

# Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 4 – 2013 ◦ ÅRGANG 42

## INNHOOLD:

LEDER: Primærmedisinsk ridderdåd. AV SIGURD HØYE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Helsediplomaten. JONAS GAHR STØRE INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Ramadan, diabetes og allmennlegens rolle. AV ARILD AAMBØ	7
FAQ for fastlegen om LDN. AV GUTTORM RAKNES	12
Lavdose naltrekson ved multipel sklerose. AV KJELL-MORTEN MYHR	14
Hvordan gikk det med de utskrivningsklare. AV ANNE-SOFIE D. SVERTSEN	16
Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim. AV ASTRID GIJLE HAGELER, TORGEIR FJERMESTAD OG KRISTIN MIDTDAL	19
Bli mentor for en medisinstudent! AV ROBERT TUNESTVEIT OG KINE JORDBAKKE	23
Ultralyd – allmennlegens beste venn. AV MORTEN GLASØ	24
KOMMENTAR TIL: Ultralyd allmennlegens beste venn. AV TOR AUSTAD	24
Våruka – en viktig møteplass for norske allmennleger. AV KARIN FRYDENBERG OG TOM SUNDAR	26
«Gylne øyeblikk» i helselivets veikryss – fastlegen som livsstilsveileder. AV EIRIK ABILDNES	30
Seksualitet i medisinstudiet – en mer praktisk tilnærming? AV SVERRE MYREN OG KATRINE MELBY	32
Helsefremmende kommunikasjon i allmennpraksis. AV PEDER OLESGAARD	35
Sukker, ikke fett som årsak til hjerte-karsykdommer. LESERBREV AV IVER MYSTERUD OG DAG VILJEN POLYSZYNSKI	38
BOKANMELDelse: Arbejdsmedisin i praksis. ANMELDT AV SVEIN AARSETH	39
BOKANMELDelse: Funktionelle lidelser. ANMELDT AV HEDDA TSCHUDI-MADSEN	40
BOKANMELDelse: Allmennmedisin. ANMELDT AV ANJA BRÆND	41
Faste spalter	43

# Utposten

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: [tom.sundar@gmail.com](mailto:tom.sundar@gmail.com)**Lisbeth Homlong**

Sognsvn. 52

0857 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: [lisbeth.homlong@hotmail.com](mailto:lisbeth.homlong@hotmail.com)**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: [mona.sondena@gmail.com](mailto:mona.sondena@gmail.com)**Badboni El-Safadi**

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: [badboni@gmail.com](mailto:badboni@gmail.com)**Sigurd Høye**

Tjurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: [sigurd.hoye@gmail.com](mailto:sigurd.hoye@gmail.com)**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: [angr-ols@online.no](mailto:angr-ols@online.no)

FORSIDE/2. OMSLAGSSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

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

# Primærmedisinsk ridderdåd

For oss som har barn i barne-TV-alder kan tiden mellom kl 17.30 og 18.30 være en kjærkommen og avslappende periode av døgnet. Ingen krangling, ingen forhandling om mat, leker og oppmerksomhet, bare barnelatter og kanskje til og med en mulighet for å lese en bok – en bok med kun bokstaver og ingen bilder, til en forandring. Men ikke sjelden er barne-TV såpass underholdende, eventuelt såpass irriterende, at jeg blir sittende og se på sammen med den egentlige målgruppen.

Til sistnevnte kategori hører serien om den ubegripelig irriterende Ridder Mikkel. Ridder Mikkel har det til felles med den unge jypingen i Brannmester Sam at han i hver bidige episode gjør nøyaktig den samme tabben. Greit nok at han innser tabben og får seg en lærepenge når klokken nærmer seg halv syv, men denne lærdommen huskes åpenbart ikke til neste ukes episode. I formildende retning har Ridder Mikkel en god vilje, til forskjell fra Brannmester Sams pyromane plageånd Georg.

Det hele foregår på denne måten: En eller annen utfordring oppstår, og Mikkel vil være til hjelp. Men i sin iver etter å hjelpe definerer han selv hvilken hjelp som skal gies og kjører på med liv og lyst, uten å lytte til den som trenger hjelp – eller som

kanskje ikke trenger hjelp i det hele tatt. Konsekvensene av den uhensiktsmessige hjelpen tårner seg opp, og han innser etter hvert at han har misforstått bestillingen. Så sier han noe slikt som at «Det er nå en ridder gjør det en ridder bør!», hvilket han jo burde gjort for lenge siden. Han rydder opp etter seg, og på slutten oppsummerer han hva han har lært – altså ganske nøyaktig det samme han lærte forrige uke: I sin iver etter å hjelpe har han rotet mer enn han har ryddet, han har påtvunget folk en hjelp de ikke trengte – slik at de faktisk endte opp med å trenge hjelp likevel.

Min egen ukentlige tabbe er at jeg ser på, igjen og igjen. Jeg kunne jo heller lest en bok med kun bokstaver, men irritasjonen fremkaller dessverre en slags fascinasjon, omtrent som med debattfeltene i tabloid-avisenes nettutgaver.

Vel, hva vil jeg med dette, annet enn å skrive av meg en i lang tid oppbygget frustrasjon? Jo, saken er at Ridder Mikkel enkelte ganger minner om oss hjelpere i helsevesenet. Tidvis lytter vi ikke tilstrekkelig til den hjelpetrenende, eller vi gir hjelp som er mer til skade enn til gagn. «Skapar vården (helsevesenet) ohälsa?» spurte en gruppe nordiske allmennleger i en bok fra 2009 – og svaret er av og til ja. Dette bør vi konstant ha i bakhodet.

I dette nummeret av *Utposten* kan du lese om ekte primærmedisinske ridderdåder; tiltak som kan forhindre en lite lyttende eller uhensiktsmessig hjelp. Arild Aambø ved Nasjonal kompetanse-enhet for minoritetshelse skriver om allmennlegens rolle overfor pasienter som faster under Ramadan. Gjennom konkrete råd viser han hvordan legen kan bidra til at fasten forløper så trygt som mulig. «Det dreier seg ikke så mye om 'de andres kultur' som om vår vilje og evne til å komme våre pasienter i møte», skriver Aambø.

Astrid Gilje Hageler, Torgeir Fjermestad og Kristin Middal rapporterer fra deres prosjekt om legemiddelgjennomgang hos eldre pasienter i primærhelsetjenesten i Trondheim. Polyfarmasi hos eldre er et typisk eksempel på helsehjelp som kan skape uhelse. Gjennom prosjektet fant man legemiddelrelaterte problemer ved hvert tredje medikament de deltagende pasientene brukte, og prosjektet førte til en betydelig seponering, til pasientens beste.

Vi ønsker alle våre lesere en god sommer. Barne-TV eller ei – vi håper du får fred og ro til å lese *Utposten*.

*Sigurd Høye*



Utpostens  
dobbeltime

# Helse diplomaten

Jonas Gahr Støre

INTERVJUET AV  
TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ



«En fastlege i livet bør alle ha», sa Jonas Gahr Støre da han som fersk helseminister i fjor høst åpnet Primærmedisinsk uke i Oslo. Et halvt år senere har han rukket å bli varm i trøya som Helse-Norges frontfigur, men noen vil nok mene hans fokus på spesialisthelsetjenesten har stilt primærhelsetjenesten i skyggen. Utposten spør statsråden hva han mener må til for å styrke allmennlegetjenesten, ta vare på fastlegene og sikre gode løsninger for samhandlingsreformen – spesielt i utkantkommuner.

– Jeg har ingen magiske formler, sier Støre med et smil. Han viser vei inn til kontoret sitt i toppetasjen av regjeringsbygg R6, adressen til Helse- og omsorgsdepartementet sentralt i hovedstaden. Idet han tar plass ved enden av møtebordet, overrekker vi ham siste nummer av Utposten.

– Dette ser bra ut. Jeg har sans for faglige dugnadsprosjekter, sier statsråden mens han blikker gjennom bladet. Så går han rett på sak, til dagens samtaleagenda.

– La meg understreke at vi i Norge alltid har vært dyktige til å holde i hevd ambisjonen om å sikre et likeverdig helsetilbud i alle deler av landet. Det skal vi fortsatt gjøre, og det skal vi gjøre på kreative måter og gjennom samarbeid på ulike nivåer, slik at vi stimule-

FOTO: TOM SUNDAR



Statsråd Støre sammen med Mona Søndén fra Utpostens redaksjon. FOTO: TOM SUNDAR

rer leger og andre fagpersoner til å ta seg jobber der det er nødvendig – enten det er sentralt eller i utkanten, sier statsråden med karakterisk ettertrykk og overbevisning.

### **Førstelinjeforsvar**

Da Støre tidligere i år la frem sine ti punkter for bedre styring av sykehusene, unnlot han ikke å minne om at primærhelsetjenesten har en avgjørende rolle i norsk helsestell: «Primærhelsetjenesten må styrkes og tilpasses vår tid. Her har fastlegen en nøkkelfunksjon. Men fremtidens primærhelsetjeneste vil også ha større behov for helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer – for å nevne noen grupper. Bedre samspill, bedre samhandling», var statsrådets mantra.

Hva så med kapasiteten i fastlegeordningen? Ved inngangen til 2012 var det 4189 fastleger, dvs. en økning på 604 leger siden innføringen av fastlegeordningen i 2001. I en utredning fra 2008 konkluderte Helsedirektoratet med at det i de neste syv årene ville bli behov for 2700 nye fastleger. Legeforeningen,

på sin side, har uttalt at «dersom flere pasienter skal behandles på primærhelse- og kommunenivå, må allmennlegetjenesten videreutvikles og styrkes»<sup>1</sup>.

**UTPOSTEN: Den ene statsråden etter den andre har fremhevet fastlegenes nøkkelrolle – men når og hvordan vil vi få se en kapasitetsutvidelse av fastlegeordningen?**

– Jeg kom nettopp fra et møte med nordiske representanter, hvor vi har diskutert velferdsteknologi. Da reflekterte jeg over det jeg har lært gjennom 20 år i politikk og forvaltning, nemlig hvor forskjellig de nordiske landene egentlig er. Internasjonalt er det grunn til å si at disse landene er veldig like – for det er de jo, sett i global sammenheng. Men når du jobber nærmere med Norden, ser du at tradisjoner og forvaltning og måtene landene er innrettet på, er forskjellig.

– Det bringer meg til den konklusjon at hvordan landene ordner sine allmennlegetjenester på, og hvordan legene ivaretar den

nøkkelrollen de har i helsesystemet, tror jeg det finnes like mange ordninger for som det finnes land. Man kunne jo tro at over tid ville man bevege seg mot en enhetlig måte å gjøre dette på. Noen er redd for at EU skal bestemme for mye over et lands helsesystem. Men hvis det er noe EU ikke har gjort – for det har de ikke traktat til – er det nettopp en slik harmonisering.

– Så min første observasjon er at landene har sine egne tradisjoner. Vår tradisjon i Norge er å ha en pragmatisk velferdsstat. Den er også ideologisk i den forstand at den prøver å gi gode offentlige tilbud til hele befolkningen med mål om likeverdige tjenester. Den er et lappeteppes av offentlige og private løsninger, hvor allmennlegene i hovedsak er private med en stor grad av autonomi og avtaler med det offentlige. Noen vil kanskje innvende og si at fastlegeforskriften begynner å ta tak i denne autonomien – men det mener jeg er riktig og klokt. Likevel er det fortsatt slik at når fastlegen lukker sin kontordør, så trekker hun sine grenser: Det dreier seg om hvor mange pasienter hun har, hvor tilgjengelig hun er, om hun drar på sykebesøk og så videre.

<sup>1</sup> Gjessing H. Allmennlegeforeningen i Legeforeningen. Festskrift til AFs 75-årsjubileum, 2013.



Store vil senke terskelen for å rekruttere unge leger til fastlegeordningen, men han gir ingen fasitsvar på hvordan dette skal gjøres. FOTO: TOM SUNDAR

– Der jeg tror helsevesenet har sine store utfordringer og muligheter, er i det jeg kaller førstelinjeforsvaret – der medisinske problemstillinger blir tatt hånd om tidlig. La meg bruke en sportsmetafor: Kommer du som pasient inn i spesialisthelsetjenesten, har du brutt gjennom hele forsvaret. Men vi skal ha et forsvar som ser deg tidlig nok, så du helst ikke utvikler så alvorlige tilstander at du må inn på sykehus. I Norge må vi bygge på den ressursen som allmennlegene utgjør: gode generalister. På samme måte som jeg blir imponert av spesialister innen smale fagfelt, blir jeg imponert når jeg kommer inn på et legekontor og ser et diplom som bevitner at legen har tatt spesialisering i allmennmedisin.

### **For høy terskel for å bli fastlege**

Støre omtaler spesialiteten i allmennmedisin som «noe av det flotteste innen medisinen», samtidig som han påpeker at fagfeltet står overfor en rekke utfordringer.

– For det første: For mange fastleger er på min alder eller eldre enn meg. Vi trenger påfyll av unge leger. For det annet: Vi trenger flere fastleger for å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner. Og for det tredje: Vi trenger større grad av tverrfaglighet innen helsesektoren. Et eksempel er fra Vennesla, der man på samme sted har samlet fastleger, legespesialister, psykolog og fysioterapeut. Og her nærmer vi oss det jeg mener vi trenger i vårt moderne samfunn, nemlig tverrfaglige miljøer, «helsehus», der ulike fagpersoner beriker hverandre. Nå er vi i ferd med å styrke psykologtjenesten i kommunene og gi psykologer med avtale henvisningsrett. Jeg ønsker å få se mer samarbeid på tvers av faggrenser. Det vil komme brukerne – dem med sammensatte lidelser – til gode.

### **UTPOSTEN: Hvilke grep må til for å styrke allmennlegetjenesten?**

– Det viktigste virkemidlet er å skape motivasjon. Å bli fastlege oppleves av mange som

en høy terskel, fordi det innebærer investeringer i privat praksis og faglige utfordringer i å være alene om å møte pasientene. I våre budsjetter har vi bevilget rekrutteringstilskudd til allmennlegetjenesten i kommunene. I 2012 var tilskuddet 50 millioner og i 2013 er det 75 millioner. Vi skal evaluere hvordan disse virkemidlene kan finrettes – men nye tall viser en vekst i fastlegeordningen. Vi har hatt en netto økning på 90 nye fastleger siste år. Og jeg tror at når kommunene – i tråd med samhandlingsreformen – får et større medfinansieringsansvar, vil terskelen for rekruttering og nyansettelser senkes slik at veien inn blir enklere.

### **UTPOSTEN: Hva vil du og departementet gjøre for å styrke rekrutteringen til fastlegearbeid, ikke minst i distriktene?**

– I Nord-Norge og eksempelvis Kirkenes, opplever vi en «boom» i andre fagområder og sammenhenger. Det er ikke mangel på arbeid eller arbeidskraft som er utfordringen. Og det

skal ikke så veldig mye til for at disse trendene endres, også innen helsesektoren. Jeg er opptatt av at vi er årvåkne: De regionale helseforetakene, kommunene og departementet må følge med på utviklingen i landet – og sette inn spesielle tiltak der det er nødvendig. Vi har blant annet hatt et samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet om ulike virkemidler for å stimulere rekruttering innen helse.

**UTPOSTEN:** Det er et tankekors at vi i distriktene får færre søkere til utlyste legestillinger i kommunehelsetjenesten. Samtidig vet vi at flertallet av dagens unge leger er kvinner som er i en etableringsfase av livet og ønsker seg regulert arbeidstid. Hvilke tanker gjør statsråden seg om dette?

– Enhver arbeidsgiver må ta hensyn til tiden man lever i. I privat sektor ser vi at ansatte stiller andre krav, med ønske om mer familie- og fritidsliv, enn for 20–30 år siden. Den samme trenden gjelder i offentlig sektor. Skal man rekruttere motiverte leger – høyt utdannede mennesker som er villig til å påta seg et stort ansvar – må man tilrettelegge for at deres liv skal «gå opp». Fortsatt finnes det mange små fastlegekontorer, men spørsmålet er hvor lett det er å være så liten. Å investere i IKT-løsninger kan være problematisk for små enheter. Vi ser at mange unge, spesielt kvinnelige leger, synes at selvstendig næringsdrift som fastlege er tøft – og stadig flere søker mot en kommunal forankring. Dette er en utvikling vi må ha øynene åpne for. Jeg tror de viktigste rekrutteringstiltakene er å skape muligheter for samarbeid i større kontorfellesskap, fastlønnsordninger og mer fleksibel arbeidstid. Men kommunene er forskjellige og ulike løsninger må vurderes avhengig av hvilke utfordringer den enkelte kommune står overfor.

### **Samarbeidsløsninger**

Støre har uttalt at kjernen i samhandlingsreformen er å styrke kapasiteten for forebygging, se det enkelte mennesket tidlig og gripe fatt i helseutfordringene tidlig, før de blir til belastning for individet og før de genererer for høye kostnader for sykehus og samfunn. I tillegg skal kommunene overta en del av rehabiliteringen fra helseforetakene, og det skal bygges opp et øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Regjeringen har samtidig sagt at ingen sykehus skal nedlegges, men for små og marginaliserte sykehus kan disse endringene være truende. Det vil heller ikke være hensiktsmessig å bygge opp parallelle diagnostiske forløp i vertskommuner eller tilgrensende kommuner slik at det blir konkurranse med lokalsykehuset.

**UTPOSTEN:** Ser statsråden at dette er interesser som kan komme i konflikt med hverandre, og at oppbygging av et øyeblikkelig hjelp-tilbud kan være en utfordring for små sykehus?

– Jeg har ikke tenkt på det slik; at mindre sykehus som allerede er utsatt, kan bli tappet for ressurser. Men her er målet viktig og tilbudene må utvikles i fellesskap. Det som fungerer i Vennesla behøver ikke å fungere i Sør-Varanger. Avtalene mellom kommuner og helseforetak er helt sentrale virkemidler, og jeg opplever dem som «levende dokumenter» – en kommunikasjonsform som gir sykehus og kommuner bedre forutsetninger for å lære hverandre å kjenne og finne praktiske løsninger. Jeg har hørt noen si: «Nå har vi plutselig lært oss telefonnumrene til hverandre – som vi ikke visste før. Vi kommer sammen og løser utfordringene tidligere enn før.»

– Og husk, samhandlingsreformen er bare ett år gammel! Den vil bli løpende evaluert. Et av hovedspørsmålene blir da om medfinansieringsansvaret fungerer slik det skal. Det oppsiktsvekkende så langt, er hvor bra tiltaket har truffet på generell basis – men så er det noen steder hvor det kniper og smerter. Den type hensyn dere peker på, er viktig å vurdere. Vi trenger en stor grad av pragmatisme, men det finnes ingen mal eller oppskrift for hva som fungerer hvor, sier Jonas Gahr Støre.

### **RHFene må beholdes**

I samtalen med statsråden fremhever Utposten flere haker ved samhandlingsreformen; blant annet at etablering av rehabiliteringstilbud i små utkantkommuner vil være en utfordring på grunn av manglende faglig stabilitet og kompetanse. Begir vi oss for eksempel til Finnmark, hvor avstandene er store og bosettingen spredt, er interkommunalt samarbeid svært krevende. Dette er en bekymring mange kommuneoverleger deler i Utkant-Norge.

Vi peker på enda et paradoks, som ligger i sentralisering av legevakt – som er nødvendig for å gi legene levelige vaktordninger og befolkningen et godt tilbud – versus etablering av øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene. Her vil det – mener vi – bli en konflikt mellom desentralisering og sentralisering fordi opprettelse av slike senger avhenger av faglig forsvarlige legetjenester, noe som krever at legen har kort responstid og kan komme raskt til den syke.

**UTPOSTEN:** Ø-hjelpssenger skal gi minst like god ivaretagelse av pasienten som i sykehus, ifølge veilederen fra departementet, men lang vei til lege vil neppe gi et faglig forsvarlig tilbud. Har statsråden synspunkter på dette?

– Legevakt og den medisinske akuttkjeden er under debatt, og det med god grunn. Det står om livet og kritiske faser. Dette er en av grunnene til at jeg vil bevare den regionale modellen vi har i dag. Å drive spesialisthelsetjeneste i én region er noe annet enn i en annen region. Det ville være feil – og et historisk tilbakeskritt – om vi skulle nedlegge de regionale helseforetakene, og så bygge ut Helse- og omsorgsdepartementet. Vi i departementet er langt unna den virkeligheten dere beskriver, men jeg er trygg på at for eksempel Helse Nord og Helse Finnmark og kommunene de samarbeider med, kan finne pragmatiske løsninger tilpasset landsdelens utfordringer. Departementet vil være lydhør, så lenge jeg vet at vi ivaretar grunnleggende helsetilbud for befolkningen.

– Jeg begynte med å si hvor forskjellig vi er i Europa og i Norden. Men vi vil – og bør – av mange årsaker, være ganske forskjellig i Norge også, mens vi likevel kan opprettholde målet om et likeverdig tilbud. Det er viktig å legge prestisje til side og sikre befolkningen gode helsetilbud. I Finnmark er det eksempelvis strid om utbygging og lokalisering av helsetjenester, i og med at man har to sykehus og en Alta by som vokser. I Alta er 15–16 spesialiteter knyttet til sykestua. Jeg mener utviklingen vil vise at det kan åpnes for å ha flere, poenget er at her må man finne frem til gode lokale samarbeidsløsninger. Uten et regionalt helseforetak, ville interessekampen vært spissere og den lokale striden enda hardere.

– Skulle man fjerne de regionale helseforetakene, er det uten tvil distriktene som ville tape på det. Den norske helsedebatten er dominert nok som den er av hovedstadsregionen, og hvis beslutningstakerne også skal samles her, vil det være uheldig.

### **Nødvendige omstillinger**

Jonas Gahr Støre overtok posten som helseminister 21. september i fjor, bare tre uker etter at hans forgjenger Anne-Grethe Strøm-Erichsen hadde lagt frem endelig versjon av den nye fastlegeforskriften. Det var etter mange måneders dragkamp mellom departementet og Legeforeningen om innhold og ordlyd i forskriften. Underveis i prosessen – eller mangel på sådan, vil mange si – hadde landets fastleger samlet seg i en massiv protestaksjon. Budskapet fra legene var entydig: En forskrift som forelått ville gjort det umulig å fortsette som fastlege<sup>2</sup>. Departementet fikk flengende kritikk for sin håndtering av arbeidsprosessen rundt forskriften og mange leger kom med mistillitserklæringer.

<sup>2</sup> Hansen TE. Samhandlingsreform og revidert fastlegeforskrift. Festskrift til AFs 75-årsjubileum, 2013.



Å være helseminister er en anledning til å stifte nært bekjentskap med landet, med menneskene og et usedvanlig engasjement for pasienter, fag og samfunn, sier statsråden.

FOTO: TOM SUNDAR

**UTPOSTEN:** – Hva har du som helseminister å si til fastlegene, nå som støyen har lagt seg?

– Jeg kan ikke kommentere en prosess jeg ikke var en del av. Men jeg har sagt at en del av de omstillingene som helsevesenet går gjennom, er nødvendige. Slike prosesser kommer til å fortsette fordi vi er en befolkning i vekst. Det vil bli omstillinger i sykehusstruktur og ressursgang. Min metode i omstillingsarbeid er – så langt det er mulig – å ha inkludering, dialog og «lufting». Ta for eksempel mine ti punkter for bedre sykehus, lansert under min sykehustale 30. januar: Mange av disse punktene har kommet etter møter med ansatte og tillitsvalgte på sykehus. Jeg har god dialog med de ansattes organisasjoner og får klare tilbakemeldinger. Det betyr ikke at vi er enig om alt, men det er veien vi må gå – via dialog.

– Men jeg vil også skyve ballen tilbake til fastlegene. De utfører et viktig samfunnsopdrag. De har avtale med det offentlige, er finansiert av det offentlige, og må derfor også inngå som en del av lover og forskrifter. Jeg har møtt fastleger som nærmest har funnet det litt støtende at det må komme en forskrift som bærer deres navn og som setter rammer for hvilken måte de skal arbeide på. Men jeg tror både de og oss andre – pasientene ikke minst – kan leve godt med det. Kanskje mønes vi alle av disse erfaringene, uten å bli fratt stoltthet og integritet?

– Vi kommer til å trenge mer tverrfaglig-

het og avansert samspill mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Et mål for meg – som skal forsøke å være ombudsmann for pasientene – er å si at pasienten skal slippe å oppleve at hun går over en grense, fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Dette er særlig utfordrende for pasienter innen rus og psykiatri, som pendler mellom ulike behandlingsinstanser. Vi som arbeider i systemet må finne ut av tingene oss imellom – enten vi er stat eller kommune – men pasienten skal måtte slippe å føle at «nå er jeg plutselig på helt annen grunn».

### **Tøffe tak**

Ingen vil bestride at helseministeren har en krevende politisk post – der agendaene er mange og interessekonfliktene ofte store. Hvordan opplever han å bevege seg i et så komplekst terreng?

– Det er krevende, men jeg opprettholder mitt tidligere entusiastiske utsagn: «Å være helseminister er en drøm for en politiker.» Det er en anledning til å stifte nært bekjentskap med landet, med menneskene, med et usedvanlig engasjement for pasienter, fag og samfunn, med kunnskapene, med en enestående teknologisk utvikling, med hvordan vi i praksis gjennomfører hevdbundne prinsipper om likeverd og like rettigheter. En helseminister får sterke inntrykk, på samme måte som de som jobber i frontlinjen i helsevesenet.

I så måte må jeg også klare å beskytte meg selv – på den måten at jeg skal ta beslutninger som veier mange hensyn mot hverandre, og som samtidig ivaretar disse hevdbundne prinsippene. Og jeg synes i all hovedsak at vi har vært gode til det i Norge. Vi har et helsevesen som står seg bra i internasjonale sammenlikninger, som leverer gode resultater og gir trygghet i befolkningen, sier Jonas Gahr Støre.

Om sin egen overgang fra utenriks- til helsepolitikk, har han sagt: «Mange har en mening om utenrikspolitikk, men alle har en erfaring med helse. Vi setter store verdier inn for å drive sykehusene våre. Det står om livet. Intet mindre.»

