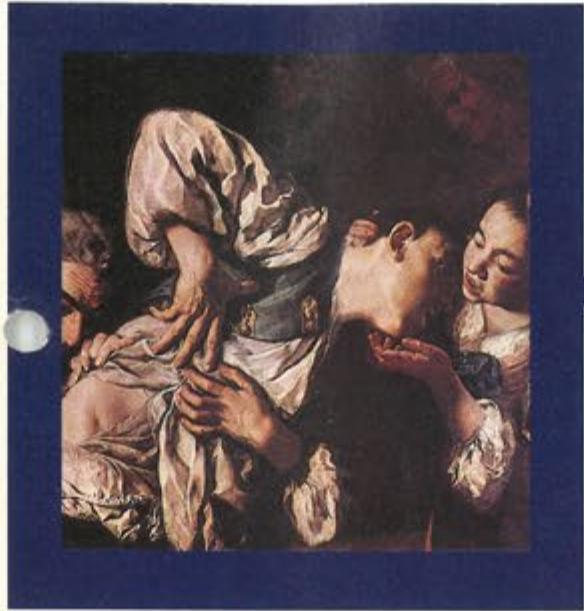


utposten

Nr. 2 - 1999

Årgang 28

*Blad for
allmenn- og
samfunns-
medisin*



Innhold:

Leder

Den kultiverte lidelse

I skyggenes dal

Sentraliseringsspøkelset

Poliomyelitt, fibromyalgi
og krigs-sequeler

Hvorfor (for)bli allmenn-
praktiker

Veggedyr i våre dagar

Faste spalter

Bokanmeldelser

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63973222 Fax 63971625
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

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: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøm

Skogv. 29
3660 Rjukan
tlf: 35092228
Fax: 35090640
E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51508383
E-mail: ejpcd@online.no

Tone Skjerven

Modum Bad
3370 Vikersund
tlf: 32787096
fax: 32788308
E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net,

Torgeir Gilje Lid

Koordinerende redaktør
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
tlf: 51521071
fax: 51526152
E-mail: giljelid@online.no

Design & trykk:

PDC Tangen as Aurskog

Å møte menneskje

«**E**tterhvert som vi lar vårt indre lys brenne,
gir vi andre mennesker muligheten til å gjøre det samme.
I det vi frigjør oss fra frykten,
vil vår tilstedeværelse automatisk frigjøre andre»

Nelson Mandela

Karin Sveen skriv i boka «Den kultiverte lidelse», i dette nummer av Utposten, om den narrative dialog, om kor viktig det er å by på seg sjølv både for lege og pasient, for at legen skal kunne lege, og for at pasienten skal kunne vere «patient» nok til å kunne bli legt. I sine refleksjonar rundt dette temaet skreiv Cecilie Dae i forrige nummer av Utposten at den kliniske samtalen er verkemidlet for å binde saman den tause erkjenningskunnskapen, som både lege og pasient har med seg, med faktakunnskapen som trengs i konsultasjonen.

For at vi som legar skal kunne hjelpe eit menneskje til betre helse, som etymologisk tyder å gjere heil, må vi først av alt legge forholda til rette for at det blir eit godt møte. Eit møte mellom to likeverdige menneskje som møtest under fire auge, med kvar si historie og livsrøynsle, men som oftast med eit felles utgangspunkt, «kva kan eg gjere for å bli frisk?» Først når det har blitt eit godt møte, kan vi fylle det med kunnskap. Når vi har forstått kva det verkeleg gjeld om i møte med menneskje, vil vi framleis trenge konkrete kunnskapsbaserte retningslinjer for mange av dei problema pasientane kjem med i allmennpraksis, fotdeformitet, blodsukkeret, ryggsmertene eller hepatitten.

For å kunne skape gode møte, må ein våge å vise sitt eige indre lys – vere tydeleg på kven ein sjølv er og kor ein står. Dette kan gje dei som tenkjer annleis om ei sak i dialogen med legen, eller i den samfunnsmedisinske debatten, mot til å gjere det same. Ved å setje ord på det som ein sjølv har erkjent og forstått, kan andre forstå og erkjenne, og det kan setje det fastlåste i rørsle.

Språket gjer at vi kan leggje noko bak oss ved å leggje noko fram. Vi kan ikke vite alt, men når vi har forstått problemet, kan vi med vårt utgangspunkt hjelpe til med å stille gode spørsmål og leite etter svar. Den kliniske samtalen vert verktøyet der den narrative dialogen og EBM kan gå hand i hand for å setje krefter fri både for pasient og lege.

Å vere seg medviten det utgangspunktet ein har i dialogen eller diskusjonen, legg forholda til rette for eit godt møte, og det kan vere med å hindre klagesaker som resultat av dialogen og steile, uforsonlege standpunkt i debatten.

Frode Forland

Den kultiverete lidelse

„Vi lever i en rasjonal og opplyst kultur som når det gjelder friskhet og lidelse betjener seg av et språk som skal uttrykke seg om noe ikke-språklig og uggjennomsiktig, nemlig kroppen. Vi kan operere den, studere den anatomisk og røntgenbelyse den, men den levende kroppen er som helhet ikke innlysende. Hadde den vært det, hadde vi vært ved kunnskapens og erkjennelsens ende. Da hadde vi kunnet tale om den flytende og definitivt, og ikke som vi nå gjør, hakkende, stammende, fulle av søking, tvetydighet og nøling.“





**Forfatter
KARI SVEEN**

Selv om kroppen har sine særige uttrykk, er vi henvist til det verbale språket i vårt forsøk på å tolke og forstå disse. Derfor burde alle som i behandlingsøyemed har med kroppen å gjøre, gjennom sin utdanning få en omfattende opplæring om språk, språkbruk og kommunikasjon, om den kontekst språket inngår i. Dette betyr ikke at enhver lidelse kan helbredes gjennom språk, selv om psykiske lidelser og kanskje mange psyko-somatiske lidelser kan det. Selve ordet *å lege* betyr etymologisk å helbrede både gjennom ord og handlinger, en betydning som skriver seg tilbake til den gamle folkemedisinen. I forhold til det store omfanget av moderne livsstilslidelser synes språket å spille en viktig rolle i samspillet mellom klient og behandler, og i klientens relasjon til egen lidelse. De moderne livsstilslidelser er friskhetens lidelser som det fornuftige språket har vanskelig for å gi uttrykk. Det betyr ikke at vi som klienter ikke vet, men at vår viden er sammensatt på en måte som gjør språket familiende. Lidelsen er flerårsaket og kompleks, og helbredelsen vanskelig å gjennomføre. Da er det ofte lettere å bli behandlet enn selv å handle, og mer beroligende å få en diagnose enn å lide av noe udiagnostiserbart.

