

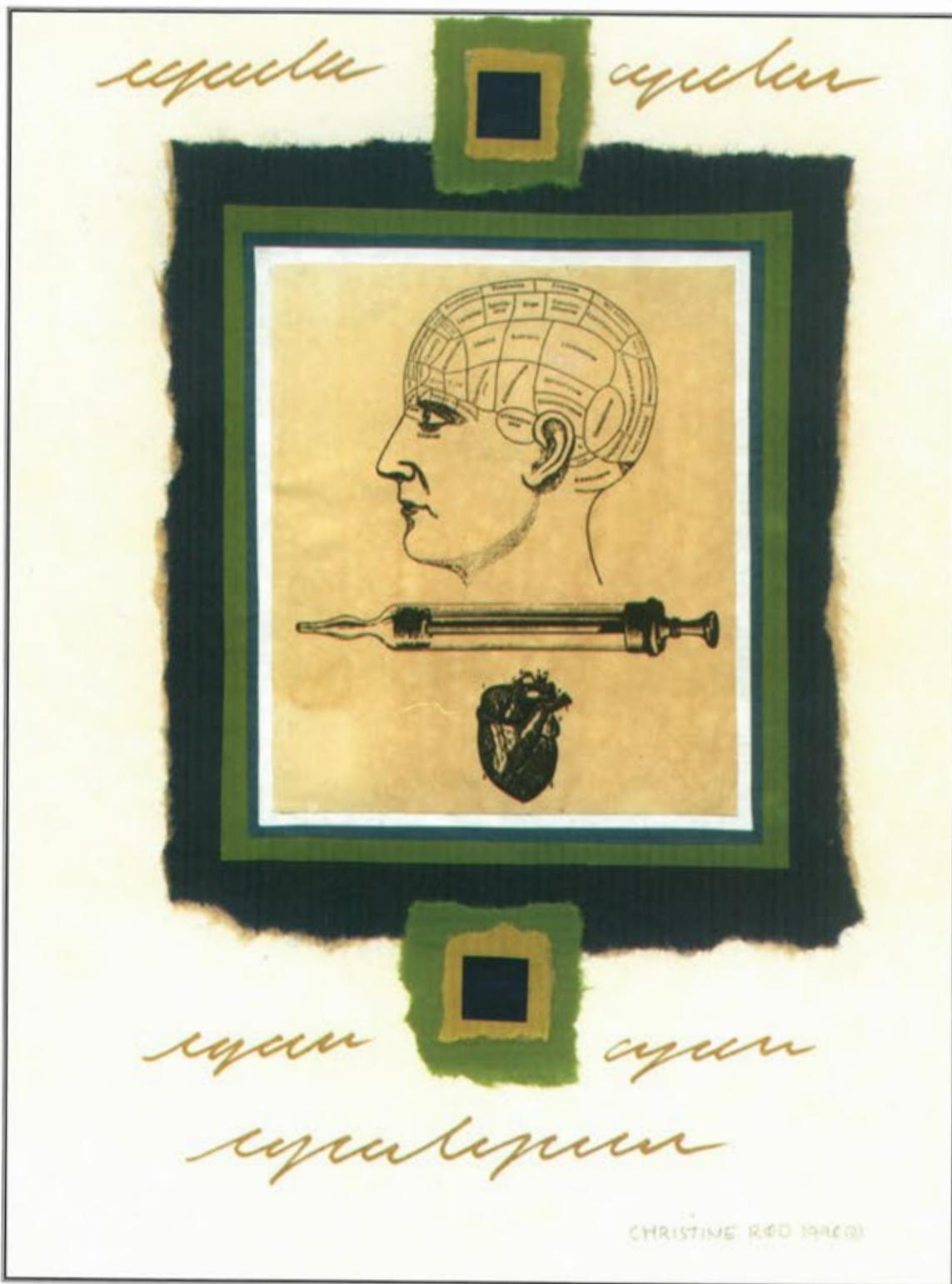
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7/8

1998

ARGANG 27



Innhold

Leder: Om å skrive sitt fag	3
Ressurssenter for leger ved Modum Bad.	
Av Tone Skjerven	4
Høringsnotatet til fastlegeordningen.	
Av Jannike Reymert	7
EBM som et vern mot behandlingsoptimismen.	
Av Benedicte Eskeland	10
NSAM er 15 år.	
Av Per Stensland og Bjørn Gjelsvik	13
Oversikt over reglene for etterutdanningen i allmennmedisin	17
Eget bilag	
Dagbok fra Oslo Legevakt	
Evidensbaserte retningslinjer i allmennpraksis.	
Av Atle Klovning	19
Diffuse lidelser i «historisk» lys.	
Av Steinar Westin	21
Kunnskapsproduksjonens bidrag til allmennmedisinens fall og vekst.	
Av Knut Arne Holtedal	30
FASTE SPALTER:	
Fra virkligheten	24
EDB spalten	25
Lyrikkspalten	26
Bokanmeldelse	27
Ord om ord	31

Forside: Collager av Anne Christine Rød



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.telemax.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:

Årsabonnent 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

Om å skrive sitt fag

Vi har i lengre tid opplevd at mange av Utpostens lesere har etterlyst mer klinisk stoff. Noen mener at bladet har fått en slagside av tungt, teoretisk stoff, mye samfunnsmedisin og artikler som ikke har klinisk relevans. Derfor er det med glede vi i dette nummeret kan presentere Sverre Lundevalls redigerte dagboksnotater fra arbeidet på Oslo legevakt. Vi har lagt dette inn som et eget blad i bladet slik at det skal være lett å rive ut for å ha liggende på kontoret.

Tidligere har det vært en såkalt tabbespalte i Utposten, en plass for å kunne fortelle kolleger om erfaringer man har gjort seg når noe har gått galt eller ikke har fungert etter intensjonene enten i pasientarbeid eller i praksisen for øvrig. Å dele erfaringer på denne måten bidrar til å øke refleksjonen rundt vårt arbeid, og kan kanskje forhindre at feil gjentas av andre. Det krever imidlertid relativt stort mot å skrive til et blad om sine mer uheldige vurderinger eller nederlag, og vi kan ikke regne med at en slik spalte vil bli meget flittig brukt.

Lundevall har gjort daglige notater fra tiden på legevaka og nedtegnet både suksesser og nederlag. Ikke minst viser han oss hva han har lært ved å være nysgjerrig og åpen og stille spørsmål, også ved «vedtatte sannheter». En slik måte å skrive sitt fag på vil være særlig nyttig og lærerik for oss alle, og er et pedagogisk virkemiddel som mange av oss burde ta mer i bruk i vår livslange læringsprosess. Når man i tillegg kan dele erfaringene modig og raust med kolleger slik Lundevall gjør, bidrar dette til å vække til live et håp om at erfarte kolleger i større grad kan dele nyttig og praktisk kunnskap med de yngre, og at leger generelt bør dele kunnskap og ferdigheter med hverandre på en mer uformell måte enn gjennom forelesninger og vitenskapelige artikler. I vår allmennmedisinske videre- og etterutdanning trenger vi pedagogiske innfallsvinkler som kan erstatte manglende mester-svenn læringen som kjenneregner sykehusmedisin. Nedtegnelser av dagligdagse hendelser, erfaringer og refleksjoner fra pasientarbeidet kan være et godt alternativ.

Dagboksnotatene gir oss praktiske råd om vurdering og behandling av skader som er vanlige i primærhelsetjenesten. Den gir detaljert beskrivelse av hva slags utstyr som skal brukes og hvor man får tak i det, og ikke minst bidrar en rekke gode illustrasjoner til at det vil være mulig å etterfølge rådene i praksis. Vi oppfordrer leserne til å ta vare på denne «prosedyreboka», ha den tilgjengelig på kontoret og bruk den for det den er verdt. Et eksempel til etterfølgelse, Sverre Lundevall.

Tone Skjerven

Ressurssenter for leger ved Modum Bad

- et kurs- og veiledningstilbud for leger som sliter i hverdagen

Av Tone Skjerven

Mange leger sliter med tunge og lange arbeidsdager, stort ansvar og et kontinuerlig trykk fra pasienter, media og eventuell arbeidsgiver for stadig å yte mer og bedre. Dette kan gi seg utslag i depresjoner, rusmisbruk eller sykdom som gjør at mestringsevnen reduseres ytterligere. Resultater fra legekårsundersøkelsen og andre enkeltundersøkelser

har vist at mange unge leger angrer på yrkesvalget ganske umiddelbart etter at de har avsluttet studiet. Situasjonen har i lengre tid vært urovekkende, og Legeforeningen har i mange år vært i en uformell dialog med Modum Bad om muligheten for å opprette et tilbud for medlemmer som sliter med psykiske/eksistensielle problemer.

I dag står Villa Sana ferdig, åpnet 1. oktober i år. Det skal være et ressurssenter for leger. Vi vil gjerne vite hva det innebærer.

Jeg avlegger et besøk i Villa Sana en onsdag formiddag. Jeg blir godt tatt imot av vertskapet, daglig leder, psykiater Dag Lunde og ergoterapeut Janette Kaggestad. Etterhvert kommer også Haldis Haugen som er ansatt for å stelle for hus og folk. Vi sitter på kjøkkenet, et lunt sted med varmrøde vegg

og god atmosfære. Det er stille og rolig, det er ingen besøkende her nå. Mens vi drikker kaffe får vi etter hvert en spennende samtale om ressurssenteret, om bakgrunnen for oppretting av senteret, om målsetting og planer og om filosofien bak et slikt prosjekt.

Hva er et ressurssenter for leger?

Den norske Lægeforening har i mange år vært i kontakt med Modum Bad om

muligheten for å få opprettet et tilbud til leger som kan ha behov for hjelp, rekreasjon e.l. i vanskelige situasjoner eller livsfaser. I 1995 kom en komite med representanter fra Legeforeningen og Modum Bad under ledelse av Tone Sparr, med en innstilling der man gikk inn for at det burde opprettes et pedagogisk/rekreativt tilbud til leger med slike problemer. I senere utredninger ble det etter hvert klart at man ville satse på et forebyggende prosjekt hvor man ville arbeide med legers helse, funksjon og identitet. Ressurssenteret er derfor utformet med et todelt tilbud; et kurstilbud åpent for alle leger som vil arbeide med seg selv og slike spørsmål, og et tilbud som bygger på grunnideen fra 1995; en rådgivningstjeneste for dem som virkelig sliter. Her skal også være et sted man kan komme i akutte situasjoner f.eks hvis man blir utsatt for uthenging i media e.l. I rådgivningstjenesten skal man kunne få hjelp til å kartlegge problemene for å se om det er behov for å søke annen hjelp, i hvilken grad, og i hvilke sammenhenger det er behov for å arbeide med endringer i livs- og arbeidssituasjon. Kursene går over en uke, mens rådgivningen kan strekke seg fra 2-3 døgn. Da arbeides





det ganske intensivt, man kan sitte i samtale i flere timer.

Hvilke erfaringer har dere gjort til nå?

Det har vært spennende og inspirerende å jobbe med dette, svarer Dag Lunde. Vi er positivt forventningsfulle til fortsettelsen. Hittil har vi avholdt ett kurs og vi har hatt flere til rådgivning. Det blir spennende å se om terskelen for å føre hit blir lavere når tilbuddet blir mer kjent. Opprinnelig var det planlagt 6 kurs i høst. Det er blitt redusert til 3, litt p.g.a av huset ikke ble ferdig, litt på grunn av at annonseringen kom sent. Nå blir det 3 kurs med 3 og 4 deltakere.

Kurs med 3 og 4 deltakere, det høres både eksklusivt og litt skremmende ut?

Vi opplever at gruppene er gode når det er få deltakere, sier Janette. Det er plass til 8 på hvert kurs, men det blir mer rom for hver enkelt når det er få. Vi har ikke hatt opplevelse av at det har vært vanskelig for deltakerne å være så få. Det høres kanskje eksklusivt ut, men realiteten er at vi denne uka har hatt 8 leger her, og i løpet av en kort driftsperiode i oktober og november vil vi ha hatt 15-20 leger innom. Slik sett er det

mange som etter hvert kan få benytte seg av dette tilbuddet.

Fortell om kurset, hvordan legger dere det opp?

Deltakerne bor på Villa Sana fra mandag til fredag, spiser alle måltidene der eller i sykehusets cafe Thaulow.

Vi starter med felles lunsj på mandag. Vi bruker litt tid på å bli kjent før vi starter på dagens undervisningsøkt. Da har vi undervisning om legerollen og det å finne balansepunktet mellom muligheter og begrensninger. Etterpå har vi samtalegruppe om samme tema. Om kvelden er det felles måltid for kursdeltakerne og personalet

Tirsdagen starter med undervisning om legens ressurser og personlighet. Siden er det fysisk aktivitet i halvannen time. På siste kurs kom det, straks vi var igang, spontant fra kursdeltakerne: «Dette er det vi aldri får gjort, vi har ikke tid». Det er lagt inn en god del fysisk aktivitet og uteaktiviteter på kurset. Dette er en del av den helhetszenkningen som Modum Bad er kjent for. Og i evalueringen etterlyste deltakerne faktisk mer fysisk aktivitet.

Om ettermiddagen er det gruppesamtale med ganske fritt spillerom. Om kvelden prøver vi å legge opp til en

samling hvor vi henter krefter utenfra for å belyse forskjellige tema.

Onsdagen bruker vi til langtur. På foregående kurs var vi ute i skogen i regnvær, brant bål og spiste maten vår under en båt. Alle opplevde dette meget positivt. Vi var ute i tre og en halv time. Du kan snakke mye om livet i løpet av en slik tur, sier Janette.

Etter lunsj er det gruppesamtale, og om kvelden denne gangen hadde vi gjestebud. En innledende kokk delegerte oppgaver til deltakerne som lagde sin egen mat. Det ble et nydelig måltid, og etterpå hadde vi leid inn noen musikantene. Da tok det virkelig av. Dette var virkelig en energi-innsprøyting. Dag Lunde legger vekt på at dette var en viktig og positiv opplevelse for kursdeltakerne. Musikantene overførte på en måte energi til tilhørerne med sitt livlige spill.

Torsdag har lederen for samlivssenteret ved Modum Bad, Per Arne Dahl, undervisning om familie og samliv. Om ettermiddagen har vi fysisk aktivitet og gruppesamtale.

Fredag er det undervisning om konkrete utbrenningsforebyggende tiltak og gruppesamtale igjen før avslutningen.

Dette virker jo kjempespennende, hva som

skjer med folk når de er sammen så tett med så mye program.?

Ja, vi tror det er viktig at vi er sammen på mange måter. Det rare er at vi, som også fulgte gruppa ganske tett i denne perioden gjennom lange dager, ikke var slitne da vi kom hjem fredag ettermiddag.

Hvordan vil prosjektet følges opp? Det vil vel være av stor interesse å få vite noe om hvordan det går med deres «klienter» på lengre sikt?

Prosjektet skal evalueres av Legeforeningens forskningsinstitutt. Vi har ikke helt klart for oss ennå hvordan evalueringen vil foregå. Vi lar våre kursdeltakere fylle ut et evalueringsskjema ved kursets avslutning. Vi oppfordrer folk til å komme med innspill og forslag til endringer, ting som kan gjøres annerledes eller bedre. I den forbindelse vil jeg også utfordre Utpostens leser som jeg oppfatter som engasjerte leger, til å ta kontakt med oss hvis de har spørsmål om- eller synspunkter på virksomheten her, sier Dag Lunde. Det er viktig at legene får et eierforhold til dette tilbuddet, og at de får vite at dette er noe de selv kan være med og videreutvikle. Vi har tenkt på å ta inn hele team på kurs, et legesenter som sliter med samarbeid eller rutiner, en gruppe som trenger å endre på sammespill eller arbeidsforhold. Dette vil vi jobbe med å få til på lengre sikt. Vi vil også prøve å få til et tilbud med 3 dagers kurs. Det er kanskje lettere å komme

Fakta om ressurssenteret ved Modum Bad:

På oppdrag fra Den norske lægeforening og med bevilgning fra Sykehjelps- og pensjonsordningen (SOP), etablerer Modum Bads Nervesanatorium (MBN) Ressurssenter for leger som et prosjekt i 15-17 uker per år i 3 år. MBN er faglig, økonomisk og administrativt ansvarlig for senteret.

Alle utgifter til senterets virksomhet er dekket gjennom Legeforeningens bevilgning. Reisetilbuddet vil også dekket av Legeforeningen.

MÅLGRUPPEN er alle leger med vekt på de som sliter med problemer i forhold til yrke, samliv osv., eller leger som av andre grunner ønsker å arbeide med seg selv og sin livssituasjon.

MÅLSETTINGEN er å bidra til å styrke legers bevissthet i forhold til legerollen, forebygge utbrenning og fremme legeres helse og livekvalitet.

TILBUDET vil bestå av to deler; ukeskurs og rådgivningstjeneste

Ukeskursene vil være et tilbudd til 8 leger, eventuelt 4 legepar med varighet fra lørdag mandag til fredag ettermiddag. Undervisningen vil blant annet handle om:

- ressurser og livsmot
- balansen mellom arbeid, samliv og familie
- det å utøve autoritet
- møtet med sykdom og begrensninger
- konkrete utbrenningsforebyggende tiltak

Det foreligger et eget søkereskjema for ukeskursene. Kursene annonseres i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Rådgivningstjenesten vil være et tilbudd hvor leger i livskrise eller med problemer i forhold til utbrenning e.l. kan søke råd og veiledning. Tilbuddet vil bestå i samtaler med en eller flere ansatte ved ressurssenteret. Vanligvis vil det være snakk om dagsbesøk, men det kan også være aktuelt med overnattning. Det kan også være aktuelt at legens ektefelle eller samboer deltar i samtalen. Legen kan selv ta kontakt med senteret for slik rådgivning. Henvendelsen kan skje telefonisk eller per brev.

Adresse: Ressurssenter for leger,
Modum Bad, postboks 60, 3371 Vikersund
Telefon: 32 78 97 00 Telefax: 32 78 83 08
E-mail: nervesanatoriet@modum-bad.no

for 3 dager enn hele uka.