Derfor er han overrasket over den harde tonen i en del av samfunnsdebatten rundt helse:

– I diplomatiet har landene over tid utviklet en høflighetsnorm, der man til og med erklærer hverandre krig med høflighetsfraser. I helsevesenet – hvor det handler om å redde liv og hjelpe mennesker – kan det være en ganske brutal tone mellom profesjoner og ulike aktører. Det gjør inntrykk på meg. Når vi skal gjøre noe som i utgangspunktet er sammensatt og utfordrende enda bedre, blir det ofte til at vi må male det veldig svart før vi igjen kan løfte det – og få budskapet ut. Svartmaling yter ikke rettferdighet til de hundretusener som jobber der ute, avslutter regjeringens helsediplomat.



## Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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.



# Ramadan, diabetes og allmennlegens rolle

■ ARILD AAMBØ lege og seniorrådgiver ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI / [www.nakmi.no](http://www.nakmi.no))

Å videreføre en religiøs tradisjon under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende. Den rituelle fasten under muslimenes Ramadan er en slik tradisjon, og den praktiseres i dag av muslimer over hele verden. På våre nordlige breddegrader kan lange dager og lyse netter gjøre det spesielt vanskelig å følge Koranens angivelser. Men faste i seg selv er ikke uproblematisk i et helseperspektiv, for eksempel dersom pasienten har diabetes. Hva bør allmennleger vite – og hva er allmennlegens ansvar og muligheter for innflytelse?



Arbeidsinnvandringen fra bl.a. Tyrkia, Pakistan og Marokko på 1970-tallet var begynnelsen til det religiøse og kulturelle mangfold vi har i dagens Norge. ILLUSTRASJONSFOTO: ARILD AAMBØ

### Fra arbeidsinnvandring til religiøst mangfold

Da Norge på begynnelsen av 70-tallet begynte å ta imot arbeidsinnvandrere fra Pakistan, Tyrkia og Marokko ante vi lite om det kulturelle mangfoldet som i dag kjennetegner de fleste europeiske land. Ifølge Statistisk sentralbyrå har nå over 700 000 personer – eller 14 prosent av Norges innbyggere – innvandrerbakgrunn. De kommer fra mer enn 250 land – noen som flyktninger og asylsøkere, flere og flere som arbeidsinnvandrere eller familiegjenforente, og ca 120 000 personer med inn-

vandrerbakgrunn er født i Norge av innvandrereforeldre. Innvandrere er i økende grad etterspurt arbeidskraft, men de kommer hit som hele mennesker, som personer, og har det til felles at de i migrasjonsprosessen har gjennomlevd – og fortsatt gjennomlever – store endringer. Ikke bare møter de nye mennesker, et nytt språk og andre skikker og verdier, men de må forholde seg til et annet klima, et annet landskap, til andre institusjoner, politiske føringer og strategier, og de konfronteres med former for tjenesteyting og deltakelse som for noen kan virke ganske så fremmedartet. I

denne omfattende tilpasningsprosessen blir religionen ofte det viktigste – noen ganger det eneste – faste holdepunktet utenfor en selv<sup>1</sup>. Religiøse tradisjoner og ritualer endres langsomt. Høytider gjentas regelmessig og forutsigbart. Slik bidrar religionen til stabilitet. I et integreringsperspektiv er dette viktig, fordi når noe er stabilt, forutsigbart og trygt kan det gjøre tilpasningsprosessen på andre områder lettere og mindre smertefull.

<sup>1</sup> I Norge er det i dag ca 100 000 registrerte muslimer, 15 000 buddhister og ca 9000 med annen religion.

I dagens Norge er helsearbeidere ikke vant til å se sykdom og lidelse i et religiøst perspektiv, og i møte med andre religioner (som de færreste har inngående kjennskap til) kan utfordringene bli særlig store. Den mer eller mindre obligatoriske fasten under den muslimske høytiden Ramadan<sup>2</sup> er for mange helsearbeidere en slik utfordring (1).

### **Muslimere må respektere fasten, men i praksis finnes unntak**

Ifølge den islamske lovtradisjonen (*fiqh*) er alle ansvarlige muslimer forpliktet til å faste under Ramadan, den niende og helligste måneden i den islamske kalenderen. Fasten (*sawm*) innebærer at den troende avholder seg fra mat, drikke, tobakk, medisinnntak og intimt samvær fra daggry til solnedgang, med intensjon om tilbedelse. Det er detaljerte regler for hvem som kan faste, hvor lenge, hva som kan gjøre fasten ugyldig, og videre hvordan dette kan kompenseres for (2). Selv om det er enkelte forskjeller de ulike islamske lovskolene imellom når det gjelder hvordan reglene skal praktiseres, synes det å være enighet om at kvinner som menstruerer eller er i barsel *ikke skal* faste. En person på reise, barn, kvinner som er gravide eller ammer, og personer som er syke og hvor det fryktes at sykdommen kan bli verre eller at bedring kan forsinkes ved faste, er *ikke pålagt* faste. I de fleste tilfeller forventes det da at fasten tas igjen på et senere tidspunkt. Det er imidlertid sterke religiøse føringer for å gjennomføre den foreskrevne fasten. Løftene om belønning for den som oppriktig faster under Ramadan er særlig store, både for det nåværende liv og for det hinsidige. Noen argumenterer også med at det er sunt å faste. Mange muslimer, som ifølge *fiqh* kan fritas, faster derfor likevel – selv om de har en påvist sykdom – ofte i strid mot legers råd. Således antyder en studie fra USA (3) at 60–90 prosent av muslimske kvinner faster selv om de er gravide. En større epidemiologisk studie som omfattet 13 land (4), viser at over 40 prosent av pasienter med type 1-diabetes og nærmere 80 prosent av pasienter med type 2-diabetes faster i minst 15 dager under Ramadan. Kun 55 prosent av pasienter med type 2-diabetes var i denne studien enige i at de ikke behøvde å faste under Ramadan.

Men å videreføre en religiøs tradisjon under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende (5, 6). På våre nordlige breddegrader kan lange dager og lyse netter gjøre det spesielt vanskelig å følge Koranens angivelser. Nord for polarsirkelen er det om



Verdens nordligste moské ligger i Tromsø. Muslimene her følger samme bønne- og fastetider som i Mekka.

sommeren meningsløst å snakke om daggry og solnedgang. I dag bor det mange muslimer også her. Siden fasten har sterkt tilstrebede sosiale virkninger er det ikke ønskelig med 'individuelle løsninger', slik Sande antyder (5), og det er en uttalt målsetting for Islamsk Råd Norge å nå frem til konsensus om retningslinjer som kan regulere faste- og bønnetider lokalt hvor dagene er lange og nettene lyse. Al-Noor-moskeen i Tromsø, som er verdens nordligste, følger da inntil videre samme bønne- og fastetider som i Mekka. Lengre sør følges «nærmeste sted med normal natt» – det vil i praksis si Oslo.

### **Hva sier forskningen om helsemessige konsekvenser av faste?**

Den fysiologiske effekten av kalori restriksjon og intermitterende faste har de siste årene fått mye oppmerksomhet, også i fagpressen. Et par nyere oversiktsartikler (7, 8) slår fast at intermitterende faste (reduert antall måltider) og kalori restriksjon medfører lengre levetid og økt motstand mot aldersrelatert sykdom hos dyr (gnagere og aper), og bedret helse blant overvektige mennesker, trolig gjennom de samme biologiske mekanismene som fysisk aktivitet. Så langt har det vært vanskelig å dokumentere entydig effekt på biologiske markører hos mennesker, men enkelte studier viser at intermitterende faste kan virke gunstig på blodsukker, insulinnivå og HDL-kolesterol (9). En del studier viser også at færre måltider øker appetitten og reduserer

metthetsfølelsen (10). Under Ramadan kompenseres dette gjerne ved at en i løpet av de timene en *kan* spise gjerne inntar store måltider. Disse er vanligvis rike på fett og søtsaker. På grunn av disse endringene i matens sammensetning er det usikkert hvorvidt den rituelle fasten under Ramadan gir de ønskede fysiologiske virkningene. Det som imidlertid synes å være sikkert er at for voksne, friske mennesker medfører slik faste ikke noen helsemessige risiko, selv ikke når fasten strekker seg over 20 timer. Men det stiller seg annerledes ved sykdom.

### **Faste og diabetes**

Flere norske studier viser at diabetes type 2 forekommer betydelig hyppigere blant innvandrere, og spesielt blant pakistane og sri-lankere (11). Blant pakistanske kvinner forekommer diabetes mer enn 14 ganger så hyppig som i befolkningen for øvrig (12). Det synes derfor særlig viktig å studere mulige negative virkninger av fasten hos de som har denne sykdommen. Internasjonalt har det vært gjennomført mange slike studier, men det har vært vanskelig å sammenligne resultatene, ikke bare på grunn av ulike forskningsmetoder, men fordi tidspunktet for prøvetaking ikke alltid var sammenlignbart, det var lokale forskjeller i matvaner og matens sammensetning, ulike klima- og temperaturforhold og ikke minst når på året Ramadan fant sted, som gir ulik lengde på fasteperioden (fra 14 til 20 timer). Resultatene av denne fors-

2 1 2013 starter Ramadan ca 8. juli og varer i 30 dager.

kningen er derfor sprikende. Mens flere studier viser at faste under Ramadan ikke fører til biokjemiske endringer hos pasienter med type 2 diabetes, viser således andre studier tegn til bedring og atter andre tegn til forverring av sykdommen (13).

Den før omtalte epidemiologiske studien (4) viser imidlertid at forekomst av alvorlige hypoglykemiske episoder økte betydelig både for type 1- og type 2-diabetes under Ramadan, sammenlignet med andre måneder i året. For type 2-diabetes økte også antall episoder med hyperglykemi/ketoacidose. Faste er for diabetikere således forbundet med betydelig risiko, spesielt uttalt for type 1-diabetikere. Dersom diabetikere ønsker å faste, er det derfor grunn til både stor forsiktighet og god oppfølging.

### **Anbefalinger for håndtering av diabetes under Ramadan**

Faste er, som nevnt, en religiøs forpliktelse for alle ansvarlige muslimer og belønningen for å gjennomføre faste selv under sykdom forventes å være særlig stor. Mange faster derfor selv om de i følge den islamske lovtradisjonen kan la være. Dette gjelder særlig de som har diabetes type 2. Denne situasjonen har ført til at en i flere land, deriblant Norge (Helsedirektoratet og Diabetesforbundet), har utarbeidet råd for håndtering av faste under Ramadan for så vel pasienter som leger. I det følgende vil slike anbefalinger kort oppsummeres.

### **Forberedelseskurs for pasienter med diabetes som likevel vil faste**

Enkelte nyere, kontrollerte studier har vist at et totimers kurs om diabetes og diabeteskontroll gjennomført i mindre pasientgrupper (opp til 15 personer) én til to måneder før Ramadan setter inn, gjerne i samarbeid med en ressursperson fra det aktuelle miljøet, og hvor deltakerne involveres mest mulig i undervisningen (for eksempel ved at det settes av rikelig tid til individuelle spørsmål og svar) har hatt god effekt. Kursene fører til betydelig redusert risiko for hypoglykemiske episoder, reduserer overvekt, og gir på sikt lavere HbA1c. Slik virkning har vedvart inntil ett år etter fasteperioden (14, 15). Denne type forberedelseskurs kan med små midler gjennomføres lokalt, gjerne av legens medarbeidere. Helsedirektoratets råd (gjengis under i egen boks) kan i denne forbindelse fungere som disposisjon for undervisningen.

### **Risikovurdering**

I det følgende vil jeg konsentrere meg om allmennlegens ansvar og muligheter for innflytelse. Det må da først påpekes at det ikke er opp til legen å avgjøre hvorvidt en pasient

skal faste eller ikke. Det må pasienten bestemme selv, eventuelt i samråd med sin religiøse veileder. Men for pasienten er dette en viktig avgjørelse, og vedkommende vil kunne trenge – og mange ønsker også – legens råd. Legen bør da i god tid før Ramadan foreta en risikovurdering som kan danne grunnlag for det videre samarbeidet. I vurderingen bør inngå så vel pasientens generelle helsetilstand som blodtrykk, blodsukkerverdier og lipidverdier. *International Islamic Fiqh Academy* og

*The Islamic Organization for Medical Sciences* har i samarbeid kommet frem til at pasienter kan deles inn i fire grupper etter risiko (16):

**KATEGORI 1: Svært høy risiko for alvorlige komplikasjoner.** Dette er pasienter som har hatt en episode med alvorlig hypoglykemi de siste tre måneder før Ramadan, pasienter som har hatt gjentatte episoder med hypo- eller hyperglykemi, eller tilfeller hvor pasienten har vansker med å gjenkjenne symptomer på hypoglykemi. Dessuten hører pasienter med annen

Å videreføre en religiøs tradisjon som Ramadan under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende.





Millioner av muslimer verden over faste selv under graviditet, barsei og sykdom fordi gevinsten da menes å være spesielt stor. Dette kan skape helsemessige problemer. ILLUSTRASJONSFOTO: ARILD AAMBØ

## Helsedirektoratets råd til pasienter med diabetes under Ramadan

- **MEDIKAMENTER:** Alle med type 1 diabetes og halvparten av de som har type 2 bruker insulin. Insulin er livsviktig for pasienter med diabetes. Mange av disse har i tillegg hjerte-karsykdommer og høyt blodtrykk. Bruker pasienten medikamenter, skal han/hun fortsette med dette også under ramadan. Hvis pasienten velger å faste bør hun/han planlegge med legen reduksjon av blodsukkensenkende medikamenter, ofte en reduksjon til 30-50 % av vanlig dose.
  - **BLODSUKKERMÅLING:** Pasienter med diabetes, som på tross av råd velger å faste, må måle blodsukker jevnlig. Dette gjelder spesielt pasienter med diabetes type 1 og personer med diabetes type 2 som har behov for insulin. Blodsuktermåling bryter ikke fasten. Det er viktig å ha god kontroll på blodsukkeret.
  - **MAT:** Inntaket av mat er ofte stort når man først bryter fasten. Høyt matinntak bør unngås pga økt risiko for hyperglykemi.
  - **FARE FOR DEHYDRERING:** Pasienter som har høyt blodsukker og/eller bruker vandrivende medisiner har ofte høy diurese. Under ramadan i år kan det i tillegg bli varmt. Begge deler kan øke fare for dehydrering.
  - **FYSISK AKTIVITET:** Normal fysisk aktivitet bør opprettholdes. Samtidig må pasienten gjøres oppmerksom på faren for hypoglykemi ved fysisk aktivitet.
  - **AVBRYTE FASTE:** Alle pasienter som prøver å faste til tross for sykdom, bør rådes til å bryte fasten dersom blodsukkeret faller under 4.0 mmol/l da dette kan være til fare for liv og helse.
- Råd om ernæring, fysisk aktivitet, røykeslutt og søvn – knyttet til Ramadan**
- Ramadan er en fin anledning til å endre dårlige levevaner ved å ta riktige og sunne valg.

akutt sykdom, de som må utføre hardt fysisk arbeid, kvinner som har hatt diabetes under svangerskapet, samt alle med type 1-diabetes med i denne gruppen.

**KATEGORI 2: Høy risiko for komplikasjoner.** Denne kategorien omfatter pasienter hvor sykdommen har vært vanskelig å regulere, pasienter som har nyresvikt eller karsykdom og pasienter som bør alene mens de blir behandlet med insulin eller sulfonyleurea (eller andre midler som stimulerer insulinfrigjøring da disse lettere gir hypoglykemiske episoder). Dessuten eldre pasienter som i tillegg til diabetes har an-

dre sykdommer eller nedsatt kognitiv funksjon.

**KATEGORI 3: Moderat risiko for komplikasjoner.** Dette dreier seg om pasienter som lever under ordnede og stabile forhold, og hvor sykdommen blir tilfredsstillende kontrollert med orale hypoglykemiske midler som gir økt insulinfrigjøring (for eksempel sulfonyleurea).

**KATEGORI 4: Liten risiko for komplikasjoner.** Dette er pasienter som lever under stabile og ordnede forhold og hvor sykdommen blir kontrollert gjennom diett eller midler som øker insulin sensitiviteten (for eksempel metformin eller glitazoner).

En slik inndeling kan gjøre det lettere for legen å komme med fornuftige anbefalinger. Basert på en slik vurdering bør legen gi saklig og nøktern informasjon om risikoen ved å gjennomføre faste, og ved høynet risiko også vise sin bekymring.

## Løpende blodsukkerkontroll

Dersom pasienten likevel bestemmer seg for å faste, bør legen legge til rette for at fasten kan gjennomføres så trygt som mulig. Selv om diabetesomsorgen må individualiseres og derfor vil variere fra pasient til pasient, er det et par viktige prinsipper å ta i betraktning. Først og fremst bør pasienten være i en stabil fase når fasten setter inn. Det vil i noen tilfeller medføre at diett og/eller medisiner må reguleres. Videre er det særlig viktig at pasienten selv kan gjennomføre gjentatte blodsukkermålinger i løpet av de timene han eller hun faste. Slike målinger bryter ikke fasten (2) og de gir et bilde av hvordan blodsukkeret varierer i løpet av dagen. Spesielt viktig er det å gjennomføre et slikt opplegg dersom pasienten står på insulin. Pasientene må videre instrueres i å bryte fasten dersom blodsukkeret synker under en viss verdi. I Helsedirektoratets anbefalinger settes denne grensen til 4.0 mmol/l. Andre setter grensen noe lavere, og anbefaler først at fasten brytes dersom blodsukkeret de første timene etter at fasten inntreffer (ved daggrø) synker til under 3,9 – eller senere utover dagen til 3,3–3,5 (15). Fasten må også brytes dersom blodsukkernivået overstiger 16,7 mmol/l eller dersom pasienten ikke føler seg bra.

## Regulering av kost og medikamenter

Under selve Ramadan kan det videre, basert på blodsuktermålinger, være aktuelt å justere tidspunkt og dose for antidiabetisk medikasjon. For eksempel blir det anbefalt at to tredjedeler av metformindosen tas til måltidet ved solnedgang og én tredjedel ved måltidet før daggrø (15), men dette kan måtte justeres underveis.

Ramadan medfører store endringer i spise-mønster, og mange helseproblemer antas å skrive seg fra usunn kost, overspising og/eller mangel på søvn. En bør derfor tilstrebe at hva og hvor mye pasienten spiser under Ramadan ikke er vesensforskjellig fra et vanlig, godt balansert kosthold. Store mengder søtsaker og fett, spesielt ved måltidet etter solnedgang, bør unngås. Men igjen er det viktig også å ha forståelse for at Ramadan er en utpreget sosial høytid, og at det da kan være særlig vanskelig for en diabetiker å insistere på å spise mat som er forskjellig fra hva de andre i familien spiser.

Normale mengder fysisk aktivitet tolereres vanligvis bra, men store anstrengelser bør unngås. Vær oppmerksom på faren for dehydrering.

### **Er det legens ansvar at pasienten faster trygt?**

For noen allmennpraktikere vil det kanskje føles rart og fremmed å skulle engasjere seg i hvordan deres pasienter gjennomfører fasten under Ramadan, spesielt når pasienten insisterer på å faste både mot legens råd og uten at deres religion påbyr det. Men når en tar i betraktning fastens betydning i Islam, den viktige betydningen religionen har i tilpasningsprosessen, at diabetes er en svært utbredt sykdom i mange innvandremiljø, og at millioner av muslimer verden over faster selv under sykdom fordi gevinsten da menes å være spesielt stor, har flere og flere innsett at det er en naturlig oppgave for allmennpraktikeren å bidra til at fasten kan forløpe så trygt som mulig. Dessuten er det verdt å merke seg at en vellykket faste, også fra et medisinsk synspunkt, kan være et svært godt utgangspunkt for senere endring av kosthold og/eller livsstil.

Det dreier seg således ikke så mye om «de andres kultur» som om vår vilje og evne til å komme våre pasienter i møte, og forholde oss til dem som religiøse individer som også er

interessert i å ivareta sin helse på best mulig måte. Det dreier seg om hvordan vi, som helsearbeidere, møter det mangfoldet vi står i til daglig og vår evne til å tilpasse oss arbeidsoppgaver som hittil har vært ukjente for oss. Det handler om å møte våre pasienter som hele mennesker, anerkjenne religionen som kilde til svært tiltrengt stabilitet, og på dette grunnlag bidra til at våre muslimske pasienter kan innrette sine liv i samsvar med sin religiøse overbevisning.

#### **REFERANSER**

1. Pathy R et al. Health is a spiritual thing: perspectives of health care professionals and female Somali and Bangladeshi women on the health impacts of fasting during Ramadan. *Ethnicity & Health* Vol. 16, No. 1: 43–56.
2. Pirzada SMH. Fiqh om fasten. Kapittel i Imdadal-Fiqh – oversatt av Najeeb-ur-Rehman Naz. Oslo: World Islamic Mission Norway. [www.wim.no/images/stories/PDF/fiqh\\_om\\_fasten\\_web.pdf](http://www.wim.no/images/stories/PDF/fiqh_om_fasten_web.pdf).
3. Robinson T, Reisler J. «Each One Is a Doctor for Herself»: Ramadan Fasting Among Pregnant Muslim Women In The United States. 2005: *Ethnicity & Disease* Vol. 15: 99–103.
4. Salti I et al (2001). A Population-Based Study of Diabetes and Its Characteristics During the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries.
5. Sande H (1991). Muslims under the midnight sun *Nordic Journal of Psychiatry* Vol. 45, No. 4: 243–245.
6. Sigurdsson K (2012). Ramadan in Iceland – a spiritual and social process [http://skemman.is/stream/get/1946/13346/32018/1/Kristjan\\_Th\\_Sigurdsson\\_Ramadan\\_in\\_Iceland.pdf](http://skemman.is/stream/get/1946/13346/32018/1/Kristjan_Th_Sigurdsson_Ramadan_in_Iceland.pdf).

7. Mattson MP, Wan R. (2005). Review: Beneficial effects of intermittent fasting and caloric restriction on the cardiovascular and cerebrovascular systems. *Journal of Nutritional Biochemistry* Vol. 16: 129–137.
8. Martiny B et al (2006). Review: Caloric restriction and intermittent fasting: Two potential diets for successful brain ageing *Ageing Research Reviews* Vol. 5: 332–353.
9. Varady KA, Hellerstein MK (2007). Alternate-day fasting and chronic disease prevention: a review of human and animal trials. *American Journal for Clinical Nutrition* Vol. 86: 7–13.
10. Leidy HJ, Campbell WW (2010). The Effect of Eating Frequency on Appetite Control and Food Intake: Brief Synopsis of Controlled Feeding Studies *The Journal of Nutrition* doi: 10.3945/jn.109.114389.
11. Blom S (2008). *Innvandrerers helse 2005/2006*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
12. Kumar B et al (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile* Oslo: Folkehelseinstituttet.
13. Benaji B et al. (2006) *Diabetes and Ramadan: Review of the literature* *Diabetes Research and Clinical Practice* Vol. 73: 117–125.
14. Bravis V. et al (2010). Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for Muslims with Type 2 diabetes who fast during Ramadan. *Diabetic Medicine* Vol 27: 327–331.
15. Al-Arouj M et al (2010). Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan. *Diabetes Care*, Vol. 33, No. 8: 1895–1902.
16. Beshyah SA (2009). Fasting During The Month of Ramadan for People With Diabetes: *Medicine and Fiqh United at Last* *Ibnosia Journal of Medicine and Biomedical Sciences* Vol. 1, No. 2: 58–60.



# FAQ for fastlegen om LDN

■ GUTTORM RAKNES • lege, spesialist i farmakologi,  
forsker II UniHelse, Senter for legevaksmedisin

**Etter et innslag i TV2-programmet «Vårt lille land» i mars i år har interessen for LDN eksplodert. Nevrologer, revmatologer og allmennleger merker stort påtrykk fra pasienter for å få resept, og i sosiale medier uttrykker pasienter sterk frustrasjon over fastlegenes varierende forskrivningspraksis. Enkelte leger vil under ingen omstendighet skrive ut naltrekson på ikke-godkjent indikasjon, mens andre foreslår behandlingen til enkelte pasienter på eget initiativ. Her diskuteres noen sentrale spørsmål rundt fenomenet LDN.**

## Hva er LDN?

LDN er en forkortelse for lavdose-naltrekson. Normal peroral dose av opioidantagonisten naltrekson ved de opprinnelige indikasjonene (alkohol- og opioidavhengighet) er 50 mg, mens LDN defineres som naltreksondoser på lavere enn ti prosent av dette.

Behandlingen har til nå vært mest brukt ved autoimmune sykdommer, særlig multipel sklerose (MS). Interessen for LDN er sterkt økende ved fibromyalgi, ME og andre medisinske uforklarte plager og sykdommer (MUPS). Det er også eksempler på at pasienter med HIV og ulike kreftformer har fått LDN. Listen over tilstander hvor LDN hevdes å ha effekt, er lang og nærmest utømmelig.

Det er ingen entydige doseanbefalinger, men det er mest vanlig å trappe langsomt opp med en kvart tablett (0,75 mg) om gangen inntil ønsket effekt er oppnådd. I LDN-miljøet anbefale ofte at behandlingen må forsøkes i 9–12 måneder før man kan slå fast at det ikke har noen effekt, selv om noen pasienter opplever å bli umiddelbart bedre.

En postulert virkningsmekanisme er at delvis blokkering av opioidreseptorene med lave doser naltrekson gir økt produksjon av endorfiner, som igjen utløser en rekke gunstige immunmodulerende effekter medierte av opioidreseptorer. Selv om det er noen *in-vitro*- og dyrestudier som til en viss grad underbygger hypotesene til LDN-tilhengerne, kan teoriene ikke sies å være allment akseptert. Forskningen springer ut fra et relativt lite fagmiljø, og sentrale forskere har tidligere eid patenter knyttet til LDN.

