

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1998

ÅRGANG 27



[ETTER 5 timer]

Hybris

Innhold

Leder: Fastlegeordningen	3
«Vekst for vekstens skyld» – Utposten på Forum for systemdabatt	
Intervju med Trond Viggo Torgersen og Frøydis Landmark	4
Fastlegeordningen – himmel eller helvete.....	6
Turnustjeneste og fastlegeordning	9
Vel sanerte tenner.....	11
Relis – Medikamenter og hårtap.....	13
Sammfunnsmedisinske meninger til besvær.....	16
Om å banne i kirken	17
Faglig rus, – troens bevis.....	20
Språkspalten.....	21
«Leger for miljø» – so what?	22
Det norske seksuelle hus fram mot år 2000.....	27
Et indlæg i fastlegedebatten	30

FASTE SPALTER

Fra virkeligheten – Kven veit best?	33
Bokanmeldelse	34
Det lyriske hjørnet	36
Les denne	37
Edb-spalten	34

Forside: Per Dybvig jr.



UTPOSTEN

KONTOR:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

E-mail: rmrtove@online.no

REDAKSJONEN

Jannike Reymert

Skogstien 16

7800 Namsos

Tlf: 74 27 33 50 • Fax: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal

Tlf: 35 05 21 21 • Fax: 35 05 23 61

E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøm

Skogr. 29

3660 Rjukan

Tlf: 35 09 22 28 • Fax: 35 09 06 40

E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F

1168 Oslo

Tlf: 22 75 05 61 • Fax: 22 24 88 68

E-mail: frode.forland@

helsetilsynet.dep.telemex.no

Erik Jesman Pedersen

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 75 60

E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Stemmve. 40

5009 Bergen

Tlf: 55 32 65 67 • Fax: 55 58 61 30

E-mail: Tone.Skjerven@isf.uib.no

Torgeir Gilje Lid (koord.)

Heskestadv. 11

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 10 71 • Fax: 51 52 61 52

E-mail: giljelid@online.no

ABONNEMENT:

Årsabonnement kr. 325,-

Turnuskandidater kr. 200,-

GRAFISK PRODUKSJON:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Tlf: 66 80 89 00 • Fax: 66 80 08 47

ISDN: 66 80 48 50

E-mail: not@sn.no

Fastlegeordningen - et politisk eksperiment med mange ukjente sider

Våren 98 har gått over i historien – snart vil solfylte sommerdager gi etterlengtet fred og ro i sjelen. Så kan vi ta til igjen med ny frisk til høsten - alle uløste og uløselige problemer vi måtte streve med ligger nok tålmodig og venter på oss.

Det vil bli en aldri så liten forskjell denne høsten - de færreste vil merke det, men helt betydningsløst er det ikke: Toget har gått for oss vanlige doktorer til å uttale oss om fastlegeordningen. Sosial- og Helse-departementet har i sitt arbeide med denne viktige primærhelsetjeneste -reformen åpnet for et helt nytt prinsipp: Før de endelige retningslinjer skal trekkes opp har vi alle kunnet uttale oss - saklige og usaklige, smalsporete og bredspektrede innlegg har sett dagens lys i ulike media og forhåpentligvis blitt lest av departementets folk. Departementet skal ha ros for denne arbeidsformen, de har med dette fått en rekke innspill fra grasrota som vi håper bidrar til jordnære løsninger.

Sett utenfra kan det virke som de nå har en tilnærmet uløselig oppgave foran seg. Forventningene er skyhøye og motsetningsfulle. Politikerne synes å tro at vi nå skal klare å løse både legemangelen og styringsproblemene i primærhelsetjenesten mens befolkningen nærmest er lovet større og bedre ytelsjer. Mange leger har derimot en avventende holdning - med mange uavklarte problemstillinger er det ikke mulig å vite om vi får en reform vi kan leve med eller ikke. Endel leger har sterke synspunkter; det er lenge siden himmel og helvete har vært så sentrale temaer i samfunnsdebatten!

Et sentralt problem er å lage en ordning tilpasset alle landets kommuner. «By og land - hand i hand» blir en patetisk klisje i denne sammenheng. Stortinget har bedt om at det utarbeides spesielle tiltak for å sikre lededeckningen i utkantkommunene. Det skal mye kløkt til for å lage så gode tiltak at legene idag søker seg til periferien og blir der - og finnes det da politisk vilje og mot til å gjennomføre slike tiltak, kanskje på bekostning av bybefolkningens behov og ønsker?

På hvilken side står legene her? Og: Står legene samlet? Vi skal ikke glemme forhandlingsbiten i denne reformen. Når Stortinget har vedtatt loven våren 99 er de økonomiske sidene av reformen en forhandlingssak mellom Staten, KS og legeforeningen. Med de gode lønns- og arbeidsbetingelsene våre sykehusholger har oppnådd de siste årene, kan en legestrøm fra primærhelsetjensten til mer attraktive sykehustillinger kunne underminere hele fastlegeordningen. Mye taler for at legene vil gjøre klokt i å forhandle på et bredere plan enn det rent økonomiske - listestørrelse, arbeidstid, arbeidsforhold og andre ikke-økonomiske godter vil kanskje være vel så avgjørende for oss som mer penger i lomma. Dette gjelder ikke minst om kvinnelige leger skal ønske å jobbe som fastleger.

Forhåpentligvis planlegges nå overgangen til fastlegeordningen i de enkelte kommuner. Antall legestillinger, fordeling av arbeidsoppgaver og forhold vedrørende drift av legekontorene må være avklart i god tid. Reformen dreier seg jo om mer enn at pasienten får en fast lege - kommunene selv vil jo også få sine faste leger. De kan derfor nå planlegge hvordan samfunnsmedisinske oppgaver skal bakes inn i ordningen slik at også disse oppgavene blir tilfredstillende løst.

Fastlegeordningen blir kanskje et gode både for leger og pasienter. Vi ser idag ikke helt for oss hvordan den vil fungere i praksis - og må nok være forberedt på endel «barnesykdommer».

Utposten ønsker lykke til for dem som nå skal arbeide videre med gjennomføringen av reformen!

Jannike Reymert

«Vekst for vekstens skyld er kreftcellens ideologi»

Utposten på Forum for systemdebatt

Av Frode Forland

Eit uvanleg møte fann stad i Samfunnssalen i Oslo i mars. Utanfor lokalet stod folk i kø lenge før møtet byrja for å sikre seg ein av dei 1200 plassane. På langt nær alle slapp inn, og mange måtte ta til takke med ståplass eller sitje på golvet. Høgtalarar kasta lyden ut til dei det ikkje blei plass til. Ein skulle mest tru det var rockekonsert. Men folkemengda var for blanda og lite kul til det å vere. Ein ivrig Jon Michelet dreiv frametter i køen og selde Klasskampen, og vaktene i døra hadde si fulle hyre med å stagge folkemengda. Utposten lukta sagmugg og stilte med pressekort og kom seg inn. Dette minnte om ei svunnen tid. Det var nemleg utlyst samfunnsdebatt i samfunnssalen denne kvelden.

Erik Damman hadde tromma i hop meiningersterke folk både frå høgre- og venstresida i politikken for å drøfte det samfunnssystemet som har ført til dei store miljøproblema som vi har idag. På talarlista stod folk som Francis Seiersted, Aina Edelmann,

Vandava Shiva, Finn Gustafsen, Anniken Huitfeldt og fleire.

Koplinga mellom miljø og helse er nærliggande og ein viktig fagleg akse i samfunnsmedisinien. Kva miljøproblem og samfunnsproblema gjer med forholda mellom menneske og kva sjukdomar som heng saman med slik etiologi er også av stor interesse for allmennmedisinien, tenkte vi. Utposten fann ein par profilerte kollegar i forsamlinga og stilte nokre spørsmål til dei i etterkant av møtet, men først ein kort presentasjon av Forum for systemdebatt slik initiativtakarane sjølv presenterer seg.

Forum for systemdebatt er et tverrpolitisk initiativ av mennesker som er opptatt av en helhetlig forståelse av de største utfordringene i vår tid: - den stadige ødeleggelsen av livsgrunnlaget for våre barn, - den skjeve fordelingen av klodens knappe ressurser, - fattigdommen og den medfølgende befolkningsveksten i den 3. verden, nedbyggingen og utarmingen av dyrkjingsjorda og

bosettingen i utkantområdene, - den økonomiske ulikheten og de sosiale problemene i våre egne, rike land...

Ingen ferdige svar

Like lite som andre har initiativtakerne noe ferdig svar på disse utfordringene. Men vi er enige om at veksten i de rike lands materielle forbruk og produksjon før eller siden må vike for kravet om fordeling, hvis overbelastningen av mennesker og miljø skal kunne stanses.

Hvorfor systemdebatt

Det har vist seg at dette målet er vanskelig eller umulig å fremme under det herskende verdenssystem av fri, økonomisk konkurranse. Vi vil reise spørsmål om det trengs en ny økonomisk orden som kan temme vekstkonkurransen. I forhold til de nye utfordringene i vår tid, har både den sentraliserte planøkonomien og den liberalistiske økonomien spilt fallitt.

Intervju med Trond Viggo Torgersen og Frøydis Landmark

Kvifor engasjerer de dykk i Forum for systemdebatt?

Frøydis Landmark:

Det er i stadig økende grad forhold både i samfunnet og på det mellom-menneskelige plan som er ute av kurs. Jeg har vokst opp i en samfunnsengasjert familie, og har selv alltid vært politisk engasjert. Jeg var bl.a. aktivt med i kampen mot EU. Vi lever i et samfunn som nærmest er bevissløst i forhold til de viktige

problemene som omgir oss. Vi ser at mange ting går den gale veien uten at vi får gjort noe med det. Vi kjerner oss som offer i et system som er vanskelig å påvirke. Jeg ser dette forumet som et alternativt initiativ til den passive offerrollen. Her samles vi for å drøfte problemene og lete etter alternativer og løsninger. Folks interesse for Verdikommisjonen er også et uttrykk for at mange nå faktisk mener at nok er nok.

Trond Viggo Torgersen:

Som voksne mennesker er vi alle ansvarlige for de forhold som vi har skapt og skaper for oss selv og våre barn. Det er ikke snakk om å melde seg på et slikt engasjement. Ansvar har vi som voksne utvetydig, men desverre er det mange som melder seg av og fraskriver seg slik sitt ansvar.



Påverkar samfunnsforhold folks helsetilstand?

Frøydis Landmark:

Ja. To opphold i Nepal har gitt meg innsikt i dette. Den omsorgen som familiemedlemmer viser hverandre i de fattige landsbysamfunnene i Nepal har gjort meg overbevist om at vi har mistet mye som de fattige landene ennå har av "caring og sharing" – mentalitet i sin kultur. Grådighetskulturen i vårt samfunn ødelegger oss både fysisk og mentalt. Jeg mener vi ser ekstreme utvekster eller offer i vårt system gjennom saker som Lillelid-saken fra USA og denne gjeng-mishandlingen fra Egersund. Dette er ikke enkelsaker, men saker som kommer som symptom på et sykt samfunn.

Trond Viggo Torgersen:

Selvfølgelig. Jeg tror det er en nærmest sammenheng mellom det fysiske og det psykiske. Gjør samfunnsforholdene menneskene triste og pessimistiske, påvirker dette også den motstandskraft man har overfor mikrober, og gjør oss i andre omgang mer utsatte for sykdom. Mister man håpet i en vanskelig livssituasjon, er man også mer utsatt for å bli syk.

Bør legar engasjere seg i denne type samfunnsdebatt?

Frøydis Landmark:

Ja, og mange leger gjør det. Jeg tenker bl.a. på denne gruppen som kaller seg Leger for miljø med Sverre Lundevall som initiativtaker. Leger mot atomvåpen er et annet eksempel, og

jeg oppfatter også Utposten som et blad for alternativ samfunnsdebatt i forhold til det medisinske fagområdet.

Trond Viggo Torgersen:

Ja, og jeg mener også at mange leger faktisk er engasjerte samfunnsmennesker som er med og tar ansvar. Jeg tror dette kommer naturlig i og med den jobben de har. Jeg finner det derfor også naturlig at leger deltar aktivt i Forum for systemdebatt.

Kan ein som lege uttale seg om økonomisk politikk og helsetilstand, og samstundes bevare sin faglege integritet?

Frøydisk Landmark:

Så absolutt. Det er alt for få som tør å ta opp slike spørsmål. Vi må tørre å stå fram og belyse sammenhengen mellom økonomisk politikk og helsetilstanden i befolkningen. Jeg spør meg selv stadig om jeg gjør gagnlig arbeid ved vårt avanserte kreftregister. Kanskje jeg heller burde dra til Nepal og arbeide som vanlig lege?

Trond Viggo Torgersen:

Fattigdom fører til sykdom, dette er da gammel kjent viten, og burde være ukontroversielt. Ekstrem rikdom fører kanskje også til sykdom. Leger burde så absolutt være mer politisk bevisste. Det finns ikke noe nøytralt liv!

Kan de seie noko om samanhengen mellom miljøfaktorar og helsetilstand?

Frøydis Landmark:

Det er klart at en rekke miljøfaktorer,

både fysiske, kjemiske og samfunnsmessige kan være med å påvirke kreftsykdommer. Når det gjelder kreftsykdommer gjelder føre-var prinsippet. Vi vet ikke idag hvilke nye stoffer som kan komme til å gi kreft om 20 – 30 år. Blant annet leter vi nå etter mulige kreftframkallende stoffer i østrogenhermerekorn (for å hindre soppvekst på plantene). Et annet eksempel kan være å se på overlevelse av ca. coli. I Polen er idag 5 års overlevelse ca 15%, i Norge er det ca 50%! Dette skyldes ene og alene forskjeller i helsetjeneste-tilbud og de sosioøkonomiske forholdene i de to landene.

Trond Viggo Torgersen:

Den farligste miljøfaktoren for barnas liv, er dårlige foreldre. Det er alt for lite fokus i samfunnet vårt på denne miljøfaktoren. En av de store oppgavene i årene framover, er å gjøre en innsats for å bedre det moderne foreldreskapet. Hvordan skal man oppdra barn slik at de får en normal og god sosial samvittighet? Et annet anliggende er den skeve fordelingen av rikdom i verden, dette fører til dårlig helse både blant de rike og de fattige. Vi må være med å ta ansvar for en sterkere utjamning mellom fattige og rike. Til slutt, – den dose kjemikalier vi daglig får i oss gjennom vårt møte med omgivelsene er en kraftig dusj, og verst blir det for dem som spiser piller og kjemikalier for rusformål.

Til slutt: Les de Utposten?

Frøydis Landmark:

Ja! Med stor interesse og glede. Det har jeg gjort i alle år. Utposten er et herlig blad!

Trond Viggo Torgersen:

Nei, jeg er så langt borte fra legeyrket nå, at jeg ikke følger så godt med i de medisinske fagtidsskrifter, men Utposten er sikkert et bra blad. Legeforeningen har jeg forresten også meldt meg ut av. Det er forøvrig en forening jeg har lite til overs for!

Fastlegeordningen Himmel eller Helvede ?

I øjeblikket raser debatten om fastlegeordningen er himmel eller helvede, der er mange emotioner og lidt vanskeligt at få overblik. Jeg vil her prøve at viderebringe nogle af mine erfaringer.

Hvilke ændringer vil man som almenlæge opleve ved indføringen af en fastlægeordning?



Nils Kolstrup (48) dansk, vokst opp med fastlegeordningen fordi hans far var dansk allmennlege. Turnus 1985-86 Voss og Lindås. Et år som avtalelege i Lindås, 7 år som fastlønnet lege i Karlsøy kommune. Siden 1995 listelege i Tromsø. 1200 pasienter på listen. Arbeider 3 dager i uken som allmennlege (400 pasienter pr. virkedag), 2 dager i uken førsteamannuensis ved Universitetet i Tromsø.

Av og til når han har tid, er han sammen med konen (46), og de to barna (16) og (14), hesten (12), hunden (5) eller marsvinet «Fomle» (7).

Fra driftstilskud til fastlege

Hvis man sidder i en veldrevet aftalepraksis i en kommune med over ca. 6 læger og med godt kollegialt samarbejde ved fravær tror jeg næsten ikke man vil mærke forskel fra den ene ordning til den anden, hvis der er forskel er det til det bedre.

Når jeg har snakket med mine drifts-aftale kolleger her i byen om, hvordan de følte ændringen er de udelt positive. Klarere definering af egen patient population. Ikke det evige mas fra mer eller mindre ukendte B-præparat tiggere, som man ikke har oversigt over. Lægerne er blevet svært godt kendt med «sine» patienter. De har mulighed for at drive langsigtet opdragelse af patienterne. Lægerne kan begrænse patientmængden ved at lukke listen for nye patienter.

Det skræmmende 24 timers ansvar betyder ikke mer end at man sørger for at ens egne patienter har mulighed for at henvende sig til en kollega ved fravær fra egen praksis. Det kræver samarbejde og planlægning - men ikke mer end man vil gøre i en veldrevet aftalepraksis. To af lægerne i Tromsø drev solopraksis (de er senere gået sammen i en tolægepraksis) de havde en aftale om at de dækkede hinanden ved fravær.

De gældende satser fra 22.01.98 er nu:

Basisgodtgørelse for første 500 patienter:

324 kr. per patient per år

Basisgodtgørelse for patienter udover første 500 patienter:

228 kr. per patient per år

Basisgodtgørelse for studenter

190 kr. per patient per år

Tillæg for patienter over 75 år

75 kr. per patient per år

Tillæg for specialitet

(vi får ikke specialisttakst per konsultation)

90 kr. per patient per år

Tillæg for utekontor

50 kr. per patient per år

(denne liste vil højst sandsynligt ændre sig meget men jeg har taget den med for at illustrere tankegangen bag tilskud i et listepatientsystem).

Med hensyn til økonomi, arbejdsgiveransvar, planlægning af egen praksis var der ingen forskel fra at man må tænke på listestørrelse i stedet for tilskud uafhængig af hvor mange patienter man har.

Ved overgang fra driftstilskud til liste må man passe sig for ikke at få stor liste. Nogle af lægerne i Tromsø har lister på mer end 2000 patienter ved fuld kurativ 5 dages uge (eller mer ende 400 per kurativ dag). De fik for meget at gøre, selv om de jo fik et højt driftstilskud. Nogle af disse læger slider fortsat med for store lister, men listestørrelsen er nu for næsten alle nede under 2000. For store lister er nok den værste følelse man kan få i, da får man for meget at gøre og man kan ikke slippe af med patienterne ved at lukke kontoret.

Desuden ligger der en reel fare i at nogen får «tunge» lister, dvs. f.eks. lister med meget skæv alders-, køns- eller social fordeling. Man må være opmærksom på problemet og evt. ordne patienttildelingen internt i hver kommune, det kræver godt lokalt samarbejde mellem lægerne og kommunens administration.

Fra fastlønslæge til fastlæge (=listelæge)

Her vil der blive til dels store ændringer. Disse ændringer hænger mer sammen med overgangen fra et kommunalt driftsansvar til et privat driftsansvar end med indføringen af fastlægeordningen.

Det var disse kontorer som her i Tromsø mærkede de store ændringer, både positive og negative.

Fordelene var at lægerne blev frie i forhold til en forarmet og til dels dårligt administreret kommune. Man slap detaljstyring, investeringsstop, krav om flere og flere patienter, ventetider som man ikke kunne gøre noget med, evig lægeudskiftning.

Ulemperne (set fra lægernes synspunkt) var at lægerne blev mer ansvarlige for «sine» patienter og sin kontordrift. Lægerne var ikke længere ansatte med ferie – og pensionsordninger, opsigelses-værn og værn mod for meget overtid. De var ansvarlige for en bedrift med ansatte og krav om forsvarlig økonomisk drift. Kravet til godt og tæt samarbejde med sekretærer og kolleger øgte. Det var ofte vanskeligt, fordi man i udgangspunktet ikke havde valgt hinanden som samarbejdspartnere, men bare mer eller mindre tilfældigt var blevet ansat ved et lægekontor.

De udskiftninger vi har haft her i Tromsø skyldes mer konsekvenserne af skiftet fra ansat til arbejdsgiver og bedriftsansvarlig end listepatient-ordningen.

Fra aftaleløs til fastlæge

Hvis man har slået sig ned i en kommune med for få læger i forhold til en norm på 300 til 400 patienter per kurativ primær lægedag, vil jeg tro kommunen vil gøre aftale med legen - det skete så vidt jeg forstår i Trondheim og det var uproblematisk. Så vidt jeg har forstået oplevede de fleste af de aftaleløse læger det som en befrielse at få mer ordnede forhold. Men, naturligvis med ordnede forhold kommer også et populationsansvar og jeg vil også regne med at lignings- og tilsynsmyndighederne vil fatte mer interesse for, hvordan

praksis drives. Et gode for almenmedicinen og de fleste læger, men ikke nødvendigvis alle.

Hvis man er i en kommune med for mange læger, vil jeg tro det kan blive lidt tyngre, men i og med at lægetjenesten allerede er så gennemprivatiseret og folk i mange større byer er vandt til at betale skyhøje priser for at gå til læge, vil jeg tro at aftaleløse læger i flere år fremover vil kunne fortsætte næsten som i dag. Jeg kan forestille mig at der her vil være store interesse modsætninger mellem Helsedepartementet og KS på den ene side og legeforeningen på den anden.

Distrikterne, det vanskelige problem som vi må få en orden på

Fastlægemodellen er hentet fra lande med relativ tæt befolkning, vi kan ikke overføre erfaringen fra disse land til Norge hvor befolkningen mange steder er spredt. Vi må lave vår egen modell. Det ser ikke ud til at være vilje, verken i lægeforeningen eller i regeringen til at gøre noget effektivt med dette. Den ændring i takstprofil som kom 22.01.98 vil blive en katastrofe for landets småkommuner, fordi den favoriserer læger med høj turnover af pasienter. Dette er distriktsfjentligt fordi rejseafstanden er så store at høj turnover ikke er muligt. Når jeg snakker med kolleger i småkommuner i Troms og Finnmark er frustrationen nu så høj, at jeg tror at der næsten ikke vil være læger igen i småkommunerne når fastlægereforsningen evt. bliver indført.

Men, skulle miraklet ske, at der fortsat er læger igen i småkommunerne ved indføringen af fastlægereforsningen må man tilpasse reformen til forholdene til disse.

I et regneeksempel kan vi bruge 5000 indbyggere som grænsen for «småkommune». Vi vil da have 245 kommuner (tal fra Kommunenøklen 97-98) med i alt 642.000 indbyggere. Hvis vi regner med, at hver læge i disse områder skal ha mindst 1200 patienter hver på sin liste, trænges 535 læger til disse områder. Men, det går jo ikke fordi vagter rejseafstande etc. gør at vi får brug for flere læger.

Så hvis vi nu regner med at der mindst skal være 4 læger i hver af disse kommuner for at få nok læger til vagter vakancer etc. trænges $245 \times 4 = 980$ læger.

Alle kommuner trænger imidlertid ikke 4 læger, men få vil trænge flere så distrikterne trænger et sted mellem 535 og 980 læger, for nemheds skyld regner vi med gennemsnittet af disse to tal, 757 læger.

I følge lægeforeningens tal netop hentet fra Internet har vi 3785 almenlæger (205 af disse er turnuslæger i distrikter). Hvis vi nu er lidt råtager vi 785 af disse til småkommunerne.

Så har vi igen 3000 almenlæger til 3.727.728 indbyggere det bliver 1243 patienter per læge !! Altså regnestykket går op!

Vi på Skansen legekontor har 1200 patienter på vores lister og arbejder 3 dage i ugen. Det er lidt i hårdeste lag. Hvis vi havde 1200 patienter på en 4 dages uge (300 patienter per kurativ dag) ville det være muligt at have korte ventetider og arbejdssdage på 8-9 timer og ikke 9-11 timer som nu.