Mens vi sitter og prater, ringer telefonen. En lege trenger rådgivning, han kan få komme neste onsdag, om en uke. Jeg tenker at dette er virkelig et

godt tilbudd, det å ha et sted å henvende seg der en kan få hjelp nesten umiddelbart. Vi får håpe at mange kan benytte seg av dette unike tilbuddet, enten det nå er kurstilbudd eller rådgivning.



Høringsnotatet til fastlegeordningen

- et skriv til fortvilelse?

De har tenkt lenge og mye i Helse- og Sosial-departementet. De har prøvd det umulige: å etterkomme politikernes krav om fast primærlege til alle i en tid der det er stor mangel på primærleger, økende krav om normal arbeidstid blant legene og uttallige ledige, attraktive legestillinger innenfor sykehusenes trygge murer. At forskjellene mellom kommunene her i landet er betydelige, må også ha voldt departementet mye hodebry. Er det mulig å lage en ordning som skal fungere like godt i en liten kommune i utkant-Norge som i de store byene?

Mange som støtter ideen om fastlegeordningen prinsipielt, fikk seg nok en real bakoversveis når høringsnotatet ble lagt ut 20.10.98. For å gjennomføre fastlegeordningen fra 1.1.2000 har man gått i mot vesentlige prinsipper i instruksen fra sin oppdragsgiver, Stortingets sosialkomite:

- Primærlegene skal i 2 år ikke kunne begrense lista si til 1500 pasienter på full kurativ uke, men må akseptere 1800 på lista. Ved vakanser skal vi i tillegg kunne pålegges opptil 20% mer enn dette i inntil 4 mndr. Dette er foreslått pga dagens dårlige primærlegedekning i mange kommuner. Det omtales ikke hva vi skal pålegges dersom det er like dårlig primærlegedekning i år 2002. Skal fastlegeordningen da avvikles for å gi legene bedre arbeidsforhold? Tro det den som vil!

- De økonomiske rammene skal nå være innenfor dagens kostnadsnivå, mens sosialkomiteen sa klart fra at alle økte utgifter kommunene måtte få skulle dekkes av staten. Fastlegeforsøket viste at utgiftene steg med 10 - 12%, hvem skal nå bære dette tapet?

Krisa norske kommuner står overfor idag med vakanser og kortidsvikarer er fremstilt på en grundig måte. Det legges også frem tall på alle de nyut-

dannende legene som skal strømme ut på jobbmarkedet de neste åra samtidig som det kommer fram at det er over 700 ledige stillinger i sykehusene. Uten å gå inn på hvordan det skal skje, velger man allikevel å tro på mirakler: de nyutdannende skal nå velge å gå inn i primærhelsetjenesten, innen 2 år skal alle stillinger være besatt! En forespeiler at legene da kan redusere lista si til 1500 pasienter om de ønsker. Er ikke dette ren ønsketenkning? Vil ikke en ung nyutdannet lege med vurderingsevnen i behold nå fremover velge sykehusstillinger for enhver pris? Der vet de hva de får, i primærhelsetjenesten vet man bare hva man ikke får: muligheten for en arbeidsbelastning som er til å leve med!

De leger som har en skjev pasientfordeling i praksisen sin, f eks høy kvinneandel, mange eldre eller flyktninger, kommer svært uheldig ut: Vektning av lister strider mot det aller helligste: Pasientenes frie legevalg! Paradokset blir at pasientene da kan «velge» endel leger (les: kvinnelige) ut av allmennmedisinen pga stor arbeidsbelastning. Dette er åpenbart for mange, men totalt oversett av departementet. Det er fra fastlegeforsøket regnet på forskjellen mellom ei liste med 70 % versus 30% kvinner, gitt at lista er på 1500 pasienter og at du tar 18 konsultasjoner pr dag: Tyngden av lista øker med 24 arbeidsdager pr årsverk! Pytt, det tar du raskt igjen hvis du slutter å ta sommerferie, du tjener jo så mye mer at du kan betale andre for å passe barna!

Er dette verstefallstenking eller realisme? Jeg kan ikke annet enn å forholde meg til det kolleger fra fastlegekommunene uttaler, de har prøvd det på kroppen og er jevnt over positive til ordningen forutsatt at man kan holde lista si nede på 1300 - 1500. (Det går

forlydender om at man i Danmark nå forhandler om å få listetallet ned på 900!). Et liste på 2000 angies å gi en arbeidsdag på 10 timer. Mange leger har det slik idag og klarer seg godt. Problemet er bare det at departementet nå har skåret alle over en kam, ingen allmennlege skal få jobbe «normalarbeidsdag». Hva med de eldre legene, de med ansvar for små barn, de slitne eller de som jobber «seint»? Endel kolleger ønsker å bruke mer enn vanlig tid på pasientene, har du f eks «bare» 12 konsultasjoner pr dag vil du neppe få døgnet til å strekke til i fastlegeordningen. Eldre og pasienter med psykiske lidelser vil tape mye på dette, 10 minutters konsultasjoner er et dårlig tilbud til mange pasienter.

I endel kommuner som idag har rimelig god legedekning vil forslaget kunne få uønskete konsekvenser. Ta f eks en kommune som idag har en legedekning som gir et et snitt på 12-1300 pasienter pr lege, matematisk fordelt. Siden pasientens frie legevalg i ordningen nå kan presse på legene 1800 pasienter, enten de vil eller ikke, vil de «populære legene» få lange lister (med solid tyngde!). Hva med mindre polpulære og nyansatte leger i kommunene? Vi risikerer at de mister næringsgrunnlaget sitt fordi pasientene velger å stå på ei lang liste hos en populær lege. I en slik kommune risikerer man altså å miste de «populære legene» pga for lange lister og de andre pga for korte lister. Vil den enkelte kommune kunne gå inn og styre listelengden slik at legene får like lange lister?

Debatten dreier seg egentlig om hvilket middel som skal brukes for å oppnå det vi de fleste ønsker: Stabil og god legedekning i norske kommuner. Jeg ser da bare en vei å gå for å få

gjennomført fastlegeordningen: Sørg for god legedekning først og innfør fastlegeordningen når legene er på plass.

Arbeidsmiljøvernloven har en norm på 35,5 timers uke (inkl vaktene!) for dem som arbeider i et vaktsystem, det er på tide at legene i hvert fall til en viss grad kan få muligheten til å følge intensjonene arbeidsmiljøvernloven. Forslaget til departementet går i motsatt retning, det skal ikke lenger være mulig å begrense arbeidsdagen i det hele tatt!

En diabolsk tanke slår meg (man blir jo litt paranoid): Er høringsnotatet utsyrk for slu takikk fra departementets side? Beregnet de at vi skulle hisse oss så opp over dette med listestørrelse og innhold at vi glemmer andre uheldige sider i forslaget? Det er jo f.eks. betenklig at de foreslår at alt ansvar for vikarer er legenes ansvar, og at du ikke kan ha en vikar på lista di samtidig som du jobber på den selv. Småbarnsforeldre, gradert sykemeldte og de som ønsker å forske e.l. en periode må jo da velge å gå helt ut av praksisen før vikaren kan jobbe for dem. Mange ønsker vel å jobbe redusert i perioder, men den muligheten skal vi frataes nå.

Dette innlegget er ikke dekkende for alle sider av høringsnotatet, men et hjertesukk fra en etterhvert gammel traver som trives i faget, men nå ser mørkt på tusenårsskiftet.

Jannike Reymert

P.S.: Vi må ikke se bort fra at overmakten blir for stor, og at ordningen presses gjennom i den formen den nå er foreslått. Istedet for å drukne i økt arbeidsbelastning tror jeg en del leger snarest bør vurdere å søke om redusert stilling så lenge vi kan påleggelsen 1800 – 2160 personer på listen. Dersom du fra 20.12.99 får 20 % reduksjon i din stilling, kan du da selv bestemme størrelsen på listen din med en variasjon på 1440 – 2000 pasienter. Med dette vil du plutselig få styring på listen din og blokkere kommunens muligheter til å presse deg til mer enn 1440 + 20%. Det skulle gi en akseptabel arbeidsbelastning. Kommunene bør få problemer med å si nei til søknaden hvis man argumenterer med arbeidsmiljøvernloven, frykt for egen helse og ev. ansvar for små barn. Framfor å miste legen vil kanskje kommunene se hvor dette bærer og melde tilbake i sin høringsuttalelse at forslaget vil gi dem vansker med å dekke legebehovet i kommunen. Dette er et forslag til en «gå-sakte-aksjon» som neppe vil vekke så mye antipati i opinionen som endel andre aksjonsformer gjør. Å søke om redusert arbeidsmengde tror jeg vil være et nytt budskap fra legene som kan vri debatten over i et nytt spor.

Da høringsfristen er satt til 31.12.98 bør en slik «gå-sakte-aksjon» iverksettes snarest. Det er nå toget gått for utformingen til fastlegeordningen, og det er nå vi må aksjonere for å oppnå levelige kår i neste århundre.

PREPARATOMTALE GODKJENT AV SLK 06.10.98.

C IMIGRAN "GLAXO WELLCOME"

Migrenemiddelet ATC-nr: N02C C01
T INJEKJONSVASKE 12 mg/ml: 1 ml inneh.: Sumatriptan succinat respondsumatriptan 12 mg, natri chlorid 7 mg; m. aqua ad innect. d. 1 ml.
T NESESspray 50 mg/dose: Hver dose inneh.: Sumatriptan 20 mg, const. q.s.
T STIKKPILLER 25 mg: Hver stikkpille inneh.: Sumatriptan 20 mg, const. q.s.
T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablet inneh.: Sumatriptan succinat respondsumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargensoll. 50 mg: Tizandoksikid (E171), jernoksid (E172). 100 mg: Tizandoksid (E171).

Egenskaper: Klassifisering: Vaskuler SHT1-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv SHT1-reseptoragonist uten effekt på SHT2- og 5HT2-reseptorer. SHT1-reseptorer er funnet i hovedsak i karotid sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kan antas å være den underliggende mekanismen ved migræne. Selv om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store inter- og interindividuelle variasjoner. I kliniske studier har doser på 25–100 mg vist bedre effekt enn placebo, men 50 og 150 mg var signifikant effektiviteten 10–15 mg. Absorbasjon: Subkutan injeksjon: Rask og fullstendig. Klinisk effekt etter 10–15 minutter. Brystgang: 15–30 minutter. Stikkpiller: Rask absorpsjon. Klinisk effekt etter ca 15 minutter. Brustgengjengelighet: 15%. Tizandoksikid: Rask absorpsjon. Klinisk effekt etter ca 30 minutter. Brustgengjengelighet: 14–21%. Helsegevt: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metabolisertes hovedsaklig til et indirekte glykiderid av sumatriptan, uten SHT1 eller SHT2 aktivitet. Utskillelse: I urinen.

Indikasjoner: Legeavisersaviske. Akutte anfall av migræne med eller uten aura. Cluster hodepine. Neseprey: stikkpiller og tabletter. Akutte anfall av migræne med eller uten aura. Kontralindisponisjoner: Hypersensitivitet overfor innhaldsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, ischemisk hjertejakobon, Prinzmetal angina/koronær vissospasm. Næringsmiddeles: for karyoskleros, symptomer eller tegn på ischemisk hjertejakobon. Cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske ischemiske infarkt (TIA). Ukontrollert hypertension. Alvorlig nedsett leverfunksjon. Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater (inkludert myergynd). Samtidig bruk av monaminoxydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling. **Bivirkninger:** Injeksjonsaviske: De mest vanlige bivirkningene er forbiligende smerte på injeksjonsstedet. Stikk/pinnende følelse, opphøvning, øretøy, merke og blødning har også vært rapportert. Neseprey: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesesprayen er sprayens smak. Mindre hyppig er lett, forbiligende irritasjon eller brennende følelse i nosetvelg, eller noselodding.

Hyppig (>1/100): Generelle: Smerte, kribling, varme, trynde, drykk eller stramninger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomer er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Træthet, dosighet og mathet.

Kardiovaskulær: Forbigående blodtrykksstigning (10 mm Hg). Radme.

Neurologiske/psykiske: Svimmelhet. Gastrointestinale: Kvalme og opkast.

Mindre hyppig: Hud Utslett. Endringer i leverfunktionsparametre.

Sjeldne (<1/1000): Generelle: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hodesmerker til sjeldne tilfeller av analyskiss).

Neurologiske/psykiske: Epilepsiforme anfall.

Kardiovaskulær: Blodtrykksfall, bradykardi, takykardi og hjertebank.

Korvarig øking i perifer karmosrand.

Øye: Flimres, dobbeltsyn, nystagmus, skotoma, nedsatt syn. Symptomer er vanligvis sviktende og oppfører seg som migrænesymptomer.

Sumatriptan har vært assosiert med forbiligende symptomer som brystsmerter og stramninger, også i halsregion. Disse kan føres til nerv. Disse symptomer kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (<1/1000) være forårsaket av koronaravspasme. Nedenavnte undersøkelser må foretas dersom symptomen tyder på ischemisk hjertejakobon. I ekstremt sjeldne tilfeller (<1/10000) har det vært rapportert arytmier, forbiligende smerte i høyre/venstre hjerteområdet eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbiligende tap av syn vært rapportert.

Forsiktighetstregler: Sumatriptan skal ikke innsesres i overrente. Sumatriptan bar bare brukes i tilfeller hvor det ikke er nyl. Diagnoseren migræne eller Cluster hodepine. Ved øye bar patienten henvises til neurog. Sumatriptan er ikke indirekt ved hennepiglik, oftalmoplegisk eller basilar migræne. Som ved annen akut migrænebehandling, ved alvorlige neurologiske tilstander usikkerhetes for man behandler en nydiagnosert migræne eller migrænepatient med asymptotiske symptomer. Migræne-pasienter kan være spesielt følsomme for hovedsmerker og hodepine i halsregionen.

Konsultasjon: Må utvikles for Imigran-forskrives til pasienter hvor hjertejakobon kan misstekes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høyt blodtrykk (kontrollert), da blodtrykksstigning og økt vaskular motstand er rapportert her. Et fåtal pasienter. Det har vært rapportert slapphet, hyperreflexi og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv rezeptorhemmer (SSRI) og sumatriptan. Pasienten bar følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indirekt. Sumatriptan bar brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krankpatterskolen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hodesmerker til analyskiss) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike reaksjonsreaksioner, men forsiktighet bør utvises for bruk av Imigran. Dersom ergotamin-bruker, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utslippelse av legemidlet, som EAE, nedsatt myokontraktur.

Lavere dosering bør vurderes av pasienter med nedsatt leverfunksjon. Dosighet kan oppsies som et resultat av migræne eller behandling av dersom. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med bokstavsykdom, spesielt ved imigran. Det er ikke dokumentert erfaring med sumatriptan i denne delen av pasienter. Dersom pasienter under 18 eller over 65 år. En undersøkelse til økning av visse svulsttyper i dyreforsak innen normal spontan forstørrelse er rapportert. **Graviditet/Amnlegg:** Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalte klinisk dose hos menneske og doser som har gitt økning av fosterstadiet i dyreforsak. Bruk under svangerskap krever derfor Atenim. Sumatriptan utskilles i morsemilkt. Anmening bør unngås de første 24 timer etter behandling. **Interaksjoner:** Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med lisium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og serotoninrezeptorklusterhemmere, se Forsiktighetstregler. **Dosering:** Til behandling av akutte anfall av migræne og cluster hodepine. Må ikke brukes profilaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides.

Cluster hodepine: **Voksne (18-65 år):** Injeksjonsaviske: Dosering, se tabell. Migræne: Dosering, se tabell. For tabletter er anbefalt stardose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespray kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved bivirkninger. Injeksjon eller nesespray bør brukes hver raskt inntestende effekt av nedenfor eller ved helse- og opkast. Det er ikke dokumentert at største behandlingen ved forstørrelse av akutte anfall utstrækker av hvor lenge anfall har vært tilbake. Dersom symptomet ikke har forsvant etter 24 timer kan den samme dosisen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for tid mellom dosene.

Dersom effekt av første dose utstiller, er det like sanntsynlig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migræneselskapet. Imigran kan imidlertid forsakes ved neste anfall. **Injeksjonsaviske:** Bare til subkutan injeksjon. Pasienten bør leses bruksanvisningen nøyde, og spesielt legge merke til håndtering av bruk sprayen. En ferdig fylt sprayne (6 mg) innses subkutan. **Tabletter:** Tablettene svølges hele med 1/2 glass vann.

	Vanlig dosering	Maksimal dosindose	Tid mellom dosene
Injeksjonsaviske:			
Migræne:	I sprayte (6 mg) subkutan: 2 injeksjoner (12 mg)	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodepine:	I sprayte (6 mg) 2 injeksjoner (12 mg)	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesespray:	I dusj (20 mg) i det ene neseboret	2 dusjer (40 mg)	Min. 2 timer
Stikkpiller:	I stikkpiller (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	I tabletter á 50 mg evt. 100 mg	300 mg	Min. 2 timer

Oppbevaring og holdbarhet: Injeksjonsavsklenen beskyttes mot lys. Nesesprayen og stikkpilleren skal oppbevares mellom 2 og 30°C.

Pakninger og priser: Injeksjonsaviske: Med GlaxoPen: 0,5 ml (6 mg pr. sprayte) x 2 kr 52,-. Refill: 0,5 ml (6 mg pr. sprayte) x 6 kr 143,-. 90.

Stikkpiller: 6 doaser (6 x 0,1 ml) endossebeholder kr 624,-. 18 doaser (18 x 0,1 ml) endossebeholder kr 1699,-. Stikkpiller: 6 stk. kr 70,-. 100 mg: 2 stk. kr 227,-. 100 mg: 6 stk. kr 624,-. 18 stk. kr 1699,-. 50 mg: Empac: 6 stk. kr 349,-. 12 stk. kr 70,-. 40 mg: Empac: 2 stk. kr 227,-. 20 mg: Empac: 6 stk. kr 143,-. 30 mg: Empac: 6 stk. kr 143,-.

Priser av mai 1998. **GlaxoWellcome**
Postboks 4312 Tønsberg, N-0402 Oslo, Tel: 22 58 20 00

Nå er det blitt enklere å velge Imigran!

Endret indikasjon:

Akutte anfall av migrene med eller uten aura

der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem.



