

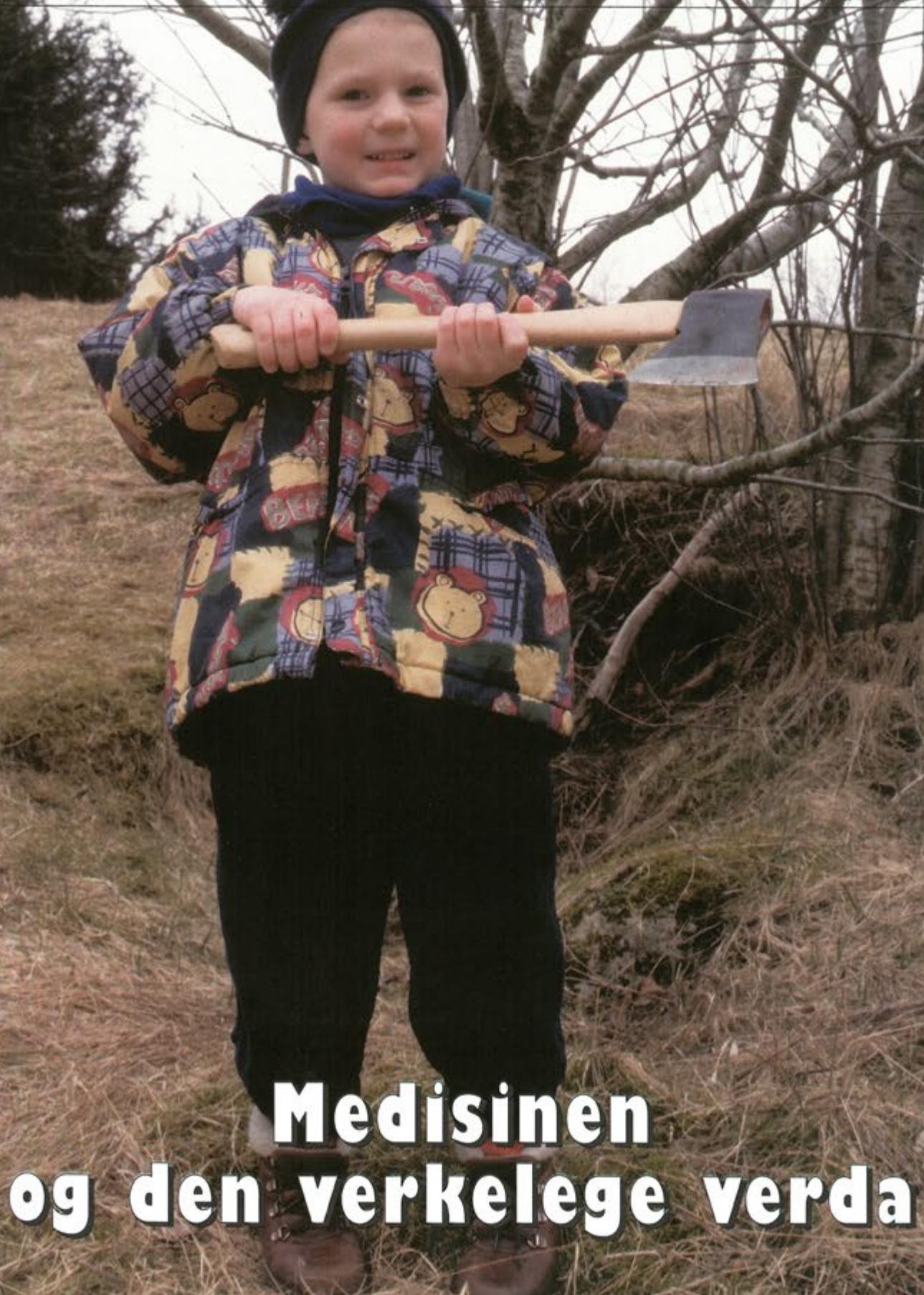
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDIEN

NUMMER 6

1997

ARGANG 26



**Medisinen
og den verkelege verda**

Nr. 6, 1997

223

Geir Sverre Braut

Leder: Vitskap, vitskapsteori og den verkelege verda

224

Steinar Westin intervjuet av Eivind Vestbø

Den nye utdanningshåndboka er på plass
i utdanningsgruppene

227

Anne Mathilde Hanstad

«Mine menn og jeg» – sommeranekdoter fra
allmennpraksis

234

Randolph Nesse intervjuet av Iver Mysterud

Vyer for darwinistisk medisin

236

Torill R. Solaas, Reidunn Fremstedal og Steinar Holmeset

Kvalitetssikring av laboratoriearbeid i primær-
helsetjenesta

240

Eystein Straume

Innenfra og nedenfra

242

Anders Bærheim

Nyfødtkohorten og bedre helse

246

Utpostens edb-spalte – Egil Østebro

Winmed

248

Tor Claudi – bokmelding

Konsensuskonferanse om forebygging og
behandling av type 2-diabetes

250

Helge Worren – bokmelding

Din huslege

251

Geir Sverre Braut – bokmelding

Klinisk blick Reflexioner kring läkekonsten

251

Smil i hverdagen

252

Nils Carl Lønberg

Kritikk av legeundersøkelse av arbeidstakere på
skip

254

RELIS

Bivirkninger av Betolvex injeksjon?

Forside: Geir Sverre Braut

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22 Fax: 63 97 16 25

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 20 77

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen

Krämmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 06 02 64

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

Amtmann Urbyesvei 9, 9800 Vadso

Tlf. privat: 78 95 37 42

Tlf. arbeid: 78 95 04 00

Fax: 78 95 34 41

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonsør:

RMR

Sjøbergv. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 325,- pr. år.

Bankgiro 1606 23 65084

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s.

Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Vitskap, vitskapsteori og den verkelege verda

Det skal godt gjerast å opne eit allment populærvitskapleg tidsskrift no om dagen utan å bli minna om at det innan dei mest underlege forskingsfelta kjem ny kunnskap som etter kvart vil påverke den medisinske kvardagen. Ikkje nok med det; forskarane i klinikken fortel oss andre støtt at det vi har tenkt og gjort fram til no, må endrast. Dei seinare åra har det vokse fram ei rekke metodar for å kome nærmare det mest heilage av alt, kunnskapen om sanninga. Kjennskap til omgrep som metaanalyser og evidence based medicine er ein føresetnad om ein vil høyre til det medisinske kollektivet i framtida. Dette er fremja som viktige reiskapar for å sikre at kliniske avgjørder er tufta på trygg fagleg grunn.

Ulempa med slike gode metodar for å sikre praksis i samsvar med «sanninga», er i beste fall nokre få, i verste fall mange. Eg skal nemne to fallgropar som eg ser. Innleiingsvis nemnde eg noko om vitskaplege nyovringar som vil påverke kvardagen. Det er liten grunn til å tru at marknadsforarane av desse vil vente på at Cochrane-folket skal ha sagt sitt som saka. I det perspektivet er evidence based medicine eit metodesett for analyse av fortida. Etter det eg kan sjå, saknar vi robuste metodar for å vurdere reliabilitet og validitet ved studiar som blir lagde til grunn for dei første famlande forsøka med nye terapeutiske hjelpearåder. Her er det rom for mykje vitskapsteoretisk dyrkingsarbeid. Med medisinske problemstillingar til grunn, trur eg slike arbeid kan gje grøderik vekst. Det er spanande å sjå at dette for tida er tema i velkjende medisinske tidsskrift (1,2,3).

Den andre fallgropa eg ser, er korleis ein skal kunne gjøre seg nytte av den kunnskapen ein har i møtet med den verkelege verda; altså pasienten, lokalsamfunnet eller arbeidsplassen, for å knyte det til objektet for dei tre primærmedisinske spesialfelta. Når sanninga frå den reine studien skal nyttast i praksis, krevst meir enn berre faktakunnskap. Handlingsberedskapen til legen må byggje på erfaringsbasert klokskap, og ikkje berre på etterpåklokskapen frå den perfekte studien. Den taupe kunnskapen, som handverkskunnskap ofte blir kalla, er tydeleg talande når legen møter pasienten, folket i lokalsamfunnet eller arbeidstakarane. Evidence based medicine blir då berre ei av mange krykker ein må støtta seg til. Skal

ein kunne vente verknad av innsatsen sin, må ein vere i stand til å kople den allmenne kunnskapen frå dei store tala med det særigne i den aktuelle situasjonen. Denne koplinga kan vi også sørgeleg lite om. Eg trur at mangelen på evne til å analysere denne koplinga, er minst like tragisk som mangelen på evne til å gjøre seg nytte av tilgjengeleg faktakunnskap. Kva med å bruke tid på å utvikle metodar for *experience based medicine*? Her ligg det også store vitskapsteoretiske utfordringar for den medisinske praktikaren.

I denne utgåva av Utposten er det eit intervju med Steinar Westin som saman med Linn Getz har stått for den nye utdanningshandboka i allmennmedisin (4). Denne boka er eit godt døme på eit tiltak for å utvikle den erfaringsbaserte allmennmedisinen. Boka i seg sjølv, og intervjuet med Steinar Westin, synar at det ikkje treng vere ein motsetnad mellom evidence og experience.

Det er utopi å tru at praktikarar i mengdevise jamleg skal setje seg ved dataskjermen for å søkje etter faktabasert kunnskap. Nye generasjonar må til før det eventuelt skjer. Det er difor enn så lenge interessant å merke seg at danske allmennmedisinarar seier seg positive til nasjonale retningslinjer innan klinisk medisin (5). Dersom dette også stemmer her i landet, og dersom allmennmedisinarane verkeleg støttar seg til slike retningsliner i det daglege arbeider, bør ein absolutt intensivere arbeidet med å produsere og å gje ut slike retningsliner. Vi har ikkje alt for mange av dei i dag; og dei få vi har er dels dårleg marknadsførte. Tor Claudi peikar på nett dette siste i ein omtale av konsensusrapporten om førebygging og behandling av type 2-diabetes (6).

Denne rapporten er gjeven ut av Norges forskningsråd. Kva politikk har dei for å speie slike rapportar? Kva ansvar har dei for å rådgje norske medisinarar? Kven andre har slikt ansvar? Kva ansvar har Sosial- og helsedepartementet og Rikstrygdeverket som gjennom sine vedtak påverkar praksis? Kva status skal faglege foreiningar, som NSAM, ha i dette arbeidet? Fylkeslegane og Statens helstilsyn har flagga ut frå denne rådgjevingsarenaen ved å vise til farene for å gjøre seg ugilde som tilsynsorgan. Er dette rett og nytig for folk i Noreg? Sagt på ein annan måte – no må snart nokon seie noko



om kva system vi skal ha for fagleg rådgjeving. Det er ikkje godt nok at tidsskrifta presenterer artiklar etter nyheitsprinsippet og at nokre eldsjeler sørger for å knyte seg til Cochrane-kulturen og at Forskningsrådet slår til med konsensusrapportar ein gong i blant. – Men det er også kanskje for godt å tru at ein skal kunne etablere nasjonale system for fagleg rådgjeving i vår tid? Liberalismen rår, også på kunnskapsmarknaden. For ein tilsynsførar er det då litt underleg å vite at det nett er på dei frie marknadene at tilsynet er mest nødvendig. Det forsto til og med Adam Smith for 200 år sidan.

Eg skal til slutt vere dristig nok til å foreslå at sentrale aktørar på denne arenaen: Departementet, Helsetilsynet, Folkehelsea, Legemiddelkontrollen, Forskningsrådet, Fakulteta, Legeforeininga og kanskje andre, tek seg bryt med å drøfte behovet for kunnskaps- og erfaringsformidling mellom akademi og praksis i norsk medisin. Kanskje ein konsensuskonferanse kunne vere tinga? I alle fall handlar vitsapsformidling om noko som ikkje kan gjennomførast ved ein-sidige vedtak frå ein eller annan meir eller mindre velmeinande instans.

Geirforce Brant

Litteratur:

1. Editorial. Meta-analysis under scrutiny. Lancet 1997;350:675.
2. Naylor CD. Meta-analysis and the meta-epidemiology of clinical research. BMJ 1997;315:617-19.
3. Edwards SJL, Lilford RJ, Braunholtz D, Jackson J. Why «underpowered» trials are not necessarily unethical. Lancet 1997;350:804-07.
4. Vestbo E. Den nye utdanningshåndboka er på plass i utdanningsgruppene. Utposten 1997;26(6): 224-26.
5. Olesen F, Lauritzen T. Do general practitioners want guidelines? Scand J Prim Health Care 1997;15:141-145.
6. Claudi T. Konsensuskonferanse om førebygging og behandling av type 2-diabetes. Utposten 1997; 26(6) s. 246-47.

Den nye utdanningshåndboka er på plass i utdanningsgruppene

Steinar Westin intervjuet av Eivind Vestbø

«Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin» har fått mange lovord, men det er ikkje berre på grunn av at den er velskriven og eit viktig verktøy i ein unik vidareutdanningsmodell. Med sin pragmatiske nærliek til praktisk kvardag set den og dagsordenen for allmennmedisinsk teori og klinikks på ein måte som gjer at eit intervju med den eine av forfattarane, Steinar Westin, er vel så fristande som ei vanleg bokmelding.

Det må ha vore ei svært vanskeleg oppgåve å skriva ei slik bok. Kunnskapsmassen er ikke berre massiv, men mange av kjeldene er i tillegg kontroversielle. Dessutan blir kanskje boka styrande for ein heil generasjon allmennpraktikarar. Kan du aller først sei litt om skaparprosessen?

Vanskligst var det å komme igang. Etter 10 år var det ikke nok med bare «revisjon» av førsteutgaven i et fag med så mye forskning, skriving og fagutvikling. Løsningen ble sabatsår og Linn Getz. Da hun svarte ja til å bli med, ble alt så mye morsomere. Vi har tygget, snudd og ledd av det meste og brukt rødblyanten hemningsløst på hverandre. Det faglige innholdet ble til mens vi skrev og vi endret disposisjon og temavalg til siste slutt. Forlaget snakket om å kutte ca. 100 sider og 8 -10 tema. Men nå er vi godt fornøyde med at det ble en mursten.

Vi som driv praksis er serleg takksame for den vekt boka legg på røyslekunnskap. Var balanseringa mellom vitenskapeleg dokumentert kunnskap og strukturerte tankar frå røynde allmennpraktikar problematisk?

Egentlig ikke. Vi har begge et pragmatisk syn på hva det vil si å

drive allmennpraksis, og stor sans for Per Fugelli når han karakteriserer allmennpraktikeren som «medisinens bohemer». Evnen til å improvisere, til å hente kunnskap fra mange kilder, lære av egen erfaring og møte pasientene med teft og intuisjon, er en god tradisjon i faget. Vi så det ikke som vår oppgave å presentere vitenskapelige fasitsvar, men å være veivisere i godt og nytig stoff. Dessuten har vi spurta mer enn vi har svart, og gjerne presentert motstridende standpunkter.

Hele utdanningsmodellen hiver på at deltakerne skal legge sine hoder sammen, dele kunnskaper og erfaring slik at de sammen kan trekke ut det mest brukelige. Det betyr ikke at vi nedvurderer den randomiserte og kontrollerte kunnskapen! Men den må fordøytes og forenes med det praktisk mulige der den enkelte jobber.

Det er vel ikkje til å koma bort frå at det er eit spenningsfelt mellom akademi og praksis. Har det kome kritikk mot boka i dette perspektivet?

Nei. Ikke når det gjelder innhold. Men vi har merket oss at noen synes vi legger lista for høyt når det gjelder

lesing og forberedelser. Steinar Krokstads evaluering av gruppene fra 1995, før den nye boka ble skrevet, viste at noen veiledere syntes det var vanskelig å motivere deltakerne til møteforberedelse. Om det blir verre eller bedre med den nye boka, vet vi ikke. Der er riktignok mange henvisninger og lange litteratlister, men også mange hoder som kjenner mye av stoffet fra før. Dessuten har vi prøvd å kommentere referansene slik at den enkelte kan velge hva det er verd å jakte på. Vi håper at gruppene skal bidra til at den enkelte lærer seg å lese loddrett, å hente ut det essensielle fra mange kilder. Det skal jeg love deg at vi har lært!

Det kan ikkje ha vore lett å velja frå den svære kunnskapsmassen som aspirerer til å bli innhald i ei bok som denne?

Vi har bare brukt det beste vi har av vett og forstand og oppfordret utdanningskandidatene til å gjøre det samme. Vi har stor tro på dialog og diskusjon. Men det var nytig at Linn hadde fersk erfaring som utdanningskandidat og deltaker i en gruppe nordpå.

I litteraturreferansane til boka er Utposten ofte nevnt. Kva rolle meiner du bladet har spela for å få røysle frå praktiserande legar fram i lyset, og kva rolle spela bladet for dykk som skreiv boka?

Vi er begge Utposten-fans. Uten Utposten hadde det sett magert ut med meldinger fra den allmennmedisinske grasrota. Det er ganske utrolig hvor mye det bladet har



Steinar Westin er født 1944 og professor dr. med. ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim. Han har en gammal fot i allmennmedisin og en nyare i sosialmedisin. Av og til har han vanskar med å avgjera kva fot han skal stå på, spesielt etter at han i sommar hadde inspirerende dagar i Arne Ivar Østensens sin praksis

dekket gjennom årene med friske tanker, følte frustrasjoner og kloke refleksjoner. Etter hvert har nå forresten Tidsskriftet kommet etter i den sjangeren også. De utfyller hverandre på prima vis. Og så ser du vel at vi i tillegg er BMJ-fans? Vi liker det personlige. En og man, er ikke noe for oss.

Kva meining har du om røynsle i allmennpraksis? Er det viktigaste som ikkje må bli verande som taus kunnskap, kome fram og funne sin plass i fageori, eller sit røynde praktikarar framleis på tilnærmingsmåtar som burde koma fram i lyset? Tja – det er vel ennå plass for å løfte en del av kunnskapen ut av

tausheten. Er det ikke nettopp det vi ser i Utposten? De uferdige tankene, refleksjonen, de ubesvarte spørsmålene og de gode tipsene. Det kan i blant se ut som bagateller, men det finnes mye lure knep og gode håndgrep omkring på legekontorene. Summen av dem kunne tilført oss mye dersom vi var villige til å skrive dem ned til felles beskuelse.

Det behøver ikke bare være praktiske håndgrep eller kliniske finesser. Det kan like godt være gode lærdommer i omgang med lovverket, trygdekortet, eller rådmannen. Men nå er vi vel inne på mer en taus kunnskap som vel nettopp kjennetegnes ved at den er

taus og innebygget i den enkelte leges repertoar for mestring og problemløsing. Kontekst er et viktig stikkord her. Mange oppskrifter blir meningsløse om de ikke forstås i riktig kontekst.

