helt.»

Førstnevnte daglige leder svarer i en e-post til undertegnede at styret skal se på mulighetene for et samarbeid med Antidoping Norge, men at kostnadene dersom ADN skal gjennomføre dopingtester på deres medlemmer


vil bli uforholdsmessig høye. De er bedt om å kontakte kommunen, som satser sterkt på folkehelse, for å se om det er mulig å søke tilskudd til dette. Sistnevnte daglige leder svarte aldri legene direkte på oppfordringene, heller ikke ved gjentatte kontakter fra oss.

Temaet anabole steroider synes å være ømtålig. Det er ikke det største helsemessige problemet, hverken lokalt eller nasjonalt. Det er likevel vårt klare inntrykk at det er et viktig problem å ta tak i, både for å forebygge alvorlige helsemessige konsekvenser for den enkelte, men også for å forebygge rusmisbruk og kriminalitet i kommunen.

Det synes viktig å ta fatt i førstegangsbrukere, men også å tørre å vise en tydelig «Nei til doping»-holdning mot de få personene som bruker anabole steroider som et virkemiddel i 'profesjonell kroppsbygging' eller fitness-karriere.

Det er vanskelig å danne en felles front mot et problem som langt på vei bestrides fra treningssentrene. De ytrer ønske om å drive holdningsskapende arbeid mot et problem de langt på vei bestrider faktisk er et problem hos dem. Det er forvirrende. I mellomtida fortsetter vi å treffe disse pasientene til konsultasjoner: rus, depresjoner, infeksjoner, forhøyede leverparametre, gynekomasti, akne, voldsepisoder, arbeidskonflikter, problemer med politiet og med medikamenter.

Vi satte en sak på dagsorden. Vi fikk til sammen tre store oppslag i lokalavisa og positive tilbakemeldinger fra befolkningen. Vi håper å etterhvert få treningssentrene med på laget.

 marit.vidringsstad@hotmail.com



Forfatterne etterlyser virkemidler for å gjøre bruk av pasienterfaringer til forbedring av virksomheten på allmennelegkontoret. I denne artikkelen presenterer de MiniPEP – et enkelt spørreskjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis. Målet er å utvikle en metode med høy relevans og lav gjennomføringstærskel.

RED. ANM.

MiniPEP

■ **KIRSTI MALTERUD** • Allmennelegmedisinsk forskningsenhet i Bergen, tidligere fastlege ved Fjellsiden legesenter, Bergen
INGER LYGSTAD • fastlege ved Ringerike Medisinske Senter, Hønefoss

Brukerundersøkelser og måling av pasienttilfredshet er et utslag av økt vektlegging av mål- og resultatstyring i helsetjenesten, hvor forholdet mellom pasient og behandler i økende grad forstås som en relasjon mellom kunde og tjenesteyter (1). Forskrift om internkontroll pålegger helsetjenestevirksomheter å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten (2). Likevel gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser bare hos et fåtall av norske fastleger (3). Det er utviklet en rekke verktøy for innsamling av brukererfaringer i helsetjenesten, men de fleste av disse er bedre tilpasset forholdene i sykehus enn i primærhelsetjenesten og er sjeldent utviklet med sikte på å skaffe data som kan danne grunnlag for lokal kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret gjorde i 2009 en gjennomgang av validerte måleinstrumenter som måler pasient- og /eller pårørende erfaringer med allmennleger (4). 15 validerte måleinstrumenter ble identifisert, men seks av disse ble ikke funnet relevante for formålet. To av de ni gjenværende instrumentene, *The patient experience questionnaire (peq)* og EUROPEP, har vært brukt i Norge (5–7).

Brukerundersøkelser som kunnskapskilde for lokal kvalitetsforbedring

Som fastleger ved Fjellsiden legesenter i Bergen og Ringerike Medisinske Senter har vi



vært opptatt av lokal kvalitetsforbedring, blant annet med brukerundersøkelser på allmennelegkontoret (7–8). Erfaringer fra Fjellsiden legesenter med tre ulike metoder er tidligere presentert:

- 1) *PEQ* (2005)
- 2) *tre åpne spørsmål* med kvalitativ bearbeiding (2006)
- 3) *spørreskjema om tilgjengelighet* (2008) (9).

Ringerike Medisinske Senter gjennomførte høsten 2007 en brukerundersøkelse med *NorPEP*, en norsk bearbeiding av spørreskjemaet EUROPEP (7, 10). 557 pasienter (62 prosent) besvarte spørreskjemaet. På linje med danske kolleger opplevde legene denne formen for brukerundersøkelse som faglig inspirerende og nyttig (11).

Vi har erfart hvordan ulike metoder for

RAMME 1

EUROPEP 2006 – SF 10

What is your assessment of the general practitioner over the last 12 months with respect to:

4. Involving you in decisions about your medical care
8. Helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities
14. Helping you deal with emotions related to your health status
15. Helping understand why it is important to follow the GPs advice

16. Knowing what has been done or told during previous contacts in the practice

17. Preparing you for what to expect from specialists, hospital care or other care providers

What is your assessment of the general practice over the last 12 months with respect to:

19. Getting an appointment to suit you?
20. Getting through to the practice on telephone?
21. Being able to talk to the general practitioner on the telephone
22. Waiting time in the waiting room?

NEW TIME FOR QUALITY OF CARE RESEARCH

EUROPEP 2006

Revised Europep instrument and user manual

Michel Wensing (co-ordinator)

Contributors:

Richard Baker, Peter Vedsted, Hanne Heje, Anja Klengenborg, Bjørn Broge, Janko Kersnik, Luc Seuntjens, Beat Kunzi, Maria Milano, Ernesto Mota, Glyn Elwyn, Richard Grof

UMC St Radboud

– brukerundersøkelse som metode for praktisk kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret



Hvordan skape et bedre legekontor? Fjellsiden legesenter i Bergen og Ringerike Medisinske Senter i Hønefoss har prøvd ut Mini-PEP, en brukerundersøkelse for allmennpraksis. Disse pasientskjemaene ble resultatvurdert med sikte på lokal kvalitetsforbedring. FOTO K. MALTERUD OG I. LYNGSTAD

brukerundersøkelser i vekslende grad leverer konkrete bidrag til lokal kvalitetsforbedring (9). Vi har også sett at instrumenter utviklet for bruk i forskning eller for ekstern styring og kontroll kan være ressurs- og kompetansekrevene. Vi mente derfor det var behov for utprøving av virkemidler der pasienterfaringer kunne utnyttes som kunnskapskilde for kvalitetsarbeid på allmennlegekontoret. Sammen ønsket vi å utvikle en metode med høy relevans og lav gjennomføringsterskel. I denne artikkelen presenterer vi erfaringer og resultater fra utvikling, utprøving og evaluering av *Mini-PEP* – et enkelt spørreskjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis.

MiniPEP – et enkelt spørreskjema for allmennpraksis

Vi tok utgangspunkt i *EUROPEP*, et spørreskjema for brukerundersøkelser som har vært

utprøvd i 15 europeiske land (7, 10–11). Skjemmet omfatter 23 spørsmål om pasientens erfaringer med sin fastlege siste år innen fem ulike områder:

- 1) lege-pasient-forholdet
- 2) legens faglighet
- 3) informasjon/support
- 4) kontinuitet/samhandling
- 5) organisasjon/tilgjengelighet.

For disse temaene regnes pasientvurdering som en god kunnskapskilde (12).

Vi ønsket å utvikle et instrument som bygget på validert metodikk, men med mer begrenset omfang enn europep slik at skjemmet ville kreve mindre tid og innsats ved utfylling og bearbeiding. Vi vurderte først om vi kunne bruke *EUROPEP* 2006 SF10, en forkortet versjon av *EUROPEP* med ti spørsmål (13) (SE RAMME 1), men besluttet å begrense omfanget av skjemmet til en A4-side med maksimalt seks enkle avkryssings spørsmål. Deret-

ILLUSTRASJONS FOTO: COLOURBOX



Fjellsiden legesenter 2010

HVA MENER DU OM FASTLEGEN OG LEGESENTERET DITT?

Vi mener at pasienten er en viktig deltaker i helsetjenesten.

Vi forsøker å ta hensyn til dine synspunkter slik at vi kan forbedre kvaliteten på helsetjenesten.

Derfor ber vi deg svare på noen spørsmål. Sett kryss for hvert spørsmål i de rutene som passer best.

Skriv gjerne kommentarer på baksiden av arket. TAKK FOR HJELPEN!

Hva er mitt syn på min fastlege og på legesenteret de siste 12 måneder, når det gjelder ...	Svært misfornøyd				Svært fornøyd	Passer ikke
å ta meg med på avgjørelser om hva som skulle gjøres av medisinske tiltak?						
å fortelle meg hva jeg ønsker å vite om mine plager eller min sykdom?						
hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)?						
å få time på et tidspunkt som passer for meg?						
å komme gjennom til legesenteret på telefon?						
ventetid på venterommet?						

RAMME 2. MiniPEP – Spørreskjema med introduksjon og spørsmål.

ter gjorde vi et utvalg fra EUROPEP med prioritet til spørsmål med god psykometrisk skåre (6, 13). Spørsmål om både praksisorganisering og personorienterte erfaringer ble tatt med (12). Muligheten for å lykkes med kvalitetsarbeid i allmennpraksis øker når det blir tatt hensyn til forutsetninger for effektivt teamarbeid, som aktiv ledelse og tverrfaglig deltakelse (14–15). For å øke bevisstgjøringen om flerfaglig samarbeid i lokalt kvalitetsarbeid inkluderte vi derfor også det eneste spørsmålet i EUROPEP som fokuserer direkte på legesenterets medarbeidere. I tillegg ga vi mulighet for fritekstkommentarer.

De seks spørsmålene som vi valgte, er vist i ramme 2 ovenfor.

Fire av disse kommer altså fra EUROPEP 2006 SF10. Vi brukte norsk oversettelse av spørsmålene fra NorPEP-skjemaet (7).

Utprøving og evaluering av MiniPEP

Utprøving av skjemaet foregikk ved Fjellsiden legesenter i desember 2010 og ved Ringerike Medisinske Senter i februar 2011. Legene delte ut skjema etter avsluttet konsultasjon, ved Fjellsiden til sammen 100 skjema, ved Ringerike Medisinske Senter 142 skjema i løpet av en avtalt periode. Skjemaet ble fylt ut på venterommet og levert i lukket boks.

I etterkant vurderte vi spesielt hvordan resultatene kunne gi konkrete innspill til lokal kvalitetsforbedring (9). Resultatene ble bearbeidet og presentert i søylediagram med prosentvis fordeling av skåre for hvert av de seks spørsmålene i MiniPEP, med sammenlikning mellom Fjellsiden legesenter og Ringerike Medisinske Senter. Skåre ble operasjonalisert fra én til fem og visualisert med fargekoder (fra dårligste til beste resultat: rød – orange – gul – lysegrønn – mørkegrønn). Evalueringen ved Fjellsiden legesenter ble gjennomført ved hjelp av *tilpasset fokusgruppemetodikk* der tre helsesekretærer og fire allmennleger under ledelse av moderator (KM) gjorde en kritisk drøfting av disse resultatene og erfaringene fra gjennomføring av brukerundersøkelsen (9, 16).

Vi fokuserte først diskusjonen på tema der Fjellsiden hadde høyest andel skår innen de to dårligste svarkategoriene én og to, nemlig telefontilgjengelighet, få time på tidspunkt som passer meg, ventetid på venterommet. For disse temaene sammenholdt vi våre resultater med Ringerike Medisinske Senter og vurderte betydningen av funnene. Evalueringdiskusjonen omfattet ressursinnsats i datainnsamling og bearbeiding, presentasjon av resultater fra pilotstudien samt drøfting av resultatenes pragmatiske validitet som kvalitetsforbedringsgrunnlag

(17). Lydopptak fra gruppeintervjuet var ikke egnet for formell kvalitativ analyse men ble transkribert og brukt som støtte for en sammenfatning som vi presenterer nedenfor. Erfaringsbaserte feltnotater fra Ringerike Medisinske Senter supplerer evalueringfunnene som presenteres i det følgende.

Hva fant vi med MiniPEP, og hva kunne vi bruke resultatene til?

Logistikken med MiniPEP ble ved begge legesentra vurdert som enkel og lite ressurskrevende, herunder produksjon av spørreskjema. Svarprosenten var henholdsvis 96 prosent (Fjellsiden) og 78 prosent (Ringerike Medisinske Senter). Diskusjonen avdekket at det kunne ha forekommet noe seleksjonsbias, selv om meningen var å dele ut skjema fortløpende. Helsesekretærenes vurdering var at innsamling av skjemaene krevde minimalt av ressurser. Bearbeiding av de utfylte skjemaene, med opptelling av resultatene og vurdering av hvilket format som egnet seg best for presentasjon av funnene, tok noe tid for kvalitetsansvarlig lege. Hadde vi hatt en standardmal med excel-makro for databehandling hadde denne fasen gått atskillig fortere.

For de fleste temaene var resultatskåre me-

get tilfredsstillende for begge legesentrene, med 82–95 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene fire og fem (FIGUR 1).

Vi konstaterte raskt at pasientene var meget godt fornøyd med hvordan legen tok dem med på avgjørelser om medisinske tiltak, hvordan legen fortalte dem om deres sykdom eller plager, og med hjelpsomheten blant medarbeiderne. Forbedringspotensialet for disse temaene var derfor begrenset. For temaene ventetid på venterommet og telefontilgjengelighet var resultatene dårligere for begge legesenter, med 45–76 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene. For disse to temaene var også andelen av aller laveste skåre (1) høyest, noe vi valgte å legge vekt på selv om den relative andelen av disse var beskjeden. På spørsmålet om å få time når det passer

pasienten, skåret Fjellsiden dårligere enn Ringerike Medisinske Senter. Vi opplevde at sammenlikningen senket terskelen for forbedringsdiskusjoner – det var lettere å ta et relativt dårlig resultat på alvor når vi hadde skåret dårligere enn de andre, samtidig som vår entusiasme for endring ble styrket av at det ikke sto så verst til hos oss tross alt.