Imigran nesespray.

Raskere effekt enn alle
triptan tabletter*.



Klinisk effekt etter ca. 15 minutter.

IMIGRAN™
sumatriptan

*Sammenligning av Felleskatalogtekster.

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

EBM som et vern mot behandlingsoptimismen

Refleksjoner om nyttet av EBM i praksis og for vurdering av handlingsprogrammene vi tar i bruk.

I vår allmennpraktiske travelhet har vi begjærlig samlet på handlingsprogrammer og retningslinjer av alle slag. De blir oppbevart mer eller mindre systematisk i håndgrapelig nærhet fra PC'en - i den tro at vi der raskt skal finne fasiten for utredning av ditt og datt, som vi ikke greier å huske i den raske turn-over av medisinske sannheter.



Benedicte Eskeland (f. 1958) er for tiden stipendiat ved Seksjon for allmennmedisin ved universitetet i Bergen. Rundt 10 års praksis som bydelslege i Bergen, avbrutt av 1 og 1/2 år som ass.lege ved laboratorium for klinisk biokjemi og 1 år som frilanser ved legevakten i Haugesund. Hun jobber nå med prosjekter knyttet til diagnostikk og behandling av jernmangel i allmennpraksis. Har stor glede av å lære seg et snev av den tradisjonelle, naturvitenskapelige forskningsmetodologi, men har begrenset tro tro på at den løser pasientenes -eller livets- viktigste problemer i dagens samfunn.

For ferske medisinere fra det sykehusorienterte studiet, kom de praktise, oversiktlige handlingsprogrammene fra NSAM bokstavelig talt som «noe godt» «fra oven» for oss som valgte førstelinjetjenesten. Her fikk vi kokebokoppskrifter for symptomutredning og kontrollrutiner vi sårt manglet fra elfensbentåret. Vi var vant til å være i en mester lærling-situasjon og fulgte disse og andre autoriserte retningslinjer uten nærmere kritisk refleksjon - slik vi før tok det for gitt at det profesorene prediket var den siste og saneste kunnskap per dags dato. Og utvilsomt: handlingsprogrammene forenklet den brokete hverdagen i praksisen. Håndfaste rutiner der det er hensiktsmessig, frigjør tid og overskudd til å bruke kreativiteten i den store delen av vårt arbeide som aldri vil passe i noen prosedyreperm.

Når læreboka ikke stemmer med egen erfaring

Så gikk årene, vi samlet oss klinisk egenerfaring og oppdaget at lærebøkene ikke alltid stemte for vår aktuelle pasient, og at noen rutiner vi hadde sjeldent ga «napp». Når jeg i løpet av en måned har hatt 5 gravide til glucosebelastningstest som alle er negative, begynner jeg å undres om det kan være fysiologisk å ha litt sukker i urinen av og til når man er gravid. Hadde det vært bedre å ta en kontrollprøve ved neste fremmøte, før jeg påfører en

ellers frisk gravid en glucosebelastning og engstelse for å være en «risikogravid», enn si diabetiker? Er jeg uansvarlig hvis jeg ikke gjør glucosebelastning på alle ved første gangs tilfeldig påviste glucosuri -eller kan det hende at jeg kan gjøre det med god samvittighet? Med voksende egenerfaring begynner vi langsomt å gjennoppdage vår nysgjerrighet og kritiske sans, som har blitt mer eller mindre hemmet gjennom vår (unnskyld:) nokså dogmatiske yrkesskole. For mitt vedkommende har det ført til en ny interesse for retningslinjene «fra oven». Hva slags dokumentasjon baserer de seg på? Hvem har utformet dem? Hvor gyldige er de for vår allmennmedisinske populasjon? Kan det være at vi har stolt for mye på autoritetene? «The extent to which beliefs are based on evidence are very much less than believers suppose», hevdet Bertrand Russell for rundt 50 år siden. Jeg tror det gjelder fortsatt - og at flere med meg har tatt foriggitt at de medisinske retningslinjene vi får servert er tilstrekkelig vitenskapelig fundert. Hvordan skal vi kunne vite det?

Eksempelet svangerskapsdiabetes

La meg gå videre med eksempelet svangerskapsdiabetes, fordi det har vært en «øyepinner», som gjorde meg nysgjerrig på hva EBM kunne lære meg. I Norge har vi retningslinjer om at alle gravide skal testes for glucosuri ved alle svangerskapskontroller, og at det skal gjøres glucosebelastning ved påvist glucosuri. Denne anbefalingen er gjengitt i NSAM's handlingsprogram for diabetes (1), og i Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp (2), begge steder uten referanse til kilden for denne anbefalingen. Den

viser seg imidlertid å stamme fra en norsk konsensuskonferanse i -91, der et knippe speisalister var innbudt (3). Begge veilederne angir hederlig nok at nytten av screeningprogrammet er omdiskutert. Veilederen i fødselshjelp angir 5 referanser og vurderer foreliggende dokumentasjon som «sikker dokumentasjon» uten at kriteriene for dette er nærmere spesifisert.

Som praktiker har jeg vært taknemlig for å ha en «oppskrift» på hva jeg skal gjøre når urinstrimmelen viser utslag på sukker i svangerskapstrollen- og jeg har nokså ureflektert fulgt den. Men etterhvert har jeg altså stusset - både fordi jeg synes det er så forbausende mange som har glucosuri og negativ glucosebelastningstest, og fordi jeg har undret meg over om diabetesditt virkelig kan være nødvendig for normalvektige gravide med lett nedsatt glucosetoleranse. (Overvektige har jeg tenkt kan ha nytte av restiksjoner for sin egen del, fordi de er mer utsatt for diabetesutvikling og fordi det er slitsomt å bli så tung!).

Bjørn Backe's kritiske artikkelen i Tidsskriftet: «Såkalt svangerskapsdiabetes - en ny folkesykdom»(3) var et svar på min kliniske «intuisjon» (som jeg sjeldent våger stole på !). Han påpeker her at hvis man legger evidensbaserte kriterier til grunn, er det ikke påvist at påvisning og behandling av nedsatt glucoseintolerans - forbigående i svangerskapet - gir reduserte komplikasjoner. Det som er dokumentert, er at disse gravide ubehandlet får noe større barn (såkalt makrosomi) enn de som får diett og evt. insulinbehandling, og at de har øket sjanse for å utvikle manifest diabetes type 2 senere i livet. Fordi fødselshjelperne har klinisk erfaring for at store barn oftere gir fødselskomplikasjoner, så tenker man seg at det er en gunstig å redusere fosterveksten ved diett til individer som kan være disponert til å få store barn. Backe påpeker imidlertid at dette ikke er påvist i gode, kontrollerte, randomiserte studier. Hvis det eneste vi faktisk oppnår er barn med noen hundre gram redusert fødselsvekt, har vi da brukt ressursene rett? Og hva har vi påført den gravide av forsakelser og engstelse? Tvertimot er det studier som tyder

på at det er en negativ sammenheng mellom fødslesvekt og flere kroniske sykdommer i voksenlivet, deriblant diabetes (4). Backe og andre med ham (5, 6), konkluderer med at det ikke er grunnlag hverken for screeningsundersøkelser eller behandlingstiltak av ikke-manifest diabetes i svangerskapet (nedsatt glucosetoleranse, ikke forhøyet fastende blodsukker), så lenge vi ikke har kontrollerte, randomiserte studier som viser effekt av behandlingstiltak på perinatal morbiditet eller mortalitet. Dette synes jeg var spennende! Her var det en artikkel som med vitenskapelig grundighet underbygget min vase, kliniske skepsis! Men viktigere: Her ble jeg vist at jeg med rette kan være kritisk til «oppleste og vedtatte» medisinske sannheter. Den økte også min bevissthet om å være mer opptatt av en intervensions relevans for mine pasienters helse (i videste forstand) enn av påvist effekt på intermediaære endepunkter.

EBM - et verktøy blandt mange i praksis

Mon tro om jeg kunne lære meg metoder for å oppøye min kritiske verdringsevne i møte med medisinsk informasjon? Backes artikkelen satte meg på sporet av «Cochrane-skolen» og den såkalte «evidens basert medisin» (EBM). Jeg skriver «såkalt», fordi jeg er klar at over at det er mange former for evidens, og at den cochranske bare dekker noen av dem jeg trenger i mitt møte med pasienter. De verktøy jeg har funnet i EBM-litteraturen (7), synes jeg imidlertid er svært nyttige for å vurdere vitenskapelige artikler som benytter tradisjonelle medisinske, kvantitative metoder. Etterhvert vil forhåpentlig også redskap utvikles for å lære oss klinikerne å vurdere kvalitative studier på en kvalifisert måte.

For meg representerer ikke EBM annet enn et knippe nyttige verktøy i min mangfoldige medisinske verktøykasse. Kanskje har jeg større glede av disse verktøyene som forsker enn som kliniker - rett og slett fordi jeg som forsker har bedre tid til å bli fortrolig med redskapen. Men jeg vet at jeg også som kliniker har fått en helt ny bevissthet om hvilke krav jeg bør sette til

medisinsk dokumentasjon før jeg inkorporerer tiltak i mine praksisrutiner.

Jeg vil fortsatt måtte leve med at jeg har rutiner som jeg vet ikke er vel-dokumentert, kun erfaringsbasert (min egen eller autoriteter jeg har tillit til) - rett og slett fordi det ikke foreligger gode nok studier for den aktuelle problemstillingen. Klinisk kontrollerte studier gir heller ikke kategoriske løsninger, fordi hver enkelt pasient kan være annerledes enn «gjennomsnittspasienten». Det er altså fortsatt all grunn til å dra nytte av vår genuine kjennskap til den enkelte pasient og ta individuelle beslutninger.

En mulighet for større pasient-medvirkning

Ingen prosedyre eller behandling kan tres ned over pasientens hode uten hennes(eller hans) «informerte samtykke» - uten at vi tror hun er med på premissene og at hun opplever beslutningen som rett for henne. Når vi kan vekte dokumentasjonen for gitte prosedyrer eller behandlingsalternativer, er det lettere å informere pasienten og gi henne en basis for medvirkning i beslutningsprosessen om behandling eller ikke behandling. EBM-«redskapene» kan gi oss større visshet - og dermed trygghet- i vår rådslagning med pasienten. Hvor mange ganger har vi ikke blitt svar skyldig i spørsmål som: «hvor stor fare er det for meg hvis jeg ikke tar den blodfortynnende medisinen, doktor?» Håndterer jeg EBM-verktøyet nogenlunde, kan jeg nå mye raskeere enn før, føle meg trygg på at jeg baserer meg på holdbar kunnskap - ikke bare på den «første og beste» spesialist jeg måtte treffe på når jeg ringer sykehuset. Men den kunnskap jeg innhenter, er bare utgangspunktet for videre samråding med pasienten. En pasient vil kanskje heller ta piller i 5 år for å unngå å bli en av hundre som får hjerneslag, en annen er lykkelig for å slippe sykdomsfølelsen ved medikalisering og livslang TT-kontroll. Formidlingen til pasienten av den medisinske kunnskap jeg har eller innhenter, er naturligvis et springende punkt. Det krever pedagogisk kløkt å omsette relative og absolute risikoer slik at pasienten kan forstå hva det innebærer for

henne. Slik legepedagogikk er i seg selv et tema for læring og diskusjon! Men jeg synes EBM-begreper som NNT (numbers needed to treat - for å forebygge et tilfelle av X) hjelper oss et godt stykke på vei i den pedagogiske formidlingen.

Slik jeg har opplevd EBM-bølgen, er den fremfor alt et vern mot den sterke «behandlingsoptimismen» som de medisinske markedskretene skyller over oss. Jeg kan oftere la være å intervenere, fordi jeg har lært å lete etter dokumentasjon som måler det jeg har oppfattet at har relevans for den enkelte pasienten (f.eks. sjanse for bedret livskvalitet, redusert risiko for hjerneslag) istedet for et eller annet «usynlig» intermediaert punkt som 5 mm Hg i blodtryksreduksjon.

Rutinemessig tympanometri på helsestasjonen?

Et annet eksempel er behandling av seros otitt (SOM) hos småbarn: Ringer jeg ØNH-spesialisten, vil han legge inn dren hvis et barn har hatt væske i mellomoret i mere enn 3 måneder - uansett alder eller praktisk hørselsnedsetelse. Sætt fra hans ståsted er væske i mellomoret patologi - og patologi behandler vi så sant vi kan! Med min nyervervede EBM-skepsis stiller jeg spørsmålet: Hvordan går det med barn som får innlagt dren sammenlignet med barn som ikke får innlagt dren - på kort og lang sikt? Ifølge et amerikanske ekspertpanel som har gjort en meget omfattende literaturgjennomgang, mangler vi konklusiv svar på dette. I USA anbefales derfor nå henvisning til vurdering av dreninnleggelse bare ved SOM med varighet over 4-6 måneder og samtidig hørselsnedsetelse på 20dB eller mer bilateral. Det angis i tillegg at denne anbefalingen er basert på «begrenset videnskapelig grunnlag og sterkt panel konsensus»(8). Nylig var det i Tidsskriftet publisert en undersøkelse som tyder på at flere barn vil få stilt diagnosen SOM og bli henvist til spesialist der som vi utfører rutinemessig tympanometri (9). Bør vi det - når vi vet at spontanhelbredelsen av SOM er høy (10), det er liten dokumentasjon for langtidsequeler av SOM (11), og dren-

behandling også kan gi komplikasjoner? (12). Inntil bedre dokumentasjon foreligger for at drenbehandling gir mør nytte enn skade, vil jeg som mor og lege, foretrekke å avvente spontanremisjon, så sant barnet mitt ellers virker friskt og ikke har et praktisk hørselstap.

Krav til handlingsprogrammer

Ting tar tid - kunnskapsinnhenting ikke minst. Og tid har vi for lite av i allmennpraksis. Jeg tror derfor det er urealistisk å forvente at den enkelte allmennpraktiker skal kunne gjøre hyppige EBM-orienterte datasøk for å få svar på pasientrelaterte spørsmål. Men vi kan få et mer bevisst forhold til validiteten av «harde data», slik at vi blir mere kritiske til den informasjonen vi støter på og lettere kan sile ut det som er relevant for vår praksis. Nettopp av tidsmangel vil vi gjerne ha handlingsprogrammer og retningslinjer for prosedyrer der det er hensiktsmessig, men vi bør kunne stole på at de er utarbeidet etter strenge vitenskapelige kriterier - ikke bare på grunnlag av kunnskapen til et knippe mer eller mindre tilfeldig utvalgte spesialister (konsensuskonferanser, i prinsippet). De amerikanske retningslinjene for behandling av sekretorisk otitt utmerker seg nettopp ved å angi den vitenskapelige styrke som ligger til grunn for de forskjellige anbefalinger. EBM-skolen har laget en mal for standarisert gradering av denne type dokumentasjonen (*presentert i dette nr. av Utposten*), som gjør meg som praktiker i stand til å vite hva retningslinjene bygger på uten å måttedypdykke i dokumentasjonen på egen hånd. Dokumentasjonens styrke kan jeg ta med i min vurdering når jeg skal tilpasse retningslinjene for den enkelte pasient.

En av EBM-guruene, Ian Chalmers har sagt: «*If you don't know what to do, then you should not make guidelines or consensus conferences, but controlled randomised trials! Then you can make your practice guidelines*». I mangel av gode randomiserte, kontrollerte studier - der det er relevant, må vi selvfølgelig handle på grunnlag av egne og eksperters erfaringer, men vi skal vite at det er det vi gjør, og at erfaringer

ikke alltid viser seg å være overførbar når de går vitenskapelig etter i sommene.

Referanser

1. NSAMS's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Bestilles fra Norges Diabetesforbund.
2. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 1998. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Bestilles gjennom Dnlf.
3. Backe B. Såkalt svangerskapsdiabetes - en ny folkesykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 842-4.
4. Barker DJP, red. Fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ 1992.
5. Stephenson MJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a critical review. J Fam Pract 1993;37: 277-83.
6. Jarrett RJ. Gestational diabetes: a non-entity? BMJ 1993; 306: 37-8.
7. Sackett DL, Scott WR, Rosenberg W, Haynes RB, red. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
8. Lous J. De amerikanske retningslinjer for behandling af sekretorisk otitis media. Månedsskr Prakt Lægegern 1997, 11: 1399-403. (også på nettet under: <http://text.nlm.nih.gov>)
9. Rasting P, Lindbaek M. Tympanometri på helsestasjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3426-30.
10. Zielhuis GA, Staatman H, Rach GH, van den Broek P. Analysis and presentation of data on the natural course of otitis media with effusion in children. Int J Epidemiol 1990; 19: 1037-44.
11. Lous J. Otitis media and reaching achievement: A review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1995; 32: 105-21.
12. Francois M, Bonfils P, Van Haver K, Narcy P [Why and how should serous otitis media be treated?]. Ann Pediatr (Paris) 1992; 39: 523-7.

NSAM ER 15 ÅR -

En historie om allmenn-medisinsk kreativitet

Av Per Stensland og Bjørn Gjelsvik

La gå at tittelen er selv-bevisst. Vi tror den er sann. Her vil vi trekke fram deler av de senere års historie. Interesserte kan finne beretningen om etableringsfasen i en artikkel av Steinar Westin, Olav Rutle og Jo Telje i Utposten ved 10-årsjubileet (1).

Bakteppet – satsing på primærhelse, interne motsetninger og kamp for faget

Bakteppet for opprettingen i 1983 kan gi spor til forståelse av NSAMs posisjon i dag. Lov om kommunehelse var i emning og primærhelsetjenesten skulle bli det store satsingsområdet. Allmennpraktikere tenkte seg at deres tid endelig var inne, og distriktsleger hadde forventninger til en ryddigere helsetjeneste i kommunene.

Men i all denne optimismen var det også knyttet usikkerhet til hvordan arbeidsvilkårene i den nye kommunehelsetjenesten ville komme til å bli. I slutten av 70- og begynnelsen av 80-årene var det klare motsetninger i allmennmedisin, mellom distrikt og by, OLL og APLF. Mange trodde på en fastlønnedistriktslege som faglig krumtapp i den lokale helsetjenesten. De første fastlønnsordningene i Nord-Norge ga arbeidsforhold som både faglig og økonomisk kunne konkurrere med normaltariffen.

