

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1998

ARGANG 27



Nr. 6 1998

Innhold

Leder: Alternativ medisin - en plass i helsevesenet?	3
Utredning av ulike sider ved alternativ medisin.	
Intervju med Jarle Aarbakke av Erik Jesman Pedersen	4
Det store tautrikset, basaren i Bagdad og det norske helsetorget.	
Av Gunnar Strøno	6
Et liberalt helsemarked i Norge?	
Av Jon Henrik Laake	8
Forskning på alternativ medisin. Av Erik J. Pedersen	10
Om akupunktur og opplæring	
Intervju med Terje Alræk av Tone Skjerven	11
Legeforeningens holdning til alternativ behandling.	
Av Elisabeth Swensen	14
Where there is communication, there is love.	
Intervju med Fathi Arafat. Av Frode Forland	16
Kombi-legen i nye kombinasjoner. Av Ola Nordviste	18
Heller blodpropp enn abort.	
Av Tale Mæhre og Johanne Sundby	21
Leger og geografi. Av Hans Knut Otterstad	25
Hva vil allmennmedisinen med universitetene?	
Av Knut Arne Holtedal	29
Videre og etterutdanningen i allmennmedisin.	
Av Anne Mathilde Hanstad	31
Dødsdans på sviktende hjerte. Av Harald Sundby	34
Den medikaliseringen helsestasjonen. Av Eirik Abildsnes	38
FASTE SPALTER:	
EDB spalten	39
Leserbrev; ang. nedleggelse av kompetancesenteret	41
Ord om ord	41
Bokmelding fra Geir Sverre Braut	42
Lyrikkspalten	43
Relis	46

Forside: Per. Dybvik 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.telemail.no

Erik Jesman Pedersen

Heskestadv. 13

4015 Stavanger

Tlf: 51 52 75 60

E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bads Nervesanatorium

3370 Vikersund

Tlf: 32 78 70 96 • Fax: 32 78 83 08

E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net

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: rwestgaa@online.no

Alternativ medisin – en plass i helsevesenet ?

Utgangspunktet for en diskusjon om alternativ medisin må være at man erkjenner at det eksisterer et bredt marked for alternativ medisin også her i Norge. Store deler av befolkningen benytter seg av slike tjenester. Er det et paradoks at helsearbeidere utgjør en stor del av gruppen som bruker alternativ medisin?

Vet helsearbeidere mer om kvaliteten på alternativ behandling, eller er det mer nærliggende å tro at det de vet om kvaliteten på skolemedisinsk behandling er utslagsgivende for at de velger å prøve et alternativ? Kanskje er det helt andre faktorer som påvirker beslutningen. Det er en jungel av metoder og begreper, og det er lett å gå seg vill. Alternativ medisin har ofte vært forbundet med kvinner, det var kløke koner som drev med det og det var kjerringråd man fikk. Over 70% av studentene ved Norsk Akademi for Naturmedisin i Oslo er kvinner. Kanskje kan man si at alternativ medisin representerer en feminin kvalitet i samfunnet. Trenger den etablerte medisin en komplementær retning med slik kvalitet?

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1996 et utvalg som skal utrede ulike sider ved alternativ medisin. Utvalget skal blant annet drøfte om ulike former for alternativ medisin bør ha en plass i tilknytning til det etablerte helsevesenet. Utvalget skal i sin innstilling, som skal leveres før 15. desember 1998, også utarbeide forslag til aktuell lovregulering av alternativ medisin. Utvalgets leder, Jarle Aarbakke, gir oss i dette nummer en situasjonsbeskrivelse to måneder før arbeidet avsluttes og innstillingen leveres Stortinget.

Helse- og sosialdepartementets ønske om en slik innstilling bunner dels i det økende forbruket av alternativ medisin, usikkerheten om den kliniske effekten og Stortingets ønske om en avklaring av alternativ medisins rolle i norsk medisin, og dels i utøvernes egne ønsker om autorisasjon, trygdefrusjon og studiestøtte.

Det har alltid vært et ankepunkt mot enkelte deler av den alternative medisinens at man ikke kan bevise effekt utover placebo-effekten. Det er blitt gjort mange forsøk på å bevise en effekt, – det meste i utlandet. Mye av forskningen kan likevel ikke brukes til å trekke konklusjoner ettersom den metodisk ikke har holdt mål når det gjelder vitenskapelige kriterier. I Norge er det tatt et initiativ til å gjøre «god» forskning på alternativ medisin. Departementet har de siste årene bevilget penger til «Program for forskning om alternativ medisin». En del av disse pengene er blitt brukt til å gi alternative utøvere forskningskompetanse, og det har gitt mulighet til å gjennomføre studier i Norge.

Erik Jesman Pedersen

Intervju med Jarle Aarbakke, professor i farmakologi ved Universitetet i Tromsø og leder av Sosial – og helsekomiteens utvalg

Utredning av ulike sider ved alternativ medisin

Erik Jesmann Pedersen

Hva var bakgrunnen for opprettelsen av Aarbakke-utvalget?

I behandlingen av nasjonal helseplan (Stortingsmelding nr 41 1997/1998) påpekte Sosialkomiteen at alternativ medisin etter hvert hadde fått betydelig innpass og utbredelse, og at mange fikk hjelp av alternativ medisin. Komiteen understreket at på flere felter innen alternativ medisin og alternative behandlingsformer kunne det være behov for en gjennomgang av hvilken plass disse burde ha innenfor det samlede helsevesenet. I behandlingen av Stortingsmelding nr. 37 (1992/1993) om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid understreket Sosialkomiteen viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å nå de mål som var. Videre sa Komiteen at den så det som naturlig at seriøse utøvere av alternativ medisin inviteres med på forsøksprosjekter lokalt med sikte på å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid. På bakgrunn av Sosialkomiteen og Stortings behandling opprettet Sosial- og Helsekomiteen i april 1997 et utvalg for å utrede ulike sider ved alternativ medisin. Utvalget fikk et meget bredt mandat, blant annet: – å gjøre rede for status for alternativ medisin og hvilken plass alternativ medisin har i Norge i dag, – gjøre rede for og drøfte hva som kjennetegner ulike former for alternativ behandling og slik utøvelse, – redegjøre for hvor alternativ medisin står i forskningssammenheng, med beskrivelse av eventuell dokumentert effekt og bivirkninger, – drøfte hvorvidt ulike former for alternativ medisin bør ha en plass i til-

knytning til det etablerte helsevesenet, – drøfte forslag til samordning med privat og offentlig helsevesen, – drøfte spørsmål knyttet til registrering i register, – drøfte problemstillinger knyttet til godkjenningsordninger, – drøfte og ta stilling til lovtekniske modeller, aktuelle klageordninger og drøfte konsekvensen av de foreslalte forslagene.

Jeg ba daværende statsråd Gudmund Hernes om to år på dette store oppdraget, men fikk ett og et halvt år. Utredningen, en NOU, skal legges frem for Departementet innen 15. desember 1998.

Hjem sitter i Utvalget?

Utvalget består av 17 medlemmer. Av de 17 medlemmene er fire jurister, derav to dr.juris. Den ene er dessuten i tillegg til å være professor i jus, spesialist i kirurgi og barne- og ungdomspsykiatri. Der er fire utøvere av alternativ medisin i Utvalget og to samfunnsforskere, den ene er professor i medisinsk antropologi. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon har en representant. Utvalget har en farmasøyt med doktorgrad innen eksperimentell onkologi og med kompetanse fra statsforvaltningen av legemidler. Vi har en statsviter og en jurist som utredningsleder på heltid i sekretariatet i Helsedepartementet.

Det er i alt seks leger i Utvalget, den ene som nevnt kombinert med professorkompetanse i jus, en annen med betydelig kompetanse i akupunktur og homøopati, en tredje fra offent-

lig forvaltning, en fjerde med forskningsbakgrunn i allmenn medisin og forebyggende medisin, en femte er overlege i onkologi med dr.grad innen feltet alternativ medisin. Selv er jeg spesialist i klinisk farmakologi og professor i farmakologi ved Universitetet i Tromsø, samt avdelingsleder ved Klinisk farmakologisk avdeling ved Rønnesykehuset i Tromsø.

Hvordan har dere arbeidet i Utvalget?

Mandatet er meget bredt og utvalget består av mange personer. Vi har derfor fra starten delt inn arbeidet i tre grupper som har arbeidet fram dokumenter selvstendig. Den første gruppen har sett på bruken av alternativ medisin i Norge. Vi bestilte høsten 1997 en undersøkelse av Opinion om dette.

Resultatene av denne vil bli publisert innbakt i NOU-en. Vi har dessuten sett på helsevesenets holdninger til alternativ medisin. Gruppen har også et betydelig arbeid med å beskrive de ulike formene for alternativ medisin. Her har arbeidsformen vært at vi har bedt alle organisasjoner innen alternativ medisin om å sende beskrivelse av virksomhet, samt dokumentasjon av virksomhetens effekt og bivirkninger. Vi har holdt en åpen høring om alternativ medisin i oktober i 1997 i Oslo.

Den andre gruppen har hatt som oppdrag å se på dokumentasjon av effekt og bivirkninger av alternativ medisin. I tillegg til det innsendte materialet fra utøverne har gruppen benyttet databaser, og dessuten vært

til stede på konsensus konferanse på National Institute of Health høsten 1997 om akupunktur. Denne gruppen har også besøkt forskningssentre i England og har studert bruk av alternativ medisin i Kina og India.

Den tredje gruppen har arbeidet frem grunnlag for de juridiske vurderinger. De har besøkt sentra i WHO og EU, samt i Kina og India.

Det var jo en betydelig reisevirksomhet, har dere bare reist til utlandet?

Nei, vi har også vært på besøk i Kautokeino, i Indre-Troms på behandlingssted for alternativ medisin, Biosenteret i Oslo, Tonsåsen opptreningsenter og helsecentret på Mesnali. Vi føler vel vi er ganske godt oppdatert med hensyn på hva som foregår både i Norge og internasjonalt.

Hvor langt er dere kommet?

Vi har nå mot slutten av september 1998 produsert mange hundre A4 sider og begynt for alvor å strukturere tiltaks- og beslutningsprosessen. En vik-

tig målsetting med oppdraget har vært å samle så mye kunnskap som mulig om feltet alternativ medisin, og så langt som mulig prøve å få til en enhetlig beskrivelse av feltet.

Men er ikke det nærmest umulig? Snakker ikke skolemedisinere og alternativ medisinere forskjellig språk?

Jo, ofte er det slik i utgangspunktet. Språket kan virke som et gjerde, og ikke som en bro. Vi har brukt mye tid på fellesmøtene til å se på det vitenskapsteoretiske, historiske og andre grunnlag for hvordan vi tenker som vi gjør innen ulike tradisjoner. Dette har vært utrolig spennende, men arbeidskrevende. Hvis resultatet kan bli at vi leverer en samlet beskrivelse av virkeligheten, eksempelvis de første 150-200 sider av NOUon, synes jeg at en veldig viktig del av oppdraget er løst. Til syvende og sist er en klargjøring av premissene, for beslutninger, det pasientene, Storting og behandlerne mest interessert i.

Dette lyder jo vel og bra, men er det ikke krig blant annet slik det fremgår av media?

Jeg tror faktisk ikke det. Jeg tror også at noe har skjedd i den offentlige debatt i løpet av den tiden vi har holdt på. Jeg har registrert at sentrale aktører bruker ord og uttrykk i sin omtale av hverandre som tyder på en større grad av åpenhet og respekt. Og hva er du og jeg som pasienter interessert i? At noen møter våre behov, at noen forteller oss om diagnose og behandlingsmuligheter og at vi ikke kommer i klemme mellom behandlerne, som ikke vil vite av hverandre.

Hva skjer etter NOUen?

Da vil det etter det jeg forstår av Helsedepartementet bli lagt opp til en bred høring og jeg tror det ville være lurt om man laget en Stortingsmelding om feltet alternativ medisin på bakgrunn av NOUen og høringsuttalelsene, samt den offentlig debatt om NOUen som jeg forventer kommer til å bli meget interessant.

SEX - LYST ELLER LYTE?

Kurs i abortforebyggende arbeid blandt ungdom

Torsdag 4. februar 1999 kl 11 00 - 19 30

Clarion Hotell Gardermoen, 2060 Gardermoen

Kurset er godkjent med 8 timer, tellende for spesialiteten i all-mennmedisin.

Kurset er beregnet på leger i primærhelsetjenesten. Medarbeidere og øvrig helsepersonell ønskes også velkommen.

Antall kursdeltakere: 100

Kursavgift: Kr. 650,- inkl. lunsj og kaffe.

Kursansvarlig: Lege Bjørg-Helene Renaa og Helsesøster Hilde Mothes

Påmelding til: Helsestasjon for ungdom,
Postboks 3
2051 Jessheim Tlf. 63 94 64 26
Fax 63 94 64 70

Påmeldingsfrist: 20. desember 1998

Program:

10 00 - 11 00 Registrering og kaffe

11 00 - 11 45 Ungdom og seksualitet.
v/forsker Bente Træen, Folkehelsea

11 45 - 13 00	Lunsj
13 00 - 13 45	Chlamydia fortsatt en trussel? v/overlege og forsker Preben Aavitsland, Folkehelsea
14 00 - 14 45	Svangerskapsforebyggende tiltak - hjelper de på abortstatistikken? v/sekssjonsoverlege Torgrim Sørnes, Kvinneklinikken, SiA
15 00 - 15 45	Prevensjon og nødprevensjon. v/lege og faglig ansvarlig for SUSS (Senter for ungdom, samliv og seksualitet)
15 45 - 16 30	P-piller, virkning og bivirkning. Interaksjoner med andre legemidler. v/overlege Tom Riser, Gyn.avd. SiA og privatpraktiserende gynekolog
16 30 - 17 00	Kaffepause
17 00 - 18 00	Juridiske aspekter ved prevensjonsrådgivning. v/psykolog og rådgiver Ulla Ollendorf, Statens Helsestilsyn
18 00 - 19 30	Alle har vi seksualitet. Psykologiske aspekter ved bruk av prevensjon. v/leder Tore Langfeldt, Institutt for klinisk seksologi og terapi
19 30	Slutt

Det store tautrikset, basaren i Bagdad og det norske helsetorget

Gunnar Strøno kommunelege II i Tinn. Han er medredaktør i Utposten

Det store tautrikset er det største kunststykket man kan vise. Såvidt jeg vet er det bare gjort en gang, i Bagdad.

En travel dag kommer en eldre, høyreist mann ut fra basaren. Han bærer et langt tau i kveil over den ene skulderen. Ved hånden har han en liten gutt. Han går midt ut på torget. Der legger han kveilen på bakken og kaster den ene tauenden opp i været. Tauet blir stående som en stang. Den lille gutten klatter opp. Han klatter og klatter til han forsvinner av syne. Da drar mannen tauet ned igjen, kveiler det over skulderen og går alene tilbake til basaren.

Jeg har vært i basaren i Bagdad i to år, å kjøpe et bønneteppe og en tuba. Teppehandelen var nokså enkel og svært morsom. Med tubaen var det verre, men mer spennende.

Skal man kjøpe et teppe i basaren, *souken*, går man til teppeselgernes gate. Det heter «teppeselgernes gate», men det er et trangt, langt smug man såvidt kan komme gjennom med en smal eselkjerre. Hele basaren er en labyrinth av smug, og alt er overbygd med tak. I en tverrgate til teppeselgernes ligger kobbersmedenes gate, så er det toyselgerne, gullsmedene, krydderselgerne og alle de andre. Det er fint for kundene at de forskjellige salgsboden er samlet bransjevis på denne måten. Det er lettvint å finne det man skal ha, og det er lett å sammenlikne priser og kvaliteter. For handelsmennene er det også en fordel. De har et faglig miljø, og de kan holde et øye med hverandre. På baksiden av souken renner Tigris, bred og brun.

På det norske helsetorget er vi også mange som falbyr varene våre. Vi «skolemedisinere» har okkupert den sentrale torgplassen, men rett der borde står homeopatene, der er fotsonete-rapeutene, over der er magnetterapeutene, noen akupunktører er på den kanten, der borte selger de eliksirer og piller som gir evig ungdom, der er healerne, og det er mange, mange andre.

Når man blir syk, går man på torget for å få tak i noe som gjør at man blir frisk. De fleste går rett til skolemedisinernes boder. Der kjøper de en vare som har flere bestanddeler. Den viktigste er en forklaring på problemet. Der nest er det kanskje et medikament, kanskje en henvisning, kanskje bare noen gode råd.

Da jeg kom hjem fra souken med bønneteppet, ble det nøy vurdert, først av meg selv, deretter av mange andre. Var det det gav seg ut for? Kom det virkelig fra den landsbyen selgeren hadde fortalt meg? Var det ekte naturfarget? Hvordan var ullkvaliteten? Hvor tett var det knyttet? Var prisen riktig? En av naboen var ekspert, og han var i alle fall skeptisk til kvaliteten på renningen.

Når den syke kommer hjem fra besøket hos legen, blir også varen vurdert. Var forklaringen rimelig? Stemmer den med hans eller hennes egen referanseramme og tolkning av verden? Hjelper behandlingen? Kan medisinene være farlig? Og det er ikke bare pasienten som vurderer. Ektefelle, foreldre, barn, kolleger, venner, naboen, alle kan de være involvert og komme med sine innspill.

Dessverre er det mange som ikke blir så veldig friske. De gir seg tilbake til torget og til virvaret av utbud. Vi vet at vi moderne, vitenskapelig baserte leger er de eneste seriøse på markedet. Men det er jo slik at de fleste i dette landet ikke har den samme forståelsen av virkeligheten som oss. De gir vel blaffen i om forklaringen og behandlingen er vitenskapelig fundert eller ikke, bare de blir bra. Det er ikke vanskelig å skjonne. Hvor mange av leserne har knept hender i vanskelige tider og bedt om hjelp fra Gud? Det kan vel knapt kalles vitenskapelig fundert, men det passer i vår tolkning av livet, verden og smerten.

I alle samfunn av mennesker til alle tider har noen hatt jobben som medisinmenn. Medisinmennene er fortolke- re av sykdom og vanskjebne, og de forskriver botemidler. Mitt viktigste poeng er at vi selv er bærere av denne tradisjonen. Vi har en historisk sett ny og revolusjonerende måte å forklare verden på, men historisk og samfunnsmessig er vi medisinmenn.

John Nessa skriver i Tidsskrift for den norske lægeforening i debatten om «evidence-based» medisin: «Det vi ... treng er ein betre filosofi, eit høgare refleksjonsnivå, ein klarare analyse av dei problemområda moderne allmennpraksis står overfor i eit postindustrielt samfunn. Og målet er ikkje konsensus, men ei fruktbar og dynamisk spenning som kan utvikle faget vidare slik at enda fleire menneske stadig hyppigare kan få glede av å søke lege. Det siste er ikkje ironisk meint.» (1) Hvis vi ikke forstår vår historiske og samfunnsmes-

sige oppgave som medisinmenn, svikter vi pasientene våre. Vi lar andre overta de beste torgplassene, og jeg tror ikke at det er til pasientenes beste.

Alle handelsmenn vet at du skal ikke rakke ned på konkurrentene dine, da blir kunden mistenksom. Du skal heller framheve dine egne varer, og du skal gi god service. Vi er mange slags medisinmenn på torget. Selv om healeren og jeg ikke deler referanse-rammer, er vi likevel kolleger. Vi vil

begge pasientens beste. Vi lever begge av vår legevirksomhet. Vi gjør begge så godt vi kan, og så får pasienten og naboen hans selv avgjøre hvem som var til mest hjelp.

Drømmen min er en dag å være den eldre, høyreiste mannen som kommer ut på torget med et tau i kveil over skulderen og en liten gutt ved hånden.

I John Nessa, Tidsskr Nor Lægeforen
19, 1997;117:2817-20



Et liberalt helsemarked – i Norge?!

Av Jon Henrik Laake Assistentlege Anestesiavdelingen Sentralsykehuset i Rogaland

Når aksje- og valutakursene er i fritt fall og politiske røster taler om å legge begrensninger på den frie kapitalismens utfoldelse, kan det være nyttig å minne seg selv om at det eneste som idag hindrer en global depresjon er den amerikanske økonomien (1). Fraværet av myndighetenes innblanding i borgernes vanlige gjøren og laden (og derigjennom lave offentlige utgifter) er en av de viktigste forutsetningene for den økonomiske vekst USA



Jon Henrik Laake Cand.med.
1989 Universitetet i Oslo.
Turnustjeneste i Kristiansand og Vennesla. Forskning og undervisning ved Anatomisk institutt i Oslo. Arbeider nå som anestesiolog i Stavanger. Har hatt flere tillitsverv: Styremedlem i Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger, styremedlem i Oslo lægeforening, landsstyremedlem i Den norske lægeforening. Prioriterer for tiden arbeidet med en doktoravhandling.

har opplevd det siste ti-året. Sammen med superbe utdanningsinstitusjoner har den økonomiske veksten også skapt grunnlaget for en teknologisk utvikling som setter hele resten av verden i skyggen.

Helsevesenet er ikke unntatt fra slike betraktninger. USA er idag hovedleverandør av medisinsk innsikt og teknologi, og behandlingsresultatene som oppnås i USA er jevnt over bedre enn i andre utviklede land. Helsestjenester utgjør 13-14 % av bruttonasjonalproduktet hvorav drøyt 6 % er offentlig finansiert. Helsevesenet i USA gjennomlever også raske og til dels dramatiske forandringer. De såkalte Health Maintenance Organizations (HMOs) har gjennomført en kostnadskontroll som har medført en reduksjon i forbruket av spesialisthelsetjenester. Plutselig er primærhelsestjeneste blitt et oppegående amerikansk fenomen! Er det fordi de har lært av oss skandinaver? Neppe! Det er økonomiske realiteter som fremtvinger slike strukturendringer. Da Bill Clinton var nyvalgt president sto helsereformer på dagsordenen. De ikke-forsikrede skulle hjelpes med en omfattende helseplan. Det ville koste penger. Og i USA må presidenten be kongressen om penger når reformer skal gjennomføres. Fru Hillary's helseplan er idag en saga blott.

Men kongressens motvilje til å kaste penger på befolkningens helseplager er ikke bare et utslag av råskap, slik europeiske politikere av alle avskygninger liker å fremstille det. Motviljen er snarere et utslag av en grunnleggende skepsis mot å regulere fredelig utveksling av varer og tjenes-

ter, og en utstrakt tillit til at dette stort sett ordner seg selv. Europeiske politikere ynder å trekke frem at ca en tredel av den amerikanske befolkningen mangler egen helseforsikring. Det er etter min oppfatning en ikke relevant størrelse. Det eneste som betyr noe er forholdstallet mellom det antall mennesker som til enhver tid har behov for en helsetjeneste og antallet som faktisk oppnår dette. Det er ikke sikkert at USA kommer så dårlig ut sammenlignet med Norge hvis vi regner på denne måten.

En annen viktig faktor er at innvandringen, både den legale og den ille-lagte, til USA er vesentlig større enn til Europa. Disse menneskene kommer til et meget hardt liv, som likevel er å foretrekke fremfor det de kommer fra. USA gir sine innvandrere minimal bistand. Likevel strømmer de til. Nesten alle får seg arbeid (om enn ofte svært dårlig betalt). Europa derimot, har valgt å stenge døren til sin egen bakgård, og de få innvandrere som kommer hit ender alt for ofte i en tilværelse preget av arbeidsledighet og trygd. En viktig grunn til europeernes restriktive holdning er nettopp vel-fredsstaten og det i sammenlikning ufleksible arbeidsliv vi har i Europa. Mens antallet amerikanske arbeidsplasser har øket med 60% de siste 25 år, har antallet europeiske sunket med 4%. Sosialbudsjettene ville ikke tåle en innvandring på linje med den amerikanske. Men pga økonomisk nedgang setter selv små innvandringstall den europeiske velferdsstaten i fare. Og innvandrerne er i ferd med å bli den nye tids jøder, mens arbeidsledig ungdom i Tyskland og Frankrike ikler seg lærstov-

ler og barberer hodet. Slike betraktningsrører hører med når man sammenlikner velferdspolitikken i Europa og USA. Helsevesenet er en viktig del av den europeiske velferdsstaten. Og etter min mening er det fasttømrede holdninger til nettopp velferdsstaten som representerer den største trusselen mot en god samfunnsutvikling på det europeiske kontinentet. Velferdsstaten er en garantist for høye skatter og avgifter og et stift og ufleksibelt arbeidsliv. I en global økonomi resulterer dette i arbeidsledighet og sosial uro (2).

Skal man forandre velferdsstaten bør man etter min oppfatning ha anstendighet nok til å begynne med de deler som rammer en selv. Personlig gir jeg gladelig opp mitt offentlige ansettelsesforhold for å konkurrere på et fritt arbeidsmarked. Som frisk, ugift og uten barn har jeg knapt andre sosiale fordeler enn gratis helsetjeneste ved akutt sykdom og fremtidige pensjonsavsetninger å gi avkall på. Men uten behovet for å skaffe meg helseforsikring har jeg heller ingen incentiver, annet enn den sunne fornuft, til å leve sunt og ta vare på helsen. Og jeg slipper å tenke på behovet for en gunstig spareplan. Eller gjør jeg det? Det er slett ikke sikkert at oljefondet kan ivaretaka mitt pensjonsbehov når jeg takker av i år 2030. Kanskje ville jeg ha forvaltet pengene mine bedre enn det staten kan dersom jeg fikk beholde en større del selv. Men det kan selvsagt være et selvbedrag. Sikkert er det at næringslivet i Norge i mindre grad ville ha vært avhengig av den etterspørsel som er skapt pga oljen dersom det hadde fått utvikle seg under et regime med lavere kostnader.