Friskhetens lidelser er udiagnostiserbare, for det er livets egne lidelser, som behandling kan lindre, men neppe fjerne. Da jeg gav ut boka «Den kultiverte lidelse» om moderne livsstilslidelser, var det enkelte anmeldere som etterlyste hvilke diagnoser dette begrepet omfattet. At jeg ikke hadde listet dem opp, skyldtes verken forglemmelse eller tilfeldighet. Den eneste reservasjonen jeg tok, var de tunge og livstruende lidelser. Utgangspunktet for boka var de notater jeg gjorde da jeg ble behandlet for skiveprolaps, de refleksjoner det avstedkom å være klient i et moderne behandlingsapparat. Helt eksakt begynte jeg å notere den dagen jeg oppdaget at de ulike behandlerne verken samarbeidet eller visste om hverandre, og at legen ofte hadde glemt hva jeg feilte og hvilke type behandlinger han hadde anbefalt. Planen var å kopiere opp notatene og dele dem ut til orientering. Dette ble det aldri noe av. Det som begynte med noen konkrete erfaringer, endte som en essaysamling om den moderne kroppen, dens lidelser og språket om disse. Jeg husker førstig min lettelse over å få en diagnose. Det gav meg som klient en enklere rolle enn om jeg bare hadde hatt diffuse

ryggplager eller muskelsmerter. Diagnosen gav meg distanse til lidelsen og en slags verdighet i forhold til behandlerne. Jeg husker også godt hvilken forandring i holdning jeg innbilte meg å kunne registrere hos den allmennpraktiserende legen da røntgenundersøkelsene omsider fastslo prolapsset. Inntil dette skjedde, ble jeg behandlet blant annet hos kiropraktor som om min plage var muskulær. Den milde overbærenheten ble erstattet av vennlig saklighet. Diagnosen gjorde det selvfølgelig behandlingsmessig og kommunikasjonsmessig enklere, både for legen og for meg. Det hører også med til historien at jeg havnet på venteliste for ryggoperasjon. Denne har aldri funnet sted. Dette er nå snart to år siden. I mellomtiden skrev jeg altså bok. Jeg fortalte legen min om dette. Han var en ung og allerede velstående mann på et privat legesenter, og utbrøt begeistret at også jeg nå kunne bli velstående ved å skrive. Kanskje kunne jeg det ved å skrive en annen type bok enn det jeg, men ikke han, visste at jeg ville. En annen behandler ble forskrekket da jeg fortalte at jeg holdt på å skrive om mine erfaringer. Hun var en såkalt triggerpunktterapeut og trodde jeg ville «gå til avisene» med dem, som hun sa. Men nei. Hun hadde ingen ting å frykte. Verken tradisjonalister eller alternativister hadde det. Jeg har i det hele tatt ikke skrevet bok for henge ut noen, forsvare den stakkars klienten eller tjene penger, men for å reflektere. Derimot var reaksjonen på bokprosjektet blant behandlerne interessant.

Nok om dette, og mer om livsstil. Den livsstilslidende er ikke syk, men frisk på en plaget måte. Og hun plages over å fortelle at hun er plaget, for hun lever i den beste av alle verdener, i det rikeste av alle land, i den mest opplyste tid av alle tider, med større frihet og større mulighet til det gode liv enn noen annen før henne og kanskje etter. Men hun har likevel ufri segnet sammen under friheten, hun er usornufsig i en fornuftig verden, hun er uklar i klarhetens tid. Hun er ikke irrasjonell, men a-rasjonell. Hennes plage er å være menneske i en kultur som har forklart henne som kropp. Hun har kanskje psyke, men knapt nok sjel. Og har hun psyke og sjel, forvaltes disse fenomener behandlingsmessig hos psykolog eller prest og prost. Ikke Proust, men prost. Hun er også forklart som en kropp, som en gjennomsiktig og definitivt masse. Vår opplyste tid har ikke tatt noe oppgjør med den cartesianske dualismen mellom kropp og sjel, men snudd den på hodet. Før var kroppen henvist til det lave mørke. Nå er sjelen forvist. Ikke rart nysekterismen blomstrar og de alternative behandlingsformer florerer. Å definere og la seg definere som forklart kropp kan gjøre diagnostisering og helbredelse tilsynelatende enkel. Men til gjengjeld varig og omfattende, og behandlingsapparatet forvandles fort til en sykdomsfabrikk. Stort sett er vi alle syke, og stort sett finnes det behandlinger for alt. Livsstil gjør oss syke, og sykdom blir livsstil.



Noen trenger lidelsen, og tigger om diagnose. Gjennom den oppstår det en forskjell på oss selv og de andre, en forskjell vi ikke har klart å skape på annen måte. Samfunnet anonymiserer oss i en kultur som dyrker enerden, karrieren, prestasjonen osv., og som i prinsippet, men ikke i realiteten gir alle like muligheter til alt. Derfor finnes det ingen unnskyldning for svakhet og nederlag. Mislykkes du, er det din egen manglende viljes skyld, og skammen blir deretter. Det hevdes at vi lever i en tid som har bitt hodet av all skam. Ungdom skal nå f.eks. undervises kollektivt i faget onani. Vi har så å si fått

et privatliv i full offentlig regi, sprunget ut av en mekanistisk og instrumentell kroppsoppfatning. Samtidig skjer det en kulturell forflytting av skammen, fra det seksuellefeltet til prestasjonsrettede. For bare en generasjon siden fikk folk kongens fortjenestemedalje for lang og tro tjeneste i samme jobb. I dag er det bare taperne som ambisjonsløst forblir i samme stilling et helt liv, ikke minst hvis den er lavt lønnet og uten status. Men også i posisjoner høyere oppe i prestasjonshierarkiet. Amanuenser skammer seg over ikke å ha tatt doktorgraden, og doctores skammer over ikke å bli

professores, og professoren over ikke å være den beste på sitt felt, i Norge, Skandinavia, Europa, på den vestlige halvkule, i hele verden. Så ender den mislykkede opp på legekontoret med sine muskel- og skjelletplager, sin nedstemhet, sin hodepine, sin søvnloshet. Kanskje har hun svake prestasjoner på andre områder også: hun spiser ikke riktig, drikker ikke riktig, har ikke sex ofte nok og bra nok, trener ikke nok, reiser ikke til de rette stedene, har for uinteressante bekjentskaper, eller har nesten ingen, ser ikke attraktiv nok ut, er for gammel. Osv. Og hun skammer seg. Hun skammer seg også over at skammen har satt seg i kroppen, at hun får plager, at livet virkelig stresser henne, for det er strengt tatt bare de mislykkede som blir stresset, de har for lav kapasitet på område etter område. Og ikke på legekontoret, der den konsultative samtale skal finne sted, skammer hun seg intenst, for hun er jo ikke syk, eller: hun lider av en symbolsk sykdom som består i at hun ikke er sterk og uslæelig. Denne damen trenger f.eks. en diagnose som fibromyalgi for sin menneskelige verdighets skyld. Hun trenger sykemelding og behandling. Hun trenger en pause fra forventningspressets trykk. Hun trenger et fristed, og diagnosen gir henne denne. Kanskje trenger hun dette stedet lenge. Hun som har opplevd at hun har forsvunnet inn i den anonyme og isolerte menneskemasse, hun er nå gjennom sin lidelse blitt synlig. Nå finnes hun igjen. Det er paradoksal at man må bli syk for å få følelsen av å finnes.

Livsstilslidelsen forstått som «den symbolske sykdom» er et farlig begrep. Det er ikke så lenge siden tuberkulose ble sagt å uttrykke svakelige menneskers overfølsomhet. Det hjelper heller ikke klienten særlig mye å få høre at hun lider under kulturens krav om prestasjoner på alle områder. Resepten måtte da bestå i legitimt hærverk på sjefens kontor eller lignende, noe som også kan være vanskelig å gjennomføre hvis ryggen gjør det umulig å komme seg i skoene. Jeg er selvfølgelig den medisinske forskning evig takknemlig for alle dens fremskritt. Jeg sier ikke nei til smertestillende piller, medisiner mot søvnloshet og behandling for akutte plager. Jeg vil svært gjerne være operativ, og helst ikke bli klient. Kunne en pille fjerne prolapsen mitt, skulle jeg tatt den nå med det samme. Jeg er ikke på noen måte tilhenger av en absolutt dikotomi mellom det «naturlige» og det «kunstige». I følge denne er det prinsipielt naturlig å lide og gjerne dø en tidlig død uansett sykdom og mulighet til helbredelse. Tvertimot kan man si at det til alle tider har vært naturlig for mennesket å ta alle tilgjengelige midler i bruk for å unnsinne lidelse og utsette død. Det har også vært «naturlig» for mennesket å unndra seg kulturens trykk



gjennom ulike former for tilbaketreking, gjennom rus, religion, kunst, natur osv. En ensidig dedisering av det naturlige representerer en form for biologisme som er like fatal som hva den mest tradisjonelle medisin blir beskyldt for å representere. På den andre side: Det ville ikke skade legens helbredende muligheter om han hadde interesse for og innsikt i lidelsenes sosiiale og kulturelle kontekst. For det må generelt være nærliggende å tenke seg at når så mange mennesker i et samfunn blir rammet av så beslektede, om enn ikke diagnostisbare lidelser, er ikke disse bare et individuelt problem, men et kulturelt.