En allmennlegetjeneste i frammarsj trengte en faglig basis. Og all-

mennpraktikere trengte et faglig forum som spente videre enn de tradisjonelle fagforeningsmotsetningene for å berede grobunn for fagutviklingen som måtte komme. Mange følte i denne situasjonen uro for om Legeforeningen representert ved APLF var i stand til å ta vare på deres faglige interesser og ønsker. Denne spenningen mellom APLF og NSAMs fortropper har siden fulgt selskapet.

Legeforeningen satte i midten av 70-årene ned et utvalg som skulle utrede veien fram til spesialiteten allmennmedisin. Innstillingen førte til videre utredning i en spesialitetskomite og på landsmotet i Loen i 1983 ble det vedtatt at spesialiteten skulle opprettes. Allmennmedisin ble godkjent som spesialitet fra 1.1.1985.

Arbeidet med å opprette NSAM var en del av, og en motor i framveksten av spesialiteten. Utviklingen av faget og definisjonen av fagets egenart var en rød tråd i det faglige arbeidet. Dette avspeilte seg i beskrivelsen av formålet for selskapet:

Norsk selskap for Allmennmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget allmennmedisin og fremme de faglige og sosiale allmennmedisinske miljø. Dette skal bland annet gjøres ved å:

- styrke aktiviteten i de allmennmedisinske miljøer
- arbeide for å bedre utdannelsen i allmennmedisin
- virke for forskning i allmennmedisin
- være bindeledd mellom norske og utenlandske allmennmedisinske miljøer.

I det følgende vil vi ta for oss NSAMs

arbeid på disse feltene. Men først vil vi se på:

Driften av selskapet

Fra anarki til et visst system

NSAM har lidd og liden av kronisk dårlig råd, lavt bemannet sekretariat og de driftssvakheter som følger dette. De siste 5 årene har driften vært spesielt prioritert av styret ved opprettning av arbeidsutvalg og styrking av sekretærfunksjonen, som nå er 30%. Sekretariatet ble flyttet sammen med Institutt for allmennmedisin fra Fredrik Stangs gate til Ullevål i 1992. Medlemsarkivet er oppdatert og arkivet brakt i orden. En visualisert «NSAMs aktivitetsområder» (2) og personoversikten «Hjem er hvem i NSAM» (2) har bidratt til oversikt over selskapets kjerntropper og deres bevegelser.

Forholdet til APLF – konflikt og dialog

Legeforeningen viste betydelig skepsis ved etableringen av NSAM og la ned veto mot at selskapet kunne ha lokal faglig aktivitet. Mens de andre europeiske selskapene (Colleges) har hatt ansvar for å ivareta fagutviklingen i de respektive landenes allmennmedisinske miljø, valgte APLF å bevare sitt fagutvalg. NSAM har derfor en posisjon som ikke fullverdig spesialforening i Legeforeningen, og Legeforeningen synes å skifte mellom å bruke NSAM og fagutvalget som rådgiver i allmennmedisinske spørsmål. Ikke sjeldent har valg av adressat også vært valg av forventet profil på den etterspurte verdringen.

Arbeidsdelingen mellom NSAM, APLF og fagutvalget forblir uklar. Dette

skaper jevnlig større og mindre kolli-sjoner og slitasje. Denne situasjonen har ikke blitt mindre uklar ved at også OLL valgte å opprette fagutvalg i 1993. Med innføring av fastlegeordningen ser vi at skillet mellom kommunaleger og allmennpraktikere blir mindre. Styret har arbeidet for å bevare allmennmedisinsk fagutvikling i dialog mellom de rene allmenn- og samfunnsmedisinske praktikere.

NSAM og fagutvikling i allmennmedisinske miljøer

NSAM er en vesentlig bidragsyter til at vi i dag har ett av de mest aktive fagutviklingsverksteder i europeisk allmennmedisin. Selskapet har gitt rom for nye ideer og fagkritikk. Fagutvikling forutsetter kopling mellom aktive personer og miljøer. NSAMs underkomiteer og referansegrupper har fungert slik. De fleste underkomiteene har vært permanente, men noen har kommet og gått.

Referansegruppene

De første referansegruppene ble opprettet i 1985. De fire første var hypertoni, diabetes, sexologi og helseopplysning. Ideen slo godt an, for allerede neste år var 13 grupper etablert. Referansegruppene utviklet seg til produktive fagverksteder. De fleste gruppene lagde kurs eller skrev artikler og bøker. 28 bøker har sprunget ut av NSAM og referansegruppemiljøene.

Referansegruppene ble et kreativt motsvar til forbudet mot lokal aktivitet. Hypertonigruppa og diabetesgruppa er eksempler på miljøer som har hatt stor betydning for praktisk fagutvikling det siste ti-året.

Ikke alle referansegrupper er aktive. Noen har knapt hatt aktivitet og noen er i passiv fase etter større prosjekter. Nettverket av referansegruppemedlemmer er likevel NSAMs beste kapital og mange gruppemedlemmer har ytret ønske om å ha et NSAM-forum for diskusjon av lange linjer i fagutvikling. Styret har de siste to årene invitert medlemmene av underutvalg og referansegrupper til seminar for få innspill til prosjekter og eventuelt å aktivisere grupper.

Allmennpraktikerbiblioteket – Allmennpraktikerserien

Allerede i 1983 gikk NSAMs publiseringssutvalg i gang med å gi ut allmennpraktikerbiblioteket i samarbeid med Universitetsforlaget. Fra 1987 har utvalget samarbeidet med TANO om allmennpraktikerserien.

Tabell 1 viser publikasjoner i allmennpraktiker-bibliotek og -serie og andre utgivelser med utgangspunkt i NSAM.

Det er vanskelig å tenke seg at norske allmennmedisinere kunne ha skrevet læreboka i klinisk medisin uten erfaringer fra referansegruppene og arbeid med publisering.

For å styrke skrivelyst blant allmennpraktikere, omgjorde NSAM i 1996 sin forskningsstipend til et forfatterstipend.

Handlingsprogram

NSAM er utad mest kjent for kliniske handlingsprogrammer av høy faglig kvalitet som er laget uten industri-støtte (Tabell 2). Flere av disse står nå foran revisjon og det er nødvendig å utarbeide program for nye felter. Inflasjonen av nye «kliniske retningslinjer» har aktualisert debatten om framtidig utvikling av NSAMs handlingsprogrammer (3).

EYR

IT-gruppa opprettet i 1996 EYR, et diskusjonsforum på internett som raskt har fått mer enn 400 medlemmer og som for tida er hovedarenaen for internett-diskusjon blant allmennpraktikere.

Risikoprosjektet

NSAMs risikoprosjekt (1994-98) har hatt til hensikt å stimulere til kritisk tenkning og debatt rundt risikobegrepet slik det brukes i individrettet forebyggende arbeid. Risikofokusering åpner for en medikalisering av stadig nye livsområder (4,5). Tendensen til ensidig bruk av relativ risiko i markedsføring av legemidler kan virke tilslørende for den som ønsker å få en samlet oversikt over behandlingseffekt. Det er vist at allmennpraktikere føler seg usikre i håndtering av spørsmål om risiko (6).

NSAM har belyst disse spørsmålene ved seminar om risikobegrepet i medisinen (Iægtvolden 94), risikoseminar på Primærmedisinsk uke, NSAMseminaret «Troens bevis» 1998 om kunnskapsbegrepet i medisinen, samt en workshop på Wonca konferansen i Dublin i 98. Prosjektet er presentert i Utposten (7) og nye publikasjoner forberedes.

Nyfødtkohorten

Folkehelsa foreslo i 1995 å etablere en landsomfattende svangerskapskohort over en to-årsperiode fra høsten 1996. Hensikten var å etablere en omfattende epidemiologisk database over forhold som kan ha betydning for utviklingen av barns helse. Prosjektet har støtt på betydelige problemer både når det gjelder mobilisering av fagfolk og finansiering. NSAMs styre har fra starten ment at prosjektet reiser viktige etiske spørsmål som har vært dårlig klargjort i prosjektbeskrivelsene. De viktigste innvendingene fra NSAM var tvil om datakvalitet, uklar datasikkerhet, fare for ytterligere medikalisering av svangerskapet, samt uklare løfter om bedre barnehelse til den gravide. NSAMs motstand kom til uttrykk i en avisdebatt og hadde som effekt å utsette og legge grunn for en ny gjennomtenkning av prosjektet.

ICPC

ICPC er kodeverk for allmennmedisinske diagnoser. For internasjonal kommunikasjon om forskning og fagutvikling er et slikt kodeverk essensielt. WONCA har de internasjonale og NSAM de nasjonale rettighetene til dette kodeverket. Styret har sammen med NSAMs klassifikasjonsutvalg sett med stor bekymring på den tilfeldige måten RTV har innført ICPC i norsk allmennpraksis. Den norske versjonen har betydelige mangler som burde vært utbedret før innføringen. RTV har også brukt diagnosene til formål det ikke har vært dekning for. Styret har arbeidet for å sikre en forsvarlig finansiering og videre utvikling av ICPC.

Løvetannprisen

er NSAMs pris til et spesielt velfortjent allmennpraktiker og den er delt ut siden 1986 (Tabell 3).

NSAM og utdannelsen i allmennmedisin

Mens de europeiske collegene har ansvar for videre- og etterutdannelse i allmennmedisin, er denne oppgaven i Norge lagt direkte inn under Legeforeningen – som har skjøttet denne oppgaven svært godt, kurstilbud og kursfinansiering for allmennpraktikere er bra.

Videre- og etterutdannelsen skaper faglig aktivitet i alle fylker. NSAM mener at utdanningssystemet og selskapet begge ville vinne på at allmennpraktikernes utdanningsressurser ble disponert av allmennpraktikernes spesialforening.

I stedet er NSAM utestengt fra å utpeke representanter til spesialitetskomiteen i allmennmedisin – dette er forbeholdt APLF. Det sier også noe om forholdet til Legeforeningen at det de første årene var kontroversielt at NSAM i det hele tatt kunne få arrangere kurs – dette var forbeholdt APLF.

I etterutdannelsen har NSAM samarbeidet med APLF og OLL om Primærmedisinsk uke og med Nidarosfondet om Nidaroskongressen. NSAMs referansegrupper har vært aktive kursarrangører og styret lager 1-2 kurs pr år. NSAM-seminaret, som tidligere ble holdt på Kongsvoll, hadde en spesiell stilling som tenketank for allmennmedisinsk fagutvikling.

Kreftstipendene er opprettet av den norske kreftforening i 1985, administreres av NSAM og gir årlig 6x3 måneders stipend for allmennpraktikere til arbeid på onkologiske avdelinger ved regionsykehusene.

Allmennmedisinsk forskning

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har siden 1984 vært et av NSAMs underutvalg.

Allmennpraktikerstipendene ble opprettet i 1976. Ordningen administreres av AFU. Stipendordningen er nylig evaluert for perioden 1986-93 (8). I denne perioden hadde 213 personer satt fram søknad og 137 fått stipendet innvilget. Prosjektene fordele seg likt mellom klinisk forskning og helsetjenesteforskning. For nær tre firedeler startet prosjektet med problemstilling i egen praksis. 72% av stipendiatene hadde publisert fra sitt prosjekt. To av tre stipendiater hadde fortsatt forskningsaktivitet etter

Tabell 1. ALLMENNPRAKTIKERSERIEN – ALLMENNPRAKTIKERBIBLIOTEKET

Bøker med utspring i referansegrupper

Steinar Westin (red)	1983	Forskning i allmennpraksis
John Gunnar Mæland	1983	Legens attesthåndbok
Tor Inge Tønnesen kreftpasienter	1983	Smerter og andre symptomer hos
Per Fugelli, Kjell Johansen	1984	Langsamt blir faget vårt eget
Magne Nylenne, Stein Gundersen, Jan Vincents Johannessen	1985	Kreft i allmennpraksis
Per Bergsjø, Sonja Irene Solli, Jo Telje, Janecke Thesen	1985, ny utg 1991	Svangerskapsomsorg i allmennpraksis
Per Fugelli, Jens Eskerud, Kjell Haug, Kjell Johansen	1986	Å lage gode leger (hefte)
Ole Fyrand, Per Hjortdahl	1987	Hudsykdommer i allmennpraksis
Knut Laake	1987	Geriatri i praksis
Gert Almind, Dag Bruusgaard, Niels Bentzen, Birgitta Hovelius	1988	Forskning i nordisk allmennmedisin
Johnny Mjell, Bård Natvig, Olav Thorsen, Odd Winge	1990	Helseopplysning i praksis. Forfriskningsboka
Kirsti Malterud	1990	Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter
Bent Guttorm Bentsen	1991	Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. ICPC
Inger Marie Steinholt, Ellen Rygh	1992	Røntgenboka. Bildediagnostisk utredning i praksis.
Anne Luise Kirkengen, Jørgen Jørgensen (red)	1993	Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse.
Johnny Mjell, Bård Natvig, Olav Thorsen, Odd Winge	1994	Risiko og motivasjon
Ivar Birger Mediås (red)	1994	Håndbok i sykehjemsmedisin
Marit Hafting	1995	Et eple om dagen
Ole Sverre Haga	1995, ny utg 1998	Hverdagspediatri
Espen Benestad og Elsa Almås	1997	Sexologi i allmennpraksis (ikke i allmennpraktikerserien)
Frode Heian, Nina Misvær	1994	Helsestasjonsboka (Kommunalforlaget, 3. utgave)
Hans Magnus Solli, Iver Mysterud, Merete Steen, Per Fugelli	1996	Økologisk helselære (Ad Notam Gyldendal)

avsluttet prosjektperiode. Evalueringen konkluderer at allmennpraktikerstipendene gir stor akademisk avkastning på en relativt beskjeden investering.

Forskningsdager på allmennmedisinske kongresser

Fra 1990 har NSAM hatt ansvar for forskningsdagen på Nidaroskongressen og seinere på Primærmedisinsk uke.

Forskningsstimulering

NSAM har direkte gitt forskningsstipend i perioden 1988-93, forskningspris i 1995 og fra 1996 valgt å gi forfatterstipend.

NSAMs pris for forskere med liten forskningserfaring ble opprettet i 1997.

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Tidsskriftet er opprettet i 1983 og er vårt internasjonale tidsskrift for medisinsk forskningspublisering. NSAM har siden starten hatt kollektivt abonnement for medlemmene. Den kollektive kontingenenten tynger NSAMs økonomi. I 1995 undersøkte styret interessen blant medlemmene for å fortsette denne ordningen. Meningene var delte – forskningstidsskrift er ikke blant de mest lesbare, men det var betydelig forståelse og interesse for å opprettholde et eget internasjonalt tidsskrift.

NSAM som internasjonalt college

NSAM's internasjonale arbeid har vært betydelig. NSAM er norsk allmennmedisins viktigste bindeledd til utlandet. Dette skjer i hovedsak gjennom WONCA og dennes underorganisasjoner, for klassifisering i allmennmedisin (WONCA Classification Committee), forskning (EGPRW), undervisning (Euract), kvalitetsutvikling (EQuiP).

På tross vår beskjedne størrelse har vi hatt tung representasjon i flere av disse organene.

Det er grunn til å trekke fram Bent Guttorm Bentsens mangeårige arbeid klassifikasjonskomiteen, Dag Bruusgaards arbeid i WONCA's ledelse (group of eight), og Ola Lilleholts arbeid som nestleder i SIMG og Per Hjortdahls arbeid i EQuiP.

Sammen med de andre nordiske selskaper arrangerer NSAM hvert annet år Nordisk kongress i allmennmedisin.

I 1998 organiserte og gjennomførte Bergensmiljøet en meget vellykket EGPRW-kongress.

Det foreligger styrevedtak fra 1985 at maksimal funksjonstid i internasjonale fora skal være 4 år. Dette har ikke alltid vært fulgt opp.

NSAM – Et torn i kjødet eller

NSAM har vært og er salt i den allmennmedisinske grauten – liten, billig og setter mye smak.

Entusiasme og kreativitet har fått medlemmer til å yte mye. Dette har vært en styrke, men også en svakhet.

Styret mener denne svakheten ikke bare er følbar for NSAM. Norsk allmennmedisin lider under uklar organisering der yrkesorganisasjonene (OLL og APLF) har overlappende medlems-

grunnlag og spesialforeningen har uklar status. Legeforeningen er ikke i lengden tjent med at av medlemsmassen har en uklar faglig organisering.

Derfor mener vi tiden er moden for å se hvordan vi kan bygge en tjenlig organisering av norsk allmennmedisin. Dette har vi behandlet i en egen artikkel (9).

Litteratur

- Westin S, Rutle O, Telje J. NSAMs etablering. Utposten 1993;22:194-201.
- NSAM. Årsmelding 1998.
- Stensland P, Bærheim A. Hva slags handlingsprogrammer ønsker vi fra NSAM? Beslutningsstøtte er mer enn EBM. Utposten 1998; 27:14-7.
- Skolbekken I-A. The Risk Epidemic in Medical Journals. Soc Sci Med 1995;40:291-305.
- Haukeland B, Swensen E. Risikobegrepet i forebyggende medisin. NSAM inviterer til tenkedugnad. Utposten 1994; 23(5):199.
- Hetlevik I, Holmen I. Hvilket forhold har leger til risiko? Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:1709-10.
- Utposten 1998; 5.
- Swensen E. Evaluering av allmennpraktikerstipendordningen – lite frø, rik avling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:3667-71.
- Gjelsvik B, Stensland P. Hvordan skal norsk allmennmedisin organiseres? Utposten 1998;7:xxxx.