Og hva med helsevesenet? Med den økonomiske krisen som vi nå er midt oppe i kan det være at reformene kommer før vi vet ordet av det. Hvorfor skal det offentlige betale for helsetjenester som i kun liten grad kan betraktes som livsnødvendige og som i større og større grad fremstår på lik linje med andre varer og tjenester? Og hvorfor skal folk flest avfinne seg med 15 minutter på et kommunelegekontor preget av offentlig fattigdom når man kan bli traktert i flotte helprivate helse-

sentra for samme beløp som hos frisøren (forutsatt at man også har betalt medlemsavgiften)?

Norske pasienter oppfatter seg idag i kun minimal grad som konsumenter. Jeg tror dette kommer til å endre seg radikalt. Innføringen av fastlegeordningen kan være det som utløser en slik utvikling. Jeg kan ikke forestille meg at folk flest vil akseptere at de skal være forhindret fra å oppsøke den lege eller helsetjeneste de selv finner for godt. Selvbevisste helse-konsumenter er idag et etablert fenomen i USA. Dette vil spre seg til Europa uavhengig av norske politikereres reguleringssiver – og Legeforeningens velmenthet. Denne type menneskelig adferd lar seg simpelthen ikke regulere, hvilket tilsier at man derfor heller ikke bør innlate seg på denslags. Snarere burde man heller innse hvilket forbudspotensiale som ligger i å åpne for fullstendig fri konkurranse. Vekk med LEON prinsippet, helseplaner og hele hurlumheien! Idag er det slik at man lettere kan skaffe seg kunnskap om den bilen man tenker på å kjøpe enn det legeteamet man skal underkaste seg for å få utført åpen hjerteoperasjon. Og tilgjengeligheten til helsetjenester er elendig på de tider av døgnet da folk flest har tid til å oppsøke dem. La heller legesentra organisere seg selv på den måte de finner det for godt. Markedet vil luke bort råtne egg og stimulere til faglig fordypning. La allmenleger konkurrere med andre spesialister, la legene få velge sine samarbeidspartnere uavhengig av om det er sykehus eller fotterapeuter. Kort sagt, la de tusen blomster blomstre. Jeg ser faktisk bare for meg ett eneste krav, og det er at legen må kunne dokumentere sin praksis på en måte som gjør det mulig å undersøke hvorvidt han eller hun faktisk praktiserer medisin og ikke heksekunst.

Hvorfor vil man ikke tillate en deregulering av helsetjenesten i Norge? En av de begrunnelsene som hyppigst angis er at man er redd for å tappe distriktsene for leger. Men idag ser vi at allerede før den er innført, resulterer fastlegeordningen i legeflukt fra distriktsene. Og med en monoplisert helsetjeneste har vi fått en bortimot eks-

trem konsentrering av leger i det sentrale østlandsområdet. En annen begrunnelse er at en deregulert helse-tjeneste vil favorisere de mest velstående. Dette argumentet holder neppe. Skal man tjene riktig mye penger i helsevesenet må man nødvendigvis henvende seg til storforbrukere av helsetjenester og tilby noe disse har råd til. For å bruke en analogi: Rimi-Hagen tjener mer på å tilby kurante varer til hvernansen enn det Smør-Pettersen gjør på å selge delikatesser til bornerte småborgere i Oslo-Vest. Dessuten har velstandsfordelingen favorisert den middelaldrende til eldre del av befolkningen, som derfor ikke trenger å subsidieres. Men helsevesenet skal altså stadig være et offentlig anliggende. Og snart kommer det nok nye bud om beordring.

Det norske helsevesenet befinner seg etter min oppfatning i en henge-myrr det neppe vil komme seg ut av før politikerne begynner å la folk få lov til å løse problemene sine selv. Allmenlegene bidrar til denne vanskelige situasjonen ved å tviholde på sitt hegemoni i førstelinjetjenesten og ved å la fastlegeordningen bli koblet til refusjonsretten. Jeg tror det vil slå tilbake på dem selv, fordi samfunnet har beveget seg bort fra den tiden da valgfrihet ble ansett som noe usolidarisk.

I mine utopiske svermerier er det likevel en ting som gjør meg litt trist. Tiden er for lengst forbi da man kunne regne med en privatisert helsetjeneste utgått fra legene selv. Det blir nok Storebrand og andre finansinstitusjoner som kommer til å styre morgendagens legetjeneste.

1 Global nedgang. *Dagens Næringsliv*, 5. September 1998: 19.

2 Macrae N. The thieving state. *The world in 1997* (The Economist yearly supplement). 1996: 20.

Forskning på alternativ medisin

Av Erik Jesman Pedersen

Befolkningens interesse for og bruk av alternativ medisin har i lang tid vært stigende, og ble tredoblet fra 1975 -1985 med ca 1,5 millioner kontakter mellom pasienter og utøvere av alternativ medisin (1,2). Dette vekket Norges forskningsråds interesse og det ble besluttet å lage et program for forskning på alternativ medisin. Sosialkomiteen anbefalte Sosialdepartementet å avsette 1,5 mill. kroner årlig i en 4-årsperiode fra 1993 til dette formålet.

Fra 1993 har et programstyre bestående av skolemedisinere og alternative medisinere gitt midler til dertil egnede prosjekter. Fram til 1996 hadde programmet støttet 30 prosjekter hvorav 4 er doktorgradsprosjekter. 15 prosjekter dreier seg om akupunktur, 10 om homøopati. Over-

vekten av akupunktur- og homøopati-prosjekter skyldes at det stort sett er utøvere fra disse behandlingsformene som har søkt.

En del av prosjektene er ferdige og man har kunnet trekke forsiktige konklusjoner. De mest positive resultatene fant man innen akupunktur. Det ble vist signifikant god effekt av akupunktur for pasienter med slag (3). Pasienter som gjennomgikk rehabiliteringsprogram i subakutt fase og som i tillegg fikk akupunkturbehandling viste signifikant bedre motorisk funksjon og ADL etter 6 uker og seinere. Kvinner med svangerskapskvalme i første trimester fikk lindring etter bruk av akupressur (4).

Blant de homøopatiske studiene fant man ingen effekt ved migrrene eller ved kjevekirurgi. Det ble funnet effekt av det homøopatiske middellet Arnica ved stølhett hos maratonløpere (5). Det ble i denne studien funnet at løpere som tok det homøopatiske middellet Arnica Montana kom seg forttere og ble mindre støle i muskulaturen enn de som ikke fikk.

Ettersom det ikke eksisterte noen tradisjon med forskning på alternativ medisin i Norge, har man også fra Norges forskningsråds side brukt midler til å øke forskningskompetansen slik at man i fremtiden kan designe gode studier. Man har da gjerne brukt lærekrefter og forskningsmodeller tilrettelagt for alternativ medisin fra utlandet.

Det er også utenlands man har tradisjon både med alternativ behandling og forskning. I Nederland brukte 15 % av befolkningen alternativ medisinsk behandling i 1990 (6) og 36 % av franskmenne oppsøkte i 1992 homøopat (7). I USA var det i 1990 425 mill kontakter med alternative utøvere, - til

sammenlikning var det 388 mill kontakter med allmennpraktikere, indremedisinere og pediatre til sammen.

Metaanalyse av 127 kontrollerte studier på homøopati viser at 81 kom ut til fordel for behandlingsformen. Man må her legge til at mange av studiene var metodisk dårlige. Det samme fordelaktige resultat i forhold til homøopati understøttes i andre studier (9).

Gullstandarden innen forskning på alternativ medisin har vært dobbelt blinde randomiserte studier. Dette lar seg ikke gjennomføre f. eks. på akupunktur ettersom narreakupunktur på punkter like til siden for de rette punktene sannsynligvis gir større effekt enn placebo, om enn mindre enn ekte akupunktur.

Ved forskning på homøopati har man ikke gått inn på evt. effekt av det 1-2 timer lange homøopatiske intervjuet. Dette viser at man fremdeles har store utfordringer i forhold til å designe studier som kan gi gode svar på hypotesen: har homøopati effekt utover placebo-effekten.

Den som lever får se.

Litteratur:

1. Helseundersøkelsen 1975. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1977.
2. Helseundersøkelsen 1985. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1987.
3. Sallstrom S. et al. Akupunkturbehandling ved hjerneslag i subakutt fase. En randomisert kontrollert studie. Tidsskr Nor Lægeforen..1995 ; 115: 2884 - 7.
4. Norheim Arne Johan et al.
5. Tweiten, Dag . Tidsskr Nor Lægeforen..(199 ; 115: 2884 - 7.)
6. Complementary medicine in Europe.
7. Complementary medicine in Europe.
8. Kleijnen J et al. Clinical trials of homeopathy. BMJ 1991; 302: 316 - 23.
9. Hill F. et al. Review of randomized trials of homeopathy. Rev Epidemiol Sante Publique 1990; 38: 139 - 47.



Erik Jesman Pedersen
Cand.med. Tromsø 1996. Utdannet homeopat ved Norsk Akademi for Naturmedisin i 1988. Har jobbet som vaktelege ved Legevakten i Stavanger, jobber nå som allmennpraktiker.

Det er da vel ikke bare å stikke....

Om akupunktur og opplæring

Tone Skjerven

Bekymringen som førte til intervju med akupunktør og stipendiat Terje Alræk

Da jeg var student, var jeg en periode ganske opptatt av å få vite mer om hva den såkalte alternative medisin hadde å bidra med. Den gang leste jeg blant annet doktor Georg Bentzes bok: «Akupunktur. En annen måte å tenke på» (1). Lesingen var med på å forsterke min respekt for andre måter å tenke på og andre måter å drive diagnostikk og behandling på enn det den vestlige, moderne medisin bidrar med, men jeg tenkte at disse tingene fikk andre ta seg av. Jeg får konsentrere meg om mitt fagområde, de om sitt, så kan vi

kanskje møtes i samarbeid for å hjelpe pasientene best mulig.

Jeg har også vært, og er, opptatt av at ferdigheter må innøves under supervisjon; at overgangen fra skriftlig informasjon til praktisk utøvelse av forskjellige kliniske prosedyrer ofte er for stor til at utførelsen kan skje under faglig forsvarlighet. Vi må heller ikke glemme vår plikt til å drive vitenskapsbasert medisin, jmf. f.eks EBM-debatten. Jeg ble derfor ganske overrasket da vi i vår fikk en runde på EYR – den allmennmedisinske diskusjonslista på Internett, om gode lærebøker i akupunktur som kunne brukes for å komme igang med «stikking» på forskjellige tilstanser.

Men hva vet jeg, kanskje er det mange som gjør det på denne måten, utfører akupunktur etter lærebokoppskrifter? Den gode Bentze (se ovenfor) uttaler om dette: «I dag opplever vi en degradering av den opprinnelige kinesiske akupunktur. Istedenfor den tradisjonelle metoden av diagnostikk og terapi vil man finne frem lettvinde måter å lære akupunktur på: Den skal være lett å tilegne seg, på korte kurser eller ved kort selvstudium. Man kaller det man da praktiserer for «symptomatisk akupunktur» eller rett og slett «Ny akupunktur». Den kalles også «Ny kinesisk akupunktur», siden også folk i Kina vil gå den lette veien. Det brukes bøker med oppskrifter for forskjellige diagnoser, populært kalt «kokebøker», for å finne frem til hva man skal gjøre. Forskjellen mellom en akupunktør og en slik nålestikker, uansett utdannelse for øvrig, er større enn mellom en lege og en sykepleier».

(Dette gir meg assosiasjoner til diskusjonen om kliniske retningslinjer,

kunnskapsbegrepet og legekunst). Min uro bragte meg imidlertid til akupunktøren som på det tidspunkt befant seg i samme hus som meg. Terje Alræk arbeider for tiden med et forskningsprosjekt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen om akupunktur kan forebygge recidiverende cystitter.

- *Hva mener du om mulighetene for en lege til å utføre akupunktur ut fra en lærebok?*
Min mening er at det ikke går an. I respekt for faget må en se til Kina, hva de krever av sine utøvere og lære av dem. Den klassiske akupunkturen er et omfattende fagområde som krever innslit og kunnskaper i både tenkemåten og håndverket. Håndverksdelen krever at noen trekker opp retningslinjer sammen med en, at en praktiserer under supervisjon. En kan ikke tilegne seg håndverket ut fra en lærebok.

- *En ting at det er uakseptabelt faglig sett, men kan det gjøre skade på pasienten?*
Akupunktur kan som kjent gi skader som f.eks pneumothrax. Dette er noe som kan skje også for en utøver som har adekvat utdanning. En kan også gjøre feil ut fra en feilaktig forståelse eller manglende helhetssyn ved et sykdomsbilde. Som eksempel kan nevnes en magelidelse med sure oppstøt som kan få slik og slik behandling, men hvis pasienten har en infeksjon med lett feber skal han ikke ha behandling før denne er ute av kroppen. Kroppen arbeider da allerede med en sykdom, og denne kan forverres til f.eks bronkitt eller pneumoni hvis pasienten samtidig får behandling for en annen tilstand.

Terje Alrek 3-årig akupunkturstudium ved International College of Oriental Medicine, England 1979-82. Drevet egen akupunkturpraksis siden da, i 8 år sammen med en kinesisk lege og akupunktør. Fra 1991-1996-Bryggen Medisinske Senter, tverrfaglig medisinsk praksis med leger, homeopat og akupunktører. Siden 1994 involvert i forskningsarbeid på akupunktur. Resultatene publisert 1998 (Legetidsskriftet og Scandinavian Journal of Primary Health Care). Fra januar 1998 ansatt i 1/2 stilling som stipendiat (NFR-lønnnet) ved UiB, seksjon for allmennmedisin. Forsker på akupunktur. Juni 1997 ferdig med 1 1/2 års etterutdanning i Kinesisk urtemedisin.

- Men finnes det tilstander eller teknikker som er mer standardiserte som kanskje allikevel kan beskrives som en prosedyre? Jeg har for eksempel hørt om triggerpunktbehandling? Den såkalte triggerpunktbehandlingen kan være nyttig ved en del muskelskjelett lidelser. Nåler i smertepunktene får blodgjennomstrømningen til å øke i området og løser opp spenninger. Slik kan man også få stram muskulatur til å slappe av. Dette kan nok kanskje gjøres ved hjelp av en prosedyrebeskrivelse. For oss akupunktører er det ofte slik at pasientene kommer til sent i et sykdomsforløp, etter å ha gått gjennom flere runder i behandlingsapparatet. Da må vi ta i bruk den tradisjonelle kinesiske medisinske tankegang og vurdere pasientene individuelt ut fra diagnostikk. En lege får oftere pasientene i akuttfasen eller tidlig i sykdomsforløpet, og jo tidligere han kommer, jo mer standardisert kan behandlingen være. Men en må da også ha mulighet til å gi behandling f.eks i de tre påfølgende dager for å få effekt. Dette kan kanskje være praktisk vanskelig i en travel legepraksis?

- Hva bør akupunkturutdanningen inneholde?

Det bør være minimum 3 års utdanning med klinisk praksis. Dette mener jeg gjelder for dem som vil kalles akupunktører eller som arbeider som fulltidsakupunktører. Så er det muligheter for annet helsepersonell å lære seg deler av akupunkturen, det være seg smerteleger, jordmødre eller andre. Utdanningen bør etter min mening bygge på den tradisjonelle kinesiske modellen. Det krever tid å tildegne seg en ny tenkemåte, og det kreves tid til øvelse og veiledning. Det er mange detaljer f.eks innen stikkteknikk som skal læres og innøves.

- Hvilke muligheter har en til å lære akupunktur i Norge?

Norsk akupunkturskole tilbyr 3 års utdanning til leger, fysioterapeuter og tannleger samt folk med basalfag i anatomi og fysiologi, tilsvarende f.eks helsefag grunnfag på Universitetet. Man må minimum ha sykepleierutdanning for å komme inn på denne skolen. Jeg kjender også til at Legefore-

ningen har et tilbud til sine medlemmer om kurs over flere helgesamlinger. Dette vet jeg for lite om til å vurdere det faglige innholdet. Ellers kan man jo reise til Kina der man kan gå et 3 måneders kurs. Dette er WHO's minstekrav til akupunkturutdanning for leger og annet helsepersonell.

Etter intervjuet tenker jeg fremdeles at det beste kanskje er om vi kan utdanne gode leger og gode akupunktører som hver kan sitt fag. Men det hadde vært fint å kjenne litt mer til hva akupunktøren kan. Kanskje er det tilstander som bedre lar seg behandle av ham enn av meg. Dette får vi heller komme tilbake til, men for de av dere som blir fengt viser Alræk til et par gode bøker som kan anbefales (se nedenfor).

Litteratur:

1. Bentze G. Akupunktur. En ny måte å tenke på. OsloDreyers Forlag A/S. 1984.
2. Heyerdahl O, Lystad N. Lærebok i akupunktur. Tano forlag 1991

Anbefalt litteratur for øvrig:
Kaptchuk T. The web that has no weaver.
Condon & Weed 1983. Finnes i ny utgave. Er å få hos Tanum/Norli i Oslo.



UNIVERSITETET I OSLO

Masterstudium i helseadministrasjon

Studiet i helseadministrasjon er et ett-årig videregående, ledelsesorientert studium som fører frem til graden

Kandidat i helseadministrasjon/Master of Health Administration.

Studiet er lagt opp for dem som ønsker å ha lederoppgaver i helsevesenet eller som allerede har slike oppgaver.

Hovedfagene er ledelse og helsepolitikk, helseøkonomi og samfunnsmedisinsk planlegging/evaluering. I tillegg er det kurs i helserett, ledelsespsykologi og metode. Undervisningsformen er variert med gruppearbeid, øvelser og rollespill som viktige innslag.

Studiet er todelt. Den første delen gjennomføres i høstsemesteret og har obligatorisk undervisning hver dag. Den andre delen består av kortere kurs og oppgaveskriving, og den kan tas som deltidstudium over 5 semestre. Undervisningen er på norsk.

Det tas opp 30 studenter hvert år. Studiet støttes økonomisk av Legeforeningen, og ca 3/4 av studentene skal være leger. De øvrige studieplassene gis til søker med

anden helsefaglig eller økonomisk/administrativ bakgrunn. Det er en liten kvote for yngre søker (35 år og yngre). Ved opptak legges det vekt på at kullet skal få en variert sammensetning ut fra fag, geografi og institusjon og at kjønnsfordelingen ikke skal bli for skjev.

Studieåret 1999 starter i midten av august. Søknadsfrist for opptak er 20. januar 1999. Tilbud om plass blir sendt ut i slutten av mars.

Søknaden skal inneholde opplysninger om utdannelse og praksis, en begrunnelse for ønske om opptak, et par referanser og gjerne en uttalelse fra arbeidsgiver. Det legges vekt på at søkeren kan dokumentere muligheter til å gjennomføre hele studiet. Opptakskrav er utdanning tilsvarende cand.mag. nivå. I sjeldne tilfelle kan det gjøres opptak av annen bakgrunn. Søkere som ikke har embetekasmen, må i søknaden dokumentere sin kompetanse i forhold til cand.mag. nivået.

Interesserte kan få mer informasjon ved å henvende seg:
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo, Rikshospitalet, 0027 Oslo
Tlf. 22 86 87 50, faks 22 36 25 62

Oppdag et nytt prinsipp for smertebehandling

Nobligan® – et effektivt originalpreparat ved moderate smerter.

- Dobbel virkning på sentralnervesystemet. Virker delvis som en svak opioid agonist og delvis ved å hemme reopptaket av serotonin og noradrenalin.
- Brukes ved moderate smerter, f.eks. ved lumbago, osteoartrose samt muskuloskeletale smerter.
- Ikke klassifisert som narkotikum. Reseptgruppe B.
- Dosering: 1 kapsel 3 ganger daglig.
- Minimal risiko for avhengighet¹ og obstopasjoner².



Nobligan

Analogtikum.

ATC-nr.: N02A X02

KAPSLER: Hver kapsel inneholder: Tramadol hydrochlorid 50 mg, const. q.s. Forstoffer: Indigotin (E 132), jernoksid (E 172), titanoksid (E 171).

Egenskaper: Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. I forhold til morfin, er respiroksionsdempende virkninger svært små ved terapeutiske doser. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på mu-, delta- og kappa-opioidreceptorer med en høyere affinitet til myoseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av gjennomspak av noradrenalin og stimulering av serotonininfrigjøring. Tramadol er en nærmest blanding, (+)-enantiomeren har høyest opioid effekt og stimulerer serotonininfrigjøring, mens (-)-enantiomeren har større betydning for inhibering gjennomspak av noradrenalin. Absorpsjon: >90% og påvirkes ikke av fødeinntak. Bioaktivitetsgrad: Ca. 70% etter en enkel oral dose. Proteinbinding: 20%. Halveringstid: Ca. 6 timer ved normal lever- og nyrefunksjon. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Maks. konsentrasjon oppnås etter 1-2 timer. Metabolisme: Tramadol metaboliseres hovedsakelig ved N- og O-demetylering og ved konjugering av O-demetyleringsprodukten med glukuronsyre. "First pass"-metabolismen er ca. 30%. Bare M1-metabolitten har noe analgetisk effekt, men plasmakonsentrasjonen er lav og har derfor usikker klinisk signifikans. Utskillelse: 90% av tramadol og dens metabolitter utskilles renalt, hvorav ca. 10% utskilles uromdannet. Utskillelse via fæces er kvantitativt ubetydelig for disse stoffene. **Indikasjoner:** Moderate smerter.

Kontraindikasjoner: Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, analgetika eller andre stoffer med virkning på CNS. Hypersensitivitet for tramadol. Tramadol skal ikke ges til pasienter som har MAO-hemmere, eller tidligere enn 2 uker etter seponering. **Bivirkninger:** Mest vanlig er kvalme og svimmelhet (over 10%). **Hypotone (>1/100):** Gastrointestinale: Munnenhet, kvalme, oppkast, forstoppeelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, desighet. **Mindre hypotone:** Gastrointestinale: Dyspepsi, movesmerte, diaré. Hud: Klee, hudutslett. **Seldne (<1/1000):** Psykiske: Humersvingninger, forandringer i oppfattelsesseveriteten og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelvækket, krampeanfall. Sirkulatoriske: Hypotensjon, tøykardia, synkope, hypertensjon. Sym: Synsforsyntreiser. Urogenitale: Blaaretrammingsforsyntreiser. Øvrige: Appetitforandringer, allergiske reaksjoner (åndned, bronkospasmer, angioneurotisk edem), anafylaktisk sjokk. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. Det er også observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvenningsrisiko foreligger. **Forstikkighetsregler:** Forsiktighet ved hodeskader, økt intrakranielt trykk, alvorlig nedsett lever- og nyrefunksjon, tendens til krampearanfall og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med alvorlig respirasjonsdepresjon og ved samtidig behandling med CNS-depressive stoffer. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør ikke tas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol kan forårsake tretthet og denne effekten kan bli potensiert av alkohol og andre CNS-depressive. Legemidlet kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Morfinlignende analgetika kan forårsake neonatal respirasjonsdepresjon. Preparatet bør unngås de siste timene før forventet farlosning. Overgang i morsmelk: Små doser av tramadol og dens metabolitter utskilles i morsmelk. Preparatet kan benyttes under amming under bruk av moderate doser over begrenset tid. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Fordi kombinasjonen av tramadol og karbamazepin kan redusere både den smertestillende effekten og virkningen av tramadol, kan dosejustering av tramadol være nødvendig. Tramadol kan forårsake desighet. Denne effekten kan potensieres av alkohol, sovnmidler, analgetika eller andre sentralt virkende legemidler. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har en blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorf, pentazocin), da tramodols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Ved samtidig administrering av selektive serotoninrezeptorkshemmere, trikykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre krampefinkelredsende midler, kan tramadol indusere og øke risikoen for kramper. Legemidler som inhibiterer enzymet CYP 3A4, som ketokonazol og erythromycin, kan inhibere metabolismen av tramadol og ev. også av M1. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Dosering:** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Voksne og barn over 14 år: 50 mg (1 kapsel) 3 ganger daglig. Kan ved behov økes til 100 mg (2 kapsler) 4 ganger daglig. Ved akutt smerte anbefales en initial dose på 100 mg (2 kapsler). Kapslene svelesges hele. Nedsett lever- eller nyrefunksjon: Ved levercirrose eller svært nedsett nyrefunksjon (kreatinin clearance ≤ 5 ml/minutt) kan elimineringen av tramadol og dens mest aktive metabolitt forlenges, og intervallet mellom dosene bør økes til det doble. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Misuse, brekkinger, kardiovaskulær kolaps, sedasjon og koma, krampefistander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til bedring av respirasjonsdepresjonen. Krampefistander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum ved hemodialyse eller hemofiltrasjon. **Reseptgruppe:** B.

Pakninger og priser: (pr. 01.02.98) Empac: 20 stk. kr 82,-/60. 100 stk. kr 216,-/50. 250 stk. kr 477,-/20.

Akuttp & Avisredaksjon, august 1998.

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

Famebuvien 37, 1324 Lysaker.
Tlf. 67 12 74 71. Fax 67 12 74 80.

1. Preston KL, Jasinski DR et Testa M. Drug and Alcohol Dependence 1991; 27: 7-17.

2. Rock RL, Ruoff GE et McMillen JL. Comparison of tramadol and acetaminophen with codeine for long-term pain management in elderly patients. Current Therapeutic Research 1994; 55: 1-15.

Legeforeningens holdning til alternativ behandling

En omtale av heftet «Alternativ behandling» utgitt av Den norske Lægeforening
Av Elisabeth Swensen

«Solid bakgrunn for egne meninger...»