I tillegg til røynsle, finn mange god modelltenking og kunnskapar i flere andre fag som psykologi, sosiologi, sosialantropologi, filosofi og språkvitenskap. Nokre brukar til og med metodetilfang frå desse faga til allmennmedisinsk forskning. Kva tankar har du gjort deg om dette?

Den allmennmedisinske forskningen må være pragmatisk i valg av metoder. Det er det som gjør den spennende – og sårbar. Den som prøver seg i grensefeltet mot andre fagtradisjoner risikerer lett å få hodet kappet av når de treffer vitenskapelige purister. De av oss som vil rydde nytt land må likevel ta denne sjansen. Men legerollen er «sticky», som Cato Wadel har sagt. I det ligger det vel at vi må bedømme det vi ser og hører i lys av vår egen legerolle. På den annen side har vi en faktisk nærlhet til livet, til pasienters svikt og mestring. Mye av dette kan ingen sosiolog eller sosialantropolog få tilgang til, men de kan hjelpe oss med begreper og tankeredskaper.

Personlig har jeg stor sans for en del sosiologiske begreper. Nylig hørte jeg Geir Sverre Braut forelese om sakkyndighetsrollen og legeattesten på samfunnsmedisinsk uke i Trondheim. Uten kyndig omgang med begreper som rolle, norm, verdi og forventning, ville det blitt umulig å rydde opp i dette landskapet slik han gjorde. Det er så lett å slå seg til ro med at dette er noe en kan forstå ordene også finnes i dagligspråket. De blir likevel ikke redskaper for tanken før de får en dypere og mer presis mening. På samme måte er det med begreper fra sosialantropologien som kultur, ritualer, relasjonelle forhold, transaksjoner og metaforer. Men nå nærmest nærmest vi oss visst lingvistikken. Og den har jeg mindre greie på. Lytt til

John Nessa og Marit Hafting og se hva andre fags tanker medskaper kan brukes til i medisinen!

Har du tankar om korleis den allmennmedisinske klinikken bør endra seg og styrkast på basis av all den fagdiskusjon som nå finn stad. Treng vi først og fremst betre tilrettelegging av kunnskap gjennom kunnskapsbaser, behandlingsprogram og spørreskjema, eller treng vi arbeidsmodellar frå andre fag – eller kan skje mest systematisert allmennmedisinsk røynsl?

Jeg har et utpreget tvilsyn når det gjelder den kunnskapsbaserte medisinens ønsket om standarisering og handlingsprogrammer. I den nye boka har vi lagt stor vekt på å forklare hva kunnskapsbasert medisin er og ikke er. Ingen kan være uenig når David Sackett & co argumenterer for «best available evidence», enten den nå kommer fra randomiserte studier, åpne observasjonsstudier eller fra kollegers erfaring. Viktigst er den kritiske holdningen og respekten for det rasjonelle og vitenskapelige, og selvsagt må vi ta alvorlig problemet med å få omsatt pålitelig og oppdatert kunnskap i praksis. Medisinen er jo full av eksempler på at prosedyrer som bare hviler på «egen erfaring» kan være grovt forfeilede. Tenk på alle hundreårene med årelating, ulcukosten eller paracentese av bukende trommehinner

Men vitenskapelig basert kunnskap er jo ingen garanti for god klinikk? Nei på ingen måte! Vi driver med mye tull som er gitt oss fra såkalt god forskning, serlig når det gjelder en del av masseintervasjonen på risikofaktorer. Det er da jeg blir redd for handlingsprogrammer og standarder som gjør oss til potensielle unnasluntrere om vi ikke iverksetter alle slags intervensioner etter oppskrifter fra de store firma-finansierte forsøkene som endimensjonalt plukker ut enkeltfaktorer egnet for medikamentell påvirkning. Nå må snart noen

begynne å se helheten i alle disse intervensionene, hvor stor del av befolkningen som skal medisineres og hvor mye multimedisinering dette vil medføre. Vi vet ikke nok om langtidseffekter og interaksjoner, eller om alternative anvendelser av ressursene kunne gitt bedre gevinst. Såkalt «evidence» kan bli feil i et større perspektiv, selv om den er sann på sine egne selekterte premisser. Det er for eksempel viktig at allmennpraktikere lærer seg å beregne absolutt risiko og «numbers needed to treat».

Intervjutemaet er under debatt i ein grunnleggande diskusjon i Tidsskriftet for tida. Har du synspunkt på denne?

Du hentyder antagelig til diskusjonen mellom John Nessa og Arild Bjørdal & Signe Flottorp – den «alle snakker om». Det er en flott diskusjon! Jeg tror ikke de er så uenige som de later som, men de greier så utmerket å spisse argumentene og bidrar på den måten til å klargjøre hva kunnskap er for noe. Og kanskje er det riktig som John Nessa sier, at Cochrane-bevegelsen er mer enn rasjonell kunnskap, at den også er et ideologisk program. Den kan lett bli et prosjekt som vil bidra til at allmennpraktikerne dresserer seg selv. Blir det for mye standarder og handlingsprogrammer, ender vi opp med et system der vi bare kan begå «feil». Men – kunne vi bare holde jurister og ukyndige eksperter unna, tror jeg likevel at mye hverdagspraksis kunne bli bedre om vi hadde noen sjekklistar å orientere oss etter. I Nederland har de lagt mye godt arbeid i dette på allmennmedisinens premisser. Og der ser det ut til at det fungerer! Nå ser du hva jeg mener med at jeg er tvisynt.

Nå har vi samtala mykje om kunnskapsproblemene. Hva ellers trenger norsk allmennmedisin?

Det jeg virkelig mener trengs mer av både i allmennmedisin og kanskje i norsk medisin generelt, er

empati og engasjement! Det kan ikke noe handlingsprogram lære oss. Tvert imot har jeg en skummel følelse av at det gjøres mye på slapp rutine i en travle hverdag, «ekspedering» som i og for seg er riktig nok, men som så altfor ofte bare består i å henvise, vente, skyve beslutninger foran seg, vegre seg for å ta stilling. Jeg tror allmennpraktikere oftere må ta på seg oppgaven å samle trådene, ta pasienten med på ansvarlige overlegninger og legge en plan for oppfølging med støtte og rådgiving – også når det ikke er noen kur. Jeg sier dette med bakgrunn i alt for mange opplevelser av å være en av dem alle mine venner og bekjente «klager til», kanskje fordi de vet at jeg har skrevet bok og så ofte argumenterer for de allmennmedisinske fortrinn.

Kanskje kan fastlegeordningen befjordre større villighet til å utøve slik pasientsentrert ansvarlighet. Se nå for eksempel på den engelske serien Peak Practice, «Landsbylegane», på fredagene. En praktfull serie som så utrolig presist formidler det beste ved engasjert og personlig allmennpraksis. Mange av episodene kunne gjerne vært diskusjonsgrunnlag for utdanningsgruppene. Her er varme og medmenneskelighet, alt det du ikke finner i den amerikanske, bråkrike «Chicago Hope».

Til slutt, har du tankar om korleis neste revisjon av håndboka skal sjå ut på bakgrunn av dette?
Nei, nå får du gi deg! La oss få trekke pusten først.

Kloke ord frå ein professorkollega som har landa på sitt klare standpunkt når det gjeld i kva grad allmennmedisin treng rasjonell forskningsbasert handling – eller medkjensle. Talen hans er ikke til å ta feil av: Ja takk – begge deler! Ikkje minst vitnar den nye utgåva av «Håndbok for spesialstutdaningen i allmennmedisin» om dette.

«Mine menn og jeg» – Sommeranekdoter fra allmennpraksis

*Det er ikke bare kvinner som har smerter.
Også menn har livssmerte med rot i sjela!*

Tekst:
Anne Mathilde Hanstad



Anne Matilde Hanstad.
Spesialist i allmennmedisin.
Kommunelege i Strand
kommune i Rogaland. I
1992/93 tilsatt som rådgivende
overlege ved Trygdeetatens
fylkeskontor i Rogaland.
Medlem i spesialitets-
komiteen i allmennmedisin.
Gift med allmennpraktiker,
og har to praktfulle gutter i
opplopsalderen.

Når Utpostens leser nåes av denne provokasjonen, er det høst...og kan hende tid for refleksjoner omkring påstander og erfaringer jeg møter meg på å dele med dere.

«Mine menn»?

Jeg har lyst til å fortelle dere om «mine menn» – menn med en smerte som i utgangspunktet er dypt hemmelig. Bakgrunnen for å ville formidle disse tankene og anekdotene, er en praksisbakgrunn der jeg like ofte opplever at menn har behov for å formidle sin sjeelige smerte, som kvinner har det. I kontinuitetens tjeneste, - i praksis på landet, har mine møter med livssmerter vist meg dette ganske klart: Det er ikke alltid den kvinnelige pasienten som er den vanlige. Det er ikke alltid den kvinnelige pasienten som er den asteniske. Det er ikke bare kvinnelige pasienter det går med tidstakst for. Menn har også livssmerte! Mange mannlige pasienter har til dels massiv livssmerte. De har denne smerten tidlig og seint i livet. «Inngangsbilletten» til legekontoret varierer fra behovet for en «sjekk», via ørebettelse til redsel for kreft. Felles for «inngangsbilletene» til menns sjel, er kropslige symptomer...før vi er blitt kjente med hverandre.

Det er ikke slik at mine mannlige pasienter, 30 % av praksispopulasjonen, alle er asteniske eller har psykiske problemer. Jeg vil prøve å gi et innblikk i noe av en kvinnelig allmennpraktikers virkelighet: møte med menns sjeler på legekontoret. «Veien» til sjelens dybde, betroelsene og problemene er

mangslungen. Jeg har en bestemt, men ikke vitenskapelig dokumentert oppfatning av at flere kvinnelige kolleger enn jeg får bli med inn på de arenaene våre mannlige kolleger ikke så lett slipper til. Denne artikkelen er bare det den gir seg ut for: Anekdoter fra virkeligheten med tilhørende tanker forsøkt nedfelt, og i beste fall til inspirasjon eller gjenkjennelse, for refleksjon over hverdagsmedisinens mange fasetter (1).

Tørkerullen – er den for mannlige pasienter?

Min kollega og ektefelle fra nabokontoret kom en dag inn til meg etter at vi var ferdige for dagen. Han stoppet bak ryggen min: «Nå ser jeg de viktigste remediene dine: Stetoskop, otoskop og tørkerull». Han har også tørkerull på pulten; men i hans konsultasjoner er det kvinner som bruker den. Menn produserer ikke tårer for menn! Menn har lært å beherske seg – i alle fall for hverandre. Menn har lært seg til å svegle gråten med morsmelka. Menn er sosialiserte til å være aktive, virile, aggressive, dominante og sterke. Mange har knapt lært å vise behov for omsorg og varme når livet butter i mot. Få av dem har for vane å fortelle kompisene om sine sjelekvaler i forbindelse med dette eller hint. Kvinner er sosialiserte til å være

hjelpeøse, underdane, passive, usikre, følelsesladde og omsorgsfulle. Noen av oss endrer atferd på veien: doktorskolen har tilført meg en rekke trekk jeg nødvendigvis har til felles med mine mannlige kolleger. Jeg må gjøre mine faglige vurderinger og beslutninger på bakgrunn av anamnese og undersøkelser. Som alle andre allmennpraktikere må jeg treffen valg for og med pasienten. I like stor grad som andre legekontor, er mitt kontor preget av et maktforhold lege/pasient, og i like stor grad som andre primærleger er mitt kontor «det lukkede rom». Pasientene er mer eller mindre oppmerksomme på dette. Men våre pasienters sosiale og kjønnsrelaterte referanseramme er stadig betinget i en kultur der kvinner og menn sosialiseres forskjellig. Pasientenes refe-

ranseramme er også påvirket av samfunnets utvikling i retning likestilling og aksept. Den er påvirket av noe vi har miste: Tap av presten som sjælesørger for den jevne mannen, tap av storfamilien og tap av nettverk. Fordi stadig mer tid går med til arbeid og tilfredsstillelse av krav, er det skjedd et tap av tid til samtale og ro. Mine refleksjoner omkring møtene med mannlige pasienters behov for omsorg, støtte, hjelp og trøst, bekrefter for meg at pasientene i større grad enn legen (?) har beholdt den tradisjonelle kvinnelige og mannlige sosialisering, der mannen er den sterke og kvinnan den omsorgsfulle, svake, lyttende, bærende. Kan hende dette er noe av grunnen til at jeg får andre innblikk i menns sjelssliv på legekontoret mitt? Det er jo ikke så farlig å

Han menn med livssmerte kategoriseres?

- De vakre - med en syk sjel i et sunt legeme
- De alminnelige («grå mus») har også sin livssmerte, men må ha hjelp til å løte den fram.
- De enslige og forlatte, som gråter og lader, som ikke orker, som bare sliter på sine sørger.
- De helt hjelpeøse som er tåreløse og bøyer hodet og ikke kan stilles krav til .
- De som har hatt mange ublidle møter med denne verden og som drikker – mye og ofte.
- De velutdannede, vellykkede med et skarpt intellekt som på veien laster sin sjel over ut på doktoren skrivepult for å få hjelp til å mestre.

Tabell I

vise meg hjelpeøshet. Men de ubevisst noen ganger har bruk for «mor»? – Eller leter de etter en partner å diskutere de små tingene, som likevel er så viktige, med? Bærer disse mennene i seg en taus kunnskap om at «kvinner lytter med andre antenner enn menn»?

Hvordan er de da, disse mennene?

– De, «mine menn», er som mine kvinnelige pasienter, ulike å se til: Det er noen flotte, brunbarkede og veltrenede. Jeg ville kan hende snudd meg etter dem på gata? De fleste er helt alminnelige; de lever sitt hverdagssliv som oss andre, passer sitt arbeide på forskjellige fronter.. De ser rene og pene ut, har sitt forhold til sin Gud i orden (eller problematiserer det. I vår distriktskultur er religion stadig en viktig faktor i de flestes liv), og oppdrar sine barn etter beste evne. Liksom det er enslige mødre, er det enslige menn, – forlatt av sine





ektefeller, bokstavelig talt eller i overført betydning. De kjenner seg så alene, og deres skuldrer bærer bekymringer uten tall. På telefonen kan de være ordløse, fortvilet og gråtende. De simpelthen «orker ikke mer». De har sine faste avtaler på legekontoret. De avbestiller aldri timeavtalen. De har ikke alltid så mye å si i utgangspunktet. De har behov for kontakt bak en lukket dør. Iblast forsøker vi å øke intervallene mellom kontaktene på kontoret. Det går greit til et visst nivå. Blir det for mange måneder mellom timene, oppstår det et smerteproblem.

Videre i rekken av mannlige pasienter med livssmerte, kommer de helt hjelpløse. De hjelpløse gråter sjeldent. De bøyer ydmykt sitt hode og forteller hviskende om

sine problem. De lener seg framover, svelger i blant litt gråt, presenterer sine brutte drømmer og håp og sine nyoppståtte symptomer med hodepine eller en overmannende trøtthet. De har få ideer til løsning på sine problem. De har en helt imponerende evne til å få doktoren til å skjonne at de knapt kan stilles krav til fordi de ganske enkelt bare har bruk for trøst og klapp på skulderen, så hodet kan reise seg litt fra skuldrene. Da orker de litt til!

Så er det dem som drikker. De drikker mer enn deg og meg. Men de stiller alltid nyvaskete og edru på kontoret. De holder avtalene. De hilser pent på gata. I motsetning til hva mange av mine medborgere ville tro, er disse pasiente-ne mennesker man etter hvert

opparbeider en hel del respekt, og ikke minst ekte omsorg for. De fleste av dem har ublidle skjebner fra møtet med denne verden. De er direkte i sitt språk, men har i det minste en evne der og da til å forholde seg til kontante svar. Vi bygger opp en gjensidig respekt som gjør at de selv i ørskan en lørdagsvakt er i stand til å takke for hjelp, slenge hyggelige bemerkninger og ta på seg «beskytterollen».

Til sist er det de velutdannede. Det er dem med akademisk bakgrunn, god jobb, ordnet økonomi, dem vi vil kalle «vellykkede mennesker» på alle måter. De er spennende fordi de stiller spørsmål. De er fargerike fordi det under det velutdannede ytre er en sjel som vil ha bekreftet sin eksistens. De svelger ikke legens samtaleinnspill uten videre; de utfordrer intellektet samtidig som de underer seg over at «det var egentlig ikke dette jeg kom for, altså». Etter hvert avslører disse mennene et behov for å formidle bekymringer og tapte skanser. Denne gruppen menn er pasienter som løfter praksisen min; deres spørsmål er til refleksjon også etter konsultasjonen.

Samtalene med disse pasientene er i langt mindre grad et styrkeforhold; det utvikler seg ofte til et likeverdig samspill der det er nyttig å stille krav i forhold til videre mestring, nettopp fordi jeg vet at pasienten har kapasitet til å bearbeide tap og til å innse at fysiske symptomer kan ha rot i sjelelig smerte.

Og om leseren nå er kommet til at dette jeg har fortalt om «mine menn» er gammeldags psykoterapi eller kvasispsykiatri, protesterer allmennpraktikeren i meg heftig: Det er møter med mennesker som oppsøker lege for problem som vi bør trenere oss i å likestille med de ACB-opererte!

Per – den «alminnelige, gildemannen».