Det er også delvis av den grunn jeg har kalt boka «Den kultiverete lidelse», forstått som en relasjonell lidelse utviklet på grunn av en varig belastende friksjon mellom den enkelte og den sosiokulturelle sammenheng den enkelte inngår i, og heller ikke kan unnsinne. Og med den sosiokulturelle sammenheng mener jeg ikke nødvendigvis «samfunnet», det «onde» samfunnet, men de forhold den enkelte har til alle sine ulike typer omgivelser. Samtidig kan den enkelte bidra til å kultivere lidelsen, så å si dyrke den, gjøre seg avhengig av den som en måte å være til på. Hun foretrekker kanskje å skille seg ut med sin lidelse i stedet for å skille seg fra sin ektefelle, for å si det sånn. For det tredje kan behandlingsapparatet støtte opp om og kultivere lidelser gjennom behandlingsformer som ofte er både langvarige og feilslattede. Hadde ikke jeg selv tatt initiativet til å avstå fra ytterligere behandling, hadde jeg trolig fremdeles vært klient.

Jeg legger ikke ansvaret for denne utviklingen på behandlerne eller den farmasøytsiske industrien eller kommersialiseringen av helsevesenet. For lidelsene og behandlerne inngår i et uhøye komplisert samspill. Men noe kan likevel sies, og noe kan likevel gjøres. La meg ta språket først, situasjonen og samtalen om lidelsen, ikke den vi fører her i dag, men den som foregår mellom klient og behandler. Ikke for det. Jeg er faktisk i forhold til dere klienten som har ordet i en dialog med leger. Det er også slik at jeg nå får sagt det jeg aldri fikk anledning til i behandlingssammenheng. Det var ikke tid til det, og det var heller ikke rom for det, til tross for at vi hadde rommet for oss selv, legen min og jeg. Ytre og indre omstendigheter var ikke slik. Jeg kan gjerne fortelle litt om dem nå, og de handler ikke om skyld. Konsultasjonen tok et kvarter. Jeg skulle redegjøre for min lidelse. Telefonen ringte. Legen snakket med sin kone, først om bar-

nehagen, så om en forestående utenlandsreise og en barnepike de for anledningen måtte ha med seg. Han var ung og veltrent, og hadde et kostbart ur om sitt solbrune håndledd. Han tok i mot min beskrivelse av plagen som en varebestilling. Han var i godt humør og uhyre effektiv. Han satt ved datamaskinen, jeg ved siden av skrivebordet. Radioen stod på i bakgrunnen. Sekretæren dukket opp med noen spørsmål til ham. Vel. Han gav meg resepter for smerter og betennelse, rekvirerte time hos senterets kiropraktor og sendte meg direkte til røntgenrommet på sentret. Jeg gikk derfra med følelsen av å kunne bli kurert på noen dager, og tror jeg som klient av å være både dannet, operativ og samarbeidsvillig. Han syntes det var gøy at jeg var forfatter, for han hadde en kone som leste bøker. Konsultasjonen kostet 285 kroner pluss resepter og prøver. Regninga lød totalt på omkring 700 kroner. Denne ble diskret betalt ute i resepsjonen. Det var som å gjøre diskret opp på en finere restaurant med byens beste meny. Samtidig var jeg fortumlet, og den følelsen varte ved. Parret med en viss respekt både for fagfolk og autoriteter, samt motvilje å klage, framsto jeg som ganske taus, og etter hvert også tvilrādig. Jeg tror jeg har en viss arvelig disposisjon for ryggplager, men visste også at jeg var stresset, av flere grunner. Jeg fikk imidlertid beskjed om å være ytterst forsiktig med å bevege meg, og ellers bare la meg behandle. Det eneste som ikke var farlig, var behandlingen på sentret. Altså. Det var en tiende samtale. Vi slapp unna med skinnet i behold, begge to. Jeg tror det finner sted mange slike typer konsultative samtaler, der det skjer en omfattende betydningsoppophøring under overflaten, kanskje på begge sider av bordet. Gjennom utdanning og arbeid tilhørte vi vel begge samme sosiale skikt, om ikke økonomiske. Men kulturelt hadde vi nok svært forskjellige historier med oss. Tilseligvis var vi fra samme by, han direktørsønn, jeg datter av en platearbeider og bortimot dobbelt så gammel. Vi hadde en hyggelig, eller høflig tone. Men både på språk-, innholds-, og erfarings- og refleksjonsplan var det store forskjeller, slik jeg opplevde det. Samtidig kan jeg litt om språk, både muntlig og skriftlig, både faglig og litterært. Jeg skifter stil og språk avhengig av hvem jeg snakker med. Både lege og klient benytter seg av et språk som rollen inviterer til. Det er ikke bare legen som forsøker å opptre profesjonelt. Det samme gjør nemlig klienten. Mange av oss vil framstå som sympatiske, imøtekommende og behagelige. Slik kan man nærme seg hverandre, men også inngå kompromisser som gjør kommunikasjonen polyfon. Klienten kan av mange grunner og med ulike motiver holde informasjon tilbake, noe som i neste omgang må bære et visst ansvar for at behandling kan bli mislykket. Denne innrømmelsen bør klienten gi en behandler. På den andre siden er det ikke sikkert at det er en kausal sammenheng mellom denne tilbakeholdte informasjonen og den konkrete lidelsen. Og skulle dette være tilfelle, er klienten redd for å bli

betraktet som en som selv er skyld i sine plager. Da ler vi heller litt, for å bringe oppmerksomheten vekk fra det mislykkede trekket ved oss. I rollespillet på legekontoret oppfører da begge parter seg som to tilnærmedesvis jevnbyrdige personer som gjør avtaler om hvordan vi skal forholde oss til den tredje parten, den gjenstridige objektkroppen som har satt seg på bakkona. Selvfølgelig er det slik at vi ikke bare er våre kropper, men at vi også har dem. I den konsultative situasjonen, der verden, forhistorien og fortellingen er stengt ute, i denne helt nøkternt hvite kontekstfrie sone forholder vi oss til kroppen som gjenstand. Straks vi åpner munnen, skjer dette. Vi uttaler oss som subjekter om et objekt som samtidig er oss selv; i tillegg skal den subjektive talen være mest mulig objektiv. Når vi så uten å lykkes forsøker å tale flytende om denne kroppens objektive plager, er ikke kroppen i samme bevegelse, og heller ikke kroppens person. Plagen har fått kroppen til å stanse, den er blitt stiv og lite føyelig. Ikke bare det. Den kroppen vi som friske og velfungerende ofte glemmer, blir vi kraftig påminnet om at vi ikke bare har, men også er når en lidelse inntreffer. Lidelsen opphever avstanden til kroppen. Samtidig skal vi omtale den med distanse. Det er en øvelse som krever mye av den fornuftige klient. Vi skal på en og samme tid både være analysand og analysator. Det er både et lidelsens paradoks og et lidelsens gode at den fjerner den kroppslike fremmedgjøringen. Lidelsen, eller plagen innhenter oss som kropper, men på en måte som åpenbarer den som dysfremtredende. Den fremtrer som avstikkende og avvikende.