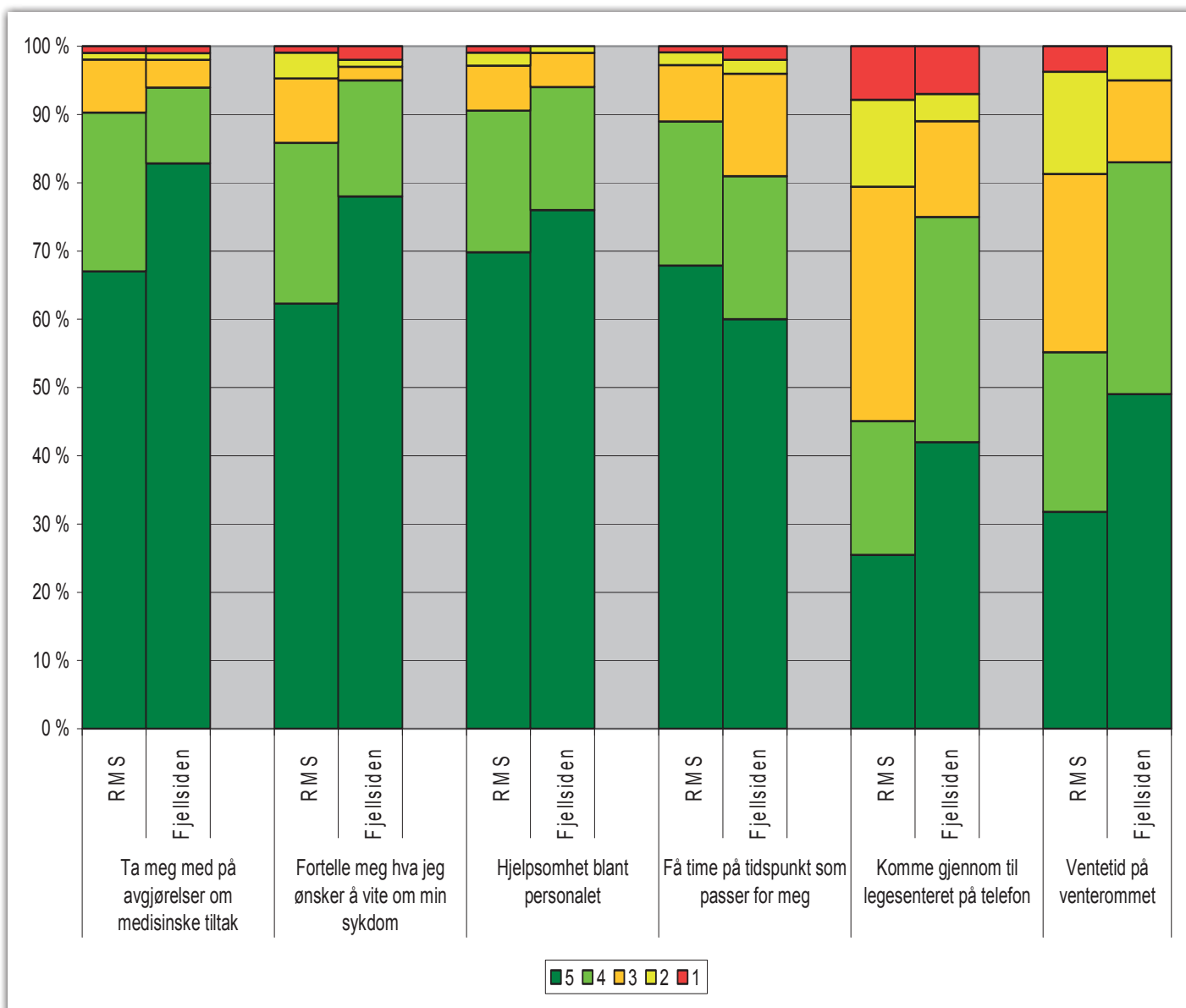
Funnene utløste en diskusjon av forholdet mellom *tilgjengelighet* og beredskap i allmennpraksis, der vi ble opptatt av at publikums forventninger om å komme til på kort varsel også måtte sammenholdes med faglige behov for prioritering av hastegrad. Ved en undersøkelse av legesenterets tilgjengelighet noen år tidligere var pasienttilfredsheten svært høy når det gjaldt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp (9). Vi drøftet om dette med å få time på

tidspunkt som passer perfekt for pasienten kunne være eksempel på en forventning som vi kanskje ikke ønsker å oppfylle fullt ut, i hvert fall når man vurderer dette opp mot alternativene for hvordan timeboka kan brukes til å gjøre faglig forsvarlige prioriteringer.

Det kom ikke overraskende for oss på Fjellsiden legesenter at ikke alle våre pasienter var tilfredse angående *ventetid på venterommet*. Vi hadde nylig gjennomført en audit der vi registrerte ventetid på venterommet for hver enkelt lege (18). Resultatene fra auditen viste at det var betydelig spredning mellom legene ved Fjellsiden legesenter, og vi hadde allerede diskutert hvorvidt og hvordan det kunne være mulig å gjøre noe med dette.

Dermed konsentrerte diskusjonen seg om temaet *telefontilgjengelighet*. Også her hadde vi tidligere registrert praksis ved Fjellsiden legesenter (9, 19) og gjentatte ganger forsøkt å

FIGUR 1. Prosentvis fordeling av skåre (1-5) på de seks forskjellige spørsmålene i MiniPEP. Resultater fra Ringerike Medisinske Senter (RMS) sammenliknet med Fjellsiden legesenter



implementere forbedringstiltak. Likevel var vi altså ikke kommet tilfredsstillende i mål. Først gjennomgikk vi mulige forbedringer som kunne følge av at vi skulle skifte ut legesenterets telefonsentral. Kanskje kunne det fungere bedre om pasienten fikk informasjon om sin plass i køen når det ble venting på telefonen. Men helsesekretærene påpekte at telefontilgjengeligheten i all hovedsak bestemmes av hvor mange som kan ta telefonen når den ringer, og hvordan telefonkontakt utad håndteres av dem som svarer. Vi visste fra tidligere at de fleste telefonene kom på mandager, og at flertallet omfattet bestilling av time, sykmelding eller faste resepter (19). Vi diskuterte derfor hvorvidt pågangen på telefon ville reduseres hvis vi introduserte teknologiske løsninger (SMS eller internett). Vi hadde hørt om ulike erfaringer hos kolleger som hadde gjennomført slike reformer, og fant ingen entydig dokumentasjon. Derfor gjorde vi en gjennomgang av rutiner og tiltak som kunne tenkes å påvirke både antall inngående telefoner og tid brukt på disse.

Diskusjonen fokuserte på *rutiner for hvordan våre pasienter får informasjon om prøvesvar*. Det viste seg at det var noe ulik praksis blant legene angående dette, men at legene ofte sendte svar til pasienter enten det var patologisk eller ikke. Likevel var helsesekretærens opplevelse at telefonhenvendelser angående prøvesvar hadde økt betydelig, kanskje som følge av at folk flest har lavere terskel for å ta en telefon enn før. Det kan også tenkes at medieomtale av at medisinsk informasjon kommer bort i posten gjør at pasientene kjenner seg usikre hvis de skal vente på et svar. Løsningen var derfor ikke å sende skriftlig svar til alle, men å utarbeide felles rutiner der pasientene kunne kjenne seg tilstrekkelig trygge på at de fikk den informasjon de skulle. Diskusjonen ble meget konkret og ledet til beslutninger om felles rutiner angående prøvesvar, dessuten hvordan telefonen best kunne bemannes på de tidspunktene der trykket er størst. Det var dessuten enighet om å gjenta en ukes registrering av telefonhenvendelser for å se om omfanget og fordelingen hadde endret seg vesentlig siden sist.

Sammenliknet med andre metoder som tidligere hadde vært forsøkt, mente Fjellsiden legesenter likevel at utbyttet i forhold til relevans var noe lavere for MiniPEP enn da vi brukte et enkelt spørreskjema med tre åpne spørsmål (Ris, Ros, Forslag til forbedringer) (9).

Nytteverdi og begrensninger av denne metoden

Vi har utviklet MiniPEP som en metode for praktisk kvalitetsforbedring, ikke som et vitenskapelig instrument. Relevans og gjen-

nomførbarhet har vært høyere prioritert enn nøyaktighet og repeterbarhet. I evalueringen vil vi likevel drøfte forhold som kan påvirke validiteten. Validitet er et kontekstavhengig begrep. Kvale skriver om *pragmatisk validitet* (17) som handler om brukbarhet i en gitt sammenheng. Her har vi valgt å legge større vekt på prosessen omkring utvikling, anvendelse og lokal nytteverdi av MiniPEP-skjemaet enn på resultatene i seg selv. Selv om spørreskjemaet er validert, er det ikke sikkert at det først og fremst er kvaliteten på legen eller legkontoret som måles, men kanskje i like stor grad egenskaper ved legens pasientpopulasjon (20–21). Derfor må resultatene tolkes med rimelig skjønn, slik at leger som tar ansvar for marginaliserte pasientgrupper ikke får dårlige karakterer for dette.

Utdeling av spørreskjema kommer som et tillegg til det som legen vanligvis gjør i konsultasjonen, og derfor kan det ubevisst eller bevisst bli utelatt. Dermed er ikke bare *svarprosenten* av betydning for vurdering av resultatene, men også *utdelingsprosenten*. Det er variasjon mellom legene – noen får delt ut skjema svært raskt, andre bruker lengre tid. Den samlede effekten av dette ble imidlertid vurdert som beskjeden. Samtidig tydeliggjorde diskusjonen omkring dette at de absolutte resultatene av en slik kartlegging trolig har mindre betydning enn prosessen der resultatene diskuteres.

Skal man sammenligne med andre og få til en *benchmarking*, er det avgjørende at prosedyren gjennomføres på sammenlignbar måte av alle deltakere. Ved undersøkelsen fra Ringerike Medisinske Senter i 2008 varierte svarprosenten fra 36 til 72 prosent blant de ni deltagende legene (7). Verdien av benchmarking mellom legene på et legesenter vil kompliseres når legene oppnår ulik svarprosent og ulikt grunnlag for evalueringen. Resultatene fra Ringerike Medisinske Senter i 2008 på spørsmålet om ventetid på venterommet viste for eksempel betydelig spredning mellom legene (22–70 prosent av svarene i de to beste svarkategoriene, mens gjennomsnittet var 48 prosent) (22). Dette viser nødvendigheten av å analysere problemet videre og muligens for hver enkelt lege. I MiniPEP-undersøkelsene sammenliknet vi imidlertid resultater fra de to legesentrene og analyserte ikke data for hver enkelt lege.

En annen form for sammenlikning som kan være nyttig i lokalt kvalitetsarbeid er å følge opp forbedringsområder over tid, slik man har gjort for telefontilgjengelighet ved Ringerike Medisinske Senter med gjentatte brukerundersøkelser (på en skala fra 1 til 5 var gjennomsnittresultatet i 2007: 2,8, i 2010: 3,7, i 2011: 3,4). For å kunne sammenlikne mellom gjentatte brukerundersøkelser må man bruke samme mål, for eksempel gjen-

nomsnittsverdien (7). Tidligere evalueringer av EUROPEP har imidlertid vist at spørsmålet om telefontilgjengelighet gir stor spredning i resultatene slik at det kreves et stort antall besvarelser for å kunne si noe sikkert om tilfredsheten (6, 23).

Ceiling-effekt er en metodisk betegnelse på et spørsmål som ikke diskriminerer godt nok fordi det store flertall av svar skåres på topp. De fire spørsmålene vi hadde hentet fra EUROPEP 2006 SF10 hadde tidligere vist tilfredsstillende nivå for ceiling-effekt (56–59 prosent) (6). Vi fikk likevel begrenset lokal forbedringseffekt ut av de beste resultatene. Dette kan bety at situasjonen er tilfredsstillende, men kan også være en indikasjon på at spørsmålene likevel ikke er tilstrekkelig robuste. For EUROPEP-skjemaet er det funnet stor spredning i ceiling-effekt både mellom de ulike spørsmålene og fra land til land (6, 23–24).

Frich påpeker at opplevd tilfredshet ikke nødvendigvis samsvarer med faglige vurderinger av kvalitet (1). Man kan for eksempel spørre seg om brukerevaluerte gjennomsnittsverdier er egnet som kvalitetsmål for vitale medisinske funksjoner, som spørsmålet fra EUROPEP om hvorvidt legesenteret yter rask hjelp i akutte situasjoner. Vår vurdering er at en eneste akutt situasjon som ikke blir håndtert riktig allerede er en for mye, og at registrering av feil og klager sannsynligvis er en bedre metode for denne delen av forbedringsarbeidet (25). Her blir det også en sveining av brukerbehov som kan representere gjensidige motsetninger, der for eksempel legesenterets utfordring kan være å øke mulighetene for å få en time som passer uten at det går ut over beredskapen ved akutte situasjoner.


Brukbarhet i praksis

Samlet vurderer vi MiniPEP som en metode med lav gjennomføringsterskel og godt potensial som kunnskapskilde for forbedringsarbeid på allmenlegekontoret. I videre utprøving anbefaler vi komparativt evaluering der denne metoden sammenliknes med enkle kvalitative strategier for brukerundersøkelser (9). Det er imidlertid ikke sikkert at den ene metoden er bedre enn den andre. En verktøykasse som har plass til flere forskjellige metoder for brukerundersøkelser vil kunne styrke legekontorenes muligheter til kritisk refleksjon over egen virksomhet.

Takk til Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og prosjektet Senter for allmenmedisinsk kvalitet (som har gitt støtte til gjennomføring av dette prosjektet), til Michael Wensing og Richard Grol (som har gitt tillatelse til at vi kaller denne metoden for MiniPEP) og til våre kolleger og medarbeidere (som har vært med på utprøvingen av MiniPEP).

