

Utposten

7 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Diabetes

- mål, satsing og kasuistikker

PMU 2014

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

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

Kristine Asmervik

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: kri-as-d@online.no

FORSIDE: 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: Mål for diabetesbehandling – er det så nøye da?

Anne Grethe Olsen

**2 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Diabetessatsingen i Helse Nord**

Tor Claudi

5 Diabetes og førerkort

Inger Williams

8 Tanangermodellen. Organisert kronikeroppfølging i primærhelsetjenesten. Diabetes som systemsykdom.

Kristian Jong Høines

11 To pasienter med diabetes II

Peter Prydz

12 Diabeteskasuistikker fra medisinsk poliklinikk

Anne Grethe Olsen

13 Kasuistikk – LADA

Badboni El-Safadi

16 Smitteverntiltak i barnehage og skole gir færre infeksjoner

Ingrid M. Høie

18 PEARLS – nyheter i én overskrift

Alexander Wahl

20 'Vi må være litt strenge'.

Fastlegers holdning til forebyggende helsearbeid

Stig Bruset, Sigurd Høye og Ole Rikard Haavet

26 PMU 2014 - Kunsten å velge

Mona Søndena

30 Prisvinnere PMU 2014

33 Ny kunnskap i allmennmedisin. Presentasjon av

sammendragene fra forskningsdagen på Primærmedisinsk uke 2014.

Redigert av Elin Olauv Rosvold og Sabine Ruths

42 Noklus tilbyr kasuistikker til fastlegene

Svein Ivar Fylkesnes og Siri Fauli Munkerud

43 Ny veileder for laboratorietilbud i sykehjem fra Noklus

Svein Ivar Fylkesnes og Siri Fauli Munkerud

44 Praksisbesøk i utlandet – buenísimo!

Torgeir Fjermstad

48 Ukas pasient

Stine Skoglund

51 LESERBREV: Feil om vold i nære relasjoner

Innsendt av Pål Gulbrandsen. Tilsvar av Arild Aambø

52 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:

Fastlegen kan behandle medikamentoverforbrukshodepine

Espen Saxhaug Kristoffersen

53 FASTE SPALTER

LYRIKKSTAFETTEN 53

RELIS 54

Mål for diabetesbehandling

- er det så nøye da?

Rundt 25 000 nordmenn har diabetes type 1 og mellom 250 000 og 350 000 har diabetes type 2. Av de med diabetes type 2 regner man med at nærmere halvparten har diabetes uten selv å vite om det. Antall nordmenn med diabetes type 2 øker. Norsk diabetesregister for voksne ble opprettet i 2006 etter anbefaling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er et samtykkebasert nasjonalt kvalitetsregister med mandat til å samle inn data fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den daglige driften er lagt til Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirkosomhet utenfor sykehus (Noklus). Bare 2814 (1–2 prosent) av pasientene med type 2-diabetes som behandles hos fastlegen, var registrert i Norsk diabetesregister for voksne i 2013 (1).

Med bakgrunn i data fra diabetesregisteret fra 2011 gjorde Cooper, Claudi og medarbeidere en undersøkelse for å vurdere kvaliteten på behandlingen av voksne pasienter med type 1-diabetes i spesialisthelsetjenesten (2). De fant at bare 10 prosent av pasientene nådde behandlingsmålene for HbA1c, LDL-kolesterol og blodtrykk. 20 prosent av pasientene var registrert som dagligrøykere. Oppfølgingen av pasientene var ikke tilfredsstillende, og dette gjaldt spesielt fotundersøkelse og øyestatus, som var mangelfull.

Diabetesbehandlingen har endret seg fra å være sentrert om å senke blodglukose-nivået til også å vektlegge behandling av den økte risikoen for hjerte- og karsyk-

dommer. Det er godt dokumentert at god behandling forhindrer eller forsinker både mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner. En konsekvens av dette er at flere personer med diabetes skal behandles og at kravene som stilles til kvaliteten på behandlingen øker. Pasientene vil også ofte bevege seg mellom nivåene i helsetjenesten, noe som stiller krav til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

I denne utgaven av *Utposten* omtaler overlege Tor Claudi Helse Nord's reviderte handlingsplan for diabetes *Fra handling til samhandling 2014–2019*, som legger hovedvekt på samarbeidet mellom diabetesteamene på sykehusene og fastlegene / kommunehelsetjenesten. Hovedelementene i denne satsingen er opplæring i førstelinjetjenesten og kvalitetssikring av diabetesomsorgen i hele Nord-Norge. Det er foreslått at man forsøker å legge til rette for at fastlegene i større grad benytter seg av Noklus-diabetesskjema, da bruk av skjemaet i seg selv erfaringsmessig medfører en bedre kvalitet på kontrollene. Det gir også allmennlegen selv en mulighet til å vurdere kvaliteten på den tjenesten han eller hun tilbyr. I tillegg kan det gi aggregerte data om kvaliteten i diabetesomsorgen i hele landsdelen.

Assisterende fylkeslege i Sør-Trøndelag Inger Williams gir i sin artikkel om diabetes og førerkort en god oversikt over hvilke krav som stilles for å ha førerkort i

gruppene 1, 2 og 3. Kravene for å inneha førerkort er strenge, men det er åpnet opp for muligheten til å søke om dispensasjon, spesielt i gruppe 1 (lettere kjøretøy). Dersom pasienten har hatt alvorlig hypoglykemi de siste 12 månedene, vil han ikke fylle helsekravene og må søke om dispensasjon for førerkort i gruppe 1. Dette vil vanligvis kunne innvilges når årsak til hypoglykemien er klarlagt og eliminert og effektiv endring er gjennomført. En innlevering av førerkortet kan gi en gylden mulighet for fastlege eller spesialist til å få bedre kontroll med pasienter som har en dårlig regulert diabetes, da en påfølgende dispensasjonsøknad alltid vil måtte inneholde dokumentasjon på at sykdommen er under kontroll.

De nasjonale retningslinjene for diabetes gir oss anbefalinger for hva vi skal kontrollere og hvilke behandlingsmål vi bør sette for pasientene våre. Noklus-diabetesskjema kan være til hjelp for å nå disse målene, og det er fra nasjonalt hold oppfordret til at vi bruker det både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

ANNE GRETHE OLSEN

REFERANSER

1. Noklus. Diabetesregister for voksne. Rapporter. www.noklus.no/
2. Cooper J.G., Claudi T., Thordarson H.B., Løvaas K.F., Carlsen S., Sandberg S., Thue G., Behandlingen av type 1-diabetes i spesialisthelsetjenesten – data fra Norsk diabetesregister for voksne, Tidsskr Nor Legeforen 2013; 113: 2257–61.

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.

Diabetessatsingen i Helse Nord

■ TOR CLAUDI • Overlege medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø

Våren 2006 tok Diabetesforbundet kontakt med alle de regionale helseforetakene med tanke på å få foretakene til å lage hver sin overordnede handlingsplan for diabetes. Helse Nord var det eneste RHFet som tok denne utfordringen.

I 2006 ble det bevilget midler til en regional diabetessykepleier, og samme år ble mandatet for handlingsplanen vedtatt og prosjektgruppa utnevnt. Gruppa besto av to brukerrepresentanter, en klinisk ernæringsfysiolog, to diabetessykepleiere, to fastleger, tre overleger på medisinske avdelinger og en barnelege. Den regionale diabetessykepleieren fungerte som pådriver og sekretær for gruppa.

«Handlingsplan for diabetes 2008–2013

– *Fra kunnskap til handling*» ble levert høsten 2007 og vedtatt av styret i Helse-Nord samme år. Den økonomiske rammen gruppa foreslo var 8 mill. Vedtaket ble imidlertid ikke fulgt opp av bevilgninger før i 2009, men da ble det bevilget 8 millioner. Hovedtrekkene i planen var å utjevne de betydelige forskjellene som ble påvist mellom sykehusene når det gjaldt poliklinisk tilbud og kapasitet til behandling av personer med diabetes. Man foreslo opprettelse

Kompetanseutveksling: Diabetessykepleier og kursholder Solveig Antonsen, diabetessykepleier og leder for avdelingen i Nord-Salten Astrid Nordnes, diabetessykepleier ved Nordlandssykehuset Mai-Lis Hammer Endresen, prosjektleder for «Diabetesaksjonen i Nord-Norge» Gøril Klette, brukerrepresentant Jan Robert Aalstad og Rigmor Lind fra Noklus.



av et diabetesfagråd, styrking av diabetes-sykepleierstillingene ved alle sykehusene, totalt ni stillinger, i tillegg en ny overlegetstilling ved endokrinologisk avdeling ved UNN og en ny LIS-legestilling ved medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset i Bodø. Planen inneholdt evaluerbare mål for struktur, prosess og resultat på diabetespoliklinikkene. Siden vi den gang ikke hadde noen data om kvaliteten på tilbudet ved poliklinikkene, ble særlig kvalitetsmålene definert ut fra «tenk på et tall»-metoden. Dette var før samhandlingsreformen var utredet og vedtatt. Samarbeid mellom sykehusene og fastlegene/kommunehelsetjenesten ble problematisert, men planen inneholdt ingen konkrete tiltak på dette området.

Fagrådet for diabetes i Helse-Nord startet i 2012 arbeidet med en evaluering og revisjon av diabeteshandlingsplanen. Som tabell 1 og tabell 2 viser er en rekke av intensjonene i den opprinnelige planen innfridd, særlig gjelder det strukturelle og organisatoriske målsettinger.

Den nye reviderte handlingsplanen «Fra handling til samhandling 2014–2019» legger hovedvekten på samarbeidet mellom diabetesteamene på sykehusene og fastlegene / kommunehelsetjenesten. Hovedelementene i denne satsingen er opplæring i førstelinjetjenesten og kvalitetssikring av diabetesomsorgen i hele Nord-Norge. De konkrete tiltak som foreslås er at det fram til 2018 skal arrangeres diabeteskurs i alle kommuner i Nord-Norge. Malen for disse kursene er utprøvd i Saltenområdet (SE FIGUR 1 SIDE 4). I tillegg til kursene har vi påfølgende dag arrangert diabetesklinikker hvor fastlegene og overlege fra sykehuset har diskutert enkeltpasienter med pasienten til stede. Erfaringene fra Salten er at dette er en godt fungerende modell. Det er enklere og rimeligere å flytte personell fra sykehuset ut i kommunene enn omvendt. I Salten har vi arrangert seks kurs for 12 kommuner med til sammen 415 helsepersonell, hvorav 52 leger. Ca. 80 prosent av alle legene i de aktuelle kommunene deltok på kursene. Kursene var og skal fortsatt være gratis for kommunene, bortsett fra at de må være ansvarlige for egnede lokaler, litt lokal tilrettelegging og distribusjon av kursprogram.

En målrettet kvalitetsforbedring krever et visst minimum av kunnskap om den tjenesten man skal forbedre. Når det gjelder

MÅL	STATUS 2013
Opprettelse av diabetes sentralteam i Bodø og Tromsø	Innfridd
Opprettelse av endokrinologstilling ved UNN	Innfridd
Opprettelse av LIS-legestilling ved med.avd. Nish Bodø	Innfridd
Opprettelse av fotteam i Bodø og Tromsø	Delvis innfridd
Opprettelse av diabetesteam ved samtlige sykehus	Innfridd
Innføring av elektronisk diabetesjournal for voksne ved medisinske poliklinikker (Noklus diabetesjournal)	Innfridd, men brukes ikke konsekvent på alle sykehus
Etablering av regionalt diabetesnettverk	Innfridd
Arrangering av regionalt diabetesforum	Innfridd
Videreutdanning av endokrinologer	En LIS-lege fra Bodø under utdanning ved St-Olavs, en utdanningsstilling ved UNN-Tromsø
Videreføring av stilling som regional diabetesykepleier	Innfridd
Etablering av regionalt diabetesfagråd	Innfridd
Kliniske ernæringsfysiologer ved alle sykehus	Stillingene opprettet, rekrutteringsproblemer i deltidsstillinger ved UNN-Harstad/Narvik
Psykologstilling Nish Bodø 35 %	Opprettet, men ikke besatt
Flere utdannede diabetesykepleiere i kommunehelsetjenesten	Fortsatt alt for få diabetesykepleiere i kommunehelsetjenesten, 15 til sammen i Nord-Norge
Stipendmidler til diabetesykepleiere ansatt i Helse-Nord	Innfridd
Opprettelse av stilling som brukerkonsulent	Forsøkt, men avvirket inntil videre
Utdanning av diabetesykepleiere videreføres	Utdanningen ved UIN i Bodø fortsetter
Kartlegging av brukertilfredshet	Ikke gjennomført

TABELL 1: Oversikt strukturmål 2008–2013 og innfrielse av disse.

TABELL 2: Målsetting og måloppnåelse for voksne med diabetes type 1 kontrollert på sykehus i Nord-Norge sammenliknet med landsgjennomsnittet. Data hentet fra Norsk diabetesregister for voksne.

MÅL	MÅLSETTING %	RESULTAT 2012 TYPE 1 (%) N= 1009	LANDSGJENNOMSNITT
HbA1c < 7,5 % ^a	75	28,8	34,7
Blodtrykk < 140/85	75	(SBT < 135) 72,7	75,2
Ratio totalkolesterol/HDL < 5 (nye lipidmål) ^a	b	b	
LDL-kolesterol ≤ 3,5 ikke kjent hjerte- og karsykdom	b	77,4	82
LDL ≤ 2,5 statinbehandlet	b	49,7	49,4
LDL ≤ 1,8	b	19,4	34,3
Ikke røykere	80	77,1	80,1
Undersøkt hos øyelege i henhold til retningslinjer	85	75,7	50,8
Undersøkt føttene årlig	75	69,7	30,6
Registrert vekt årlig	75	90,8	83,7
Undersøk urinalbumin (< 75 år)	75	70	66,8

^a Behandlingsmål for HbA1c er endret fra 7,5 til 7% i løpet av planperioden

^b I løpet av planperioden er lipidmålene endret, man vurderer nå S-LDL-kolesterol relatert til risiko for hjerte- og karsykdom. Måloppnåelse er beskrevet ut fra gjeldende lipidmål

kvaliteten på diabetesomsorgen i Nord-Norge, har vi etter hvert gode data fra sykehusene, men vi mangler data fra ca 80 % av

fastlegene. Arbeidsgruppa foreslår derfor at man forsøker å legge til rette for at fastlegene i større grad benytter seg av Noklus

KLINISK UNDERSØKELSE M.M. ^a	RESULTAT (%)
Måling av HbA1c	95
Måling av blodtrykk	95
Måling av kolesterol ^b	82
Vekt angitt	96
Kartlagt prematur hjerte- og karsykdom i familien	98
Røykevaner angitt	98
Ikke røykere	82
HbA1c < 7 %	67
Systolisk blodtrykk < 135 mmHg	57

^a Data for undersøkelse av føtter, av urinalbumin og for undersøkelse hos øyelege foreligger ikke.

^b Data for måling av kolesterolet noe underestimert pga. manglende innrapportering i Alta hvor diabeteskontrollen ofte skjer på kommunens diabetescenter og ikke hos fastlegen.

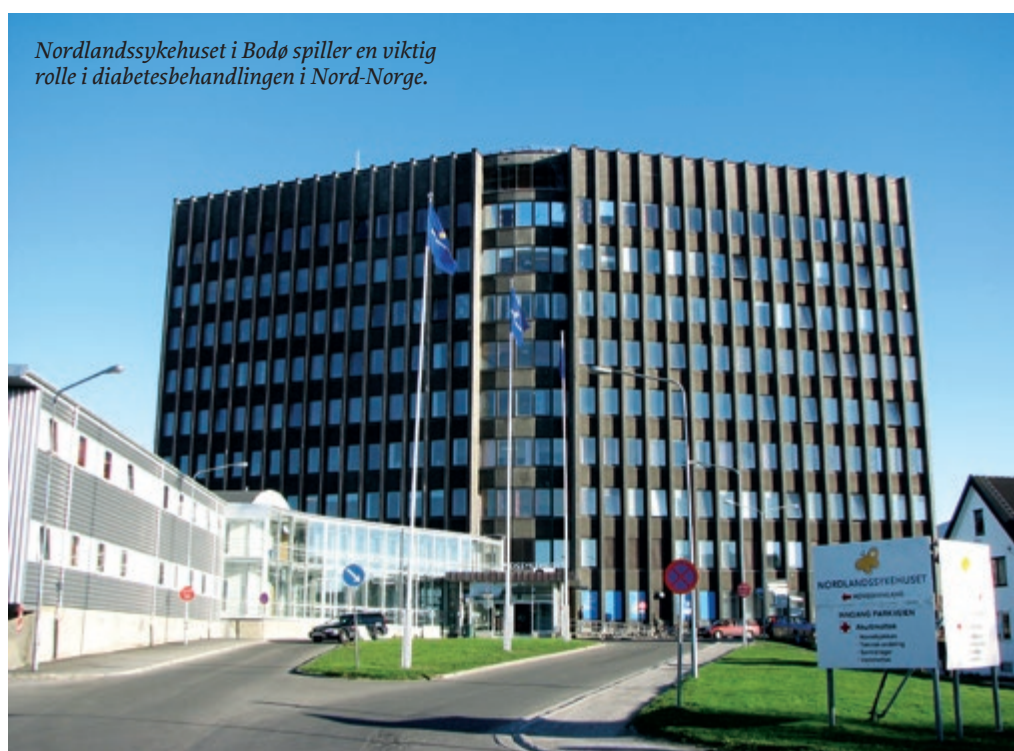
TABELL 3: Resultater for diabetes type 2 behandlet i allmennpraksis i Nord-Norge i 2012. Totalt 1136 pasienter fra til sammen 56 av 520 legekantor i landsdelen. Data hentet fra Norsk diabetesregister for voksne.

diabetesskjema. Bruk av skjemaet vil erfaringsmessig i seg selv medføre en bedre kvalitet, særlig når det gjelder prosessindikatorer. Det gir også den enkelte lege en mulighet til å vurdere kvaliteten på den tjenesten han eller hun tilbyr. I tillegg kan det gi aggregerte data om kvaliteten og evt. endring av den i hele landsdelen.

For å gjennomføre disse tiltakene foreslo arbeidsgruppa to nye stillinger som diabetessykepleiere ved henholdsvis UNN og Nordlandssykehuset i Bodø. Helse-Nord vurderer dette prosjektet som et prøveprosjekt og en mulig mal på fremtidig samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Styret i Helse-Nord vedtok derfor i september i år å opprette totalt fire stillinger som diabetessykepleiere, de plussset på en stilling ved Helgelandssykehuset og en ved Finnmarkssykehuset. Vi opplevde det litt unike at styret i Helse Nord foreslo en større bevilgning enn det arbeidsgruppa hadde foreslått.

Som et resultat av den nye strategien ble det første kurset arrangert på Finnsnes i oktober i år. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom åtte kommuner (Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy) og UNN-Tromsø. Vi regner med å komme i gang med organiserte kurs i hele Nord-Norge i løpet av 2015. For å lykkes med dette prosjektet er vi avhengige av et godt og nært samarbeide mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Erfaringsmessig har begge nivå mye å lære av et slikt samarbeid.

■ TCLAUDI@ONLINE.NO



HELSEPERSONELLKURSET		
1145-1155	Velkommen/introduksjon	v/overlege Nlsh
1155-1230	Diabetes: Klassifisering, epidemiologi, forebygging	v/overlege Nlsh
1230-1245	Brukersynspunkt på diabetesomsorgen	v/pasient/bruker
1245-1399	Diabetesaksjon Nord-Norge	v/prosjektleder diabetesforbundet
1300-1315	Fysakprosjektet i kommunen	v/Fysakkoordinator
1315-1330	Kaffepause m enkle servering	
1330-1410	Måling av blodsukker på legekantor og i hjemmetjenesten	v/labkonsulent Noklus
1410-1455	Insulintyper og injeksjonsteknikk	v/diabetessykepleier Nlsh
1455-1505	Pause	
1505-1630	Mat og diabetes	v/klinisk ernæringsfysiolog

LEGEKURSET (kurs for allmennleger - 6 kurstimer/poeng)		
1145-1330	Felles program med annet helsepersonell	
1330-1400	Diagnostikk	v/overlege Nlsh
1400-1430	Noklus diabetesskjema	v/overlege Nlsh
1430-1500	Tablettbehandling	v/overlege Nlsh
1500-1545	Insulinbehandling	v/overlege Nlsh
1545-1630	Behandling av hypertensjon, hyperkolesterolemi og albuminuri	v/overlege Nlsh

FIGUR 1: Program for helsepersonell- og legekurset

Diabetes og førerkort

■ INGER WILLIAMS • Assisterende fylkeslege i Sør-Trøndelag



I Norge er det over 125 000 personer i aldersgruppen 0–74 år som bruker legemidler mot diabetes. Dette er en økende gruppe. Når det gjelder førerkort, så har vi som leger et ansvar for å vurdere om pasientens sykdom eller behandling, kan gi økt risiko i trafikken for sjåfør eller andre trafikanter.

I tillegg til klinisk skjønn, vil myndighetenes lovkrav regulere dette. Førerkortforskriftens vedlegg om helsekrav definerer noe av dette når det gjelder de forskjellige førerkortklassene. Helsedirektoratet har også gitt ut en veileder «Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker». Fylkesmannen ved fylkeslegen er på vegne av myndighetene tillagt å gi råd og å innvilge dispensasjoner fra førerkortforskriftens helsekrav.

Det trafikale risikobildet for en diabetiker knytter seg ikke bare til hypoglykemi som følge av behandling, men også til de følgetilstander som sykdommen kan gi. Menn med type 2-diabetes har to til fire ganger økt risiko for hjerteinfarkt og hjerne slag. Kvinner har tre til fem ganger økt risiko. I tillegg er diabetikere utsatt for skader på små blodårer i blant annet nyrer og øyne. Følgesykdommer kan forebygges og forsinkes gjennom jevnlig kontroll og god behandling. For å forsikre seg om at diabetikere som er medikamentelt behandlet og skal kjøre bil, kontrolleres jevnlig, har myndighetene i hele Europa innført maksimalt anbefalt varighet på førerkort. Lavere klasser – gruppe 1, kan ha maksimal varighet på fem år, mens for de høyere – gruppe 2 og 3, er grensen tre år.

Risikoen knyttet til sykdom og behandling er ulik for type 1 og 2. Tabletter, GLP-1 analoger og insulin er imidlertid sidestilt i forskriften fordi hypoglykemi også kan utløses ved tablettbehandling, fordi overgang til insulin må påregnes, og fordi man ikke ønsker at førerkortforskriftens krav skal påvirke valg av behandling.

Førerkortgruppe 1 lett kjøretøy (klasse ABMST)

Fyller vanligvis kravene til helse. Du skal fylle ut skjema NA-0202 og NA-0202b. Dersom diabetesykdommen følges opp av spesialist i indremedisin, skal vedkommende fylle ut skjema NA-0202b. Husk å skrive anbefalt varighet. Dersom du mener det er medisinske grunner til at pasientens førerkort skal vurderes oftere enn hvert femte år, skal du skrive det på skjemaet.

Skjemaene skal så pasienten ta med til trafikkstasjonen for å få sitt førerkort fornyet.

Dersom pasienten har følgetilstander som gjør at han ikke fyller helsekravene av den grunn (jf. førerkortforskriftens helsekrav), må det søkes fylkesmannen om dispensasjon.