Vi lever, som vi alle opplever, i en blikkets kultur, med en mer eller mindre konstant oppmerksamhet på kroppen og dens ideale framtoning og funksjon. Kanskje kan disse moderne lidelsene ses på som en kroppens ikke-språklige protest mot disse idealer, en opposisjon som vi kulturelt sett har forsøkt å gi uttrykk. Kroppen setter en grense mellom seg selv og de andre gjennom lidelsen, eller en grense for selvet, det moderne, grenseløse selvet som flyter omkring i ulike roller, bak alskens masker og forkledninger. Kanskje er lidelsen en kroppens egen omsorg for identiteten og selvet, ikke på den selventrerte måten, den narsistiske måten, men for å redde selvet fra narsissismen, selvopptattheten, forestillingen om det grandose, allmektige selvet som kan alt og vil speile sin allmakt i alt og alle. Jeg sier dette fordi det motsatte også kan hevdes; at de moderne lidelsene er uttrykk for det moderne menneskets overømfintlige og nytelsesfulle fokus på seg selv og sine nykkefulle små plager, som gjennom verbale oppblåsninger kan påkalle ytterligere oppmerksamhet fra omverdenen.

Ja, for også dette skjer. Lidelsen blir en monoton og monogan monolog for og om det ene. Det kan ende med at den dialog som i utgangspunktet skulle oppstå mellom kroppen

og omverdenen, mellom lidelsen og friskheten, forvandles til en ulidelig monolog der den lidende får sitt ønske oppfylt om å skille seg ut fra det anonyme, men risikerer å miste sin samtalepartner eller venn. For han vil heller tviholde på sin lidelse enn å beholde sin venn. Han vil ha en venn som lytter, men som ikke taler. Dialogen truer monologen, den truer det eksepsjonelle, i det den åpner for en alminnelig samtale der den moderne lidende blir tvunget til å innse det alminnelige ved lidelsen. Og paradoks på paradoks: i det øyeblikk vi omsider tror det er inntrådt en forskjell mellom oss og de andre, nemlig gjennom lidelsen, i en samtid som dyrker forskjell, i det øyeblikk vi tror vi endelig blir sett, som det uavlatelig heter, men som i virkeligheten handler om å bli hørt og hørt, i samme stund må vi bitterlig erkjenne at det er det alminnelige vi er blitt innlemmet i med vår plage. Det er som alminnelige vi ikke klarer å finne vår plass. Det alminnelige livet, det hellige alminnelige livet som ikke har som fremste oppgave å strebe etter makt og innflytelse, men etter erfaring og opplevelse, etter innhold og ikke form. Som alt levende er vi som mennesker intensjonelle, utoversøkende, bevegelige og bevegende. Men dette er en tvetydig egenskap, for i det øyeblikk intensjonen blir målet, mislykkes vi. Det er så og si ved å glemme målet vi oppnår det. Det vet enhver som har forsøkt å nå et mål. Det kalles paradoksalt intensjon, å oppnå et mål ved å glemme det. Skal jeg skrive et dikt, må jeg glemme at jeg skal skrive et dikt og bare være tilstede i mitt indre bilde og i den oppriktige trangen til å uttrykke det. Skal jeg kunne være tilstede i min egen kropp, må jeg glemme kroppen, i en bevegelse som søker noe annet enn seg selv. Skal jeg møte et annet menneske gjennom dialog, må jeg også glemme meg selv, overskride meg selv, ellers blir møte en umulighet. I vår iver etter å bli vellykkede individer, kan dialogen gå tapt, samspillet gå tapt, vennskap og slektskap gå tapt. Og det er derfor jeg tenker at de moderne lidelsene handler om det monologiske og det dialogiske. Og det er av samme grunn samtalen mellom klient og behandler er så viktig og så vanskelig.

I boka mi etterlyser jeg en tredje type samtale i behandlingsøyemed. Vi har den terapeutiske samtale og den konsultative, den ene for den psykiske anliggender og den andre for de fysiske, for å sette det på spissen. Den tredje typen kan kanskje kalles den narrative dialog, den dialogiske fortellingen som ikke sondrer mellom kropp og sjel eller psyke og soma. Dette betyr ikke at jeg tror man kan snakke seg frisk, enskjønt det også kan være tilfelle når det gjelder det moderne menneskets plager. Hvem har ikke kjent en utrolig vitalitet og glede etter en lang natts fortellinger med gode samtalepartnere? Den stive muskulaturen er forsvunnet, og til tross for søvnangel er en stor kraft tilstede!

Den narrative samtale på legekontoret kan jo lyde som en ren latterlighet. Innbille jeg meg at klienten skal framføre fortellingen om sitt liv? Ville i så fall ikke det bli ene eneste

lang monolog? Og var det ikke nettopp det monologiske jeg for et øyeblikk siden kritiserte så heftig? Nå snakker jeg faktisk ikke om demonologiske, men om det narrative. Om det å snakke «fra levra» som vi sier. Å snakke fra levra er et glimrende uttrykk for at kroppens språk er mer enn kropsspråk i form av gester, kroppsholdning og mimikk, men at også det verbale språket er kroppens språk, underlagt streng eller mild kontroll.

Ikke bare som forfatter, men som person sverger jeg faktisk til språket, det narrative språket som helbredende kraft, ikke som det eneste, men som en av de helt avgjørende metoder for å sette det stansede, det syke, det lidende i bevegelse igjen. Vi skal så og si la kroppen komme til orde, det vil si: sette oss selv i ny bevegelse gjennom språket. Dette enkle fenomenet forutsetter ikke høyt utdannede klienter, noe man ellers kunne mistenke meg for å mene etter alle disse utlegninger. Nei, det handler om å komme til orde, om å la kroppen komme til orde, for trolig er det derfor den er så plaget, fordi den forhindres i å uttrykke seg, i et kulturelt og samfunnsmessig maskineri som går for fort i forhold til den tiden som er kroppens og språkets og refleksjonens.

Når jeg snakker om den narrative samtale, snakker jeg også om verken monologer eller om lange livshistorier, men om det å fortelle som dialogisk metode, om legens narrative oppgave i dialog med klienten. Enhver lege ønsker en god kommunikasjon. Men ofte er det vel slik at man betrakter kommunikasjonen med klienten som god når man får bekreftet at klienten forstår de ord og begreper som blir brukt, at man unngår medisinske faguttrykk eller bestreber seg på å forklare dem, at man redegjør for diagnoser og behandlingenes form og hensikt på en måte som klienten oppfatter. Er man i tillegg vennlig i tonen og fornøyd med atmosfæren under konsultasjonen, er oppgaven innfridd. Men jeg lurer også på om det er mer som skal til. Jeg lurer på om ikke legen må bli tydeligere som person, uten at dette går utover hans profesjonalitet. For på et legekontor er det alltid to fremmede som skal snakke sammen. Og skal en narrativ dialog finne sted, skal man møtes, så må den fremmede ikke forblie en fremmed. Begge parter møter hverandre med både forventninger og fordommer, og for å få hull på disse, kan narrasjonen være et middel. Gjennom å fortelle blir den fremmede kjent. Gjennom å lytte til noe fortellende, blir det fremmede gjort kjent og hjemlig. Altså, det gjelder for enhver av oss i møte med en fremmed, at vi kan sette oss selv på spill, redusere graden av kontroll og senke grensen, for at ord og fortelling kan flyte, om enn ikke helt fritt, så friere. I forhold til fremmedkulturelle klienter må dette enkle faktum syns innlysende. For å forstå må vi legge oss selv litt til side. Ordet forståelse har også en etymologisk betydning som er enkel og megetigende: forstå betyr å stanse opp for