REFERANSER

1. Frich JC. Pasienters erfaringer – til nytte? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 507.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
3. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fundundersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
4. Danielsen K, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Notat, november 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
5. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001; 18: 410–8.
6. Bjertnæs OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice* 2010; doi: 10.1093/fampra/cm098.
7. Lyngstad I. Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis. *Utposten* 2008; nr. 6: 27–31.
8. Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2236–8.
9. Malterud K. Brukerundersøkelser i allmennpraksis – Erfaringer med ulike metoder. *Utposten* 2012; nr. 3: 14–9.
10. Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice. The EUROPEP Instrument Nijmegen: Centre for Quality of Care Research 2000.
11. Heje HN, Vedsted P, Olesen F. General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. *BMC Fam Pract*. 2011; 12: 116.
12. Levesque J-F, Haggerty J, Beninguisse G, Burge F, Gass D, Beaulieu M-D, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Family Practice* 2012; 13: 20.
13. Wensing M, Baker R, Vedsted P, Heje H, Klingenberg A, Broge B, et al. EUROPEP 2006 – Revised Europep instrument and user manual. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2006 (www.topaseurope.eu/files/Europeppresent-202006rapport_0.pdf).
14. Pedersen OB, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1046–9.
15. Nyen B, Vege A, Udness E. Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt. Notat 2012 fra Kunnskapssenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012.
16. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
17. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1996.
18. Malterud K, Prestegaard K, Løchen E. Ventetid på venterommet – Audit for kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret. *Utposten* 2010; nr. 6: 24–7.
19. Prestegaard K, Carlsen T, Nyen B, Malterud K. Telefongjengjenglighet – Praktisk kvalitetsarbeid på fastlegekontoret. Oslo: Den norske legeförening, 2005 (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-for-ening-for-allmennmedisin/Referansegrupper/nfas-referansegruppe-for-praktisk-kvalitetsarbeid/Artikler-og-presentasjoner/telefongjengjenglighet-/>).
20. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 178.
21. Hong CS, Atlas SJ, Chang Y, Subramanian SV, Ashburner JM, Barry MJ, et al. Relationship between patient panel characteristics and primary care physician clinical performance rankings. *JAMA* 2010; 304: 1107–13.
22. Lyngstad I. Tilgjenglighet er en viktig kvalitet. *Utposten* 2012; nr. 4: 46–7.
23. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 174–80.
24. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *The European journal of general practice* 2007; 13: 92–4.
25. Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2239–41.



kirsti.malterud@isf.uib.no

Multippel kjemisk overfølsomhet – en utfordring for både pasienten og legen

■ SIRI SLÅSTAD

Overlege ved arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital. Spesialist i arbeidsmedisin og lungesykdommer

Multippel kjemisk overfølsomhet (MCS) er et symptombilde som kan være vanskelig å takle for den som rammes – og vanskelig for legen å diagnostisere. Tilstanden kan ikke påvises ved vanlige undersøkelsesmetoder, men den kan medføre invalidiserende plager for den det gjelder. Tidlig erkjennelse av MCS kan hindre utvikling til en sosialt og yrkesmessig invalidiserende tilstand.

MCS er en ervervet tilstand som vanligvis oppstår etter en episode med høy eksponering, oftest for et lukstærkt kjemikalium i arbeidsmiljøet eller i omgivelsene. Det er typisk at man ser symptomer fra flere organsystemer. Nervesystemet er nesten alltid involvert. Symptomene er reproducerbare ved gjentatt eksponering. Tilstanden kan bli kronisk, og man kan reagere ved stadig lavere nivåer av eksponering. Eksponeringsnivåene er gjerne betydelig lavere enn de nivåene man antar kan gi toksikologiske effekter. Etter hvert kan man også reagere på en rekke kjemisk ubeslektede stoffer. Fysiologiske tester vil ikke gi objektive funn, og man finner ingen organisk sykdom som kan forklare tilstanden. Diagnosen blir dermed en utelukkesdiagnose.

Kliniske trekk

MCS utvikler seg gradvis. Først ser man begynnende tegn og symptomer ved eksponering for spesifikke kjemikalier. Symptomene går over når man fjerner seg fra eksponeringen. Etter gjentatte eksponeringer kan man se en reversibel sensitivitet med sterkere tegn og symptomer, men man blir fortsatt helt eller delvis bra når man erkjenner tilstanden og unngår eksponering. Etter langvarig eksponering kan permanent MCS bli resultatet, med stadig forsterkning av symptomer og spredning av reaksjonen til å gjelde mange andre eksponeringer.

Ved en fullt utviklet kjemisk overfølsomhet kan man se en rekke ulike symptomer

som hodepine, svimmelhet, trøtthet, sykdomsfølelse, pustevansker, diaré, obstipasjon, kvalme og oppkast, brystmerter, hjertebank, hyppig vannlating, muskel- og leddsmerter, irritabilitet, og depresjon. Symptomene kan opptre under eksponering eller timer etterpå, og det kan gjerne ta dager før man er restituert.

En rekke agens involvert

En rekke kjemikalier og påvirkninger kan fremkalle tilstanden, gjerne stoffer med sterk lukt. Kjemisk overfølsomme individer kan for eksempel være personer som daglig eksponeres for kjemikalier i arbeidet eller individer som bor i nærheten av et forurenset område som avfallsplass eller depot for industriavfall.

I litteraturen finnes det ulike oppfatninger om hva denne tilstanden kommer av (1–2). Er det en organisk respons på reell eksponering eller psykologisk respons på opplevd eksponering? Fortsatt har man ingen klare svar på dette. De som hevder det er en organisk respons, antar gjerne at den er av immunologisk eller nevrologisk natur, og de antar at man ikke har god nok kjennskap til mekanismene, og dermed finnes det heller ikke relevante tester. Det forhold at mange organer er involvert og også mange ulike utløsende faktorer, gjør imidlertid at andre hevder dette er en psykologisk lidelse. De to synene vil gi et ulikt utgangspunkt for behandling. Er dette en immunologisk eller annen form for organisk reaksjon vil den logiske behandlingen være å unngå de agens som utløser reaksjonen. I og med at tilstanden gjerne omfatter stadig flere agens, kan dette imidlertid fort bli en umulig oppgave og enkelte MCS-pasienter kan bli helt invalidisert i sine forsøk på å unngå ethvert utløsende agens. Er derimot dette en psykologisk reaksjon, vil det være naturlig å forsøke å nærme seg problemet med en kognitiv eller atferdsmessig tilnærming.

Aktuell problemstilling i allmennpraksis

I Norge har vi ingen enhetlig oppfatning av hvordan disse pasientene skal håndteres, men i hovedsak heller de fleste mot å oppmuntre pasienten til å forsøke å øke toleransen for de stoffene de reagerer på og forklare dem at så langt vi vet er dette en plagsom, men ufarlig reaksjon. Tilstanden står ikke på NAVs liste over tilstander som kan godkjennes som yrkessykdom.

Mange av de pasientene som kommer til de arbeidsmedisinske avdelingene har gjerne vært plaget i flere år før de kommer til utredning, og de har ofte på forhånd blitt sendt til utallige undersøkelser uten at man har funnet noen forklaring på deres plager. Når de da får vite at dette er en tilstand som ikke kan påvises ved medisinske undersøkelser, som ikke gir rettigheter i yrkessykdomssystemet og som vi heller ikke helt vet hvordan de best skal forholde seg til, er det ikke overraskende om mange fortsetter å ha problemer. Mange er likevel lettet over endelig å ha fått satt et navn på plagene sine. Vi er av den oppfatning at mange av disse pasientene hadde klart seg bedre dersom tilstanden hadde vært erkjent på et mye tidligere tidspunkt. Muligheten for at de da hadde kunnet fortsette i jobb hadde vært større og de hadde ikke blitt så invalidisert. Vi oppfordrer derfor allmennpraktikerne til å være oppmerksomme i møte med disse pasientene og hjelpe dem til en erkjennelse av tilstanden, og gjerne henvise tidlig til arbeidsmedisinsk utredning dersom det er behov for det.

REFERANSER

1. Chris W. Mechanisms of multiple chemical sensitivity. *Toxicology Letters* 2002; 128: 85–97.
2. Spencer TR, Schur PM. The Challenge of Multiple Chemical Sensitivity. *Journal of Environmental Health* 2008; 70: 24–7.

siri.slustad@stolav.no



Screening for livmorhalskreft

– fastlegenes viktigste screening

■ SVEINUNG WERGELAND SØRBYE

• overlege, klinisk patologi,
Universitetssykehuset Nord-Norge

PEDER HALVORSEN

• fastlege i Alta kommune og forsker,
Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i
Tromsø

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

• professor ved Avdeling for helseledelse
og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Livmorhalskreft er globalt den tredje vanligste kreftform blant kvinner. Den er nr. 13 i forekomst i Norge med 295 nye tilfeller av kreft i 2009 da antall dødsfall var 73 (1). Den gresk-amerikanske legen Georgios Papanicolaou foreslo i 1928 at man kunne påvise kreftforstadier i avskrap fra livmorhalsen («Pap-smear»), og på 1950-tallet kom metoden i alminnelig bruk. I det følgende kaller vi undersøkelsen celleprøve. I 1983 påviste zur Hausen at livmorhalskreft skyldes infeksjon med humant papillomavirus (HPV). Av i alt over 200 HPV-typer antas 12–14 typer å kunne forårsake livmorhalskreft, mens andre kan gi genitale eller andre vorter (2). HPV overføres lett fra person til person ved seksuell og annen kontakt. Det antas at HPV også kan være årsak til kreft i vagina, vulva, penis, anus, munnhule og svelg. I de første årene etter seksuell debut påvises HPV i vagina hos 15–20 prosent av kvinner. Det finnes lite norske data, men man kan anta at åtte prosent er smittet av HPV i 35-årsalderen og at andelen deretter synker gradvis (2). De fleste tilfeller av HPV-smitte forsvinner etter 6–24 måneder, og sannsynligheten for å være smittet én eller flere ganger i løpet av livet antas å være minst 75 prosent (3). Rundt 10 prosent av smittetilfeller, særlig for type 16 og 18, varer i årevis og kan forårsake utvikling av *cellulær intraepitelial neoplasi* (såkalt CIN) som kan utvikle seg videre til invasiv livmorhalskreft. CIN graderes fra CIN1 til CIN3, og sistnevnte er den mest alvorlige form.

Det norske screeningprogrammet

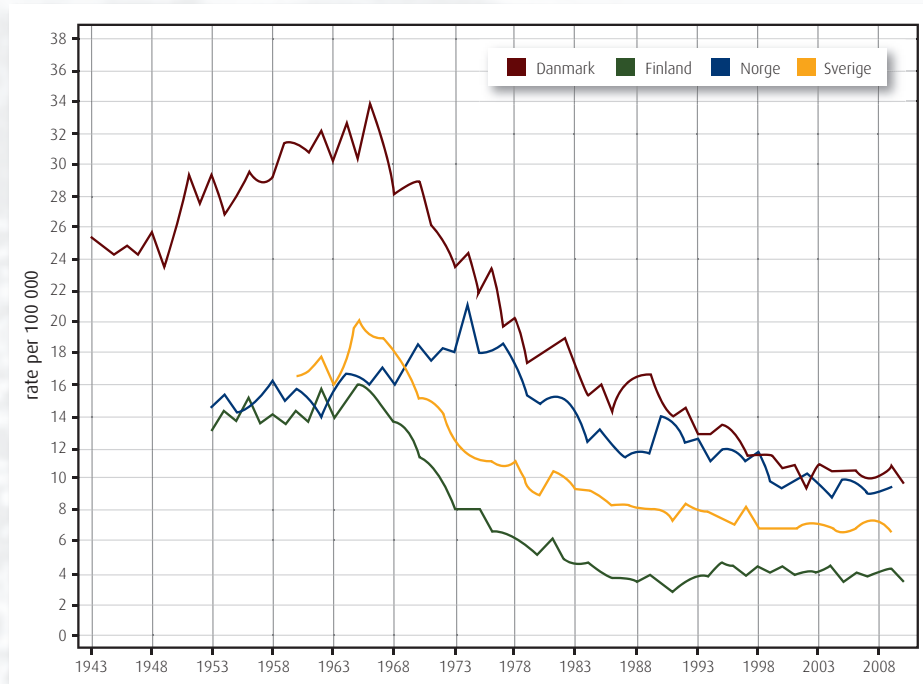
I Norge har vi et nasjonalt screeningprogram under ledelse av Kreftregisteret: Masseundersøkelsen for livmorhalskreft. Alle kvinner

Tidlig på 90-tallet møter «Eva» til screening for livmorhalskreft. Prøven viser lavgradige celleforandringer. Oppfølging i henhold til retningslinjer medfører at «Eva» de neste 18 årene får utført til sammen 16 nye celleprøver og 7 biopsier (TABELL 1). Etter innføring av HPV-testing viser celleprøven lavgradige celleforandringer og positiv HPV-test. Biopsi viser nå CIN 2, og «Eva» blir konisert. Histologisk undersøkelse av resektatet viser invasiv cervixcancer, og «Eva» blir hysterektomert.

mellom 25–69 år anbefales å ta celleprøve hvert tredje år. Årlig blir det tatt 430 000 celleprøver (4). De fleste kvinner får beskjed om at celleprøven er normal. Noen får beskjed som at det foreligger usikre eller lavgradige celleforandringer (såkalt ASC-US, LSIL) og anbefales å møte til kontroll etter 6–12 måneder. Andre får beskjed om at det foreligger høygradige celleforandringer (såkalt HSIL) som følges opp med gynekologisk undersøkelse (kolposkopi) og vevsprøve (biopsi). Dersom biopsien bekrefter høygradige celleforandringer, blir disse fjernet kirurgisk ved hjelp av konisering der en liten del av livmortappen opereres vekk.

Av alle kvinner som fikk tatt celleprøve i 2011 hadde 91,3 prosent normal celleprøve, 3,9 prosent lavgradige celleforandringer, 1,2 prosent høygradige celleforandringer og 3,4 prosent uegnet celleprøve (TABELL 1). Dette innebærer at det årlig er ca 13 000 kvinner som blir anbefalt ny prøve fordi den første var teknisk utilfredsstillende, mens ca 17 000 kvinner skal følges opp for lavgradige celleforandringer. Kreftregisteret anbefaler at disse følges opp med ny celleprøve og HPV-test etter 6–12 måneder. Ca. 11 000 av disse (60–70 prosent) får utført HPV-test mens resten enten faller ut av oppfølging eller blir fulgt opp med celle-

FIGUR 1. Aldersjustert incidens i Norden av livmorhalskreft 1953–2008.



Livmorhalskreft Screeningoppgave?

prøve alene. Blant de 11 000 som får tatt HPV-test, er det 4400 (40 prosent) som har positiv test, og disse skal henvises til kolposkopi/biopsi (5). Studier viser at ca 30 prosent av kvinner med behandlingskrevende celleforandringer har negativ biopsi ved første undersøkelse (6). Derfor anbefales at også kvinner med negativ biopsi følges opp med ny celleprøve og HPV-test etter 6–12 måneder.