Per er midt i førtiåra. Han er misjonærbarne. Per er vokst opp i den tredje verden. Hans foreldre er oppofrende omsorgspersoner som

har levd opp til sitt kall og tatt sine barn med på utøvelsen av det. Per er lørt opp til å være lydig og høflig. Han har, uansett hva han har jobbet med, ubedt tatt ansvar for mennesker han er kommet i kontakt med. Per har en personlighet som er svært tiltalende; smilende, hyggelig og omgjengelig. Utad er Per sterk og «til å stole på». Han er gift med Eva, som han har tre barn med. Per har en bror med MS. Per oppsøkte meg først fordi han trodde han hadde fått MS. Han gikk ustøtt. Han ble liggende i senga med visne føtter. Han kjente seg svimmel, og han fungerte ikke på jobben. En gjennomgang hos nevrologen, selvagt med CT (!), viste at han ikke hadde noen nevrologisk lidelse. Vi ble enige om å starte med antidepressiva og sykmelding. Symptomene svant langsomt hen, og Per kom seg i arbeid igjen, i en ny jobb. I årenes løp har Per gått mange samtaler under. I størsteparten av tida har han så rikelig av egne ressurser at han ikke har behov for medikamenter. – Men så, når det blir usikkerhet om han får fortsette i jobben sin, når eldstesonen går helt andre veier enn mor og far kunne tenkt seg, når Per får innsikt i at hans pilarer i livet, foreldrene, har problemer – da får han sine prikkinger tilbake i føttene. Han får hodepine og ledsmærter. Hans kroppslike symptomer er uttrykk for en avmakt i forhold til at han svikter egne forventninger om å være ektefelle, forsørger og far. Per har vist en økende innsikt i at de kroppslike symptomene er symptomer på depresjon. I den grad han har effekt av antidepressiva, er det for å komme på talefot med seg selv og meg om hva som er problemet denne gangen, og hvordan vi kan arbeide med å løse det. Per blir sliten av å spille «eager to please». Utad er hans fysiske symptomer årsaken til at han må til lege, må ha langvarig sykmelding og har fått beskjed om å gå mer til fjells. På legekontoret er Per en sår sjel med behov for å ventilere det han

opplever som tap både til hverdags og langt tilbake; han opplever helt klart at hans foreldre har sviktet ham som omsorgspersoner fordi de hadde så nok med å vise sin omsorg til alle andre trengende omkring dem. – Er førtiårene den fasen i livet egen atferd blir lagt under lupen og sammenliknet med foreldrenes?

Forlatt – av ektefellen og av verden?

Geir er på vei mot 50. Han er enebarn. Jeg har liten kjennskap til hans familie. Han giftet seg relativt ung, og hans eldste datter ble alvorlig syk tidlig i ekteskapet. Før Geir fylte 40, forlot hans kone ham for en annen mann. Da raste verden sammen, bokstavelig talt. I tillegg til at han ble sittende med advokatregninger, funksjonshemmet barn og gjeld på huset, så han inn i seg selv til en sønderknust sjel. Han fikk artralgier, uten kjent årsak. De var enkle å «rydde av veien». Verre var det å begripe at hun kunne forlate ham etter alt de hadde hatt sammen. Skyldfølelsen angrep ham da hans sønn langsomt skled inn i et kriminelt liv. I årenes løp har Geir lørt seg å takle sine depresjoner; han kommer oftere til samtaler. Han bruker i perioder antidepressiva. Han har aldri hatt behov for benzodiazepiner; det er livet selv med alle dets «urettferdigheter» som igjen og igjen gir ham følelsen av å være forlatt. Geirs sterke side er engasjement i en pasientorganisasjon. Han er flink til å organisere for andre; han har en kampsak som er viktig terapi for at han ikke skal synke inn i sin ensomhet og bli der. Geir har mest behov for en lytter til de ublidle møtene i livet, og hvordan «skjebnen» kan være ublid lenge om gangen. Han kan gråte uten å bli forlegen. Han har maktet å plassere angstens for at gråten skal overmanne ham utenfor kontordøra. Geir er ikke sur og bitter, han er forlatt. Han boerer sine sorger med en relativt rak

rygg, og arbeider kontinuerlig med å tørre å tro at han engang kan legge omsorgsbyrdene til side, og kjenne seg trygg i en ramme der også han kan motta omsorg.

Ivar – helt hjelpelös.

Ivar «sloss for livet» stadig. I en dempet glans av fordums veltrente overarmer, gullkjede rundt halssen og tatovering på skulderen liksom pusler Ivar på knapt 40 år seg inn til kontoret. Ivar er gift og far til fire barn. Han er vokst opp i lokalsamfunnet. En bror var sterkt funksjonshemmet, slik at Ivar og de andre søsknene fikk lite omsorg i forhold til den syke. De måtte ordne opp selv, og hadde en myndig far. Ivar er industriarbeider. Ett av barna hans er alvorlig funksjonshemmet. Det tapper krefter fra ham og kona. De friske barna er grenseløse på kontoret; et formannende ord fra far har ingen effekt. Ivar har mye smerter – forferdelige smerter – hovedsakelig i armene. Han er operert tre ganger på hver arm for carpal tunnelyndrom. Han er sliten Ivar, alltid sliten. Han har liksom et sukk i ansiktsuttrykket. De sterke armene er så malplasserte på hans hjelpe-søkende habitus. Ivar har vært deprimert mange ganger. Han greier ikke plassere sin slitenhet og sine smerter i noen sammenheng; flere ganger har han ytret ønsket om å ta livet sitt. Han har bare måtelig effekt av antidepressiv medisin. Ivar gikk inn i en tilsynslatende dyp depresjon da hans kone var utro. Da han som følge av hennes utroskap pådro seg en chlamydiainfeksjon, virket det nesten terapeutisk; han ringte triumferende om at han hadde fått utflo – og fikk bekreftet sin vurdering da prøven var positiv. Paradoksalt nok bragte denne opplevelsen Ivar inn i en vinnerposisjon. Han mobiliserte aggressjon jeg ikke ante han hadde, og gikk kjapt i forsvar for sin kone. Han viste meg en mestringsmekanisme jeg ikke hadde sett: Han viste seg

fram som hjelperen og omsorgspersonen han egentlig ønsker å være: Hennes rolle i det hele ble offerets. En stund stønnet han på hennes vegne. Bare en stund; for snart var de tilbake i det gamle mønsteret der hun krever at han er forsørger, seksualpartner, sjåfør og oppofrende far. De spiller sitt overlevelsesspill for hverandre og primærlegen i alle fall. De forsøker å leve i og med sin smerte. Ivar har bruk for sine symptomer for å trekke pusten mellom alle kravene han ikke kan tilfredsstille. Hans hjelpeøshet, hans mangel på tårer og hans i blant hviskende stemme uttrykker et rop om hjelp, et behov for støtte, og melder klart i fra om at «jeg knekker sammen hvis noen flere stiller krav til meg». Ivar har bruk for noen – i dette tilfelle legen – som lar være å kreve, tror jeg.

Utdanning og ressurser kan også være en belastning!

Magne er bestefar; han har så vidt passert de 60. Han er gift med en aktiv dame – jevngammel, og har barn som har fått det bra i sine voksne liv. Magne jobber med regnskap, edb-drift og administrasjon. Han kom til meg med skuldersmerter. Røntgen viste forkalkning, celeston hjalp godt – det samme gjorde antiflogistika og fysioterapi. Luftveisinfeksjonene han har hatt om vinteren, har ikke vært verre enn at han passet jobben sin. Magne har aldri – før nylig – vært langvarig sykmeldt. Han ringte i telefontida og kjente seg så rar; hadde smerter i brystet. Dessuten hadde han hatt ille mye hodepine over tid, og noen i familien hadde sagt at «nå måtte han ringe legen sin». Han ble taus da han skulle fortelle om brystsmerrene; men kom seg da jeg tok opp en vanlig hjerteanamnese. Stemmen sviktet, og så kom tårene. Han hadde kjent denne gråten i halsen på jobben også, før smerten i brystet liksom ga ham anledning til å be om lov til å sette seg. Vi

kjente hverandre så pass bra, at jeg etter å ha undersøkt ham kunne tilrå en sykmelding, en henvisning til kardiolog for å utelukke hjertesykdom, og en ny time. Kardiologen fant ikke noe galt. Hodepinen lot vi ligge en stund da det framgikk at den kom og gikk etter et visst mønster. Vi har hatt mange fine samtaler, Magne og jeg. Han sover dårlig før han skal til lege; er stadig redd for å dumme seg ut, men stiller spørsmål vi kan drøfte sammen og noen ganger finne et forslag til løsning på. Han sa spontant, tilbakelent, forsiktig i en konsultasjon: «Du får meg til å snakke, du». Jeg luftet forsiktig tanken om hvordan det kunne ha seg at han opplevde det slik – og fikk til svar noe om tillit og «tørre stole på». Jeg trodde ikke det var riktig. Etter tre måneder nøstet jeg problemstillingen tilbake; og fra den 60-årige ressurssterke mannen kommer det så en historie om barndom og ungdom. Han er lært opp til å ti stille, Magne. Far var streng, forlangte respekt. Kom det besøk i huset, skulle barna tie, selv om de ble direkte tiltalt. Magne forteller på eget initiativ at han aldri noensinne har lært å snakke om problem. Han har merket at hodepinen er borte når han sorterer hva som er krav på jobben og følelse av utilstrekkelighet hjemme. «Arbeidet adler mannen» har han lært av far. I journalen står blant annet:

– »Han har sovet dårlig fordi han er urolig for om han skal komme til å formulere seg galt til meg. Det er spennende at han legger til at han etter konsultasjonen opplever at han har sagt mye han egentlig ikke hadde tenkt å innvie noen i, men det kjennes greit.»

– »Han ser nå selv at det å kunne drøfte vanskelige problem er en viktig kunst å beherske i forhold til å takle også egne kroppslike symptomer.»

Magne er tilbake i jobb. Han blir aldri uføretrygdet. Til det har han for tung ballast fra barndom

og ungdom. Han har lært noe på den kostbare veien det er å gå når man må se inn i seg selv og undre på hva det nå kan være som ligger bak hodepinen og trykket for brystet når det ikke er hjertesykdom eller hjernesvulst. Som en av mange har Magne stilt meg spørsmål jeg måtte bære på over tid, undres over og ta fram igjen.

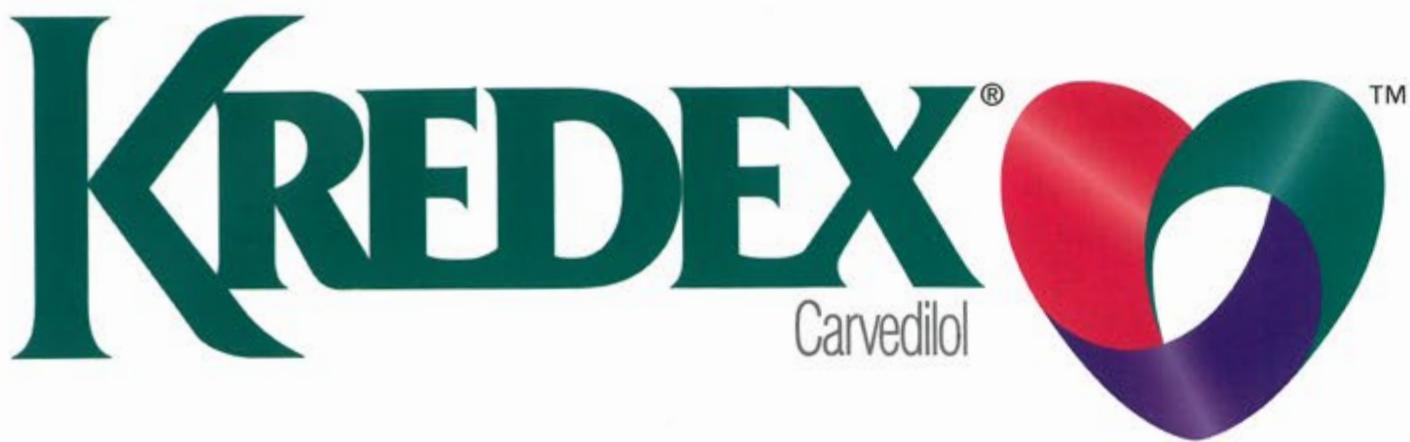
Hva nå, dr. Hanstad?

Jeg har for lengst sluttet å tro på myten om «den tøffe mannen». Under alles glasur er det mykere stoff. Leseren kan selvsagt lure på om samtaler om sjelelig smerte er nyttig medisin. Det kan vanskelig dokumenteres epidemiologisk (2). Det er neppe «evidence based» i ordets rette forstand. Like fullt er det en del av klinikerenes hverdag. Det er noen av mine mannlige kolleger og venner som har heftet seg ved hva som kan gjemme seg bak diabetes, hoste, muskelsmerter og tendinitter også hos menn! I våre faglige dialoger har vi sammen stilt spørsmål ved om «den store imitator» ikke i langt større grad er livssmerten og behovet for å legitimere møter med seg selv gjennom kroppslike symptomer, enn det er syfilis og LED, som vi lært om på doktorskolen. I møtene med det hele mennesket, er det å bli med på en reise til «baksida av medaljen» en viktig og utfordrende del av allmennpraktikerhverdagen (1).. Noen ganger er jeg usikker på om helsepolitikerne skjønner det!

*Anne Mathilde Hanstad
Jørpeland legesenter
4100 Jørpeland*

Litteratur:

1. Vestbø,E:Kvalitativ erfaring i allmennpraksis. Utposten, nr2, 1988;66-69.
2. Nessa J: Ein har ikkje noko anna val enn å la pasienten velje. Tdnlf 19,1997;2817-20.



Hypertensjon er den vanligste
årsak til utvikling av
angina pectoris og
hjertesvikt.



Kredex – godkjent til
behandling av hypertensjon,
angina pectoris og hjertesvikt.

SE FELLESKATALOGEN

Multiple Action Neurohormonal Antagonist

En ny klasse hjertepreparater

C Kredex «SB»

Alfa- og betablokker.

T TABLETTER 6,25 mg, 12,5 mg og 25 mg: Hver tablet innneh.: Carvedilol 6,25 mg, 12,5 mg og 25 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: 6,25 mg, 12,5 mg: Jernoksid (E 172). Med delestrek.

Egenskapert Klassifisering: Alfa- og betablokker med antiolsidative egenskaper. Betablokaden er uselektiv og uten egenstimulerende effekt. Vasodilatasjonen skyldes hovedsakelig alfa₁-blokker. Virkningsmekanisme: Hovedmekanismen er konkurrerende hemming av katekolaminer ved adrenerge alfa₁- og betareseptorer i hjerte-karsystemet. Carvedilols kombinasjon av alfa₁- og betareceptorblokkade gir en lett senket eller uforandret hjertefrekvens i hvile, forbedret ejeksjonsfraksjon og en opprettholdelse av renal og perifer blodgjennomstrømning. Tillegsbehandling med carvedilol ved hjertesvikt kan redusere mortalitet og behovet for sykehusinnleggelsjer. Absorpsjon: Maks. plasmaskonstrasjon 1 time etter oral dose. Lineær korrelasjon mellom dose og plasmakonstrasjon. Effekt sees allerede innen 1/2 time etter tabletteinntak. Biologisk tilgiengelighet ca. 25% grunnet ufullstendig absorpsjon og omfattende metabolisering i leveren. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon kan biologisk tilgiengelighet øke. Påvirkes ikke av fødeinntak. Proteinbinding: Ca. 98–99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 2 liter/kg. Halveringstid: 6–10 timer. Utskillelse: Hoveddelen av metabolittene utskilles via gallen, en mindre del (ca. 15%) via nyrene. Ved nedsatt nyrefunksjon er dosereduksjon ikke nødvendig. Eliminasjonshastighet og plasmakonstrasjon avhenger av leverfunksjonen. Ingen aldersavhengig farmakokinetikk. Indikasjoner: Hypertensjon, Angina pectoris. Tillegsbehandling ved hjertesvikt. Kontraindikasjoner: Bronkial astma og obstruktiv lungesykdom. AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Betydelig nedsatt leverfunksjon. Ubehandlet hjertesvikt. Kardiogenet sjokk. Hypersensitivitet for carvedilol. Bivirkninger: Hyppige (> 1/100): Gastrointestinale: Kvalme, diaré. Sirkulatoriske: Svimmelhet, ortostatisk hypotensjon, bradykardi. Øvrige: Hodepine, smørter i ekstremitetene, tretthet, dyspne, hyperglykemi. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Mavesmerter. Sirkulatoriske: AV-blokade, økende hjertesvikt. Øvrige: Ødem. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast. Hud: Urticaria, pruritus, eksem, exacerbasjon av psoriasis. Lever: Forhøyede serumtransaminaser. Sentralnervesystemet: Nedstemthet, sovnforstyrrelser, parestesi. Sirkulatoriske: Forstyrrelser i perifer sirkulasjon, synope. Syn: Redusert tåretskillelse. Urogenitale: Akutt nyresvikt og nyrefunksjonsforstyrrelser. Øvrige: Tett nese, gisping, astma/dyspne hos predisponerte pasienter. Forsiktigheitsregler: Nedsatt leverfunksjon. Kombinasjon med kalsiumantagonister av dihydropyridintypen kan gi hypotensjon. Forsiktigheit ved kombinasjonsbehandling med klasse I antiarytmika eller digitalis. Forsiktigheit bør utvises ved ukontrollerbar og vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus da betabloktere kan maskere tegn på hyperglykemi (takykardi, tremor). Hos pasienter med samtidig hjertesvikt og diabetes kan behandling med carvedilol gi reduserte blodsukkerverdier. Regelmessig kontroll av blodsukker anbefales. Carvedilol kan maskere tegn på tyreotoksikose, men endrer ikke thyreoidafunksjonsprøven. Seponering bør foregå langsomt. Ved brå seponering etter langvarig behandling kan kardial hypersensitivitet for adrenerg stimulering bl.a. gi økt smerte og mulig infarktutvikling, særlig ved ischemisk hjertesykdom. Når samtidig behandling med klonidin og carvedilol skal avsluttes, bør carvedilol seponeres først, flere dager før en gradvis nedtrapping av klonidin. Carvedilol er ikke dokumentert ved ustabil angina pectoris. Hos pasienter som mistenkes ha Prinzmetal's angina skal forsiktigheit vises ved bruk av carvedilol. Carvedilol bør ikke gis til pasienter med ubehandler latent eller ubehandlet manifest hjertesvikt. Reversibel forverring av nyrefunksjon er blitt observert hos pasienter med hjerteinsuffisens og lavt blodtrykk. Grunnet mangel på erfaring bør carvedilol ikke gis til barn.

Graviditet/Amming: Skal ikke brukes under graviditet og ved amming, grunnet manglende erfaring. Interaksjoner: Additiv hypotensiv effekt ved bruk sammen med andre antihypertensiva. Kan gi interaksjoner ved samtidig bruk av antiarytmika eller kalsiumantagonister. Kombinasjon med rifampicin kan gi redusert serumkonstrasjon av carvedilol. Cimetidin kan gi økt serumkonstrasjon av carvedilol. Interaksjon med anestetika kan gi en negativ inotrop effekt. Effekten av insulin og oral hypoglykemika kan økes. Serumkonstrasjonen av digoksin kan økes ved samtidig bruk av carvedilol. Hyppigere monitorering av digoksinkonstrasjonen er nødvendig ved igangsetting, titring og seponering av carvedilol. (I: 60e betabloktere). Dosering: Hypertensjon: Voksne: Dosen tilpasses individuelt. Initialt 12,5 mg daglig de 2 første dagene, deretter 25 mg daglig. Ved behov kan doses økes med et intervall på minst 2 uker til maks. 50 mg, gitt som 1 enkelt dose eller fordelt på 2 doser. Eldre: Initialt 12,5 mg daglig. Dette kan ofte være tilstrekkelig som vedlikeholdsdoze. Om ikke ønsket effekt oppnås med initialdosen, kan doses titreres med et intervall på minst 2 uker til maks. 50 mg, gitt som 1 enkelt dose eller fordelt på 2 doser. Angina pectoris: Voksne: Dosen tilpasses individuelt. Initialt 12,5 mg 2 ganger daglig i de første 2 dagene. Normal dose 25 mg 2 ganger daglig. Om ikke ønsket effekt oppnås med normal dose, kan doses økes til 100 mg fordelt på flere doser. Maks. dose 100 mg/daglig. Eldre: Anbefalt dose er maks. 50 mg/dag fordelt på flere doser.