Den norske lægeforening har arbeidet målrettet de siste tre år for å tydeliggjøre sitt ståsted i forhold til alternativ behandling både innad i foreningen og utad overfor publikum. Et utvalg ledet av allmennpraktiker John Nessa – «Alternativ medisin utvalget» (heretter kalt Nessa-utvalget) – ble nedsatt i 1994 for å fremskaffe grunnlag for et slikt policydokument. Utvalget avgav sin innstilling til Legeforeningen i juni 1996. Etter en intern høringsrunde og påfølgende organisatorisk behandling, vedtok sentralstyret 17. september 1997 retningslinjer for Legeforeningens holdning til alternativ medisin. Retningslinjene foreligger sammen med hele innstillingen fra Nessa-utvalget i et hefte som kan fås kjøpt (for 100 kroner) fra Legeforeningen. Det er foreningens utsatte håp i forordet at dette dokumentet kan være med på å gi både medlemmer og andre nyttig ballast i den offentlige debatten om alternativ behandling som Aarbakke-utvalget nå avstedkommer.

Pølse med rosin

Jeg har lest heftet og finner grunn til å oppfordre Utpostens leser til å skaffe seg det. Både er det en nyttig gjennomgang av kollegers og pasienters syn på bruk av alternativ behandling, og det inneholder mye bakgrunnsstoff for egen vurdering. Legeforeningens

prinsipielle holdning er gjort kjent for de fleste gjennom Tidsskriftet (1), men selve rosinen i pølsa for denne leseren er den generelle delen i Nessa-utvalgets innstilling som nok de færreste har unt seg gleden av. Heftet er delt i to deler: Legeforeningens policy og Nessa-utvalgets innstilling. Det er mye innebygd sprengstoff her for en billig penge.

Del 1: Legeforeningens holdning til alternativ behandling

Innledningsvis presenteres sentralstyrets vedtak. Kortversjonen er at foreningen står vakt rundt den vitenskapsbaserte medisinen, bekjenner seg til prinsippet om pasientens autonomi og at Legeforeningen ikke finner grunn til formalisert samarbeid med organisasjoner for alternativ behandling. Deretter følger en beskrivelse av de forholdene som Legeforeningen har lagt vekt på i sin vurdering. Hjemlige holdninger blir satt inn i en europeisk kontekst der utviklingen går entydig i retning av et økende alternativt helsemarked som også omfatter en ikke ubetydelig andel av legekolleget i Mellom- og Syd-Europa. Legeforeningen presiserer og utdyper sin faglige forankring i vitenskapelig dokumentbar erfaring, kunnskapsbasert medisin (som dessverre også her forklares som synonymt med det engelske «evidence based medicine») og en eksplisitt fremskriftsfilosofi. Det er interessant når Legeforeningen vier et eget avsnitt til «den konstruerte motsettingen» mellom høyteknologisk og humanistisk medisin uten å drøfte ressursbruk, forventningskrise og prioriteringer.

Del 2: Innstillingen fra Alternativ medisin utvalget (Nessa-utvalget)

Mandatet for utvalget var bredt og omfattende der en skulle vurdere alternativmedisinske tradisjoner, gi en oversikt over norske legers engasjement i alternativ behandling og komme med forslag til generelle retningslinjer for Legeforeningen. Utvalget besto av syv medlemmer, de fleste i kliniske stillinger. Utvalgets leder skriver i forordet at det var et savn og en svakhet at ingen av medlemmene hadde sin forankring i et akademisk, vitenskapelig miljø siden oppdraget var en vurdering av forholdet mellom vitenskapelig og alternativ medisin. Desto større grunn til å begeistres over nivået på den generelle delen av innstillingen der man presenteres for prinsipielle retningslinjer, en generell analyse av alternativ medisin og formelle rammer for forskning og praksis.

Generell del

Det er den generelle analysen som smaker av fugl og som det her serveres smakebiter fra:

«Kva meiner ein med alternativ medisin?»

Utvalget minner om at motstykket til alternativ medisin, skolemedisin, er bedre beskrevet som offisiell medisin. «Det er eit omgrep som minner oss om at medisinen er ein offisiell institusjon med normer, kriterier og standarder definert av fellesskapet og ikkje alltid primært utforma på skule eller Universitet» (s 27). I tråd med dette definerer WHO alternativ medisin som alle for-

mer for helsearbeid som vanlegvis ligger utenfor den offisielle helsesektoren.(2)

Således kan man bare presist snakke om den offisielle medisinen, og det er det utvalget bruker mest plass på: «Vi vil drøfte utfordringane som kjem frå alternative medisinske tradisjonar, og prøve å finne ut kva desse tradisjonane kan bidra med for å betre den offisielle medisinen. I dette arbeidet vil vi rette eit kritisk sørkelys både på offisiell medisin og alternativ medisin primært ut frå spørsmålet om kva slags oppgåver medisinen som samfunnsinstitusjon bør dekke i eit moderne samfunn» (s 27).

«Vitskap, kunnskap, etikk, praksis»

Dette kapitlet er virkelig en forbilledlig «(sehr) kurze einföhrung» i medisinen vitenskapsteoretiske og etiske grunnlag! En presentasjon av undertilene viser det tankemessige skjelettet: «Frå einskapsvitenskap til evidence based medicine», «Frå empiri til etikk», «Pliktetikk og nytteteknikk» og «Kan legekunsten vitenskapleggjera?». I konklusjonen skriver utvalget: «Medisinen er -og skal vere – både vitskapleg og etisk vel fundert. Spørsmålet om etikk – om kva som er rett å gjøre – er eit medisinsk/filosofisk grunnlagsproblem som kjem før og er overordna spørsmålet om kva som er effektivt og nyttig. Ein overordna diskusjon om forholdet til alternativ medisin må inkludere begge perspektiva.» (s 32). Jeg kan ikke se annet enn at utvalgets tilnærming er langt mer nyansert enn Legeforeningens offisielle policy gir uttrykk for (se over), til dels også uforenlig med denne. Men det blir naturlig nok ikke gjort noe poeng av i heftet...

«Alternativ medisin som kritisk korrektiv»

Under denne overskriften drøftes velkjente innvendinger mot den offisielle medisin ofte fremført av alternative behandlere: Den offisielle medisinen «er for teknisk», «har lova for mykje», «er for ukritisk til risiko ved intervensjon», «har forlitent respekt for personleg integritet», «har gløymt gammal kunnskap» og sist og kanskje viktigst (min vurdering) «har eit for snevert sanningsomgrep».

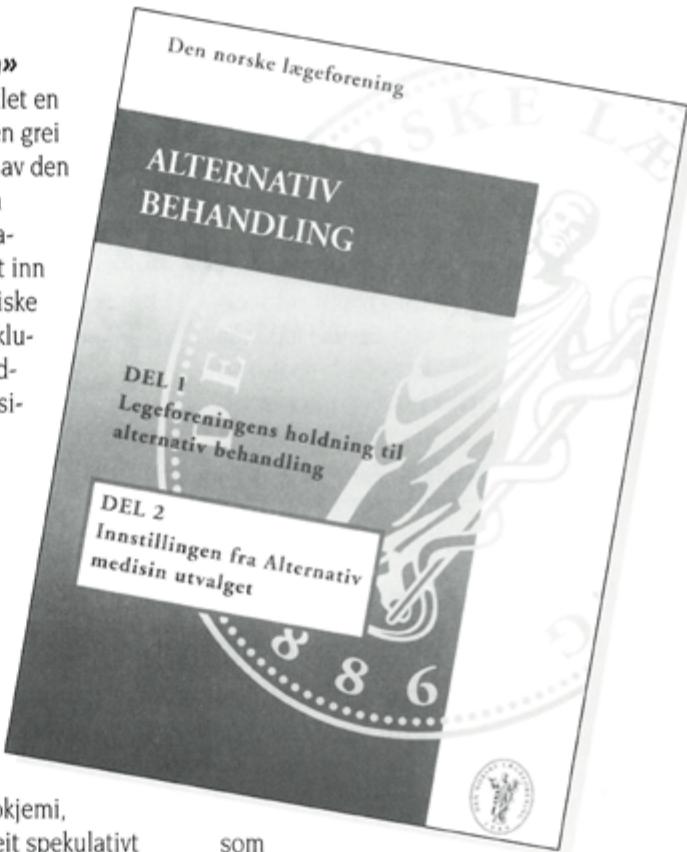
«Problematiske sider ved

alternativ medisin»

For meg var dette kapitlet en aha-opplevelse. Etter en grei og forutsigbar drøfting av den velkjente innvendingen «mangel på dokumentasjon», kommer utvalget inn på de vitenskapsteoretiske implikasjonene av å inkludere alternative behandlingsmetoder i den offisielle medisinen. Og her har det åpenbart gått hett for seg i utvalget! Under overskriften «Erkjennelsesteoretisk uforenlege alternativ» heter det: «Å akseptere homøopati impliserer etter enkelte av utvalsmedlemmene si mening å ta avstand frå etablert biokjemi, og medfører at ein får eit spekulativt natursyn med på kjøpet utan at ein er klar over det.» (s 37). Det blir også vist hvordan deler av alternativmedisinen baserer seg på et romantisk natursyn – «naturen er god» – med et dertilhørende moralistisk syn på sykdom som straff for synd (s 38). Endelig kritiseres alternative behandlere for sin ekstreme subjektivisme og derav følgende mangel på samfunnsansvar.

«Lege-pasient forholdet»

Jeg trodde jeg skulle få lese velkjent stoff om viktigheten av å være nærværende, KOPF osv. Dette kapitlet er langt mer avansert. For det første åpner det med en ganske dristig, men historisk belagt påminnelse om at det bærende elementet i forholdet mellom lege og pasient er kjærlighet (philia). Dernest inviteres vi med inn i selve kommunikasjonsverstedet – til semiotikken og språkvitenskapen. «Det som er alternativmedisinens styrke er at den ofte klarer å skape ein ønska effekt hos pasienten, altså ein meiningsproduksjon som fungerar for pasienten. At denne meiningsproduksjonen er det reine abrakadabra biomedisinsk sett er i denne sammenhengen uinteressant. Skitne nyrrer er eit døme på ei slik diagnose



som fungerer som ein bodskap...» (s 42).

I tillegg inneholder den generelle delen en grundig drøfting av placebo/nocebo-effekten samt prinsipielle tanker omkring forskning og praksis og faglig forsvarlighet.

Spesiell del

I den spesielle delen blir alle de viktigste retningene innen alternativ behandling i Norge gjennomgått og vurdert. I tillegg presenteres tall på omfang av behandling og norske legers engasjement (holdninger og praksis) i forhold til alternativ medisin. Uten spesiell forkunnskap, interesse eller fordommer fant jeg mye konkret lærestoff i denne delen som jeg allerede har hatt nytte av i min omgang med pasienter og alternativbehandlere i mitt revir.

Vurdering av heftet som helhet:
Mye å bite i til en billig penge, fint utgangspunkt for egne refleksjoner, høy informasjonsverdi.

Litteratur:

1. Aarseth PA. Alternativ medisin – hva mener Legeforeningen ? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3573
2. British Medical Association. Complementary medicine: new approaches to good practice. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Where there is communication, there is love

Intervju med Fathi Arafat / v Frode Forland

Utakantmedisin i inn- og utland er det vi vil skrive om i Utposten. Eit høve baud seg til å få ein samtale med lillebror Arafat - president i den palestinske Raude halvmåne, og gjennom det fungerande helseminister for palestinske flyktningar som lever utanfor dei frigjorde områda i Gaza og på Vestbanken. Eit folk i utkanten av sitt eige

land, eit folk som verkeleg har fått kjenne utpostens harde vind, med bortdriving frå heimar og land, med krig og politisk uro og med stormaktspel som ein trussel og kompliserande faktor i det heile. Arafat var på gjesting i Lærdal, Jeriko sin vennskapsby i Norge, og Utposten tok tak i han på vegen heim att til Palestina

Utposten: Fortel litt meir om din familiære bakgrunn. Korleis var forholdet ditt til storebror Yassir?

Eg har alltid stått min bror nær. Då mor døydde, vart vi tatt hand om av familien til onkel og tante i Jerusalem.

Fathi Arafat vart fødd i Jeriko i 1933. Han mista tidleg mor si og vaks opp i onkelen sin familie i Jerusalem. Han reiste saman med storebror Yassir til Kairo i 45. Storebror studerte ingeniørfag, Fathi byrja på medisinstudiet i 1950. Han spesialiserte seg i pediatri, og arbeidde som lege i Egypt, Kuwait og Syria før han byrja på full tid i PLO i 1967. Han var fra 1968 president i den palestinske Raude halvmåne, han har leia det arabiske råd for helseministerier, er president for det palestinske «Higher Health Council» og er president i det palestinske vitenskapsakademiet.

Onkelen min var revolusjonær, så hans tankar har nok prega både meg og Yassir. I 1945 flytta vi til far som budde i Kairo. Yassir og eg delte seng frå vi var små, seinare delte vi rom, heilt til eg som medisinstudent tok med meg ein død arm heim for disseksjon. Då Yassir fann denne på nattbordet nekta han å bu saman med meg lenger. «I cannot stay with dead bodies», sa han og flytta ut på balkongen. Så bygde vi tak over balkongen, og slik fekk han sitt eige rom. Vi snakka saman om alle ting, våre kjærlekshistorier og mi roysting som far ikkje skulle vite om. Yassir er ein svært følsom og varm person.

Utposten: Då eg besøkte Gaza, Jordan, Vestbanken og Israel for ca 20 år sidan, vart eg slått av det sterke hatet som rådde mellom palestinrarar og jødar. Det syntest ikkje å vere teikn til forsoning mellom folkeslagene då. Har haldningane til folk endra seg, slik dei formelle fredsavtaleane kunne indikere?

Lenge før Oslo-avtalen, alt tidleg på 70-talet var det uformell kontakt mellom palestinrarar og jødar. Eg var ein av dei første som innleidde denne

kontakten – bl.a. ved å gjere studiar om palestinske og jødiske barns psykiske helse. Vi såg på korleis krig og ufred påverka helsetilstanden til barna. Vi er i ein fredsprosess fordi vi ser at krigen skadar barna våre. Eg vil ikkje snakke om hat. Det handlar om å tørre å kommunisere. Når vi kjenner kvarandre betre, vil det bli meir kjærleik. «Where there is communication, there is love».

Er det noko samarbeid mellom Palestina og Israel på helsesektoren i dag?

Ja, det skjer noko. Det er som kjent formell kontakt på ministernivå, men dette betyr lite for konkrete samarbeidsprosjekt. Likevel er dei politiske signalene som dette gjev viktige for å legitimere kontakten mellom organisasjonar og einskildmennesje på eit lavare nivå. På dette nivået foregår det utstrakt kontakt mellom frivillige organisasjonar, ulike prosjekt og einskildmennesje.

Korleis er primærhelsetenesta organisert i Palestina?

Det er tre store organisasjonar som

deler på oppgåvene:

1. Styresmaktene
2. Den røde halvmåne
3. Andre frivillige organisasjoner, inkl. FN- organisasjoner

Dei driv alle klinikkar og sjukehus, og i tillegg finst det og nokre private klinikkar drivne av legar. Problemet er å få utdanna fagfolk både til sjukehus og klinikkar. Vi har eit helse-system som lir av arven frå den israelske okkupasjonen. Vi har ikkje hatt lov til å tenkje ut løysingar sjølv, og har ikkje hatt høve til spesialisering.

På mange områder startar vi på bar bakke med därleg infrastruktur, og eit system som både materielt og personellmessig har store manglar.

I tillegg til å organisere og drive helseteneste i det frigjorte Palestina, driv den røde halvmåne 300 klinikkar og 73 sjukehus i andre arabiske land der det er palestinske flyktningebusettader.

Kva er hovudproblema i det palestinske helsevesenet?

Manglande koordinering mellom dei ulike aktørane som har ansvar og oppgåver, kjem det kjapt frå Arafat. Vi prøver å rette opp dette gjennom «Higher Health Council». Vidare er det eit stort problem at vi ikkje har noko system for etter- og vidareutdanning for nokon helsepersonellgrupper. Måten paramedisinsk personell fungerer på er heller ikkje effektiv. Vi har eit stort organisasjons- og administrasjonsproblem i helsevesenet vårt.

Det har tidlegare vore vanskeleg for palestinske studentar å få plass ved israelske universitet – har dette endra seg som del av fredsprøsessen?

Problemet er at for å kome inn på eit israelsk universitet, må du ha gjennomført militærteneste i Israel, og ing-

en med palestinsk bakgrunn slepp inn in den israelske hæren, derfor er palestinske ungdommar framleis ute-stengde frå israelske universitet og høgskular. Men vi har åtte universitet i palestinske byar, Hebron, Gaza, Bethlehem, Aust Jerusalem osv.. men det er mange spesialfelt som ikkje vert dekkja ved desse lærestadane.

Kva er dei største helseproblema i landet ditt?
Dei største problema knytter seg til

ge for helstilstanden, meiner Arafat.

Til slutt har vi problema med dei store infeksjonssjukdomane, lungebetennelse, malaria og diare som dei mest vanlege.

Norge har bestemt å trekke sine FN troppar tilbake frå Libanon. Trur du at desse styrkane har hatt ein stabiliserande effekt i regionen?
Dette er ein militært spørsmål, og det er ikkje mitt felt, svarer Arafat, men eg meiner at Norge skulle ha fortsett med sitt FN-engasjement i Libanon.

Til slutt Fathi Arafat – Kva kan norske primærlegar lære av Palestina og helsevesenet der?

Han tenker lenge, og innrømmer at han er mest van med å tenkje motsett, kva kan Palestina lære av Norge.

Men, seier han, det er ein viktig del av all utdanning å lære om andre kulturar og om forhold andre menneske lever under. Norge er på eit høgt nivå med sitt helsevesen. Kanskje er det viktig for norske legar å lære noko om korleis ein kan take store helseproblem under vanskelege ytreforhold og med manglande ressursar? Eg vil gjerne invitere norske legar til Palestina for å kome og arbeide ved våre klinikkar eller sjukehus. Og kanskje kunne nokre av våre legar kome til Norge for å få nødvendig spesialutdanning? – smiler den nybarberte, velanstrukne og venlege Arafat før UD's representant kjem og plukkar han opp til neste avtale.

Og den siste utfordringa vonar vi kan la seg realisere gjennom eit samarbeid mellom utdanningsinstitusjonane i Norge og helsestyre-smaktene i Palestina. Arafat lover å sende brev til Statens helsetilsyn om det.

PALESTINE RED CRESCENT SOCIETY

Dr. FATHI ARAFAT
President

CAIRO : (202)
Tel.: 2914140 - 2900483
Tel. Private : 2907005 Fax: 2914139

GENEVA : (4122)
Tel.: 7313268 Fax: 7385049

KHAN YOUNIS : (9727)
Tel.: 854261 - 854277 Fax: 854621

JERUSALEM : (9722)
Tel.: 6276001
Fax: 6274059

AL-BIREH : (9722)
Tel.: 9986515 Fax: 9986518

GAZA : (9727)
Tel.: 825284 Fax: 825284

den generelle situasjonen i landet med tett befolkning og trange buforhold, dårlige hygieniske forhold med opne koakksystem og manglande søppelhandtering og vassforsyning. Den økonomiske situasjonen i landet med utbreidd fattigdom fører til ein generell därleg helsetilstand i befolkninga.

Det neste er knytta til våre tradisjonelle, kulturelle levevaner. Mange unge gifter seg alt for tidleg, mellom 14 og 18 år er vanleg. Dei gifter seg tidleg på grunn av fattigdom, og mange finn ektefellen hjå slektingar. Inngifte i familiar fører til at mange får barn med handicap som igjen gjev nye utfordringar for helsevesenet. Det er lite snakk om eller undervisning om sex og samliv i samfunnet vårt. Etter kvart er det heldigvis fleire som tar høgare utdanning, også blant jenter. Folket vårt er klar for ei forandring av dei kulturelle forholda som er uheldige.

KOMBI-LEGEN I NYE KOMBINASJONER

Allmennmedisin og samfunnsmedisin i Valdres, Afrika og verden

Allmennmedisin

Jeg ser på barnet som holdes frem for meg. Ett er klart; barnet er dødssykt. Alt annet er uklart. Jeg har jo bare jobbet her noen uker. Alt er nytt og ukjent. Tachypnoe, hyperpyrexia, somnolens, hypotoni. Ikke hoste eller nakkestivhet. (Se bildet neste side).

Det tok noen sekunder før jeg skjønte det var malaria. Intensiv behandling var barnets eneste håp. Siden vi befant oss bare 20 minutter fra sykehuset, ble barnet og moren skjøvet inn i Landcruiseren og vi oste av gårde. Barnet døde før vi kom frem. Jeg snudde bilen. I baksetet gråt moren høyt, og mumlet med seg selv på et språk jeg ikke skjønte. For å bidra med noe tok jeg av fra hovedveien og kjørte en mil på stiene som førte hjem



Ola Nordviste, kommunelege i Nord-Aurdal siden 1982. Spesialist i allmennmedisin fra 1988 og spesialist i samfunnsmedisin fra 1992. Kommunelege I og helsesjef i Nord-Aurdal 1992 - d.d., avbrutt av vikariat i samme stilling i Mudzi, Zimbabwe 1994 - 1996.

til jordhytta deres ute i bushen. Så slapp hun å gå 30 km med sitt døde barn i armene. Hun neiet og sa «tatten-daa» (takk) før hun ruslet uendelig sakte opp til hytta med blyten i armene.

Samfunnsmedisin

Mr. Mugari rynker pannen. Selv etter en halv mannsalder som ansvarlig for miljørettet helsevern i Mudzi, (Zimbabwe), skjønner han ikke hva som foregår..

Mrs. Gwanzura stønner, som sykepleierleder forstår hun hva tallene betyr – i form av lidelse for befolkningen og i form av utfordring for helsearbeiderne.

I leg har nettopp presentert de nye tallene for malariaepidemien: Mer enn 11.000 tilfeller av malaria er registrert i april (1996). Enkelte steder har 20-30 % av befolkningen fått malaria denne måneden. Det er mer enn dobbelt så mange som i april i fjor, som igjen var en dobling fra året før.

Distrikthelseteamet diskuterer opphisset. Hva er det som foregår? Er diagnostiseringen korrekt? Vi gjenomgår de retningslinjene vi har distribuert for malariadiagnosen. Vi ser på dokumentasjonen for riktig diagnose. Vi sammenlikner med tallene fra mikroskopisten, som har sett på mer enn 17.000 blodutstryk de siste par måneder.

Har klinikkkene nok medisin? Også til å behandle residivene? Brukes medisinen korrekt? Hva vet vi om resistensproblemene? Resultatet fra feltundersøkelsen med hensyn til klinisk resistens gjennomgås på nytt. Har insecticid-sprøytingen slått feil? Vi har hørt rykter om at sprøyteamet har solgt sprøyteveske for å kjøpe mat til seg selv. De har jo ikke mottatt lønn på to måneder. Malariainsidenstallene fra

de ulike deler av distriktet tyder på at det ikke er noen som helst forskjell mellom områder som er sprøytet og de som ikke er det. Dette må rapporteres til provinslegen. Mr. Mugari lover å prøve å få liv i radioen så vi kan få sendt en melding.

Vi har sett 28 dødsfall så langt i malariaesesongen. Kommer folk forsøkt til klinikken for behandling? Vi planlegger en ny offensiv med helseopplysning om malaria. Mrs. Gwanzura vil straks ta kontakt med skolekontoret og lage møte med distrikts 72 rektorer, – hvis vi klarer å finne penger til bussbilleter.

I tillegg er det klart at mange pasienter er for syke til å reddes når deres pårørende endelig får dem frem til klinikken. Skal vi gå til innkjøp av flere utlåns-trillebårer for å gjøre transporten enklere? Nei, vi bestemmer oss heller for distribuere malaria-tabletter lengre ut i bushen – til lærere, butikkeiere og høvdinger – med overforenklet instruksjon om diagnose og behandling.

Mrs. Gwanzura tar med saken til rektormøtet.

Etter møtet setter jeg meg ned og sammenlikner malariatallene i grupper med kjent høy prevalens av HIV med de grupper som har lav prevalens. Er det her forklaringen ligger?

Termometeret på kontoret mitt stiger sakte fra de 30 gradene det viste da dagen startet. Skjorten klister seg til kroppen. Jeg hører pasientene på gangen begynner å bli utålmodige. Jeg er eneste lege for en befolkning på 130.000 mennesker. Det blir en lang og varm dag, men jeg kjenner meg like. Jeg gleder meg over å jobbe med ting som er viktige og over å bruke hele meg og alt jeg kan innen pediatri, tropemedisin, epidemiologi, sosiologi,



psykologi, teamarbeid og administrasjon. I neste øyeblikk står jeg opp i nye kombinsajoner. Jeg kjenner at jeg virkelig liker jobben min, som kombilege. Det er lenge siden jeg kjente det slik.

Jeg gruer meg litt til å komme hjem til mitt airkondisjonerte kontor i Norge der jeg må jobbe med meningsløse saker som inneklima, medikamentrutiner i hjemmesykepleien, ambulansebemannning, ulykkesforebygging og den ørkesløse kvalitetssikringen.

Valdres

Ragnhild caller fra resepsjonen på kommunelegekontoret og sier at pasienten egentlig ikke vil bry legen, men bare ha noen klorokintabletter. Kommunelegen har ennå ikke vært i Afrika og har aldri sett en skikkelig tropesykdom. Pasienten dras motvillig inn på kontoret. Jøss, han er helt sort! Han ønsker bare fire klorokintabletter mot sykdommen som han kjenner så godt fra utallige tidligere anfall. Men nei, her i Norge, driver vi en helt annen type virksomhet, forstår du, sier jeg. Dette må gjøres med effektivitet

og grundighet for å komme til et korrekt resultat.

Etter mye plunder med å lage «tykk dråpe», etter instruks fra sentrallaboratoriet på Ullevål, gis dette opp og pasienten innlegges – nesten med tvang – på infeksjonsmedisinsk avde-

ling – 200 km borte. Han tror vi er gale og at vi ikke skjønner hva han sier. Han hadde jo bare litt malaria.