Rundt 3200 kvinner får bekreftet høygradige celleforandringer ved histologisk prøve og blir behandlet med konisering (4). Dette vil i 90 prosent av tilfellene fjerne celleforandringene, men rundt 10 prosent vil få residiv eller utvikle nye celleforandringer etter konisering. Kvinner som er konisert bør dermed også følges opp. I praksis blir derfor alle de ca. 10 000 kvinnene som årlig henvises til kolposkopi/biopsi anbefalt oppfølging.

Ca 60 prosent av 25–69 år gamle kvinner følger anbefalingen om celleprøve hvert tredje år. Andel kvinner med celleprøve stiger til 75 prosent etter en påminnelse fire år etter forrige celleprøve, og til 80 prosent etter ytterligere én påminnelse etter fem år. Av kvinner med celleprøve som viser høygradige forandringer er det ca 35 prosent som ikke har fått tatt anbefalt biopsi innen 6 måneder (4). Av kvinner med lavgradige celleforandringer er det bare 60–70 prosent som får utført HPV-test slik retningslinjene anbefaler (5). Screeningprogrammet preges i det hele tatt av at celleprøver, HPV-tester, kolposkopier, biopsier og endog koniseringer enten ikke blir utført eller blir utført senere enn retningslinjene tilsier.

Den aldersjusterte forekomst (incidens) av livmorhalskreft har sunket betydelig fra 1975, og reduksjonen har fortsatt etter screening kom i organiserte former i 1995 (FIGUR 1), men har økt noe de aller seneste år. Innføringen av organisert screening i 1995 førte til færre celleprøver totalt ved at unge kvinner ikke lenger gikk til årlig celleprøve, men dekningsgraden blant de eldre økte (4).

Mange laboratorier har byttet ut vanlig konvensjonell celleprøve med utstryk på glassplate («Pap-smear») med væskebasert prøve (ThinPrep). Prøven blir tatt med spatel og børste, men i stedet for at prøvematerialet strykes ut på et glass og sprayfikseres, røres den ut i et medium slik at cellene blir bedre bevart. I laboratoriet brukes en maskin til å

OM SCREENINGPROGRAMMET	TALL	KOMMENTAR
Årlig antall celleprøver	430 000	60–80 prosent av målgruppen deltar i screeningprogrammet etter en eller flere puringer
Årlig antall prøver som må følges opp pga. lavgradige celleforandringer	17 000	Ca 4 prosent av alle celleprøver. Følges opp med ny celleprøve og HPV-test etter 6–12 mnd.
Årlig antall prøver som må følges opp pga. høygradige celleforandringer	5000	Ca 1,2 prosent av alle celleprøver. Følges opp med kolposkopi og biopsi.
Årlig antall koniseringer	3200	Ca 50 prosent utføres på kvinner under 35 år.
FORDELER		
Redusert forekomst av livmorhalskreft	300–450 tilfeller forebygges per år	Basert på statistiske modeller og insidens blant uscreenede. Randomiserte studier med dødelighet som endepunkt mangler. Av pasienter som får cervixcancer dør 30 prosent av det.
Redusert bekymring ved negativ celleprøve	387 000 kvinner per år	Ca 90 prosent av alle celleprøver. Dette er bekymring som i hvert fall delvis er skapt av screeningprogrammet.
ULEMPER		
Ubehag ved gynekologisk undersøkelse	450 000 undersøkelser	Hvor mange som uteblir fra screening av den grunn er ukjent.
Falskt positiv prøve	21 500 kvinner per år	Bekymring/angst. Ubehag ved GU.
Falskt negativ prøve	150 kvinner per år	Falsk trygghet. Hvert år utvikler 150 kvinner livmorhalskreft til tross for deltakelse i screening.
Positiv HPV-prøve uten celleforandringer	3400 kvinner per år	Usikkerhet i parforhold. Hvordan skal de informeres?
Symptomer/ubehag ved kolposkopi/biopsi/konisering	15 000 prosedyrer	Smarter, blødning, infeksjonsrisiko. Langt de fleste koniseringer er unødvendige for å forebygge kreft.
Økt risiko for sen abort og prematur fødsel hos koniserte	17 prosent hos koniserte vs. 6 prosent hos ukoniserte	Basert på en norsk studie publisert i BMJ i 2008. Langt de fleste behandles som resultat av falskt positiv prøve.

TABELL 1. Fakta om screening for cervixcancer.

høste celler fra mediet og lage et avtrykk med celler i samme plan («mono-layer»). Cellene blir enklere å vurdere. Det er mulig å redusere mengde blod og bakterier fra prøven, og det er mulig å gjøre flere undersøkelser ved hjelp av samme prøve (immunfarging, HPV-testing og andre molekylære undersøkelser). Det var forventet at antall uegnede prøver ville reduseres ved bruk av væskebasert prøve. I stedet sees en

økning. Det var også forventet høyere sensitivitet ved bruk av væskebasert prøve, men studier viser at Pap-test og væskebasert prøve har omtrent samme sensitivitet.

Det norske screeningprogrammet har én styringsgruppe og flere rådgivningsgrupper. Styringsgruppen vurderer råd fra «Rådgivningsgruppen for Masseundersøkelse mot livmorhalskreft». I tillegg finnes «Gruppe fremtid»

Desember 1993	LSIL
April 1994	LSIL
April 1994	Normal biopsi
August 1994	Normal cyt
Februar 1995	LSIL
August 1995	LSIL
August 1995	Biopsi CIN 1
November 1995	LSIL
November 1995	Normal biopsi
Mars 1996	LSIL
Juni 1996	Normal biopsi
Oktober 1996	Uegnet cyt
April 1997	Normal cyt
Juni 1999	Normal cyt
Mars 2004	ASC-US
September 2004	ASC-US
Januar 2005	LSIL
Juni 2005	ASC-H
August 2005	Biopsi CIN1
Mars 2010	ASC-H
April 2010	Normal biopsi
Desember 2010	ASC-H
Januar 2011	Normal biopsi
Juni 2011	ASC-H + HPV positiv
August 2011	Biopsi CIN2
September 2011	Konisert mSCC
November 2011	Hysterektomi CIN1

FORKORTelser: LSIL = lavgradig skvamøs intraepithelial lesjon (lettgradig celleforandringer i celleprøve), ASC-US = atypisk skvamøs celle av usikker betydning (usikker celleprøve), ASC-H = atypisk skvamøs celle kan ikke utelukke høygradig celleforandringer, mSCC = mikroinvasiv plateepitelkarsinom, CIN 1 = lett dysplasi i vevsprøve (tilsvarende LSIL), CIN 2 = moderat dysplasi i vevsprøve (tilsvarende HSIL)

TABELL 2. Eksempel på pasientforløp ved deltakelse i masseundersøkelse for livmorhalskreft.

som utreder fremtidens laboratoriestrukturer, og «Gruppe II» som utreder bruk av HPV-test i primærscreening. Primærleger er representert i Styringsgruppen (Christina Fredheim), Rådgivningsgruppen (Elise Klouman) og Gruppe II (Kari Hilde Juvkam).

Usikkerhet i testingen

Veien til forebygging av livmorhalskreft er brolagt med usikkerhet. Vurderingen av celleprøver varierer med den som mikroskoperer. Patologene kan både over- og underdiagnostisere CIN i biopsier (7). Vurdering av kolposkopiske funn varierer hos gynekologene (8), og risikoen for ikke å «treffe» den aktuelle lesjon med biopsitangen kan være betydelig (6). Selv om den histologiske diagnosen «alvorlig CIN»

(såkalt CIN2+) er korrekt, betyr det ikke at lesjonen vil utvikle seg til kreft. Studier tyder på at ca fem prosent av CIN2 og 10–30 prosent av CIN3 utvikler seg til kreft (9, 10). Hele screeningprogrammet er således basert på surrogatendepunkter sett i forhold til det vi ønsker å forebygge: invasiv kreft. I Norge gjøres ca 3200 koniseringer per år, men vi vet ikke hvor stor andel som representerer overbehandling. Kreftregisteret anslår at antallet overbehandling er ca 2200 basert på en eldre utenlandsk kilde, mens nyere norske data tyder på at antallet er høyere (11).

Vaksinering

HPV-vaksiner kan forebygge 90 prosent av høygradige celleforandringer forårsaket av HPV type 16 og 18, som er årsak til minst 70 prosent av livmorhalskreft i Norge (12). De kliniske studiene av HPV-vaksiner er foreløpig for kortvarige til at man kan si noe sikkert om effekt av vaksinering på livmorhalskreft, men simuleringstudier tyder på at HPV-vaksinering kan være mer effektivt enn screening. Siden HPV-vaksinen reduserer risiko for forstadier til kreft, er det naturlig å forvente at også risiko for kreft reduseres. Det er beregnet at vi med 80 prosent vaksinedekning i Norge kan halvere forekomsten av kreft i vaksinerte årskull. I tillegg til effekt på hver enkelt kvinne som tar vaksinen, er det forventet reduksjon i HPV-smitte hos menn og dermed indirekte reduksjon i HPV-smitte av ikke-vaksinerte kvinner på grunn av redusert smittepress (flokkimmunitet). Det er også dokumentert at HPV-vaksiner kan forebygge kjønnsvorter.

HPV-testing i fremtiden

Fordi HPV-smitte er en nødvendig betingelse for utvikling av livmorhalskreft, er testing for tilstedeværelse av HPV en aktuell metode som kan erstatte celleprøve i den primære screening. Dersom en kvinne er fri for genital HPV, er det lav risiko for at hun skal utvikle livmorhalskreft de neste 5–10 år. Det er utført sju store randomiserte studier der man har sammenlignet HPV-test med celleprøve (2). En italiensk studie viser redusert forekomst av livmorhalskreft, og en indisk studie viser at færre kvinner dør av livmorhalskreft etter bruk av HPV-test. De øvrige fem studier viser ingen sikker effekt på kreftforekomst, men dette kan skyldes små tall og kort observasjonstid. Alle studiene viser at man finner flere CIN2+ i første screeningrunde med HPV-test enn celleprøve, og de fleste studiene viser noen færre i andre runde. Dette tyder på at man fikk fjernet flere forstadier i første runde med HPV-testing. De studiene som rapporterte antall kolposkopier og koniseringer, viser en økning av disse prosedy-

rene blant kvinner med HPV-test sammenlignet med kvinner som ble undersøkt med celleprøve alene. Antall koniseringer vil ventelig øke med HPV-testing fordi HPV-test oppdager flere høygradige forstadier (CIN2+), men de fleste av disse er altså forbigående.

Kunnskapshull

Tross alle fremskritt innenfor screening og livmorhalskreft, har vi fortsatt betydelige kunnskapshull. Vi har ufullstendig kunnskap om smittespredning, varighet av smitten og smittens konsekvenser. Det er meget stor variasjon i forekomst av livmorhalskreft både i tid og over landegrensene uten at vi helt vet hvorfor. Selv om endrede seksualvaner forklarer en del av variasjonen, kan også andre faktorer spille en rolle. Vi kan ikke forutsi hvilke celleforandringer som vil utvikle seg til invasiv kreft, og vi koniserer derfor mange kvinner som ikke hadde utviklet kreft uten behandling. Vaksinering mot HPV er innført for piker i 12-årsalderen, men kunnskapen om effekten er foreløpig usikker. Redaktør Charlotte Haug i *Tidsskrift for Den norske legeförening* har markert seg nasjonalt og internasjonalt ved å stille kritiske spørsmål om effekten av vaksinen.

Fremtidens screening-program

Masseundersøkelse for livmorhalskreft kan etter vårt syn forbedres. For det første må kvinner få øktern informasjon om fordeler og ulemper ved screening. For kvinner som etter slik informasjon velger å delta i programmet, kan man overveie ulike virkemidler for bedret oppmøte, så som påminnelser via SMS og e-post, telefonisk oppfølging av de som uteblir, reduserte egenandeler og andre økonomiske insentiver. «Lost-to-follow-up» er et betydelig problem i Norge. En oppfølgingsalgoritme som krever flere tilbakekallinger medfører at vi mister flere kvinner med behandlingskrevende celleforandringer og kreft. Kanskje det er mer effektivt å bruke en mindre sensitiv, men mer spesifikk test slik at man i større grad kan behandle de kvinnene som har høyest risiko (12). Resultater fra utenlandske studier kan ikke overføres direkte til norske forhold fordi mange prøver og prosedyrer er spesifikke for Norge.

En mer effektiv forebygging av livmorhalskreft fordrer derfor en randomisert utprøving av ulike kombinasjoner av tilgjengelige diagnostiske tester og oppfølgingsprosedyrer i Norge.

Verdispørsmål

Deltakelse i screening for livmorhalskreft viser en nedadgående tendens i Europa. Verdivurderinger kan kanskje forklare noe av ned-

gangen. Pasientautonomi og «shared decision making» er på vei inn i norsk helsetjeneste. «No decision about me without me» sier den engelske helseminister. Deltakelse i screening har to klare fordeler: Forebygging av livmorhalskreft og redusert bekymring for dem som har negativ celleprøve. Ulempene er mange: Henimot 10 prosent blir innkalt til etterkontroll med den bekymring det kan skape. En positiv HPV-test kan skape usikkerhet i parforhold. Biopsitaking og konisering kan gi bivirkninger (blødning, smerte, utflod, infeksjon). Der kvinnene blir gravide etter konisering, er det økt risiko for senaborter og prematur fødsel (TABELL 1), (13). Avveining av alle fordeler og ulemper kan få noen kvinner til å takke nei til å delta i screening selv om det medfører økt risiko for livmorhalskreft.

Diskusjon

De siste årene har en gruppe nordiske allmennleger satt kritisk søkelys på cancerscreening, i særdeleshet mammografiscreening (14). Screening for livmorhalskreft, som i all hovedsak utføres av allmennlegene selv, har det vært forbausende stille om, til tross for at denne screeningform byr på mange av de samme utfordringer som annen cancerscreening. En norsk studie tyder på at det nåværende screeningprogrammet er kostnadseffektivt (11), og vi er positivt innstilt til det. Vi tror imidlertid allmennlegene bør være seg bevisst også negative sider ved denne scree-

ningen slik at pasientene kan få nøktern informasjon (TABELL 1).

Selv om taking av celleprøver og HPV-tester er teknisk sett nokså enkelt, er hele screeningprogrammet meget komplisert med bruk av ulike tester (celleprøve, HPV-test, kolposkopi, biopsi – FIGUR 2). Et ikke ubetydelig antall kvinner blir gående til gjentatte celleprøver, HPV-tester og biopsier fordi de har økt risiko for livmorhalskreft (TABELL 2).