nysgjerrighet å undersøke noe, finne ut av noe. Og når vi nok en gang er inne på det etymologiske: å helbrede betyr å gjøre hel, forene deler. Den samme betydning har ordet helse. La oss sammenholde dette og det jeg sier om å fortelle, altså ikke nødvendigvis en lang fortelling, men en kort, som likevel handler om ett hele, nemlig en situasjon, gjerne en hverdaglig situasjon i sin helhet. En slik fortelling kan så vel lege som klient være i stand til å formidle, også innenfor det tidsrom en relativt kortvarig konsultasjon omfatter. For det er ikke bare legen som skal gjøre den fremmede klienten til en hjemlig klient ved å lytte; det samme skal klienten: Gjennom en liten fortelling vil straks legen for klienten framstå som et hakk hjemligere enn før fortellingen fant sted. Hvordan kan i det hele tatt to anonyme eller anonymiserende personer kommunisere eller ha tillit nok til det? Hadde min lege, istedenfor å sitte gjentatte ganger i telefonen med sin kone, og indirekte la meg forstå at han var en priviligert familiemann som planla ferietur til Frankrike med egen barnepike til ungene, hvis han isteden hadde fortalt dette til meg, ville jeg for det første ha kjent ham litt bedre, for det andre blitt litt tryggere på hvem jeg hadde foran meg, og for det tredje ikke følt det ubehaget jeg gjorde, både over å måtte overhøre en privat samtale, og over å kjenne meg sekundær i situasjonen, samt å irritere meg over hva denne kostbare samtalen skulle anvendes til. Kanskje hadde det hatt større helbredende kraft å gå til skrifte hos en usynlig katolsk skriftefar, enn å sitte med tikkende klokke på kontoret til den travle herren. Kanskje ville man følt seg mindre skyldbetyget hos presten enn hos legen, ikke minst når det er de moderne livsstilslidelsene det handler om. Det finnes knapt et menneske i denne verden, verken blant behandlere eller klienter, som ville betrakte min lege som profesjonell. Han var jo ikke amatør heller, for en amatør er ikke pr. definisjon en person som ikke prøver å gjøre jobben sin så godt han kan. Legen er bare en mann som er på jobb, kan man si. Han tjener en masse penger på dette og begår ingen risiko: klienten dør ikke av dette. Til gjengjeld gjør klienten seg tanker om hvem det er som bør iføre seg hvit frakk. Men tro det ikke er klienten selv. Men det later som det ikke er nødvendig, i det fordommen er selve den anonymiserende frakken: har hun den og den lidelsen, er hun sånn og sånn og skal få de og de resepter og den og den behandling. Det er ikke noe å bruke spesielt mye tid på. Hvor befrakket jeg var, ble bekreftet stadig vakk. Han husket riktignok at jeg var forfatter og skrev vers som han syntes det var morsomt at noen drev på med, selv om ikke han altså, men hans kone hadde glede av den slags, men det han ikke husket var hva jeg led av og hvilken type behandling han hadde foreskrevet. Jeg reddet han gang på gang ut av de pinlige situasjonene som hans forglemmelser medførte, men til gjengjeld innbød ikke disse forglemmelser hverken til narrativ fortrolighet eller tillit. Jeg mistet ikke

sympatiens for han heller, jeg prøvde å forstå hvor travelt han hadde det, både som ektemann, småbarnsfar og allmennpraktiserende ung lege, som ønsket lykke på reisen da ferien han stod for døren.

Men tilbake til narrative dialog og dens funksjon i forhold til betydningen av begrepene helse, helbredelse og det å lege: Det å fortelle handler jo om å sammenføye deler til en helhet. Det dreier som å gjøre kontekst til tekst. Vi har lenge levd i den såkalt postmoderne tid hvor det fragmenterte og oppstykkede ved tilværelsen ikke bare har vært et faktum for mange av våre erfaringer og våre relasjoner til oss selv og omverdenen, men også tese for gyldig framstilling av det samme. Fortellingen, slik vi kjenner dem fra myter og eventyr og fra de store romaner, er blitt latterliggjort som avlegse, falske og retoriske. Det finnes ingen sammenhenger, bare abrupte ikke-kausale tilfeldigheter, som alle er sidestilte tegn som kan tolkes på en uendelighet av måter, bare ikke på den subjektive. Alle måter å fortolke på er sidestilte og like gyldige. Denne tese forandrer likevel ikke det forhold at vi som mennesker er meningssøkende, og at vi rett og slett ikke kan overleve uten mening over hode. Dessuten, en hvilken som helst person som forteller en hvilken som helst fortelling, konstruert eller dekonstruert er et faktisk subjekt som åpenbarer eller tilslører sin subjektivitet. For også den postmoderne fragmentariker er subjektiv i sitt veloverveide bortvalg av sammenhengende fortelling. Fragmentfortellingen er hans autoritative versjon av virkeligheten, like subjektiv som noen. Men han bruker kanskje subjektiviteten sin til å gi blaffen i den menneskelige faktor så å si: behovet for sammenheng, mening, betydning, innhold, erkjennelsessmessig søker. Og nettop det er fortellingens overgripende, grenseoverskridende styrke: at den ved å etablere en sammenheng skaper og formidler en forståelse, en innsikt. I forhold til dette framstår den dekonstruerte fortelling som ren destruksjon. Ofte er det slike fragmenter klienten kommer til legen med, for å få hjelp til å hele.

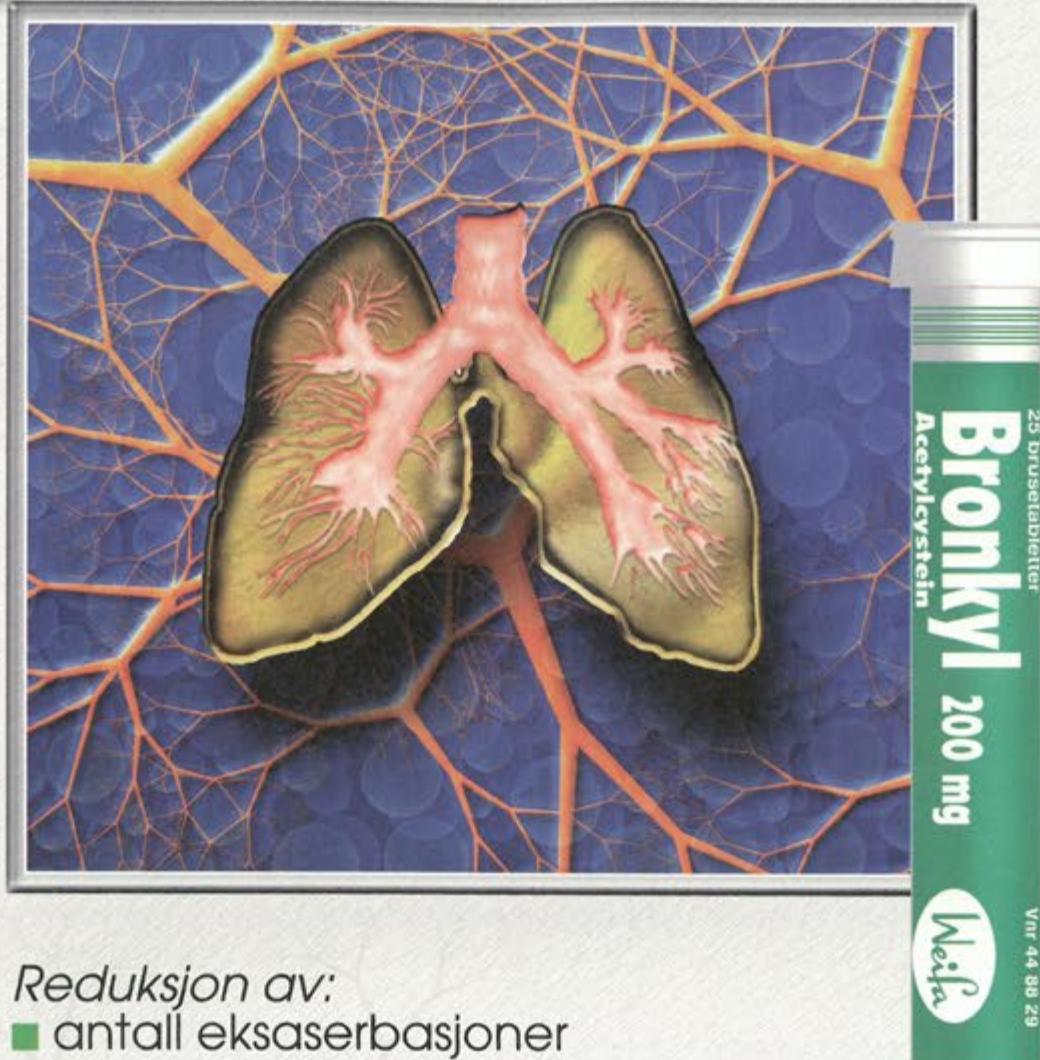
Gjennom fortellingen blir vi til og fremstår som personer, for oss selv og for andre. Derfor forteller vi hele livet, for å forstå, analysere, skape helhet som deler og fragmenter kan inngå i. For hver gang vi forteller, kan nye erkjennelser oppstå, slik det også skjer når vi leser en roman om igjen, eller hører et menneske fortelle en historie på ny, og slik et barn stadig vil ha den samme historien gjenfortalt. Den narrative samtale er en dialogisk samtale. Den konsultative samtale er ofte en monologisk, for begge parters vedkommende. Begge parter får komme til ordet, men monologisk, så inngår man en avtale om behandling. Det ligner på et forhandlingsmøte, mer enn på et møte som skal sette handling og bevegelse i gang i den stivnede og stansede kroppen.