Tillegsbehandling ved hjertesvikt: For behandling med carvedilol startes skal bruken av digitalis, diuretikum og/eller ACE-hemmer være stabilisert. Initialt 3,125 mg 2 ganger daglig i 2 uker, til 6,25 mg 2 ganger daglig. Om dette tolereres kan doses økes suksessivt, med et intervall på minst 2 uker, til 6,25 mg 2 ganger daglig, fulgt av 12,5 mg 2 ganger daglig og deretter 25 mg 2 ganger daglig. Doses skal økes til høyeste toleransennivå. Laveste effektive dose er 6,25 mg 2 ganger daglig.

Normaldose er 25 mg 2 ganger daglig og maksimaldose er 50 mg 2 ganger daglig. Ved oppstart av carvedilol og senere doseøkning kan forverring av hjertesvikt oppstå. I like tilfeller anvendes i første omgang forsterket sviktbehandling, dermed dosererhjellskjell eller seponering av carvedilol. Hvis behandlingen med carvedilol stanses, bør man gjøre ny doserhjellskjell ved nytt behandlingsforsøk.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Alvorlig hypotensjon, bradykardi, hjertesvikt, kardiogenet sjokk og hjertestans. Behandling: Atropin 0,5–2 mg i.v. (ved eksessiv bradykardi). Glukagon: Initialt 1–10 mg i.v., deretter 2–2,5 mg/time ved langvarig infusjon (for opprettholdelse av hjertefunksjonen). Sympatomimetikum etter kroppsvekt og effekt: Dobutamin, isoprenalin eller adrenalin.

Pakninger og priser pr. 22.05.97:

6,25 mg: Empac: 56 stk. kr 197,10, 98 stk. kr 308,50.

12,5 mg: 28 stk. kr 126,50, 98 stk. kr 360,60.

25 mg: 28 stk. kr 172,20, 98 stk. kr 524,00.

T: 12



SmithKline Beecham

Telefon: 67 97 79 00. Telefax: 67 97 79 49

Loppa i hjertan våres

1. På finaste kart over landet
finn du en flueskit.

Loppa e' navnet på plassen
– klem som vil reise dit?

Mer her e' det vi høre hjemme
og bare her vil vi bo

Derfor kan alle istemme
kommunen e' gulle god.

Refr.:

Loppa i hjertan våres
Loppa i våre sinn
skrevve med nordslysflamman
fra Kollarn til Middagstind.
Plassen du aldri glemme
kor du i verden fær
Loppa i hjertan våres
dæ har vi alltid kjær.

2. Men e' vi da sørgelig dumme?
E' plassen vår spesiell?
For fiskehjellan står tomme
ved Finnmarks høyeste fjell.
Menneskan her e' fulle
av kjærlighet og av sjarm
Slik tape frost og kulede
og derfor blir sangen varm.

Refr.: Loppa i hjertan våres...

3. No e det på ti' å stå sammen
og tenke på plassen vår.
Her e' vi gått mann av huse'
og kjempe forr levlige kår.
Förr ungan skal ha ei framtid
i arbeid og nordlysnatt.
Så ta kverandre i handa
Stem i våres melodi.

Refr.: Loppa i hjertan våres...

4. Nu e det blidd slik i verden
at alle må kjempe for sitt
Ingen sitt trygt på tua
ta ikke nokka for gitt!
Hjembygda vår må vi vinne
kvær dag i så mange slag.
Stå sammen – mann og kvinne!
Syng seierssangen i lag!

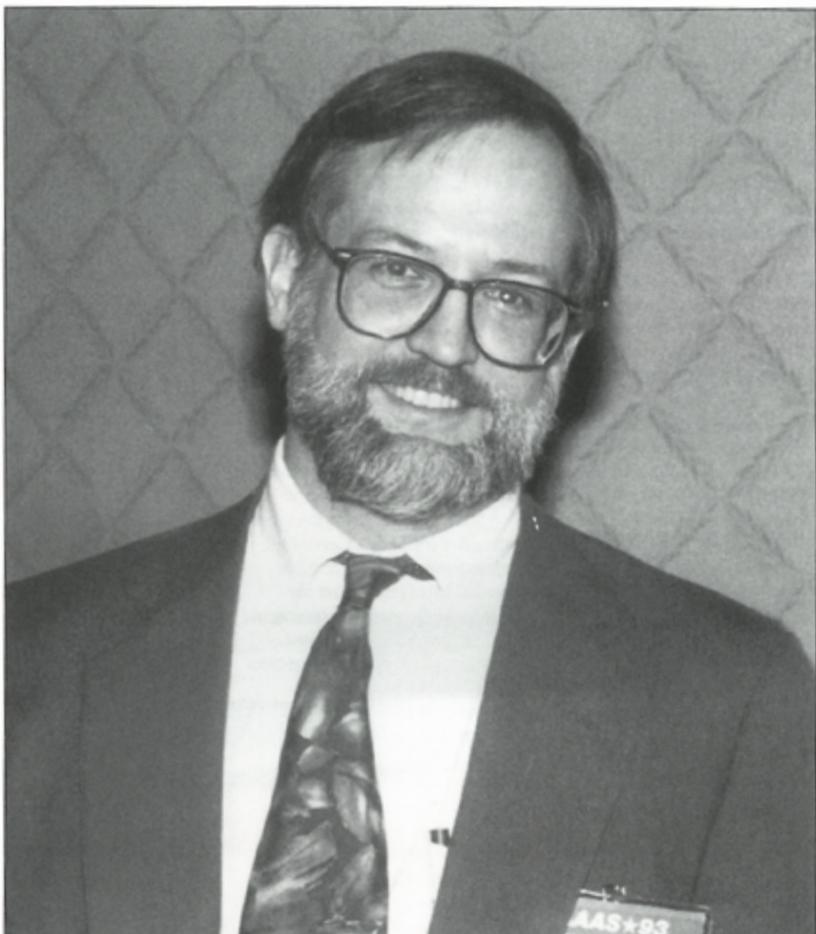
Refr.: Loppa i hjertan våres...

Vyer for darwinistisk medisin

Randolph Nesse intervjuet av Iver Mysterud

Tilpasningsprogrammet er en framgangsmåte eller forskningsprogram som brukes for å få inn-sikt i hvordan tilpasninger er formet i samspill med ulike faktorer i omgivelsene i fortiden (1). Kernen i tilpasningsprogrammet er at slike funksjonelle trekk dannes ved naturlig utvalg. Et genetisk betinget trekk som hjelper et individ til å overleve bedre og få flere avkom enn et annet individ i et miljø med begrensede ressurser, vil over tid dominere i en befolkning. Når man arbeider etter

tilpasningsprogrammet, undersøker man om ulike trekk ved en organisme kan ha vært nyttige tilpasninger til det «opprikkelige» miljøet. Dette kan i prinsippet være ethvert trekk ved en organisme, men dreier seg ofte om trekk som ikke har blitt viet oppmerksomhet tidligere. De kan se unormale eller sykelige ut eller de har rett og slett vært oversett. I medisin og helsefag kan slike trekk ofte være symptomer man tradisjonelt har oppfattet som ubehagelige eller uttrykk for sykdom. Poenget er at forhold ved menneskets utforming som kan se sykelige



Denne evolusjonsnære funksjonstilnærmingen forsøker å avklare hvorfor mennesket har fått sin utforming gjennom naturlig utvalg i et fortidsmiljø. Tilnærmingen kan betraktes som komplementær i forhold til biomedisinens tradisjonelle hovedfokus på årsaker.

Feltet ble syntetisert av evolusjonsbiolog George C. Williams og psykiater Randolph M. Nesse i en artikkel i 1991 (2). Dette ble fulgt opp med boka «Why we get sick» i 1995 (3). Tilnærming-

eller lite hensiktsmessige ut ved første øyekast, kan vise seg å være spissfindige tilpasninger til å overleve og formere seg i et fortidsmiljø. Fortidsmiljøet kan være ulikt det en art lever i nå. Mennesket antas genetisk sett å ha endret seg relativt lite siden våre forgjengere levde som jegere og sankere for inntil 10 000 år siden. Vårt fortidsmiljø er derfor forenklet sagt et «steinaldermiljø».

Anvendelsen av tilpasningsprogrammet på medisinske problemstillinger (sykdommer og symptomer) er ofte omtalt som darwinistisk eller evolusjonær medisin.

en er presentert på norsk gjennom en rekke artikler i Tidsskrift for Den norske legeforening (se 4), og Nesse ble intervjuet samme sted i 1994 (5). I forbindelse med års-møtet til «Human Behavior and Evolution Society» i juni 1997, intervjuer han her om den nyeste utviklingen innen denne viktige tilnærmingen.

– *Hvis vi ser tilbake, er det nå to år siden dere publiserte boka «Why we get sick» (1). Hvordan har mottagelsen vært?*

– Jeg er overrasket over at vi praktisk talt ikke har møtt noen kri-

tikk, men bare lovord. Leger har vært mindre interessert enn naturvitene! Dette understrekker nok hvor praktisk fokusert den medisinske profesjon er. Det finnes i dag mange kurs i darwinistisk medisin. De finnes på institutter for biologi, antropologi, psykologi og sykepleiefag, men ikke ved noe institutt som ledd i medisinerstudier. Jeg organiserer nå en spørreundersøkelse for å samle data om manglene i evolusjonær utdannelse ved medisinerstudiene. Dette skal brukes til å bøte på fraværet av evolusjonær fokusing!

Jeg har ellers vært litt overrasket over at teologer og filosofer ikke har kommet med flere kommentarer siden boka noe firkantet også tar opp «det ondes problem» (hvorfor en god og allmektig gud skulle skape en verden så full av lidelse).

Vi la oss på en risikabel strategi ved å skrive en populærvitenskapelig bok som også hadde noe å tilby forskere. Dette tror vi at vi har lyktes med. Vi klarte imidlertid ikke å gjøre den populær i de helt vide kretser, men det ser ut til at nesten alle akademikere liker den.

– *Hvor mange eksemplarer er til nå solgt av «Why we get sick»?*

– Anslagsvis noe over 30 000. Den innbundne versjonen er trykket opp i to opplag og paperback-versjonen i seks.

– *Er den oversatt til noen fremmede språk?*

– Den er utgitt på tysk med et stort oppslag i «Der Spiegel». Portugisiske, koreanske, kinesiske og japanske utgaver er også underveis. Vi trenger nå spanske og italienske oversettere for utgivelser i disse landene.

Som informasjon til leseren kan nevnes at jeg i samråd med Nesse tok initiativ til å få boka oversatt til norsk da «Why we get sick» kom ut i 1995. Forlaget jeg var i kontakt med vurderte det til ikke å ville lønne seg å oversette boka til et så lite marked som det norske. I

tillegg mente de at potensielle lese- re ikke ville ha problemer med den engelske versjonen.

– *Er det publisert noen spesielt viktige studier de siste to årene som kan demonstrere fruktbarheten av den evolusjonære tilnærmelsen til medisin?*

– Dette er et alt for omfattende spørsmål til å kunne besvares kort. Det får være nok å nevne at to viktige bøker er på henholdsvis planleggings- og avslutningsstadiet i år. Den første er redigert av Steven Stearns fra Basel. Den er basert på et møte i april i år der 57 vitenskapsmenn møttes for å diskutere evolusjon og medisin. Den andre heter «Evolutionary medicine» og er redigert av de tre amerikanerne Wenda Trevathan, James McKenna og E.O. Smith. Disse bøkene vil utvide diskusjonen vesentlig!

– *Hvis du var ansvarlig for finansieringen av forskning i darwinistisk medisin og hadde nok penger til fem store prosjekter, hvilke områder og emner i medisinen ville du prioritere og hvorfor?*

– For det første ville jeg bevilget penger til å reformere medisinsk utdannelse ved å få lagt til et manglende grunnleggende fagområde, nemlig evolusjonsteori. For det andre ville jeg prioritert forskning for å avklare de evolusjonære funksjonene til våre emosjoner og depressive tilstander. Dette er sentralt i en tidsalder som nærmest kan kalles «stoffalderen» (eng. «drug age»). For det tredje ville jeg bevilget penger til å øke forståelsen for utvikling av virulens. Dette er et forskningsområde som har mottatt finansiell støtte og allerede har oppnådd gode resultater. For det fjerde ville jeg prioritert et felt som er i sin spede begynnelse, nemlig evolusjonær epidemiologi. Dette er et typisk forskningsområde der man kunne anvende en evolusjonær tilnærmelse. For det femte ville jeg ha gitt penger til utvidet arbeid med kosthold og ernæring og avveiningen mellom kostnader og fordeler ved stoffer som kolesterol.

– *Hva anser du som mest presserende i dag for å få den evolusjonære tilnærmelsen til medisin bedre akseptert?*

– Bare tid, utviklingen går bra. En klinisk anvendelse med dramatisk virkning ville også hjelpe!

– *Hvor raskt vil du anta at evolusjonsbiologi vil være del av medisinerutdannelsene ved de største amerikanske universitetene?*

– Siden medisinerutdanningene tydeligvis er produkter av sosiale systemer som ikke ser seg tjent med å dele en krympende kake med nye aktører, antar jeg omlag 25 år.

– *I «Why we get sick» og i dine artikler om emnet, er du veldig opptatt av medisinerutdannelsene. Hvorfor fokuserer du ikke på sykepleiefag og andre profesjoner innen helsevesenet?*

– Vi har hatt mye positiv tilbakemelding fra sykepleiere. De studerer også medisin, og jeg ser egentlig ikke noen forskjell, bortsett fra at de gjennom sin profesjon er noe mer mottagelige for tilnærmelser som ser på «hele organismen».

Iver Mysterud
Biologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Mayr E. How to carry out the adaptationist program? American Naturalist 1983; 121: 324-34.
2. Williams GC, Nesse RM. The dawn of Darwinian medicine. Quart Rev Biol 1991; 66: 1-22.
3. Nesse RM, Williams GC. Why we get sick: the new science of darwinian medicine. New York: Times Books, 1995.
4. Mysterud I. Fruktbare koblinger mellom økologi og medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1262-5.
5. Mysterud, I. Vi intervjuer Randolph Nesse – vidsynt darwinistisk psykiater. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 113: 2148-50.

Kvalitetssikring av laboratoriearbeid i primærhelsetenesta

Av laboratoriekonsulentane Torill R. Solaas, Reidunn Fremstedal og Steinar Holmeset



Toril Ringheim Solaas.
Bioingeniør, Laboratoriekonsulent i Sogn og Fjordane.
100% stilling.



Steinar Holmeset.
Bioingeniør, Laboratoriekonsulent i Møre og Romsdal med distrikt Sunnmøre, 50% stilling. Kvalitetskoordinator ved Lab. for Klinisk kjemi ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal, Ålesund. 50% stilling.

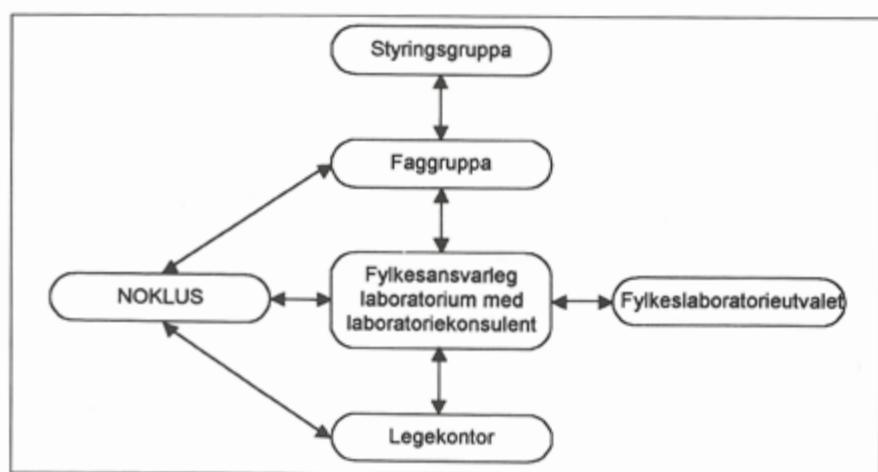


Reidunn Fremstedal.
Bioingeniør, Laboratoriekonsulent i Møre og Romsdal med distrikt Romsdal og Nordmøre, 50% stilling. Bioingeniør ved Vestnes Legesenter, 50% stilling.

I 1992 inngjekk Norske Kommunars Sentralforbund, Staten og Den norske lægeforening ein avtale for å betre kvaliteten på laboratoriearbeidet i primær-helsetenesta. Avtalen gjekk ut på at det ved årlege forhandlingar blir sett av midlar til eit kvalitetssikringsfond.

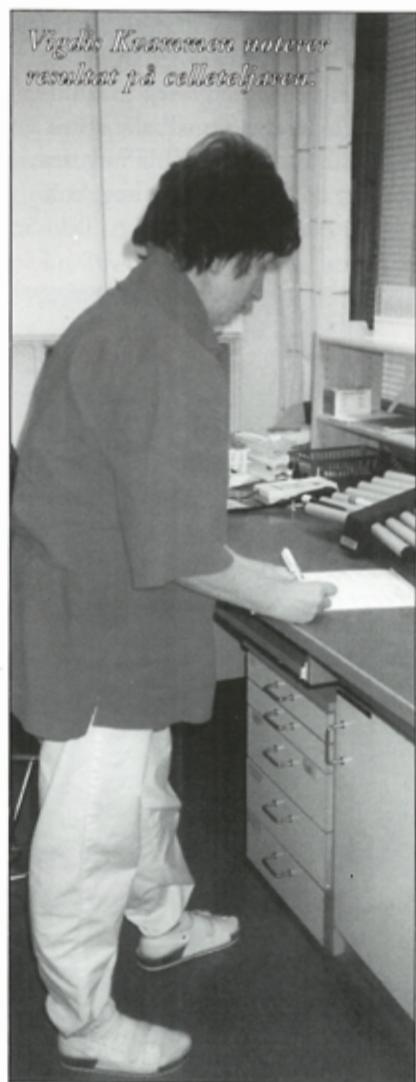
Organisering:

Heile arbeidet blir leia av ei styringsgruppe og ei faggruppe som begge består av representantar frå dei tre avtalepartane. Faggruppa





FOKLUS og NOKLUS på fabrikkbesøk hos Hemocue.



utarbeider retningslinjer for verksemda, behandler søknader om økonomiske løyingar til fylka og arrangerer faglege konferansar for personale frå heile landet. Prinsipielle avgjerder blir tekne av Styringsgruppa som er det øvste organet for prosjektet.