## Virker LDN?

Svaret på dette er foreløpig usikkert. Så langt domineres informasjonen om LDN av positive erfaringer fra LDN-entusiaster. På Facebook-gruppen «LDN Norge» kan man lese om pasienter med en rekke ulike diagnoser som rapporterer om forbløffende effekt av behandlingen, men også om mange som ikke merker noen forskjell eller opplever forverring etter oppstart. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) har registrert 15 eksepsjonelle sykdomsforløp hos MS-pasienter som har brukt LDN. I henhold til NAFKAMs retningslinjer førte dette til at de nevrologiske forskningsmiljøene i Norge i juni 2012 ble underrettet om sykdomsforløpene og oppfordret til å sette i gang forskning på LDN ved MS (1).

Det er ikke gjort kliniske studier av tilstrekkelig høy kvalitet til å slå fast at LDN er effektivt ved noen tilstand. Enkelte mindre studier av varierende kvalitet antyder effekt på subjektive plager ved ulike tilstander. I en liten, randomisert, blindet placebokontrollert studie hos pasienter med aktiv Crohns sykdom, fant man signifikant bedring etter 12 uker i endoskopiske og histologiske parametere i gruppen som fikk 4,5 mg naltrekson (n=18) sammenlignet med placebogruppen (n=16) (2). Effekten av LDN på livskvalitet ved MS har blitt undersøkt i to placebokontrollerte, dobbeltblindede studier med svært likt design. Konklusjonen fra disse studiene står i direkte motsetning til hverandre (3, 4).

I en fersk overkrysningsstudie ble 31 kvinner med fibromyalgi randomisert til enten 4,5 mg naltrekson eller placebo. Kvinnene som

fikk LDN rapporterte om signifikant forbedring i selvrapportert smerte, stemningsleie og generell tilfredshet sammenlignet med placebo, men det ble ikke sett effekt på søvn eller fatigue (5).

Amerikanske TNI BioTech overtok i 2012 patenter som gjelder LDN, og planlegger nå fase-III-studier som forhåpentligvis vil avklare om LDN har effekt. Direktøren for firmaet har forpliktet seg til å holde prisen for LDN under en amerikansk dollar per dag. Håpet er at antallet brukere blir så stort at det likevel blir penger å tjene.

## Hva mener fagmiljøene om LDN?

I etterkant av TV2-saken har det vært få spesialister som har uttalt seg offentlig. Nasjonalt kompetansesenter for multipel sklerose har slått fast at LDN ved MS ikke kan anbefales på grunn av manglende dokumentasjon på effekt, verken på sykdomsutvikling eller symptomer, og advarer mot å stoppe pågående immunmodulerende behandling for å starte med LDN (6).

Statens legemiddelverk verken anbefaler eller fraråder lavdosert naltrekson, og legger i sin informasjon til legene vekt på at legene selv må sette seg inn i dokumentasjonen på bruk av naltrekson ved ikke-godkjente indikasjoner (7).

## Er LDN farlig?

Sannsynligvis ikke. Flere tiårs erfaring med bruk av naltrekson har ikke gitt holdepunkt for at det er alvorlige bivirkninger, verken på kort eller lang sikt. Høye doser er assosiert med stigning i levertransaminaser, og hos pasienter med alvorlig leversykdom er det grunnlag for å være tilbakeholden med naltrekson. Endret søvnmønster med livlige drømmer og mareritt er blant de hyppigste subjektive bivirkningene.

Den største faren er at noen pasienter uten å rådføre seg med lege velger å bråslutte med annen behandling når de starter på LDN. Resultatet kan bli forverring av grunnsykdom eller problematiske seponeringsproblemer hos pasienter som har brukt opioider eller glukokortikoider over lang tid.

Det er liten erfaring med bruk av naltrekson under svangerskap, og leger bør være tilbakeholdne med å forskrive LDN til gravide.



# Lavdose-naltrekson (LDN) ved multippel sklerose (MS)

KJELL-MORTEN MYHR

Professor/Overlege • Institutt for klinisk medisin 1, Universitetet i Bergen og Norsk MS-Register og Biobank, Nevrologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

## Naltrekson

Naltrekson er i «vanlige» doser på 50 mg en opioid antagonist som tidligere var godkjent for behandling av narkotikamisbruk. Lavdose-naltrekson (LDN) er imidlertid rapportert å kunne midlertidig blokkere opioid-reseptorer og gjennom det indusere b-endorfiner og opioid-reseptorer i dyremodeller. b-endorfiner kan blant annet virke på hypothalamiske nevroner som kan influere stemningsleie og smerte.

## Lavdose-naltrekson (LDN) og multippel sklerose

LDN har over lengre tid vært brukt i flere pasientgrupper med kronisk sykdom, deriblant multippel sklerose (MS). Det hevdes at behandlingen har effekt på forskjellige MS-symptomer som eksempelvis smerter og følesansforstyrrelser, fatigue, spastisitet og blæredysfunksjon. Noen hevder også at LDN påvirker selve sykdomsutviklingen relatert til angrep og progresjon av funksjonssvikt. Problemstillingen ble nylig igjen aktualisert etter oppslag på TV2<sup>1</sup> og fornyet aktivitet på en «LDN-lobbyist»-nettside<sup>2</sup>.

Til nå foreligger det imidlertid ingen dokumentasjon for slik effekt av LDN ved MS. Det er publisert tre PubMed-indekserte kliniske studier og i tillegg to MS-dyremodellstudier som omhandler LDN-behandling. De kliniske studiene inkluderer to fire-måneders placebo-kontrollerte cross-over undersøkelser av LDNs effekt på livskvalitet, og en tredje åpen studie over seks måneder evaluerer sikkerhet og tolerabilitet – med tillegg av MS-relaterte symptomer. Databasesøk<sup>3</sup> etter pågående og planlagte studier med søkeordene «multiple sclerosis – MS – low dose naltrexone – LDN) viser ingen nye studier registrert.

1. <http://www.tv2.no/nyheter/vartlilleland/ukjent-medisinkan-gi-haap-for-tusenvis-av-pasienter-3996970.html>

2. <http://www.ldn.no/>

3. <http://clinicaltrials.gov/>

## LDN-Studier & MS

### Sharafaddinzadeh og medarbeidere (1)

gjennomførte en dobbel-blindet, placebo-kontrollert studie med parallell-gruppe og cross-over design, ved to universiteter i Iran. Totalt ble 96 pasienter med attackvis MS (RRMS) eller sekundær progressive MS (SPMS) inkludert for behandling med 4,5 mg «low-dose naltrexone» (LDN) i totalt 17 (8+1+8) uker.

Primært endepunkt var å undersøke effekt av LDN på livskvalitet og generell helse målt ved MS-spesifikk livskvalitet (MSQoL-54).

Resultatene viste ingen effekt av LDN. Det ble ikke registrert alvorlige bivirkninger, men de vanligste bivirkningene var kvalme, magesmerter, endret stemningsleie, irritabilitet, hodepine og leddsmerter.

### Cree og medarbeidere (2)

gjennomførte en dobbel-blindet, placebo-kontrollert studie med parallell-gruppe og cross-over design, ved ett universitet i USA. Totalt ble 80 pasienter med attackvis MS (RRMS), sekundær progressiv MS (SPMS) eller primær progressiv MS (PPMS) inkludert for behandling med 4,5 mg LDN i totalt 17 (8+1+8) uker.

Primært endepunkt var å undersøke effekt av LDN på selvrapportert livskvalitet målt ved MSQOL.

Resultatene viste at kun 60/80 pasienter (75 prosent) ble inkludert i hoved-analysen, grunnet drop-out (n=10) og mangelfull registrering (n=10). Analysene viste effekt av LDN på SF-36 mental helse summasjonsskår (SF-36 MCS), understøttet av bedre skår i dimensjonene «Role Emotion» og «Mental Health». Funnene ble også bekreftet av bedre skår på «Mental Health Inventory» (MHI). Det ble også rapportert om bedre skår målt ved «Pain Effects Scale» (PES), men dette ble ikke bekreftet i SF-36 dimensjonen (Bodily Pain). Det ble ikke vist effekt på fatigue eller autonome symptomer som blære-, tarm- og seksuell dysfunksjon. Ved sensitivitetsanalyse som inkluderte data som ved en «intention to treat»-analyse forsvant den mentale helseeffekten målt med SF-36 MCS og smerteeffekten målt ved PES, og MHI viste kun antydningvis effekt. Det ble ikke rapportert om alvorlige bivirkninger, men den vanligste bivirkningen var livlige drømmer.

### Gironi og medarbeidere (3)

gjennomførte en åpen ukontrollert studie ved fire sykehus i Italia. Totalt ble 40 pasienter med primær progressive MS (PPMS) ble inkludert for behandling med 4,0 mg LDN i seks måneder.

Primært endepunkt var å undersøke sikkerhet (bivirkninger) og tolerabilitet, med tillegg av utvalgte MS-symptomer som inkluderte spastisitet (Modified Ashworth Scale), fatigue (Fatigue Severity Scale; FSS), smerte (Visual Analogue Scale; VAS) og depresjon (Beck Depression Inventory; BDI).

Resultatene viste at 35/40 pasienter (87,5 prosent) fullførte seks måneder behandling. Det var generell god tolerabilitet, men det ble rapportert om forhøyede leverenzymmer og leukopeni. I tillegg ble det rapportert om en pasient med forhøyet bilirubin og patologiske funn på ultralyd av lever. Andre bivirkninger var magesmerter, endret stemningsleie, irritabilitet og leddsmerter. Det ble registrert alvorlige hendelser hos to pasienter; en med lungekreft og en med øvre urinveisinfeksjon og nyresvikt, men disse ble vurdert å være uavhengig av behandling. Symptom-effekter er vanskelig å vurdere i en åpen studie, men det ble rapportert om forverring av smerter, bedring av spastisitet og ingen påvirkning av fatigue og depresjon.

## LDN-studier og MS-dyremodeller

### Zagon, Rahn og medarbeidere (USA)

har rapportert to studier (4, 5) som beskriver effekt av LDN på eksperimentell autoimmune encephalomyelitt (EAE – musmodell sykdom for MS). Begge studiene viser en moderat (~30 prosent) reduksjon i sykdomsinduksjon hos mus som mottok LDN.

## Oppsummering/vurdering

Alle de kliniske studiene har begrensinger i studiedesign med hensyn til blant annet antall inkluderte pasienter, behandlingsvarighet, endepunkt og kontrollgruppe.

Ingen av studiene viser holdepunkt for sykdomsmodulerende effekter. Standard analyser av livskvalitetsstudiene viser prinsipielt ingen effekt. Det er heller ikke vist effekt på fatigue, smerte, blæredysfunksjon eller depre-



sjon. Den åpne studien indikerer faktisk forverring av smerter og samtidig bedring av spastisitet. Men på grunn av manglende kontroll-gruppe kan dette ikke vektlegges.

Dyremodellstudiene indikerer noe effekt av LDN. Effekten er moderat – og gir ikke grunnlag for klinisk bruk av medikamentet. I denne sammenheng er det viktig å understreke at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom dyremodellstudier og kliniske effekter. Dette er godt illustrert fra kliniske studier som har vist at interferon-gamma og anti-tumor nekrose faktor (TNF)-alfa forverrer MS sykdommen (6–7), til tross for at sykdomsreduksjon var indikert ut i fra dyremodellstudier (8–10).

### Konklusjon

Det foreligger ingen dokumentasjon på at LDN har effekt ved MS – verken på sykdomsutvikling eller symptomer. På bakgrunn av dette kan en ikke anbefale bruk av LDN

ved MS – og en må advare mot å stoppe pågående immunmodulerende behandling for i stedet å starte LDN-behandling.

### REFERANSER

1. Sharafaddinzadeh N et al. The effect of low-dose naltrexone on quality of life of patients with multiple sclerosis: a randomized placebo-controlled trial. *Mult Scler* 2010; 16: 964–9.
2. Cree BA et al. Pilot trial of low-dose naltrexone and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2010; 68: 145–50.
3. Gironi M et al. A pilot trial of low-dose naltrexone in primary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14: 1076–83.
4. Zagon IS et al. Endogenous opioids regulate expression of experimental autoimmune encephalomyelitis: a new paradigm for the treatment of multiple sclerosis. *Exp Biol Med* 2009; 234: 1383–92.
5. Rahn KA et al. Prevention and diminished expression of experimental autoimmune encephalomyelitis by low dose naltrexone (LDN) or opioid growth factor (OGF) for an extended period: Therapeutic implications for multiple sclerosis. *Brain Res* 2011; 1381: 243–53.
6. Panitch HS et al. Exacerbations of multiple sclerosis in patients treated with gamma interferon. *Lancet* 1987; 1: 893–5.
7. van Oosten BW et al. Increased MRI activity and immune activation in two multiple sclerosis patients treated with the monoclonal anti-tumor necrosis factor antibody cA2. *Neurology* 1996; 47: 1531–4.
8. Voorthuis JA et al. Suppression of experimental allergic encephalomyelitis by intraventricular administration of interferon-gamma in Lewis rats. *Clin Exp Immunol* 1990; 81: 183–8.
9. Ruddle NH et al. An antibody to lymphotoxin and tumor necrosis factor prevents transfer of experimental allergic encephalomyelitis. *J Exp Med* 1990; 172: 1193–200.
10. Baker D et al. Control of established experimental allergic encephalomyelitis by inhibition of tumor necrosis factor (TNF) activity within the central nervous system using monoclonal antibodies and TNF receptor-immunoglobulin fusion proteins. *Eur J Immunol* 1994; 24: 2040–8.

 Kjell-Morten.Myhr@k1.uib.no

# Hvordan gikk det med de utskrivningsklare?

## Kartlegging av pasientforløp mellom Sørlandet sykehus Arendal og tre kommuner i Aust-Agder

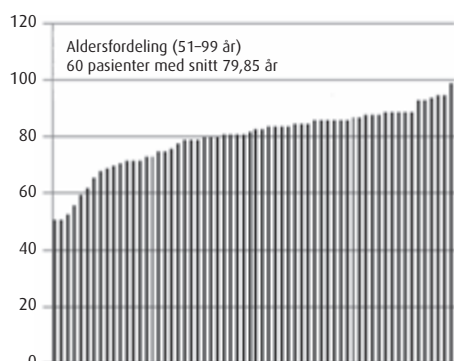
■ ANNE-SOFIE D. SYVERTSEN *Fylkeslege, Fylkesmannen i Aust-Agder*

System for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, og internt i kommunene, er i varierende grad bygd ut. Dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. Sykehuset må sikre at epikriser skrives og sendes samme dag som pasienten utskrives. Samtidig må fokus være på innhold, slik at rett person får riktige opplysninger og til rett tid. I tillegg er de kommunale journal-systemene uoversiktlige. Der systemene svikter, yter helsepersonellet sitt ytterste for å kompensere. Vi fant en tjeneste «på strekk», der mye tid gikk med til telefoner for å sikre at man hadde tilstrekkelig og korrekt informasjon.



Fylkesmannen i Aust-Agder hadde i 2011 og 2012 flere saker til behandling som gjaldt samhandling mellom sykehus og kommuner, og der pasientene var blitt skadelidende. Vi var med bakgrunn i egne erfaringer bekymret for at samhandlingsreformens fokus på tidligere utskriving skulle øke risiko for svikt i overgangen mellom helsetjenestenivåene. Vi gjennomførte derfor et tilsyn der vi kartla pasientforløpet for 60 pasienter fra innleggelse i sykehus til mottak i kommunene. Hensikten var å få belyst eventuell risiko for pasientsikkerheten og å gi en vurdering og tilbakemelding, som tjenestene kunne benytte i sitt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

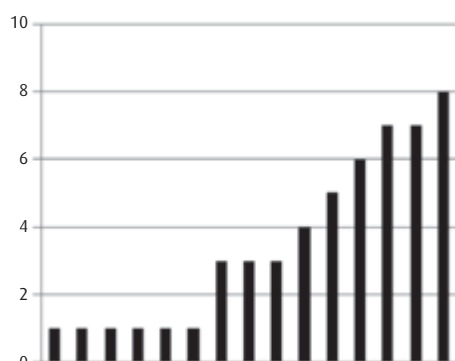
Alle de granskede pasientforløpene gjaldt pasienter som var avhengige av hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste da de ble skrevet ut.



FIGUR 1. Aldersfordeling alle granskede pasientforløp.

Med en gjennomsnittsalder på 80 år, og redusert helse- og funksjonsnivå, er det vanskelig å se for seg et forsvarlig pasientforløp uten at alle opplysningene følger med pasienten ved utskriving.

Våre funn viste at halvparten av epikrisene ble sendt samme dag som utskriving fant sted, resten ble sendt 1-15 dager etter utskrivingen. 20 prosent av epikrisene ble sendt så mye som én uke eller mer etter utskriving. 64 prosent av epikrisene ble kun sendt fastlege. Dette stiller store krav til samarbeid internt i kommunen. Etter vårt syn må medfølgende opplysninger ut til kommunen, for til dels ustabile pasienter medisinsk sett, være oppdatert, kvalitetssikret og fyllestgjørende. For prosent av pasientene var ikke funksjonsnivå og prognose beskrevet. Sykepleierapport fulgte med alle pasientene ut, men



FIGUR 2 OG 3. Dager fra utskriving til epikrise ble sendt, der de ikke er sendt samme dag, N=15 for begge avdelingene.

var på samme måten lite framoverskuende. Kommunene beretter om at den største utfordringen isolert sett, er å sikre at legemiddellistene er korrekte.

Der hvor systemene for informasjonsutveksling svikter, yter helsepersonell en stor innsats for å kompensere – eksempelvis med utstrakt bruk av telefon for å kvalitetssikre blant annet legemiddellistene. Dette er ressurser som kunne vært brukt mer målrettet i pasientbehandlingen. Konklusjonen er at system for sikker informasjonsutveksling mellom kommuner og sykehus ikke er på plass. Også internt i kommunen utgjør journalføring og dokumentasjon fordelt på flere steder en trussel mot pasientsikkerheten. Viktig informasjon med rett innhold, til riktig instans og til rett tid er et stort forbedringsområde av betydning for pasientsikkerheten.



FOTO: MORTEN HERNVÆS

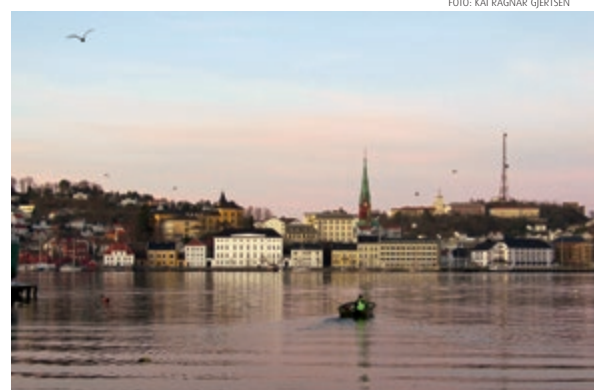
FOTO: KAI RAGNAR GJERTSEN



RISØR



TVEDESTRAND



ARENDALE

Senere kontakter med kommunenes helse-tjenester, fastleger og omsorgstjenester, bekrefter at korrekte og oppdaterte legemiddel-liste, men også oversikter over pasientens helseproblemer, er gjengangere hva gjelder problemer i informasjonsflyten. Når vi ser på pasientstrømmen inn i sykehus, ser vi at kun 22,4 prosent legges inn av fastlege:

40 pasienter ble altså lagt inn fra andre enn de som kjenner pasienten best. Sykehuset kommenterer at det kan være utfordrende å få riktig og god oversikt over pasientens samlede helseproblemer, inklusiv legemiddel- bruk, på grunn av mangelfulle opplysninger ved innleggelse. Også fastlegers henvisninger opplyses å kunne være mangelfulle.

Nødvendige og korrekte opplysninger medfølgende inn i sykehus er viktig for at sy-

INNL.INST.	ARENDALE				ØVRIGE KOMMUNER		
	MED.	KIR./ORT.	SUM	MED.	KIR./ORT.	SUM	
Sykehus	14	6	3	9	2	3	5
Legevakt	16	4	2	6	7	3	10
Fastlege	13	4	3	7	1	5	6
Sykehjem	6	1	2	3	1	2	3
Andre	10	1	5	6	3		3
	59			31			27

FIGUR 4. Innleggende instans (N=59; registrering mangler for en pasient).

kehuset skal kunne yte målrettede og gode tjenester til pasientene. At fastlegen får en større rolle som «portvakt» er ett viktig tiltak i så henseende.

Vi har en målsetting om å gjennomføre et

nytt forløpstilsyn i 2013 og se på henvisningene til sykehuset, samt informasjonsflyten mellom fastleger og omsorgstjenestene i en kommune.

FMAAASY@Fylkesmannen.no

# UTPOSTEN

- en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

# Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim



- **ASTRID GILJE HAGELER**  
• farmasøyt Trondheim kommune
- TORGEIR FJERMESTAD**  
• overlege og fastlege Trondheim kommune
- KRISTIN MIDTDAL**  
• farmasøyt Sykehusapoteket i Trondheim

## «Legemiddelgjennomgang er en systematisk og kvalitetssikrende metode for å gjennomgå og evaluere eldre pasienters legemiddelbruk».

Fokus på riktig legemiddelbruk til eldre har vært stor siden Stortingsmelding nr. 18 *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* kom i 2005. I Stortingsmelding nr 16 *Nasjonal helse og omsorgsplan*, beskrives etablering av tverrfaglig team og legemiddelgjennomganger som et viktig kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling. Helsedirektoratet utviklet i 2012 en nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger. Stortingsmelding nr 10 *God kvalitet – Trygge tjenester* har også riktig legemiddelbruk med samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgan-

### Hva er en legemiddelgjennomgang?

«En systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. Selve gjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglig team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten. Legemiddelgjennomganger skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger».

*Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, Helsedirektoratet*

ger som konkrete tiltak. Dette samsvarer med innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* med fokus på legemiddelbruk og egne tiltakspakker for samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten.

Norske studier publisert i internasjonale tidsskrift aktualiserer viktigheten av systematiske legemiddelgjennomganger og involvering av farmasøyt i tverrfaglige team som et viktig kvalitetssikrende tiltak for riktigere legemiddelbruk (1, 2).

Legemiddelgjennomganger har blitt ytterligere aktualisert i den nye fastlegeforskriften hvor det i § 25 står at

«Listeinnbyggere skal få oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hos fastlegen hvis legemiddelbruken er endret. For listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.»

Trondheim kommune har som en av relativt få kommuner i Norge etablert en aktiv, tverrfaglig legemiddelkomite med riktig legemiddelbruk innenfor kommunens myndighetsområde som hovedsatsningsområde. Trondheim kommune var også den første kommunen i landet som ansatte egen farmasøyt til å jobbe med kvalitetssikring av legemiddelbehandling og legemiddelbruk som en integrert tjeneste i kommunen.

### Metode

Trondheim kommune har i samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge med midler fra Helsedirektoratet gjennomført et prosjekt med legemiddelgjennomganger for et utvalg sykehjempasienter og hjemmetjenestepasienter. Sykehjemsleger og fastleger er forespurt om å delta på frivillig basis. En viktig målsetting har vært å knytte til seg motiverte samarbeidspartnere. Tre sykehjemsleger og seks

fastleger ble rekruttert. Prosjektet har benyttet en standardisert metode for legemiddelgjennomganger som inngår i IMM-modellen (Integrated Medicines Management), en strukturert oppfølgingsmodell av legemiddelbehandling (3). Denne modellen er primært utviklet til bruk i spesialisthelsetjenesten, og vi ønsket i dette prosjektet å se om den også er egnet for pasienter i kommunehelsetjenesten. Samtidig hadde vi som mål å finne seleksjonskriterier for hvilke pasienter i kommunehelsetjenesten som ville ha mest nytte av denne typen tjeneste.

## Legemiddelgjennomgang for sykehjemspasienter

Pasientene var over 65 år og brukte ett eller flere legemidler. Farmasøyt innhentet nødvendig informasjon for hver enkelt pasient og forberedte en legemiddelgjennomgang basert på standardiserte prosedyrer. Funnene ble diskutert i tverrfaglig previsit med sykehjemslege og ansvarlig sykepleier. Resultatene av de enkelte legemiddelgjennomgangene ble i etterkant dokumentert av farmasøyt, og legemiddelrelaterte problemer er klassifisert etter «Norsk konsensus for klassifisering av legemiddelrelaterte problemer» (4).

## Legemiddelgjennomgang for hjemmetjenestepasienter

Pasientene var over 65 år og brukte ett eller flere legemidler. Inkluderte pasienter mottok hjelp til legemiddelbehandling fra hjemmetjenesten. En legemiddelsamstemming ble gjennomført ved å sammenlikne medisinalista fra fastlegen med hjemmetjenestens medisinalista i forkant av legemiddelgjennomgangen. For noen pasienter ble et legemiddelintervju i hjemmet gjennomført for også å kvalitetssikre legemiddelopplysningene opp mot etterlevelse/ compliance. Farmasøyten innhentet nødvendig informasjon for hver enkelt pasient



Det ble avdekket et legemiddelrelatert problem for hvert tredje legemiddel de deltagende pasientene brukte. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ent og forberedte en legemiddelgjennomgang. Funnene ble diskutert i et avtalt møte med aktuell fastlege. Eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen ble videreført fra fastlege til hjemmetjeneste og pasient/ pårørende. Resultatene av de enkelte legemiddelgjennomgangene ble i etterkant dokumentert av farmasøyt, og legemiddelrelaterte problemer er klassifisert etter «Norsk konsensus for klassifisering av legemiddelrelaterte problemer» (4).

## Kvalitativ evaluering

Det ble gjennomført en ekstern kvalitativ evaluering av prosjektet med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Semistrukturerte intervju ble gjennomført med involverte farmasøyer, leger og sykepleiere. Målet var å kunne si noe om hvordan det tverrfaglige samarbeid

det med legemiddelgjennomganger hadde fungert. Man ønsket samtidig å høre om de involverte kunne gi noen råd for fremtidig gjennomføring av legemiddelgjennomganger i kommunen.

## Resultater og diskusjon

Reduksjon av antall legemidler etter en legemiddelgjennomgang er 11 prosent hos sykehjemspasientene, mens tilsvarende reduksjon hos hjemmetjenestepasientene er 4 prosent.