Tabell 2. HANDLINGSPROGRAMMER

Jostein Holmen, Anders Forsdahl, Jan-Ivar Kvamme, Hans Petter Stokke	1987	Høyt blodtrykk. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
Kristian Midthjell, Tor Carlsen, Kristian F Hanssen, Gisle Roksund, Michale F dVibe	1988	Diabetes. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
Arnulf Langhammer, Turid Lingaa Holmen, Arne Gericke, Dagfinn Thorsvik, Anders Alme, Jacob Havnen, Jens Leergaard, Tore Rød, Kjell Aas	1991	Bronkial astma hos barn og unge. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
Torvald K Haavik, Helga Bjerkli, Berit Kalvo Stephansen, Lars Petter Klokk	1992	Revmatologi. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
Jostein Holmen (red)	1993	Høyt blodtrykk NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis
Tor Claudi, Kristian Midthjell, Kristian Furuset, Kristian F Hanssen, Paal-Inge Hestvold, Petter Øgar	1995	Kvalitetsutvikling av diabetesomsorgen. NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksiss

Tabell 3 LØVETANNPRIS

1986:	Per Schröder, Bodø
1987:	Øyvind Vandbakk, Kautokeino
1988:	Frode Heian, Tingvoll
1989:	Arne Ivar Østensen, Trondheim
1990:	Svein Tjåland, Fræna
1991:	Christian Borchgrevink, Oslo
1992:	Åse Schröder, Bodø
1993:	Eystein Straume, Loppa
1994:	Ola Lilleholt, Rindal
1995:	Eli Berg, Kongsvinger
1996:	Kjell Nordby, Molde
1997:	Jo Telje, Vinstra
1998:	Irene Hetlevik, Trondheim

Korrigert oversikt over regler for etterutdanning i allmennmedisin. Vi viser til artikkel i Utp. nr. 6

Nye regler for etterutdanningen i allmennmedisin i Norge

(endringer er skrevet i kursiv)

1. Spesialiteten må fornyes 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	Inntil 100
Praksisbesøk à 1 dag med rapport (1 besøk = 10 poeng)	» 80
Smågruppevirksomhet	» 130
Dagsbesøk – poliklinisk/spesialist (7 poeng/dag)	» 70
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
Praksislærervirksomhet (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.

Evidensbaserte retningslinjer i allmennpraksis – hvilke krav bør stilles til utformingen av anbefalinger?

I allmennpraksis håndteres 90% av alle problemstillinger uten videre henvisning, og vi er avhengige av å ha «raske» og standardiserte løsninger på mange av de problemene som møter oss i den travle kliniske hverdagen. Handlingsprogrammene er her til stor hjelp, og NSAM har allerede utviklet og revidert programmer til bruk på sentrale allmennmedisinske arbeidsfelt som f. eks. hypertensjon og diabetes. Det finnes et vell av andre handlingsprogrammer, som f. eks. Metodebok for turnuskandidater.



Atle Klovning, f. 1963. Cand. med. 1989. Spesialist i allmennmedisin 1997, nå universitetsstipendiat ved NOKLUS, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, med prosjekt på laboratoriebruk i allmennpraksis. PBL-tutor på ukekurs i EBM ved University College London Medical School og på Folkehelsea, har organisert EBM-delen i den allmennmedisinske terminen på medisinstudiet ved UiB, diverse EBM-presentasjoner i legers videre- og etterutdanning (VEU).

Norsk legemiddelhåndbok, Legevakt-håndboken, bøker utformet av legemiddelfirma og lokale retningslinjer på legekontorer og sykehus.

En undersøkelse publisert i BMJ 26. september i år viser at allmennpraktikerne i 22 praksiser i Cambridge-området hadde 855 forskjellige retningslinjer, definert som alt skriftlig materiell brukt av lege eller sykepleier til medisinsk beslutningsstøtte, utenom lærebøker og elektroniske databaser. 243 av disse var énsides, 195 var tosides, mens det var 160 som var mer enn 10 sider lange. Om lag 40% var nasjonale retningslinjer, resten var lokale. Om lag en tredel var udaterte.

Problemet

Problemet er at det finnes altfor mange retningslinjer av varierende kvalitet, hvor vi ofte lurer på hvor god dokumentasjon som ligger bakom anbefalingene er, og det er ofte vanskelig og tidkrevende å selv vurdere holdbarheten bak påstander som fremsettes.

Hvordan bør retningslinjer utformes?

De som utformer retningslinjer må tydeliggjøre for brukerne hvor godt underbygde påstander er. Det er utformet en type retningslinjer hvor man forsøker å gradere alle påstander utfra hvor tung dokumentasjonen er, eller om den er fremkommet som resultat av en konsensus fra eksperthold, altså synspunktbasert, til forskjell fra evidensbasert.

Metodegrunnlaget til de evidensbaserte retningslinjene utformet av North of England evidence based guidelines group (NoE gruppen) ved professor Martin Eccles er beslektet med rangeringen som ligger til grunn i anbefalingene brukt i US Task Force på

forebyggende tiltak. Noe gruppen har utviklet omfattende retningslinjer, og flere av disse er publisert som kortversjoner i BMJ: astma hos voksne, stabil angina pectoris, NSAID-bruk ved degenerativ artritt og håndtering av demens i primærhelsetjenesten. I denne typen retningslinjer rangerer man ulik dokumentasjon etter metodologisk styrke ved hjelp av romertall I-IV (tabell 1). Disse danner deretter grunnlag for anbefalinger som betegnes med A, B, C og D (tabell 2).

Det medfører at brukeren lett kan se hvor tung eller svak dokumentasjon det er som ligger til grunn for påstander, og dermed kunne formidle til pasienten f. eks. «at det er svak dokumentasjon på effekten her, men vi kan prøve likevel», eller «her er det tung dokumentasjon for at dette er god behandling». Det gjøres også eksplisitt for brukeren av retningslinjene uten at man selv er avhengig av å lese og kritisk vurdere de eksempelvis 7 artiklene som ligger bakom en påstand. Påstander fra de nevnte NoE retningslinjene lyder slik:

- (A) Pasienter med angina må anbefales å slutte å røyke; man reduserer ikke anginasymptomer, men det er dokumentert at mortaliteten reduseres
- (C) Ingen enkeltstrategi er effektiv for alle pasienter; behandlingen må skreddersys
- (A) Nikotinplaster kan trygt brukes hos pasienter med koronarsydom.
- (C) Nikotinplaster alleine er ikke effektivt nok

Dette viser at det er godt dokumentert at pasienter bør slutte å røyke, og at man må tilpasse et opplegg hvor nikotinplaster alleine ikke er godt nok. De anfører i en fotnote at nikotinplaster er trygt hos anginapasienter,

selv om det foreligger forsiktighetsregler i Fellekatalogen, uten at gruppen har funnet tilstrekkelig dokumentasjon for dette.

Flere eksempler:

- Donepezil (Aricept®) bør ikke institueres av allmennpraktikere da dokumentasjon er utilstrekkelig på funksjonsparametre og fordi det kun er korttidsstudier på 15 og 30 uker (A)
- Donepezil (Aricept®) som er instituert hos spesialist/sykehus bør seponeres av allmennpraktikeren (A)

Dette er friske påstander som fremsettes kontrårt til de noe vel optimistiske holdningene geriatere og industrien står for. Her taler altså dokumentasjonen mot at man instituerer donepezil, primært fordi det kun er påvist effekt på kognitive funksjoner og ikke på ADL funksjoner, og fordi det kun foreligger 15 og 30 ukers studier. Denne retningslinjen er fin lesning både faglig og for å få et inntrykk av evidensbaserte retningslinjer.

Det finnes en også flere maler for kritisk vurdering av retningslinjer, basert på to artikler i JAMA om kritisk vurdering av guidelines, om arbeidet til enkle kort som finnes bakerst i Sackett m. fl. sin lille røde lærebok i EBM, slik at man har huskelisten for kritisk vurdering av retningslinjer lett tilgjengelig. Problemet for oss som skal bruke retningslinjer i daglig praksis er å vite om de er valide, og dersom de er det, om de fører til bedre helsestell.

Men det er ikke bare dokumentasjonstyngden alene som er avgjørende, like viktig er om den lar seg implementere i vanlig praksis, om pasient-

ene får det bedre, om det er tatt hensyn til kostnadsbetrakninger etc.

Hva slags retningslinjer ønsker vi?

Skal vi ha retningslinjer for alle ting slik det arbeides mot i Finland- eller oppleves dette som detaljstyrrende? Noen er engstelige for at en så stor samling kan komme til å gjennomregulere vår virksomhet slik at det som blir oppfattet som alminnelig klinisk skjønn og romslighet utelukkes. NoE gruppen har foreløpig satset på sentrale områder.

Et annet problem er også hvem som skal utforme retningslinjene, altså underforstått, hvem skal levere kunnskapen til oss? Kan man stole på at anbefalinger gitt fra sykehusmiljøene også er valide i allmennpraksis? Hvilke områder er det viktig å prioritere?

Er det sluttbrukeren (legene), instituttene, NSAM, Aplf, legemiddelfirmaer eller andre som skal utforme retningslinjer? Skal retningslinjer godkjennes, og i så fall av hvilken instans? Hvem skal sørge for implementering – og ikke minst oppdatering?

En svakhet ved North of England retningslinjene er at de er kun basert på engelskspråklige artikler, noe som gir en publiseringsskjøvhett (bias) i retningslinjene. En undersøkelse har vist at såkalte «negative funn» ofte ender i ikke-engelskspråklige tidsskrifter.

Hvilke problemstillinger trenger vi retningslinjer for?

Hvilke områder vi trenger retningslinjer på er en helt annen sak enn hvordan de skal se ut. Som allmennmedisiner ønsker jeg retningslinjer for

sentrale problemstillinger, som astma, diabetes, depresjon, svangerskapskontroll og lignende, altså relativt hyppig forekommende områder – det er ingen grunn til å produsere retningslinjer til obskure og aparte tilstander. Like viktig er det å høre pasienters ønsker, ettersom de er den direkte involverte partner.

Det bekymrer meg også i hvilken grad samfunnsøkonomiske perspektiv skal inkorporeres, og dette er det vanskelige, skal man gjøre det best dokumenterte for pasienten, uavhengig av prisen? Hva er i så fall «godt nok» som helsemål? Og hvem skal definere «godt nok»?

Konklusjon

Hvilke problemstillinger vi skal lage retningslinjer på er et anliggende for de involverte partene, nemlig pasientene og allmennpraktikere. NSAMs referansegrupper utgjør en utmerket base av engasjerte allmennpraktikere med tillit hos kolleger. Hvordan retningslinjene utformes bør ses i lys av metodene som de evidensbaserte retningslinjene bygger på, slik at påstander blir graderte og brukeren derfor med letthet kan se hva slags dokumentasjonsstyrke som er lagt til grunn. Målsettingen bør være å oppnå at alle allmennpraktikere uten vansker skal kunne forstå hvilken vekt man skal tillegge en påstand i en retningslinje, slik at dette kan formidles til pasienten, som da kan tas med i beslutningene vel vitende om at legen har skjønt hvor tungtveiende rådene er.

Tabell 1. Evidenskategorier.

- Ia** Evidens fra meta-analyse av randomiserte kontrollerte studier
- Ib** Evidens fra minst én RCT
- IIa** Evidens fra minst en kontrollert studie uten randomisering
- IIb** Evidens fra minst en annen type kvalitativt eksperimentell
- III** Evidens fra ikke-eksperimentelle studier, slik som komparative studier, korrelasjonsstudier og kasus-kontroll studier.
- IV** Evidens fra ekspert komiteer, rapporter eller synspunkter eller klinisk erfaring hos respekterte autoriteter, eller begge deler

Tabell 2. Krav til graderte anbefalinger:

- A** Direkte basert på kategori I evidens
- B** Direkte basert på kategori II evidens eller ekstrapolerte anbefalinger basert på kategori I evidens
- C** Direkte basert på kategori III evidens eller ekstrapolerte anbefalinger basert på kategori I eller II evidens
- D** Direkte basert på kategori IV evidens eller ekstrapolerte anbefalinger basert på kategori I, II eller III evidens.

Diffuse lidelser i «hystoriske» lys - «bare nerver»?

Det er ikke bare i vår tid at sykdomsbilder med uklar årsak og stort omfang kan springe ut av folkesykelighets hav. Er det likheter mellom tidligere tiders hysteriske epidemier og noen av de store sykdomsplager som rir det moderne samfunn? Fra medisinsk historisk hold er svaret ja, men det spørs om Elaine Showalter med sin mye omtalte bok om de moderne hysteriske epidemiene har brukt for grove penselstrøk. Noen mener hun har begått århundrets viktigste bok.



Steinar Westin, født 1944, tidligere allmennpraktiserende lege, siden 1990 professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved NTNU i Trondheim. Velkjent for Utpostens lesere, men sier han har vært i tvil om han i det hele tatt skulle skrive mer om dette temaet. Det er lett å bli misforstått. Sammen med Linn Getz skrev han om "psyke og soma" i Utdanningshåndboka, og i sommer leste han Elaine Showalters bok...

Forfatteren har falt for fristelsen til å leke med ordlikheten i hysteri og historie. Av undertittelen «hysteriske epidemier og moderne kultur» forstår vi at det skal graves i grenselandet mellom medisin og kultur. Elaine Showalter er professor i engelsk ved Princeton-universitetet, men har under deler av dette bokarbeidet sittet i London hos den kjente medisinhistoriker Roy Porter på Wellcome-instituttet for medisinsk historie. Boka ble først utgitt i USA i fjor, men med nye opplag i billigbokformat er forfatteren i ferd med å nå et europeisk publikum.

Det er en debattbok, selv sagt – men emnet spenner over medisinsk historie, psykosomatikk, fagkritikk, feminism og kulturkritikk. Vinklingen på stoffet er såpass politisk ukorrekt at vi ikke tror hun overdriver når hun i forordet beretter om masser av trusselbrev og anbefalinger om å skaffe seg en bodyguard, noe the Lancet også har merket seg (1). De provoserte befinner seg blant anerkjente psykoterapeuter og forfattere, representanter for pasientforeninger og ikke minst, andre feminist. Kanskje har hun hatt nettopp disse siste i tankene når hun i bokens oppsummering skriver: «Kvin-

ner lider fortsatt av hysteriske symptomer, ikke fordi vi er spesielt irrasjonelle eller fordi vi alle er ofre for mishandling og overgrep, men fordi vi, som menn, er menneskelige skapninger som helt naturlig vil konvertere følelser til symptomer når vi ikke lenger kan sette ord på det vi overveldes av, for eksempel skam, skyldfølelse eller hjelpeboshet.»

Hun insisterer på å opprettholde betegnelsen hysteri og hysteriske epidemier (hysteros = livmor), selv om hun tidlig gjør det klart for leseren at det dreier seg om det vi i dag snarere vil kalte somatiseringslidelser, konversationsnevrosor eller bare psykosomatiske symptomer. Ved å benytte fellesbetegnelsen hysteri om alt dette, er det lettere å knytte linjene til den lange historien hun ruller opp, skriver hun, og tilføyer: «å redefinere hysteri som en universell menneskelig reaksjon på emosjonell konflikt er bedre enn å unngå, benekte eller bortforklare dens realiteter».

Derved er hun igang, først med noen sider av heksejaktene på 1600-tallet, så med mesmerismen på slutten av 1700-tallet, for deretter for å dvele lenge ved hysterienes stormestre ved forrige århundreskifte, den franske nevrologen Charcot og vår alles Freud. Hun unnlater ikke å peke på det ironiske i at prinsesse Diana, som var i ferd med å overkomme sin tids hysteriske lidelse, anoreksien, til sist ble bragt døende til La Salpêtrière-sykehuset, gamle professor Charcot's og de hysteriske primadonnaenes høyborg.

Allerede her får vi del i en av forfatterens grunntanker, hysteriske epidemier krever minst tre ingredienser: entusiastiske og karismatiske teoreti-

kere, ofte, men ikke alltid leger, ulykkelige og sårbare pasienter, og gunstige kulturelle vekstvilkår. Prosessen starter gjerne når en behandler gir navn til et sett av symptomer hos et lite antall pasienter, som gjennom en diagnose får del i en helhetlig teori til forklaring på vage og forvirrende symptomer, i beste fall også en oppskrift for helbredelse.

Prosessens er gjensidig. På den ene siden innebefatter behandlerens diagnose en anerkjennelse og legitimering av pasientens plager og er, sånn sett, et viktig element i helbredelsesritualet. På den annen side tilføres helbrederen gjennom denne rollen en sosial og faglig autoritet, som øker i takt med antallet nye pasienter. Historier om helbedelser inngår i det litteraturprofessoren ser som formgivende beskrivelser, sykdommens narrativer. Slike modelloppskrifter for hvordan plagene oppleves og hva man kan gjøre med dem, spres gjennom foredrag, aviser og ukeblad, i vår tid også gjennom TV og Internett, og nedfeller seg etter hvert som grunnlag for støttegrupper og pasientforeninger. Den særegne utformingen av disse narrativene og hvordan tilstandene finner sin plass i vitenskapens språk varierer fra tid til tid, sier forfatteren. Men omfanget av slike epidemier har en tendens til å toppe seg ved slutten av århundrene, når fin de ciècle stemningen utløser forventninger om forandring og angst for det ukjente.

Dette siste kan virke som en luftig påstand. Men det skal ikke benektes at forfatteren har mange tilstander å grave i når hun tar for seg det hun ser som vår tids hysteriske epidemier: Kronisk tretthetssyndrom med alle synonymer og tilgrensende tilstander (der hun også tar med «fibrositt»), anoreksi og bulimi, Golf-krigs-syndromet og andre post-traumatiske stresssyndromer, multippel personlighets-syndrom, samt noen av ettervirkningene av overgrep og mishandlinger.

Det er i dette siste feltet hun ergerer på seg andre feminist. Ikke fordi hun benekter at incest og seksuelle overgrep er et helseproblem av skremmende dimensjoner, men fordi hun ser en ny epidemisk sykliggjøring av kvinner

i hvordan ettervirkninger blir fortolket og behandlet. Hun refererer spesielt til den såkalte «recovered memory»-bevegelsen i USA, som siden begynnelsen på 1990-tallet har sysselsatt et stort antall terapeuter i jakten på de overgrepshistoriene pasienter ikke husker. Hun beskriver hvordan det kulturelle klimaet omkring denne jakten skaper en dialektikk mellom terapeut og pasient som iblant induserer «hukommelse» om hendelser som ikke har skjedd. Helt åpenbart blir dette når hun kommer til «alien abduction»-epidemien, det stigende antall personer som opplever å ha vært bortført med UFO-er. Her hjemme kjener vi dem mest fra UFO-krydrede X-files episoder, men fenomenet er i ferd med å få stort omfang som forklaring på helseplager i USA.