NOKLUS (Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorieanalyser utanfor sjukhus) har sentral ved universitetet i Bergen. NOKLUS sender ut kontrollmateriale til fleire ulike analyser til alle legekontor. På grunnlag av dei svara som blir returnerte, utarbeider NOKLUS ei kvalitetsvurdering av analyseringa ved kvart legekontor. Sidan kvart legekontor analyserer prøvene to gongar, kan NOKLUS gi eit mål både for presisjon og nøyaktigheit. Utifrå kor stort avviket er, får legekontora karakterane «meget god», «akseptabel», eller «dårlig» på prestasjonane sine. NOKLUS sender deretter tilbakemelding til kvart enkelt legekontor og ein samla rapport til FOKLUS, laboratoriekonsulenten ved det fylkesansvarlege laboratoriet.

I 1996 vart det sendt ut kontrollmateriale for analysene Hb,

glukose, CRP, kolesterol, TT, urinstimmel, cellestatus, klinisk kjemi, HbA1c, mononukleosetest og streptokokkar gruppe A-test.

FOKLUS (Fylkesdelen av ordninga for kvalitetssikring av laboratoriearbeid utanfor sjukhus).

Det er peika ut eit «fylkesansvarleg laboratorium» i kvart fylke. Her er det tilsett ein bioingeniør som laboratoriekonsulent. Avdelingsoverlegen ved dette laboratoriet er ansvarleg for det arbeidet som blir utført i kvart enkelt fylke. Kvart fylke er tildelt midlar utifrå storleik, kommunikasjonsmessige forhold og antal legekontor. I gjennomsnitt er det ei konsulentstilling i kvart fylke. Nokre fylke har sett det som mest praktisk å dele denne i to halve stillingar, slik at vi i alt er 27 konsulentar i landet. I snitt har vi ansvaret for 90 legekontor pr. heil stilling.

I kvart fylke er det dessutan opprettet eit fylkeslaboratorieutval med representantar mellom anna for praktiserande legar og hjelpepersonale. Dette utvalet har som oppgåve å gi råd og korrektsjon med omsyn på gjennomføringa av verksemda i fylket.



Kirsten Vågen tar blodprøver av ein pasient.

I dag er om lag 1700 legekontor med i kvalitetssikringsprosjektet. Det utgjer 97 % av alle legekontor i landet. Bedriftshelsetenester, sjukeheimar og andre kan også melde seg på, men dei må pr. i dag betale det det kostar med å vere med på ordninga.

Arbeidet som laboratoriekonsulent:

Som vi ser av organisasjonsmodellen så er laboratoriekonsulentane heilt sentrale i ordninga. Arbeidsoppgåvene er både utfordrande og varierande. Arbeidsforma er temmeleg ulik «vanleg» bioingeniørarbeid.

Dei fleste av oss hadde liten erfaring med arbeid i primærhelsetenesta. Vi har fått sett at kvaragen der ikkje er mindre hektisk enn på eit sjukehuslaboratorium. Vår hovudoppgåve er å vere ei støtte og hjelp for medarbeidarane på legekontor i deira arbeid med kvalitetssikring av eige laboratoriearbeid. I mange tilfelle er dette ein prosess som må ta litt tid. Ei arbeidsgruppe av laboratoriekonsulenter har utarbeidd ein labora-

torieperm med generell informasjon, prosedyrer og opplegg for kvalitetskontroll. Denne kan kvart enkelt legekontor bruke som dokumentasjon for eigen analysekvalitet.

Solveig Frøystad pakkar prøver som skal analyserast ved sjukehuset.



Vi har som mål å besøkje alle legekontor ein gong årleg. Ved slike besøk vert det gitt råd, rettleiing og opplæring innan alt som har med laboratoriearbeid å gjøre.

Det er både ynskje og behov for at vi arrangerer kurs for medarbeidarane på legekontora. Det vert halde kurs i alle fylke, gjerne fleire gonger i året. Innholdet på kursa kan vere medisinske emne, gjennomgang av ulike instrument og analyser, kvalitetskontroll, praktisk laboratoriearbeid, prøvetaking og prøverbehandling m.m. Vår målgruppe er på ingen måte bortskjemde når det gjeld kurstilbod. Derfor føler vi at dette tilbodet blir særskilt godt motteke, og det er alltid stort framme på kursa.

Ei anna viktig oppgåve er utprøving av ulike analyseapparat som er i bruk i primærhelsetenesta. Dette fordi at vi lettare kan gi råd og rettleiing ved innkjøp og bruk av laboratorieutstyr.

Ein stor del av arbeidet går ut på å hjelpe til med å «rydde opp» når legekontora får tilbake kontrollresultat frå NOKLUS og desse har gitt dårleg karakter. Legekon-

tora ber ofte om hjelp for å løyse problem og for å kontrollere instrument og utstyr. Kan problemet ikkje loysast via telefon, er det berre å leggje av garde med buss, båt, bil eller fly. Mange av oss har eit heilt fylke som arbeidsfelt, så det kan til tider bli mykje reising.

Konsulentane har eit nært samarbeid med kvarandre. Vi sparer mykje tid og krefter på å utveksle erfaringar, idear, undervisingsmateriell, kursprogram o.l. med kvarandre. For å vidareutvikle dette samarbeidet, legg vi vekt på å møtast ein til to gongar i året.

Har vi oppnådd noko etter desse fire åra?

Ja! Analysekvaliteten på alle dei undersøkte komponentane har betra seg.

Som eksempel kan vi vise til NOKLUS-resultata for glukose (sjå figur under). 2/3 av laboratoria (ca. 150 legekontor) som utførte analysen därleg i 1994, analyserer no glukose med god eller akseptabel analysekvalitet. Eit gjennomsnittleg legekontor utfører ca. 800 analyser pr. år til ein takst på kr. 20,- pr. analyse. Ein unngår dermed 2,5 million kroner i utbetaling for därlege glukoseanalyser.

Som eit synleg bevis på resultater av arbeidet desse åra, vart ordninga tildelt «Det nytter»-prisen for 1997. Dette er ein pris som kvart år blir delt ut av KS og Sosial- og helsedepartementet. Vi som laboratoriekonsulenter meiner at æra for prisen i første rekke må gå til medarbeidarane på kvart enkelt legekontor som har lagt ned eit stort arbeid for å betre eigen analysekvalitet.

Kva betyr ordninga for legekontora?

Vi har spurta legar og personale ved Fræna Legekontor i Møre og Romsdal om deira synspunkt på kvalitetssikringsprosjektet; ført i pennen av kommunelege Petter Holen.

Fræna Legekontor har hatt eit godt laboratorierepertoar over mange år. Dette takka vere stor interesse og stort engasjement til vår tidlegare kommunelege, no pensjonist Svein Tjåland. Han var også på dette området tidleg ute med å ta opp nye ting, og tok ansvar for både utstyr, teknikk, vedlikehald og rutiner.

Då tilbodet kom om å delta på NOKLUS-kontrollane, var det naturleg for oss å bli med. Vi hadde ingen direkte ansvarleg for laboratorieverksemda. Dette tilbodet vart ein spore til auka interesse for laboratoriearbeid for legane. For vår del har svara på kontrollanalysane stadfesta at våre eigenkontrollrutiner har vært gode nok. Det har for det meste vært svært godt samsvar mellom våre resultat og fasiten. Dette er trygt for legane, og ikkje minst ei svært positiv tilbakemelding til laboratoriemedarbeidarane. Dei har elles få tilbakemeldingar på arbeidet sitt, og er ikkje vant til ros. Særleg ikkje på denne kanten av landet der skamrosen sit langt inne.

Laboratoriekonsulentens besøk har vore ein inspirasjon i arbeidet. Ho har gitt råd og bistand i høve til innkjøp av nytt utstyr, og har gitt råd når problem har dukka opp. Medarbeidarane har delteke på kurs, og dette har vært viktig for motivasjonen til å gjera ein god jobb for ei gruppe som tidlegare

har hatt få slike tilbod i eige distrikt.

For framtida meiner vi at det er positivt med utsending av kontrollar. Kanskje kan repertoaret utvidast noko etter kvart.

Case-oppgåver viser at sunn og open diskusjon omkring eigne rutinar kan være svært nytig.

For medarbeidarane er det viktig at dei får kurstilbod i eige nærområde slik at det er praktisk muleg å delta for alle.

Legane treng i tillegg dei kliniske vurderingane, og kursa bør være ein del av den vidare- og etterutdanninga som vert driven i regi av Lægeforeninga, eventuelt i samarbeid med FOKLUS.

Samarbeidet med NOKLUS / FOKLUS er ei god hjelpe i det kvalitetssikringsarbeidet vi alle bør gjera, og etter kvart no må kunne dokumentere at vi har rutiner for.

*Laboratoriekonsulent
Reidunn Fremstedal
Fylkessjukehuset i Molde
6400 Molde*

Fordeling av resultat av nasjonal kvalitetskontroll for glukose i 1994 og 1996:

Glukose	Meget god	Akseptabel	Dårleg
1994	64 %	20 %	16 %
1996	75 %	19 %	6 %

Innenfra og nedenfra

Refleksjoner over 52 medisinerstudenters møte med lokalsamfunnsmedisin i løpet av januar og februar 1997

Tekst: Eystein Straume



Eystein Straume, født 1942. Etter 25 år som distriktslege/kommunelege i Loppa og nå som fykeslege i Finnmark, har behovet for å se helsetjenesten i fugleperspektiv begynt å melde seg. Lokalsamfunnsmedisin er blitt en økende utfordring. Og medredaktørplassen i Utposten er fortsatt en spennende posisjon.

Lokalsamfunnsmedisin er dette underlige faget som omtales ved festlige anledninger. Da er det faget som krever modenhet og innsikt, det bygger på og viderefører det beste i vår gamle og ærverdige distriktslegetradisjon. Rammebetingelsene for samarbeid, miljørettet helsevern, forebyggende arbeid såvel som beredskap og kurative tjenester ligger pent på plass i Lov om helsetjeneste i kommunene. Loven definerer kommu-

nen og lokalsamfunnet som hovedarena for det samfunnsmedisinske arbeidet.

I praksis er mulighetene loven gir lite ettertraktet. Det er stor utskifting og heller liten søknad til kommunelege 1 stillingene. Rådmennene etterspør knapt medisinsk faglige råd. Politikerne er ikke bedre. For de fleste må helse-tjenesten både lokalt og på sentralt hold oppfattes som en stor svart boks. De putter inn store penger og forventer å få ut legevakt og kurative tjenester av god kvalitet. Stortingsmeldingen om fastlegeordningen gir i alle fall ikke lokal-samfunnsmedisin mye oppmerksomhet.

Universitetene beskyldes for å undervise faget langt borte fra den praktiske virkelighet.

Tromsø modellen

Utlappsering på sykehus og i distrikt i landsdelen har vært en suksess ved undervisningsopplegget i Tromsø. Målsettingen med studiet er å utdanne leger som kan være gode primærleger. I løpet av 1995 ble veilederheftet for 8 ukers utlappsering hos primærleger revisert. Studiestyret hadde blant annet ønsket at samfunnsmedisin skulle vektlegges mer. Det reviderte heftet legger opp til at studenten skal skrive en samfunnsmedisinsk oppgave på 3-4 sider under veiledning av sin praksislærer. Begrunnelsene for dette var mange. Samfunnsmedisin er et fag som ofte skal kommuniseres skriftlig, og det ville være interessant å holde den skriftlige kommunika-

sjonen opp mot det studentene lærer å praktisere i den allmenn-medisinske konsultasjonen. Valg av oppgave, grad av fordypning og veiledningen vil være av interesse å vurdere. Og så ville oppgaven være et synlig tegn på at samfunnsmedisin fra den lokale, praktiske hverdag har fått en plass i studiet.

De første erfaringene

I januar og februar var 52 studenter ute i praksis. Alle leverte oppgaver. De fleste sa at de først så på oppgaven som en plage, men da de kom i gang med skrivingen ble faget tydeligere og til slutt syntes mange det hadde vært en lærerik og spennende utfordring. Studentene anga at de ville bli mer motivert dersom de fikk noen form for tilbakemelding på sine besvarelser. Praksislærernes veiledning varierte sannsynligvis mye, for mange var tid og egen erfaring en begrensning.

Besvarelsene

Det var gitt få føringer på hva oppgavene skulle inneholde annet enn at de skulle være hentet fra praksis som studentene hadde del i. Oppgavene varierte derfor i betydelig grad. Grovt kunne de kategoriseres slik:

Tema	Antall besvarelser
Smittevern	6
Trygdemedisin	3
Beredskap	8
Psykiatri	4
Forebyggende arbeid	4
Helsetjeneste	9
Grupper	5
Miljørettet helsevern	13

Innenfor de enkelte tema var det stor variasjon. Smittevern spente fra chlamydia til tuberkulose og omtale av kommunale smittevernplaner. Trygdemedisin bød på fra refleksjoner av mer generell art ved bruk at trygdemidler i uføresaker til arbeidsmedisinske betrakninger omkring «syke» arbeidsplasser og bruk av trygdemidler. I gruppen beredskap kunne det leses om organisering av legevakt, såvel som katastrofeberedskap og helsemessig beredskap.

Fire studenter hadde valgt å skrive om psykiatri: Organisering av voksenpsykiatriske tjenester, samordnede tjenester for pasienter med psykiske lidelser og kommunale psykiatriske planer var omtalt, og rusmiddelbruk i utsatte grupper. Det forebyggende arbeidet fokusserte på ulykkesforebyggende tiltak og forebyggende arbeid blant barn og unge. Hele 9 studenter hadde beskrevet selve helsetjenesten, hvordan den var bygget opp lokalt og hvilke oppgaver den utførte. Flere av disse hadde også benyttet edb-journalene til å lage praksisprofiler og vurdere ressursbruk og prioriteringer. Fem hadde tatt for seg spesielle grupper og sett på deres behov for og tilbud av helse-tjenester. De gjalt flyktninger, gravide og barn med astma. Og overraskende mange hadde funnet miljøsaker: Inneklima, anti-røykelov, spesialavfall, drikkevann og vann-kvalitetskrav, bassengbad, ombygging av skoler, utslippstillatelser og luftforurensning var saker som hadde fanget oppmerksomheten.

Tanker etter å ha lest oppgavene

Å lese oppgavene ble en spennende reise gjennom primærhelsetjenesten slik den ble praktisert i Nord – Norge i begynnelsen av dette året. Kan 52 ulike og tilfeldig valgte tema, mer og mindre grundig bearbeidet, si oss noe som kan brukes i undervisning og fagutvikling?

Og festtalene og alle store utredninger bleknet, for her var selve faget i praksis! Det lever enda! Det må være fruktbart å nærmere seg faget «nedenfra og innenfra» og ikke som det er vanlig «utenfra og ovenfra». Studentene har i sin praksisperiode nettopp denne muligheten til å se faget. Og 52 besvarelser vitner om et levende fag med både engasjement og faglig utfordringer. Så er det kanskje ikke helt sant at faget holder på å miste sin plass i lokalsamfunnet! Kanskje lokalsamfunnsmedisinen er i ferd med å bli den tau-ske kunnskapen? At det bare gjelder å få den fram i lyset slik at den får den plassen den må ha for å utvikle seg videre.

Samfunnsmedisinske oppgaver for Tromsø studentene er kommet for å bli. Årlige sett med besvarelser må kunne bli en viktig kilde for stoff til undervisning og en god indikator på om undervisningen i faget svarer til yrkespraksis. Dersom det går an å bygge besvarelserne inn i undervisningen så foreligger det her en betydelig mulighet for fagutvikling. Og en mulighet til å gi den tau-ske kunnskapen liv og skikkelse slik at faget kommer ut av bakevjen som truer det i dag. Både OLLs fagutvalg og spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin ville finne stoff til ettertanke i studentenes besvarelser.

Primærhelsetjeneste

Studentene er ute i primærhelsetjenesten i 8 uker. Og de omtaler kurative tjenester, trygdemedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin som om grensene mellom fagene er utsydelige. Kan det være fordi disse grensene er kunstige og mer hører hjemme på universitetene og i fagforeningen? Og studentene beskriver ledelse og organisasjonsutvikling som et selvfølgelig element i primærhelsetjenesten. Ser faget annerledes ut innenfra og nedenfra? Er primærhelsetjeneste et annet fag?

Forutsetninger for god lokal helsetjeneste og forebyggende arbeid

Lokalsamfunnet med sin infrastruktur og sine nettverk er en komplisert organisme. Den lokale helsetjenesten skal bidra til sunnhet, trivsel og god folkehelse i denne organismen. Helsetjenesten skal ikke være et fremmedlegeme som avstøtes og forkastes. Forslag om å trekke dette engasjementet og denne kompetansen, selv om den er mangelfull, ut av kommunene og over på større regionale instanser må være et blindspor. Den lokale samfunnsmedisineren må være i stand til å reflektere over og reagere på fagets plass og muligheter. Både avhengighet og ansvar i forholdene rundt faget må erkjennes og respekteres.

Evnen og muligheten til slik ettertanke er kanskje den viktigste oppgaven for den lokale samfunnsmedisineren. Han må ha fri-modighet til å bli en del av det levende lokalsamfunnet.

Når det skal skrives en melding til Stortinget om Folkehelsearbeidet så må utgangspunktet være om slik erkjennelse. Hvordan kan ellers forebyggende arbeid finne grobunn? Studentenes besvarelser vitner om liv og kraft i det lokale engasjementet, noe som må være viktig å bevare for den som vil bedre folkehelsen.

Det samfunnet må være rikt som har en slik primærhelsetjeneste. – Og det må være svært rikt dersom det har råd til å miste dette lokale engasjementet!