Mit poeng med dette regnestykket er at hvis man vil fordele lægerne i Norge på en fornuftig måde er der læger nok allerede !

Fastlægereforsningen i småkommunerne må i øvrigt er tage højde for at

-der altid vil være høj turnover af læger i småkommuner.

-en læge aldrig vil turde at købe egen praksis i en lille kommune af rædsel for at have et listeansvar som lægen ikke kan komme af med.

-ved vakancer øger den igenblevne læges listeansvar voldsomt og pludseligt (25% ved 1 vakant i 4 læge kommune, 33% ved læge i 3 læges kommune).

-vagtbelastningen øges voldsomt fra 4 til 3 delt vagt.

Tænk hvis man bestemte:

- 1: Alle turnuskandidater placeres i kommuner med mindre end 5000 indbyggere (205 stillinger besat).
- 2: Lønnen til læger i distrikterne er uafhængig af listestørrelse men et gennemsnit af lønnen for læger

der arbejder med lister på f.eks. 1200 indbyggere. Kommunen kan ikke tvinge nogen lege til listeansvar for mer end 1200, men ingen læge kan sige nej til ansvar for op til 1200 for fuld kurativ uge.

- 3: Ved hyppigere vagt end hver 4de dag (4 delt vagt) 50% ekstra vagtgodtgørelse.
- 4: Ved bindingstid på 4 år garanteres lægen fri med løn til specialistuddannelse.
- 5: To ugers ekstra ferie per uge til leger i småkommuner.
- 6: Nedbetaling af studielån over 10 år.
- 7: Ved vakancer i stillingen så en lystelæge med ansvar for 1200 får mer end dette øger lønnen per patient med 100% – betalt af kommune og stat 50% til hver.

Men så ikke vi kunne rekruttere læger nok til distrikterne? Det tror jeg.

Fastlægereforsningen og samfundsmedicinen

Det bekymrer mig ikke i det hele taget fordi jeg tror at fastlægeordningen og driftsaftaleordningen er så ens. Jeg ER bekymret for samfundsmedicinen, men det har intet med fastlægereforsningen at gøre: mere med udviklingen indenfor feltet samfundsmedicin og udviklingen internt i kommunerne at gøre, men det er en anden sag.

Fremtiden: spændene vyer og store farer

Mulighederne indenfor fagudviklingen i almenmedicin er store ved indføring af listesystem. Når vi kender populationen som vi arbejder med kan vi sammenligne måden vi arbejder på, henvisningspraksis, udgift per person, brug af tidstakster etc. Vi kan diskutere årsagerne til forskellene fagligt. Det gør vi allerede på Skansen Lægekontor og i nogen grad blandt lægerne i Tromsø. Faren er selvfolgeligt at Trygdekontoret på en uformuftig måde indfører standardisering. Dog, jeg ser det bare som en fordel at læger udover faglig selvjustits så man undgår for mange trygdeskandaler af

typen gravitests på alle kvinder som kommer med urinprøve eller diff tælling på alle som kommer på kontoret. Læger som mener at det er god medicin trænger efter min mening lidt omskolering. God formuftig medicin er til gavn for hele standen.

Højforbrugere af B-præparater er besværlige i alle praksis. Fristelsen er at man siger konsekvent nej til alle der beder om disse præparater, vel vidende at de så vil skifte til en anden læge. Det oplever vi som et problem i en nyopstartet praksis, vi får mange af de utilfredse patienter som har et højt forbrug af B-præpareret. Valget er da at sige nej og håbe at patienten flytter til endnu en ny læge eller prøve at få patienten «på krogen» dvs. afhængig af mig, for så senere at prøve at trappe forbruget ned. Jeg har gjort begge dele, med skiftende held. Samme problemer kan opstå med andre «besværlige» patientgrupper, psykiatri, diffuse medicinske tilstande etc. Det kræver åbenhed og god kollegialitet at undgå at der opstår «snille» læger som lider på bekostning af «strenge» læger med store lister af uproblematiske patienter. Problemet eksisterer allerede i dag, men i fastlægeordningen får man jo besked om at den og den er flyttet eller nytilkommet og man kan da i sit stille sind sige «pyha, der skiftede narkoman X til det og det kontor, så slipper jeg» (men så er der jo en kollega som må lide, kan jeg være det bekendt?).

Dem som tror at en indføring af listesystemet vil løse alle problemer tager helt fejl og det gør også de som tror at alle problemer vil skyldes denne reform. Det som sker, er at vi skifter arena for patientbehandling, fagudvikling, løns-forhandlinger og lægerekruttering.

Patientbehandlingen kan blive bedre, fordi vi vil kunne arbejde sammen med patienten med tidsperspektiver på år. Fagudviklingen vil være centreret om nye behandlingsmuligheder med almenlægen mer som et centrum for behandlingen af den enkelte patient (Eksempel: nærmest ved en administrativ fejl har et sykehjem her i byen ikke fået syke-

heimslege, det er naturligvis besværlig for plejepersonalet, men personalet synes også det er en fordel, fordi patienterne har beholdt sine gamle fastleger som kender patienten svært godt).

Lønsforhandlinger skal blive spændene, nu kan vi ved at stå sammen true med at strejke og ramme hele Norges primær lægearbejde, men samtidigt må vi være opmærksomme på at det våben kun må tages i brug svært sparsomt pga. de store konsekvenser. Lægerekruttering bliver enklere fordi det er meget let at se hvor vi ikke har læger nok og hvor vi har for mange. I dag ved vi knapt nok hvordan primær lægerne fordeler sig ud over Norge.

Krige og diskussioner vil også pågå i fremtiden. Men i stedet for mer eller mindre tilfældige etableringer og megen synsing på begge sider af fagforeningsbordet vil diskussionerne centreres rundt listebasisgodtgørelse versus egenbetaling og trygderefusion, ordninger for etablering af nye lister etc. etc.

Fremtiden bliver spændene, jeg håber flertallet af mine kolleger i primærmedicinen ser de mange spændene muligheder i en fastlægereforsning uden at de er så blåøjede at tro at vi enten havner i himmelen eller helvede.

En af mine kollegers patienter skrev i et takkekort efter at hun rejste fra Tromsø «Tak for at du har været min fastlege, det har været betyggende at have dig, selvom jeg gudskelov aldrig har haft brug for at snakke med dig !!». Det synes den fortalte danske fra Voss er et godt skudsmål for ordningen.

TURNUSTJENESTE OG FASTLEGEORDNING

Noen problemer og forslag til løsninger

I stortingsmeldingen om fastlegeordningen er forholdet til turnustjenesten kommentert i korte vendinger. I fastlege-søket var det kun Tromsø kommune som hadde turnuslege, og på dette noe spinkle erfearingsgrunnlaget ble det konkludert at «det er enkelt å innpasse turnuskandidater i en fastlegeordning» (1).

Jeg ser følgende hovedproblemer som egentlig gjelder både dagens turnustjeneste i kommunene og morgendagens turnustjeneste innen en fastlegeordning:

- I) Dårlig eller ustabil legedekning i mange kommuner gjør forholdene vanskelig for tilrettelegging av en god turnustjeneste med tilstrekkelig veiledning og supervisjon.

Det er ikke sannsynlig at innføringen av en fastlegeordning alleine vil løse dette problemet. Men med økende kandidatkull og en godt tilrettelagt turnustjeneste i alle kommuner – også i små utkantkommuner – er det håp om at flere turnusleger fortsetter som nye fastleger der, «nord for Sjøenkrysset».

- 2) Stort arbeidspress blant kommunens leger og stykkpris for pasienter gjør at utdanning av turnusleger blir nedprioritert.

Arbeidspresset vil ikke lette for det blir flere leger til å gjøre arbeidet. Fastlegeordningen slik den er skissert vil ikke gi flere leger til primærhelsetjenesten. Men med flere tilgjengelige turnusleger til å avlaste de faste legene skulle situasjonen kunne bedres (2)!

Med den privatiseringen av kommunalegetjenesten som en fastlegeordning egentlig innebærer, vil veilederfunksjonen bli ytterligere nedprioritert, med mindre veilederne får skikkelig kompensasjon for den tiden de bruker på turnusleger fremfor å ta pasienter til stykkpris. Parallelen til sykehustjenesten er klar: Med større grad av innsatsstyrt finansiering av sykehusdriften, er det fare for at utdanningsfunksjonene vil tape i

Forutsetningen skulle da være at det forelå klare avtaler om arbeids- og lønnsforhold, og at det ble stilt visse krav til de leger eller praksiser som fikk motta turnusleger. Dette kan vi alle slutte oss til; turnuslegene må ha sine pasienter, sine arbeidsoppgaver, sitt kontor, sin veileder og sin lønn.

kampen om overlegen oppmerksomhet. I denne forbindelse er det gledelig at det er kommet en ny post på statsbudsjettet som honorerer institusjonens veiledning av turnusleger med kr 25.000 pr turnuslege-årsverk (3). Løsningen innefor en fastlegeordning er at kommunen setter «veiledning av turnusleger» som del av vilkårene for fastlegens praksisavtale, og at fastlegene får kompensasjon for sitt veilederarbeid. Gruppeveiledning av turnusleger bør tas i bruk som supplement til den individuelle veiledningen. Her gjøres det for tiden nybrotsarbeid i Finnmark (4). I tillegg bør «veiledning av turnuslege» gi meritt i forhold til spesialistutdanning og resertifisering i allmennmedisin.

Stortingsmeldingen sier at turnuslegene skal lønnes med fastlønn, og at driftsutgifter dekkes av kommunen mens driftsinntektene tilfaller kommunen. Dette er fornuftig utfra faglige hensyn. Turnustjenesten er en del av grunnutdanningen, og som turnuslege har en behov for ekstra tid til vurdering av pasienter og til refleksjon over egen praksis. I tillegg har turnusleger behov for og krav på veiledning og supervisjon i langt sterkere grad enn mer erfarte kolleger. Disse hensyn er vanskelig å



**Martha Ebbing: Cand. med.
92, turnustjeneste Stokmarknes
sykehus/Hadsel kommune
94/95. Fra da ass. lege med.
avd. Nestleder i legeforeningens
turnusråd 94-98, leder fra
98.**

I det samme foredraget i 1986, nevnte Heloe helsetjenesteforskningens rolle i «...å velge de riktige tiltakene og få dem iverksatt», dessuten: «Virkningene vil delvis være avhengig av om de er tilstrekkelig kunnskapsmessig basert.» Dette er områder og uttrykk som er i fokus i dag også. Han framhevet også at «Helsevesenet bør selv i større grad enn nå drive driftskontroll, dvs. studere kostnader og effekter av sine behandlingstiltak og av den kvalitet de har.» «Erkjennelsen av at helsevesenet i mindre grad enn ventet kan redusere helseproblemene, fører til at større vekt må legges på forebyggende arbeid. Helsetjenesteforskning er viktig både for å undersøke behovet for forebyggelse, sammenhengen mellom forebyggende tiltak og helse, og for å studere effekten av konkrete tiltak.»

Når det gjelder samfunnsodontologiens plass var den på topp i slutten av 70-årene. Videreutdannelsen uteksaminerte 10-15 samfunnsodontologer årlig. Det var bred samfunnsodontologisk aktivitet som resulterte i rapporter om Tannhelsetjenestens små og store veivalg. En 6-uikers etterutdannelse i offentlig helsearbeid, Bygdø-kurset, var en vitamininnsprøyting for tannleger og tannpleiere med interesse for offentlig virksomhet. Mange fylkestannleger og mellomledere ble rekruttert til Den offentlige tannhelsetjenesten gjennom Bygdø-kurs og videreutdannelsen i samfunnsodontologi. Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø har også rekruttert odontologer til sin virksomhet.

Samfunnsodontologisk status per i dag er heller nedslående. Videreutdannelsen ligger på is, Bygdøkurset

opphekte i 1992 og det er en bekymring for Den offentlige tannhelsetjenestens framtid både når det gjelder å få allmennpraktiserende tannleger til utkantstrøk og rekruttering av ledere og mellomledere.

Det er en prioritert oppgave for Statens Helsetilsyn å være med på å gjenskape en samfunnsodontologisk tankegang i Tannhelsetjenesten og påpeke motivasjons- og rekrutteringsfaktorer. Dette må være på plass for at vi skal opprettholde «...en sterk offentlig tannhelsetjeneste» som Stortinget har uttrykt det. Denne skal definere prioriterte grupper og bidra til en god tannhelse uavhengig av sosiale forskjeller.

Fjærland i Sogn, et vakkert stykke Norge kaller! **20. og 21. august 1998**

Kvinneklinikken, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Universitetet i Oslo, Seksjon for allmennmedisin og Sogn og Fjordane legeforening inviterer til et kurs utenom det vanlige!

«Kvinna i alderdomen - fra 70 år og oppover» Olav Rutle sitt minnesymposium

Det blir spennende faglige innlegg med ovennevnte som hovedtema. I tillegg til det faglige blir det muligheter for store naturopplevelser, besøk i Den norske Bokbyen, Norsk Bremuseum og fjelltur! Kursledere er: Odd Kvamme, Jostein Tjugum og Johan Nyhammer.

Det er fortsatt noen ledige plasser, men vær rask med din henvendelse til:

Dr. Jostein Tjugum
KK, Sentralsjukehuset i
Sogn og Fjordane
6800 Førde

eller

RMR kursarrangør
Sjøbergvn. 32
2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22
Fax 63 97 16 25

Medikamenter og hårtap

Henvendelse fra en allmennpraktiker til RELIS 3, 25. februar 1998

Legen har en pasient som bruker Cozaar, Esidrex, Zocor, Trisekvens og Seroxat. Siste år har hun hatt diffust hårtap og hudleggen kan ikke hjelpe videre.

Svar fra RELIS 3:

Hårfollikler på hodet gjennomgår en syklus med ulike faser. Vekstfasen kalles anagen, hvilefasen telogen og avfallsfasen catagen. Ca. 86 % av hårfolliklene på hodebunnen er i anagen fase, mens vel 14% er i telogen og catagen fase (1). En rekke legemidler kan påvirke syklus og gi hårvfall (effluvium). De kan påvirke anagene follikler via 2 hovedmekanismer: a) avbrytelse av mitotisk aktivitet i hurtig delende hår-matrixceller (anagen effluvium) eller b) påvirke folliklene til å prema-turt gå inn i hvilefasen (telogen effluvium) for så å falle av (2).

I anagen effluvium, vil hårtapet vanligvis oppstå innen dager til uker etter behandlingstart, mens i telogen effluvium kommer hårtapet etter 2-4 mnd. Anagen effluvium er en vanlig bivirkning av cytostatika, som akutt skader hurtig delende celler. Telogen effluvium kan skyldes en lang rekke andre legemidler (2).

Legemiddelindusert hårtap ytrer seg gjerne som diffus, ikke-arraddende hårvfall som er reversibelt (3). En rekke legemidler er rapportert å gi hårvfall. De viktigste legemiddelgruppene foruten cytostatika er antikoagulantia, antiepileptika, psykotrope medikamenter, medikamenter ved hyperlipidemi, tyreostatika og retinoider (4).

Cozaar (losartan)

I kliniske studier med losartan ble det rapportert alopeci hos 2 eller flere pasienter (pasientgrunnlag 1075 i losartan-gruppen, internett-kilde), men med insidens lavere enn 1%. Årsaksforholdene er ikke blitt slått fast (5).

Esidrex (hydroklortiazid)

Vi har ikke funnet noen opplysninger om at hydroklortiazid kunne gi hårtap som bivirkning.

Zocor (simvastatin)

I Australia er det blitt meldt 16 tilfeller av alopeci assosiert med simvastatin. De fleste tilfellene beskrives som over-drevent hårtap eller hår som blir tynne. To tilfeller beskrives som flekkvis

hårtap og ett som alopeci areata. Bivirkningene oppstod mellom 3 dager og 15 måneder etter terapistart (6). Den norske preparatmalten i Felleskatalog 1997/98 nevner alopeci som en sjeldent bivirkning (insidens <1/1000). I den svenske databasen Drugline foreslås det at HMG-CoA reduktasehemmeren Pravachol (pravastatin) kan forsøkes når man mistenker simvastatin for å gi hårvfall. Dette er basert på at man ikke hadde funnet rapporter om pravastatin-assosiert alopeci (7). Vi har heller ikke funnet slike rapporter.

Trisekvens (østrogen-progestogen sekvenspreparat)

Fordi vi ikke fant noen direkte sammenheng mellom det hormonelle substansjonspreparatet og alopeci, har vi sett på bivirkninger assosiert med orale antikonsepsjonsmidler. Sistnevnte inneholder også en østrogen og en progestogen komponent.

Diffust hårtap er blitt assosiert med kombinerte hormonelle antikonsepsjonsmidler, men observasjonene kan være tilfeldige. Hårtapet, som opptrer både under bruk og ved seponering, beskrives som mildt og midlertidig. Androgen aktivitet er for liten i de fleste formuleringer for å ha noen relevans, men noen forfattere anbefaler likevel å seponere eller skifte til et preparat med lavere progestagen potens når hårtap er ledsgaget av seborrhoea og hirsutisme (8,9).

Substitusjonspreparatet Trisekvens inneholder 10 mg noretisteronacetat (tilsvarende ca. 8,8 mg noretisteron) per syklus. Til sammenlikning inneholder de orale antikonsepsjonsmidlene Synfase og Conludag (minipille) respektive 13 mg noretisteron og 9,8

mg noretisteron per syklus.

Seroxat (paroxetin)

I kliniske studier er alopeci blitt rapportert hos minst 0,1% av pasientene. Årsaksforholdene er ikke blitt slått fast (10).

Konklusjon:

Det finnes lite dokumentasjon på hårtap som bivirkning av de nevnte medikamentene. Vi fant at fire av de fem preparatene til en viss grad er blitt assosiert med alopeci. Årsaksforholdene er lite kjent. Insidensen varierer fra mindre hyppig (< 1%) til sjeldent (< 0,1%).

Referanser:

1. Mackie RM, red. Clinical dermatology: an illustrated textbook 1985: 26, 175-6.
2. Tosi A et al. Drug-induced hair loss and hair growth. Incidence, management and avoidance. Drug Saf 1994; 10: 310-7.
3. Warnock IK. Psychotropic medication and drug-related alopecia. Psychosomatics 1991; 32: 149-52.
4. Breathnach SM, Hintner H, red. Adverse drug reactions and the skin 1992: 1. utg.: 127.
5. DrugDex. Drug Evaluations: Losartan. Micromedex® database 1974 - 1998 Vol. 96, 09/97
6. Martindale: Simvastatin. Micromedex® database 1974 - 1998 Vol. 96
7. Drugline(r) database. Spørsmålsdato 29.6.1993. Spørsmålsnummer 10929 Kan Zocord (simvastatin) gi hårvfall?
8. DrugDex. Drug Evaluations: Oral contraceptives, progestagen. Micromedex® database 1974 - 1998 Vol. 96, 09/97.
9. Dukes MNG, red. Meyler's Side Effects of Drugs 12th ed. 1992: 1002-3.
10. McEvoy GK, red. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information. American Society of Health-System Pharmacists, 1997:1707.

Erik F.O. Pomp, cand. pharm.

Regionalt Legemiddelinformasjonsenter, Helseregion 3
Haukeland sykehusapotek
Postfoks 1, 5021 Bergen
E-post: erik.pomp@haukeland.no
Tlf: 55 97 53 61
Fax: 55 29 07 18

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2, 3 og 4 i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalets apotek, Haukeland sykehusapotek og Avdeling for legemidler ved Regionsykehuset i Trondheim. Ovenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

?RELIS

NYTT NSAID MOBIC®

Nytt virkestoff - me洛xicam

Hemmer COX-2 ca. 10 ganger mer enn COX-1¹



MOBIC® -en dose i døgnet



- God effekt²
- Lite bivirkninger²
- Få interaksjoner²
- Liten, delbar tablett
- Prisgunstig

Dosering ved artrose:

7,5 mg daglig. Kan ved behov økes til 15 mg.

Dosereduksjon er ikke nødvendig hos pasienter med stabil levercirrhose eller lett til moderat nyresvikt.
Kreatinin clearance > 25 ml/min.

Ref. § 9, pkt. 35

Boehringer
Ingelheim





Lite bivirkninger

-spesielt gastrointestinale²

"Meloxicam has been found to be at least as effective as other NSAIDs, but with a greatly reduced incidence of gastrointestinal side-effects. There is no evidence that meloxicam causes any deterioration in renal function in patients with moderate degrees of renal failure, and no evidence of drug accumulation with continued use".²

Få interaksjoner

-ingen av klinisk betydning med:²

- antacida
- furosemide
- cimetidine
- warfarin
- digoxin
- methotrexat

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
Ref.² Schattenkirchner, M. Pulmonary-Allergy, Dermatological, Gastrointestinal & Arthritis, Exp. Opin. Invest. Drugs (1997) 6 (3): 321-334

Dosering 1 gang i døgnet

C Mobic <>Boehringer Ingelheim>>
Antiflogistika

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, laktosemono-hydrat 24 mg resp. 20 mg, hjelpestoffer. Begge styrker har delestrek.

Indikasjoner: Artrose.

Kontraindikasjoner: Aktiv magesår, alvorlig lever- og nyreinsuffisien, overosmflintlighet 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 %). *Hyppige* (>1/100): Hodepine, ute, øde. Blod: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, forstoppselse, kvalme, oppkast, magesmerter, slapphet. Hud: Kloe, utslitet.

Mindre hyppige: Tretthet. Blod: Leukopeni, trombocytopeni, endret fordeling av hvite blodlegemer. Sirkulatoriske: Rødning, hypertension, palpitasjoner. Gastrointestinale: Stomatitt, breknær, osofagitt, gastrroduodenalsår, blodning fra mage-tarmkanalen, transaminaesestigning. Hud: Urticaria.

Urogenitale: Forhøyet serumkreatinin og serum-urea-verdier. Øre: Øresus. Sjeldne (<1/1000)

Gastrointestinale: Hatt. Fotosensibilisering. Luftveier: Akutt asthma. Stikkpiller: Smerte, brennende følelse og kloe i endetarmen, samt spenningssmerter og rektalbloeddninger har blitt rapportert i sjeldne tilfeller.

Forsiktigheitsregler: Pasienter som behandles med antikoagulantia og pasienter med tidligere gastrointestinal sykdom, bør kontrolleres nøyte under behandling med meloxicam. I de tilfeller signifikant forhøyelse av leverfunksjonsverdier, magesår, gastrointestinale blodninger eller mukokutan bivirkninger oppstår, skal behandlingen stoppes. Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon kan behandling med meloxicam eller andre antiflogistika føre til redusert nyregejmonblodning og redusert blodvolum p.g.a. at den renale prostaglandinsyntesen hemmes. Hos pasienter med nedsatt renal blodgjennomstrøming, p.g.a. leks, levercirrhoese, hjertesvikt, nedsatt nyrefunksjon, alderdoms-svekkelse, natrium-restriksjoner eller i de tilfeller blodvolumet reduseres ved operative innlegg, - bør nyrefunksjonen kontrolleres før og under behandling. Mobic stikkpiller bør ikke gis til pasienter med inflamatoriske tilstrender eller som nylig har hatt blodninger i rektum eller anus.

Graviditet/ammung: Føtale skader er sett ved bruk av prostaglandinsyntesehemmere i 3. trimester. Bruk under graviditet krever nøyte avveining av mulige fordele mot potensiell risiko for mor og barn. Bruk i 3. trimester skal unngås. I dagene før beregnet forlossning skal denne typen medikamen ter unngås helt. Amung: Opplysninger savnes om overgang i morsmilk. Preparatet bør ikke benyt-

Døgnpris 7,5 mg: kr. 3,70 (100 stk. tabl.)

tes under amung.

