

Utposten

3 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Reservasjonsdebatten

– skadelig for fastlegenes omdømme?

Den svimle pasient

Nyttige apper

Utposten

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

Tom Sundar

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Lisbeth Homlong

Sognsvn. 52

0851 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Badboni El-Safadi

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com

Sigurd Høye

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no

FORSIDE/2. OMSLAGSSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Reservasjonsdebattens dilemmaer

Tom Sundar

2 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Har du sagt A? Har du sagt B? – Bør du kanskje også si C og D?

Harald Sundby

6 ENQUETE: Reservasjonsmulighet for leger – kan debatten skade fastlegens omdømme?

10 Den svimle pasienten

Berit Holmeslet og Frederik Goplen

16 Smerter – mer eller mindre, men er det alt?

Lene Dæhlen og Arild Aambø

21 Tilbakemelding på kasuistikk om bruk av CRP i sykehjem høst 2013

Noklus

25 Kva bidreg til at fastlegar blir i distrikt?

Valborg E. G. Mardal og Per Stensland

28 Rekruttere og beholde

Birgit Abelsen

33 App i allmennpraksis

Martin Hotvedt

34 Smarttelefon i svangerskapsomsorgen

Bjørn Backe et al.

35 Riktig antibiotikabruk rett i lommen

Sigurd Høye

36 Legesida – en kommunikasjonsside i samhandlingens ånd!

Arve Østlyngen og Harald G. Sunde

38 Samfunnsmedisinsk uke på Røros – god stemning og spennende diskusjoner

Kristine Asmervik og Tom Sundar

40 Antitrombotisk behandling og profylakse: – ny generasjon retningslinjer for allmennleger

Trond Værtal et al.

44 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:

Vent-og-se-resept – et nyttig allmennmedisinsk verktøy

Sigurd Høye

45 FASTE SPALTER

HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN **45**

RELIS **46**

LYRIKKSTAFETTEN **48**

Reservasjonsdebattens dilemmaer



Det nærmer seg høringsfristen for regjeringens forslag om å gi fastleger rett til å reservere seg mot å henvise til abort. Engasjementet i høringsrunden har vært formidabel, privatpersoner og enkeltforetak har sendt inn høringsuttalelser til Helse- og omsorgsdepartementet. Størst interesse er knyttet til hva kommunene mener om saken – ettersom forslaget innebærer at det er den enkelte kommune som skal ta stilling til reservasjonsretten.

Per ultimo mars har 28 kommuner avgitt høringsuttalelse¹. 25 går imot hele forslaget om en reservasjonsrett. Tre kommuner tar ikke direkte stilling til abort, men mener at Stortinget må avgjøre spørsmålet. For eksempel konkluderer Vik kommune i Sogn og Fjordane enstemmig at «Dette skal liggja til Stortinget for å sikra likskapsprinsippet».

Uttalelsen fra Fjaler kommune i samme fylke er typisk for flertallet av kommunene som har svart: «Kommunestyret meiner at dei føreslegne lovendingane vil medføre eit dårlegare og meir byråkratisk offentlig helsetilbod. Framlegget vil også sette kvinner i ein vanskeleg situasjon i møte med primærhelsetjenesta. Kommunestyret meiner at omsynet til kvinner i ein sårbar situasjon veg tyngst og ber difor om at Helse- og omsorgsdepartementet sitt framlegg ikkje blir vedteke. Dersom framlegget blir vedteke, vil Fjaler kommune ikkje tillate fastlegekontraktar som åpnar for at fastleger kan reservere seg mot å henvise til abort.»

Mest positiv til forslaget om reservasjonsrett er Balsfjord kommune i Troms, som ber regjeringen utforme en nasjonal reservasjonsordning som ivaretar både lovbestemte rettigheter og legers samvittighet. Men også Balsfjord understreker at reservasjonsretten ikke må gå ut over befolkningens lovbestemte rettigheter.

Høringsrunden viser en klar tendens som etter all sannsynlighet vil holde seg frem

til høringsfristen 30. april: Det er stor motstand i Kommune-Norge mot en reservasjonsordning. Ikke minst gjelder dette i små kommuner i distriktsstrøk, som har store utfordringer med å rekruttere fastleger. For noen utkantkommuner kan en reservasjonsordning legge sten til byrden i bestrebelsene for å sikre innbyggerne en stabil og velfungerende fastlegeordning.

At regjeringens reservasjonsforslag inkluderer aktiv dødshjelp – «dersom dette skulle bli tillatt» – bidrar på ingen måte til å styrke saken. Sammenblandingen av abort og aktiv dødshjelp er taktisk uklokt, og kritikkverdig, fordi det tilfører debatten en ny og forvirrende dimensjon knyttet til et virvar av etiske dilemmaer. Selvbestemt abort har vært en lovfestet rettighet for norske kvinner siden 1978. Aktiv dødshjelp er fortsatt en udebattert og ulovlig virksomhet.

Nok en hake er at reservasjonsdebatten – som er både en rettighets- og verdidebatt – har vært innsauset i det partipolitiske spillet om regjeringplattformen. Det gir mange en emmen smaksopplevelse av politisk opportuniste – noe som neppe bidrar til å mobilisere noen opinion i favør av en reservasjonsrett.

Det er vanskelig å se at regjeringen har noe annet valg enn å trekke forslaget. Dersom man likevel velger å presse på for en reservasjonsordning, synes det opplagt at den må forankres på et overordnet nasjonalt nivå. Hvis ikke, fremgår det av kommunenes høringsuttalelser at en rekke kommuner vil si nei til å ha reservasjonsleger i fastlegehjemler. En reservasjonsrett vil da aldri bli noe reelt alternativ for legene den angår.

Å forsøke å forene ideologiske og pragmatiske standpunkter i et politisk kompromiss som så skal omsettes til helselovgivning og helsetjenesteutøvelse, er en krevende, om ikke umulig øvelse. Som kjent fra logikkens lære fremføres pro- og kontra-argumenter ut fra ulike kon-

tekstuelle rammer og forutsetninger. Fra et moralfilosofisk, religiøst eller legetisk perspektiv kan man forsvare legens samvittighetsfrihet. Den logiske konsekvens av dette er å argumentere for en reservasjonsrett knyttet til samvittighetsspørsmål – herunder henvisning til abort. På den annen side følger det av rettsmessige, rasjonal- eller formålsetiske resonnementer at kvinnens lovfestede rett til helsehjelp og rett til veiledning om helsehjelpen må settes foran hensynet til legens samvittighet.

Sammenblanding av prinsipielle og pragmatiske standpunkter gjør Legeforeningens landsstyresvedtak fra i fjor problematisk: «Legers reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter; reservasjonsmulighetene må derfor vurderes lokalt i helsetjenesten på en slik måte at disse hensyn kan ivaretas». Intensjonene var gode, men forutså man konsekvensene? Neppe. Foreningens taushet i ettertid sier sitt; likeså signalene om at saken er blitt så byrdefull at det går mot ekstraomganger ved årets landsstyremøte.

Leger har en spesiell rolle i spørsmål om liv og død, og den enkelte lege har en overbevisning og samvittighet som fortjener respekt. Men er det mulig å innrette helsetjenesten slik at pasienter ikke skal oppleve avvising på grunn av legers samvittighetsfrihet? Legen er til for pasienten, ikke omvendt. En konstruktiv dialog med abortsøkende kvinner i krise kan være det beste grunnlaget for senere abortforebygging.

Hva mener *Utposten*? Vi er leger med ulike syn og standpunkter som i lege-korpset for øvrig. Ettersom dette ikke er noen høringsuttalelse, reserverer vi oss som redaksjon fra en samlet uttalelse og et uttrykt pro eller kontra til spørsmålet om reservasjonsrett.

TOM SUNDAR

1. Kilde: Kommunal Rapport

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

Har du sagt A? Har du – Bør du kanskje også si

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalveskinnet Legesenter og universitetslektor NTNU

■ NFAS REFERANSEGRUPPE FOR RUS- OG AVHENGIGHETSMEDISIN: Torgeir Gilje Lid | Pernille Willersrud | Camilla Huseby Ivar Skeie | Dagfinn Haarr | Krister Mostrøm | Knut Boe Kielland | Inger Hilde Tranem | Christian Ohldieck

Artikkelen nedenfor omhandler en ny og viktig veileder fra Helsedirektoratet: «Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet».

Artikkelforfatterne er alle medlemmer av NFAs «Referansegruppe for rus- og avhengighetsmedisin». Etter utfordring fra *Utpostens* redaksjon vurderer vi i denne artikkelen en ny veileder fra Helsedirektoratet som lanseres i disse dager: «Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet».

Dette dokumentet setter standard for viktige sider av det fagfeltet vi interesserer oss spesielt for, og vi synes det er viktig å gjøre kolleger kjent med det. Vi vil i kortform analysere noen av veilederens nyttige og sterke sider, presentere noen mulige tilføyelser, og forsøksvis bidra med konstruktiv kritikk. Alt dette med en intensjon om et såkalt «implementeringstiltak». Så fersk som veilederen er, er vår gjennomgang basert på papirutgaven.

Guideline overload syndrome?

Først litt generelt om forskrifter, retningslinjer og veiledere. Gitt fastlegers krevende

og ansvarsfulle samfunnsoppdrag må vi ha retningslinjer og veiledninger, og det må finnes normer for hva som forventes av oss.

Ett problem: Det er etterhvert mange av dem – altså retningslinjene. I en registrering foretatt av Nasjonalt Kompetansesenter for ROP (Rus og Psykiatri) – lidelser teller man f.eks. bare innen rus- og psykiatrifeltet foreløpig tilsammen 42 forskrifter, veiledere og retningslinjer. Hvem teller opp fra de andre fagfeltene?

Fastleger lider under det som kan kalles «Guideline Overload Syndrome». Dette fenomenet kan oppleves som krevende og kan gi følelse av utilstrekkelighet. Vi kan åpenbart ikke forholde oss til alle disse dokumentene. Vi er ikke engang i nærheten av å VITE om alle. Det finnes kun en overlevelsestrategi: Prioritering.

Et prioriteringstips

Referansegruppen erfarer at når vi kolleger diskuterer fag, og særlig frustrasjoner i faget, er det påfallende ofte nettopp problematikken rundt rus/psykiatri/forskriving av A- og B-preparater vi ender opp med å diskutere. Ofte drevet av et slags behov for «debriefing». Vi mener å identifisere et stort ubehag i feltet, og et tilsvarende behov

for nettopp veiledning. Vi gir derfor dette klare råd: Prioriter denne nye veilederen. Du vil sannsynligvis finne den nyttig.

Vi gir den terningkast 4.

I arbeidsgruppen bak veilederen finner vi kloke folk, tre av de ni med god forankring i allmennmedisin. Gruppens mandat:

«Å sikre at forskrivning og bruk av vanedannende legemidler er i tråd med anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Med veilederen skal det settes en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten og harmonisere behandlingstilbudet i hele landet. Veilederen skal bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av vanedannende legemidler, eller får andre problemer knyttet til denne legemiddelgruppen.»

Intet mindre. En ambisiøs målsetning. Vi mener det leveres, i alle fall et stykke på vei. Så kronglete som dette feltet er, er ikke det så dårlig. Med sine snaut 100 sider får du et «kompendium» du trenger. Du får et farmakologisk lynkurs om vanedannende medikamenters virkninger og bivirkninger. Du får navigeringshjelp og viktig beslutningsstøtte. Dessuten, kanskje nyttigst av alt: ryggdekning i din grensesetting, konkrete oppskrifter på nedtrapping og utkast til nyttige avtaler og brev. Du vil sannsynligvis bevisstgjøres din slumrende

NY VEILEDER: «VANEDANNENDE LEGEMIDLER – FORSKRIVNING OG FORSVARLIGHET», HDIR 2014.

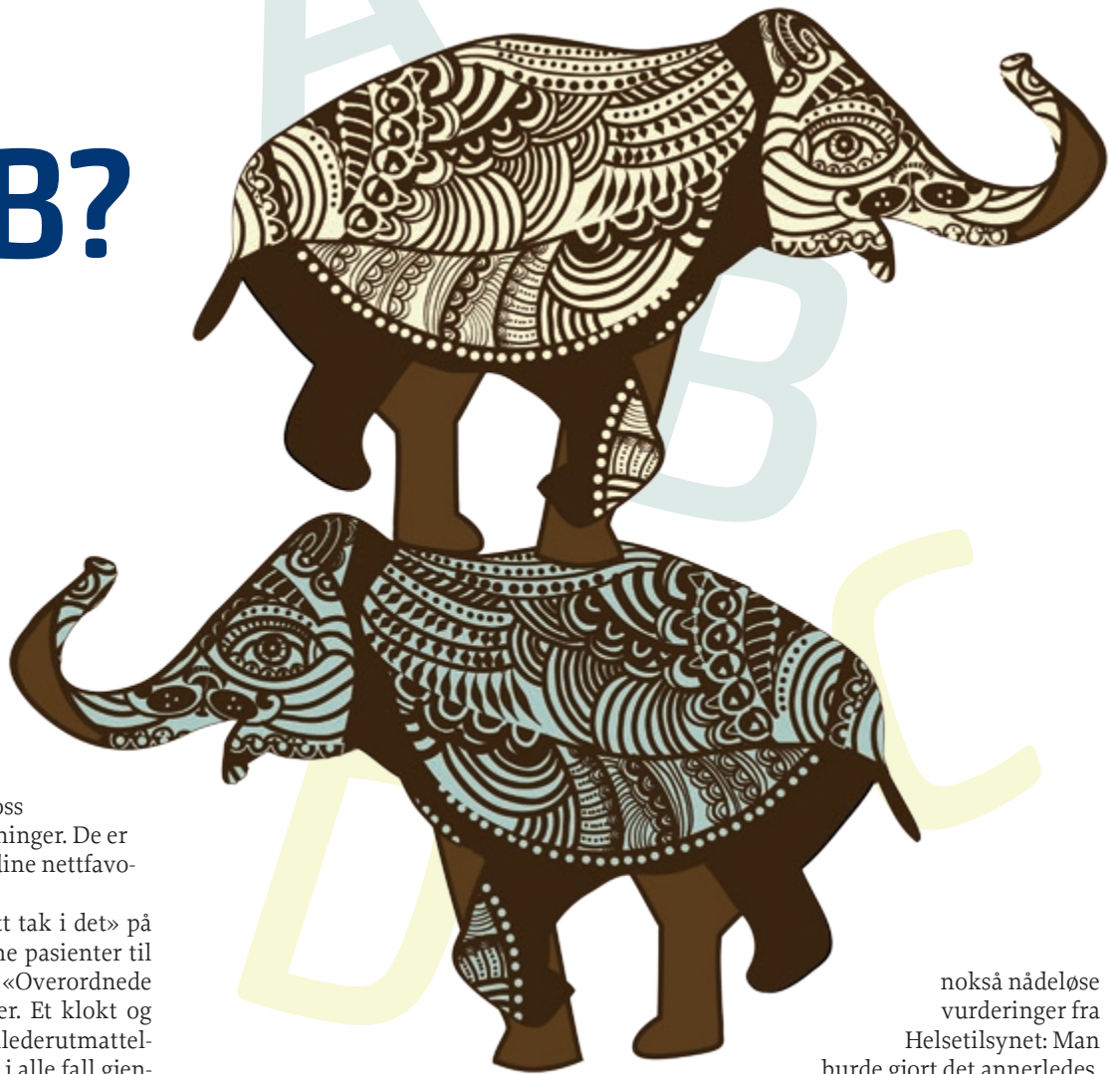
Alt i alt ca. 80 sider, inkl. forslag til brevmal og nedtrappingsskjema. Utarbeidet av en arbeidsgruppe på ni, hvorav to fastleger og en tidligere fastlege. Setter standard for forsvarlig forskrivningspraksis av A- og B-preparater. Erstatte tidligere veileder fra 1990. Tar for seg medikamentgruppene anxiolytika og hypnotika. Smertebehandling

med opioider vil bli omtalt i egen veileder som forventes utgitt i 2014.

MÅLGRUPPE: først og fremst fastleger og apotekere. Kunnskapsgrunnlaget i feltet er begrenset, og anbefalingene er hovedsakelig tuftet på skjønnsbasert konsensus i gruppen om «god klinisk praksis». Dokumentet vil være førende også for Helsetilsynet.

FORFATTERE: NFAs referansegruppe for rus- og avhengighetsmedisin ved: Harald Sundby, Torgeir Gilje Lid, Pernille Willersrud, Camilla Huseby, Ivar Skeie, Dagfinn Haarr, Krister Mostrøm, Knut Boe Kielland, Inger Hilde Tranem, Christian Ohldieck

sagt B? C og D



ILLUSTRASJON: COLLOMBIER

kunnskap, hva enn den måtte være og hvor slumrende den var. Veilederen synes utarbeidet med innsikt i hva fastleger trenger. Du vil trenge den ofte. Den gir oss lenker i alle nødvendige retninger. De er mange. Legg den inn blant dine nettfavoritter på PC'en.

Du kan få lyst til å «ta litt tak i det» på lista di. Det kan komme dine pasienter til gode. Det presenteres også «Overordnede anbefalinger» på 21 punkter. Et klokt og respektfullt innspill gitt veilederutmattelsen som rår. Vi anbefaler: Se i alle fall gjennom disse. Endel av dem er neppe nye for deg. Vi peker ut fire av dem som spesielt nyttige:

- Såkalte Z-hypnotika er farmakologisk å regne som vanlige benzodiazepiner. Ikke blande dem, velge ett preparat.
- Ansvar er DITT og bare ditt: Forskriving av A- og B-preparater er en definert fastlegeoppgave.
- Glem kjappe løsninger: Telefonresepter bør unngås.
- Bruk ut over to til fire uker bør unngås.

Da tenker du kanskje som oss: Heisan, vi har allerede en jobb å gjøre. Det er ingen tvil om at A- og B-preparatene er giganter i den dessverre nokså store samling iatrogene bjørnetjenester vi leger byr på. Finnes det noen andre medikamentgrupper der vi tøyer indikasjonene og doseringsanbefalinger lengre? Veilederens profil tar utgangspunkt i dette, med hovedbudskapet: Vis betydelig måtehold. Vi hilser dette budskapet langt på vei velkommen. Mer har vi ikke her tenkt å kommentere når det gjelder veilederens sterke sider. *Vår* overordnede anbefaling: les selv.

Elefantene i veiledningsrommet

A- og B-preparater virker raskt og godt for pasienter med store og ofte kroniske plager, men er både vanedannende og har lumske bivirkninger. Det blir fort en krevende klinisk situasjon, der grensebevissthet er helt sentralt. Her gir veilederen noe å slå i bordet med. Tilbake til ubehaget: Det vi mener veilederen ikke er tydelig nok på, er å formidle forståelse av hvor krevende feltet i virkeligheten er.

Vedvarende angst, vedvarende smerter, kroniske søvnvansker: Det er mye av det der ute. Problemene vi her får i fanget er ikke så sjelden nær uløselige. Forventningene om at vi serverer gode løsninger er likevel betydelige, fra mange hold. Pasientopplevelser av avvisning og skuffelse dukker ofte opp. Risikoen for at vi kan få syndebukkrolle i dynamikken kan oppleves som høy. Til tross for veiledere, kanskje delvis på grunn av dem: det sniker seg ofte inn en bekymring for at dette kan komme dårlig ut. Hvilken støtte vi da har i ryggen er vi usikre på. Mange er historiene om

nokså nådeløse vurderinger fra Helsetilsynet: Man burde gjort det annerledes. Et stikkord: Utrygghet. Ikke så bra når utgangspunktet er utrygge pasienter. Fungerer den nye veilederen godt nok som trygghets-skaper? Ikke helt, mener vi. Den er litt snau på viktige områder. Noe er utelatt. Det vi kanskje kan kalle «elefantene i veilederrommet».

Veilederen definerer disse begrepene: vanedannende legemidler, abstinens, avhengighet, delir, eufori, misbruk, overdreven bruk, rus, skadelig bruk, pseudoterapeutisk langtidsbruk og toleranse.

Vi synes det er en nyttig liste av definisjoner, men vi tillater oss å foreslå noen flere. De to første begynner med henholdsvis C og D. Tok du den?

CBM = COMPLEXITY BASED MEDICINE. I A- og B-preparat-forskrivningssituasjoner vil ofte et blikk for kompleksitet være svært nyttig. Det betyr at hvert kasus i større grad må vurderes for seg. Generaliserte og retningslinjebaserte framgangsmåter har begrensning, og klinisk skjønn bør ofte ha en stor plass. I et EBM-dominert helsevesen kan kompleksitet i noen grad underkommuniseres.

DILEMMA: Et dilemma er en valgsituasjon der det ikke finnes gode løsninger. Fenomenet illustreres ofte med Odyssevs seilas mellom Skylla og Karybdis. En seilas i smalt farvann, der det på begge sider truer havari. Denne mangel på gode alternativer skaper ofte utilstrekkelighetsfølelse og utrygghet for de involverte i situasjonen. Ved opp trent dilemmabevisssthet reduseres risiko for irrasjonelle avgjørelser.

RESPEKT: Ordet kommer av latin «re-spectare» = se en gang til. Studier viser at fastleger ofte kjenner pasienter overraskende dårlig, det være seg sykehistorien eller livshistorien (1). Slik kjennskap er en viktig faktor for å kunne møte pasienter i vanskelige livssituasjoner med tilstrekkelig klinisk respekt.

KLINISK AVMAKT: Ubehagelig følelse av å sitte med tung problematikk uten klare løsninger. Henger ofte sammen med dilemmasituasjoner, se over. Leger er opplært til å være løsningsorienterte. Derfor kan avmaktsfølelsen oppleves som spesielt truende for oss. Slik avmaktsfobi kan generere kortsiktige og uheldige løsninger, kanskje som en unngåelsesstrategi. Ser man nærmere etter, vil det oftest være pasientens avmakt som overføres til legen.

TILLIT/MISTILLIT: Et begrepspar som beskriver fenomener som er helt avgjørende i alle relasjoner, og særlig hjelperelasjoner. Ved tillit oppleves trygghet for at den andre vil en vel. Ordet tillit kan leses begge veier. Er tillit på plass, vil samarbeid lettere bli konstruktivt, også ved manifest uenighet. Mistillit fører ofte til mistenkeligjøring, som er destruktivt for alt samarbeid. Ærlig og åpen dialog om tillitsdimensjonen er ofte i seg selv tillitsbyggende.

SKAM: Sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ. Pasienter i livssituasjoner preget av avmakt, og som eventuelt har behov for «nervetabletter» opplever ofte skam. Skamfølelse er krevende å kommunisere. Dette fører til en betydelig klinisk sårbarhet leger må være seg bevisst.

PROFESJONALITET: Et sett av delvis eksplisitte og delvis usagte forventninger til god yrkesutøvelse. Et problematisk forhold vedrørende profesjonalitetsopplevelsen i en hjelperolle er hvordan man håndterer emosjonelle aspekter i hjelperelasjonene. Tolkes profesjonalitetskravet dit hen at slike emosjoner i minst mulig grad bør oppstå (er «forbudt») kan det føre til uheldige, kanskje ubevisste emosjonelle forsvarsstrategier. Best mulig bevissthet om den emosjonelle dynamikken er trolig det som er mest profesjonelt. Forskrivningssitua-

sjoner rundt vanedannende medikamenter kan ofte være høyt emosjonelt ladet. Mange leger har særlig frykt for å framstå som uprofesjonelle gjennom «dumsnillhet», dvs. at man på forskjellig vis «blir lur» av pasienten. Motsatt kan «klokmildhet» forebygge krenkelser av sårbare pasienter.

AVSLØRINGSANGST: Kliniske situasjoner preget av store dilemmaer, avmakt og utilstrekkelighetsfølelse kontrasterer som beskrevet de forventninger om handlekraft som tilligger legerollen. Legen vil kunne føle seg truet når det gjelder sin profesjonalitet. Situasjonen kan generere skamfølelse hos legen også, og derav f. eks. fortllsesstrategier. Avsløringsangst i uttalt form kan kalles Tilsynsangst.

MEDIKALISERT FORVENTNINGSKRISE: På fastlegekontorene opplever man ofte at pasienter oppsøker pga. livsproblemer og livsmerte som har årsaksforhold utenfor rekkevidde av allmenn- eller annen medisinsk innflytelse. Eksempler kan være ensomhet, destruktive relasjoner, arbeidskonflikter og økonomiske problemer. Både fra pasienten selv og dypt i samfunnskulturn foreligger likefullt forventning om raskest mulig hjelp til løsning av problemene og lindring av plagene. Ubehaget som dette gir i Helsevesenet generelt kan føre til:

SVARTEPERSPILL: Tendensen til at pasienter med helse- og livsproblemer det er vanskelig å løse, oftest forblir hos eller havner tilbake til den best definerte hjelperen de har i systemet, som er fastlegen. Dette ofte fordi spesialisthelsetjenesten også er havnet i avmektighet. Førstelinjetjenesten kan i slike tilfeller kanskje like gjerne kalles «fjerdelinjetjenesten».

TIDSKNIPE: Gitt de overnevnte faktorer, og fordi det er *mange* pasienter i kategori «livsproblemer /-smerte», befinner mange fastleger seg i en nær permanent overbelastet totalsituasjon, der mangel på tid mer enn mangel på kompetanse synes å være en hovedutfordring.

Ingen grunn til skam

Så langt våre foreslåtte tilføyelser til Veilederen. Vårt formål med innspillene er ikke primært å redusere ubehaget, men i noen grad analysere, bevisstgjøre og begrepsfeste det. Vi vil tydeliggjøre at dette feltet ikke er for ansvars-vegrere. Fastleger: La oss ikke skamme oss, men heller være stolte over ansvaret vi har, og tar.

Så, kortfattet, to forslag til reformuleringer, og deretter to forslag til litt større endringer.

Reformuleringsforslag 1:

● VEILEDEREN, pkt. 4.1, «Enkle råd til praksis»: «Noen leger kommer inn i vanskelige forskrivningssituasjoner. Dette kan medføre bindinger, trusler og andre vanskelige forhold til pasienter.»

● VÅRT FORSLAG:

«Du vil uunngåelig komme opp i forskrivningssituasjoner du opplever som vanskelige. En årsak til dette er ofte at pasienten har det vanskelig. Ikke sjelden vanskeligere enn først antatt. Tips: Sett av et par dobbelttimer og forsøk å finne ut hvorfor.»

Reformuleringsforslag 2:

● VEILEDEREN, pkt. 2.2, «Pseudoterapeutisk langtidsbruk» (forkortet): Mange bruker vanedannende medisiner i realiteten mye lenger enn de anbefalte to til fire uker, men i lavere doser enn anbefalt (gjennomsnittlig 0,2 DDD), sannsynligvis uten terapeutisk betydning.

● VÅR TILFØYELSE:

«På den annen side kan noen pasienter ha god nytte av en klart avtalt «kvote», som behovsmedikasjon, f.eks. 25 stk/2 mnd. Nyten av en slik kvoteordning kan vurderes fortløpende.»

Trusselbrev?

Så til forslagene til endring: Veilederen tilbyr eksempler på brev, informasjon, og avtaler man kan benytte i samarbeidet med pasienten. De fleste er nyttige maler. Dette gjelder ikke pasientbrev under pkt. 4.3 med forslag om nedtrapping:

«Jeg sender dette brevet til deg fordi jeg ser av journalen at du har brukt xxxx i lengre tid. ... Jeg vedlegger forslag til nedtrappingsplan ... Jeg foreslår at du bestiller en time her om ca. 1 mnd.»

Gitt at fastlegerollen oftest tilbyr bedre muligheter til relasjonsbygging enn dette brevet indikerer, og gitt veilederens råd / vektlegging om konsultasjon for hver forskrivning, tror vi at det sårbare temaet nedtrapping første gang heller bør kommuniseres i en konsultasjon med tilstrekkelig avsatt tid. Slik skrivet er formulert risikerer at pasienten leser det som «trusselbrev». I så fall en dårlig start på viktig samarbeid.

● Veilederen tilbyr kasuistikkbasert refleksjon. Kasuistikkpresentasjon er et pedagogisk godt «implementeringsgrep». Hvordan omsette teori og anbefalinger i praksis?

Her vises vilje til å nærme seg fastlegers hjemmebane: den kliniske virkelighet. Veilederen presenterer fem kasus, som skal illustrere forskjellige problemstillinger til refleksjon.

**KORTVERSJON AV
RETNINGSLINJER FOR
FORSKRIVNING AV VANE-
DANNENDE MEDISINER
(A + B PREPARATER)
(12 vanedannende vers)**

Ad forskrivning av vanedannende legemidler er det dette ekspertgruppen nå formidler:

- 1 •
At de kan være gode venner i allmennøden
Så du bryter ikke helligbrøden
- 2 •
Men: Ikke i lengden
Og passe på mengden
- 3 •
Ikke bak ratt
Og ikke hver natt
- 4 •
Forsiktig med gamle
De har lett for å ramle
- 5 • Når det gjelder benzo:
Holde deg til èn, ikke to
- 6 •
Hvor har du pasienten hen?
Respekt betyr: se igjen
- 7 •
Gjøre som du lofte
Se pasienten ofte
- 8 •
Flytter pasienten mer enn fem mil unna
Vurderer da om det er på tide å runde a'
- 9 •
Føler du deg ubekvem og i klemma
Da foreligger trolig et krevende dilemma
- 10 •
Fremdeles litt panikkprega?
Snakk med god klinikkollega
- 11 •
Følger du dette går du neppe helt på trynet
Da er du stadig fastlege, også hilsen Helsetilsynet
- 12 •
Og det er lov å være litt i tvil
Ut i praksis, lykke til!

Det å beskrive kompleks klinikk som kasuistikk på en A4-side er en vanskelig kunst. For alle er det en svakhet at det i liten grad kommer fram hvilken rolle og relasjon legen egentlig har til pasienten. Man får inntrykk av en slags hybridsituasjon et sted mellom legevakt og fastlegekonsultasjon. Den helt avgjørende tillitsdimensjonen kommer ikke tydelig fram. Kasuistikken har et tydelig og gjennomgripende pedagogisk budskap: dette er pasienter som ikke skal ha A- eller B-preparater. Det tror vi kan være riktig, i alle fall på litt lengre sikt, og et samarbeid med pasienten om dette bør startes. Imidlertid bærer kasuistikken preg av mulig uheldige kommunikative strategier. Gjennomsnittlig har legen ordet 55–75 prosent av tiden. Legene synes å være drevet av et litt forhastet mål om å formidle ferskt «veilederstoff». Kanskje for å få journalført at informasjon er gitt? Dynamikken gir oss tvil om informasjonen er mottatt. Dialogene er overraskende lite preget av «motiverende intervj», som riktignok anbefales tidligere i veilederen. Spissformulert: Hvis respekt er å se en gang til, kan noen av disse konsultasjonene illustrere en viss grad av respektløshet?

I den siste kasuistikken presenteres «Den gamle pasienten», vi kaller henne «Gamlemor». Legen har innkalt henne etter at datter har ringt inn bekymring. Gamlemor faller og har brukt både sovemedisin og beroligende i mange år. Datters telefonbestilling er «Her må du som er lege ta tak». Gjenkjennbart?

Innkallingen blir presentert av legen som «for å forsikre meg om at du får riktig behandling», og fordi datter har ringt. Om enn med de beste hensikter, her er det stor risiko for at pasienten føler seg kalt inn til «avhør» og ikke konsultasjon. Det foreligger kommunikasjonsproblemer i familien. Legen tar på seg en vanskelig rolle som mellommann. Gamlemor er snakket bak ryggen på av både datter og lege. Mistillit kan oppstå og nerveplagene kan øke. I ver-

ste fall en uforsvarlig framgangsmåte.