Det foregår omfattende forskning på hvordan sykdommen utvikles og hvordan den best kan forebygges og behandles. Det meste av denne forskningen er biologisk orientert mens det er mindre fokus på verdipørsmål, kvinners opplevelser og ulempene ved screening for livmorhalskreft. Denne type forskning egner seg spesielt godt for leger med bakgrunn i allmenntidisin fordi de er nær pasientene over lang tid og fordi de gjør størstedelen av det praktiske screeningarbeidet. Aktuelle forskningsspørsmål kunne være:

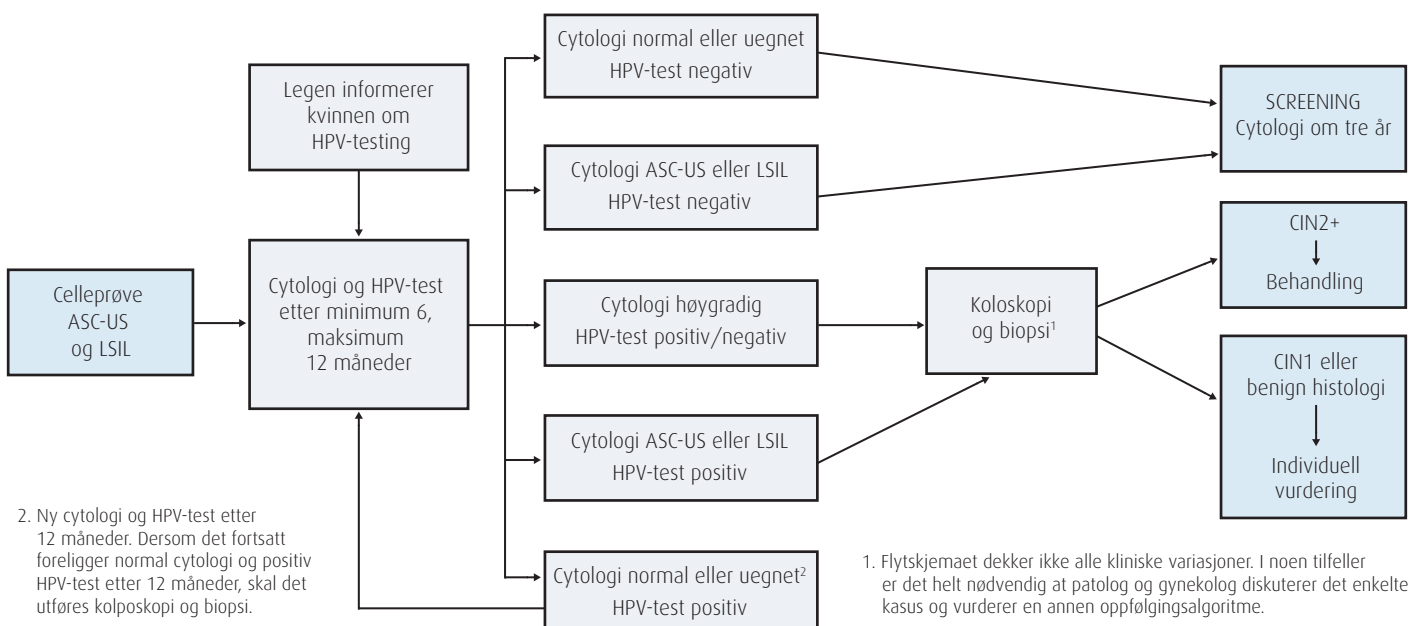
- Hvordan opplever norske kvinner negative eller positive celleprøver og HPV-tester, kolposkopi med biopsi og konisering?
- Hvor mye bekymring skaper HPV-tester i dagens program?
- Hva er begrunnelsen for de kvinner som ikke deltar i screening?
- Deltar kvinnelige leger regelmessig selv i screeningprogrammet?

Screening for livmorhalskreft utgjør en utfordring både for den praktiserende og den forskningsinteresserte allmennlege!

REFERANSER

1. Cancer in Norway 2010 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2012.
2. Castle PE, de Sanjosé S, Qiao YL, Belinson JL, Lazcano-Ponce E, Kinney W. Introduction of human papillomavirus DNA screening in the world: 15 years of experience. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5: F117–22.
3. Sorbye SW. Sannheten om HPV. Oslo: Lommelegen, 2011. <http://www.lommelegen.no/artikkel/sannheten-om-hpv>
4. Johansen BK, Skare GB, Haldorsen T et al. Årsrapport 2008. Masseundersøkelser mot livmorhalskreft. Oslo: Krefregisteret, 2009.
5. Haldorsen T, Skare GB, Bjørge T. Sekundærscreening med HPV-tester i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Oslo: Krefregisteret, 2011.
6. Zuchna C, Hager M, Tringler B et al. Diagnostic accuracy of guided cervical biopsies: a prospective multicenter study comparing the histopathology of simultaneous biopsy and cone specimen. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:321.e1–6.
7. Stoler MH, Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA* 2001;285: 1500–5.
8. Massad LS, Jeronimo J, Katki HA et al. The accuracy of colposcopic grading for detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *J Low Genit Tract Dis* 2009; 13: 137–44.
9. Östör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 186–92.
10. McCreedy MR, Sharples KJ, Paul C et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 2008; 9: 425–34.
11. Burger EA, Ortendahl JD, Sy S et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway. *Br J Cancer* 2012; 106: 1571–8.
12. Sorbye SW, Fismen S, Gutteberg TJ et al. HPV mRNA-test in women with minor cervical lesions: experience of the University Hospital of North Norway. *J Virol Methods* 2010; 169: 219–22.
13. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ* 2008; 337: a1343.
14. Brodersen J, Hovelius B, Hvas L (red). Skapar värden ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur, 2009.

FIGUR 2. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Flytdiagram for nasjonal algoritme for utredning av ASC-US/LSIL og bruk av HPV-test i sekundærscreening, kvinner 25–69 år. GRAF: 07 AURSKOG



peder.halvorsen@kraftlaget.no

ivarsk@c2i.net

Sveinung.Wergeland.Sorby@unn.no

Rehabilitering på Kypros – et utvidet samhandlingstilbud

■ GEIR A. RÅHEIM *Spesialist i allmennmedisin. Fastlege i Ålesund*

Etter å ha arbeidet i allmennpraksis i over 20 år, har jeg til stadighet søkt nye veier for å gjøre mer enn bare å skrive ut resepter og/eller trygdeerklæringer. For meg har det vært en måte å overleve på å stadig fornye meg og finne nye løsninger og behandlingstilnæringer.

Jeg har alltid hatt interesse for forebyggende arbeid, men har sett at det er vanskelig å få til i allmennpraksis. Siden forebygging er et viktig tema i samhandlingsreformen kan det jo se ut som om kommunene skal ha mer og mer ansvar på dette feltet og fastlegen skal involveres i større grad. Behov skal kartlegges, men det gir ikke automatisk resultat.

I Ålesund er det som i de fleste andre kommuner; forebyggende tiltak (spesielt primærforebyggende tiltak) er det første som kuttes når årsbudsjettene blir for trange. Det gjelder først og fremst grupper som ikke er organiserte eller som ofte er svært lite ensartet. De kan ikke kjempe for sitt tilbud.



Det jeg har merket i min praksis er hvor dårlig tilbudet for rehabilitering har blitt. Sykehusene skal kun drive spesialisert rehabilitering. Men hvor grensen går mellom spesialisert og ikke-spesialisert rehabilitering har ikke jeg sett definisjon på. Det kan gi uheldige konsekvenser. Da vil nemlig helseforetakene kunne sette egne grenser etter egne budsjetter, og det ende med at de definerer mer

og mer rehabilitering til å ikke være spesialisert. Resultatet kan bli at de legger ned alle sine rehabiliteringstilbud. Det ender med at kommunene skal gjøre mer av rehabiliteringen.

I tillegg til dette vil kommunene få enda et økonomisk problem å stri med, nemlig at alle ferdigbehandlede pasienter skal overføres kommunene. Plassene som okkuperes er re-





XBRPHOTO: NOIS/VALENTI



habiliteringsplassene til pasientene som ikke har vært i sykehuset, men ute i kommunene.

Ut fra dette scenario oppsto ideen om å lage et rehabiliteringsopplegg. En del pasienter må holdes oppegående og friske for å unngå permanent institusjonsplass. Kommunene vil ikke ha nok tilgjengelige plasser til «de friske», når de stadig må ta imot «ferdigbehandlete» pasienter fra sykehusene.

Disse tankene har jeg luftet for gode venner som har forretningsvirksomhet i utlandet. Ideene har vokst til et håndfast tiltak; Rehabilitering på Pafos, Kypros. Pafos er en liten by på den sørvestlige enden av Kypros, med varmt og stabilt klima gjennom hele året. Det er et turiststed, men det er liten aktivitet der om høsten og vinteren, til tross for godt klima. Der ligger Pafos Garden (et hybel- og hotellkompleks med svømmebasseng og treningslokaler) som har potensiale til å bli et fantastisk rehabiliteringstilbud for pasienter fra kommune-Norge.

Der ligger det bygningskomplekser med små leiligheter og hotell med basseng samt treningsaler som kan brukes til rehabilitering. Klimaet er ideelt gjennom høsten, vinteren og tidlig vårsesong.

Alle har hørt at pasienter sier at de føler seg bedre etter de har vært i Syden, at det gir dem overskudd. Med rehabilitering på Kypros er det ikke bare et sydenopphold, men også aktiviteter for å bedre fysisk kapasitet og psykiske helse. Et aktivt opphold vil ha effekt langt utover den tiden pasienten kun tilbringer i varmere strøk.

Ideene er presentert til kommunen og har så langt fått en kjølig mottakelse, men det er vanskelig å tallfeste hva man kan spare ved å ha et rehabiliteringsopphold når alternativet er at pasienten ligger hjemme og venter på rehabiliteringsplass. Problemet er at kommunene da ikke ser på en rehabiliteringskrevende pasient som utgift før han/hun får et rehabiliteringstilbud eller er blitt institusjonspasient.

Det koster å forebygge, men det er vanskelig å sette opp regnestykket rent økonomisk. Livskvalitet kan ikke måles i penger – men manglende forebygging vil i lengden ikke være billigere.

Rehabilitering på Kypros vil være et tilbud der man har med helsepersonell fra Norge. Det skal gi trygghet for deltakerne. Driften utenom helsepersonell vil ivaratas av lokalbefolkningen. Dette kan gjøre prosjektet økonomisk overkommelig.

Selve bokkomplekset ligger ubrukt utenom turistsesongen. I turistsesongen er det for varmt å være der, men høst og vinter er som regel like varme som en god norsk sommer. Jeg jobber videre i håp om at noen kan få øynene opp for at et rehabiliteringsopplegg på Kypros vil gi helsegevinst, øke livskvalitet og ikke minst utsette langtids institusjonsplass.

På den måten vil kanskje en vakker dag en drøm gå i oppfyllelse – for svært mange.

 g-raahei@online.no

Hvem kan reise?

- Rehabiliteringspasienter (fra hjem/sykehus)
- Pasienter i bokollektiv
- Pasienter som fungerer marginalt hjemme eller i bofellesskap, som med noe hjelp kan bedre sin funksjon.
- Pasienter som trenger avlastningsopphold
- Pårørende som ønsker følge kan få plass

Hvem kan ikke reise?

- Pleiepasienter uten rehabiliteringspotensiale eller dårlig rehabiliteringspotensiale.
- Moderat til alvorlig demens
- Pasienter som misbruker alkohol og medikamenter
- Pasienter med sårproblemer
- Pasienter med pågående infeksjon
- Pasienter som ikke tåler flytur (alvorlig KOLS og svikt mm.)

Rehabiliteringstilbud

- Minimum 1-1 ½ time organisert gruppetrening (10 pasienter i grupper) pr. dag ved fysioterapeut/aktivitør 5 dager i uken
- Individuell mobilisering ved hjelp av personalet
- Turopplegg kort og langt, sent og tidlig etter evne (alltid fint vær)
- Andre sosiale aktiviteter

Holder du mål i livet?

I de 15 årene jeg har jobbet som allmennlege har jeg vært heldig å få lov til å titte inn i kapitler i mange menneskers liv. Her får jeg også lære hvordan samfunnet åpner eller stenger dører for den enkelte. Jeg ser et mønster i samfunnet vårt, som jeg tror kan gjøre oss mindre fargerike og trygge i oss selv. På sikt kan det samfunnet vi sammen danner bli mindre robust.

Helt fra livets start blir vi målt og veid på utallige måter

Et barn blir til: Tidligst mulig ultralyd. Vi vil sikre oss og vite mest mulig, vi vet ikke til hvilken pris.

HELSESTASJONEN: seksukerskontrollen: Kan den lille snu hodet like mye til begge sider? Er uro og skrik de første ukene uttrykk for noe alvorlig? Barnet er raskt på plass hos fysioterapeut, kiropraktor, søvneksperter... Noen hjelpes, men de fleste vil uansett utvikle seg fint, og bekymringer kunne vært spart.

4-ÅRSKONTROLL: Er poden trygg nok, for mye eller for lite pågående? Fysioterapeuten er på plass i barnehagen og ser på alle barn. Øvelser og råd gis.

Noen tror at kartlegging av alle barn er tegn på kvalitet. Førskolelærere kan fortelle at de ser de barna som trenger ekstra hjelp uten nye skjemaer. Mer tid til fri lek ute i naturen er bedre medisin enn kartlegging. Spesialpedagoger leter nå etter ADHD-symptomer før skolealder. Individet får sykdomsstempel. Hvem vil betale for gode forskningsprosjekter, som kan fortelle oss hva som gjør barn rastløse, søvnløse, angstfulte, tvangsmessige og som kan vise oss hva barnet må ha for å mestre vår kompliserte verden? Mer stabilitet i dagligliv og følelsesliv hos alle voksne som tar vare på barn, er en mulig medisin.

SKOLETID: Alle har sine talenter. Hvem har tid og interesse av å dyrke disse frem? Lese bedre og regne bedre er samfunnets mantra.

Nasjonale prøver er oppskriften når strevergruppen øker. Helsesøster, PPT og BUP tilkalles. Skal vi ende opp med å behandle halve barnebefolkningen i vår iver etter å meisle dem slik samfunnet finner nyttig? Hvorfor så blind tro på at konkurranse er den beste drivkraft for læring? Når skal vi forstå at kreativitet er lønnsomt både for individ og samfunn? Jeg spør meg også hvordan alle de brutte parforholdene virker på barnas evne til å konsentrere seg om læring og lek. Tør vi høre svarene?