Dersom pasienten har hatt alvorlig hypoglykemi de siste 12 månedene – definert som blodsukker under 3,9 og trengt assistanse fra annen person – vil han ikke fylle helsekravene og må søke om dispensasjon. Dette vil vanligvis innvilges når årsak til hypoglykemien er klarlagt, eliminert og effektiv endring gjennomført.

Tyngre kjøretøy

Gruppe 2 (C1, CE): Vedlegg 1 § 3 nr. 5 lyder nå (fra 1. august 2011):

«Ved diabetes som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter, må

- a) det ikke ha vært alvorlig hypoglykemi (lavt blodsukker) de siste 12 måneder
- b) føreren være fullt oppmerksom på utviklingen av hypoglykemi
- c) føreren regelmessig kontrollere blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring
- d) føreren kunne redegjøre for farene ved hypoglykemi
- e) det ikke være tegn på alvorlige komplikasjoner til sykdommen.

Førerkortet kan ikke gis lenger gyldighets-tid enn 3 år.»

Risikobildet, kontrollopplegg og krav blir selvfølgelig strengere dess tyngre kjøretøyene er. Sjåfører som innehar førerkortklasse gruppe 2 kan kjøre store tunge lastebiler

med tilhenger. Det er derfor viktig at sjansen for illebefinnende eller andre problemer er så liten som mulig. Dersom du kan svare ja på punktene a til e, vil vedkommende fylle helsekravene. Framgangsmåten blir da som for gruppe 1, men maks anbefalt varighet blir da 3 år.

Buss, kjøreseddel mm.

Gruppe 3 (D1, D, kjøreseddel m.v.). Her er det i Vedlegg 1 § 4 nytt nr. 3 som lyder:

«Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter.»

Her vil vedkommende altså ikke fylle helsekravene uavhengig av om pasienten har type 1- eller type 2-diabetes. Det må derfor søkes fylkesmannen om dispensasjon.

Det er noe forskjellig praksis for dispensasjon når det gjelder diabetes type 1 og 2.

Diabetes type 1

Denne sykdommen medfører ganske høy risiko i trafikken, og dispensasjonspraksis skal være restriktiv. Det skal nå ikke innvilges dispensasjon for førstegangsutstedelse.

Dersom det av en eller annen grunn tidligere er gitt dispensasjon, vil det måtte foretas en rimelighetsbetraktning ut i fra regulering, helsetilstand ellers, behov og klasse det søkes om.

Det kan allikevel ikke gis dispensasjon for klasse D eller kompetansebevis for utrykningskjøretøy. En person med diabetes type 1 kan da altså ikke være bussjåfør eller ambulanspersonell, dersom kravet om at begge på en ambulans skal ha kompetansebevis for utrykningskjøretøy går igjennom.

Diabetes type 2 behandlet med perorale antidiabetika eller GLP-1 analoger:

Dersom sykdommen er under god kontroll på ordinære doser antidiabetika, og legen attesterer at hypoglykemirisikoen er lav, kan det være forsvarlig å gi dispensasjon også for førstegangsutstedelse av førerkort



ILLUSTRASJONSFOTO: CALUREOX

gruppe 3 og kjøreseddel m.v. Forutsetningene er altså at:

- sykdommen er velkontrollert på tabletter eller GLP-1 analoger
- det ikke er alvorlige komplikasjoner, jf. NA-0202 pkt. 9 og NA-0202b pkt. 6, 7, 9 og 10.
- legen attesterer at det ikke har vært hypoglykemieepisoder og at risikoen for dette er lav

Diabetes type-2 behandlet med insulin

Insulinbehandling medfører vesentlig lavere hypoglykemirisiko ved type 2-diabetes enn ved type-1.

Pasienter med type-2 diabetes som ikke har komplikasjoner, og der legen attesterer at det ikke har vært problemer med hypoglykemi, bør derfor kunne få dispensasjon for fornyelse av førerkort i gruppe 3 – klasse D1, D og kjøreseddel m.v., forutsatt at det godtgjøres tungtveiende behov.

Under de samme forutsetninger kan det gis dispensasjon for førstegangsutstedelse for kjøreseddel for drosje. For klasse D og kjøreseddel for buss kreves meget gode holdepunkter for lav hypoglykemirisiko, og dispensasjonen skal maksimum vare to år.

Det gjøres alltid oppmerksom på at fornyelse ikke kan påregnes dersom sykdommen utvikler seg ugunstig. Maksimal dispensasjonstid som kan innvilges for denne klassen er alltid tre år.

Det er planlagte forandringer i både førerkortforvaltning og vurdering av helsekrav. Det som er skrevet over er gjeldende pr. oktober 2014. Forandringene vil tidligst komme i løpet av 2015, men Helsedirektoratets hjemmeside vil bli oppdatert ved forandringer.

LENKE TIL HELSEDIREKTORATETS HJEMMESIDE

<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/forerkort/Sider/default.aspx>

■ FMSTIWI@FYLKESMANNEN.NO

Tanangermodellen

Organisert kronikeroppfølging i primærhelsetjenesten.
Diabetes som systemsykdom.

■ KRISTIAN JONG HØINES • Fastlege/spesialist i allmennmedisin, Tananger Legesenter

Ved Tananger Legesenter har vi startet et samarbeid med Stavanger Universitetssykehus (SUS) der vi har overtatt mer av ansvaret for oppfølging av våre diabetespasienter. Dette startet for å lette den store pågangen til SUS fra primærhelsetjenesten, men ble samtidig en spennende og svært givende endring i vår tilnærming til diabetes. Men det har og gitt oss gode innspill og motivasjon til å se på organiseringen av kontroller av andre kroniske sykdommer.

Høsten 2008 startet vi ved Tananger Legesenter opp arbeidet for å organisere oppfølgingen og behandlingen av diabetespasienter ved Tananger Legesenter. Det ble iverksatt et samarbeid mellom endokrinologer ved Stavanger Universitetssykehus og primærhelsetjenesten med bakgrunn i det SUS opplevde som betydelig økning i henvisninger. Belastningen på sykehuspoliklinikken var etterhvert så stor at man var bekymret for kapasiteten. Det ble derfor tatt initiativ til å tenke nytt i form av å øke kompetansen i primærhelsetjenesten slik at denne var i bedre stand til å ta seg av de problemstillinger som kunne, og burde, håndteres på dette nivået.

Etter å ha jobbet i primærhelsetjenesten siden 2004 hadde jeg et ganske tydelig inntrykk av at det forekom en stor variasjon i måten diabetespasientene ble utredet, fulgt opp og behandlet på. Ikke bare mellom de forskjellige sentrene, men og internt ved hvert senter. Dette samsvarte også med endokrinologenes opplevelse fra sykehuspoliklinikkene. Sammen med, ikke helt ukjente, John Cooper fra endokrinologisk avdeling på SUS startet vi ett samarbeid om bedre pasientforløp i primærhelsetjenesten.



ILLUSTRASJONSPOTO: COLUREBOX

Ved vårt senter har vi pr i dag ca 5800 listepasienter. Det er fire fastleger + turnusleger og vi har 2,4 årsverk sykepleiere og to årsverk legesekretærer, totalt fordelt på sju medhjelpere. Personlig synes jeg det var utfordrende å få struktur innenfor diabetesfeltet, særlig på årskontrollen. Videre hadde vi på senteret en tanke om at vi ønsket oss en mer generell kompetanseheving og så på området som noe som var rimelig og nyttig å fokusere på.

Praktisk implementering

Høsten 2008 startet vi arbeidet med å omorganisere tenkningen rundt diabetesomsorgen. Tanken var å lage små «diabetesteam» i primærhelsetjenesten. Hos oss ble tenkningen at dette burde bestå av fastlegen for den enkelte pasient og diabetesansvarlig sykepleier, men også med et fokus på at alle medhjelpere er svært viktige for å sikre at behandlingkjeden er godt ivaretatt. Sykepleieren måtte nødvendigvis kurses, og samarbeidet med fagansvarlig fastlege var viktig.

Det ble gjort diagnosemessige datauttrekk hvor vi identifiserte 25 pasienter med diabetes type I og 325 med diabetes

type II. Det var en viss utfordring å vaske bort en del pasienter fra listen som var «feildiagnostisert», som hadde fått diabetes som arbeidsdiagnose og som ikke lenger var aktive pasienter ved senteret. Vi valgte, ut fra vanlig nasjonal praksis, å fokusere på type II pasientene.

I den daglige drift

Etter utredning vil pasienter som får diagnosen diabetes bli satt opp til samtale hos diabetesansvarlig sykepleier. Det er hun som ringer opp pasienten og informerer om behovet for time og avtaler dette med pasienten. Hun får melding om dette fra fastlegen. Samtalene inneholder opplæring om diabetes, opplæring i måling av blodsukker samt plan for videre kontroll og behandling. Fastlege kommer inn mot slutten av konsultasjonen for å samordne mål for behandling og avtale ny kontroll. Pasienter med redusert glukosetoleranse får tilbud om lik samtale, generelle kost- og livstilsråd og anbefalinger om ny kontroll årlig.

Til årskontrollene kalles pasientene inn etter liste, vi bruker innkallingslistene i journalsystemet og pasienten møter ca en

uke før timen for å ta fastende blodprøver og levere urinprøve. Vi sikrer oss dermed at dette er klart i systemet. Det er viktig å få inn samtykkene til Diabetesregisteret slik at pasientene kan komme inn i datagrunnlaget til registeret. Denne informasjonen er det også sykepleier som gir. Sykepleier går gjennom stegene i årskontrollen, gjør undersøkelse av blodtrykk og monofilament, og sjekker at Noklus diabeteskjema er utfyllt. Deretter kommer fastlege inn og går gjennom resultatene og videre behov for behandling og behandlingsmål. Etter noe prøving og feiling har vi kommet frem til at det er like greit at vi bare kaller inn til årskontrollen litt uavhengig av hvordan kontrollopplegget forøvrig har fungert. Dette da det har vist seg lett å bli rot i oppfølgingen dersom vi forsøker å justere årskontrollen i forhold til de øvrige, løpende kontrollene.

Barrierer og utfordringer

Det er en viss innsats som må til for å komme i gang med systemet. Man kan i dag få

hjelp til å finne sine aktuelle diabetespasienter ved hjelp av Noklus diabetesregister. Man må så sortere ut de som er aktuelle. Det må også gjøres en innsats på opplæring og kursing av medarbeider (og lege). I implementeringsfasen koster det litt tid, men denne opplevelsen av tidsbruk går betydelig ned når systemene er innarbeidet. Kostnadmessig går det i balanse med økt bruk av medhjelpere så lenge man passer på å være til stede i konsultasjonene på en slik måte at det kan anses som en konsultasjon mellom legen og pasienten.

Når dette er på plass er opplevelsen at oppfølgingen av pasienter med diabetes blir mye lettere i det daglige. Man har mye bedre oversikt og kan være langt tryggere på at pasientene får den oppfølging og behandling de har behov for. Økt fokus på strukturert behandling, har forbedret alle ledd av behandlingsskjeden hos oss. Det har også vært inspirerende å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring, og dette har inspirert oss til å jobbe med kvalitetsforbedring og systematisering også innenfor andre fagområder.

Videre er ikke minst tilbakemeldingene

fra pasientene overveldende positive. De aller fleste opplever det som trygt å ha et rammeverk å forholde seg til. Pasientene føler seg tatt på alvor og ivaretatt.

Etter å ha jobbet en stund med konseptet har jeg funnet ut at også andre kontorer har utviklet lignende modeller for å strukturere oppfølgingen av pasienter med diabetes. Det er behov for en viss nasjonal samkjøring av slike systemer slik at vi kan legge mer trykk bak ønsket om å bedre rammebetingelsene for å drive strukturert kronikeroppfølging i primærhelsetjenesten. Videre kan da nye kontorer som ønsker å starte lignende opplegg slippe å finne opp alt selv, men heller velge det beste fra eksisterende systemer. Vi opplever at det er stor interesse for å organisere oppfølgingen av diabetespasienter på en mer strukturert måte. Vi har jenvlig kontakt med andre kontorer som ønsker å lære mer om modellen for å se på om det er mulig å gjøre noe lignende.

Om andre skulle ønske å se hvordan vi jobber er de velkommen på besøk!

■ KRISTIAN.HOINES@ME.COM

To pasienter med diabetes II

■ PETER PRYDZ • Fastlege, Allmed legesenter, Hammerfest

Jeg var i mange år ansatt ved Universitetet i Tromsø som klinisk lektor i allmennmedisin. For fem år siden fratrådte jeg, blant annet fordi jeg mente jeg var blitt for gammel til å være en brukbar rollemodell for studentene.

Jeg foreleste om diabetes for studentene på flere kull, i form av en klinikkpresentasjon sammen med endokrinolog. Jeg la da fram to kasus som jeg mente illustrerte vårt arbeid med tilstanden godt, og belyste flere av de utfordringene vi møter. Begge omhandler diabetes II, som er det vi stort sett møter i praksis. I vår del av landet er diabetes I svært sjelden.

På oppfordring fra *Utpostens* redaksjon deler jeg disse med leserne.

Kasus I

- Mann
- født 1932
- Gammel fotballhelt
- Sjelden til lege

Oktober 2001

Polyuri og tørste. Til lege, tatt fastende blodsukker 16,5. Innlagt medisinsk avdeling på lokalsykehus. Glukose og ketoner i urin, HbA_{1c} 13,1. BT 160/70. Normalt kolesterol.

Initialt satt på insulin, deretter skiftet til metformin 850 mg x2.

Fikk kostholdsveiledning hos diabetes-sykepleier. Lærte å måle blodsukker, instruert å måle fastende samt to timer etter middag tre ganger i uka.

Søkt øyelege rutinemessig. Kontroll hos allmennlege.

November 2001

ØYELEGE: Normal retina.

Desember 2001

KONTROLL ALLMENNLEGE: Har kuttet ut sukker og fett, skjerpa seg med trening, gått ned 12 kg. Blodsukker 4–8. HbA_{1c} 9,1. BT 132/58. Urin stix og mikroalbumin negativt, kolesterol 4,2. Vekt 78 kg.

Ingen medikamentendring, da HbA_{1c} antas på vei ned.

Mars 2003

KONTROLL ALLMENNLEGE: Veltrent og i strålende form. Tendens til lavt blodsukker hvis frokosten er sein. Blodsukker 4–5,

HbA_{1c} 5,6. BT 126/58. Vekt 69,5, urin stix og mikroalbumin neg. Fine føtter som er godt sirkulert. EKG normalt, sinusrytme 54.

Reduserer metformin-dose til 500 mg x 2.

DISKUSJON

Denne pasienten representerer et fenomen jeg har støtt på noen ganger. Det er ikke så få som er friskere fem år etter at de fikk diabetes-diagnosen enn de var fem år før de fikk den. Således har diagnosen fungert som et «spark i ræva» som man sier hos oss.

Denne mannen hadde bakgrunn fra trening og idrett. De seinere åra hadde det nok vært et sedat liv med mye sport på TV. Men i og med at han hadde treningskulturen med seg fra gammelt, var nok ikke veien så lang til å ta dette opp igjen.

En assosiasjon jeg får til dette: Den store britiske diabetes-studien UKPDS fra 80–90-tallet undersøkte blant annet effekten av å motivere diabetes-pasienter til fysisk aktivitet. Resultatet var skuffende dårlig. Kan det tenkes at dette kan skyldes at materialet besto av briter, som generelt har en svakere tradisjon for fysisk aktivitet enn nordmenn har? Jfr Scott og Amundsen.

Kasus II

- Mann
- født 1944
- Sjømann i lokalfart
- Kraftig overvektig
- Røyker

1989

Diagnostisert diabetes ved legeattest for sjømann 1989. Innlagt medisinsk avdeling, satt på glibenklamid, normalisert blodsukker. Droppa ut av kontrollregime.

1994

Ny legeattest, gangrenøst sår under ve stortå. Tatt inn i kontrollregime igjen + økt glibenklamid. BT normalt. Fulgt opp sår over tid, gjentatte ganger kirurgisk revisjon, alle tær fortsatt på plass.

Hyppige episoder med erysipelas opp gjennom åra.

August 1995

Sjuk med redusert allmenntilstand og dyspnoe, påvist atrieflimmer, etter hvert også bakteriell endocarditt. Gjennomgikk

større hjerteoperasjon, respirator i to uker. Utviklet kronisk sår på venstre hæl, hudtransplantert, langvarig sårbehandling og redusert allmenntilstand.

1996–1998

På sjøen igjen fra september 1996, men syk-meldt fra mars 1998 på grunn av recidiverende fotsår, siden ikke vært i arbeid.

1998–

Ved seinere kontroller stort sett bra blodsukker, HbA_{1c} og BT, vedvarende mikroalbumin i urin, vedvarende fotsår, bomullseksudater på retina, flere laserbehandlinger. Engasjert i Diabetesforbundet.

Kontroll mars 2004

Framtrer i bra form, blid og fornøyd. Litt ned i vekt, bra bls-målinger 4–7, ned i HbA_{1c} 7,1. Har skjerpa inn kostholdet. Økt mikroalbumin 99 og se-kalium 5,4. Urinsyre normalisert, ikke giktsymptomer. Røyker fortsatt, virker ikke motivert for å slutte.

BT 104/70 p 90 enkelte bortfall. Cor: systolisk bilyd som før, utstråling til halskar. Pulm neg. Føtter: ingen ødemer, svak kapillærfylling, cyanotisk distalt på tærne ve. Ingen fotpuls. Vibrasjonssans til stede bilateralt, monofilament 3–2. Skifter fra Diural til Esidrex 12,5 mg x 1, ellers uendret medikasjon med glibenklamid og metformin i max-doser. Følges opp med ny kontroll om tre måneder.

DISKUSJON

Dette er også en pasient som representerer flere enn seg sjøl. Han er tjukk, blid, sedat og nyter livet, lar seg aldri «vippe av pinnen» av noe som helst. Det er ikke umulig at dette er egenskaper som bidro til at han overlevde alvorlig sykdom som beskrevet, og kom seg på beina igjen etterpå. Hvis legen tar opp aspekter som kosthold, mosjon og røyk, prater han det bort på en sjarmende måte. Legens oppgave blir langt på vei å akseptere pasienten som han er, inngå kompromisser mot alle anbefalte standarder, og gi enkle råd om medikamenter og kontroller. Dette er tjenlig for pasienten, og det er ingen grunn til at legen skal føle seg mislykket.

Ingen av disse to er lenger blant oss. Jeg minnes begge to med glede.

■ PETERPR@ONLINE.NO

Diabeteskasuistikker

fra medisinsk poliklinikk

■ ANNE GRETHE OLSEN • Utviklingsjef Finnmarksykehuset og lege i diabetesteamet Hammerfest. Redaktør i Utposten

Som allmennlege og utviklingsjef i Finnmarkssykehuset, er jeg så heldig at jeg får være lege i diabetesteamet ved medisinsk poliklinikk.

Jobben består for det meste i kontroller av type 1- diabetikere, men det dukker også opp en og annen pasient med diabetes type 2, som er henvist fra fastlegen. Jeg har valgt ut noen av disse kasuistikkene for å dele dem med Utpostens lesere.

Kaptein som ikke fikk utstedt sjomannsattest

Denne kasuistikken dreier seg om en mann i 50-årene, kaptein på supplybåt, som ikke fikk utstedt mønstringsattest hos sjomannslege grunnet dårlig regulert diabetes og veldig svingende blodsukker. Fastlegen opplyste i henvisningen at pasienten hadde hatt diabetes type 2 i 13 år. Han hadde brukt insulin i tillegg til Metformin de siste fem årene. Han brukte også kolesterolsenkende og blodfortynnende medikamenter. Sjomannslegen hadde nå nektet ham mønstringsattest grunnet dårlig regulert diabetes med HbA_{1c} på 11,8, fastende blodsukker liggende mellom 3 og 13 og +2 på glukose i urinen. Han hadde også ganske ofte følinger om morgenen.

Da han kom til lege og diabetessykepleier ved poliklinikken fant man etter samtale og anamneseopptak ut at han inntok store mengder sukker når blodsukkeret var lavt om morgenen, dette førte igjen til at blodsukkeret steg raskt og ble liggende for høyt utover dagen. Man fant også at han hadde lipohypertrofi på lårene og at han satte insulinet i et begrenset område. Han hadde også lite underhudsfett

og satt sannsynligvis noe insulin intramuskulært. Han fikk derfor følgende råd:

- Endre tidspunkt for kveldsinsulinet fra kl. 23, til kl. 20.
 - Erstatte sukkeret, som han tok når blodsukkeret var lavt om morgenen (brus og sjokolade), med brød og pålegg (frokost).
 - Bytte innstikksteder til framside/inner-side lår og selv passe på at han ikke satte insulinet i muskulaturen (evt. bytte nåler)
- Pasienten fulgte rådene og hadde regelmessig kontakt med diabetessykepleier pr. telefon, i tillegg til to legekonsultasjoner. Insulindosen som han tok om kvelden (24 E), ble i løpet av perioden han ble fulgt opp av oss delt opp i 18 E kveld og 6 E morgen ved behov. Utover dette ble det ikke gjort endringer i medikasjonen hans, men HbA_{1c} falt jevnt og trutt i løpet av de fem månedene han hadde kontakt med poliklinikken: 11,8–10,2–9,9–9,4–8,5–7,9. Blodsukkeret stabiliserte seg, og jeg vil tro at han etter siste konsultasjonen her fikk tilbake sjomannsattesten og kunne mønstre på som kaptein igjen.

Overvekt og diabetes

Denne pasienten var en kvinne på snart 70 år med type 2-diabetes i 10 år. Hypertensjon, et lite hjerneslag (med lett sequela i ve.ux.) og adipositas. Henvist fra fastlegen til kontroll av diabetes og med ønske om gjennomgang av diabetesmedikasjon. Hun hadde HbA_{1c} 8,5, fastende blodsukker på 12,8

og urin stix var negativ.

Høyde 165

cm. Vekt

96 kg. BMI

35,2. BT

116/50.

Diabetesbe-

handlingen

bestod av

Mindiab 5 mg

x4, Actos 30

mg x1, Metfor-

min 500 mg x 2

(hun kunne ikke

bruke høyere dose

grunnet diaré som

bivirkning). Hun sto også på antihypertensiva, kolesterolsenkende og blodfortynnende medikamenter.

Videre tiltak: grunnet pasientens overvekt og forhøyede HbA_{1c}, ble Actos seponert og man startet opp med Victoza 0,6 mg økende til 1,2 mg x1. Mindiab-dosen ble også redusert med 5 mg.

Da hun kom til kontroll etter åtte måneder hadde hun hatt en vektnedgang på 13 kg og BMI var nå på 30,4. HbA_{1c} var gått ned til 7,7. Blodtrykket, som i utgangspunktet var godt regulert, var også blitt lavere og man kunne seponere ett av blodtrykksmedikamentene. Pasienten selv var svært fornøyd, og hun fortsatte med uendret diabetesmedikasjon.

Diabetes og polyneuropati

Denne sykehistorien dreier seg om en snart 60 år gammel mann som fikk diagnosen diabetes type 2 for 10 år siden og diagnostisert tynnfiber-neuropati i underekstremitetene i 2011. Han ble henvist diabetespoliklinikken grunnet høyt forbruk av smertestillende medikasjon: Paralgin Forte 8 tabl. daglig. Hans diabetes var godt regulert med Amaryl, Januvia, Insulatard og Novorapid. Han kunne fortelle at han hadde prøvd Neurontin, men at dette ble seponert grunnet bivirkninger. Han hadde også fått Tramagetic, men det hjalp ham ikke. For noen år siden hadde han fått Lyrica, men ikke maks dose, og han sluttet å ta det fordi det ikke hadde effekt på smertene i beina.