Interaksjoner: Kombinasjon med acetylsalicylsyre eller andre antiflogistika, kan gi økt blodningsrisiko. P.g.a. hemming av trombocyttfunksjonen og irritasjon av gastrointestinalslimmnen, kan kombinasjon med orale antikoagulantia, heparin og tiklopidin gi økt risiko for blodning. Ved behandling med lithium bør plasma-koncentrasjonen 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 nøyte hos disse pasientene. Mobic kombinert med antihypertensiva (betaabloktere, ACE-hemmere) kan redusere den alhypertensive effekten p.g.a. hemming av prostaglandiner. Interaksjon med orale antidiabetika kan ikke uteslukes. Den nefrotoxiske effekten av cyklosporin kan øke ved samtidig behandling med antiflogistika. Nyrefunksjonen bør følges nøyte. Mulige interaksjoner med antacida, kolesyramin, acetylsalicylsyre, cimetidin, digoxin, metotrexat og furosemid er blitt undersøkt i farmakokinetiske studier. Man fant ingen klinisk relevante interaksjoner. Kolesyramin påskynder akutte 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 forbundelse med måltid. *Stikkpiller 15 mg: Voksne:* Gis rekalt en gang daglig. En daglig dose 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 hemodialysebehandling. 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 stabil tevercirkrose.

Overdosering/Forgiftning: Det er ingen rapporter om overdosering med meloxicam. Spesifikk antidot finnes ikke, men kolesyramin påskynder utskillelsen av meloxicam. Skulle en overdosering skje, unbefales pumping av magen.

Pakning og priser pr. 1. juni 1998: *Tabletter 7,5 mg:* Empac: 10 stk. kr. 65,10, 30 stk. kr. 135,70, 100 stk. kr. 369,60. *Tabletter 15 mg:* Empac: 10 stk. kr. 89,00, 30 stk. kr. 205,50, 100 stk. kr. 588,00. *Stikkpiller 15 mg:* 6 stk. kr. 70,90.

**Boehringer
Ingelheim**

Postboks 405, N-1371 Asker
Tlf. 66 76 13 00

Samfunnsmedisinske meninger til besvær

Lederen av spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin, Sjur Agdestein, redegjorde i Utposten nr. 2/97 om den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin. Han inviterte til innspill, og jeg kom med et tilsvarende innspill i nr. 3/97. Dette tilsvaret har et annet medlem av spesialitetskomitéen, Sturla Gjesdal, tydeligvis fått i vrangstrupen. I siste nummer (3/98) hoster han opp en reaksjon som i form og innhold skaper tvil om den reelle vilje og interesse for diskurs. Det forhold at jeg feilsiteres og tillegges meninger jeg ikke har og som jeg mener det ikke er grunnlag for å utslede av teksten min, gjør at jeg finner det nødvendig med et tilsvarende innspill.

Definisjon

Jeg har ikke sagt at Agdestein bruker «feil» definisjon, men jeg har argumentert hvorfor jeg mener en annen definisjon bør brukes. Et av samfunnsmedisins problem er å formidle til vanlige mennesker og politikere hva den faktisk handler om. Det er vanskelig å selge en vare som ikke er tydelig beskrevet. Flere parallelle definisjoner er ikke gunstig i denne situasjonen. En bør derfor ha gode argumenter for å avvike fra den definisjon politiske myndigheter har tatt i bruk bla. i St. meld nr 23 (1996-97) *Trygghet og ansvarlighet. Om legejenesten i kommunene og fastlegeordningen*. Den samme definisjonen vil etter all sannsynlighet også brukes i Folkehelsemeldingen som kommer til høsten.

Kommunal samfunnsmedisin - det grunnleggende og genuine?

Slik Gjesdal leser meg mener jeg at «kommunalt basert samfunnsmedisin er det grunnleggende og genuine, og at det livslange ekteskapet mellom den praktiserende allmennlege og samfunnsmedisineren er et «hellig» prinsipp.» I mitt innlegg står dette:

Samfunnsmedisinen utøves på alle forvaltningsnivåer, men kommunene vil fortsatt være hovedarena for iverksetting av samfunnsmedisinske tiltak. Dette er i samsvar med innholdet i kommunehelsetjenesteloven og Stortings henvendelse til Regjeringen 30.04.96, som Agdestein refererer: «Det henstilles til Regjeringen å styrke samfunnsmedisinen med særlig vekt på lokalsamfunnsmedisinen ut ifra at 90% av folks helsetjenester dekkes av kommunen.»

Senere politiske utspill har ikke svekket dette. Den kommunale arena vil derfor være viktig, men jeg er faktisk redd at troen på de kommunale muligheter til å løse alle problemer er overdrevet. Kommunenes handlingsrom er begrenset, og det påvirkes sterkt av forhold på nasjonale og internasjonale arenaer. Ekteskapet mellom allmennlege og samfunnsmedisineren (kombigen) har jeg overhodet ikke nevnt, og jeg har heller ikke noe dogmatisk syn på dette.

Realitetsbrist

Ifølge Gjesdal mener jeg at mange kommunale leger/samfunnsmedisiner

har realitetsbrist. Jeg skal mene at spesialistutdanningens primære målsetting skal være å gi kandidatene kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør at de «bedre kan fungere i det kommunale system».

Følgende står faktisk å lese:

En av årsakene til samfunnsmedisinens problemer i dag tror jeg skyldes manglende realitetsorientering til den kommunale forvaltningsmessige virkelighet og de spillerregler som gjelder der. Det er svært viktig at spesialistutdanningen tar dette på alvor og legger stor vekt på hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter som gjør at samfunnsmedisineren vil klare seg seg bedre i det kommunale system. Det kan se ut til å være behov for radikale endringer på dette området i spesialistutdanningen.

Jeg kan vanskelig se at det ligger en primær målsetting i dette. Det er også en ikke uvesentlig forskjell i ordet «fugere», som Gjesdal tillegger meg og formuleringen «klare seg bedre», som jeg faktisk har brukt.

Fra en som ifølge Gjesdal har «bekjent seg til '68 versjonen av Bob Dylan» fordi han har brukt en Dylan-tittel som overskrift på en artikkel om strategiske kunnskaper, ferdigheter og holdninger, må et siste hjertesukk bli: Hva skal samfunnsmedisinen med ytter motstand og «fiender», når en har slike «venner».

Sogndal 19. mai 1998

N S A M LEDIGE STIPENDIER

Allmennpraktikerstipend 1. halvår 1999

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 1999 forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og/eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkerne som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter.

Det er utarbeidet et søkerdokument og veiledning for aktuelle søkerne, som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Tlf: 22 85 06 55,

Fax 22 85 06 50. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **1. oktober 1998**.

Søknader som er poststemplet etter søkerdokumentets frist blir ikke tatt i betraktning.

Om å banne i kirken

En ung leges bekjennelser



Guri Rørtveit (f.1965) ble ferdig utdannet i Vesterålen. Siden 1994 allmennpraktiker i Bergen, hvorav 1 år ved Bergen legevakt. Har nå bydelslegestilling og halv stilling som amanuensis ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen. Har nylig avsluttet en evaluering av deltakernes erfaringer med SATS. Er under spesialistutdanning i allmennmedisin.

Unge leger strever med å finne seg til rette i allmennpraksis. Er det noe galt med dem? Eller er det noe annet som ikke er som det skal være?

Norsk allmennmedisin har noen trekk som det er viktig å fokusere på: 1. Kraftfulle idealer (bl.a. formulert som KOPF – Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende). 2. Store grupper erfarte allmennpraktikere som i imponerende stor grad synes å etter leve i det minste modifiseringer av idealene. 3. En fagforening som har arbeidet hardt for vår rett til å jobbe mye.

For unge, norske leger er alle disse punktene problematiske. Er det noen grunn til å tro at vi er annerledes enn de som er noen år eldre

Rekrutteringen til allmennmedisin er bekymringsfull. Hva skal til for å få unge leger til å bli allmennpraktikere, spør man. Å svare krever at man banner i den allmennmedisinske kirke. Det skal jeg gjøre her ved å stille spørsmålstege ved sider ved dagens legevaktsystem, KOPF-idealene og mytene om unge leger.

enn oss i faget? Mitt svar er JA. Det finnes et viktig, men lite påaktet generasjonsskille som går mellom oss som er utdannet på 80- og 90-tallet og dem som er utdannet tidligere. Vi har en annen ballast.

Ingenting av det jeg skal si er sensasjonelt eller nytt. Men det er på tide at både eldre og yngre leger tar i betrakting forskjellene mellom oss når allmennmedisinens fremtid diskuteres.

Yngre legers ballast

Tvilsom nytteverdi

I 1984, det året jeg begynte å studere, ble tallet på nye medisinstudenter i Bergen redusert fra 120 til 110. Begrunnelsen for dette var frykt for overproduksjon av leger(!) Uavhengig av realitetene var dette et nytt og viktig signal: Legestudentene kunne slett ikke være sikre på at samfunnet trengte dem når de ble ferdige med utdanningen. Leger utdannet før denne tid var vant til at deres verdi for samfunnet var udiskutabel. Vår verdi ble det satt spørsmålstege ved fra første stund. Jeg tror at dette har hatt stor betydning for hvordan vi tenker om å yte tilbake til samfunnet.

Flere kvinner – ressurs eller ulempe ?

Samme år oversteg jenteandelen av nye medisinstudenter for første gang gutteandelen (51 % jenter). Som jente var det med blandede følelser jeg, sammen med mine medsøstre, med jevne mellomrom måtte tåle diverse

professorers frustrasjon over tingenes tilstand: Den store andelen jenter (er 51% en stor andel...?) var årsaken til redusert status for faget og legelønninger de mente var for nedadgående. Dette ble uttalt i klartekst ved flere anledninger. Jeg tar det med her, for jeg kjenner igjen en del av disse holdningene når kvinnelige allmennpraktikere blir nevnt i diskusjonene om allmennmedisinens fremtid.

Kravstore samboere

Nok et nymotens fenomen: Unge leger har ektefeller og samboere som krever et normalt familieliv. Dette gjelder ikke bare mennene til alle disse kvinnelige legene. Også flere koner har begynt å stille sånne krav, ja, de krever til og med å få jobbe selv! For mange teller ønsket om tilnærmet normalarbeidstid med i vurderingen av hva slags spesialitet de skal velge og hvor i landet de skal bo. Vi har rett og slett ikke lyst til å jobbe mer enn kjæresten og naboen. Og det er da banningen i kirken begynner for alvor, for det er jo tross alt snakk om et kollektivt ansvar! Dessuten bryter det med vårt felles selvbilde: Leger jobber MYE, og det må vi fordi vi er så VIKTIGE!

Historieløshet

Min generasjon allmennpraktikere er historieløse, i hvert fall på ett punkt. Vi er vokst opp med allmennmedisin som et selvstendig fag. Det er først

de aller siste årene at jeg har begynt å forstå hvilken kamp som har vært ført for å få faget allment akseptert og til og med godtatt som et av medisinstudiets tre hovedfag. For oss føles ikke ideologi i slagordform nødvendig. Denne historielosheten gjør oss nok sårbare for å bli overrumplet når allmennmedisinens status blir angrepet. Men den gir oss også en fordel: Vi regner det som en selvfølge at allmennmedisinens status i norsk helsevesen. Derfor tror jeg at vi kan ha lettere for å diskutere endringer uten straks å føle det som et angrep.

Krav om feilfrihet

Folk er for lengst blitt lei av at leger uttaler seg om menneskers helse med absolutt autoritet. En positiv utvikling, men den utfordrer selvsagt også vårt selvbilde. Kanskje vi ikke er så viktige? Samtidig med dette er kravet om feilfrihet blitt massivt. Tidligere var det akseptert at legen gjorde feil så lenge handlingen var utført med gode intensjoner. Yngre leger er utdannet under et umulig krav om ufeilbarlighet. Vi tar i bruk forsvarsmekanismer mot dette mens eldre leger i større grad seiler på en lenge opparbeidet sikkerhet om hva som er godt nok.

Dårlig image

Som en refleksjon av befolkningens stadig mer kritiske holdning, og kanskje medvirkende til den, er negativ medieomtale av leger blitt daglig-dags. Dessverre ikke alltid på et saklig nivå. Det bidrar ikke akkurat til vår stolthet over faget at helsevesenet nesten konsekvent blir omtalt i negative vendinger, om alt fra legetabber til ventelistegarantier. Som forsterkning av dette har vi retts-sakene – en lite utbredt, men behørig omtalt aktivitet. Yngre leger beskyldes gjerne for å drive «ryggen fri»-praksis. Ikke så rart kanskje, når våre forbilder under studiet, overlegene, til stadighet minnet oss på hva som kunne skje med oss hvis vi ikke husket på at «Alle med hodepine kan ha tumor cerebri»

Mottiltak

Min generasjon leger er oppvokst med disse faktorene som en del av vår virkelighet. Selvfølgelig påvirker det våre holdninger og vårt engasjement. En hel del av vår energi går med til å drive med mottiltak, og ikke alle er hensiktmessige på lengre sikt, i hvert fall ikke for faget vårt. De kan være å utføre flere diagnostiske tester, henvise flere til andrelinjetjenesten osv. Dette slår riktig nok tilbake på oss som en bumerang i form av mer arbeid, falsk positive testresultater – og mindre motivasjon. Lite tilfredsstillende for både lege og pasient. At vi ikke er interessert i å hengi oss 100 % til jobben er en annen og mer hensiktmessig forsvarsmekanisme.

Ole Berg skriver informativt i en artikkel i Tidsskriftet om vekselvirkningen mellom leger og samfunn i utviklingen mot et helsevesen der legene blir mer og mer optatt av sine «private» interesser. Han skriver bl.a.: «For den som utsettes for trykk, ja for angrep, er det naturlig å bli mer interessebevisst: Selvopp-holdelsesdriften gjør at selvskjønningen blir mer styrende for ens atferd» (1). Denne utviklingen er ikke heldig, men det hjelper ikke å ønske seg tilbake til bedre tider. Vi kan bare angripe problemene hvis vi innser at de finnes.

Hvordan blir vi formet av vår ballast?

Når allmennmedisinens fremtid blir diskutert, føler jeg ofte at min rolle er en doven, slaskete japp uten idealer og ambisjoner. Kvinnelige allmennpraktikere blir betraktet som et spesielt problem (jada, ressurs også, men det er ikke det jeg skal skrive om her): Vi er føle til å ønske oss reduserte stillinger og fritakelse fra vakt-systemet. Underforstått: vi er egoistiske, late, redde og ukolleiale. I skarp kontrast til våre mannlige kolleger som ofrer liv og helse for Folket.

Eivind Meland skriver i en kronikk i Tidsskriftet: «Vår generasjon av hjelgere har dessuten av makelighetshensyn forlatt den moralske arena med henvisning til at vi ikke

ønsker å være moralister (som om det var det eneste alternativ til nihilisme), og med retorikk om at doktorer ingen forutsetninger har for å gi folk råd om hvordan de skal leve (Jan Helge Solbakk til NRK Dagsnytt)» (2). Han er for generell når han snakker om «vår» generasjon. Jeg tror dette dreier seg mest om den yngre generasjon. Og han pirker bort et sentralt problem for oss. Men så var det dette med «makelighetshensyn». Her ligger kimen til en skinnkonflikt mellom den yngre og den eldre generasjon. Mye av det vi yngre gjør og sier gjenspeiler ved første øyekast makelighet, men jeg tror heller det skyldes mangel på ord for en ny situasjon som krever nye tanker.

Ved å konkludere med at vi er blitt utsatt for en rekke nye, samfunnsmessige forhold er jeg omsider kommet frem til at det ikke primært er meg og min generasjon leger det er noe i veien med. Samtidig er jeg blitt sikrere på at min prioritering av egen familie (som jo er et snevert perspektiv når man diskuterer Folkehelsen) er noe jeg er villig til å kjempe for. Folket kommer rett og slett ikke først, selv om jeg i utgangspunktet oppfatter meg som et menneske som er optatt av fellesskapet. Rollen som doven slask er dessuten uforenlig med ønsket om å være mer sammen med to barn på fem og to år.

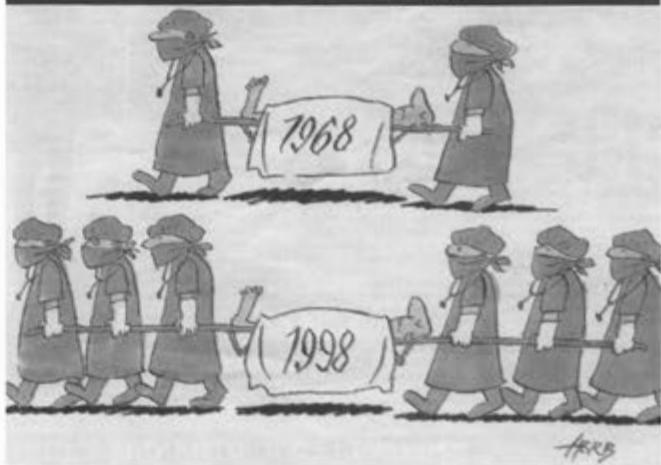
Hva må vi gjøre noe med?

Jeg kan ikke skissere løsninger. Men jeg kan være med på å peke på hvor skoen trykker. Det er to punkter som trykker ganske mye.

• 1. Usikkerhet om allmennlegenes oppgave

Til tross for (eller kanskje som et resultat av) den økende kritikk vi er utsatt for, øker etterspørselen etter våre tjenester, både dag og natt. Det er stadig flere ting folk synes de må konsultere en lege om. Jeg synes det er vanskelig å se skogen for bare trær av og til. Når den tredje ungen med feber og god allmenntilstand ramler inn døren min på samme dag, da blir jeg tilbøyelig til å tro at det er viktig og nødvendig at jeg kaster et otoskopisk blikk på barnet for

LEGEVAKTKAPASITET



å konstatere at jo, det er nok bare et virus. Hverdagen skaper sannheten, så å si. Når jeg så lener meg tilbake for å se på hva jeg egentlig driver med, er jeg ikke i tvil om at noe er galt. Burde jeg ikke heller oppsøke svake grupper og bruke mine kvalifikasjoner hos folk som virkelig trenger dem? Hos psykisk utviklingshemmede, for eksempel, som ofte har alvorlige tilleggssykdommer og et problematisk underforbruk av lege-tjenester. Det er da jeg ikke helt skjønner hva en erfaren allmennpraktiker som John Nessa mener når han skriver «..i enkelte tilfelle kan det hende at pasienten ønsker ei undersøking legen i utgangspunktet ikke ser poenget med. Då meiner eg det både er rett og lurt å la pasienten bestemme» (3). Finnen man skogen på den måten, da? I rettferdighetens navn vil jeg legge til at han setter ord på noe viktig når han sier om vår portvaktfunksjon i et samfunn som i stadig større grad etter-spør teknisk forfinede undersøkelser: «Ikkje er det rett, ikkje er det lurt og ikkje er det særleg nyttig å løyse det som er eit samfunnsproblem på individnivå» (3). Men hvis løsningen er å gi pasienten alt han eller hun ber om, uansett hva jeg selv mener om saken, da forsvinner noe av poenget med at pasienten skal konsultere meg. Som Berg skriver: «Det er bare i den grad legen kan og skal utøve skjønn og bruke seg selv som person at autonomien kan begrunnes» (1). Dette er en stor diskusjon som jeg ikke skal gå nærmere inn på

her. Jeg vil bare la det være sagt at i jakten på en meningsfylt allmennmedisinsk tilværelse tror jeg vi yngre leger strever mer enn dere eldre. Men vi må være sammen om å finne ut hva jobbtilværelsen vår bør inneholde.

•2. Legevaktssystemet

Jeg deltar selv i det kommunale legevaktssystemet – per i dag under tvang. Jeg har stor entusiasme for selve legevaktarbeidet og den spennvidden det gir i arbeidsoppgaver, men er misfornoyd med organiseringen og overtidsarbeid.

Legevaktssystemet er i ferd med å bryte sammen mange steder. Jo flere som deltar i vaktordningene desto mindre belastning for den enkelte, ingen tvil om det. Argumentet «dette er et spørsmål om kollegialitet» er uslåelig og likevel altfor ofte brukt. I svært mange tilfeller treffer det feil person og på feil grunnlag. Ikke helt sjeldent er det bare et vikarierende argument for den som bruker det. Dessuten nyter det kun kortvarig å kreve noe av folk som de ikke kan eller vil gi. Da øker vi bare rekrutteringen til laboratoriefagene.

En slik situasjon er kommuner der det er rimelig god legedekning, men der stadig færre ønsker å delta i vaktssystemet. Etter å ha deltatt i legevaktordning både i en utkant-kommune og i en storby er jeg overbevist om at mange av arbeidsoppgavene må forskyves til legekontorenes åpningstider. Dermed blir dette like mye et spørsmål om organiseringen av primærhelsetjenesten på dagtid.

Et vesentlig problem med selve vaktene er imidlertid at de blir betraktet som overtidsarbeid. Må de være det? Hvorfor må de da ikke lenger være overtid på sykehusene? Der kan legene nå kreve å få jobbe

38 timers uker og ta vaktene sine likevel. Til gjengjeld har de mer fri på dagtid. Det er et system til å leve med for mange småbarnsforeldre. *Send tid, ikke penger!!!*

En helt annen situasjon er kommuner med dårlig legedekning. Når jeg ovenfor skrev ironisk om vårt selvbilde basert på mye jobbing for å underbygge vår viktighet, var det ikke leger i slike kommuner jeg hadde i tankene. Her er det snakk om en tvangssituasjon som påfører legene nødvendig, men ukzeptabelt mye arbeid og som det er vanskelig å komme ut av uten å flytte. I og med at nettopp vaktordningen bidrar til å skremme vekk nye leger, er det desto viktigere å gjøre den spiselig. Er det da annet å gjøre enn å hive KOPF over bord etter kontortid og hente inn vaktørste svensker? Vi må i alle fall slutte med å anse det som legenes eget og kollektive problem at legedekningen ikke er god nok. Jeg kan ikke se at det er usolidarisk av meg å ikke ville arbeide på et sted der belastningen ville føre til totalt krakk for familien min. Jeg møter nemlig krav på hjemmefronten også. Et så stort krysspress har jeg vanskelig for å tro at selv eldre leger ville velge å gå inn i med åpne øyne.

Er det håp?

Jeg er optimistisk. Forutsatt at vi nå begynner å verdsette noen av de yngre legenes egenskaper: Det er faktisk bra, ikke negativt, at vi prioriterte familien vår. Det er også bra at vi utfordrer hevdunne idealer. Og det er bra at vi stiller spørsmålstege ved å fortsette en praksis som hører en forgangen tid til.

Referanser:

1. Berg O. Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1417-21.
2. Meland E. Menneskesyn mellom KOPF og pasientautonomi. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3393-4
3. Nessa J. Vaktbikkje for velferdsstaten? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2452-4

Faglig rus, – troens bevis!



Stine Vevstad Hynne tok eksamen i Trondheim 1986. Hun er nå bydelslege ved Haugsåsen legesenter i Skien. Hun er spesialist i allmennmedisin, og er med i Prose-dyregruppa i Telemark legeforening.

Jeg har gleden av å formidle til Utpostens lesere at NSAMs årskurs er vel verdt et besøk!

Tre dager stapp fulle av tanke, ettertanke, «nær lyset opplevelser», undring og beundring.

Noen ganger ydmykende å være tilhører, mange er belest langt ut mot det hinsidige, men flest er de stundene hvor jeg lente meg bokover, ga meg hen og bare nøt presentasjonene.

Foredragsholderne formidlet vel forberedt stoff, i seg selv en sjeldent opplevelse med så jevn høy kvalitet. Dertil særegent for dette kurset, putret salen av kreativitet og filosofisk tankegods.

Årskursets tittel «Troens bevis», leder tanken hen på menighetsarbeid. Det ER en forsamlings av godt kjente kollegaer, en kjerne som har

møtt hverandre mange ganger siden stiftelsesmøtet for 15 år siden. Det er tydelig at de er trygge på hverandre, kjenner hverandre.