Kommunikasjonsquiz: hvordan ville *du* ha gjort det?

Kasuistikkene er en god ide. Vi tror kasuistikken med fordel kan gjennomtenkes og bearbejdes. Hva er det som haster slik?

Ikke bare gjør noe

Avslutningsvis: Referansegruppen for rus- og avhengighetsmedisin hilser den nye veilederen velkommen, og mener den er av de klart viktigste av de 44 veileder-dokumenter innen rus- og psykiatrifeltet. Vi håper vårt innspill gir deg økt lyst og behov for å se nærmere på den. Der et av veilederens hovedmål er «å harmonisere behandlingstilbudet», håper vi at vi har lyktes med det vi litt spøkefullt kan kalle «disharmonisering» i stedet. For feltet byr i sannhet på klinisk støy.

Ad det andre hovedmålet:

«Veilederen skal bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av vanedannende legemidler, eller får andre problemer knyttet til denne legemiddelgruppen».

Nemlig. Pimum Nil Nocere: ikke gjøre skade. Vårt hovedbudskap: Da må vi huske at det gjelder så vel medikamentelt som relasjonelt.

To viktige årsaker til uheldig forskrivning av A- og B-preparater tror vi er imperativet «om å gjøre noe», kombinert med tidsknapphet. Derfor, som et siste innspill og en veileder i mikrokortform:

«Ikke bare gjør noe. Stå der.»

Den nye veilederen peker mot at vi må øve oss litt mer akkurat på det. Det er ikke for pyser å stå i det slik. I vår referansegruppe kaller vi det allmenmedisinsk ekstremsport.

REFERANSE

1. Mjølstad, B. P., Kirkengen, A. L., Getz, L., & Hetlevik, I. What Do GPs Actually Know About Their Patients As Persons? European Journal for Person Centered Healthcare 2013, 1: 149–160.

■ HAR-SU2@ONLINE.NO

Reservasjonsmulig

– kan debatten skade fastlegens

I fjor vedtok Legeforeningens landsstyre en resolusjon som støtter at leger, ved alvorlige samvittighetskonflikter knyttet til liv og død, skal kunne ha en mulighet til reservasjon mot å utføre visse legeoppgaver, dersom forholdene ellers ligger til rette for det. Etter innspill fra flere foreningsledd, ble det i vinter besluttet at spørsmålet om reservasjonsmulighet for leger på nytt skal behandles av foreningen – på årets landsstyremøte i mai.

Debatten om reservasjon har fått en dimensjon som få kunne forutsett. Vi sikter til det faktum at regjeringen har brukt Legeforeningens 2013-vedtak som et sentralt grunnlag for lovforslaget om reservasjonsmulighet for leger som for tiden er på bred høring. Frontene har vært steile. Legens rett til å følge egen samvittighet er satt opp mot kvinners rett til hjelp og veiledning når de ønsker abort. Mange hevder at å innføre en lovhemlet reservasjonsmulighet for leger vil svekke kvinners rett til selvbestemt abort. Andre mener at å nekte fastleger å følge sin egen samvittighet i en slikt sak, strider mot grunnleggende menneskerettigheter.

Fastlegens rolle i abortsaker er blitt et sentralt element i diskusjonen: Spiller det egentlig noen rolle om noen få fastleger reserverer seg? Kvinnen behøver strengt tatt ikke oppsøke fastlegen for å få utført abort.

Hun kan ta direkte kontakt med nærmeste gynekologiske avdeling. Dessuten får mange også hjelp hos helsesøster. I den senere tid har mange kvinner stått fram med egne opplevelser der de ikke har følt seg ivaretatt av fastlegen i abortsaker. Dette gjelder både situasjoner der kvinnene har ønsket abort, men ikke fått henvisning – og saker der de har følt seg presset til å søke abort når de har vært i tvil.

Fastlegen er bare et forsinkende ledd i prosessen, hevder noen. Partiet Høyre har på sin side frontet et syn som kan gi inntrykk av at de mener at bare fastleger som er for abort, er i stand til å gi kvinner som vurderer abort god og omsorgsfull hjelp. Rent prinsipielt kommuniserer et slikt syn en oppfatning av at fastleger ikke er i stand til å legge til side sine private synspunkter og forholde seg profesjonelt til pasientene

sine. I så måte er det bekymringsfullt at et regjeringsparti fronter et slikt syn.

Reservasjonsdebatten omfatter en rekke dimensjoner og dilemmaer av juridisk, etisk, moralfilosofisk og politisk art. Vi skal ikke elaborere ulike standpunkter i debatten – men rette oppmerksomheten mot noen av dens konsekvenser: Vi har derfor bedt fem kolleger om å besvare følgende spørsmål:

- 1 Har reservasjonsdebatten utfordret fastlegens omfattende rolle for sin pasientpopulasjon?
- 2 Hvordan tror du reservasjonsdebatten har påvirket fastlegens omdømme?
- 3 Hvordan tror du debatten kan ha påvirket den jevne fastleges evne til å ivareta abortsøkende kvinner?
- 4 Er Legeforeningens omdømme svekket av denne saken?
- 5 Hvilke forventninger har du til landsstyrets behandling av saken i mai?
- 6 Hva er ditt syn på regjeringens lovforslag?

SAMVITTIGHETSBEGRUNNEDE RESERVASJONER BLANT HELSEPERSONELL

En kartlegging i 2012 viste at 196 leger, sykepleiere og jordmødre hadde reservert seg mot å henvise til eller delta ved abortinngrep. Kartleggingen var ikke komplett.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, ba Helsedirektoratet fylkesmenn, de regionale helseforetakene og Statens helsetilsyn om å kartlegge samvittighetsbegrunnede reservasjoner mot å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd og assistert befruktning (sykehuspersonell) – eller henvise til abort (fastleger).

TILBAKEMELDINGENE FRA SYKEHUSENE: Totalt 183 ansatte hadde reservert seg mot å delta ved svangerskapsavbrudd. 90 var sykepleiere, 27 var leger og 66 var jordmødre. Ingen sykehusansatte hadde reservert seg mot å delta ved assistert befruktning.

TILBAKEMELDINGENE FRA KOMMUNENE: 13 fastleger hadde reservert seg mot å henvise til abort, tre fastleger hadde reservert seg mot å henvise til assistert befruktning, fem leger hadde reservert seg mot å skrive ut prevensjonsmidler eller sette inn spiral og én lege hadde reservert seg

mot gi veiledning om prevensjon og familieplanlegging.

Sannsynligvis inngår én eller flere leger i flere kategorier. Det er derfor ikke grunnlag for å legge sammen tallene.

Det var mange kommuner som ikke svarte ved kartleggingen. Derfor gir tallene ikke et komplett bilde av antall fastleger som hadde reservert seg pr. 2012.

KILDE: Helsedirektoratet
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/samvittighetsbegrunnede-reservasjoner-blant-helsepersonell.aspx>

het for leger omdømme?



AKBIMOTODI/OLDFENS/SVALESTTT



Sissel Bergaust

FASTLEGE PÅ HAMAR,
LEDER I HEDMARK LEGEFORENING

1 Fastlegen har en omfattende rolle for sin pasientpopulasjon, ivaretagelse av abortsøkende kvinner har alltid vært en naturlig del av denne rollen.

2 De fleste forstår at det er en liten gruppe blant legene som ønsker å reservere seg. Fastlegenes omdømme som gruppe er trolig ikke påvirket av debatten. Vi har imidlertid fått en bevisstgjøring om at man kan søke råd og veiledning hos sin fastlege i vanskelige spørsmål.

3 Debatt er alltid nyttig ved at den øker bevisstheten om vanskelige spørsmål. De fleste fastleger har nok tenkt igjennom hvordan de møter sine pasienter med vanskelige og utfordrende problemstillinger.

4 Noen vil kanskje mene at Legeforeningen ikke står fast ved sine standpunkter. Jeg mener det er prisverdig at Legeforeningen åpner opp for ny debatt om et viktig spørsmål. Dersom landsstyret skulle konkludere annerledes i år, er det uttrykk for at flere har fått diskutert en viktig sak grundigere. Det er et tegn på at Legeforeningen er en demokratisk forening og omdømmet svekkes ikke av det.

5 Jeg håper at vi får en saklig debatt med gjensidig respekt for synspunkter. Jeg tror at også motstandere av reservasjonsmulighet vil engasjere seg i større grad denne gang.

6 Jeg mener lovforslaget har flere svakheter. Selvbestemt abort er en lovfestet rett i Norge, råd og veiledning av abortsøkende samt hjelp med begjæring om svangerskaps-

avbrudd er en av fastlegens oppgaver. Man søker frivillig en fastlegehjemmel med de plikter og rettigheter som ligger til stillingen. Om man kan utføre arbeidet som forventes bør man tenke gjennom før man søker. Jeg kan vanskelig forstå at det å få en kollega til å utføre et arbeid man selv reserverer seg mot, skal kunne gi en renere samvittighet. Jeg stiller også spørsmål ved om noen fastlege vil signere på avtale om å stå til disposisjon til enhver tid for å ivareta kollegaers pasienter. Det er også uheldig å blande inn eutanasi i debatten. Dette er ikke en lovlig handling i Norge. Det er lov å følge sin samvittighet, men ikke på tvers av loven. Jeg håper regjeringen trekker dette lovforslaget.



Ole Henrik Krat Bjørkholt

FASTLEGE I DRAMMEN

1 Jeg mener at en av fastlegeordningens store suksesskriterier er vår holistiske rolle – vi ser hele pasienten og alle pasientens problemer samlet. Det er enkelt for pasientene å forholde seg til en person de kjenner godt, uansett hvilke helseproblemer eller bekymringer de vil måtte ha. Heri ligger vår særlige rolle som portvakt, og som bredt tenkende allmennleger. Dersom befolkningen får inntrykk av at fastlegene ikke lenger er den naturlige første instans ved alle typer bekymringer, er det klart at selve fundamentet i den britisk-nordiske modellen med førstelinje- og annenlinjetjeneste er truet. Dette er en svært bekymringsfull utvikling, da det finnes meget god vitenskapelig dokumentasjon på at dette

er den modellen som gir mest fornøyde pasienter og mest helse for pengene. Reelt tror jeg ikke befolkningen har grunn til å frykte oppstykkningen, men hvis dette er inntrykket befolkningen sitter igjen med, kan hele ordningen miste legitimitet.

2 Slik utviklingen har vært, tror jeg dessverre det, i hvert fall på kort sikt. Inntrykket man sitter med når man følger debatten er at fastleger er en privilegert og bortskjemt gruppe, som setter egne behov foran pasientenes. Jeg vil understreke at jeg ikke ser det så unyansert selv, men det er det tabloide inntrykket mange sitter med. Dette på tross av at den store majoriteten av Norges fastleger ikke reserverer seg mot henvisning til abort. Når det som var ment som «indremedisin» i Legeforeningen plutselig har blitt storpolitikk, der frontene er trukket skarpt opp mellom de reaksjonære abortmotstanderne på den ene siden, og de progressive forkjempere for kvinnens rett til å bestemme over egen kropp på den andre, er det et åpenbart PR-tap for Legeforeningen å bli oppfattet som tilhørende den reaksjonære gruppen. Jeg vil på det sterkeste poengtere at Legeforeningen ikke er motstandere av abortloven, og tvert om alltid har vært progressive i slike saker, men det hjelper så fint lite hvis folk har inntrykk av noe annet.

3 Ikke i det hele tatt. Kanskje har vi alle blitt enda mer oppmerksom på denne sårbare gruppen – og alle fastleger jeg vet om er særdeles dedikerte til jobben sin, og setter det å hjelpe pasientene aller høyest. Dette gjelder for øvrig også reservasjonsleger. De fleste av disse vil gjerne ivareta denne gruppen, prate med dem og lytte empatisk. Det eneste de ikke vil er å sette underskriften sin på en henvisning, fordi dette for dem oppfattes som direkte delaktighet.

4 På kort sikt mener jeg at det er åpenbart. Legeforeningen er en viktig samfunnsaktør med stor respekt og et viktig mandat. Reservasjonssaken var ikke mer en promille av Legeforeningens politikk i 2013, men med den sammenhengende mediastormen som har vært over flere måneder, der helse-

ministeren gjemmer seg bak Legeforeningens vedtak, så tror jeg noen retter skytset mot oss, og at noen (feilaktig) oppfatter Legeforeningen som reaksjonær. Imidlertid tror jeg ikke omdømmet er skadet på lengre sikt. Når stormen legger seg, tror jeg andre saker kommer i front igjen, og et omdømme som er bygget over 100 år brytes ikke ned på en sak.

5 Jeg håper vi får en sivilisert og fornuftig meningsutveksling og at vi kommer ut av diskusjonen uten at noen føler seg for mye tråkket på tærne. Men jeg frykter at det kan bli endel såre følelser og emosjonelle debatter som kan virke splittende. Jeg har imidlertid stor tillit til ledelsen og sekretariatet, slik at debatten styres på en ryddig måte.

6 Jeg er i mot reservasjonsretten – på prinsipielt grunnlag. Jeg setter hensynet til kvinnen og hensynet til fastlegeordningens rolle høyere enn hensynet til de leger som har etiske betenkeligheter. Imidlertid har jeg stor respekt og forståelse for dem som synes dette er vanskelig. Vi kan likevel ikke, etter mitt syn, la være å gjøre de tingene vi synes er vanskelige.



Gunhild Felde

FASTLEGE I BERGEN

1 Reservasjonsdebatten berører sentrale spørsmål omkring legerollen og yrkesutøvelsen vår. Den berører balansen mellom på den ene siden å være lojal mot oppgaver som blir pålagt oss fra myndighetene, og på den andre siden bevare vår mulighet til selv å reflektere over vår virksomhet og kunne handle i tråd med det. Samvittigheten er vårt indre kompass som leger er spesielt avhengige av; i behandlingen av pasienter og i portvaktfunksjonen. Vi har alle noen grenser, og alle leger vil kunne havne i en situasjon der myndighetene krever tjenester av oss som vår legeetikk ikke tillater oss å levere. Eutanasi kan bli en pasientrettighet, og mange leger vil møte en grense i seg selv der. Ikke å legge til rette for reservasjonsmulighet vil gi et signal om at eget skjønn og refleksjon ikke er tillatt hvis en kommer til en annen konklusjon enn oppdrags giver. Det vil ekskludere mange fra å

velge seg til fastlegeyrket. Når noen ikke vil henvisse til abort, blir de beskyldt for å sette egne behov foran pasientens. Etter mitt syn er dette å snu det hele på hodet. Det enkleste hadde jo vært å gå med strømmen, da hadde jobb og anseelse vært sikret. Begrunnelsen for et hvert reservasjonsønske er hensynet til den antatt svakeste part. Å oppfordre til å gå på akkord med egen samvittighet og kun tenke seg fram til det som for tiden er politisk korrekt, er det motsatte av det Legeforeningen uttalte i 2006, der den mente at «etisk bevissthet blant leger må styrkes og prioriteres opp, og at styringen og organiseringen av helse-tjenesten må underbygge legens mulighet og ansvar for å handle i tråd med sin faglige og etiske overbevisning». Tidsskriftets leder i nr 5/2014 illustrerer med et eksempel fra Kina godt den åpenbare faren ved at legestanden stiller seg i en situasjon der samfunnskontrakten står over legeetikken. Fastlegens omfattende rolle krever først og fremst tenkende, integrerte mennesker, ikke ovenfrastyrt funksjonærer.

2 Forventningene folk har til fastlegestanden vil være styrt av tidsånden. Den store motstanden mot reservasjonsmulighet reflekterer at abort er utbredt akseptert i befolkningen, og at det generelt er liten forståelse for et motsatt syn. Tilliten den enkelte har til sin fastlege, og dennes omdømme, er preget av de møtene den enkelte har med legen sin. Selv om befolkningen på makroplan er mot reservasjonsadgang, tror jeg mange allikevel har forståelse for at abortdilemmaet er vanskelig. Erfaringene mine som reservasjonslege tilsier at dette ikke påvirker tilliten på en negativ måte. Mitt inntrykk er at en reservasjonspraksis kan gi noen økt tillit. Det er selvsagt mulig at noen pasienter søker seg bort, men dette gjelder vel også andre ståsted legen kan ha. Legen kan aldri innfri alle forventninger pasienten har. Å ha vårt eget omdømme som rettesnor er å bygge sitt hus på sand, og er etter min mening uttrykk for en feighet vi ikke bør vedkjenne oss.

3 Noen har i debatten hatt interesse av å skape et skremmebilde av at pasientrettigheter rundt abort er truet. Det er skapt en konstruert motsetning mellom pasientrettigheter og reservasjonsadgang. Dette kan ha gjort noe med pasientenes forventninger i møte med fastlegen hvis de skal søke abort. Dyktigheten og idealene for kommunikasjon i en slik konsultasjon vil variere blant reservasjonsleger så vel som blant leger med annet ståsted.

4 Et godt omdømme er viktig for å bevare et godt samspill og tillit i befolkningen. Men hvis det å være godt likt blir overord-

net for Legeforeningen, kan Legeforeningen bli som småbyen i Ibsens «En folkefiende». Doktor Stockmanns oppdagelse om at byens helsebringende bad er infisert av bakterier truer byens omdømme, og pressen og borgerskapet har interesse i å holde sannheten om badet skjult. Doktoren står som kjent til slutt alene mot den «kompakte majoritet». Legeforeningen har på kort sikt kanskje mest å vinne på å legge lokk på reservasjonslegenes innsigelse mot en opplest og vedtatt praksis. Det er legene som gruppe som har sørget for at 15000 aborter i året har kunnet finne sted, og det er derfor en forståelig reaksjon at legestanden har en viss motstand mot at abortdilemmaet røres i. Det er en utfordring i saken at vi ønsker å diskutere det prinsipielle, samvittighetsfrihet i yrkesutøvelsen. Men motstanden, «det store brølet», kan ikke forklares på annen måte enn at saken rører ved aborttemaet, som er ømtålig, også for legene som gruppe. Den beste måten Legeforeningen sikrer sitt omdømme på, er å holde fast ved samvittighetsfriheten som grunnleggende rettighet og betydning for legerollen. Så må dette kommuniseres på en god måte til befolkningen.

5 Jeg forventer at Landsstyremøtet våger å stå på sitt vedtak fra 2013. Det er ingen av oss som har fasiten på sannheten i de aktuelle etiske spørsmålene. Abort er ufullstendig legeetisk begrunnet, det samme vil gjelde en mulig eutanasedvirkning. Det må derfor være rom for reservasjonsleger, ikke som et nødvendig onde, men som verdifulle bidrag til bevisstheten rundt de evige dilemmaene. Det ville være oppsiktsvekkende om Legeforeningen sa nei til samvittighetsfrihet for sine medlemmer i spørsmål om liv og død. Ifølge mangeårig menneskerettsdommer Hanne Sophie Greve er Norge det eneste landet med fri abort som ikke har ordnet seg med en reservasjonsmulighet. «Der samvittighetsfriheten settes til side, taper til slutt alle svake grupper», sier hun. Og da er det ikke fastlegene hun tenker på!

6 Lovforslaget er i hovedsak godt fordi det anerkjenner at selv om noe er vedtatt ved lov, så fjernes ikke dermed det etiske dilemmaet. Men spørsmål som berører menneskerettighetene må i hovedsak avgjøres på et nasjonalt plan. Føringerne til kommunene må derfor gjøres tydeligere slik at det kun blir hvis pasientrettighetene er truet at reservasjonsadgang ikke skal gis. Jeg hadde også ønsket meg en enda mer prinsipiell tilnærming, og forslag til kriterier som kunne hjelpe oss å vurdere framtidige reservasjonsønsker.



Eivind Meland

FASTLEGE I BERGEN, PROFESSOR DR.MED,
UNIVERSITETET I BERGEN

1 Reservasjonsdebatten, ordsiftet om sykkelmeldingspraksis, medikaliseringsdebatten, overdiagnostikkdebatten og et stort antall andre dilemma utfordrer vår rolle og rolleforståelse. Det skal vi være glade for. Hvis vi ikke vil stivne som et selvtilfreds laug, skal vi hilse slike debatter velkomne.

2 Den del av befolkningen som verdsetter ydmyk ettertanke og en individuelt motivert forankring til egne verdier har fått økt tillit til fastleger. En stor del av befolkningen med stor tillit til samfunnsmessige institusjoner, lover og velferdsrettigheter er blitt provosert. Den siste holdningen nøres også av klassebestemte antipatier.

3 Jeg har aldri hatt grunn til å tvile på at fastleger har ivaretatt abortsøkende kvinner, enten de var reservasjonsleger eller leger som henviser til abort. Det er imidlertid for oss alle vanskelig å utføre denne oppgaven fordi det er mange ulike hensyn å ta, og kvinnens ønske kan være mer eller mindre selvbestemt. Når reservasjonsleger fremstilles som autoritære maktutøvere overfor svake 16-årige ofre, mistenker jeg vikarierende motiver og syndebykk-jakt.

4 Det er mulig, men leger og Legeforeningen kan ikke alltid tekkes folkemeningen. Slik viljeløs populisme er i ferd med å gjøre helsetjeneste om til bjørnetjeneste og velferdsstaten om til et gigantisk undertrykkelsesapparat.

5 Jeg går ut fra at Legeforeningen gjør et vedtak som er i overensstemmelse med World Medical Association: reservasjon må være mulig både for henvisere og iverksettere av abort.

6 Jeg støtter forslaget, men mener det vil være uhenksommessig om kommunene skal ha vetorett i forhold til en slik lov.

legen». Et utslag av debatten kan bli at mange fastleger som gjør en god jobb med abortkonsultasjoner, ikke lenger får gitt dette tilbudet fordi kvinner velger å gå direkte til sykehus. Jeg synes det er sørgelig, rett og slett.

2 Fra å ha stor tillit i befolkningen, har det nå spredd seg en usikkerhet om hva legens personlige meninger kan ha å si for hva man kan ta opp i konsultasjonen. I den offentlige debatten snakkes det stadig om hva «fastlegene» kan mene om dette og hint – når man egentlig tenker på et minimalt mindretall av reservasjonsleger. Men samtidig er det godt å høre hvordan kravet om å få snakke med fastlegen i en krisesituasjon blir betraktet som et gode som kvinner ikke vil gi slipp på.

3 Jeg vil anta at de aller fleste fastleger gjør jobben sin skikkelig og omsorgsfullt, slik de pleier. En del flere leger enn tidligere vurderer nok nå om de skal reservere seg hvis det blir en mulighet, men jeg tror de fleste er så stødige at dette ikke influerer håndteringen av hver enkelt sak.

4 Ja, dessverre. Vedtaket som ble gjort i fjor, er blitt tolket på måter som mange av dem som stemte for det ikke forutså. At det skulle få så store politiske konsekvenser var det vel få som hadde trodd.

5 En ny behandling kan ikke gjøre fjorårets vedtak godt igjen, men kan bidra til en nyansering av Legeforeningens syn. Mange tror nå at Legeforeningen uforbeholdent støtter lovforslaget om reservasjon. Det kan man gjøre noe med.

6 Jeg er mot reservasjonsmulighet for fastleger. Fastlegen er uten ansvar for gjennomføring av abort og det er vanskelig å forstå at vi skal ha reservasjonsmulighet når gynekologer som skriver journal på abortsøkende kvinner på sykehus ikke har det. Forslaget om reservasjonsmulighet ivaretar dessuten ikke samvittighetsproblemer, men forskyver et ansvar, etter mitt syn. Reservasjonslegen har jo fortsatt et personlig ansvar for å sørge for at kvinnen får sin abort. Mange argumenterer for at i et samvittighets spørsmål er det opp til den enkelte å bestemme hva som utfordrer ens egen integritet. Det har jeg forståelse for, men for at man skal *lovhjemle* en rett som utfordrer andres lovfestede rettigheter, må det være rimelig å kreve at denne retten fremstår som et logisk virkemiddel. I tillegg mangler lovforslaget begrunnede avgrensninger mot en rekke beslektede problemstillinger. Vi kan vente krav om reservasjonsmulighet fra nye helsepersonellgrupper og for andre problemstillinger, slik som spiralinnsetting og assistert befruktning. For meg dreier dette seg om uthuling av abortloven og angrep på viktige fundament for god kvinnehelse.

FAKTA OM RESERVASJONSRETTE

- Årlig tar over 15 000 norske kvinner abort, en rettighet hjemlet i Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) som ble innført i 1978. Abortloven gir helsepersonell rett til å reservere seg mot å utføre eller assistere ved inngrepet av samvittighetsgrunner.
- Enkelte allmennleger har reservert seg mot å henvise til abort – en uoffisiell samvittighetsbegrunnet praksis som helsemyndighetene har gitt rom for. Samvittighetsdilemmaet er blitt løst ved at legene sender abortsøkende kvinner til andre kolleger.
- I november 2011 fremholdt regjeringen at norske fastleger ikke har frihet til å følge sin egen samvittighet i møte med etiske kontroversielle helsetjenester. I februar 2012 ble Foreningen for helsepersonells reservasjonsrett dannet i protest mot regjeringens pålegg.
- I januar 2013 gjentok daværende helseminister Jonas Gahr Støre at fastleger har plikt til å henvise abortsøkende kvinner.
- 6. juni 2013 vedtok Legeforeningens landsstyre at «alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død kan gi grunnlag for at leger gis reservasjonsmulighet for deltakelse i henvisning og behandling. Leger reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter. Reservasjonsmulighetene må derfor vurderes lokalt i helsetjenesten på en slik måte at disse hensyn kan ivaretas. Pasientene skal alltid møtes med forståelse og respekt. Forutsigbarhet for pasientene må sikres gjennom god informasjon.»
- 30. september 2013 inngikk KrF, Høyre og Frp en avtale som skulle sikre fastlegers reservasjonsmulighet, i tråd med Legeforeningens vedtak. Venstre ønsket ikke å skrive under på samarbeidsavtalen.
- I januar 2014 fremmet Helse- og omsorgsdepartementet et forslag som åpner for at kommuner kan inngå avtale om reservasjon med fastleger som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å henvise kvinner til abort. Høringsfristen er 30. april 2014.
- Legeforeningen har varslet at spørsmålet om reservasjon ved aborthenvisning skal behandles på nytt ved årets landsstyremøte 20.-21. mai

KILDER:
• Helse- og omsorgsdepartementet
• Legeforeningen
• Aftenposten



Guri Rørtveit

FORSKNINGSLEDER, PROFESSOR
DR.MED, ALLMENNEMEDISINSK
FORSKNINGSENHET, UNIVERSITETET
I BERGEN/UNI HELSE

1 Åpenbart. Dette er selvsagt ikke reservasjonsforkjempernes intensjon, men det er en bivirkning av debatten. I tillegg til abortspørsmålet, har krav om reservasjonsrett mot innsetting av spiral og annen prevensjon bidratt til stor forvirring. Det gir seg utslag i at folk nå lurer på om de kan sende sine unge døtre til fastlegen for å be om p-piller. Og diskusjoner om hva som egentlig er «vitsen med et forsinkende ledd som fast-

Den svimle pasienten

■ BERIT HOLMESLET

ØNH avdelingen, St. Olavs Hospital og NTNU, Trondheim

■ FREDERIK GOPLEN

Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer, Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen

Svimmelhet er en vanlig problemstilling i en leges hverdag. Svimmelhet er ingen diagnose, men snarere et upresist begrep som brukes for å beskrive ulike fenomener som har ulike årsaker.

Det er en god idé å bruke det første minuttet av konsultasjonen til å la pasienten beskrive sin opplevelse uten å stille ledende spørsmål. Svimmelheten kan da ofte klassifiseres i en av tre undergrupper som oppfatter relativt distinkte og ulike fenomener.

Tre undergrupper av svimmelhet

VERTIGO er en illusjon av å være i bevegelse når man i realiteten befinner seg i ro. Du kan oppleve vertigo ved å snurre rundt på en kontorstol i noen sekunder. Når stolen stopper, vil du føle at du roterer i motsatt retning, selv om stolen står i ro. Du vil også få nystagmus og kanskje litt kvalm. Dette skyldes at hoderotasjonen setter i gang en væskestrøm i den laterale buengan-

gen i det indre øret, og at væsken fortsetter å bevege seg i noen sekunder etter at hodet har stoppet opp. Vertigo kan også skyldes sykdom i balanseorganet, balansenerven eller dens sentrale forbindelser i hjerne-stammen og lillehjernen.

NÆRSYNSKOPE er den følelsen man kan få ved å sitte på huk og reise seg raskt opp. Årsaken er at hjernen får redusert oksygentilførsel i noen sekunder, inntil hjertet klarer å pumpe nok blod opp til hodet. Arteriosklerose og bruk av antihypertensiva er de viktigste årsakene til denne typen svimmelhet, som også er en vanlig årsak til synkoper og fall hos eldre.

DÅRLIG BALANSE er i motsetning til svimmelhet et fenomen som kan måles objektivt. Når man måler balansefunksjonen til pasienter som opplever svimmelhet, får man ikke sjelden overraskende resultater. Pasienter med uttalte svimmelhetsplager kan ha en utmerket balanse på samme måte som svært ustødige pasienter kan oppleve lite svimmelhet. Nesten alle nevrologiske sykdommer i tillegg til en rekke ortopediske, kan føre til redusert balanse. Hos eldre er fysisk inaktivitet, fall og frykt for å falle vanlige årsaker til dårlig balanse.

Hvordan fungerer balansesystemet?

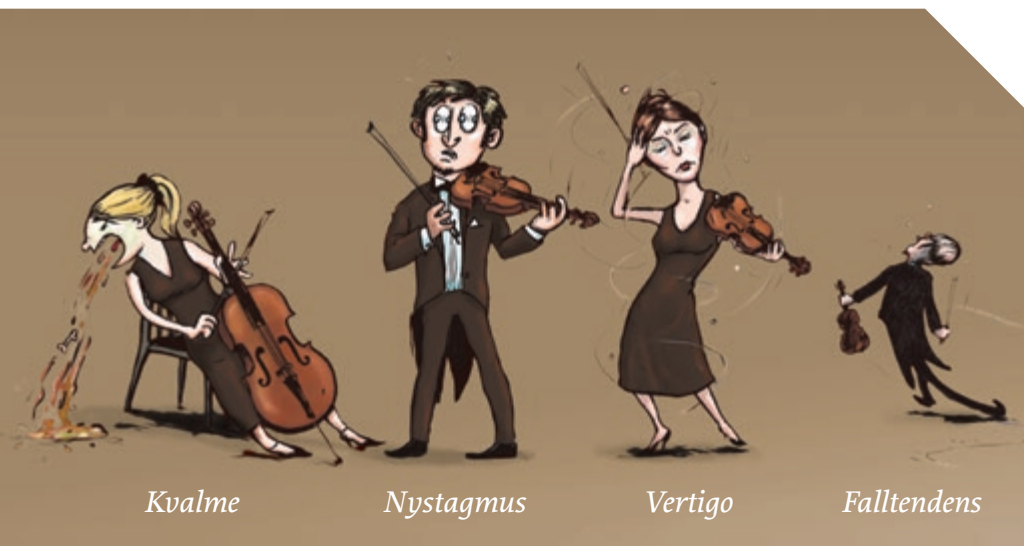
Sykdommer i det indre øret forårsaker hovedsakelig vertigo og i varierende grad ustøhet. Ustøhet uten svimmelhet skyldes sjelden otogene forhold, det samme gjelder følelsen av nærsynskopec. For å forstå den ustødige pasient, er det viktig å se for seg hele balansesystemet:

For at vi skal ha kontroll over kroppen vår i oppreist stilling, er hjernen avhengig av «følere/sensorer» utenfor hjernen. Disse er:

1. Føttene som gir tilbakemelding til hjernen om underlaget vi står på
2. Reseptorer i ledd sender signaler til hjernen om hvor kroppen er i forhold til hodet/rommet
3. Postural muskulatur
4. Øynene
5. Balanseorganene.