FRITID: Bruk alle muligheter! Vær med i idretter og spill instrumenter! Jeg møter slitne barn og voksne, med hodepine, magesmerter, muskelsmerter og søvnløshet. Kroppene skriker. Hvorfor, doktor? Mer tid til pustepauser og småprat sammen; slå av PC og TV! Les «Momo» av Michael Ende høyt, og sett ny kurs! Tren og lek med venner og familie, men ikke for å bli best.

UNGDOMSTID: Karakteren settes på deg uten nåde. Hvem av oss som har mestret skolen, hadde klart å beholde egenverdi og rett rygg med karakterene 2 og 3 i seks år? Jeg spør leger, lærere, reformmakere og politikere: Hvor skal de unge flykte når de ikke holder mål? Den virtuelle verden venter, rus døyver smerte. To vaksiner: Trygge voksne som lokker frem de unges ressurser. Verdsett høyt praktiske evner og arbeid! Kanskje helsesøster blir arbeidsledig?

VOKSENLIVET: Har du klart rippet i 20 år, lever du i «Det muliges land». Hvor mye skal du rekke fra 20–40?: den beste utdanning du evner, å yte maksimalt på jobb, å finne drømmepartner, å lage plettfriske barn, pent hjem, bil, båt, hytte, og ikke minst; å holde din kropp sterk, vakker og sunn.

Etter 40 år har de fleste vært i nærheten av «veggen». Jeg får høre livsvisdommen ved dette punktet, når folk må rydde i livets rygg-

sekk. De sorterer, kaster, justerer mål og finner sine livs sanne verdier. Mye i sekken er skjult for de andre, som fortsatt holder hodet over vannet og svinger samfunnspisken. «De andre» kan være leger, politikere, NAV-anstatte, familie, medarbeidere og sjefer.

Lever vi livet på strekk? Er kan hende «lettere psykiske lidelser» et samfunnssymptom på alt dette? Hvordan skal vi legge til rette for at liv skal blomstre og at mennesker skal få bruke sine muligheter ved egen hjelp? Hva lønner seg; å sykemelde en mor så hun klarer å holde familien samlet i en krise, eller å holde sykemeldingsprosenten nede? Er 6-timersdag løsningen?

Vi bør finne mange, ulike svar. Mine viktigste er disse: Lytt til gammel visdom om hva som gir rike, gode liv, og forsøk å leve slik. Husk at klokskap finnes i stort monn blant «de vanlige», og at de/vi er ryggraden i samfunnet vårt. Det fullendte strebersamfunn har bare enere og tapere. Veien dit gir harde liv og mange hjelpsøkende. Stol på deg selv. Bli din egen «coach»!

TIL MYNDIGHETER OG «VINNERE»: Ikke påtving helperne like uniformer og beordre dem til aksjon for å redde folkehelsen! Dere eier ikke svarene på hva som er best for alle andre. Vi trenger ikke flere diagnoser eller eksperter. Ta en pause fra testene og skjemaene på helsestasjonene, i barnehagene, på skolene, i psykiatrien, på allmennlegekontorene og på NAV.

Lytt heller til og vis at du bryr deg om akkurat den du har foran deg, og la din faglige erfaring spille opp til dans! Dans med den andre! Du vil lære nye trinn, av den du først ikke trodde kunne danse i det hele tatt. Alle må ikke danse i takt. Dans din egen livsdans! Dette er ny kapital i et menneskeliv. Dette gir menneskelig kapital til vårt lille, pengerike, men kanskje også fattige land.

Hege Holand Hansen

UTPOSTEN
TETT PÅ!



Eivind Meland
 Det hellige som kilde til helse.
 Eide forlag, Stavanger
 138 s,

Misjonær?

I forordet til denne viktige boken skriver professor Per Fugelli sprudlende om det han ser som forfatter Eivind Melands prosjekt, nemlig å få oss alle til å tenke, og tenke informert, kritisk og ydmykt – om hva som er menneskets og medisinenes muligheter og oppgaver i vår tid. Og Fugelli, som er fra Stavanger, avslutter med følgende: «Eivind Meland er rett og slett en snill og klok misjonær fra Stavanger.» Nei kjære Per Fugelli, det er Eivind Meland ikke. Snill og klok, jo, men ikke misjonær. Meland vokste opp med kvekerisme og kommunisme, han har erfart ideologisk ensretting, tunnelse og forfengelig fra innsiden, han har vært begeistret troende – og sluttet med det. Hvis en misjonær kjenner seg som utsending fra den eneste rette Gud, og mener han kan påberope seg den evige sannhet på vegne av alle, så er Eivind Meland ingen misjonær.

At han er kritisk til den brede landeveis snusfornuft, at han vil ha oss til lete selv etter bedre veier, og at han roper «våkn opp!» i en tid med dårlige tegn, er ikke å være misjonær. Det er å være profet. Profetens oppgave er å se de store linjene, og bruke dem til å tolke nåtiden og varsle om fremtiden. Det er det Eivind Meland gjør i denne teksten. Og som andre profeter nedkaller han misforståelser og vrede over sitt hode. Det får så være. Meland ser at mennesker lider, og han ser at lidelse skapes og opprettholdes av sterke trender i samtidens virkelighetsforståelse, i vitenskapen, og – paradoksalt nok – i medisinen. Han ser forenkling, ønsketenkning, uvitenhet, vitenskapsovertro og konformt pjatt i alle medier. Og han har – i all ydmykhet – noen forslag til bedre måter å nærme seg livets kompleksitet på: Vi må gjenerobre «det hellige» som

Vend om til et bedre liv!

hverdagsbegrep, som en påminnelse om tilknytning, som en motgift mot så vel religiøs som vitenskapelig hovmod og livsundertrykking. Det er denne bokens siktemål.

Sett fra allmennlegens utsiktspunkt

Det er en erfaren leges stemme vi hører i boken, det er pasienthistorier og konsultasjons erfaringer som illustrerer mange av Melands poenger. Han er bredt orientert og belest, og han tar opp universelle spørsmål, men han anvender kunnskapen og de teoretiske modellene på et personlig erfaringsgrunnlag bygget opp gjennom 35 år som allmennlege, forsker og underviser. Legekontoret er et godt sted å forankre en bok som dette, om de dypeste spørsmål. I en tid hvor kirken og prestene er blitt seremonikulisser for folk flest, er legene den yrkesgruppen som kommer i bred og langvarig berøring med livets uro, lengsler og skyggesider. Vi inviteres inn i våre pasienters liv, bak forsvarer, bak maskene, inn til det sårbare. Legekontoret er også en skriftestol, og slik sett et hellig sted, hvor det ubehagelige kan gis ord og form. Vår yrkesrolle er en krevende øvelse i å tåle virkelighetens smerte, erkjenne andres lidelse og egne begrensninger. Vi er satt til å være hjelpere i møte med frykt, sykdom og død. Forventningene er store, ofte altfor store, er det frelse eller helse de ber om? Og kan leger tilby noen av delene? Vi gjør så godt vi kan, utstyrt med forførende teknologi, usikker kunnskap og mangelfull innsikt i hovedspørsmålene: Hva er et menneske, hva er et godt liv, og hva er det å hjelpe?

Diagnosen

Doktor Meland konstaterer at helsevesenet ikke, til tross for kolossal vekst i kostnader og tiltak, klarer å hindre at stadig flere blir skjøvet ut av et aktivt liv, gjennom sykmelding og uførepensjon. Som fastlege vet han at lidelsesstrykket i befolkningen er stort. Ingen kan si

hvorfor vi ikke blir friske og lykkelige i et land som flyter av melk og honning. «Mer forskning» skal finne svaret. Men, skriver Meland, «forskning», og særlig medisinsk sådan, er styrt av irrasjonelle antakelser om virkeligheten, av tro på lineære årsakskjeder, at helheter kan forstås ved å studere delene, og at mennesket kan forklares gjennom genetik og statistikk alene. Vi lærer som leger å omdefinere allmennmenneskelige vansker til patologiske kategorier og objekter. Det er ikke nødvendigvis bare sunt: «Hvis vitenskapen i for stor grad koloniserer livsrommet med kategorier og tekniske løsninger (f. eks. diagnoser og behandlingsalgoritmer), skades mennesker og sosiale systemer i sin evne til å skape nye løsninger». Overdreven «objektivitet» reduserer hjelperen til en forvalter av reseptblokk, teknologi og sakkyndighetserklæringer, og får forskeren til å bore etter innsikt på feil sted. «Det går ikke an å få gyldig viten om sosiale prosesser ved utelukkende å studere signalstoffer i hjernen hos individer... Et viktig element i medisinsk etikk må være å advare mot politisk overtro på forskning.»

Vi har lenge manglet reell debatt om medisinenes hensiktsmessighet og helsevesenets virkelighetsforståelse. Det er, mener Meland, fordi vi blendes av gode hensikter, teknologiens tilsynelatende allmakt og mangelen på alternative forståelser.

«Det største problem med velferdsdebatten i Norge er den iøynefallende enigheten om helse og velferdspolitikken.... Alle lever i en godhetens idyll hvor man høster premier av å definere nye offergrupper, fremstille deres stakkarslighet og be om større bevilgninger.... Det ser ut til at retorikken om velferdens og helsevesenets ubetingede godhet lammer alle forsøk på å tenke grunnleggende alternativt om velferds-, helse- og sosialpolitikk.»

Forklaringen

Melands prosjekt er helhetstenkning, og med det mener han at vi må ha vett og mot til å vise

takknemlighet og respekt overfor naturen, det som gir oss livet, det vi selv er. Vi er nødt til å balansere «det voksende begjæret i kulturen» som også ytrer seg som begjær etter falsk trygghet og beskyttelse i helsevesenet. Å tenke helhetlig er imidlertid ikke nærliggende for oss, dessverre. Meland viser idehistorisk at den vestlige kultur er bygget på oppsplitting, enten man har holdt seg med religiøs eller verdslig ideologi. Kirkefaderen Augustin var blant dem som bidro til en uforsonlig splittelse mellom tro og verdslig viten. Modernitetens fedre, Descartes og Kant, førte splittelsen videre ved å skille kroppen fra sjelen. Pietismen forviste det hellige til et hinsidig sted, slik at naturen, også menneskekroppen, blir objekter uten religiøs betydning, råvarer for menneskets bruk og misbruk. Samtidig mistet menneskene fornemmelsen av å være natur, de mistet en identifisering med «skaperverket», og havnet dermed i den moderne tilstand av meningstap og uro, med tilhørende desperasjon og kroppslig lidelse, iherdig søkende etter lindring gjennom konsum og selvrealisering. «Ingen kan sette seg over en sammenheng som en er avhengig av, uten å skade livet», skriver Meland. Medisinen er et felt med mange indikasjoner på

«at ressursbruken og de økende teknologiske muligheter fører til selvusikkerhet, selvevaluering og en umettelig trang til å forsikre oss mot sykdom og død... Når frelse erstattes med helse, forsvinner forsoningens dimensjon, og terapeutene opphøyes til presteskap».

Religiøsitet og vitenskapelig rasjonalisme blir vanligvis forstått som gjensidig utelukkende virkelighetsforståelser. Meland viser med mange eksempler at «de troende» og «de vitende» havner i samme grøft, fordi de ensidig fremhever sin forståelsesmåte som tilstrekkelig og universell. Når humanismen vitenskapeliggjør tilværelsen, metodisk misoppfattes som livssyn, og «mennesket setter seg selv i en transcendent posisjon som hersker og behersker over seg selv og skaperverket», tar menneskene Guds plass og får en posisjon som vi ikke kan forvalte. «Fellesskapet er truet av humanismen selv og dens perverse omdanning til grenseløs individuell frihet.» Og like galt blir det når de religiøse ikke tar hensyn til fakta, resultatet blir fort undertrykkende fundamentalisme. «Både religiøs og vitenskapelig analfabetisme er farlige».

Behandlingen

Hva er så doktor Melands terapi for vår kulturens eksistensielle helseproblemer? «Religio» betyr å gjenforene. Religiøs smålighet og undertrykkelse har skapt en forståelig negativitet til alt som kalles religiøst. Det er synd,

skriver Meland, «for det er sannsynlig at religiøse fenomener og forståelsesformer favner allmennmenneskelige erfaringer som kan bidra til et godt liv».

Meland velger å ta i bruk et profetspråk som roper etter motstand og misforståelser: «Ord som *omvendelse, nåde, Gud, Satan, synd, det hellige, selvkjærlighet og nestekjærlighet* kan være begreper som er relevante også for mennesker som ser på vitenskapelig rasjonalitet som en viktig beskyttelse mot overtro og religiøst motivert undertrykkelse.» Han gir gode argumenter for at det kan være rett, teoretisk sett. Men han synes ikke å ta inn over seg hvilken tankemessig disiplin han krever av sine lesere når han vil pusse opp og gi ny, frisk mening til eldgamle begreper, høyspente av betydninger fra århundrers bruk i bedehus, gudstjenester, salmer og prekener. «Jeg anvender begreper som i dag beskyttes som varemærker og ytre kjennetegn på organiserte trossamfunn». Javisst, og det er modig gjort, men kanskje ikke så egnet med tanke på hva han ønsker å oppnå?

Heldigvis bruker ikke forfatteren disse selvlysende ordene i stort omfang, han er nøktern og oftest lett å følge i sin argumentasjon for det han kaller «allmennreligiøsitet», basert på intellektuell erkjennelse, evolusjonsteori, semiotikk, fenomenologi og den allmennmenneskelige erfaring av å være kropp og medmenneske, sårbar og prisgitt relasjoners skjørhet. «Jeg skriver ikke fra en spesifikk trosposisjon, men fra en allmenn forståelse av hva det hellige representerer som kilde til kjærlighet, vekst og forsoning.»

Meland baserer sin tenkning på to viktige premisser. Det ene er at biosfæren, de levende veseners verden, i sin natur er kontinuerlig fornyende og kreativ, at det finnes emergens – spontan fremtreden av nye egenskaper ved organismer og økologiske systemer som ikke kan forklares deterministisk. Dette er «skapelse», uten at det trenger stå en Skaper bak. Det andre er at alt liv, fordi det må overleve, har en iboende «etikk», et skille mellom godt og ondt som for en bakterie er å kunne skille mellom gode og dårlige vekstvilkår, for en rot å kunne skille mellom vann og tørke, og for mennesket uttrykker seg i all den kompleksitet vi kaller «moral». Det er derfor i strid med selve virkeligheten, vil Meland hevde, å lage systemer som forutsetter at alt kan fattes med årsaksforklaringer, og at moral kan erstattes med terapi. «Vi hører til i naturen, eller i skapelsen om man vil, både som natur og som moralske aktører.» I dette ligger en «mulighet for å oppleve naturen som kilde og evangeliene som veivisere, uten at man trenger å akseptere åpenbaring, frelse og et liv etter døden.»