Videre tiltak: vi ble enige om at han kunne prøve Lyrica igjen, men denne gangen i opptrappende doser til 600 mg daglig. Han skulle samtidig trappe ned Paralgin Forte, og vi lagde en plan for det.

Pasienten kom tilbake etter sju uker. Han brukte da Lyrica i maks dose, 300 mg x 2, og hadde sluttet med Paralgin Forte. Han syntes selv at han hadde god smertestillende effekt av behandlingen. Han hadde dog dager hvor han hadde mer smerter og kunne de dagene bli fristet til å ta mer Lyrica enn foreskrevet. Men dette hadde fastlegen oppdaget, og pasienten måtte holde seg innenfor avtalt dosering ved at hjemmesykepleieren ble koblet inn i en periode og leverte ukedoser med Lyrica tabl.



Kasuistikk – LADA

■ BADBONI EL-SAFADI • Fastlege, Dalen legesenter, Redaktør i Utposten

Diffuse smerter, kribling og nummenhet i armer og bein. Pasienten hadde gått med dette i noen måneder innen han kom til legesenteret der jeg var sommervikar. Han var opprinnelig frisk og brukte ingen faste medisiner. Pasienten var en høyt utdannet 56-åring fra Pakistan og jobbet som lærer på universitetet. Han konverserte høflig på engelsk og samarbeidet eksemplarisk.

Nei, han hadde ikke oppsøkt lege for dette tidligere og det virket som en liten gåte med det samme.

Han var normotens og var ikke overvektig. Han trente ikke regelmessig og han kunne opplyse at nummenheten hadde kommet gradvis over flere uker/måneder.

Hva i alle dager kan gi slike symptomer, tenkte jeg. Jeg vil jo så gjerne finne ut av alle plagene til pasientene som oppsøker meg.

Så vi begynte fra begynnelsen av. Han forteller om en far som har hatt høyt blodtrykk og en mor som fikk slag i en alder av 60 år, hun døde kort tid etter det. Pasienten lurte på om dette kan være slag eller annen nevrologisk tilstand. Ved undersøkelse har han god kraft i begge hender og har ikke tegn til sensibilitetstap. Øvrige nevrologiske undersøkelser gir heller ikke noe mistanke om at det er en akutt nevrologisk tilstand.

En perifer nevropati uten andre kliniske funn hadde jeg ikke vært borti før. Så mintes jeg vagt at dette kunne være et tidlig tegn på diabetes mellitus og begynte å grave litt rundt andre mer typiske symptomer for dette.

Joda, han har hatt hyppig vannlating og har og drukket mer de siste månedene.

Etter vi hadde fått svar på blodsukkeret på formidable 24,3 og en HbA1c på 12,5 var det med et lite snev av lettelse og ydmykhet at jeg kunne fortelle pasienten at han dessverre hadde en diabetes mellitus.

Jeg ringte straks til sykehuset og der ble vi enige om at pasienten skulle komme til en vurdering på akuttmottaket til videre utredning og behandling av sine symptomer.

Senere fikk jeg en epikrise som viste at pasienten hadde fått påvist LADA, Latent Autoimmune Diabetes in the Adult.

Hva er LADA?

De fleste er kjent med to typer diabetes:

- Type 1, som i hovedsak rammer barn
- Type 2, som i hovedsak rammer voksne

I tillegg har vi oppdaget svangerskapsdiabetes, og det er heller ikke uvanlig at barn kan få type 2-diabetes eller at type 1-diabetes kan oppstå hos voksne.

Forskere har funnet flere undergrupper av diabetes sykdommer, hvorav den vanligste kalles «latent autoimmune diabetes in adults» – LADA. Blant de som oppfattes å ha type 2-diabetes, forekommer LADA hos 10 prosent av de over 35 år og hos 25 prosent av de som er yngre enn 35 år (1). Det er en form av diabetes med diabetesdebut i godt voksen alder og som klinisk ikke er insulinlengende, men har de samme antistoffene i blodet som pasienter med type 1 diabetes. LADA betegnes og som en miks mellom type 1 og type 2 diabetes, også kalt diabetes type 1,5.

De tre kriteriene som gjerne brukes for å stille diagnosen

1. Antistoffpositivitet for ett eller flere av de antistoff som man vet er assosiert med type 1 diabetes, oftest antistoff mot glutamic acid decarboxylase (anti-GAD).
2. Alder er et annet kriterium. Diabetesdiagnose fra 35 år er mest brukt, men det er og lavere grenser fra 25 eller 30 år er heller ikke uvanlig.
3. Manglende behov av insulinbehandling under en periode etter diabetesdiagnose. (Det har vært diskusjon om varighet på denne perioden, tre til tolv måneder har vært brukt som kriterium i forskjellige studier).

Forskere på 1970-tallet fant at personer med type 1-diabetes hadde autoantistoffer i blodet. Disse var et bevis på et angrep fra eget immunsystem og på at type 1-diabetes er en autoimmun sykdom. Forskerne lette samtidig etter disse autoantistoffene generelt i befolkningen og hos personer med type 2-diabetes (ikke en autoimmun sykdom). Autoantistoffer kunne ikke påvises i den generelle befolkningen, men ble funnet hos ca. 10 prosent av de med type 2-diabetes.

Allerede i 1986 ble det rapportert om en undergruppe av type 2-diabetes. Denne



typen diabetes ble oppfattet som latent type 1-diabetes, med klare forskjeller fra type 1 og type 2.

Det som var avgjørende var et langsamt avbrudd i insulinproduksjon. Innstillingen i produksjonen av insulin i kroppen er langsommere enn ved «tradisjonell» type 1-diabetes. Til sammenlikning vil det ved type 2-diabetes ikke opphøre produksjon av insulin, men insulinen kroppen produserer, virker ikke godt lenger.

Tidlig og aggressiv behandling med insulin kan bevare den gjenværende insulinproduksjonen og dermed redusere risikoen for langtidskomplikasjoner (2). Videre mener de at bruk av antidiabetika vil føre til at kroppens egenproduksjon av insulin vil reduseres raskere.

I ytterste konsekvens kan det dersom LADA-diagnosen overses, og pasienten oppfattes å ha type 2-diabetes, bli at pasienten behandles med antidiabetika som kan medføre raskere tap av egen insulinproduksjon.

Mistanken om LADA bør reises dersom personer med type 2-diabetes er slanke.

Behandlingen i starten er lik mellom LADA og type 2-diabetes:

- Kostregulering
- Fysisk aktivitet
- Vektreduksjon (dersom vedkommende er overvektig)
- Etter hvert som kroppen mister sin evne til å produsere insulin, vil insulinbehandling være nødvendig

REFERANSER

1. <http://legehandboka.no/endokrinologi/pasientinformasjon/diabetes-type-1/lada-diabetes-type-1-5-41903.html>
2. Maruyama T, Tanaka S, Shimada A, et al. Insulin intervention in slowly progressive insulin-dependent (type 1) diabetes mellitus. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2008. <http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/j...>

Smitteverntiltak i barnehage

■ INGRID M. HØIE • Kunnskapssenteret

Faren for luftveisinfeksjoner og diaré blant barn kan halveres hvis barnehager og barneskoler setter i verk smitteverntiltak. Flere tiltak samtidig ser ut til å ha best effekt, viser en ny rapport fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten.

Kan mer effektivt smittevern i barnehager og skoler bidra til å bedre barn og unges helse, og til å redusere sykdomstilfeller og antibiotikabruk? Kunnskapssenteret har på oppdrag fra Folkehelseinstituttet oppsummert forskning som undersøker effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler (1).

Reduserer luftveisinfeksjoner og diaré

– Vi fant at forekomst av luftveisinfeksjoner og diaré trolig blir mye mindre i barnehager og skoler som har ekstra oppmerksomhet på håndvask og opplæring om smittevern, sammenliknet med forekomst i barnehager og skoler som ikke har tiltak utover vanlig praksis, sier prosjektleder og seniorrådgiver ved Kunnskapssenteret Ingeborg Beate Lidal.

Resultatene indikerer at man kan forvente en reduksjon på 10 til 50 prosent færre infeksjoner blant barna. Slike tiltak bedrer trolig også hygieneatferden til barna.

– Hvis man i tillegg til oppmerksomhet på håndvask og opplæring om smittevern bruker hånddesinfeksjon, vil det trolig bidra til at sykefraværet blant skolebarn reduseres med 30–50 prosent, sammenliknet med barn som kun får opplæring i smittevern og juksedesinfeksjon (placebo), sier Lidal.

Flere tiltak samtidig

Forskerne inkluderte fire systematiske oversikter om effekt av totalt ni ulike smit-

teverntiltak. Det var best dokumentasjon for virkningen av flere tiltak samtidig, altså tiltak som består av mer enn ett enkelt grep for å redusere smitte.

– For tiltak alene, som kun håndvask eller kun hånddesinfeksjon brukt i skole og barnehage, kan vi ikke uttale oss om effekt, fordi studiemetodene bak disse resultatene er av svært lav kvalitet. Det betyr ikke at slike tiltak ikke virker, men at forskningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å konkludere om virkningen, forklarer Lidal.

Oppsummering av rapporten

I fem godt gjennomførte systematiske oversikter er effekt av totalt ni ulike smitteverntiltak presentert. Det er best dokumentasjon for virkningen av flere tiltak samtidig, dvs. tiltak som består av mer enn ett enkelt grep for å redusere smitte.

Hovedfunnene er at:

- håndvask og opplæring i smittevern i barnehager og barneskoler gir trolig betydelig mindre forekomst av luftveisinfeksjoner og diaré sammenliknet med barnehager og skoler hvor det ikke er tiltak utover vanlig praksis. Man kan forvente 10–50 prosent færre infeksjoner blant barna. Slike tiltak bedrer trolig også hygieneatferden til barna. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet.
- bruk av hånddesinfeksjon i tillegg til håndvask og opplæring i smittevern, bidrar trolig til 30–50 prosent mindre sykefravær blant skolebarn (5–12 år), sammenliknet med barn som kun fikk opplæring og utførte «vanlig» håndvask eller fikk placebodesinfeksjon. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet.

De systematiske oversiktene hadde svak dokumentasjon for enkle håndhygienetiltak som håndvask eller hånddesinfeksjon uten tilleggskomponenter i barnehager og skoler. Det betyr ikke at slike tiltak ikke virker, men at forskningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å konkludere om virkningen. Forfatterne fant ikke dokumenta-



sjon om effekt av fysiske tiltak som utbedring av fasiliteter, ventilasjon, persontetthet osv.

Det var ikke målt effekt av tiltakene på sekundær sykdom, antibiotikabruk, anti-

HÅNDHYGIENE

- Håndvask med vanlig såpe og vann
- Hånddesinfeksjon med hånddesinfeksjonsmidler (gel, skum, pumpepray, servietter). Både alkoholbaserte midler (vanligvis > 60 volumprosent alkohol) og ikke-alkoholbaserte midler
- Håndvask og hånddesinfeksjon brukes både alene og i kombinasjon

og skole gir færre infeksjoner



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

biotikaresistens, uheldige hendelser knyttet til tiltaket, kostnader eller bruk av helsetjenester. Det var heller ikke undersøkt om tiltakene påvirket sykefravær blant ansatte i barnehager og skoler.

REFERANSE

1. Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A, Berg RC, Mathisen M, Vist GE. The effect of infection control interventions in day-care facilities and schools. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 17–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2014.

■ INGRID.MARGARETHA.HOIE@KUNNSKAPSSENTERET.NO

PEARLS

- nyheter i én overskrift

■ ALEXANDER WAHL • Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket

Leger liker nyheter, men tiden er knapp. PEARLS er en nyhetstjeneste som både formulerer spørsmålsstilling og avgir svar i én kort overskrift. Noen ganger i året kommer e-postlisten med overskrifter som refererer til forskning fra primærhelsetjenesten. Listen er utarbeidet og vurdert innenfor det velrennomerte COCHRANE-systemet.

Perler kan komme på en snor, og det er en egen glede å kjenne tyngden av et vakkert halsbånd i hånden. En annen glede er å oppdage en nyhetstjeneste som bearbeider og filtrerer nyhetene slik at det er tilpasset oss – fastlegene.

Cochrane-systemet oppsummerer kunnskap ved å utarbeide blant annet systematiske metaanalyser. Disse kan finnes i Cochrane Library og tilgang formidles gratis av Helsebiblioteket.no på thecochrane-library.com.

Selv om vårt fag er bredt, vil ikke alle oppsummeringer være like interessante. Mye av forskningen skjer på sykehus, og pasientgruppene der kan være annerledes enn pasientgruppene i primærhelsetjenesten. I en studie fra Storbritannia fant man at nesten to av tre referanser som skulle understøtte behandlingsanbefalinger i primærhelsetjenesten var utført på en pasientpopulasjon som hadde høyere risiko-profil enn hva man ville finne i allmennpraksis (1). Et skjevt kunnskapsgrunnlag kan føre til overbehandling.

Dessuten har allmennpraksis egne problemstillinger som kun kan belyses ved forskning i klinisk allmennpraksis. Da er det hyggelig å tenke på at Cochranegruppen har en egen undergruppe som spesielt fokuserer på primærhelsetjenesten:

- Cochrane Primary Health Care Field: cochraneprimarycare.org

Denne gruppen overvåker kunnskapsoppsummeringer innenfor primærhelsetjenesten og formidler fortattede nyheter i

form av PEARLS (Practical Evidence About Real Life Situations). Disse nyhetsperlene er samlet i et eget arkiv <http://www.cochrane-primarycare.org/newsletter-phcf-archive> eller du kan få nyheter rett i e-postkassen (SE RAMME). Studier kan bekrefte hva vi allerede gjør i klinisk praksis, og det er vel og bra. Men da behøver vi ikke lese en hel artikkel om det. Overskriften bør holde (2).

Dersom overskriften forteller noe oppsiktsvekkende, noe som forandrer praksis, vekker det større nysgjerrighet. Da kan man gå inn på studien og vurdere om innholdet er relevant for egen praksis.

I vårt daglige virke møter vi pasienten med oppmerksomhet for deres egen forståelse av helse og preferanser. Så blir det vår oppgave å informere om kunnskapsbaserte anbefalinger der det er naturlig.

Om disse anbefalingene strider mot pasientens overbevisning, bør vi kunne forhandle oss frem til beslutninger sammen.

Dette er naturligvis en kunst – en legekunst.

REFERANSER

1. Guidelines are often based on evidence not relevant to primary care, study finds *BMJ* 2014; 349 <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5914>
2. Getting clinical answers in 1 sentence. *Ann Fam Med* January 1, 2011; vol. 9 no. 1 86 <http://www.annfammed.org/content/9/1/86.full?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=pearls&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDE X=o&sortspec=relevance&resourceType=HWCIT>

■ ALEXANDER.WAHL@HELSEBIBLIOTEKET.NO

EKSEMPELOVERSKRIFTER FRA

PEARLS

- No. 395 ▶ ACE inhibitors prevent diabetic kidney disease
- No. 396 ▶ Psychosocial interventions reduce antipsychotic medications in residential care homes
- No. 397 ▶ Face-to-face interventions not shown to impact on immunization status
- No. 398 ▶ Many pharmacological interventions effective for smoking cessation
- No. 399 ▶ Multimedia educational interventions about prescribed and over-the-counter medications effective for consumers
- No. 400 ▶ Insufficient evidence for effectiveness of interventions for complex regional pain syndrome
- Om du er interessert i et **abonnement** som ikke overlesser deg med unødig informasjon, kan du lett melde deg på her ▶ <http://www.helsebiblioteket.no/allmennmedisin/hold-deg-oppdater>

PS: Siden februar 2014 er PEARLS innstilt pga manglende finansiering. Arkivet er likevel interessant, og det er et berettiget håp at finansiering kommer snarlig på plass.



HVA ER COCHRANE?

«Cochrane-samarbeidet er en internasjonal, ideell organisasjon som har som mål å hjelpe folk med å ta velinformerte beslutninger i spørsmål knyttet til helse og sykdom. Dette skjer gjennom å utarbeide, oppdatere og sikre lett tilgang til systematiske oversikter om effekt av helsetiltak. Målgruppe for virksomheten er både pasienter/publikum, helsepersonell og politikere/helsemyndigheter.» NASJONALT KUNNSKAPSENTER FOR HELSETJENESTEN

'Vi må være litt Fastlegers holdning til fore

■ STIG BRUSET • SIGURD HØYE • OLE RIKARD HAAVET

Stig Brusset har arbeidet som allmennlege siden 1987 og er nå fastlege i Lier. Han er tilknyttet Institutt for Helse og samfunn, Avdeling for allmennmedisin, UiO som universitetslektor, praksislærer og foreleser siden 2002.

Samhandlingsreformen forutsetter at fastlegen skal være mer aktiv i forebygging av sykdom, men beskriver lite om hvordan denne oppgaven skal løses. I denne studien har vi undersøkt fastlegers praksis med hensyn til forebyggende helsearbeid og samhandling med Frisklivssentraler.

Bakgrunn

Samhandlingsreformen er den viktigste helse reformen siden Fastlegeordningen. Det er lagt føringer for at fastleger skal være mer aktive i forebygging av livsstilrelaterte sykdommer og samhandle med andre aktører som fysioterapeuter og Frisklivssentraler. Man ønsker å dreie fokus vekk fra reparasjon til forebygging for dermed å oppnå en mer bærekraftig utvikling i helsevesenet.

Målet for forebyggende helsearbeid er nøyte definert i nasjonale retningslinjer, f.eks. å holde seg innenfor visse grenser for blodtrykk og blodsukker. Men veien dit er ikke beskrevet konkret. Moderne formidling åpner for flere strategier, som motive-rende samtale, og kognitiv adferds-terapeutisk tilnærming, som er evidensbasert.

Kunnskapen og holdninger om hva som virker best for å få pasientene til å ta mer ansvar for helse og livsstil er forskjellig fra lege til lege. Nasjonale retningslinjer gir ikke detaljerte og kunnskapsbaserte føringer på dette området. I følge en norsk undersøkelse er norske allmennlegers kommunikasjon rundt pasientenes ressurser og mestringsstrategier ikke optimal (1).

Andre norske undersøkelser har vist at legers kommunikasjon med pasientene varierer og dette inkluderer bruk av positiv og negativ kommunikasjon (2, 3). Vårt mål var å utforske dette nærmere, særlig hvordan legenes bruk av Frisklivssentraler påvirker deres praksis.

Vi forventet at fastlegene hadde et bevisst forhold til Samhandlingsreformen når det gjelder forebygging. Samtidig forventet vi at fastlegene hadde klare ønsker om hvordan kommunikasjonen med Frisklivssentralene skulle være. Førsteforfatter er selv fastlege og henviser til Frisklivssentralen i egen kommune.

Materiale og metode

For å belyse disse spørsmålene ble det brukt kvalitativ forskningsmetodikk (4) i form av semistrukturerte intervjuer. Utvalget bestod av en gruppe fastleger fra kommunene Øvre og Nedre Eiker. Disse legene har hatt tilgang til å henvise pasienter til «Aktiv Eiker», som er en Frisklivssentral etablert i samarbeid med begge kommunene. Alle fastlegene i kommunen ble kontaktet pr. brev og forespurt om de ville delta i studien som intervjuobjekter. Dette ga som resultat at en lege responderte. Vi

kontaktet deretter pr. telefon et utvalg av legene som ikke hadde respondert. Utvalget var styrt av et mål om å oppnå spredning når det gjaldt kjønn, erfaring og etnisk bakgrunn. Vi endte opp med sju informanter.

Til sammen sju spørsmål ble sendt legene før intervjuet (RAMME 1). Intervjuene ble foretatt på legens kontor eller pauserom. Teknisk hjelpemiddel var iPad med programvaren «Voice Recorder» og intervjuet ble lagret som lydfil. Intervjuene ble transkribert ord for ord. Teksten ble gjennomlest av to av forfatterne, som ble enige om hovedtemaer. Deretter ble teksten kodet og kondensert av hovedforfatter.

Resultat

Legens rolle i forebyggende arbeid

Legene fortalte at forebyggende arbeid i form av rådgiving og motivasjon var noe de så på som viktig, og som en naturlig del av jobben. Forebygging ble opplevd som mer og mer viktig etter hvert som man fikk mer erfaring og fartstid i allmennpraksis. De som snakket om Samhandlingsreformen mente at den ikke hadde medført noe særlig nytt – forebygging ville legene fortsette med omtrent som før.

RAMME 1

- Hva tenker du om forebyggende helse i lys av Samhandlingsreformen?
- Hvilke grupper er det som du snakker primærforebygging med?
- I hvilke tilfeller henviser du til Frisklivssentral eller andre?
- Hvilke grupper vektlegger du å arbeide forebyggende med selv?
- Vektlegger du risikofaktorer og kontroll eller motiverende samtaler?
- Hvordan synes du kommunikasjonen med Frisklivssentral er og bør være?
- Har du en tanke om hvordan dagens ordning kan forbedres?

strenge'

byggende helsearbeid

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



En lege fortalte at det er viktig å journalføre og dermed dokumentere at man gir konkrete råd, hvis pasienten på et senere tidspunkt skulle bli syk.

En fastlege som hadde vært lenge i praksis sa:

«Noen av oss har vært der lenge, og vi har tenkt forebyggende også før det ble en reform, og har faktisk praktisert litt, prøvd å praktisere i hvert fall, noen av de tankene som kommer frem der fordi, slik jeg vurde-

rer det, så er leger altfor opptatt av sin egen praksis og i liten grad flinke til å sende ting fra seg.»

En kvinnelig fastlege uttalte om Samhandlingsreformen:

«Jeg tenker på det som et ideal med store mål, ambisiøse mål, men har en følelse av at det er lite konkret å forholde seg til. Det er et stort prosjekt hvor vi fastleger har blitt gitt ansvar for å drive oppsøkende virksomhet i form av å finne risikopasienter, og det ten-

ker jeg er en utfordring IKT-messig, og det har noen etiske og moralske implikasjoner synes jeg, i forhold til autonomi og det å få lov til å bestemme over eget liv.»

Pasientkategorier

Med forebygging forstod legene i hovedsak primærprofylakse. Blant legene som snakket om alder, var det gruppen 30–50 år som det ble satset mest på. I tillegg ble barn og unge nevnt av noen av de kvinnelige lege-

ne. En lege med lang tid i samme praksis sa at kjennskap til hele familien, med deres livsstil og risikofaktorer, medfører spesiell oppmerksomhet rundt enkelte barn og unge. Det er tre pasientgrupper legene nevnte som de viktigste ved forebygging: De med etablert DM2, de overvektige, og røykerne.

Pasienter som bestiller time for helsekontroll ble fremhevet av flere som en mulighet til å fokusere på livsstil med primærforebyggelse i fokus. Andre nevnte barn og unge som et satsningsområde for å fokusere på vekt og unngå røyking. De samme områder ble fremhevet av flere for primærforebyggelse hos voksne i tillegg til høyt kolesterol.

Når det gjelder sekundærforebyggelse ble oftest diabetes type II, hypertoni, høyt kolesterol og overvekt fremhevet. Legene har muligheter til å måle livsstilsparametre på kontoret, mens for eksempel kondisjon, styrke og vekt synes flere at også andre samarbeidspartnere kunne følge opp.