Balansesystemet er basert på et prinsipp om «tosomhet» og parvis samarbeid (to balanseorganer, to øyne, osv.). Så lenge alle delene i balansesystemet gjør det de skal, er det «harmoni» fordi signalene fra de enkelte sensorene går som de skal til lillehjernen. Lillehjernen er et senter for stadig modulering av innkommende signaler og når signaloverføringen går uten hindringer oppleves ikke svimmelhet eller balanseproblemer. Ved skade/sykdom i et av balanseorganene blir signaloverføringen fra balanseorganet til vestibulariskjernen (enten hypo- eller hyperfunksjon) forstyrret og det påvirker signaloverføringen videre til hjernen. Ved typisk akutt vertigo inntrer kvalme (kvalmesillusjon) (rotatorisk/gyratorisk/nautisk svimmelhet), falltendens (asymmetri i muskulatur) og nystagmus, som er ufrivillige rykninger av øynene (FIGUR 1). Nystagmus inntrer pga forstyrrelser i den vestibulo-okulære refleksjonen (VOR). VOR er en av kroppens raskeste reflekser og den har som eneste oppgave å sørge for stabilt syn når vi er i bevegelse! Eller sagt på en annen måte, sørger for at øynene flytter seg like raskt som hodet når vi er i bevegelse. Uten denne ville omgivel-

FIGUR 1. Vestibularis-kvartetten.



Kvalme

Nystagmus

Vertigo

Falltendens

ILLUSTRASJON: ATLE HANSON / SVIMMELHET - DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING UTGITT AV BALANSELABORATORIET. BAKGRUNN ENDRET



sene hoppet når vi rørte på oss. En pasient med skadet VOR, opplever oftest fokuseringsproblemer ved brå bevegelser, gjerne i lang tid etter en initial hendelse. Etter en hendelse i et balanseorgan, inntretr gradvis en sentral kompensasjon og nystagmus forsvinner hos de fleste. Den sentrale kompensasjonen inntretr fordi hele balansesystemet jobber mot å gjenvinne symmetri og balanse. Det er svært individuelt hvor fort dette går.

Undersøkelsen av den svimle pasient

Ved undersøkelse av en akutt eller kronisk svimmel pasient, er tilnærmingen og undersøkelsen lik.

Anamnese

1 Arvelige sykdommer. De fleste genetiske sykdommer i det indre øret skyldes tap av de ytre hårcellene i sneglehuset og gir hørselssvekkelse, men det fins varianter som kan gi svimmelhet (neurofibromatose type 2, utvidet vestibulær akvedukt m.m) i tillegg til autoimmune sykdommer (Wegners Granulomatose, RA, Sarcoidose, SLE) som kan føre til labyrinthitt med hørselstap og vertigo.

2 Bilsyk som barn? Det er en sammenheng mellom bilsyke som barn, migrene og vertigo i voksen alder.

3 Migrene hos pasienten eller andre i nær familie? Det er økt hyppighet av vertigo om du har migrene, og vestibulære syk-

dommer kan utløse migreneanfall hos disponerte individer. Vertigoanfall kan være et av symptomene ved migrene. Kvinner rammes hyppigere enn menn.

4 Hodetraumer og enkelte former for idrett (for eksempel trampoline, terrengsykling) som medfører uvanlige og gjentatte akselerasjonskrefter mot hodet, gir økt risiko for BPPV. Hodetraumer med skallebrudd kan også utvikle seg til perilymfatisk fistel.

5 Hyppige otitter som barn? Det kan over tid dannes kolesteatom som gir kronisk mellomørebetennelse og/eller svimmelhet. Dette gir også økt risiko for perilymfatisk fistel.

6 Akutt, gradvis eller residiverende svimmelhet? En akutt hendelse er typisk ved de vanligste tilstandene i indre øre som vestibularisnevritt og labyrinthitt. Svimmelhetssymptomer som inntretr mer gradvis kan skyldes migrene, autoimmune sykdommer, bilateral vestibulopati eller vestibularissschwannom. Er svimmelheten noe som gjentar seg, er BPPV og Menières sykdom vanligst. Det er derfor viktig å danne seg et bilde av hvor i forløpet pasienten er (FIGUR 2).

7 Er svimmelheten anfallsvis eller konstant? Hvor lenge varer et anfall (BPPV varer i sekunder, Menières sykdom > 20 min). Dersom svimmelheten er konstant skyldes dette gjerne generell bevegelsesintoleranse. Det er viktig å skille mellom en konstant svimmelhet og eventuelle akutte forverrelser. Svimmelhet kan være sammen-

satt. For eksempel kan BPPV oppstå i etterkant av vestibularisnevritt eller være kombinert med migrene.

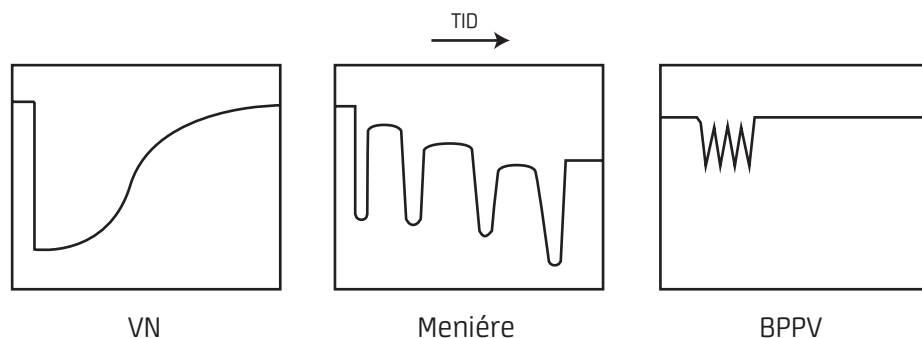
8 Svimmelhetens karakter. Mange har svært vanskelig for å beskrive svimmelhet og man bør ikke legge avgjørende vekt på dette punktet alene. Noen hovedtrekk finnes likevel. Rotatorisk vertigo eller karusellsvimmelhet: Pasienten opplever at rommet roterer rundt. Dette er et uttrykk for spontannystagmus (typisk ved f.eks. vestibularisnevritt og Menièresanfall). Andre har en mer nautisk/gyngende følelse eller opplever å være i heis. Noen vanlige pasientbeskrivelser er «bomull i hodet», «går på bomull» eller «tatt ett til to glass for mye». Dersom pasienten kommer til deg etter at svimmelheten har vedvart en tid, er opplevelse av «sløret syn», «fokuseringsproblemer», «tåkesyn» eller andre mer uspesifikke synsopplevelser og balanseforstyrrelser ved brå bevegelser mer vanlig, likeså en slitenhetsfølelse av å sitte foran PC, TV, gå i kjøpesenter eller ta rulletrapper.

9 Audiologiske symptomer som nedsatt hørsel, øresus eller trykkfølelse i øret kan tale for Menières sykdom eller labyrinthitt. Fluktuerende hørsel er vanligvis et symptom på Menières sykdom

10 Utløsende faktorer (triggere). Dersom kortvarig rotatorisk vertigo utløses av bestemte hodebevegelser, som å se opp i tak, legge seg flatt bak eller snu seg i seng, er dette BPPV til det motsatte er bevist. Dersom man merker gradvis vansker med å orientere seg i mørket kan det skyldes bilateral vestibulopati.

11 Nevrologiske symptomer. Bankende hodepine, prikking, nummenhet, ensidig kraftsvekkelse i ekstremitetene, tale- eller svelgforstyrrelser som inntretr samtidig med svimmelheten, tilsier sentralvenøs årsak. Prikninger og nummenhet er ikke helt uvanlig ved migrene. Ofte oppstår det en generell «kraftsvekkelse» i hele kroppen og mer tensjonspreget hodepine etter en initial vestibulær hendelse.

FIGUR 2. Typiske tidsforløp for ulike vestibulære tilstander.





FIGUR 3. Hodeimpulstest (HI). Pasienten fikserer blikket sitt på din nesetipp/øre og blikket holdes fiksert der mens hodet vrir det raskt mot hhv høyre og venstre side. Utslagene trenger ikke være store, ca. 20° til sidene er tilstrekkelig. Blikket skal holdes stabilt på din nese/ditt øre under hele prosessen med raske vridninger. Hvis man ser at øyet justeres tilbake mot fiksasjonspunktet (for undersøkeren ses dette som en sakkade), er det et uttrykk for at balanseorganet på denne siden er skadet (positiv HI test). ILLUSTRASJON: PHYSICAL THERAPY FEBRUARY 2004 VOL. 84 NO. 2

Klinisk undersøkelse

I tillegg til generell medisinsk og nevrologisk undersøkelse er det viktig å beherske metoder for å undersøke det vestibulære systemet. Undersøkelsene er enkle, men det kreves en del erfaring for å tolke dem riktig. Den beste måten å skaffe seg denne erfaringen på er å undersøke mange pasienter med akutt vertigo.

VESTIBULÆR FUNKSJON – er denne normal eller asymmetrisk? Man bør først notere om det foreligger spontannystagmus. Dette ses best ved å bruke Frenzels briller. Spontannystagmus er til stede når pasienten sitter i ro og ser rett fram. Den kan forsterkes ved å la pasienten riste på hodet fra side til side i 10 sekunder («nei-nei-bevegelse»). Dersom det er spontannystagmus skyldes det at den vestibulo-okulære refleksjonen er påvirket. Øyet kan ikke holdes i ro, det slår med raske horisontale bevegelser mot den mest aktive siden. Hodeimpulstest (FIGUR 3) brukes for å undersøke den vestibulo-okulære refleksjonen mer direkte. En akutt svimmel pasient med spontan nystagmus og positiv HI-test til motsatt side, har vanligvis vestibularisnevritt. En pasient

som har hatt svimmelhet en kort stund (uker), har ofte ikke spontannystagmus, men kan ha positiv hodeimpulstest som taler for gjennomgått sykdom. Over tid inntreter det en sentral kompensasjon, og det kan da være vanskelig å se en positiv hodeimpulstest med det blotte øyet. Dette kan likevel gjøres ved hjelp av video-assistert hodeimpulstest, som gjøres på enkelte spesiallaboratorier for vestibulære undersøkelser. Kolorisk prøve er en annen metode for å påvise en ensidig nedsatt vestibulær funksjon.

POSISJONSAVHENGIG SVIMMELHET. Ved Dix-Hallpikes manøver (FIGUR 4) undersøker man om pasienten har BPPV i bakre buegang. Når pasienten legges bak til den ene siden og det oppstår vertigo og torsjonell nystagmus (dvs raske øyebevegelser som er en kombinasjon av at øyet slår oppover og vrir seg mot det øret som vender ned mot gulvet), er dette BPPV i bakre buegang på den siden du undersøker. Det klassiske er at både nystagmus og vertigosymptomene avtar etter noen sekunder. Husk at BPPV kan oppstå i alle buegangene, den bakre er vanligst, etterfulgt av den laterale buegan-

gen. Dette kan du teste med rulle-test (FIGUR 5). Nystagmus vil da være horisontal og enten slå mot gulvet (geotrop) eller fra gulvet (apogeotrop). At nystagmus har ulik retning, skyldes oftest hvor i buegangen krystallen(e) befinner seg.

ØYEBEVEGELIGHET. Horisontale og vertikale bevegelser. Nedsatt bevegelse kan være et tegn på sentralnervøs sykdom, men eldre samarbeider ofte dårlig på denne testen. Personer < 70 år skal klare å følge et objekt som beveger seg med en hastighet på 20°/sek innen et intervall på ±30°. Denne testen kan ha mange feilkilder.

BLIKKRETNINGSNYSTAGMUS (ses like gjerne uten briller). Når pasienten flytter blikket 30° ut til sidene skal det ikke være nystagmus. Hvis dette observeres er det en blikkretningsnystagmus, og den er ikke av vestibulær opprinnelse, men et uttrykk for sentralnervøs skade (hjernestammen) hvor det er manglende evne til å holde blikket til sidene og blikket driver langsomt inn mot midten for så å sendes raskt ut til sidene igjen. Blikkretningsnystagmus kan også oppstå ved bruk av ulike medikamenter.



FIGUR 4. Dix-Hallpikes manøver. Første den ene så den andre siden. Anbefaler å starte med antatt frisk side. Hvis man så påviser BPPV motsatt side, går man direkte over til Epley's manøver.

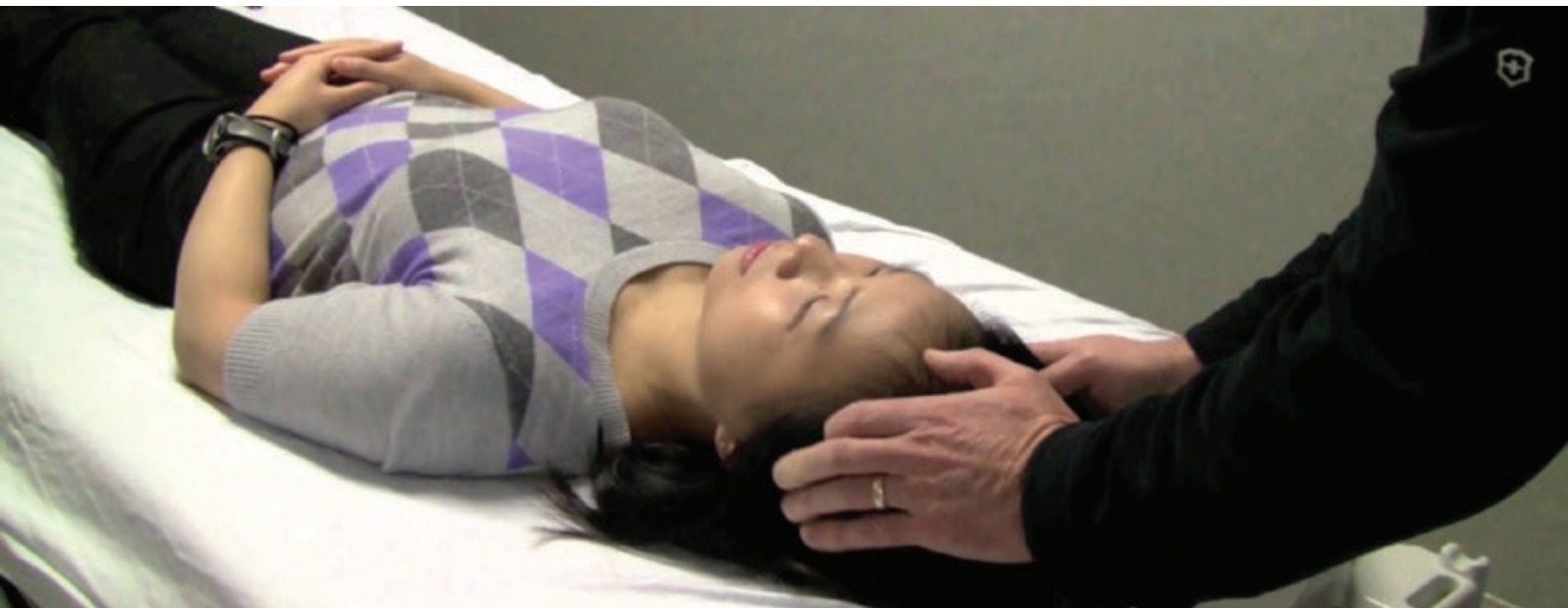
ILLUSTRASJON: WWW.NEUROLOGY.ORG

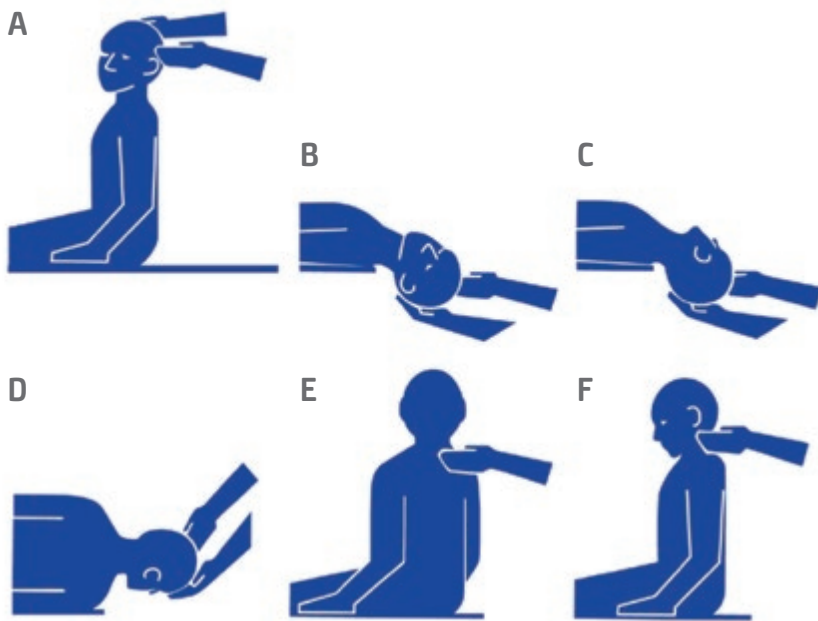


ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

FIGUR 5. *Rolls test av det laterale buegangsplanet. Pasienten ligger elevvert med 30 graders vinkel på hodet. Snu hodet raskt mot den ene siden, nøytral posisjon, så til andre siden. Se etter horisontal nystagmus som slår ned mot gulvet (geotrop) eller opp fra gulvet (apogeotrop). Definere hvilken side det er mest funn/symptomer fra. Behandle denne med Barbeque manøver.*

ILLUSTRASJONSFOTO: DR. PETER JOHNS/YOUTUBE



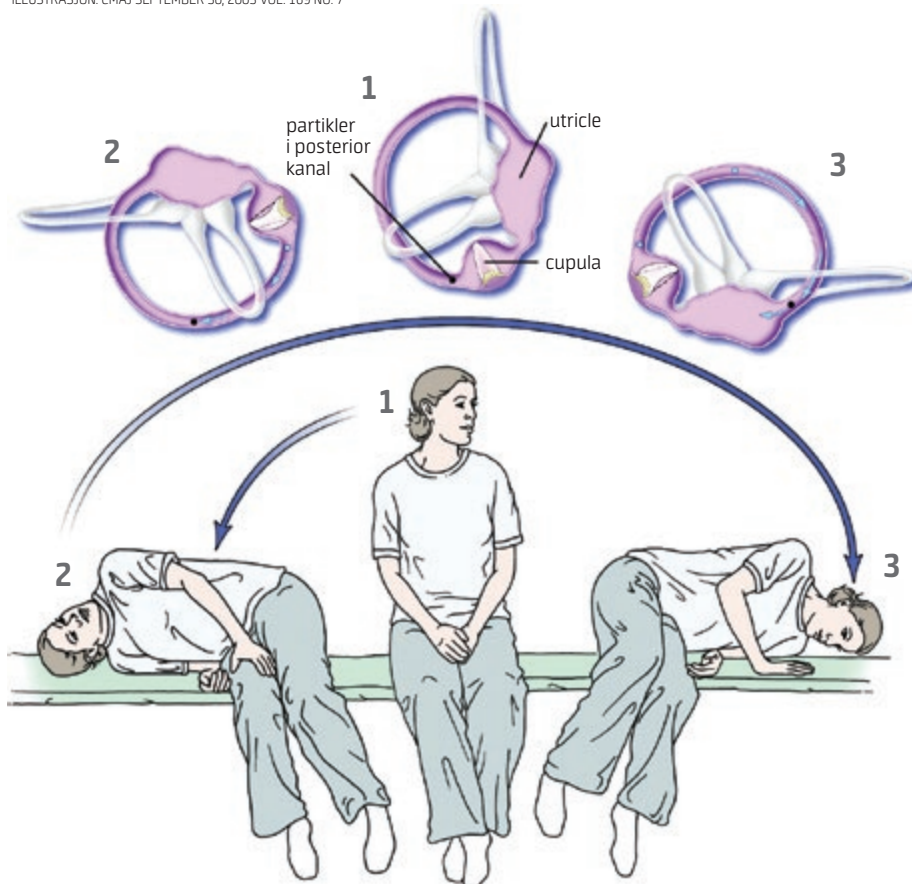


FIGUR 6. Epley's-manøver. **A** Pasienten sitter med hodet vendt 45 grader mot den syke siden. **B** Pasienten legger seg ned med nakken ekstendert utenfor benkekanten. Hodet er fortsatt dreid 45 grader mot syk side. **C** Hodet dreies 90 grader mot frisk side. **D** Hodet dreies ytterligere 90 grader mot frisk side. For å få dette til må pasienten rulle over på skulderen uten å løfte hodet. **E** Pasienten setter seg opp sidelengs. **F** Nakken er lett flektert i det pasienten setter seg opp.

ILLUSTRASJON: WWW.BALANSELABORATORIET.NO

FIGUR 7. Semonts manøver. Pasienten legger seg ned på antatt affisert side med «nesen i sky». Etter 30–60 sekunder reiser pasienten seg raskt opp og raskt ned på neste side (mellomfasen skal være kort). Nesen skal nå peke ned mot gulvet. Fordelen med denne øvelsen ifht Epley's manøver, er at man får med akselerasjonene i denne øvelsen. Begge skal være effektive.

ILLUSTRASJON: CMAJ SEPTEMBER 30, 2003 VOL. 169 NO. 7



ANDRE UNDERSØKELSER: Test av hjerne-nerver, koordinering og balanse (Romberg, Unterberger's).

Behandling

BPPV

BAKRE BUEGANG:

- a. Epley's manøver (FIGUR 6)
- b. Semonts manøver (FIGUR 7)
- c. Brandt-Daroffs manøver (FIGUR 8)

LATERALE BUEGANG:

Barbeque manøver (FIGUR 9)

Ved behandling av BPPV er det viktig å bruke tid på å instruere pasienten og eventuelle andre i nær familie i egenøvelser og be de utføre disse daglig inntil symptomopphør (kan gjøre det i flere uker). Det normalt å oppleve forbigående forverring når man utfører øvelsene, noe som er ubehagelig for pasienten og gjør at mange blir engstelige og dessverre slutter å gjøre dem.

Vestibularisnevritt

Prednisolon 60 mg i nedtrappende dose over 10 dager.

Trening, trening og atter trening!

All form for AKTIVITET er bra! Jo før, jo bedre. Og det man tolererer minst bør man innen rimelighetens grenser gjøre mer av. Flere fysioterapeuter har treningsopplegg for vestibulær rehabilitering. Sjekk i ditt nærområde.

Menières sykdom

Menières er kronisk og behandlingen skjer i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter opplever positiv effekt av å redusere saltinntak, kaffe og stress.

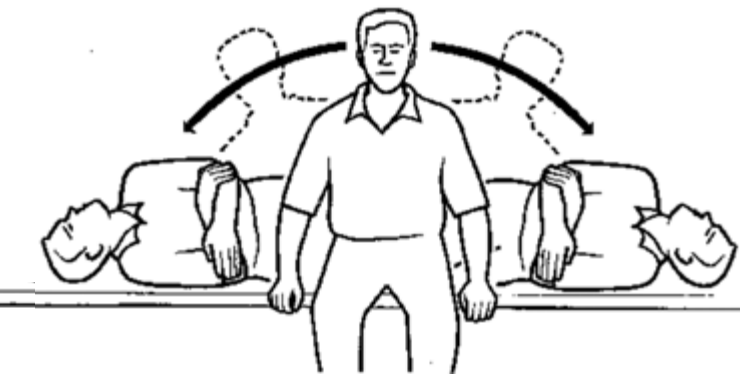
Noen opplever lindring ved å ta medikamenter umiddelbart når de merker et anfall: f.eks. Stemetil eller Postafen.

Ca. 60–70 prosent av pasienter opplever positiv effekt av medikamentell anfallsforebyggende behandling: Vanndrivende (Esidrex 25–50 mg x 2) eller Betaserc (8–16 mg x 3). Siden effekten er usikker, bør man i første rekke gjøre behandlingsforsøk i en begrenset tidsperiode, f.eks. tre måneder.

Andre behandlingstiltak som kan være aktuelle i spesialisthelsetjenesten er ventilasjonsrør i trommehinnen, bruk av trykkpulsgenerator i øret (Meniett), medikamentell labyrintdestruksjon eller kirurgisk behandling.

Migreneassosiert svimmelhet

Dette er en svært vanlig årsak til svimmelhet og dårlig balanse. Anfallet ligner Me-

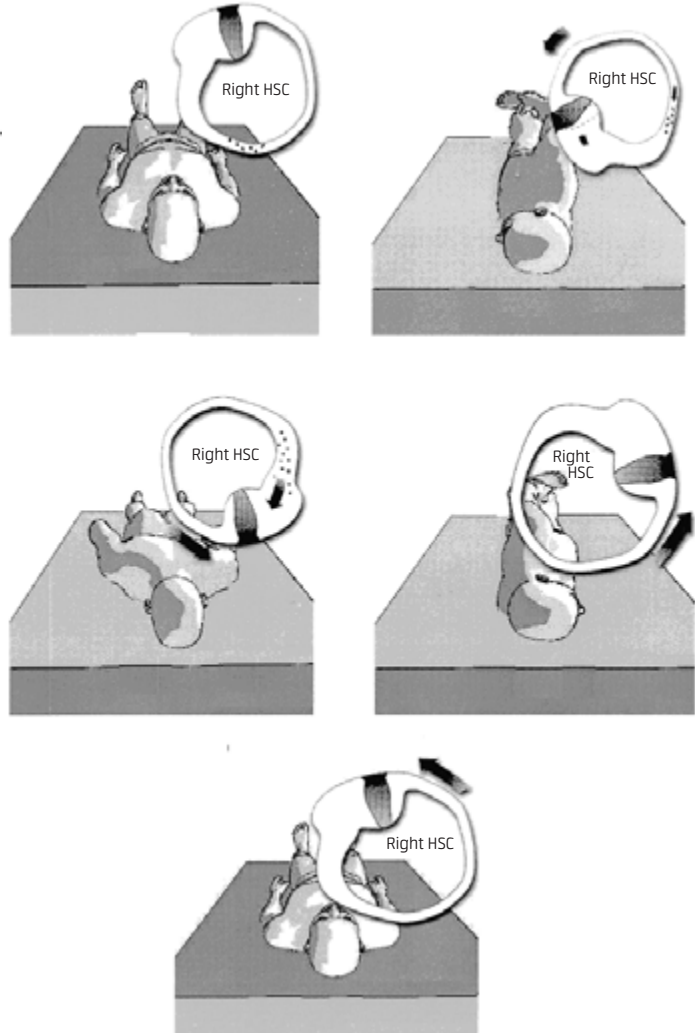


FIGUR 8. Brandt-Daroffs øvelse ligner Semonts manøver, men nesen endrer retning på midten. Denne er bedre å bruke dersom man ikke er sikker på hvilken side som er affisert. Øvelsen er også mer krevende for pasienten. Den bør gjøres fem til ti ganger til hver side tre ganger daglig for effekt. Dette er også en øvelse som er bra å bruke ved generell bevegelsesintoleranse.

FIGUR 10. Test skew test. Når man raskt veksler mellom å dekke det ene og så det andre øyet, ses en vertikal innstillingsbevegelse som ikke kan forklares av parese i øyemuskulatur. Tegn på sentral skade. ILLUSTRASJONSFOTO: DR. PETER JOHNS/YOUTUBE



FIGUR 9. Barbeque manøver. BPPV i laterale buegang behandles ved at pasienten legger seg ned i flatt hodeleie og med hodet vendt mot den affiserte siden. Pasienten snur så hodet motsatt side, før hele kroppen gradvis snus helt rundt. ILLUSTRASJON: M.D. VANNUCCI



nières sykdom, men det er ikke objektivt hørselstap. Pasienten kan ha ensidig bankende hodepine, men dette trenger ikke å være et følgesymptom. Kvalme, aurasymptomer og lys-/lydskyhet er vanlige symptomer. Ved anamnese fremkommer det ofte migrene hos pasienten eller hos noen i nær familie og alle andre perifere og sentralverne årsaker er ekskludert.

Sentral vertigo

Dette er et stort felt i seg selv, og det er flere sentralverne årsaker som kan gi lignende symptomer som ved perifer årsak. De vanligste årsakene er: 1. Lillehjerneinfarkt (a. cerebelli inferior posterior) kan debutere med isolert vertigo, kvalme, oppkast, fall-

tendens og nystagmus. Tilstanden ligner svært på vestibularisnevritt, men dersom det påvises positiv hodeimpulstest, taler det for perifer årsak 2. Hjernestammeinfarkt (a. cerebelli inferior anterior) kan debutere med vertigo og hørselstap 3. Hjernesvulst er en sjelden årsak til svimmelhet, og akustikusnevriinom er i så fall vanligste funn. Ved funn av ensidig hørselstap, hodepine, objektiv balanseforstyrrelse eller hjernenerveutfall kan det tale for tumor i bakre skallegrop. Billeddiagnostikk (MR/CT) hører i dag med til utredningen av pasienter med både akutt innsettende vertigo uten sikker perifer årsak og ved langvarig, progredierende eller uforklarlig svimmelhet.

HINTS – som kan antyde sentral vertigo

Head Impuls test-negative

Nystagmus – endrer retning ved sideblikk

Test Skew – vertikal innstillingsbevegelse ved cover-uncover test (FIGUR 10).

REFERANSER

- www.balanselaboratoriet.no
- Oxford textbook of Vertigo and Imbalance. A. Bronstein, utg. 2013.

■ BERIT.HOLMESLET@NTNU.NO

■ FREDRIK@GOPLN.NET

Smarter – mer eller mindre, men er det alt?

■ LENE DÆHLEN

Spesialist i allmennmedisin (2005), og fastlege med praksis i Sørbyen legegruppe på Gjøvik. Hun har vært leder i Oppland legeforening 2006–13, og deltatt i KTV-prosjektet (Kollegabasert terapiveiledning) ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin UiO 2005–10.

■ ARILD AAMBØ

Lege, tidligere spesialist i allmennmedisin og gjennom mange år veileder for spesialistkandidater i allmennmedisin. Siden 2003 ansatt ved NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, nå som seniorrådgiver.

Allmennmedisinerens styrke ligger i at han ser sine pasienter gjentatte ganger over et langt tidsrom. Slik får han etter hvert inngående kjennskap til pasientens livssituasjon i en prosess hvor også den bærende relasjonen utvikles.

Selv om legen er ekspert på sykdom (og i noen grad på helse), er det pasienten som er ekspert på sin livssituasjon, og som vet hvilke tiltak det er mulig å gjennomføre.

I arbeid med kroniske smerter må legen være oppriktig interessert i å forstå hva smerte innebærer for nettopp det mennesket som gang etter gang oppsøker hjelp.

Når pasienter velger strategier som legen ser kan ha uheldige konsekvenser, er det viktig at legen ikke mister interessen for pasienten, men tilkjenner sin bekymring og forklarer hva denne bunner i på en måte som pasienten kan forstå.

I arbeid med flyktninger og asylsøkere må legen i særlig grad være oppmerksom på muligheten for PTSD og faren for re-traumatisering.