Afrika

Jeg skjelver. Ja, rister. Musklene verker. Jeg har høy feber, dunkende hodepine

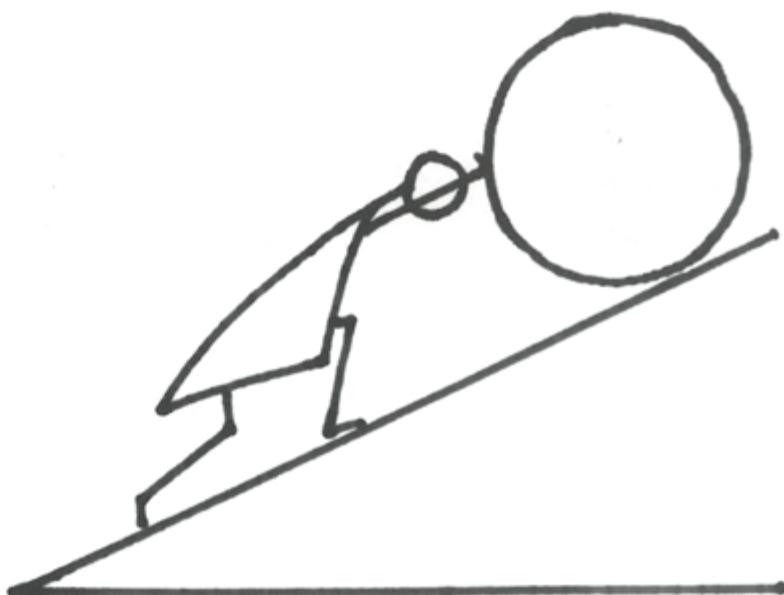


FIG. 2: VISJON: "Gro is rolling back malaria!"

og er stiv i nakken. Jeg puster som jeg skulle løpt opp ti trapper og hoster lett. Pulsen hamrer i 140. Blære og tarm tommer seg brått, smertefullt og hemningsløst gang på gang. Og er jeg helt våken? Anne og barna er i Harare, så jeg kan ikke få dem til å mene noe om min tilstand. Her er ingen telefon og jeg er helt ute av stand til å kjøre bil. Har jeg en kraftvariant av influensa eller har jeg meningitt, pneumoni, cys-titt og gastroenteritt på en gang? Gjennom den lette mentale dis i hodet prøver jeg å gjenkalle hva jeg kan om tropesykdommer.

På tropemedisinkurset snakket de om en sykdom som likner på influensa og kan gi symptomer på inflamasjon i nær sagt alle organer som utsettes for redusert mikrosirkulasjon p.g.a. ødelagte erytrosyter som kjører seg

fast i kapillærenettet. Den sykdommen vi, først av alle, skal tenke på når en pasient får feber under eller etter opphold i tropene.

For en glede! Fire timer etter at jeg har tatt to tabletter Fansidar sitter jeg i en stol i stuen og drikker te. Jeg er 90 % bedre og skjønner at jeg har hatt malaria.

Verden

Både Afrika og Valdres virker fjernt her jeg sitter blant vel 30 norske allmennpraktikere og samfunnsmedisinere i Genève. Vi er på kurs i internasjonal helse. Tallene for malariadødsfall øker også på kontorpultene i WHO's hovedkvarter. Problemet drøftes på kurset. Jeg kjenner igjen situasjonen. Ekspertene klør seg i hodet og spør seg «Hva er det som forgår? Hvorfor stiger mala-

riatallene så raskt? Hvorfor virker ikke tiltakene og kampanjene våre? Dreier det seg om resistensproblemer? Må behandlingen desentraliseres ytterligere? Ned til den enkelte familie?»

Vi diskuterer kombilegen Gro's taler til WHO der hun erklærer krig mot malaria – «Vi må brette opp ermen» og «Let's roll back malaria!». (FIG 2)

Hvordan skal hun klare dette når tidligere felttog stort sett har feilet? Og hva vil skje med hennes kraft og image hvis hun feiler? Vil «malaria come rolling back on her?» (FIG 3).

Men noe MÅ jo gjøres når malaria har økt til en halv milliard tilfeller pr. år med over to millioner dødsfall.

Lykke til, Gro! Alle kombileger følger spent med deg.

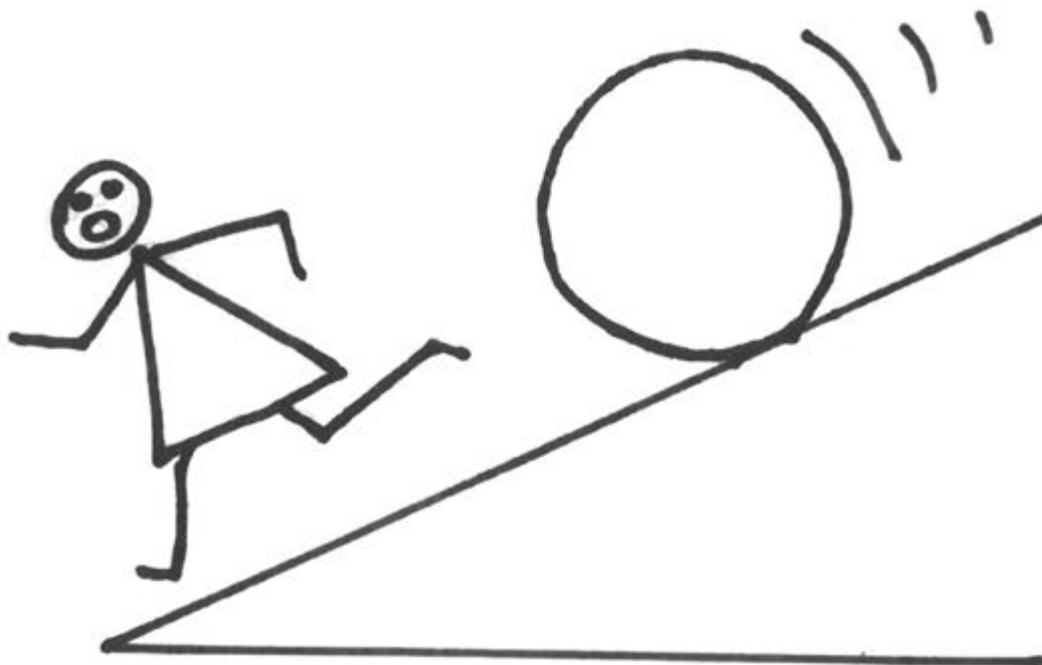


FIG. 3: SKREKKVISJON: "Malaria comes rolling back on Gro!"

«Heller blodpropp enn abort»

En studie om p-pillebruk hos unge jenter i Oslo

Færre aborter, er det mulig?

I Norge er det opplest og vedtatt at vi ønsker færre aborter, mindre sex og mer p-pille- og kondombruk blant ungdommer. I dette innlegget vil unge jenter i Oslo fortelle oss hvorfor dette ikke alltid er så greit.

102 unge jenter ble intervjuet av kvinnelige medisinske studenter fra medisinernes Seksualopplysning (MSO). Intervjuene foregikk ved to



Tale Mæhre avsluttet studiene ved Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, november 97. Fra januar-98 turnuslege ved Sentralsykehuset i Hedmark, Hamar. Jobbet i MSO, medisinernes seksualopplysning, i studietiden, dette vekket interesse for opplysningsarbeid for ungdom. Valgte derfor å delta i Johanne Sundbys prosjekt om unge Oslo-jenters seksual- og prevensjonsarbeid. Skrev sin obligatoriske oppgave på studiet med utgangspunkt i dette arbeid.

offentlige abortklinikker og en privat spesialklinik for prevensjonsveiling i Oslo. Gjennomsnittsalderen for de intervjuede jentene er 20,4 år, før seksuell debut i samme gruppe på 16,3 år.

Jentene kunne mye: de hadde hørt om – og ofte brukt – flere typer prevasjon. De aller fleste nevnte både p-piller og kondom, noen sa i tillegg at de hadde kjennskap til prevensjonsmidler som minipiller og spiral. Likevel hadde over en tredjedel vært gravide og tatt abort. Noen

informanter tok p-piller da de ble gravide, en graviditet skyldtes en sprukken kondom. Ser vi bort fra noen tilfeller av coitus interruptus, var det i de resterende tilfeller av graviditet ikke brukt noen form for prevasjon. Med ett unntak hadde alle blitt gravide med kjæresten sin. Unntakstilfellet ble gravid med en gammel venn hun hadde hatt sex med.

Holdninger til p-pille bruk: Hva er relevant kunnskap – og hvor kommer den fra?

Hvor henter jenter sin kunnskap fra?

De intervjuede jentene hadde plukket opp informasjon fra venninner, søstre og mødre i tillegg til at de hadde lest ukeblader, bøker, brosjyrer og fått opplæring på skolen og hos lege. Hele denne informasjonsmassen er samlet blitt til det den enkelte jente vil kalle sin «kunnskap», og baserer seg i stor grad på hva de «tror». Det settes nærmest likhetstege mellom tro og kunnskap. P-piller har vært brukt i Norge siden 1965, dvs. at kun en generasjon kvinner har hatt tilgang på p-piller gjennom hele sin reproduktive periode. Myter om pillene baserer seg trolig på en blanding av eksakt kunnskap fra pålitelige kilder og vandrehistorier krydret med egne og venners erfaringer. Man kan ikke definere «kunnskap» utfra et medisinsk ståsted i denne sammenhengen. Jentene har sin subjektive oppfatning om hvordan pillene virker, og de er kanskje ikke så interessert i legers måte å definere begrepet på.

Selv om den «offisielle» undervisningen var heller begrenset, ga jentene uttrykk for at de hadde fått



Johanne Sundby har en fortid som omfatter almenpraksis, barne og ungdomspsykiatri og kirurgi, men hun er egentlig gynekolog med forskningserfaring i samfunnsmedisin. Hun holder nå på med forskning om reproduktiv helse og rettigheter i Norge og Afrika. Temene har vært infertilitet, abort og kjønnsykdommer, og arbeidsstedet er seksjon for medisinsk antropologi ved Universitetet i Oslo.

med seg det meste av det de behøvde å vite likevel. En av dem sa noe om dette: «...man er da et opplyst menneske og har evnen til å lete seg frem i bøker og blader og...».

Et fåtall av jentene uttrykte direkte at de syntes de hadde for lite kunnskap om prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og andre aspekter vedrørende seksualitet og samliv. Disse sa allikevel at de hadde fått noe kunnskap gjennom samtale med venninner, en nevnte at hun hadde lært litt på skolen, en sa at hun hadde hentet informasjon annet steds fra. Informasjon om hvordan og hvor jentene hadde fått sin kunnskap er interessant for helsepersonell. Det kan si noe om de tiltakene som er satt igang har livets rett, og om de virkelig er til nytte for dem de er ment å betjene.

Er skolen aktiv nok i prevensjonsundervisningen?

Intervjuene kan tyde på at skolens prevensjonsundervisning er svært tilfeldig og ofte dårlig. Mindre enn halvparten sa de var fornøyd med informasjonen de hadde fått om seksualitet og samliv derfra. Flere av jentene uttrykte at de følte at lærerne var inkompentente, at de var keitete i situasjonen, at de ikke selv hadde god nok kunnskap om emnene eller i måten å formidle dem på. En av dem foreslo i samtalen at det burde være utenforstående som foresto denne typen undervisning og at deres vanlige lærere burde vært holdt utenfor dette. Eller, som en annen av jentene sa; «Lærerne kunne vært litt mer, åpne, for å si det sånn» eller «På barneskolen hadde vi en som var altfor flau til å prate om sånt noe, så». Flere nevnte at de syntes det hadde vært fint om helse-søster hadde stått for denne informasjonen. Der dette var gjennomført, var jentene fornøyd med ordningen.

Mange nevnte også som et poeng at de syntes de var for unge da de fikk opplæring på skolen, at det var for tidlig fordi de i stor grad ikke hadde begynt å tenke på det, og i hvertfall ikke hadde et aktivt seksu-

alliv allerede da. Det kan nok være en av grunnene til at jentene generelt sett husket lite fra denne undervisningen, at det var for tidlig til å angå dem. For noen av jentene gjaldt akkurat det motsatte, nemlig at de synes informasjonen kom for sent. Dette gjaldt spesielt de jentene som gikk på skoler der de ikke hadde prevensjonsundervisning før i åttende eller niende klasse. En sier «Niende klasse er kanskje litt sent for mange. Jeg visste ihvertfall veldig mye før, det var ikke så veldig mye nytt å høre, liksom». Noen av dem husket at de fikk informasjon om menstruasjon og pubertet av helse-søster, og at det var lærerikt.

Hva med oss da? Er legenes informasjon bra?

Mange leger tror nok at det de formidler er lettfattelig, men så når det slett ikke inn til jentene. En av jentene – som forøvrig tilhørte gruppen som mente hun kunne nok om prevensjon osv.- trodde ikke det skortet på informasjon, men at formen den gis i er feil sånn at unge jenter ikke føler at det gjelder dem. Hun sa: «...kanskje bedre kampanjer på en måte sånn at det virkelig griper fatt i deg, da, sånn; se på hun, hun ble gravid når hun var... og nå er hun død, liksom, et eller annet sånn, sånn at du bare, whow, det her kan skje meg.....»

Av de jentene som mente at de hadde nok kunnskap om prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer, var det mange som var fornøyd med informasjonen de hadde fått av legen. Kanskje kan det tolkes dithen at legen spiller en viktig rolle som formidler av informasjon. I hvertfall hevdet jentene at den føltes mer seriøs. En av jentene sa: «Det er lite seriøs informasjon om p-piller, synes jeg. Om det er farlig rett og slett. Om du utsetter kroppen for noe drastisk.» Det er mye som tyder på at den informasjon legene gir er mangefull, at legene mangler kunnskap om det som er «siste nytt innenfor reproduktiv tenkning», og at dette i visse tilfeller kan føre til at de gir informasjon som kan bli opp-

fattet av annet fagpersonell å være feil. Det at det tydeligvis ikke er noe fast mønster i det de ulike legene formidler, fører trolig til at en del av de unge kvinnene blir mistroiske til informasjonen de får. En jente formidlet dette slik: «...og, liksom, leger sier så mye forskjellig, da..»

Svært mange sa at venninner var en viktig kilde til kunnskap, men de kalte det ofte selv for «skrekkhistorier»; «...det var den perioden det var sånn skrekkgreie om p-piller... flere og flere av mine venninner har sluttet med p-piller fordi at de har blitt skremt av skrekkhistorier...». For mange var det tydelig at det er slik de vil lære, de ønsker å hente kunnskapen nær seg selv fremfor å få den hos lege. En av informantene uttrykte det slik: «Jeg ville ikke akkurat kommet hit med spørsmål, tror jeg. Hvis jeg hadde et problem tror jeg heller jeg ville gått til en venninne eller noen andre personer». En annen av dem sa: «Venninner er de eneste du kan få et noenlunde fornuftig svar ut av. Det skulle det vært forandret på». Vårt inntrykk var at dette var noe flere av jentene mente; legene greier ikke å formidle det de har av kunnskap videre. Tydeligvis forventet heller ikke de unge kvinnene seg så mye av besøket hos legen, selv om mange uttrykte skuffelse over at de satt igjen med mange spørsmål etter at de har vært der. En sier om et legebesøk der hun fikk resept på p-piller: «...fikk mye papirer om det da jeg var der og fikk resept, så jeg har i og for seg fått mye om det». Jenta opplevde at legen istedenfor personlig samtale utstyrt henne med brosjyrer og bruksanvisninger. Det er en nokså vanlig handlemåte i en travel legehverdag. Et eksempel på følgene av sviktende informasjon var et tilfelle hvor jenta sluttet å ta pillen hver gang hun begynte å blø. Hun kastet halvbrukt brett og begynte på et nytt brett når blødningen stoppet. Hun oppsummerte sin erfaring slik: «Du får ikke forklare for du føler at du holder på dem så mye at det blir å snakke så kort som mulig og så gå ut, selv om du skjønte ingenting».

Mange av jentene hadde erfart det samme: «De fleste leger har ikke tid til å snakke, de bruker ikke det de har studert rett og slett».

Påvirker kunnskap god prevensjons-adferd?

Nesten halvparten av jentene som sa seg fornøyd med sin kunnskap var likevel blitt ufrivillig gravide. Og i den »opplyste» gruppen blant jentene var det omtrent like mange inkonsekvente som konsekvente prevensjonsbrukere. Flere av jentene sa noe om at de ikke tror mer undervisning hadde påvirket adferden deres. Sitat: «Nå kan min dårlige praksis tyde på at jeg burde hatt mer opplysning, men jeg vet ikke helt om det ville blitt så mye bedre av det, liksom».

Jentene var opptatt av bivirkninger. Et mindretall la stort vekt på de helt alvorlige bivirkningene av pillen, de som rammer kun noen svært få. De var redde for å få blodprop og det de kalte hjerte-sykdommer av å bruke p-pillar fordi de røkte og eller fordi de hadde slike sykdommer i nær familie. Med ett unntak brukte likevel alle disse bekymrede jentene pillen. Er risikoen fremstilt slik at de likevel ikke opplever at det gjelder dem? Eller er det slik at de veier farene opp mot fordelene med pillen og gjør sine valg på et »rasjonelt» grunnlag?». Jenta som konkluderte: «Heller blodprop enn abort», kan kanskje være representativ for disse jentene; de vet om farene ved å bruke pillen, men aksepterer dem fordi de mener det er viktigere å ha et sikkert prevensjonsmiddel enn å risikere graviditet.

Mange flere jenter var opptatt av de mer »uskyldige» uønskede virkningene av pillen. Om de ikke hadde erfart bivirkninger selv, hadde de hørt fra andre hva p-pillebruken kan føre til. En jente sa om venninlene sine at: «..de mener at det ikke er bra for kroppen, liksom. De det gjelder har kanskje forskjellige andre problemer så de ikke kan bruke det, eller de reagerer feil på dem eller sånn». Når det gjaldt dette emnet, var det tydelig at jentene visste og mente mye, og at deres oppfatninger

og opplevelser var svært subjektive, mye avhengig av egne og venninners erfaringer. I mange av intervjuene ble nevnt bivirkninger som kvalme, nedsatt libido, humørsvingninger og vann i kroppen.

Får du kjæreste, er det da på tide å starte med p-pillar?

Hva det er som gjør at unge jenter starter med p-pillar? Våre informanter lot seg gruppere i fire kategorier: startet fordi de har fast partner, startet pga. menstruasjonssmerter, startet pga. kviser og en siste gruppe hadde andre grunner.

En vanlig grunn til å starte var at de fikk fast kjæreste. Et tydelig flertall blant disse unge kvinnene mener også trolig at p-pillar er et prevensjonsmiddel som hører hjemme i et forhold. «Det er ikke så mange som er i såpass faste forhold at de begynner å bruke p-pillar» bekreftet en av jente-ne. En annen forklarte grunnen til til at hun ville begynne med pillen da hun fikk kjæreste slik: «Jeg synes kondom er masete, det er liksom så masse pes med det». Noen begynte også fordi de selv eller partneren ikke liker å bruke kondom. Sa en annen: «...det (kondom) syntes jeg bare var forferdelig ekkelt, jeg følte liksom at, det er flere som har den følelsen, at det blir litt sånn skittent. Det blir ikke sånn som det skal være, du mister noe av romantikken, å ja, nå skal vi liksom ha samleie».

Noen startet angivelig fordi pillene ga mindre menstruasjonsplager. En får inntrykk av at jentene har behov for argumenter som kan rettferdigjøre at de starter med dette prevensjonsmiddelet fordi det er å «utsette kroppen for ting man ikke, ja, vet helt hva er». Det synes som om lindring av menstruasjons-smerter kan være et slikt argument, i tillegg, selvfolgelig, til at de i realiteten trenger prevensjon. Kun en jente startet med p-pillar fordi hun var plaget med acne og hadde hørt at det ville forsvinne. Alt i alt fikk vi inntrykk av at jentene hadde et svært romanti-sk forhold til p-pillar, det er et prevensjonsmiddel som hører hjemme i faste forhold.

Og når det er slutt, skal man også slutte med p-pillar?

For de aller fleste jenter er det ikke slik at når de først har valgt å bruke p-pillar som prevensjonsmiddelet, så fortsetter de med det helt til de ønsker å få barn eller på andre måter ikke lenger har behov for prevensjon. I materialet fra intervjuene fant vi flere årsaker til at selv unge kvinner i aldersgruppen opp til 25 år innimellom slutter med pillen, ofte for å starte med den igjen senere.

En vanlig grunn til å slutte med p-pillar en periode var at det ble slutt med kjæresten eller fordi kjæresten eller jenta selv reiste bort på lenger ferie eller studieopphold. Bare en av jentene sa at hun var redd hun ville blitt oppfattet som «billig» om hun ikke hadde sluttet med pillen etter bruddet, men det kunne virke som om det var flere av jentene som indirekte antyder noe lignende. En som nettopp ikke sluttet med p-pillar mellom to forhold sa følgende da hun ble spurta om hun allerede brukte p-pillar før hun fikk sin nåværende partner: «Ja, jeg hadde et forhold før det igjen. Jeg burde kanskje drøyd det med pillen for det hangla så mye på slutten... Men det holder jo mensen i styr, så jeg fortsatte med det».

Seks av jentene sluttet med p-pillar fordi de hadde plagsomme bivirkninger av dem eller var redde for at de skulle gi dem alvorlig tromboembolisk sykdom, men en god del av de som hadde sluttet med pillene sa at de uansett ville ha p-pillepause fordi det var godt for kroppen deres. En hadde hatt pause i p-pille-bruk uten å gi noen grunn for det, mens en sluttet en periode fordi resepten var oppbrukt og hun ikke ville gå til lege for å få en ny. Denne jenta mente at det er dårlig tilgang til p-pillar, eller reseptter, som gjør at aborttallene er så høye, og hun syntes det var helt feil politikk å ikke gjøre p-pillene reseptfrie. «...Når du er yngre så tror jeg p-pillene burde være sånn som nesten ble delt ut liksom, bare sånn ute». Jenta uttrykte med dette noe vi satt igjen med som inntrykk etter å ha hørt alle

intervjuene; det er tilgang og ikke pris som er avgjørende for om unge jenter bruker p-piller eller ikke.

Pauser, bruk og valg – er kvinnen, legen eller partneren drivkraften i beslutningene?

Som nevnt er det flere unge kvinner som selv pålegger seg pauser i bruken av p-piller. Den gjennomgående årsaken til det er at de på ulike måter er redd for hva dette preventjonsmiddelet gjør med kroppen deres, de vet det er hormoner i pilene, men de vet ikke helt hvordan de virker og det er tydelig at dette har skremt mange av dem.

Vi har tidligere diskutert hvor de unge jentene henter sin kunnskap. Det kan synes interessant å se på om det var deres leger som på dem å ha opphold i bruk av p-piller eller om dette var noe de selv hadde funnet på. En jente sa: «Jeg pratet med legen min når jeg sluttet med p-piller, og da sa jo han at det var kanskje lurt å holde opp en stund, men jeg følte liksom at jeg aldri, alltså man vet jo aldri om det er bra eller usunt eller greit eller hva man...». En annen jente hadde oppfattet det slik: «Det er like greit (å slutte), jeg har hørt at det er fint å ha et opphold, og, liksom, leger sier så mye forskjellig da. Har fått inntrykk av at det ikke er så veldig sunt, ikke noe vits i å bruke det for morskyld». Noe kan tyde på at det er diskrepans i hva legene mener og kan om dette, og i hvordan og hva de formidler til pasienten.

Bruk av preventjon eller ikke handler mye om kommunikasjon mellom partnerne. For disse unge kvinnene var dette et problem og en få inntrykk av at det i de aller fleste tilfellene foregikk en svært overflatisk kommunikasjon. Mange syntes det var vanskelig å snakke om slike ting. Gjennomgående var det slik at det i starten av et forhold ikke ble snakket noe særlig om preventjon. Hadde paret kondomer tilgjengelig, brukte de kanskje det. Overgangen fra en tidlig fase av forholdet med tildels usikret sex eller bruk av kondom til at jenta begynner med p-pil-

len, skjer uten videre diskusjon mellom partnerne. Den unge jenta tar oftest beslutningen på egen hånd og informerer partneren om det etterpå.

Hva kan vi – som helseopplysere og klinikere – lære av jentenes erfaringer?

Studien antyder at det er en større andel av unge kvinner under 25 år som er inkonsekvente med sin preventjonsbruk enn det vi hadde forventet. Det ser heller ikke ut som om det er noen klar sammenheng mellom kunnskapsnivå og ønskede graviteter. Mye tyder på at det er tilfeldighetene som rår.

De unge kvinnene har fått informasjon av ulik grad og kvalitet. Det synes som om noen av dem er tilfredse med den samme informasjonen som andre mener er utilstrekkelig og tildels dårlig. De har med andre ord ulike individuelle behov og preferanser når det gjelder preventjons- og samlivsundervisning. Våre informanters informasjon fra skole og helsevesen var tildels svært mangefull eller hadde i liten grad nådd fram til dem. Nye informasjons-metoder kan tas i bruk, og kanskje detiktigste: ungdommen selv må tas med når nye programmer skal utarbeides. Dessuten er det viktig at informasjonen gjentas flere ganger opp gjennom ungdomstiden.