Resultatforskjellene mellom de to pasientgruppene kan ha sammenheng med at sykehjemslengene lettere kan gjennomføre en endring i behandlingen uten å måtte konferere med andre enn ansvarlig sykepleier som deltar på selve gjennomgangen. Fastlegene måtte ofte konferere med hjemmetjenesten, pasienten eller pårørende før en eventuell endring

### Hva menes med et legemiddelrelatert problem (LRP)?

En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt. Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer.

Ruths S, Viktil K, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægefor 2007;127:3073-76

TABELL 1. Resultater fra legemiddelgjennomgangene.

	SYKEHJEMSPASIENTER	HJEMMESYKEPLEIEPASIENTER
Antall pasienter	65	49
Gjennomsnittlig alder	87 år (69–100 år)	84 år (67–97 år)
Kjønnfordeling	89 % kvinner – 11 % menn	75 % kvinner – 25 % menn
Antall legemidler før legemiddelgjennomgang	9,2 (2–26)	9,3 (2–21)
Antall legemidler etter legemiddelgjennomgang	8,2 (1–20)	8,9 (2–20)
Gjennomsnittlig antall LRP/pasient	2,9 (0–14)	3,3 (0–7)
Antall pasienter uten LRP	8	5

kunne iverksettes. En kan tenke seg at en reduksjon i antall legemidler kan komme på et senere tidspunkt for denne pasientgruppen. Det er viktig å poengtere at målet med prosjektet ikke primært har vært å redusere antallet legemidler, men å bruke de mest gunstige legemidlene i de riktige dosene til eldre.

For hjemmetjenestepasientene ble legemiddelgjennomgangen gjennomført i et avtalt møte mellom ansvarlig fastlege og farmasøyt. Involvering av ansvarlige sykepleiere fra hjemmetjenesten i dette møtet ble ikke prioritert, da man så utfordringer med å få så mange parter til å møtes. Pasientene hadde tilhørighet i mange forskjellige hjemmetjenestestasjoner. Det er imidlertid klart en svakhet at det ikke deltok en sykepleier som hadde god kjennskap til pasientene og deres legemiddelbruk i det tverrfaglige teamet. Fastlegene og hjemmetjenesten har i Trondheim ikke etablert fast møtestruktur som kunne vært en naturlig arena for en legemiddelgjennomgang. I tillegg er det større utfordringer rundt oppfølging av tiltak i etterkant for hjemmetjenestepasientene. Optimal oppfølging burde være at sykepleierne rapporterte observasjoner fortløpende til fastlegen.

I begge pasientgruppene finner vi rundt tre LRP pr pasient. Det vil si at det for hvert tredje legemiddel pasienten bruker, avdekkes et legemiddelrelatert problem.

Den sykehjemspasienten hvor det ble avdekket flest LRP, totalt 14, brukte 26 legemidler (20 fast og seks evt) før legemiddelgjennomgang og 17 legemidler (12 fast og fem evt) etter. Dette gir en reduksjon i antall legemidler på 35 prosent. For denne pasienten ble det satt opp en konkret tiltaksplan for endringer. Disse ble gjennomført systematisk, en ting av gangen for å kunne observere utfall av enkelt-effektene underveis. Dette var en tidkrevende prosess som krevde tett samarbeid mellom sykepleiere og sykehjemslege for å evaluere endringene underveis.

## Resultater fra kvalitativ evaluering

Involverte sykehjems- og fastleger ga uttrykk for å ha positiv erfaring med legemiddelgjennomgangene. Både farmasøytter, leger og sykepleiere ble sett på som nødvendige parter i det tverrfaglige samarbeidet. Nyten ved å ha farmasøytter med i gjennomføringen ble fremhevet som en sentral og betydningsfull rolle ved å dra i gang relevante diskusjoner og øke bevissthet omkring riktig legemiddelbruk. Det ble fremhevet at den systematiske arbeidsmetoden virker kvalitetssikrende for legemiddelbruken med et helhetsfokus.

Noen direkte utsagn fra evalueringen:

«Det var en veldig god opplevelse (...) Det å sette seg sammen med en kyndig person (...)

UNDERKATEGORI LRP	
1a Legemiddelvalg – Behov for tillegg	Pasient har hatt 4 UVI siste år, behov for profylakse? Lege avklarer med pasient. Er det optimal smertebehandling? Skifte er foretatt fra Paracet 1 g x 3 til Norspan 5ug/t plaster. Paracet gjeninnsettes i tillegg til Norspan.
1b Legemiddelvalg – Unødvendig legemiddel	Evaluerer av behandling med Risperdal. Seponeres. Furosemid 20 mg til bruk ved ødem i bena uten tydelig hjertesvikt. Seponeres, støttestrømper vurderes. Hiprex som UVI-profylakse til pasient med permanent kateter. Seponeres.
1c Legemiddelvalg – Uhen-siktssmessig legemiddelvalg	Pasient har stått på Sarotex siden 2004, usikker indikasjon. Seponeres og vurderer enten smertestillende eller antidepressiv behandling videre. Pasient står på Vallergran som eventuellmedisin. Ugunstig til eldre. Opprinnelig forskrevet v/søvnvansker. Seponeres.
2a Dosering – For høy dose	Bruk av Zopiclone 7,5 mg ved søvnvansker hos eldre. Tilstrekkelig med 5 mg? Dosen reduseres til mange av pasientene. Bruk av Soma 40 mg som vedlikeholdsbehandling v/øsofagitt. Dose reduseres til 20 mg.
2b Dosering – For lav dose	Pasient har forstoppelse. Står på Laktulose 10 ml x 1. Tilstrekkelig dose for å få effekt? Opprettholdes. Kolesterolverdier er høye. Tilstrekkelig med dosering på 10 mg Simvastatin? Vurderer en økning etter ny måling.
2c Dosering – Ikke-optimalt doseringstidspunkt	Pasient bruker Metoprolol depot 50 mg x 2. Bakgrunn for denne dosering? anbefaler endring til 100 mg x 1. Ismo retard 40 mg doseres x 2. Anbefaler dosering x 1 pga nitratfri periode. Lege skal høre med pasienten.
3 Bivirkning	Soppvekst i munnen. Skyldes det Seretide-bruk? Lege skal oppfordre til munnskylling. Pasient har lett hypokalemi, skyldes det bruk av tiazider? Lege tar nye kaliumverdier og vurderer skifte til annet antihypertensivum.
4 Interaksjon	Kombinasjon Albyl-E og Citalopram. Økt risiko for GI-blødning x 5-7. Vurdere PPI som beskyttelse, evt følge aktivt med på Hemoglobin. Kombinasjon Marevan, Paracet og Tramadol. Økt blødningsrisiko, har hatt ustabil INR etter doseøkning av paracet og Tramadol. Følger opp INR hyppigere i en periode. Jern og Levaxin tas begge samtidig om morgenen. Gir kompleksdannelse og dermed hemmet opptak av begge legemidlene. Jern endres til dosering om kvelden.
5b Avvikende legemiddelbruk – Legemidler som administreres av pasient	Hvordan er inhalasjonsteknikken til 90 år gammel dame som bruker turbohaler? Registrert at hun er tungpust. Fungerer selvadministrering av Vagifem? Har fortsatt stadig urinveisinfeksjoner.
6a Annet – Behov for manglende monitorering av effekt og toksisitet av legemidler	Oppfølging av Digitoxin, serumkonsentrasjonsmåling. Behov for nyrefunksjons-/ blodsukker-/ blodtryksmåling?
6b Annet – Mangelfull føring/ uklar dokumentasjon av legemiddelkurve/ karded/ resept	Ikke presisert om øyedråper skal dryppes i begge eller ett øye. Ikke samsvar mellom legemiddelopplysninger i fastlegens og hjemmesykepleiers medisinaliste etter samstemming.

TABELL 2. Eksempler på legemiddelrelaterte problemstillinger som ble avdekket ved legemiddelgjennomgangene, klassifisert etter norsk konsensus.

Imponert over hennes kliniske kompetanse (...) Det å jobbe tverrfaglig var absolutt noe som ga mersmak.»

«Har jobbet en del med kvalitetssikring før (...) synes egentlig det er en fin måte å drive kvalitetsutvikling på. (...) Lære av likesinnede eller noen andre som jobber klinisk, det tror jeg er bra (...).»

«Vi fikk en følelse av det vi faktisk har vært obs på det var vi veldig enige om.»

«Vi har jo i etterkant av dette prosjektet tenkt litt hvem skal vi gjøre de her legemiddelgjennomgangene, og kanskje kan man se for seg det, at legene kan henvise eller ta kontakt med farmasøyt ved spesielle tilfeller som man i alle fall ønsker å diskutere. Men samtidig finner vi så utrolig mye interessant også ved rutinepasientene som jeg helt sikkert ikke ville sendt fra meg.»

Samtidig kom det frem at gjennomføring av legemiddelgjennomganger er ressurskrevende og at det må settes av tid for å få gjennomført dette systematiske kvalitetsarbeidet.

Evalueringen gav ikke et entydig svar på hvordan legemiddelgjennomganger bør gjennomføres i etterkant av prosjektet, og hvordan eventuelle farmasøytressurser best kan utnyttes. Flere forslag ble fremmet i rapporten:

- Gruppesamlinger blant legene med gjennomgang av aktuelle kasuistikker.
- Implementere legemiddelgjennomganger i fastlegenes takst-system, takst for tverrfaglig samarbeid finnes imidlertid allerede.
- Tilkalling av farmasøyt ved behov – henviser ved behov for et utvalg pasienter.

- Integrere legemiddelgjennomgang i årskontroll ved sykehjem.

### Videre arbeid

I etterkant av dette prosjektet er det tatt opp til vurdering hvordan farmasøytisk kompetanse skal utnyttes i kommunen. Siden det ble ansatt egen kommunefarmasøyt i 2009, har stillingen vært under utvikling og stillingsbeskrivelsen er fortsatt dynamisk. Viktige områder man kan bruke farmasøytisk kompetanse på i en kommune er innen *legemiddelhåndtering* og *legemiddelbehandling*, både på *system-* og *individnivå*. Legemiddelgjennomganger er eksempel på oppfølging av legemiddelbehandling på individnivå.

Så langt har denne typen tjeneste blitt gjennomført i prosjektsammenheng, og det er gjort en vurdering på hvordan farmasøyten skal være involvert i dette kliniske arbeidet i tiden fremover. Trondheim kommune har jobbet med implementering av et helhetlig pasientforløp for sykehjemspasienten, hvor medisinsk oppfølging er en sentral del. Det er utarbeidet en prosedyre for legemiddelgjennomgang som skal gjennomføres rutinemessig som en del av den medisinske oppfølgingen. Kommunefarmasøyten skal bidra til å implementere denne prosedyren ved å gjennomføre to–tre legemiddelgjennomganger ved alle sykehjem i tverrfaglig team med sykehjemslege og sykepleier. Videre skal legemid-

delgjennomgangene gjennomføres av sykehjemslege og ansvarlig sykepleier, og farmasøyt kan tilkalles ved behov for å gjennomgå legemiddelbruken til enkeltpasienter.

For hjemmetjenestepasientene vil det være mer utfordrende å få gjennomført systematiske legemiddelgjennomganger med farmasøyt involvert, selv om dette prosjektet viser at det er like aktuelt for denne pasientgruppen. Med den nye fastlegeforskriftens krav til gjennomføring av legemiddelgjennomganger bør man diskutere hvordan dette i fremtiden skal gjennomføres rent praktisk både med og uten farmasøytisk kompetanse involvert.

### REFERANSER

1. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care*. 2010 Jun; 28 (2): 82–8.
2. Davidsson M, Vibe OE, Ruths S, Blix HS. A multidisciplinary approach to improve drug therapy in nursing homes. *J Multidiscip Healthc*. 2011 Jan 11; 4: 9–13.
3. Sagen Major, AL. IMM-modellen til Norge. *NFT* 01/2012: 12–14
4. Ruths S, Viktil K, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidssk Nor Lægefor* 2007; 127: 3073–76

astrid.hageler@trondheim.kommune.no

torgeir.fjermestad@trondheim.kommune.no

# Bli mentor for en medisinstudent!

■ ROBERT TUNESTVEIT OG KINE JORDBAKKE *Allmenntmedisinsk utdanningsutvalg, NFA*

**Ønsker du at faget allmenntmedisin fortsatt skal være spennende og videreutvikles i fremtiden? Er du engstelig for at du ikke lenger klarer å holde deg faglig oppdatert? Da bør du melde deg som en allmenntmedisinsk mentor.**

Ved å «ta til» deg en engasjert medisinstudent kan du slå flere fluer i et smekk: Å ha student vil utfordre deg faglig og kan forhåpentligvis bidra til å rekruttere nye allmenntleger i fremtiden. Det trenger vi!

Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) og Norsk medisinstudentforening (Nmf) har inngått et treårig samarbeidsprosjekt kalt *mentorordningen*. Formålet er å gi medisinstudenter på alle trinn i utdanningen et innblikk i allmenntmedisinsk fag- og yrkesutøvelse. Det er også en målsetning at allmenntleger skal få økt mulighet til å involvere seg i grunnutdanningen og andre tiltak som styrker allmenntmedisinsk rekruttering.

Prosjektet er primært igangsatt ut fra utenlandsstudentenes behov, men henvender seg også til studenter i inn- og utland samt leger som utøver allmenntmedisinsk arbeid. Mentoroppgaven skal være motivert ut fra en interesse for studentenes situasjon og behov. Det kreves ingen spesiell kompetanse eller erfaring fra studentundervisning eller veiledning.

Dette er en uhonorert og frivillig ordning som kan tilrettelegges slik du og studenten blir enige om. Tilgjengelig tid, legens inter-



To andreårsstudenter fra Australia på praksisbesøk hos dr. Harald Lystad i Hemsedal. Her undersøkes et spedbarn. FOTO: ROBERT TUNESTVEIT

esse og studentens kompetanse vil være bestemmende for hvilket innhold kontakten skal ha. Også kontaktens varighet er det opp til mentor og student selv å bestemme. Hospitering i praksis og på legevakt, uformelle møter og samtaler, deltakelse i kurs og faglige fora kan være noen eksempler.

NFA har sekretariatsfunksjon for prosjektet. Interesserte leger og studenter kan tilmelde seg ordningen via e-post: [nfa@nfa.legeforeningen.no](mailto:nfa@nfa.legeforeningen.no). Merk e-posten «mentor-

ordningen». Leger bes oppgi alder, kjønn, år i allmenntmedisinsk arbeid, legekontoets adresse og arbeidsavtaler (fastlønn eller privat). Legen underrettes når han/hun får tildelt student – og vil da få ansvar for å etablere kontakt.

[robert@tunestveit.no](mailto:robert@tunestveit.no)

## Mentorordningen

– et samarbeid mellom Norsk forening for allmenntmedisin og Norsk medisinstudentforening

### Formål

- å gi medisinstudenter innblikk i allmenntmedisinsk fag- og yrkesutøvelse
- å oppmuntre allmenntleger til å involvere seg i medisinsk grunnutdanning og andre tiltak som styrker allmenntmedisinsk rekruttering

### Organisering

Treårig samarbeidsprosjekt mellom Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) og Norsk medisinstudentforening (Nmf)

### Gjennomføring

Interesserte leger tar kontakt med NFA som er prosjektsekretariat. Studenter kan velge eller få tildelt mentor i eget nærrområde. Legen underrettes når han/hun får tildelt student.

Innholdet i ordningen kan omfatte hospitering i allmenntpraksis og på legevakt, uformelle møter og samtaler, deltakelse ved kurs og andre faglige fora.

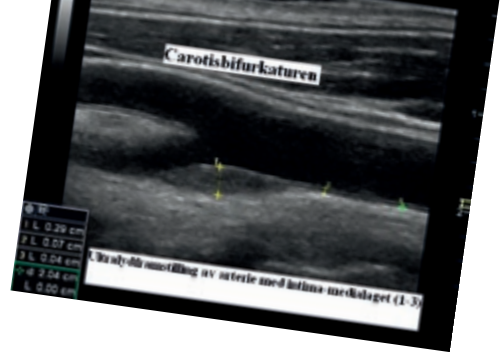
Ordningen er ikke meritterende og vil ikke utløse økonomiske rettigheter for mentor eller student.

**Per 10. mai har bortimot 200 allmenntleger meldt seg til ordningen – men det er behov for mange flere!**



# Ultralyd

## – allmennlegens beste venn



■ MORTEN GLASØ fastlege i Rælingen kommune

**Ultralyd er på full fart inn i allmennmedisinen. Det er på tide. Det er nesten ikke til å forstå at det i flere tiår kun var gynekologene og kardiologene som så teknologiens muligheter innen klinisk medisin.**

Organer en bare kunne palper, perkutere og stetoskopere kan enkelt «gjennomlyses», til og med i «tre dimensjoner». Så god har teknologien blitt at vi kan skille strukturer på millimeternivå. Vi kan se om det er inflammasjon, om det er væske eller om noe stenger et utløp. På toppen av det hele er dette et verktøy, som nærmest ikke har skadelige effekter. I en ordinær fastlegepraksis i en typisk by/land-kommune, med nærhet til spesialist-tjenester, har vi tall som viser at apparatet brukes ved minst 10 prosent av konsultasjonene. Det samme kan en ikke si om EKG eller spirometri. Hvorfor bruker en ikke det samme argumentet for disse hjelpemidlene? Eller når det gjelder laboratoriemedisin? Svaret er enkelt. Allmennlegen forventes ikke å drive findiagnostikk, men skal skille syke fra friske. Fastlegen er portvakten til spesialisthelsetjenesten. Ergo er det ingen forskjell mellom forskjellige diagnostiske verktøy.

Pretest-sannsynligheten er lav uansett. Hvordan kan vi da bli gode, og hvorfor hevdet det at ultralyddiagnostikk skiller seg ut?

Alle som begynner med det er enige om at ultralyddiagnostikk har bratt læringskurve. Å finne urinblæra, fosterhodet eller abdominalaorta er ingen heksekunst. Når en oppdager dette er det heller ikke vanskelig å se et bankende fosterhjerter, hydrops i et kneledd eller en trombe i en lårvene. Derimot er det helt fantastisk at fastlegen kan avverge en innleggelse ved å avkrefte fosterdød. Like flott er det at primærlegen kan påvise et aortaneurysme og henvise i god tid før det sprekker.

Det er slett ikke bare ved alvorlige diagnoser ultralyd er nyttig. Innen muskel- og skjelettlidelsene er ultralyd en uovertruffen støttespiller. Tendinoser, tenovaginitter, artroser og artritt «lyser» opp. Vi kan demonstrere ribbeinsbruddet, eller vise foreldrene «green stick»-lesjonen. Serien av tilstander ultralydapparatet kan bistå fastlegen med å avklare er lang. Til og med pneumonier, pneumothorax og ileus står på listen.

Ved siden av diagnostikk er ultralyd til stor hjelp ved behandling. Vi kan se at spiralen eller blærekateteret er på plass, og at nåla står i leddet eller i lymfeknuten. Vi kan være sikre på at vi treffer rundt senen og ikke i den.

Men er ikke sannsynligheten stor (og fall-

høyden enda større) for at fastlegen overser noe eller feiltolker et funn?

Dette er det mest bakstreverske argumentet som kan presenteres. For en kliniker er det ikke alskens teknologi som er avgjørende for hennes eller hans valg. Hver enkelt lege forventes dessuten å drive forsvarlig. Det gjør vi ved å vurdere hele pasientbildet, med sykehistorie, klinisk funn og resultat av diagnostiske tester. Sier den kliniske tilstanden at pasienten er syk, legger en inn på tross av manglende ST-elevasjon eller lav CRP. Fremstår pasienten som frisk legger en ikke inn på grunn av påvist gallestein eller forhøyet CRP. Vi slutter ikke å samtale med pasienten eller å undersøke han eller henne fordi vi har fått et ultralydapparat.

Det er altså ikke slik at fastlegen skal ta over radiologens eller organspesialistens arbeid. Men fastlegen forfiner sin diagnostikk og bidrar til bedre pasientforløp. Det er min påstand at sykehusene, poliklinikkene og avtalespesialistene får en bedre hverdag når alle allmennleger tar dette i bruk. De får mer presise henvisninger og de «unødvendige» henvisningene blir færre. Slik blir det mer tid og ressurser til dem som trenger det.

Legeforeningen var tidlig ute og konkluderte med at ultralyddiagnostikk er nyttig på allmennlegekontoret. Det har kommet takster i normaltariffen.

## EN KOMMENTAR TIL: *Ultralyd i allmennpraksis*

Etter å ha arbeidet som radiolog i over 30 år, har jeg fått følge utviklingen i ultralyddiagnostikken. Denne har selvfølgelig utviklet seg sammen med den teknologiske utviklingen innen de forskjellige modalitetene. Ultralyd ble først tatt i bruk av gynekologene for fosterdiagnostikk, men røntgenavdelingen tok for over 30 år siden i bruk apparatet. Så kom kardiologene, urologene og andre spesialiteter etter hvert som apparatene ble bedre.

Ultralyddiagnostikk kan nok mulig ha po-

tensiell nytteverdi på allmennlegekontoret. Det som derimot per nå er hovedproblemet for allmennlegenes bruk av ultralyd er manglende supervisjon og systematisk opplæring i ett miljø der kollegaer med erfaring kan veilede. Radiologer trenger flere år med stort pasientvolum, kontinuerlig supervisjon og tilbakemelding, litteraturlesing og muligheten for å sammenholde ultralyddiagnostikk med andre modaliteter før de begynner å beherske ultralyddiagnostikken. Hovedproble-

met en uerfaren ultralydbruker alltid vil møte, er at man ikke uten videre er i stand til å vurdere om man kan vurdere. For undersøkelse av abdominale organer trenger man minst 1000 undersøkelser bare for å få en oversikt over normalanatomien. Man tror f.eks. at man ser et forkalket aortaneurysme, og så er det i virkeligheten columna, eller man ser en urinblære som egentlig er en ovarialcyste. Galleblæren blir oppfattet som ascites. Fokal steatose i lever blir oppfattet som mulig



Men Legeforeningens arbeid kan ikke stoppe der. Takstene er alt for lave til å forsvare innkjøp av apparatur i 300 000–500 000 kroners klassen. Det må på plass en helt annen finansieringsordning enn gjennom normaltariffen.

For så rask og så god implementering av ultralyddiagnostikk i allmennmedisinen som mulig, behøver vi læresteder og lærekrefter og vi behøver forskning. Så langt har et lite antall leger påtatt seg ansvaret på fritida. Mye

tyder på at luften er i ferd med å gå ut av ballongen. Flere ildsjeler faller fra.

Samhandlingsreformen er den gyldne anledningen for Legeforeningen, kommunene og sykehusene til å få plass ansvarlig utdanning og kvalitetssikring av allmennlegenes ultralyddiagnostikk. Det vil alle parter tjene på, ikke minst de vi skal hjelpe, pasientene.

Som leger, organspesialist eller ikke, er vi like forskjellige som folk flest. Noen av oss vil gå på en smell, andre vil det ikke. Alle har vi

det samme ønsket om å gjøre en god jobb. Ultralyddiagnostikk på fastlegekontoret vil bidra til at jobben blir gjort enda bedre. Spør gynekologen og kardiologen om de hadde greid seg uten.

[morten@stallbakken.no](mailto:morten@stallbakken.no)

HCC. Subcutane lipomer blir mistenkt å ligge intramuskulært. Dype venetromboser blir oversett. Eksemplene er mange, og som ultralydutøver i over 30 år har jeg altfor mange eksempler til å rolig kunne sitte å se på at allmennlegene «leker seg» med ultralyddiagnostikk som faktisk er den vanskeligste diagnostiske modalitet innenfor «røntgenfaget». Merkelig nok, dersom man skal tro Glasø som hevder at henvisningene blir bedre dersom allmennlegene tar i bruk ultralyd, er det erfaringsmessig få eller ingen henvisninger der allmennlegene på bakgrunn av ultralydfunn ønsker videre radiologisk utredning

som viser seg å egentlig være indisert, med den bekymringen unødig videre utredning medfører hos pasienten.

Men utviklingen går videre, derfor er det viktig at man hele tiden vurderer kost/nytteverdien av «medisinske nyvinninger». Av den grunn bør man kanskje støtte seg på litt mer relevant forskning enn studier som vurderer om ultralydbruk i allmennpraksis gir økt trygghet hos allmennlegen (og pasienten) eller ikke. Bortsett fra de enkleste vurderinger (begrenset fosterdiagnostikk og måling av residualurin) er min påstand at falskt positive og falskt negative diagnoser er altfor høye.

Dette burde det forskes på før ultralydbruken gir unødvendig engstelse hos pasientene, falsk trygghet hos allmennlegen og man i tillegg bruker offentlige midler til takster. Samtidig bør legeforeningen og da spesielt radiologforeningen komme mer aktivt inn for eventuelt å lage til en ansvarlig utdanning og kvalitetssikring av allmennlegenes ultralyddiagnostikk, noe som tilsynelatende foreløpig er nærmest fraværende.

**Tor Austad**, radiolog  
austaddiagnostikk@gmail.com

# Våruka – en viktig møte

■ KARIN FRYDENBERG • Skreia legesenter  
■ TOM SUNDAR • Utpostens redaksjon

**I år var det Nordland legeforening som inviterte til Bodø den siste uken av april. Ukens høydepunkter var markeringen av Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum og valg av nye styrer til de to allmennt medisinske medlemsforeningene.**

**BODØ, 23.-26. APRIL:** Fire dager i vekslende vær – men med refleksjon, diskusjon og mange engasjerte allmennleger. Våruka gikk av stabelen ved Radisson Blu Hotel i sentrum av Nordlandsbyen. Uka rommet landsrådsmøtet i Allmennlegeforeningen (AF), årsmøtet i Norsk forening for allmennt medisin (NFA)

samt fire tellende kurs: Helsepolitikk, Det moderne legekontor, Ledelse og oppmerksomt nærvær samt Grunnkurs D.