Velvillig fortolket, forfatteren er på jakt etter å gjeninnsette den sunne fornuft der overtro og massesuggesjon truer med å kaste oss tilbake til mørkertider vi mener vi har overkommert. Til dette trenger vi kunnskap om historien, både med i og y. Men det trengs noe mer enn det også, fra det medisinske etablissement: Hun anklager nemlig vår tids medisin for å ha så alt for liten forståelse for sjelens og psykens makt over kroppen. Og antakelig er det riktig at vi har dårlige begreper for de kroppslige plager som har psykiske årsaker. Ute i folkedypet huserer et svært reservoar av vondter, plager og tilkortkommenheter. Leger får til daglig bare presentert en liten fraksjon av denne hverdagssykeligheten, og vi kan vel, som forfatteren påstår, innrømme at vi ikke håndterer den spesielt godt. Med vakkende begreper for det som er «bare nerver» og iblant fordomsfulle holdninger mot det «suprasnippale», har vi ingen aksept, ingen absolusjon, å bidra med. Og nettopp fordi det finnes så liten aksept for disse lidende i det etablerte medisinske system, bidrar vi til at de plagede blir vandrere omkring som utstøtte og misforståtte. Inntil en ny karismatisk behandler trer inn på scenen med nye forklaringsmodeller og løfter om helbredelse. En ny historie kan være under oppseiling.

Kanskje er dette å dra forfatteren vel langt. Men Elaine Showalter skiller

seg fra andre kritikere av de moderne epidemiene ved å være mer pasient-sentrert. Ikke noe sted får vi inntrykk av at hun bagatelliserer eller ugyldiggjør lidelsen. Men de ulike forklaringene kan hun harselere med, godt støttet av sitt historiske perspektiv.

Men det er også i denne rollen at hun stedsvis blir for grov i penselstrøkene. Kanskje er det lettint å si at hun mangler klinisk erfaring. Men det skinner igjennom når hun med letthet slår sammen diffuse smertetilstander og postvirale tretthetssyndromer med anoreksi og omstridte psykiske lidelser som multippel personlighetssyndrom. Dermed mister hun litt av konsentrasjonen om det som er vår tids største medisinske dilemma: det begrepssmisse skillet mellom kropp og sjel. Dessuten tar hun ikke helt på alvor det problem vi faktisk også må forholde oss til i medisin: at noen hystorier allikevel kan vise seg å ha rent biologisk grunnlag, og at noen pasienter med diffuse vondter faktisk har underliggende legemlige lidelser som ikke bør overses.

Men hun har noen særdeles gode poenger. Et av dem er at vi har mye å lære av hystorien. På veien tar hun en lang runde innom feminism, litteraturkritikk og nyere amerikanske kulturelle ytringer. Perspektivene spenner fra Ibsen's *Hedda Gabler* til Jane Champion's Oscar vinnende film *The Piano* fra 1993, fra Axel Munthe (selv om hun har oversatt hans «appendicitis»-epidemi i det parisiske borger-skap) til vår tids karismatikere. Det er i det hele tatt en lerd bok, en bok i rette tid, og en bok som vil bli diskutert lenge. Vil den bli oversatt?

Elaine Showalter:

Hystories. Hysterical epidemics and modern culture 244 s. London: Picador/Macmillan Publishers Ltd, 1998. Pris GB£ 6,99
I. Larkin M. Elaine Showalter: hysteria's historian. Lancet 1998; 351: 1638.

Steinar Westin

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7005 Trondheim
telefon 73-598875 fax 73-598789
e-post <steinar.westin@medisin.ntnu.no>

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 muskulo-skeletale smerter.
- Ikke klassifisert som narkotikum. Reseptgruppe B.
- Dosering: 1 kapsel 3 ganger daglig.
- Minimal risiko for avhengighet¹ og obstatipasjons².



Nyhet!
NOBLIGAN®
Tramadol

Nobligan

Analogtikum.

ATC-nr.: N02A X02

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

Egenskaper: Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. I forhold til morfin, er respirasjonsdempende virkninger svært små ved terapeutiske doser. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på my-, delta- og kappa-opioidreceptorer med en høyere affinitet til myoseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibisjon av gjennomspak av noradrenalin og stimulering av serotoninfrigjøring. Tramadol er en nærmisk blanding, (+)-enantiomeren har høyest opioid effekt og stimulerer serotoninfrigjøring, mens (-)-enantiomeren har større betydning for inhibisjon av noradrenalin. Absorpsjon: >90% og påvirkes ikke av fødeinnmat. Biofligjengelighet: Ca. 70% etter en enkel oral dose. Proteinbinding: 20%. Halveringstid: Ca. 6 timer ved normal lever- og nyrefunksjon. Temperativ serumkonsentrasjon: Maks. konsentrasjon oppnås etter 1-2 timer. Metabolisme: Tramadol metaboliseres hovedsakelig ved N- og O-demetylering og ved konjugering av O-demetylertproduktene med glukuronosyre. "First pass"-metabolisme 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 uordannet. Utskillelse via feces 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: Munntørhet, kvalme, oppkast, forstoppeelse. Øvrige: Swimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Mindre hypotone: Gastrointestinale: Dyspepsi, matvesmete, diarré. Hud: Klæ, hudstret. Seldne (<1/1000): Psykiske: Humarsvingninger, forandringer i oppfattelsesvenn og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakt, krampeanfall. Sirkulatoriske: Hypotension, tøkykande, synkope, hypertensjon. Syn: Synsforsymlser. Urogenitale: Blæreremningsforstyrrelser. Øvrige: Appetitforandringer, allergiske reaksjoner (åndnedad, bronkospasmer, engioneurofisk edem), anafylaktisk sjokk. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. Det er også observert asthinenssymptomer ved seponering. Tilvensningsrisiko foreligge. ▲ **Forsiktighetssregler:** Forsiktighet ved hodeskader, økt intrakranielt trykk, alvorlig nedsett lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfall og utvikling av sjokk. Forsiktighet tilføres ved behandling av pasienter med alvorlig respirasjonsdepresjon og ved samtidig behandling med CNS-depressive stoffer. Risiko for tilvenning og misbruk foreligge. Forsiktighet bør ioktjas 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. Legemidler 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 forlesning. Overgang i morsmelk: Små doser av tramadol og dens metabolitter utskilles i morsmelk. Preparatet kan benyttes under omming ved 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 døsighet. Denne effekten kan potensieres av alkohol, sevmidler, analgetika eller andre sentralt virkende legemidler. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har en blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfvin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Ved samtidig administrering av selektive serotoninreuptakshemmere, trikykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre kromopersikelnedsettende midler, kan tramadol indusere og øke risikoen for kramper. Legemidler som inhiberer 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 levercirrhos 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: Miose, brekringer, kardiovaskulær kolaps, sedasjon og koma, kramperfistander og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til bedring av respirasjonsdepresjonen. Kramperfistander 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.

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

2. Rouck 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.

Ahlberg & Arnfreds, august 1998

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S

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

Fire katter på taket eller: Damen fra Amerika

La oss kalte henne Shirley Sweet f. 1906. Et ukjent navn på dagens liste – blant pasienter med mange generasjons tilknytning til bygda. Jeg hentet henne på venterommet. Hun reiste seg med møy og subbet ustødig avsted, støttet av en dame jeg kjente fra kassa på Samvirkelaget. Ansiktet var våkent, mildt og verdig. Håret var langt og sølvgrått, bundet i hestehale.

«Do you speak English Doctor? You see, this is my first time to visit my grandchildren in Norway and my Norwegian is not up to much – yet.»

«Kan du hjelpe grandma med skuldersmertene, doktor?» Ledsageren lurer forsiktig inn spørsmålet.

«There surely isn't much you can do, doctor,» sier pasienten. «I must admit that I have already seen two different specialists back in Massachusetts. They did all sorts of tests. See...» Ledsageren hjelper henne å åpne en stor konvolutt med røntgenbilder. Skuldre, nakke, kjeve... i alle projeksjoner. Jeg holder bildene opp mot lyset fra vinduet. Det er stille i rommet. Så sier pasienten:

«There's nothing there. They say it's just old age. So I only intend to ask you for something to ease the pain...»

Denne dagen var jeg trett og en anelse irritabel etter vakt. Shirley Sweet fikk meg til å føle meg vel. Snillere og mer uthvilt enn fem minutter siden. Her gjaldt det å holde øyeblippet fanget...

«Tell me more», sa jeg. «Who are you?»

«But doctor, I can't take up your time...»

«We do not have visitors like you every day.»

«Well then... Jeg bor i et gammelt hus i en liten forstad. Jeg driver yoga. Jeg har vært kunstner, men armene er blitt så steive i løpet av våren, så jeg kan ikke male lenger. Og vet du – jeg har fire katter. Det er ikke mer enn fire uker siden jeg klært opp stigen for å mate

dem – de bor nemlig på taket.»
«Vent nå litt. Klært du i stiger før en måned siden??»
«Slik er det. Men jeg måtte jo bli gammel en gang, jeg også.»
«Hmmm. Det var nå merkelig...»
«When you mention it, doctor. For to dager siden fikk jeg plutselig en flekk for synet på det venstre øyet. Den er ikke helt borte ennå...»

Du sier ikke det. Jeg kastet et blikk ut på verden og solskinnet. Så deilig det føles å være en allvitende landsens lege. Got ya' you yankees!

Senkningen var 110. Jeg sendte pasienten rett på sykehuset. På S-laget ble jeg senere oppdatert: Fru Sweet hadde fått steroider for sin polymyalgia revmatica/temporalisarteritt og var blitt meget sprek igjen. Og hun hadde fått betydelig tiltro til norske leger.

Og moralen er...

I sin konsultasjonsmodell understrekter Roger Neighbour betydningen av at legen lager seg et sikkerhetsnett (1). Det dreier seg først og fremst om å sikre seg at pasienten ikke føler seg avvist og at han vet hvordan han skal forholde

seg om tingene ikke går slik man har håpet. Men jeg tror det kan bidra til å styrke sikkerhetsnettet og minke sjansen for tilleggsopplysninger som han selv opplever som relevante.

«Tell me more» – spørsmålet utviklet seg hos meg til en «hurtig-variant»

– til bruk på travle dager i avslutningen av anamneseopptaket i en ukjent pasient:

Er det noe annet du mener jeg

vurde vite om deg før jeg gjør meg opp en mening om situasjonen?

Jeg har ingen dokumentasjon for at spørsmålet faktisk fungerer, annet enn den erfaring at jeg iblant har fisket opp skremmende viktig informasjon, som når pasient nummer 43 (legevakt i større by, mann med høy feber og sannsynlig pneumoni) svarer at «Meg eei... vel, jeg er jo nyretransplantert». Av og til kommer svar som kan virke uventet i sammenhengen, som når den gamle damen med ukomplisert urinveisinfeksjon får tårer i øynene og svarer «Ja, jeg ble enke i fjor». De fleste pasienter jeg har møtt tenker seg litt om og svarer at nei, det er ikke noe spesielt annet jeg behøver å vite.

William Osler skal ha sagt: «Listen to the patient. He is telling you the diagnosis». At det kan være klokt å lene seg tilbake og lytte, fikk jeg ytterligere støtte for i dag da jeg leste Peter F Hjorts nye slagord for eldreomsorgen: «Det kan lønne seg å somle» (2).

Linn Getz,



Elektronisk feil-post – «Internet-lore»

Fra Vegard Høgli på GRUK i Skien har jeg fått «Internet-lore» som han mottok fra en amerikansk venn:

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

A businessman from Wisconsin went on a business trip to Louisiana. Upon arrival, he immediately plugged his laptop into the hotel room port and sent a short E-mail back home to his wife, Jennifer Johnson, at her address, JennJohn@world.net

Unfortunately, in his haste, he mistyped a letter and the E-mail ended up going to JeanJohn@world.net, a Jean Johnson in Duluth, the wife of a preacher who had just passed away and was buried that day.

The preacher's wife took one look at the E-mail and promptly fainted. It read,
«Arrived safely, but it sure is hot down here!»

E-posten er kjapp, grei og kanskje litt uforpliktende. Vi knotter i vei på tastaturet og bokstavene kommer dansende hulter til bulter slik at både adressering og rettskriving blir så som så. «Que» og «Send» – knappene er så innbydende klare for trykk og viips er meldingen ugjenkallelig sendt.

En legekollega feilsendte en intern e-post vedrørende en pasient til en ansatt på universitetets IT-avdeling. Det var i den tidlige Internet-perioden

og det interne e-postsystemet på kontoret hadde en Gateway som kunne håndtere eksterne meldinger som via Telemax også gikk til Internet-brukere. Meldingen skulle gå fra legen til legesekretæren, men pga et feil tastetrykk ga også legen en feil adresse til meldingen. Mottakeren responderte med (humørfylte) trusler om anmeldelse og stenging av journalsystem og praksis. Legen fikk forbigående e-postvegring og den IT-ansatte fikk demonstrert hvor usikker e-posten kan være.

Internet både skaper og formidler denne typen historier.

Jeg har samlet litt stoff om elektronisk post – bruk – misbruk og feilbruk på disse www-sidene:

Askøy i november 1998.

John Leer

Lei din egen vinrad

i en fransk vingård av toppkvalitet
fra kr. 825 pr. år.

Viner av høy klasse og mye moro

En helt spesiell gave

Ring 22 14 40 44 eller skriv til Dine Vingårder
Ankerveien 16 a 03990 Oslo



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.



Lyrikkstafetten går sin gang.....

Stafettpinnen ble i forrige nummer sendt fra Peter O. Horndalsveen til Arne Aksnes i Norheimsund. Vi gir Arne Aksnes i Norheimsund litt mer tid til å motta «pinnen». For at han skal få den rette inspirasjonen presenterer sekretariatet et dikt fra en kjent lyriker som faktisk også er harding, nemlig Per Olav Kaldestad som er født på Husnes.

Diktet er hentet fra samlingen Kjærlege posisjonar.

UTPOSTEN sender stafettpinnen videre til den ekte hardingen som heter Arne Aksnes, og ønsker både ham og alle leserne en riktig god jul og alt godt for det nye året!

Tove Rulle

Du er eldre,
det er lett å sjå.
Men enno merkar eg
at du er der,

at du enno kunne
vippa meg ut av min
heilage orden. Den vesle
nasetippen litt opp,

den breie munnen,
det kvikke brune
såre gode blikket. Eg

sit jo her
og samlar på
ømme punkt.

Per Olav Kaldestad

Etterlysning!

Utposten søker med dette faste illustratører. Gode illustrasjoner sier ofte mer enn ord og er dessuten viktige for å gjøre bladet godt og lesbart.

Vi ønsker derfor kontakt med DEG, du som sitter der ute i høstmørket et sted og vet du tegner godt, men ikke aner hvor du skal få dine tegninger publisert. Å illustrere Utposten kan, etter vårt skjønn, være den ideelle muligheten til å bli «oppdaget» av de store. Hvem vet, nes-

te år er du kanskje fast illustratør i Washi og Hør eller Vakttårnet!

Vi ønsker å ha kontakt med en eller flere som kan levere bidrag de selv mener er gode og passende eller på oppdrag tegne til artiklene vi skal trykke.

Noe for deg?

Kontakt:
Jannike Reymert,
Bakklandet legekontor,
7800 Namsos.
Telf. 742 73000/75413/73350.



Bokanmeldelse

Hypokondri og kognitiv terapi

Ingvard Wilhelsen

Pax forlag 1997

Pris: Kr. 198,-

Av Jannike Reymert

Man kan spørre seg om det er brytverdt å lese en hel bok om hypokondri, en tilstand de fleste av oss forbinder med mye mas og press om nye utredningsrunder for diffuse symptomer uten at det avstekommer annet enn ytterligere irritasjon hos oss selv. Forfatteren tar i denne boka et «oppgjør» med denne innstillingen ved å gi oss ny innsikt i denne lidelsen og ikke minst en terapiform som han med stor tyngde hevder kan hjelpe disse pasientene.

Boka omhandler ikke bare hypokondri. Somatiseringslidelser og «motesykdommer» som kronisk trettettsyndrom, og fibromyalgi blir også omtalt for å gi allmennpraktikeren en mulighet for å se kognitiv terapi som en behandlingsmulighet hos en rekke av gjengangerne på legekontoret.

Boka innledes med en drøfting av sammenheng mellom kropp og sjel, både i et historisk perspektiv og med de teoretiske modeller som ligger bak begrepet kognitiv terapi. Dette blir viktig for forståelsen av disse svært så kulturavhengige tilstandene. Helsevesenets ansvar for utviklingen av tilstandene blir også berørt.

Forfatteren mener at diagnosen hypokondri bør stilles når pasienten frykter, tror eller er overbevist om at han/hun har en alvorlig sykdom til tross for at flere leger som har utredet han/henne, sier at pasienten ikke har lidelsen.

Somatiseringslidelse definerer han som en tilstand med fysiske symptomer uten at man ved grundig utredning kan finne organiske forandringer som kan forklare symptomene.

Vi får presentert kasustikker med diagnosen hypokondri og somatiseringslidelse, og i boka settes disse opp mot hverandre. Enhver allmennpraktiker vil se paralleler mellom disse sykehistoriene og egne «kommer- nå -han/hun-igjen- med -noe- diffust»- pasienter.

Med en innføring i kognitiv terapi gir forfatteren oss et verktøy som han mener er spesielt godt egnet til disse lidelsene. Forfatteren er spesialist i både indremedisin og psykiatri, og måten han skriver boken på vitner om mange års erfaring med disse pasient-kategoriene og denne behandlingsmetoden. Han vekker betydelig tillit med sin saklige framstilling, selv om undertegnende nok savner et kapittel om «når alt skjærer seg og pasienten forlanger nok en utredningsserie».

Gjennom hele boken poengterer han viktigheten av å ta symptomene på alvor og oppfordrer oss til å vise pasientene respekt: «Symptomene er reelle og ikke noe pasienten innbiller seg. Problemene er bare at de feiltolker ulike, normale kroppsfenomener slik at de tror det er symptomer på alvorlig sykdom».