Allmennreligiøsitet og medisin

Eivind Meland står godt forankret i naturvitenskapen. Derfor kan han også tillate seg å peke på dens begrensinger: Medisinen er også en tros- og tillitsdisiplin, for å bedre helse og livsbetingelser for de syke. «Tro, tillit og vitenskap hører alle til i medisin og helsefag.» Ærefrykten, ydmykheten og takknemligheten kan gjeninnføres i våre liv. Det har helsekonsekvenser. «Det vil være mulig å stole på at spontaniteten og ikke den rigide selvinstruksjon gir oss helse og bærekraftige relasjoner.»

Meland viser at det allmennreligiøse de siste årene ubemerket har fått innpass i medisinsk praksis i Norge. Eksempler på det er kognitiv terapi, oppmerksomt nærvær eller «mindfulness», og narrativ terapi bygget på samtaler hvor fordringsløs nysgjerrighet kan utvikle nye livsfortellinger. Meditasjon har dokumentert effekt på mange tilstander, og ordet har samme rot som medisin, *mederi*, å hele. «Kognitiv terapi og egentlig all terapi som er virksom, handler om å omformulere erkjennelsesregler og leveregler slik at det blir lettere å leve. Det handler om å bidra til livsvisdom».

Disse allmennreligiøse terapeutiske tilnæringene åpner for aksept av det ufullkomne, av at alt er i endring. De innebærer en ydmykhet som står i kontrast til Vestens idealer, fra Kant og pietismen, om å kjempe, mestre, skape seg selv. I stedet gis man mulighet til å åpne seg og ta imot det som til enhver tid er.

Balanse i ett og alt

Meland er ingen opportunist – det han tilbyr er slett ikke noe som etterspørres i medisinen, i samfunnet, i helsepolitikken. Han sparker i mange retninger. Sparker han seg selv i leggen også? Nei, på beundringsverdig vis demonstrerer han at det finnes et kritisk ståsted hvor man kan gjøre seg nytte av innsiktene fra både religion og vitenskap, samtidig som man har et våkent blikk for fundamentalismen som truer i alle former for velment rettshaveri. Profeten Meland maner til omvendelse, men setter også et kritisk øye på seg selv, og holder en åpen råk av ydmykhet og selvransakelse. «Enhver konsultasjon er en balansegang», skriver Eivind Meland. Det er alltid fare for å falle i den teknologiske grøft hvor alt blir patologi, eller den sentimentale, hvor alt blir følelser og mjuke hender. «Det gjør medisinen ikke bare utfordrende, men også til en livslang øvelse i selvnåde.» Lytt til profeten fra Stavanger.

Edvin Schei



Lars Amund Vaage
Syngja
Forlaget Oktober

Det er den draumen me ber på

Olav H. Hauge har skrive eit av dei mest populære dikta i Noreg i moderne tid. Diktet startar slik: «Det er den draumen me ber på, om at noko vedunderleg skal skje.» Av ein eller annan grunn kjem dette diktet til meg undervegs i lesinga av romanen *Syngja*. Lars Amund Vaage hadde stor suksess som forfatter i fjor, då han vann Brageprisen for denne romanen, der han frå ein far sitt perspektiv skriv om korleis det er å ha ei dotter med alvorleg autisme. Romanen byggjer på forfattern sine egne røynsler med eit autistisk barn. Når romanen tek til, er den utviklingshemma dottera, G, blitt 34 år, og ho bur på institusjon. Forteljarstemma, faren til G, har flytta til ein annan kant av landet. Han har bestemt seg for å skrive ei bok om dottera si og reflekterer på same tid over kven han skriv boka om:

«Den eg skriv dette til kan ikkje lesa. Ho kan ikkje skriva, og ikkje snakka heller, endå om dei fremste fagfolka i landet har prøvd å læra henne dette i mange år. Det kom nokre ord, og ho tok dei i bruk, men så smuldra dei opp i munnen hennar.»

Så tek han oss tilbake i tid. Til ein ung mann som køyrer rutebuss i Hardanger. Mannen møter ei ung kvinne. Dei forelskar seg. Så blir dei med barn. Alt ligg til rette for lukka. Men så viser det seg at barnet ikkje utviklar seg slik det skal. Det har ei alvorleg funksjonshemming. Faren seier det denne måten:

«Det finst ei søge eg ikkje veit om eg kan stå inne for. Den søga går slik: G kom til oss, det vakre, fullkomne barnet, og vi gledde oss, det var lukka. Så viste det seg at ho var funksjonshemma, og då tapte me lukka. I staden kom sorga inn i heimen. Er det ikkje ei tung bør å leggje på eit stakkars funksjonshemma menneskje, som sanneleg har problem nok frå før,

at ho også er eit stort vonbrot for foreldra? Ei stor sorg kjem inn i livet til foreldra, eit lite barns fryktelege funksjonshemming?»

Romanen fortel så korleis det er å vere foreldre til G. Vi følger mor, far og barn gjennom oppveksten til G. Om korleis dei opplever helsevesenet, hjelpeapparatet.

«G blei henvist til PP-tenesta og så gjekk det slag i slag. (...) Ein dag gjekk med inn på PPT-kontoret, og det er som om me aldri kom oss heilt ut igjen. Det finst endå kontor der me blir nemnde. Det finst møte der me er samtaleemne. (...) Me er i det såkalla hjelpeapparatet. Me har blitt slusa gjennom barnehagar, skular og institusjonar. Me har vore på leirar og avlastningsheimar. Ikkje minst har vi vore på samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter.»

Det handlar om håp, resignasjon, fortvilning. Og til slutt aksept? Romanen gir etter mitt syn eit unikt og realistisk bilete av korleis det er å vere pårørande til eit sterkt funksjonshemma barn. Og det på ein svært vakker og rørande måte. Det vert ikkje lagt skjul på vonbrot og slit, men samtidig viser forfattern fram mennesket bak funksjonshemminga. I møtet med menneske som lir av autisme, så trur eg at dei fleste av oss kan kjenne oss temmeleg hjelpeplause. Normal kommunikasjon, spesielt gjennom språk, strekkjer ikkje til. I *Syngja* viser forfattern fram for oss andre måtar å få kontakt på, til dømes gjennom musikk. Og han viser at det kan vere eit sterkt band mellom menneske, sjølv om ein ikkje har den språklege kontakten.

Syngja er i tillegg ein metalitterær roman. Den reflekterer over språket og skrifa i seg sjølv. Kan språket fange den som sjølv er utan språk? Dette skal ideelt sett vere skjønnlitteraturen sin misjon. Men er det mogleg? Og

kva med ho som aldri kan lese eller ta stilling til det som er skrive om ho, er det riktig å blottstille ho i ein roman? Men nokon må setje ord på korleis det er å leve med eit slikt barn, innvender forfattern. Og autistane er menneske som lever mellom oss, og dei må også få ei stemme.

Det metalitterære gir ein dimensjon til boka som løftar ho opp frå den reine forteljinga om foreldra med det autistiske barnet. Samtidig gir det autistiske barnet med sine spesielle utfordringar nettopp eit unikt utgangspunkt for å diskutere slike romanteoretiske problemstillingar. Ein kan ikkje fortelje utan håp, seier forteljarstemma i boka. Samtidig skildrar han håpet undervegs: håpet om at G skulle bli som alle andre, så at ho skulle bli nesten bra, så at ho skulle kome seg, til slutt at ho skulle lære litt. Han måtte gi opp det også.

«Eg gav det opp. Eg meinte eg innsåg problema hennar. Så trudde eg ho skulle leva godt, i tråd med sitt vesen, i nær kontakt med vener og familie. At ho skulle finna fred eller ei slags lukke. Eg veit ikkje om ho har funne det. Eg veit ikkje om ho kan greia slikt. Eg veit så lite om henne.»

Når eg las denne boka kjente eg på ein sterk nerve, at noko stod på spel. Kanskje er det det personlege høvet som forfattern har til stoffet, som gir denne effekten på lesaren? Kanskje er forfattern snublande nær noko sant, eller verkeleg? Den same kjensla får eg når eg les Olav H. Hauge sitt dikt. Dikt kan gjerne tolkast ulikt etter kven som les det, men dette diktet handlar for meg også om håp, ein lengsel etter kontakt, draumer om å verkeleg nå inn til eit anna menneske.

Lisbeth Homlong

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

Når man leser lyrikk kan man oppleve dens musikalitet, se for seg bilder som en estetisk opplevelse. Jeg elsker å vandre i naturen og særlig i skog og dette diktet lar meg gjennoppleve følelsen av å være i en ny skog der man ikke har tråkket stiene før. Leser man diktet i dypere forstand sier det oss noe om livets vei med sine forgreninger og de valgene vi må ta. Diktet gir ikke noen vurdering av

hvilke valg som er riktige å ta, men lar oss reflektere over det uungåelige i at vi som mennesker må velge og at vi ikke har tilgang til historien om oss selv hadde vi valgt den andre stien.

Utfordringen går videre til min kjære venn og kollega Turid Svindland i Heidal.

med vennlig hilsen

Dina Midttun

Vegan eg ikkje gjekk

To vegar skildest i haustgul lund,
og ein mann kan ikkje fara to,
så eg fylgde den eine med augo ein stund
og lenge såg mellom tre og runn
til han løynde seg bort på den tette mo,

og tok så den andre, kor det no var,
men det var vel den som eg lika best
fordi han var grasgrodd og utrødd og rar,
endå bae synte no fotefar
om kanskje den fyrste var sliten mest,

og bae låg der i morgon-ro
med haustlauv som ingen klistra i leir.
Å, eg rekna med bae ein dag eller to!
Men eg visste kor greinut vegar må gro,
så eg tvila på om vi møttest meir.

Eg skal tala om dette gamal og grå,
ein gong og ein stad langt frå her:
det var vegar i skogen eg kunne gå,
og eg valde den som var tråkka av få,
og all ting valde eg då og der.

ROBERT FROST,
OVERSATT AV SIGMUND SKARD





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 farmasøytter 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.

Høy dosering av paracetamol

Spørsmål til RELIS

På apoteket ser vi stadig oftere at høye doser med paracetamol blir forskrevet og lurer på om det er nyere retningslinjer etter 2010. Apoteket har flere eksempler på forhøyet dosering:

- **MANN 80 ÅR:** 1–2 g x 3 (inntil 6 g)
- **KVINNE 53 ÅR:** 1–2 gram inntil 4 gang daglig (inntil 8 g)
- **KVINNE 30 ÅR:** 0,5–1 g x 3–5 (inntil 5 g)
- **KVINNE 54 ÅR:** 1–2 g inntil 4–5 gang daglig (inntil 10 g)

Farmasøytene ved apoteket usikre på å ekspedere disse reseptene. Lege er kontaktet i flere tilfeller, og forskrivning er opprettholdt.

Det foreligger ikke nye retningslinjer for dosering av paracetamol hos voksne, men i følge Giftinformasjonen vil trolig de toksiske dosene for paracetamol bli nedjustert i løpet av året (1). De angitte doseringene i eksemplene ligger imidlertid også i følge dagens retningslinjer, i et doseintervall som kan være problematisk. Hva som er øvre grense for kronisk dosering av paracetamol med hensyn til toksisitet, er svært omdiskutert, og individuelle faktorer vil ha mye å si. Det er imidlertid ikke lett å forutse i forkant hvilke personer som kan komme til å utvikle tegn på levertoksicitet. Det er heller ikke gitt at pasienter som tidligere har tålt en bestemt høy dose, vil fortsette å tåle dette videre (jamfør mulige risikogrupper nevnt nedenfor). En døgndose på rundt fire gram oppgis ofte som maksimal døgndose i litteraturen (2, 3), men noen kilder angir inntil seks gram (4). Flere kilder påpeker også at paracetamol har en takeffekt (effekten øker ikke med økende dose), der doseøkning utover 1000 mg ikke synes å gi bedre smertelindring (5–7).

For paracetamol er det svært viktig å skille mellom akutte inntak og inntak over tid da behandlingsgrensene for akutt og kronisk forgiftning er forskjellige. Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, har utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling av paracetamol-forgiftninger (8). I følge de nåværende retningslinjene er veiledende toksisk dose (voksne) 100 mg/kg eller mer per døgn for inntaket som strekker seg ut over to døgn. Doser på 7,5 gram per døgn regnes alltid som toksisk når inntaket strekker seg utover to døgn. For personer som tilhører risikogrupper, er veiledende toksisk dose angitt til 75 mg/kg per døgn, men doser på totalt seks gram per døgn behandles alltid som toksiske. Det er viktig å merke seg at disse behandlingsgrensene er veiledende og satt med god sikkerhetsmargin. Relativt få individer vil utvikle levertoksicitet ved disse grenseverdiene. Det finnes også kassustikker der pasienter som har brukt paracetamol ned mot to gram daglig over lengre tid har utviklet ulike tegn på leveraffeksjon (9). Det har i Europa de senere år blitt vanligere å

følge opp pasienter med blodprøver av lever også ved antatt toksiske doser som grenser mot det terapeutiske området (1).

Giftinformasjonen anser at faktorer som kronisk alkoholforbruk, enzyminduserende legemidler (CYP2E1), lavt glutatinnivå (for eksempel personer med spiseforstyrrelser, underernæring, faste eller gastroenteritt) og leversykdom kan øke risikoen (8). Avgrensningene av risikogrupperne og betydningen for forgiftningen er omdiskutert.