Derved sitter argumenter og «skyts» løst, samtidig er humoren befriende nær.

Det er godt å være på NSAMs årskurs! Vi «ny-frelste» blir tatt vare på. Likevel sliter «selskapet» med nyrekrytting. Hvorfor det? Sorer ikke disiplene budskapet? Er markedsføringens kunstsgrep å anse som uetisk i slikt et selskap? Ønsker de ikke utvanning av sin engere krets? Kanskje man skal ta på alvor når kursstart opprinner, at enkelte nykommere faktisk ikke vet hvem de andre er. Hva om kurslederne startet med å presentere seg før de ønsket velkommen? En annen ide kan være å dele ut deltakerliste ved kursstart istedenfor ved hjemreise. Utover denne smule forhåpentlig konstruktive kritikk, finnes lite å sette fingeren på ved arrangementet. Humor, entusiasme, kreativitet og vennskap florerer raust, så har man først latt seg eksponere, kommer man smittet derifra. Utstein Kloster Verthus som innlosjerte oss, trakterte med velsmakende mat og drikke samt levende flammer, og dannet en fin ramme for folkedans-instruksjon, piperøking og peiskos.

Troens bevis,- hva er så det? Kunnskap var stikkord for alle tre dagene på kurset. Hva slags kunnskap trenger vi? Må all kunnskap vitenskapelig dokumenteres? Kan man måle legekunst i p-verdier? Er legekunst lik hekseri? Trenger vi magiske krefter for å være dyktige almenpraktikere? Er «Evidence Based Medicine» (EBM) basen for vår faglige dyktighet, eller må Chochrane-bevegelsen avfinne seg med en plass i bibliotek-filen i database på den enkelte leges kontor?

S. Tamaro sier «livet er ikke et løp, men snarere å skyte blink. Det er ikke dette å spare tid som teller, snarere evnen til å finne kjernen».

Sitatet er dekkende for ånden på seminaret, et forum med tid avsatt til å dvele ved vårt fags innerste midte. I følge Gunnar Strøno er kjerneområdet i vårt daglige virke ikke forskbart, samtidig som han hevdet at vi bør holde fast ved vår naturvitenskapelige tilknytning. Han løste sitt paradigme ved å se konsultasjonen som en interaktiv kunstnerisk forestilling der vi, innenfor stramme regler, utøver vårt håndverk og hele tiden også anvender vår «kunstneriske klo».

Geir Sverre Braut minnet oss om at «trua kan ikke provast, men treng ikke være minderverdig for det». EBM er et verktøy på veien til å løse pasientens problem, men det danner ikke basis for vårt behandlingsgrunnlag. Når EBM har gitt sine svar, er vi bare kommet et stykke på vei i beslutningsprosessen rundt pasienten. Mester-svenn ordningen i tradisjonell medisinerutdanning betegnet han Wisdom Based Medicine, WBM, og målet med vår virksomhet Value Based Medicine, VBM, en medisin der EBM ikke fortrenger WBM, men hvor man lar dem stå og kaste lys over hverandre. (Sitter Geir Sverre Braut i verdikommisjonen?)

En elegant innfallsvinkel til problematikken sto filosof Åge Wifstad fra Tromsø for, idet han etter å ha vært observatør i forsamlingen i 2 dager, presenterte sitt inntrykk av debatten. Han var kritisk til ordvalget «evidence based medicine». Betegnelsen EBM er pretensiøs; den forleider tanken og forhekser forstanden bort fra det kritiske og sammensatte blikk. Han opplevde at blant annet Elisabeth Swensen i sitt innlegg ga tilkjenne en frykt for EBM.

som om den truer vår eksistens. Vitenskapelig gjøringen av medisin har gitt en ide om at det ikke er legen, men kunnskapen som helbreder. Dette gir en melankolsk tanke om at leger ikke trengs. Hvor bli det så av legeautonomien? Hvor er vår verdighet? Har vi krav på den som personer? Ja, oppfordret Åge Wifstad, ta være på verdigheten, men han stillte spørsmål ved hvorvidt en rolle som byråkratiske aktører er forenlig med denne verdigheten.

Jeg har sagt lite om hva EBMs representanter bidro med på seminaret. De presenterer på mange måter «gullstandarden». Reduksjonisme og teknologi, -det er bare litt vanskelig å føle seg bekjemmet

tanken om å til enhver tid være optimalt oppdatert på siste nye vitenskapelig dokumenterte kunnskap. Jeg ser at vi kan ha god nytte av at folk med erfaring går gjennom sannhetsgehalten og metodikken i internasjonale publikasjoner og lager koncentrater av resultatene for oss. Andy Oxman og Signe Flottorp ledet oss gjennom tankegangen som trengs for å kunne nyttiggjøre seg EBM best. - man må lære seg å stille de rette spørsmålene, og redusere flertydigheten til separate entydigheter, - og SÅ: kan du søke svar i EBM.

Spørsmålet tilslutt blir så: kan man etter å ha søkt svar på alle entydighetene igjen bygge sammen dette til et greit svar

på en kompleks og mange ganger uoversiktlig pasientsituasjon?

Jeg tror svaret er at vi trenger noe mer enn EBM. Vi trenger blant annet dialog med trygge sykehusleger der tillitsforholdet vårt er bygd opp gjennom år, kliniske skjønn og personlig verdighet.

Legerollen må by pasientene mer enn bare et medisinsk leksikon, og oss mer enn en database med oppdatert vitenskapelig dokumentasjon!

Jeg er pr idag ikke medlem i NSAM, men etter et slikt løft som årets seminar har gitt meg, betaler jeg villig kontingensten om noen tilbyr et medlemskap.

Jeg nyter fortsatt rusen!

ORD OM ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig men som de færreste av oss kan forhistorien til.

I denne spalten er det mer enn onskelig med innlegg fra leserne, det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

Mareritt er en ond, angstfylt drøm som vi alle har hatt, noen ofte, andre sjeldent. Forklaringen på slike drømmer har selv sagt variert gjennom tidene, mens selve ordet har bestått nokså uforandret. Våre forfedre hadde en sterkt tro på overnaturlige vesener og deres direkte inngrisen på menneskenes liv. En mare er et overnaturlig, kvinnelig vesen som om natten satt seg på brystet til den sovende og red. En mare ble ofte oppfattet som gjenfødt til en avdød og ordet kan tenkes å være avledet fra det indogermaniske «mer» som betyr død. Andre avledninger herfra er «mord» (som opprinnelig betød død) og det for oss leger velkjente latinske ordet «mors». Morsk er en annen avledning som vi vel oppfatter som en mindre alvorlig tilstand.

At mareritt er en god beskrivelse og forklaring på onde skremmende drømmer er vel etter dette hevet over tvil. Vi forstår jo også nå hvorfor man mente å kunne unngå mareritt med å sette skoene med spissen fra

Mareritt

sengen - en håpet maren tolket det dithen at hun skulle gå fra sengen til den uskyldig sovende.

Ord som beskriver marenes gjerninger er det flere av. En marekvist er en gren som ender i en kvast av sammenvokste kvister (oftest bjerk), og var det synlige bevis på at maren hadde ridd treet. For å beskytte hestene mot mareritt skar man et marekors (en figur dannet av to mot hverandre kryssende trekantede) over stalldøra. Skulle hesten allikevel ha fått besøk av maren så man det på at dyret ikke en marelokk som er en sammenfiltret lokk i hestens man. Denne tilstanden er spesielt hyppig forekommende i Polen og heter derfor på latinsk *plica polonica*.

Ord med stavelsen «mare» må skiller fra ord med stavelsen «mar» som betyr hav (marbakke, marekatt, marulk).

«Leger for miljø» – so what?

En formiddag med Sverre Lundvall

Innledningsvis intervjuerens dilemma: Jeg har virkelig prøvd, men aldri fått den helt store sansen for miljøbevegelsen. Det er vanskeligere å ikke få sans for Sverre Lundvall. Ihuga allmennpraktiker (etter kort tid som ferdig doktor presenterte han seg som ideologisk tilhenger av allmennmedisinen),

bosatt og med jobb i Oslo (men er nok like godt definert ved sine reiser – i sinn og skinn), en av arkitektene bak konseptet «kollegabasert læring i grupper», aktiv i NSAMs referansegruppe for økologisk medisin og en av initiativtakerne til organisasjonen «Leger for miljø» som fyller ett år i disse dager.

Intervju: Elisabeth Swensen

Det på grunn av dette siste UTPOSTEN har bedt om intervju: Hva er vitsen med «Leger for miljø»? Jeg blir invitert på formiddagsmat hjemme hos Sverre på nedre Tåsen i Oslo. Han har god tid akkurat nå, jobber et par dager i uka i Pedagogisk avdeling i Legeforeningen og er ellers i fredelig transit mellom avsluttet jobb (vikariat på «sår&brudd» ved Oslo legevakten) og ny jobb om noen måneder (gruppepraksis i byen). Jeg ankommer med buss til hovedstaden. Fra landet. Fra våronn og lammning. Fra viltre førsteklassinger (medpassasjerer på strekningen Hjartdal – Sauland) som fortsatt fører et sånt språk seg i mellom (etter at den medfølgende lærerin-nen har skjent og hysjet litt): «Ti deg då! Høyrr du ikkje ho seier at me fær ikkje vere so høgmælte!» Enn så lenge. Jeg kommer i tanker om mangfoldets egenverdi, og ikke bare i biologisk betydning.

Sverre har hage med plommetre og epletre og kompost i flere varianter – ulike prinsipper, stadier og temperaturer (det siste er vanskelig, å få rett temperatur). Vi drikker kaffe og spiser formiddagsmat og prater og spiser middag (laget av kona) og drikker mer kaffe. Jeg har aldri intervjuet noen før, og han har aldri blitt intervjuet.

Herved er rammen for denne samta- len presentert.

ES: *Er det noe poeng å være akkurat lege for miljø? Hos meg vekker det minner fra Legeforeningens twilsomme jubileumsplakat til 100-årsjubileet i 1986: «Jeg er lege, sa han, og mengden vek til side»...*

SL: Hvis du sammenligner med «Leger mot atomkrig»- som på en måte er et forbilde for oss-så kan du vel si at det ser ut som om det er et poeng. Vår yrkesgruppe har en rest av troverdighet og autoritet utad som jeg synes det er legitimt å utnytte. Dessuten har vi jo spesielle forutsetninger for å uttale oss om sammenhenger mellom miljø og helse, det blir vårt faglige bidrag til miljøkampen. Jeg hadde gjerne sett at det ble mange foreninger som vår, fra ulike fagmiljø: «jurister for miljø», «arkitekter for miljø», «sykepleiere for miljø»... For oss er det et viktig delmål å prege den alminnelige dagsorden, bli spurgt og hørt. Men som en forening av leger uttaler vi oss utad om det vi har særlig kunn-skap om, ikke generelt om gasskraft-verk for eksempel.

ES: *Si litt om organisasjonen «Leger for miljø»! Jeg er medlem, men det er bare fordi jeg var for feig til å si nei til den som spurte.*

SL: «Leger for miljø» vokste ut av NSAMs referansegruppe for økologisk medisin. Vi ville gjerne nå flere enn allmennpraktikerne. Foreningen er del av International Society of Doctors for the Environment (ISDE). Foreløpig er vi små i Norge, førtisju betalende medlemmer. Det betyr at vi ikke har økonomi til mer enn fri-merker og et par åpne møter i året. Vi har hatt to seminarer hittil, om biologisk mangfold og om moderne legemidler og miljø. Foreløpig er det ikke noe uttalt mål for foreningen å bli veldig stor, men vi tar gjerne imot innmeldinger. Det er høyt under taket, jeg synes det er viktig å ikke bli for sær i utgangspunktet. Du kan si at vi representerer en systematisk motkultur mot de kreftene som truer miljøet. Altså noe mer enn en ren kunnskapsbase. Men det er plass til folk som synes gasskraft er bra eller ikke kildesorterer sin personlige søppel.

ES: *Jeg tror jeg må ta det store spørsmålet mitt først selv om jeg gjerne vil vite mer om foreningen deres. Hvorfor er miljøbevegelsen så monomant oppatt av at jorda skal være lenge? Dere har mye større omsorg for de som kanskje kommer etter oss enn de som lider her og nå. Selv er jeg oppatt av forde-ling av goder, av rettferdighet, men klarer ikke å se at tidsperspektivet har noe særlig betydning. Det beste man kan håpe på er vel at gode gjerninger i dag koder for noe godt i fremtiden, sånn er det jo ofte. Ingen*



vet hvordan alt blir om hundre eller tusen år uansett. Barn og barnebarn får syte for seg og sin tids problemer. Og ikke minst: finne sine løsninger som sikkert er andre enn våre. Det underer og irriterer meg at miljøbevegelsen føyjer seg inn i et slags moderne prosjekt der risikokartlegging og planlegging er nøklene til himmelriket... Hvem vet: Kanskje vi blir truffet av en annen planet om ti år?!

SL: Det ville i så fall være en stor ære å få oppleve! Dessverre er det mye mer som tyder på en langsom hensyning og utarming av livet på jorda. Det er interessant det du sier om planlegging for fremtiden kontra fordelingsproblematikk i dag. Kanskje har du rett i at vi bør fokusere mer på de ødeleggelsene vår livsstil skaper i dag. For eksempel biltrafikken. Men jeg kan ikke følge deg når du gir blaffen i de neste generasjonene. Meg plager det at vi lever på en måte som ikke kan fortsette særlig lenge, at arts mangfoldet går tapt, at selve livsgrunnlaget ødelegges for de som kommer etter. Jeg vil ikke fremstå som minusposten i generasjonsregnskapet, den som ødet arven... Det er vel noe med mine røtter, min personlighet. Akkurat som jeg gjerne vil tjene nok penger til å etterlate meg en pen arv til jentene mine, i alle fall ikke gjeld!

ES: Og i min familie har det vært tradisjon for å spise og drikke og reise opp et eventuelt overskudd! Der har vi det... Men la oss snakke mer om penger. Si noe om leger og penger og bærekraftig livsstil.

SL: Det er klart at leger på mange måter er trendsetter for en måte å leve på som utgjør en trusel for miljøet: De er vant til å gå for det de vil ha, de tjener mye og intensivt, har anledning til å reise ofte, gjerne til eksotiske (og

hittil uberør-

te) mål. Presser mest mulig opplevelser inn på kortest mulig tid. Men det er forbruksmønsteret, ikke pengene, som er problemet. Leg vil nok nøle med å nei, jeg tror bestemt ikke det er aktuelt for «Lege for miljø» å reise parolen «Ned med lønna for leger!»...

ES: Noen ganger blir jeg litt oppgitt lattermild over sånne miljøtiltak som å vaske klær for hånd og spare på dopapiret. Det virker så ubehjelplig.

SL: Jeg tror det er viktig å holde fast ved personlig nøyaktighet. Mest som en slags mental tilstand. Da Marianne, kona mi, og jeg bodde i India i noen måneder i fjor ble jeg slått av kulturforskjellen på en sånn ting som forbruk av papir! Før vi reiste vikarerte jeg som bydelsoverlege. Jeg druknet i papir. Så kom vi til India hvor folk gikk rundt med hele arkivet sitt sirlig nedtegnet på én liten krøllete papirlapp i lomma. Papiret. Men det er klart mye av for eksempel resirkulering av avfall bare er egnet til å des-

illusjonere. Som da jeg fant ut at alt det returpapiret jeg hadde samlet som bydelsoverlege bare ble hivit sammen med all den andre søpla til slutt! Men vi fikk faktisk til å halvere papirforbruket på kontoret, bl.a. ved et enkelt tiltak som å kopiere på begge sider. Reduksjon av forbruk er uansett mye viktigere og mye mer radikalt enn resirkulering.

ES: Jeg holder fast ved at det betyr fint lite i den store sammenhengen om du kopierer på begge sider. Men jeg har sans for det med nøyaktighets innvirkning på den allmenne moralen. Nå til de virkelig store sammenhengene: Kan du fortelle litt om det møtet dere hadde med legemiddelindustrien? Apropos nøyaktighet...



SL: Det var ganske interessant. Vi arrangerte et seminar med tittelen: «Moderne legemidler – nyttige hjelpemidler med miljøskadelige bivirkninger?» Der tok vi for oss legemidlene så å si fra vugge til grav, altså produksjon, emballasje, transport, forbruk, nedbryting, miljørest... Legemiddelindustrien er selv veldig opptatt av dette nå, og vi synes vi har en viktig pådriverrolle i forhold til dem. Prøver å få produksjonen og produktene så lite miljøskadelige som mulig. Det lar seg gjenfinne i konkrete tiltak. For

eksempel har noen firmaer byttet til KFK-fri drivgass i astmasprayene. Hvorfor ikke lage emballasje som er helt nedbrytbar? Tenk på alle de tomme Diskusene som ligger og flyter. Visste du forresten at Astra holder seg med egen øko-toksikolog? Han kom til seminaret.

ES: Men dette du nå forteller om er vel mest av alt en oppvisning i kapitalismens tilpasningsevne? Tolke trendene, pleie markedet – og så selge enda mer. Resultatet blir uansett netto økt forbruk. Bingo til herren på bakerste benk med mørke briller og stresskoffert!

SL: Klart det er reformisme. Men det er et poeng å peke på dumheter i systemet.

Som for eksempel vår svenska systerforening

Läkare för miljö gjör når de går mot parallellimport av lege-midler: Først blir pillene produsert i Sverige for så å bli kjørt til Italia før de igjen blir kjørt til Sverige og solgt til en billigere pris. Et løpende reformistisk arbeid utelukker ikke et utopisk perspektiv.

ES: Som med nødvendighet må bli revolusjonært eller i alle fall anti-kapitalistisk...?

SL: Antagelig. Jeg ser personlig ingen grunn til at «Leger for miljø» ikke skulle kunne innta en slik posisjon. Men dette står altså for min regning, vi er ikke der nå. Du må ikke glemme at vi er en ung forening. I tillegg er vi ganske gamle, vi som er med der. Jeg følte særlig rett etter at vi hadde startet opp at jeg burde gjøre mye mer, at det måtte skje mer og helst fort. Men det er et mål når man nærmer seg femti å gjøre ting litt rolig.

(Her senker det seg en forsonlig og innforstått ro over samtalen. På kjeskapdøra henger en håndmalt lapp med store blå bokstaver: «Slipp ditt sinn fri, bli som en ball i en fjell-

bekk». Det må være en av døtrene hans, tenker jeg. Livets elv renner langsommere her over formiddagsmaten. Ikke så verst å være ball i rolig farvann heller...)

ES: Ungene mine har hatt noe nær angst-anfall i forbindelse med at jeg har latt bilen gå på tomtgang en kald vintermorgen eller kastet et tomt syltetøyglass i sopla av ren latskap. Tror du miljøbevegelsen bidrar til en fremtidspessimisme som i sin konsekvens kan virke mer lammende enn inspirerende?



SL:
Egentlig tror
jeg det er

omvendt. En organisasjon for miljøet bidrar til optimisme og handling. Man får anledning til å gi seg selv en mening i verden, en slags identitet. Jeg skammer meg ikke over erkjennelsen av at ethvert engasjement – for Palestina eller miljøet eller de sultne barna i Afrika – har en viktig funksjon som mentalhygiene for de som er med på det. Man kan alltid miste motet. Det ligger sikkert litt til legerollen også, å lete etter proble-

mer. Jeg merker det når broren min, som er arkitekt, og jeg snakker sammen. Han ser løsningene, jeg er den problemorienterte. Men jeg vender tilbake til erfaringene våre fra India: På forhånd hadde jeg tenkt at jeg kunne bli helt slått ut av fattigdommen og de overveldende problerene (NB: forutsatt at jeg overlevde; egentlig tenkte jeg i fullt alvor at jeg som representant for det rike Nord antagelig ville bli – rettmessig – drept og ranet!). Så ble det heller omvendt. Vi lærte at det faktisk går an å være i en uløselig situasjon. (Her får intervjueren en plutselig og passende assosiasjon til psykiatrenes yndlingsparole om «å stå i situasjonen». Kanskje morsommere tross alt i India !?) Det var mye bedre å være blant de fattige enn å sitte hjemme og tenke på dem.

Inderne vi traff på landsbygdene var gjennomgående optimister og de viste igjen og igjen hvordan de omsatte optimisme i praktiske handlinger. Vi var i flere landsbyer der man hadde snudd en negativ utvikling – alkoholisme, tørke, avskoging – gjennom kampanjer og tiltak båret opp av lokale ildsjeler og stor grad av selvtillit.

ES: Danske Hans-Jørgen Nielsen beskriver i essaysamlingen «Den fraktale boogie» sin forskrekkelser da det gikk opp for ham at de som bekjenner seg til den i og for seg vakre hypotesen om Gaia – Moder Jord som én levende selvorganiserende organisme – implisitt godtar at mennesket ikke er mer verdt enn for eksempel en edderkopp eller en soyabonne.

«Gaia har ingen etikk for forholdet mellom menneskene og deres forhold til henne», skriver han. Springer ditt miljøengasjement ut av en omsorg for Moder Jord som sådan eller for menneskene som lever på den?

SL: Helt klart det siste. Menneskene

er vår viktigste ressurs. Og vi sløser med den. Det har jeg tenkt mye på når jeg nå har sittet nede i Legeforeningen og fulgt med på saker der kolleger blir helt ødelagt etter å ha gjort en feil. Man skal ikke bagatellisere det personlige ansvaret. Men jeg skal innrømme at jeg ofte tenker at «det der kunne vært meg, sånn kunne jeg også ha gjort». Vi burde forske mer på hvordan man får til gode kollegiale miljøer. Det er god ressursforvaltning.

ES: Til slutt, Sverre: Hvordan tenker du om deg selv som lege i det postmoderne styrrike helse-Norge med sitt forbruk av tjenester, transport, teknologi, medisiner...? Er det i seg selv nærmest uforenlig å drive i vår bransje og samtidig påberope seg et miljøengasjement?

SL: Det var en tid da jeg hadde tanker om å starte praksis i en lavvo inne ved Katnosa i Oslo-marka. Sette lette fotavtrykk i verden. Det er klart mye av det vi driver med i helsetjenesten ikke er bærekraftig. Indianerne sier noe sånt som at «hvis denne handlingen kan forsvares i syv generasjoner frem, så OK». Jeg har tenkt mye på det. For eksempel likte jeg ikke den kampanjen som gikk ut på at allmennlegene er for dårlige til å stille diagnosen «depresjon», i betydningen: for få pasienter får piller. På den annen side var jeg nylig på et lungekurs der det ble vist hvordan bruk av spirometri kan redusere forskrivning av inhala sjonssteroider. Altså et eksempel på at moderne medisinsk teknologi kan ha en miljøvennlig konsekvens. Om allmennmedisinen tenker jeg at den består lakmustesten.

ES: Som er...?

SL: Lakmustesten er følgende spørsmål: Kunne kloden tåle at denne virksomheten foregikk i Kina og India, altså i et helt annet omfang? Allmennmedisin handler om konsultasjonen – en stillferdig, lavteknologisk, lite forurensende virksomhet. Jeg synes det er viktig å minne oss selv og andre på at denne virksomheten er verneverdig.

LEGER FOR MILJØ

Utdrag fra vedtekten

S1 Foreningen «Leger for miljø» er en norsk avdeling av International Society of Doctors for the Environment (ISDE).

S2 Foreningen er åpen for leger og medisinske studenter.

S3 Foreningens formål er å arbeide for en samfunnsutvikling som i respekt for naturen fremmer livsgrunnlaget både for mennesker og andre arter ved at:

- det biologiske mangfold bevares. Følgelig må forurensing av havvann, fersk vann og av landjorden unngås. Skogområder og jordbruksarealer må tas vare på og jordens fiskebestander gis mulighet til å utvikle seg.
- endelige lagerressurser ikke forbrukes raskere enn naturen kan bygge dem opp.
- stabile, naturfremmede stoffer ikke akkumuleres i biosfæren.
- ressursutnyttelse er effektiv (ikke sløsende) og rettferdig, slik at hele jordens befolkning kan få dekket sine grunnleggende behov.