Amtmann Urbyesv. 9
9800 Vadsø¹
Eystein Straume

Nyfødtkohorten og bedre helse

NSAM-styrets holdning til studien

«Bedre helse for mor og barn» er et stort registerepidemiologisk forskningsprosjekt der 100.000 mødre (to årskull) forventes å innrullere seg selv og sine ufødte barn som deltakere. Barna skal følges i mange tiår, fra første svangerskapskontroll og inn i seniet, med data fra blodprøver, spørreskjema, svangerskapskontroll, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barneavdelinger, krefregister, dødsregister og andre helseregistre. Datasikkerheten er rimelig god, og etisk komite har gitt tillatelse til de delene av studien som nå er konkretisert, stort sett frem til barnets fødsel. Prosjektledelsen må søke etisk komite på nytt for videreføring av studien og eventuelle nye tilleggsstudier.

Fordi studien er så stor, og fordi den involverer norsk allmennpraksis i så stor grad, føler vi det nødvendig å utrede NSAMs holdning til den.

Prosjektet har vært forelagt Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU), som etterlyste prosjektets relevans for allmennpraksis. AFU stilte også spørsmål vedrørende prosjektets hovedvekt på risikofo-kusering, og om datakvaliteten blir god nok. AFU fant ellers at søknaden fra prosjektledelsen var mangelfull i forhold til en AFUs sjekkliste for vurdering av studier som foregår i allmennpraksis, og kunne foreløpig ikke tilrå norske allmennpraktikere å delta i studien.

Man har satt i gang et nærliggende identisk prosjekt i Danmark, og Dansk Selskap for allmennmedisin har erklært seg skeptiske til den danske versjonen av prosjektet.

NSAMs styre har vurdert saken grundig, og har flere betenkelsesgrunner til det norske prosjektet slik det er utformet og slik det presenteres. Fordi prosjektet er så stort, og fordi det har så mange implikasjoner for allmennpraksis, skal vi gå gjennom en del av disse betenkelsene.

Prosjektets relevans for faget allmennmedisin

Landets allmennpraktikere er sammen med jordmødre og gynekologer sentrale i datainnsamlingen i prosjektet. Kvinnene og deres foster skal rekrutteres gjennom svangerskapskontrollen ved at allmennpraktikeren deler ut informasjonsmateriell og tar blodprøver. Allmennpraktikeren skal dermed medvirke til en ikke uvesentlig del av datainnsamlingen. Det er derfor interessant å spørre om hvilken faglig nytte norsk allmennmedisin kan ha av prosjektet. Vil det fremstappe viktig ny kunnskap av betydning for vårt arbeid i praksis? Og om så, hva slags kunnskap?

Nå må det også sies at dersom et prosjekt har allmenn nytte, gir vi full aksept til at allmennpraktikere deltar som vannbærere, selv om prosjektet ikke har noen direkte nytte for faget allmennmedisin. Men også i så måte er vi i tvil om nytteverdien av Nyfødtkohorten.

Prosjektet vil gi øket innsikt i risikofaktorer i og rundt svangerskapet. Men vi må forvente, som prosjektledelsen sier (1), at det først og fremst dreier seg om de relativt hyppige risikofaktorene for

de meget sjeldne sykdommene. Hva hvis vi får vite at en forkjølesesepisode i 20-23. svangerskapsuke øker sjansen med ca 20% for at barnet senere skal bli schizophren? Hvordan skal vi forholde oss til slik kunnskap?

Eller eksemplet som prosjektledelsen nevner (1): enkle kostholds-råd kan forebygge neuralrørsdefekter. Vi vet nå at folinsyremangel øker sjansen for neuralrørsdefekter. Det hjelper å ta folin forebyggende så sant du begynner senest 3 måneder før du blir gravid. Men vet vi konsekvensene av å sette hele den befruktningsdyktige delen av befolkningen på folater?

Det er derfor naturlig å tenke seg at prosjektet utløser langt flere spørsmål enn svar. Også hos den enkelte gravide. Allmennpraktikeren vil møte den gravide som kommer til oss med sin angst og skyldfølelse. Var forkjølelsen i forrige uke farlig for fosteret? Har jeg skadet barnet ved å spise for lite gulrotter?

Til nå er det 90 delprosjekter i studien. Vi savner også allmennmedisinske prosjekter eller prosjekter med direkte relevans for allmennpraksis blant disse.

Allmennpraktikerenes deltagelse i prosjektet

Tusenvis av helsearbeidere i første-linjen vil bli bedt om å delta i datainnsamlingen, og prosjektet vil ha konkret betydning for hvordan konsultasjonstiden brukes i svangerskapsomsorgen. Allmennpraktikerne skal på første svanger-

skapskontroll ta blodprøve og dele ut informasjonsmateriell. På den måten involveres hver eneste allmennpraktiker i legitimeringen av prosjektet. Allmennpraktikerne blir således nøkkelpersoner i rekrutteringsarbeidet, og må før prosjektstart ha brukt tid på å sette seg inn i hva dette dreier seg om. Man må regne med at de fleste svangerskapskonsultasjoner vil ta lenger tid enn vanlig fordi det vil bli nødvendig å informere muntlig om prosjektet, og å svare på spørsmål. Mange gravide vil også erfaringmessig ta med seg hele eller deler av spørreskjemaene på senere kontroller for å få hjelp til å fylle det ut, eller for å spørre om ting som skjemaene tar opp. Dermed vil arbeid med prosjektet kunne stjele tid fra andre elementer av svangerskapsomsorgen. Prosjektet legger dermed nye rutiner og nye problemstillinger til svangerskapsomsorgen, og vil i praksis kunne endre på denne. Er dette endringer slik vi helst ville ønske dem? Vi føler at dette problemet knappest er utredet. At svangerskapskontrollene vil ta lengere tid medfører også nødvendigvis at det blir mindre tid til andre pasientgrupper. Kan prosjektets mål om økt kunnskap forsvare disse endringene?

Utgifter forbundet med de ekstra blodprøvene som skal tas i prosjektsammenheng refunderes av RTV. Det er foreløpig uavklart hvorvidt den økte tidsbruken skal kunne dekkes opp av RTV.

Harde og bløte data

Vi stiller oss nokså undrende til entusiasmen fra prosjektstyret for å samle sammen harde og bløte data. La oss sette det på spissen med et tenkt eksempel. Sett at en nå fant «genet» for kriminalitet. Funnet er uregitt å forholde seg til om det skulle stemme. Samtidig som validiteten av et slikt funn vanskelig gjøres av kompleksiteten av interaksjoner, årsaker og virkninger bak den «bløte» merkelappen, her kriminalitet.

Hvordan skal slik kunnskap operasjonaliseres? «Hensikten (med studien, vår anmerkning) i et folkehelseperspektiv er å komme på sporet av helsefarlige miljøfaktorer som man kan gjøre noe med gjennom sykdomsforebyggende tiltak» heter det i prosjektets protokoll. For igjen å sette det på spissen: hvilken konsekvens vil det ha for debatten om senaborter (2)?

Etiske motforestillinger

Prosjektet fokuserer på svangerskapet som en risikofylt periode i kvinnens og fosterets liv. Det er lagt inn noen få spørsmål som fokuserer på mestring, men hovedvekten er lagt på risiko. De fleste gravide kvinner i Norge har bedre helse og bedre tilgang på helsetjenester før og under fødsel enn noen gang før, og vi vet stadig mer om potensielle risiki ved svangerskapet. Det blir dermed vanskelig å fri seg fra den tanken at de sammenhenger prosjektet jakter på, og den helsegevinst som påvisningen av dem utgjør, er marginal i befolkningssammenheng. Vi må også forvente å få kunnskap om nye sammenhenger mellom hendelser i svangerskapet og senere sykdom, sammenhenger som vi i mange tilfeller ikke kan gjøre noe med. Slik kunnskap vil kunne øke angst for sykdom i svangerskapet.

Det danske søsterprosjektet rekrutterer dårlig. Skal en så stor studie lykkes er prosjektledelsen helt avhengig av å kunne selge prosjektet mest mulig effektivt til alle deltakere. Imidlertid vil en slik salgsaktivitet lett kunne bevege seg over grensen for det tillatelige. Vi noterer oss at prosjektledelsen snakker om en nasjonal dugnad, og om at studien må presenteres slik at den gravide «krever» å få delta, på vegne av sitt ufødte barn som skal gjøres til gjenstand for en livslang registrering av harde (navleveneblokk) og bløte (spørreskjema, helseregistre mm) data.

Tittelen «Bedre helse for mor og barn» er en del av dette. Titte-

len er direkte misvisende. Slik prosjektet er lagt opp vil de deltagende mødre og foster/barn ikke kunne forvente å få noen direkte nytte av studien, noe som bør gjøres helt klart for deltakerne. De fleste vil ha forståelse for dette, og vil være mer enn villige til å bidra dersom det kan fremme folkehelsen. En av NSAMs hovedbekymringer i denne sammenheng er at det er berettiget tvil om den kunnskapen prosjektet vil frembringe faktisk kan bidra til å fremme folkehelsen. Det er fra mange hold, bl.a. fra etisk komite, reist spørsmål om data-kvaliteten blir god nok til å gi de svarene man leter etter. Og som nevnt ovenfor, kan en også være i tvil om prosjektet reduserer mengden av mulige bekymringer rundt svangerskapet. Snarere tvert imot, en antar at prosjektet vil kunne avdekke en hel rekke mulige risikofaktorer som delforklarer sjeldne tilstander.

Skal det bibelske uttrykket «med smerte skal du føde ditt barn», som moderne medisin til en viss grad har gjort til skamme, erstattes av «med angst skal du bære ditt barn»?

NSAMs styre stiller seg tvilende til «Norsk nyfødtkohort»s betydning for faget allmennmedisin. Fordi prosjektet er så stort, og fordi det er så mange spørsmål og bekymringer som er uavklart ønsker vi en videre dialog rundt prosjektet.

*Anders Bærheim
Institutt for samfunnsmed. fag
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 Bergen*

Litteratur

1. Kjell Haug og Leiv S. Bakketeg. Bedre helse for mor og barn. Utposten 1997; 26(2): 84-5.
2. Bærheim A, Swensen E. Bedre helse for mor og barn? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2927.



En pille flere ganger daglig,

C BREXIDOL "NYCOMED PHARMA" Antiflogistikum. ATC-nr.: T DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver inneh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q.s. antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β-cyclodextrin i molar forhold 1:2,5. β-cyclodextrin er et syklig oligosakkard som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsytesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkeltdose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tabletene. Forsok viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tabletene. "Steady-state": Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gi startdose på 40 mg første 2 dager, nå ca. 76% av "steady-state" etter annen dose. "Steady-state" koncentrasjon, AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvekt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er uløslig i urin og feces. INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mbo. Beklitterev, artroses. Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjellettsystemet. Primær dysmenoré. KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastro-intestinal blodning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalicylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gi om disse har forårsket symptomer på astma; nesepolypper, angioneurotisk edem eller urticaria. Kontraindert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenykletonuri pga. aspartam. BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smertes, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastro-intestinal blodning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralhervase: Svimmelhet hodepine, sovnloshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiovaskulære/renale: Palpitasjoner, edem, spesielt ankelodem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kloe, utslett, fotallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjeldne: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyell syndrom), vesicobullosc reaksjoner. Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk edem, vaskult og "serum sickness" er sett sjeldne. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blodning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henoch Schenlein), leukopeni og eosinofi er rapportert. Meget sjeldnen aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasenivå. Ikerus og hepatitt er rapportert.

eller en **Brexidol** daglig etter behov.



At Brexidol brukes mye ved akutte tilstader som f.eks. tendinitter, distorsjoner og akutt lumbago, er fullt ut forståelig; Brexidol gir rask anti-inflammatorisk effekt og smertelindring (1-3).

Mange tenker kanskje ikke på at rask effekt kan være nyttig også ved kroniske tilstader som artrose, Bekhterev og revmatoid artritt. Ved artrose anbefales intermitterende behandling (4). Denne vil ofte være pasientstyrt, etter grad av sykdomsaktivitet og symptomer. Når plagene først krever medikasjon, ønsker gjerne pasienten rask virkning. Dette kan anses som en akutt tilstand og doseres deretter (dobbel dose de to første dagene).

Pasientstyrt behandling er vist å ha like god effekt som fast regime og bidrar til redusert tabletteinntak (5). Risikoen, som alltid er der ved NSAID-behandling, kan trolig reduseres.

- Referanser: (1) Martens M. Curr Ther Res 1991; 55: 396-400
(2) Galasso G, Tamburro P et al. Advances in Therapy 1990; 7(1): 43-50
(3) Davoli L, Ciotti G et al. Curr Ther Res 1989; 46: 947-949
(4) Felleskatalogen 1996/97
(5) Kvien T K et al: Scand J Rheumatol 1991; 20: 280-287.

Brexidol
Piroxicam-β-cyclodextrin

Oyeler: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Tåkesyn og øyeirritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspné er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale blivirkninger. Pga. nedsett plateaggresjon samtidig med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget bleddningsstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregennomblokkering og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsett nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsett nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Ber seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprober eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforsyrteleser anbefales undersøkelse hos øye-specialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betrakninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhavingsprosesser, inklusive frakturtiheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika. **GRAVIDITET/TAMMING:** Kontraindert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk: Koncentrasjon i melken ca. 1-3% av koncentrasjon i serum. **INTERAKSJONER:** Preparer med hoy proteinbinding, t.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretikas natriuretiske effekt (1:50 anti-reumatika) **DOSERING:** Doseringen er den samme for tablettær og dosepulver. Dosepulveret utøres i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose: Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opp til 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gi kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt: Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflamasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenorré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnelsen menstruasjonsbesvar. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam. **PAKNINGER OG PRISER** pr. 1/8-97: Tablettær: Empac: 7 stk kr 44,90. 20 stk kr 91,90. Boks: 100 stk kr 366,50. Dosepulver 20 stk kr 91,90.

NYCOMED



Når nettene blir lange...

UTPOSTENs edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p) 56 15 00 37 (fax)

E-post: john.leer@isf.uib.no

WINMED

I et tidligere nummer av EDB-spalten ble det etterlyst erfaringer med nykommeren Winmed. I forbindelse med sammenslåing av to legekontorer ble det aktuelt å velge datasystem på nytt. To av legene hadde brukt Profdoc i tre år, en hadde brukt Infodoc i fem år. Etter å ha fått demonstrert Infodoc, Winmed og Profdoc Vision, falt valget på Winmed. Grunnen

til dette var at dette programmet inneholder det beste fra begge de «gamle» systemene vi var vant til. Systemet virket tiltalende og hadde mye av oversiktigheten i Profdocs tabeller, men også noe av den samme fleksibilitet som Infodoc når det gjelder å tilpasse systemet til egen måte å jobbe på.

Winmed er utviklet i databaseprogrammet Microsoft FoxPro og

er et rent Windows-program. Dette innebærer at man er avhengig av en maskinpark som kan takle dette. Vi trengte nye maskiner og med Pentium 133-maskiner med 16-32 MB internminne fungerer systemet meget raskt. Winmed kan brukes både med tastatur og mus, og vi satser på å bruke mest mulig tastatur, da dette går forttere og er mindre slitsomt både for

The screenshot shows the Winmed software interface. At the top, there's a menu bar with items like Pasient, Rediger, Journal, Skjema, Prøver, Henvis, Timebok, Regnskap, Post, Hjelp. Below the menu is a toolbar with icons for various functions. The main workspace is divided into several sections:

- Dagens**: Shows a note for "D98 Cholecystitt". A checkbox "Ikke vis journal" is checked. A text area contains the note: "Plutselige smerter i magen idag. Mest oppad til høyre i abdomen. Febril".
- Cave**: Lists "Penicillin" and "Gress".
- Faste medisiner**: Lists "APOCILLIN" and "ZYRTEC".
- Notatoversikt**: A list of previous notes: 30.03.1997 V [AH], 29.03.1997 V [AH], 20.03.1997 V [RES], 20.03.1997 V [AH], 10.03.1997 V [AH], 05.03.1997 V [AH], 17.02.1997 H [AH], 17.02.1997 V [AH], 12.10.1994 V [AH], 09.10.1994 V [AH].
- Velg notatmal**: A dropdown menu showing "Maler".
- Tidligere notat**: Shows a note for "30/03/1997" with the text "Konsultasjon Rp: APOLAR, Krem, 0,1%, No: 50 g Henvisning: Aker sykehus Henvisning: Rikshospitalet, Øre-nese-hals avdelingen".
- Skriv inn ønsket tekst i dagens notat**: A text input field at the bottom left.
- Ins**: An input field at the bottom right.
- 19:10:35**: The current time displayed at the bottom right.

øyne og skuldre. Noen funksjoner er imidlertid vanskelige å utføre uten å bruke mus, og jevnlig veksling mellom bruk av mus og tastatur blir litt mer kronglete enn de «gamle» programmene vi var vant til. Programmet er også slik bygget opp at det blir mer tasting enn det vi var vant til i DOS-programmene Profdoc og Infodoc. Noen steder kan imidlertid dette kompenseres med tilpassing av makroer/hurtigtaster.

Windowsplattformen gjør at samarbeidet med andre programmer fungerer greit. Innscanning av epikriser går enkelt, likeså overføring av henvisninger til en egen tekstbehandler hvis man ønsker det, men det er ikke nødvendig for daglig bruk! Windows klippe- og limefunksjon gjør at henvisninger blir greie å skrive, men her er det ingen forandring for en Infodoc-bruker. Utskrifter i windows tar også noen sekunder lengre enn med DOS-programmene, men dette får ingen praktisk betydning i det daglige.

Winmed framstår som et meget gjennomarbeidet program for allmennmedisin. Etter to måneders bruk har vi blitt meget fortrolige med programmet og opplever det som et godt verktøy i hverdagen. Av de «nye» funksjonene vi har opplevd som nyttige er bla:

- Enkel retting/sammenslåing av journaler med feil fødselsdata.
- Journalene kan merkes med meldinger som kommer opp i skjermbildet før du går inn i selve journalen. Her kan det tydelig markeres smittefare, kommentarer til medisinskrivning, misbruksproblematikk osv.
- Ikke lenger behov for kalender ved utskriving av sykmeldinger. Den kommer opp på skjermen når du i et datofelt skriver «k».
- Enkelt å justere utskrifter som kommer feil på arket ved i en egen skjemadesigner å peke med musen på det som er feilplassert, og så dra det til riktig

posisjon. Mye enklere enn å definere linjer og posisjoner slik man må i Infodoc. I Profdoc er denne funksjonen ikke mulig.

- MADRS og SATS for diabetes, migræne og sår hals innarbeidet i programmet.