Tirsdagens helsepolitiske debatt om legevakt markerte starten på uka. Hovedspørsmålet var hvem som har ansvar for å kvalitetssikre og videreutvikle legevaktstjenesten.

Statssekretær Robin Martin Kåss fra Helse- og omsorgsdepartementet var blant debattantene, men han ga ingen klare svar på utfordringene som ble gitt.

## **Opptappingsplan og fokus på kvalitet**

I sin tale til landsrådsmøtet dagen etter, provoserte avtroppende AF-leder Trond Egil Hansen med et forslag om å gjøre turnus i distrikt valgfritt. Han ble imøtegått med klar tale: For unge leger er turnustjenesten i distrikt en viktig inngangsport til allmennpraksis.

Bodø var vertsbyen for Våruka. Stemningsbilde fra kaiområdet i sentrum. FOTO: TOM SUNDAR



# Plass for norske allmennleger

sis – og en verdifull erfaring å ha med seg, uansett hvor man senere skal jobbe. Hansen fikk imidlertid varm støtte for sin vektlegging av en opptrappingsplan for fastlegeordningen. Han sa at dagens finansiering av fastlegeordningen ikke ivaretar behovet for vekst. Den bidrar ikke til å rekruttere nye leger inn i ordningen eller til å dekke den økte arbeidsmengde fastlegene har fått per pasient.

– Det er helt nødvendig å få på plass et statlig eller kommunalt etableringstilskudd ved oppstart av nullliste, og en inntektssikring de første årene. De eksisterende fastlegene skal ikke finansiere dette, slo Hansen fast.

Kvalitet i allmennpraksis var hovedtema på NFAs årsmøte torsdag. Kvalitetssjef ved Ahus og tidligere fastlege Jan Emil Kristoffersen innledet til debatt med å spørre om man ikke burde stille krav til hvilke prosedyrer en fastlege må kunne utføre. Kan man snakke om god allmennpraksis hvis legen for eksempel ikke utfører rektoskopi eller tar EKG? spurte Kristoffersen. I et annet innlegg understreket fastlege Anette Fosse at kvalitet i allmennpraksis dreier seg om mye mer enn å følge nasjonale retningslinjer. I den enkelte konsultasjon kan det være andre ting som er

viktigere for pasienten, enn om legen følger sentrale retningslinjer, sa Fosse.

NFA-leder Marit Hermansen fikk honnør for sin jordnære og visjonære tale. Obligatorisk deltagelse eller ferdig spesialistutdanning i allmenmedisin vil bli et krav for å praktisere som fastlege, varslet Hermansen. Men det kan diskuteres hvordan sykehusåret skal utformes; dette er en bøyg for mange og fungerer ikke alltid etter hensikten, la hun til. Hun stilte også spørsmålet om noen helsekøer kan tenkes være hensiktsmessige, for at pasienten skal rekke å bli frisk før man intervene-

Dirigentene Svein Aarseth og Anne Mathilde Hanstad konfererer med Trond Egil Hansen under landsrådsmøtet.



Delegater «summer» mellom møteøktene på Våruka.



Kine Jordbakke passer godt på Vårukas yngste deltaker i vognen.



Livlig diskusjon før votering på AFs landsrådsmøte.



rer. Og kan det hende at vi ikke behøver å ligge på forbrukstoppen når det gjelder penger til helse?

## IT-forbedringer

Et sentralt tema på Våruka var bruk av IT-verktøy i allmennpraksis. E-resept er innført over hele landet, og i den anledning var det høyst fortjent at Ole Andreas Bjordal fikk Allmennlegeprisen. Bjordal, som er fastlege i Sandnes, fikk prisen for hans gjennombruddsarbeid for å integrere e-resept i allmennleges kliniske hverdag.

Et nytt elektronisk verktøy for samstemning av legemidler er klar til implementering. Fastlegene Bent Asgeir Larsen og Morten Finckenhagen redegjorde for arbeidet, som inngår i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Prosjektet er utviklet av et frittstående IT-firma, finansiert av Helsedirektoratet og drives i samarbeid med Legeforeningen. Evalueringene fra pilotbrukerne er positive. Dette er uten tvil et viktig forbedringsarbeid i norsk allmennmedisin!

## 75-årsmarkering

I anledning AFs 75-årsjubileum har foreningen utgitt et festskrift med essays og historiske tilbakeblikk, skrevet av ca. 40 bidragsytere. Festskriftet ble delt ut på landsrådsmøtet onsdag. Samme kveld var det jubileumbankett der hovedtaler Steinar Hunskaar



Nytt AF-styre fra 1. september 2013: Fra v. Tone Dorthe Sletten, Bjørn Nordang, Kari Sollien, Ivar Haan, Ole Henrik Krat Bjørkholt, Egil Johannesen, Kirsten Rokstad.

trakk opp linjene i utviklingen av norsk allmennmedisin de siste tiårene. Han krydret sitt innlegg med anekdoter fra legelivet og inspirerende lesing fra Olav H. Hauges dikt. President Hege Gjessing gratulerte AF på vegne av hele Legeforeningen og ble fulgt av mange varme gratulasjonstaler.

## Nye styrer i AF og NFA

Valgkomiteene hadde gjort strålende forarbeid og de nye styrene ble valgt ved akklamasjon. Kari Sollien fra Østre Toten ble ny AF-leder etter Trond Egil. Sollien er den første kvinnelige leder i en forening som tidligere ble sett på som en mannsbastion. Hun tiltrer 1. september. Marit Hermansen fikk fornyet tillit

som leder av NFA. Vi gratulerer dem begge!

Trond Egil Hansen, som takker av etter fire år som AF-leder, har vært en samlende, grundig, belest og stødig leder. Hansen fikk honnør for å ha fått i havn en betydelig forbedret fastlegeforskrift. Det opprinnelige utkastet ga mange av oss assosiasjoner til en «kontrollstat» som uttrykte mistillit til legene og påla oss unyttig samt faglig og etisk betenkelig merarbeid. Den endelige forskriften ble imidlertid endret slik at den kunne få bred tilskutning.

I alt deltok 223 personer på årets Våruke. Dette er færre enn i de foregående årene. Vi oppfordrer kolleger over hele landet til å støtte om dette viktige arrangementet – som i 2014 skal foregå på Snarøya ved Oslo.



Ole Andreas Bjordal fikk Allmennlegeprisen 2013 for sitt arbeid med e-resept.

President Hege Gjessing i Legeforeningen gratulerer AF ved leder Trond Egil Hansen med 75-årsjubileet.

# «Gylne øyeblikk» i helse

## – fastlegen som livsstilsveileder

■ EIRIK ABILDSNES

spesialist i allmennmedisin, PhD. Fastlege Elvebredden legesenter og kommuneoverlege i barne- og familievirksomheten i Kristiansand kommune

**Fastlegens rolle som livsstilsveileder er komplisert, men viktig. I motsetning til de fleste andre profesjoner treffer vi pasientene våre gang på gang, i ulike livssituasjoner og ofte i helselivets veikryss der handlingsrom kan oppstå. Kunsten er å forvalte disse møtene med klinisk kompetanse som vi vet kan fremme pasientens helse.**

Det er mange som har tanker om og forventninger til fastlegens rolle i arbeid med levevaner. Vi finner dette konkretisert i lov, forskrift, retningslinjer og terapianbefalinger. Både pasienter, deres pårørende, spesialisthelsetjenesten, andre profesjonsgrupper og ulike faglige og politiske miljøer har forventninger til hvordan fastlegen skal forvalte dette samfunnsopdraget. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har sammen med de allmennmedisinske forskningsenhetene i Trondheim og Oslo utarbeidet et policydokument for forebyggende helsearbeid (1). De ulike forventningene til fastlegens innsats er dels uforenlige, slik vi fikk demonstrert da Helse- og omsorgsdepartementet i forslaget til ny forskrift for fastlegeordningen foreslo at fastlegen aktivt skulle oppsøke risikanter i pasientpopulasjonen og tilby hjelp til endring av levevaner. Målene for innsatsen er de samme for alle, flere gode leveår og reduksjon av sosiale helseforskjeller i samfunnet. Det er i synet på bruk av virkemidler det er forskjeller.

Jeg har interessert meg for arbeid med levevaner, og har som mange andre fastleger opplevd det som en viktig, men krevende oppgave – både for mine pasienter og meg selv. Jeg ønsket å få vite mer om hvordan andre fastleger forvalter dette oppdraget. Derfor har jeg gjennomført et forskningsprosjekt der jeg har arrangert fokusgruppemøter i etablerte smågrupper hos allmennleger med ulik erfaring og praksistype. Til sammen 50 leger

var informanter. Jeg ba deltakerne presentere kasuistikker fra egen praksis der de enten har lyktes eller mislykkes med å bistå en pasient i å endre levevaner. Dette utløste diskusjoner i gruppene om erfaringer og syn på rollen som livsstilsveileder. I denne artikkelen vil jeg presentere og kommentere noen av hovedfunnene. Jeg har markert illustrerende sitater med kursiv. Det er publisert tre artikler fra studien (2–4).

### Ulike virkemidler

Alle legene i studien brukte elektronisk pasientjournal, og mange av dem brukte utfylling av oversiktsbildet i pasientjournalen bevisst for å kartlegge pasientenes bakgrunn og risikoprofil knyttet til levevaner. De kunne så bruke denne kartleggingen som inngang til samtale om endring av levevaner og tilby oppfølging ut fra dette.

«Jeg er ny og kjenner jo ingen. I begynnelsen hadde jeg nok med å si hei, hva kommer du for idag. Men etterhvert nå prøver jeg å spørre alle – er det hjertesykdom i familien, er det kreft i familien, og da får du det jo.»

NYETABLERT FASTLEGE

Flere av legene fortalte at de ikke utnyttet denne muligheten til å kartlegge behov for levevanejustering så godt som de skulle ønske. Pasienter med kompliserte levevaneutfordringer som alkoholavhengighet, spiseforstyrrelser og fedme ble ofte henvist til spesialisthelsetjenesten. Flere hadde ansatt hjelpepersonell som arbeidet med røykeavvenning og kostveiledning. For å visualisere risiko brukte noen leger risikokalkulatorer, logg for kosthold og aktivitet, brosjyrer og utskrift fra Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). Flere var skeptiske til å bruke informasjonsmaterieell som var utviklet av legemiddelindustrien.

Legene som deltok i studien presenterte gode eksempler på pasientsentrert klinisk kommunikasjon, med bevisst bruk av åpne spørsmål for å legge til rette for å at pasienten kunne snakke om endring av levevaner. Noen erfarne leger var svært personlige og fortalte pasientene om egne vansker med levevaner. Disse legene opplevde at det å blottlegge egne vansker og sårbarhet ga en god dialog med pasientene. Det var flere eksempler på gode forhandlinger mellom lege og pasient om muligheter, begrensninger og tiltak for å sette seg realistiske mål for endringsarbeidet.

Det kom også fram historier om bruk av grovere kommunikasjonsverktøy. Dette inkluderte bevisst vektlegging av risiko og versteinfallstenkning, retorisk manipulering og utnyttning av anledningen til å undersøke en avkledd pasient til å kommentere fysiske følger av uheldige levevaner. Legene kommenterte lukt av tobakk, striae og rynker i hud.

«Jeg målte blodtrykket. Oi, det var litt høyt, sa jeg. Kan du legge deg opp på benken. Så begynte jeg å lytte på hjerte og lunger og så etter strekkmerker og da tror jeg han ble litt sånn...»

UNDERSØKELSE AV UNG MANN  
SOM BRUKTE ANABOLE STEROIDER

### «Gylne øyeblikk»

Noen brukte laboratorietester for å avsløre alkoholmisbruk, for i neste omgang å konfrontere pasienten med funnene.

«Jeg hadde et gyllent øyeblikk med en som var alkoholiker, han var manisk depressiv og alkoholiker. Og hadde KOLS, han hadde det meste. Han kom ned til meg, og jeg var ganske sikker på at han hadde kjørt i fylla. Så jeg snek meg til en ulovlig prøve, og fant en promille på nærmere 1. Konfronterte ham med det neste gang, og han var ikke sur på det.»

I gruppesamtalene reflekterte legene over bruk av slike grove virkemidler. Mange mente slik praksis var etisk uakseptabel, og dessuten ofte lite effektiv.

Noen av legene fortalte om bruk av humor og paradokser for å åpne opp for samtale om levevaner. Av og til var dette vellykket, men det var også fortellinger om at pasienten ikke forsto legens intensjoner og at forsøket endte i fiasko. Legene i undersøkelsen ga også konkrete råd og tips, samt standardiserte råd om levevaner. Noen presenterte eksempler på kommunikasjonsstrategier som neppe er omtalt i lærebøker eller pensum.

«Ifjor tok jeg av meg 15–20 kilo sjøl, og det var mange som hang seg på det. Når jeg gjorde det så skulle kanskje de også gjøre noe med det. Jeg har mellom fem og ti pasienter på excel-skjema hvor jeg veier og snakker med dem en gang i måneden. Så lager vi en konkurranse oss imellom. Ikke som gruppe, men som enkeltpasienter. Og det virker. Å spille på lag i stedet for å formane.»

I policydokumentet har NFA omtalt «gylne øyeblikk», situasjoner der forutsetningene for vellykket forebyggende rådgivning er spesielt gode. I min studie var det mange fortellinger om gjennombrudd i endringsarbeid i konsul-

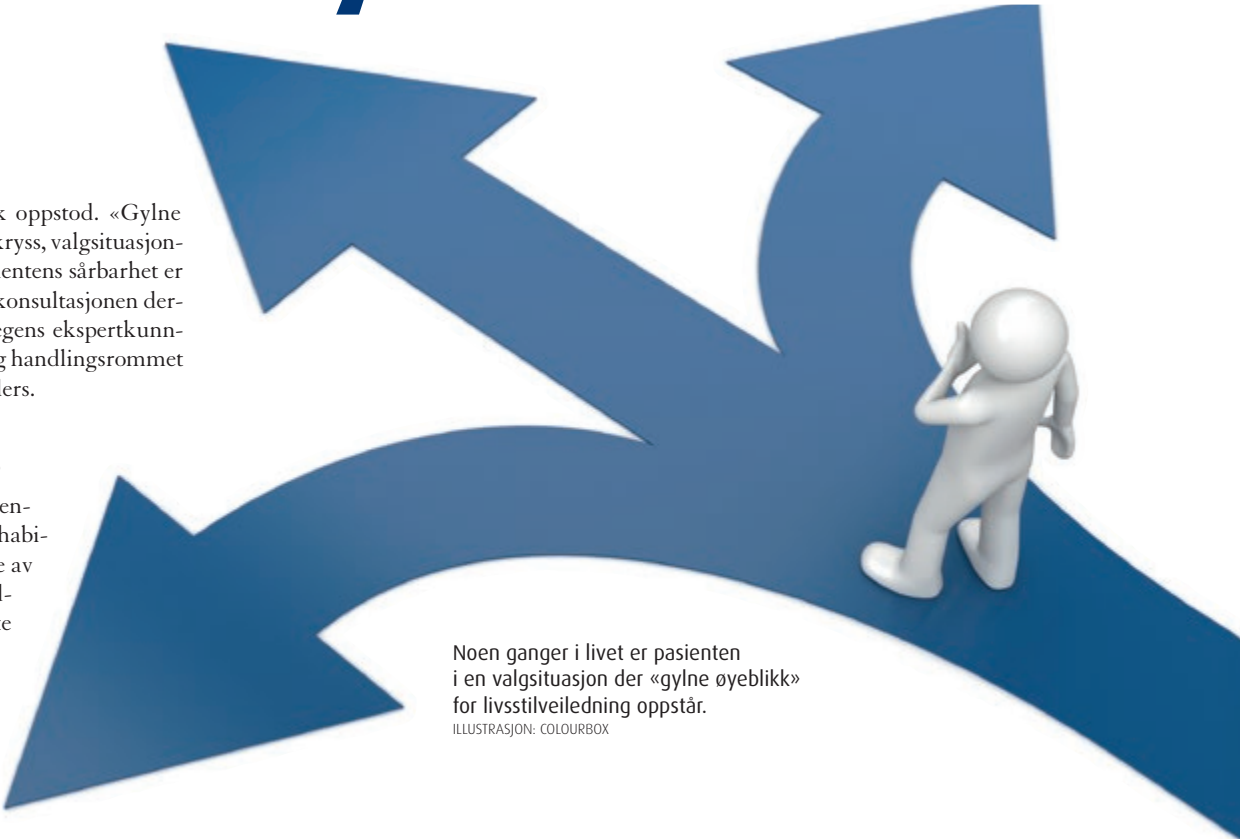
# livets veikryss

tasjoner der slike øyeblikk oppstod. «Gylne øyeblikk» er helselivets veikryss, valgsituasjoner der noe står på spill. Pasientens sårbarhet er øket og maktfordelingen i konsultasjonen dermed endret. Behovet for legens ekspertkunnskap er tydeligere uttrykt og handlingsrommet for endring er større enn ellers.

## Motiverende samtale

Levevaner må sees i sammenheng med livssituasjon og habitus, som er tillærte mønstre av persepsjon, tanker og handlinger (5). Derfor er det ofte nyttig og nødvendig å se pasientens levevaner og mulighet for endring i sammenheng med sosial tilhørighet og subjektive opplevelse, i tillegg til objektiv registrering av levevaneutfordringer,

for å kunne iverksette tiltak som har forutsetning for å lykkes (6). Vi må søke å forstå de bakenforliggende årsakene til de observerte levevanene, og inkludere pasientens livshistorie. Vi har størst sjans for å lykkes i arbeid med endring av levevaner om pasienten opplever selvbestemmelse, autonomi, har kunnskap om helseutfordringen og opplever støtte fra helsepersonell og omgivelser (7). Helsedirektoratet anbefaler motivasjonssamtale (motiverende intervju) til bruk i slike konsultasjoner, både for leger og personell ved frisklivssentralene som etableres i mange kommuner (8). Teknikkene i motivasjonssamtalen kan være nyttige, gi autonomistøtte til pasientene og kan motvirke ugunstige motstandsreaksjoner. Imidlertid kan metoden i likhet med andre konsultasjonsteknikker virke instrumentell og manipulerende om den anvendes feil. Derfor er det nødvendig med opplæring og jevnlig trening i bruk av metoden. Noen av de røffe kommunikasjonsstrategiene jeg fant i min studie vet vi øker uhensiktsmessige motstandsreaksjoner og kan framkalle opplevelse av skyld og skam. Det fremmer ikke sannsynligheten for varig endring av levevaner og bedre helse. Trening i pasientsentrert klinisk kommunikasjon er grunnleggende for å gjøre godt pasientrettet legearbeid. Det bedrer både legens kommunikasjonsferdigheter, pasientenes helseatferd og trolig også pasientenes helse (9).



Noen ganger i livet er pasienten i en valgsituasjon der «gylne øyeblikk» for livsstilveiledning oppstår.

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

## Ikke bare livsstil som gir sykdom

Arbeid med sykdommer knyttet til levevaner er viktig, men det kan lett bli for mye fokus på individuelt ansvar for endring av levevaner. Befolkningsrettede tiltak er ofte mer effektive, men mindre politisk spiselige. Det kan vi gjerne minne våre politikere om. For de fleste sykdommene som vi kaller livsstilssykdommer er årsakene sammensatte, og livsstilen bare en av flere årsaker til sykdom. Etter min mening er derfor begrepet livsstilssykdom unyansert, og plasserer for mye ansvar på den enkelte pasient. Det er en hel

industri som tilbyr produkter og tjenester på levevaneområdet. Produktene og tjenestene har ulik grad av kvalitet, pris og tilgjengelighet. Som fastleger får vi ofte en rolle som los i kronglete farvann. Fastlegens rolle som livsstilsveileder er komplisert, men viktig. I motsetning til de fleste andre profesjoner treffer vi våre pasienter i gjentatte møter, i ulike livssituasjoner og ofte i helselivets veikryss der «gylne øyeblikk» og handlingsrom oppstår. Kunsten er å forvalte disse møtene med klinisk kompetanse som vi vet kan fremme pasientens helse.

## REFERANSER

1. NFA. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmenntidmedisin. Siljan/Oslo: Norsk forening for allmenntidmedisin; 2011 Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/27372/120604%20Policydok%20forebyggende.pdf>.
2. Abildsnes E, Flottorp S, Stensland P. Case stories in general practice: a focus group study. *BMJ Open*. 2012; 2 (4).
3. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Lifestyle consultation in general practice--the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract*. 2011 Apr; 28 (2): 220-5.
4. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Power and powerlessness: GPs' narratives about lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*. 2012 Mar; 62 (596): e160-6.
5. Bourdieu P. Meditasjoner (Méditations pascaliennes). Oslo: Pax forlag A/S; 1999.
6. Walseth LT, Schei E. Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*. 2011 Feb; 14 (1): 81-90.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000 Jan; 55 (1): 68-78.
8. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
9. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12: CD003267.

 eabil@broadpark.no

# Seksualitet i medisin

## – en mer praktisk tilnærming?

■ SVERRE MYREN • Turnuslege ved Sykehuset Leganger  
■ KATRINE MELBY • turnuslege ved St. Olavs Hospital, Orkdal

**Fagpersoner har hevdet i media at mange leger har begrenset kunnskap om seksualitet. Hvor godt forberedt er nyutdannede leger på å ta opp temaet med pasienter? Hvilken undervisning om seksualitet gis ved medisinske studiesteder i Norge?**

Sexologi, av latin *sexus* = kjønn og *logos* = lære, er læren om kjønnslivet, og fagfeltet favner en rekke naturvitenskapelige og humanistiske disipliner. Den kliniske sexologien er den delen av sexologien som handler om å kunne forstå, veilede og hjelpe mennesker med seksuelle problemer og funksjonsnedsettelse. Seksuelle problemstillinger blir håndtert innen praktisk talt alle medisinske fagområder (1). Etter vanlige maler for journal-opptak på sykehus hører seksualfunksjon inn under «naturlige funksjoner» (2). Mange pasienter opplever bedret funksjon ved at seksuelle problemer tas opp, selv om man ikke alltid har noen konkret behandling å tilby. En rekke problemer kan bedres og også løses ved helseopplysning om sammenhenger og konkrete råd og anvisninger (3).

### Vet nyutdannede leger nok om seksuell helse?

Seksualfunksjon er nok ikke den delen av anamnesen det føles mest bekvemt å ta opp, og standardverket *Lærebok i psykiatri* sier at de «færreste pasienter og leger har et fordomsfritt og kunnskapsrikt forhold til seksuallivet. Legens holdninger vil være bestemmende for den måten han spør pasienten om seksuelle forhold på, og tilsvarende vil pasientens holdninger bestemme hvor lett og fullstendig han gir svar. Siden mange leger har begrenset kunnskap om seksualitet, vil slike spørsmål lett medføre kompetanseangst hos legen» (4). I flere artikler den senere tid har NRK tatt opp at leger kan bli bedre til å snakke om seksualitet med sine pasienter. Lege og spesialist i klinisk sexologi Haakon Aars, uttalte 20.11.2012 at nyutdannede leger kan lite om seksuell helse (5, 6).



Det blir undervist om prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer ved alle de fire fakultetene i Norge.

En nordamerikansk studie viste at 25 prosent av allmennleger rutinemessig spurte sine pasienter om seksuelle forhold. Et flertall blant dem som ikke tok opp slike problemstillinger, oppga som årsak at de følte de hadde for liten trening i å ta opp ordentlig seksualanamnese og å gi råd ved seksuelle problemer. Andre studier har vist at mellom 42 prosent og 62 prosent av medisinstudenter synes de har fått mangelfull opplæring om seksualitet (7). Det er usikkert i hvilken grad disse tallene kan overføres til norske forhold. Vi kjenner ikke tilsvarende studier her til lands.

Sommeren 2012 spurte vi per e-post de fire medisinske lærestedene i Norge: «Hvilken undervisning har dere om seksualitet og kjønn ved deres fakultet?» I tillegg spurte vi spesifikt om det blir gitt praktisk undervisning i kommunikasjon om seksualitet. Det har vært krevende å få oversikt over hva som undervises om seksualitet og hvor mye de ulike temaene blir vektlagt. Fagområdet er ikke klart definert og det er flere medisinske spesialiteter som har ansvar for undervisningen. Vi ga fagmiljøene muligheten til å selv definere hva som hører inn under seksual-



# studiet



TABELL 1. Undervisning i seksualitet ved medisinske studiesteder i Norge.

EMNE	TROMSØ	TRONDHEIM	BERGEN	OSLO
Kommunikasjon om seksualitet	Ja <sup>3</sup>	Ja <sup>3</sup>	Ja <sup>3</sup>	Ja <sup>4</sup>
Prevensjon	Ja	Ja	Ja	Ja
Seksuelt overførbare sykdommer	Ja	Ja	Ja	Ja
Seksuelle dysfunksjoner <sup>1</sup>	Ja	Ja	Ja	Ja
Seksuelle problemer ved sykdom	Ja	-?	Ja	-?
Legemidler og seksuelle bivirkninger	Ja	-?	-?	Ja
Seksuelle minoriteter <sup>2</sup>	-	-	-	Ja
Seksualitet hos ungdom	-	-	Ja	-
Seksualitet hos eldre	-	Ja	-	-
Seksualitet i globalt perspektiv	-	Ja	-	-

tetsundervisningen. Deretter har vi stilt oppfølgings spørsmål og i enkelte tilfeller fått tilsendt forelesningsnotater for å kunne sammenlikne lærestedene bedre. Ut fra svarene vi fikk, har vi satt opp en oversikt over temaene som undervises (TABELL 1). Utover denne undervisningen foreleses det om de tilgrensende emnene pubertetsutvikling, hormoner og kjønnsorganenes anatomi og fysiologi samt at enkelte fakulteter også tar opp seksualisert vold og omskjæring.

## Undervisningen i seksualitet

Opplæringen i kommunikasjon om seksualitet består i Tromsø, Trondheim og Bergen av teoretisk gjennomgang av seksualanamnese. I Oslo blir seksualitet av og til tatt opp i kommunikasjonsundervisningen i forbindelse med det å snakke om sensitive tema.