Innledning

Flere studier tyder på at kroniske smertetilstander er betydelig overrepresentert i innvandrerbefolkningen, selv om det er stor variasjon fra nasjonalgruppe til nasjonalgruppe (1, 2). Det er heller ikke sjelden at en innvanderer henvender seg til sin allmennlege og ber om hjelp for mer eller mindre utbredte smerter i kroppen. Ofte er det enkelt å finne frem til virkningsfulle tiltak, men andre ganger er bildet sammensatt og diffust, og de betydningsfulle sammenhengene vanskelig å få øye på. I denne artikkelen vil vi presentere en historie om et slikt tilfelle. Den handler om en pasient som gjentatte ganger henvendte seg til legekontoret på grunn av smerter fra bevegelsesapparatet, og hvor det store, komplekse bildet først ble klart etter lang tid – med mange bekymringer og frustrasjoner underveis. Historien er «fiktiv» i den forstand at den ikke nødvendigvis dreier seg om en bestemt pasient, men er basert på vår mangeårige erfaring med lignende saker. Inspirert av Derrida (3) vil vi hevde at styrken i denne type historier ligger i at den henspiller på enkelte omgivende faktorer som virker inn i situasjonen, men uten at historien derved blir utflytende og ubestemmelig. Historien forsterker, ordner og økonomiserer omfattende og dyptgripende diskusjoner, fortolkningsmulighetene skifter etter hva som fremheves og hvilke skillelinjer som trekkes, og nye handlingsalternativer trer frem alt etter hva som blir forstått, hva som misforstås og hvilken overføringsverdi historien tillegges. Vi må derfor merke oss at kommentarene, som vi har flettet inn, kun er én av flere måter å se denne historien på. Videre må vi innse at det er utenfor rammen av en

slik artikkel å gå dypt inn i de diskusjonene som det refereres til. Sist, men ikke minst er det nå, i etterpåklokskapens lys at handlingsalternativene trer frem. Vi vil i kommentarene belyse historien fra en allmennpraktikers synsvinkel. Det er da vårt håp at allmennpraktikere vil kjenne seg igjen i de situasjonene som det fortelles om, og at historien, sammen med våre refleksjoner rundt enkelte av dens momenter, kan gi innsikt i en problematikk som ofte virker ubestemmelig.

Flyktningen Ivan

Han kom til Norge som flyktning tidlig på 90-tallet. Her ble han gift, og nå, i en alder av bortimot 50 år, forsørger han kone og to barn i skolealder. Sterk og velbygget, vel vant til tungt kroppsarbeid, oppsøkte Ivan lege først da han begynte å få vedvarende smerter i lysker, hofter og rygg, etter hvert også i begge knær, skuldre og armer. Smertene ble verre i perioder med mye fysisk belastning, og Ivan ba om noe smertestillende så han kunne fortsette i sin jobb. Etter litt utspørring kom det frem at Ivan arbeidet som murer, og at han, i likhet med mange andre innvandrere, måtte ha flere deltidsjobber for å få endene til å møtes. På grunn av jobbenes midlertidige og uvisse karakter, hang han i fra morgen til kveld for å unngå misnøye og kritikk. Legen rekvirerte røntgen av hofter og knær. Bildene viste kun begynnende artroseforandringer i hoftene, og en betrodd venn, som var utdannet fysioterapeut, startet da opp med massasje og øvelser. Men smertene vedvarte, og Ivan kom tilbake, igjen og igjen. Det kunne virke som om han selv var fullt klar over sammenhengen mellom smertene og de belastningene han utsatte seg for, men likevel vegret han seg tydeligvis for å foreslå endringer overfor sine arbeidsgivere.



I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–17* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergreper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.

Evnen til å tåle smerte, et fenomen vi kan se hos toppidrettsutøvere, kan være gjenstand for beundring. Men den kan også maskere store personlige belastninger. ILLUSTRASJONSFOTO: A. AKBAR (SXC)

All erfaring tilsier at det her må være en viss sammenheng mellom de belastningene pasienten utsettes for og de fysiske plagene han sliter med. Hvordan møter vi da, som allmennpraktikere, en mann med reelle plager fra mange muskelsystemer og som ikke ønsker endringer i forhold til sitt arbeid, men som tvert imot ber om smertestillende behandling for å kunne fortsette som før? Det er altfor lett i en slik sammenheng å tolke pasientens gjentatte besøk som kun et ønske om nye undersøkelser og ytterligere smertelindring, noe pasienten kanskje også selv gir uttrykk for. Før vi så går videre i historien, må vi derfor se litt nærmere på begrepet «smerte».

I følge *The International Association for the Study of Pain (IASP)*, defineres smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig erfaring knyttet til pågående eller truende vevsskade, eller som blir beskrevet som slik skade» (4). Definisjonen, som omfatter både en emosjonell og en somatisk komponent, begge utløst av potensielt skadelige stimuli, løser opp i vår forestilling om at det er en nødvendig forbindelse mellom smerte og ødelagt vev. Samtidig utfordrer den ideen om at det finnes smerter som pasienter kun innbiller seg, og som er forskjellige fra den smerten som oppleves ved «virkelig» skade eller sykdom. For legen kan det ofte være nyttig å innta en pragmatisk holdning: Så sant en med rimelig sikkerhet kan utelukke at smerten er et symptom på underliggende sykdom, er smerte «det som den personen som opplever den sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den sier at den gjør det» (7). Selv om smerten således i sitt uttrykk er unik for hver og en av oss, har smerteopplevelser likevel det til felles at

smerten fungerer som en alarmmekanisme som beskytter organismen ved å få den til å trekke seg tilbake fra det som kan volde skade (denne beskyttende funksjonen blir tydelig når vi en sjelden gang møter pasienter som har pådratt seg store sår, skader eller mutileringer fordi smertesansen er skadet). Når vi sammenholder dette, kan vi se at smerte handler om en diskrepans, om at avstanden mellom slik ting er og slik ting burde være er uakseptabelt stor (5). En slik forståelse av smerte understøttes av nevrofysiologiske undersøkelser, og slik forstått blir smerten et signal om å endre adferd og en kraftig stimulus til læring (6).

Denne måten å betrakte smerter på gjør det lettere å begripe situasjonen både når smerten opptrer som tegn på overbelastning, skade eller sykdom, når vi opplever smerte på grunn av sosial konflikt, og når smerten er uttrykk for noe vi er spesielt vare for. Det er likevel ikke betydningsløst hvordan vi forholder oss til vår smerte. Håvve Fjell, en moderne fakir som er vant til å takle ekstreme smertepåkjenninger, beskriver to ulike mestringsstrategier som han selv bruker. Den ene er å ignorere den smertefulle følelsen og holde sinnet beskjefte med positive tanker, den andre er å utforske smerten bevisst fremfor å hengi seg til lidelsen (5). Det kan se ut som om også Ivan til ulike tider brukte disse strategiene, men det er forskjell på et stunt som kanskje går over noen timer, og det å holde ut smerten dag ut og dag inn. Nå søkte Ivan noe som kunne lindre plagene.

Historien forteller ikke hvordan legen reagerte i denne situasjonen, men det er vel nærliggende å tro at han ble bekymret når han så hvordan Ivan forsøkte å ignorere smerten. Enten bekymringen ble uttrykt

verbalt eller gjennom legens ansiktsuttrykk, ser det ut til at Ivan forstod budskapet.

Etter hvert fikk Ivan et noe lettere arbeid. Det medførte imidlertid at han måtte pendle. I tillegg til at han brukte et par timer på reisen hver vei, arbeidet han nå daglig 10 timer eller mer, ofte også i helgene. Smertene ble verre, nå vesentlig lokalisert i nakken, og da det tilkom parestesier og Spurlings test ble positiv, fikk Ivan henvisning til MR av nakken. Men dette ble utsatt gang på gang, og det tok nesten seks måneder før svaret forelå: en liten prolaps på samme side som der smertene strålte ut. Behandling ble foreslått, men høflig avvist, og Ivan fortsatte å jobbe som før.

Endringen i arbeidssituasjonen førte i dette tilfellet til en forverring av pasientens situasjon. Det kan se ut til at Ivan, skremt av erfaringen, igjen forsøker å slå seg til ro med situasjonen som den er – selv om smertene dog krever forklaring og visshet om at vitale organer ikke er skadet. Hans reaksjonsmønster vitner om en utholdenhet og evne til å tåle smerte; som vi ofte beundrer, for eksempel hos våre toppidrettsutøvere, men peker også på den arbeidssituasjonen mange innvandrere er i. Tall fra 2005/2006 viser at en relativt stor del av innvandrene kun er midlertidig ansatt (23 mot 11 prosent), og langt flere av dem som er ansatt har arbeid som er rutinepreget, og som hovedsaklig krever fysisk innsats (17 mot 3 prosent) (8). 24 prosent av de som ble intervjuet oppgir at de i løpet av de 12 siste månedene har vært arbeidsløse og jobbsøkende, og frykten for å miste jobben ser ut til å være utbredt (25 mot 19 prosent). I tillegg kommer at mer enn 20 prosent av innvandrermenn opplever seg diskriminert ved ansettelse (8). Selv



om slike tall er ukjent for Ivan, er det på grunn av problemets omfang ikke urimelig å anta at han har hørt historier om andre innvandrere som enten har mistet jobben eller frykter for dette, og andre som av ulike grunner strever med å bli ansatt. Derfor er det ikke til å undres over om han i frykt for å bli til belastning for sin arbeidsgiver vegrer seg for å be om endringer. Om han skulle komme til å miste sin «goodwill», kan han lett miste den tilknytningen til arbeidslivet som han har, og i verste fall bli stående uten arbeid. Derfor må han rett og slett holde ut.

Det går nesten seks måneder før Ivan lar høre fra seg igjen. Et nytt moment kommer til: Han sover dårlig om natta og får ofte mareritt. Krigsopplevelsene kommer tilbake i drømmene. Men, selv om marerittene holder ham våken flere timer hver natt, vil han ikke snakke om dette. Heller ikke hans familie vet noe om hvorfor han har mareritt – han mener de ikke skal belastes og såres med dette. Smertene forverres.

Mangel på søvn forverrer smerter, og smerter kan forstyrre søvnen. Dette er velkjent. Men marerittene fra en tilbaketrukket krig bringer inn et nytt perspektiv. Kan det være at vi her står overfor et kronisk posttraumatisk stress-syndrom (PTSD)? I så fall, hvorfor har ikke dette kommet til uttrykk før? Kan det være at pasientens smerteproblematikk i den grad har preget legens oppmerksomhet at han over flere år ikke har hatt blikk for en slik tilstand? Eller har Ivan skjult sine problemer? Spørsmålene knytter an til en diskusjon som har pågått over lang tid: Enkelte klinikere hevder at mye smerte har psykiske årsaker og således kan behandles gjennom adferdsendring. Andre hevder at psykiske årsakssammenhenger har vært for mye vektlagt, og at de fleste som oppsøker lege på grunn av smerter lider av en fysisk tilstand, og at det er denne som medfører depresjon og angst (9, 10). I denne saken kan det vel godt dreie seg om en kombinasjon. Hvordan dette enn måtte forholde seg, synes det klart at Ivan har opplevd ting som han ikke er ferdig med, som plager ham, og som han vegrer seg for å snakke om, og han har det vondt.

Litt etter litt fikk legen innblikk i noen av hans tidligere krigserfaringer. Under borgerkrigen var han soldat i seks år. Han hadde deltatt aktivt i krigshandlinger i sitt eget boomeråde, hvilket hadde medført tap av mange slektninger og bekjente. Den gangen kunne han ikke tillate seg å sørge. Han måtte bare kjempe videre. Og da han kom til Norge, ble de følelsesmessige reaksjonene lagt fullstendig lokk på. Krigen skulle nå være en avsluttet del av hans liv. Men smertene, søvnvanskene og marerittene blir mer og mer påtrengende.

Det sies ikke, men en kan ane det: En følelse som gjerne går under betegnelsen 'survivor guilt'. Det handler om den dype skyldfølelsen som overlevende fra katastrofer med mange omkomne kan oppleve. Dels dreier det seg om en følelse av ikke å ha gjort nok for dem som ble drept, dels om å anse seg selv som uverdigg til å leve videre når så mange andres liv er gått tapt. Ivan har flyktet fra et område i krig, og det kan nå se ut som om han fortsetter flukten, men nå fra sine egne følelser, minner, og således også fra sin egen fortid. Og han lider. Både søvnproblemene (hyperarousal), marerittene (intrusions), og hans mulige 'survivor guilt' som han behendig unngår å snakke om (avoidance) peker i retning av et kronisk, posttraumatisk syndrom (11). Men hvorfor kommer dette frem først nå – etter alle disse årene her i Norge? Aktive, ubeviste fortrenningsmekanismer som forklaring på kroniske smerter er vel i dag på vikkende front (9). I likhet med mange andre traumatiserte, er da også Ivan klar over sin situasjon, og han vil sågar beskytte andre mot virkningene av sin traumatisering – særlig barna. Om dette er en god strategi eller ikke kan diskuteres, for når ting ikke kan snakkes om, men stadig må dysses ned eller unnvikes, vil de andre gjerne lage sine egne fantasier om hva dette er, som til de grader må holdes skjult, og slike fantasier kan nok i enkelte tilfeller være like skremmende som virkeligheten. Men for Ivan ser det ikke ut til å være noen alternativer. Han er nok klar over «hva han har i bagasjen», men kan ikke tillate seg «å pakke opp» her og nå. Selv om de traumatiske opplevelsene en gang ble «pakket» sammen med ressursen han nå kan ha bruk for i hverdagen, må han holde «kofferten lukket» og traumene på avstand – nettopp for å klare hverdagen. Men konflikt koster, og når den pågår over lang tid og er kombinert med en belastende, smertefull og stressende jobbsituasjon med liten tid til restitusjon, truer utmattelsen. Så skjer det noe dramatisk:

På vei til jobb i Oslo blir Ivans bil påkjørt bakfra. Ivan blir brakt inn til sykehusets traumemottak og utredet, bl.a. med MR. Det finnes ingen brudd eller alvorlige skader, og prolapsen, som tidligere er beskrevet, er nå borte. Likevel, etter denne hendelsen øker smertene betydelig og han klarer ikke lenger bruke armene. De kjennes kraftløse, han får hevelser og parestesier i hendene og smertene sprenger på. Den øvre delen av ryggen stivner til, og Ivan kjenner seg nå helt invalid.

Ivan blir utsatt for et nytt traume og utvikler da en rekke symptomer som det ut fra kliniske undersøkelser ikke finnes orga-

nisk grunnlag for. Men nå begynner også sammenhengene å tre mer tydelig frem: Ivan har også tidligere opplevd livstruende hendelser, han har sett folk bli drept og sannsynligvis har han også følt ekstrem frykt og maktesløshet. Han lever med kroniske smerter. Kreftene svinner, og nå blir han altså til overmål utsatt for en ny ulykke med truende vevsskade. Den symbolske virkningen av å bli påkjørt bakfra kan her være av betydning. Er det slik at han nå på brutalt vis er «innhentet» av sin egen fortid? I så fall, hva er mønsteret som forbinde den aktuelle ulykken til krigshandlingene, som knytter her-og-nå situasjonen til der-og-da? Kan dette være å finne i selve hendelsen, i opplevelsen av å bli påkjørt bakfra? Eller er det den nye opplevelsen av smerte og maktesløshet som vekker minnene? Men også, kan påkjørselen ha medført en lettere contusio medulla spinalis (17) og kraftløsheten i armene skrive seg fra denne? Uansett hvordan dette nå måtte være, igjen er det hans fysiske tilstand som står i sentrum, og Ivan ser ut til å profitere på den fysiske behandlingen.

Han blir sykmeldt, henvist til nevrolog, senere til manuell terapeut og etter hvert til en smerteklinikk hvor han får injeksjonsbehandling i nakkemusklene. Etter å ha blitt noe bedre, friskmelder Ivan seg så for å kunne reise ut av landet og besøke sine slektninger. Han ville ikke være Norge til byrde. Denne friskmeldingen førte imidlertid til misforståelser i NAV, og da han kom tilbake, uteble utbetalingene. Kommunikasjonen mellom ham og NAV stoppet også opp, med det resultat at Ivan var uten penger i flere måneder. Han klarte ikke lenger å betale sine regninger, og da han kom tilbake til legekontoret, var krisen akutt. Enhver stolthet var forsvunnet. Hans verden var gått i knas, og selvmordet så ut til å være eneste utvei. Svær krise.

Ivan kunne leve med smerter og traumer, men det hele blikker over når han ikke lenger kan gjøre opp for seg og forsørge familien, samtidig som sikkerhetsnettet smuldrer bort i gjensidig skepsis og misforståelser. Er han da plaget av 'survivor guilt' i en slik grad at han ikke opplever seg berettiget til livet? Opplevtes avvisningen og ekskluderingen fra NAV som et ytterligere tegn på hans uberettigelse og manglende tilhørighet? En oversiktsartikkel over 50 studier som belyser sammenhenger mellom PTSD og selvmord viser at der er en assosiasjon mellom PTSD på den ene siden og suicidale tanker og suicidforsøk på den andre, men en har ikke har kunnet påvise flere begåtte selvmord i denne gruppen (12). Så kan en spørre seg: Hva betyr mest for flyktningenes psykiske helse: situasjo-



nen her i Norge eller tidligere traumatiske opplevelser? De siste årene har evidensen begynt å gå i retning av at det snarere er problemer med tilværelsen i mottakerlandet enn medbrakte traumer som i slike tilfeller er utslagsgivende. Dette får støtte bl.a. i Statistisk sentralbyrås materiale fra 2005/2006 (13). Men det kan vel heller ikke utelukkes at traumatiske hendelser fra opprinnelseslandet kan ligge bak noen av de vanskene Ivan og andre innvandrere møter i Norge. For oss allmennpraktikere blir imidlertid spørsmålet: Hvilke konsekvenser får slike betraktninger for vår behandling av slike tilfeller?

Ivan fikk kontakt med akutt ambulant team under psykiatrisk avdeling ved lokalsykehuset – derfra daglige møter med to fra teamet. Allmennpraktikeren engasjerte seg i forhold til NAV og økonomien. Misforståelsene ble oppklart. Han ble satt i kontakt med en dyktig psykolog ved DPS, sykmeldt 100 prosent og det ble startet PTSD-rettet terapi. Kona ble involvert. Han fikk forskrevet SSRI og gabapentin, ibuprofen og paracetamol. Etter to år i samtalerapi er han så i fin bedring – etter ytterligere et knapt år, rimelig arbeidsfør. Smertene er mindre, han har bedre innsikt i egen situasjon, har gjenfunnet sin selvrespekt og framstår igjen som «fit for fight», klar for nye arbeidsoppgaver (med litt hjelp i forhold til begrensninger så han ikke overbelaster seg igjen).

Noen ganger skal det en stor krise til før det virkelig skjer endring. Her utløste krisen en betydelig innsats fra hjelpeapparatet, og Ivan fikk hjelp på flere nivå samtidig. Det sosiale og det økonomiske – det vil si misforståelsene, utbetalingene fra NAV og regningene – blir ordnet opp i, takket være allmennpraktikerens engasjement. Ivans kropp får avlastning og restitusjon gjennom sykmelding, godt understøttet av medikamentell behandling. Og han får profesjonell hjelp til å endre sitt tenkesett. Vi vet ikke hva Ivan snakket med psykologen om, men kanskje var det hans oppfatning av livet som en kamp, hvor det handler om å tåle og å holde ut, som etter hvert endret seg i retning av en sterkere opplevelse av å høre til, av å være berettiget?

De siste tre år har Ivan hatt en utrolig personlig utvikling og for tiden er han i 50 prosent jobb som servicemann i sin tidligere bedrift, nå med lettere fysisk arbeid.

Litt om behandling av PTSD

«Det går som oftest bra!» sier vi. Det gjorde det også i denne saken – til slutt. Men, hva om pasienten ikke ville gå til psykolog eller om DPS ikke var innen rekkevidde?

Hva kan allmennpraktikeren da gjøre? Vi vil først fremheve noe av det allmennpraktikeren gjorde i denne saken: Han interesserer seg for hva Ivan tenker om sin egen situasjon. Gjennom sine spørsmål belyser han sammenhenger, han tilbyr forklaringer, uttrykker bekymring og rekvirerer også noen få undersøkelser for å utelukke at organisk sykdom er under utvikling. Videre tilbys behandling, igjen og igjen, selv om pasienten gang på gang avslår eller utsetter. På denne måten utvikles tillit til at legen ønsker å forstå, og at han vil pasienten vel. Han bryr seg og tar de presenterte problemene på alvor. I etterpåklokskap kan en så spørre seg: Burde legen i dette tilfellet ha gjort mer for på et tidligere stadium å diagnostisere PTSD? Vår holdning er at en må være varsom når det gjelder å avdekke og navngi ting som pasienten ikke kan håndtere. Og her, uten at legen presser på, kommer Ivans historie likevel frem, litt etter litt etter hvert som «sikkerhetsnettet» utvikles. Og når krisen inntreffer og selv-mordstankene blir overveldende, så er det allmennpraktikeren han henvender seg til. Han er moden for hjelp, og det settes i gang tiltak på alle nivå – samtidig. Det skaper synergieffekter. Allmennpraktikeren forskriver og samordner, og, når det virkelig gjelder, viker han heller ikke tilbake for å hjelpe til med å rydde opp i praktiske forhold – som for eksempel pasientens økonomiske situasjon.

Allmennpraktikeren blir således viktig som tilrettelegger. En effektiv tilnærming til PTSD krever imidlertid noe mer. Nå må det sies at selv om det tradisjonelt sett ikke har vært allmennpraktikerens oppgave å bedrive psykoterapi, er det i dag flere som interesserer seg for kognitive terapiformer. En metastudie (14) viser at både traumefokusert kognitiv adferdsterapi (15) og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er virkningsfulle i behandlingen av PTSD. Begge terapiformer henvender seg direkte til pasientens plagsomme minner om de traumatiske hendelsene. De undersøker hvilken mening pasienten tillegger hendelsene og hvilke konsekvenser de har for hans hverdag. Men det er grunn til aktsomhet. Erfaringen viser at etter at pasienten har fortalt om

sine traumatiske opplevelser, kan det komme flere dager med tungsinn og depresjon før bedring inntreffer. Det er da viktig at pasienten opplever å ha kontroll over sin egen situasjon og historie, og regelen må derfor være at pasienten selv bestemmer hvorvidt han eller hun er moden for og har anledning til slik behandling. Langt nær alle er i en situasjon hvor de kan tillate seg det, og dette er det viktig for legen å være var for. For øvrig henvises til spesiallitteratur på området (18–20).

En generell tilnærming

Om vi så til slutt skal gi noen generelle råd til leger som står overfor slike sammensatte, uklare problemstillinger, måtte det være at legen viser oppriktig interesse for å forstå hva smerte innebærer for akkurat det mennesket som oppsøker hjelp. Det dreier seg om åpenhet, både i forhold til personen som målbærer smerten, vedkommendes strategi for å takle den og sammenhenger som den lidende opplever som betydningsfulle. Dette vil ofte kreve at legen ser pasienten gjentatte ganger, både for

Ofte er smerte forbundet med fysiske symptomer, men det er ikke alltid man finner en fysisk forklaring.

ILLUSTRASJONSFOTO: L. GRAINDOURZE (SX)





å kunne forstå kompleksiteten i vedkommendes livssituasjon og for å bygge allianse og tillit. Da må legen også tåle at pasienten gjør valg som i et helseperspektiv kan virke lite gunstige. Likevel kan han reflektere rundt det pasienten sier, understreke hva han som lege kan gå god for, undre seg, og dersom han ser at det bærer galt i vei, både uttrykke sin bekymring og forklare hva denne bunner i. I en slik prosess vil det ofte være viktig å bruke tolk, selv om pasienten snakker bra norsk. Det ligger en stor trygghet i det å kunne formidle seg på eget språk. Ordene kommer lettere, og kontakten med

egne følelser er sterkere. Ved det minste tegn til språkvansker vil det derfor være viktig at legen vurderer behovet for tolk – ikke minst for sin egen del (21). I dette tilfellet ville Ivan slett ikke høre snakk om tolk når han var hos allmennlegen. Han ville klare seg selv, noe legen da aksepterte. Og så, til slutt: Når helsa skranter, smertene trykker, og krigsminnene herjer, må en som behandler være var for faren for retraumatisering. Det kan skje så vel i møte med hverdagslivets vidervedigheter som i møte med det norske helsevesenet, slik vi så det i denne saken.

Oppsummering

For en utenforstående kan det virke som om denne pasienten har levd sitt liv etter metaforen «Livet er en kamp» (16). Så lenge vitale organer fungerer, gjelder det å tåle smerten og holde ut i kampens hete. Dette var trolig en nødvendig overlevelsesstrategi for Ivan under borgerkrigen, men «kampen» så ut til å fortsette også her. Spørsmålet som da reises er om drivkraften kan sees som et utslag av kronisk PTSD hos en pasient som flykter fra sin fortid, eller om hans anstrengelser motiveres av livssituasjonen her-og-nå, en situasjon som er preget av usikkerhet på arbeidsmarkedet, og, ikke minst, behovet for å forsørge og beskytte familien – særlig barna. Til tross for at allmennpraktikeren i denne saken etter hvert fikk innsikt i Ivans situasjon, uteble vesentlige endringer inntil det inntraff en krise, hvor livsgrunnlaget forsvant, og med dette det som måtte være igjen av Ivans følelse av tilhørighet og berettigelse.

Når det gjelder behandling av symptomer ved PTSD, er det anbefalt at alle med diagnosen tilbys traumefokusert psykoterapi som førstevalg, da dette har vist seg å gi bedre resultater enn farmakoterapi. For de fleste vil det i slike tilfeller være naturlig og ønskelig å samarbeide med en psykolog. På det generelle plan er det likevel mye en allmennpraktiker kan gjøre som tilrettelegger, for å styrke pasientens opplevelse av høre til og å være berettiget på linje med alle andre. Interesse for pasienten og hans livssituasjon og viljen til å engasjere seg – kanskje til og med strekke seg litt for å nå frem med hjelpen – står da sentralt.



Mange føler seg avkledd og sårbare når de skal sette ord på sin smerte.

ILLUSTRASJONSFOTO: P. KUMBERKA (SXC)

REFERANSER

- Kumar, B.N. og medarbeidere (2008) The Oslo Immigrant Health Profile Oslo: Folkehelseinstituttet
- Blom, S. (2008) Innvandreres helse 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Derrida, J. (1987) The Truth in Painting Chicago: The University of Chicago Press (s. 7).
- Merskey, H. (2005) Terms and Taxonomy: Paper Tools at the Cutting Edge of Study i H. Merskey et al (red.) The Paths of Pain 1975–2005. Seattle: IASP Press (s. 331).
- Aambø, A. (red.) (2007) Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag s. 10.
- Brodal, A. (2007) Smertens nevrobiologi, i A. Aambø Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Rustøen, T. (2007) Sykepleie, smerte og smertelindring, i A. Aambø Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Blom, S. og Henriksen, K. (2008) Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (s. 76–82 og s. 128–136).
- Merskey, H. (2005) Psychiatry and Pain: Causes, effects, and Complications, i H. Merskey (red.) The Paths of Pain 1975–2005. Seattle: IASP Press (s. 421–431).
- Brunet, A. (2007) Don't Throw Out the Baby With the Bathwater (PTSD Is Not Overdiagnosed) The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 52, No. 8, s. 501–2.
- Malt, U. (2009) Posttraumatisk stresslidelse, i Store norske leksikon. 24.1.2014: http://snl.no/posttraumatisk_stresslidelse.
- Kryninska, K. og Lester, D. (2010) Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. Arch Suicide Res. 2010, Vol. 14Nr. 1, s 1–23.
- Blom, S. (2010) Sosiale forskjeller i innvandreres helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (s. 30).
- Bisson, J.I. og medarbeidere (2007) Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry Vol. 190, s. 97–104.
- Johnsen, G.E. (2010) Traumefokusert kognitiv adferdsterapi. Utposten Nr. 3, s. 24–27.
- Lakoff, G. og Johnsen, M. (1980) Metaphors We Live By Chicago: The University of Chicago Press.
- Roth, E.J. og medarb (1990) Traumatic central cord syndrome: clinical features and functional outcomes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 71 (1): 18–23.
- Knauss, C. og Schofield, M.J. (2009) A Resource for Counselors and Psychotherapists working with Clients Suffering from Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne, VIC: PACFA School of Public Health, La Trobe University.
- Dahl, S. og medarb. (2006) Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: NKVTS.
- Helsedirektoratet (2010) Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022 (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Sider/default.aspx>).
- Le, C. (2013) Når er «litt norsk» for lite? Oslo: NAKMI rapport 2/2013.

■ LENESELNES@GMAIL.COM
■ A.AA@NAKMI.NO

Tilbakemelding på kasuistikk om bruk av CRP i sykehjem høst 2013

■ NOKLUS Svein Ivar Fylkesnes | SYKEHJEMSLEGE • Aart Huurnink | SYKEHJEMSLEGE • Geir Thue | FASTLEGE, PROFESSOR • Sverre Sandberg | PROFESSOR, LEDER AV NOKLUS
Kari van der Berg | LABORATORIEKONSULENT • Siri Fauli Munkerud | PROSJEKTLEDER/HELSEØKONOM • Ann Helen Kristoffersen | LABORATORIELEGE/PHD

I november 2013 sendte Noklus ut en pasienthistorie som omhandlet bruk og tolking av CRP på sykehjem, som ledd i jevnlige utsendelser av sykehistorier for å illustrere nytten av laboratorieanalyser i sykehjem (1).

294 leger ved 259 sykehjem (28 prosent av alle sykehjem) svarte på kasuistikken og artikkelen viser svarfordeling.

Pasienthistorie

Nils Berg er 77 år og har fast plass på sykehjem etter et hjerneslag for ett år siden. Han har sekvele i form av talevansker og redusert førlighet. Han kan gå med rullator og svare med korte setninger på spørsmål. Han hadde en pneumoni for flere år siden som ikke krevde sykehusinnleggelse.

En mandag formiddag i oktober er du på sykehjemmet. Nils Berg har de siste to døgn hatt hoste, tett nese, feber og noe redusert allmenntilstand.

Ved klinisk undersøkelse finner du blodtrykk 145/85, puls 70 slag/minutt, respirasjonsfrekvens 18 pr. minutt (normalt 12–20 pr. min. hos frisk voksen i hvile) og temperatur 37,9° rektalt (uten bruk av febernedsettende midler). Ved lungeauskultasjon er det enkelte knatrelyder basalt over begge lunger som også er funnet ved tidligere undersøkelser. Den øvrige kliniske undersøkelse viser normale funn.

Du antar at Nils Berg har en luftveisinfeksjon og ber om CRP-analyse.

A. Hvor viktig er CRP-analysen for vurderingen av indikasjonen for antibiotika i denne situasjonen, vurdert på en skala fra 1–10? (1 = CRP er uten betydning, 10 = CRP er svært viktig). (Figur 1 nederst på sidens viser svarfordelingen).

KOMMENTAR

Diagnostikk av nedre luftveisinfeksjoner er en hyppig problemstilling i sykehjem (2). Den kliniske diagnosen er ofte usikker og flere studier har vist at bruk av CRP gjør det lettere å skille mellom viral luftveisinfeksjon og bakteriell pneumoni (3, 4, 5). Bruk av CRP ved mistenkt nedre luftveisinfeksjon kan redusere unødig bruk av antibiotika (4, 6, 7).