Av andre «goder» nevner vi mulighetene til enkelt å lage maler for feks standard journaler for forskjellige diagnosenter, innskriving av normale prøvesvar/ røntgen osv. Denne funksjonen finnes i Infodocs Interaktive journal, men er i Winmed mye lettere tilgjengelig, og krever ingen ekstra kunnskaper, slik Interaktiv journal gjør. Et oversiktlig og lett redigerbart adresseregister er også noe en gammel Infodoc-bruker er glad for.

Pasientbildet i Winmed er meget tiltalende og var også et viktig moment da vi valgte systemet. Med windowsteknologien hentes informasjon om pasienten fram i flere vinduer, noe som gjør journalen oversiktlig. Dagens notat er i et vindu, tidligere notater i et annet. Dette gjør at journalen blir lett å arbeide med. Du kan ha et tidligere notat stående i skjermen mens du skriver dagens notat, og når du skal ha et annet tidligere notat slipper du å rulle hele journalen over skjermen slik du må i Profdoc/Infodoc. En stor forbedring! Videre vises faste medisiner og medikamenter registrert med CAVE. Derimot savner vi pasientens adresse og telefonnummer i dette skjermbildet, men programmerne tar imot ønsker fra brukerne, så vi får se. Profdoc Vision synes vi ble for overlesset og uoversiktlig i det samme bildet.

Du slipper også å gå ut av pasientbildet for å hente inn ny journal. Når telefonen ringer hentes neste journal kjapt inn, og de ti siste journalene du har vært inne i ligger klar for å hoppe tilbake til. Likeså inneholder systemet en god lab-del som gjør at laboratorietpersonalet bare trenger et skjermilde å forholde seg til hele dagen. Her kommer rekvirerte prøver fram

etter hvert og innskrevne prøvesvar forsvinner etter noen sekunder.

Alt i alt er Winmed et positivt bekjentskap. Programmet er stort sett logisk oppbygd og lett å finne fram i. Brukerstøtten har vært god, og kravet om at vi i tillegg skal ha kommunikasjonsprogrammet Reachout gjør at feil og problemer kan rettes over modem uten vår medvirkning i løpet av noen minutter, noe vi allerede har hatt stor glede av.

Egil Østebrød
Storsenteret legekontor
1400 SKI



Konsensuskonferanse om forebygging og behandling av type 2-diabetes

Norges forskningsråd avholdt i november 1996 en konsensuskonferanse om type 2-diabetes. Rapporten fra konferansen ble publisert vinteren 1997 (1).

Forskningsrådets konsensuskonferanser er bygget opp over en felles lest. Det oppnevnes en planleggingsgruppe som formulerer seks, sju sentrale spørsmål innen det aktuelle fagområdet. Gruppen lager et program og velger ut foredragsholdere til en to dagers konferanse. Foredragene skal belyse de aktuelle spørsmål, men foredragsholderne oppgave er ikke å besvare dem. Det utpekes et panel bestående av medisinsk ekspertise, brukerrepresentanter og andre viktige mennesker uten medisinsk bakgrunn. Oppgaven til panelet er å besvare de nevnte spørsmål ut fra innholdet i forelesningene.

Følgende spørsmål ble lagt fram for og besvart av panelet:

- Hva er type 2-diabetes, og hvilke avgrensningsproblemer foreligger?
 - Hvor vanlig er type 2-diabetes, og hvilke epidemiologiske utviklingstrekk foreligger?
 - Kan og bør sykdommen og høyrisikoindivider identifiseres på et tidlig tidspunkt, og hvilke tiltak bør i så fall settes i verk?
 - Hvordan bør type 2-diabetes behandles?
 - Hvordan bør behandling og opplæring av type 2-diabetikerne organiseres for best mulig å utnytte den faglige kunnskap og teknologi som foreligger, samt pasientens evne til egenmestring?
 - Hvilke helseøkonomiske vurderinger er sentrale i forhold til type 2-diabetes?
 - På hvilke områder er det størst behov for videre forskning?
- Generelt påpeker panelet mangelen på eksakt kunnskap om nytten av intervensjon hos type 2-diabetikere. Dette gjelder både effekt av tidlig diagnostikk, av blodsukkersenkende behandling og av behandling av andre risikofaktorer for hjerte- og karsydom. Anbefalingene bygger derfor delvis på kunnskap om intervensjon ved type 1-diabetes, på kunnskap om risikointervensjon i andre grupper enn diabetikere (hypertonikere, pasienter med hyperlipidemi), på epidemiologiske data og på mer generelt akseptert klinisk praksis. Panelet kunne kanskje vært klarere når det gjelder å angi hvilket grunnlag de forskjellige anbefalinger er gitt på.
- Panelen viser at det er et påtrente behov for kliniske holdbare undersøkelser når det gjelder diabetes. Av de 28,6 millioner forskningsrådet avsatte til klinisk forskning i 1996 gikk kun 1,1 mill til diabetesforskning (Norges Diabetesforbund bevilget til sammenlikning 1,5 mill kr. til forskning i samme år).
- Behandling av kroniske sykdommer må organiseres på en annen måte enn for akutt sykdom. Diabetesomsorgen kan brukes som en modell for organisering av behandlingstilbuddet til annen kronisk sykdom. Helsemyndighetene og fagmiljøene bør i større grad enn i dag utvikle rammevilkår, arbeidsmetoder, holdninger, kunnskaper og ferdigheter som kan sikre pasienter med kroniske sykdommer en god totalomsorg. Panelet hevder at helsevesenet idag er for mye rettet mot akutt sykdom.
- Nye epidemiologisk data fra Nord-Trøndelag viser en betydelig vektøkning i befolkningen de siste ti år, særlig hos middelaldrende menn. Vektøkningen skyldes sannsynligvis redusert fysisk aktivitet. Prevalensen av diabetes har økt med over 40 % hos menn i alderen 40 – 49 år i samme tidsrom. Vektøkning og nedsatt fysisk aktivitet kan føre til en diabetesepidemi i årene som kommer med debut av sykdommen i lavere aldersgrupper og en sannsynlig ledsagende økning av hjerte- og karsydommer. Denne utviklingen bør ifølge rapporten møtes med en overordnet politisk strategi fra myndighetene.
- Er det noen endringer i forhold til NSAM's handlingsprogram for diabetes?
- I hovedsak er anbefalingene i konsensusrapporten og i handlingsprogrammet sammenfallende. Handlingsprogrammet hentet metformin (Glucophage) fram fra glemseLEN og konsensusrapporten framhever dette medikamentet i enda sterkere grad. Metformin anbefales nå som førstevælg hos type 2-diabetikere med høy insulinresistens. I praksis vil dette si hos pasienter med metabolsk syndrom. Det åpnes også for kombinasjonsbehandling med insulin og metformin, noe handlingsprogrammet ikke gjør. Konsensusrapporten er

Forebygging og behandling av type 2-diabetes

KONSENSUSKONFERANSE

Rapport nr. 11
fra Komiteen for
medisinsk teknologivurdering



også mer tilbakeholden enn handlingsprogrammet når det gjelder nytten av påvisningen av svangerskapsdiabetes sent i svangerskapet hos pasienter med kun lett forhøyet blodsukkernivå.

Det poengteres også at det er viktig å fokusere på de forhold som brukerne mestrer og som holder dem friske, og ikke bare fokusere på sykdom.

Screening /case-finding er et vanskelig problem. Det finnes fortsatt ikke dokumentasjon som rettferdiggjør screening for diabetes i store befolkningsgrupper. Rapporten advarer mot en urimelig sykeleggjøring av befolkningen med utdeling av merkelappen syk, der som intervensjon ikke med sikker-

het medfører færre komplikasjoner, økt livslengde og/eller bedret livskvalitet. Liberal bruk av case-finding der hvor det foreligger økt risiko for type 2-diabetes anbefales imidlertid på samme måte som handlingsprogrammet gjør.

Panelen er enige om at hovedansvaret for diabetesbehandlinga ligger i allmennpraksis. Det var imidlertid uenighet innen panelen om man skulle tilrå en spesialisering av «diabetesleger» i allmennpraksis. Flertallet i panelen gikk mot dette.

Konsensusrapporten representerer et reflektert syn på status for type 2-diabetes behandlingen i Norge idag og kan absolutt anbefales til helsepersonell som er

interessert i diabetes og diabetesbehandling. Den påpeker den betydelige kunnskapsmangel som foreligger og tar til orde for en økt forskningsinnsats på området. Videre sier den at diabetesomsorgen i Norge idag ikke er optimal og at tilgjengelig medisinsk kunnskap og teknologi ikke utnyttes godt nok.

Panelens rapport blir trykket i 1.000 eksemplarer. Målgruppen for utsendelse er noe uklar og det foreligger så vidt jeg kan se, ingen konkrete planer fra forskningsrådet om en implementering av de anbefalinger og svar konsensuskonferansen leder fram til. Spørsmålet om denne type konsensuskonferanser har noen hensikt melder seg derfor. Blir rapporten brukt og endrer den på noen måte diabetesomsorgen i Norge? Det er et betydelig misforhold mellom det arbeidet og de ressurser som legges ned i forberedelsen av konferansen, i selve konferansen, i utarbeidelsen av rapporten og det arbeidet som legges i implementeringen. Det siste synes å være totalt neglisjert. Når rapporten er trykket og sendt ut, synes forskningsrådet å ha avsluttet sitt arbeide. Forskningsrådet bør derfor etter mitt syn vurdere hva de egentlig vil med denne type konferanser. Rapporten som sådan er et nyttig og viktig dokument, men dersom det ikke gjøres betydelige anstrengelser i arbeidet med å følge opp de anbefalinger som er gitt, blir dette nok et hefte i bokhyllen til de som allerede hadde kjennskap til mesteparten av innholdet.

*Tor Claudi
leder NSAM's referansegruppe
for diabetes*

Referanser:

1. Forebygging og behandling av type 2-diabetes. Rapport nr. 11 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering og NSAM's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis.



Bjertnes, Aage. *Din Huslege*. Adresseavisens Forlag, 1997. 195 sider. Pris: Kr. 298,-.

Anmeldt av Helge Worren.

HUSLEGE – for hvem?

Forfatteren Aage Bjertnes har lang erfaring som allmennpraktiker, helseopplyser, skribent og har dessuten bakgrunn som tidligere UTPOSTEN-redaktør.

Boken er på hele 195 sider og omtaler en lang rekke temaer inndelt dels etter symptomer (eks.: diarré og søvnloshet), dels etter organsystem (eks.: sirkulasjonsorganer og muskler og skelett) og dels etter problemområder (eks.: kvinner helseproblemer og forebyggelse).

Det er unektelig lagt ned mye arbeid i en layout som skal vekke oppmerksomhet og som skal fremheve det vesentligste fra det mindre viktige. Allikevel blir bruken av ulike logoer, farger, skriftyper og uthevinger i meste laget, slik at det gir et urolig inntrykk som ikke er helt godt for konsentrasjonen og øyet. En større skriftype ville dessuten ha gjort seg, selv om man da måtte ha utvidet sidetallet – ihvertfall hvis man skulle ha med like mye stoff. Bokens forside er mildt sagt forvirrende i sin layout og fargebruk. Den halvnakne kvinnen i forsidenene hjørne har en usikker formidlingsfunksjon.

Bokens inndeling og innhold virker greit. Det er rimelig lett å finne frem. Boken bærer preg av å være skrevet av en erfaren og solid allmennpraktiker, og dette er utvilsomt bokens største styrke. Her er

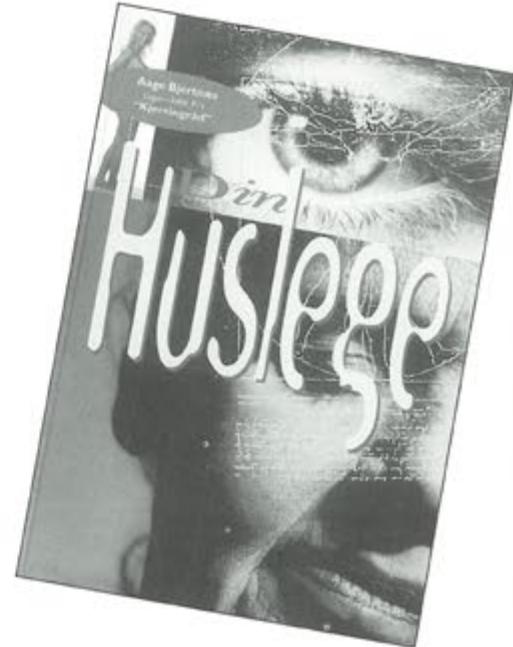
AAGE BJERTNES *Din huslege*

mye god kunnskap formidlet med et konkret og praktisk grep på hverdagen. Bl.a. kommer det tydelig frem hva den enkelte kan gjøre selv og hva det er aktuelt å gå videre med hos legen.

Forordet i boken er skrevet av den ikke ukjente professor i sosialmedisin (og tidligere allmennpraktiker) Per Fugelli. Forordet kunne saktens være grunnlag for en anmeldelse i seg selv, der bl.a. en rekke høyst diskuterbare påstander vedr. kunnskap, helse og helseopplysning (Eks: «Kunnskap er helse») serveres som etablert og anerkjent kunnskap. Vi lar denne diskusjonen ligge i denne omgang. Av større interesse enn dette forordet hadde det vært om forfatteren selv hadde skrevet et forord, hvor det gikk tydelig frem hvem han vil nå med boken og hvordan han anbefaler at den brukes.

Hjem vil boken nå? Vil den nå de som trenger kunnskapen aller mest eller vil den nå de som allerede er godt opplyst og som nærmest drukner i en informasjonsflom? De beste intensjonene til tross, er jeg redd mitt svar må være det siste alternativ. Kunnskap er selvsagt et viktig virkemiddel, men vi trenger en bred diskusjon om hvilke ytterligere tiltak som trengs for å få til (helse-)atferdsendringer. For det er vel det langsigte mål?

Bokens ulike tema spenner over et vidt register – fra f.eks. ørevoks til alkoholisme. Temaet ørevoks lar seg relativt greit omtale i kjappe, praktiske og teknisk pregede vendinger ad modum «Slik gjør vi det». Når imidlertid noe av den samme stilten anvendes på tema



som alkoholisme og forebygging av kreft, blir det noe som skurrer. Ikke fordi det som sies er galt. Tvertimot – også her sies det mye klokt og fornuftig. Selv om det sikkert ikke er meningen, etterlates det allikevel et inntrykk av at også slike problemer lar seg ordne etter en teknisk feilsøkingsmodell med dertil hørende løsninger.

Er «Din Huslege» en dekkende tittel? Forfatteren mener sikkert ikke at legen (les allmennpraktikeren) kan erstattes gjennom en slik bok. Han har forhåpentligvis et lønnlig håp om at boken kan redusere og optimalisere legesøkningsatferden. Mange erfarer den paradoksal motsatte effekt av mye kunnskap. Dette skal selvsagt ikke forfatteren lastes for, da han gjør et hederlig og optimistisk forsøk på å ville bedre egensomsorgen for den enkelte leser og ivaretak det beste i LEON-prinsippet.

Til tross for de kommentarer som er nevnt, ønskes boken velkommen, ikke minst fordi den er skrevet av en allmennpraktiker med en allmennmedisiners tilnærming. Muligens vil boken ikke nå (i tilstrekkelig grad) den målgruppe forfatteren sannsynligvis helst vil nå. For allmennlegen og medarbeideren i allmennpraksis vil boken kunne være et funn med mange gode tips i den direkte person-til-person helseopplysning i praksisens hverdag. □



Natur och Kultur.
Stockholm, 1997.
103 sider. SEK 164,-

Meld av Geir Sverre Braut

Pia Dellson er 27 år. Ho er nyutdanna lækjar og har gjort noko spanande. Ho har skrive poesi om lækjarkvarden. Det kan knapt kallast ei diktbok, kanskje meir ei samling aforismar. Same kan det vera kor boka høyrer heime litteraturteoretisk sett. Pia Dellson maktar å formidla ord, korte setningar og vers som gjev eit bilet av den kvarden dei fleste medisinarar kjener så alt for godt. Eit lite døme:

*De som talar jagat
och håller mig kvar med ord
måste jag sätta mig ned hos
så de ser at jag inte flyr.*

Dette er god klinikk. Det er også haldbar poesi fordi det formidlar personlege røynsler i ei allment gjennkjennbar form.

Eller kva med eit spørsmål som dette:

*Ibland undrar jag
vem det är
jag vårdar mest.
Patienten eller de anhöriga?*

Egentleg så sjølv sagt at dei fleste av oss tykkjer at vi kunne ha skrive det same. Men kvifor gjer vi då ikkje det? Eg trur det medisinske faget hadde stått sterkare både som vitskap og handverk om fleire av oss hadde våga eit prosjekt som Pia Dellsons.

Ikkje alt hjå henne er like origi-

PIA DELLSON

Klinisk blick

Reflexioner kring läkekonsten

nalt. Noko byggjer på lånte fjør, som dette frå Forkynnaren:

*Att leva har sin tid,
att bota har sin,
att dö sin.*

*Så enkelt är det,
och så svårt.*

Mitt råd er: Les boka! Kjenn deg att! Og ta sjølv pennan fatt! Ikkje nødvendigvis for å få gjeve ut ei bok, men for å laga tydelege bilete av eigen kvardag. *Det gäller att aldrig bli färdig*, er siste verset i siste diktet i boka. Eg vonar at Pia Dellson sjølv lever opp til det. Eg høyrer gjerne meir frå henne. □

Si det med blomster!

Fra Petter Øgars
trofexamling

smil i hverdagen

Kritikk av LEGEUNDERSØKELSE av arbeidstakere på skip

Tekst: Nils Carl Lønberg



Kommunelege i Sandøy kommune på nordvestlandet. Omflakkende tilværelse i alle år med basis på Harøy og i København. Snakker norsk med pikant aksent. Lidenskaper: Klinisk allmennmedisin, musikk, språk, retorikk og svart humor. Yndlingsaversjoner: Snikskyttere, narkotikasmuglere og helsebyråkrater. Feil: Snakker for mye og for fort – ellers helt feilfri.

Blanketten for legeundersøkelse av arbeidstaker på skip er uegnet til sitt formål. Den avspeiler en svunden tids erfaringer med tuberkulose, syfilis og vitaminmangler. Et helt nytt konsept for helseundersøkelser hos sjøfolk er nødvendig.

Den eksisterende Blankett for Legeundersøkelse av Arbeidstaker på Skip er dårlig. Den avspeiler

tidligere tiders erfaring og frykt for alvorlige infeksjonssykdommer og legger hovedvekten på den tradisjonelle kliniske undersøkelse med bl.a. stetoskop, senerefleks, pupillreaksjoner og urinundersøkelse.