Undervisning om prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer finner vi ved alle de

1 Seksuelle dysfunksjoner omfatter etter en foreslått definisjon av *3rd International consultation on sexual dysfunctions* nedsatt/lav seksuell lyst, nedsatt/lav opphisselse, erektil dysfunksjon, prematur ejakulasjon, retardert ejakulasjon, orgasmisk dysfunksjon, dyspareuni og vaginisme (8). Det varierer hvilke av temaene som undervises ved lærestedene.

2 Seksuelle minoriteter er en betegnelse på ulike grupper i befolkningen som har en seksuell identitet, orientering, praksis og/eller legning som skiller seg helt eller delvis fra majoriteten i samfunnet. Eksempler på seksuelle minoriteter er lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, sadomasochister og fetisjister (9).

3 Teoretisk gjennomgang av seksualanamnese.

4 Seksualitet tas opp av og til i kommunikasjonsundervisningen.



fire fakultetene. Disse forelesningene blir gjerne holdt sammen med undervisningen i henholdsvis gynekologi og dermatologi/venereologi. I Tromsø har de en firetimers fagdag i sexologi, mens Oslo og Bergen har egne forelesninger om emnet. I Trondheim tas et utvalg av seksuelle problemer opp under forelesninger i gynekologi og urologi. Vi skiller i denne oversikten mellom såkalte seksuelle dysfunksjoner, som etter en foreslått definisjon av *3rd International consultation on sexual dysfunctions* omfatter tilstander som nedsatt/lav seksuell lyst, erektil dysfunksjon og dyspareuni (8), og seksuelle problemer knyttet til bestemte sykdommer. Det varierer hvilke problemstillinger som tas opp, men alle lærestedene ser nærmere på erektil dysfunksjon og kroniske bekken- og underlivssmerter. Legemidler og seksuelle bivirkninger synes å bli tatt opp kun sporadisk, og i størst omfang i Tromsø og Oslo. Seksualitet hos ungdom blir undervist i Tromsø, mens det er en forelesning om eldre og seksualitet i Trondheim.

I Oslo foreleses det om seksuelle minoriteter, mens de andre studiestedene ikke omtaler dette spesifikt. Seksuelle minoriteter er en betegnelse på ulike grupper i befolkningen som har en seksuell identitet, orientering, praksis og/eller legning som skiller seg helt eller delvis fra majoriteten i samfunnet (9). På den ene side kan det å ikke trekke fram bestemte grupper, uttrykke at underviseren anerkjenner de ulike former for seksualitet i like stor grad. For seksuelle gleder og utfordringer kan jo opptre uavhengig av om man er heterofil eller ikke. Men at mangfoldet av seksualitet ikke belyses spesifikt, kan vel så gjerne tolkes som at man ikke er oppmerksom nok på det? Rapporter har vist at personer som tilhører seksuelle minoriteter, har særskilte utfordringer, og unge lesbiske og homofile har et større rusmiddelforbruk og en høyere selvmordsfrekvens enn befolkningen for øvrig (10). For at disse pasientene skal tørre å snakke om sin seksualitet, hjelper det om helsepersonell bevisst har en nøytral språkbruk og ikke tar det for gitt at pasienten er heterofil (11).

## En mer praktisk tilnærming

Om vi ser alle fire studiestedene under ett, er det altså mange emner som blir dekket, men flere tema undervises kun ved enkelte av stedene. Man kunne kanskje ønske at bredden i undervisningen jevnt over var større? Vi har dessuten inntrykk av at mye av undervisningen som gis, er relativt teoritung og gir for lite rom for diskusjon. Et unntak er sexologi-forelesningen i Oslo, der studentene får kasustikker å arbeide med. Vi tenker at det ville



Det er kun ved fakultetet i Oslo det spesifikt foreleses om seksuelle minoriteter. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

være nyttig om det blir lagt opp til at studentene får diskutere vesentlige områder innen sexologien: Hva kan man forvente at en lege kan om seksualitet? Hvilke tilstander er det mulig å behandle i allmennpraksis? Når bør man henvise og hvor?

De siste tjue årene har det vært gitt omfattende opplæring i klinisk kommunikasjon ved de norske studiestedene. Undervisningen foregår i smågrupper med rollespill, reelle pasienter eller simulerte pasienter (skuespillere). Forskning har vist at kommunikasjon og intervjuferdigheter kan læres (12). I noen grad blir det ved alle studiestedene undervist i kommunikasjon om seksualitet, men denne undervisningen er stort sett teoretisk. Burde man også ha klinisk kommunikasjonstrening som gikk spesifikt på dette?

I en artikkel fra NRK 29.3.2012 blir det hevdet at pasienters seksualitet blir behandlet på en mer kompetent måte av helsevesenet i land som Danmark og Nederland. Trond Markestad, leder for Rådet for legeetikk, uttaler at: «Det handler nok [...] om en mangel på kunnskap og trygghet. Vi er kanskje mer sjenerte enn i mange andre land?» (6). Vi skal ikke ta stilling til om norske leger er mer blyge enn sine danske og nederlandske kolleger. Men kanskje kunne en mer praktisk tilnærming i medisinstudiet gjort kommende leger mer bekvemme med å snakke om seksualitet?

*Forfatterne ble uteksaminert fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet våren 2012.*

## REFERANSER

1. Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L. Vad är sexologi? I: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. Stockholm: Liber, 2010: 14-6.
2. Aabakken L, Bendz B. Mal for journal. I: Aabakken L, Bendz B, red. Turnuslegeboka 2007. Ridabu: Legeforlaget AS, 08.07.2008. <http://innhold.legesiden.no/fulltekstboker/turnuslegeboka/journalopp-tak/mal-for-journal-1> (12.12.2012).
3. Svendsen K-OB. Seksualmedisin i allmennpraksis – eller allmenn sexologi i praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 766–70.
4. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
5. Solli HJ. – Norske leger snakker ikke om sex. NRK, 20.11.2012. [www.nrk.no/nyheter/norge/1.8400944](http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.8400944) (12.12.2012).
6. Falkenberg A, Voisin M-AI, Sae-Khow N. De flaua legene. NRK, 29.03.2012. [www.p3.no/dokumentar/de-flaua-legene](http://www.p3.no/dokumentar/de-flaua-legene) (12.12.2012).
7. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions. J Sex Med 2013; 10: 3-18.
8. Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer A. Definitioner och förekomst av sexuella dysfunktioner. I: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. Stockholm: Liber, 2010: 265–73.
9. HelseDirektoratet. Seksuelle minoriteter, 27.11.2011. [www.helseDirektoratet.no/folkhelse/seksuell-helse/seksuelle-minoriteter/Sider/default.aspx](http://www.helseDirektoratet.no/folkhelse/seksuell-helse/seksuelle-minoriteter/Sider/default.aspx) (12.12.2012).
10. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA Rapport 1/99. Oslo, 1999.
11. LLH. Ta det ikke for gitt av pasienten er heterofil. [www.llh.no/filestore/Dokumenter\\_LLH\\_Sentralt/Brosjyre/BrosjyreHelsepersonellLLH.pdf](http://www.llh.no/filestore/Dokumenter_LLH_Sentralt/Brosjyre/BrosjyreHelsepersonellLLH.pdf) (12.12.2012).
12. Gude T, Anvik T, Baerheim A et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 2277–80.



# Helsefremmende kommunikation i almen praksis

## – At aktivere håb og resurser i daglig praksis

■ PEDER OLESGAARD *speciallæge i almen medicin*

**For ca. et år siden** vikarierede jeg som læge i Grønland. En kvinde på omkring 35 år kom nok især for at få sin sygdomsmedling forlænget. Der var tolk med i konsultationen, som der er ved ca. 60 procent af alle konsultationer. Det lægger måske i sig selv en dæmper på intensiteten af kommunikationen. Patienten havde mange problemer og dog kunne det måske sammenfattes i et: Hendes liv fungerede ikke. Hun havde intet arbejde. Hun havde dårlig økonomi. Hun havde alkoholproblemer. Havde svært ved at tage hånd om hendes børn. Hun var alene med børnene. Hun havde flere psykosomatiske symptomer

så som smerter i bevægeapparatet, svimmelhed, hovedpine, tendens til hjertebanken. Alt det kunne jo godt virke noget uoverskueligt og fristelsen til at forlænge sygdomsmedlingen og så lade andre tage sig af hendes multi-problemer var nærliggende. At starte en almindelig konsultation for at udrede alle disse symptomer var uoverskuelig, ja nærmest umulig.

**Jeg valgte derfor** i stedet at vende alt på hovedet og spurgte hende om, hvad hun syntes, der var godt i hendes liv. Hun virkede lidt overrasket og svarede først, at det var der nærmest intet, der var. Derefter spurgte jeg

hende om, hvad hun godt kunne lide at lave. Det svarede hun konkret på. Så var der jo lukket op ind til en resurssedel af hendes liv. Herefter blev samtalen vendt hen imod hvad der havde været godt i hendes liv, og hvad årsagen kunne være til det. Mon hun selv dengang havde haft nogen indflydelse på, at det havde været godt. Efterhånden tøede hun mere og mere op og gik med på den fantasirejse, som det jo var ind i et liv, som kunne være godt. Herefter opdagede jeg, at jeg selv mere og mere begyndte at tale resurse sprog, og åbenbart i hypnotiske vendinger. Pludselig begyndte tolken at tale nærmest i tranceindu-

Bydelen Nuussuaq i Grønlands hovedstad Nuuk med Sermitsiaq-fjellet i baggrunden.



cerende sprog på grønlandsk. Konsultationen endte med, at patienten forlod konsultationsrummet med håb om, at tingene kunne ændres til det bedre i hendes liv og med tro på, at hun selv kunne påvirke tingene til det bedre. Hendes kropssprog var tydeligt forandret, da hun forlod konsultationen. Tolken udtrykte spontant bagefter: »Det var en fantastisk oplevelse. Patienten nærmest svævede ud af konsultationen«.

**Episoden er selvfølgelig** lidt speciel, men illustrerer meget godt, hvor virkningsfuldt det kan være i daglig almen praksis at vende sig væk fra patogenetisk tankegang og hen imod at se på tingene med resurse øjne. Som læger er vi oplært til at starte med en patogenetisk tilgang, hvor vi prøver at fejlfinde. Vi prøver at forstå, hvad det er, der er gået galt og begynder så at tænke på en reparationsmetode. Det giver god mening i rigtig mange situationer. Men en gang imellem virker metoden slet ikke. Den nævnte sygehistorie viser klart at, i en sådan situation er det helt oplagt at tage en anden approach. Det er fantastisk at have adgang til den patogenetiske (hvordan opstår sygdom) og den salutogenetiske (oprindelse til sundhed) på en gang. Netop i almen lægepraksis er det meget brugbart at tænke i begge baner og dermed kommunikere i begge baner. Det er i almen praksis, at vi møder patienten i starten af et forløb, hvor det kan være fint at tænke patogenetisk. Men det er også i almen praksis, at vi ser den samme patient mange gange gennem et helt liv. Her er det helt oplagt også at se på patientens resurser, at diskutere resurser med patienten for at finde en vej med patienten tilbage til det gode liv.

**Jeg selv har været** praktiserende læge i en provinsby i Danmark i 27 år. Jeg har været tilknyttet Almen medicinsk institut; Århus Universitet og dermed undervist studenter og unge læger i kommunikation. Faget almen medicin betragter kommunikation som fagets kerneområde. Jeg har for syv år siden lært hypnoterapi og dermed erfaret, hvor vigtig resursetanker og resursesprog er for at finde vejen tilbage til at have det godt. Det er i hypnoterapi, at man lader patienten opleve, hvordan hendes resurser ligefrem direkte kan sejre over hendes sygdomsfølelse. Det er her man lader patienten føle velvære, styrke, frihed og ro og andre resursefyldte følelser. Når der er god kontakt til disse stærke følelser, kan man som terapeut spørge patienten, medens hun er i trance, om hun kunne forestille sig, at disse stærke følelser kunne hjælpe til med at løse det problem, som hun opsøger mig for. Ofte vil patienten mærke en fornemmelse af, at det fint kan lade sig gøre.

Når patienten således i trance har haft oplevelsen af at blive hjulpet oveni købet af sig selv, vil det ofte være starten til bedring og løsning af hendes problem.

**Antropologen** Beth Elverdam, som var ansat på Almen medicinsk institut i Odense i Danmark i en årrække, udførte en del kvalitative studier om den almen medicinske kultur. Hun kom naturligvis derfor ind på emnet kommunikation i almen praksis. Hun sad hos mig en hel dag og optog alle mine konsultationer en dag i 2003. Hun renskrev det hele, og da jeg læste hele dagens kommunikation, lærte jeg rigtig meget om mig selv og min måde at kommunikere på. Det blev efterfulgt af et interview, hvor Beth kom hos mig igen for at interviewe mig om mine tanker desangående. Jeg lagde mærke til at, i starten af konsultationen var det næsten kun patienten der talte. Efterhånden som konsultationen skred frem kom jeg mere og mere på banen, og til sidst var det mest mig der talte.

Jeg havde i mange år øvet mig på at lade patienten tale færdig. Studier har vist, at i gennemsnit bliver patienten afbrudt efter 15 sekunder! Samme studier viste, at de fleste patienter let kan fremstille deres problemstilling på to minutter, hvis lægen vil lade være med at afbryde. Jeg opdagede, at patienten var meget bedre end jeg til at få alle enkeltheder og overvejelser med. Det var vigtigt at signalere ro og god tid, også når patienten mente at have fået sagt det, hun følte skulle siges. Ofte bad jeg patienten uddybe dette eller hint, men med meget åbne spørgsmål. For det første giver denne metode rigtig god information til lægen og for det andet er det som patient rart ikke at blive afbrudt straks man prøver at forklare sit problem. Jeg mener derfor også, at metoden er langt mere effektiv også tidsmæssigt, end den så ofte brugte metode, hvor lægen straks overtager konsultationen.

Hanne Hollnagel som var professor i Almen medicin ved Københavns Universitet, beskæftigede sig rigtig meget med resursetænkning i konsultationen i almen praksis. Hun lancerede begrebet *Salutogenese*, som kan oversættes til »oprindelse til sundhed«. Hun påpegede, at patientens generelle viden om sit helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen i højere grad. Det kan gøres ved nogle spørgsmål, som åbner for dialog. Patienterne kan godt resurserproget. Lægerne skal lære det – og anvende det. Hun nævner sundhedsbrøken, som er belastninger divideret med resurser. Hun konkluderer at almen praksis kan bidrage til at styrke patientens stærke sider i stedet for kun at påpege svagheder og risikofaktorer. Herved bevæger almen praksis sig fra risikojagt til resursemobilisering.

**For nogle år siden** vikarierede jeg i en norsk almen praksis i en måned. Det var før jeg havde lært hypnoterapi. Jeg var dengang ikke så bevidst fokuseret på resurse tankegang. En dag kom en kvinde på ca. fyrrer år til mig i klinikken. Hun skulle også bare have sin sygemelding forlænget. Hendes væsentligste problem var migræne. Hun havde vældig ofte migræne og havde derfor rigtig mange sygedage, hvilket havde ført til fyring fra sit job. Hun kunne ikke skaffe sig et nyt job pga. alle disse fraværsdage. Hun var blevet skilt for et par år siden og fundet sig en ny samlever, som stort set mest oplevede hende for nedrullede gardiner i sengen pga. migræne. Hun havde taget en del på. Hun havde vel egentlig opgivet, at der kunne være et normalt liv til hende. Det virkede jo også noget håbløst for mig som læge, men alligevel tilbød jeg hende akupunktur for hendes migræne. Det havde hun ikke prøvet tidligere men ville gerne. Allerede her signalerer patienten en vis tro på, at tingene kan forandres. Ligeledes signalerer lægen jo også, at spillet ikke er tabt. Hun kom hos mig ca. fire til fem gange for at få akupunktur, medens jeg var der. Det hjalp faktisk godt på hende, og hver gang hun kom, fik vi en lille snak om hendes håb og drømme om fremtiden. Så forlod jeg stedet og tog hjem til min egen praksis i Danmark igen. Efter ca. seks måneder modtog jeg en mail fra patienten. Hun havde fået klinikken til at udlevere min mailadresse til hende. Hun ville gerne fortælle mig, at jeg havde gjort en stor forskel i hendes liv. Hendes migræne var reduceret væsentligt og dirigerede ikke længere hendes liv. Hendes samlever oplevede pludselig en helt ny kæreste, som ikke altid lå i sengen med nedrullede gardiner. Hun havde tagt sig, og hun var påbegyndt en ny uddannelse, som hun fandt spændende. Hun havde fået troen tilbage på et liv også for hende. Det var jo ikke mig, som havde gjort en forskel. Det var jo i virkeligheden hende selv. Jeg havde bare været det enzym, som satte processen i gang. Min opgave var bare at så et frø. Hendes opgave var at mærke vækstpotentialet i hendes liv. Hun greb den selv. Hun fik reduceret sine migræne anfald, hvilket naturligvis hjalp hende konkret. Men det vigtigst, tror jeg, var, at hun fik vendt den negative tankegang til en mere positiv. Hun fik øget sundhedsbrøken, hvor belastninger kom til at fylde mindre og resurser kom til at fylde mere.

**I den medicinske verden** er der flere syndromer, som er præget af kroniske smerter i især bevægeapparatet. Fibromyalgi er en af dem. Patienten har kronisk ondt og diagnosticeres ved at være specifik øm på relevante steder. I mange år var diagnosen nærmest betragtet som en skraldespands diagnose

se. For en del år siden hørte jeg en svensk kvindelig almen mediciner tale om emnet. Hun havde interesseret sig for disse kvinder – det er stort set altid kvinder. Hun havde interviewet en del. Fælles for dem var, at der næsten altid var en historie med overgreb tidligere i livet. Mange havde været udsat for incest, og en del havde levet i voldelige forhold tidligere. Det havde ført til kronisk angst og anspændthed også fysisk. Det førte igen til kroniske smerter i bevægeapparatet, som ikke kunne holde til denne kroniske anspændthed. For mig førte denne nye viden til en ny forståelse og dermed behandling af disse patienter. Det blev rigtig vigtigt at tale resurser med disse kvinder og lade dem genføle værdien i dem selv. Igen at genopleve følelsen af stolthed og frihed og glæde. Alt sammen følelser som måske lå rigtig langt tilbage i deres liv, men som alligevel var lejret i underbevidstheden. Når disse kvinder blev opmærksomme på denne sammenhæng mellem deres kropssymptomer og tidligere psykiske belastninger, blev det meget lettere for dem at give sig lov til igen at føle selvværd. Det gjorde det meget lettere for dem delvis at ignorere smerten og føle noget stærkt og godt i dem selv. Igen var det sundhedsbrøken som blev øget.

**En anden lidelse** er kronisk træthedssyndrom. Igen en lidelse med fysiske symptomer i form af især træthed og følelse af udmattethed. Baggrunden er en overbelastning gennem en længere periode måske for nylig eller måske tidligere i livet. Behandlingen er igen at lade patienten forstå sammenhængen og så derefter begynde at arbejde med resurse tankegangen. Igen at lade patienten føle sit eget værd. Denne følelse af værdi kan meget vel være hentet fra tidligere i livet. Det vigtige er bare, at patienten får lov at føle den igen. Det at mærke en stærk resurse igen giver patienten en indre oplevelse af, at tingene ikke er stationært, men at ændringer er mulige. Dette fører så med sig, at patienten kan begynde at mærke sin stærke og energifyldte side. Når det sker, kan patienten forlade den brynje, som har fastholdt hende i et syndrom af træthed og udmattethed.

Ofte vil vi som læger begynde at tænke på en farmakologisk behandling enten i form af smertestillende medicin eller depressionsmedicin. Det kan også være en udmærket midlertidig løsning, men den bør kombineres med samtalen med patienten om hendes egne resurser og værdier.

**Jeg har valgt at tage dig** kære læser med på en rejse i min verden. Nogle af de nævnte metoder er ret godt dokumenterede, men desværre har jeg ikke helt overblik over, hvor jeg har læst og hørt det. Andre er måske mere præget af mange års erfaring fra arbejdet med syge mennesker. Sygehistorierne er valgt ud fra simpel erindring, og det betyder jo, at det er de bedste historier man husker. Det er jo nok i virkeligheden en måde at overleve på som læge. Det er måske lægens resursetankegang – at huske de positive oplevelser. Lægen er jo gjort af det samme grundstof som patienten. Som Beth Elverdam meget sigende kalder sin bog om studier blandt praktiserende læger: »At se personen før patienten«. Et citat som er hentet direkte fra lægens dagligdag. På den måde bliver patienten andet end blot en patient i rækken af konsultationer.

Konklusionen er, at resurse tankegang og resurse sprog er vigtig i daglig almen praksis. Det står ikke i modsætning til klassisk patogenese tankegang, men de to metoder går rigtig fint i spænd med hinanden. Helsefremmende kommunikation er at aktivere håb og resurser i daglig klinisk arbejde. Der bliver flere sejre både for lægen og patienten når resurserne også får en plads i samtalen.

*Denne artikkelen er tidligere publiceret i bladet Practicus – 214 – februar 2013.*

# Sukker, ikke fett, som årsak til hjerte- og karsykdommer

Norske helsemyndigheter har i minst 30 år hevdet at fett er den viktigste årsaken til hjerte- og karsykdom, og at særlig mettede fettsyrer er helseskadelige. Helt glemt er pionerer som brukte sin fagkarriere til å sannsynliggjøre at ikke fett, men sukker, er den viktigste årsaken til mange av dagens helseproblemer. Deres budskap blir nå understøttet av nyere forskning.

Den britiske legen og forskeren John Yudkin (1910–95) var på 1960- og 70-tallet særlig opptatt av sukkerets negative helsevirkninger. Han studerte først mikrobiologi, deretter medisin og ernæring, og ble senere professor i fysiologi ved Queen Elisabeth College i London. Yudkin publiserte fagartikler i ledende medisinske tidsskrifter og er særlig kjent for sin bok *Pure, white and deadly* fra 1972 (1). Her viste han tallrike eksempler, som underbygget at primært sukker og i mindre grad fett, var en sannsynlig årsak til hjerte- og karsykdom. For eksempel viste han til at masai og samburuer i Øst-Afrika nesten ikke hadde hjertesykdom selv om de spiste mye fett fra kjøtt og melk. Som relativt ensom svale i sin samtid ble hans forskning aktivt motarbeidet av en mektig sukkerindustri (2).

Senere har stadig flere forskere kommet fram til at Yudkin hadde rett i at fett ikke er en viktig årsak til hjerte- og karsykdom (3, 4, 5). Et økende antall fagfolk har vist at sukker og karbohydrater som gir rask blodsukkerstigning både bidrar til hjerte- og karsykdom (6, 7) og andre helseproblemer. Forklaringen på hvordan høyglykemisk mat kan bidra til fedme har vært kjent i mer enn 50 år, men har ikke vært vektlagt av det norske ernæringsmiljøet (8).

Sukker øker blodets innhold av insulin, noe som bidrar til at årene trekker seg sammen. Insulin bidrar til høyt blodtrykk, betennelsesreaksjoner i årene med økt cellevekst og økt forekomst av hjerteinfarkt (9, 10, 11). Sukker (glukose) binder seg til proteiner med viktige oppgaver i kroppen, inkludert hemoglobin, som frakter oksygen til cellene, skader de små blodårene som forsyner perifere vev med blod, inkludert de som går til øynene. Et kronisk forhøyet insulininnivå og et kronisk høyt blodsukker er selvstendige risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt,

blant annet fordi sukker kan skade endotelcellene (12). En annen følge av forhøyet insulininnivå i blodet er økt innhold av nøytralfett (triglyserider) (6, 13). Insulin fremmer fettdeponering og vekst av bindevev (14) og bidrar dermed direkte og indirekte til hjertesykdom. De som er opptatt av kolesterol, bør merke seg at et høyt inntak av høyglykemisk mat (sukker) er en viktig årsak til et høyt kolesterolnivå.

Basert på nyere forskning er det ikke overraskende at pionerer som Yudkin tas inn i varmen igjen. Et gjennombrudd skjedde januar 2013 i en artikkel i BMJ (2), etter at Yudkins 40 år gamle bok *Pure, white and deadly*, ble nyuttgitt i 2012. Vi dedikerte vår bok *Sukker – en snikende fare* (2004) blant annet til ham (15), fordi sukker og høyglykemiske matvarer er en oversett årsaksfaktor til hjerte- og karsykdom og mange andre helseplager.

Nyere forskning har vist at fruktose sannsynligvis er den mest skadelige sukkerarten fordi det er mer reaktivt enn glukose og andre sukkerarter (16). Bruken av fruktose i brus er derfor særlig bekymringsfull.

Selv om sukker er en sannsynlig årsak til utviklingen av hjerte- og karsykdom, mens hypotesen om at inntak av fett står bak utviklingen av aterosklerose (17) nedtones eller frikjennes av stadig flere, er ikke alle typer fett gunstige. Et høyt inntak av kunstig framstilt transfett, eventuelt et for høyt inntak av omega-6-fettsyrer i forhold til omega-3-fettsyrer er nå anerkjent som mulige årsaker til hjerte- og karsykdom (2). Det er behov for mer forskning for å forstå alle mekanismene for om naturlig fett er helsefarlig eller ikke (18, 19). Dette synet støttes av en redaksjonell kommentar i BMJ (20): «Sukker- versus fettdebatten er langt fra over, men pendelen svinger nå definitivt vekk fra fett som roten til alt ondt.»