I de yngste aldersgruppene er det svært mange som anser p-piller for å være et godt preventjonsmiddel. Dette vet vi fra Statistisk sentralbyrås fertilitetsundersøkelser i 1977 og 1988 (Noack T, Østby L). Burde de bruke mer kondom? Det gjør de ikke! For de fleste jentene er det slik at p-piller er knyttet til faste forhold. Kun det at de har andre plager, som alvorlige mens-smerter eller plag som acne, kan av og til få dem til å forsvere at de bruker p-piller uten å ha en fast partner. Har de tidligere begynt på pillen, slutter de med den om det blir slutt med kjæresten. I en tid da en i Norge diskuterer hvorvidt p-pillene burde vært delt ut uten resept eller ikke, taler disse resultene heller for å jobbe med en forbe-

dring av den ordningen vi har i dag. Det er fortsatt et stort behov for at de unge kvinnene som ønsker å starte med p-piller får møte kvalifisert helsepersonell; leger, helsesøstre eller sykepleiere, som kan gi dem den informasjon og veileding de trenger i forbindelse med dette. Det er på informasjonssiden tilbudet må styrkes.

Litteraturhenvisninger:

Dicson R. et al. Effective health care. Preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies. Bulletin of the effectiveness of health service interventions for decision makers, 1997.

Iversen O-E, Nesheim B-I. P-pille som postcoital preventjon – på tide med reseptfritak. Tidsskrift Norsk Legeforening nr. 6 1994; 114: 662.

Kosunen EA. Rimpela MK. Towards regional equality in family planning: teenage pregnancies and abortions in Finland from 1976 to 1993. Acta Obstet Gynecol Scand. 75(4): 540-7, 1996.

Maria Romøren og Hans C. Nyerød. Enjoyment, Responsibility and Change. Adolescent sexual and reproductive health in Norway. NORAD 1995.

Skjeldestad FE. Increased number of abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from use of third-generation oral contraceptives. Contraception 1997; 55: 1-4.

Statens Helsetilsyn, Sosial og helse-departementet, Barne og familidepartementet: Handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Statistisk Sentralbyrå 1977 og 1988. NOS Helsestatistikk

Østby L. The diffusion of modern contraceptives in Norway and its consequences for the fertility pattern. European J Pop 1989; 5: 27-43.

Leger og geografi

Hva betyr sentrum og periferi for norsk helsetjeneste?

I et regionalisert helsevesen som det norske er lokaliseringen av legene av sentral betydning. To faktorer vil spille en avgjørende rolle for hvor leger vil arbeide: Fordelingen av legestillinger i helsevesenets ulike nivåer, og situasjonen i legemarkedet. Dersom det er balanse mellom tilbud og etterspørsel vil legene slå seg ned der det finnes ledige stillinger. Siden rundt 1960 har imidlertid norsk helsetjeneste i lengre perioder vært

preget av legemangel /overskudd av stillinger slik at legene har kunnet velge relativt fritt. I slike situasjoner viser det seg at arbeidskraften trekkes mot sentrale strøk og utkantområdene taper.

Norge er et langstrakt og relativt tynt befolkvet land med en konsentrasjon av befolkning og næringsliv i hovedstadsområdet. Hovedspørsmålet bli derfor: I hvilken grad vil norsk geografi påvirke helsetjenesten og fordelingen av leger i landet?

Norsk helsevesen er inndelt i tre hovednivåer. Kommuner og fylker er forvaltningsenhetene for primær- og spesialisthelsetjenesten, mens tertiær-

nivået utgjøres av fem regionsykehус. Konsentrasjonen av ressurser og befolkning i Oslo-området har imidlertid medført at Oslo fylke/kommune har to regionssykehus innenfor sitt geografiske område. Oslo sammen med Hedmark og Oppland tilhører helseregion I, mens helseregion II som omfatter resten av Sør-Ost Norge, ikke har noe regionsykehus i «sitt» område, det ligger som nevnt i Oslo.

Et regionalisert helsevesen er ikke enkelt å administrere. I tillegg til geografiske komplikasjoner kommer de politiske og administrative vanskeligheter med å fordele legeressurser og andre innsatsfaktorer på en rettferdig og faglig riktig måte. Dette er underliggende faktorer som eventuelt kan forklare skjevheter og utviklingstendenser når det gjelder legefordinningen i Norge.

Leger har et yrkesaktivt liv som spenner over en 35-40 års periode, og er en av de mest mobile yrkesgruppene. Hva betyr legers alder for deres valg av arbeidssted? Hva skjer når leger har spesialisert seg og får økt ansennitet? Vil de bruke dette konkuransesfortrinn til å skaffe seg stillinger i sentrale strøk?

Metode og materiale

Helsepersonellregisteret (HPR) som administreres av Helsetilsynet er et landsdekkende register som oppdateres jevnlig. Det inneholder flere opplysninger, bl. a. legenes arbeidssted og alder. Det var over 13.000 leger i Norge

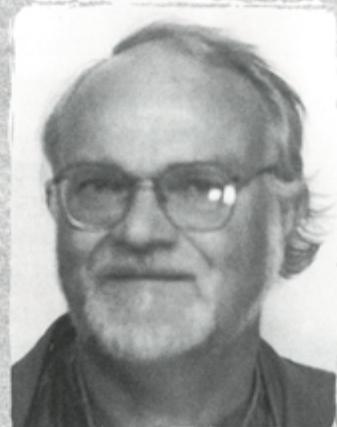
i 1997 og dataene ved utgangen av året er brukt i analysen. Ved å sammenholde fordelingen av leger i helseregioner og utvalgte fylker og sammenligne aldersspesifikke forskjeller, vil en kunne besvare de problemstillingene som ble reist i innledningen.

Funn

Tabell 1(neste side) viser fordelingen av leger på fylker og helseregioner. Helseregion I og II hadde 6966 leger eller over halvparten av legene, men antallet må sees i forhold til innbyggertallet. Legedekningen i Norge er imidlertid ikke så jevn som en skulle tro når regionaliseringsprinsippet er valgt som rettesnor. Først og fremst synes Oslo å trekke til seg legene.

I 1997 hadde Oslo 5,93 leger per 1000 innbyggere, mot 3,11 leger som var landsgjennomsnittet. Lavest var dekningen i Finnmark med 1,95 leger. Sammenlignes fylker viser Tabell 1 at legedekningen i Oslo var tre ganger så stor som i Finnmark. En sammenligning av helseregioner gir samme resultat, men forskjellene er mindre: I helseregion I var dekningen 4,42 leger per 1000 innbyggere, mot 2,62 i helse-region IV som lå litt under helse-region V med 2,68. Dermed var legedekningen i helse-region I omtrent 68 % høyere enn i de to nordligste helse-regionene.

Figur 1 viser den aldersspesifikke variasjon i fordelingen av leger i de fem helse-regionene. Legene er inn-



Hans Knut Otterstad, 55 år, cand.med fra Oslo i 1968. Har arbeidet i norsk offentlig helsetjeneste siden 1971 og med internasjonalt helsearbeid fra 1975. Har vært spesielt interessert i utviklingen av primærhelsetjenesten, organiseringen av helsevesenet og eldreomsorg. Rådgiver for NORAD siden 1981, WHO- og Europarådstipend for å studere internasjonalt helsearbeid. Denne artikkelen ble skrevet mens jeg var ansatt i Legerekrutteringsprosjektet i Arbeidsdirektoratet i 1997-98.

Tabell 1. Leger i Norge fordelt på fylker og helseregioner etter alder. Fylkesvis legefordeling. 1997

Fylker/ helseregioner	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Sum	Leger per 1000 innb
Oslo	70	305	442	513	421	418	283	169	126	91	97	2935	5,93
Hedmark	15	39	50	67	73	69	37	32	9	19	16	426	2,28
Oppland	20	51	71	67	63	77	36	31	14	14	13	457	2,51
Helsereg. I	105	395	563	647	557	564	356	232	149	124	126	3818	4,42
Østfold	15	40	81	108	109	69	52	32	16	22	36	580	2,41
Akershus	25	155	270	327	280	234	134	111	74	71	66	1747	3,91
Buskerud	13	38	74	87	81	75	51	36	13	17	16	501	2,17
Vestfold	17	44	67	101	81	94	61	35	25	22	23	570	2,77
Telemark	11	43	50	56	74	58	52	26	11	15	12	408	2,50
Aust-Agder	9	38	24	44	50	52	25	22	6	9	4	283	2,81
Vest-Agder	12	26	61	64	61	71	35	27	17	13	16	403	2,66
Helsereg. II	102	384	627	787	736	653	410	289	162	169	173	4492	2,92
Rogaland	27	88	115	134	168	98	80	42	23	17	21	813	2,26
Hordaland	40	181	243	255	212	172	125	90	48	28	23	1417	3,32
Sogn +													
Fjordane	17	33	26	35	46	40	24	13	5	2	3	244	2,26
Helsereg. III	84	302	384	424	426	310	229	145	76	47	47	2474	2,76
Møre +													
Romsdal	25	70	64	98	94	74	37	27	11	10	3	513	2,12
Nord-Trøndelag	39	86	146	153	133	114	76	50	23	14	18	852	3,30
Sør-Trøndelag	13	36	36	58	50	34	18	15	8	10	1	279	2,19
Helsereg. IV	77	192	246	309	277	222	131	92	42	34	22	1644	2,62
Nordland	26	85	73	85	86	74	43	27	7	5	6	517	2,15
Troms	18	103	110	117	88	82	42	15	9	3	0	587	3,88
Finnmark	17	21	30	25	20	20	5	5	4	0	0	147	1,95
Helsereg. V	61	209	213	227	194	176	90	47	20	8	6	1251	2,68
Norge	429	1482	2033	2394	2190	1925	1216	805	449	382	374	13679	3,11

delt i fem års alders-grupper og fordelingen er målt som andelen av leger i den aktuelle aldersgruppen som er bosatt i de enkelte helseregionene.

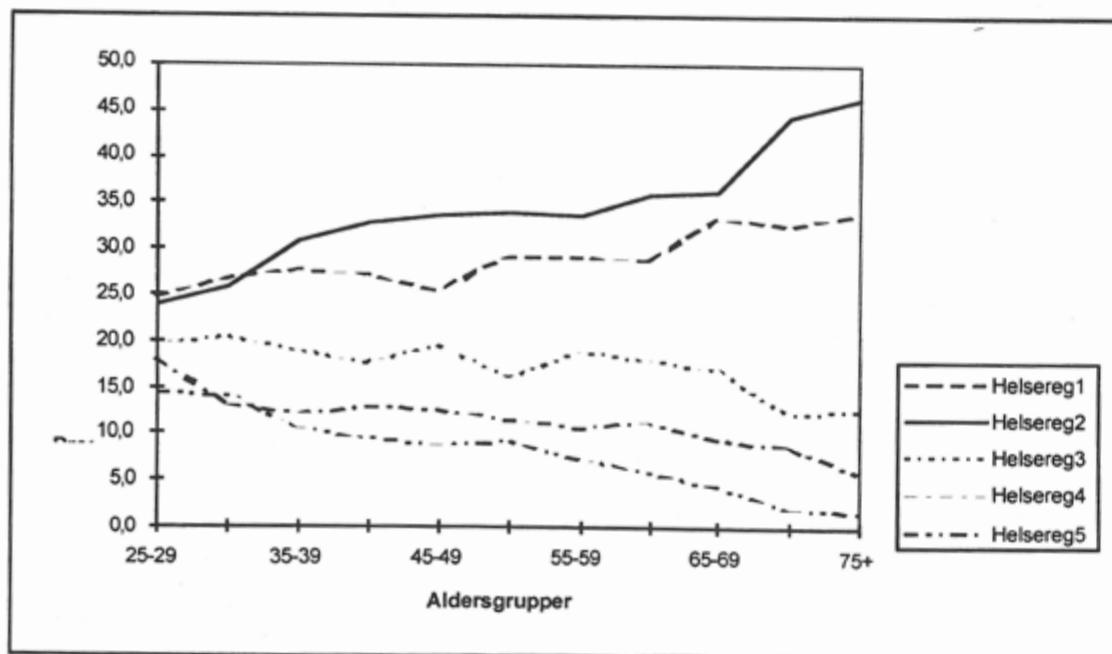
Det er to hovedfunn:

- Med økende alder kommer en

todeling av helse-Norge. Andelen av leger som arbeider/er bosatt i Helseregion I og II øker med legeenes alder, mens andelen synker i de tre øvrige helseregionene.

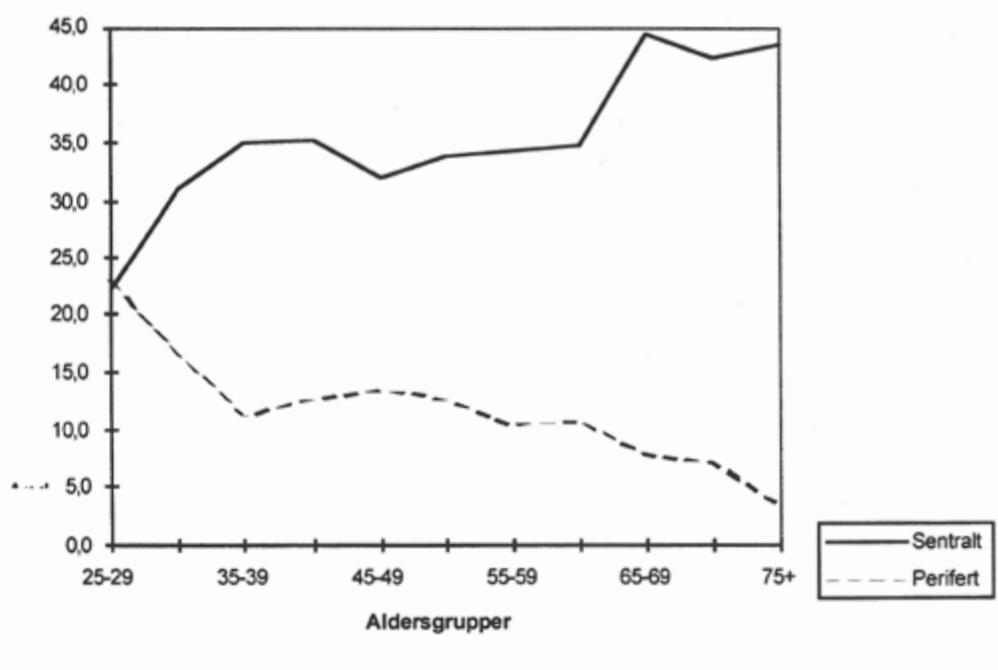
- Endringene kan settes inn i et sentrum-periferi mønster, idet

reduksjonen i andeler blir større jo lengre avstanden er fra Oslo. Eneste unntak her er helseregion II som bl. a. inneholder Akershus. Store deler av fylket er i praksis nærmest å anse som en forstad til Oslo.



Figur 1. Andelen av leger som arbeider i de ulike helseregioner fordelt etter aldersgrupper. 1997

utvalgene) 1997



Figur 2. Aldersspesifikk fordeling av leger i to områder i Norge som representerer sentrum og periferi (se teksten for hvilke fylker som inngår i utvalgene) 1997

Dersom en skal benytte geografiske variabler til en sentrum-periferi-sammenligning i norsk helsevesen, er helseregioner ikke et godt egnet sammenligningsgrunnlag. Dette skyldes at regionsykehushusfunksjonen påvirker legefordelingen også for de fylkene som ikke har et slikt sykehus.

For å påvise de mest markante forskjeller i legedekning kan en sammenligne sentrumsfylkene med de mest typiske distriktsfylkene.

Figur 2 demonstrerer ulikheter i legefordeling mellom to typiske ytterligheter : Sentrum representert ved Akershus og Oslo og periferien representert ved : Finnmark, Nordland, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal samt Sogn og Fjordane.

Figuren viser at det foreligger en nærmest perfekt speilvending av legedekningen. Når sentrum får økte andeler ettersom legene blir eldre, skjer det på bekostning av periferien.

Ser en på de to figurene som uttrykk for utviklingstrender som starter når legene er nyutdannet og avsluttet ved pensjonsalderen, kan en identifisere fire faser :

1. Som nyutdannet lege er valgsituasjonen begrenset og arbeids-

plassene relativt jevnt fordelt mellom periferi og sentrum. Mange unge leger finner seg derfor arbeid i perifere strøk og legefordelingen er meget jevn.

2. Legefordelingen i dette materialet påvirkes av utviklingstendensene i helsevesenet over tid. I de siste 10-15 årene har særlig sykehushusmedisinen ekspandert og denne ekspansjonen har vært størst i Oslo og Akershus. Følgelig kan det registreres en betydelig økning av andeler av leger i aldersgruppen 30-39 år i disse områdene. Dette ser en mest tydelig av Figur 2.
3. Andelene for leger i 45-64 års alder reflekterer situasjonen i helsevesenet før 1980 og er preget av satsingen på primærhelsetjenesten i perioden 1970-85. Men leger i denne aldersgruppen har dessuten kommet i en relativt stabil fase i legekarrieren. Etter spesialisering og etablering i lokalsamfunnet med hus og heim vil utveksling av leger mellom de uli-

ke områdene bli noe mindre. Det skjer likevel en stadig avskalling av leger fra helseregion III, IV og V, og disse legene flytter først og fremst til sentrum.

Dersom en forutsetter at kompetansen stadig øker, jfr. utsagnet «medicine is a life long study», vil det dermed skje en kontinuerlig kunnskapsoverføring, det som i U-landsmedisinen kalles for «brain drain».

4. Ved oppnådd pensjonsalder synes det som om legene trekkes mot sentrum for å nyte sitt ottium. Dette har imidlertid mindre konsekvenser for helsetjenesten, og det har beskjedne konsekvenser for legefordeling og legedekning sett fra pasientens side.

Konsekvenser av sentrum-periferi faktoren

Dersom tolkningen av Figur 2 er riktig, har geografi bestemt mye av den nåværende legefordeling i Norge, og den vil fortsette å ha avgjørende betydning i tiden som kommer. Det synes å være to viktige erfaringer :

1. Legeforselingen i Norge bygger på et «null-sum spill», og det er sentrum som sitter med essene, mens periferien ofte får Svarte-Per. I sin konsekvens betyr dette at det er helt påkrevet med en eller annen form for overordnet eller nasjonal styring / regulering, dersom ikke legedekningen i sentrum skal bli fire ganger så god som i periferien. Strategien bør derfor være å begrense opprettelser av nye stillinger i sentrale strøk, og deretter sørge for at spillereglene overholdes. Dette vil kreve en eller annen form for sanksjonsutøvelse fra sentrale myndigheter. Det vil nesten alltid være nok leger i sentrum og det vil stadig komme nye behandlingsformer eller utvidede vaktordninger ogvikarsystemer som vil kunne bidra til sysselsettingen. Den eneste praktiske begrensningen vil være mangel på lønnsmidler eller refusjoner fra Rikstrygdeverket. Privat finansiering er en mulighet, men dette alene vil ikke være noen trussel mot regionaliseringssprinsippet.
2. I en tid hvor særlig sykehusmedisinen er i medvind og hvor lønnsoppgjøret i 1996 bidro til å gjøre slike stillinger meget attraktive,

vil det først og fremst være opprettelsen av nye utdanningsstiller som vil bestemme den framtidige legeforselingen i Norge. I løpet av utdanningstiden vil mange leger og deres familie ha lokalisert seg for resten av yrkeskarrieren. Noen vil imidlertid flytte og for de fleste er regelen : Mot sentrum.

Diskusjon

Analysen er foretatt som en tverrsnittundersøkelse med utgangspunkt i HPR. Dette er et nærmest komplett materiale, og kvaliteten vurderes som tilfredstillende for å gjøre en relativt grov analyse slik som denne. Tverrsnittundersøkelser kan imidlertid ikke gi kausale forklaringer på dynamiske, alderspesifikke endringer i legepopulasjonen. Til dette trengs longitudinelle undersøkelser der de enkelte alderskohorter følges over en lengre periode. Dette er imidlertid både tid- og ressurskrevende. Ved hjelp av bestemte antakelser kan imidlertid tverrsnittundersøkelser av en populasjon med store aldersforskjeller fungere som en slags lengdesnittundersøkelse når antall individer i materialet er stort nok til å forme representative aldersgrupper. Forutsetningen må da være at det ikke skjer store endringer i legemarkedet, og at

preferansen ved legenes geografiske valg av arbeidssted holder seg relativt konstant over tid. Disse forutsetningene er bare delvis tilstede i dette tilfellet. Vi vet at det var en sterk vekstperiode for primærhelsetjenesten i perioden 1970 – 85, noe som favoriserte periferien. Denne tidsepoken ble avløst av sykehusmedisinens ekspansjon fra 1985 og utover, og denne utviklingen har vært fordelaktig for legedekningen i sentrum. Slike endringer av markedet gir opphav til cohortefenomener i legepopulasjonen, og dette vanskelig gjør tolkingen av funnene. Imidlertid er geografi-faktoren så tydelig i dette materialet at den ikke kan bortforklaries. Funnene støttes også av andre variabler som er brukt for å måle forskjeller mellom legetjenesten i fylkene : forholdene på vikarmarkedet, andel vakante stillinger i helseregionene og andel utenlandske leger i kommuner og fylker. Det er derfor viktig at alle disse erfaringene benyttes som argumenter for å adoptere mer effektive strategier for legeforselingen i Norge, og for å innføre et spesialistutdanningssystem som tar hensyn til geografi-faktoren. Alternativet er en økende skjevføring av leger i Norge slik vi særlig har opplevd etter 1985.

«Riktig» allmennmedisiner - ikke nok å være spesialist i allmennmedisin?

Hva vil allmennmedisinen med universitetene?

(Av Knut Arne Holtedahl)

Tom Christiansen, som arbeider med fastlegeordningen i Sosialdepartementet, sier i Utposten nr. 1 at det er uløste problemer med samfunnsmedisinere som ønsker å kombinere dette med allmennmedisin i redusert stilling. Jeg antar at han har i tankene spesialister eller spesialistkandidater i allmennmedisin som for kortere eller lengre tid har valgt eller ønsker å arbeide i fylkeslegetat, arbeidsmedisin, på universitet og i endel andre stillinger, og jeg håper det betyr at han og andre vil gjøre noe med dette.

For oss allmennmedisinere på universitetene kan fastlegeordningen virke ekskluderende, selv om de fleste av oss har støttet ordningen. Vi arbeider med et ungt fag med ambisjoner, og skal faget leve opp til vår egen offensive holdning i undervisning og forskning, må vi gjøre det attraktivt for

yngre kollegør å arbeide sammen med oss. Noen universitetsansatte allmennmedisinere velger å dele arbeidstiden likt mellom akademi og praksis, men faget og universitetene har bruk for at noen innehaver full hovedstilling ved universitetet. Utfordringene innen undervisning, forskning og administrasjon er mange og krevende.

Som ekte allmennmedisinere ønsker vi samtidig å utøve vårt kliniske fag. Ja, det oppleves og er faktisk helt nødvendig om vi skal forbli kompetente innen faget. Professorer i kirurgi slutter ikke å operere. Som kirurgikollegene inviterer vi pasienter fra vår kliniske praksis inn til auditoriene for å undervise studenter, iblant har vi også studenter med ut i praksisdagen. For å vedlikeholde spesialitet er det heldigvis samsvar mellom universitetenes regler om inntil 20% bistilling og spesialitetskomiteens krav om minst 20% kurativ praksis i etterutdanning. Det hjelper ikke stort dersom bestemmelser på andre områder fratar oss muligheten for å vedlikeholde spesialitet på denne måten. Det er faktisk mange skjær i sjøen:

Selvstendig refusjonsrett er fratatt alle som tok jobb på universitet før 10/10 1992, om vi ikke samtidig drev egen praksis. Refusjonsrett er blitt knyttet til avtale, og i framtiden ser den ut til å bli knyttet utelukkende til fastlegestatus. I tillegg har nye forskrifter fra Sosialdepartementet fått trygdekontorene til å bli svært restriktive med å la avtaleleger gå i midlertidig redusert stilling og ta inn faste vikarer. Selv har jeg de siste par årene hatt store problemer med å få utbetalt refusjon for min ene faste, ukentlige praksisdag på grunn av dette, og jeg

betraktes ikke engang som part i saken. Med krav om minst 500 pasienter på liste, vil vi heller ikke kunne få fastlegestatus i år 2000.

Vi må få være allmennpraktikere i kraft av oss selv

I fastlegeordningen er det mulig at «mitt» problem kan løses ved at fastleger får lov å ta inn fast vikar i perioder. Men her gjelder det mer enn mitt aktuelle problem. Vi allmennmedisinere på universitetene fortjener egen oppmerksomhet i ordningen. Jeg synes vår refusjonsrett skal anerkjennes i seg selv, eller vi må få mulighet til å bli listelege med lister på 2-300 pasienter. Vi må få være allmennpraktikere i kraft av oss selv. Hvordan kan noen bestride at vi er ekte allmennpraktikere? Og hvorfor skulle vi da ikke få drive med også den delen som er pasientrettet når vår hovedjobb gir oss muligheter til det? Det samme gjelder endel assisterende fylkesleger og enkelte andre. Selvstendige rettigheter kan bli spesielt viktig dersom fastlegenes rett til vikar på et senere tidspunkt skulle bli berørt – det kan være vanskelig å si hva som skjer politisk om noen år. I fastlegeordningen skulle det være en smal sak å definere regler som tar hensyn til dette, dersom viljen er til stede hos de som nå utformer reglene. Ikke er vi til bekymring for noen budsjettansvarlige heller, uansett hvordan «vi» defineres, er vi så få.

En del av fellesskapet

Jeg håper ikke det er noen som synes vi bør holde oss i et slikt elfenbenstårn som vi iblant blir beskyldt for å gjemme oss bort i. I så fall er det en underlig holdning, lite kollegialt og ikke dekkende for instituttansattes engasje-



Knut Arne Holtedahl
«Første distriktslegejobb 1973.
Spesialist i allmennmedisin,
professor i allmennmedisin –
men «riktig» allmennpraktikere?»

ment i praktisk almenmedisin. De siste årene er kontaktflaten til fulltids allmennpraktikere blitt utvidet på alle universitetene, stadig flere trekkes inn i studentundervisning og forskningsoppgaver, og vi på vår side forsøker å gjøre en innsats på forskjellige områder som er blitt etablert som viktige for faget: Undervisning på grunnkurs og på andre videre- og etterutdannelseskurs, vurdering av industriens forskningsprotokoller når de ønsker å rekruttere allmennpraktikere, organisering av utplasseringsordninger, for nylig også redigering og skriving av lærebok. Drar vi ut på forskningsår i utlandet, slik universitetene gir

adgang til hvert 5. eller hvert 7. år, kan det vel hende vi knytter noen internasjonale kontakter som kan komme norsk allmennpraksis til gode, men vi blir straffet to-tre år senere når spesialiteten skal fornøyes og vi ikke får utsatt vår resertifisering.