Med utgangspunkt i de siste 40–50 års medisinsk erfaring må det konstateres, at blanketten er så uegnet til sitt formål, at en dyptgående revisjon er påkrevet. Nå påstår det ganske vist, at en revisjon er på vei, og at enkelte kolleger skal ha blitt rådspurt i den anledning, men jeg minnes ikke å hørt eller lest om dette. I den anledning skal jeg med bakgrunn i mange års allmennpraksis reflektere lidt over den helsemessige vurdering av mennesker i almindelighet og sjøfolk i særdeleshet.

1. For å kunne vurdere en pasientens helse er et hvilket som helst somatisk undersøkelsesprogram utilstrekkelig. En vurdering av folks fysiske og psykiske helse forutsetter kjennskap til
 - A. Pas. utdannelse og arbeid
 - B. Pas. familieforhold
 - C. Pas. tidligere sykdommer
 - D. Pas. personlighet og interesser
 - E. Pas. livsstil – herunder forbruk av alkohol, tobakk mm. Et slikt kjennskap får man kun, hvis man er pasientens faste lege, har komplett journal på pasienten og har kjent ham/henne gjennom mange år.
2. Når det gjelder den såkalte «kliniske undersøkelse» vil den – med det nåværende program – i svært liten grad avsløre personens risikofaktorer.

Eksempel:

En betydelig overvektig 45-årig sjømann med massiv disposisjon for hjertesykdom, stort alkohol- og sigarettsforbruk og et blodtrykk i grenseområdet – vil ikke få problemer med å bli godkjent hvis nåværende Blankett skal følges. Hans infartrisiko kan være formidabel – men dette vil ikke avsløres med det nåværende program og så kan man stetoskopere ham så mye man vil.

Hva er det egentlig Sjøfartsdirektoratet og Kystdirektoratet vil med disse erklæringer?

Man må anta at direktoratene har det hovedønske å sikre, at skipet bemannes med friske folk som kan bestride funksjonen ombord – fysisk, psykisk og sosialt. Hertil kommer sjømannslegens fromme ønske om å veilede den enkelte sjømann om risikofaktorer og livsstil. Denne del av jobben røktes antagelig svært forskjellig. Hvor mange sjømannsleger har egentlig tilfredsstillende kjennskap til de sjøfolk som de kanskje kun ser med 1–2 års mellomrom? Sjømannen kan jo utmerket fortse belastende forhold om sykdommer og misbruk.

- *Hva med sjømannens faste leges kjennskap til ham?*
- *Hva med infarktrisiko, lungefunksjon og psykisk helse?*
- *Hvorfor overser man Statens Helseundersøkers erfaringer?*

Sjøfolk utsettes for helt spesielle avsavn og belastninger. Vanlige risikofaktorer kan telle dobbelt eller mer – hos sjøfolk. Hvis Sjøfartsdirektoratet og Kystdirektoratet virkelig ønsker en brukbar Hel-

seundersøkelse, bør det nedsettes et hurtigarbeidende utvalg av sjøfolk, direktorater, og leger som i løpet av høyst 1–2 år har utarbeidet et kvalitetspreget og skreddersydd konsept for legelig vurdering av sjøfolk.

Med nåværende rutiner er resultatet mangelfulle erklæringer, som ikke sier mye om helse og risiko. Det er direkte pinlig for det allmennmedisinske og sjøfartsmedisinske fag, at sjømannslegene – uten protester – legger navn til så mangelfulle undersøkelser.

Hertil kommer, at disse Helseerklæringer er godt betalt og at en sjømannslege med 3–4 helseerklæringer pr. dag har tjent sin daglønn. En del av disse erklæringer utfilles med venstre hånd i løpet av 5–10 minutter. Her er det ikke noe rimelig forhold mellom insats og honorar og det er vel en del sjøfolk som – med rette – forarges over dagens praksis.

Med et gjennomtenkt program for vurdering av sjøfolk kan begge direktorater få en helsekontroll av tilfredsstillende kvalitet. Et kvali-

tetspreget helsevurdering vil gavne alle parter – i første rekke grad sjømannen selv, hans familie, hans skip og hans kolleger.

Som positiv bi-effekt vil gode helsekontroller bane veien for en forbedring av den jungel av tilfelige forebyggende helseundersøkelser som vi alle møter daglig.

Nils Carl Lønberg
kommunelege I
aut. sjømannslege

KITH

Informasjonsteknologi
for et bedre helsevesen

Kompetansesenter for IT i helsevesenet as (KITH) er et oppdragsfinansiert aksjeselskap, lokalisert i Trondheim og eid av Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes sentralforbund og Sør-Trøndelag fylkeskommune.

KITH skal tilrettelegge for bred og samordnet innføring av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, samt for etablering av felles informasjonsressurser og et felles datagrunnlag i helsevesenet.

KITH har sine satningsområder knyttet til Informasjonsnett og elektronisk samhandling, Informasjonsressursforvaltning, Helsevesenets felles datagrunnlag, Elektronisk pasientjournal og Informasjonssikkerhet.

Utvikling av tekniske og medisinskfaglige standarder og generelle kravspesifikasjoner, samt strategiutvikling og rådgivning overfor helsevesenets aktører er sentrale deler av KITHs kjernevirk somhet.

KITH søker etter

SPESIALLEGE

Ett års engasjement med mulighet for forlengelse

Bred innføring og bruk av informasjons- og kommunikasjonssystemer i helsevesenet forutsetter et presist, oppdatert og standardisert begreps- og datagrunnlag. Dette bl.a. for å kunne understøtte kommunikasjon mellom helsepersonell, gi grunnlag for helsestatistikk, forskning, kvalitetsutvikling og elektronisk informasjonsutveksling mellom helseinstitusjoner. Kompetanse knyttet til helsevesenets begrepsapparat er nødvendig for utvikling og forbedring av slike systemer.

KITH har hatt lege innenfor dette området i flere år, og på grunn av en økende oppdragsmengde der slik kompetanse etterlyses, vil KITH utvide legebemanningen på dette området. Vi søker derfor etter lege for snarlig tiltredelse. Kvalifikasjoner som vektlegges er interesse for informasjonsteknologi, bred helsefaglig interesse, gjerne med erfaring fra allmennmedisin og evne til å initiere, lede og gjennomføre prosjekter. Arbeidsområder vil være helsevesenets begreps- og datagrunnlag (spesielt medisinsk kode- og klassifikasjonssystemer) og elektronisk pasientjournal, i tillegg til innsats på KITHs øvrige satningsområder.

Det søkes primært etter en person i full stilling. Redusert stilling eller deltidsengasjement kan diskuteres. Det arbeides med å få deler av tjenesten ved KITH tellende i spesialistutdanningen i flere medisinske spesialiteter.

Kvinner oppfordres til å söke.

KITH kan tilby konkurransedyktig lønn, gode muligheter for etterutdanning, fleksibel arbeidstid, muligheter for hjemmekontor og gode forsikrings- og pensjonsordninger – alt i et spennende og tverrfaglig miljø i positiv utvikling.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til KITH ved overlege Bjørn Buan, tlf. 73 59 86 00, epost: bjørnbuan@kith.no, eller til Total Consult ved Lisa J. Vespestad, tlf. 72 88 17 20.

KITH på Internett: <http://www.kith.no>

*Skriflig søknad
merket «KITH»
sendes Total
Consult AS,
Vestre Rosten 78,
7075 Tiller,
eller epost:
totalcon@sn.no
innen 12. november
1997.*

*Total Consult AS
garanterer
konfidensiell
behandling,
om ønskelig
også overfor
oppdragsgiver.*



TRONDHEIM – OSLO – BERGEN

Regionalt legemiddelinformasjonsenter (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig lege middelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens leser.

?RELIS

Bivirkninger av Betolvex injeksjon?



Henvendelse til RELIS

3. juni 1995:

Henvendelse fra en turnuskandidat i distriktsstjeneste. Vedkommende var blitt konsultert av en kvinnelig pasient, f. 1967, som i den senere tid hadde følt seg slapp og utilpass. Hun hadde fått flere injeksjoner av Betolvex (B12-vitaminpreparat med protrahert virking til intramuskulær injeksjon) av sin lege, men det var usikkert om pasienten hadde reell mangel på vitaminet. Pasienten hadde så reist på ferie til slektninger i kommunen hvor turnuskandidaten arbeidet. Her kontaktet hun lege fordi hun hadde fått rødme, hevelse og induret hud i en diameter på ca. 10 cm rundt injeksjonsste-

det. På et annet, nyere injeksjonssted fant man tilsvarende forandringer i hud. Pasienten var forøvrig frisk. Turnuskandidaten kontaktet så RELIS 3 med spørsmål om injeksjonsbehandling med Betolvex var rapportert å kunne gi bivirkninger i huden.

Svar fra RELIS 3:

Betolvex innholder cyanokobalamin i kompleks med aluminium-monostearat og sesamolje. Bivirkninger av Betolvex injeksjoner er sjeldne (<1/1000) (1,2). Den svenske felleskatalogen, FASS (2) oppgir anafylaksi og feber som almenne bivirkninger, samt urtikaria, eksantem og eksematiske utslag som bivirkninger fra hud.

Det er rapportert sensitivitet til cyanokobalamin, kobolt-delen av vitamin B 12 og til hjelpestoffer i injeksjonsvæsker. Sensitiviteten er blitt bekrefetet med provokasjon ved små injeksjoner i hud og bruk av patch-testing (3).

Et kasus beskriver en pasient som gjennom lang tid inntok store mengder av vitamin B 12 per os og utviklet et progressivt eksantem med papulovesikulære og infiltrerte lichenifiserte foci på truncus og ekstremiteter. Videre fikk pasienten rødhet og svelling i ansiktet og hyperkeratotiske eksematiske områder på hender og føtter. Lesjonene

forsvant etter seponering, og kutan-test resulterte i papulovesikulære lesjoner på teststedet (4).

En annen kilde (5) nevner 3 kasus hvor allergiske reaksjoner har oppstått hos pasienter som tidligere har fått tilført vitamin B 12 i injeksjon i opp til 15 år uten bivirkninger.

Det er også rapportert kasus med fettvevsnekrose og oljegranolom etter subkutane injeksjoner med vitamin B 12 (6).

Konklusjon:

Bivirkninger i hud etter injeksjoner av vitamin B 12 preparater er rapportert, men er oppgitt som sjeldne (<1/1000).

Referanser:

1. Dumex produkt info 1995.
2. FASS: Läkemedel i Sverige 1995; 190-1.
3. Dollery. Therapeutic Drugs 1991; 1. utg.: C358-C362.
4. Meyler. Side effects of drugs 1992; 12. utg. 965-6 (Side effects of drugs Annual 4:265).
5. Drugdex. Drug Consults. Cyanocobalamin-induced allergic reactions. Micromedex database 1974-1995; vol 84.
6. Brudvik C, Hamre E. Formation of fat necrosis and oil granuloma after repeated subcutaneous injection of vitamine B 12. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113; 847.



C Mobic <>Boehringer Ingelheim>
Antiflogistiskum ATC-nr.: M01A C06
STIKKPILLER 15mg: Hver stikkpille innneh.: Meloxicam 15 mg, hjelpestoffer.
TABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver tablet innneh.: Meloxicam 7,5 mg resp. 15 mg, laktosemosohydrat 24 mg resp. 20 mg, hjelpestoffer. Begge styrker har delestrek.
Indikasjoner: Artrose.
Kontraindikasjoner: Aktivt magesår, alvorlig lever- og nyreinsuffisierne, overensinflitlighet mot meloxicam, acetylsalicylsyre eller andre antiflogistika. Mobic skal ikke gis til personer under 15 år.

Bivirkninger: Vanligst er dyspepsi (7 %), kvalme (5 %), diaré (4 %) og hodepine (4 %).
Hippige (>1/100): Hodepine, uro, ødem. Blod: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, oppkast, magesmerter, slapphet. Hud: Kløe, utslett.

Mindre hippige: Tretthet. Blod: Leukopeni, trombocytopeni, endret fordeling av hvite blodlegermer. Sirkulatoriske: Rødning, hypertensjon, palpitasjoner. Gastrointestinale: Stomatitt, bækninger, osofagitt, gastroduodenalsår, blodning fra mage-tarmkanalen, transaminasestigning. Hud: Urticaria. Urogenitale: Forhøyet serumkreatinin og serum-urea-verdier. Ører: Øresus. Sjeldne (<1/1000) Gastrointestinale: Kolitt. Hud: Fotosensibilisering. Luftveier: Akutt astma. **Stikkpiller:** Smerte, brennende følelse og klok i endetarmen, samt spenningsmørter og rektalblodninger har blitt rapportert i sjeldne tilfeller.

Forsiktighetsregler: Pasienter som behandles med antikoagulantia og pasienter med tidligere gastrointestinal sykdom, bør kontrolleres nøyde under behandling med meloxicam. I de tilfeller signifikant forhøyelse av leverfunksjonsverdier, magesår, gastrointestinale blodninger eller mukokoktane bivirkninger oppstår, skal behandlingen stoppes. Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon kan behandling med meloxicam eller andre antiflogistika føre til redusert nyrefrenomblokkning og redusert blodvolum p.g.a. at den renale prostaglandinsyntesen hemmes. Hos pasienter med nedsatt renal blodgjennomstrøming, p.g.a. feks. levercirrhose, hjertesvikt, nedsatt nyrefunksjon, alderdomsvekkelse, natrium restriksjoner eller i de tilfeller blodvolumet reduseres ved operative inngrep, - bør nyrefunksjonen kontrolleres før og under behandling. Mobic stikkpiller bør ikke gis til pasienter med inflamatoriske tilstander eller som nylig har hatt blodninger i rektum eller anus.

Graviditet/amning: Føtale skader er sett ved bruk av prostaglandinsynteseinhemmere i 3. trimester. Bruk under graviditet krever nøyde avveining av mulige farer mot potensiell risiko for mor og barn. Bruk i 3.trimester skal unngås. I dagene før beregnet forlossning skal denne typen medikamenter unngås helt. Amning: Opplysninger savnes om overgang i morsmelk. Preparatet bør ikke benyttes under amning.

Interaksjoner: Kombinasjon med acetylsalicylsyre eller andre antiflogistika, kan gi økt blodningsrisiko. P.g.a. hemning av trombocytfunksjonen og irritasjon av gastrointestinale slimhinnene, kan kombinasjon med orale antikoagulantia, heparin og tiklopidin gi økt risiko for blodning. Ved behandling med lithium bør plasmas-konseptrasjonen av lithium følges, da behandling med antiflogistika kan gi økte lithiumverdier. Kombineres bare med diuretika dersom pasienten er godt hydrert. Hos dehydrerte pasienter er det risiko for akutt nyreinsuffisien. Nyrefunksjonen bør derfor følges nøyde hos disse pasientene. Mobic kombinert med antihypertensiva (betaabloktere, ACE-hemmere) kan redusere den antihypertensive effekten p.g.a. hemning av prostaglandiner. Interaksjon med orale antidiabetika kan ikke utelukkes. Den nefrotoksiske effekten av cyklosporin kan øke ved samtidig behandling med antiflogistika. Nyrefunksjonen bør følges nøyde. Mulige interaksjoner med antacida, kolestyramin, acetylsalicylsyre, cimetidin, digoxin, metotrexat og furosemid er blitt undersøkt i farmakokinetiske studier. Man fant ingen klinisk relevante interaksjoner.

Kofestyramin: Kofestyramin påskynder allikevel eliminasjonen av meloxicam - se «overdosering».
Dosering: Tabletter og stikkpiller er bioekvivalente. **Tabletter 7,5 mg og 15 mg:** Voksne: Tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad, gis 7,5 mg eller 15 mg en gang daglig. Svelges med væske i forbindelse med måltid. **Stikkpiller 15 mg:** Voksne: Gis rektalt en gang daglig. En dagndosis på 15 mg meloxicam bør ikke overskrides. Dosering på 7,5 mg daglig bør ikke overskrides hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon og som samtidig får hemodialysbehandling. Hos pasienter med mild til moderat nyreinsuffisien, kreatinineclearance mer enn 25 ml/min., behøver man ikke justere dosen. Dosedrukksjon er heller ikke nødvendig hos pasienter med stable levercirrhose.

Overdosering/Forgiftning: Det er ingen rapporter om overdosering med meloxicam. Spesifikk antidot finnes ikke, men kofestyramin påskynder utskillelsen av meloxicam.

Skulle en overdosering skje, anbefales pumping av magen.
Pakninger og priser pr. 1. juni 1997. **Tabletter 7,5 mg:** Empac: 10 stk. kr. 58,30, 30 stk. kr. 134,70, 100 stk. kr. 384,60. **Tabletter 15 mg:** Empac: 10 stk. kr. 84,10, 30 stk. kr. 210,20, 100 stk. kr. 610,50. **Stikkpiller 15 mg:** 6 stk. kr. 64,60.

Hvilke krav bør stilles til et nytt NSAID?

- **God effekt**
- **God toleranse**
- **Enkel dosering**
- **Lav pris**

«Results from well controlled clinical trials indicate that meloxicam is an effective and well tolerated treatment for --- osteoarthritis»².

«Oral meloxicam also appears to be as effective as diclofenac and piroxicam in patients with osteoarthritis»².

«The improved gastrointestinal tolerability profile of meloxicam seen in studies to date, together with its favourable pharmacokinetic properties suggest that meloxicam holds promise as treatment option in patients with --- osteoarthritis»².

Ref.: ¹⁾ Pairet M. Engelhardt G. Differential inhibition of COX-1 and COX-2 in vitro and pharmacological profile in vivo of NSAIDs. Kluwer Academic Publishers, London 1996: 103-119
²⁾ Noble S, Balfour J. A. Meloxicam. Drugs 1996 Mar; 51(3):429

Dosering 1 gang i døgnet

Jeg ønsker:

- Litteratur om Mobic
- Rekvisisjonskort for gratis prøvepakning
- Informasjonsmøte

Navn:

Adresse:

Postnr.: Sted:

Døgnpris 7,5 mg: kr. 3,85 (100 stk. tabl.)

Brev

Dette brevet
går ufrankert.
Adressaten
betaler
portoen

SVARSENDING

Avtale nr. 151210/35 Pb

Boehringer Ingelheim

Postboks 405,
N-1371 Asker

Underskrift:

NYTT NSAID

- til hvilken pris?



-er en relativ
selektiv COX-2
hemmer.

Mobic
blokkerer
syntesen av
COX-2
prostaglandiner
omtrent
10 ganger mer
enn av COX-1
prostaglandinene¹



Refunderes: § 9, pkt. 35

Boehringer
Ingelheim