S4 «Leger for miljø» vil:

vise særlig årvåkenhet overfor sykdommer som kan skyldes forandringer i miljøet, og stimulere til vitenskapelige undersøkelser innen dette området.

- innhente og spre kunnskap om miljøets effekter på liv og helse for mennesker og andre arter nå og i fremtiden.
- påvirke beslutninger i politikk og næringsliv for en utvikling som er i samsvar med prinsippene i S 3.

.....

STYRE 1997 – 1999

Turi Bondeson, leder

Sverre Lundevall, nestleder/kasserer

Dyre Meen, sekretær

Anton Hauge, Kai-Håkon Carlsen, Sigmund Gismervik, styremedlemmer

Almentpraktiserende legers forening inviterer igjen til kurset:

«Primærlegen og medarbeideren»

Soria Moria 27. - 29. august 1998

Torsdag 27. august:

- 09.00 - 10.00 Registrering og Kaffe
10.00 - 10.15 Velkommen og presentasjon av kurskomiteen
10.15 - 11.15 Fører vi at vi må ha helsevesenets godkjenningsstempel før vi tør å leve det gode liv?
Helsearbeideren representerer både en mulighet og en trussel.
v/Allmennpraktiker Sten Erik Hessling og Legesekretær Torill Bogen
11.15 - 12.00 Hvordan er den perfekte lege?
v/ Legesekretær Tove Rutle
Hvordan er den perfekte medarbeider?
v/Allmennpraktiker Helge Worren
12.00 - 13.30 Lunsj
13.30 - 15.30 Hvilke laboratorieprøver er aktuelle ved:
-Øvre luftveisinfeksjoner, akutt abdomen og ledssmerter
Hvem svarer på hva, og hva svarer vi, når pasienten spør om laboratorieresultat i «gråsonen». For eksempel på lipider/glucose? v/Allmennpraktiker og forsker Signe Flottorp
Medarbeidersamtalen - hvordan gjennomføre denne?
Summegrupper og samtale hvor erfaringer deles.
v/Allmennpraktiker Marte Walstad
Ca kl 21.00 Spiller Knut Onstad m/flere, for å glede oss alle!

Fredag 28. august:

- To parallelle sesjoner med skifte før og etter lunsj.
Ansikt til ansikt.
Møte mellom lege - medarbeider og pasient.
Denne seansen krever ingen forberedelser, men kursdeltakerne oppfordres til å tenke på situasjoner som i særlig grad setter krav til samarbeid og god kommunikasjon.
v/Psykolog Arne Holte, Institutt for medisinske adferdsfag.
12.30 - 13.30 Lunsj
13.30 - 17.00 La det gå sport i gode prosedyrer og rutiner!
Erfaringer fra egen praksis vil inspirere til gruppearbeid.
v/Sykepleier Hege Birketvedt Eklund
19.30 Festmiddag, dans og gode «påfunn»!

Lørdag 29. august:

- 09.30 - 10.15 Hvordan skal vi takle vanskelige og truende pasienter i allmennpraksis?
v/Ass.fylkeslege og allmennpraktiker Ingrid Hauge Lundby
10.15 - 10.45 Gruppearbeid om tema
10.45 - 11.00 Kaffepause
11.00 - 11.45 Hvordan ta vare på hverandre på legekontoret i vanskelige situasjoner. v/Psykiater og forsker Erik Falkum
11.45 - 12.15 Gruppearbeid
12.15 - 12.30 Oppsummering og avslutning
Det tas forbehold om endringer i programmet

Kursavgift: kr 1 700,-

Hotellpris: kr 850,- helpensjon enkeltrom

kr 650,- helpensjon dobbeltrom

Festaften: kr 300,-

Påmeldingsfrist: innen 20. juni, til:

RMR kursarrangør Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim. Tlf. 63 97 33 22 Fax 63 97 16 25

Det norske seksuelle hus fram mot år 2000

Konferanse om klinisk seksologi i Oslo, mars 1998.

Konferansens ånd gikk ut på å bygge bro mellom den psykologiske og somatiske forståelsen av seksuelle problemer, og budskapet til allmenpraktikerne var klart: Her er det mye vi bør håndtere på egen hånd uten å henvise til annenlinjetjenesten.

5 – 20 % av den voksne norske befolkning har seksuelle problemer av større eller mindre art – 11 % har problemer av en slik art at de trenger profesjonell hjelp. Forekomsten er altså dobbelt så høyt som forekomsten av alvorlige depresjoner. Dette bør være en tankevekker for de fleste av oss, hvor mange konsultasjoner med sexologiske problemstillinger som tema har du hatt siste året?

De vanligste seksuelle problemene

Redusert seksuell lyst



Vaginisme

Dyspareuni

Redusert lubrikasjon

Orgasmeproblemer

Erektil dysfunksjon
(potensproblemer)



Ejakulatio precox

Redusert seksuell lyst

Allmennpraktikerens møte med den homoseksuelle pasient

Man velger ikke å være homoseksuell, man er det!

Kunnskap hos leger er ikke nok for å skape en trygg ramme i møtet med denne delen av befolkningen. Vi må vite noe om våre egen holdninger til homoseksualitet. Mange av oss er preget av angst for det ukjente og tabubelagte. 3-5 % av befolkningen er homoseksuelle, hvor mange vet du om i din pasientpopulasjon?

Vi kan f. eks. spørre på følgende måte: Har du en kjæreste/partner? Er det gutt eller jente? Med en slik åpen spørsmålsstilling viser vi at vi ikke har noen forventning til kjærestens kjønn.

Eldre homofile lever ofte mer isolert enn heterofile jevngamle. Disse kan være en risikogruppe for depresjon osv.

Medikamentenes inntog i sexologien

Går vi inn i en ny æra: Dr Kvik Fiks som har lynkjappe medikamentelle løsninger på problemer som ofte er svært sammensatte og dreier seg om langt mer enn manglende reisning. Vil vi her overse mulighetene til å se de dypere liggende mellommenneskelige problemene som ligger bak?

Nevrologi

Forstyrrelser i seksualfunksjonen må utredes somatisk før man fastslår at det er psykisk betinget.

Cary Grant: for å lykkes hos det annet kjønn bør man si man er impotent!!

Enhver nevrologisk sykdom kan tenkes å gi forstyrrelser i seksualfunksjonen.

75% av MS pas har symptomer på seksuelle dysfunksjoner. 40 % av voksne med insulinkrevende diabetes har seksuell dysfunksjon.

OBS latrogene tilstander: Medikamenter og sequele etter operasjoner i bekkenet. Det er ofte en kobling mellom psykiske og somatiske årsaker idet redusert libido gir depresjon og dårlig selvtiltrost, og dette potenserdes igjen av økt trettbarhet, sedasjon, endokrine forstyrrelser, inkontinensproblemer, bevegelsesvansker osv.

Erektsjonsproblemer hos menn og lubrikasjonsproblemer hos kvinner er egentlig det samme problemet og har de samme årsakene. Det kan være en venös, arteriell, nevrogen, psykogen eller hormonell årsak – og oftest en kombinasjon av disse kombinert med det faktum at noe redusert funksjon gir sekundær betydelig dysfunksjon.

Seksuelle problemer kan alt så skyldes somatisk sykdom per se, problemer med å akseptere sykdommen og psykisk reaksjon på noe redusert seksuell funksjon. For pasienten er det viktig å få hjelp til å skille disse faktorene fra hverandre!!

HVPU klienter og seksuelle problemer

Vi har lett for å glemme at de har nøyaktig det samme biologiske grunnlag for seksualitet



Det at menn «bare tenker på sex» – betyr det at menn som tenker på noe annet ikke er en ordentlig mann?

som oss andre, men at det er den kognitive svikten eventuelt kombinert med andre handicap som skaper vanskene. Vår seksualitet er basert på erfaringer vi gjør helt fra fødselen, i form av «herming» etter våre modeller, i lek og i tilgjengelig litteratur – alt fra «Arabiske netter» til porno har formet oss til seksuelle individer. Denne erfaringen vil ofte mangle for de psykisk utviklingshemmede. De går derfor glipp av de «uskrevne lover» vi andre har fått hvor vi har lært hvilke sosiale rammer som settes rundt seksualiteten. Juridiske forhold, religiøse aspekter og endel viktige sosiale ferdigheter er noe de ikke har innarbeidet og det er ofte dette som skaper vanskene.

HVPU klienten er barn i en voksen kropp. Det er lett å feiltolke seksuelle handlinger blant psykisk utviklingshemmede som bisarre, mens det ofte er en naturlig handling i manglende innlært sosial kontekst.

Medikamenter og seksuelle problemer

Blodtryksmedikamentene dominerer bildet, erekjonsproblemer og manglende lyst er de vanligste symptomene.

Betablokkeren er «verst», alfablokkerene kan gi ejakulasjonsvansker. «Gamle» antiepileptika gav ofte



Doktoren skulle aldri ha gitt ham disse jævla testosteron pillene!

impotens (det er dog noe usikkert hva den tilgrunnliggende hjerneskaden bidrar med hos endel pasienter).

Antipsykotiske midler kan gi både impotens og priapisme (smertefull vedvarende erekasjon).

Anxiolytika betyr sannsynligvis lite for seksualfunksjonen.

Antidepressiva: Vansklig å si hva som er årsak til seksuelle problemer; sykdom og/eller medikamentene. Tolvon og tricykliske antidepressiva har knapt noen bivirkninger på dette området. Anafranil kan gi anorgasme. Klomipramin og SSRI har 1–4% rapporterte bivirkninger i form av seksuelle problemer.

Antiparkinsonmedikamenter kan ha som bivirkning at pasientene opplever seg som økt seksuelt stimulerte.

OBS. Ikke gi medikamenter all skylda, det er som regel en kombinert effekt av mange faktorer: Røyk, hjertesykdom, diabetes, psykologiske faktorer, stort matintak og medikamenter.

Hva kan man så gjøre??

- Vent og se? Kanskje «går det seg til etter noen tid»?
- Tablettinntak etter samleie istedet for rett før?
- Redusert dose?
- Drug holidays?
- Skifte medikament? For antidepressiva vil da Auroix, Nefadar eller Tolvon kanskje være naturlig førstevang?

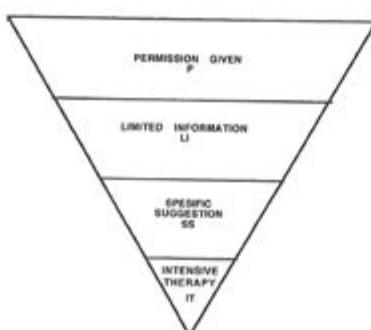
- Annen behandling? Caverjekt? (medikament som injiseres i penis). Viagra? (tablett som er registrert i USA, kommer snart til Norge). Testosterontilskudd (atmos plaster).
- PLISSIT: (se fig)

Allmennmedisinens rolle

Undersøkelser viser at de som har problemer med seksuallivet og ønsker å få profesjonell hjelp velger å oppsøke allmennpraktikere.

PLISSIT - MODELLEN

Opprinnelig etter J. Aron og C.H. Robinson



P = Permission given: Laveste intervensionsnivå hvor man «gir» tillatelse til at problemet er tilstede.

LI = Limited Information: Enkel informasjon omkring problemet.

SS = Spesific Suggestion: Direkte råd eller anvisninger.

IT = Intensive therapy: Mer spesialisert terapi hos f eks spesialist.

(modellen er omarbeidet til norske forhold av Kjell-Olav B Svendsen)

Det bør være like naturlig å spørre om seksualfunksjonen som å spørre om avføring og vannlating.

Allmennpraktikeren må da ha innsikt nok på dette feltet og ikke minst klare å se hvordan «alt henger sammen med alt». Mange har nytte av ren helseopplysing, spesielt hva som er normalt. Bare det å treffen en allmennpraktiker som er villig til å snakke om problemene kan hjelpe mange. Vi må ikke tro at vi ikke kan noe og derfor fristes til å avføre problemet som for komplisert.

Vi må nå fremover passe oss for å tro vi har «en pille for alt som er ille». Medikaliseringen av seksuelle problemer er en fallgrube i tida fremover, legemiddelindustrien vil komme med en rekke nye medikamentelle behandlingsalternativer.

SSRI – forkortelse for seksuelle dysfunksjoner:

S – svekket lyst

S – svekket seksuell funksjon

R – retardert ejakulasjon

I – impotens



Ejakulatio precox = for tidlig sædavgang

Defineres som ejakulasjon før eller rett etter at penis har kommet inn i vagina.

Dette er det mest vanlige seksuelle problem hos menn, debuterer i ung alder og kan være livet ut uten adekvat behandling. Tilstanden forverres ofte av uhedig interaksjon med partner.

Tilstanden kan behandles med forholdsvis enkle metoder som bl.a innebefatter samleieforbud, kvinnen skal kjærtegne etter angitt instruksjon slik at mannen lærer seg å «tåle» stimuli uten å få utløsning (start-stopp-teknikk) samt at mannen skal drive bekkenbunnstrenings. SSRI kan hvis det er indikasjon forøvrig være svært nyttig for enkelte. Xylokainkrem kan brukes for å redusere sensibiliteten.

For noen er ejakulatio precox ledd i en erekтив svikt og disse kan ha nytte av Caverjekt. For andre vil problemet gi lystproblemer og dermed erekтив svikt sekundært.

Redusert seksuell lyst

Større problem for kvinner enn menn, økende forekomst hos begge kjønn. Som regel psykiske årsaker men ikke glem de somatiske:

- medikamenter
- røyk
- alkohol
- svangerskap

- prolaktinom
Seksuelle problemer er ikke bare psykogene eller somatiske, de er ofte et rent kommunikasjonsproblem i parforholdet. Seksuell dysfunksjon kan da være et sunt symptom på at noe er galt i forholdet.

Erektile dysfunksjon (ED)

Kan være symptom på en sykdom og pasienten skal derfor utredes. Tilsvarende symptom hos kvinnene

er manglende lubrikasjon. Allmennpraktikere bør behandle disse pasientene unntatt unge med primær ED, ved mistanke om kar anomalier og hvis intracavernos inj.beh. ikke virker.

Det tar tid å lære selvinjeksjon med Caverjekt (et nytt medikament som synes å ha god effekt), 1.-3. gang pasienten prøver vil ofte være «mislykket». De bør prøve å sette det på kontoret for å lære administrasjonsteknikken og den dosis som da er bruket er ofte den riktige. Pasienten trenger oppfølging i lengre tid. Medikamentfirmaet har et instruktivt hefte om utredning og behandling av ED.

Det at menn «bare tenker på sex» kan tolkes positivt:

De tillegges evnen til å tenke!

sjonsteknikken og den dosis som da er bruket er ofte den riktige. Pasienten trenger oppfølging i lengre tid. Medikamentfirmaet har et instruktivt hefte om utredning og behandling av ED.

Prostatasykdommer og sexliv

Prostatitt gir ofte seksuelle dysfonksjoner og omvendt.

Prostatisme gir ofte problemer for begge partnere både sosialt og seksuelt. – Urge symptomer trekker den unge mannen til senga og den eldre fra senga! Ca 50% av de TURopererte får seksuelle problemer etter operasjonen, mange får ikke informasjon om at de etter operasjonen

får retrograd ejakulasjon. Bruk av Proscar gir 4–6% risiko for erektil dysfunksjon. Alfablokkere kan både være erektsjonfremmende og motsatt.

Phimose

Trang forhud er et lite problem hos barn og synkier skal ikke røres så fremt de ikke har gjentatte ballanitter. Det er ofte mors og fars problem idet de ofte driver med overdreven hygiene.

Mange voksne har sequeler etter ballanitter som kan behandles med steriodkremer eller Orudis krem. NB mål blodsukker på disse pasientene!

Sexologisk kirurgi

Penis forlengelse og fortykkelse må betraktes som eksperimentell kirurgi. Endel kvinner vil fjerne deler av labia minores. Det er som regel dypere-liggende seksuelle eller andre psykiske problemer som ligger bak ønsket om slik kirurgi. En bør prøve å få fram disse underliggende problemer pasienten har samtidig som man bør advare mot slik kirurgi, spesielt peniskirurgi fordi det kan bli svært mutilerende, ikke reverserbare resultater. Endel menn velger annen form for penisforlengelse i form av ny bil og det er kanskje en bedre løsning?

Jannike Reymert
Bakkelandet legekontor
Sverresgt. 23
7800 NAMSOS



Et indlæg i fastlege debatten



Niels Bentzen, født 1944, cand med Århus 1970. Praktiserende lege i Nr. Lyndelse fra 1975. Professor i Odense fra 1993. Internasjonal erfaring fra allmennpraksis og undervisnings- og forskningsmiljøer bl.a i Norge. Konsulent for Fastlege-prosjektet til 1997, gjesteprofessor i Tromsø fra 1997. Stor Norgesvenn.

Fastlegeordningens problemstillinger

I Utpostens første udgave i år, nævner Tom Christiansen, nyudnevnt projektleder for fastlegeordningens indførelse, nogen af de problemer der er ved at indføre fastlegeordningen på landsplan: Hvordan skal det gå i utkantstrok? Hvordan skal tunuslegeordningen utformes? Hvordan sikre en smidig rekruttering av nye alment praktiserende leger? Hvordan kan man sikre rekruttering af samfunnsmedicinere som ønsker at kombinere dette med allmennmedisin? Og der er andre problemer – hvordan får kvindelige leger en mulighed for at styre deres arbejdsbelastning? Hvordan sikrer man patienterne legedeckning ved fravær pga ferie og kurser? Problemer som fastlegeforsøket skulle have givet svar på.

Hvordan er disse problemer løst i andre lande med fastlegeordning?

Er der noget ved den foreslæde Norske model, som fastlegeforsøket ikke har givet svar på?

Min konsulentfunktion for Helsedepartementet er slut, men der er ting jeg har sagt til Departementet, som man enten ikke har forstået eller ikke har villet bruge. Det er i høj grad med til at give de problemer som I nu står overfor.

Jeg synes at det var en god idé at gennemføre et fastlegeforsøk i Norge. Herved kunne I få norske erfaringer, så I kan finde de specielle løsninger, som er hensigtsmessige i norsk helsevæsen og som er tilpasset jeres geografi og kultur. Men jeg synes ikke at resultaterne fra forsøget i sørlig høj grad bruges til at lave en hensigtsmessig norsk fastlegeordning, der tager hensyn til utkant-Norge, til turnuskandidater, til små kommuner, til rekrutteringsproblematikken, til befolkningens frie legevalg eller til legerne!

Jeg mener at en stor del af problemet skyldes, at Departementet ønsker at enhver borger skal have een og kun een lege! Legens liste skal være personlig og ansvaret for patienterne på listen må ikke deles mellem flere leger, uanset hvor i Norge man befinder sig!

I andre lande med fastlegeordning er man ikke så «firkantet». Fastlegeordningen i Danmark har bevaret en stor grad af fleksibilitet og frihed for såvel befolkningen som for legerne, uden at det er gået ud over det essentielle ved et fastlegesystem: etablering af et gensidigt forpligtigende lege-patient forhold. Det har man kunnet gøre, fordi man enten har givet legerne mulighed for at have deres egen liste (som i den norske model) eller at være felles

om en liste – dele listeansvaret, forpligtelsen og økonomien mellem sig. Dette giver legerne frihed til at kunne arbejde på en måde, som passer den enkelte lege og hendes patienter bedst. Det giver også patienterne valgfrihed mht hvilken lege-praksis de vil have. De kan enten vælge at have en lege eller en gruppe leger. Hvis de vælger en gruppe leger som deres «fastlege», så kan de gå til den af «deres» leger, som de synes er bedst til at hjælpe dem med et bestemt problem.

Små-kommune problematikken

I dag eksisterer der faktisk en «fastlegeordning med felles listeansvar» i små-kommunerne. Den er karakteriseret ved at legerne i fællesskab er ansvarlige for alle kommunens indbyggere, som derfor kan betragtes som værende på en felles liste. At indføre en fastlegeordning med et individuelt listeansvar i disse små kommuner (mindre end 4-5.000 indbyggere) vil skabe store problemer. Disse kommuner har allerede i dag problemer nok med legedeckning, kontinuitet og kvalitet i helsetilbuddet til befolkningen. Jeg forudser at færre norske leger vil arbejde i disse kommuner, hvis der indføres en fastlegeordning med individuelle lister. Kommunerne vil blive nødt til at få deres legedeckning vha danske, svenske og andre udenlandske vikarer! Er det det man ønsker sig af en norsk løsning? En bibe holdelse af den nuværende kommunelegeordning i disse kommuner og en accept af, at man her har leger med et felles ansvar for alle kommunens indbyggere vil sikre, at selv norske leger vil arbejde i små-kommunerne en årække inden de søger mod centrale strok og større kommuner.

Turnuslegeordningen

Turnuslegen skal arbejde på principallegens liste, han kan ikke have sine egen liste, da han jo er under uddannelse! Principallegen bør have honorar for at supervisere og opnåre turnuslegen (i Danmark får den ansvarlige lege ca. 25.000 kr for 6 mdr.s supervision af turnuskandidaten). Den lege som skal supervisere turnuslegen bør være specia-list i almen medicin og kunne vejlede og rådgive turnuslegen. Turnuslegen bør have sin løn fra fylket på samme måde som de får det mens de er på syghuset, men herudover skal han selv have indtjeningen fra sine lege-vagter. Det betyder at principallegen vil få en indtjenning fra turnuslegens arbejde, men det opvejes af det intektstab legen har, fordi han skal bruge tid på at supervisere og vejlede turnuskandidaten og derfor ikke kan se så mange patienter selv. Det vil også give mulighed for den høj-nelse af kvaliteten af turnuslegernes uddannelse, som der efterlyses i Utposten.

Det skal være attraktivt at være supervisor for en turnuskandidat og det skal være lærerigt for turnuskandidaten – de er fremtidens leger!

Rekruttering af nye allmennmedisinere

Der er en tendens til at nogen leger får mange patienter på deres liste. Med årene får de behov for at arbejde mindre eller med noget andet. «Udenfor» står der yngre leger, som gerne vil etablere sig i allmennpraksis, men med den foreslæde fastle-gemodel er det næsten umuligt, med mindre øgteføllen har en meget god indtoegt og kan hjelpe familien igennem 3-5 magre år. Hvis man har mulighed for at optage den nye lege i sin praksis, så kan man dele listeansvaret og indtje-ningen. Den «gamle» lege får den ønskede aflastning og den unge kommer i praksis, får patienter og kan få sig en rimelig indtjenning fra starten.

At etablere sig som ny lege i en kommune, hvor hele befolkningen har fordelt sig på legernes lister er næsten umuligt – i alle tilfælde i de

mindre kommuner. De foreslæde «krumspring» med at bede patienter om at skifte til den nye lege eller tvangsflytte dem, mener jeg er helt uacceptabelt og ude af trit med norske frihedsideal!

Samfunnsmedicineren

Hvis man har mulighed for at deles om listeansvaret, så har patienterne ikke «monopol» på legen, og man kan derfor have andre interesser uden at det går ud over fastlegefunktionen. En del leger ønsker at være sig selv og være ene lege for deres egne patienter, for dem passer den foreslæde norske model fint. I Dan-mark arbejder 40 % af legerne på denne måde.

De resterende 60% af legerne i Danmark arbejder i gruppepraksis med fellesliste ansvar (såkaldte kompaniskapspraksis). Der kan være 2, 3, 4, 5, 6, 7 eller 8 leger om en felles liste. Det hyppigste er 2-4 leger.