Vel, alt dette er jobben vår, som vi har ønsket og trives i, men vår kliniske praksis er like mye del av denne jobben, og det er symbolsk og reelt viktig at vi har «fulle rettigheter». Det gjelder oss som er spesialister i allmennmedisin, og det gjelder stipendiater vi rekrutterer til større forskningsprosjekter som krever avbrudd fra praksis. Det er ikke bare solidaritet fra kollegene

jeg etterlyser når regelverk diskuteres og lages, det er forståelse for hva som skal til for å rekruttere til universitetsjobbene og dermed til en viktig del av fagutviklingen i neste århundre. Mange ting teller i den sammenhengen, men en av de viktigste forutsetningene er denne: For en allmennmedisiner med universitetsjobb må det være enkelt å få praktisere eget klinisk fag og vedlikeholde spesialitet på basis av gjeldende regler.

Knut Arne Holtedahl

Institutt for Samfunnsmedisin
9037 Universitetet i Tromsø



Sekreteriatet for
allmennmedisinske kvalitetsindikatorer
(Aplf – NSAM)

Sats på etterutdanningsgruppe!

Sats gir allmennpraktikere mulighet til å vurdere og utvikle egen praksis ut fra enkle registreringer. Sammenligning av praksis i kollegagrupper gir utgangspunkt for læring. SATS-opplegget har gitt kollegagrupper en god ramme for faglig og sosialt fellesskap.

Fire temaer er utviklet og utprøvd:

- Diabetesomsorg (mulighet for «benchmarking» i samarbeid med DiabCare Q-Net)
- Diagnostikk og behandling av migrrene/hodepine
- Diagnostikk/behandling av sår hals
- Laboratoriebruk i allmennpraksis m/praksisprofil i samarbeide med NOKLUS.

Dataregistrering og rapport kan kjøres gjennom EDB-journal. Infodoc A/S har pr. april '98 tilpasset program bare for laboratoriebruk.

En temajennomgang tar 6-9 måneder og gir p.t. 30 poeng i etterutdanningen. Det vil kreves 900 kr i deltakeravgift for hvert emne etter bestemmelserne i Dnlf Sentralstyret.

Informasjon/påmelding

Tor Carlsen
GRUK, Nedre Hjellegt 1
3724 Skien
Tlf. 35 52 29 00
Faks. 35 52 19 15
E-post: torc@gruk.no

Tor Claudi
Skogsvn. 22
8021 Bodø
Tlf. 75 56 16 70
faks. no.
E-post:tclaudi@online.no

John Cooper
4130 Hjelmeland
Tlf. 51 75 05 69
Faks. 51 75 06 40
E-post: john.cooper@isf.uib.no

Videre- og etterutdanningen i allmennmedisin:

Det nye regelverket

Lege lærer av egen praksis. Lege lærer av hverandre. Smågruppeaktiviteter har vist seg å aktivisere flere. Moderne pedagogiske metoder orienterer seg mot problembasert læring og læring i og av egen praksis. Fordi spesialiteten i allmennmedisin til dels er en ensom spesialitet, har spesialitetskomiteen i allmennmedisin sett det som viktig å stadig arbeide for at utdanningen skal være problembasert og praksisorientert.

Innledning

Spesialitetskomiteen har etter et mangeårig arbeide nå fått gjennomslag for endring i regelverket for spesialiteten i allmennmedisin.

Regelverket er godkjent av Sosialdepartementet sist i mars -98.

Fordi de nye reglene inneholder nye obligatoriske krav, skal ingen bli nødt til å endre kurser sin midt i en påbegynt resertifiseringsperiode: De gamle reglene gjelder parallelt med de nye i fem år til 01.01. 2003!

Hvis man er av dem som synes dette er spennende, kan man sette i gang med de nye oppgavene straks og søke resertifisering etter det nye regelverket så snart man har dekket obligatoriske krav.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin har for en stor del voert tuftet på ideologi og dugnad; verken fylkeskomiteene eller spesialitetskomiteen er lønnet for sitt arbeide. Det handler om å drive fram vårt eget fag – en utfordring mange av oss har sett – og ser på som utrolig spennende. Derfor er spesialitetskomiteen svært interessert i tilbakemeldinger om hvordan dette går i tida framover.

Bakgrunn

Olav Rutle (død -96) var leder av spesialitetskomiteen i -94. Han var framsynt og startet et revisjonsarbeide som satte allmennpraktikernes etterutdanning inn i et mer moderne system. Det handlet om å se på nyere pedagogisk kunnskap: Hvordan lærer leger, de erfarte og de mindre erfarte? Det er masse litteratur (BMJ har hatt en artik-

kelserie nå i -98 om CME – Continuing Medical Education) som dokumenterer at leger lærer best og mest i miljøet der de har sine hverdagsoppgaver. Komiteen begynte å jobbe med tanken, diskusjoner og skriverier. Olav Rutle var den som skrev det tyngste dokumentet, rent faglig, der han begrunnet revisjonsarbeidet og viktigheten av at leger lærer i praksis, og av hverandre.

Etter hans død fortsatte komiteen arbeidet med revisjonen, som altså ble vedtatt på landsmøtet for Dnlf i oktober 1997.

Hva er forandret?

Spesialitetskomiteen har ønsket å trekke en del meritteringsaktiviteter bort fra kurs og over til praksisnære aktiviteter. Blant disse er smågruppevirksomhet, praksisbesøk og felleskonsultasjoner.

Dessuten er det innført poengberegning i stedet for kurstimer. Dette gjør at det er lettere å vektne/merittere aktiviteter som er vanskelige å teller i timer, for eksempel artikler og prosjektarbeid.

Ufordinne

Det nye regelsettet byr på flere spennede utfordringer. Det åpner opp for en rekke nye praksisnære læringsarenaer både i allmennpraksis og på sykehus.

Smågruppeaktivitet er obligatorisk. Tanken er at leger i grupper kommer sammen og lærer av hverandre. Det er tale om minimum 20 timer per. fem års periode, maksimalt 80 timer. Det vil si at dersom man er i en gruppe man trives godt i, kan man operere med gruppebasert gjensidig læring i en relativt stor del av resertifiseringperioden.

Komiteen forutsetter i utgangspunktet at slike grupper er selvgående og ulønnede, men denne saken er ennå ikke ferdig utredet.



Anne Matilde Hanstad.

Spesialist i allmennmedisin.

Kommunelege i Strand kommune i Rogaland. I 1992/93 tilsatt som rådgivende overlege ved Trygdeetatens fylkeskontor i Rogaland. Medlem i spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Gift med allmennpraktiker, og har to praktfulle gutter i oppløpsalderen.

Praksisbesøk er også gjort obligatorisk. Praksisbesøkdebatten var nok den «hotteste» i forbindelse med revisjonen; vi må besøke hverandre; enten et enkelt besøk, eller gjensidige besøk. Praksisbesøk krever av oss at vi må tørre å la noen titte inn i det lukkede rom der vi sitter med alle våre hundretusener av konsultasjoner (en maktrelasjon mellom lege og pasient) og gi oss selv muligheten til å kvalitetssikre konsultasjonene våre på en bedre måte enn det har vært mulig til nå.

Kjell Nordby har skrevet et hefte som er utgitt i Dnlfs kvalitetssikrings-serie. Dette beskriver mulighetene og utfordringene i praksisbesøk. Heftet kan bestilles fra Dnlf, pedagogisk avdeling. Minimumskrav for praksisbesøk er to dager; hver dag gir 10 timer fordelt krevet både for- og etterarbeide. Trives man med denne formen for løring, er det «lov» å gjøre inntil ti besøk i femårsperioden.

Besøk på sykehus er den tredje nyvinningen. Nå kan man se for seg et rush til sykehusenes avdelinger og poliklinikker. Det er neppe sannsynlig; vi tror dette går seg til. Leg kunne gjerne ønske meg en dag med øyelegen. En dag med denne på poliklinikken – med en beskrivelse av hva jeg har sett og gjort, samt signatur fra øyenleggen – vil gi meg 7 poeng for en dag. Men dette er ikke obligatorisk. Slik kan jeg fortsette å liste opp fra menyen over valgfrie aktiviteter. Leg velger å henvisse leseren til oversikten i regelverket: Se, les og ta i bruk mulighetene og utfordringene som ligger her!

Endring i fordeling obligatoriske/frivillige aktiviteter

De fleste er kjent med at man per sertifiseringsperiode var /er i behov av 300 timer (poeng). I det gamle regelverket måtte man ha minimum 200 timer (poeng) med kursaktivitet.

Nå er kun 140 poeng obligatorisk. Disse skal fordeles på kurs, praksisbesøk og smågruppe dvs.: kun 100 timer kurs er obligatorisk.

Valgfriheten er øket. Man kan plukke 160 poeng fra menyen som man kan tilpasse sine egne læringsbehov. Men

du må altså uansett kaste deg litt ut på de 100 favner; da vi har satt et tak på 200 poeng som kan erverves via tradisjonelle kurs.

Hva med videreutdanningen?

Viderutdanningsregelverket er nå harmonisert med endringene i etterutdanningsreglene. Det er viktig at utdanningskandidatene, som er på vei inn i faget, får sjansen til å bruke alle de nye mulighetene for løring vi mener ligger i det å tilby leger å lære fra hverandre!

For de øvrige utdanningsaktivitetene, er kravet stadig 400 poeng (timer), men antall obligatoriske poeng er redusert fra 300 til 250. Valgfrie aktiviteter er øket fra 100 til 150 poeng.

Det betyr at utdanningskandidate-ne, som kan hende er de minst rigide av oss (?), har muligheten til å delta i smågruppeaktiviteter og til å kaste seg ut i den utfordringen praksisbesøk er. Dessuten går det an å hive seg på et prosjekt i den allmennmedisinske ånd.

Men veiledningsgruppe og praktiske ferdigheter, det må alle gjennom – uansett, sammen med grunnkursene.

Hva med «de gamle»?

Når man har fylt 60, kjenner man seg kan hende ikke «gammel». Noen synes de nettopp da har god tid til å drive med utdanningsaktivitetene. Vi som er noe yngre, mener at eldre kolleger har mye å tilføre både grupper, kurs og praksisbesøk.

Kravet til resertifisering varer så lenge man driver praksis, men i resertifiseringssperiode påbegynt etter fylte 60 år, holder det med halve krav til poeng.

Poeng- timer???

Spesialitettskomiteen råder kursarrangører til å skrive både timer og poeng på kursbevisene (et poeng ekvivalerer en kurstid = 45 min. undervisning). For den som har mange kursbevis han gjerne vil bruke i det nye systemet, er omregning slik: X ant. kurstimer = X ant. poeng.

Kurs skal som før være arrangert av «et organ i Den norske legeforening», noe som betyr at formalitetene må være i orden.

Tar leserne nå utfordringen?

Det nye regelverket gjør at vi alle må endre vår måte å lære på. For noen av oss kjennes det riktig ubekvemt å endre vaner. Derfor er det en felles utfordring her: Vi må øve oss i å se at det nye regelverket virkelig byr på en rekke spennende utfordringer! Samtidig med at det er nye obligatoriske krav, er det større muligheter for valgfrihet – både hva angår meny og timetal.

Spesialitettskomiteen har forsøkt å lage regler som er slik at de administrative og praktiske tersklenne skal være lavest mulig, samtidig som vi vet like godt som Utpostens leserer at det kan dukke opp uforutsette problemstillinger. Det ønsker komiteen tilbakemelding om!

Hva mener egentlig komiteen da?

Spesialitettskomiteen mener at med dette nye regelverket er videre- og etterutdanningen i større grad tilpasset nyere pedagogiske læringsmodeller. Primoerhelsetjenesten er selve grunnmuren i det norske helsevesenet. Vi ønsker at allmennpraktikene i framtida skal være kompetente til å være viktige byggesteiner i framdrift og utvikling i førstelinjetjenesten. Vi tror at det nye regelverket inneholder flere utfordringer og muligheter enn hindringer og ønsker oss en dugnadsånd i forhold til reglene anvendelse i videre- og etterutdanning av norske allmennpraktikere.

Tar DERE utfordringen?

Lykke til med utprøving av nye arenaer!

Jørpeland, april 1998
Anne Mathilde Hanstad

REFERANSER:

- 1.Den norske legeforening: Praktiske ferdigheter i allmennmedisin
- 2.Nordby K: Gjensidig praksisbesøk. Dnlfs kvalitetssikringsserie
- 3.Den norske legeforening: Spesialitetsdanningen i allmennmedisin.

Nye regler for etterutdanningen i allmennmedisin i Norge

(endringer er skrevet i kursiv)

1. Spesialiteten må fornøyes hvert 5. år.
2. Spesialisten må ha 1 års allmennmedisinsk tjeneste i åpen uselektert praksis i 5-årsperioden.
 - a) Heltidsstilling teller ned til 1 måned.
 - b) I tjenesten < halv tid ned til minimum 1/5 stilling teller bare kurativ allmennmedisinsk praksis
 - c) Tjeneste i andre legestillinger i primærhelsetjenesten teller bare i samtidig kombinasjon med kurativ allmennmedisin ned til halvtidsstilling.

3. **300 poeng** som fordeler seg slik: (1 *kurstime* = 45 min. = 1 poeng)

Poeng

Obligatorisk 140 poeng.

Kurs – 100 poeng fordelt på minimum 6 fagområder.

Herav minst fire ulike kliniske emner à 15 poeng.

60

Andre kurs à minimum 6 poeng

40

Praksisbesøk – 2 besøk à 1 dag + rapport

20

(ett mottak av og ett besøk til allmennpraktiserende kollega)

Smågruppevirksomhet

20

4. Valgfritt 160 poeng i følgende aktiviteter

Kurs

Praksisbesøk à 1 dag med rapport (1 besøk = 10 poeng)

Inntil 100

Smågruppevirksomhet

» 80

Dagsbesøk – poliklinisk/spesialist (7 poeng/dag)

» 130

Strukturert ukesbesøk på sykehus (25 poeng/uke)

» 150

Ordinær sykehustjeneste (40 poeng/måned)

» 120

Felleskonsultasjon med egen pasient sammen med spesialist

i 2. linjetjeneste (1 poeng/konsultasjon)

» 50

Åpen møteserie på sykehus eller lokalt

» 80

Praktislærervirksomhet (1 poeng/dag)

» 100

Veileddningsvirksomhet i videreutdanningen (1 poeng/time)

» 160

Praktiske ferdigheter – minimum 10 stk.

skal attesteres av min. 2 forskjellige kolleger – 1 poeng/ferdighet

» 30

Originalforelesning for leger/medinsinerstudenter

(4 poeng/forelesning à 20–40 min.)

» 40

Sensorvirksomhet (1 poeng /45 min)

» 60

Vitenskapelig tidsskriftartikkel

» 50

Allmennmedisinsk doktoravhandling

» 150

Veiledet allmennmedisinsk forskning (40 poeng/måned)

» 120

5. Kravet til resertifisering hvert 5. år vedvarer så lenge man driver praksis, men ved resertifiseringsperiode påbegynt etter fylte 60 år halveres kravene til obligatoriske poeng og valgfrie poeng.

Dødsdans på sviktende hjerte

Et trekantdrama

Peder S. var en gammel sliter og en hedersmann. Han hadde, som så mange andre eldre mannfolk i bygda, skaffet seg levebrød for seg og sine som småbruker, skogsarbeider og snekker. Han hadde på sine pensionistdager bygd seg en liten villa til seg og kona, og hadde solgt småbruket. Ingen av hans to døtre hadde vært interessert i å overta, begge var for lengst flyttet fra bygda.

Nå var Peder blitt 85 år, og hadde så langt hatt det brillefint i sin frie pensjonist-tilværelse. Vinterstid gikk han seg fine skitur, helst alene, «for da gjør jeg akkurat som jeg vil». På høsten plukket han molte og blåbær, men da hendte det at også kona fikk være med ham på skogsturen.

For 7 år siden hadde han fått sitt første hjerteinfarkt, men det hadde ikke plaget ham nevneverdig. Ikke var funksjonsevnen blitt særlig nedsatt, og med et litt fatalistisk syn på det hele hadde han bestemt seg for å leve akkurat som før. Så fikk heller kona lære seg å leve med den økte usikkerheten som hadde knyttet seg til hans ensomme vandringer i skogen.

Forrige år hadde kransårsykkdommen for første gang begynt å melde seg igjen, i form av litt anginasmerter på toppen av de verste motbakken. Dette var også til å leve med. Peder S. lærte seg å ta en nitrotablett under tunga for hver time på tur, på dårlige dager hver halvtime. Han kortet litt ned på turene, reduserte litt på ambisjonene. Han hadde det fortsatt brillefint.

Uplukkede bær

Først denne høsten hadde det dukket opp alvorlige helsebekymringer i hans liv. Tidlig i september dukket han opp, blek og klam en tidlig morgen på kontoret. Han hadde ventet et par timer

på at vi skulle åpne. Han hadde fått brystsmerter på etternatta, og nitro hadde ikke hjulpet stort. Vi fikk ham selvsgart raskt ekspedert til Region-sykehuset, og allerede etter et par uker dukket han opp igjen på sin første kontroll etter dette sitt andre, og fortsatt ikke særlig store hjerteinfarkt. Det hele hadde forløpt ganske så ukomplisert. Ennå var det molter som ikke var plukket, men vi ble enige om at det sikkert ble et bra molteår til neste år også.

Dette skulle bli starten på en rekke møter vi hadde videre utover høsten. Det varte nemlig ikke mange dagene før han meldte seg igjen. Nå var han blitt tungpust, særlig om morran. Han greidde nesten ikke bære inn veden selv. Jeg hadde lært ham å kjenne som en som på ingen måte overdrev sine plager, så jeg tok ham inn med en gang. Det forelå rikelige stuvningsforandringer. Jeg valgte å legge ham inn på sykehuset igjen umiddelbart.

Kvotetildeling

Tilbake derfra noen få uker senere. Vi snakket igjennom situasjonen. Det var klart at ambisjonsnivået måtte reduseres ytterligere. Jeg gav ham streng beskjed om å varsle raskt fra hvis det tilkom forverring. Med denne typen eldre hederskarer må man alltid ta høyde for en spesiell type uheldig dynamikk; jo dårligere de blir, jo oftere er det rime-

lig å legge opp kontrolltimer. Men når du kontrollerer dem ofte, bruker du også opp kvoten de selv synes de har for å plage legen. Jo oftere du ser dem, jo nødigere synes de at de vil plage deg utenom!

Peder S. forsto dette poenget, og syntes det var betryggende at jeg slik i klartekst tildelte ham rikelig med eks-trakvoter. Få dager etter hadde han att-på til pådratt seg et lite, incarerert brokk. Det ble fryktelig vondt i lysken, og han ringte legevakta. Jeg hadde vakta den dagen, og var på sykebesøk hos en av naboenes hans akkurat da. På tre minutter var jeg på pletten, rapporterte brokken, og Peder S. var blitt smertefri. Denslags blir det tillit av, og til akkurat denne pasienten hadde jeg etterhvert fått et bunnsolid forhold.

Insomnia

Det var nyttig, for i løpet av et par måneder måtte han innlegges to ganger



til pga. ustabil angina og hjertesvikt.

Like oppunder jul var han til kontroll igjen. Sykehuslegene hadde nok en gang titrert seg fram til gunstigst mulig hjertesviktmedisinering, og Peder S. var i langsom bedring. Den beskjedne mengden førjulssnø hadde han selv måkt vekk fra gardsplassen, og vinterveden tok han i mange og små bører fra uthuset og inn.

Men det hadde vært en slitsom og urolig høst for ham, og han hadde ikke stort håp om skiturer nå som vinteren sto for døren. Det var kommet til noen bekymringsrykker i pannen hans. Han syntes framtida virket uforutsigbar og truende.

Peder S. var i ferd med på miste kontrollen på sitt liv.

Dessuten var han blitt sovnlos. Det hadde han aldri tidligere vært plaget med. Ikke visste han riktig hvorfor heller, men å få sove om kvelden, det var nå blitt nesten umulig. Datteren hans var forresten sykepleier i byen. Hun hadde antydet at han kanskje hadde fått litt angst. Hva mente doktoren? Datteren hadde også foreslått at han skulle spørre frampå om det fantes medisiner for slikt?

Finnes det likevel råd?

Det var tydelig at Peder S. var i ukjent terrenn nå. Heldigvis hadde jeg en avbestilling og hadde god tid. Vi snakket igjennom hele høsten. Uforutsigbarhet og tap av funksjon og kontroll var blitt hans kroppslige erfaring disse ukene. Jeg fant det rimelig at det derfor ble litt ubalanse også i hans hode. Dette fant han etterhvert rimelig selv også, på et vis. Med hensyn til medikasjon med sovemedisin eller beroligende nølte jeg litt. Jeg var i gang med en spennende innsiktstilnærming, og tenkte vi isteden kunne videreutvikle vårt trygge lege/pasientforhold omkring insomniproblemet. Dessuten sto han jo på en dyngje medisiner fra før, og polyfarmasi har jeg alltid hatt respekt for.

Det var ikke så vanskelig å gjette seg til at det Peder S. nå slet med, var en slags dødsangst. Det var det heller ikke vanskelig å få ham med på selv. Han kjente nok ikke dette ordet så

godt fra før, men når han ble presentert for det kjente han det likevel. Han hadde vært redd for å dø. Flere ganger denne høsten.

«Men hva gjør man med slikt, doktor? Finnes det noen råd? Jeg synes nettene er lange og ulidelige.»

Under samtaLEN hadde jeg gjort meg en betraktnign om denne mannen på 85 år, med sviktende hjerte, men inntil nylig med svært så høy score på alle typer livskvalitets-indexer. Jeg fikk inntrykk av at han nok muligens fram til nå hadde vært helt ukjent med døden som en realitet i livet. Han virket forbausende hjelpelös, syntes jeg. Forbausende mest av alt fordi at han på alle andre områder hadde framvist så stor grad av mestring. Når en mann må gjøre det han må

Nå fikk jeg en lysende god ide. Det var klart at Peder S. i noen grad måtte lære seg å forsone seg med enkelte av livets realiteter. For i så fall kunne han kanskje likevel sogne godt om kvelden uten kjemisk hjelp. Men lar slikt seg gjøre i en håndvending?

«Vet du hva jeg synes du skal gjøre nå, Peder?» sa jeg plutselig. «Jeg synes du skal gå hjem til kona din og fortelle henne at du er glad i henne!»

Jeg aner egentlig ikke hvor denne ideen kom fra, men ærlig talt er jeg den dag i dag litt imponert over denne min sikkert intuitive strategi mot døds-

angst hos hjertesyke hedersmenn på 85 år. Og jeg hadde vel og merke fra før av meget sikre holdepunkter for at Peder S. faktisk var glad i kona si. Det så ut til at han selv på sett og vis var med på notene. Han syntes nok han hadde å gjøre med en doktor som forstod seg på litt av hvert. Ikke bare hjertesvikt og lyskebrokk. Så han takket meg varmt for alle gode råd etter denne samtaLEN, og gav meg et forsåvidt livskraftig handtrykk. På veien ut av kontoret merket jeg meg, tross hans lettelse, det litt subbete ganglaget som alle 85 år gamle snekkere får når de likevel ikke er helt sikre på hva som kreves av dem.

Med handa på dørhåndtaket tok Peder S. motet til seg, snudde seg og spurte:

«Du doktor, tror du kanskje heller du kunne ringe kona mi og fortelle det der?»

Det har gått riktig fint med Peder S. Han fikk det veldig bra på Vival 5mg x3 i noen uker. Nå sover han godt også uten dette. Det har blitt lite multer og skiturer, men jeg tror han fortsatt ligger helt i bygdetoppen på livskvalitets-tabellen, klasse 85 og over. Jeg ringte aldri kona hans, men nå er hun bestandig med på konsultasjonene. Vi har det best tenkelige trekantforhold. Der er Peder S. sitt hjerte i sentrum. For tiden banker det stødigere enn på veldig lenge.

Harald Sundby



Risikofaktorer som kan reduseres med endret livsstil



CARDURAN CR

"Pfizer"

ATC nr.: C02CA04

Selektiv α_1 -blokker

DEPOTTABLETTER: 4 mg og 8 mg: Hver tablet innneh.: Doxazosin, mesilat, øgsv. doxazosin. 4 mg et 8 mg. Hjelpestoffer. Fargestoffer: Jemoksid (E172), titanoksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv α_1 -blokk. Senker perifer karmotstand samt relaxerer glatt muskulatur i prostata som medfører forbredet urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -receptorblokkade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksredusjon i 24 timer. Etter innslitt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gi alene eller i kombinasjon med faziid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hammer. Bedrer benign prostatohyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -og - α_2 -receptor blokkade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehols. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effektsstudier indikerer at pasienter som har vært kontrollert på 1 mg, 2 mg eller 4 mg konvensjonelle Carduran-tabletter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottablett. Absorpsjon: Depottablettene gir en jevn plasmaprofil enn konvensjonell tablet. Maksimal serumkoncentrasjon nås etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablet i samme dose. Etter 24 timer er troughnivået nivåmet de samme for begge formuleringene. Proteinbinding: Ca. 98%. Halveringstid: Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. Metabolisme: Mindre enn 5% skiller ut i uforandret form.