En kvinnelig fastlege uttalte:

«...hvis foreldrene har vært overvektige eller det er en overvektig familie er det viktig å komme tidlig i gang med forebyggende tiltak så ikke de barna blir tykke som mammaen og pappaen sin. Og at de ikke begynner å røyke fordi mamma og pappa røyker.»

Det er tre pasientgrupper legene nevnte som de viktigste ved forebygging: De med etablert DM2, de overvektige, og røykerne. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



En mannlig fastlege utdypet om sekundærprofylakse:

«...i tillegg så bruker jeg mye tid på sekundærprofylakse for de som har etablert hjertesykdom. Jeg bruker også mye tid på hypertonerne for å få de til å være mere aktive, og særlig de overvektige, hvis jeg ikke får dem ut på et opplegg utenfor kontoret, så bruker jeg hver eneste anledning jeg har til å motivere dem for en mer aktiv livsstil.»

Terskler og motstand mot livsstilsendring

Tilnærmingen til endring og livsstilsfaktorer var for mange fastleger pragmatisk, og legenes kommunikasjon tok utgangspunkt i hvor pasienten var med hensyn til motivasjon for endring.

Enkelte leger understreket at man måtte kunne se alle skritt i riktig retning som positivt. En lege fortalte at det for enkelte kunne være en lavere terskel å redusere røykingen da det kan være skremmende for enkelte å tenke at de skal slutte helt.

I undersøkelsen kom det frem noen synspunkter på konsultasjoner med innvandrere og pasienter med en annen etnisk bakgrunn. Kjennskap til pasientenes språk og levevaner var viktig. Det var leger som selv hadde en annen etnisk bakgrunn, som var mest bevisst på dette.

Et argument var at man kunne ha nytte av å komme i gruppe med personer med samme språk og kulturelle bakgrunn og at en Frisklivssentral kunne være et viktig møtepunkt.

En fastlege med utenlandsk bakgrunn sa:

«Jeg synes at de som er fra utlandet som har lite kontakt med samfunnet, de bør henvises, mest for å få litt mer opplæring og for å lære av andre som de vil treffe på en Frisklivssentral.»

Virkemidler for å motivere – gulrot eller pisk

Legene brukte flere ulike typer tilnærminger for å motivere, fra humor og positiv motivering, til mer pedagogiske grep som grafer og kurver, men også strenghet og informasjon om negative konsekvenser for helsa. Det vanligste var at legene brukte en individuell tilnærming til pasientene og virkemidlene varierte med person og situasjon. Følgende virkemidler ble tatt i bruk: God tid ble av flere sett på som viktig, kontroller ble brukt for å følge opp råd, enkelhet og tydelighet ble også fremhevet. En vanlig papirlapp med personlige råd kunne være like viktig som kompliserte skjemaer. Andre syntes det var nyttig å bruke kartleggingsverktøy, risikokalkulatorer og grafer for å vise pasientene risikoberegninger. Flere fastleger nevnte også såkalte «gylne øyeblikk» som mulige situasjoner der pasientene var mottakelige for livsstilsendringer. Eksempler på dette kan være å ha blitt bestemor, ved nyoppdaget alvorlig risiko eller sykdom og sykdom i nærmeste familie.

En lege uttalte:

«Først og fremst og det jeg prøver å ikke miste, er de gylne øyeblikkene. Det er når pasientene helt tydelig selv har opplevd å bli litt skremt av en konsekvens av dårlig livsstilsvalg. Da synes jeg ikke at jeg gjør jobben min hvis jeg ikke snakker livsstilsendringer.»

Noen ganger ble medisinske undersøkelser og prosedyrer brukt som hjelpemidler i kommunikasjonen med pasientene, selv om legen ikke forventet at undersøkelsen skulle vise patologi, som for eksempel å ta MR av ryggen for å utelukke alvorlig sykdom.

Kommunikasjon rundt medikamenter var utfordrende. Flere leger brukte muligheten til å redusere eller unngå bruk av medisiner som motiverende virkemidler. En kvinnelig lege uttalte:

«Så er da motivasjonen å forklare dem at etterhvert nå hvis du klarer å gå ned litt i vekt, følge med på sukkeret, så kan vi etterhvert ta bort noen medisiner.»

En erfaren fastlege var opptatt av å bruke humor:

«I min praksis er det slik at humor er en meget viktig del av konsultasjonene mine, fordi jeg tror at ved å snu fokus mot det som er lysere, er det mulig å få gjort noe med morgendagen.»

Å være fastlege gir ofte mulighet til å arbeide langsiktig:

«Sånn at man høster mye senere enn man tror man skal, men det hjalp å så ideer. Da setter jeg alle kluter til for å fortelle hvor alvorlig det er, hvor stor helsegevinst det er, men dette gjør jeg for de som har svart ja på spørsmålet om de har lyst til å slutte.»

En annen kvinnelig fastlege var opptatt av å være tydelig:

«Så jeg tenker at vi må ikke bare være snille og bruke lang tid. Vi må også være litt strenge og fortelle konsekvenser av ting. Det er kjempeviktig.»

Kommunikasjonen med samarbeidspartnere

Kommunikasjon med samarbeidspartnere ble vurdert som både nødvendig og viktig. Det kom frem noen kritiske synspunkter på kommunikasjonen mellom eksterne samarbeidspartnere. For det første ble Frisklivssentralene beskyldt for å være for optimistiske.

En mannlig fastlege bemerket forskjeller på rapporten fra Frisklivssentralen og det han erfarte i egen praksis:

«Når det gjelder hver enkelt pasient, så får vi jo ikke veldig mye informasjon tilbake. Og jeg synes nok veldig ofte den informasjonen vi får tilbake er litt for positiv i forhold til den effekten det har hatt på pasienten. Liksom, jeg kan ikke se at det er veldig stor forskjell på pasienten, mens det står mye om motivasjon og iver og sånt som ikke helt passer med hva jeg ser.»

På den annen side syntes enkelte leger at en positiv tilbakemelding eller rapport kan være nyttig i forhold til pasienten og for eksempel arbeidsgiver.

For det andre kom det også frem utsagn som kan tyde på at fastleger mislikte at eksterne aktører, som for eksempel innen vektreduksjon, kommer med bestilling til fastlegen om å ta visse blodprøver.

For det tredje ga deltakerne uttrykk for en nokså pragmatisk holdning når det gjaldt kommunikasjon og var åpne for både skriftlige henvendelser og henvendelser pr. telefon. Flere etterlyste tilbakemelding om hvem som møter opp etter å ha blitt henvist.

For det fjerde syntes det å være viktig for fastlegene at Frisklivssentralen er geografisk nærme.



Gulrot eller pisk? Legene brukte flere ulike typer tilnærminger for å motivere, fra humor og positiv motivering, til mer pedagogiske grep som grafer og kurver, men også strenghet og informasjon om negative konsekvenser for helse. Det vanligste var at legene brukte en individuell tilnærming til pasientene og virkemidlene varierte med person og situasjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

En lege med kontor langt fra Frisklivssentralen uttalte om beliggenhet:

«Det er en stor utfordring å få motivert folk, og den Frisklivssentralen som er her i kommunen, den ligger helt i utkanten og folk synes det er veldig langt å reise dit.»

Andre kritiske momenter, som ble nevnt av flere, var at Frisklivssentralen kun har dagtilbud. En mannlig fastlege mente det var uheldig at ikke Frisklivssentralen er åpent på kveld:

«Det har vært et savn at Frisklivssentralen tilbud hos oss kun har vært åpen på dagtid. Jeg ville at svært mange av de som har sykdommer og jeg ønsker å forebygge på og

som er i jobb, kunne fått tilbud om det, men på dagtid så er de på jobb, og jeg ønsker meg at de kunne få et tilsvarende tilbud på ettermiddag/kveld.»

Hovedinntrykket var at de intervjuede fastlegene syntes at geografisk nærhet, kort ventetid og lav terskel for inntak var positive elementer i forbindelse med samhandling. En fordel som ble fremhevet som viktig i forhold til å få rask time, var at man på den måten kunne redusere angst og bekymring hos pasientene. Flere av de intervjuede legene ønsket seg spesifikt muligheten til å henvise til en ernæringsfysiolog og dermed få avlastning med hen-

syn til alle spørsmål om mat og ernæring. En lege sa også at det kunne vært ønskelig med en slags godkjenningsordning for treningssentre slik at man kunne føle seg trygg på at pasientene fikk en faglig forsvarlig oppfølging når de ble anbefalt trening.

Noen fremhevet at man kunne tenke seg å ha spesialister tilknyttet det enkelte lege-senter slik at man nærmest kunne geleide pasientene til spesialisten. Konkret ble det nevnt at tilgang på psykologspesialist, ernæringsfysiolog, fysikalsk medisinsk poliklinikk (Kysthospitalet) og private fysioterapeuter med kjent kompetanse var viktig.

En fastlege som har jobbet lenge i lokalmiljøet uttalte:

«Det jeg er veldig opptatt av er at det skal være kortreist helse. Kortreist mat er greit, men kortreist helse, altså muligheter i lokalsamfunnet. At det ikke sammenslås til så svære enheter langt av gårde i forhold til utredning, men at enkelt eller mye kan gjøres på lavest mulig effektive nivå her i kommunen.»

Diskusjon

Det er innført store endringer og reformer i vårt helsevesen uten at den enkelte fastlege er blitt spurt. På foreningsnivå har allmennleger fått uttale seg i form av høringer, men den enkelte leges stemme har i mindre grad kommet frem. I denne studien har vi fått høre noen av disse stemmene fra en gruppe fastleger som har hatt tilgang til en Frisklivssentral.

Fastlegene opplevde at primær- og sekundærforebyggelse var en viktig del av deres virksomhet. De samarbeidet gjerne med andre og var pragmatiske med hensyn til hvordan kommunikasjonen skulle være. Fastlegene fremhevet at kjennskap til pasienten over tid, deres familie og kulturelle bakgrunn var viktig for å kunne arbeide forebyggende og henvise til andre aktører. Legene var pragmatiske og brukte sin egen bakgrunn og erfaring, av og til hjulpet av risikokalkulatorer, i sin tilnærming til livsstilsendring.

Noen kvinnelige leger fremhevet at primærforebyggelse startet med barna allerede på helsestasjonen. Andre mente at en generell helsesjekk hos friske var en god anledning til å fokusere på forebyggelse av sykdom. Flere fortalte at det fantes såkalte «gylne øyeblikk», der omstendighetene gjorde at pasientene var mere lydhøre for råd.

Kommunikasjonen med pasientene kunne både være positiv med vekt på mestring og kontroll i eget liv, men også negativ der det var nødvendig å starte medikamen-

ter behandling for å unngå alvorlig sykdom. Forholdet til bruk av legemidler var tvetydig. På den ene siden ble legemidler fremhevet som noe positivt som kunne beskytte mot sykdom, mens de på den annen side ble brukt som en skjult trussel hvis ikke livsstiltakene førte frem. Dette kan være en utfordring den dagen en pasient med diabetes eller hypertoni må begynne på fast medikamentell behandling.

Forholdet til Frisklivssentralen var overveiende positiv, men flere var kritiske til stor geografisk avstand og til at Frisklivssentralen kun var åpne på dagtid. Dette ble sett på som negativt av leger som forsøkte å unngå sykemelding. Rapportene fra Frisklivssentralen blir av flere vurdert som optimistiske i forhold til resultatene legene erfarte når de i etterkant snakket med brukerne. Det kan blant annet skyldes at man ved Frisklivssentralen fokuserer på mestring og egeninnsats, mens konsultasjonene hos leger dreier seg mer om å finne og dokumentere sykdom og funksjonstap.

Sist, men ikke minst, vil vi nevne noen manglende funn i undersøkelsen. Ingen av de intervjuede fastlegene syntes å bruke en strukturert evidensbasert tilnærming. De fortalte ikke om spørreskjemaer, motive-rende intervju eller kognitiv tilnærming.

Legene hadde ut fra sin erfaring og kjennskap til pasienten og situasjonen flere ulike tilnærminger til å få pasientene til å endre livsstil. Både gulrot, pisk og såkalte «gylne øyeblikk» ble brukt i tillegg til humor. Resultatene i undersøkelsene tyder på at kunnskap om effektiv formidling av forebyggende tiltak bør styrkes i grunnutdanning av leger og i legers videre- og etterutdanning.

Studien ble gjennomført ved hjelp av allmennpraktikerstipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

REFERANSER

1. Mjåaland TA, Finset A. Frequency of GP communication addressing the patients's resources and coping strategies in edical interviews: a video-based observational study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 49
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget 2008.
3. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Patients experiences with lifestyle counselling – A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29: 99–103.
4. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Lifestyle consultation in general practice – the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2011; 28: 220–5.

PMU 2014 – *Kunsten å velge*

■ MONA SØNDENÅ • Fastlege og kommuneoverlege i Kirkenes, redaktør i Utposten

JEG VELGER MEG APRIL skrev Bjørnstjerne Bjørnson. Torfinn Kleive valgte seg også april som tema for den musikalske introduksjonen til åpningen av årets primærmedisinske uke. Han hadde komponert et musikkstykke hvor teksten nettopp var Bjørnsons dikt. Stykket ble fremført av Oslo kammerkor sammen med musikere, og vi hørte norsk klang, vakre harmonier og vakker sang med en klokkeren Julie Kleive som solist – det var til å fryse på ryggen av.

Tom Sundar, leder for hovedkomiteen også i år, minnet om at årets PMU feiret 25-års jubileum, og at det var Olav og Tove Rutle som hadde ideen til og som var initiativtagere til konseptet Primærmedisinsk uke. Vi er dem begge meget takknemmelige for dette fantastiske initiativet, særlig når vi ser hva PMU har blitt til med alderen. Tom introduserte også årets kongressmotto «kunsten å velge». Som en kulturell overbygning ble Bjørnstjerne Bjørnsons dikt *Jeg velger meg april* brukt selv om vi er i oktober. «Kunsten å velge» er forøvrig en forløsende tittel for en som er interessert i samtaler med mennesker og i kognitiv terapi.



Glimt fra PMUs «poster walk» på forskningsdagen 23. oktober

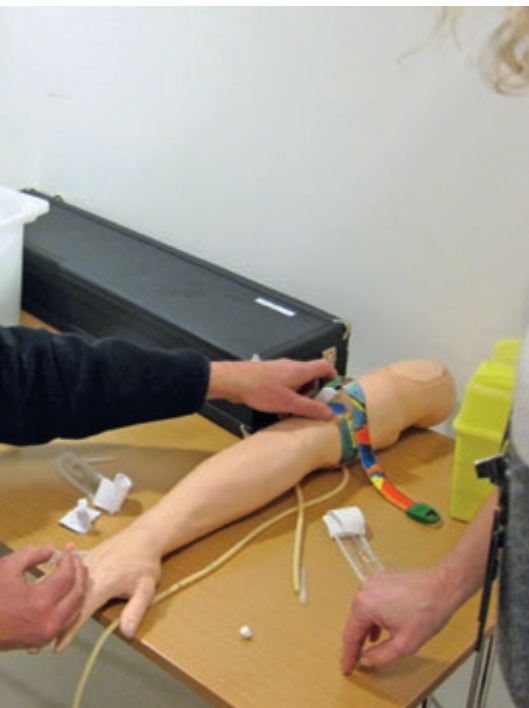
Torfinn Kleive og Milka Dowlasz deltok ved festen på årets primærmedisinske uke.





Kursdeltakere i aksjon under emnekurset i akuttmedisin, som foregikk på AHUS.

Gilbert Welch var hovedforeleser på PMU 2014.



ET VARIERT KURSPROGRAM kjennetegnet årets primærmedisinske uke. Det var til sammen 1200 deltagere fordelt på 40 kurs hvorav to kurs var emnekurser i akuttmedisin for leger som ble holdt på Ahus i Lørenskog.

INNLEDNINGSTALEN var det statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Lisbeth Normann som stod for. Hun ønsket å rette søkelyset mot fremtidens helse- og omsorgstjenester og mente at det nå nærmest var kommet et paradigmeskifte i tenkningen rundt helsetjenesten og innholdet i denne – for regjeringen er det viktig å ta utgangspunkt i pasienten sa hun. Hun nevnte de nye stortingsmeldingene som kommer i løpet av neste år: folkehelsemeldingen som inkluderer psykisk hel-

se, primærhelsetjenestemeldingen og nasjonal helse- og sykehusplan. Dette er planer som vil komme til å medføre endringer både for fastlegene og for kommunene. I sitt innlegg var hun flere ganger innom temaet ledelse og som særlig utfordring nevnte hun strategisk ledelse i kommunene. Hun snakket videre om fastlegene som sentral kompetanse for å være med på å utforme tjenestene slik at pasientene opplever dem som helhetlige, sammenhengende og tilgjengelige, og det kom klart frem et ønske om å utnytte de tilgjengelige ressurser bedre enn i dag. Andre utfordringer som kommunene står overfor nå er bedre tilbud når det gjelder psykisk helse, opptrapping av rehabilitering og rus samt KAD-senger. De siste mente hun fungerer godt og hun hadde håp om færre sy-

kehusinnleggelse på grunn av disse senge. Brukermedvirkning, kompetanse, tverrfaglighet og ledelse er fortsatt fyndord fra departementets side. Fastlegene er viktige for god kvalitet og utvikling mente hun. Fastlegene skal diagnostisere og behandle, men de skal også lære pasienten å leve med sykdom, sa statssekretæren. Normann avsluttet sitt innlegg med å sitere Helseministeren som har laget sin egen definisjon av helsebegrepet: *helse er å mestre de fysiske, psykiske og sosiale utfordringer man møter.*

ÅPNINGSFOREDRAGET i år var ved professor Steinar Hunskaar. Han innledet med ordene «dokker må stå for det som kjem». Professoren mente det vil komme endringer som er større enn det fastlegene opplevde i forbindelse med forrige endring av fastlegeforskriften. Fastlegens grunnstoff er tillit og tilgjengelighet, og fastlegen er den mest populære helsetjenestearbeideren, og bare folkebibliotekene har mer fornøyde brukere enn fastlegene. Til tross for dette kommer norske fastleger meget dårlig ut i store undersøkelser som Commonwealth fund når det gjelder kvalitet og dokumentasjon av kvalitet. Hunskaar kaller dette «dokumentasjonshelvet», men retter en advarende finger mot oss fordi myndigheten kommer til å kreve mer dokumentasjon på kvalitet i tiden som

kommer. Fastlegene har imidlertid levd for mye i sin egen boble. De har i liten grad vært villige til å se hvilke premisser den kommende diskusjonen om primærhelsetjenesten vil komme til å bygge på. Kanskje vi har vært for autonome og ikke vært villige til å argumentere også politisk. Hunskaar er klar i talen når han hevder at det er viktig å bevare fastlegene, men fastlegeordningen må utvikles. Fastlegen sikrer en inngangsport til helsetjenestene i Norge, og dette bidrar til å hindre ukontrollert kommersialisering, fragmentering og rop om særomsorger samt en sykehusentrent helsetjeneste. Men for å oppnå dette må vi som er fastleger delta i team – vi må koordinere og vi må få flere yrkesgrupper inn i teamene. Dette er viktig for å forhindre oppbygging av flere særomsorger i kommunene. Vår pedagogiske utfordring ligger i at vi ikke helt innser at både vårt koordinatoransvar er svekket, men også vår rolle som alle pasienters rådgiver og behandler.

Også Hunskaar tok frem fyndordene vi har hørt tidligere på dagen; pasienten som partner, valgfrihet, privatisering, frivillighet, økt tilgjengelighet, oppgaveglidning, liberal ideologi, profesjonsnøytralitet og internasjonale signaler. Han mener at statsråden ikke har tatt disse ordene ut av luften, men at de er en del av internasjonale strømninger og tunge trender i tiden. Og

Hunskaar advarer – statsråden mener noe med disse ordene.

Professor Hunskaar avsluttet sitt foredrag med igjen å advare; samfunnet vil kreve mer styring av fastlegene, og slik styring vil skje gjennom eierskap, altså fast ansettelse, gjennom forskrift som trolig vil bli mer detaljert enn den er nå, og til slutt gjennom avtaler om kvalitet basert på indikatorer. Fastlegene bør vurdere nøye om dagens modell med avlønning og drift skal beholdes mener han, og professoren er klar i sin tale når han uttaler at fastlønn på legevakt og i utdanningsstillinger er en nødvendig endring.

KULTURPROGRAMMET på årets PMU var som alltid variert og spennende. For de av oss som har vært på PMU siden fødselen for 25 år siden er et av høydepunktene morgenstunden med Ole Paus. Dessverre var første dag i årets PMU preget av mange tekniske problemer, dette gjaldt også for Ole Paus, men jeg håper både han og de øvrige arrangementene fikk bedre lyd de resterende dagene. Til tirsdagens kulturhalvtime var Ketil Bjørnstad invitert. Han hadde en strålende konsert både i innhold og utførelse. Et annet artig innslag stod amatørteatergruppa *Fremskrittsteateret* for. De urfremførte «Dr. Knock» to kvelder. Dette er et skuespill skrevet av den franske forfatteren Jules Romains. Stykket kom ut i

Frikk Heide-Steen bidrog på kulturprogrammet.



Scene fra teaterstykket «Dr. Knock» som ble fremført av Fremskrittsteateret.



1924, og er nå oversatt til norsk av legene Olav Thorsen, Odd Winge og Bård Natvig. Stykket handler om medisin og medikalisering, om prioritering og penger og er like aktuelt i dag som for 90 år siden.

UKENS HOVEDFORELESNING ble holdt av amerikanske Gilbert Welch, medisinprofessor ved Dartmouth's Geisel School of Medicine i New Hampshire, USA. Forelesningens tittel *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health* er identisk med hans boktittel fra 2011. Welch holdt en engasjerende, interessant og tankevekkende forelesning om overdiagnostikk. Han pekte blant annet på kreftscreening, fremfor alt screening for føflekkreft og kreft i thyroidea, lunge, bryst og prostata. Tematikken overdiagnostikk ble også belyst i et klinisk emnekurs ledet av Gisle Roksund, John Brodersen og Michael Bretthauer.

FESTMIDDAGEN torsdag kveld, ledet med stødig hånd av Tone Giercksky, ble en verdig markering av PMUs 25-årsjubileum. PMU-nesor og helsesekretær Tove Rutle ble hedret for sin innsats i kongressarbeidet siden 1989, og hun kvitterte med å meddele noen erindringer fra de første årene. En viktig programpost under den tradisjonstunge festmiddagen var de seks prisutdelingene (SE SIDE 30–31): AFU-prisen ble tildelt Heidi Nilsen, mens den nye

Tone Giercksky var toastmaster på festmiddagen.



Tom Sundar sammen med Gilbert Welch som holdt ukens hovedforelesning.



God stemning rundt bordene under festmiddagen den 23. oktober.

AMFF-prisen ble tildelt Heidi Liland Fidjeland. Åshild Lingrasmo fikk Medarbeiderprisen. Anders Forsdahls minnepris, som deles ut av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, ble tildelt Per Stensland. Skribentprisen ble tildelt Jan Emil Kristoffersen. Årets Løvetannpris ble tildelt Karin Frydenberg.



Elsa Lystad gledet mange på PMU.



Åshild Lingrasmo

Prisvi

Medarbeiderprisen

Prisvinner **Åshild Lingrasmo** er helsesekretær ved Sentrum legekontor i Tromsø. Hun er dataansvarlig ved kontoret hvor det er seks leger og fem helsesekretærer, samtidig deltar hun for fullt i kontorets oppgaver og rutiner. Lingrasmo har vært engasjert i arbeidet med å pilotere nye e-løsninger mot Universitetssykehuset i Tromsø, og derigjennom bidratt til at Sentrum legekontor var tidlig ute med elektroniske samhandlingsløsninger. Hun er med i Helsedirektoratets referansegruppe for utvikling av nettstedet helsenorge.no og styremedlem i Helsesekretærforum i Tromsø.