Selv arbejder jeg i en praksis, hvor vi er 7 leger om en liste. Det betyder at jeg kan passe mit arbejde som professor og være i praksis 2 halve dage om ugen. Det sikrer mine patienter en kontinuitet og et liste-ansvar (som er praksis's), som både patienterne, mine kolleger og jeg er tilfredse med! Felles lister giver mulighed for, at man kan fordele arbejdet imellem legerne på en sådan måde, at man kan passe andre opgaver fx kommunale, fengsel osv, uden at det går ud over fastlege-ideen.

På de dage hvor man ikke er i praksis, er der en af de andre leger der tager alle ØH patienter. Når man har en felles liste, så har patienten ikke «krav» på altid at skulle ses af en bestemt lege. Patienterne har selv valgt en praksis, hvor der er flere leger de kan vælge imellem, med de fordele og ulemper det giver. De kan gå til en af os med deres børn, til en anden når de har ondt i ryggen. Vi prøver at fastholde patienterne til to af legerne, hvor den ene er deres foretrukne og den de kommer til med de ikke akutte problemer. Det fungerer udørket for patienterne og for os. Hvis vi opdager, at en pati-

entent begynder at «shoppe» og spille os ud imod hinanden, så aftaler vi hvem der skal tage sig af problemet og meddeler dette til patienten. De patienter der ikke vil affinde sig med det, kan skifte lege til en der har sin egen liste. Det kalder vi frit legevalg!

Kvindelige legers skøve lister

Hvis man har en felles liste kan man fordele arbejdet imellem sig, så man minsker risikoen for at bronde ud. I praksis med felles lister er der ingen «skøve lister». I vores praksis kan de 2 kvindelige leger godt blive troet-te af underlivsundersøgelser. De kan så aftale med sekretærerne at der kun bruges et vist antal af deres tider til «kvindeproblemer», de andre skal være til «almindelige konsultationer». Det kan de gøre fordi de kvindelige patienter ikke har noget «liste-krav» på at komme ind til en kvindelig lege – de har krav på at komme ind til en af deres leger, og det er os alle 7! Når de får at vide, at der er 4 ugers ventetid på en underlivsundersøgelse hos en kvin-delig lege, så vælger mange at komme ind og blive undersøgt af en af os andre (mænd), for det kan de komme i morgen!

Som et kuriosum kan nævnes, at vi i vores overenskomst med Sygesikringen (Trygdekassen) har forpligtet os til at kunne give vores patienter en time (bestilt konsul-tation) i løbet af højst 5 hverdage. Drejer det sig om ØH, skal patienten kunne komme til på dagen! Det er en forpligtigelse praksis har. Er legen alene er det hendes eget ansvar, er legen sammen med andre leger om listen, er det et felles ansvar. Dette lever vi op til, og vi er ikke stressede!

Ferier, kurser og fravær

Hvis man har felles liste er det ikke noget problem at holde praksis åben selv når en af legerne er borte. Hvis man har sin egen liste, så skal man aftale med naboleger osv for at sikre, at patienterne får den service de har krav på, mens man er væk. Det er mere besværligt når man må

lukke sin praksis fordi man skal på kursus eller holde ferie, men 40% af legerne i Danmark finder, at det er besvaret værd, for at bibeholde deres frihed. Andre er glade for den frihed det giver, at kunne arbejde sammen og deles om ansvaret og forpligtigelsen til at holde praksis åben. Som lege kan man arbejde på den måde, der passer én bedst. Det giver den største grad af tilfredshed, og glade læger er nu ikke det dårligste man har i almen praksis!

Afsluttende kommentarer

I står overfor en række problemer, hvis den foreliggende model for en fastlegeordning skal indføres på landsplan! Men de fleste kan løses ved at tillade, at leger kan dele et listeansvar, dvs være felles om en liste – hvis og når de ønsker det! Det vil give en meget fleksibel fastlegeordning, hvor legerne og patienterne kan vælge, hvilken binding der skal være mellem dem.

Det vil betyde, at I kan få en fast-

legeordning, hvor der tages hensyn til utkantsstrøk og småkommuner, til befolkningens og politikkernes ønske om frit legevalg på visse betingelser og en mulighed for at leger let kan komme i praksis, bliver der og leve af det fra begyndelsen. Det vil være en fastlegeordning som er norsk, og som kan tilpasses jeres behov når de opstår.

Felles Edb-utvalg for primærhelsetjenesten (Fedb-UP) inviterer til arbeidsseminar:

«Hvordan kan Internett bli et naturlig, relevant, sikkert og praktisk hjelpe middel i primærmedisin».

Fredag 11. september 1998

kl 10.00-16.00

Sted: Legenes hus, Oslo

Internet er blitt en naturlig del av hverdagen for mange av oss, men likevel er det mange kolleger som stadig sitter på gjerdet overfor denne teknologien. Vi ønsker å samle en del av dere som har interesse på området til å øse av deres kunnskap, og bli med å påvirke Fedb-UP's strategier framover. Konkret tar vi sikte på å lage en kortfattet veileder i Internet-bruk for norske primærleger.

Det er sendt søknad til Sentralstyret i Dnlf om å få Seminaret godkjent som videre/etterutdannings-kurs for allmennmedisin og samfunnsmedisin og med mulighet for refusjon av utgifter til reise og evt opphold fra Fond 2.

Kursprogram

10.00-10.30 Status. Entusiaster og mange som sitter på gjerdet. Hvorfor? Rammer og Målsetting.
Innledning ved Vegard Høgli

10.45-11.30 Nettarkitektur. Anarki eller styrt utvikling. Kort- og langsiktige mål
Innledning ved Bjarte Aksnes, KITH
11.45-12.30 Lunch

12.30-13.30 Anvendelser. E-post, web, telemedisin, integrering med programløsninger for helsevesenet
Innledning ved John Leer
13.45-14.15 Juridiske og formelle forhold.
Innledning ved Audun Petter Aanæs, Datatilsynet

14.30-16.00 Brukerhåndbok. Igangsetting av arbeidet med å skrive en brukerhåndbok.

Kursavgift kr 300,-

Deltakerantall er begrenset til 20.
Påmelding til John Leer pr e-post:
john.leer@isf.uib.no

Kursledelse: Kjell Maartmann-Moe,
Vegard Høgli og John Leer

Internet den 10. Mai 1998
for FedbUP

Kjell Maartmann-Moe
kmaart@online.no

Vegard Høgli
vegard.hogli@gruk.no

John Leer
john.leer@isf.uib.no

KVEN VEIT BEST?

HISTORIER fra virkeligheten

Lege elsker å fortelle hverandre pasienthistorier. Det er slik vi henter bekreftelser ('akkurat sånn var det for meg også!'), lærer av hverandre ('å, er det så enkelt?'), underholder hverandre. I denne spalten inviterer UTPOSTEN sine leseere til å 'snakke pasienter', fortelle historier. Morsomme, triste, rare, For å gjøre terskelen lav, samtidig som vi vil sikre personvernet for pasientene, åpner vi for anonyme innlegg. Du må likevel sende inn under fullt navn til redaksjonen. Det kan også være en fordel å kamuflere lett gjenkjennelige fakta. Innspill til tidligere innlegg er også velkomne. Spalteredaktør og kontaktperson: Elisabeth Swensen.



Knut var over 80. Han hadde store tankar om seg sjølv og Vår Herre. Han hadde sine særeigne teoriar om kva nytte og skade vatn kunne gjera. Det var med eit nødrop eg for fleire år sidan greidde overtale han til innlegging for ein alvorleg sjukdom som eg meinte det fanst god behandling for. Medisinsk avdeling måtte lova han å fråstå fra heil-kroppsvask, då trudde han nyttent var større enn faren ved å bli innlagt.

Så varsla han meg midt i kontordagen om brystsmerter med kvalme/oppkast ein februar dag med knallfrost. Eg rykte ut med ambulanse, dette var før responsen hadde fått farge men med blålys, han budde avsides. Vel framme fann eg ein bleik/klam mann, nitro og morfin gjorde underverk. Etter boka var resten plankekøyring. Det som slett ikkje fortona seg som plankekøyring

var at heimesjukepleiaen dagen før hadde løyst gåta om hans langvarige klöe etter at eg mislykka hadde seponert og skifta ut fleire mistenkte medikament. Han hadde lus!

Eg såg han for meg i ånden på medisinsk overvaking til observasjon og avlusing mellom scoop og defibrillatorar. Friskt i minne hadde eg førre innlegging og kva som var sjukehuset sin lovnad då. Eg frykta for at det kunne oppstå støyande konfliktar mellom ein høgrøysta talefør karismatikar og kvitkledde venlege sjukepleiarar på ei avdeling som hadde finare sjukdomar å ta seg av enn lus. Likevel forkynte eg med det eg hadde av autoritet at hjarteinfarkt burde behandlast i sjukehus, det kunne gå gale om han la seg til heime. Lokalsjukehuset anar knapt kva dei vart sparte for den dagen, han meddelte sitt valg like utvetydig

som alltid: «Eg treng avlusing og ikkje innlegging.»

Primærlegen og raudkledde hjelparar med refleksstriper allierte seg med heimesjukepleiar og heimehjelp, mannen vart skånsomt anbragt på salongbordet og renselsen starta. Relevant inventar bar vi ut på tunet der kulda gjorde si gjerning. Sekretæren sendte heim liste-pasientar i tur og orden utan at nokon av dei tok varig skade. Hjartet gjorde nytten til det han trøng det til i fleire år etterpå. Uruleg kor godt det kan gå når pasienten har mot til å definere fokus.

Vi køyrd roleg heim, trygge på at vi hadde gjort nytte for oss i overkant av det som er vanleg ved utrykkingar.

Sexologi i praksis

Behandlerens møte med menneskers seksualitet

•Elsa Almås og Esben Benestad •Tano Aschehoug, 1997 •Pris kr 438 •560 sider

Denne boka er skrevet «på bestilling» fra NSAM, ønsket var en sexologisk håndbok til bruk i allmennpraksis. Psykologen Elsa Almås og legen Esben Benestad har levert en grundig, velskrevet «altomfattende» bok. Forfatterne har laget en vinkling som på en elegant måte fletter sammen medisinske og psykologiske problemstillinger. Samtidig trekkes det inn historiske, kulturelle, filosofiske og sosiologiske perspektiver som gjør store deler av denne boka lesverdig langt ut over legers og psykologers rekker.

I innledningen lanserer forfatterne en for dem grunnleggende innfallsvinkel til sexologiske problemstillinger. «Vi har innsett at seksualitet ikke er en sykdom som skal diagnostiseres, men et sett menneskelige egenskaper som kan oppleves, studeres og anerkjennes.» Hele boka er bygd opp rundt denne forståelsesrammen - og leseren tvinges til å forlate vår tilvente «doktorhåndtering» av alle de problemstillinger våre pasienter bringer på banen.

Boka gir ingen kjappe fasitløsninger som kan anvendes i en 15 minutters konsultasjon i en travel almenpraksis. Til tider kan boka gi en gjennomsnittsdoktor følelsen av at sexologiske problemstillinger krever så mye innsikt, tid og kunnskap at det er bare dertil egnede spesialklinikker som kan gi klientene et akseptabelt behandlingstilbud. Vil vi andre noen gang bli «gode nok»? Hvis svaret er ja - og det anfører forfatterne helt klart at det er - er denne boka et ideelt arbeidsredskap.

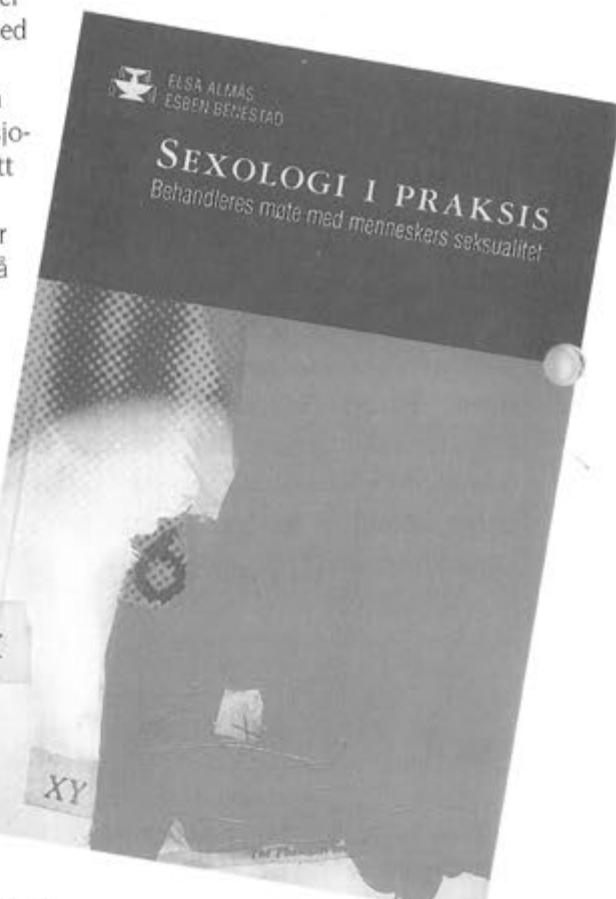
De første kapitlene skal gi leserne dypere innsikt i seksualitetens vesen. Vi får også en god innføring av vår egen rolle som hjelper/terapeut - her inviteres vi til å se våre muligheter, begrensninger og ikke minst hvor avgjørende våre person-

lige holdninger til problemene er for utfallet av konsultasjoner med sexologiske problemstillinger.

Den praktiske delen av boka omtaler både vanlige konsultasjoner hvor det er sexologiske islett og mer dyptgående seksuelle dysfunksjoner. Forfatterne lærer oss å ha økt oppmerksomhet på disse sidene av konsultasjonene. Med klienthistorier innfelt i teksten illustreres hvordan et åpent øye for sexologiske problemstillinger kan «revolusjonere» endel vanskelige, «kommer-ingen-vei»-konsultasjoner.

Kapitlene om forskjellige seksuelle dysfunksjoner er bygd opp etter «kokebok-prinsippet». Dette gjør at boka er en nyttig oppslagsbok for konkrete problemstillinger (mangler lyst, orgasme-problemer, ejakulasjonsproblematikk osv). De av oss som ikke orker å lese alle de 560 sidene og/eller har glemt det meste vi har lest etter kort tid - og det omfatter vel et ikke ubevidelig antall av oss? vil i disse kapitlene uten mye besvær finne råd og tips om videre håndtering av disse problemene.

Boka har egne kapitler om komplekse tema som kjønnstilhørighet, seksuell orientering og spesielle tenningsmønstre. Disse gir saklig informasjon på en måte som hjelper oss å møte disse normalvariantene med empati og forståelse. Vi trenger utvilsomt å ha kunnskap og innsikt i egne holdninger til disse temaene og med bokas oversiktlig innføring, stadig kombinert med utallige klienthistorier, skulle det være nok stoff for noen og enhver å berike seg på.



Hvert kapittel innledes med en fotomontasje med tekster som ofte spiller på våre doble holdninger til seksuelle temaer, en liten kunstopp-levelse i seg selv.

Det har tidligere i Utposten vært klaget på de alt for positive bokanmeldelser - bør en bokanmelder med respekt for seg selv ha i alle fall en liten dæsj malurt i begeret? Undertegnede må i så fall melde pass - jeg må bare gratulere forfatterne med en bok som er svært godt skrevet og bærer preg av at de har mange års klinisk erfaring å hente sine kunnskaper fra.

Boka anbefales til kolleger og andre, både til gjennomlesing og som oppslagsbok!

Jannike Reymert

Legevaktkonferanse Soria Moria

17. – 18. september 1998. Voksenkollvn 60. Oslo

Kurskommiteen Asker og Bærum Legevakt

Torsdag 17. september

Hva er god legevaktmedisin og hvordan kan den organiseres.	Kursledere: Sykepleier Kirsten Skrovang, Bærum legevakt, Overlege Axel-Einar Mathiesen, Bærum legevakt, og Kommuneoverlege Karin Rønning, Bærum kommune
09.00 – 09.30	Åpning v/John Alvheim, Formann i Stortingets helse- og sosialkomité
09.30 – 09.50	Presentasjon av NLF. Hva er legevaktmedisin? v/overlege Jan Henrik Pederstad
09.50 – 10.10	Hva kjenner til den typiske norske legevakt i dag? Tallenes tale. Presentasjon av en registreringsundersøkelse. v/Sykepleier Anne Marie Dyboe
10.10 – 10.30	Kaffepause
10.30 – 12.00	Akuttmeldingen – innledning og debatt. v/kommunellege Daniel Haga, Alta kommune og leder av dep.akutt utvalg
12.00 – 13.00	Fastlegeordningen, konsekvenser for legevakt. v/Lege Tom Christiansen, prosjektleder Fastlegeordningen, HS dept., og overlege Anders Asklund, Trondheim legevakt
13.00 – 14.30	Lunsj
14.30 – 15.40	En god legevakt, hvordan ser den ut? Mottak, skjerming, utstyr og lokaliteter. Systemer for prioritering. Presentasjon av: Stavanger legevakt, v/overlege Kjell Samuelsen, Tromsø legevakt, v/sykepleier Helga Kramvik, og Oslo legevakt, v/undervisningssykepleier Vigdis Jahnsen
15.40 – 15.55	Kaffepause
15.55 – 16.30	En god legevakt fortsetter...
16.30 – 17.30	Årsmote NLF
19.30	Middag

Fredag 18. september

Parallellesjon I

Bolken består av forelesninger rettet mot dagens krav til dokumentasjon av lege- og sykepleiarbeid ved dagens legevakter. Hvilke krav stilles og hva er praktisk gjennomforbart. Hvordan være profesjonell og likevel møte pasienter med innlevelse og respekt. Temaene er beregnet på leger og sykepleiere i fellesskap.

Kursleder: Kirsten Skrovang

08.30 – 10.00 «Den vanskelige pasient»
v/kommunellege Eivind Vestbø, Finnøy kommune

10.00 – 10.15	Kaffepause
10.15 – 11.15	Klagesaksbehandling v/Fylkeslege i Buskerud, Håkon Toft
11.00 – 12.00	Kvalitet på mottak og telefonrådgivning ved legevakt. v/Wenche Sørli
12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 14.00	Dokumentasjon av telefonrådgivning. v/overlege Axel-Einar Mathiesen. Taleregistrering, skriftlig dokumentasjon? v/overlege Bente R. Karlsen AMK Ullevål
	Dokumentasjon av legearbeid ved legevakt. v/overlege Anton Giæver, Tromsø legevakt
14.00 – 14.15	Kaffepause
14.15 – 15.15	Sårskader; sutur, liming, intracutan sutur, antibiotika-profilaks, tetanus. v/overlege Knut Melhus, Oslo legevakt
15.15 – 16.00	Prosedyrer for mottak og dokumentasjon, når det gjelder ofre for seksuelle overgrep. v/sykepleier Merete Vanberg

Parallellesjon II

Bolken består av klinisk rettede forelesninger med vekt på akuttbehandling og vurdering i en legevaksituasjon. Faglig sett er innholdet basert på leger, men sykepleiere antas å ha stor nytte av å følge forelesningene.

Kursleder: Karin Rønning

08.30 – 10.00 Akutt pediatri; feberkramper, luftveisproblemer, dehydrering v/pediatrer Jan Petter Odden, Barneklinikken, Rikshospitalet

10.00 – 10.15 Kaffepause

10.15 – 11.15 Prehospital behandling av infarkt.
v/overlege Kjetil Ytre-Arne, Feiring klinikken

11.15 – 12.00 Bronkitt/pneumoni? Astma/allergi.

12.00 – 13.00 Lunsj

13.00 – 14.00 Ankelskader. Praktiske øvelser med matriell.
v/overlege Knut Melhus, Oslo legevakt

14.00 – 14.15 Kaffepause

14.15 – 15.15 Suicidalvurdering.

v/psykiater Karsten Hytten, Vindekk psyk.klinikkk, Oslo
Brannskader. v/overlege Jan Janbu, Kir.avd.
Bærum sykehus

Det tas forbehold om endringer i programmet!

Kurset søker godkjent med 16 kurstimer.

**Påmelding til: Tove Rutle, RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf 63 97 32 22/fax 63 97 16 25. E-mail: rmrtove@online.no**

Påmeldingsfrist : 30.06.98

Kursavgift: kr 1.800,-

Hotellpris: kr 880,- enkeltrom, kr 650,- dobbeltrom, pr person, pr døgn. Helpensjon.

Middag torsdag kveld kr 350,- for deltakere som ikke bor på hotellet.

Navn: Tlf:

Adresse: Postnr:

Ankomst: Avreise dato: Hotellbehov:

Vi gutta leser ikke lyrikk, vel... Å jo, da. Se bare på kollega Sten Erik Hessling på Eyr!
Og når enda sjefen min utfordrer meg, må jeg jo svare!

På veilederkursset på Leangkollen sist høst (takk for sist til dere som var der), hadde vi den store gleden å treffen Tor Obrestad, som holdt foredrag om Arne Garborgs liv og diktning. Obrestad hadde med seg noen bøker for salg, blant annet en diktsamling av Raymond Carver som

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppgave å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikspalten.

Velkommen og lykke til! Tone Skjerven - lagleder.

han hadde gjendikta. Jeg sikra meg et eksemplar av denne, og den har jeg hatt stor glede av.

Raymond Carver (1939-88) var amerikaner, og levde mesteparten av sitt liv i staten Washington. Han er mest kjent for sine noveller, men ga også ut noen diktsamlinger. Carver drakk tett store deler av livet, men var «tørrelagt» de 10 siste åra. Hans diktning er prega av livet han levde, spesielt lyrikken er tildels svært personlig. Diktene har en «novellistisk»

form, de skildrer gjerne spesielle opplevelser knyttet til spesielle øyeblikk. Ofte kommer de svarte sidene av tilværelsen fram, men innimellom møter vi «gylne øyeblikk» hvor et spesielt inntrykk kan løfte sinnets status ut av triste omgivelser.

Jeg endte med å velge ut diktet «Telefonkiosken», hvor Carver med sitt presise språk fanger inn et øyeblikk av drama og plasserer leseren midt i det.

Peder Prytz

Telefonkiosken

- Raymond Carver, gjendikta av Tor Obrestad.

*Ho sig saman i kiosken, græt inn i røyret. Kjem med eit spørsmål og lo, græt litt til.
Kompisen, ein eldre fyr i jeans og dongeriskjorte, ventar på sin tur til å snakke, og gråte.
Ho gir han røyret.
Ei tid er dei saman i den vesle boksen, tårene hans dryp ved sida av hennar. Så går ho ut for å stø seg på skjermen på kjerra. Og lyttar når han preikar om koss dei skal ordne det.
Eg kikkar på dette frå min bil.
Eg har heller ingen telefon heime.
Eg sit bak rattet, røyker, ventar på tur til å ordne mine saker. Snart legg han på, kjem ut, tørkar ansiktet. Dei set seg inn i bilen, sit med vindauge opprulla.
Glaset blir dogga når ho*

*lenar seg inntil han, når han legg armen kring aksla hennar.
Det er slik ein kan trøyste på denne tronge, offentlege staden.*

*Eg tar med meg myntane mine til kiosken, går inn.
Lar døra vera åpen, det er så lett der inne. Røyret er ennå varmt.
Eg fordrar ikkje å bruke ein telefon som nettopp har gitt melding om død.
Men eg må, det er den einaste telefonen i mils omkrins, og ein som du kan nytta utan at han tar parti.*

*Eg legg på mynten og ventar.
Dei i bilen ventar med.
Han startar motoren og skrur så av.
Kor hen? Ingen av oss er i stand til å tenke seg det. Veit ikkje kvar det neste slaget vil råka, eller kvifor. Kiminga i den andre enden stoggar når ho løftar av røyret.*

*Før eg får sagt to ord, byrjar telefonen å skrike, «Eg sa at det er slutt!
Finito! Du kan dra til helvete for meg!»*

*Eg slepper røyret og stryk handa over ansiktet. Eg lukkar og åpnar døra.
Paret i kjerra rullar vindauge ned og stirrer, tårene har stogga ein augneblink avspora av dette møtet.
Så rullar dei vindauge opp og sit bak glaset. Vi drar ingen stad ei tid.
Og så drar vi.*

Fra: «Men sjela er også ein glatt dævel», Gyldendal 1988.