Både språk og behandling er å betrakte som handlinger, men det egne subjektive språket som den egne fortellingen utgjør, er en personlig handling som beveger og forandrer. Det er et faktum, kan jeg vel si, at vårt språk om verden og oss selv forandrer oss. I det øyeblikket vi har satt ord på noe overfor en annen, forandrer det samtidig vår forståelse. Språket er irreversibelt, det peker framover mot nye betydninger. Gjennom å fortelle legger vi noe bak oss ved å legge noe fram. Vi skaper et skille mellom før og nå, ikke nødvendigvis et kausalt skille, men et innsiktens skille. Fortellingen setter oss i bevegelse. Den er bevegelse, fra et A til B. Vi kan fortelle en løgnhistorie, men i det vi forteller den, blir vi samtidig klar over at vi lyver, og rykker noe sant nærmere. Kanskje har vi ikke ennå ord for det, men vi er på vei. Vi rygger, vi leker, vi tildekker, åpenbarer og skjuler, men i en klargjørende prosess i forhold til den andres spørrende nærvær. Vi kan fortelle om en bagatellmessig ting, men vi er selv overalt til stede i den gjennom vår lille fortelling, slik vi selv friske er til stede i vår lidelse til stede i vår friskhet. Vi gjør ikke bare oss selv hjemlige for den vi dialogisk henvender oss til, men vi gjør lidelsen hjemlig for oss selv. Dette er meg, tenker vi, med fortellingens salige blanding av lykke og ulykke, plage og sunnhet. dette er meg, tenker vi, i fortellingens narrative hele av kropp og sjel, fragment og helhet. Dette er meg, og jeg er i bevegelse. Jeg er i ferd med å handle. Slik jeg er i stand til fortellingens handling, slik jeg nå har fått grep om min lille fortelling, slik er jeg nå også moden for andre egne handlinger. Behandling kan være en av disse. Behandling er en egen subjektiv handling, ikke et passivum. En syk kropp er en stanset kropp, en kropp som er bevegelsesmessig stanset. Og for en siste gang å gå til etymologien: Å stand-se betyr å bli stående stille (på stand-plass) for å se. Å for-stå og å stan-se er svært beslektet. Slik sett kan

lidelse, plage eller sykdom forstås som å gjøre eller måtte gjøre et opphold i det mobile og bevegelige, og samtidig gi anledning til innsikt og forståelse. Dette er kroppens språk uttrykt gjennom en lidelse, som vi kan gi ord gjennom fortellingen. Overfor de moderne livsstilslidelsene, og nok en gang med forbehold for de tunge og livstruende, kan både lege og klient sette seg selv i bevegelse og skape både forandering og helbredelse gjennom dialogiske ord og narrative samtaler. Høyst sannsynlig vil også behandling munne ut i eller erstattes av egne handlinger for klientens vedkommende. Livsstilslidelsene har også svært mye å gjøre med det å bevege seg, funksjonærer som vi er i det sittende samfunn. Bevegelse er for meg et nøkkelord. Den dialogiske bevegelsen mellom venner, naboer, kolleger, og den konkrete, fysiske bevegelsen. Ikke nødvendigvis gjennom såkalt trening, alene på en trimsykkel, eller alene i et helsestudio. Det er ikke mange årene siden det var utenkelig å betrakte en sykkeltur, en tur i skogen eller utflukt på ski som trening. I dag omtaler vi selv det å bevege seg trappelangs mellom to etasjer som trening, på samme vis som vi går i selskaper, ikke for den sosiale samtalens og samværets, men for nettverksbetydningen skyld. Jeg kan ikke dy meg for den siste lille visitt innom det etymologiske: ordet kommunikasjon skriver seg fra det latinske *communis*, som betyr felles. Å oppgå i noe felles, å gjøre noe sammen for å overskride den enestående selvtilstrekkelige, isolerende og moderne livsstilsrollen og gi slipp på seg selv for å bli et jeg i dialog med andre mennesker. Det tror jeg faktisk er forfriskende. For det utrolige er at i det vi oppgår i noe annet enn oss selv, vinner vi oss selv. I det vi positivt glemmer kroppen, overskridet kroppen, er vi fullt og helt til stede i den. Slik vi fullt og helt kommuniserer når vi ved intensjonens paradoks har glemt at det er kommunisere vi skal.

Bronkyl

Acetylcystein



Reduksjon av:

- antall eksaserbasjoner
- sykefravaer
- antibiotikaforbruk¹⁾

-mer enn et mukolytikum²⁾

C Bronkyl «Weifa»
Mukoregulatorisk middel.

ATCnr.: R05C B01

T BRUSETABLETTER 200 mg: Hver brusetablett inneh.: Acetylcystein 200 mg, natriumhydrogenkarbonat, sitronsyre, laktose 250 mg, aroma og hjelpestoffer q.s. Bringebær-smak. Egenskaper: Klassifisering: Acetylcystein kan redusere hyppigheten av eksaserbasjoner ved kronisk bronkitt, og har antagelig en mukoregulatorisk effekt. Virkningsmekanisme: Ennå ikke klarlagt, men det antas at acetylcystein administrert peroralt fungerer som en prekursor til glutation, som i sin tur binder toksiske stoffer i luftveiene. Absoprsjon: Acetylcystein absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1-2 timer. Indikasjoner: Kronisk bronkitt. Forsøksvis ved cystisk fibrose. Bivirkninger: Lette gastrointestinale bivirkninger av forbigående karakter. Dosering: Tas opp løst i 1/2 glass vann. Kronisk bronkitt: 1 brusetablett 2-3 ganger daglig. Cystisk fibrose: Barn under 7 år: 1/2 brusetablett 2-4 ganger daglig. Over 7 år: 1-2 brusetabletter 2-4 ganger daglig. Pakninger og priser pr. nov. 98: 25 stk kr 71,10. 100 stk. kr 196,70.T: 30.

¹⁾ Boman et al, Eur J Respir Dis., 64, 1983, 405-415 ²⁾ Ziment, Biomed & Pharmacother., 42, 1988, 513-520



Ref. Fulton B. et. al. Doxazosin. An Update of its Clinical Pharmacology and Therapeutic Applications in Hypertension and Benign Prostatic Hyperplasia, Drugs, February 1995, Vol. 49, No.2 (pp. 295-320)

CARDURAN CR

"Pfizer"

Selektiv alfa₁-blokker

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver tablet inneholder: Doxazosin mesilat, aeqv. doxazosin. 4 mg et 8 mg. Hjelpestoffer. Fargestoffer: Jernoksid (E172), titandioksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv alfa-blokk. Senker perifer karmotstand samt relakserer glatt muskulatur i prostata som medfører forbedret urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk alfa₁-reseptorblokkade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksredusjon i 24 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis alene eller i kombinasjon med tiiazid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi symptomatisk ved selektiv alfa₁-adrenoceptor blokkade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisksignifikante. Effektstudier 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 depottablet. Absorpsjon: Depottabletten 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 troughtnivå tilnærmet 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 prostatahyperplasi.

KONTRAKTINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet overfor quinazoliner. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsnerving, øsofagousobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltraktus.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjeldent med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, ødem, asteni, sompolens, gastrointestinal plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast) og rhinit. Ved bruk etter markedsføring av konvensjonelle tabletter har i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmåte. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med alfa₁-blokkere, inkludert doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som hudutslett, pruritus, purpura, gulstot og forhøyede levertransaminaser) og epistaxis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Takykardi, palpitasjon, brystsmerten, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. I hypertensjonsstudiene var bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarende den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletter tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottabletten må sveles hel. I depottabletten er doxazosin omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Når denne prosessen er ferdig, utskilles det tomme skallet, og pasienten bør opplyses om at dette kan sees i feces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktigheitsregler ved seponering av betablokker iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesviktet før doxazosin initieres. Pasienter med behandler hjertesvikt bør kontrolleres nøyte i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Som for alle lege-midler som metaboliseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøyte med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifiskt antigen (PSA) for mulig å avdekke prostatacancer.

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

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

DOSERING: Depottablettene må sveles 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. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se forsiktigheitsregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Inntrer hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER:

| | |
|-------|----------------------------|
| 4 mg: | Enpac: 28 stk.: kr 228.20 |
| | 98 stk.: kr 714.00 |
| | Endos: 50 stk.: kr 382.70 |
| 8 mg: | Enpac: 98 stk.: kr 1089.50 |
| | Endos: 50 stk.: kr 577.50 |

Basert på preparat omtale (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

T:12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi

**CARDURAN CR™
DOXAZOSIN**

Strandveien 55, N-1366 Lysaker

Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99

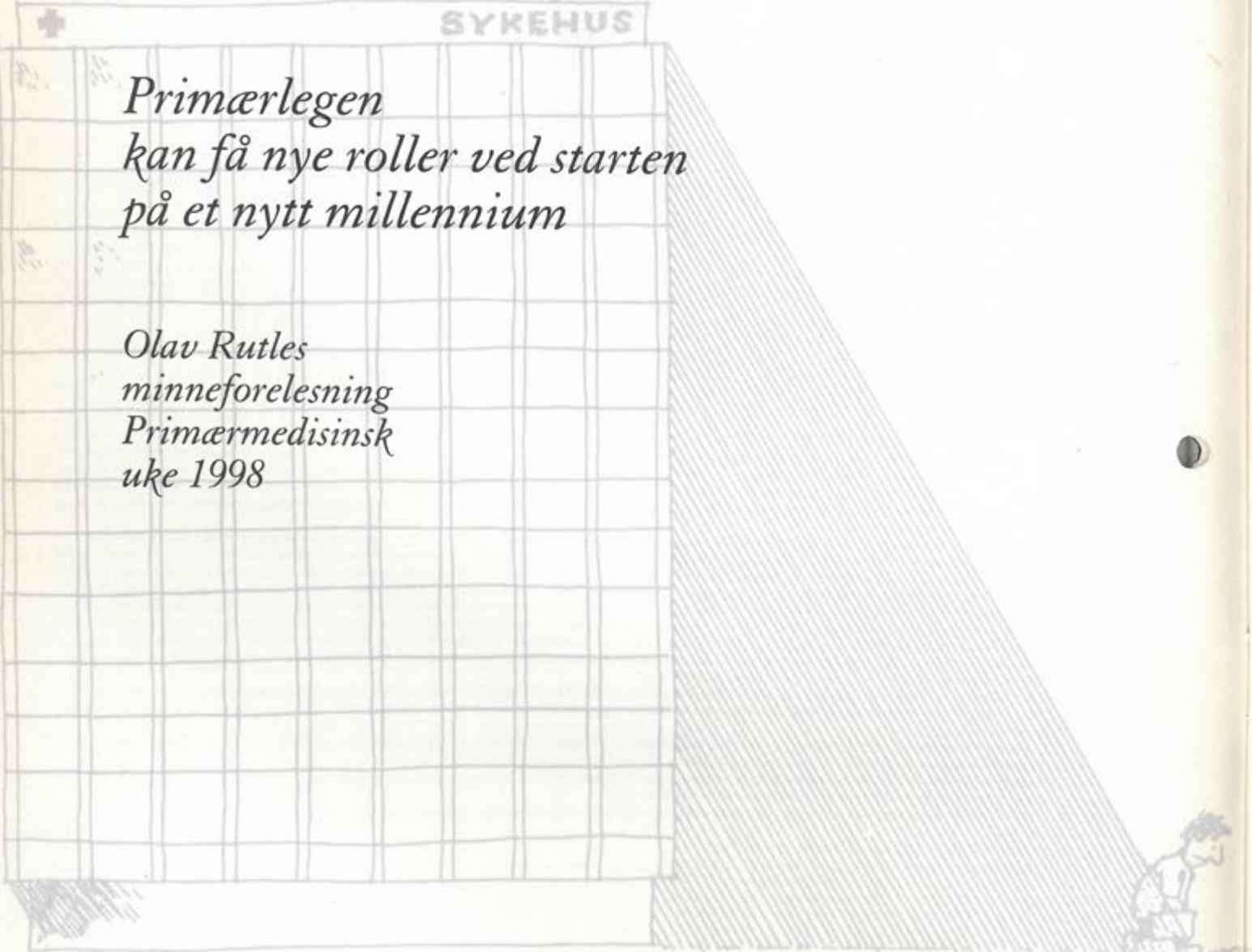
www.pfizer.no

Primærlegen – fra «ut av skyggen» til «KRONJUVELEN» i helsetjenesten



*Primærlegen
kan få nye roller ved starten
på et nytt millennium*

*Olav Rutles
minneforelesning
Primærmedisinsk
uke 1998*



Listen over begreper brukt om allmennlegen i pasient-lege forholdet er lang (advokat, portvakt, skriftefar, rådgiver, tjenesteleverandør, tilrettelegger, kontrollør eller reparatør), og for lang mener mange allmennleger selv. Men våre fremste ideologer har gjort dette til vår hovedfane i begrepet KOPF – målet for allmennmedisin er et pasient-forhold som er Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende. I debatten i vårt miljø fremstår synspunktene på begrepet KOPF som en uenighet mellom allmennleger, som nå har en topp igjen i diskusjonen omkring innføringen av fastlegeordningen. KOPF har vært begrepet som beskriver allmennmedisinens egenart og har bidratt sterkt å få «vårt fag ut av skyggen»⁽¹⁾, men er KOPF i ferd med å bli et rep om halsen?

Vi er uenige, ingen tvil om det, men skal vi være uenig med hverandre? Når vi tenker oss litt om, når vi i hverdagen opplever frustrasjone over vår rolle som allmennlege, er det ikke da pasientene vi er egentlig uenige med?