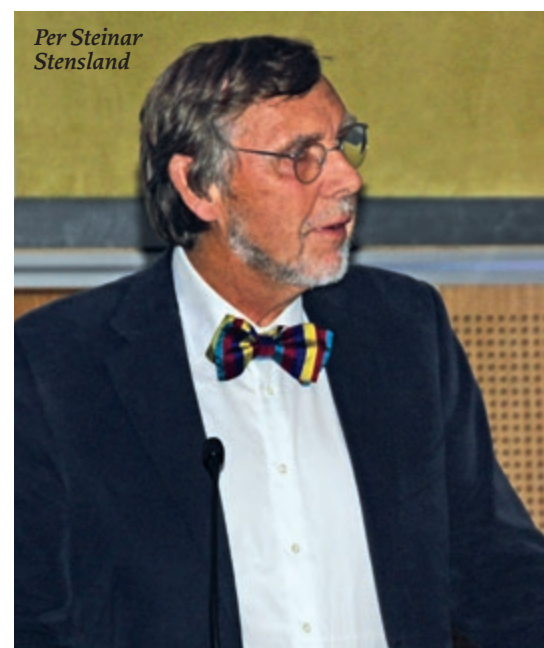
Jan Emil Kristoffersen

NFAs Skribentpris

Prisvinner **Jan Emil Kristoffersen** har skrevet et kapittel i boken *Reformer i norsk helsevesen* som kom ut i 2013. Kapittelet *Utfordringer i fastlegeordningen* er på 34 sider og tar for seg fastlegeordningens forhistorie og hvordan man endte opp med en driftsform med næringsdrift fremfor fastlønn. I fremtiden ser Kristoffersen for seg vesentlig større fastlegesentere som kan håndtere utvidede åpningstider og fungere som lokal «legevakt» for sin befolkning på dag- og kveldstid sju dager i uken.



Karin Frydenberg



Per Steinar Stensland

nnere PMU 2014

Årets løvetann

Prisvinner **Karin Frydenberg** er fastlege på Skreia. Her har hun jobbet i mange år og vært en tydelig aktør i utviklingen av helsetjenesten i sitt distrikt. Hun har vært en viktig rekrutterende faktor for fastlegeordningen på Skreia fordi hun har strenge kvalitetskrav til sin virksomhet som fastlege og hun veileder stadig nye turnusleger. Frydenberg har hatt mange verv i Legeforeningen, og hun er tydelig når hun tar ordet. Hun har også «skrevet sitt fag» blant annet som redaktør av *Utposten*. I 2013 fikk hun nordisk pris for årets beste artikkel i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Anders Forsdahls minnespris

Prisvinner **Per Steinar Stensland** var distriktslege i Hadsel i 1977–1981. Han har vært sammenhengende distriktslege/kommunelege/fastlege i Sogndal frem til han ble fylkeslege i Sogn og Fjordane i 2011. Parallelt med dette har han drevet omfattende forsknings- og fagutviklingsarbeid. Stensland ble dr.med. i 2003 på en kvalitativ studie om lege-pasient-kommunikasjon. Han har veiledet et viktig phd-arbeid om fastlegers innsats innen livsstilsveiledning. Videre har prisvinneren lagt ned et betydelig arbeid med å opprette og drive Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø.

AFU-prisen

Prisvinner **Heidi Nilsen** er en nykommer i allmennmedisinsk forskning og derfor en typisk AFU-stipendiat. Hennes forskningsspørsmål springer ut av egen erfaring som lege i sin kommune. Hun har med sitt temavalg grepet en aktuell problemstilling, en følge av en helsepolitisk beslutning, for å undersøke dens mulige konsekvenser. Metodevalget er passende for dette formålet, og hun har et egnet materiale for å kunne vurdere om hensikten med å etablere døgnplasser for øyeblikkelig hjelp i hver norske kommune samstemmer med praksis i hennes egen kommune, slik den har etablert seg.



Heidi Nilsen



Heidi Lidal Fidjeland

AMFF-prisen

Prisvinner **Heidi Lidal Fidjeland** har gått fra å være AFU-stipendiat til å være student ved den allmennmedisinske forskerskolen på andre året, med en phd-grad i sikte med støtte fra Allmennmedisinsk Forskningsfond. Fidjeland har, med grunnlag i egen praksiserfaring, spurt norske allmennleger om deres holdning til å følge pasienter som lider av ulike kreftsykdommer – etter avsluttet sykehusbehandling.

Hennes studie viser så langt at allmennlegene gir et tvetydig svar: De oppfatter oppgaven knyttet til omsorg for sine pasienter som lider av kreft som viktig og vil gjerne påta seg oppfølgingsansvar. Samtidig vurderer de oppgaven som så krevende at den er vanskelig å forene med en allerede presset klinisk hverdag. Denne tvetydigheten i svarene er et interessant utgangspunkt for videre utdypning.

Ny kunnskap i allmennmedisin

Presentasjon av sammendragene fra
forskningsdagen på Primærmedisinsk uke 2014.

REDIGERT AV

■ ELIN OLAUG ROSVOLD • Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

■ SABINE RUTHS • Allmennmedisinsk forskningsenhet, Bergen og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke (PMU) ga også i år et spennende innblikk i ny forskning i norsk allmennmedisin. Deltagerne fikk presentert forskning som spente fra foreldres opplevelse av fedme hos sine førskolebarn til akutte forgiftningen på legevakt.



I tillegg til foredrag, inneholdt programmet to sesjoner der studenter på Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) viste postere med resultater fra sine prosjekter. Tre nye doktorgrader i allmennmedisin ble også presentert.

De som deltok med frie foredrag konkurrerte om den allmennmedisinske forskningsprisen som deles ut av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU). Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen (Af) og Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) bidrar med prispengene på 15 000 kroner. I år var det Heidi Nilsen fra Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen som mottok prisen for sin presentasjon om «Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser – en økonomisk ulv i kvalitetsbehandlete fåreklær?»

Nytt av året var en pris fra Allmennmedisinsk forskningsfond til forskere på PhD-nivå. Denne er også på 15 000 kroner. Første mottaker av prisen ble Heidi Lidal Fidjeland som er 2. årsstudent på forskerskolen. Hun presenterte prosjektet «General practitioners' experiences with and attitudes to cancer follow up».

Mer om de to prisbelønte prosjektene og den øvrige forskningen som ble presentert på PMU kan du lese i sammendragene som vi presenterer i dette nummeret av *Utposten*. ▶▶▶

Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care

INGUN TOFTEMO^{1,2}, KARI GLAVIN³, PER LAGERLØV¹

1 Toppen Legesenter, Lillehammer • 2 Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo • 3 Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus

BAKGRUNN

Prevalensen av overvekt og fedme hos barn har økt betydelig i mange land de siste tiårene. Få foreldre klarer å identifisere barna sine som overvektige. Dette gjelder spesielt for de yngste barna. Det er vanskelig å motivere foreldre for tiltak, og intervensjoner for å oppnå normal vekt mislykkes ofte.

FORMÅL

Å utforske foreldres synspunkter og erfaringer når helsepersonell identifiserer førskolebarnet deres som overvektig.

METODE

Det ble gjort dybdeintervjuer med foreldrene til 10 overvektige barn i alderen 2,5-5,5 år. Foreldrene ble rekruttert på helsestasjoner på det sentrale Østlandet. Inter-

vjuene ble tatt opp digitalt, transkribert ordrett og analysert med kondensert tekstanalyse.

RESULTATER

Foreldrene beskrev både seg selv og barnet som sårbare. Noen foreldre fryktet at barnet kunne få dårlig selvfølelse og spiseforstyrrelser, og foretrakk derfor å snakke med helsepersonell om overvekt uten at barnet selv var til stede. Vekstkurver ble sett på som både objektive og nyttige. Foreldrene snakket gjerne om sine egne erfaringer med vekt. Det å være overvektig selv representerte både en barriere en motivasjon til å jobbe med barnets overvekt. Foreldrene satt stor pris på støtten som de fikk i barnehagen. Besteforeldre kunne imidlertid undergrave foreldrenes innsats for å endre livsstil.

KONKLUSJON

Overvekt i tidlig barnealder bør tas opp på en skånsom og respektfull måte. En bør vurdere om barnet skal være til stede under samtalen. Det kan være nyttig for helsepersonell å ta opp foreldrenes egne erfaringer med vekt og slanking, samt eventuell bekymring for spiseforstyrrelser. Ved behandling av overvekt hos førskolebarn bør alle barnets omsorgspersoner, inkludert barnehage og besteforeldre, involveres.

REFERANSE

- Toftemo I, Glavik K, Lagerløv P. Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. Family Practice. 2013. doi:10.1093/fampra/cmt056

Fysioterapi alene eller kombinert med kortikosteroidinjeksjon for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: en randomisert, placebokontrollert studie

MORTEN OLAUSSEN, ØYSTEIN HOLMEDAL, IBRAHIMU MDALA, MORTEN LINDBÆK, SØREN BRAGE, HIROKO SOLVANG

Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Flere studier på effekten av ulike fysiske behandlingsmetoder og kortikosteroidinjeksjon ved lateral epikondylitt er publisert de siste årene, hovedsakelig på kroniske tilstander. I en litteraturstudie vi publiserte høsten 2013 (1), fant vi vitenskapelig støtte for å bruke manipulasjon med trening og eksentrisk trening med tøyning ved tennisalbue når pasienten ønsker behandling. Kortisoninjeksjon bør brukes med forsiktighet, siden mange opplever tilbakefall og det fortsatt er usikkerhet om langtidseffekten. I perioden 2009 til 2013 gjennomførte vi en klinisk studie for å undersøke effekten av fysioterapi kombinert med kortikosteroider på akutt tennisalbue i allmennpraksis.

METODE

En randomisert, kontrollert studie med et års oppfølging, dobbel blind injeksjon av kortikosteroider og single blind oppfølging av behandlingseffekt. 177 pasienter i alderen 18 til 70 år fra Sarpsborg og omegn med klinisk diagnostisert, nyoppstått late-

ral epikondylitt (to til 12 ukers plager) deltok. Behandlingen bestod av fysioterapi med to kortikosteroidinjeksjoner, fysioterapi med to placeboinjeksjoner eller vente og-se (kontroll). Fysioterapibehandlingen bestod av dyp tverrfriksjon, Mills manipulasjon, stretching og eksentriske øvelser. Behandlingen ble definert som suksess når pasienten anså seg «helt frisk» eller «mye bedre» på en seks-punktskala. Sekundære endepunkter var smerte, funksjon og grad av plager, maksimal og smertefri gripestyrke, Pain Free Function Index, sykefravær, bruk av tilleggsbehandling og bivirkninger. Pasientene ble fulgt i 12 måneder.

RESULTATER

Foreløpig resultater ble presentert på forskningsdagen på PMU.

REFERANSE

- Olausson M, Holmedal O, Lindbaek M, Brage S, Solvang H. Treating lateral epicondylitis with corticosteroid injections or non-electrotherapeutic physiotherapy: a systematic review. BMJ Open 2013 Oct 29;3(10):e003564

Akutte forgiftninger ved Legevakten i Oslo: en ett-års observasjonsstudie

ODD MARTIN VALLERSNES^{1,2}, DAG JACOBSEN³, ØIVIND EKEBERG³, METTE BREKKE¹

1 Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

2 Legevakten i Oslo, Allmenlegevakten, Helseetaten, Oslo kommune

3 Akuttmedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus Ullevål

BAKGRUNN OG FORMÅL

I Oslo blir de fleste pasienter med akutte forgiftninger behandlet i førstelinjetjenesten, ved Legevakten i Oslo, med enklere diagnostiske midler og færre behandlingsmuligheter enn ved sykehus. Denne studien beskriver forgiftningspanoramaet som for tiden ses ved Legevakten i Oslo.

METODE

Observasjonsstudie. Pasienter eldre enn 12 år behandlet for akutt forgiftning ved Legevakten i Oslo ble inkludert fortløpende fra og med oktober 2011 til og med september 2012. Leger og sykepleiere fylte ut registreringsskjema. Forgiftningsagens, innkomsttidspunkt, alder, kjønn, intensjonen bak forgiftningen, sykehusinnleggelse og videre henvisninger ble registrert.

RESULTATER

I løpet av ett år ble 2923 akutte forgiftninger behandlet. Øvrige resultater vil presenteres i artikkelform.

The Menopause. Symptoms, Use of Hormones and General Practitioners' Attitudes and Advice

BJØRN GJELSVIK

Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Hormonbehandling av symptomer som er forbundet med menopausen og medikamentell forebygging av kroniske sykdommer etter overgangsalderen har blitt intens diskutert de siste 5-6 tiårene. I 1990-årene ble HT ansett som effektiv og trygg for å forebygge kroniske sykdommer hos postmenopausale kvinner. Rundt årtusenskiftet kom nye studier som viste at HT ikke forebygger hjerteinfarkt og innebærer en økt risiko for brystkreft. Funnene førte til omfattende endring av retningslinjer for behandling. I de norske anbefalingene er indikasjonen for HT plagsomme hetetokter som medfører redusert livskvalitet, og behandlingen skal revurderes årlig. Målsettingen i avhandlingen var å beskrive det naturlige forløpet av overgangsalderen og bruk av hormoner i en kohort av friske kvinner (Kvinnekohorten i Hordaland), og holdninger og kunnskap om HT blant norske allmennleger etter at anbefalinger for bruk ble endret i 2003.

MATERIALE OG METODE

Kvinnekohorten i Hordaland besto av 2229 kvinner som var i alderen 40-44 år ved oppstart, og kvinnene mottok spørreskjema årlig eller hvert annet år fra 1999 til 2010. Data fra 2002 kvinner (90 prosent av kohorten) ble brukt i analysen. I *Allmennpraktikerstudien* fikk et tilfeldig utvalg av 400 norske allmennleger i 2004 tilsendt et spørreskjema med spørsmål om effekter, indikasjoner, kontraindikasjoner, oppfatning av rolle og oppfatning av risiko ved HT. 289 leger (72 prosent) besvarte skjemaet.

RESULTATER

Kvinnekohorten: Kvinnene rapporterte færre plagsomme symptomer (hetetokter, svette/nattsvette og plager fra tørre slimhinner) enn det som tidligere er funnet i sammenliknbare internasjonale studier, og mindre bruk av HT. Daglig røyking medførte økt risiko for symptomer og tidligere overgangsalder. Hyppige symptomer var den viktigste faktoren som førte til bruk av hormoner, og

gjennomsnittlig varighet av HT bruk var 4,5 år. Egenrapportert helse var stabil, og selv om kvinnene rapporterte økende plager påvirket ikke dette egenrapportert helse i kohorten som helhet. Forekomst av symptomer etter å ha sluttet med HT ble undersøkt i en egen substudie. Vi fant at symptomene kom tilbake for de fleste.

Allmennpraktikerstudien viste at legene i all hovedsak var kjent med kunnskapsgrunnlaget for behandlingen, så som effekter, bivirkninger og risiko. Undersøkelsen viste også at mange av legene hadde tiltro til mindre dokumenterte effekter, slik som effekt på seksuelliv og aldring av hud. Sammenliknet med kvinner generelt brukte en vesentlig høyere andel av kvinnelige allmennleger HT selv. Legene ble spurt om de var enige eller uenige i at HT innebar en uheldig medikalisering av en naturlig livsfase, og holdningen til dette spørsmålet var avgjørende for råd som legene ga når de ble presentert for pasientkasuistikker.

KONKLUSJON

Funnene fra studien kan være nyttige for kvinnene selv og til hjelp for leger som gir råd til kvinner som har plager i overgangsalderen. Funnene er også relevante når det skal utarbeides og implementeres retningslinjer for behandling.

General practitioners' experiences with and attitudes to cancer follow-up

HEIDI LIDAL FIDJELAND^{1,2}, METTE BREKKE¹, INGVILD VISTAD²¹ Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Norway² Department of Obstetrics and Gynecology, Sorlandet Hospital Kristiansand, Norway

BACKGROUND AND AIM

An increasing number of cancer patient survivors have led to a debate on alternative follow-up regimens. Follow-up regimens that are easier for patients and cheaper than hospital visits might be provided by general practitioners (GPs). We aimed to explore GPs' experiences with cancer patient follow-up, and their views on taking on greater responsibility in future follow-up.

METHODS

We performed an electronic questionnaire study among Norwegian GPs. 317 GPs in seven regions responded.

RESULTS

GPs are providing follow-up care for cancer patients, mostly in collaboration with hospital specialists. More than half were satisfied with the collaboration. Most GPs preferred to

be involved at an early stage in cancer follow-up, and were confident they could provide follow-up. Fewer than 10 prosent were willing to assume responsibility for more cancer patients, citing increased workload as the reason.

CONCLUSION

GPs found cancer follow-up important, and wanted more involvement. However, they were hesitant to take increased responsibility due to workload.

Presentasjonen ble tildelt AMFF-prisen på PMU.

Urinary tract infection – to treat or not to treat?

INGVILD VIK¹, MARIANNE BOLLESTAD¹, MORTEN LINDBÆK¹, NILS GRUDE^{1,2}¹ University of Oslo, Institute of Health and Society, Department of General Practice² Vestfold Hospital Trust, Department of medical microbiology

BACKGROUND AND AIM

Although uncomplicated cystitis is often self-limiting, most such patients will be prescribed antibiotic treatment. We are investigating whether treatment of cystitis with an NSAID is as effective as an antibiotic in achieving symptomatic resolution.

MATERIAL AND METHODS

This is a randomized, controlled, double blind trial following the principles of Good Clinical Practice. Women between the ages of 18 to 60 presenting with symptoms of uncomplicated cystitis are screened for eligibility. 500 women from multiple sites in Norway, Sweden and Denmark are allocated to

treatment with 600 mg ibuprofen three times a day or 200 mg mecillinam three times a day. Allocation is conducted using block randomization. The primary outcome is the number of patients who feel cured by day four as recorded in a diary. Adverse events will be handled and reported in accordance with Good Clinical Practice.

DISCUSSION

If treatment of uncomplicated cystitis with ibuprofen is as effective as mecillinam for symptom relief, we can potentially reduce the use of antibiotics on a global scale.

Jernmangel og anemi under svangerskap og barseltid i en multietnisk befolkning

MARTHE-LISE NÆSS-ANDRESEN, ANNE KAREN JENUM
Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Jernmangel er den vanligste mangeltilstanden globalt. Utbredelsen av jernmangelanemi har sunket i Norge de senere årene, mens forekomsten av jernmangel er høy. Ny kunnskap og dagens multietniske samfunn tilsier en nærmere vurdering av kartlegging av anemi og jernmangel hos dagens gravide, spesielt for høyrisikogrupper.

METODE

Befolkningsbasert kohorteundersøkelse av

gravide som gikk til svangerskapskontroll ved helsestasjoner i bydelene Bjerke, Stovner og Grorud i 2008-2011. Dataene ble samlet inn ved svangerskapsuke 14 og 28, ved fødsel og 3 måneder postpartum. 823 gravide (74 prosent av inviterte), hvorav 59 prosent var etniske minoriteter, ble inkludert. Utvalget synes representativt for de største etniske gruppene. Et bredt datasett om en rekke helseutfall for mor og barn og eksposisjoner er klargjort. Vi har data på Hb, MCV, ferritin, jern og jernmetning fra svangerskapsuke 14 og 28 (n= 820 og

n=765), samt tre måneder post partum (n=580). Vi analyserer også transferrinreseptor og micro-CRP. Vi har data på 794 barn.

RESULTATER

Vi har planlagt tre artikler som vil omhandle

- 1) forekomst av og prediktorer for jernmangel, anemi og jernmangelanemi ved starten av svangerskapet i ulike etniske grupper,
- 2) forekomst av og prediktorer for jernmangel og anemi 3 måneder postpartum i ulike etniske grupper,
- 3) helseutfall hos barn av gravide med jernmangel og anemi i ulike etniske grupper. Preliminære analyser for artikkel 1 vil bli fremlagt på PMU.

Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser – en økonomisk ulv i kvalitetsbehandlede fåreklær?

HEIDI NILSEN¹, STEINAR HUNSKÅR^{2,3}, SABINE RUTHS^{1,3}

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse; ² Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisiplin, Uni Research Helse; ³ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

BAKGRUNN

Som ledd i Samhandlingsreformen skal det innen 2016 opprettes øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KAD) i alle kommuner. Over 200 kommuner har allerede opprettet slike behandlingstilbud. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at dette behandlingstilbudet skal være like godt eller bedre enn den behandling pasienten ellers ville ha mottatt ved sykehusinnleggelse.

FORMÅL

Vi vil belyse pasientforløp i KAD. Prosjektet vil bidra til ny kunnskap om behandlingstilbud og utfall for en sårbar pasientgruppe innlagt i et nytt behandlingstilbud som det ikke foreligger vitenskapelig dokumentasjon på.

METODE

Observasjonsstudie. Studiepopulasjon er

alle pasienter innlagt i 2 KAD-senger i en Vestlandskommune perioden fra mars 2013 til mars 2014. Demografiske data, komorbiditet, diagnose ved inn- og utskrivelse, utredning, behandling, omsorgsnivå, og eventuelle uheldige forløp under innleggelsen ble ekstrahert fra elektronisk pasientjournal.

RESULTATER

Foreløpige resultater ble presentert på Forskningsdagen på PMU.

Presentasjonen ble tildelt AFU/NOR-SAM-prisen på PMU.

DOKTORGRAD UNIVERSITETET I BERGEN 2013

Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway

INGRID HJULSTAD JOHANSEN

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisiplin, Uni Helse

BAKGRUNN

Norge er ett av få land i verden der primærhelsetjenesten er portvakt for spesialiserte helsetjenester for psykisk syke. Fastleger har hovedansvar for sine listepasienter innenfor vanlig arbeidstid. På kveld, natt, helg og helligdager organiserer kommunene legevakt som skal gi innbyggerne nødvendig helsehjelp i fastlegens fravær. Avhandlingen undersøkte bruk av legevakt relatert til psykisk sykdom, og hvilke utfordringer legene opplevde i pasientkontaktene.

METODE

Avhandlingen bygger på tre epidemiologiske og en kvalitativ studie.

RESULTATER

Resultatene viser at psykisk sykdom sjelden er kontaktårsak til legevakt, men har økt hyppighet i perioder hvor fastlegene er mindre tilgjengelige. Alvorlighetsgraden vurderes høyere enn for andre typer kontakter. Mange av kontaktene er rusrelaterte, og disse skjer ofte på natt. Selvmordsforsøk, psykoser og akutt rusmisbruk ses oftere på legevakt enn hos fastlegen. De fleste legevaktkontakter håndteres uten

innleggelse. Ved innleggelse sendes mange pasienter til somatiske avdelinger. Legevaktleger opplever usikkerhet og utrygghet i møte med pasienter med psykisk sykdom. Mange legevaktleger beskriver dårlig samhandling med spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Legene etterlyser bedret mulighet til å ivareta pasientene frem til hjelp kan gis på riktig omsorgsnivå.