Vi har vel alle lært at følelsene påvirker symptomer, men vi får i denne boka presentert hvordan tanker og vår «indre dialog» ofte har en enorm påvirkningskraft på våre følelser, og at man ved å gå inn på pasientenes tanker kan påvirke tilstanden. Vi får en imponerende innføring i begrepet tanker, både funksjonelle og dysfunksjonelle, og forfatteren lærer oss å foreta tankeundersøkelse for å gi pasienten større innsikt i hvilke tankefeil som har ført dem inn i «den vonde sirkel».

Leg kan likevel ikke la være å undres: Er verden så enkel som han fremstiller det? Er det bare jeg som aldri har skjønt hva som er årsak til



hva? Boka baseres på et dogme om at tanker styrer følelser mer enn omvendt og at en ofte(st) kan endre symptomer, ubehag og lidelse best ved å bearbeide «tankefeil» hos våre pasienter. Med hans overbevisende og klarttenkende fremstilling får jeg følelsen – iflg forfatteren forutgått av en tanke som jeg ikke fikk med meg fordi det gikk så altfor fort å registrere følelsen avlet av tanken! – men altså: jeg får følelsen av at han sikkert har rett og at det jeg alltid har trodd om at følelser er årsaken til mye av våre pasienters symptomer og lidelse er feil. Og da kan jeg jo drive kognitiv terapi på meg selv: Hvilken tanke gikk foran denne følelsen – var det generalisering, vilkårlig tankestyring, alt-eller-intet tenking eller feil-etikking?

Boka gir en grei innføring i kognitiv terapi uten at man kan regne med å bli utlært i metoden etter å ha lest den. Mange vil nok allikevel bli nysgjerrige og melde seg på et kurs for å lære mer, noe forfatteren også anbefaler. Om man så ikke blir utlært i denne terapiformen og klarer å gi pasientene et struktureret behandlingstilbud på 15 – 20 timer som forfatteren mener er det som skal til, vil man i denne boka få inspirasjon til å forsøke å tenke (mer enn å føle!) på en ny måte overfor mange pasienter vi har kjørt oss fast med for mange konsultasjoner siden. Boka inspirerer til å prøve å nærme seg de tankene pasientene har på en mer struktureret måte, og kan nok med det bli en bok man leser om igjen om en stund for å forbedre seg i denne behandlingsmetoden.

Risikofaktorer som kan reduseres med endret livsstil



kan reduseres ytterligere med

CARDURAN CR™ DOXAZOSIN

1)

- Høyt blodtrykk 
- Kolesterol 
- Triglyserider 

- 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

CARDURAN CR

"Pfizer"

ATC-rr.: C02C A04

Selektiv α₁-blokker

DEPOTTABLETTER. 4 mg og 8 mg: Hver tablet innel.: Doxazosin, mesiles, oeqy. doxazosin. 4 mg et 8 mg. Hjelpestoffer, forstoffer: Jemoksid (E172), Hvitdoksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv α₁-blokk. Senker perifer karmotstand somm reduserer glott muskulatur i prostata som medfører forbedret urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α₁-reseptorblokkade. 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. Tolertanseutvikling er ikke sett. Kan gi olene eller i kombinasjon med fiazid, betablokker, kalium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatohyperplasi symptomatisk ved selektiv α₁-adrenoceptor blokkade i glott muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer har nøyaktig spesielle 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 depottabl. Absopsjon: Depottabl. gir en jevnere plasmaprofil enn konvensjonell tablet. Maksimal serumkonsentrasjon nås etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablet i samme dose. Etter 24 timer er trughetsnivået 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 oversensibilitet overfor quinazolin. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsening, øsofagousobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltraktus.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningerne av postural type (sjeldent med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, edem, østeri, somnolens, gastrointestinal plager (abdominal smerte, diaré, krampe, oppkast) og rhinit. Ved bruk etter markedsføring av konvensjonelle tabletter har i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av øgtesjøn og skjevelinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relativt til doxazosins farmakologiske virkningsmidde.

Isolerte tilfeller av præcipisme og impotens er rapportert i sammenheng med α₁-blokkere, inkludert doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som huduslett, pruritus, purpura, gulset og forhøyede levertransaminaser) og epistaxis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skyldes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Tokykardi, palpitasjon, brytsmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjerteørmygg og tåkesym. I hypertensionsstudiene var bivirkningsprofilen for depottabl. tilsvarende den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabl. tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottabl. som 1 mg standard tablet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottabl. må svelges hel. I depottabl. er doxazosin omgitt av et ikke-absorberbart skall som skalte frigjøre legermidlet. Når denne prosessen er ferdig, utskilles det tomme skallet, og pasienten blir opplyst om at dette kan sees i feces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke

midler som gir effektiv profylaxe mot angina-ønfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsikringsregler ved separerings av betablokker iakttas, og doxazosin fest iniieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabilt. Pasienter med symptomatisk hjerteaktivitet bør primært ha behandling rettet mot hjerteaktivitet før doxazosin iniieres. Pasienter med behandlet hjerteaktivitet bør kontrolleres nøy i startfasen, med henblikk på eventuell forvernelse. Som for alle legermidler som metaboliseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evenen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatohyperplasi bør instituertes i sammenset med spesialist i urologi. For behandling iverksetttes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøy med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostatspesifisk antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatooncører.

GRAVIDITET/AMMING: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsak hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyreforsak med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert fetal overlevelelse. Doxazosin skal bare brukes når behandlingsbehovet er øverst mot mulig risiko. Preparatet bør ikke brukes under amming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan forsterke blodtrykkssenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket.

Blodtrykkssenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika.

DOSERING: Depottabl. må svelges 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 anbefalt dose er 8 mg en gang daglig. Venlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre somm pasienter med nedsatt myrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se forsiktighetssregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Imidlertid hypotension, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gir individuelt etter behov. Dialyse er ikke indirekt på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPPBREVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER: 4 mg: Enpac: 28 stk.: kr 228.80 8 mg: Enpac: 98 stk.: kr 1093.10
98 stk.: kr 717.70 Endos: 50 stk.: kr 581.20
Endos: 50 stk.: kr 384.70

Basert på preparat omtoile (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

T: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

Kunnskapsproduksjonens bidrag til allmennmedisinens fall og vekst

Av Knut Arne Holtedal

Kanskje er allmennpraktikerens overlevelse omkring midten av dette århundre mer et paradoks enn en selvfølge. Folk fortsatte å oppsøke allmennpraktikeren på tross av at ressurser, teknologi og prestisje mer og mer ensidig var forbundet med sykehus, på tross av at forskning alltid foregikk i sykehus og sykehusenes laboratorier. Leger fortsatte å være allmennpraktikere selv om de viste at mangen en henvisning ble gjenstand for hoderysting og i blant sarkastiske kommentarer på sykehuset morgenmøte. Det er ikke særlig underlig at det finnes land hvor barn med medisinske problemer kun blir sett av pediatere, og hvor man må være gynekolog for å behandle en underlivslidelse. Skal man karakterisere en norsk allmennpraktiker på nittenfemtallet i tråd med folkelig og kollegial forståelse, tror jeg det er lettest å til negative karakteristikkene: en ikke

spesialisert halvprofessionell lege som fartet hit og dit og var uten ambisjoner om å tilpasse sin virksomhet til moderne vitenskap.

Spesialiseringen

Spesialiseringens historie er kort, men intens. Siste halvdel av attenhundretallet opplevde mikrobeteoriens seier samtidig med teknologiske nyvinninger innen fysikk. Mange av framskrittet var basert på synliggjøring av materie og krefter som var for små til å være synlige for øyet. Oppdelingen av et hele i enkelte elementer tillot også dypregående kunnskap og forståelse av helheter. Tankegangen ble raskt overført til det organisatoriske feltet: Verden var blitt for kompleks til full oversikt, en profesjon var ikke lenger nok, spesialisering var også nødvendig.

Også i skjønnlitteraturen speiles utviklingen. Legerollen i attenhundretallets fortellinger, for eksempel hos Balzac, G. Eliot og Tsjekhov, har mange fellestrekker. Med enkelte unntak dreier det seg om allmennmedisin, om uselektert praksis og høy grad av kontinuitet. Zolas doktor Pascal, skrevet mot slutten av århundret, skildrer en lege som er merket av positivismens tro på at alt i naturen kan forklares bare kunnskapen om elementene blir gjort tydelig. Profesjonsskillet antydes i novellen av amerikaneren William Carlos Williams på vår side av sekelskiftet, en allmennpraktiker som mer og mer arbeidet med og skrev om barn. Han var en lege som i takt med sin tid fikk mer og mer spesialiserte kunnskaper på det avgrensede området av medisinens som ble den aller første formelt opprettede spesialitet, pediatri. Snart fulgte spesialiteter med forskjellige kriterier for avgrensning: teknologi,

kroppens organer, administrative oppgaver og kunnskapsproduksjon. Det meste godt tilpasset sykehuset som sentral bygningsmessig ramme, der representanter for enkeldisiplinene hadde mulighet for å behandle hele mennesket ved å koble sammen sin avgrensede men omfattende ekspertise og sitt instrumentarium. Den behandlede Panaceia framsto for første gang i historien som mer effektiv enn sin søster, den forebyggende Hygieia. En imponerende utvikling var innledet. Mange samfunnsendringer bidro til forbedringer innen folkehelse og velferd i denne perioden, men spesialiseringen var det mest helsetjenestespesifikke bidraget. Under denne ferden gled allmennpraksis i bakgrunnen, ute av syn og ute av mange sinn.

Gjenreisningen: Via kunnskap og kunnskapsproduksjon

Den første norske lærebok i Allmennmedisin, «Fag og praksis», omtaler gjenreisningen av faget et halvt hundreår senere og antyder to grunner: Entusiastene som holdt fast ved allmennmedisinske verdier, og en gradevis erkjennelse at spesialistene har behov for å samhandle med en førstelinjetjeneste. Den siste begrunnelsen er neppe innlysende for alle. Vi behøver ikke gå lenger enn til nabolandet Sverige for å finne en omfattende førstelinjetjeneste ivaretatt av sykehusene. Den første begrunnelsen er nærmere sannheten: entusiaster har det alltid vært bruk for, og verdiforankring har alltid vært viktig. Men jeg tror det mer fullständige svaret – som også er en nøkkelen til framtidig opplevelse for faget – må romme allmennmedisinens inntreden i kunnskapsproduksjonens rom.

Det var naturlig at det begynte med



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

systematiske beskrivelser. Et langt skritt framover ble tatt med oppdagelsen av enkel epidemiologi, symboliserer ved 2x2-tabellen. Symtomer, så viktig i allmennpraksis, kunne forstås i et nytt lys, og hele den diagnostiske prosessen ble analytisk utfordrende på en ny og spennende måte. Vi forsto at sykehushusleggen som gjorde narr av allmennpraktikeren på morgenmøte, gjorde det av uvitenhet: han hadde ikke forstått at symptomers utsagnskraft varierer med tid og sted. Vi forsto også at våre pasienter som gruppe hadde en sammensetning som lignet den alminnelige befolkningen, og at kliniske beskrivelser fra allmennpraksis derfor kunne ha større overføringsverdi til folk flest enn studier utført i sykehuss – idet minste lå det her en utfordring og noen problemer som bare kunne besvares i allmennpraksis.

Først i de senere år er et nytt, kompletterende element kommet inn i vår kunnskapsproduksjon: beskrivelse og analyse av pasient-legerelasjonen.

Velment, og i mange sammenhenger fruktbar omtale av «pasientsentrert praksis», er etter hvert blitt mer kritisk vinklet: på kunnskap om hva som skjer i kommunikasjonen i alle dens uttryksformer, på selve relasjonen mellom lege og pasient, og samtidig på den virkelighet som har formet en pasients liv. *Antakelig er det her den gamle huslegen eide en skatt*, selv uten begreper som empati og kontekst, og uten teoretisk forankring i en fortolkende vitenskap og hypotesegenererende metoder. Dette er kunnskap som like bra som det målte og det telte, tåler å bli systematisert, og som i motsetning til den gruppebaserte, matematiske kunnskapen, både innhentes og anvendes hos enkeltpasienter. Fortolkning vil alltid være nødvendig i grenseområdet mellom forskning og praksis, uansett teoretisk fundament og uansett metodisk tilnærming. For å få forståelse av hva som ligger i et begrep som klinisk kompetanse, trenger vi mange-sidig kunnskap.

En begivenhet

Det er vanskelig å spå, men akkurat nå har jeg lyst til å rope et lite Hurra for doktoravhandlingen til Anne Luise Kirkengen, som gir en nærgående analyse av lege-pasientforhold og det meningsbærende i kroppslige uttrykk. Jeg tror den vil bli stående i mange år som en milepæl i norsk allmennmedisinsk forskning. Den er teoretisk klargjørende og praktisk viktig, og hennes teorikapittel kan gi aha-opplevelser til de fleste leger. Hun er hård mot biomedisin, men ikke mot den delen som har bevart et mål av ydmykhet og erkjennelse av subjektivitetens nødvendighet. Kanskje kan allmennmedisin bli det kliniske faget som klarer å skille klint i fra hvete og forene krefter over teori- og metodegrenser? I mellomtiden får vi sende en takknemlig tanke til allmennpraktikene av i går, for det de kunne og det de forsto om lege-pasientforhold, på en måte som gir oss mulighet for å sette det inn i moderne forståelsesrammer.

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!

Finger

Finger – hvem har ikke lært å telle og regne med fingrene til hjelp? De fleste av oss er utstyrt med normalvarianten: fem fingre på hver hånd – og ordet finger er avledet av tallet fem som i sin germanske grunnform var «fimf». Å kunne noe på fingrene» henspeiler på våre første telleferdigheter, og stakkars den som ikke kan telle til fem! Vi burde kanskje «se gjennom fingrene» med det?

Mens du tygger er det plutselig noe som knaser mellom tennene – du vet det med en gang, du tygger på brusk. Faktisk har brusingen fra en elv samme betydning, selv om lydene kan virke svært forskjellige. Det engelske «bruise» betyr skade på dyr eller planter forårsaket av slag eller trykk med påfølgende fargeforandring, men med intakt hud, bein eller brusk. Dette ordet er opprinnelig oppstått på grunn av lyden som oppstår idet skaden skjer, så neste gang en slik skade skjer bør vi høre nøyne etter, likner lyden på knasing av brusk eller elvebruset?

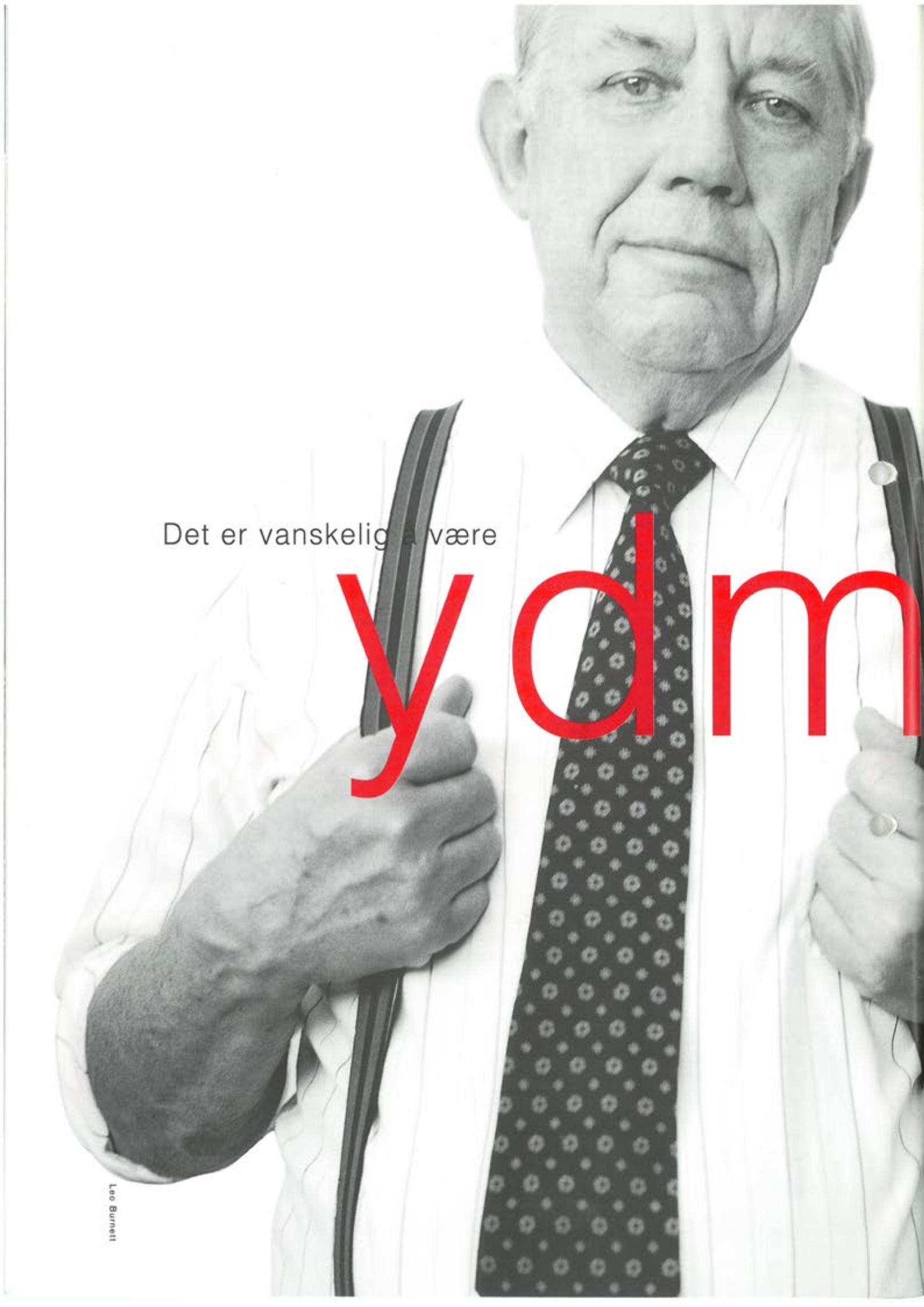
Kilde:

Falk og Torp; Etymologisk ordbok.
Bjørn Ringstrøms antikvariat. Oslo
1994.