Utdelinga går videre til kollega Anne Korsæth, Sola, som også deltok på veilederkursset på Leangkollen.

Med hilsen Peter Prydz allmennlege/veiledningskoordinator Hammerfest



Den utfordrede fra nr. 3/98, Jørn Gregersen fra Lakselv, trenger litt mer tid på seg. Han kommer grusomt tilbake i nr. 5/98. I mellomtiden benytter redaksjonen seg av nok en mulighet til å påvirke sine leser. Her er Elisabeth Swensens favoritt (som dessverre ikke fås kjøpt, men lar seg finne i biblioteker, antikvarier og utvalgte bokbarer):

Thornton Wilder
Broen San Luis Rey

«Fredag middag den tyvende juli 1714 styrtet den smukkeste bro i hele Peru sammen, og slynget fem reisende ned i dypet.» Dette er den første setningen i en relativt liten (150 sider) bok som – med dette katastrofale utgangspunktet – stiller alle de store spørsmålene. Om Meningen med Alt Som Skjer, om Ydmykhet og Skjebne, om Tro og Vitenskap.

Hvorfor styrtet akkurat disse fem i døden? En from munk, broder Juniper, vil bruke ulykken som et bevis på Guds plan med menneskene. Han vil undersøke hemmeligheten i disse fem menneskenes liv

Utposten har mange leseglade leser. Redaksjonen vil gjerne at bladet skal gi inspirasjon og kunnskap i vid forstand. I tillegg til vanlige bokmeldinger vil vi derfor åpne for at kolleger kan fortelle hverandre om en bok de har lest og blitt glad i, opprørt av, grått over... Her er det fritt valg i alle hyller: romaner, poesi, fagbøker, tegneserier. Spalten blir organisert som en stafett. Den som blir utfordret tar også ansvar for å utfordre neste bokelsker.

for å fatte meningens med deres plutselige død. Det er tro og visshet, ikke skepsis eller hovmod, som driver ham. Hans prosjekt er å plassere teologien blant de eksakte vitenskaper for således for alltid å eliminere enhver tvil om at menneskenes lidelser er påført dem av en rettferdig Gud til deres eget beste.

Det er et møysofelig arbeid broder Juniper har satt seg fore. Tabellen nedenfor er et djervt eksempel på metodene han anvender, en statistikk over ofrenes verdi sub specie æternitatis.

Men broder Juniper finner til sin forvilelse ikke noe overbevisende mønster i hendelsene når han gjør opp sine tall, snarere tvert om: «(han) opdaget da at de døde hadde vært fem ganger mer verdifulle enn de gjenlevende.» Selv i dette paradoks var det dessuten ingen konsistens. Og siden dette skjedde under inkvisisjonen, ender broder Juniper som de fleste sannhetssøkende hverdagshelter på bålet uten at han – eller vi – har fått annet bevis enn fraværet av bevis.

Men Thornton Wilder lar oss få vite mer enn broder Juniper om historiene til de fem på broen: Den ensomme og kjærighetshungrende Markisen av Montemayor, hennes knugede tjenestepike Pepita, den sky og begavede Esteban, den hemmelighetsfulle og kvinnekjære onkel Pio og det syke barnet Don Jaime. Deres skjebner er vevd inn i hverandres, slik våre alles er.

Slik slutter «Broen San Luis Rey», og derfor synes jeg du skal lese denne boken: « Men snart skal vi dø, og hvert minne om disse fem skal forsvinne fra jorden, og selv skal vi bli elsket en liten tid og så bli glemt. Men kjærigheten vil ha vært nok; alle disse ansatser til kjærighet vender tilbake til den kjærighet som fødte dem. Enn ikke erindringen er nødvendig for kjærigheten. Der finnes et land for de levende, og et land for de døde, og broen er kjærigheten, det eneste som lever videre, det eneste som har mening. »

Elisabeth Swensen

	Godhet	Fromhet	Nytte
Alfonso G.	4	4	10
Nina	2	5	10
Manuel B.	10	10	10
Alfonso V.	÷ 8	÷ 10	0
Vera N.	0	10	10



Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf: j. 56 14 06 61, p. 56 14 11 33, fax 56 15 00 37

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

Elektro... post *Ta kontroll over din elektroniske post før den kontrollerer deg!*

The Electronic Messaging Association anslår at bare i USA vil 108 millioner mennesker bruke e-post i år 2000 og de vil hver motta 65.000 meldinger pr år. Telefaxen ble introdusert i 1950, men det var først i 1980-årene bruken virkelig «tok av». Nå vil «alle» bruke e-mail. En katolsk biskop i New York har sagt: «If Jesus were walking the earth today, I'm convinced he would have an email address».

97% av Internetbrukere korresponderer med e-mail. 84% sier de ikke kan klare seg uten e-mail. 59% av voksne med Internet-aksess sender eller mottar e-mail hver dag og 30% bruker e-mail minst en gang pr uke. 30 millioner brukte e-mail de siste 24 timene.

E-mail er ikke lenger bare yrkesrelaterte og private meldinger men i høy grad også postlister, nyheter, meldinger om programvare oppgraderinger og ikke minst «spam» – elektroniske søppel-meldinger (junk-mail) som kan bli litt av en belastning for ivrige e-postbrukere.

Imidlertid har e-postprogrammene – klientprogrammene – løsninger på de nye utfordringene. Det er verktøy for å ta hånd om flere e-postkonti, organisering av meldingene og lage filtre som overvåker postmottaket og fjerner uønskede meldinger. Disse verktøyene hjelper deg å arbeide raskere og smartere.

En annen god funksjon kan være automatiske svar for å unngå tonnvis av meldinger når du kommer hjem fra ferier eller reiser. Dette krever imidlertid en fast Internet-tilknytning – og det er vel bare de færreste av Utpostens leser som har slik en herlighet.

De nyeste versjonene av de mest brukte e-post-programmene som Eudora, Pegasus, Outlook 98 og Outlook Express gir mulighet for å ta kontroll over e-posten du mottar slik at du unngår å få slike postmengder at du får følelsen av at det er e-posten som kontrollerer deg. For å ta disse noe avanserte funksjonene i bruk må du sette deg inn i hvordan programmet du har fungerer, og hvis

ditt program mangler ønskede kontrollfunksjoner finnes det også frittstående program – som regel sharewareprogram – som kan hentes fra nettet og brukes. Eksempel på slike er «Spam Exterminator» om brukes til å stoppe uønsket junk-post, «AK-Mail» for meldingsfiltrering og «VacationMail».

Vi er i den spede start av e-post-bruken. Vær forberedt på framtid!

Askøy i mai 1998

John Leer





Synfase®

noretisteron/etinyloestradiol

-lik men allikevel ulik.

Avisutkunnsjonsmeddel

TABLETTER: Hver 200 tabletter innhold: Noretisteron 0,5 mg, etinyloestradiol 35 g, lactose, hjelpestoff. Hver 60 tabletter innhold: Noretisteron 1 mg, etinyloestradiol 35 g, lactose, hjelpestoff. Føgestoff: Kinosongult (E 104).

Egenskapen Klassifisering: Terapeutisk østrogen-progesteronkombinasjon (kombinasjonspill) med økt progestergeninnhold i nøyaktig utavheng av den postovulatoriske progesterondominante fasen i normalcyclus. Det inne 5 dager er progestergenodsetingen redusert til utgangsdoseringen, utgangsdosens holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale steroidbehandlinga per cyklus blir dermed lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cykluskontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinyloestradiol har estrogen effekt. Kombinasjonspillen er det ukjente antikonseptivmiddelet tilgjengelig i dag. I internasjonale statistikkler og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspill må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap dessom 100 kvinner bruker kombinasjonspillene 1 år.

Virkningsmekanisme: Undantykkelse av ovulasjonen. Dessuten påvirkes cervix-sekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres og endometriet påvirkes med sekkert mulighet for nidaison.

Aksjeripos: Hørig absorpsjon med mukos strukturkonsistensen for begge homomer innen 2 timer etter innlegg. Halveringstid: Noretisteron: Ca. 19-22 timer (varierer i ulike studier), etinyloestradiol: Ca. 26 timer. Metabolisme: Begge homomer metaboliseres i leveren. Unødvendige: Metabolismen skilles via urin og feces.

Indikasjoner: Antikonsepcjon.

Kontraindikasjoner: Verificert eller mistisk cancer mammae og østrogenerhøytige

tumorer inkl. endometriohyperplasi eller like i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære bleder som tromboflebitisk eller tromboembolisk i akutt stadium eller i anamnesen. Usgrogt familial disponisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Leverfunktionsproblemer, blærer, Dubin-Johnson syndrom, Rotors syndrom, graviditetssykdom i anamnesen (germognalt hepatit med normalisert leverfunksjon et dog ikke konstatert). Sigkellastende, Porfyri. Hyperthyreos. Graviditet. Udiagnosiert vaginalledring. Herpes gestatos i anamnesen. Hyperlipoproteinemi.

Bivirkninger: Trombembolier (hjerte, hjerte, lung, dype venet) forkommer.

Blaedningsforsyntreiser særlig iniaktiv, vaskeremoren, matang, kvalme, hodepine, migræne, humørforandringer, synfonrysreiser, chlousis. Endring av vikt og blod. Hypotension kan oppstå. Opprør tegn på blærer ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal meditasjon straks avlyses. Tilkeller av leverfunktionsstygger (adrenom, fokal nodular hyperplasi) er beskrevet. Forstørrelsen kan ytre seg som akutte buksmerten eller tegn på intraabdominal blodning, og behandlingen bør da stans spesione.

Forskriftsgivertegning: For behandling instansjenes føretur grunngå underundersøkelse inkl.

mannimannendoktore, blodtrykksmåling samt en grundig familielanamnes. Kontrollen gjennas lelig.

Forstyrre i koagulasjonsystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste

familie allerede i yngre år har eksponert tromboemboliske sykdommer (hørt og fremsitt hjerninfarkt, dagsvull). Cytologiske prøver skal tas etter screeningprogrammet. Brøk av

perorale antikonsepcjonsmidler øker risikoen for blodkapp, hjerninfarkt og hjerneslag. Dette

gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner børstende å snike hvil til de p-piller.

Friske ikke-rukende kvinner uten økt risiko for hjertesykdommer kan bruke p-piller

opp mot overgangsalderen. Opprør tegn på nosembeinsboli skal preparatet umiddelbart stoppere, og pasienten undersøkes nøy. Likeledes stoppere ved tegn på blærer. Hvis

midag, stoppere minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboembolisk. Kan nedsette glukosetoleransen og diabeteske bør stå under streng legkontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyrehybrid, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-stabiliserende cykler, samt kvinner med oligomenorrhee eller sekundær amenor bør helst avvende annen form for preventjon. Ved markant blodtrykksutstigning bør preparatet stoppere. Ved snablat bortfallsløsning skal graviditeten utsettes. Effekten kan reduseres ved oppskatt og dovt. I like tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepcjonsmidler anvendes i tillegg. Hvis 36 timer eller mer gitt siden sist tablet ble tatt, bør annen preventjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Avsnitt: Se Kontrindikasjoner. Omgang i menstruasjon: Både østrogener og gestagener er plikt i menstruasjon. Bar ikke brukes under amning.

Interaksjoner: (L118c niroster, 119c antikonsepcjonsmidler, perorale (p-piller), 119c noretisteron)

Dosering: 1 tablet daglig. Medisasjonen begynner på menstruasjonsblodningens 1. dag og fortsetter med en tablet hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletter dager startes sl en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tabletterne passer på 7 dager inntar en menstruasjonliggende blodning (borfildblodning). Tablentene bør ut på østrent samme tid hver dag. Med dette doseringssregnet oppnås full boknydelig faste tablet.

Prisninger og priser: Datopak.: 3 x 21 stk. pris, 6 x 21 stk. pris.

 Synarel®
naftarelin

 Synfase®
noretisteron/etinyloestradiol

 Conludag®
noretisteron

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

Fornebuvn. 37, 1324 Lysaker.
Telefon 67 12 74 71. Fax 67 12 74 80.

DISKUS™ - trygghet i all enkelhet!

Lisa ble tett under kampen.
I slike situasjoner er det en fordel at det er enkelt å bruke inhalatoren, og at det er lett å inhalere gjennom den, selv om man er tett.



**DISKUS™ – den ENESTE
inhalatoren for astmamedisin
som har ALLE disse egenskapene:**

- Én del – opereres med to enkle håndgrep
- Telleverk – viser antall gjenværende doser
- Smaksstoff – slik at pasienten kjenner medisin
- 60 nøyaktige doser i blistere – slik at dosene ikke påvirkes av hvilken vei pasienten holder inhalatoren ved fremtrekkning av dose
- Liten indre motstand¹



Ventoline™
Salbutamol
DISKUS®

C Ventoline "Glaxo Wellcome"

Adrenergikum. ATC-nr.: R03A C02

T INHALASJONSPULVER 0,2 mg/dose i Diskus:

Hver dose inneholder: Salbutamol sulf. aeqv. salbutamol. 0,2 mg. lactos. q.s. R03A C02

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv beta₂-stimulator.

Virkningsmekanisme: Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Virkjetid: Ved inhalasjon bronkodilaterende effekt etter få minutter. Virkningens varighet minst 4 timer.

Absorpsjon: God fra gastrointestinal tractus. Men reduserer absorpsjonshastigheten kun i ubetydelig grad, slik at bioaktiviteten av salbutamol ikke påvirkes. Proteinbinding: Lav proteinbindingsgrad.

Halveringstid: 3-5 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Ved inhalasjon kan den bronkodilaterende effekten ikke relateres til absorbert mengde stoff idet virkningen inntrer før det er målt konsentrasjon i serum.

Metabolisme: Omdannes delvis til en inaktiv polar metabolitt. Utskillelse: Gjennom nyrene som omdannet og uomdannet salbutamol. 40-60% som uomdannet salbutamol, avhengig av administrasjonsmåte. Mindre mengder utskilles i fæces.

Indikasjoner: Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkonstriksjon er en kompliserende faktor.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Bivirkninger: Overfølsomhetsreaksjoner. Tremor.

Hyperaktivitet hos barn har vært rapportert i sjeldne tilfeller. Forbigående muskelskamper er rapportert meget sjeldne tilfeller. Potensielt alvorlig hypokalemia kan forekomme ved behandling med beta₂-agonister.

Økt pulsfrekvens sekundært til perifer vasoconstriksjon kan forekomme. Takykardi. Ansپnhet og hodepine er rapportert. Irritasjon i munnen og svølgen kan forekomme ved inhalasjonsbehandling. Ved inhalasjonstherapi, foreligger mulighet for paradoxal bronkospasme.

Forsiktigheitsregler: Thyreotoksirose. Hypertension og hjerteinsuffisians. Dose og doseringshøyighet bør bare økes i samråd med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. Potensielt alvorlig hypokalemia kan opptre ved beta₂-agonist terapi, i hovedsak etter bruk av forstørverveske. Samtidig behandling med xantinderivater, steroider, diuretika og hypoksi kan forverre hypokalemien. I slike tilfeller bør serum-kaliumnivået følges. Beta₂-agonister kan indusere en reversibel metabolsk forandringer, f.eks. økning i blodsukkermåv. Diabetikere kan være ute av stand til å kompensere for denne endringen og utvikling av ketoacidose er rapportert. Samtidig administrasjon av kortikosteroider kan forverre denne effekten. Dersom pasienten må øke forbruket av β₂-agonister med kort virkjetid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverrelse av sykdommen. Plutselig og tilfeldig forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og man bør vurdere å starte eller øke kortikosteroidterapi.

Inhalasjonsaerosol og inhalasjonspulver: Hvis effekten varer mindre enn 3 timer, kontaktes lege.

Graviditet/Amming: Forsiktighet utvises under gravitet og amming. Hvis behandling er nødvendig, må mytten for moren avveies mot mulig risiko for fosteret.

Økning av fosterets hjerteaktivitetsnivåer er påvist ved i.v. administrasjon av beta₂-stimulatorer i behandling av premature rier. Salbutamol vil kunne hemme uteruskontraksjonen hos fødende. Denne virkningen kan oppheves av oxytocin. Da salbutamol sannsynligvis utskilles i morsmeklen, bør bruk hos ammende mødre bare skje etter at morens fordel er vurdert i forhold til mulig risiko for barnet. Det er ikke kjent hvorvidt salbutamol i morsmeklen kan ha skadelig effekt på nyfødt.

Interaksjoner: Ikke-kardioselektive betablokere vil redusere eller blokkere effekten av salbutamol.

Dosering: Inhalasjonspulver i Diskus: 0,2-0,4 mg ved behov. Ved bruk av inhalasjonspulver både fra dose-skive og Diskus kan det ved anstrengelsesutløst astma gis 0,2 mg 10-15 minutter før anstrengelse. Ved allergiutløst astma kan det gis 0,2 mg 10-15 minutter før eksposisjon for det aktuelle allergen. Inhalasjonsteknikken må kontrolleres (se Andre opplysninger).

Overdosering/Forgiftning: En kardioselektiv betablocker er foretrukket antidot. Betablokere må brukes med forsiktighet til pasienter som har eller har hatt bronkopasme.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Administrasjonsmåte: Til inhalasjon ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus. Administrasjonsmåte: Se pakningsvedlegg.

Pakninger og priser: Inhalasjonspulver: 0,2 mg:

Diskus: 60 doser kr 103,80. Pris av 6.1.97. Felleskatalogtekst av 26.8.97. T: 2,30

Referanser:

1. Maitton & al. A comparison of in vitro drug delivery from two multidose powder inhalation devices, Eur. J. Clin. Res. 1995; 7: 177-193.

ATC-nr C10A A01
ZOCOR (simvastatin, MSD)
SERUMKOLESTEROLSENKENDE MIDDLE

TABLETTER 10 mg, 20 og 40 mg. Hver tablette inneholder: Simvastatin 10 mg, resp. 20 mg resp. 40 mg, laktose monohydrat 70,7 mg resp. 141,5 mg resp. 283 mg, butylhydroxianisol (E320), hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid-E171, rødt og gult jernoksid-E172 q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: HMG-CoA (hydroxymethylglutaryl-coenzym A) reductasehemmer. Virkningsmekanisme: Konkurrerende spesifikk hemmer av det hastighetsbegrensende enzym i kolesterol-syntesen. På grunn av hemming tidlig i synteseket ungås akkumulering av potensielt toksiske steroler. I kliniske studier er det vist at simvastatin reduserer total plasmakolesterol, LDL- og VLDL-kolesterol, samt øker HDL-kolesterol og reduserer triglyserider. Ved seponering av simvastatin er totalkolesterol vist å gå tilbake til tidligere nivåer. Hos pasienter med hjerteinfarkt og/eller angina pectoris økte overlevelsen ved reduksjon i risiko for død med 30%, risiko for død pga. koronar hjerte-sydom med 42%, risiko for ikke-dødelig hjerteinfarkt med 37% og risiko ved revaskulariseringsinnrep med 37% ved behandling med simvastatin 20-40 mg (4S-studien, designet for å undersøke effekt på total dødelighet totalkolesterol ved studiestart: 5,5-8,0 mmol/l, behandlingsmål: 3,0-5,2 mmol/l). Risiko for slag og TIA ble redusert med 28%. Beregnet gevinst ved å behandle 100 pasienter med simvastatin i 6 år: Forebygge 4 av 9 ellers forventede dødfall, forebygge 7 av 21 ellers forventede ikke-dødelige hjerteinfarkter, unngå 6 av 19 ellers forventede koronare revaskulariseringer. Absorbjon og proteinbinding: Rask. Simvastatin er et prodrug. I studien med radioaktivt merket simvastatin ble 13% av oral dose gjennomgått i urin og 60% i fæces. Sistnevnte fraksjon representerer både absorbert og ikke-absorbert legemiddel. Høy førstepassasj effekt i lever (virkningsstedet for stoffet og hvor hydrolyse til aktiv form av simvastatin skjer), med påfølgende utskillelse direkte via galle. Systemisk eksponering av aktivt simvastatin er < 5%. Av dette bindes 95% til plasmaproteiner. Disse dataene indikerer at hemming av kolesterol-syntesen i perifert vev er ubetydelig. Maksimal plasmakonsentrasjon etter 1-2 timer. Halveringstid for systemisk sirkulerende inhibitorer er ca. 2 timer. Utskillelse: Hovedsaklig i fæces, vesentlig via galle, en mindre del utskilles via nyrene.

INDIKASJONER: Primær hyperkolesterolemi eller aterosklerotisk hjertesydom (hjerteinfarkt og angina pectoris) når kost- og livstilsendringer ikke gir tilstrekkelig risikoreduksjon.

KONTRAINDIKASJONER: Graviditet og amming. Aktiv leveresydom eller persistenterende forhøyelse av levertransaminaser av ukjent årsak. Overømfintlighet for simvastatin eller noen av bestanddelene i preparatet.

BIVIRKNINGER: Preparatet tolereres vanligvis godt. Bivirkningene er oftest milde og forbigående. Vanligst forekommende er forstoppele (2-3%). Vanlige (>1/100): GI: Forstoppele, abdominalsmerter, flatulens, kvalme. Mindre vanlige: Generelle: Asteni, hodepine. GI: Dyspepsi, diaré. Hud: Exantern. Lever: Økt aminotransferaser (se Lab. verdier). Sjeldne: (<1/1000): GI: Oppkast. Hud: Alopeci. Lever: Ikterus, hepatitt, pankreatitt. Muskel-skelett: Myopati, myalgi, muskelskramper, rhabdomyolyse. (Se forsiktig-hetsregler). Neurologiske: Parestesier, perifer neuropati. Øvrige: Svimmelhet. Hos et fått pasienter er det blitt rapportert et hypersensitivitetssyndrom bestående av ett eller flere av følgende symptomer: Feber, rødme, urticaria, fotosensitivitet, dyspné, generell sykdomsfølelse, angioedem, lupusliknende sykdomsbilde, revmatisk polyalgi, vaskulitt, trombocytopeni, eosinofili, økt SR, arralgi, artritt. Laboratorieverdier. Vanligvis forbigående. Lett økte aminotransferaser kan forekomme ved behandlingsstart. I sjeldne tilfeller er rapportert markert og persistenterende forhøyede transaminaser, mer enn 3 ganger øvre referanseverdi, dog uten tegn til icterus eller andre kliniske symptomer. Økt alkaliske fosfatase og Y-glutamyl transpeptidase er rapportert. Ingen tegn tyder på overfølsomhet (se også Forsiktig-hetsregler). Forbigående lett økning av serumkreatinininfosfokinase fra skelett-muskulatur kan forekomme, vanligvis uten klinisk betydning (se Forsiktig-hetsregler). I 4S-studien (se Egenskaper) var bivirkningsprofilen sammenlignbar mellom gruppene som ble behandlet med Zocor (n=2221) og placebo (n=2223).