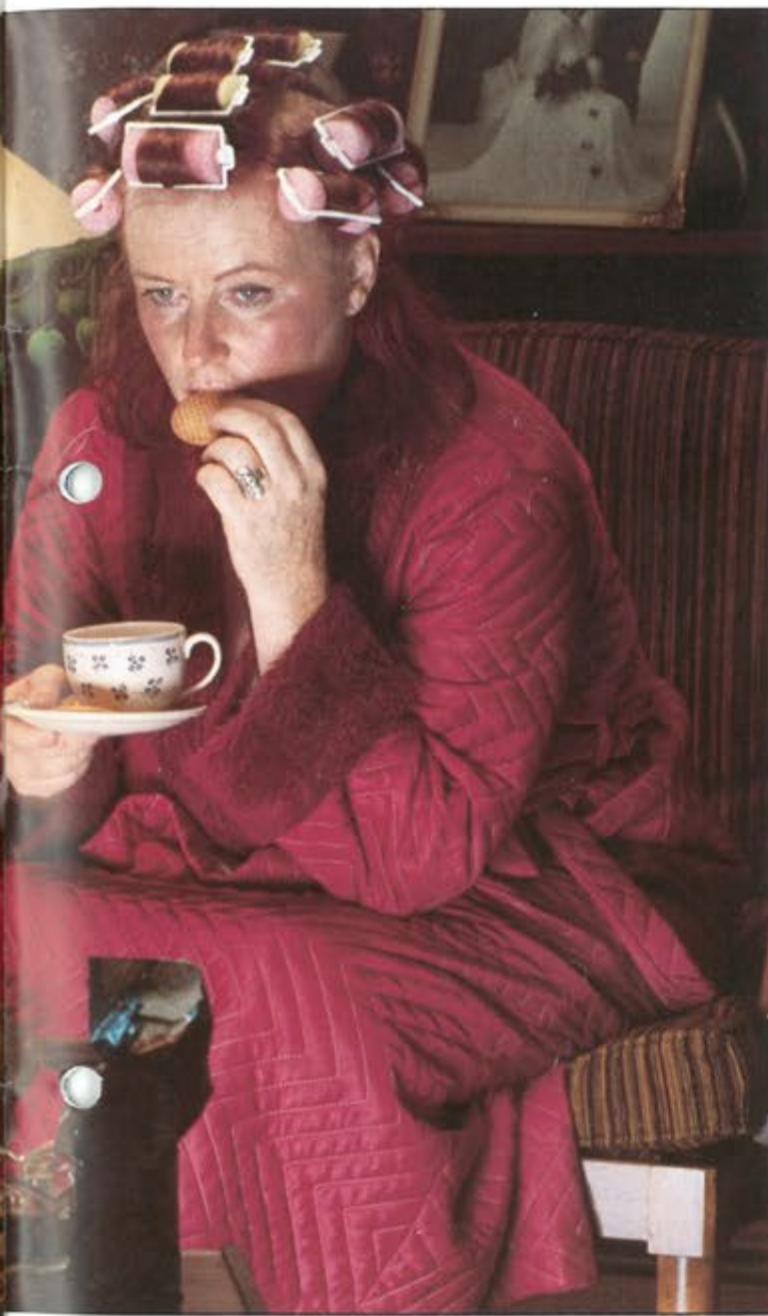
INDIKASJONER: Hypertension. Symptomatisk behandling av benign prostatohyperplasi.

KONTRAINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet overfor quinazolin. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsening, esofagobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltraktus.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningsene av postural type (spreden med synkop) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, adem, asteni, somolens, gas-tilointestinale plager (abdominell smerte, diaré, kvalme, oppkast) og dizzitt. Ved bruk etter morkedanning av konvensjonelle tabletter har i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Spredne rifeller av opptasjon og skjevelvinger. Svart sjeldne rifeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmøte. Isolare rifeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med α_1 -blokkere, inkludert doxazosin. Isolare rifeller av allergiske lege-middelreaksjoner (som hudslett, pruitus, purpur, gulset og forhøyede levertransaminaser) og epistasis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Tokykardi, palpitasjon, brystsmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tilknyttes. I hypertensionsstudiene var bivirkningsprofilen for depot-tablettene tilsvarende den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottablettene tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottablettet må sveiges hel. I depottablettene er

kan reduseres ytterligere med



CARDURAN CR™ DOXAZOSIN 1)

- ENKELT
 - ingen dosetrerering
 - 4 mg og 8 mg tabletter
- EFFEKTIVT
- GOD TOLERANSE

1) Ref. Neaton J.D. et al. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS)
JAMA, August 11, 1993 - Vol 270, No.6

doxazosin omgitt av et ikke-absorbart skall som snakte frigjør legemidlet. Når denne prosessen er ferdig, utsikkes det tomme skallet, og pasienten blir opplyst om at dette kan sees i føces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profilaks mot angino-enfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetssregler ved separering av betablokker iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten har blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesviktet før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøy i størfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Som for alle legemidler som metaboliseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsett leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å bærende maskiner, motorkjørstøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatohyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Fra behandling overvakes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøy med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspefikt antigen (PSA) for om mulig å overdekke prostatacancer.

GRAVIDITET/AMMING: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsøk hos dyn har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyrforsøk med deser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert fetal overvekst. Doxazosin skal bare brukes når behandlingsbehovet er øvelst med mulig risiko. Prøppret er ikke brokes under omming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika.

DOSERING: Depottabletten må svøles hele og skal ikke tygges, deles eller knuses. Tas med vann, og kan tas med eller uten mat. Vanligste dose er 4 mg en gang daglig. Ved behov kan doses økes til 8 mg en gang daglig. Maksimal orbefølt dose er 8 mg en gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsett nyrefunksjon. Ved nedsett leverfunksjon, se forsiktighetssregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Inntritt hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gir individuelt etter behov. Diatelyse er ikke indrettet på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPPBEBARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER: 4 mg: Enpac: 28 stk.: kr 228.80 98 stk.: kr 717.70	8 mg: Enpac: 98 stk.: kr 1093.10 Endos: 50 stk.: kr 581.20
--	---

Endos: 50 stk.: kr 384.70

Besett på preparat omstole (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

1:12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatohyperplasi



Strandveien 55, N-1324 Lysaker,
Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99
www.pfizer.no

Den medikaliseringende helsestasjonen

Av Eirik Abildsnes

Han kommer sammen med mor til kontoret. La oss kalle ham Petter. Han har vært her før også, på korte besøk for banale luftveisinfeksjoner. Denne gangen er det et annet. Mor har med seg papirer hun vil jeg skal se på. Det er henvisning fra helsestasjon til barnepoliklinikken på sentralsykehuset, epikrise fra sykehuset og utskrift av fysioterapirapporter fra helsestasjonen. Hun forteller først historien om hvordan Petter ble «fanget opp» fordi mor på helsestasjonen hadde nevnt at han ofte hadde symptomer fra øvre luftveier og da var slapp og trøtt. Videre at helsestasjonen hadde reagert på at Petter hadde noen lysebrune flekker på kroppen som ble kalt Cafè au lait og at det var enighet om at Petter droyet litt lenge med å begynne å gå. Dette hadde voert bakgrunnen for at Petter hadde avlagt en rekke besøk hos helsestasjonens fysioterapeut som hadde «kontrollert den motorisk utviklingen» – uten at det ble lagt opp spesifikk behandling eller trening.

Etter hvert ble følelsen av støtte erstattet av følelsen av å bli overvåket og kontrollert. På grunn av luftveisplagene (som var vurdert hos primoerlege og på legevakt – aldri på helsestasjonen), ble Petter henvist til sykehuset

for en ekspertvurdering. Sikkert bra dette, tenkte mor. Men hun var lite forberedt på hva som møtte henne når hun og Petter trøppet opp til avtalt time. Det var – sikkert i beste mening – trommet sammen et stort antall helsearbeidere. Foruten pediater fra sykehuset møtte helsestasjonslege, helsestasjonens fysioterapistudent og helsesøster opp. Tverrfaglig samarbeid er jo bra – også for pasientene? Primoerlegen ble verken invitert eller orientert.

Det viste seg at det i liten grad var Petters luftveisinfeksjoner som vakte interesse hos fagfolkene. Her kunne de fornemme lukten av sjeldent sykdom. Her kunne det jo være snakk om noe så spennende som Mb Recklinghausen, brune flekker i huden og langsom motorisk utvikling! De synes også Petter har dårlig utviklet språk og konkluderer med psykomotorisk forsinket utvikling etter henholdsvis 15 minutters vurdering på helsestasjon og en halvtimes møte på sykehuset.

Det ble tatt en rekke prøver som mor selv etter gjentatte purringer til helsestasjonen i over 3 måneder ennå ikke hadde fått svar på.

Jeg kikker så på papirene mor har med – først på henvisningen. Kopi av kopien til helsekortet, skrevet med gjennomslag med blåpapir men med fullt leseelig skrift! Datajournal er fremtidsmusikk i vår kommunens helsestasjoner. Den er ordentlig skrevet, både motorisk utvikling og brune flekker er nevnt. Det er tydelig at helsestasjonslegen har voert samvittighetsfull. Best å få en ekspert til å vurdere det som kunne være tegn til en sjeldent sykdom. Epikrisen fra sykehuset er også fyldig, beskrivende og munner ut i at det bør gjøres en relativt omfattende

laboratoriell utredning inkludert kromosomanalyser. Spesialisten synes Petters utseende er påfallende og omtaler den forsinkede motoriske utviklingen.

Mor har 8 års praksis som forskolelærer hvorav 5 år i arbeid med denne aldersgruppen. Petter har også to eldre søsken. Mor er ikke bekymret over utviklingen. Det går litt tregt, men jevn framover med Petter. Hennes inntrykk og synspunkter er tross hennes kompetanse (og noe lengre observasjonstid enn tre kvarter) ikke vektlagt. Hun mener de kanskje burde lytte til henne, men hennes meninger og ytringer er knapt nevnt i henvisning og epikrise.

Etter 3 måneders masing på helsestasjonen for å få prøveresultatene (som forelå kort tid etter undersøkelsen på sykehuset og alle var normale) er det slutt på tålmodigheten. Det er derfor hun kommer til meg til time.

Det er lett å forstå mors frustrasjon. Mye kunne nok gått bedre med åpnere kommunikasjon. Men alt? Er det riktig at et barn med noen brune flekker i huden og som går litt sent men ellers har en normal psykomotorisk utvikling skal stigmatiseres på dette viset? Pediaterens utsagn om et påfallende utseende faller plumbt til bakken når det likevel viste seg å ikke være en sjeldent sykdom som lå bak. Gutten ser da også helt normal ut. Siste melding fra mor er at Petter går fint og har hatt flott språklig utvikling. Utsagnet om om hans påfallende utseende blir likevel stående i journalene på sykehuset og helsestasjonen og vil følge Petter videre.

Vår kommune har laget en helsestasjonsplan der tanker om framtidens helsekontroller for våre yngste er ned-

Eirik Abildsnes, Elvebredden legesenter, Postboks 1068 Lundsiden, 4602 Kristiansand E-mail: abildsne@online.no f. 1960. Cand.med. Bergen 1986. Spes. allmennmedisin fra 1993. Bydelslege i Kristiansand. Sykehuspraksis i indremedisin og psykiatri fra Vest-Agder SSH.

tegnet. I den utropes 40% av 2-åringene «å være i behov for spesiell oppfølging». Dette kan ikke være særlig helsefremmende! Hvor mye angst og bekymring genereres ikke i forhold til det som faktisk finnes av sykdom og avvik i en befolkningsgruppe med presumptivt lav sykelighet.

Er det en usunn kultur som regerer på helsestasjonene? Er redselen over å overse et avvik i ferd med å gjøre jakten på de få syke til en medikaliserende prosess som skal vederfares alle småbarn og deres foreldre? Vi opplever dette også på riksplan med

storstilt satsing på en nyfødkohortundersøkelse der mor og barn skal følges og kontrolleres intens i årevis. Hvor blir det av den romsligheten og respekten som bør prege vår kontakt med dem vi er satt til å hjelpe? Er kommunikasjonen med primærlege like mangelfull i andre større kommuner der helsestasjonslege og primærlege ikke er samme person?

Noen vil trekke helsekontrollene inn i fastlegens kontor. Ville det være bedre? Det er høyst diskutabelt. Våre kurative instinkter dominerer vel såpass at vi også i forebyggende virk-

somhet jakter mer på avvik enn på ressurser hos pasientene? Allmennlegenes helsekontroller av friske voksne med årlig målinger av blodtrykk og kolesterol samt lytting foran og bak er ikke noe å være veldig stolt av – selv om vi nok har knepet en «avviker» en gang iblant.

Leg sitter ikke med noen løsning, men savner en erkjennelse av at vi må være varsomme med å påføre våre kunder – (og særlig våre minste kunder og deres foreldre unødig bekymringer) – det er nemlig neppe sunt for dem.

«Don't press me. I am close to the age for heart attacket»

I Nanou-bukta på østsiden av øya Symi i Dedokaneserne har det aldri vært observert en datamaskin. Livet er bedagelig langsomt. Noen geiter

stikker bortom for å tigge en brødbit. Ellers er det stille bølgeskulp fra en klar blå sjø hvor legemet får den nødvendige oppdrift til å flyte omkring i behagelig velvære.

På den samme øya, i den spartanske skranken i den lille «Nasjonalbanken» i Yalos er det at kassereren har hengt opp sitt maskinskrevne notat på gresk, engelsk, fransk og tysk: «Don't press me. I am close to the age for heart attacket». Han har datamaskin som står høytidelig tildekket med tykk plast. Den brukes ikke. Alle uttak og kontoinnbetalinger fører han i små bankbøker med gammeldags skrivemaske. Uttak med Visa-kort ordner han pr telefon. Han smiler og har det bra.

I den «Ioniske bank» på andre siden av havna i Yalos har banksjefen 2 dataskiner, telefax, skrivere, skanner – en hel liten utstyrspark på kontorpulten plassert på et lite platå i utkanten av kontorlandskapet. Han er pesende overvektig, kjederøker, svetter og stresser. Stemningen i de to kasserskrankene er oppjaget. Her er kortle-

sere, pc, modem og det som relativt moderne informasjonsteknologi kan by på, men ikke noe fungerer. Kassereren får ikke kontakt med Visa-sentralen og noe pengeuttak blir det ikke. Alle i banken bærer katastrofe i blikket.

Tilbake i Nasjonalbanken er stemningen rolig. Ingen røyker. Datamaskinen er tildekket. Pengeuttakene og overføringene går greit. Sjefen smiler og alle er tilfreds.

Hva er det som skjer?
«Don't press me. I am close to the age for heart attacket»
Er det forebyggende helsearbeid?

Et enda bedre oppslag så jeg en gang på toalettet i et hotell på en annen gresk øy:
«Basket of rubbish»

Symi har egen internet-adresse:
<http://www.symi-island.gr/enter.html>

God høst!
John Leer

IT, PC , og nett

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

Serevent™ - minst 12 timers effekt

Salmeterol



Presisjon

Serevent™ er den mest SELEKTIVE β_2 -agonisten¹



Serevent™
Salmeterol

og Utholdenhets

Serevent™ har **MINST 12 TIMERS EFFEKT** i lungene



GlaxoWellcome

Galaxy Home
500-16155-201-NH000000000

Classifications: AC, Posthumous; 4252 Touches - 0402 Date - Friday, 09-06-00-00 - 7-1-00-00-00

er påverkats negativt. Om man bärunge 3-4 veckor med inskränkningar kan det vara svårt att återhämta sig från förfarandet. **Gruvödhet/klämning:** Överdriven placental/morskmakt i samband med förfarandet kan föra till en överskottlig förtöjning av miltet och mängder på den morska. Pga förgiftning kan det förekomma svår arving. Det är viktigt att försöka undvika förtöjning. **Dysfunktion:** En förgiftning kan leda till en förtöjning av miltet och mängder på den morska. Pga förgiftning kan det förekomma svår arving. Det är viktigt att försöka undvika förtöjning. **Bolstering:** För att få optimal effekt är det rekommendert att förlänga 3 bräckor perapplysatör. Dessa är dock utvecklade för att förlänga 2 bräckor perapplysatör. Detta är dock utvecklade för att förlänga 2 bräckor perapplysatör. **Överdosering/Föreritning:** Symptomer: Tenson, indretande och huvudvärk. Beroende av en bolstering. **Andra opplysningsmaterial:** Infektionsrisken är relativt låg. **Dopbevaring på bolsterat:** Infektionsrisken är relativt låg. **Infektionsrisiken är relativt låg.** **Pakning av priser:** Infektionsrisken är relativt låg. **Infektionsrisken är relativt låg.**

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 ønskelig 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!

Blod et ord som tillhører det germaniske språket. Noen mener roten til ordet er «bloh» som også ordet *blomst* er avledet av, og det skal da ha betydningen «springe, velle ut» – blod blir da den utstrømmende væske. Andre mener ordet er avledet av det indogermanske «mele» – «mleindt» – «blendh...» blod og da opprinnelig betyr sort, mørk. Ordet *blind* skal da ha samme opprinnelse. «Å sette ondt blod» er et uttrykk fra den tiden man trodde sinnets bitterhet, sykdommer og annet ondt skydtes bedøvet blod. Det igjen er med på å forklare hvorfor årelating og annen «blodrensing» ble en populær behandlingsmetode. I overført betydning kan vi la «noen bloddyktig for noe» – hvem kan vel ikke til tider kunnet ønske seg en annen behandlet med litt for mange blodigler? I våre dager må vi vel nøye oss med å la dem

betalte en blodig pris, det spiller iallfall på de samme tanker!

Blodet fikk også ansvaret for menneskets temperament for eksempel i utrykket «hissig blod» «med kaldt blod». Ordet blod brukes også som betegnelse på slektskap og arv – «det ligger i blodet». Blodskam er å skjende en «med samme blod».

Humor og humor er ikke direkte relatert til blod men hører med her allikevel. Disse ordene er avledet av det latinske *humoral* = væske og gjenspeiler middelalderens humorpatologi. En trodde menneskets befinnende var avhengig av blandingen av legemets faste og flytende deler, en «tørr» person hadde ifølge disse teorier en annen ballanse i kroppen enn en med godt humor – som på sin side er mer troende til å servere en «saftig» vits!

Jannike Reymert

B-98

Leserbrev

Allmennpraktiserende leger i Norge
Kursdeltagere i praktiske ferdigheter
i allmennmedisin 19. -20. mai '98

Sentralstyret i Dnlf
Spesialistkomiteen i allmennmedisin
Utposten
Tidsskrift for den norske legeforening
Bergen 20. mai 1998

Vedr. nedleggelse av kompetansesenteret for kliniske ferdigheter

Vi vil herved protestere mot nedleggelsen av kompetansesenteret i Bergen. Det unike ved kursene arrangert av kompetansesenteret er at det pedagogiske opplegget innebærer stor grad av individuell og praktisk læring. Kursene har et høyt faglig nivå. Vi opplever å ha stor nytte av dem i vårt daglige arbeid. Å få permisjon og veiledning i små grupper

er en effektiv form for læring. Senteret er viktig for å ha kompetansenivået hos allmennpraktikerne!

Med hilsen Ingrid Baasland
komm. lege II 6570 Edøy
på vegne av de undertegnede.

Med hilsen Ingrid Baasland
komm. lege II 6570 Edøy
på vegne av de undertegnede

Ingrid Baasland
Ingrid Baasland
Ingrid Baasland

Ingrid Baasland
Ingrid Baasland
Ingrid Baasland

Orlaatle Solm
Orlaatle Solm
Orlaatle Solm
Ragnhild Bjørn
Ragnhild Bjørn
Ragnhild Bjørn
Jannike Reymert

Palliativ behandling og pleie

Nordisk lærebok

Stein Kaasa (red)

AdNotam Gyldendal, 1998.

Anmeldt av Geir Sverre Braut

Kaasa, som er professor i palliativ medisin ved NTNU i Trondheim, har teke mål av seg til å samle mellom to permars gangbar kunnskap om lindrande behandling og pleie av personar med alvorlege sjukdommar som ikkje kan lækast. Det er eit ambisiøst prosjekt, men hovudinntrykket av den føreliggjande boka er at han har lukkast med det.

Saman med ei rekke andre fagfolk med ulik bakgrunn, hovudsakleg medisinarar, har Kaasa laga ei bok som prøver å mijuke opp dei organisatoriske skiljeveggene mellom ulike tradisjonelle fagområde slik at pasienten sitt møte med medisinen kan få eit heilsakleg preg over seg. Det er prisverdig at så skjer. Ikkje minst er det moro at det for ein gongs skuld er ein medisinar som har styringa med eit slik prosjekt. Boka syner på ein overtydande måte at medisinsk kunnskap har ein vesentleg plass også når hovudtilnærminga til pasienten ofte er av sjukepleiefagleg art.

Dei 46 kapitla i boka som er på 631 sider, tek for seg alt frå ulike former for smertebehandling og medisinske spørsmål knytt til vanlege komplikasjonar ved langtkommen kreftsjukdom til rituale ved dødsfall og medisinsk etikk. Sosialmedisinaren i meg set ikkje minst pris på at folketrygda og andre stønadsordningar er godt omtala. Sjølv om studentar også må lese om slikt i spesiallitteratur, aukar dette nyttan av boka som oppslagsverk. Boka er skiven som lærebok. Eg vil likevel tru at ho er minst like nyttig

som oppslagsbok for legar og sjukepleiarar.

Boka har hovudfokus på kreftsjukdommar. Det er kome med eit kapittel om amyotrofisk lateralsklerose. Det er vel og bra, men det står litt åleine i dag. Det er også med eit kort kapittel om forskning. Kapitlet er berre på noko over tre sider. Likevel meiner eg at det forsvarer plassen sin ved at det fokuserer på forhold som er spesielt viktige i forhold til det som er hovudtema i boka. Det er også ei påminning om at forskning er ein naturleg del av klinisk verksemd. Kapitlet om kommunikasjon med den alvorleg sjuke pasienten er ei perle. Spesielt fall eg for at forfattarane gjev legitimitet til at både humor og god sladder har ein plass i den profesjonelle kommunikasjonen med den døyande. Slik er mennesket, slik er livet og slik skal då døden også få vere.

Innimellan tekstkapitla dukkar det opp nokre bilete tekne av fotografen Herdis Maria Siegert. Ein pasient med sjukdom mot slutten av livet har hovudrolla. Dette er materiale til ettertanke og gjev tankar om at livet sjølv i sluttfasen er så mykje meir enn det medisinen og sjukepleien åleine kan gje rom for. Eit par dikt har også funne fram til boka. Det hadde ikkje vore dumt om ein hadde teke med fleire slike. Dei kunne supplert bilete og tekst på ein fin måte. Språket i boka er gjennomgåande godt og lettles.

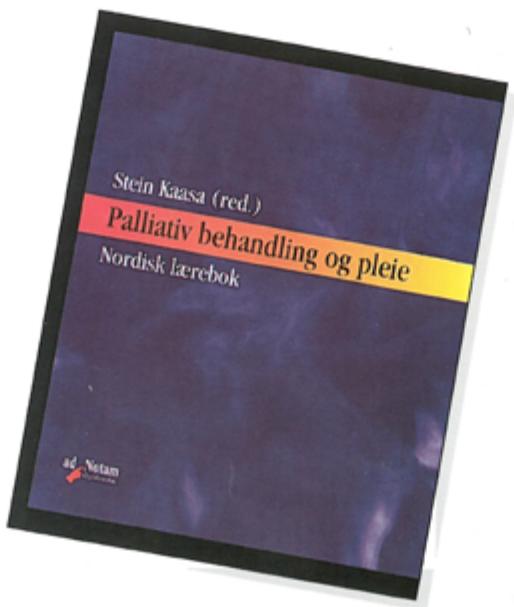
Bruken av små dialogboksar i fleire av kapitla er fin.

Er det så noko eg saknar? Sjølv om det er kome med nokre sentrale litteraturreferansar etter kvart kapittel, saknar eg ei noko meir kritisk analytisk

tilnærming til kunnskapsgrunnlaget dei ulike tilrådingane kviler på. Nokre stader kjem dette fram, men ofte manglar det ei evaluering av kvaliteten av kunnskapen. Eg kunne også ha ønska meg noko om kva respons ein kan vente seg ved ulike behandlingstiltak. Her kunne dei lært litt av læreboka i allmennmedisin som kom i fjar. Stikkordregisteret er også sparsamt. Det gjer det litt vanskeleg å nytte boka som oppslagsbok utan at ein først har sett seg inn i oppbygninga av henne. I vår tid kunne det kanskje også ha vore på sin plass med ei kapittel om klagar frå pasientar og pårørande.

Alt i alt er det ikkje vanskeleg å seie at det er ei vel gjennomarbeidd og god bok. Etter dette skal det bli vanskeleg å hevde motsetnaden mellom medisin og sjukepleie. Det gjensidige samspelet mellom desse fagtradisjonane kjem godt til syn. For fastlegen bør boka vere eit viktig supplement til læreboka i allmennmedisin.

(27.9.98)



EN lyrisk stafett

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

Velkommen og lykke til!
Tone Skjerven - lagleder.

Angår det deg...