Nils Berg har ingen annen lidelse som kan påvirke CRP-responsen, og CRP-resultatet kan brukes til å støtte den kliniske vurderingen. Det er da viktig at resultatet foreligger innen rimelig tid, noe det gjør ved nesten alle sykehjem. To prosent av sykehjemslegene oppgir en svartid på over åtte timer, og det er u hensiktsmessig i en slik situasjon.

HOVEDBUDSKAP CRP

- CRP kan støtte den kliniske vurderingen av luftveisinfeksjoner ved mistanke om pneumoni og redusere unødig bruk av antibiotika.
- CRP \geq 75 mg/L: høy sannsynlighet for pneumoni
- CRP 20–70 mg/L: legg mer vekt på klinisk vurdering, men sannsynligheten for pneumoni er betydelig ved verdier over 50 mg/L
- CRP < 20 mg/L: lav sannsynlighet for pneumoni med unntak av ved kort sykdomsvarighet da CRP stiger først etter 12–24 timers sykdomsvarighet
- Ved observasjon uten antibiotika: manglende fall i CRP på 4.–7. sykdomsdag indikerer økt sannsynlighet for pneumoni

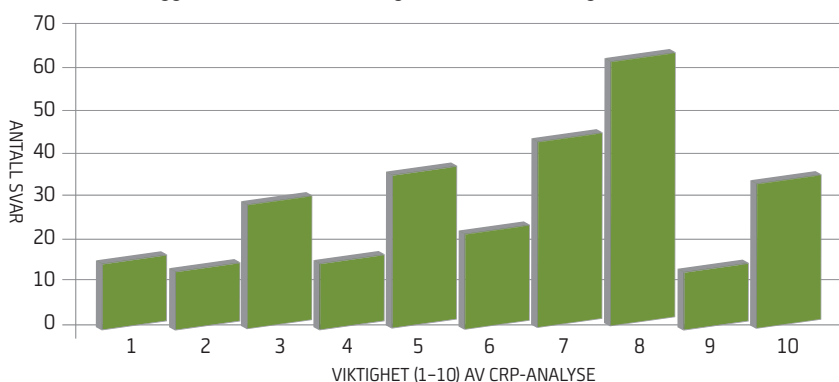
B. Hvor høy må CRP (minst) være for at du vil gi Nils Berg antibiotika i dag? (Figur 2 øverst på motstående side).

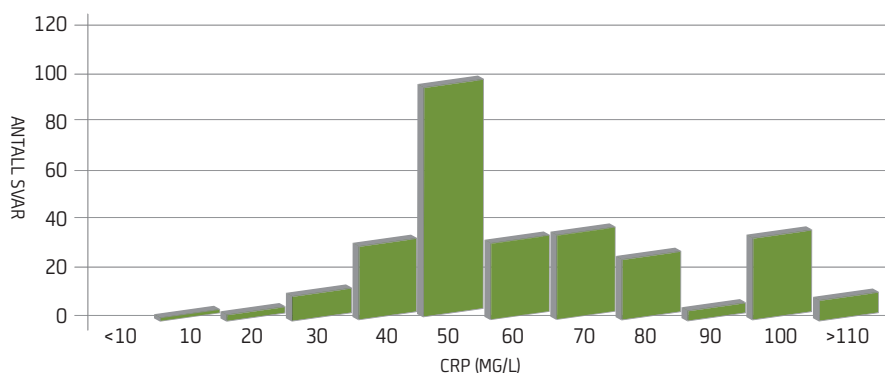
C. Med CRP-verdien du oppga og funn som beskrevet, hvor sikker er du på at han har en pneumoni? Angi svaret i prosent, der 100 prosent innebærer at du er helt sikker. (Figur 3 nest øverst på motstående side).

KOMMENTAR

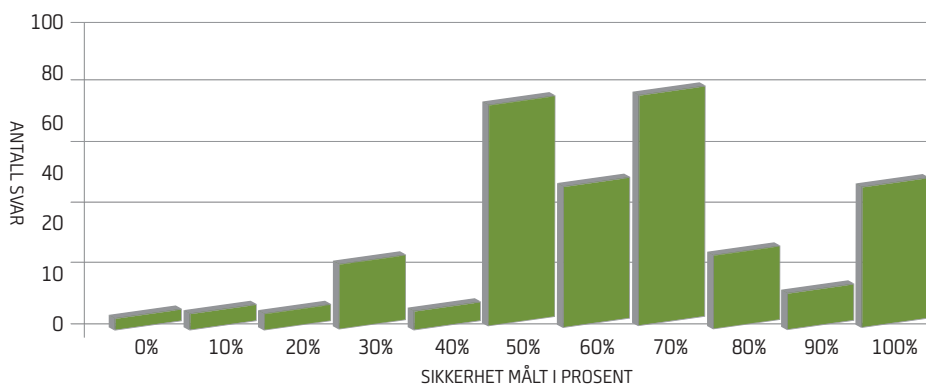
Kliniske studier på pasienter med mistenkt pneumoni viser at ved CRP \geq 75 mg/L kan diagnosen som oftest verifiseres når det utføres tilleggsundersøkelser som røntgenbilde av lunger og/eller mikrobiologiske prøver fra nedre luftveier (8). Ved CRP \leq 20 mg/L har svært få (< 5 prosent) av pasientene pneumoni (3). Viral luftveisinfeksjon gir vanligvis CRP-verdier på 10–60 mg/L med maksimum CRP-verdi på andre til fjerde sykdomsdag (9, 10). Ved et CRP-resultat i området 20–70 mg/L må den kliniske vurderingen vektlegges i større grad, og sannsynligheten for pneumoni øker jo høyere CRP-resultat pasienten har i området 20–70 mg/L. Ved et CRP-resultat på omtrent 50–70 mg/L er sannsynligheten for at

FIGUR 1. Svarfordelingen viser betydelig spredning i vurderingen av hvor viktig CRP-analysen er i sykehistorien om Nils Berg. Gjennomsnitt er 6,2 og medianen er 7 (medianen er det svaralternativ som ligger i midten hvis alle avgitte svar sorteres stigende). KILDE: NOKLUS. GRAF: 07 MEDIA





FIGUR 2. Beslutningsgrensen mht. å gi antibiotika varierer, gjennomsnittsverdien er en CRP på 64 mg/L og medianen er 55 mg/L. Søyle 10 omfatter CRP 10–19 mg/L, tilsvarende for øvrige søyler.

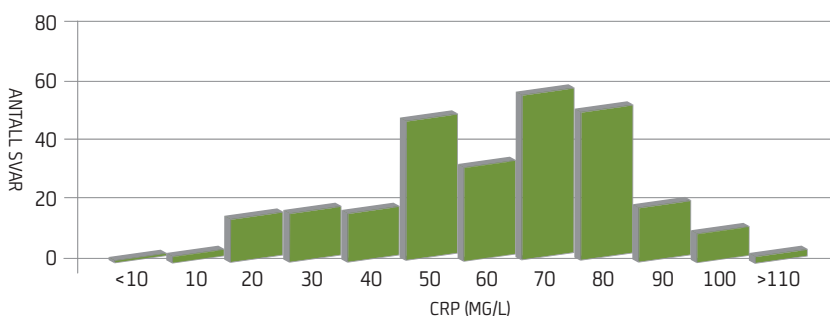


FIGUR 3. Viser hvor sikre sykehjemsleger er (i prosent) på at Nils Berg har pneumoni når antibiotika velges med bakgrunn i klinikk og CRP-resultat. De fleste (72 prosent) oppgir at de behandler med antibiotika når de er minst 50-70 prosent sikre på diagnosen pneumoni. Medianen er 60 prosent.

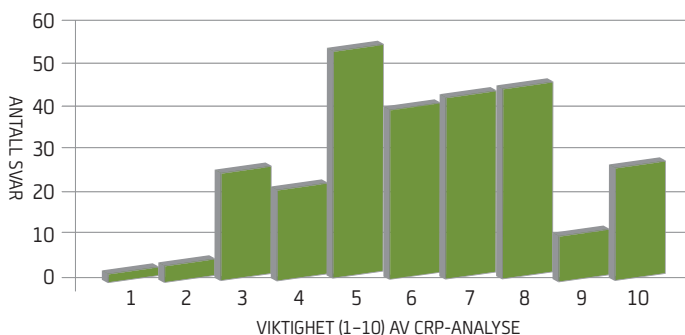
det foreligger bakteriell pneumoni så stor at mange velger å gi behandling med antibiotika.

I klinisk praksis vil beslutningsgrensen påvirkes av sykdomsforløp, pasientens tilstand og konsekvenser av forsinket behandling eller feildiagnostikk. Kliniske forhold som rask forverring av tilstanden, redusert infeksjonsforsvar og svekket hjerte-/lungefunksjon bør medføre lavere beslutningsgrense. Det må også vektlegges at det tar 12–24 timer før CRP stiger ved akutt sykdom.

Hvis klinisk vurdering og CRP-analyse ikke kan avklare pasientens diagnose, kan nøye klinisk oppfølging og CRP-kontroll neste dag eller daglig i to til tre dager være en god løsning (11). Viktige momenter er måling av blodtrykk, puls, temperatur samt urinproduksjon (målt eller estimert ved å observere hyppighet av toalettbesøk eller tilstedeværelse av urin i bleie). Ved moderat CRP-stigning kan manglende fall i CRP på fjerde til sjuende sykdomsdag indikere økt sannsynlighet for pneumoni (9).



FIGUR 4. De fleste sykehjemsleger (70 prosent) antar at det ikke er tilstrekkelig effekt av antibiotika dersom CRP ikke er falt fra 100 mg/L til 80-40 mg/L etter tre dager. Gjennomsnittsverdi basert på alle svar er 64 mg/L og medianen er 70 mg/L. Søyle 10 omfatter CRP 10–19 mg/L, tilsvarende for andre søyler.



FIGUR 5. Svarfordelingen viser stor spredning, men 81 prosent angir skalaverdi 5–10, dvs. at CRP resultatet ansees viktig. Gjennomsnitt er 6,2 og medianen er 6.

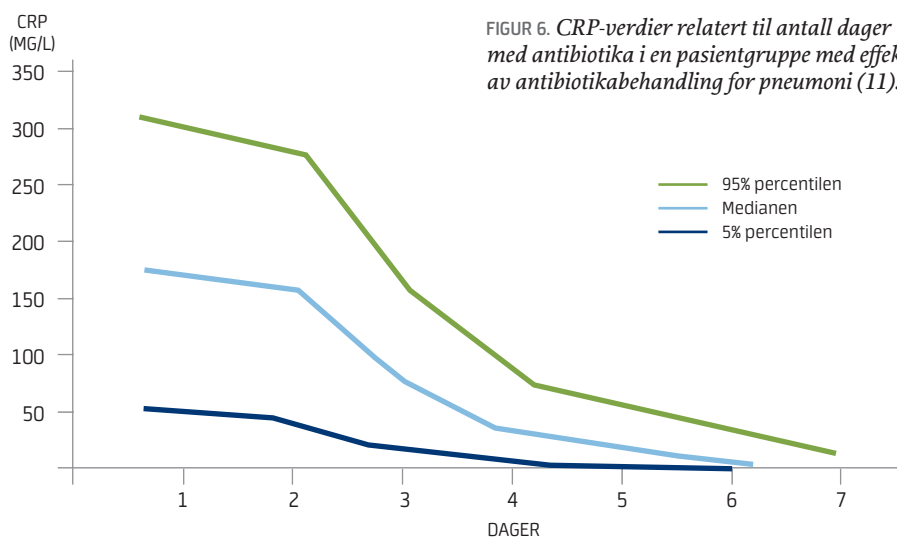
Fortsettelse av pasienthistorie

CRP var 100 mg/L denne mandagen og Nils Berg får antibiotika.

Tre dager senere er du tilbake på sykehjemmet. Tilstanden til Nils Berg er omtrent uendret, i alle fall ikke verre og morgentemperaturen er 37,8 °C rektalt. Du ønsker en ny CRP for å vurdere effekten av antibiotika.

D. Hva må CRP nå minst være for at du vil anta at Nils Berg har effekt av antibiotika etter tre dager (utgangsverdi for CRP var 100 mg/L)? (Figur 4 over).

E. Hvor viktig er CRP-resultatet for vurdering av effekt av antibiotika hos Nils Berg etter tre dagers behandling, vurdert på en skala fra 1-10? (1 = CRP er uten betydning, 10 = CRP er svært viktig). (Figur 5 over).



FIGUR 6. CRP-verdier relatert til antall dager med antibiotika i en pasientgruppe med effekt av antibiotikabehandling for pneumoni (11).

KOMMENTAR

Etter to dager med effektiv antibiotikaterapi sees ofte fall i CRP, og etter tre døgn med antibiotikaterapi bør et fall i CRP forventes. Kliniske studier viser at hos nesten alle pasienter med effekt av antibiotika halveres CRP-verdien innen tre til fire dager, hos noen allerede etter ett til to døgn, jf. figur 6 (11). Det er funnet assosiasjon mellom stabil eller stigende CRP etter tre til fire dager etter oppstart av antibiotika og dårlig prognose (7). Ved kontroll av CRP etter bare ett døgn med antibiotikaterapi kan der erfaringsmessig iblant forekomme en viss CRP-stigning til tross for effekt av antibiotika.

Pasientens kliniske forløp avgjør hvor sterkt CRP-analysen skal vektlegges. Ved klinisk terapivikt med klar forverring i tilstanden vektlegges CRP-resultatet i liten grad, og eventuelt må diagnosen revurderes. Ved tvil, slik som hos Nils Berg, legges det mer vekt på CRP, og det vil være rimelig

å forvente fall til minst 75 mg/L. Ved klinisk god effekt av behandling med antibiotika er CRP ofte unødvendig.

CRP-responsen varierer betydelig mellom individer og avhenger av diagnose og grad av sykdom. Denne store biologisk betingede variasjonen er den dominerende usikkerhetsfaktoren for CRP-analysen. Analyseusikkerheten med dagens metoder er av mindre betydning. Likevel kan det av og til opptre forskjeller mellom resultater fra sykehjem og sykehuslaboratorier som kan være viktige, særlig ved verdier omkring en beslutningsgrense, for eksempel for å gi antibiotika eller ikke.

REFERANSER

1. Little P et. al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory tract infections: a multinational cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet*; 2013; 382: 1175–82.
2. Folkehelseinstituttet. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i helseinstitusjoner for

eldre – våren 2013. <http://www.fhi.no/dokumenter/fe4387abbd.pdf>.

3. Hopstaken RM et. al. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *Br J Gen Pract*. 2003; 53 (490): 358–364.
4. Cals WL et. al. Point-of-care C-reactive protein testing and antibiotic prescribing for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, 2010; 8; 124.
5. Merr V et. al. Diagnostic value of C-reactive protein in infections of lower respiratory tract: systematic review. *BMJ*. 2005; 331 (7507): 26–29.
6. Engel MF et. al. Evaluating the evidence for the implementation of C-reactive protein measurement in adult patients with suspected lower respiratory tract infection in primary care: a systematic review. *Family Practice* 2012; 29: 383–393.
7. Fagan MS. Kan bruk av antibiotika ved akutt bronkitt reduseres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 455–8.
8. Hansson L-O, Lindquist L. C-reactive protein: Its role in the diagnosis and follow-up of infectious diseases. *Current Opinion in Infectious Diseases* 1997; 10: 196–201.
9. Melbye H et. al. The course of C-reactive protein response in untreated upper respiratory tract infection. *British Journal of General Practice*, 2004; 54: 653–58.
10. Aufweber E et. al. C-reactive protein sufficient as screening test in bacterial vs. viral infections. *Journal of Infection*, Volume 23, Issue 2, September 1991, Pages 216–220.
11. Hansson L-O et. al. Sequential changes of inflammatory and nutritional markers in patients with community-acquired pneumonia. *Scand J Clin Lab Invest* 1997; 57: 111–118.
12. Antibiotikabehandling i sykehjem. Retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. http://www.helsebiblioteket.no/microsite/antibiotika_retningslinjer/8-antibiotikabeh.i-sykehjem.
13. Ørtquist Å et. al. Diagnostic and prognostic value of interleukin-6 and C-reactive protein in community-acquired pneumonia. *Scand J Infect Dis* 1995; 27: 457–462.
14. Tobiassen T et. al. Bruk av antibiotika i norske sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforening* nr. 24, 2002; 122, 2376–2378.

■ SIRI.FAULI@NOKLUS.NO

Kva bidreg til at fastlegar blir i distrikt?

■ VALBORG E. G. MARDAL • Legestudent ved Universitetet i Bergen

■ PER STENSLAND • Fylkeslege i Sogn og Fjordane og professor ved Universitetet i Bergen

Bakgrunn

Det er ei utfordring å rekruttere og stabilisere legar i distrikt. Ved inngangen av 2000-talet stod 20 prosent av legestillingane utanfor sjukehus ledige i Sogn og Fjordane (1). I 2011 var det totale omfanget av ustabilitet (vakans og vikar) 17 prosent, noko som representerte eit problem i fleire kommunar.

Nord-Noreg har lenge hatt dei same rekrutteringsproblema. I 1997 stod 28 prosent av legestillingane i primærhelsetena ledige (2).

Abelsen og Bæck (3) har vist at befolkninga si tilfredse med fastlegeordninga avheng av graden av stillingsstabilitet i kommunen. Ustabilitet går også ut over kommuneadministrasjon og fastlegar i kommunen, som stadig må forholde seg til nye samarbeidspartnarar.

Vi ønskte å undersøkje korleis nokre distriktkommunar slit med å få rekrutterte legar til å bli, medan andre har mindre problem. Vi ville også undersøkje kva for faktorar som særmerkjer dei to kommune-gruppene.

Metode og materiale

Med utgangspunkt i Helsedirektoratet sine Styringsdata for fastlegeordninga, vart kommunane i Sogn og Fjordane klassifisert som å ha stabil eller ustabil legeteneste etter ein etablert metode (3). Dei tre mest stabile og dei tre mest ustabile kommunane vart valde ut som kandidatar til å delta i undersøkinga. Undersøkinga vart gjort ved hjelp av spørreskjema. Dette vart sendt ut til alle fastlegane i dei seks deltakande kommunane og til kommunane.

Totalt vart 29 fastlegar (25 prosent av fastlegane i fylket) inviterte til å delta i undersøkinga. Vi mottok svar frå 83 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane og frå 77 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane. Svarprosenten frå kommuneadministrasjonen var 100 prosent.

Resultat

Legane

Kjønnsfordelinga av legane var lik i dei stabile og ustabile kommunane med om lag 60 prosent menn. Legane i stabile kommu-

nar var i gjennomsnitt 10 år eldre enn dei ustabile (47 vs 37 år) og var i større grad gifte/sambuarar (90 vs 77 prosent).

LEGANE SIN BAKGRUNN: Ein større andel av legane i dei stabile kommunane var oppvaksne i Sogn og Fjordane (50 prosent vs 31 prosent) og 80 prosent av dei var oppvaksne i kommunar med færre enn 10 000 innbyggjarar. Tilsvarande tal for legane i dei ustabile kommunane var 54 prosent. Langt fleire av legane i dei stabile kommunane hadde utført turnusteneste i Sogn og Fjordane (90 prosent vs 39 prosent).

UTDANNING OG STILLING: Dei stabile kommunane hadde fleire spesialistar i allmennmedisin enn dei ustabile kommunane (40 prosent vs 15 prosent). 90 prosent av legane i stabile kommunar var tilsette i fast stilling. Tilsvarande andel i dei ustabile kommunane var 69 prosent. Dei resterande legane var tilsette i vikariat. I gjennomsnitt hadde legevikarane vore tilsette i 0,2 år i dei stabile kommunane og i 0,8 år i dei ustabile. Tilsvarande tal for dei fast tilsette var 15,1 år i dei stabile og 6,5 år i dei ustabile kommunane.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

FAMILIE OG TILKNYTING: I dei stabile kommunane oppgav 80 prosent av fastlegane at familie i nærleiken og 40 prosent at tilknytning til kommunen/fylket var viktig for at dei skulle bli verande. Høvesvis 53 prosent og 8 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane svarte det same.

SLUTTEPLANAR: I dei stabile kommunane svarte 50 prosent at dei ikkje hadde planar om å slutte i stillinga. Tilsvarende andel var 54 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane.

LEGEVAKT: Vidare meinte fastlegane i dei stabile kommunane at legevaksordninga hadde høgare betydning for trivsel enn fastlegane i dei ustabile kommunane (60 prosent vs 46 prosent).

KOMMUNESAMARBEID: 80 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane var heilt einig eller einig i at legane hadde eit godt samarbeid med kommunen om løysing av medisinske oppgåver. I dei ustabile kommunane var 31 prosent av legane einige i påstanden.

60 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane sa seg einig i påstanden om at legane hadde eit godt samarbeid med kommunen om legane sine arbeidsvilkår. I dei ustabile kommunane svarte 23 prosent av fastlegane at dei var einige.

Kommunane

I to av dei tre stabile kommunane i undersøkinga var vaktbelastninga meir enn 10-delt. I den tredje kommunen var den 3-4-delt. I alle dei ustabile kommunane var vaktbelastninga meir enn 10-delt.

Det var ikkje skilnad på praksisstorleik i stabile og ustabile kommunar. Dei ustabile kommunane hadde brukt til saman 27 vikarar dei siste to åra.

På spørsmål om kva grad kommunen syntest det var krevjande å sikre stabilitet i fastlegestillingane svarte ein av dei ustabile kommunane at det var ganske krevjande, medan dei andre to kommunane svarte at det var svært krevjande.

TILTAK FOR Å REKRUTTERE OG STABILISERE LEGAR: Dei stabile kommunane hadde sett i verk få eller ingen tiltak for å rekruttere legar eller halde på dei tilsette legane. Dei la ikkje til rette for legane si faglege oppdatering, med unntak av éin kommune. Alle dei stabile kommunane la likevel til rette for at legane kunne spesialisere seg i allmenntmedisin eller samfunnsmedisin.

Dei ustabile kommunane hadde heller ikkje sett aktivt i verk tiltak for å rekruttere eller stabilisere legar, med unntak av éin kommune, som hadde sett i verk fleire tiltak. Denne kommunen la også til rette for legane si faglege oppdatering samt for spesialisering.

LEGESAMARBEID: Både dei stabile og dei ustabile kommunane hadde rutinar for samarbeid med legane om medisinske oppgåver og om arbeidstilhøva til fastlegane.

Alle dei stabile kommunane svarte seg heilt einig eller einig i påstandane om at kommunen hadde eit godt samarbeid med legane om løysing av medisinske oppgåver og om legane sine arbeidsvilkår. To av dei ustabile kommunane svarte positivt på påstandane.

Diskusjon

Fastlegane sin bakgrunn og utdanning

Legane i dei stabile kommunane er eldre og betre utdanna, og dei er i større grad oppvaksne i perifere strøk. Undersøkinga indikerer at rekrutterte legar sin oppvekstbakgrunn er av betydning for legestabiliteten i kommunen. Legane i dei stabile kommunane graderer faktorane «familie bur i nærleiken» og «tilknytning til fylket» høgare enn legane i dei ustabile kommunane. Dette stemmer overeins med Helberg (4) og Wilson (5) som begge fann at tilhøyre til distrikt kan vere ein bidragande faktor for stabilitet av legar. I 2003 kartla Helberg karriereplanane til medisinstudentar i Tromsø (4) og fann stort samsvar mellom kvar studentane kom frå, kvar dei ynskte å jobbe og kvar dei tok seg jobb etter end utdanning. Etter end utdanning var 75 prosent av dei nyutdanna legane som kom frå Nord-Noreg tilsette i same region.

Ein omfattande litteraturstudie av 110 rekrutteringsstudiar gjort av Wilson og medarbeidarar (5) konkluderte at dei viktigaste tiltaka for rekruttering og stabilisering av helsepersonell til utkantstrøk var å utdanne ungdom som kom frå landsdelen, og å utdanne dei utafor sjukehus. Kanadiske forskarar (6) har følgd allmennlegegrupper som har hatt store delar av turnus- og vidareutdanninga i distrikt og samanlikna med dei som ikkje hadde hatt det. To år etter studiet var sannsyn for å ta jobb i distrikt 15 gongar større for dei med desentralisert utdanning.

Undersøkinga stadfestar at ein høgare andel av legane i dei stabile kommunane har hatt turnusteneste i fylket. Ei spørjeundersøking blant kommunelegane i Sogn og Fjordane i 2004 viste at over 60 prosent av dei som fortsatt var tilsett, hadde vore i fylket som turnuskandidatar eller assistentlegar (7).

Fastlegane sine arbeidstilhøve

Det er ikkje overraskande at ein større andel av fastlegane i stabile kommunar er tilsette i fast stilling, samt at dei har vore til-

sette lenger. Men vi finn også at nokre ustabile kommunar har ein kjerne av stabile legar, medan det er ein andel av legane som hyppig vert skifta ut.

I dei ustabile kommunane har vikarane vore tilsett fire gongar lenger enn i dei stabile kommunane. Dette indikerer at dei to kommunegruppene brukar vikarar på ulike måtar.

Undersøkinga viser at ein høg andel av legane i dei ustabile kommunane ikkje har planar om å slutte i stillinga. Dette kan indikere at kommunane er i ferd med å bli stabile, men det kan også indikere at legar som kjem til kommunen har tankar om å bli verande, men forlét stillinga tidlegare enn planlagt.

Denne undersøkinga indikerer at interkommunalt legevaksamarbeid ikkje er så avgjerande for stabilitet som ein har antatt. Sjølv om vaktordninga ikkje er belastande i dei ustabile kommunane, har dei likevel ustabile legar. Vi finn også at legane i desse kommunane graderer faktoren «legevaksordning» som lågare av betydning for å bli verande enn legane i dei stabile kommunane. Det styrkjer indikasjonen om at vaktbelastninga ikkje er avgjerande for stabiliteten.

Straume og Shaw viste at kommunale tiltak for rekruttering og stabilisering hadde effekt (8). Frå 1999 til 2004 fall andelen av ledige legestillingar i primærhelsetenesta i Finnmark frå 16 prosent til 8 prosent. Eit av tiltaka var at turnuslegane i Finnmark fekk tilbod om rettleiingsgrupper der dei kunne diskutere utfordringar og potensielle løysingar. Vidare fekk legane som vart tilsette i fylket etter end turnus høve til å spesialisere seg innan allmenntmedisin og samfunnsmedisin utan å måtte forlate fylket.

Fastlegane og kommunen

Undersøkinga viser at både dei stabile og dei ustabile kommunane har eit samarbeid med fastlegane. Likevel er fastlegane i dei stabile kommunane i større grad nøgde medan legane i dei ustabile kommunane i større grad er misnøgde med samarbeidet. Vi finn det interessant at dei ustabile kommunane sjølve meiner at dei har eit godt samarbeid med fastlegane.

Også Abelsen og Bæck fann skilnad i korleis legar i stabile og ustabile kommunar vurderte samarbeidsklimaet mellom legetenesta og kommuneleiinga (3). Medan to av tre fastlegar i dei ustabile kommunane var misfornøgd eller svært misfornøgd med samarbeidsklimaet, var tilsvarende andel i dei stabile kommunane ein av fire. Vidare fann dei at samarbeidsklimaet var eit viktig forhold for fastlegar som hadde konkrete planar om å slutte i stillinga.

Kommunane

I begge kommunegruppene fins det geografisk små og store kommunar, kommunar med perifer og sentral lokalisering i fylket, samt kommunar med lave og relativt høge innbyggjartal. Dette indikerer at størelsen på kommunen og talet på fastlegeheimlar ikkje er avgjerande for stabilitet i legestillingane. Det tydar også på at avstanden til spesialisthelsetenesta ikkje er avgjerande for legestabiliteten.

Ein av dei ustabile kommunane har sett i verk ei rekkje tiltak for å rekruttere og stabilisere legane. Kommunen har gode samarbeidsvaner med legane. Den legg godt til rette for deira faglege oppdatering, samt for at legane skal kunne spesialisere seg. Likevel er dette ein kommune som har store problem med å stabilisere legane.

Konklusjon

- Aldrande legar i dei stabile kommunane kan føre til at kommunen om nokre år blir ustabil. Når fleire av legane blir over 55 år og får vaktfritak, vil det føre til større belastning på dei yngre legane. Det kan bidra til ustabilitet.
- Ut i frå våre funn bør ustabile kommunar sjå til at lokale ungdomar blir legar, samt rekruttere legar med lokal tilknytning.

- Vi finn indikasjon på at legane i dei ustabile kommunane forlèt stillinga tidlegare en planlagt. Dette kan bety at det er faktorar i kommunen som bidreg til ustabilitet blant legane.
- Turnustenesta er fylket si viktigaste rekrutteringskjelde til legar. Undersøkinga indikerer at den også verkar stabiliserande på legane.
- Det er færre spesialistar i allmenntidisin i dei ustabile kommunane. Dette kan dei utnytte som eit tiltak for stabilisering. Dersom kommunane legg godt til rette for å kunne utføre spesialistutdanning i kommunen/fylket, vil det kunne bidra til at legane blir verande lenger.
- Vi finn indikasjon på at godt samarbeid mellom kommune og fastlegar verkar stabiliserande. Men vi finn også at kommunar oppfattar at samarbeidet er godt når legane oppfattar det som dårleg. Vi vil tilrå kommunane å skaffe seg meir kunnskap om kva for samarbeid legane ynskjer å ha med kommunen, samt å møte desse ynskja så godt det let seg gjere.

Takk til Nasjonalt senter for distriktsmedisin for økonomisk støtte gjennom Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning.

REFERANSER

1. Stensland P, Andersen J. Rekruttering og stabilisering av legar utafor sjukehus 2000–2013. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane. Helse-, omsorgs- og barnevernmelding, 2013.
2. Andersen F, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97. [Primary care physicians in Northern Norway 1995–97]. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296–8.
3. Abelsen B, Bæck UDK. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Rapport nr. 6/2005. Alta: Norut Alta, 2005.
4. Helberg NG, Hasvold T. Karriereønsker blant studenter i Tromsø. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2126–8.
5. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural and Remote Health 9 (online), 2009: 1060
6. Jamieson JL, Kernahan J, Calam B, Sivertz (the late) KS. One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location? Rural and Remote Health 13: 2496. (Online) 2013.
7. Larsen, R. A. Rapport fra undersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, 2004.
8. Straume K. & Shaw DMP. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. Bull World Health Organ 88: 390 (2010).

■ VALBORG.E.G.MARDAL@GMAIL.COM

Rekruttere og beholde

■ BIRGIT ABELSEN

Konst. forskningsleder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet

Hvilke smarte grep og lure løsninger kan bidra til å rekruttere og stabilisere høyt kvalifiserte helsearbeidere til områder utenfor de store byene? Problemstillingen er kompleks og langt fra ny. Den er heller ikke særnorsk. Den har krevd, og krever fortsatt, kontinuerlig oppmerksomhet.

Etableringen av legestudiet i Tromsø og sykepleierutdanningen i Hammerfest, desentralisering av de samme studiene, desentralisert turnusordning og spesialistutdanning, samt særegne permisjonsrettigheter blant leger i Finnmark er alle eksempler på vellykkede rekrutterings- og stabiliserings tiltak. Men stadig sitter lokale sykehusedere, kommune- og fylkesleger med jevne mellomrom og klør seg i hodet; kunne vi gjort mer, noe annet, noe billigere, noe med større eller mer sikker effekt?