FORSIKTIGHETSREGLER: Hepatiske effekter: Moderat forbigående økning i serum transaminasenivåene kort tid etter behandlingsstart er sett og krever vanligvis ikke seponering av preparatet. Markert persistenterende økning i serum transaminasen til over 3 ganger øvre normalverdi er sett hos enkelte pasienter, dog uten tegn til icterus eller andre kliniske symptomer. Verdiene normaliseres vanligvis langsomt etter seponering. Regelmessig kontroll av leverfunksjonen anbefales for behandlingsstart, samt deretter periodisk, spesielt og deretter periodisk (f.eks. hvert halvår) det første året eller ett år etter siste doseøkning. Man bør være spesielt oppmerksom hos pasienter med unormale leverfunksjonsprøver og/eller høyt alkoholforbruk. Ved transaminasestigning og spesielt ved stigning til 3 ganger øvre normalverdi som vedvarer bør preparatet seponeres. Zocor bør generelt brukes med forsiktighet hos pasienter med tidligere leveresydom. (Se Kontraindikasjoner). Muskeleffekter: Forbigående milde økninger i serum kreatinininfosfokinase (CK) (fra skelett-muskel) er sett, vanligvis er dette uten klinisk signifikans. Myopatiutvikling er sett hos pasienter behandlet med HMG-CoA-reductasehemmere (< 0,1%). Mulighet for myopati bør overveies hos pasienter med diffus myalgi, muskulær ømhet eller svakhet og/eller markert økning av CK-verdier (> 10 ganger øvre normalverdi). Hos pasienter med tegn til myopatiutvikling eller med markert økning i CK bør medikamentet seponeres. Risiko for myopatiutvikling ved HMG-CoA-reductasehemmerbehandling er kjent å øke ved samtidig behandling med immuno-supresiva (inkl. cyclosporin), fibrater og/eller nikotinsyredervirer. Det har forekommet rapporter om alvorlig rhabdomyolyse med sekundær akutt nyresvikt.

Myopati eller rhabdomyolyse er rapportert hos transplanterte og ikke-transplanterte pasienter etter at behandling med det antifungale medikamentet itraconazol ble startet hos pasienter som allerede behandles med simvastatin eller annen HMG-CoA reductasehemmer. HMG-CoA reductasehemmer og azol-deriverte antifungale midler hemmer ulike trinn i kolesterol biosyntesen. For pasienter som behandles med simvastatin og cyclosporin, hvor slik antifungal behandling er nødvendig, bør simvastatin temporært seponeres. Pasienter hvor cyclosporin ikke ges, bør følges nye dersom systemisk behandling med antifungal terapi er nødvendig. Terapi med HMG-CoA reductasehemmere bør midlertidig seponeres eller avsluttes hos pasienter med akutte alvorlige tilstander som indikerer myopati, eller risikopasienter ved kliniske tilstander som disponerer for nyresvikt sekundær til rhabdomyolyse. Pasienter bør oppfordres til å informere forskrivende lege straks om uforklarlige muskelsmerter, ømhet eller svakhet. Annet: Pasienter med homozygot form av familiær hyperkolesterolemi har ofte liten nyte av preparatet pga svært sparsomt antall LDL-reseptorer. Langtidsdata fra kliniske studier gir ikke holdpunkt for at simvastatin har skadelig effekt på lensen. Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert hos barn. Det er ikke påvist gentoksisisk effekt av simvastatin. I karsinogenforsøk i mus og rotter med svært høye doser, (fra ca. 60 ganger maks. anbefalt human dose og oppover) er det observert økt insidens av spontane svulster i lever og lunga hos mus, og i lever hos rotte. Man kan ikke med sikkerhet si noe om eventuell risiko ved langvarig bruk.

GRAVIDITET OG AMMING: Se kontraindikasjoner. Preparatet skal ikke benyttes under graviditet og amming. Overgang i placenta/morsmell er ikke undersøkt. Det er rapportert noen få tilfeller av medfodte misdannelser hos barn hvis mødre er blitt behandlet med HMG-CoA-reductasehemmere i løpet av graviditeten. Da kolesterol er viktig i dannelsen av steroide hormoner og cellemembraner, bør preparatet bare brukes hos fertile kvinner hvor muligheten for graviditet bedømmes som liten. Dersom pasienter blir gravide under pågående behandling skal simvastatin seponeres og informasjon bør ges om potensiell fare for fosteret. I en prospektiv gjennomgang av ca. 100 kvinner som er blitt utlisiket eksponert for simvastatin eller en annen strukturelt beslektet HMG-CoA reductasehemmer for graviditet ble konstatert, er ikke insidensen av medfødte anomalier, spontane aborter eller dødfødsler hoyere enn forventet i normalbefolkingen.

INTERAKSJONER: Fibrater, niacin, immuno-supresiva, itraconazol (se Forsiktig-hetsregler). I to kliniske studier, en i friske frivillige og den andre i hyperkolesterolermiske pasienter, ga simvastatin 20-40 mg daglig en moderat potensiell effekt av kumarin antikoagulantia. Protrombintiden (International Normalized Ratio (INR)) økte fra baseline henholdsvis 1,7 til 1,8 og fra 2,6 til 3,4 (tilsvarende TT-verdi 11% til 7,6%). Kontroll av protrombintid (TT) anbefales hos disse pasientene før start av behandling med simvastatin, samt høpig nok under tidlig behandling til å oppdage endring i protrombintiden. Når stabil protrombintid er dokumentert, kan den deretter måles ved vanlige intervaller for pasienter som behandles med antikoagulantia i dikumarolgruppen. Ved doseendring eller seponering av simvastatin bør samme prosedyre brukes. Simvastatinbehandling har ikke vært assosiert med blodning eller endret protrombintid hos pasienter som ikke behandles med antikoagulantia.

DOSERING: Primær hyperkolesterolemi: 10-40 mg pr. dag gitt som en dose om kvelden. Vanligste startdose er 10 mg gitt om kvelden. Maksimal anbefalt dose 40 mg pr. dag. Dosering bør skje basert på kolesterolverdier. Eventuelle dosejusteringsintervaller bør ikke være mindre enn 4 uker. Dersom LDL-nivået blir lavere enn 1,94 mmol/liter eller totalkolesterol faller under 3,6 mmol/liter bør dosereduksjon overveies. Aterosklerotisk hjertesydom (hjerteinfarkt og angina pectoris): Startdosen er 20 mg gitt som en dose om kvelden. Eventuelle dosejusteringsintervaller bør ikke være mindre enn 4 uker. Dersom totalkolesterol faller under 3,0 mmol/liter bør dosereduksjon overveies. Se egen-skapsavsnittet. Det er samme behandling for kvinner og menn. Nedsett nyrefunksjon: Siden simvastatin ikke utskilles i særlig grad renalt, vil dosejustering hos pasienter med moderat nedsett nyrefunksjon vanligvis ikke være nødvendig. Hos pasienter med sterkt nedsett nyrefunksjon (kreatinin clearance < 30 ml/min.) bør behov for doser over 10 mg/dag vurderes nøyde og, hvis nødvendig, institueres med forsiktig-hetsregler. Andre: Til pasienter som samtidig behandles med immuno-supresiva er maksimalt anbefalt dose 10 mg/dag (se Forsiktig-hetsregler). Alle: Samtlige pasienter skal ha ikke-farmakologisk behandling, som også bør vedvare under behandling med simvastatin. Medikamentet kan ges alene eller i kombinasjon med gallesyreresiner.

OVERDO瑟ING: Noen få tilfeller av overdosering er rapportert. Ingen av pasientene hadde spesielle symptomer eller fikk mår. Den største dosen rapportert tatt var 450 mg. Generell overvåkning anbefales.

FORSKRIVINGSREGEL: Behandlingen skal være instituert ved indremedisinsk- eller pediatrisk avdeling på sykehus/poliklinik, eller av spesialist i indremedisin, pediatri eller allmennmedisin.

PAKNINGER OG PRISER: 10 mg: Endose: 49 stk. kr 477,90, Enpac: 28 stk. kr 288,00.
98 stk. kr 913,50. 20 mg: Endose: 49 stk. kr 738,70, Enpac: 28 stk. kr 440,00. 98 stk. kr 1.430,30. 40 mg: Endose: 49 stk. kr 864,90, Enpac: 98 stk. kr 1.681,70.
IPC-ZCR-T-1096 HH/gi T: 12

Refusjon: § 9.12.I.

- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, Lancet 1995;345:1274-75.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, Lancet 1994;344:1383-89.

Alle statiner
senker LDL, men...

Det handler om å unngå et hjerteinfarkt...

Dokumentasjon på harde endepunkter gir deg sikkerhet for at teorien stemmer i praksis. Zocor® har en omfattende dokumentasjon for såvel mortalitetsreduksjon som langtidssikkerhet^(1,2).

4S undersøkelsen beviste at behandling av koronarsyke* med Zocor® 20 - 40 mg gav en betydelig reduksjon av risiko for bl.a. forventede koronare dødsfall, ikke-dødelige hjerteinfarkt, bypassoperasjoner/PTCA og hjerneslag/TIA^(1,3).

Zocor® 20 - 40 mg har i tillegg dokumentert god langtidssikkerhet gjennom opp til 6 års oppfølging av over 2000 pasienter i 4S og at 8 millioner pasienter behandles med Zocor® på verdensbasis^(1,2).

Zocor® forlenger livet.

* Pasienter 35-70 år med angina pectoris eller gjennomgått hjerteinfarkt og totalkolesterol 5,5-8,0 mmol/l.

- 1) Pedersen et al. Lancet 1994; 344: 1383-1389
- 2) Pedersen et al. Arch Intern Med. 1996; 156: 2085-2092
- 3) Pedersen et al. Am J Cardiol 1998; 81: 333-335

...og om trygg og
sikker behandling

i årene som følger

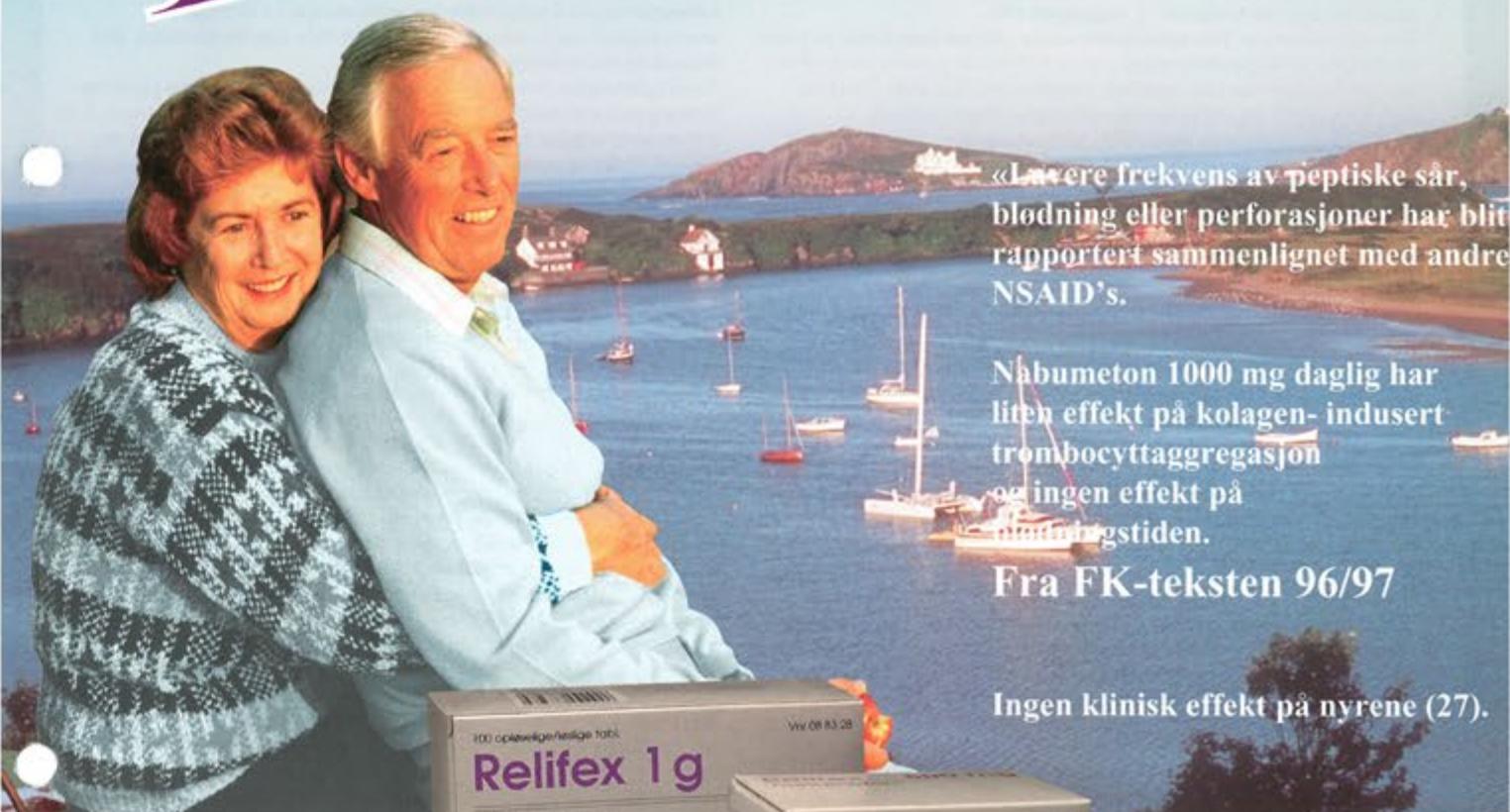


ZOCOR
Statinsedative

20 - 40 mg forlenger livet

NYHET

Relifex® nabumeton



«Lavere frekvens av peptiske sår, blødning eller perforasjoner har blitt rapportert sammenlignet med andre NSAID's.

Nabumeton 1000 mg daglig har liten effekt på kolagen-indusert trombocyttaggregasjon og ingen effekt på nyrengstiden.

Fra FK-teksten 96/97

Ingen klinisk effekt på nyrene (27).



T:17,35

..eneste ikke-syre NSAID i Norge!



Relifex® nabumeton

RELIFEX «SB»
«Antiflogistikum»

ATC-nr: M01 A X01

TABLETTER 500 mg: Hver tablet inneholder: Nabumeton. 500 mg, color (titandioxid) et aroma. Constit. q.s.

OPPLOSELIGE TABLETTER 1 g: Hver tablet inneholder: Nabumeton. 1 g, sacchar.natr. et aroma. Constit. q.s. Tablettene har delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Relifex inneholder som aktiv substans 4-(6'-metoxy-2'-naftyl)butan-2-on med generisk navn nabumeton. Nabumeton er et antiinflammatorisk middel av ikke-syre, ikke-steroid karakter med antiinflammatorisk, analgetisk og antipyretisk effekt.

Virkningsmekanisme: Den antiinflammatoriske effekten antas å bero på evnen til å hemme prostaglandinsyntesen. Lavere frekvens av pepiske sår, blodning eller perforasjoner har blitt rapportert sammenlignet med andre NSAID's.

Nabumeton 1000 mg daglig har liten effekt på kollagen-indusert trombocytaggregasjon og ingen effekt på blodningstiden. Nabumeton er et pro-drug til den aktive metabolitten 6-metoxy-2-naftyleddiksyre (6-MNA). Effekten av Relifex opprettholdes av metabolitten 6-MNA.

Absorpsjon: Nabumeton absorberes godt fra mage/ tarmkanalen (> 80%), men første-passasje-metabolismen er omfattende og uforandret nabumeton gjennfinnes ikke i plasma. Ved samtidig føde-inntak økes absorpsjonen. Den totale mengden av den aktive metabolitten i plasma er allikevel uforandret. In-vivo studier tyder på at 6-MNA ikke gjennomgår noen enterohepatisk sirkulasjon. Biotilgjengeligheten av 6-MNA er ca. 35% (23-52%) av modersubstansen. Maksimal plasmamivå av 6-MNA oppnås ca. 3 (1-12) timer etter gitt dose. 6-MNA er i stor grad bundet til plasmaproteiner (>99%). Den frie fraksjonen er avhengig av totalkonsentrasjonen av 6-MNA og er proporsjonal med dosen i området 1-2 g. Den frie fraksjonen tilsvarer 0,2-0,3% for dosering 1 g daglig og ca. 0,6-0,8% for dosering av 2 g daglig. På grunn av høy proteinbinding kan 6-MNA ikke dialyses. Etter intravenos administrering har distribusjonsvolumet blitt målt til 7,5 (6,8-8,4) l og clearance til 4,4 (1,9-6,9) ml/min.

Halveringstid: Halveringstiden ved steady state etter oral dose på 1 g er 22,5 +/- 3,7 timer. 6-MNA hydrolyseres og konjugeres for utskillelse i urinen.

Eldre: Plasmakonsentrasjonen ved steady-state hos eldre er vanligvis hoyere enn hos yngre friske personer, men begge intervallene overlapper hverandre.

Nedsatt nyrefunksjon: I studier på pasienter med nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <30 ml/min) økte halveringstiden av 6-MNA til ca. 40 timer. Hos pasienter som gjennomgikk dialyse var plasmakonsentrasjonene i steady-state av den aktive metabolitten likeverdig med de verdier som ble observert hos friske personer. Biotransformasjon av nabumeton til 6-MNA og videre metabolisering av 6-MNA til inaktive metabolitter er avhengig av leverfunksjonen og kan reduseres hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Indikasjoner: Reumatoid artritt, Artrose.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nabumeton. På grunn av krysreaksjon skal preparatet ikke gis til pasienter som har symptom på astma, rinitt eller urtikaria ved inntak av acetylsalisylyre eller andre antiinflammatoriske middel av ikke-steroid natur. Aktivt ulcus pepticum.

Bivirkninger: Angitte bivirkninger er rapportert fra kliniske studier. Vanligst forekommende er de gastrointestinale bivirkningene som diaré (14%), dyspepsi (13%) og magesmerter (12%). **Hippige (>1/100):** Gastrointestinale:

Magesmerter, kvalme, diaré, brekninger, flatulens, dyspepsi, obstipasjon, munntørhet, fecalt occult blod, gastritt, stomatitt. **Hud:** Kloe, utslett. **Horsel:** Tinnitus. **Sentralnervesystemet:** Hodepine, svimmelhet, tretthet, øket svetting, insomnia, somnolens, uro.

Syn: Tåkesyn. **Øvrige:** Ødem. **Mindre hippige:** Gastrointestinale: Dysfagi,

ulcus duoden, ulcus ventrikuli, gastroenteritt, melena. **Hud:** Fotosensitivitet, urticaria, hudblemmer. **Lever:** Leverfunksjonsforstyrrelse.

Sentralnervesystemet: Angst, forvirring, depresjon, sykdomsfølelse, stikninger. **Urogenitale:** Albuminuri, uremi. **Øvrige:** Vektokning, anorexia, appetittökning, åndenød, angioneurotisk ødem. **Sjeldne (< 1/1000):** Gastrointestinale: Gastrointestinalblødning. **Hud:** Porfyria cutanea tarda, aloopi. **Lever:** Ieterus pga gallestone. **Sentralnervesystemet:** Rastloshet, skjelving. **Sirkulatoriske:** Vaskulitt. **Urogenitale:** Interstitiell nefritt, nyresvikt, menorragi. **Øvrige:** Anafylaktisk reaksjon, eosinofil pneumonitt.

Pasienter med symptom og/eller tegn som tyder på leversykdom eller har forhøyede leverfunksjonsverdier bør undersøkes m.h.t alvorlige leverreaksjoner under behandlingen. Dersom slike tegn fremkommer, skal behandling med nabumeton avbrytes.

Forsiktighetregler: Forsiktighet hos pasienter med tidligere ulcus pepticum. Erfaring med nabumeton ved leversykdom er begrenset. Hos pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon (cirrhose) må behandling med nabumeton veies opp med evt. risiko og pasienten følges nøye. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør kontrolleres regelmessig. Perifert ødem er observert hos et fåtall pasienter. Derfor skal behandling av pasienter med væskeretensjon, hypertoni og hjertesykdom behandles med forsiktighet. Synsforandringer har vært rapportert med NSAID-preparat inkl. med nabumeton. Pasienter med slike problem skal gjennomgå synundersøkelse.

Ved behandling med nabumeton kan svimmelhet eller andre forstyrrelser forekomme. Dette bør overvåkes der skjerpet oppmerksomhet er nødvendig f.eks. ved bilkjøring.

Barn: Erfaring med nabumeton mangler.

Graviditet/amming: Antiflogistika kan hemme kontraksjoner i uterus og forsinke fødselen. Det kan også føre til pulmonal hypertensjon og neonatal respiratorisk insufficiens gjennom kontraksjon eller stenging av ductus arteriosus intrauterint. Antiflogistika kan hemme trombocyttfunksjonen hos fosteret. Disse effekter finnes rapportert f.eks. for indometacin, naproxen og acetylsalisylyre. Etter inntak av indometacin kan hemming av nyrefunksjonen hos fosteret lede til oligohydramnion og neonatal anuri. Beskrivne effekter på fosteret antas bero på substansenes hemmende effekt på prostaglandinsyntesen. Behandling med antiflogistika med hemmende effekt på prostaglandinsyntesen bør i løpet av de siste graviditetsmånedene kun skje på streng indikasjon og med lav dosering. De siste dager før beregnet fødsel skal disse midler unngås helt. Det mangler opplysninger om nabumeton passerer over i morsmelk. Bruk av nabumeton ved graviditet og amming bør skje på kun vanskelige tilfeller og risikoene for moren må veies opp mot risikoene for fosteret og det diende barn.

Interaksjoner: Ettersom nabumeton i stor grad er plasmaproteinbundet finnes det teoretiske muligheter for interaksjoner med andre sterkt proteinbundne substanser, f.eks. hydantoiner, hjerteglykosider og sterkt proteinbundne sulfonamider. Nabumeton interagerer ikke med warfarin. Til tross for dette bør forsiktighet utvises ved samtidig behandling av pasienter med nabumeton. Interaksjonsstudier mellom nabumeton og litium, metotrexat, diureтика, antihypertensive middel og kaliumsparende diureтика har ikke vært gjort og forsiktighet ved samtidig administrering bør utvises.

Dosering: **Voksne:** Anbefalt dose er 1 g daglig som engangsdose med eller uten mat. Dosen kan evt. økes til 1,5-2 g daglig, enten som engangsdose eller flere doser. Tablettet 1 g skal løses opp i vann.

Pakninger og priser pr. 1.9.96: Tablett 500 mg: 20 stk. enpac kr. 63,40 og 100 stk. enpac kr. 236,80.

Opploselige 1 g tabletter: 20 stk. enpac kr. 108,30 og 100 stk. enpac kr. 446,60.

T: 17,35



SmithKline Beecham

Postboks 134, 1471 Skåler. Telefon: 67 97 79 00. Fax: 67 97 79 49

Referanser:

1. Lister et al 1993, Am J Med 95 (2A) 2-10 2. Emery et al 1992, J Rheumatol 19 (36) 41-47 3. Fleischman 1992, J Rheumatol 19 (36) 32-40 4. Roth et al 1993, Arch Intern Med 153, 2565-2571 5. Eversmeyer et al 1993, Am J Med 95 (2A) 10-18 6. Morgan et al 1993, Am J Med 95 (2A) 19-27 7. Bernhard 1992, J Rheumatol 19 (36) 48-57 8. SB, 1994, Data on file 9. De Witt et al 1993, Am J Med 95 (2A) 40-44 10. FASS 1994, side 812 11. Nunn et al 1982, J Pharm Pharmacol 34 (9) 576-579 12. Jackson et al 1985, in RSM Int Congr Symp Series 69, 15-23 13. Lussier et al 1989, Clin Pharmacol 29, 225-229 14. Aronoff 1992, J Rheumatol 19 (36), 25-31 15. Bourke et al 1985, RSM Int Congr Symp Sep (69), 31-35 16. Mishke et al 1990, Drugs 40 (5), 57-61 17. FDA Drug Bulletin 1989, 19, 3-4 18. Roth et al 1987, Arch Intern Med 147, 2093-2100 19. Graffner et al 1993, Riksstämman, Symp nr 20 20. Fries et al 1989, Gastroenterol 96, 647-655 21. Bjarnason et al 1991, Gut 32 (3), 275-277 22. Wilkieson et al 1992, J Clin Exp Gerontol 14 (1) 57-63 23. Roth 1992, J Rheumatol, 19 (36) 74-79 24. Bellamy et al 1995, J Rheumatol 22 (5) 915-920 25. Spangler, 1996, Sem. Ahrtr. Rheum., Vol. 26; 435-446 26. Lipani et al 1995, Inflammopharmacol.; 3:351-361 27. Freed et al 1994, J Clin Pharmacol; 34:1098.