KONKLUSJON

Den lave legevaktforekomsten av kontakter relatert til psykisk sykdom tilsier at det de fleste steder i Norge neppe er pasientgrunnlag for døgnkontinuerlige spesialiserte psykiatri-tjenester i tillegg til muligheten for akuttinnleggelse. Avhandlingen viser også at organisatoriske forhold rundt legevakt er til hinder for optimal hjelp til disse pasientene. Legevaktlegene trenger mer støtte dersom de skal kunne gi god primær helsehjelp til psykisk syke.

Non-publication of results from clinical drug trials in Norwegian general practice

ANJA MARIA BRÆND, JØRUND STRAAND, ATLE KLOVNING

Allmenntmedisinsk forskningsenhet/Avdelling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BACKGROUND

Publication of results from clinical trials is important to avoid publication bias and unnecessary replication of research, but still many trials are never published. The aim of this study was to identify non-publication of results from clinical drug trials in general practice.

MATERIAL AND METHODS

Drug trials in Norwegian general practice were identified by hand searching the Nor-

wegian Medicines Agency archive for all drug trials with year of application for approval 1998–2007. Systematic literature searches were performed to identify publications originating from these trials and trial registration in a public clinical trials register. Publications were identified through trial characteristics such as test drug, comparator and patient group.

RESULTS

Out of 2054 clinical drug trials, 196 were

planned performed in a general practice setting. Of the general practice trials, 93 prosent were multinational, 96 prosent were industry funded and 77 prosent included patients from both general practice and specialist care. The trials were planned to be completed in the period 1998 to 2012. Preliminary results will be presented at PMU regarding registration of trials in a public clinical trials register, non-publication of trial results and time to publication.

Kulturelle faktorer som påvirker forskrivning og forbruk av antibiotika

SIRI JENSEN¹, PIA TOBOUL-LUNDGREN^{2,3}, MORTEN LINDBÆK¹, JOHAN DRAI^{2,3}

¹ Avdeling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

² Department of Public Health, Archet 1 hospital, Nice University Hospital

³ Department of teaching and research in General Practice, University of Nice – Sophia

BAKGRUNN

Antibiotikaresistens er et økende problem, både nasjonalt og globalt. Forskning viser en klar sammenheng mellom et høyt forbruk av antibiotika og utviklingen av resistens. Det er store forskjeller i forbruk mellom de europeiske landene. Til tross for en rekke intervensjoner, ser disse forskjellene ut å være konstante. Kulturelle forskjeller blir ofte brukt som en forklaring. Studien søker å identifisere kulturelle faktorer som

kan påvirke forbruk og forskrivning av antibiotika.

METODE

Systematisk litteraturgjennomgang ved at to forskergrupper i henholdsvis Norge og Frankrike utførte to uavhengige litteratursøk med samme inklusjons og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var tverrkulturelle studier knyttet til antibiotikabruk i primærhelsetjenesten i minst to europeiske land.

RESULTAT

Til sammen 13 artikler oppfylte inklusjonskriteriene. Disse var de samme i begge forskergruppene. En rekke kulturelle faktorer som kan knyttes til forskrivning og forbruk, ble identifisert. Hovedvekten berørte pasients holdninger, kunnskap og oppfatninger om infeksjoner og antibiotika.

KONKLUSJON

De kulturelle faktorene ser ut til å spille en rolle fra pasientens første symptomer til legens avgjørelse om å forskrive eller ikke. Definisjonen av kultur er imidlertid flytende og vanskelig å definere, og sosiale og kulturelle faktorer er vanskelig å skille.

Norske allmennlegers arbeidshverdag – hva skjer på legekantorene og hvordan opplever pasientene det?

TORUNN BJERVE EIDE¹, HASSE MELBY², JØRUND STRAAND¹, ELIN OLAUG ROSVOLD¹

¹ Avdeling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

² Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Tromsø

BAKGRUNN OG FORMÅL

Quality and Cost in Primary Care in Europe (QUALICOPE) er en EU-finansiert studie som involverer 34 land, 6830 allmennleger og 65 348 pasienter. Målsettingen er å evaluere europeisk primærhelsetjeneste med fokus på kvalitet, kostnader og tilgjengelighet. Formålet med den norske delen av studien er å få kunnskap om hva pasienter ønsker og forventer av fastlegen, hvilke tjenester fastlegen faktisk yter og hvilke ytre faktorer som er assosiert med tjenestetilbud og pasientenes opplevelser.

ble bedt om å fylle ut ett av to spørreskjema om henholdsvis erfaringer med den aktuelle legepraksisen og hvilke aspekter de vurderte som viktigst ved kontakt med fastlegen. Materialet omfatter 1707 pasienter. Vi har gjort clusteranalyser der legenes listestørrelse er sammenholdt med variabler vedrørende pasientfornøydhet. Vi definerte «kort» pasientliste <900, «middels» liste 901–1300 pasienter (referansegruppe i analysene) og «lang» liste > 1300 pasienter.

MATERIALE OG METODE

198 fastleger besvarte et spørreskjema vedrørende deres praksis. Ti pasienter pr. lege

RESULTATER

Resultater om pasienttilfredshet knyttet til listestørrelse ble presentert på PMU.



Predictors for treatment with antibiotics and systemic corticosteroids in acute exacerbations in asthma or chronic obstructive pulmonary disease

SALWAN AL-ANI, MARK SPIGT, JOHANNA LAUE, HASSE MELBYE
General practice research unit, Dep. of Community Medicine, UIT Arctic University of Norway

AIMS

To identify predictors for prescribing of antibiotic and oral corticosteroid in patients with acute exacerbations of COPD or asthma.

METHODS

Patients aged 40 years or more diagnosed with asthma, COPD or both from seven general practice offices in Norway were invited to a baseline examination and 12 months follow-up.

RESULTS

Of the 376 who took part in baseline examination, 95 had an exacerbation and were included in the analysis. Based on spirometry at baseline 39 of these had COPD. Antibiotics were prescribed in 43.6 percent and systemic corticosteroids in 56.4 percent of patients with COPD compared to 12.5 percent and 28.6 percent respectively in patients with FEV₁/FVC ¹ 0.7 (P = 0.001, P = 0.006). Prolonged expiration, wheezes

and diminished breath sounds predicted the prescribing of both antibiotics and systemic corticosteroids with P value < 0.01.

CONCLUSION

Patients with COPD were treated more often with antibiotics and systemic corticosteroids. Chest findings, CRP value and oxygen saturation were the strongest predictors of antibiotic prescribing.

Patients with persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice

AAMLAND A^{1,2}, MALTERUD K^{1,2,3}, WERNER EL¹

¹ Research Unit for General Practice, Uni Research Health Bergen • ² Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen
³ Research Unit for General Practice in Copenhagen, Copenhagen, Denmark

BAKGRUNN

Begrepet medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er et samlebegrep for helsetilstander som karakteriseres av «subjektive» symptomer uten «objektive» funn. Allmennleger har en hovedrolle ovenfor pasienter med MUPS.

MÅLSETTING

Å kartlegge pasienter med MUPS i norsk allmennpraksis med tanke på konsultasjonsprevalens, symptommonster, yrkesdeltakelse og konsultasjonstiltak.

METODE

Et representativt utvalg norske allmennleger (n=160) registrerte forløpende gjennom fire praksisuker pasienter som opp-

fylte en case-definisjon av persisterende MUPS. Vi brukte deskriptiv statistikk for alle variablene, samt uavhengig t-test (kontinuerlige variabler) og Chi-square test (kategoriske variabler) for analyse av forskjeller mellom gjennomsnittsverdier.

RESULTAT

53 prosent (84) av allmennlegene 84 deltok i studien. Hver allmennlege registrerte i gjennomsnitt 6.4 pasienter med MUPS (SD= 4.97, variasjon 0–26). Det var ingen signifikante assosiasjoner mellom antall registrerte pasienter med MUPS og allmennlegenes kjønn, alder, spesialiststatus eller år med arbeidserfaring. Vi fant en konsultasjonsprevalens på 3 prosent (526 konsultasjoner med pasienter med MUPS

av totalt 17 688 konsultasjoner i registreringsperioden). Blant pasientene med MUPS var 76 prosent (399) kvinner, og symptommonster var hovedsakelig relatert til muskel- og skjelettsystemet og generell tretthet/utmattelse. Hele 44.7 prosent (234) av pasientene med MUPS var i arbeid, signifikant flere menn (p = 0.0047). Allmennlegene rapporterte at de ga støtte-samtaler i 64 prosent av konsultasjonene.

KONKLUSJON

Til tross for likheter, eksisterer det også et mangfold blant pasienter med MUPS. Konsultasjonsprevalensen er lik som for andre vanlige pasientgrupper i norsk allmennpraksis. Kunnskap om MUPS er styrende for allmennlegers holdninger og handlingsstrategier. Disse kartleggingsdataene kan fungere som viktig grunnlag for videre forskning på effektive allmennlegebaserte intervensjoner for pasienter med MUPS.

REFERANSE

1. Aamlund A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract*, 2014; 15: 107.

Vitamin D deficiency in pregnancy and vitamin D supplementation in a multiethnic population: a cohort study

ÅSE R EGGEMOEN^{1,2}, RAGNHILD S FALK³, KIRSTEN VALEBJØRG KNUTSEN¹, PER LAGERLØV¹, ANNE KAREN JENUM¹

¹ Department of General Practice and Community Medicine, Institute of Health and Society, University of Oslo, Norway
² Clinic of Migrant Health, Health and Welfare Agency, Oslo Municipality • ³ Oslo Center for Biostatistics and Epidemiology, Oslo University Hospital, Norway

BACKGROUND

Low concentrations of S-25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] are associated with adverse outcomes for mother and child. Guidelines for treatment of vitamin deficiency in pregnancy are lacking. The aims of this paper were to assess ethnic differences and risk factors for vitamin D deficiency in ear-

ly pregnancy, and at the start of third trimester after vitamin D supplementation.

METHODS

We measured serum 25(OH)D concentrations in both the first and third trimester in a cohort of pregnant women attending Child Health Clinics in Oslo (May 2008–

March 2010). Women with 25(OH)D < 37 nmol/L at inclusion were recommended to take cholecalciferol for three months.

RESULTS

Ethnic minority was the major independent risk factor of low vitamin D status. The proportion of vitamin D deficient women was reduced after recommending vitamin D supplementation.

CONCLUSION AND RECOMMENDATION

Vitamin D status should be tested as a routine among ethnic minority women in pregnancy.

DOKTORGRAD UNIVERSITETET I OSLO 2013

Hjerte- og karsykdommer, diabetes og etnisitet. Kvaliteten av diabetes behandling i en multi-etnisk populasjon i Oslo

ANH THI TRAN

Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

MÅL

Å undersøke om det er etniske forskjeller i:

1. Prevalens av selvrapportert diabetes, hjerte- og karsykdommer (HKS) og risiko for HKS hos personer med og uten diabetes
2. Behandlingskvalitet ved type 2 diabetes (T2D) i allmennpraksis
3. Farmakologisk forebygging av HKS for pasienter med T2D i forhold til nasjonale retningslinjer

MATERIALE OG METODE

Data fra Helseundersøkelsene i Oslo 2000-2002 og 17854 personer i alderen 30-61 år født i Norge, Tyrkia, Iran, Sri-Lanka, Pakistan og Vietnam var inkludert. Hjerte- og karsykdommer (HKS) inkluderer angina pectoris, hjerteinfarkt, apoplexia/TIA og claudicatio intermittens. Data om kvaliteten av diabetesbehandlingen i 2005 ble samlet inn i Groruddalen i Oslo. 1653 pasienter med T2D som gikk til kontroll hos 49 fastleger var inkludert. De fem etniske pasientgruppene hadde opprinnelse fra Norge, det indiske subkontinent, Øst-Asia, Midtøsten og Nord-Afrika, og andre regioner.

RESULTATER

Prevalensen av selvrapportert HKS var 2,9 prosent for dem født i Norge og 5,8-8,2 prosent for de andre gruppene justert for alder og kjønn. Prevalensen av selvrapportert diabetes var henholdsvis 1,8 prosent og 3-15 prosent. Blant dem uten diabetes rapporterte henholdsvis 2,6 prosent og 6 prosent hjerte- og karsykdom. Tilsvarende andeler blant dem med diabetes var 12,6 prosent og 15,3 prosent. Blant pasienter med T2D var gjennom-

snittsalder ved diagnosetidspunktet for de norske 60 år, i minoritetsgruppene 45-52 år. I alle grupper fikk over 85 prosent målt HbA_{1c}, blodtrykk og s-kolesterol ved årskontrollen. En større andel av minoritetsgruppene enn av de norske pasientene fikk glukosesenkende behandling (≥ 79 prosent mot 72 prosent). Gjennomsnittlig HbA_{1c}-nivå var 6,9 prosent for de norske og varierte mellom 7,3 prosent og 7,6 prosent for minoritetsgruppene etter justering for alder, kjønn, sykdomsvarighet, legesenter og lege. Andelen med dårlig glykemisk kontroll (HbA_{1c} > 9 prosent) var 19,6 prosent hos dem fra det indiske subkontinentet, 18,9 prosent hos dem fra Midtøsten og Nord-Afrika og 5,6 prosent hos de norske. Rundt 25 prosent i de fleste gruppene oppnådde kombinert behandlingsmål (HbA_{1c} $\leq 7,5$ prosent, systolisk blodtrykk ≤ 140 mm Hg, diastolisk blodtrykk ≤ 85 mm Hg, s-kolesterol $\leq 5,0$ mmol/l). Rundt 65 prosent av dem som fikk farmakologisk forebygging av HKS, nådde behandlingsmålene.

KONKLUSJON

Prevalensen av HKS og diabetes var minst dobbelt så høy hos innvandrergupper fra Asia og Afrika, og gjennomsnittsalder når diagnose T2D stilles var 8-15 år lavere enn hos etniske norske. De etniske forskjellene i HKS var større hos dem som ikke har diabetes enn hos pasienter med diabetes. Minoritetspasienter med T2D hadde dårligere glykemisk kontroll til tross for mer intensiv behandling. Det forebyggende arbeid mot HKS blant innvandrere i Norge må styrkes.

Noklus tilbyr kasuistikker til fastlegene

■ SVEIN IVAR FYLKESNES • Sykehjemslege og spes. geriatri, Noklus/Odda kommune

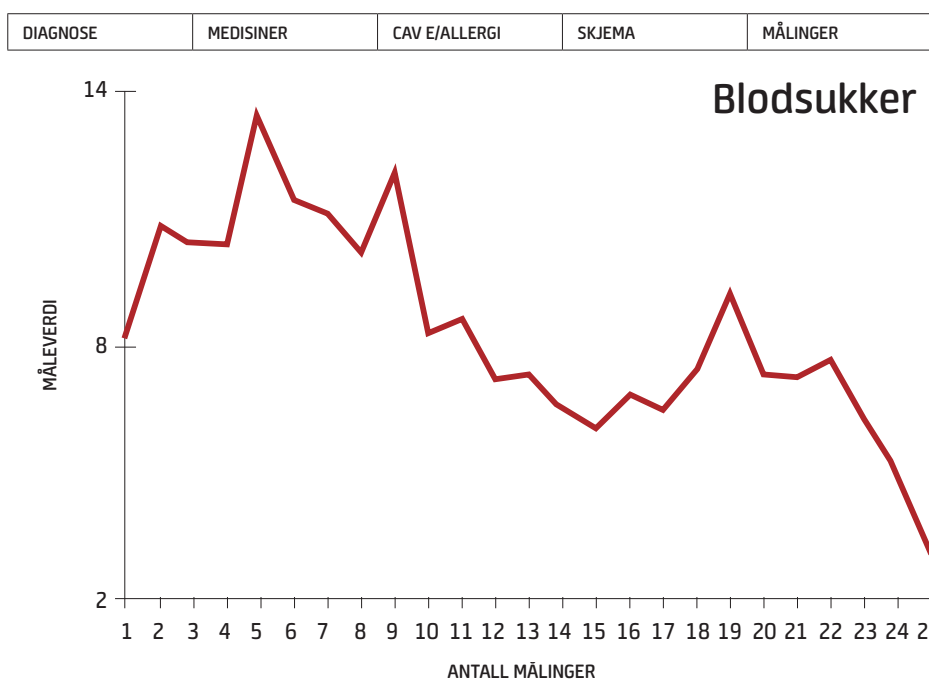
■ SIRI FAULI MUNKERUD • Helseøkonom og prosjektleder i Noklus

Fra i høst får også fastlegene tilsendt pasienthistorier fra Noklus. Alle som besvarer kasuistikken får tilbud om individuell tilbakemelding med faglig informasjon.

Som et ledd i arbeidet med å bedre laboratorievirksomheten på sykehjemmene har sykehjemsleger siden 2012 jevnlig fått tilsendt kasuistikker som belyser bruken av laboratorieprøver i sykehjem. Tilbudet utvides nå til fastleger. Tema i kasuistikken er bruk og tolkning av vanlige laboratorieprøver i sykehjem og allmennmedisin. Oppmerksomheten rettes mot samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten. En egen arbeidsgruppe i Noklus arbeider med å finne aktuelle pasienthistorier og å utforme tilbakemeldinger til sykehjemsleger og fastleger. Denne arbeidsgruppen består blant annet av leger fra allmennpraksis, sykehjem og laboratoriemedisin.

Som ledd i Omsorgsplan 2015/2020 er det bevilget midler på statsbudsjettet til et pilotprosjekt som skal komme frem til kriterier for når hjemmetjenesten bør ha laboratorievirksomhet, anbefalinger for omfanget av denne og hvordan den kan kvalitetssikres (1). I pilotprosjektet ble laboratorievirksomheten kartlagt via en nettbasert spørreundersøkelse i tre fylker våren 2014. Kartleggingen viser at nesten alle hjemmetjeneste-enheter har en laboratorievirksomhet og at de fleste av disse utfører kapillær glukosemåling. Kartleggingen viser også at samarbeidsrutinene mellom fastleger og hjemmetjenesten kan bli bedre. Det er særskilt viktig med gode samarbeidsrutiner for legemiddelhåndtering og laboratoriediagnostikk.

I uke 44 sendte Noklus ut to pasienthistorier til landets fastleger og sykehjemsleger hvor bruk og tolkning av laboratorieprøver ved diabetes var tema. Legene ble bedt om å ta stilling til hyppighet av rutinemessig kapillær glukosemåling, kontrollhyppighet og behandlingsmål for HbA_{1c} og håndtering av hypoglykemi. Til slutt fikk alle spørsmål om de hadde utarbeidet skriftlige eller journalførte planer for rutinemessig kontroll og oppfølging



FIGUR 1: Kurve over utført kapillær glukosemåling, hentet fra journal i sykehjem og hjemmetjeneste. Denne pasienten behandles med insulin og har stadig lavere glukosemålinger pga. vektneidgang. Kvaliteten på oppfølging fra hjemmetjenesten kan bedres med godt samarbeid med pasientens fastlege. Fastlege bør gi individuelt tilpasset anbefaling for hyppighet og tidspunkt for kapillær glukosemåling og for hvilke glukoseresultat som krever tiltak. GRAF: NOKLUS

med laboratorieprøver for sine pasienter med diabetes. Alle leger i sykehjem og ved allmennlegekontor som besvarer kasuistikkutsendelsen får tilbud om individuell tilbakemelding hvor egne svar sammenstilles med svarfordeling for alle respondenter. I tillegg inneholder tilbakemeldingen kommentarer til pasienthistoriene med oppdatert faglig informasjon (2, 3).

I denne kasuistikkutsendelsen ønsket Noklus å sette fokus på flere ting i tillegg til korrekt bruk og tolkning av laboratorieprøve ved diabetes. Pasienthistoriene som ble presentert illustrerer også viktigheten av individuell oppfølging av pasienter med diabetes og gode samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten. Mange pasienter med diabetes i sykehjem og i hjemmetjenesten kan ha andre behandlingsmål enn yngre pasienter med diabetes (2, 3). Fastleger og sykehjemsleger bør være involvert i vurdering av hvor hyppig det bør utføres rutinemessig kapil-

lær glukosemåling og for hvilke resultat det skal reageres på. Resultater fra publiserte studier og kartlegging utført av Noklus indikerer at dette bør være en prioritert oppgave for fastleger og sykehjemsleger (4, 5). Denne kasuistikken samt tidligere utsendelser er å finne på www.noklus.no.

REFERANSER

1. www.noklus.no
2. Hølleland G. Diabetes i sykehjem. http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer_attachment/147141?ts=13b47a27f73.
3. IDF Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes. <http://www.idf.org/guidelines/managing-older-people-type-2-diabetes>.
4. Andreassen LM. Nursing home patients with diabetes: Prevalence, drug treatment and glycaemic control. Diabetes Research and Clinical Practice. Volume 105, Issue 1, July 2014, Pages 102–109.
5. Löfgren UB. Diabetes control in Swedish community dwelling elderly: more often tight than poor. J Intern Med. 2004 Jan; 255(1): 96–101.

■ SVEIN.IVAR.FYLKESNES.NOKLUS.NO

Ny veileder for laboratorietilbud i sykehjem fra Noklus

■ SVEIN IVAR FYLKESNES • Sykehjemslege og spes. geriatri, Noklus/Odda kommune

■ SIRI FAULI MUNKERUD • Helseøkonom og prosjektleder i Noklus

Etablering av KAD-senger i tilknytning til sykehjem øker behovet for å utvide repertoaret av laboratorieanalyser i primærhelsetjenesten. Det medfører også behov for mer veiledning om bruk av laboratorieanalyser. Dette vil Noklus gjøre noe med.

Noklus har derfor utgitt veilederen *Laboratorietilbud i sykehjem* (1). Bakgrunnen for å lage den nye veilederen er samhandlingsreformens krav om at alle kommuner skal opprette tilbud for øyeblikkelig hjelpdøgnopphold som et alternativ til opphold i sykehus – ofte omtalt som KAD (kommunale akutte døgnplasser). Laboratorietilbudet skal være like bra eller bedre enn tilbudet utvalgte pasientgrupper kan få i spesialisthelsetjenesten (2). De siste årene har det også kommet stadig flere analyseinstrumenter for pasientnær analysering.

Kommunene møter denne situasjonen på ulike måter. Noen sykehjem tilbyr pasientnær analysering for mange av de mest benyttede analyser i sykehuslaboratorier. I andre sykehjem, derimot, utvides ikke laboratorietilbudet selv om sykehjemmet får nye pasientgrupper – herunder dem som innlegges i sykehjem som alternativ til innleggelse i sykehus. Det kan se ut som om forskjellene i laboratorietilbud ved ulike sykehjem ikke alltid kan forklares med forskjeller i geografi og pasientgrupper.

Veilederen fra Noklus drøfter denne problemstillingen.

Noklus ønsker å gi råd til enheter i primærhelsetjenesten som er i en fase hvor det er aktuelt å utvide laboratorietilbudet. I denne prosessen bør en starte med å kartlegge behov for laboratorieanalyser i den aktuelle pasientgruppen. Prosessen kan med fordel initieres av leger i kommunehelsetjenesten fremfor å bli drevet av markedsføring fra leverandører av analyseinstrumenter. Hvis det lokalt er konkludert med at laboratorietilbudet bør vurderes eller utvides, kan veilederen gi gode råd for det videre arbeidet. Utvidelse av laboratorietilbudet har som oftest til hensikt å redusere svartid på analyser som vanligvis blir utført i sykehuslaboratorium. Dette kan gjennomføres ved å innføre nye pasientnære analyser eller ved å innføre tiltak som sikrer rask transport av prøve til større laboratorium. Hva som er den mest hensiktsmessige løsning vurderes best lokalt. Avstand til sykehus, pasientvolum og lokale ressurser som kan sikre god analysekvalitet er viktige faktorer.