Jannike Reymert

Brusk

Brusk – betyr det som knaser. Tenk deg et herlig måltid med en stor steik å gnage på – masse herlig, saftig kjøtt!



Det er vanskelig å være

ydm



y K
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), kinolongult (E 104), indigotin (E 132) et constit. q.s.

Indikasjoner: Depresjon. Tvangsdelser. 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: Synkop, hjertearytmii (tachykardi). Urogenitale: Urinretensjon, ejakulasjonsforstyrrelser, impotens.

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

Forsiktighetsregler: Fluoxetin skal ikke ges 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 døgn. Behandling med MAO-hemmere bør tidligst igangsettes 5 uker og tricykliske antidepressiva 3 uker etter seponering av fluoxetin.

Forsiktigheit bør iakttas ved behandling av pasienter med ukontrollert epilepsi. For pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt eller ustabil hjertesykdom er preparatet ikke tilstrekkelig utredet. Forsiktigheit bør utvises ved alvorlig nedsatt allmenntilstand og ved leverskikt 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 forsiktigheit ved bilkjøring og betjening av maskiner intill reaksjonen på preparatet er kjent. Generelt bør kombinasjonsbehandling med flere sentralnervest 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 morsmelk, og bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: Fluoxetin har inhiberende effekt på cytrom P-450 2D6 i leveren, og kan derfor hemme metabolismen og nødvendiggjøre dosejustering av enkelte andre legemidler. Fluoxetin har høy proteinbindingsgrad, 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 serotoninreoptakshemmere (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 drøye 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 elektrolyttforstyrrelser).

Begge indikasjoner: Maks. dosegns: 80 mg. Kapslene bør sveles 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



CALL FOR IDEER



11. Nordiske kongres i almen medicin 13. – 16. august 2000

- der er længe til ja - men

vi vil gerne gå lidt utraditionelle veje. Derfor hører vi gerne fra interesserede symposiedere, workshopledere.

Under temaet

Patientcentreret almen medicin

– en forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen

har vi planlagt fire hovedemner:

Livet med patienten

- Screening/forebyggende medicin/risiko-begrebet
- Almen medicin fra en filosofisk/antropologisk synsvinkel
- Patientens liv i forandring
- Trekanten: Medier – patient – læge

Forskning

- Status for kvalitativ konsultationsforskning
- Fokusgrupper. Kvalitetsudvikling
- Evidens based almen medicin

- Visioner for forskningen ind i årtusindet
- **Uddannelse**

- Specialeuddannelsen i de nordiske lande
- Patientcentreret medicin
- Guidelines
- Efteruddannelse

Organisation

- Organisation af praksis i forhold til patientcentreret almen medicin
- Hvordan påvirker nutidens teknologiske krav forholdet til patienten
- Prioritering i sundhedsvæsenet og i din dagligdag

Vi ser også gerne andre emner indenfor patientcentreret almen medicin

Har du/I lyst til at deltage som symposie- eller workshopleder, vil vi bede dig/jer indsnde et kortfattet idéoplæg. Det skal indeholde titel, navn på dig/jer samt en beskrivelse af din/jeres idé.

Vi ser gerne eksperimenterende formidlingsformer.

I har således mulighed for at være med til at præge form og indhold. I kan være enkeltpersoner, efteruddannelsesgrupper, forskergrupper, internordiske interessegrupper eller - - - - .

Idéoplæg indsides inden den 8. januar 1999 til:

Dansk selskab for almen medicin

11. Nordiske kongres i almen medicin
Stockholmsgade 55 – DK – 2100 København Ø

PS. Call for abstract udsendes september 1999

Dette er en annonse til å sovne av

En sau, to sauere, tre sauere, fire sauere, fem sauere, seks sauere, sju sauere, åtte sauere, ni sauere, ti sauere, elleve sauere, tolv sauere, tretten sauere, fjorten sauere, femten sauere, seksten sauere, sytten sauere, atten sauere, nitten sauere, tjue sauere, tjueen sauere, tjuetto sauere, tjuetre sauere, tjuefire sauere, tjuefem sauere, tjueseks sauere, tjuesju sauere, tjueåtte sauere, tjueni sauere, tretti sauere, trettien sauere, trettito sauere, trettitre sauere, trettifire sauere, trettifem sauere, trettiseks sauere, trettisju sauere, trettiåtte sauere, trettini sauere, førti sauere, førtien sauere, fortito sauere, førtitre sauere, førtifire sauere, førtifem sauere, førtiseks sauere, førtisju sauere, førtiåtte sauere, førtini sauere, femti sauere, femtien sauere, femtito sauere, femtitre sauere, femtifyre sauere, femtifem sauere, femtiseks sauere, femtisju sauere, femtiåtte sauere, femtini sauere, seksti sauere, sekstien sauere, sekstito sauere, sekstitre sauere, sekstifire sauere, sekstifem sauere, sekstiseks sauere, sekstisju sauere, sekstiåtte sauere, sekstini

B Imovane® «Rhône-Poulenc Rorer»

Hypnotikum

F01

ATC nr.: N05C

TABLETTER: 5 mg og 7,5 mg. Hver tablet innneh: Zopiklon, 5 mg, resp. 7,5 mg, lactos. 20,5 mg, resp. 30,8 mg, const. q.s. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Forbigående og kortvarige søvnvansker. Som støtteterapi i begrenset tid ved behandling av kroniske søvnvansker. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig leverinsuffisiens. Søvnnapné. **Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene er bitter smak, som oppleves hos ca. 4% av pasientene, munntørhet og tretthet om morgenen. Sjeldnere bivirkninger er angst, uro, hallusinasjoner og anterograd amnesi. Reaksjoner som forvirring, eksitasjon, adferdsstyrrelser og dysfori er også rapportert.

Forsiktighetsregler: Mulighet for tilvenning eller misbruk bør alltid vurderes ved forskrivning av preparatet. Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon, myasthenia gravis, ved behandling av pasienter med nedsatt allmenntilstand og misbrukere. Forsiktighet må også vises ved samtidig behandling med andre psykofarmaka eller ved inntak av alkohol. Kan påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet hos bilførere og personer som betjener maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Behandlingen bør ikke strekke seg ut over 2-4 uker. Klinisk dokumentasjon hos barn mangler.

Andre opplysninger: Søvnvansker kan bero på psykisk eller somatisk sykdom. Søvnproblemer bør derfor utredes med henblikk på dette. Behandling med sovnmiddelet bør være av kort varighet eller intermitterende for å redusere risikoen for seponeringsproblem. Brå seponering ved bruk av sovemedisin kan lede til tiltagende urolig søvn noen netter. Samtidig bruk av alkohol bør unngås. **Graviditet/ Amming:** Overgang i placentæ: Klinisk erfaring hos gravide er begrenset. Dyrekspesimelle data viser ikke økt risiko for fosterskade. Negative farmakologiske effekter på fosteret og/eller det nyfødte barnet slik som hypotoni, påvirkning av respirasjonen og hypotermi kan ikke utelukkes. På grunnlag av dette anbefales ikke behandling under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Zopiklon går over i morsmelk. Mengde zopiklon som gjenfinnes i morsmelk er ca. 50% av mengden i morens plasma. Selv om konsentrasjonen av zopiklon i morsmelk er lav, bør ikke zopiklon gis til diegivende kvinner. **Interaksjoner:** Den sentralt dempende virkningen kan forsterkes av stoffer av typen hypnotika, sedativa, narkotiske analgetika, generelle anestetika, tranquilizers, neuroleptika, antihistaminer og av alkohol (1,92e - psykoleptika, 95e - benzodiazepiner). **Dosering:** For å sikre optimal behandling bør dosen tilpasses pasientens alder, vekt og allmenntilstand, samt type søvnfortyrelse. Behandlingen bør startes med lavest mulig dose. Skal tas kort tid før man går til sengs. Innsovningssvansker og forsyrrret nattesøvn: Voksne: 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Eldre: 3,75 mg (en delt tablet). Kan ved behov økes til 5 mg (inntil 7,5 mg ved forsyrrret nattesøvn). For tidlig oppvåkning: Voksne: 7,5 mg. Eldre: 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Bør fortrinnsvis gis intermitterende. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Varierende grad av CNS-depresjon, fra dosighet til koma, som avhenger av den inntatte mengde zopiklon. Overdosering antas ikke å være livstruende med mindre det samtidig er inntatt andre CNS-dempende midler inkl. alkohol. Behandling: Generelle forholdsregler tas, overvåking av respirasjon og blodtrykk, evt. aspirasjon. Hemodialyse er av liten verdi pga. zopiklons store distribusjonsvolum. Flumazenil kan forsøkes som antidot. **Pakninger og priser:** 5 mg: Enpac: 10 stk. kr 61,60. 30 stk. kr 85,30. 100 stk. kr 192,80. 7,5 mg: Enpac: 10 stk. kr 62,10. 30 stk. kr 86,40. 100 stk. kr 196,60.

sauer, sytti sauere, syttien syttito.....

.....sauer, syttitre sauere, syttifire sauere, sytti-fem sauere, sytiseks sauere, sytisju sauere, syttiåtte sauere, syttini sauere, åtti sauere, åttien sauere, åttito sauere, åttitre sauere, åttifire sauere, åttifem sauere, åttes sauere, åttisju sauere, åttiatte sauere, åttini sauere, nitti sauere, nittien sauere, nittito sauere, nittie sauere, nittifire sauere, nittifemsauer, nittiseks sauere, nitti-sju sauere, nittiåtte sauere, nittini sauere, hundre sauere, hundreogen, hundreogto sauere, hundreogtre sauere, hundreogfire sauere, hundreogfem sauere, hundreogseks sauere, hundreogsju sauere, hundreogåtte sauere, hundreogni sauere, hundreogti sauere, hundreogelleve sauere, hundreogtolv sauere, hundreogtretten sauere, hundreogfjorten sauere, hundreogfemten sauere, hundreogseksten sauere, hundreogsytten sauere, hundreoggatten sauere, hundreognitten sauere, hundreogtjue sauere, hundreogtjuein sauere, hundreogtjue-to sauere, hundreogtjuetre sauere, hundreogtjuefire sauere, hundreogtjuefem sauere, hundreogtjueseks sauere, hundreogtjuesju sauere, hundreogtjueåtte sauere, hundreogtjueni sauere, hundreogtretti sauere, hundreogtrettien sauere, hundreogtrettito sauere, hundreogtrettetre sauere, hundreogtrettifire sauere, hundreogtrettifem sauere, hundreogtrettiseks sauere, hundreogtrettisju sauere, hundreogtrettiåtte sauere, hundreogtrettini sauere, hundreogførti sauere, hundreogførtien sauere, hundreogførti-

Indikasjoner for Imovane: Forbigående og kortvarige søvnvansker.

Som støtteterapi i begrenset tid ved behandling av kroniske søvnvansker.

Halveringstid 4-6 timer¹⁾ - tidlig oppvåkning forhindres²⁾.

Referanser:

1) Kerr JS et al. Human Psychopharmacology, Vol 10, 221-229, 1995.

2) Inman et al. Pharmacoepidemiology and drug safety, Vol 2, 449-5231, 1993.

3) Godkjent preparatomtale.



Rhône-Poulenc Rorer AS

Eiksveien 110, Postboks 24, 1345 Østerås.
Tlf: 67 16 33 00. Fax: 67 16 33 33. E-mail: rpr-no@online.no

Foto: c Pete Turner/THE IMAGE BANK



Med Imovane
kommer søvnen raskt.¹⁾

Imovane gir mer
sammenhengende søvn
og forlenger søvnens
varighet.¹⁾

Dokumentasjon tyder
ikke på toleranseutvikling
eller avhengighet.^{1,2)}



Imovane®
zopiclone

Dagen blir til om natten



Nyhet! Nå også i 28 forpakning

Synfase®

noretisteron/etinyloestradiol
-lik men allikevel ulik.

Antikonseptivmeddel

TABLETTER: Hver blå tablet innen.: Noretisteron 0,5 mg, etinyloestradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigokarmin (E132). **Hver hvit tablet innen:** Noretisteron 1 mg, etinyloestradiol 35 µg, lactose, hjelpestoffer. **Hver orangefarget tablet innen:** Lactose, hjelpe-stoffer. En pakning inneholder 12 blå tabletter og 9 hvide tabletter. Pakninger med 28 tabletter inneholder dessuten 7 orangefargede tabletter. I løpet av 1998 er fargen på tabletterne endret. De tabletter som var hvite er nå blå og de tabletter som var gule er nå hvite.

Egenskaper: Klinisk prøving: Trefasisk estrogen-progestergendom-binasjon (kombinasjonspille) med økt progestergeninnhold i midcyklus sværtende til den postovulatoriske progestergondomantene fasen i normalcyclus. De siste 5 dager er progestergondoseringen redusert til utgangs-doseringen. Øvergondosen holdes konstant gjennom hele behandlingsperioden. Den totale utestridbehandlingen pr. cyclus blir derved lav, samtidig som sikkerheten opprettholdes og cykluskontrollen er god. Noretisteron har gestagen effekt og etinyloestradiol har østrogen effekt. Kombinasjons-pille er det sikreste antikonseptivmiddelet tilgjengelig i dag. I inter-nasjonale studier og fra WHO er det oppgitt at ved bruk av kombinasjonspillet må mas regnes med fra 0,12 til 0,34 svangerskap dersom 100 kvinner brukte kombinepsjonspiller i 1 år. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen. Desuten påvirkes cervico-skrætet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres og endometrium påvirkes med redusert miltighet for nidadasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maks. serumkoncentrasjon 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 metaboliseres i leveren. **Unskilje:** Metabolittene unskilles via urin og feces.

Indikasjoner: Antikonseptiv.

Kontraindikasjoner: Verifisert eller misdiagnosert cancer mastitma og østrogenavhengige tumorer inkl. endometriekyperplasi eller slike i anamnesen. Kardiovaskulære eller cerebrovaskulære lidelser som trombolekkitt eller tromboemboli i akutt stadium eller i anamnesen. Utpræget familiær disposisjon for kardiovaskulære lidelser. **Utklipp:** Metabolittene unskilles via urin og feces.

lare sykdommer eller trombose. Leverfunksjons-forsyntreler, ikterus. Dubin-Johnsons syndrom, Röse-syndrom, graviditetslisteri i anamnesen (genomgått hepatit med normalisert leverfunksjon) er dog ikke kontraindikasjoner.

Sjøfelleslæremi. Portfy. Hypertensjon. Graviditet. Udiagnosert vaginalblødning. Herpes gestationis i anamnesen. Hypofisioprotrester.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerte, hjerte, lunger, dype vete) forekommer. Blodningsforsyntreler særlig initiat. vækstreksem, mastalgia, kvalme, hodepine, migréne, hemicranie, tystafontreler, chlonaema. Endring av vekt og libido. Hypertonias kan oppstå. Opprør tegn på åtters ikke adnovdigvis relatert til preparatet, skal medisinasjon straks avbrytes. Tilfeller av forandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet. Forandringerne kan ytter seg som akutte buksenterer eller tegn på intraabdominal blodning, og behandlingen bør da straks stoppene.

Forsikrighetsregler: For behandling instrueres føretak grundig undersøkelse inkl. marmotaeundersøkelse, blodtrykksmåling samt en grundig familianamnese. Kontrollen gjentas løpende. Forsyntreler i knøggdagsystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i ungdom har forekommets tromboemboliske sykdommer (først og fremst hjerte-ørfaki, slagfall). Cytologiske prøver skal tas etter screeningspool-grammet. Besk av perorale antikonseptivmidler øker risikoen for hjerte- og knyskdommer. Rakking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodprop, hjerteinfarkt og hjernedals. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinnene bør sluttet å røke hvis de vil ta p-piller.

Friske ikke-røkende kvinner uten økt risiko for hjerte-knyskdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opprør tegn på tromboemboli skal preparat umiddelbart stoppene, og pasientens undersøkelse nøy. Likleddes stoppene ved tegn på åtters. Hvis mistig, stoppene minst 4 uker før kuryosiske inngrep, som kan tenkes å medfeste økt trombosentrisk. Kan nedsætte gjukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulations- eller nyrelykdom, epilepsi eller migréne. Uunge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenorré eller sekundær amenorré bør helst anvende annen form for preventjon. Ved markant blod-

trykksastning bør preparat stoppene. Ved uslitlig bortfallsbleeding skal gravisidestest utføres. Effekten kan reduseres ved oppkant og diuret. I slike tilfeller bør ikkehormonelle antikonseptivmidler anvendes i tillegg.

Hvis 36 timer eller mer går siden siste tablet ble tar, bør annen preventjon anvendes i tillegg i 14 dager.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i mensesmelk: Både østrogener og gestagener er plikt i mensesmelk. Bør ikke brykes under amning.

Interaksjoner: (I) 122e steroider, 123e antikonseptivmidler, perorale (p-piller), 123e noretisteron)

Dosering: 1 tablet daglig.

21 tabletter brent: Medisinasjonen begynner på menstruasjonsbleddningens 1. dag og fortsetter med en tablet hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletterfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tabletterfrie pausen på 7 dager inntar en menstruasjonslignende blodning (borf-fallblodning). Tabletintakten fra neste brent starter etter 7 dagspausen, på samme ukedag som man startet det første brenet på. Tablettene bør tas på omrørt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

28 tabletter brent: Medisinasjonen begynner på menstruasjonsbleddningens 1. dag og fortsetter med en tablet hver dag i 28 dager. I løpet av de 7 dagene med plæcebo-tabletter (orange) inntrer en menstruasjonslignende blodning (borf-fallblodning).

Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Behandlingen fortsetter dermed kontinuerlig, også under den menstruasjonslignende blodning (borf-fallblodning) som vanligvis inntrer når man tar de siste tabletterne på brettet. Tablettene bør tas på omrørt samme tid hver dag. Med dette doseringssregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

Receptgrupper: 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

Synarelta®
naftarelin

Synfase®
noretisteron/etinyloestradiol

Conludag®
noretisteron

SEARLE
SCANDINAVIA
Division of Monsanto Norge A/S