## REFERANSER

1. Yudkin J. Pure, white and deadly. London: Viking Penguin, 1972 (revidert utgave 1986, nyutgivelse 2012) (Amerikansk versjon: Sweet and dangerous. New York: Wyden Books, 1972).
2. Watts G. Sugar and the heart: old ideas revisited. BMJ 2013; 346: e7800.
3. Ravnskov U. A hypothesis out-of-date: the diet-heart idea. Journal of Clinical Epidemiology 2002; 55: 1057–63.
4. Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Saturated fat, carbohydrate, and cardiovascular disease. American Journal of Clinical Nutrition 2010; 91: 502–9.
5. Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. American Journal of Clinical Nutrition 2010; 91: 535–46.
6. de Koning L, Malik VS, Kellogg MD, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease and biomarkers of risk in men. Circulation 2012; 125: 1735–41.
7. Eshak ES, Iso H, Kokubo Y, Saito I, Yamagishi K, Inoue M, Tsugane S. Soft drink intake in relation to incident ischemic heart disease, stroke, and stroke subtypes in Japanese men and women: the Japan Public Health Centre-based study cohort. American Journal of Clinical Nutrition 2012; 96: 1390–7.
8. Ahrens EH, Hirsch J, Oette K mfl. Carbohydrate-induced and fat-induced lipemia. Trans Assoc Am Physicians 1961; 74: 134–46.
9. Cesari M, Penninx BWJH, Newman AB, Kritchevsky SB, Nicklas BJ, Sutton-Tyrrell K, Rubin SM, Ding J, Simonsick EM, Harris TB, Pahor M. Inflammatory markers and onset of cardiovascular events: Results from the health ABC study. Circulation 2003; 108: 2317–22.
10. Cordain L, Eades MR, Eades MD. Hyperinsulinemic diseases of civilization: more than just Syndrome X. Comparative Biochemistry and Physiology Part A 2003; 136: 95–112.
11. Danesh J, Wheeler JG, Hirschfeld GM, Eda S, Eiriksdottir G, Rumley A, Lowe GDO, Pepys MB, Gudnason V. C-reactive protein and other circulating markers of inflammation in the prediction of coronary heart disease. The New England Journal of Medicine 2004; 350: 1387–97.
12. Després JP, Lamarche B, Mauriege P, Cantin B, Lupien PJ, Dagenais GR. Risk factors for ischaemic heart disease: is it time to measure insulin? European Heart Journal 1996; 17: 1453–4.
13. Lofgren IE, Herron KL, West KL, Zern TL, Patalay M, Koo SI, Fernandez ML. Carbohydrate intake is correlated with biomarkers for coronary heart disease in a population of overweight premenopausal women. Journal of Nutritional Biochemistry 2005; 16: 245–50.
14. Stout RW. Insulin and atheroma – an update. The Lancet 1987; 9. mai: 1077–8.
15. Poleszynski DV, Mysterud I. Sukker – en snikende fare. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
16. Basciano H, Federico L, Adelin K. Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. Nutrition & Metabolism 2005; 2: 5.
17. Aronsen D, Rayfield EJ. How hyperglycemia promotes atherosclerosis: molecular mechanisms. Cardiovascular Diabetology 2002; 1: 1.
18. Ravnskov U. Reply to «Cholesterol lowering and mortality: A sea of contradictions». Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2007; 17: e25–7.
19. Ravnskov U. More discrepancies around saturated fat and cardiovascular diseases. Nutrition 2012; 28: 713.
20. Jackson T. How science is going sour on sugar. BMJ 2013; 346: f307.

Iver Mysterud

Institutt for biovitenskap, Universitetet i Oslo  
Helsemagasinet VOF (www.vof.no)

Dag Viljen Poleszynski  
Helsemagasinet VOF



# Arbejdsmedisin – mest for danske forhold

Anders Ingemann Larsen,  
Jan Schmidt, Jørgen Riis Jebsen  
**Arbejdsmedicin i praksis**, 1. utgave  
Munksgaard Forlag, 2013  
176 sider  
Veiledende pris: 270 kroner

Denne danske boken omhandler hvordan legen møter den arbeidsmedisinske pasient og arbeidsplassen. Den omhandler prinsipper for hvorledes man gjør vurderinger av sammenhenger mellom arbeid og sykdom. Arbejdsmedisinen beskjeftiger seg ikke bare med snevre etiologiske forhold, men med alle forhold omkring arbeidet som har betydning for nåværende og framtidig helse. For å kunne gjøre det, må man bygge på naturvitenskapelige metoder om sammenhenger, men også være åpen for mer narrativ tilnærming. Arbejdsmedisineren vil jobbe med årsaker, forebygging, men også bidra med kunnskap inn i den egentlige medisinske behandling og rehabilitering. Arbejdsmedisinen dreier seg om pasienten, men også om arbeidsplassen.

Kapittelet om arbeidsmedisin i klinisk praksis er av generell karakter. Det kommer inn på definisjoner som arbeidsbetinget, arbeidsrelatert og arbeidsforverret sykdom og beskriver godt tenkningen omkring arbeidsmedisinsk utredning. Sykefravær og arbeidsfastholdelse vies endel oppmerksomhet. Mye likt det man gjør i Norge, men begrepene er andre.

Kapittelet arbeidsmedisin på arbeidsplassen omhandler arbeidsmedisin på og for ar-

beidsplassen. Vilkår legen arbeider under er viktige, bl.a. taushetsplikt, hvorvidt de ansattes deltakelse er frivillig etc. Det er et kort og greit avsnitt om prinsipper for forebygging. Arbeidsplassvurdering og arbeidsplassbesøk omtales. Det er et lite avsnitt om helseundersøkelser i relasjon til arbeidsmiljøet. Igjen er avsnittet av mer overordnet, prinsipiell karakter og med få eksempler. Lovgivning og EU-relatert lovgivning omtales kort.

Et avsnitt kalles epidemier på arbeidsplassen. Det er her tale om opphopning av sykdommer, ikke nødvendigvis smittsomme. Dette avsnittet gir flere korte eksempler og en kort veiledning på hvorledes slike clusterer kan utredes – ofte i samarbeid med epidemiologer. Kapittelet «Sundhedsfremme på arbeidsplassen» tar for seg helsefremmende tiltak i vid forstand. Det omhandler hvorledes både arbeidets innhold og organisasjon og forhold som livsstil, livssituasjon og disposisjoner samlet bidrar til helse/uhelse, og fremmer tanken om at å bedre helsen også bedrer produktiviteten. Her omtales også kort beredskap og førstehjelp.

Det siste kapittelet omtaler «Arbejdsmedisin i praksis». Det omhandler plager fra be-

vegelsesapparatet og omtaler kort så vel diagnostikk – behandling som forebygging og arbeidsdeltakelse. Det er et avsnitt om gravide i arbeid. Et avsnitt omtaler natt- og skiftarbeid. Tilpasnings- og belastningsreaksjoner relatert til arbeidet omtales relativt bredt og en protokoll for oppfølging basert på mindfulness og coping omtales.

Helt til slutt omtales eldre arbeidstakere kort.

Boka er letlest og kortfattet. Yrkessykdommer er ikke omtalt spesifikt, det har tydeligvis ikke vært forfatterens intensjon. Det gjør imidlertid nytteverdien av boka betydelig mindre for en allmennlege. Registeret er kortfattet og du vil lete forgjeves etter ord som bly, løsemidler, asbest og stråling. Boka omtaler danske forhold, og selv om mye er likt – vanskeliggjør den overføring til norske forhold. Det er anført at boka kan egne seg for medisinstudenter. Boka kan egne seg for allmennleger som vil arbeide i det arbeidsmedisinske feltet og vil oppdatere seg på arbeidsmåter og tenkning knyttet til fagområdet.

**Svein Aarseth**  
Frysja legekontor

UTPOSTEN  
– meldinger om og fra  
den gode primærmedisin



# Konkret om det vi ikke kan forklare

REDAKTØRER:

Per Fink og Marianne Rosendal

**Funktionelle lidelser**

– utredning og behandling, 1. utgave

Munksgaard forlag, 2012 • 244 sider

Maktesløshet og frustrasjon preger konsultasjonen når legen ikke finner en sikker årsak til pasientens plager. Til tross for at uforklarte plager forekommer hyppig i allmennpraksis og fører til store helseutgifter, opplever legen ofte at det ikke finnes noe å tilby i møtet med «diffusitas». Hvis legen skyr problemstillingen, vil pasienten gjerne føle seg stigmatisert og mistrodd. «Funktionelle Lidelser – utredning og behandling» viser at vi tross alt vet en hel del om det vi ikke kan forklare.

Boken gir en konkret og strukturert veiledning i håndteringen av funksjonelle lidelser, spesielt utarbeidet for allmennpraksis. Teknikkene som er beskrevet kan også brukes ved psykiske lidelser, eller mer generelt i den kliniske hverdagen.

I den praktiske delen av boken presenteres et utrednings- og behandlingsprogram, TERM (The Extended Reattribution and Management Model), som har mange likhetstrekk med kognitiv adferdsterapi. Modellen er utviklet av Per Fink, som er overlege ved Forskningsklinikken for funksjonelle lidelser i Århus, og Marianne Rosendal, som er spesialist i allmennmedisin og seniorforsker ved Forskningsenheten for Almen Praksis samme sted.

TERM-modellen guider leseren gjennom konsultasjonen, utredningen, behandlingen og oppfølgingen av pasienter med milde, moderate og alvorlige funksjonelle plager. Legen oppfordres til å være proaktiv i møtet med pasienten, gjennom åpne spørsmål, ekte nysgjerrighet, oppmuntring og emosjonell tilbakemelding. En detaljert symptomanamnese, utforskning av sosiale og emosjonelle belastninger og utelukkelse av psykisk lidelse ligger til grunn. Det er viktig å avdekke pasientens egne forventninger til konsultasjonen, utredning og behandling. Pasientens vurdering av eget funksjonsnivå er også sentralt. Forfatterne presenterer konkrete forslag til en fokusert klinisk undersøkelse og en egnet paraklinisk basisutredning. Når negative prøve-resultater formidles, er det viktig at legen ty-

delig anerkjenner pasientens plager som reelle. Når alvorlig sykdom med rimelig grad av sikkerhet er utelukket, må utredningen avsluttes. Stadig nye tester og henvisninger kan gi pasienten inntrykk av at legen er usikker og ikke har grep om situasjonen.

Hovedmålet i håndteringen av funksjonelle lidelser er å forhindre kronifisering gjennom fokus på mestring («coping») og pasientens løsningsmuligheter («empowerment»). Dette kan oppnås gjennom reattribution, der lege og pasient forhandler seg frem til en ny eller modifisert sykdomsforståelse. Under denne forhandlingen bør legen nøye klarlegge pasientens egen sykdomsforståelse. Den nye forklaringsmodellen bør bygge på at flere faktorer trolig samvirker i symptomutviklingen, uten at plagene dermed anses som «psykiske». I tillegg bør pasienten settes inn i at forskning har avdekket flere biologiske spor ved funksjonelle lidelser, men at funnene ikke er entydige. I alvorlige tilfeller bør legen forsikre pasienten om at symptombildet er kjent, at mange pasienter har liknende plager og om mulig, at lidelsen har et navn (kroppslig stresslidelse eller annet). Hovedbudskapet for håndteringen av funksjonelle plager er at «ånden er viktigere enn teknikken».

I en innledende teoretisk del gjennomgås forekomsten av funksjonelle lidelser, og den evidens som foreligger for et biofysiologisk grunnlag. Det vektlegges at studier viser inkonsistente funn, og at man ut fra dagens viten bør basere seg på en multifaktoriell årsaksmodell for funksjonelle lidelser. Leseren får en summarisk innføring i forklaringsmodeller, deriblant teorien om «sustained arousal» eller «vedvarende aktivering», der en kronisk aktivering av kroppens integrerte beredskapssystem ved ytre og indre stimuli kan føre til symptomutvikling.

Leseren får videre en innføring i dagens klassifiseringsmuligheter ved funksjonelle lidelser, og det skisseres hvordan de ulike diagnosekriteriene overlapper i betydelig grad. Likevel kommer kompleksiteten og begrepsforvirringen som preger feltet ikke helt tydelig fram. Forfatterne bruker gjennomgående betegnelsene «funksjonell lidelse» og deres eget «Bodily distress syndrome». Dette begrunnes med at be-

grepene er årsaksnøytrale, noe som ikke kommer like godt fram i den dansk/norske oversettelsen «kroppslig stresslidelse». Det tydeliggjøres ikke at «Bodily distress disorder» foreløpig kun benyttes i forskning, og ikke inngår i noen diagnosemanual. Andre etablerte diagnostiske enheter diskuteres i liten grad, heller ikke diagnosen som er foreslått for DSM-V, «Somatic symptom disorder».

Forslaget om betegnelsen kroppslig stresslidelse er begrunnet med at allmennpraksis mangler en deskriptiv og generell klassifisering av funksjonelle lidelser som ikke antyder en «psykisk» eller «somatisk» årsak. Psykiatriske diagnoser, deriblant somatoforme lidelser, brukes i liten grad i allmennpraksis. Allmennpraktikeren bruker derimot ofte symptomdiagnoser, som bare favner enkeltsymptomer og ikke hele pasientens symptombylle eller funksjonsgrad. I tillegg kan legen vurdere om kravene til de ulike syndromdiagnosene er oppfylt (irritabel tarmsyndrom, kronisk tretthetssyndrom og fibromyalgi osv.). Forfatterne argumenterer ikke for å avskaffe de etablerte syndromdiagnosene, men påpeker at de kan være artefakter av hver enkelt spesialitets fokus på eget felt. Så lenge feltet er uavklart, bør forskningen anerkjenne at det ikke er gitt hvor grensen mellom de ulike lidelsene bør trekkes.

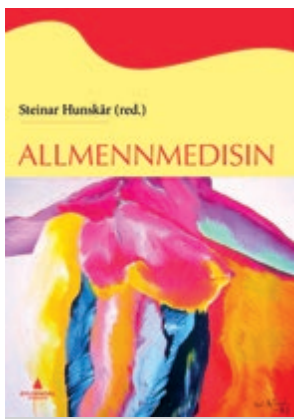
Bokens siste del gir råd om hvordan klinikeren kan møte barn og unge med funksjonelle plager. To kapitler er viet kulturelle og historiske perspektiver, kanskje mest tilegnet de spesielt interesserte. I et appendiks finnes ulike skjemaer som er nyttige for den praktiske gjennomføringen av TERM-konsultasjoner.

«Funktionelle lidelser» gir en konkret, strukturert og praktisk veiledning i håndtering av uforklarte plager. Konsultasjonsteknikkene som beskrives kan benyttes generelt i den allmennmedisinske hverdagen. Boken gir også en moderne og årsaksnøytral fremstilling av den evidens som finnes på feltet, uten at det blir for omfattende. Bokens hovedstyrke ligger i vektleggingen av at klinikeren har noe å tilby i møtet med komplekse problemstillinger.

**Hedda Tschudi-Madsen**

Lege og PhD stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, HELSAM, UiO





# Faglig tiårsdugnad: Allmenntmedisin

RED.: Steinar Hunskaar

Allmenntmedisin, 1. utgave

Gyldendal Akademisk, 2013

984 sider

Pris: 995,-

ISBN 97882-05-40192-1

Det er ti år siden sist. Andre utgave av den norske læreboka i allmenntmedisin kom i 2003, og i vinter var ventetiden over, tredje utgave var klar.

Boka beskriver klinisk allmennpraksis, i tillegg til rammene for det allmenntmedisinske arbeidet. Den er skrevet først og fremst for medisinstuderenter i grunnutdanningen og for allmennleger i klinisk praksis. Den er organisert i seks deler med følgende hovedoverskrifter:

- Allmenntmedisin og allmennpraksis
- Viktige organovergripende symptomer
- Sykdommer i kroppens organer
- Livsløpet
- Konsultasjoner med ulike formål
- Å være allmennlege

Dette kjenner vi igjen fra andre utgave. Nye kapitler dreier seg om faglig oppdatering og kunnskapsbasert praksis, medisinsk uforklarte helseplager og seksualmedisin, mens helseproblemer hos lesbiske og homofile ikke er omtalt i et eget kapittel i denne utgaven. Bokas fremste styrke er at den omtaler temaene med utgangspunkt i sykdomspresentasjon og symptomer, i tillegg til diagnosebasert omtale som er mer i tråd med lærebøker i andre kliniske fag. Dette gjenspeiler den allmenntmedisinske arbeidsmåten.

Det er ikke lenger opplagt at en kan revidere og videreføre læreverket som tradisjonelle bøker, skriver redaksjonen i forordet. Kanskje er det nettopp derfor viktig å ikke prøve å tilfredsstille alle behov. Nettbaserte oppslagsverk kan oppdateres, ha søkbar informasjon og et ubegrenset totalomfang. I en bok må informasjonen ha en noe mer varig verdi, en mer helhetlig framstilling – og det bør kunne gå an å bære boka i sekken uten å knekke nakken.

Læreboka er mindre egnet til oppslag mens pasienten sitter på kontoret. Til det finnes det etter hvert flere gode elektroniske oppslags-

verk og databaser. For ferske klinikere er det nyttig at oppslagsverket til bruk «i all hast» er eksplisitte hva angår for eksempel dosering og varighet av medikamentell behandling. På dette området er de ulike kapitlene i læreboka forskjellige, noen skisserer og drøfter behandlingsprinsipper og medikamentgrupper, mens andre kapitler nevner de minste detaljer i behandlingen. Det fungerer greit slik, boka ville raskt blitt for stor hvis alle behandlingsdetaljer skulle vært med for alle sykdommer. Til raske oppslag har punktmessige framstillinger mye for seg, da er stikkord nok. Men når medisinstuderenter skal lære seg stoffet for første gang og få en innføring i faget, er det viktig med en mer sammenhengende tekst. Dette gir større mulighet for nødvendig refleksjon. Som mer eller mindre erfarne leger vil denne boka gi en mulighet til å få ny oversikt og helhetlig drøfting av faget. Mange leger har sin grunnutdanning fra utlandet, og denne boka setter klinisk praksis inn i realistiske norske rammer. Redaktørene skriver i forordet at boka også skal ha en normativ funksjon. Den er med på – og viktig for – å definere hva allmenntmedisin bør være. Dette er kanskje det viktigste med den. I en verden med et mylder av muligheter for diagnostikk og behandling, er det viktig at et bredt kollegium har definert en norm for hva en god allmennlege er og hva en god allmennlege skal gjøre.

Samtidig er det en fare at en slik bok blir for omfattende, læreboka i allmenntmedisin har blitt større for hver utgave, og nærmer seg en smertegrense. Boka får større verdi for leger i spesialisering og ferdige spesialister, men med økende omfang blir den kanskje mindre tilgjengelig for studentene. Det er lett å bli overveldet, spesielt fordi sidene i boka er mettet med tekst, med relativt få figurer og oversiktsbilder sammenlignet med internasjonale lærebøker i andre kliniske fag, selv om det er flere enn i forrige utgave. Boka har noen virkelig gode figurer, men studentene kunne nok fortsatt hatt nytte av flere. Noen av figurene er så gode og oversiktlige at de nettopp fortjener et bokmerke til et raskt oppslag mens pasienten er der. Lesbarheten styrkes av at omtalen av hver sykdom og hvert symptom

er delt opp i oversiktlige avsnitt med små variasjoner: Disponerende faktorer, sykehistorie og klinisk undersøkelse, tilleggsundersøkelser, tiltak og råd, oppfølging, prognose og forebygging. Stikkordregisteret er grundig og godt, bedre enn i mange andre norske medisinske lærebøker. Det er spesielt viktig i en så omfangsrik og tematisk bred bok som denne. I likhet med mange andre lærebøker er det generelt ikke litteraturreferanser i boka. Det ville økt bokas omfang enda mer, og det er derfor en forståelig prioritering. Mangelen på referanser er i tråd med en tradisjonell tilnærming til lærebøker. Dette står likevel i kontrast til kravet om etterprøvbarehet som ellers gjelder informasjonskilder for kunnskapsbasert praksis. Mange vil hevde at lærebøker for høyere utdanning bør inneholde litteraturreferanser, og at tradisjonen på dette området bør endres.

Når det gjelder bidragsytere, så har over 70 personer vært med på å skrive boka, og forfatterne er grundig omtalt. Bredden i forfatterlista speiler bredden i faget. Her er bidragsytere i aldersspennet 32 til 70 år, med legekontorer fra Hammerfest i nord, til Stavanger og Stokke i sør. Steinar Hunskaar er for tredje gang hovedredaktør for læreboka, redaksjonskomiteen har for øvrig bestått av Mette Brekke, Per Hjortdahl, Knut Arne Holtedahl, Hogne Sandvik og Tone Smith-Sivertsen, det vil si at halvparten av medlemmene i redaksjonen er med fra forrige utgave. De allmenntmedisinske universitetsmiljøene er sterkt representert med stor bredde i forskningsfelt, men læreboken har også forfattere som kun har sitt virke i klinisk praksis. Det er en styrke at forfatterkorpset både har akademisk og praktisk kompetanse.

Tidligere utgaver av læreboka i allmenntmedisin har vært brukt i Danmark og Sverige, og den nye utgaven er tenkt oversatt og tilpasset de andre skandinaviske landene. Dette er en bok redaksjonen, bidragsyterne og alle i det norske allmenntmedisinske miljøet kan være stolte av!

Anja Brænd

lege og PhD stipendiat, Avdeling for allmenntmedisin, HELSAM, UiO

## 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*

Tørre å møte smerte, og å gi slipp, er et avgjørende tema for mitt liv, og viktig i møtet med mine pasienter. Denne innstillingen opplever jeg dikteren Karin Boye (1900–1941) berører på en dyptgripende måte. Hun er mest kjent for diktet «Ja visst gör det ont när knoppar brister».

Jeg ønsker her å dele hennes dikt om å være i bevegelse. Jeg utfordrer min gode kollega på Lillehammer, Bjørn Berge Hanssen, til neste inspirasjon.

*Stefan Martens*

## I rörelse

Den mätta dagen, den är aldrig störst.  
Den bästa dagen är en dag av törst.

Nog finns det mål och mening i vår färd –  
men det är vägen, som är mödan värd.

Det bästa målet är en nattlang rast,  
där elden tänds och brödet bryts i hast.

På ställen, där man sover blott en gang,  
blir sömnen trygg och drömmen full av sång.

Bryt upp, bryt upp! Den nya dagen gryr.  
Oändeligt är vårt stora äventyr.



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!*

## «Kan det være blodtrykket, doktor?»

En aktiv og vital 72-åring – som fortsatt jakter og går turer i fjellet – utsettes for en fatal trafikkulykke. Han er selv fører av en personbil som frontkolliderer mot en annen. Hans medpassasjer – som er hans ektefelle – omkommer i ulykken. Selv har han «englevakt» og kommer fra det med livet i behold, men med kontusjoner mot torso, nakke og hode. Han pådrar seg imidlertid ingen brudd eller andre alvorlige skader. CT thorax viser lungekontusjon, mens CT caput og andre bilde-diagnostiske undersøkelser er negative. På sykehuset har han amnesi for det inntrufne og får diagnosen commotio cerebri. Dagen etter skrives han ut i stabil fysisk tilstand, men naturlig nok i mentalt og emosjonelt sjokk. En tung sorgprosess venter.

I tiden som kommer følger jeg ham opp med ukentlige legetimer, først og fremst for støttesamtaler i sorgprosessen – men også for kontroll av hans medisinske plager: hyperten-

sjon, paroksysmal atrieflimmer og glaukom. Av medisiner bruker han Lanoxin, Exforge og Cosopt. Han står ikke på Marevan.

Etter fire uker utvikler han manifeste, depressive trekk. Han er preget av tristhet og apati og etter hvert blir han noe glemsk – noe som er uvanlig for ham. Datteren hans er bekymret: «Han er rett og slett ikke seg selv. Jeg synes han virker litt fjern».

Pasienten på sin side medgir at «livet er tungt, både psykisk og fysisk». Han, som ennå er en aktiv skigåer, strever med å komme seg ut – men han tvinger seg selv til å gjøre det. Han forteller at han har deltatt på skytterstevne, men det gikk heller dårlig. Han traff ikke blink som før.

«Skuddarmen er ikke som den pleier å være», sukker han.

Åtte uker etter bilulykken får jeg ham inn på kontoret til en øyeblikkelig hjelp-time. Datteren ledsager ham. Aktuelt: De siste tre

dagene har han hatt kraft- og koordinasjonsvikt i venstre bein. Han synes også styrken i venstre arm og hånd er blitt svekket. Jeg registrerer hans stabbende gange og psykomotoriske treghet. Han klager også over en ubehagelig hodepine som har oppstått parallelt med gangvanskene.

«Kan det være blodtrykket, doktor?»

Det er ikke blodtrykket. Foruten ataksien, finner jeg andre nevrologiske forandringer: nedsatt tempo i venstre sides ekstremiteter, dysdiadochokinesi i venstre hånd og positiv Rombergs prøve (skjener mot venstre). Jeg legger ham inn ved lokalsykehuset med tentativ diagnose: hjerneslag/ hjerneblødning.

Diagnosen var «stort kronisk subduralt hematoma høyre side med betydelig masseeffekt». CT caput viste cerebral midtlinjeforskyvning med 1,2 cm mot venstre. Neste dag ble mannen overflyttet til nevrokirurgisk avdeling og operert med trepanasjon og evakuering av hematomet. Inngrepet var komplikasjonsfritt.

Tre dager etter inngrepet var han hjemme igjen – og i god form, fikk jeg vite. Uken etter kom han til meg på kontoret. Han smilte bredt. Ataksien og kraftsvikten var en saga blott. Mentalt var han tilbake til «sitt gamle jeg». Noen uker senere gikk han på ski igjen. Og seks uker etter inngrepet dro han på skytterstevne. Skuddarmen fungerte som den skulle.

**Kronisk subduralt hematoma** utvikler seg gradvis, over flere uker, etter et hodetraume. De cerebrale symptomene kan forveksles med depresjon, forvirring/delir eller snikende demens. Nevrologiske funn kan være diffuse eller sparsomme. Insidensen er fem til seks tilfeller per 100 000 personer per år. Tilstanden forekommer hyppigst i alderssegmentet 70–80 år (KILDE: NEL).

**Tom Sundar**

kommunelege Rendalen og medredaktør Utposten



# Det er enkelt å hjelpe

## Et refleksjonsnotat fra utplassering i allmennpraksis

En pasient kom til meg for en enkel urinveisinfeksjon. Hun var midt i 40-årene. Hun hadde hyppig vannlating og «en følelse av å ikke få ut alt». Hun hadde nylig kommet hjem fra ferie, det hadde vært mye bading og våte klær.