Den primære målgruppen for veilederen

er sykehjem som oppretter enhet eller senger for øyeblikkelig døgnopphold. Råd for denne gruppen sykehjem er også aktuelt for andre enheter i primærhelsetjenesten som vurderer sitt laboratorietilbud, for eksempel legekontorer og legevaktenheter. Lokal laboratoriekonsulent kan gi råd om hvordan laboratorietilbudet kan utvides, valg av analyseinstrument og råd om hvordan ny pasientnær analyse kan innføres.

REFERANSER

1. www.noklus.no/Aktuelt/tabid/132/ID/292/Veileder-for-laboratorietilbud-i-sykehjem.aspx
2. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill Helsedirektoratet Revidert 2/2014.
3. Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). Norsk forening for allmennmedisin. 2014. Den norske legeförening.

■ SVEIN.IVAR.FYLKESNES.NOKLUS.NO



PRAKSISBESØK I UTLANDET

- *buenísimo!*

■ TORGEIR FJERMESTAD • Spes. allmenn- og samfunnsmedisin, fastlege Ranheim legesenter, Trondheim

Det er mulig å gjennomføre praksisbesøk i utlandet, gitt visse forutsetninger, bla at en må skjønne språket kommunikasjonen foregår på. Vinteren 2014 hadde jeg tre måneder permisjon for å oppholde meg i Sør Amerika. Dette var planlagt lenge og jeg hadde forut brukt mye tid på språkstudier i spansk.



I Cumbaya Medical Center i Quito, Ecuador. Dette drives av Rotaryklubben i Quito og ildsjel er nordmannen Odd E. Hansen som har bodd i landet over 20 år.



Utsikt fra Quito mot vulkanen Cotopaxi som er 5897 meter høy og ligger 75 km sør for Ecuadors hovedstad Quito. Quito har ca. 1,6 millioner innbyggere og er verdens nest høyest be-liggende hovedstad.

FOTO: COLOURBOX

[HTTP://RACHAELINECUADOR.BLOGSPOT.NO](http://RACHAELINECUADOR.BLOGSPOT.NO)

Ranheim legesenter har i ca 10 år gitt økonomisk støtte til Cumbaya Medical Center i Quito, Ecuador. Dette drives av Rotaryklubben i Quito og ildsjel er nordmannen Odd E. Hansen som har bodd i landet over 20 år. Gjennom denne forbindelsen fikk jeg anledning til å hospitere to dager på dette legesenteret, sammen med allmennpraktikeren Fabian Andrade.

I tillegg foretok jeg en generell helseundersøkelse av 139 barn fra fire til sju år på Rotarys skole i småbyen Machachi, fire mil utenfor Quito.

Ecuador og helseforhold

Ecuador har 15,5 mill innbyggere og er med brutto nasjonalprodukt (BNP) på 5900 dollar pr. innbygger nr. 91 av verdens 195 land (Norge er nr. 3 med BNP på 101 000 dollar). Det politiske systemet har siste 15 år vært relativt stabilt. Nåværende president Rafael Correa har sittet siden 2007 og har sentrum-venstre profil. I hans styretid er det innført minstelønn på 360 dollar i måneden, sykepengeretter og andre sosiale reformer, og skatten på utenlandske selskaper er økt. Regjeringen er ellers kjent for å gi Wikileaks-leder Julian Assange asyl i ambassaden i London, og var tidlig ute med tilbud om asyl til Edward Snowden.

Forventet livslengde i Ecuador er for menn 74 år og kvinner 78 mens tilsvarende i Norge er 80 og 84. Fertilitetsraten for kvinner er 2,6 mot 1,9 i Norge. Mødre dødeligheten pr. 100 000 fødsler er 110 mens denne i Norge er sju, og gjennomsnitt for verdens land er 210. Ecuador har et svært effektivt og gratis massevaksinasjonsprogram, som omfatter flere typer vaksiner enn Norge og med større oppslutning i befolkningen enn hos oss.

Ecuador har 16,9 leger pr. 10 000 innbyggere, mens Norge har tilsvarende 41,6. Allmennmedisin er egen spesialitet, og det er ca 6000 allmennpraktikere, som relativt sett tilsvarer noe under halvparten av Norge.

Det allmennmedisinske tilbudet er tredelt: De offentlige helsesentrene er gratis men preget av dårlig tilgjengelighet og liten kontinuitet. Derfor er markedet slik at mange allmennleger har etablert et helprivat tilbud der pasienten betaler alt selv. For en ordinær konsultasjon hos dem er kostnaden ca 40 dollar. I mellom disse to ytterlighetene er det en del ideelle organisasjoner som har etablert egne helsetilbud, og blant disse er legesenteret i Cumbaya, der en konsultasjon koster åtte dollar. Listesystem som oss har de ikke, men dette ble av allmennlegene fremsatt som et ønske og en modell.



Centro Medico de Cumbaya

Senteret har en integrert modell der foruten allmennmedisinere også jobber gynekolog, pediater, indremedisiner, psykiater og psykolog, samt tannlege. I 2013 hadde senteret 12 502 konsultasjoner med allmennlege og 3387 spesialist-konsultasjoner. Senteret har bare ett allmennlegekontor med en lege til stede, men åpningstid er 8–17 samt lørdager, og to til tre leger jobber her på timesbasis, med fast lønn. Senteret har en avansert lab. med egen lege ansatt. Svar på CRP, hvite og diff på 15–20 minutter og leverprøver, kreatinin og elektrolytter på to til tre timer. Direkte mikroskopi av parasitter i fæces er en svært vanlig undersøkelse, utført av mikrobiolog på senteret, og svar forelå som regel innen 30 minutter. Senteret har også egen røntgenenhet inkludert ultralyd, med svar på thoraxbilde innen 30 min. I 2013 hadde senteret 12 503 konsultasjoner hos allmennlege, samt 3387 spesialist-konsultasjoner.

Organisering av arbeidet:

Alle pasientene blir først registrert hos en sykepleier, som også tar forundersøkelse med høyde og vekt, blodtrykk, puls, temperatur og oksygenmetning av alle! Pasientene kommer så til legene med en lapp der disse data er notert. Som hos oss tar så legen anamnese og klinisk undersøkelse og rekvirerer ved behov tilleggsundersøkelser og/eller forskriver videre behandling. Legen har EPJ og kan kommunisere elektronisk internt i senteret, bla med henvisning til de andre spesialistene, men det er ingen elektronisk kommunikasjon eksternt. Lab. arket er papirbasert.

Jeg deltok i konsultasjoner to dager kl. 8–13 med til sammen 32 pasienter. Pasienten ble først forespurt av dr. Andrade og

bortsett fra to kvinner med gynekologiske problemer, hadde alle en positiv innstilling til at jeg deltok i konsultasjonen.

Observasjoner

Dr. Andrade håndhilste på alle pasientene og alle kvinner ble møtt med et kyss på kinnet! Ca en tredjedel av pasienten hadde ikke journal fra før og det ble her tatt en grundig anamnese med tidligere sykdommer, medikamenter, allergier og familieforhold inkludert arvelige sykdommer.

En stor andel av de voksne pasientene hadde med seg familiemedlemmer inn til legen. Tidsbruk i konsultasjonen var ikke ulikt mine erfaringer fra Norge. De aller fleste pasientene hadde bare et problem de presenterte. Det ble brukt percentilkurve på alle barna.

Fordeling av de 32 pasientene viste klar overvekt kvinner/jenter med 25 stk. Åtte pasienter var under 18 år, det var bare tre voksne menn, og én person over 75 år.

Diagnoser

Ut fra enkel statistikk over de pasientene der jeg deltok så var luftveisinfeksjoner vanligste årsak til konsultasjon. Deretter kom magelidelser, der diare og smerter var hyppigst. Tre pasienter hadde urinveisinfeksjon, en med diabetes, og ingen med psykisk ledelse. Det var få pasienter med lidelser fra muskel-skjelett systemet sammenlignet med Norge. Også kontroller av kroniske lidelser og oppfølging av risikofaktorer for hjerte-kar sykdommer hadde mindre plass enn i Norge.

Behandling og forskjeller fra Norge

Legen informerte bra, med en del bruk av skriftlig informasjon. Verbal informasjon



var nok noe mer «patriarkalsk» enn det vi er vant med, og mindre dialogbasert, med noen klare innslag av skremsel: «Hvis du ikke tar blodtryksmedisinen får du slag».

Luftveisinfeksjoner hadde klart mer tilbøyelighet å ende med antibiotika-kur, og det minst bredspektrede som ble brukt var amoxicillin. Dr. Andrade anførte at penicillin V hadde sjeldent effekt pga resistensmønsteret. De fleste pasientene med luftveisinfeksjon fikk også antihistaminur uten at jeg fikk fram noen klar medisinsk begrunnelse.

Tre av pasientene fikk intravenøs behandling, to for urinveisinfeksjon og en for hode- og nakkesmerter. Den ene pasienten med nyrebekkenbetennelse var klinisk relativt kjekk, uten feber eller redusert allmenntilstand, og med CRP 40. Hun fikk Gentamicin i.v. og legen forklarte at dette er en erfaringsbasert og effektiv behandling med rask effekt. Videre oppfølging var Gentamycin i.m injeksjoner daglig i fem dager kombinert med kur Furadantin.

Risikotilstander for hjerte-kar sykdom ble aggressivt håndtert og retningslinjene legen brukte var spesialistbasert. Et eksempel var en dame på 66 år som kom med diare og luft i magen, fikk målt blodtrykk på 160/88. Legen hadde ingen blodtryksverdier fra før. Pasienten fikk forklart at tilstanden var svært risikabel og måtte starte behandling straks, ved at hun fikk utdelt den første tablett amlodipin 5 mg og tok den i legens påsyn på kontoret!

Diaresykdommer er vanlig og undersøkelser av parasitter i tarm tas svært ofte, ikke bare ved diaré, men også ved anemi, slapphet og manglende matlyst. Senterets laboratorielege angir at parasitten *blastocystis hominis* er vanligst, fulgt av *entamoeba coli*, *entamoeba histolytica* og *giardia lamblia*. For *Blastocystis* del er det interna-

sjonal uenighet hvor stor betydning denne har som patologisk agens og det er en utbredt oppfatning at den ikke skal behandles (1).

Refleksjoner rundt praksisbesøket

Det er mange likheter hvordan allmennmedisin utøver i Ecuador og Norge. Allmennmedisin som eget fag står mye svakere i Ecuador og kunnskapsgrunnlaget syntes å være basert på retningslinjer fra organspesialister. Det var spesielt tydelig i håndteringen av risikotilstander for hjerte-kar sykdommer som blodtykk og kolesterol. De som ble avdekket, fikk medikamentell behandling ved lav absolutt risiko. Verdens Helseorganisasjon har oversikt over gjennomsnittlige blodtryksverdier i de aller fleste land, for personer over 25 år har Ecuador et snitt på 129,3 mens Norge har 134,6 (2). Dette er ikke store forskjeller og vil medføre at hvis helsevesenet i Ecuador mer aktivt oppsporer risikanter og samtidig har lave grenser for medikamentell behandling, så vil dette legge beslag på store medisinske ressurser, og da på bekostning av andre områder. Den generelle legesøkningen i befolkningen er en del lavere enn i Norge. Derved får færre pasienter målt risikoparametre og da vil heller ikke risikantene samlet sett legge beslag på en større del av allmennlegenes kliniske hverdag.

På legesenteret jeg besøkte var det svært god lab. service samt røntgen, med raskere svartid enn vi har i Norge. Og avansert intravenøs behandling med infusjon av antibiotika og smertestillende blir håndtert på legesenteret som en daglig rutine, i større utstrekning enn vi har tradisjon for.

At pårørende i større grad er med til legen ble opplevd som nyttig, fordi det kom

fram en del ekstra opplysninger og synspunkter.

Selv om Ecuador har sykepengerettigheter med 100prosent sykepenger de første ukene så var det ingen av de 32 pasientene der jeg deltok som ble sykemeldt. Sykemeldingsstatistikk er ikke tilgjengelig for Ecuador, men Dr. Andrade bekreftet at i hans praksis var det uvanlig å sykemelde. Her var det tydeligvis stor forskjell fra Norge. En mulig forklaring er at lovverket rundt ansettelse og fagforeninger ikke er så sterk og dette bidrar trolig noe til at arbeidstakere er mer redd for å være vekk fra jobben.

Helseundersøkelsen av skolebarn

Rotarys skole i Machachi hadde ingen legetjeneste tilsvarende norsk skole eller helsestasjon. Skolen prioriterer psykososial oppfølging og har ansatt en psykolog i helstilling. Hun var med meg ved undersøkelsen av barna, en stor fordel fordi hun hadde veldig godt kjennskap til hver enkelt elevs helsesituasjon. Barna var utrolig tilfetsfulle og denne jobben var en særspennende og takknemlig oppgave.

Den største forskjellen på norske barn på samme alder var høy forekomst av karies, idet 20 av de 139 barna hadde tydelige funn. Forklaringen er at mange tygger søtsaker jevnlig, og det er manglende oppfølging av tannhygiene fra familien.

Et annet interessant funn var at ingen av barna brukte fast allergi- eller astmamedisin. To brukte medikamenter mot hyperaktivitet, altså 1,4 prosent, noe som er lavere enn i Europa og USA. Ut fra percentilkurver var det bare et av barna som var underernært.

Praksisbesøk i et annet land er utfordrende og givende og stimulerer til refleksjoner i egen praksis. Det er faglig spennende å se hvordan våre kolleger jobber i andre kulturer og med trange økonomiske rammer og andre typer forventninger i befolkningen. Men det er noe mer krevende å organisere slike praksisbesøk. Det er en del internasjonale hjelpeorganisasjoner, bla Rotary, som støtter eller driver allmennlegevirksomhet i land som ikke har samme utviklingsgrad og velstand som oss. Via slike organisasjoner kan det være aktuelt å sondere muligheter for slike praksisbesøk.

REFERANSER

1. Coyle CM, Varughese J, Weiss LM, Tanowitz HB. Blastocystis: to treat or not to treat.... Clin Infect Dis 2012; 54: 105–10.
2. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factor.

■ TORGEIR@ONLINE.NO

Ukas pasient

En ung kvinne som har tatt keisersnitt for 14 dager siden kommer med feber på andre dagen. Temperaturen er målt til 38-39 grader C. Fjernet stifter i snittet for 6 dager siden. Det var da uklart om det var antydning til infeksjon. Pasienten ble bedt om å ha lav terskel for å kontakte lege ved nytilkomne infeksjonstegn. Det går bra hjemme med mor og barn; Amming går bra og barnet spiser til det er mett. Pasienten har god allmenntilstand utenom feber. Pasienten har med urinprøve uten egentlig å ha symptomer på urinveisinfeksjon.

Ved undersøkelse av keisersnittet ser jeg et hematoma på høyre side av operasjonssåret. Pasienten opplyser at dette har vært til stede under hele forløpet, og har blitt vesentlig bedre. Såret har grodd fint. Ingen tegn til infeksjon.

CRP er lett forhøyet, U-stix negativ.

Pasienten har ikke hatt symptomer på forkjølelse eller influensa. Ikke tegn til dette hos barnet eller familie forøvrig heller. Benekter illeluktende utflod, abdominale smerter eller ubehag fra underlivet. Rikelig med melkeproduksjon. Har ved nærmere ettertanke følt et visst press i brystene, spesielt på venstre side. Barnet er mett før brystet er tømt helt.

Gynekologisk undersøkelse er normal. Normale funn ved inspeksjon av mammae. Ved palpasjon av mammae er det rikelig melkesekresjon bilateralt, ikke pusstilblending. I venstre mamma palperes to knuter, ca. 2x3 cm, lokalisert kl. 9 og 11. I høyre mamma palperes en knute på 2x2 cm lokalisert kl. 3.

Ut fra anamnese og kliniske funn er ikke-bakteriell mastitt sannsynlig diagnose. Konfererer med veileder og gynekolog, og diagnosen opprettholdes. Differensialdiagnoser kunne vært postpartum endometritt, urinveisinfeksjon, forkjølelse, influensa eller annen infeksjon. Da ville man imidlertid forventet flere allmennsymptomer.

Gir råd om å tømme begge brystene helt hver 2. time i henhold til anbefalinger i Norsk elektronisk legehåndbok. Brystene tømmes to ganger pr. natt. Varm dusj kan også hjelpe på melkeutdrivingen. Pasienten kan ta kontakt med helsestasjon for lån av brystpumpe. Rekontakt om vedvarende eller forverrede symptomer.

Behandlingen for ikke-bakteriell mastitt, brysttømming, er svært krevende

for pasienten. I dette tilfellet, hvor pasienten hadde svært stor melkeproduksjon, tar det lang tid å tømme hvert bryst. Når dette må gjøres mange ganger i løpet av døgnet, sier det seg selv det konsumerer tiden som skulle vært brukt til hvile og samvær med barn og familie. Dette kan ha stor innvirkning på trivsel og overskudd i den første tiden av spedbarnsperioden. Dette kan berøre hele familien og familiesituasjonen. Diagnosen mastitt kan i seg selv være en lettelse om pasienten har bekymret seg for langt alvorligere tilstander som for eksempel postpartum endometritt.

Det er en fordel at helsestasjonen kan tilby utlån av hensiktsmessige brystpumper. Det kan lette den økonomiske byrden for pasienten, samt bidra til at håndpumpe ikke blir alternativet. Sistnevnte kan i lengden bli et ork å bruke med dårlig compliance som resultat. I tillegg kan helsestasjonen foreslå at pasienten kan donere brystmelk. Slik kan diagnosen bidra til noe positivt, både for pasienten og andre trengende spedbarn.

For meg var dette det første møte (på egenhånd) med en infeksjon-inflammasjonstilstand hvor fokus ikke var i samsvar med pasientens egne mistanker (keisersnittet). Urinprøven hadde hun tatt med «av gammel vane». Da infeksjon i operasjonssåret var utelukket måtte man gå videre med først anamnesen og deretter undersøkelser. Det var spennende å måtte tenke utover det man hadde som forutinntatt utgangspunkt.

I løpet av konsultasjonen tenkte jeg det hadde vært en stor fordel om jeg hadde hatt barn selv. Da kunne jeg lettere ha relatert meg til aktuelle diagnoser og symptomer - og ikke minst hva som er normalt postpartum. I ettertid ser jeg at dette i grunnen gjelder alle tilstander og diagnoser, og det er jo verken mulig eller spesielt hensiktsmessig.

Det var helt klart en fordel å vite at kommunen kunne tilby utlån av brystpumper. Om jeg ikke hadde kjent til dette, ville pasienten ha måttet skaffe dette til veie selv med utsatt behandlingsstart som resultat.

I ettertid vil jeg sette meg bedre inn i tilstander som kan inntre postpartum. Særlig med tanke på risikovurdering etter normal fødsel kontra keisersnitt.

STINE SKOGLUND

Feil om vold i nære relasjoner

Det er flott at Aambø og medarbeidere tar opp det svært vesentlige problemet vold i nære relasjoner representerer (1). Det er også gledelig at denne *Utposten*-artikkelen har hele 57 referanser. Desto merkeligere er det at det påstås at vi ikke har kunnskap fra Norge om hvor mange av dem som oppsøker legevakt eller allmennpraktiker som har vært utsatt for vold. Mitt doktorgradsarbeid, der data ble samlet inn i 1995, er til dato en av de grundigste som er gjort på dette, og hovedartikkelen ble publisert i *BMJ* (2), noe som også førte til førstesideoppslag i *VG*. Senere er spørsmålet belyst i flere artikler (3–5). Hovedkonklusjonen er at hver tjuende voksne pasient vi møter i allmennpraksis har vært utsatt for trusler og vold fra noen som står dem nær eller som de kjenner godt, med en effekt som fortsatt har betydning for helsen når de er hos legen (uavhengig av legesøkningsårsak). Videre fant vi at legene var oppmerksomme på dette i bare hvert femte tilfelle, og at oddsen for at legen skulle kjenne til det var over åtte dersom pasienten bodde alene, sammenliknet med om pasienten levde sammen med noen (!). Dette viser at legene ikke er oppmerksomme på problemstillingen med mindre den er så alvorlig at den allerede har ført til oppbrudd i familien. Det er dessuten å merke seg at det var kjønnsforskjeller, særlig blant de middelaldrende pasienter, men kanskje vil noen

være overrasket over hvor mange menn som også rapporterte slike erfaringer. Allmennlegene brukte få spesifikke behandlingsmetoder (4).

Som det fremgår, finnes kunnskapen. Det som fortsatt mangler er at medisinstudiet setter oss i stand til å se problemet, lete etter det, og vite hva vi skal gjøre for å avhjelpe situasjonen. Alt for mange pasienter bundet av sin egen hjelpeløshet blir bare enda mer hjelpeløse etter at vi misforstår eller neglisjerer symptomene deres.

PÅL GULBRANDSEN

professor, Universitetet i Oslo og Akershus universitetssykehus, spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin (1991–2001)

REFERANSER

1. Aambø A, Iqbal T, Fjeldstad B. Vold i nære relasjoner – en oversett utfordring. *Utposten* 2014; 43(6): 6–13.
2. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–8.
3. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reason for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract* 1998; 15: 1–8.
4. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management of psychosocial problems in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998; 317: 28–32.
5. Gulbrandsen P. Allmennlegen og pasientens sosiale situasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2177–81.



Takk for Gulbrandsens innlegg!

Dette var gledelig! Når jeg søkte på nettet, konsentrerte jeg meg om nyere artikler, og de artiklene som Gulbrandsen nevner, kom da ikke opp – kanskje også fordi «psychosocial problems» ikke nødvendigvis er ensbetydende med vold i nære relasjoner. Men jeg beklager på det sterkeste disse artiklene slik ble oversett. Slik jeg leser Gulbrandsens innlegg, er det imidlertid stort sammenfall mellom våre konklusjoner: Vold i nære relasjoner både har vært og fortsatt er et vesentlig problem som beklageligvis har en tendens til å neglisjeres blant leger. Gulbrandsens data er nærmere 20 år gamle. Eventuelle endringer i legenes skolering på feltet kan ikke jeg uttale meg om, men det er gledelig om denne artikkelen kan bidra til at flere stemmer kommer til og at slike diskusjoner nå reises!

ARILD AAMBØ

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?

Fastlegen kan behandle medikamentoverforbrukshodepine

En kort adferdsrettet intervensjon hos fastlegen er en enkel behandling som kan hjelpe mange pasienter med kronisk hodepine og medikamentoverforbruk.

Migrene og hodepine er vanlige, men ofte invalidiserende plager. En fastlege i Norge med gjennomsnittsliste (1200 pasienter) har rundt 150 pasienter med migrene, og enda flere pasienter med spenningshodepine på listen sin. Mange av disse pasientene er sjelden til lege for hodepine, men mange hodepinepasienter bruker mye «feil» type medisin i form av reseptfrie legemidler og risikerer å ende opp med en unødvendig og plagsom kronisk hodepine.

Kronisk hodepine (hodepine >15 dager/måned) rammer to til fem prosent av befolkningen. Av disse lider omtrent 50 prosent av medikamentoverforbrukshodepine der feil bruk av smertestillende bidrar til unødvendig forverring av hodepinen. Behandlingen er seponering av overforbrukte medikamenter. Dette har vært ansett som vanskelig behandling grunnet forbigående kraftig abstinenshodepine, og har vanligvis funnet sted ved nevrologiske avdelinger. Nyere forskning tyder på at enkel informasjon og enkle råd om sammenhengen mellom hyppig bruk av smertestillende og mye hodepine er nok til at en del pasienter slutter med medisin på egenhånd.