De siste årene har Finnmarkssykehuset (tidligere Helse Finnmark) deltatt som norsk partner i EU-prosjektet *Recruitment and Retention of Health Care Providers and Public Service Sector Workers in Remote Rural Areas (Recruit & Retain)*¹. Hovedmålet med prosjektet er å utvikle effektive strategier og tiltak som kan bidra til at flere høyt kvalifiserte helsearbeidere rekrutteres til distriktsområder og blir værende der over tid. Som del av prosjektet, er det gjennomført en identisk spørreundersøkelse blant helsepersonell i alle de sju partnerlandene for å samle innsikter som kan bidra til å oppfylle prosjektets mål. Denne framstillingen er konsentrert om noen viktige funn fra det norske datamaterialet.

1 Recruit & Retain er et treårig prosjekt som er initiert, og ledet, av NHS Western Isles i Skottland. Prosjektets varighet er 1. juni 2011 til 30. juni 2014. I tillegg til Finnmarkssykehuset, deltar seks øvrige partnere fra Island, Sverige, Irland, Grønland, Skottland (Highland) og Canada. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har vært involvert i prosjektet som samarbeidspartner for Finnmarkssykehuset og en representant fra NSDM er med i den norske arbeidsgruppen.

De spurte: leger, sykepleiere og jordmødre i Finnmark og Tromsø

Den norske delen av undersøkelsen er gjennomført blant leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i Finnmark eller i Tromsø høsten 2012. Stedene er valgt for å kunne sammenlikne svar fra helsearbeidere som har et urbant kontra et ruralt arbeidssted. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av et elektronisk spørreskjema som ble sendt til alle leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primær- eller spesialisthelsetjenesten i Finnmark. Spørreskjemaet ble i tillegg sendt til alle leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten i Tromsø, til alle sykepleiere og jordmødre som jobbet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og alle leger ved seks utvalgte klinikker ved UNN. Analysen omfatter svar fra 832 helsearbeidere².

De som deltok i undersøkelsen kan kort beskrives slik: Drøyt tre av fire var sykepleier eller jordmor³, resten var leger. Majoriteten var kvinner (80 prosent). Gjennomsnittsalderen var 43,5 år. Vel halvparten (51 prosent) hadde jobbet i helsetjenesten i mer enn 15 år. Flertallet (73 prosent) levde i parforhold, og majoriteten (68 prosent) hadde barn. En overvekt hadde rural bakgrunn (59 prosent), mens et mindretall (28 prosent) oppga at de har tatt deler av sin helsefaglige utdanning i et ruralt område. Flertallet bodde (62 prosent) og arbeidet (66 prosent) i et urbant område. Nær sju av ti jobbet i spesialisthelsetjenesten. De øvrige i primærhelsetjenesten. Den store majoriteten jobbet heltid (84 prosent) og var i fast jobb (86 prosent).

Ruralt og urbant

Begrepene *ruralt* og *urbant* står sentralt i undersøkelsen. I Norge bruker man gjerne begrepet distrikt når man snakker om et område med hovedsakelig lav og gjerne

2 Mer informasjon og detaljer om datainnsamlingen og analysene finnes i (1).

3 Det er mange sykepleiere og få jordmødre derfor er de i analysen slått sammen til en gruppe.

spredt bosetting hvor det er lang avstand sykehus. Begrepet *distrikt* er et kjent og relativt veldefinert begrep i norsk sammenheng, men man vet fra tidligere undersøkelser at det varierer fra land til land hva folk oppfatter som et *ruralt* område. I denne undersøkelsen har vi spurt hva folk oppfatter som ruralt og urbant. Våre funn tyder på at den mentale grensen mellom hva som anses som urbant og ruralt blant de norske respondentene grovt sett ligger rundt 10 000 innbyggere⁴. Dette skillet er vesentlig for å forstå svar på enkelte spørsmål i undersøkelsen hvor dikotomien *urbant/ruralt* er brukt som mulige svarkategorier. De som er med i undersøkelsen har selv kategorisert sin bakgrunn og sitt arbeidssted som enten ruralt eller urbant. Siden begrepet ruralt og ikke distrikt er brukt i undersøkelsen, er det dette begrepet som brukes videre i teksten.

Kjennetegn ved helsearbeidere i rurale områder

Vel en av tre av dem som deltok i undersøkelsen jobbet i et ruralt område. Nærmere analyse av datamaterialet viser at den faktoren som har størst betydning for om en helsearbeider jobber ruralt, er om deler av utdanningen er tatt i et ruralt område. Det var vel tre ganger større sjanse for at en som har tatt deler av sin utdanning ruralt også jobbet ruralt, sammenliknet med en som ikke har noe ruralt element i utdanningen. Dette understreker betydningen av å desentralisere studier helt eller delvis, og dessuten sørge for å legge praksis- og turnusplasser til distrikt slik at studenter som i utgangspunktet ikke har rural erfaring, kan tilegne seg det.

Sannsynligheten for å jobbe ruralt var dobbelt så høy blant de som selv har en rural bakgrunn, sammenliknet med de som ikke har det. Dette er et funn vi kjenner igjen fra andre undersøkelser, både nasjonalt og internasjonalt, gjerne omtalt som

4 Blant de kanadiske respondentene gikk denne grensen ved 25 000 innbyggere, mens den blant de svenske, islandske og grønlandske gikk ved 5000 innbyggere.



Den norske delen av undersøkelsen er gjennomført blant leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i Finnmark eller i Tromsø høsten 2012.

lakseeffekten, som i stor grad har vært hovedbegrunnelsen for å bygge opp desentralisert utdanningskapasitet og innføre geografiske kvoteordninger innenfor ulike helsefaglige utdanninger.

Våre analyser viste videre at dersom en person jobber deltid, var det mindre sannsynlig at vedkommende jobbet i et ruralt område. Dette kan forklares med en særegen heltidskultur som synes å ha fått godt feste i Finnmark. Moland og Bråthen (2) har gjennomført en studie i en rekke Finnmarkskommuner som viser utprøving av mange alternative arbeidstidsordninger,

og at særlig sykepleiere har etterspurt og fått hele stillinger. Andelen med heltidsstillinger i disse kommunene er omtrent dobbelt så høy som i mediankommunen på landsbasis.

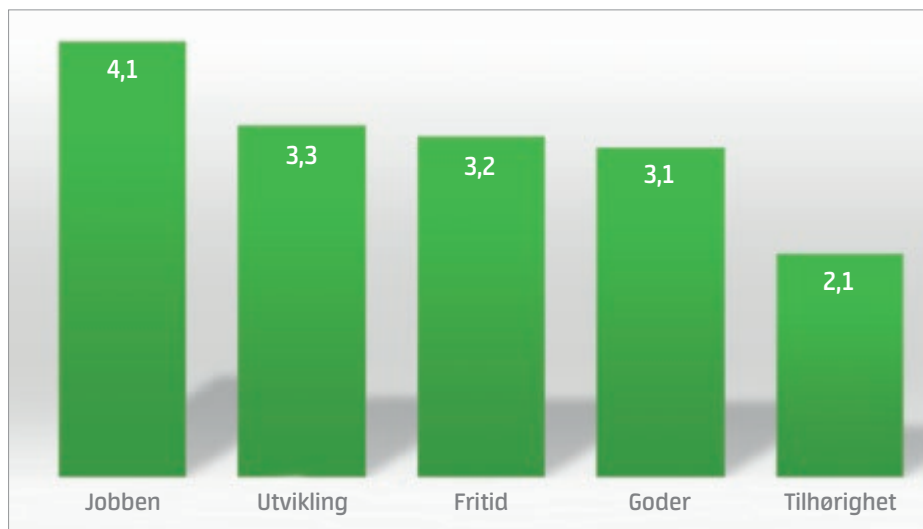
Viktige aspekter for å starte i nåværende jobb

De som deltok i undersøkelsen ble bedt om å vurdere 14 ulike aspekter ved nåværende jobb med formål om å finne ut hva de la vekt på da jobben ble valgt. Disse aspektene ble ved hjelp av faktoranalyse redusert

til fem underliggende dimensjoner (SE FIGUR 1). Den dimensjonen som deltagerne vurderte som viktigst, var «Jobben», en dimensjon som tar opp i seg grunnleggende aspekter ved selve jobbinnholdet, om hvorvidt jobben passer til utdanningen, oppleves som trygg og at arbeidsforholdene er tilfredsstillende. Den nest viktigste dimensjonen var «Utvikling», som tar opp i seg mulighetene for å utvikle seg i jobben, mulighet for videreutdanning, gjøre karriere og motta veiledning. Den tredje viktigste dimensjonen var «Fritid», som dekker viktigheten av fritids- og sosiale aktiviteter. Derneft fulgte dimensjonen «Goder» som dekker direkte goder som lønn og fleksibilitet i arbeidstid og indirekte goder som arbeidsgivers omdømme. Nederst på denne lista finner vi dimensjonen «Tilhørighet», som dekker tilhørighet skapt gjennom egen eller ektefelle/samboers oppvekst, samt tilhørighet etablert gjennom egen erfaring med turnus/hospitering på stedet.

Eldre la signifikant større vekt på *Jobben*, *Utvikling* og *Goder* enn de yngre. De som hadde sitt arbeidssted i et ruralt område la signifikant større vekt på *Tilhørighet* sammenliknet med de som hadde et urbant arbeidssted. De la også mindre vekt på utviklingsmuligheter. Selv om helsearbeiderne i rurale og urbane områder vektla dimensjonene noe ulikt, gjorde de i hovedsak de samme vurderingene. En god og trygg jobb med utviklingsmuligheter var viktigst for begge grupper.

FIGUR 1. Viktigheten av fem ulike dimensjoner ved start i nåværende jobb. Dimensjonene er konstruert på basis av 14 ulike påstander vurdert langs svarskalaen fra Helt uenig = 1 til Helt enig = 5.





Isolasjon

De som deltok i undersøkelsen vurderte også fire påstander om opplevd isolasjon. Svarene er oppsummert i tabell 1. Disse tyder på at isolasjon generelt ikke var noe stort problem – hverken faglig, sosialt, kulturelt eller geografisk. Men her er det selv sagt nyanser og variasjoner mellom respondentene. Sett under ett, er det geografisk og faglig isolasjon som i størst grad oppleves. Men de fire typene isolasjon opptrer gjerne samtidig, noe som gjør det nærliggende å tro at dette også har med personlighet å gjøre.

Isolasjon var i stor grad assosiert med det rurale. De som jobbet i et ruralt område hadde økt sannsynlighet for å oppleve faglig isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon var høyere blant leger, blant de som arbeidet i et ruralt område og de som jobbet deltid. Økende alder hadde en beskyttende effekt. Sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon økte med et ruralt arbeidssted og dersom man var i en midlertidig stilling. Om man selv hadde rural bakgrunn, reduserte sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon. Sann-

synligheten for å oppleve geografisk isolasjon var klart forhøyet dersom man jobbet ruralt og dersom man var i en midlertidig stilling. Økende alder hadde også her en beskyttende effekt.

Hvorfor helsepersonell forlater stillinger i rurale områder

Blant de som deltok i undersøkelsen, var det 34 (4 prosent) som bekreftet at de i løpet av det siste året hadde forlatt en stilling i et ruralt område. Siden dette gjelder et forholdsvis lite antall personer, bør man være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Men det går likevel an å si noe om hvem de er og hvorfor de har sluttet. Sammenliknet med hele datamaterialet, var det relativt sett en høyere andel leger, en høyere andel menn, flere i den yngste og eldste aldersgruppen og en høyere andel uten rural bakgrunn. Det var imidlertid ikke slik at alle byttet ut en rural jobbtilværelse med en urban. Nær halvparten jobbet fortsatt i et ruralt strøk på undersøkelsestidspunktet og de aller fleste var også bostatt i et ruralt område.

De som hadde sluttet, ble spurt om hvor viktig ulike mulige årsaker var til at de hadde sluttet (SE TABELL 2). Til disse mulige årsakene er det å bemerke at alle er knyttet til den jobben respondenten har forlatt eller forhold utenom jobben. Ingen av dem handler om den jobben de gikk til.

Jobbrelaterte årsaker synes å være de viktigste slutteårsakene, mens forhold utenom jobben hadde mindre betydning. Det er imidlertid stor variasjon i svarene og tendens til polariserte svar – det vil si en opphopning i begge ender av svarskalaen. Basert på disse tendensene, er det gjennomført en clusteranalyse for å undersøke om det er rimelig å anta at det finnes to ulike grupper blant dem som sluttet. Analysen støtter en slik antagelse (se tabell 2). De jobbmisfornøyde (gruppe 1) og de jobbtilfredse som søker nye utfordringer (gruppe 2) skiller seg signifikant fra hverandre i vurderingen av viktigheten av de ulike slutteårsakene, bortsett fra når det gjelder *Familiehensyn* som begge grupper vurderte som verken viktig eller uviktig. De jobbmisfornøyde (gruppe 1) skiller seg ellers fra de jobbtilfredse (gruppe 2) ved at alle de øvrige slutteårsakene ble vurdert som viktigere enn det som er tilfelle for de jobbtilfredse (gruppe 2). De jobbtilfredse (gruppe 2) vurderte ikke noen av de oppgitte slutteårsakene som viktige. Dette kan tolkes som at det ikke nødvendigvis var noe galt med den jobben de forlot, men at den jobben de gikk til var mer attraktiv.

PÅSTANDER	UENIG (1, 2)	VERKEN ELLER (3)	ENIG (4, 5)	TOTALT	GJENNOMSNITT	N
Jeg opplever faglig isolasjon	66%	17%	17%	100%	2,3	823
Jeg opplever sosial isolasjon	79%	12%	9%	100%	1,9	821
Jeg opplever kulturell isolasjon	78%	13%	9%	100%	2,0	819
Jeg opplever geografisk isolasjon	67%	14%	19%	100%	2,2	820

TABELL 1. Enighet i fire påstander om isolasjon. Svarskala: Helt uenig = 1 til Helt enig = 5. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

SLUTTÅRSÅK	ALLE N=31	GRUPPE 1 N=14	GRUPPE 2 N=17
Begrensede karrieremuligheter***	3,0	4,4	1,8
Begrenset faglig støtte***	2,9	3,9	2,0
Dårlig betalt***	2,9	4,0	2,0
Liten fleksibilitet i arbeidstiden***	2,8	3,7	2,1
Familiehensyn	2,8	2,8	2,9
Dårlige arbeidsforhold***	2,7	3,7	2,0
Arbeidsgiver hadde dårlig omdømme***	2,6	3,5	1,8
Mangel på sosiale aktiviteter og rekreasjon*	2,6	3,3	1,9
Mangel på fritidsaktiviteter**	2,5	3,3	1,9
Mangel på trygghet i jobben**	2,3	3,2	1,7
Jobben passet ikke til min utdanning*	2,1	2,8	1,6

Gjennomsnittene er sammenliknet vha. T-test. * p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

TABELL 2. Gjennomsnittsvurderinger av slutteårsaker. Sammenlikning av gjennomsnittsvurderinger i gruppe 1 og 2.

Hvilken lærdom kan vi trekke av dette?

Resultatene fra undersøkelsen gir grunn til å oppfordre og utfordre de som har ansvar for velfungerende helsetjenester i distriktsområder til å gjøre det de kan for å bidra til at det lages trygge, spennende og faglig utviklende jobber for høyt kvalifisert helsepersonell i disse områdene. Dette er faktorer som i størst grad vektlegges når en ny jobb vurderes – uansett hvor den er.

Legekontor, pleie- og omsorgstjenesten og lokalsykehus i distriktsområder bør delta aktivt i utdanningen av helsepersonell og gjøre turnustjeneste og praksisopphold så gode som mulig for de studentene de tar imot. Turnus og praksis er svært viktige strukturelle arenaer hvor det er mulig å legge godt til rette for erfaring av det rurale for folk som i utgangspunktet ikke har slik erfaring. Med denne erfaringen, øker

sjansen for å finne dem igjen i rurale jobber etter endt utdanning.

Vår studie viser at hvis drømmejobben skal være rural, så må det rurale være erfart på forhånd. Det erfaringsbaserte i det rurale kan kanskje sammenliknes med det erfaringsbaserte i geografisk avstand. For å forstå avstand, må avstand erfares. Du skjønner ikke hvor langt det er fra Berlevåg til Alta før du selv har kjørt strekningen med bil.

Introduksjon til det rurale gjennom utdanningsløpet er én mulig måte å skape rural erfaring. Det kan gjøres ved å sikre utplassering underveis og ved at det særegne ved helsetjenestene i distrikt også blir presentert i forelesningssammenheng av rollemodeller fra distrikt. Samtidig bør man holde fast på den individuelle oppmerksomheten rundt dem som har rural



ILLUSTRASJONSFOTO: TOMAS BRØGER



bakgrunn. De som gjerne vil tilbake dit de kom fra når de er ferdig utdannet, for å jobbe der. Vi trenger derfor fortsatt desentraliserte studier, studentkvoter og særordninger. Vi trenger det fordi vi vet at det virker (3).

REFERANSER

1. Abelsen B. Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder. Rapport 2013. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet. <http://www.nsdm.no/nyheter/cms/2014/februar/rekruttering-og-stabilisering-av-helsepersonell/454>.
2. Moland LE, Lien L. Heltid i nord – hvorfor lykkes Finnmark? Fafo-rapport 2013: 37.
3. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. WHO-rapport. 2010. ISBN 978 92 4 156401 4.

● Se også: <http://www.nsdm.no/who-anbefaling>

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO



App i allmennpraksis

■ MARTIN HOTVEDT • Medisinstudent



Smarttelefonen har sin berettigede plass også på allmennlegekontoret. Medisinske apper kan gi rask og tilpasset informasjon i en hektisk hverdag.

En applikasjon (app) er et lite tilleggsprogram man kan installere på en smarttelefon eller nettbrett. En smarttelefon er en mobiltelefon som i tillegg til å ringe, kan spille av musikk, ta bilder og video, bruke internett og som har kart og GPS. Noen apper er avhengige av kontakt med internett for å hente ned informasjon, mens andre apper kommer «ferdigfylt» med informasjon og innhold.

Vil en allmennpraktiker ha nytte av apper?

Utvilsomt! Appene er som regel konstruert for å hjelpe brukeren til raskt å få oversikt over et tema, følge retningslinjer, regne ut medikamentdoser eller forklare sykdomsprosesser til pasientene. De er enkle i bruk og gir som oftest korrekt informasjon, og mange apper gir flotte tredimensjonale bilder av anatomiske strukturer.

Min personlige kjepphest er at appene ikke skal sees på som en konkurrent til lærebøkene, men som et supplement i en hektisk hverdag med behov for rask informasjon. Her synes jeg utviklerne ofte går i fellen ved å prøve å stappe en hel bok inn i appform. Da er litt av poenget borte. Appene bør være oversiktlige, konsise og presise. I tillegg må informasjonen være kvalitetssikret. Det er variasjon i kvaliteten på appene, og vi som brukere må velge å laste ned/kjøpe de appene som kommer fra kjente utviklere og forlag.

En viktig utfordring er at det rett og slett ikke ser bra ut om legen midt i konsultasjonen tar opp en mobiltelefon for å undersøke eller regne ut noe. Mobiltelefonen forbinder vi gjerne med noe privat. Min lille erfaring så langt er at det er større aksept

for bruk av nettbrett, altså små datamaskiner med berøringsskjerm. Kanskje forandrer dette seg med tiden.

Nyttige apper

Dette er appene som jeg oftest brukte i den kliniske hverdag under min utplassering i allmennpraksis:

- **LEGEVAKTHÅNDBOKEN** ▷ Den kjente håndboken som er digitalisert og omgjort til en pen og ryddig applikasjon. Kompakte tekster om symptomer, funn, differensialdiagnoser og tiltak om vanlige tilstander man kan møte. Innholdet er delt inn etter: Når det haster, Symptomer og sykdommer, Skader og Administrative forhold. Dette er veldig praktisk. I tillegg kan du søke gjennom alt innholdet på appen om det er noe spesifikt du leter etter. Appen er gratis (bra!), og du trenger ikke være tilkoblet Internett for å lese innholdet (kjempebra!).
- **FELLESKATALOGEN** ▷ Utvilsomt en av de mest nyttige norske medisinske appene tilgjengelig i dag. Dette er gode gamle Felleskatalogen, digitalisert. Her kan du søke etter medikamenter, se bilder av piller, legge medisiner til i snarveier, finne nærmeste apotek og selvfølgelig lese alt du vil om medikamenter. Den store fordel er at appen oppdateres automatisk med jevne mellomrom, og at du sparer tid på å søke opp medikamentet i stedet for å bla i en bok. Appen er dessuten gratis og tilgjengelig uten Internett-tilgang.
- **TURNUS ABC** ▷ En norskprodusert og rimelig komplett app som inneholder vanlige tilstander som du kan møte på vakt. Primært rettet mot sykehuspraksis, men man får likevel mange gode råd. Her får du symptomer, behandling, differensialdiagnostikk og flere kalkulatorer som er kjekke å ha (GFR, BMI, CHADS₂ og så videre). Gipsteknikk og tips for røntgentolkning følger også med. Dette er en konsis blanding av Turnuslegehåndboka og Metodebok i skadebehandling, i tillegg til noen andre kilder. Ulempen er at

den på visse områder ikke går nok i dybden, og at den koster over 100 kroner.

- **VISIBLE BODY** ▷ Et helt fantastisk anatomisk atlas i 3D som gir deg en suveren oversikt over kroppens oppbygning. Fin å bruke når sykdomsprosesser skal forklares.

Hva skjer i fremtiden?

Fremtiden for medisinske apper er veldig spennende. I dag finnes det over 20000 (!) tilgjengelige medisinske apper bare i Apples nettbutikk, og flere nye legges til hver eneste dag. Vi kommer nok bare til å se mer av dette. Dessuten finnes det allerede i dag apper som samarbeider med ekstrautstyr, som blodtrykksmålere, blodsuktermålere, pulsoksymetre, pulsmålere og så videre.

Et viktig moment er at det nok ikke er lenge til vi som leger vil møte pasienter som bruker slike apper til overvåkning av egen helse. Slike er allment tilgjengelige i dag, og ganske billige. Dette kan ha positive og negative sider. Positivt fordi det informerer pasienten, kan oppmuntre til tett oppfølging av egen helse og compliance i forhold til medikamentbruk, negativt fordi det kan skape unødvendig helseangst og i visse tilfeller være direkte feil i informasjonen. Jeg tror ikke det er lenge til vi møter pasientutsagn som: «Doktor, appen min mener jeg har gått med skadelig høyt blodsukker i en måned nå – stemmer det?» eller «Doktor, jeg diagnostiserte utslettet mitt med denne appen og behandlet det i henhold til det appen anbefalte – hvorfor fungerte det ikke?» Dette må vi være klare for å møte.

■ MARTIN_HOTVEDT@HOTMAIL.COM

Martin Hotvedt er 25 år, sjettejårs legestudent ved Universitetet i Tromsø og journalist i NRK. Han skrev hovedoppgave om bruk av video-konferanse ved hjelp av smarttelefoner i akuttmedisinske situasjoner. Han er for øvrig lidenskapelig opptatt av medisinske apper, og har pr. i dag 120 slike apper på iPhone.

Smarttelefon i svangerskapsom

■ BJØRN BACKE • Dr.med. professor (emeritus), Institutt for Laboratoriemedisin, barne og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim

STOUM H¹, STAVEN T¹, DENSTAD S¹, BYE JOHANSEN S², ØDELIEN SM² | 1 Fødeavdelingen, KK, St. Olavs Hospital, Trondheim • 2 Technology Transfer, NTNU AS, Trondheim

Gravide kvinner er ivrige brukere av smarttelefoner. Apper for gravide er svært populære, og det er et rikt utvalg. Vi har utviklet en app for registrering av symfysefundus-mål målt av den gravide selv. Hensikten er at appen skal være et nyttig hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen.

Den rutinemessige helsekontrollen av gravide – svangerskapsomsorgen – er det største forebyggende helseprogrammet med over 60000 nye klienter hvert år. De siste tall tyder på at de gravide gjennomgår 12 kontroller hver, i primær- og spesialisthelsetjenesten, før fødselen. Et av målene i svangerskapsomsorgen er å identifisere fostre med intrauterin tilveksthemming, som gir økt risiko for mortalitet og morbiditet. På 1970-tallet ble symfysefundus (SF)-måling lansert av den svenske gynekologen Bjørn Westin, som et hjelpemiddel til å finne fostre som vokste for lite. Til tross for at verdien av SF-målinger er usikker (1) er SF-måling blitt en sentral del av svangerskapsomsorgen i de fleste europeiske land. Det er rimelig å anta at verdien av SF-målinger blir redusert hvis antall målinger synker ved reduksjon i antall svangerskapskontroller, og hvis måling-

ene utføres av forskjellige personer. Dessuten reduseres verdien hvis man ikke sammenligner med en korrekt normalkurve. I Norge brukes fortsatt Westins originalkurve på Helsekort for gravide (2). Denne kurven er for lenge utdatert. Et alvorlig problem er at den tillater for lave verdier på slutten av svangerskapet. Dette er en vesentlig innvending, fordi det kan føre til at fostre med vekstretardasjon blir oversett.

Svenske studier har vist at den gravide selv kan måle SF-avstanden med god presi-

sjon sammenlignet med jordmors målinger, og med samme effektivitet når det gjelder diagnostikk av små fostre (3). Når kvinnene utfører målingene selv kan de måle oftere slik at kurven får flere punkter, og man unngår variasjonen som følger av at det er flere personer som måler.

Ny SF-kurve

En ny norsk SF-kurve kom i 2013, utviklet av en gruppe ved Folkehelseinstituttet med moderne statistiske metoder. Kurven bygger på et stort materiale, i alt 42018 gravide kvinner som i gjennomsnitt hadde 6,8 målinger (3).

Kvinnens høyde og vekt ved start av svangerskapet påvirker SF-verdiene. Den nye kurven kan justeres for høyde og vekt, slik at man får en individuelt tilpasset kurve. Det er viktig å merke seg at den nye kurven ligger høyere enn den gamle kurven på Helsekortet, og den har et litt annet forløp med mindre avflating på slutten av svangerskapet.

SF-appen

En gruppe ved St. Olavs Hospital /NTNU har nå utviklet en mobilapplikasjon (en app) som kvinnen selv kan bruke til å registrere sine SF-mål fra uke 24. Etter at ultralydtermin, høyde og før-gravid vekt er lagt inn vil appen vise resulta-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sorgen



En bildetekst om appen hadde vært fint å få inn her. En bildetekst om appen hadde vært fint å få inn her.

tene av målingene i forhold til en individuelt tilpasset normalkurve.

SF-appen inneholder en kort instruksjonsvideo som viser hvordan kvinnen kan utføre målingene. Det anbefales at hun måler minst én gang hver uke. Dersom kvinnen ønsker det, kan appen gi en påminnelse om å gjøre en ny måling når en uke er gått. Rhesusnegative kvinner vil få påminnelse om at det skal tas kontrollprøver av rhesusantistoffer i uke 28 og 32, og det blir også gitt påminnelse om at det bør tas glukosebelastning i uke 26 dersom BMI er over 27 eller alder over 38 år, slik det framgår av Helsedirektoratets veileder.

Hensikten er at appen skal være et hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen, ved at den gravide viser fram sin selvmålte SF-kurve når hun kommer til de vanlige svangerskapskontrollene. Ved hjelp av appen kan hun sende SF-kurven som e-mail til seg selv, skrive den ut og ta den med til lege/jordmor, eller hun kan sende kurven

til jordmor/lege eller andre via mail. Der som et mål faller utenfor normalområdet gir appen beskjed om det, og at man bør vise dette fram ved neste kontroll. Det er ikke meningen at selvmålingene skal erstatte SF-målingene som foretas av lege/jordmor.

Appen er tilgjengelig i AppStore og Google Play. Nedlastning og bruk er gratis.

REFERANSER

1. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; (7) CD008136.
2. Pay AS, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK. A new population-based reference curve for symphysis-fundus height. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92: 925–33.
3. Bergman E, Kieler H, Petzold M, Sonesson c, Axelson O. Self-administered measurement of symphysis-fundus heights. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86: 671–7.

■ BJORN.BACKE@NTNU.NO

RIKTIG ANTIBIOTIKA-BRUK RETT I LOMMEN

Antibiotikaserteret for primærmedisin (ASP) har laget en app som inneholder Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.

SIGURD HØYE

Norske allmennleger er flinke – men ikke flinkest – i klassen når det gjelder rasjonell antibiotikabruk. I regi av Antibiotikaserteret for primærmedisin og Helsedirektoratet har norske allmennleger, i samarbeid med et utvalg sykehusspesialister, laget retningslinjer for fornuftig og bærekraftig antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Den første versjonen kom i 2008, den siste ved årsskiftet 2012/2013. Nå finnes også retningslinjene som en egen applikasjon for smarttelefon og nettbrett. Hensikten med dette er å tilby allmennlegene kjapp og konsis informasjon om evidensbaserte behandlingsanbefalinger. Appen kan også brukes for å vise pasientene hva som er den riktige behandlingen for deres tilstand.

Appen er gratis og finnes både for Android, Iphone, nettbrett og i en egen internettsversjon.



Legesida – en kommunikasjon

■ ARVE ØSTLYNGEN • Fastlege, Nordlys legesenter, Alta | Praksiskonsulent, Finnmarkssykehuset
■ HARALD G. SUNDE • Medisinsk fagsjef, Finnmarkssykehuset

Praksiskonsulentarbeidet i Finnmarkssykehuset (daværende Helse Finnmark) ble dratt i gang i 2006. I starten var vi tre praksiskonsulenter (PKer) som jobbet i hver vår 20 prosent stilling. Vi tre hadde hvert vårt hovedansvarsområde; hhv Klinikk Psykisk Helsevern og Rus og de to somatiske klinikkene i Kirkenes og Hammerfest. Skottene mellom arbeidsområdene var imidlertid langt fra tette; vi overlappet der det var praktisk fornuftig.

Etter hvert har to av PKene sluttet i sin stilling, uten at vi har klart å rekruttere nye, slik at det nå kun er en PK som holder fortet (AØ). Imidlertid har en av de andre opprinnelige PKene (HGS) gått over i stillingen som medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset, og i påvente av at det kommer nye PKer i foretaket, skjøtter han en del av den gamle PK-jobben gjennom sin fagsjef-jobb.

Praksiskonsulentenes arbeid går, som mange vet, ut på å finne gode ordninger for samhandling mellom fastlegene i kommunene og sykehusene/helseforetakene. Det er derfor viktig at de avtalene, ordningene og retningslinjene man enes om arkiveres på et sted og en måte som gjør dem tilgjengelig for de som skal bruke innholdet, i all vesentlighet legene på sykehus og i kommunene.

I Finnmarkssykehuset fikk vi derfor allerede i 2007 etablert «Legesida» som egen internettside for praksiskonsulentordning.

Denne siden er tilgjengelig både fra helseforetakets intranett og det åpne internett. Derved kan både helseforetakets egne ansatte i tillegg til allmennleger og andre kommunalt ansatte (og alle andre for den saks skyld) lese innholdet. Utarbeidelsen av Legesida er gjort i nært og konstruktivt samarbeid med Finnmarkssykehusets kommunikasjonsavdeling. Stor takk til Ivar Greiner og Eilert Sundt, for uvurderlig hjelp til layout og ideer til innhold på Legesida!

Legesida har etter hvert bygget seg opp til å bli langt mer enn en samling med retningslinjer; den er sammen med Smittevernssida og Samhandlingssida blitt en av Finnmarkssykehusets viktigste arenaer for kommunikasjon ut mot allmennlegene i helseforetakets nedslagsområde.