«Blod i urinen?» Ved et tilfelle ja.

Symptomene hadde gått over da hun kom hjem, trodde hun. Men nå var den svien der igjen. Hun tisset veldig ofte. Det var plagsomt.

De ivrige laborantene hadde allerede motatt hennes urinprøve og undersøkt denne. Jeg viste henne mitt kontor og logget meg inn i hennes journal. Prøveresultatet var allerede lagt inn; Leukocytter 1+. Det var ikke utslag på noe annet. Ikke nitritt, ikke blod, ingen proteiner.

Hun sa de hadde fortalt henne at det var «utslag på urinen» og hun forstod det som om hun hadde en soleklar urinveisinfeksjon. Jeg tenkte med en gang på allmennmedisinernes holdninger til antibiotikabruk.

«Jeg har litt vondt i ryggen også.» Hun pekte på korsryggen, mest på venstre side. «Har du ofte vondt i ryggen?» spurte jeg. «Ja, det er ganske vanlig, men oftest når jeg har symptomer fra urinveiene».

«Var det morgenurin?» Jeg kom på at med svar på dette spørsmålet kunne jeg utfra symptomer og funn muligens forsvare en tredagers kur med Trimetoprim. «Nei, jeg tisset her, jeg tisser veldig ofte». Det kan være en fysiologisk forklaring til negativ nitritt og lite utslag på leukocytter. Når urinen står såpass kort tid i blæren vil ikke bakteriene få tid til å danne nitritt før urinen vaskes ut av blæren igjen.

«Jeg har sluttet å ha menses», sa hun spontant, «det er lenge siden. Jeg var 38 år.» Hun hadde ikke lenger klimakterielle plager. Ingen hetetokter. Men hun virket litt trøtt. Kanskje var hun en smule deprimert? Noe avfattet, manglende mimikk?

«Hmm... ja», jeg tenkte på hva som var normal alder for klimateriets start, rundt 50 år?

38 år, hjelpes, det var tidlig. Hadde hun hatt

andre sykdommer. Var det en hypofysesvikt? Hadde hun blitt utredet? Jeg håpte det! «Det var jo litt tidlig...» Jeg ventet på at hun skulle si noe. Hun fortalte at hun hadde blitt utredet av gynekologer. De hadde forklart henne at hun hadde cyster på eggstokkene. Derfor hadde hun mistet sin østrogenproduksjon.

«Ok», svarte jeg, «har du benyttet hormontilskudd i ettertid?» «Nei». Ingen hormoner? Jeg var litt sjokkert. Vi har nettopp hatt gynekologieksamen, og lærte at så lenge man kombinerte østrogenene med gestagener, var det ingen problemer å gi HRT i en overgangsfase ved nedsatt hormonproduksjon.

«Nå har du jo litt lite utslag på urinprøven» begynte jeg, «men symptomene dine er jo forenlig med en urinveisinfeksjon.» Jeg tenkte. Hva annet kunne gi hyppig vannlating, og svie. Descens? Urge? Inkontinens? Lokal irritasjon?

«Ja, kan det være noe annet?» Hun skjønte at jeg tenkte nå. Noen av symptomene kan skyldes lokal irritasjon forklarte jeg. Når man ikke lenger har østrogenproduksjon kan slimhinnene bli litt skjøre. De er ikke så fylldige lenger. De blir fortere såre. Og de blir tynnere. Saftigere hadde de sagt på forelesning, jeg fikk meg ikke til å si det.

«Jeg har merket det», sa hun. Hun så ned, og var stille. Jeg skrev litt i journalen hennes.

Så så hun på meg og sa; «Kan det gi redusert sexlyst? Å ha lite østrogener?»

«Ja, rent mekanisk kan det jo det. Og det påvirker jo hele opplevelsen. Og jeg tror faktisk også at det virker på sexlysten direkte.» Jeg var litt usikker.

«Jeg har ikke hatt sexlyst siden da. Ikke i det hele tatt.»

Jeg følte meg ung, og pen og frisk og vellykket. Og hun tenkte kanskje at jeg hadde et fantastisk sexliv. Jeg følte at hun tenkte at jeg så ned på henne. At jeg syntes hun var mislykket. At hun angret på at hun hadde fortalt meg om sine underlivsplager.

Jeg var glad for at hun luftet temaet. Jeg følte at det var en tillit der, mellom oss. At hun kjente at det var ok å åpne seg for meg. Jeg synes ikke hun var mislykket. Ikke i det hele tatt. Men jeg fikk vondt av henne. Ingen hadde fortalt henne om HRT. Ingen hadde fortalt henne om Ovesterin eller liknende lokale østrogener. Hun hadde kanskje aldri snakket med noen om dette. 38 år, det var tidlig tenkte jeg. Jeg kjente at jeg la mye av skylden på gynekologene som utredet henne for sju år siden.

Hun hadde ikke hatt brystkreft.

«Det finnes en krem. Den er ikke farlig å bruke. Den tilfører østrogener kun lokalt.» Jeg fortalte. Hun lyttet interessert. Hun tenkte, og virket noe skeptisk.

Jeg har retningslinjer her i praksis på å diskutere mine pasienter med min aktuelle vei-

leder for dagen, og måtte forlate henne et øyeblikk. Jeg tenkte at det i grunnen var litt greit, fordi hun nå fikk litt tid alene til å vurdere tilbudet mitt.

Jeg konfererte pasienten med legen. Han ville gi en Trimetoprim-kur på bakgrunn av de kliniske opplysningene. Han virket kanskje litt overrasket da jeg bad ham ta stilling til østrogenbehandling. Han tenkte nok at denne ØH-timen kun var en rask UVI-konsultasjon. Jeg visste at leger har ulike holdninger til østrogenbehandling av postmenopausale kvinner. Han ville skrive ut Ovesterin-krem. Jeg sa pasienten ikke hadde bestemt seg for denne behandlingen enda og muligens trengte noe mer tid til å tenke på det. Han sa at hun uansett kunne få resepten nå og hente kremen hvis hun bestemte seg for det.

Jeg følte det litt ubehagelig å skulle snakke på henne en slik behandling. Jeg gav henne Trimetoprim-resepten først. Deretter la jeg Ovesterin-resepten på bordet. Jeg så på henne. «Det er opp til deg om du vil prøve det, men her har du i alle fall en resept.» Hun smilte. «Hvordan bruker jeg dette?» Jeg forklarte så godt jeg kunne, samtidig som jeg rådet henne til å lese pakningsvedlegget, og jeg sa jeg håpet hun ville merke effekt. «Skal jeg komme på kontroll igjen?»

Det var ikke lenge hun var inne på kontoret. Det var ikke lenge dette møte mellom oss varte. Men jeg håper det var betydningsfullt. Jeg håper det kunne bidra til å gjøre en forskjell. Om ikke sexlivet hennes ble bedre, om ikke lysten kom tilbake, så bare det at noen så henne, hørte på henne, brydde seg om hennes liv og livskvalitet.

Nå skal jeg ikke si at lokalbehandling med østrogener er svaret på alt for postmenopausale kvinner. Eller at det å ha et sexliv er avgjørende for livskvaliteten.

Det tok meg 12 minutter. I etterkant har jeg tenkt at jeg kunne brukt enda mer tid på henne. Hvordan var det for deg? Å komme i overgangsalderen allerede som 38-åring? Har dette vært vanskelig? Er du gift? Hadde du fått barn? Det hele gikk så fort.

Dette er en historie om en konsultasjon jeg hadde i praksis. Den sier noe om hvordan det kan være å skulle snakke om sensitive tema. Det å være ung kvinne i legerollen. Det å være personlig og profesjonell. Det å ha tid til å lytte, og tørre å lytte. Å skape tillit.

Den lærer meg at i allmennpraksis skal fastlegen være en som har tid. En som kan lytte. At man av og til må se forbi den enkle problemstillingen pasienten kommer med, og høre om det kan ligge noe mer bak. Noen ganger er kanskje fastlegen den eneste pasienten har i livet sitt som hun ønsker å åpne seg for. Som hun ønsker å vise sine svakheter for.

Camilla Udju  
medisinstudent UiB



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.*

# Behandling av hypothyreose under

## Spørsmål til RELIS

RELIS har fått flere spørsmål fra leger om bruk av Levaxin (levotyrosin) under graviditet og amming. Er det noen risiko forbundet med bruk av levotyrosin i svangerskap? Hvor mye øker man dosen når kvinnen blir gravid? Hvor ofte kontrollerer man med blodprøver? Kontrollerer man noe mer enn fritt T4 og TSH? Er det generelt bedre å ligge litt for høyt enn litt for lavt? Hva er referanseområdene for TSH? Hva er farene ved for lavt versus for høyt inntak av levotyrosin i svangerskapet? Er det risiko for at barnet kan få tyreoidesykdom etter fødsel? Hvordan er det med levotyrosin og amming? Hvor ofte skal man kontrollere barnet for stoffskiftesykdom etter fødsel?

### Vurdering

#### Bakgrunn

Hypothyreose assosieres ofte med sykdom som rammer middelaldrende kvinner, men hypothyreose forekommer også hos yngre kvinner i fertil alder og insidensen ser ut til å være økende. I følge reseptregisteret var det i 2011 ca. 149 000 kvinnelige brukere av levotyrosin i Norge, hvorav ca. 17 000 var i aldersgruppen 20–40 år. De sist fem år har det vært en økning i antall brukere i denne aldersgruppen med om lag 2400 (1). Siden hypothyreose hos mor under svangerskapet har skadelige effekter for både fosteret og kvinnen selv, er det viktig at kvinnene blir adekvat behandlet både i forkant og under svangerskapet. Kvinner i fertil alder som bruker levotyrosin bør derfor få informasjon om dette før de planlegger graviditet. Det anbefales TSH mellom 0,5 og 2,0 mIU/l ved konsepsjon (2).

#### Er det noen risiko forbundet med bruk av Levaxin (levotyrosin) i svangerskap?

Nei, det er tvert imot forbundet med risiko både for mor og barn dersom substitusjonsbehandlingen med levotyrosin ikke er adekvat (2). Noen pasienter bruker en kombinasjon av levotyrosin og liotyronin (T3) for sin hypothyreose. Kvinner som ønsker å bli gravide bør kun bruke levotyrosin. Behandling med T3 under svangerskap anbefales ikke (3).

#### Hvor mye øker man dosen når kvinnen er gravid?

Substitusjonsbehovet øker hos gravide, og økningen er størst i første halvdel av svangerskapet. Norsk legemiddelhandbøk anbefaler at dosen bør høynes etter prøvesvar (2). Det kan allerede få uker etter befruktning være behov for doseøkning (4), og TSH bør derfor måles kort tid etter befruktning (5). En studie fra USA som undersøkte TSH ved første svangerskapskontroll hos gravide som stod på levotyrosin mot hypothyreose, viste at én av fire hadde høy TSH. Det indikerer at de ikke var adekvat substituert (4). Nye retningslinjer anbefaler derfor at kvinner som er eutyrote ved

konsepsjon etter avtale med lege, selv øker dosen av levotyrosin med 25–30 prosent så snart graviditeten er påvist, for å unngå en forsinket doseøkning (3, 6, 7). Kvinnen bør så ta kontakt med lege for videre oppfølging. Mange har ved slutten av graviditeten en levotyrosin-dose som er 1,5–2 ganger høyere enn den dosen de brukte før de ble gravide (2).

#### Kontrollerer man noe mer enn T4 og TSH?

Det er TSH og T4 som måles. Serum TSH er den viktigste indikatoren for tyreoidestatus hos gravide med primær hypothyreose (3). Under graviditet øker østrogenproduksjonen kraftig, spesielt i første trimester. Det fører til en økning i konsentrasjonen av TBG (tyrosinbindende globulin), som er én av årsakene til at levotyrosindosen ofte må økes med minst 50 prosent, og at doseøkningen bør skje i første trimester. Resultatene av de andre funksjonsprøvene kan være vanskelige å tolke, fordi vanlige referanseområder ikke gjelder på grunn av økningen i TBG (8). Referanseområdet for fritt T4 varierer også stort mellom ulike målemetoder (3), og det er derfor nødvendig med metodespesifikke data.

TSH-reseptor antistoffer (TRAS) bør kontrolleres i første og siste trimester hvis pasienten er hypothyrot etter tidligere behandling med radioaktivt jod eller tyreoidektomi for en Graves sykdom (3).

#### Hva er referanseområdet for TSH?

Nyere amerikanske retningslinjer anbefaler trimesterspesifikke referanseområder (3, 9). Høy konsentrasjon av koriongonadotropin (hCG) kan ha stimulerende effekt på TSH-reseptoren, og fysiologisk føre til lave TSH-verdier, spesielt i første trimester. Nedre normale referansegrense for TSH kan derfor være vanskelig å definere, og går vanligvis lavt (ned til 0,1 mIU/l). Øvre referansegrense av TSH er også lavere i første trimester (< 2,5 mIU/l) enn senere i graviditeten (< 3,0 mIU/l) på grunn av hCG påvirkningen. Dette må tas hensyn til ved vurdering av prøvesvar hos en gravid kvinne (10).

### Hvor ofte kontrollerer man med blodprøver?

Behovet for mer tyroksin vil melde seg i første trimester, og TSH bør derfor måles allerede kort tid etter befruktning (5). Det er vist at behovet for levotyroksin øker de første 16–20 ukene etter befruktning og deretter når et platå. Nye amerikanske retningslinjer foreslår derfor at serum TSH måles hver 4. uke i første halvdel av svangerskapet, og deretter sjekkes minimum en gang mellom uke 26 og uke 32 (3).

Dersom mor er hypotyreot etter tidligere behandling med radioaktivt jod eller tyreoiddekirurgi for en Graves sykdom og har en TRAS-verdi > tre ganger øvre referansegrense i siste halvdel av graviditeten, er det indikasjon for ekstra oppfølging av fosteret. TRAS-verdi > tre ganger øvre referansegrense når barnet fødes, er indikasjon for ekstra oppfølging av barnet hos barnelege. Hypertyreose hos disse barna oppdages ikke ved nyfødtscreeningen. Barnelegene må infor-

med dårlig metabolsk kontroll av hypotyreosen bør også følges av endokrinolog og gynekolog. Levotyroksindosen bør titreres slik at kvinnen raskt får TSH < 2,5 mIU/L (10).

For mer informasjon om tyreoidesykdommer under graviditet og fødsel henvises det til de nye norske retningslinjene som er utarbeidet av Norsk Tyreoidegruppe (10). Disse er baserte på europeiske og amerikanske retningslinjer.

### Hovedbudskap

- ✓ Hypotyreose under graviditet er skadelig for både mor og foster.
- ✓ Det er viktig at kvinnen er adekvat behandlet med levotyroksin også i forkant av graviditeten.
- ✓ Det er nødvendig med tett oppfølging, og i de aller fleste tilfeller behov for doseøkning kun få uker etter befruktning.
- ✓ Levotyroksin er forenlig med amming.

**Cecilie Sogn Nergård**

Seniorrådgiver/Cand.pharm./Dr.scient.

RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ullevål

**Louise Koren Dahl**

Overlege, Hormonlaboratoriet,

Oslo universitetssykehus, Aker

### REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/> (søk: 11. februar 2013)
2. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. L3.6.1 Thyreoidhormoner. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (20. juni 2010).
3. Stagnaro-Green A, Abalovich M et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011, 21 (10): 1081–1125. doi:10.1089/thy.2011.0087.
4. Alexander EK, Marqusee E et al. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Engl J Med* 2004; 351: 241–9.
5. Norsk elektronisk legehåndbok. Norsk elektronisk legehåndbok. Hypotyreose. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 30. januar.2012).
6. Yassa L, Marqusee E et al. Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (The THERAPY) trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95 (7): 3234–41.
7. Chakera AJ, Pearce SHS et al. Treatment for primary hypothyroidism: current approaches and future possibilities. *Drug Des Devel Ther* 2012; 6: 1–11.
8. Haug E. Behandling av hypotyreose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 935–7.
9. Garber JR, Cobin RH et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid* 2012; 22(12). [Epub ahead of print]. DOI: 10.1089/thy.2012.0205
10. Tyreoidesykdommer under graviditet og fødsel. Retningslinjer utarbeidet av Norsk Tyreoidegruppe. Basert på internasjonale retningslinjer utgått fra European Thyroid Association (2007) og American Thyroid Association (2011). <https://www.tyreoidgruppen.org/> (11. februar 2013).
11. Reid SM, Middleton P et al. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD007752.pub2.
12. Khandelwal D, Tandon N. Overt and subclinical hypothyroidism. Who to treat and how. *Drugs* 2012; 72(1): 17–33.
13. Hunsår S, redaktør. *Allmenntidsskrift*. 2003; 2. utg.: 529–31.
14. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Levaxin. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 15. juli 2010).
15. Joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children. 2007. [http://www.who.int/nutrition/publications/WHOSTatement\\_IDD\\_pregnancy.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/WHOSTatement_IDD_pregnancy.pdf)

# graviditet og amming

### Hva er farene ved hypotyreoid tilstand i svangerskapet? Er det bedre å ligge litt for høyt enn litt for lavt?

Hypotyreose hos mor under svangerskap er ugunstig både for mor og barn, og de negative effektene er størst der mor har kliniske symptomer på hypotyreose. Det er assosiert med økt risiko for svangerskapsavbrudd, svangerskapsindusert hypertensjon og preeklampsi. Anemi og postpartum blødninger har vært rapportert i flere retrospektive kohortestudier. Hypotyreose hos mor kan bidra til økt risiko for for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og økt perinatal mortalitet og morbiditet. Negative effekter på barnets neurologiske utvikling og lavere IQ er også dokumentert (11). Ved overbehandling med tyreoidhormoner er det vist en økning i risiko for svangerskapsavbrudd, men risikoen anses som liten (12).

### Hva med gravide kvinner med subklinisk/mild hypotyreose?

Dersom en kvinne med kjent subklinisk hypotyreose (TSH over øvre referanseområdet) er positiv for anti-TPO, bør hun behandles med levotyroksin i svangerskapet. Er kvinnen anti-TPO-negativ er dokumentasjonen utilstrekkelig til å gi anbefalinger for eller mot behandling med levotyroksin. Dersom kvinnen har TSH > 10, skal behandling med levotyroksin startes uavhengig av fritt T4-nivå og anti-TPO-status (3).

### Er det risiko for at barnet kan få tyreoidesykdom etter fødsel? Hvor ofte skal man kontrollere barnet for stoffskiftesykdom etter fødsel?

Fosterets egenproduksjon av tyreoidhormoner starter ca. 12–14 uker etter befruktning, og det er derfor helt nødvendig med tyreoidhormoner fra mor for tidlig neurologisk utvikling (3). Dersom barnet blir født med hypotyreose (én per 5000 nyfødte) skal dette fanges opp av den nasjonale, nyfødtscreeningen (13).

meres om at barnets mor har tyreoidesykdom og om mors TRAS-verdi. Det bør tas tyreoidprøver (TSH, FT4 og TRAS) på barnet ved hjemreise, og ev. etter to til tre uker. Utskrivende barnelege på barsel må ansvarliggjøres og følge opp svaret (3, 10).

### Kosttilskudd

Samtidig inntak av kosttilskudd kan hemme absorpsjonen av levotyroksin. Levotyroksin og produkter med for eksempel jern eller kalsium bør tas med minst to timers mellomrom for å unngå interaksjon (14). Noen anbefaler at disse midlene skal tas med så mye som fire til seks timers mellomrom (12). Jod er viktig for tyreoidfunksjon. Både gravide og ammende anbefales et samlet daglig inntak av jod på 250 µg (15). Substitusjon med levotyroksin vil alene ikke dekke fosterets eller det diende barns behov for jod. Joddoser over 500 µg/døgn er ikke anbefalt under svangerskap. Ved jodfattig kosthold anbefales multivitaminmineraltabletter som inneholder 150 µg jod (3, 10).

### Hvordan er det med levotyroksin og amming?

Etter fødselen avtar substitusjonsbehovet raskt. Dersom kvinnen har økt i vekt, vil behovet ligge litt over det hun hadde før graviditeten. Overgang til morsmelk er minimal, og tyreoidhormoner kan brukes uten problem ved amming (2).

### Når henvise til spesialist?

Hos gravide kvinner med optimalt behandlet hypotyreose, er det ingen kjent økt risiko for obstetriske komplikasjoner. Disse graviditetene kan derfor følges på vanlig måte, under forutsetning av at levotyroksindosen er riktig. Ved uttalt hypotyreose hos mor i tidlig graviditet, bør graviditeten følges som risikograviditet, med kontrollopplegg hos endokrinolog og gynekolog, med bl.a. ultralyd mtp. anomalier og fostertilvekst. Fødselen bør skje på sykehus med barneavdeling. Gravide kvinner

# Effektiv medisinsk oppdatering

Nyhetsformidling har endret seg radikalt med internett. Før holdt vi et stykke papir i hånden, nå leser vi mer og mer på en skjerm. Helsebiblioteket.no tar grep og leverer strukturerte medisinske nyheter på sølvfat.

For å sile den medisinske nyhetsformidlingen, har Helsebiblioteket.no samlet og organisert flere typer nyhetstjenester. For fastleger ligger en ressursamling på allmennlegesiden <http://www.helsebiblioteket.no/allmennmedisin/hold-deg-oppdateret>

Med denne siden får norske allmennleger tilgang til internasjonale og nasjonale medisinske nyheter. Redaksjonen ønsker å formidle kilder av høy vitenskapelig kvalitet og tilby best mulig oppdatert faglig kunnskap.

Midt på den omtalte nettsiden finnes «Effektiv medisinsk oppdatering» [http://www.netvibes.com/effmed#Oppsummert\\_forskning](http://www.netvibes.com/effmed#Oppsummert_forskning)

«Effektiv medisinsk oppdatering» gir deg kontinuerlig nyheter fra det medisinske universet gjennom RSS-feeds (nyhetsstrømmer).

Skal man lese denne siden med et lesebrett eller en smarttelefon, bør man bruke en rask nettleser – for eksempel Google Chrome. Fulltekstversjonen av artiklene får man ved å logge seg inn som personlig bruker på Helsebiblioteket.no før man går inn på «Effektiv medisinsk oppdatering».

Siden har fire faner: Oppsummert forskning, generelle tidsskrifter, allmennmedisinske tidsskrifter og institusjonsnytt.

## Oppsummert forskning

I løpet av det siste tiåret er det utviklet mange praktiske ressurser som forenkler tilgangen til forhåndsvurdert kunnskap av høy kvalitet. Forhåndsvurdert kunnskap omfatter systematiske forskningsoversikter utarbeidet av fagfolk. Kunnskapen er plassert i et numerisk hierarki fra en til tre, som en gradering av mye av kunnskapen som er pålitelig gjennomarbeidet. Ønsker man å undersøke nyhetskilden nærmere, kan man klikke på overskriften eller lenken til artikkelen.

## Generelle tidsskrifter

Her finner du RSS-strømmer eller nyhetsstrømmer fra de fem største generelle medisinske tidsskriftene samt frikjøpte artikler fra PLOS-databasen. PLOS er en non profit-or-

ganisasjon av forskere og leger forpliktet til å gjøre verdens vitenskapelige og medisinske litteratur fritt tilgjengelig for alle. Alle har hørt om The Lancet; professorene henviser til British Medical Journal; det er prestisjetungt å publisere i The New England Journal of Medicine; og det er kostbart å abonnere på papirversjonen av Annals of Internal Medicine. Alle er her samlet gratis på ett nettbrett.

Tidsskriftene har høy «impact factor» og siteres ofte. Primærartiklene må vurderes kritisk etter mal fra kunnskapsbasert praksis.

## Allmennmedisinske tidsskrifter

Den medisinske litteraturen inneholder spesi- fikke tidsskrifter for allmennpraksis. Allmennpraksis blir ikke kun definert ut i fra forskning, men er avhengig av et aktivt allmennlegekorps som diskuterer alt fra fagpolitikk og etikk til egne erfaringer. Helsebiblioteket.no har her presentert et utvalg av norske og engelskspråklige tidsskrifter spesielt myntet på allmennpraksis. Utposten glimrer med sitt fravær, men vil ønskes velkommen dersom de etablerer en RSS-tjeneste.

Listen over engelskspråklige tidsskrifter er valgt ut i fra hvilke tidsskrifter Helsebiblioteket.no til en hver tid abonnerer på, kombinert med høyeste tilhørende «impact factor» hentet fra databasen Journal Citation Reports fra ISI.

## Institusjonsnytt

Det er mange samfunnsmedisinske aktører som ønsker å kommunisere med allmennlegene. Helsebiblioteket.no har en nyhetstjeneste som formidler nye tilbud og tips. Helfo vil oppdatere oss om takstbruk og frikortbeløp. Legemiddelverket ønsker å gi råd om overgang fra digitoksin til digoksin og veileder oss i bruk av antikoagulantia og andre legemidler. Folkehelseinstituttet overvåker smittsomme sykdommer og gir vaksinasjonsråd. RELIS holder oss oppdatert på farmakologiske dilemmaer.

Når kildene som er samlet i «Effektiv medisinsk oppdatering» presenteres i faglige fora, mottas det med glede og begeistring.

Dette er fremtiden – ta en titt du også!

**Alexander Wahl**

spesialist i allmennmedisin og redaktør for primærhelsetjeneste, Helsebiblioteket.no

## FIRE FANER

### Oppsummert forskning:

- Best Practice kapitteloppdateringer
- Clinical Evidence
- Dare database
- ACP-journal club
- Cochrane news
- Evidence-based medicine

### Generelle tidsskrifter

- BMJ
- The Lancet
- JAMA
- Annals of Internal Medicine
- The New England Journal of Medicine
- PLOS Medicine

### Allmennmedisinske tidsskrifter

- Tidsskriftet for DNLF
- Dagens Medisin
- Scandinavian Journal of Primary Health Care
- European Journal of General Practice
- JABFM
- BMC Family Practice
- Annals of Family Medicine

### Institusjonsnytt

- Helsebiblioteket.no
- HELFO
- Legemiddelverket
- Folkehelseinstituttet
- RELIS
- WHO news
- FDA medwatch