I mitt doktorgradsarbeid brukte vi data fra en stor befolkningsstudie om kronisk hodepine. Vi fant at 20 prosent av de med kronisk hodepine aldri hadde vært hos lege. 80 prosent av de med kronisk hodepine og medikamentoverforbruk hadde vært i kontakt med fastlegen, mens kun 20 prosent hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. 50 prosent av de med kronisk hodepine hadde et medikamentoverforbruk, der reseptfrie legemidler var

vanligst. Forebyggende medisin ble brukt av svært få (3 prosent), mens mange pasienter (62 prosent) hadde forsøkt ulike alternative behandlinger.

Basert på denne kunnskapen utførte vi en randomisert kontrollert studie der 50 fastleger deltok. Halvparten fikk undervisning i bruk av «Brief Intervention» for medikamentoverforbrukshodepine, mens den andre halvparten ikke fikk noe opplæring. Målet med en «Brief Intervention» var gjennom samtale og informasjon å få pasienten til å forstå problemene medikamentoverforbruket ga, for deretter å få pasientene selv til å redusere medisinbruken. Etter tre måneder var 67 prosent uten medikamentoverforbruk og 50 prosent uten kronisk hodepine i behandlingsgruppen. I kontrollgruppen hadde 97 prosent fortsatt medikamentoverforbruk og 94 prosent fortsatt kronisk hodepine. Forskjellene holdt seg over seks måneder.

Disse funnene viser at de aller fleste pasienter med hyppig hodepine håndteres hos fastlegen, men så mange som 20 prosent har aldri oppsøkt legen sin på tross av kronisk hodepine. Både episodisk og kronisk hodepine er så prevalent at det er helt nødvendig at fastlegene har høy kompetanse på området og at det meste av behandlingen skjer i primærhelsetjenesten. Funnene indikerer videre at medikamentoverforbrukshodepine er vanlig i befolkningen, men at et stort problem med de reseptfrie legemidlene er at fastlegene sjelden er informert om at pasientene ofte bedriver betydelig selvmedisinering.

Funnene våre viser at behandlingen av medikamentoverforbrukshodepine ofte kan foregå hos fastlegen. En pedagogisk tilnærming i form av informasjon og råd om sammenhengen mellom hyppig bruk av smertestillende og forverring av hodepine er for mange pasienter nok til at de seponerer medisinene sine. «Brief intervention» er et tiltak som koster lite, hjelper godt og kan gjennomføres i løpet av kun en vanlig

konsultasjon. Effektiv behandling hos fastlegen vil sannsynligvis gi færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og kapasiteten der kan brukes på de mest kompliserte pasientene. Pasienter med kronisk hodepine som ikke responderer på medikamentnedtrapping eller som har betydelig komorbiditet bør enten forsøke forebyggende medisin hos fastlegen eller henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering og behandling.

Det var som i mange andre sammenhenger tilfældighetenes spill som gjorde at jeg havnet i akkurat dette prosjektet. Jeg tok kontakt med avdeling for allmennmedisin, UiO etter to år som fastlege i Sogn og Fjordane og etter hvert hadde de dette samarbeidsprosjektet med AHUS som skulle i gang. Jeg har gjennomført forskningen som fire-årig universitetsstipendiat med 25 prosent undervisningsplikt.

Stipendiat-livet er annerledes enn fastlegerollen, men morsomt, sosialt, krevende og utfordrende, og i lange perioder også mer familievennlig. Dersom man har en god forskningside eller ønsker å forske innen allmennmedisin vil jeg anbefale å ta kontakt med et av de fire allmennmedisinske instituttene.



ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN
e.s.kristoffersen@medisin.uio.no

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 til!  Tove Rutle – lagleder

Jeg leser mye, men det blir mest saksdokumenter og utredninger, og altfor lite av det som virkelig handler om livet; gode romaner og dypdykkende dikt.

Jeg har valgt to dikt. Et av Arne Garborg som har fulgt meg lenge og minner meg på den lokale kontekstens enorme betydning. Kontekst og forventningsavklaring er to av mine favorittord, ikke robust. Det andre er «Det mislikte diktet» av Jon Hjørnevik – et helt nytt bekjentskap. Han skriver gode, poengterte dikt. Enkeltvis kan de være svært morsomme, men sett i sammenheng forteller de en heller trist historie.

Dei største tankar vi alltid få
av verdsens det store vit,
men desse tankar dei brytast må,
lik strålar av soli, som alltid få
i kvar si bylgje ein annan lit

ARNE GARBORG

Jeg utfordrer kollega Geir Sverre Braut.

Hilsen fra
PETER ØGAR

Det mislikte diktet

Eg er som eit lite dikt,
det er ingen som har likt,
eit einsamt lite dikt,
som merkar omsorgssvikt.

Han som skreiv meg,
har kasta meg vekk,
dei som har lese meg,
vart sjuke og gjekk.

Dei som har sett meg,
vart aldri betatt.
Dei som har høyrte meg,
tetta øyra att.

Eg er det vesle diktet
som aldri nokon likte,
med ei heilsvart fortid
og utan håp i sikte.

Eg held meg i live
på pizza og øl,
sit oppe om natta
og les på meg sjøl.

JON HJØRNEVIK

SPØRSMÅL FRA RELIS

RELIS mottar jevnlig spørsmål om hvorvidt hårtap hos enkeltpasienter kan være relatert til deres legemiddelbruk. I denne artikkelen redegjøres for hvilke forhold som er viktige for vurderingen av en mulig årsakssammenheng. Det gis også en kort gjennomgang av noen aktuelle legemiddelgrupper som er forbundet med hårtap som mulig bivirkning.

Legemiddelindusert

Håret er for de fleste en viktig del av deres identitet og selvbilde. Selv om hårtap er svært vanlig, både hos menn og kvinner, er dette ofte forbundet med stor bekymring og psykososiale problemer. Siden hårtap er såpass vanlig, er det heller ikke uventet at en rekke legemiddelgrupper er assosiert med hårtap, uten at det nødvendigvis foreligger en årsakssammenheng.

RELIS mottar jevnlig spørsmål om hvorvidt hårtap hos enkeltpasienter kan være relatert til deres legemiddelbruk. Til den norske bivirkningsdatabasen er det siden begynnelsen av 1970-tallet meldt til sammen 365 tilfeller hvor hårtap er blant de mistenkte bivirkningene av et legemiddel. Kvinner utgjorde 85 prosent av pasientene. Dette materialet omfatter foruten meldinger til RELIS også vaksinebivirkninger, meldinger fra legemiddelindustrien og meldinger direkte fra pasienter. Ikke på noe enkeltlegemiddel er det i Norge rapportert mer enn 10 mistenkte tilfeller av legemiddelutløst hårtap (1, 2).

Legemiddelindusert hårtap karakteriseres ved at det som regel er diffust, medfører ikke arr og er reversibelt når legemidlet seponeres (3). For å kunne vurdere om et hårtap skyldes legemiddelbruk, er det nødvendig med kjennskap til normal hårsyklus.

Normal hårsyklus

Hodebunnen inneholder i gjennomsnitt ca. 100 000 hår, og det er normalt å miste 50–150 hår daglig. Hårfolliklene på hodet gjennomgår en syklus med tre faser. Til enhver tid finnes hår i alle de forskjellige fasene, men fordelingen er ujevn. Mesteparten av hårene (85–90 prosent) er i vekstfasen (anagen fase), og denne fasen varer i to til seks år. Deretter kommer overgangsfasen (katagen fase) som varer to til tre uker og er karakterisert ved follikulær regresjon. Kun ca. to til tre prosent av hårene er i denne fasen. Siste fase er hvilefasen (telogen fase) som varer ca. tre måneder og avsluttes med at håret faller av. Normalt er ca. 10–15 prosent av hårene i telogen fase (3–7).

En rekke legemidler kan påvirke hårsy-

klusen og gi håravfall (effluvium). Det er to hovedmekanismer for dette; anagent effluvium og telogent effluvium.

Anagent effluvium

Anagent effluvium er en form for diffust hårtap som utløses av cytostatika, strålebehandling eller forskjellige kjemikalier. Det skyldes en direkte toksisk effekt på hårfollikkelceller i rask deling i anagen fase, noe som fører til at hårfibre brekker. Cytostatikainduert hårtap begynner vanligvis en til tre uker etter oppstart av behandling og er fullstendig etter en til to måneder (3).

Telogent effluvium

Mange legemidler har vist å kunne indusere telogent effluvium. Tilstanden oppstår når fysisk eller psykisk stress fører til at et økt antall follikler i anagen fase (30–50 prosent) prematurt går over i telogen fase. Den normale balansen mellom hår i vekst og hvilefase forrykkes, noe som fører til økt håravfall to til fire måneder senere. I tillegg til legemidler kan utløsende årsak være for eksempel alvorlig infeksjon, forverring av kronisk sykdom, hypo-/hypertyreoidisme, kirurgi, blødninger, fødsel, slankekurer eller jern-/sinkmangel. Varighet, grad av stress og individuell sensitivitet er avgjørende for hvor mange hår som mistes, men vanligvis mistes under 50 prosent av hodehårene (3–6, 8).

Prognosen ved telogent effluvium er avhengig av om utløsende årsak fjernes eller korrigeres. I så fall er tilstanden selvbegrensende. Kronisk stress kan derimot opprettholde den høye telogenratioen. I ca. hvert tredje tilfelle finner man ingen årsak (4, 6, 8).

Hvis legemiddelindusert telogent effluvium mistenkes, bør det aktuelle legemidlet seponeres i minst tre måneder for å kunne vurdere om tilstanden bedres. For pasienten vil håravfallet normalt vedvare i to til tre måneder etter seponering av legemidlet før stabilisering og gjenvekst av hår opptrer. Vesentlig kosmetisk bedring ses normalt innen seks til tolv måneder (3, 8).



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

hårtap

Flere kilder lister opp legemidler eller legemiddelgrupper som er assosiert med hårtap uten at dette er nærmere beskrevet eller differensiert (4, 6–10). Generelt finnes lite data som beskriver hyppighet av legemiddelindusert hårtap. Nedenfor gis en kort gjennomgang av noen legemiddelgrupper som er forbundet med telogent hårtap som mulig bivirkning:

Antidepressiva

Beskrivelsene av hårtap i relasjon til antidepressiva er relativt få sett i forhold til disse legemidlenes omfattende bruk over flere tiår, men de omfatter nær sagt ethvert antidepressivt legemiddel. Ettersom hårtap er en sjelden bivirkning vil den først sees når mange bruker legemidlet, og forskjellen i rapportering mellom ulike legemidler kan derfor skyldes tilfeldigheter og/eller reflekterende varierende terapitradisjon i ulike deler av verden. Eksempelvis beskrives i amerikansk litteratur i første rekke hårtap relatert til bruk av fluoksetin, mens sertraline har vært dominerende i europeiske data (11–14). Det er postulert en mekanisme som omfatter påvirkning av serotonin-melatonin-omdanningen i huden, hvilket kan forklare hårtap som en gruppeeffekt. Siden hårtap er sjeldent forekommende ved bruk av antidepressiva, må individene som rammes i alle tilfelle være spesielt disponert.

Antiepileptika

Flere antiepileptika har vært assosiert med hårtap (5, 6, 8, 11). Dette er mest omtalt for valproat, og Tosti og medarbeidere angir at inntil 12 prosent av pasientene kan affiseres. I preparatomtalen er forbigående håravfall angitt som en vanlig bivirkning av valproat (15). Hårtapet synes doseavhengig da dosereduksjon har ført til gjenvekst av hår (3, 11, 12). Eksempler på andre antiepileptika som i mindre grad har vært assosiert med hårtap er lamotrigin, karbamazepin, levetiracetam og topiramid (7, 15).

Antikoagulantia

Antikoagulantia oppgis også ofte blant legemiddelgruppene som er assosiert med

hårtap. Kasusrapporter er beskrevet for både hepariner og kumarinderivater (warfarin). En kasusserie beskrevet av Wang og Po illustrer at tidsaspektet er sentralt også for antikoagulantia. Her beskrives hårtap hos tre pasienter behandlet med enoksaparin med overgang til warfarin etter cerebral venøs tromboembolisme. Hos alle tre pasientene beskrives at hårtapet oppsto mens pasientene var under innstilling på warfarin om lag tre uker etter oppstart av enoksaparin og at bedring tilkom to til tre uker etter seponering av enoksaparin (3, 16).

Antiretrovirale legemidler

Antiretrovirale legemidler som brukes i behandling av HIV (human immunodeficiency virus) kan gi hårtap, og dette har særlig vært assosiert med proteasehemmeren indinavir (3, 11, 17). Indinavir kan gi alvorlig telogent effluvium og flekkvist hårtap som ligner på alopecia areata hos opptil 10 prosent av pasientene (11). Kombinasjonsterapi med ritonavir kan også gi alvorlig håravfall siden ritonavir øker konsentrasjonen av indinavir. Andre proteasehemmere, f.eks. lopinavir, har også vært assosiert med hårtap. Det har dessuten nukleosid revers transkriptasehemmeren lamivudin (11, 17).

I en nyere oversiktsartikkel er det foretatt litteratursøk angående antiretroviralrelatert alopeci. Det ble funnet 16 aktuelle artikler og ett konferanseabstract med til sammen 46 pasienter. For disse pasientene startet utvikling av alopeci mellom to uker og to år etter oppstart med antiretroviral behandling, og mediantid var 2,5 måned. De fleste pasientene opplevde hårtapet i løpet av seks måneder. Det angis at optimal behandling av legemiddelindusert alopeci er seponering av mistenkt preparat, og at gjenvekst av hår forventes i løpet av en til tre måneder. For flere av pasientene ble det skiftet til antiretrovirale midler med antatt mindre risiko for utvikling av alopeci, f.eks. ikke-nukleosid revers transkriptasehemmere som nevirapin eller efavirenz (17).

Immunosuppressiva

Leflunomid og den aktive metabolitten teriflunomid er godkjent for bruk ved henholdsvis revmatisk sykdom og multipel sklerose (MS). Hårtap angis som en vanlig til svært vanlig bivirkning for disse legemidlene. Lang halveringstid kan bidra til at bivirkninger vedvarer i lang tid etter seponering. Prosedyre for utvasking/akselerert eliminering er beskrevet i preparatomtalen. Også for andre MS-legemidler som fingolimod og alemtuzumab er hårtap angitt som en vanlig bivirkning (15, 18, 19).

Interferoner

Hårtap angis som en vanlig til svært vanlig bivirkning av interferonbehandling. Hårtapet er reversibelt ved seponering og i enkelte tilfeller også ved opprettholdt behandling (11). Tosti angir at det det er vanskelig å se noen sammenheng mellom dose, tid for debut av symptomer og omfang av hårtapet (11, 20). Ved interferonbehandling er det både beskrevet telogent effluvium, alopecia areata og lokalt hårtap ved injeksjonsstedet. Goh omtaler fem tilfeller av total alopeci under interferonbehandling. I disse tilfellene debuterte hårtapet tre til ni måneder etter behandlingsstart og bedring tilkom tre til tolv måneder etter seponering (21).

Kardiovaskulære legemidler

I kildene vi har konsultert synes det å være enighet om at kardiovaskulære legemidler som betablokkere, ACE-hemmere og statiner kan gi håravfall (3–6, 8, 11). Dette er imidlertid i liten grad beskrevet nærmere i litteraturen. Ved søk i Medline har vi funnet noen få kasuistikker for enkelte legemidler, men ingen omtaler på gruppenivå. Hårtap som bivirkning er oppgitt med varierende forekomst i preparatomtalene for kardiovaskulære legemidler uten at litteraturen gir grunnlag for å peke spesielt på enkeltlegemidler.

Litium

Forskjellige oversiktsartikler angir at ved langtidsbehandling kan litium gi hårtap i fem til tyve prosent av tilfellene (3, 5, 11, 12). Alopeci kan oppstå i løpet av uker eller år etter start av behandling, men vanligvis tar det 4–6 måneder før merkbart hårtap oppdages (12). Hårtapet kan være en konsekvens av litiumindusert hypothyroidisme, og tilstanden kan være reversibel hvis eutyroid status gjenoppnås. Pasienter forteller også om endret hårstruktur under behandling med litium (3, 11, 12).

P-piller

Det er kjent at hårtap kan ses etter seponering av langtidsbehandling med peroral, hormonell antikonsepsjon (p-piller) (3, 4, 11, 22). Det har vært foreslått at dette kan skyldes at innholdet av østrogen i kombinasjonspiller forlenger den anagene fasen og synkroniserer hårsyklus. Etter bortfall av østrogentilskudd vil en økt overgang til telogen fase føre til økt håravfall. I noen tilfeller er det også sett forbigående håravfall tre til fem måneder etter oppstart med p-piller (11, 22). I spesiallitteratur angis at insidensen av alopeci blant brukere av p-piller er meget lav, og at assosiasjonen kan være tilfeldig siden det også er rapportert tilfeller hvor hårkvaliteten har blitt forbedret under bruken (22).

Retinoider

Ifølge Patel og Tosti kan retinoider som brukes ved forskjellige hudsykdommer som psoriasis (acitretin) og akne (isotretinoin), gi håravfall med synlig alopeci hos mange pasienter (3, 11). Høye doser A-vitamin har også vært assosiert med håravfall. Det angis at retinoider gir doserelatert hårtap, og at kroppshår også kan også affiseres. Acitretin kan i tillegg gi endringer i hårstruktur og farge. I preparatomtaler er alopeci oppgitt som en svært vanlig bivirkning av acitretin og en sjelden bivirkning av isotretinoin (15). Ifølge Micromedex har alopeci, som i noen tilfeller har vedvart etter seponering, vært rapportert i kliniske studier eller etter markedsføring av isotretinoin (23). Det vises til en retrospektiv observasjonsstudie med 404 pasienter som hadde vært behandlet med isotretinoin mot akne. Diffust hårtap («hair thinning») oppsto hos 6,4 prosent av pasientene (n=26) i løpet av de fire til fem første behandlingsmånedene.

Er hårtapet legemiddelindusert?

For cytotatika er hårtap en godt kjent og forventet bivirkning. For andre legemidler kan følgende spørsmål benyttes for å vurdere om det er en årsakssammenheng mellom et legemiddel og telogent hårtap:

- Diffust hårtap uten arr?
- Oppstått 2-4 måneder etter start av legemiddel?
- Bedring etter seponering?
- Tilbakefall ved eventuell reeksponering?
- Kjent bivirkning ifølge preparatomtale, databaser eller artikler?
- Andre årsaker utelukket?

Jo flere av spørsmålene som kan besvares bekreftende, desto større er sannsynligheten for at det foreligger en årsakssammenheng. Siden hårtap er såpass vanlig og kan ha mange årsaker, er det viktig å kunne utelukke aktuelle differensialdiagnoser. For kvinner vil for eksempel mer enn en tredjedel oppleve betydelig hårtap i løpet av livet (24). Den vanligste årsaken til dette er kvinnelig type hårtap (androgenetisk alopeci). Slikt hårtap rammer den sentrale delen av hodet, sparer den frontale hårlinjen og er karakterisert ved en bredere hårfattig midtlinje på toppen av hodet sammenlignet med bakhodet. Utseendemessig skiller det seg dermed fra telogent effluvium (5). For mange legemidler må også tilstanden som gir indikasjon for behandlingen vurderes som en mulig årsak til hårtapet (f.eks. kirurgi, infeksjon, immunsykdom, endokrin eller psykisk sykdom).

Konklusjon

Legemiddelindusert hårtap karakteriseres ved at det som regel er diffust, ikke medfører arr og er reversibelt når legemidlet seponeres. Det er mange legemidler som kan gi telogent hårtap (telogent effluvium), og hårtapet oppstår da vanligvis to til fire måneder etter oppstart med legemidlet. For å kunne vurdere en eventuell årsakssammenheng, må derfor endringer i medisinerings de siste månedene kartlegges. Samtidig er det viktig å utelukke andre årsaker til hårtapet. Telogent effluvium kan utløses av mange former for fysisk eller psykisk stress, f.eks. alvorlig sykdom, slankekur eller fødsel.

RANDI MYHR

cand.pharm., RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ullevål

ERLEND AA

cand.pharm., RELIS Midt-Norge, St. Olavs hospital

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Den norske bivirkningsdatabasen (Søk: 16. oktober 2014).
2. Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabasen (Søk: 16. oktober 2014).
3. Patel M, Harrison S et al. Drugs and hair loss. *Dermatol Clin* 2013; 31: 67–73.
4. Mørk C. Hårtap. Årsaker, diagnostikk, klinikk og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3103–6.
5. Shapiro J. Hair loss in women. *N Engl J Med* 2007; 357: 1620–30.
6. Norsk elektronisk legehåndbok. Håravfall. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 7. januar 2014).
7. Shapiro J, Otberg N. Evaluation and diagnosis of hair loss. Version 5.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 30. april 2014).
8. Bergfeld W. Telogen effluvium. Version 1.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18. desember 2013).
9. Clinical Pharmacology 2014 database. Drugs having an adverse reaction of alopecia. Gold Standard, Inc. <http://www.clinicalpharmacology.com/> (21. oktober 2014).
10. Litts Drug Eruption Manual. 2014; 20th ed.: 417–20.
11. Tosti A, Pazzaglia M. Drug reactions affecting hair: Diagnosis. *Dermatol Clin* 2007; 25(2): 223–31.
12. Mercke Y, Sherng H et al. Hair loss in Psychopharmacology. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12(1): 35–42.
13. Hedenmalm K, Sundström A et al. Alopecia associated with treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006; 15(10): 719–25.
14. Holager T, Stenberg-Nilsen H et al. SSRI og håravfall. Nettartikkel RELIS 2007. http://www.relis.no/Bivirkninger/Nytt_om_bivirkninger/2007/SSRI_og_haravfall.
15. Statens legemiddelverk. Preparatomtaler (SPC). Orfiril, Keppra, Topimax, Neotigason, Isotretinoin Orifarm, Arava, Aubagio, Gilenya, Lemtrada. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sett: 20. oktober 2014).
16. Wang YY, Po HL. Enoxaparin-induced alopecia in patients with cerebral venous thrombosis. *J Clin Pharm Ther*. 2006; 31(5): 513–7.
17. Woods EA, Foisy MM. Antiretroviral-related alopecia in HIV-infected patients. *Ann Pharmacother* 2014; 48(9): 1187–93.
18. Gottenberg JE, Venancie PY et al. Alopecia areata in a patient with rheumatoid arthritis treated with leflunomide. *J Rheumatol* 2002; 29(8): 1806–7.
19. Lazzarini R, Caparelli GC et al. Alopecia universalis during treatment with leflunomide and adalimumab - case report. *An Bras Dermatol* 2014; 89(2): 320–2.
20. Tosti A, Misciali C et al. Drug-induced hair loss and hair growth. Incidence, management and avoidance. *Drug Saf* 1994; 10(4): 310–7.
21. Goh C. Hepatitis C treatment and alopecia totalis. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2013; 16(1): S59–60.
22. Aronson JK, editor. Meylers side effects of endocrine and metabolic drugs 2009: 232.
23. Micromedex® 2.0 (online). Isotretinoin (Drugdex System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 17. september 2014).
24. Norsk elektronisk legehåndbok. Hårtap hos kvinner. <http://www.legehandboka.no/> (Sist revidert: 16. januar 2014).