Hvordan finner man legesida? Gå inn på www.finnmarkssykehuset.no; et stykke ned langs venstre rand kommer valget opp, klikk på ikonet og du er inne.

I hovedsak inneholder Legesida tre hovedgrupperinger med informasjon:

- 1 Aktuelle nyheter, inkl. søkbar oversikt over samtlige nyhetssaker siden etableringen av Legesida.
- 2 Ajourført informasjon om Finnmarkssykehusets behandlingstilbud.
- 3 Lenker til utvalgte eksterne nettsider/verktøy.

1 Aktuelle nyheter, inkl. søkbar oversikt over samtlige nyhetssaker siden etableringen av Legesida

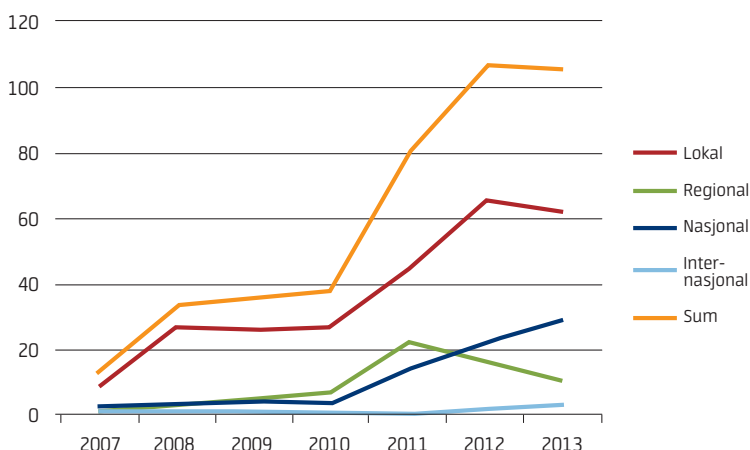
Praksiskonsulenttjenesten i Finnmark har siden oppstarten i 2006 skaffet seg oversikt over e-post-adresser til alle allmennlegekontorene i Finnmark. Nyhetsartikler skrives fortløpende av PKene og av medisinsk fagsjef, og disse artiklene legges kronologisk ut som nyhetssaker på Legesida. Mange relevante nyhetssaker publisert på intranett krysspubliseres på Legesida for å være tilgjengelig også for helsepersonell utenfor Finnmarkssykehuset.

Fra 2007 og ut 2013 var det til sammen publisert drøyt 400 artikler på legesida. Disse artiklene sendes bolkvis ut som nyhetsbrevet «Praksisnytt» fra Finnmarkssykehuset. Første året, 2007 (som egentlig bare var et halvår), ble det sendt ut to slike nyhetsbrev, mens de siste tre årene har vi vært oppe i syv til åtte nyhetsbrev pr. år. De første årene hadde vi drøyt 30 artikler pr. år, mens

Eksempel på nyhetssak på Legesida – nytt tilbud for eldre pasienter



FIGUR 1. Antall publiserte artikler fordelt på kategorier 2007–2013.



onsside i samhandlingsens ånd!

de siste årene har det årlige antallet artikler økt til å ligge rundt 100 (SE/FIGUR 1).

Vi har rubrisert de drøyt 400 artiklene til enten å være lokal, regional, nasjonal eller internasjonal i sitt innhold. Vi er veldig stolt av å kunne vise til at det store flertall av artikler er av lokalt innhold. Legesida har hele tiden hatt som formål å være et oppslagsverk for hvordan godt samarbeid skal utføres i Finnmark. Den store overvekt av lokale saker synes å vise at dette fokuset ikke har falt med årene.

Interessant er det også å se at det er stadig større fokus på regionale saker. I disse tider, når vår nye regjering vil avskaffe eller i hvert fall vingeclippe de regionale helseforetakene, har Legesida i Finnmark over de siste tre årene funnet stadig større spalteplass til nettopp regionale nyhets-saker.

Mens nasjonale anbefalinger naturlig nok også finner fram til Legesida, så er vi kun i liten grad en kilde for internasjonal medisin. Sånn får det være, slike nyhetssaker finner sine publiseringsformer gjennom andre fora enn Legesida.

2 Ajourført informasjon om Finnmarkssykehusets behandlingstilbud

Øverst til høyre på legesida er det en del knapper som inneholder ajourført informasjon om Finnmarkssykehusets behandlingstilbud:

- **LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTERET (LMS)** ▷ Bak denne knappen skjuler det seg oversikt over alle kurs som avholdes i regi av LMS-ene ved Finnmarkssykehusets to somatiske klinikker.
- **BEHANDLINGSTILBUD** ▷ Bak denne knappen finnes en oversikt over alle Finnmarkssykehusets behandlingstilbud listet opp klinikkvis; Klinikkk Hammerfest, Klinikkk Kirkenes, Klinikkk Psykisk helsevern og Rus samt Prehospital klinikkk. I tillegg er det laget en oversikt over alle private avtalespesialister i Finnmark (basert på Helse Nord's oversikt), samt andre behandlingstilbud i Finnmark med offentlig avtale.
- **AMBULERENDE SPESIALISTER** ▷ Bak denne knappen finnes en oppdatert oversikt over når ambulerende spesialister innen ambulerende fagfelt kommer til de fire



Forsiden av Legesida med knappemeny for hurtigvalg.

ambuleringsstedene Kirkenes, Hammerfest, Alta og Karasjok.

- **HENVISNINGER** ▷ Bak denne knappen ligger informasjon om «den gode henvisning» som ideelt sett alle henvisninger bør følge. I tillegg finnes retningslinjer for henvisninger for spesifikke tilstander som er framkommet som følge av dialog mellom den enkelte avdeling ved Finnmarkssykehuset og PKene i Finnmark.
- **SAMHANDLINGSSIDA** ▷ Praksiskonsulent-tjenesten i Finnmark er organisert under «Senter for fag, forskning og samhandling». Det skulle derfor bare mangle at Samhandlingsavdelingen fikk spalteplass på Legesida. Her legges nyttige samhandlingsarbeider fram, og alle avtalene som er inngått mellom kommuner og Finnmarkssykehuset finnes her.
- **FASTLEGENYTT FRA UNN** ▷ Vi har vært så rause å inkludere nyhetsbrevene fra våre kolleger innen PK-arbeid på UNN, etter som mye av det som skrives om UNN også kan ha relevans for allmennleger og sykehusleger i Finnmark.
- **NYHETSBREV** ▷ Her har vi samlet noen relevante nyhetsbrev som man via denne knappen kan klikke seg inn på. Smittevernnytt utgis regelmessig fra Finnmarkssykehuset.

- I tillegg finner man her lenker til nyhetsbrev fra Rehabilitering i Helse Nord, Helse Nord og Kunnskapsenteret.

3 Lenker til utvalgte eksterne nettsider/verktøy

Legesida har fram til nå (januar 2014) lagt inn 51 eksterne lenker langs høyre marg. Disse lenkene er delt opp i overskriftene «Nyttige verktøy», «Angår pasienten» og «Nyttige lenker». Kanskje ikke verdens beste inndeling, men det fungerer da sånn noenlunde. Tanken er at det skal være lett å finne relevante lenker direkte fra Legesida, som gir disse utvalgte nettstedene og verktøyene gratis «annonseplass» gjennom listing på vår hjemmeside.

Bruk av legesida

Vi har ikke veldig harde fakta rundt bruken av sida, men vi vet at vi hadde 350 klikk på sida i desember 2013. Videre vet vi at flere turnuslegeveiledere tidlig i veilederarbeidet gjør de nye turnuslegene oppmerksom på denne sida som kilde til lokal-kunnskap som er nyttig for å gjøre en god legejobb i Finnmark.

■ ARVE.OSTLYNGEN.FINNMARKSSYKEHUSET.NO
■ HARALD.GUNNAR.SUNDE@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

Samfunnsmedisinsk uke

= god stemning og spennende diskusjoner

■ KRISTINE ASMERVIK • *Kommuneoverlege i Malvik*

■ TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Både ferske og erfarne samfunnsmedisinere møttes til nettverksbygging og erfaringsutveksling på Røros 12.–14. mars. Bredden i faget ble bekreftet av deltakerlisten – med representanter for helseforvaltningen, helseforetakene og Forsvaret samt fylkesleger, kommuneoverleger og bydelsleger. Uka satte en fin ramme rundt årsmøtene i Norsk forening for samfunnsmedisin (Norsam) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA).

Røros på sin side kunne by på inntrykk fra Vinterspelet og sol fra blå himmel. Bergstadens rikeholdige historie er knyttet til gruvedrift og samisk kultur. Det må også nevnes at distriktslege Otto Christian Stengel (1794–1890) og senere hans sønn Lauritz Aschenberg Stengel bidro med til sammen 120 års samfunnsmedisinsk arbeid på Røros – med ansvar for soknets helse, skole og fattigvesen.

Røros på 1870-tallet. Innfelt bilde av Otto Christian Stengel som var distriktslege i Røros. Han og sønnen Lauritz Aschenberg Stengel gjorde i en 20-års periode et viktig samfunnsmedisinsk arbeid i Bergstaden.



Fra forelesningssalen – med Tor Åm og Daniel Haga i front.

Generasjonsskifte

Som fag og profesjon inntar samfunnsmedisin en stadig tydeligere plass i Helse-Norge. På de obligatoriske utdanningskursene er gjennomsnittsalderen lavere enn før, faget rekrutterer flere unge og samfunnsmedisinsk kompetanse er etterspurt. Den tradisjonelle tanken om at samfunnsmedisineren arbeider enten hos fylkesmannen eller som kommunelege er i ferd med å endre seg.

Derfor var det naturlig at leder Henning Mørland i Norsam innledet uka med å reflektere over generasjonsskiftet i faget. Det utdannes ca 600 medisinere i Norge pr. år pluss ca 3–400 fra utlandet. Av alle leger er ca 100–150 under spesialisering i samfunnsmedisin. Vi har ca 600 godkjente spesialiteter, men av disse er rundt 200 ikke lenger yrkesaktive. Av de 400 yrkesaktive er vel

100 over 60 år. Mange spesialister i samfunnsmedisin arbeider som allmennlege.

Frem mot 1998 var det mange som tok spesialiteten i samfunnsmedisin, deretter kom en «tørkeperiode» med to til tre nye spesialister pr. år. Gledelig er det at trenden snur og at det i 2013 var 13 nye leger som ble godkjente spesialister. Samfunnsmedisin favner vidt – med et virkeområde utenfor den tradisjonelle medisinske tankegangen om å utrede og behandle enkeltindividet.

Offensive universiteter

Ukas første dag ble viet spørsmålet: Er det større avstand mellom akademia og praksis i samfunnsmedisin enn i andre spesialiteter? Instituttleder Siri Fosmo ved NTNU påpekte at universitetene har liten delaktig-

på Røros kusjoner



Henning Mørland og Kirsten Toft er ledere for henholdsvis Norsam og LSA.

het i spesialistutdanningen og at det er få utøvende samfunnsmedisinere i akademiske stillinger. Vice versa har samfunnsmedisinere liten kontakt med akademiet. Ved NTNU underviser fylkeslegen om tilsynets rolle, mens kommuneoverleger underviser i miljørettet helsevern og smittevern. Undervisningen omfatter epidemiologi, biostatistikk, praksisnær samfunnsmedisin, allmennmedisin, preventiv medisin, medisinsk etikk og bioetikk, sosialmedisin, kvinnehelse, arbeidsmedisin og global helse. I grunnutdanningen kommer samfunnsmedisin inn i sjettede studieår i forbindelse med allmennmedisinsk praksis. Studentene skriver to oppgaver i samfunnsmedisin som pensum til eksamen i faget. Diskusjonen dreide seg om «the missing link» mellom allmennlegene – det vil si praksislærene – og kommuneoverlegene i den

perioden studentene er utplassert. Trondheimsinstituttet tilbyr for øvrig undervisning i klinisk helsevitenskap; public health er på trappene og universitetet er klar til å ta over deler av spesialistutdanningen.

Universitetet i Bergen ved Kjell Haug fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin fortalte at undervisningstilbudet der omfatter allmennmedisin, samfunnsmedisin, epidemiologi, internasjonal helse, farmasi, genetisk veiledning, helseøkonomi, fysioterapi og sykepleievitenskap. Hovedfokuset er helserelatert forskning, dernest forskningsbasert undervisning og formidling av forskningsresultater. Dagens utfordring er «curriculum overload» – det vil si at fagene utvikler og utvider seg. Samfunnsmedisinene er tiltenkt en veilederrolle for studenter med masteroppgave i samfunnsmedisin. Allmennmedisin og

samfunnsmedisin, helseøkonomi, ledelse og kvalitetsutvikling skal få større plass i den nye studieplanen fra 2015.

Ved Universitetet i Oslo skal en ny studieplan for profesjonsstudiet iverksettes i 2014. Preklinikk gjeninnføres, problembasert læring nedtones og folkehelse, samhandlingskunnskap og global helse blir nye elementer i undervisningen. Anne K. Lie fra Institutt for helse og samfunn orienterte om studieplanen, som innebærer en styrking av faget samfunnsmedisin i flere undervisningsmoduler og i praksisperioden mot slutten av studiet. Som undervisningsfag må samfunnsmedisinen utøve en 'kulturell sensitivitet' i en tverrkulturell virkelighet. Utfordringen er å synliggjøre fagets relevans i forhold til de kliniske profesjonsfagene, påpekte Lie. Universitetet vil aktivisere studentene mer – for eksem-

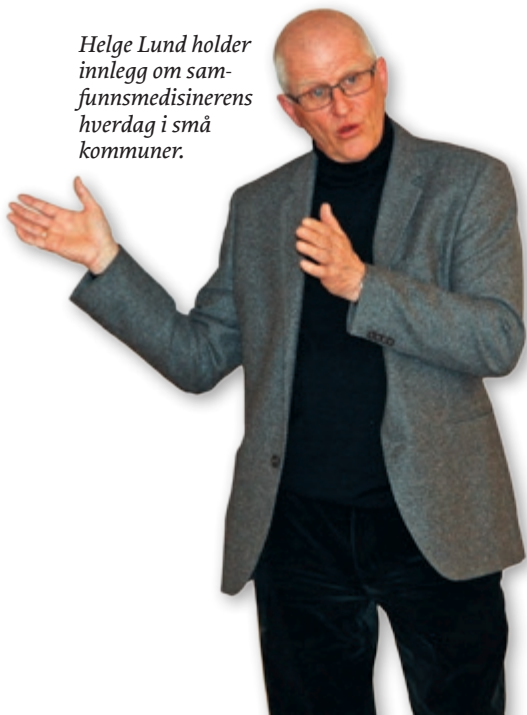
pel å simulere ansvarsgruppemøter i forbindelse med individuell plan – og etablere et senter for praktisk samfunnsmedisin.

Undervisnings- og forskningsfag

Paneldebatten med representanter for universitetene engasjerte kursdeltakerne til å komme med innspill. Flere etterspurte et mer enhetlig undervisningsopplegg i profesjonsstudiet. Hege Raastad Basmo anbefalte fakultetene å opprette en «lyttpost» med praktiserende samfunnsmedisinere. Fra salen kom det klare ønsker om at samfunnsmedisinere og kommuneoverleger i større grad må involveres i undervisningen og at akademia og forskning fortjener en større plass i samfunnsmedisinsk praksis i kommunene.

Siste del av dagen ble viet samfunnsmedisinske forskningsinitiativ. Ruca Maass ved Senter for helsefremmende forskning redegjorde for kunnskapsbaserte folkehelse tiltak i LEVVEL-prosjektet i Malvik kommune. Hun er opptatt av samspillet mellom oppfatningen av og tilgjengeligheten av ressurser, og hvordan dette påvirker «Sense of coherence». Resultatene fra LEVVEL tyder på at nærmiljøets kvalitet spiller en større rolle for kvinner og de uten arbeid. Seniorforsker Line Oldervoll ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og Senter for rehabilitering LHL Røros har jobbet med å evaluere frisklivssentraler med henblikk på å utjevne sosiale ulikheter i helse. Det er lite forskning på evaluering av helsefremmende og forebyggende folkehelse tiltak, påpekte hun. Professor Jostein Holmen og forsker Erik Sund fra HUNT-prosjektet fortalte om hvordan kommunehelsedata kan samles inn og bearbeides og hvordan vi kan få en mer kunnskapsbasert folkehelse- og fordelingspolitikk.

Helge Lund holder innlegg om samfunnsmedisinerens hverdag i små kommuner.



Panorama over erfaringsutveksling under en bedre middag: I forgrunnen (fra v. mot h.) sitter Bjørg Elise Tønnesen Dysthe, Håkon Lund, Meera Grepp, Berit Austveg og Rolf B. Winther.

Flerkulturell og internasjonal kontekst

Det sentrale temaet på ukas andre dag var samfunnsmedisin i et flerkulturelt perspektiv og en internasjonal kontekst. Tidligere fylkeslege Ole Mattis Hetta formidlet interessante perspektiver på samisk historie og helse. Sammenliknet med nordmenn er det blant samene mindre kreft, mindre alkoholføre og mindre forekomst av MS – mens forekomsten av psykisk lidelse og hjertekar-sykdom er som for den norske befolkningen for øvrig. Viktige sykdomsfremkallende faktorer for samer er knyttet til trusselen mot næringen, rovdyr, levesett, økonomi, arealbegrensninger, diskriminering, interne konflikter, usunn livsstil, mistillit og manglende kommunikasjon. Hetta understreket viktigheten av å ivareta samisk kultur og språk i en tid med systematisk fornsking.

Trude Arnesen og Siri Helene Hauge, begge fra Folkehelseinstituttet, delte erfaringer fra internasjonale oppdrag i henholdsvis Botswana og WHO/Røde Kors. Håkon Lund orienterte om spennvidden i Forsvarets helsearbeid, og viste til sanitetskapasitet, operasjonssystemer, internasjonalt samarbeid, risikovurderinger, forebyggende restitusjon (force health protection), trening og kontakt med «de der hjemme» som helsefremmende faktorer. Lund sammenliknet militærleiren med en liten kommune med 500–1700 innbyggere: Som medisinsk ansvarlig har man en rolle som har likheter med kommuneoverlegens, knyttet til tilsynsoppgaver, vurdering av helserisikoer og forebyggende tiltak mot ulykker, smitte, traumer.

Brobyggere i helsevesenet

På ukas siste dag ble oppmerksomheten rettet mot betydningen av samfunnsmedi-

sinsk kompetanse i utformingen av og samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenesten. Daniel Haga fra Helse Midt-Norge RHF påpekte at samhandlingsreformen har skapt nye møtearenaer for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samfunnsmedisinerne har en viktig oppgave i å ivareta et samfunnsperspektiv i arbeidet med å utforme tjenestetilbudene og definere brukerkvalitet, sa han.

Samhandlingsdirektør Tor Åm ved St. Olavs Hospital fremhevet samarbeidet mellom Røros i Sør-Trøndelag og Tynset i Hedmark som et regionalt initiativ for å styrke sykehustjenestene til en distriktsbefolkning. Han vektla samfunnsmedisinsk brobyggerkompetanse i arbeidet med å få på plass samarbeidsavtaler. Kommuneoverlege Hege Raastad Basmo tok utgangspunkt i den nye samfunnsmedisinske enheten i Hamar-regionen, da hun reflekterte over behovet for en positiv organisasjonskultur der profesjoner integreres for å skape en felles forståelse av samfunnsmedisinske arbeidsmål.

Kommuneoverlege Helge Lund i Os, Røros og Holtålen avsluttet uka med et engasjerende innlegg om livet som «kombilege» i distrikt. «Utfordringen er at mange vil ha en bit av din kompetanse som leder, kommuneoverlege eller allmennlege», poengterte Lund. Han trakk frem førstehåndskjennskap til lokale forhold som en viktig forutsetning for å identifisere helsefremmende og forebyggende tiltak. Kombilegene kan bidra til å fremme trygge lokalsamfunn. Lund redegjorde også for planer om å etablere to interkommunale samfunnsmedisinske enheter eller «kraftsentre» i Fjellregionen, som omfatter seks kommuner i nordre del av Hedmark og to kommuner i Sør-Trøndelag – en region som er nesten like stor som Buskerud fylke.

■ KRISTINE.ASMERVIK@MALVIK.KOMMUNE.NO

ANTITROMBOTISK BEHANDLING OG PROFYLAKSE: – ny generasjon retningslinjer for allmennleger

■ TROND VARTDAL, ARNE FETVEIT, ANNETTE KRISTIANSEN, LINN BRANDT, SIGRUN HALVORSEN,
■ EIVIND BERGE, ANDERS E.DAHM, PER MORTEN SANDSET, PER OLAV VANDVIK

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

Allmennleger kan nå ta i bruk en ny faglig retningslinje for antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse, tilgjengelig på nett og håndholdte digitale verktøy via www.nsth.no og www.blodfortynnende.no. Retningslinjen er tilpasset norske forhold og oppfyller nye standarder for kunnskapsbaserte retningslinjer. I denne artikkelen redegjør vi for arbeidet med retningslinjen, skisserer den bakenforliggende metodologien og omtaler sentrale anbefalinger og råd med relevans for allmennlegene og deres pasienter.

Forebygging og behandling av venøs og arteriell trombose er et fagområde i rask utvikling og er viktig for mange pasienter, men medfører utfordringer for leger i klinisk praksis. Fordelene ved medikamentell forebygging og behandling må veies opp mot ulempe, som eksempelvis økt antall blødninger og de praktiske konsekvensene det innebærer for den enkelte pasient. Gode og oppdaterte retningslinjer kan være til uvurderlig hjelp når man skal gjøre balanserte kliniske vurderinger.

Ny generasjon retningslinjer

Den nye norske retningslinjen for antitrombotisk behandling og profylakse er basert på «Antithrombotic Therapy and the Prevention of Thrombosis, 9th Edition: American College of Chest Physicians Evidence-based Guidelines» publisert i februar 2012 (1). Vi har oppdatert, restrukturert og endret anbefalingene for å tilpasse retningslinjen til bruk i Norge. Arbeidet er utført av 43 leger fra ulike spesialiteter, inkludert tre allmennleger, som er utnevnt av de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen. Det videre arbeidet er ledet og koordinert av en redaksjonskomité samt Norsk Selskap for Trombose og Hemostase, som er en nyopprettet spesialforening i Legeforeningen. Retningslinjen inneholder også praktiske råd for de («nye») direkte virkende perorale

antikoagulasjonsmidlene (DOAK) som ble utgitt av Helsedirektoratet i januar 2013 og revidert i november 2013. Retningslinjen gir anbefalinger for behandling av dyp venetrombose og lungeembolisme, atrieflimmer, kardiovaskulær sykdom, trombose i svangerskap, tromboembolisme ved malign sykdom samt praktisk håndtering av legemidler for antikoagulasjon.

Vi har i tråd med nye standarder for faglige retningslinjer benyttet oss av et nytt rammeverk (GRADE) ved utformingen av retningslinjen (2, 3). Nybrottsarbeidet med å tilpasse en internasjonal retningslinje til norsk bruk og omstrukturere alle anbefalingene i et nytt digitalt presentasjonsformat har vært utført gjennom et eget forsknings- og innovasjonsprogram, kalt MAKING GRADE the Irresistible Choice (MAGIC: www.magicproject.org) (4). Arbeidet har resultert i at retningslinjen er den første i Norge som oppfyller internasjonale standarder for pålitelige kunnskapsbaserte retningslinjer. Retningslinjen vil dessuten bli dynamisk oppdatert når ny, relevant kunnskap fremkommer og er planlagt integrert i elektronisk pasientjournal i nær fremtid.

Beskrivelse av metodikken GRADE

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)-systemet tilrettelegger for en systematisk

og transparent vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen og angir en strukturert prosess ved utvikling av anbefalinger.³ Utvikling av anbefalinger starter med å formulere kliniske spørsmål strukturert i PICO-format med presis beskrivelse av populasjonen (P), behandlingsalternativene (Intervention + Comparator) og pasientviktige utfall (Outcome).

Kvaliteten på dokumentasjonen (tiltrot til effekttestimatene) baserer seg ikke kun på vurdering av studiedesign (risiko for systematiske feil), men bestemmes også ved vurdering av heterogenitet på tvers av studier, overførbarhet fra studier til egen praksis, presisjon av effektestimater (bredde på konfidensintervallene) og risiko for publiseringskjevhet (5). Vi gir i retningslinjen en tabelloversikt over kvaliteten på dokumentasjonen samt de absolutte og relative effektestimaterne for hver enkelt anbefaling.

Veien fra dokumentasjon til anbefalinger inkluderer en helhetlig vurdering av fire faktorer; presentert under nøkkelinformasjon i retningslinjen (6):

- 1 Balansen mellom fordeler (ønskede konsekvenser) og ulemper (uønskede konsekvenser) av behandlingsalternativer.
- 2 Kvalitet på dokumentasjonen.
- 3 Forventede pasientverdier og -preferanser.
- 4 Kostnadsvurderinger.

Vurderingen av pasienters preferanser og verdier er for de fleste anbefalingene basert på en systematisk oversikt over studier som har vist stor variasjon blant pasienter med hensyn til vektlegging av vaskulære utfall mot større blødninger ved valg av antitrombotisk behandling (7).

I henhold til GRADE er anbefalingene kategorisert som sterke eller svake. Styrken på anbefalingen innebærer følgende:

Sterk anbefaling: Fordelene ved en behandling veier klart opp for ulemperne og nær sagt alle pasienter forventes å ønske den anbefalte behandlingen.

Svak anbefaling: Det er noe mer usikkert om fordelene veier opp for ulemperne eller det er lav kvalitet på dokumentasjonen. Anbefalingen vil fremdeles gjelde de fleste pasientene, men det er større mulighet for individuelle valg, tilpasset preferanser og verdier hos den enkelte pasient.

Beslutningsverktøy

De fleste anbefalingene i retningslinjen er svake. Ved svake anbefalinger er det desto viktigere å synliggjøre kunnskapsgrunnlaget for å hjelpe klinikerne til å bruke anbefalingene balansert i møte med enkelt-pasienter. Et illustrerende eksempel er slagforebyggende behandling ved atrieflimmer. Her gis det en sterk anbefaling for behandling med peroral antikoagulasjon ved høy risiko for slag (dvs. CHA₂DS₂-VASc skår ≥ 2). Derimot gis det en svak anbefaling i favør av DOAK fremfor warfarin. Det betyr at det ses klare fordeler ved antikoagulasjonsbehandling, men det er mer usikkert om et behandlingsregime er bedre enn et annet. Dette åpner for at pasienter og klinikere i større grad sammen kan velge hvilket regime pasienten bør bruke. Figur 1 og 2 viser anbefalingene i topplokk format hvor legen ved å klikke på den relevante anbefalingen kan finne relevant informasjon om fordeler og ulemper, kvalitet på dokumentasjonen, antatte preferanser og verdier og eventuelle kostnads-vurderinger.

Mange pasienter er ikke vant til å gjøre valg vedrørende sin egen behandling, og for noen pasienter kan ulike verktøy hjelpe dem til å delta i beslutninger som angår dem selv. I det videre arbeidet med retningslinjen utvikles nå nye verktøy for beslutningstøtte (decision aids) som visualiserer balansen mellom fordeler og ulemper slik at legen og pasienten kan diskutere behandlingsvalg i løpet av konsultasjonen. Figur 2 viser et eksempel på verktøyet som vil være tilgjengelig for svake anbefalinger i retningslinjen og som kan brukes på nettbrett.

Aktuelle anbefalinger

Praktisk gjennomføring av antikoagulasjon

I kapittelet som skal sikre adekvat gjennomføring av antikoagulasjonsbehand-

ling fokuseres det på oppstarts- og vedlikeholdsdosering samt håndtering av overdosering med warfarin. Den norske retningslinjen harmoniserer godt med veilederen «Warfarin i praksis» som er velkjent blant norske leger. Eksempler på nye anbefalinger basert på ny forskningsbasert kunnskap, er hjemmemåling av INR for motiverte og kompetente pasienter (svak anbefaling), og intervall opp til 12 uker mellom INR-målingene hos pasienter med lav blødningsrisiko og stabile INR-verdier (svak anbefaling).

Behandling av venøs trombose (VT), inkludert direkte virkende perorale antikoagulasjonsmidler (DOAK)

Rivaroksaban ble et behandlingsalternativ etter at det fikk godkjent refusjonsordning for behandling av VT i januar 2013. Retningslinjegruppen mener at tiden er moden for å sidestille warfarin og rivaroksaban som behandlingsalternativer, med unntak for visse pasientgrupper (pasienter med kreft, nyresvikt eller mekaniske hjer-teventiler, gravide og ammende). Dabigatran eller apiksaban er ikke inkludert, fordi de foreløpig ikke har behandling av VT som godkjent indikasjon i Norge.

Retningslinjen foreslår videre at behovet for forlenget behandling på ubestemt tid etter en førstegangs VT uten utløsende årsak (idiopatisk trombose), bør avgjøres etter en individuell vurdering etter tre måneder, fortrinnsvis innen spesialisthelse-

tjenesten. Faktorer som bør tillegges vekt ved siden av risiko for trombose og blødninger, er eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger av behandlingen, alvorlighetsgrad av trombosen og pasientens preferanser. Hvis behandlingen kontinueres på ubestemt tid foreslås en ny vurdering en gang i året, eksempelvis hos fastlegen. Hvis pasienten ikke vil eller kan fortsette med full antikoagulasjon, foreslås det at man vurderer acetylsalisylsyre (ASA) som langtidsprofylakse, basert på nye studier som viser god effekt av ASA.