Halveringstiden til paracetamol er kort (1,5–3 timer), men dette bør ikke brukes som argument for å øke de terapeutiske døgndosene. Dette skyldes at det ikke er selve paracetamol som er levertoksisk, men at det ved overdose dannes en levertoksisk metabolitt. Det foreligger ikke nye retningslinjer for dosering av paracetamol hos voksne, men i følge Giftinformasjonen vil trolig de toksiske dosene for paracetamol bli nedjustert i løpet av året (1). De angitte doseringene i eksemplene ligger imidlertid også i følge dagens retningslinjer, i et doseintervall som kan være problematisk. Hva som er øvre grense for kronisk dosering av paracetamol med hensyn til toksisitet, er svært omdiskutert, og individuelle faktorer vil ha mye å si. Det er imidlertid ikke lett å forutse i forkant hvilke personer som kan komme til å utvikle tegn på levertoksicitet. Det er heller ikke gitt at pasienter som tidligere har tålt en bestemt høy dose, vil fortsette å tåle dette videre (jamfør mulige risikogrupper nevnt nedenfor). En døgndose på rundt fire gram oppgis ofte som maksimal døgndose i litteraturen (2, 3), men noen kilder angir inntil seks gram (4). Flere kilder påpeker også at paracetamol har en takeffekt (effekten øker ikke med økende dose), der doseøkning utover 1000 mg ikke synes å gi bedre smertelindring (5–7).

For paracetamol er det svært viktig å skille mellom akutte inntak og inntak over tid da behandlingsgrensene for akutt og kronisk forgiftning er forskjellige. Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, har utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling av paracetamol-

Ukas pasient nr. 2



forgiftninger (8). I følge de nåværende retningslinjene er veiledende toksisk dose (voksne) 100 mg/kg eller mer per døgn for inntaket som strekker seg ut over to døgn. Doser på 7,5 gram per døgn regnes alltid som toksisk når inntaket strekker seg utover to døgn. For personer som tilhører risikogrupper, er veiledende toksisk dose angitt til 75 mg/kg per døgn, men doser på totalt seks gram per døgn behandles alltid som toksiske. Det er viktig å merke seg at disse behandlingsgrensene er veiledende og satt med god sikkerhetsmargin. Relativt få individer vil utvikle levertoksisitet ved disse grenseverdiene. Det finnes også kasustikker der pasienter som har brukt paracetamol ned mot to gram daglig over lengre tid har utviklet ulike tegn på leveraffeksjon (9). Det har i Europa de senere år blitt vanligere å følge opp pasienter med blodprøver av lever også ved antatt toksiske doser som grenser mot det terapeutiske området (1).

Giftinformasjonen anser at faktorer som kronisk alkoholforbruk, enzyminduserende legemidler (CYP2E1), lavt glutatinnivå (for eksempel personer med spiseforstyrrelser, underernæring, faste eller gastroenteritt) og leversykdom kan øke risikoen (8). Avgrensningene av risikogrupperne og betydningen for forgiftningen er omdiskutert.

Halveringstiden til paracetamol er kort (1,5–3 timer), men dette bør ikke brukes som argument for å øke de terapeutiske døgn-dosene. Dette skyldes at det ikke er selve paracetamol som er levertoksisk, men at det ved overdose dannes en levertoksisk metabolitt (NAPQI), når nydannelsen av glutatinnivå ikke holder tritt med produksjonen av den toksiske metabolitten.

Konklusjon

Det foreligger ikke nye retningslinjer for dosering av paracetamol hos voksne. Dosene i henvendelsene kan være problematiske (jmfør veiledende behandlingsgrenser fra Giftinformasjonen), men erfaringsmessig vil også flere pasienter tåle slik høye doser som angitt i henvendelsen til RELIS. Det er imidlertid vanskelig å forutse i forkant hvilke pasienter som vil utvikle leveraffeksjon. Det at pasienten tidligere har tålt en høy dose, er heller ikke en sikker bekreftelse på at pasienten vil fortsette å gjøre dette. Flere kilder påpeker i tillegg at økt dosering utover normale terapeutiske doser ikke ser ut til å være forbundet med økt smertestillende effekt.

Gro C. Havnen,
rådgiver, cand.pharm., RELIS Sør-Øst

Barbro Spillum,
seniorrådgiver, cand.pharm.,
Giftinformasjonen, Helsedirektoratet

Tone Westergren,
seksjonsleder, cand.pharm., RELIS Sør-Øst

Jeg er femteårs student ved Universitetet i Tromsø, og holder for tiden på med mine obligatoriske åtte uker i allmennpraksis. Vi skal skrive tre pasienthistorier vi har opplevd mens vi er ute i praksis – «ukas pasient». Min veileder oppfordret meg til å sende «ukas pasient nr. 2» til *Utposten*, hvilket jeg gjorde. Her er den.

Pasienten er en 25 år gammel mann som nylig var kommet hjem fra seilbåtferie.

Når jeg roper han opp reiser han seg bestemt fra stolen og hilser med et fast håndtrykk. Vi småprater litt om seilturen hans siden vi begge har vært på de samme plasesene. Det blir en hyggelig atmosfære.

Så begynner han å fortelle. For tre uker siden da han var på denne reisen, fikk han sterk, skjærende og pulserende smerte i pannen. Han hostet en del, var litt tett i nesen og det rant grønt og seigt snørr ut av nesen. Dette må jo være bihulebetennelse, tenkte han, og dro til lege da han kom i land. Der fikk han en medisin (clarityn) og han fikk beskjed om at den skulle åpne bihulene. Den antatte diagnosen fikk han bekräftet, tror han, men legen skrev ikke ut antibiotika. En kamerat på båten var godt forberedt for turen og hadde med seg antibiotika. Han tror at det var ampicillin, dosen kunne han ikke huske. Medisinen tok han i fem dager og sluttet da den ikke hjalp mot hodepinen. Nesetettheten og hostingen forsvant. Smerten i panna varte i to uker før den forflyttet seg mot venstre nærtinningen. Han var ikke lys- eller lydsky, ikke kvalm, hadde ingen nevrologiske utfall og han fikk bevegelsestrang under anfallene. Han tok seg ofte en svømmetur i det varme vannet. Det hjalp også å massere panna og nakken. «Det gjør så vondt at det kjennes ut som at noe graver i hjerne-

massen», sa han. På angivelse av poeng på smerteskala er det nærmere 10. Ofte sitter han og rigger frem og tilbake med hodet i hendene. Anfallet kommer ca. kl. 11 og varer til ca. kl. 20. Mellom anfalletene kjenner han seg helt frisk. Han har prøvd paracet, ibux, paralgin forte og mer til, men ingenting hjelper. For meg virker ikke dette som en gutt som klager for ingenting. Han er nyutdannet journalist og har kommet nordover for å få litt mer erfaring før han flytter hjem igjen. Han er flink til å gjøre rede for seg, virker kvikk og opplagt.

Jeg tenker at dette ligner på en clusterhodepine. Når min veileder kommer på kontoret foreslår hun det samme, og ber meg i tillegg om å ta CRP for sikkerhets skyld. Til vår overraskelse er den på 51. Det bestilles CT bihuler for å utelukke sinusitt og hun ber pasienten om å komme tilbake dagen etter for å ta en ny CRP. Dagen etter har den sunket til 40.

CT-svaret kommer etter en uke. Der står det at venstre sinus maxillaris er totalt gjen-tettet samt at det er slimhinnefortykkelse i bunnen av sinus frontalis. Jeg ringer for å informere pasienten om svaret og tilbyr behandling. Pasienten forteller at hodepinen har vært totalt fraværende i fire dager og at han føler seg helt frisk. Han skal ta kontakt dersom smerten eller andre symptomer på bihulebetennelse kommer tilbake.

Med dette lærte jeg at en sinusitt kan gi et annet bilde enn det jeg først trodde.

Jeg hadde litt problemer med å stole på at hodepinen kunne skyldes den gitte diagnosen. Hva hvis det er noe mer alvorlig? Jeg fikk et innblikk i hvordan det er å leve med medisinsk usikkerhet, noe leger ofte må forholde seg til.

Biret Henriksen

REFERANSER

1. Seniorrådgiver. Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, pers.medd. 14. februar 2013.
2. Norsk legemiddelhandbøk for helsepersonell. L20.1.1.2 Paracetamol. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (18. januar 2013).
3. Sweetman SC, editor. Martindale: The complete drug reference. Paracetamol. <http://online.lexi.com> (18. januar 2013).
4. Jenssen KT, ansvarlig. Veileder for medikamentell behandling av akutt og subakutt smerte hos voksne. www.unn.no (Sist revidert: 3. januar 2012).

5. Bell RF, leder av utredningsgruppen. Retningslinjer for smertelindring. Den norske legeforskingen 2009.
6. Kampmann JP, Brøsen K, Simonsen, redaktører. Basal og klinisk farmakologi 201; 4. utg.: 463–4.
7. Rygnestad T, Spigset O. Bruk av paracetamol til voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3565–6.
8. Giftinformasjonen. Paracetamol – behandlingsanbefaling ved forgiftning. Utfyllende informasjon. www.helsebiblioteket.no (Sist revidert: juni 2012).
9. North-Lewis P, editor. Drugs and the liver 2008: s. 171–8.



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: BØRGE SANDNES

Infarktutløst astmaanfall og lang vei til sykehus

På legevakt i Rendalen – Hedmarks og Sør-Norges største kommune i areal – med sju mil til nærmeste sykehus på Tynset:

Kl 17 varsler AMK meg om en kvinne i slutten av 70-årene med astma/KOLS. Hun er blitt akutt dårlig og er tung i pusten. AMK vil sende ambulanse, men ektemannen insisterer på å kjøre sin syke kone de fire milene til legekantoret. Ekteparet vil ikke være til bry når de selv kan besørge skyssen.

Bygdefolkets velmenende mantra viser seg å være en dårlig idé. Det går 45 minutter før paret ankommer i egen bil. Kvinnen kan knapt nok stå på beina. Hun er blek og gusten og alvorlig obstruktiv, med takypné og inn-dragninger. Ektemannen og jeg stabler henne i en rullestol og triller henne inn på akuttstua. Hun brekker seg idet vi løfter henne over på behandlingsbenken. Jeg får mannen til holde et pappbekken under haken hennes, mens jeg fester surstoffmasken og måler O₂-metningen – som er 77 prosent.

Jeg innstiller surstofftilførselen på fire–fem liter per minutt, setter så 0,5 mg Bricanyl subkutant og 100 mg Solu-Cortef intramuskulært. Etter få minutter går metningen opp til 90, men kvinnen puster like tungt. Over begge lungene auskulterer jeg svake respirasjonslyder.

Klokken tikker fort og jeg trenger hjelp. Jeg ber den bekymrede ektemannen om å holde i masken og pappbekkenet, så jeg får ringt ambulansen. I det jeg slår nummeret, ser jeg at han slipper utstyret. Han er oppkavet og begynner å fikle med sin egen telefon; sier han vil ringe sønnen og fortelle at mor er dårlig.

«Nei, vent med det», sier jeg bestemt: «Du skal hjelpe meg og gjøre som jeg sier. Jeg trenger dine hender her og nå!» Idet han legger bort telefonen, hekter pasienten av seg O₂-masken. Hun er kvalm og brekker seg, og

hun skyver bort ansiktsmasken hver gang jeg forsøker å feste den. O₂-metningen faller igjen til under 80. Jeg fortviler, men befaler mannen å være fokusert og assistere meg. Omsider får jeg ringt. Ambulansen lover å komme snart. Flaks! De kunne ha vært på oppdrag flere mil unna.

Den gamle mannen roer seg litt og begynner å samarbeide. Jeg rekker å legge inn en venflon i pasientens arm og gi henne en ny dose Solu-Cortef 100 mg, denne gangen intravenøst. Minutter senere er ambulansen på plass, med to medarbeidere. Nå er vi seks tre-nede hender. Vi gir Ventoline og Atrovent på forstøver, skrur opp O₂-tilførselen og legger inn en ekstra venflon. Pasienten er stadig obstruktiv og omtåket; hun har ennå ikke respondert på behandlingen. Metningen fluktuerte mellom 80 og 92. Blodtrykket er 105/60, puls er 110.

«Load and go»: Sykehuset neste. Jeg melder pasienten som «status asthmaticus». Nå venter én times kjøring i ambulanse. «Jeg er redd vi kan miste henne», sier ambulansemannen med alvor i blikket: «Du må bli med oss, doktor».

Så ber jeg ektemannen om å dra hjem til sine nærmeste, samtidig som jeg tenker med gru på hva som kunne ha skjedd om han skulle finne på å kjøre etter ambulansen på isete vinterveier. Klokken nærmer seg 19 idet vi suser av gårde med blålys. Jeg sitter ved den syke, med adrenalin innen rekkevidde. Hun får surstoff, men er fortsatt medtatt. «Nå må Solu-Cortefen snart virke», tenker jeg håpefullt. Minuttene blir lange. Omsider, etter 20–30 minutter, kommer det forløsende vendepunktet: Pasientens pust letner, inndragningene opphører, og hun samler krefter nok til å si: «Jeg er litt bedre».

Så skjer det som av og til kan skje: Man får to pasienter på én gang. Ambulansekvinnen

som sitter overfor meg – fastpent mot kjøretningen – tåler ikke de svingete veiene gjennom «Strupen», kallenavnet på en bratt strekning mellom Rendalen og Tynset. Hun er hvit i ansiktet, med svetteperler i pannen. Jeg frykter at hun vil besvime, men tar sjansen på ikke å stoppe: «Ikke stans, bare kjør på!», roper jeg til sjåføren, idet jeg tar tak i min medhjelpers støvler og trekker beina hennes opp på fanget mitt – det nærmeste vi kan komme et «sjokkleie» der og da.

10 minutter unna sykehuset: Jeg sitter bak i ambulansen med en syk, gammel dame ved min side og en uvel ung kvinne foran meg. Den gamle er i bedring; den unge sier hun kanskje må spy. Og selv kjenner jeg at mitt eget hjerte hamrer fortsatt.

For å runde av: Den lange ferden gikk bra etter forholdene. Ambulansekvinnen kom til hektene de siste minuttene av turen. Og hovedpersonen, vår pasient, var våken, klar og stabil – dog fortsatt tung i pusten da vi ankom sykehuset. På det tidspunktet var det gått drøye to timer siden jeg mottok henne på legevakt. På sykehuset fikk hun ekstra forstøverbehandling og surstoff. EKG viste ST-elevasjoner i fremre hjertevegg og blodprøver avdekket tropininstigning – forenlig med hjerteinfarkt.

Noen dager senere ble pasienten overført til et annet sykehus for koronar angiografi og videre behandling. I ettertid viste det seg at hun hadde hatt brystmerter siden formiddagstidene. Hun ble engstelig og etter hvert obstruktiv. Lungesyndromene hadde overskygget hjerteinfarkt.

Det er første gang jeg har vært direkte involvert i et infarktutløst astmaanfall.

Tom Sundar