Angår det dej kanske
vad jag gör?
Och vad jag tänker?
Angår det mej kanske
vad du gör?
Och vad du tänker?
Angår vi varandra kanske?
Du och jag och alla vi
som råkar leva här
just nu
och som det hänger på
hur det ska bli i värden
Angår vi varandra kanske?
Kanske det ja
Kanske

Ingrid Sjøstrand

Vedrørende utfordringer til Utpostens lyrikkstafett

Da jeg på tampen av sommerferien mottok stafettpinnen fra Anne var min første innskyttelse; det må bli Halldis Moren Vesaas eller André Bjerke. Min lyriske interessesfære har nemlig et schizofrent preg sett fra et nøytralt ståsted. Enten lar jeg meg forføre av Moren Vesaas sine føleslsslade «dykk» under huden og kjøper villig hennes garantier om at «det hjelper da litt, nokre få forfrosne at DU er varm» (husk det, du slitne allmennpraktikere!). Eller jeg lar meg imponere av Bjerkes rimsmedmeritter, kanskje på sitt aller beste i klassikeren «En handelsreisendes liv», hvor han gir sitt bidrag til smittevern-loven og plasserer Clintons lave sigarføring i et nordnorsk lys. Ta for eksempel det andre verset i dette diktet; «Sørpå er en kavaler på/ før av dem som damer ser på,/ og som kvinnesjelen tror på/ men som altså

driver hor på/ små forretningsreiser nordpå.»

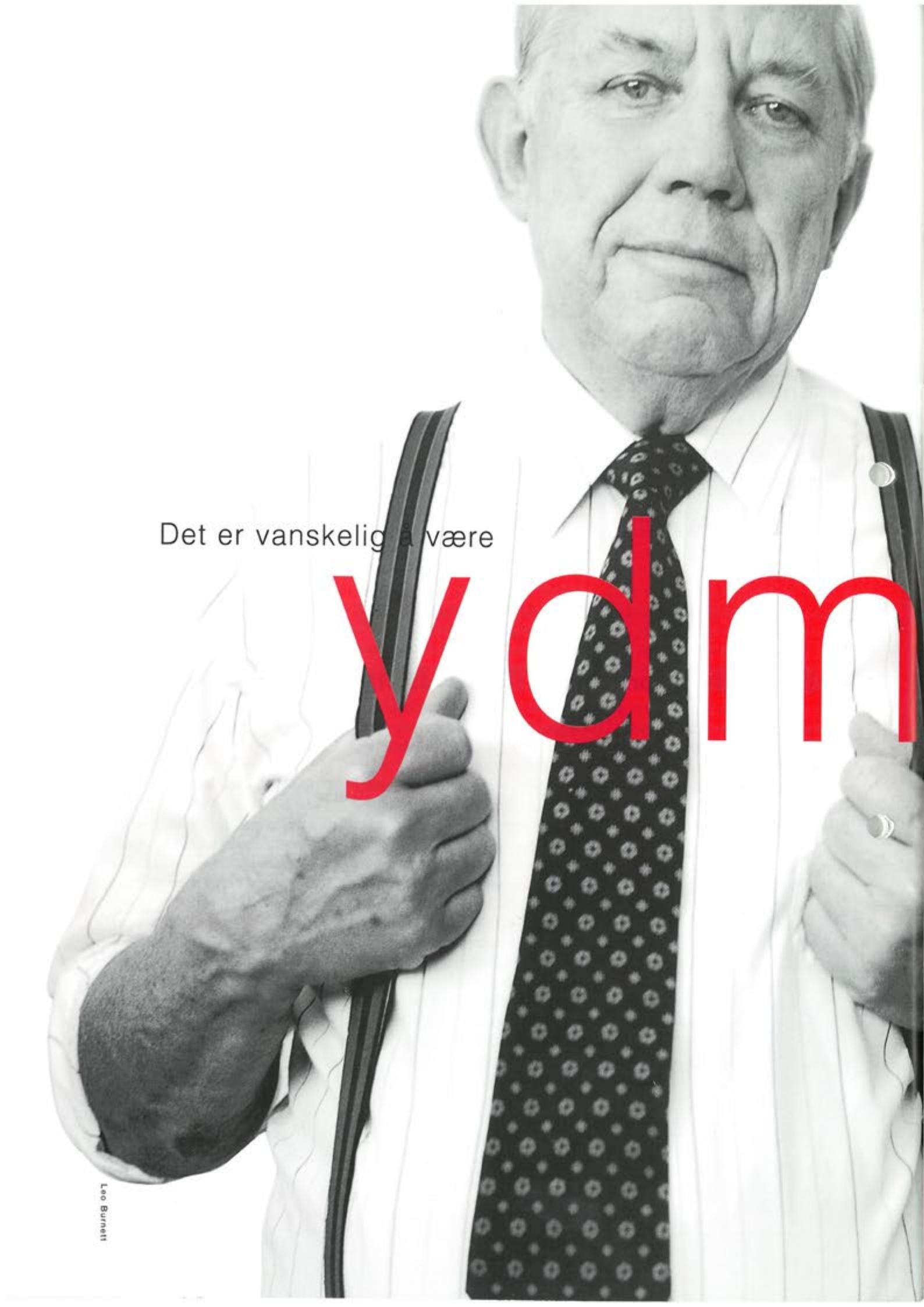
Selv har jeg av høyst uvisse årsaker fått sansen for å deklamere selvlagede, blømende limericks i ulike sosiale lag og ved «fæstlige» anledninger. Denne uvanen grenser mot en besettelse i følge en kollega med psykiatri som kvist-spesialitet.

Men for å fullføre min schizofreni-lyriske argumenttrekke, så er mitt bidrag til lyrikk-stafetten et enkelt, lite dikt av den svenske poeten Ingrid Sjøstrand. Diktet er for meg genialt fordi det er så enkelt både i form og innhold, budskapet er lettfattelig for enhver leser. Jeg har det siste året hatt gleden av å dele diktet med tre høyst ulike kategorier av «mottakere». Første gang var hele «Legestasjonen» (fem medarbeidere og seks leger) på vei i buss fra Stange til Oslo som ledd i en miljøskapende kulturell

og sosial helaften. Andre gang leste jeg diktet for ti åpne og lyttende medmennesker på «skjermet avsnitt for alders-demente» ved sykehjemmet hvor jeg er tilsynslege. Og nå i september delte jeg diktet med «mine» tretten lillejenter i fotball (10 år gamle), som jeg har vært trener for et par sesonger. Diktet stiller noen enkle spørsmål og forventer bare et enkelt svar.....

Stafettpinnen kom fra Sør-Vestlandet og jeg returnerer den til kollega Arne Aksnes, som er kommunelege i i Norheimsund, hvor han som ekte harding har vendt tilbake som profet i eget rike?

Peter O. Horndalsveen



Det er vanskelig å være

ydm



yk
når man er både
bra og billig.

Sammenlignende studier viser at fluoxetin var like effektiv som citalopram i behandling av alvorlig depresjon. Både fluoxetin og citalopram ble godt tolerert. Når Nycoflox koster under halvparten av Cipramil bør valget være enkelt.

Ref.: T. Bougerol et. al. Citalopram and Fluoxetine in Major Depression. Clin. Drug Invest 1997. August: 14(2):77-89. Spesialitetsprislisten 03.98.

C Nycoflox "Nycomed Pharma"

Antidepressivum. ATC-nr.: N06AB03

T KAPSLER 20 mg: Hver kapsel inneholder: Fluoxetin hydrochlorid, aeqv. fluoxetin 20 mg, laktose, color: titandioxid (E 171), gult og svart jernoksid (E 172), kinolongitt (E 104), indigotin (E 132) et constitut. q.s.

Indikasjoner: Depresjon. Tvangslideler. Korttidsbehandling av bulimia nervosa i de tilfeller der pasienten ikke har hatt tilstrekkelig effekt av psykoterapi alene.

Kontraindikasjoner: Allergi mot innholdsstoffene. Behandling med MAO-hemmere.

Bivirkninger: Milde og oftest forbigående. Avtar som regel i løpet av de 2 første behandlingsukene.

Hypotone (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, diaré, redusert matlyst, munntørhet.

Hud: Hudutslett, svettetokter. Neurologiske: Tremor, svimmelhet, nedsatt libido. Psykiske: Nervositet, insomnia, somnolens. Øvrige: Asteni. Mindre hypotone: Endokrine: Hypotyreose. Luftveier: Astmatiske symptomer.

Sirkulatoriske: Synkope, hjerteirritmy (tachykardi). Urogenitale: Urinretensjon, ejakulasjonsforstyrrelser, impotens.

Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Hypertyreose, galaktoré hos kvinner. Lever: Hepatit. Luftveier: Lungefibrose. Metabolske: Hyponatremi, hypokalemii. Sentralnervesystemet: Ekstrapyramidal symptoms. Generelle: Serum sickness.

Forsiktighetsregler: Fluoxetin skal ikke gis samtidig med MAO-hemmere pga. risiko for utvikling av serotoninergt syndrom. Behandling med fluoxetin bør tidligst igangsettes 14 dager etter seponering av irreversible MAO-hemmere. For pasienter som har vært behandlet med moklobemid kan fluoxetin behandling startes påfølgende dogn. Behandling med MAO-hemmere bør tidligst igangsettes 5 uker og tricykliske antidepressiva 3 uker etter seponering av fluoxetin.

Forsiktighet bør iakttas ved behandling av pasienter med ukontrollert epilepsi. For pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt eller ustabil hjertesykdom er preparatet ikke tilstrekkelig utredet. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt allmenntilstand og ved leversvikt eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Fluoxetin anbefales ikke til barn da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. Ved bulimia nervosa er klinisk effekt og sikkerhet heller ikke dokumentert for eldre over 65 år, eller ved behandlingstid utover 8 uker.

Som ved andre psykoaktive substanser bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Generelt bør kombinasjonsbehandling med flere sentralnervøst virkende midler, inkl. alkohol, unngås så langt som mulig.

Graviditet og amming: Graviditet: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt og fluoxetin bør derfor ikke brukes under graviditet. Dyrestudier indikerer ikke fosterskadelige effekter. Amming: Fluoxetin går over i morsmek, og bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: Fluoxetin har inhiberende effekt på cytochrome P-450 2D6 i leveren, og kan derfor hemme metabolismen og nødvendiggjøre dosejustering av enkelte andre legemidler. Fluoxetin har høy proteinbindinggrad, og kombinasjon med et annet legemiddel med høy grad av proteinbinding kan føre til endring i plasmakonsentrasjon. Observer at fluoxetin gjennom sin langsomme eliminering kan forårsake interaksjoner i lang tid etter seponering. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalogen (I: 111e psykoanaleptika, 114 e selektive serotoninrezeptakkshammere (SSRI), 115 e fluoxetin).

Dosering: Depresjon: 20 mg daglig. Gis om morgenen. For enkelte pasienter som ikke tåler 20 mg, kan dosen reduseres med økt doseringsintervall. Maksimum terapisvar kan døye i flere uker. Evt. doseøkning bør skje med flere ukers mellomrom. Bulimi: 60 mg daglig. Gis som engangsdose om morgenen. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen forsøksvis deles i en morgen- og en ettermiddagsdose. Dosetrerking kan vurderes ved alvorlig syke bulimi-pasienter (alvorlig nedsatt allmenntilstand, lav vekt eller elektrolytforstyrrelser).

Begge indikasjoner: Maks. dosegnsdose: 80 mg. Kapslene bør svelges hele. Overdosering og forgiftning: Symptomer: Kvalme, brekninger, CNS-eksitasjon. Behandling: Intet spesifikt antidot. Symptomatisk behandling og medisinsk kull anbefales.

Pakning og pris: Kapsler 30 stk. enpac kr 140,- 100 stk. enpac kr 420,- T: 18

NYCOFLOX™
fluoxetin

Interaksjoner mellom ginseng og legemidler

Av Cand. pharm
Hanne Stenberg-Nilsen
og cand. pharm
Erlend Carlson, RELIS 2

Spørsmål:

Et apotek er blitt kontaktet av en lege som ønsker informasjon/dokumentasjon om mulige interaksjoner mellom ginseng og legemidler. Legen har en pasient som bruker Marevan ® (warfarin) og ginseng. Pasienten ønsker nå å øke ginsengdosen i en travl tid med eksamen etc.

Apotekfarmasøyten har selv, før RELIS ble kontaktet, snakket med produsentene av Marevan ® og ginsengpreparater. De hadde få opplysninger om en slik mulig interaksjon. Produsenten av Marevan ® hadde anbefalt hyppigere TT-kontroller hos pasienter som også bruker ginseng.

Svar:

Det foreligger lite opplysninger i medisinsk litteratur om mulige interaksjoner mellom ginseng og legemidler. Noen generelle anbefalinger (1,2,3) og enkelte kasusrapporter (4,5) finnes. Det er imidlertid ikke spesifisert i alle tilfeller hvilke legemidler som menes, og det gis heller ikke konkrete opplysninger om hva som eventuelt kan skje dersom man kombinerer disse legemidlene med ginseng.

Ifølge generelle anbefalinger fra tre kilder (1,2,3) skal ikke ginseng tas sammen med antipsykotiske legemidler eller gis til pasienter under behandling med hormoner. I lys av sine dokumenterte farmakologiske virkninger og bivirkninger kan ginseng interferere med behandling av sykdommer som hypertensjon, og med all steroidbehandling, inklusive p-piller. Videre frarådes det mot samtidig bruk

av ginseng og sedativa, amfetaminer samt nytelsesmidler som alkohol og kaffe, bitre stoffer og krydret mat. Disse siste forsiktighetsreglene skal ha sin bakgrunn i russiske funn og anbefalinger.

En kasusrapport (4) beskriver et tilfelle der en mann på antikoagulasjonsbehandling med warfarin fikk fall i INR-verdiene til under subterapeutisk nivå etter at han begynte å ta ginseng. Etter seponering av ginseng steg INR-verdiene tilbake til tidligere nivå. Faktorer som andre medikamenter, kosthold med mer var uendret i perioden. Mekanismen for denne eventuelle interaksjonen er ukjent. Mekanismen for denne eventuelle interaksjonene er ukjent. Det er derfor nødvendig med ytterlige studier, både for å verifisere om interaksjonen virkelig eksisterer og for å fastslå mekanismen.

Det finnes også rapporter om to pasienter som fikk bivirkninger etter samtidig behandling med fenelzin (mao – hemmer, ikke registrert i Norge) og ginseng (5).

Konklusjon:

Det synes å foreligge lite opplysninger og dokumentasjon i litteraturen om eventuelle interaksjoner mellom ginseng og legemidler. Flere generelle anbefalinger fraråder likevel samtidig bruk av ginseng og en rekke legemidgrupper.

Det kan være grunn til tettere oppfølging av pasienter som bruker ginseng samtidig som de behandles med warfarin.

Referanser:

1. Newall CA et al. *Herbal Medicines. A guide for health-care professionals* 1996; 143,148.
2. Raman A, Houghton P. *Ginseng. Pharm J* 1995; 255 (29. juli 1995): 150-2.

3. Strind V. *Ginseng. Norges Apotekerforenings rundskriv nr. 32/88.*
 4. Janetzky K, Morreale AP. *Probable interaction between warfarin and ginseng. Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 692-3.
 5. Stockley IH. *Drug Interactions* 1996; 4th ed.: 660.
- Cand. pharm Hanne Stenberg-Nilsen og cand. pharm Erlend Carlson
Regionalt legemiddelinformasjonssenter Helseregion 2, Rikshospitalets apotek, 0027 OSLO.
Tlf: 22 86 88 06, fax: 22 86 88 09

Relis

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyter. RELIS er foreløpig opprettet i helse-regionene 2, 3, 4 og 5, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om denne virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens leser.

RELIS 2 (Rikshospitalet)

tlf: 22 86 88 06

RELIS 3 (Haukeland sykehus)

tlf: 55 97 53 60

RELIS 4 (Regionsykehuset i Trondheim)

tlf: 73 55 01 58

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø

tlf: 77 64 58 92

C Valtrex •Glaxo Wellcome• Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B02

TABLETTER 500 mg: Hver tablet inneholder: Valacyclovirhydroklorid tilsvarende valacyclovir 500mg, hjelpestoffer. Fargestoffer: Titandioksid (E171) og blått farvestoff (E142).

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifik hemmer av herpesvirus med *in vitro* aktivitet mot herpes simplex virus(HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus(VZV). Virkningsmekanisme: Acyclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i ganglionet elimineres ikke, hvilket innebefatter at acyclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved herpes zoster signifikant kortere etter behandling med valacyclovir sammenlignet med acyclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valacyclovir-behandling mot 51 dager ved acyclovir-behandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år.

Absorpsjon: Biotilgjenge-ligheten av acyclovir fra valacyclovir tabletter er ca. 54% (49-60%), det vil si 3 - 5 ganger høyere enn for peroralt acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig. Etter en enkeltdose på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir konnsentrasjon på 25,1 (10,5 (mol/L) (2,4 (g/ml) etter en mediantid på 1 time og 45 minutter (35 min). Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakonnsentrasjon av acyclovir på 15 (3,7 (mol/L (3,3 (0,8 (g/ml)).

Proteinbinding: Ca. 15%. Halveringstid: Ca. 3 timer (i plasma).

Metabolisme: Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. < 1% av gitt dose valacyclovir gjennfinner i urinen.

Indikasjoner: Akutte tilfeller av Herpes Zoster infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner hos pasienter med normalt immunforsvar, inkludert primær og residuert Herpes genitalis.

Kontraindikasjoner: Overømflintighet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer.

Bivirkninger: *Hypopig:* (>1/100): Generelle: Brekninger, hodepine, kvalme. *Mindre hypopig:* Hud: Utsett. *Sjeldne* (<1/1000): Generelle: Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir-behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzymer, lett senking av erytrocyter, leukocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og hårværfall. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisien, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunsupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir.

Forsiktigheitsregler: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset.

Graviditet/Amming: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Valtrex bør derfor ikke brukes under graviditet. *Obergang i placenta:* Opplysninger mangler. Dyrestudier har ikke vist fosterskadelige effekter. Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. Bare etter acyclovir gitt i svart høye doser som ga tokositet hos mordyret, er det sett føtotale anomalier. Prospektive studier av ca. 300 gravide kvinner som ble systemisk eksponert for acyclovir i første trimester viste ikke økt forekomst av fosterskader.

Amming: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Forsiktighet bør derfor utøves. *Obergang i morsmelk:* Behandling med acyclovir har gitt konnsentraser i morsmelk på 0,6 - 4,1 ganger plasmakonnsentrasjonen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200mg 5 ganger daglig potensielt vil kunne eksponere diente barn for en dobbel dose på ca. 1mg. Imidlertid brukes acyclovir intravenest i doser på 30mg/kg kroppsvekt/dag i behandling av neonatal herpes simplex.

Interaksjoner: Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektivt 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker nyrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakonnsentrasjonen av acyclovir.

Dosering: Herpes zoster infeksjoner: 2 tabletter á 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets fremskritt og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Primærinfeksjon: En tabletta á 500mg 2 ganger daglig i 5 - 10 dager. Residuert infeksjon: En tabletta á 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsattes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, antil helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

Kreatinin clearance (ml/min) (normalområde 60 - 120)	Herpes zoster	Herpes simplex
15 - 30	1g 2 ganger daglig	Normaldosering
< 15	1g 1 gang daglig	500mg én gang daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse arbeides samme dosering som til pasienter med kreatinin clearance < 15 ml/min, med doseinnntak etter at hver dialyse er gjennomført.

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valacyclovir. Kontakt eventuelt Giftinformasjonssentralen. Symptomer: Kvalme, brekninger, eventuelt lever- og nyreavvirkning. Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltemming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

Pakninger og priser: **Tabletter: 500 mg empac:** 10 stk. kr 343,90.
500 mg empac: 42 stk. kr 1249,30.
Priser per Januar 1998.
Felleskatalog tekst av Januar 1997.



• Færre doseringer¹

ved behandling av Herpes zoster og Herpes simplex virusinfeksjoner sammenlignet med acyclovir¹

• Raskere smertefrihet¹

ved Herpes zoster sammenlignet med acyclovir¹

1) Drugs, Valacyclovir: A Review, Nov. 1996, 52 (5): 754 - 772

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 - Telefax: 22 58 20 04



Nyhet! Nå også i 28 forpakning

Synfase®

noretisteron/etinyloestradiol
-lik men allikevel ulik.

Antikonseptivsmiddel

TABLETTER: *Hver tablet innneh: Noretisteron 0,5 mg, etinyloestradiol 5 µg, lactose, hjelpestoff. Fargestoff: Indigokarmin (E132). Hver tablet inneholder 20 µg noretisteron og 1 mg etinyloestradiol 35 µg, lactose, hjelpestoff. Hver ørengt tablet innneh: Lactose, hjelpe-stoffer. En pakning inneholder 12 blå tablettter og 9 hvite tablettter. Pakningen med 28 tablettter inneholder dessuten 7 orange tablettter. I løpet av 1998 er det økt på tablettene endret. De tablettter som var hvite er nå blå og de tablettter som var gule er nå hvite.*

Egenskaper: *Klæmfungis: Trefasisk østrogen-progestengen-tilsalisjon*

(kombinasjonspills) med økt progestergenninnhold i midtavhun svarende til den postovulatoriske progesinogendominerte fasen i menstrualcyclus. De siste 5 dager er progesinogendoseringen redusert til østango-doseringen. Østrogendosisen holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale steroidbehandlinga pr. cyclus blir dermed lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cyklustroller er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinyloestradiol har nitrogen effekt. Kombinasjons-pullen er det sikreste antikonseptivsmiddel tilgjengelig i dag. I internasjonale statistikkene og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspills må man regne med fra 0,12 til 0,34 svangerskap din over 100 kvinners bruker kombinasjonspills i 1 år.

Virkningsmekanisme: Understrykelse av ovulasjonen. Desuden påvirkes cervix-sekretet slik at spermene passerer vanskeliggjort og endometriens plivretts med redusert mulighet for nidaison. *Absorpsjon:* Hørtig absorpsjon med maks. serumkoncentration for begge hormoner innen 2 timer etter innslag. *Halveringstid:* Noretisteron: Ca. 19-72 timer (varierer i ulike studier), etinyloestradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metabo-liseres i leveren. *Utskillelse:* Metabolittene utskilles via urin og feces.

Indikasjoner: Antikonsepcjon.

Kontraindikasjoner: Venstreid eller münentkr cancer mammae og østrogenavhengige tumorer inkl. endometriospherplasi eller like i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som tromboflebit eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnesen. Utprøget familiær disposition for kardiovasku-

lære sykdommer eller trombose. Leverfunktions-forsyrerelser, øtersus. Dabbin-Johnsons syndrom. Rosos syndrom, graviditetsukteria i anamnesen (gjennomgått hepatit med normalisert leverfunksjon er dog ikke kontraindikert).

Sigdeflassens. Porfyri. Hypertension. Graviditet. Diagnosert vaginalbladning. Herpes gestationis i anamnesen. Hyperlipoproteinemi.

Bevirkninger: Tromboembolier (hjerte, hjerne, lunga, dype vener) forekommer. Blodringfølelsesfryrelser særlig initialt; vaskeretnenjon, mastalgia, kvalme, hodepine, migræne, humorförandringer, synsforsyrerelser, chloasma. Endring av vekt og blod. Hypersensjon kan oppstå. Opptrer tegn på øtersu ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfelle av leverførandringer (adenom, fokal nodular hyperplasia) er beskrevet. Forandringer kan ytre seg som akute blikkmerker eller tegn på intraabdominal blodning, og bestemmes bort av straks seponeres.

Forsiktighetstrekk: Før behandling initieres føretas grundig undersøkelse inkl. mammam-undersøkelse, blodtrykksmåling samt en grundig familieanamnes. Kontrollen gjentas årlig. Forenkleiser i knøglasjonsystemet skal stell-lukes hvis det i nærmere familie allerede i yngre år har forekommert trombo-emboliske sykdommer (hjerte og fremsatt hjerteinfarkt, slaganfall). Cytologiske prøver skal tas etter screeningsgrensene. Bruk av perorale antikonseptivsmiddler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Rakning i kontinuen med p-piller øker risikoen for blodprop, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner har sluttet å reise hvis de vil ta p-piller. Friske ikke-røkende kvinner uten økt risiko for hjerte-karsykdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opptrer tegn på tromboemboli skal preparatet umiddebart seponeres, og pasienten undersøkes nøy. Likeledes seponeres ved tegn på øtersus. Hvis mulig, seponeres minst 4 uker før kirurgiske inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboembosko. Kan nedsett gjekksestoleransen og diabeteske bør stå under streng legekontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyreyskdom, epilepsi eller migræne. Uunge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenorré eller sekundær amenorré bør helst anvende annen form for prevensjon. Ved markant blod-

trykkstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblett bortfallblodning skal graviditetsstilling bort. Effekten kan reduseres ved oppkast og diaré. I ulike tilfeller bør ikkehormonelle antikonseptivsmiddler anvendes i tillegg. Har 36 timer eller mer gått siden sist tablett ble tatt, bør ansen prevensjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Amning: Se Kostrømmedikasjoner. Overgang i monsmil. Bare entrogener og gestasjoner er påvist i monsmil. Bare ikke brukes under amning.

Interaksjoner: (E)-122e steroider, 123e antikonseptivsmiddler, perorale (p-piller), 123e noretisteron)

Dosering: 1 tablett daglig.

21 tablettter brent: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens 1. dag og fortsetter med en tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettter dager startes så en ny serie på 21 tablettter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntar en menstruasjonslignende blodning (bore-fallblodning). Tablettene inntakes fra neste brett etter 7 dagene påsken, på samme tidsdag som man startet det første brettet på. Tablettene bør tas på omrent samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

28 tablettter brent: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens 1. dag og fortsetter med en tablett hver dag i 28 dager. I løpet av de 7 dagene med glabcebotablettter (orange) inntreffer en menstruasjonslignende blodning (bortfallblodning). Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene.

Behandlingen fortsetter dermed kontinuerlig, også under den menstruasjons-lignende blodning (bortfallblodning) som vanligvis innstrekker når man tar de siste tablettene på brettet. Tablettene bør tas på omrent samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

Reseptruppe: C

Pakninger og priser pr. 01.06.98: Datopakn.: 3 x 21 stk. pris 96,80
6 x 21 stk. pris 158,10
3 x 28 stk. pris 96,80
6 x 28 stk. pris 158,20