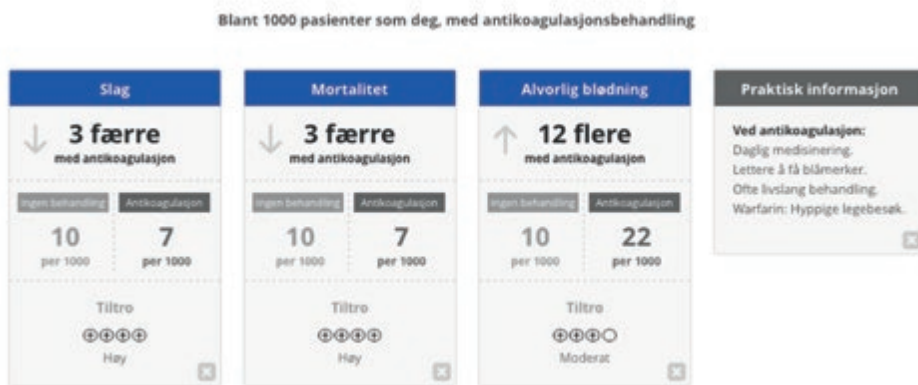
Atrieflimmer

Valg av antitrombotisk behandling ved atrieflimmer og -flutter er avhengig av om det foreligger tilleggsrisiko for hjerneslag. CHA₂DS₂-VASc skår angir de viktigste tilleggsrisikofaktorene og anbefales som et verktøy for å anslå risiko for hjerneslag. Valg av antitrombotisk behandling baserer seg på de samme prinsipper uavhengig av om det foreligger paroksysmal, persisterende eller permanent atrieflimmer. For pasienter med CHA₂DS₂-VASc skår 1 gir retningslinjen en svak anbefaling for peroral antikoagulasjon, bortsett fra hvis skår 1 skyldes kvinne < 65 år; da anses antikoagulasjonsbehandling unødvendig. For pasienter med CHA₂DS₂-VASc skår 2 eller høyere er det en sterk anbefaling for peroral antikoagulasjon. Blødningsrisiko bør vurderes hos alle som får forskrevet anti-

FIGUR 1. Nøkkelinformasjon, ett tastetrykk unna anbefalingen

The screenshot shows a web-based interface with several tabs: Evidensprofiler, Nøkkelinfo (selected), Rasjonale, Praktisk info, Alternativer, Adaptasjon, Ref, and Kommentarer (0). The main content area is divided into sections with colored headers:

- Fordeler og ulemper:**
 - Nye perorale antikoagulantia versus warfarin per 1000 pasienter behandlet 1 år:**
 - Død og hjerneslag:** Ingen sikker forskjell.
 - Større blødninger:** Overordnet ingen sikker forskjell, men det er sett halvering av antall hjerneblødninger (absolutt risikoreduksjon 2 færre per 1000 pasienter behandlet i ett år).
 - Hjerteinfarkt:** Ingen sikker forskjell. Unntaket er dabigatran som økte risikoen sammenlignet med warfarin. I de to studiene som er lagt til grunn dog observert generelt svært lav risiko på 5/1000 med warfarin, mot 6/1000 med dabigatran.
 - Behandlingsavbrudd (pga bivirkninger mm):** 31 avbrutt med warfarin, 39 med NOAC.
- Kvalitet på dokumentasjonen:**
 - Moderat, de forventede effektene av NOAC sammenlignet mot warfarin er hentet fra en systematisk oversikt med heterogenitet i resultatene, og upresise resultater (vide konfidensintervaller) for død og blødninger. Dabigatran var assosiert med økning i hjerteinfarkt og avbrudd i behandlingen i pålitelig subgruppeanalyse.
- Verdier og preferanser:**
 - De fleste pasienter vil trolig velge nye perorale antikoagulantia gitt noe bedre effekt og færre ulemper ved å ta medisinene. Pasienter som trives godt med warfarin og som har god INR kontroll vil trolig ønske å fortsette med det.
- Ressurshensyn:**
 - Medikamentkostnadene ved nye perorale antikoagulantia er høyere enn for warfarin, men når en tar hensyn til at en slipper INR-kontroller og har noe bedre effekt mot hjerneslag antas de nye perorale antikoagulantia å være kostnadseffektive totalt sett.



FIGUR 2. Prototype av beslutningsverktøy for spørsmål om antikoagulasjon ved atrieflimmer og lav risiko for hjerneslag (CHA₂DS₂-VAsC skår=1). Her har pasienten valgt å se på alle relevante utfall, sammen med legen.

trombotisk medikasjon, for eksempel ved hjelp av HAS-BLED skår. Anbefalingene i retningslinjen er i tråd med anbefalinger fra European Society of Cardiology publisert i august 2012.

Ved atrieflimmer er det nå endringer i forhold til tidligere praksis med tanke på valg av peroral antikoagulasjon hvor retningslinjen gir en svak anbefaling for dabigatran, rivaroksaban eller apiksaban fremfor warfarin. Samtidig presiseres det at pasienter som er etablert på warfarin med stabile INR-verdier trygt kan fortsette denne behandlingen. Verken dabigatran eller rivaroksaban anbefales til pasienter med alvorlig nyresvikt (GFR < 30 ml/min).

Selv om norske allmennleger er i verdenseliten når det gjelder god gjennomføring av Marevan-behandling, foreslår retningslinjen bruk av DOAK, tatt i betraktning både enklere administrering, mindre risiko for blødninger og antatt lavere total kostnader. DOAK krever imidlertid mer av pasientene – ansvaret for god antikoagulasjon ligger hos pasienten og ikke hos legen – og muligheten for å kontrollere at behandlingen følges er begrenset. Etter hvert som bruken av DOAK øker i omfang forventer vi bedre kunnskap om bivirkninger og ulemper i en populasjon som ikke følges opp i en studie, spesielt dem med multimorbiditet, polyfarmasi og de eldste pasientene. Dette er kunnskap som vil kunne endre retningslinjen. Samtidig kommer det allerede i år en antidot mot et av de nye antikoagulasjonsmidlene, noe som også kan påvirke fremtidige anbefalinger.

Malign sykdom og antitrombotisk behandling

Anbefalingene som gjelder pasienter med malign sykdom er samlet i et eget kapittel. De fleste av anbefalingene er også gjengitt i

sine respektive spesialitetskapitler. Egne retningslinjer for profylakse og behandling av venøs tromboembolisk sykdom hos pasienter med malign sykdom har tidligere ikke vært samlet, og spesielt ikke på norsk. De fleste av anbefalingene er imidlertid svake, stort sett på grunn av lav kvalitet på dokumentasjonen i lys av få og små studier. Et eksempel fra retningslinjen er behandling av DVT eller lungeembolisme ved samtidig malign sykdom med en sterk anbefaling for å behandle på ubestemt tid fremfor tre måneders behandling. Videre er det en svak anbefaling for å bruke lavmolekylvekt heparin (LMWH) fremfor warfarin. Hvis pasienten ikke kan eller ønsker å bruke LMWH, foreslås warfarin fremfor dabigatran/apiksaban/rivaroksaban.

Graviditet, venøs tromboembolisk sykdom, trombofili og antitrombotisk behandling

Anbefalinger for antitrombotisk behandling ved graviditet er samlet i et eget kapittel. Ved VT i svangerskap anbefales vektjustert subkutant LMWH fremfor warfarin. DOAK anbefales ikke brukt, verken i svangerskap eller under amming.

Kardiovaskulær sykdom

Retningslinjen gir anbefalinger for kardiovaskulær sykdom, cerebrovaskulær sykdom og perifer karsykdom. Primær- og sekundærforebygging av kardiovaskulær sykdom ved koronarsykdom samt kombinasjonen av koronarsykdom og antikoagulasjon er en stadig vanligere problemstilling. De nye platehemmerne prasugrel («Efi-ent[®]») og ticagrelor («Brilique[™]») skal generelt ikke brukes sammen med antikoagulasjonsmidler. «Trippelbehandling» er betegnelsen på kombinasjonen av dobbel platehemming og antikoagulasjon. Ved trippelbehandling er ASA og klopidogrel

førstevalget som tillegg til warfarin. Kun warfarin er godkjent antikoagulasjon ved slik trippelbehandling.

Veien videre

Vi håper norske allmennleger vil finne retningslinjen anvendelig i sin kliniske praksis. Helt essensielt ved retningslinjearbeid er at anbefalingene holdes oppdatert. Norsk Selskap for Trombose og Hemostase og retningslinjegruppen sikter derfor mot dynamiske oppdateringer av retningslinjen hvor enkeltanbefalinger kan oppdateres når det foreligger ny kunnskap. Vi imøteser også tilbakemeldinger direkte fra klinikerne, slik at vi kontinuerlig kan forbedre både retningslinjens faglige innhold og funksjonalitet.

Helsedirektoratet: «Praktiske råd angående direkte virkende perorale antikoagulasjonsmidler, 2. utgave, 2013», <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/informasj-on-de-nye-perorale-antikoagulasjonsmidlene-dabigatran-rivaroksaban-og-apiksaban/Sider/Informasjon-om-warfarin-og-de-nye-perorale-antikoagulasjonsmidlene-dabigatran-rivaroksaban-og-apixaban.aspx>

REFERANSER

- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Schunemann HJ, Gutterman DD, Zelman Lewis S. Introduction to the ninth edition: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141 (2 Suppl): 48S–52S.
- Laine C, Taichman DB, Mulrow C. Trustworthy clinical guidelines. Annals of internal medicine 2011; 154 (11): 774–5.
- Guyatt GH, Oxman AD, Schunemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. Journal of clinical epidemiology 2011; 64 (4): 380–2.
- Vandvik POB, L.; Alonso-Coello, P.; Treweek, S.; Akl, E.A.; Kristiansen A; Heen, A.F.; Agoritsas, T.; Montori, V.M; Guyatt, G.H. Creating clinical practice guidelines we can trust, use and share: A new era is imminent. Chest 2013; 144: 381–89.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is «quality of evidence» and why is it important to clinicians? BMJ 2008; 336 (7651): 995–8.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. BMJ 2008; 336 (7652): 1049–51.
- MacLean S, Mulla S, Akl EA, Jankowski M, Vandvik PO, Ebrahim S, et al. Patient values and preferences in decision making for antithrombotic therapy: a systematic review: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141 (2 Suppl): e1S–23S.

■ TROND.VARTDAL@RR-RESEARCH.NO

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Vent-og-se-resept – et nyttig allmennmedisinsk verktøy

Vent-og-se-resept reduserer antibiotikabruken ved luftveisinfeksjoner, og metoden oppleves akseptabel både av allmennleger og deres pasienter.

Infeksjoner forårsaket av resistente bakterier er et økende problem, også i Norge. Det er i hovedsak tre ting som kan gjøres for å begrense problemet: hindre spredning av resistente bakterier, utvikle nye typer antibiotika, og redusere antibiotikabruken. Mesteparten av all antibiotika forskrives i allmennpraksis, oftest for luftveisinfeksjoner, der effekten gjerne er minimal. Bruk av vent-og-se-resept, det vil si en antibiotikaresept som bare hentes ut og brukes hvis sykdommen forverres eller ikke blir borte innen en gitt tid, har vist seg å kunne redusere antibiotikabruken betraktelig i randomiserte kontrollerte studier. Men kunnskap fra slike studier kan ikke nødvendigvis overføres til den vanlige allmennmedisinske hverdagen. Synes leger og pasienter at metoden er akseptabel? Hvor mye brukes metoden? Og kan leger påvirkes til å bruke metoden oftere? Det prøvde jeg å finne ut av i mitt doktorgradsprosjekt.

Siden tidlig ungdom har jeg vært opptatt av miljøvern og hvordan personlig forbruk kan gi negative globale konsekvenser. På legestudiet ble jeg interessert i fenomenet medikalisering og hvordan helsevesenet noen ganger skaper uhelse. Forskning og allmennmedisin var også viktige interesser. Da Antibiotikasenteret for primærmedisin ble opprettet, og anledningen til å forske på u hensiktsmessig antibiotikabruk i allmennpraksis bød seg for rundt syv år siden, følte jeg dette var en flott kombinasjon av mine interesser, og hoppet på. I de første årene av prosjektet kombinerte jeg forskningen med tre dager pr uke som fastlegevika. Da prosjektet nærmet seg slutten, opplevde jeg at det ble for oppstykket å holde på med forskning kun mandager og fredager, og jeg tok derfor en pause fra praksis.

Doktorgradsprosjektet bestod av en fokusgruppeundersøkelse med 33 allmennleger, en spørreskjemaundersøkelse til leger og pasienter (304 svarpar), og en kontrollert intervensjonsstudie (328 deltakere) der vi anbefalte allmennleger vent-og-se-resept gjennom kurs, smågruppediskusjoner og en skjermbasert, automatisert påminner. Vi fant at allmennlegene i hovedsak så på vent-og-se-resept som en akseptabel og fornuftig strategi. De mest positive legene mente metoden var egnet til å undervise og ansvarliggjorde pasientene, mens de mer negative legene anså metoden som en kompromissløsning i møte med pasienter som krevde antibiotika. Legene hadde strenge krav til hvilke pasienter, ved hvilke diagnoser og i hvilke situasjoner de ville gi vent-og-se-resept, noe som resulterer i at strategien ble brukt relativt sjelden. I spørreundersøkelsen fant vi at pasientene også var tilfreds med å få vent-og-se-resept. I knapt halvparten av forskrivningene svarte pasientene at de begynte å ta medisinen. Ved de aller fleste vent-og-se-reseptforskrivningene syntes legene at løsningen er en fornuftig eller svært fornuftig løsning. I situasjoner der løsningen ble brukt som følge av antibiotikakrav fra pasienten, syntes legene løsningen var mindre fornuftig. Intervensjonsstudien viste at det å anbefale og stadig minne legene på å bruke vent-og-se-resept, medførte en dobling av bruken – men kun til 11 prosent av alle antibiotikaforskrivningene for luftveisinfeksjon. Ved å koble journaldata med reseptregisterdata, fant vi at pasientene hentet ut sine vent-og-se-resept i 59 prosent av tilfellene. Dermed gav intervensjonen en statistisk signifikant, men klinisk beskjeden reduksjon (RR 0,97) i mengde uthentet antibiotika. Økt bruk av vent-og-se-resept medførte ikke økt totalforskrivning av antibiotika. I alle tre studiene skilte diagnosene akutt otitt og akutt sinusitt seg ut; ved disse diagnosene ble metoden hyppigst brukt, antibiotika ble sjeldnest hentet ut, og legene vurderte dem som mest egnet.

I den første fokusgruppen jeg gjennom-

førte, helt i starten av prosjektet, sa en av deltakerne at han håpet prosjektet etter hvert ville kunne gi svar på om vent-og-se-resept var god medisin. Det tror jeg at det kan, og svaret er et betinget ja. Andres forskning har vist at vent-og-se-resept ikke er farlig – pasientene blir omtrent like fort friske, og får ikke flere komplikasjoner, av å få vent-og-se-resept sammenlignet med en konvensjonell resept. Min forskning viser at norske allmennleger anser vent-og-se-resept som et naturlig verktøy i den allmennmedisinske verktøykasse. Metoden er ikke egnet for alle leger, og heller ikke for alle pasienter; pasientene bør være velinformerte og i stand til å vurdere egne symptomer. Vent-og-se-resept er særlig egnet ved akutt sinusitt og akutt otitt. Noen var i forkant bekymret for at økende bruk av vent-og-se-resept vil gi mer, heller enn mindre, antibiotikabruk. Dette synes som en unødig bekymring; den totale antibiotikabruken gikk ned som følge av vår intervensjon. Antibiotikasenteret for primærmedisin kommer derfor til å anbefale vent-og-se-resept innenfor gitte rammer, både i de nasjonale retningslinjene og på kurs og konferanser. Imidlertid må et viktig budskap alltid følge med: Hvis legen vurderer at antibiotika ikke er nødvendig nå, og trolig ikke kommer til å bli nødvendig i nær fremtid, er det langt bedre å la være å gi en resept enn å gi vent-og-se-resept.

Livet som allmennmedisinsk forsker er absolutt å anbefale – det er interessant, sosialt, morsomt og stort sett familievennlig. Det er visse utfordringer ved å skaffe finansiering, men hvis man tidlig knytter seg til en av de akademiske allmennmedisinske institusjonene, vil man kunne få god hjelp til dette. Jeg ser for meg å alltid ha en fot innenfor allmennmedisinsk forskning. Til sommeren starter jeg som postdok-stipendiat på et prosjekt hvor vi skal videreutvikle og teste et kursopplegg for bedre antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.

SIGURD HØYE

■ SIGURD.HOYE@MEDISIN.UIO.NO

Depresjonsnotat til min fastlege

Jeg er allmennpraktiker i en middels stor norsk kommune og har jobbet en del de siste ti år med spiseforstyrrelser. En av mine fantastiske unge damer kontaktet meg for en tid siden og spurte om hun kunne sende meg en mail hvor hun skrev litt om depresjonen sin. Hun ville ikke belaste sine forståelsesfulle foreldre med dette – de ville bare bli redde. Jeg sa selvfølgelig ja, og fikk dette fantastiske notatet. Jeg har fått lov av henne å dele hennes tanker med Utpostens lesere. Jeg er takknemlig for at hun vil dele tankene med meg, men enda mer takknemlig for at hun vil dele dem med gode kolleger. Av hensyn til min pasient er både hun og jeg anonyme.

Hun innleder med å skrive følgende:

«**JEG ER NOK INGEN SKRIBENT**, men det hjelper å få tankene ut, og du tåler å lese dem. Tusen takk!»

For meg er dette store ord som griper meg sterkt.

Det finnes mange måter å forklare hva en depresjon er og hvordan den føles. Den er individuell, som jo alle mennesker er. Jeg selv har brukt mange forskjellige bilder, den mørke skyen, den dype brønnen, den lange trappen i livets kjeller.

Hun skriver videre:

«I en alder av 23, har 13 av disse årene vært preget av angst og depresjoner. Har begynt å skjønne gangen i det nå. Jeg vet at den kommer. Jeg vet at den vil vare alt fra 2 uker til måneder. Jeg vet at den svekker meg. Jeg vet at den gjør meg enda svakere enn jeg er. Jeg vet at når den slipper tak, har jeg kort tid til å bygge meg opp igjen før neste kommer.

For meg, nå, beskrives depresjonen best som et slør. Ett tykt, mørkt og tungt slør. Den tynger mot skuldrene, den gjør det vanskelig å se, den gjør det vanskelig å puste. Den kan gjøre det letteste om til det tyngste.

Jeg så en dokumentar om en mann som skulle overleve alene på en øde øy i en måned. Han klarte det. I et intervju i ettertid forteller han om en kveld der han opplever

den vakreste solnedgangen han noen gang har sett. De vakre fargene som speiler seg i havet, den hvite sanden, stillheten. Men, for han betydde det ikke noe. Det ga han ingenting. Han var helt alene på en øde øy og den vakreste solnedgangen han hadde sett ga han ingenting fordi han ikke hadde noen å dele den med. Han var alene.

DET MØRKE SLØRET, gjør at jeg ikke klarer å sette pris på de små stundene i hverdagen. De stundene som gjør meg glad, de som gir meg mestringsfølelse, de som gjør meg lykkelig. De stundene er der, rundt meg hele tiden, men under sløret ser jeg dem ikke lengere. De gir meg ingenting. Jeg er alene. Jeg er alene på en øde øy.

VET IKKE HVORFOR jeg skriver dette, i iallfall ikke klokken 03.30 natt til en torsdag. Her alene, tynger det mørke sløret, de tunge tankene – du er svak, du er ikke verd noe, du oppnår ingenting, du tør ingenting. Udugelig. Du står på sidelinjen og ser ditt eget liv passere. Timene går, ukene går, månedene, årene. Du gjør ingenting med det – du er for svak.

Jeg er vel langt nede nå – sikkert. Så langt nede er jeg sjeldent heldigvis, men i løpet av 13 år begynner det å bli noen ganger. Hvordan jeg vet det? Kjenner det? Føler det? – Da er det én tanke som kommer, en

tanke som skaper en kvelende klaustrofobisk følelse under sløret, fylt med redsel. En ekkel følelse.

VANLIGVIS, NÅR JEG ER FRI fra sløret, er døden en fryktelig tanke. Den tar fra deg så mye. Eller, den tar fra deg alt. Døden er det stedet i enden av veien etter ett langt meningsfylt liv. Døden er den som tar fra deg de du er glad i.

Når jeg er fri fra sløret er døden en fryktelig skjebne. Nå, klaustrofobisk og redd. Svak. Sliten. Ødelagt. Nå har tanken kommet. Døden er ikke lenger et fryktelig sted. Døden er plutselig et sted der man kan slippe unna, slutte å rømme, slutte å tenke, slippe å kjempe mer. Dette er en utrolig ekkel tanke.

En klok venninne forklarte en gang at meningen med livet ikke var å vente til stormen har passert, men lære seg å danse i regnet. Dette traff meg og er noe jeg håper alle klarer å gjøre. Danse.

Jeg er sliten nå, jeg føler jeg ikke lenger klarer å lære meg dansen. Se de små stundene i livet. Jeg er for svak, for sliten. Jeg trenger bare litt hvile.

JEG VIL IKKE TENKE SÅNN, jeg er ikke suicidal. Det er noe jeg aldri kommer til å gjøre. Selv i de vanskeligste depresjonsperiodene har dette ikke falt meg inn. Jeg har dødsangst, bare med en mørk tvist i vonde stunder. Jeg vet at det er depresjonen som presser denne vonde tanken på meg, jeg vil ikke tenke sånn, men jeg er her helt alene, med kun negative tanker om meg selv. Den vennlige tanken om døden fører ironisk nok til større dødsangst. Jeg vil begynne å leve, jeg vil en gang i fremtiden føle med lykkelig. Men sløret gjør meg blind. Jeg vil ut, og det vet jeg at jeg klarer, men jeg vet ikke hvor lang tid det tar. En dag slipper jeg fri og da må jeg nyte det mens jeg kan bruke alle krefter på å bygge meg opp igjen før neste kommer.»

«Life is not about waiting for the storm to pass, it is about learning to Dance in the Rain.»

SPØRSMÅL FRA RELIS

Spørsmål om behandling av gravide og ammende med hyperlipidemi dukker jevnlig opp hos RELIS. Her har vi oppsummert det som til nå er kjent om legemiddelbehandling av denne pasientgruppen under graviditet og amming.



ILLUSTRASJONSFOTO. COLOURBOX

Lipidsenkende midler

Teoretisk bakgrunn

Kolesterol og andre produkter fra kolesterol-syntesen er viktige for utvikling i fosterlivet og i nyfødtp perioden. Kolesterol er en essensiell del av cellemembraner og inngår blant annet i syntesen av steroidhormoner, galle og vitamin D samt utviklingen av sentralnervesystemet. Samlet gir dette et teoretisk grunnlag for å kontraindisere statiner og andre midler med effekt på kolesterol under graviditet og amming (1,2,3).

Klinisk erfaring med lipid-senkende midler i graviditet

Det foreligger svært lite eller begrensede data vedrørende bruk av lipidsenkende legemidler under graviditet.

For statiner har enkelte kasuistikker reist mistanke om teratogen effekt og utfall som for tidlig fødsel, mens andre mindre studier ikke har kunnet bekrefte dette. Foreløpig finnes det derfor ikke sikre data som tilsier at det foreligger økt risiko for misdannelser knyttet til bruk av statiner under graviditet (1, 3, 4, 5). En metaanalyse fra 2012 sier at tilgjengelige data tyder på at statiner ikke kan anses som teratogene (1).

Det finnes ingen epidemiologiske data om bruk av fibrater, ezetimib eller nikotinsyre (som lipidmodifiserende middel) i svangerskapet (3, 4, 5).

Resinene (kolesevelam, kolestipol, kolestyramin) binder til gallsyrer i tarmen og danner et kompleks som ikke absorberes, men skilles ut med fæces. Fosterets kolesterolnivåer vil derfor ikke kunne påvirkes direkte og flere kilder angir at resinene kan brukes under graviditet (5, 6, 7). Dokumentasjon på bruk av resiner under første trimester synes å være noe begrenset, da disse kanskje først og fremst har vært brukt av gravide i forbindelse med kløe på grunn av svangerskapsassosiert kolestase, som er vanligst i senere del av svangerskapet. Langvarig bruk av resiner kan føre til nedsett opptak av fettløselige vitaminer og profylakse med fettløselige vitaminer bør derfor vurderes ved langvarig behandling under svangerskap (7).

Klinisk erfaring med lipid-senkende midler ved amming

Også under amming er det svært liten erfaring med bruk av lipidsenkende midler.

For statiner kjenner vi ikke til en eventuell overgang til morsmelk. Statinene metaboliseres i all hovedsak via førstepassasje i lever, og har lav peroral biotilgjengelighet. Dette tilsier at den systemiske absorpsjonen via barnets mage-tarm-kanal vil være liten (2, 4).

Det finnes heller ingen data om bruk av fenofibrater eller ezetimib under amming eller kunnskap om eventuell overgang til morsmelk (2, 3, 4, 8, 9). Nikotinsyre er rapportert å forekomme i morsmelk, men kliniske data savnes. Ved bruk av lipidsenkende doser er det risiko for bivirkninger hos barnet (4, 8).

Det er lite klinisk erfaring med bruk av resiner under amming, men basert på fraværende systemisk absorpsjon angir flere kilder at disse kan brukes under amming (2, 9). En teoretisk påvirkning i form av reduserte kolesterolnivåer i melk og redusert absorpsjon av fettløselige vitaminer hos mor, kan imidlertid ikke utelukkes (2, 8).

Hyperkolesterolemi i svangerskapet

Økte nivåer av kolesterol og triglyserider er normalt i svangerskapet. Nivåene kan øke med opp til 50 prosent, og for kvinner med familiær hyperkolesterolemi er den relative økningen omtrent lik som hos kvinner uten denne lidelsen. De totale nivåene av kolesterol og triglyserider blir imidlertid mye høyere hos kvinner med hyperlipidemi og det er ikke kjent om dette vil ha konsekvenser for mor og barn i et lengre perspektiv (1, 10). Det kan tenkes at forhøyede kolesterolnivåer in utero på sikt kan bidra til kardiovaskulær sykdom hos barnet, en teori som til nå delvis er bekreftet i dyrestudier (1, 6).

Forløp og utfall av svangerskap hos kvinner med familiær hyperkolesterolemi er undersøkt i enkelte studier. En norsk registerstudie av 1093 kvinner med heterozygot familiær hyperkolesterolemi og to

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

ved graviditet og amming



ILLUSTRASJON: BAKKEBØ/TONO COURBON

talt 2319 fødsler fant ingen økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel, eller misdannelser sammenlignet med den øvrige befolkningen (10). Andre studier har heller ikke funnet forskjeller i utfall av svangerskap hos kvinner med familiær hyperkolesterolemi sammenlignet med andre gravide (6).

Anbefalinger

Utvikling av aterosklerose er en kronisk prosess og et opphør i behandling i forbindelse med graviditet og amming antas ikke å påvirke langtidsrisikoen. Spesiallitteratur og retningslinjer vurderer pr. i dag derfor risikoen av systemisk virkende lipidsenkende behandling som større enn nytten og anbefaler seponering av slike legemidler i forbindelse med graviditet og amming (1, 3, 4, 11, 12). Britiske retningslinjer for behandling av kvinner med familiær hyperkolesterolemi angir at statiner fortrinnsvis bør seponeres tre måneder før graviditetsforsøk (11). Eksponering for slike legemidler tidlig i graviditeten gir imidlertid ikke grunnlag for å avbryte svangerskapet (5). I de tilfeller der det er ønskelig

med farmakologisk intervensjon under graviditet og amming kan lokalt virkende midler som resiner forsøkes (6).

Konklusjon

Vi vet foreløpig lite om bruk av lipidsenkende midler hos gravide og ammende. Ingen av de lipidsenkende midlene er kjente teratogener, men datagrunnlaget er sparsomt. Kolesterol er viktig både i fosterlivet og nyfødtp perioden, hvilket gjør bruk av kolesterolmodifiserende preparater problematisk. Risiko for skadelige effekter på fosteret eller diende barn kan ikke utelukkes og lipidsenkende midler anbefales seponert i forbindelse med graviditet og amming. Unntaket er resiner som ikke absorberes systemisk og som dermed ikke direkte kan påvirke fostre eller diende barn.


REFERANSER

1. Kusters DM, Lahsinoui HH et al. Statin use during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2012; 10 (3): 363–78.
2. Hale TW, editor. *Medications and mothers milk: A manual of lactational pharmacology* 2012; 15th ed.

3. Briggs GG, Freeman RK et al, editors. *Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk* 2011; 9th ed.
4. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no> (4. mars 2014).
5. Källén K, Winbladh B. Läkemedel och fosterpåverkan. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-och-fosterpaeverkan/> (4. mars 2014)
6. Eapen DJ, Valiani K et al. Management of familial hypercholesterolemia during pregnancy: Case series and discussion. *J Clin Lipidol* 2012; 6 (1): 88–91.
7. RELIS database 2011; spm.nr. 2603, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no/database).
8. Avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. *Läkemedel och amning*. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-amning/> (4. mars 2014)
9. National Library of Medicine (USA). *Drugs and Lactation database (LactMed)*. <http://toxnet.nlm.nih.gov/lactmed> (4. mars 2014).
10. Toleikyte I, Retterstøl K et al. Pregnancy outcomes in familial hypercholesterolemia: a registry-based study. *Circulation* 2011; 124 (15): 1606–14.
11. Thorogood M, Seed M et al. Management of fertility in women with familial hypercholesterolemia: summary of NICE guidance. *BJOG* 2009; 116 (4): 478–9.
12. Robert S Rosenson RS et al. Inherited disorders of LDL-cholesterol metabolism. In: *UpToDate*. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 12. februar 2014).

TINA BAKKEBØ
RELIS VEST

I den 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 till!  Tove Rutle – lagleder

Det finnes slike som

Det finnes slike som mer tilpasningsdyktig lever sine liv.

Både de og omgivelsene deres er harmoniske.

På alt har de en løsning og et riktig svar.

De gjetter med én gang hvem som er hvem, og med hvem, med hvilket formål, hvor de er på vei.

De setter to streker under den eneste sannheten, kaster unødvendige fakta i makuleringsmaskinen, og ukjente personer i mapper beregnet på slike.

De tenker bare så mye som det lønner seg, ikke et øyeblikk lenger, for bortenfor det øyeblikket ligger tvilen på lur.

Og når de avskjediges fra tilværelsen, forlater de sin post gjennom de anviste dørene.

Av og til misunner jeg dem. – heldigvis går det over.»

WISLAWA SZYMBORSKA FRA
«LIVET ER DEN ENESTE MÅTEN»

Å få velge dikt til *Utposten* ser jeg på som særdeles hyggelig. Lyrikkspalter er viktige arenaer for å spre dette stebarnet i litteraturen. I bokhandlene er ikke lyrikk viet mye hylleplass. Lyrikk selger ikke sier bokhandlerne.

Jeg skulle kanskje valgt Prøysen fordi det er Prøysen-jubileum i år, og siden jeg er oppvokst på et «jintrom» oppi Vang, nå Hamar. Eller kanskje valgt en annen stor poet fra hjemtraktene; Rolf Jacobsen. Jo eldre jeg blir, jo mer betyr hans lyrikk for meg. Hans dikt «Til deg» er et særdeles vakkert kjærlighetsdikt.

De to nevnte hedemarkingene er kjent for de fleste og derfor har jeg valgt en mindre kjent forfatter. Med gode kollegaer vil jeg dele diktet «Det finnes slike som» av den polske poeten Wislawa Szymborska.



Dessverre er det lite av det hun har skrevet som er oversatt til norsk. Szymborska fikk nobelprisen i litteratur i 1996. Hun ble ofte omtalt som «Poesiens Mozart». Hun har en enkel og åpen uttrykksform, men samtidig evner hun å speile hverdagens kompleksitet. Hun skriver om livet uten å bli plump eller banal. Som i mange andre av hennes dikt, forteller hun også i diktet «Det finnes slike som» om noe vi alle egentlig vet. Her ironiserer hun over hvordan man kan skape seg et trygt, forutsigbart og harmonisk liv. Hvordan gjøre det «riktige».

I vår tid hyller vi mer enn noen gang individualistene; de flinkeste, de feilfrie.

Ulikhetene blir større. De som faller utenfor blir tydeligere.

Alle har ikke et stort nettverk. Alle blir ikke fremsnakket og får «likes» på Facebook og Twitter.

Som en av mine pasienter sa til meg etter statsministerens nyttårstale: «Jeg har ikke bare hull i CV'n. Jeg har ingen CV».

Alle kan ikke være best. Alle kan ikke være like lønnsomme. Det blir færre jobber for ufaglærte. Vi vil fortsatt ha rusmisbrukere. Det vil fortsatt være noen som faller langt fra stammen og noen vil være mindre produktive enn det samfunnet ønsker.

Vi allmennleger møter alle disse menneskene. Vi har en unik posisjon og mulighet til å tale deres sak i det offentlige rom. Vi observerer, og det er vår plikt å dokumentere.

Vi skal ikke kunne reserve oss. Ikke «tenke bare så mye som det lønner seg» som det står i diktet. Da må vi tåle at vi ikke bare får «likes».

Jeg sender stafettpinnen videre til min gode kollega Kari Anne Haug ved Bogerud Legesenter i Oslo.

Hilsen fra
SIGRUN JØRSTAD