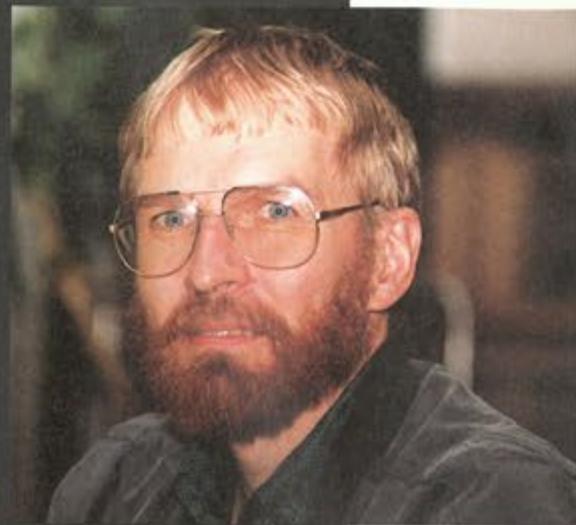
Dette omhandler pasient-lege forholdet hvor pasient og lege har ulikt syn på prioriteringer. Vi sier gjerne at det er for høye forventninger. Pasienter snakker om leger som ikke vil lytte. Det er skrevet mye om pasient-lege forholdet og norske allmennleger og forskere har bidratt vesentlig også internasjonalt. Per Hjortdal, Kirsti Malterud, John Nessa, Ivar Aaraas er kollegaer som har gitt meg ny innsikt. Jeg har studert hva de har skrevet, men jeg har også prøvd å kikke litt inn i fremtiden – i glasskulen. Noen av de rollene vi har som allmennlege kan komme til å endre seg vesentlig.

Nye dimensjoner legges til advokatrolle og portvakten

Pasientene forventer av allmennlegene at de skal sørge for at de får tilgang til spesialister, sykehus, trygd etc. Vi kjerner alle konflikten det i blant kan være mellom det å være hjelper – av mange i faget betegnet som advokat for pasientene, og samtidig være portvakten som skal sørge for at det blir likhet og at det ikke blir et overforbruk av tjenester og ressurser.

Vår «dobbeltrolle» kommer til å bli enda tydeligere og viktigere. Etter som helsebudsjettene sprenges søker myndighetene etter midler for sterke styring. I mange land er det allmennlegene som blir trukket inn. Vi får en ny dimensjon inn som kalles «management» (hva det norske ordet blir, vet jeg ikke).

Det er blitt ført faglige argumenter for en fastlegeordning i snart 20 år. Når myndighetene nå slutter seg til dette, er behovet for bedre styring også viktig motiv. Mange tror kanskje at det viktigste her er styring av primærhelsetjenesten. I første omgang trolig ja, med et legitimt behov for å bedre tilgjengeligheten og fordelingen av leger. Men jeg tror ikke bedre styring av utgiftene til selve allmennlegetjenesten har vært et viktig motiv. Disse utgiftene er for småtteri å regne. På sikt derimot kommer det til å vise seg at fastlegeordningen blir et enda viktigere grep for å få styring over andre utgifter i helsetjenesten. Vi så tegn til den spede



ANDERS GRIMSMO

Medisinsk embets-eksamen i 1978, NTNU. Medisinsk doktorgrad i 1983, «Fra å bli syk – til å bli pasient». Kommunellege i Surnadal fra 1984. Drevet med forskning på si, innenfor forebyggende helsearbeid, helse-tjenester til utsatte grupper, trygdemedisin, helsetjenesteforskning og medisinsk informatikk (om lag 50 publikasjoner). 1. amanuensis i anvendt samfunnsmedisin i halv stilling ved NTNU fra 1997.

begynnelsen da Sosial- og helsedepartementet foreslo at bare fastlege skulle få forskrive blåresepter og sykemelde.

Noe annet blir langt mer betydningsfullt. DRG, et stykkpris system, blir nå innført i sykehusene. Stykkpris er et effektivt middel til å øke volum/kapasitet, og køene vil trolig reduseres. Et problem blir løst, men et nytt oppstår – det vil bli akselererte utgifter til sykehusene. Ser vi til noen andre land, faller da øynene på allmennlegene. De trekkes inn for å bremse kostnadene til sykehusene og en sterk portvakt-funksjon viser seg som helt sentral i denne sammenhengen. I England, som har hatt fastlegeordning lengst, er dette kommet langt og stadig hyppigere ser man beskrivelsen «et primærhelsetjeneste-ledet helsevesen» (2).

Tilbake til pasientene, hvordan vil de reagere på at «alt» må gå gjennom primærlegen – og i en fastlegeordning bare den ene. Signaler fra den politiske debatten og den liberalistiske tiden vi lever i, taler for motstand mot slike tanker. Og trolig vil pasienter også først svare at de ikke ønsker begrensninger i valgfrihet. Det paradoksale er at det er det motsatte som vil skje, jo mer «makt» allmennleggen får i helsetjenesten som portvakt, jo mer viser det seg at

allmennleggen bli verdsatt (3). I en artikkel nylig fortalte British Medical Journal at i folks øyne var allmennpraksis blitt «kronjuvelen» i den engelske helsetjenesten (4), og for den som har sett den engelske kronjuvelen, så sier ikke dette lite. I Nederland har også allmennlegene opparbeidet seg en posisjon som i England, og i begge disse to landene, i motsetning til i andre land, har primærhelsetjenesten over mange år hatt en relativt større vekst enn andrelinjetjenesten.

Grunnen til at pasienter aksepterer at allmennleggen blir en sterk portvakt, er at han eller hun også er deres advokat. Pasientenes *egen personlige* lege får høyere status, derved føler nok pasienten at de selv også blir løftet litt opp, og folk anerkjenner stadig mer hvor godt det er å ha bare *en* person å forholde seg til for å få hjelp i jungelen av tilbud i en etter hvert meget kompleks helsetjeneste, og som et pluss en rådgiver/tilrettelegger som har posisjon til å effektuere tiltakene.

Men med mer status og makt, stiger også pasientenes forventninger til allmennleggen – både til det tjenestetilbuddet han selv kan gi og skaffe andre steder. Myndighetene har løsnet grepene på hvilke sykehus og spesialister pasienten kan bruke, til og med til utenfor landets grenser. Pasientene vil derfor forvente at allmennleggen har detaljert informasjon om hvilke behandlingsalternativer som finnes, hvor de kan skaffes og etter hvert hvem som har de beste resultatene. Det er en voksende irritasjon fra flere hold på manglende åpenhet fra legene omkring resultater (5).

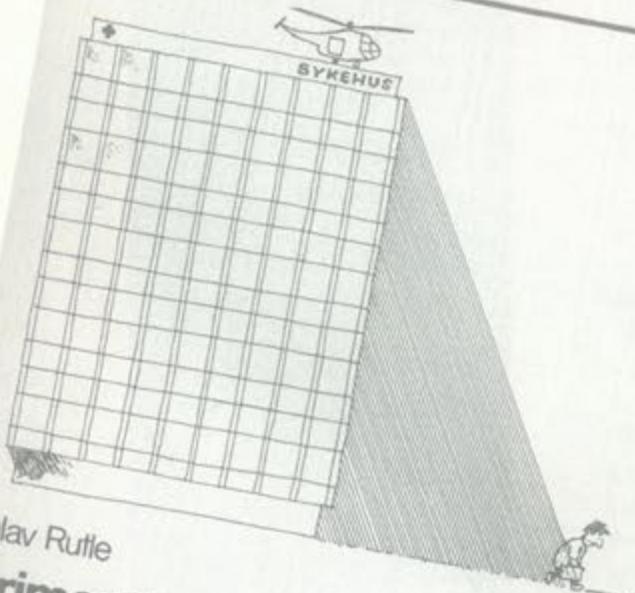
Hva vil allmennlegene si til å få en hovedrolle som forvaltere/managere i helsetjenesten? Jeg vil bruke tiden min direkte på pasientene og ikke administrere, tenker jeg vil det første svaret fra de fleste. Men hva er alternativet når kontrollen over økonomien er blitt ufravikelig? Jo, det kan være det vi ser i USA, hvor alt som skal skje må følge meget snevre retningslinjer og programmer, og at en trupp med jurister og økonomer følger detaljert med på at vi overholder dette. Det blir ikke noe mindre administrasjon for allmennleggen av den grunn.

Det viser seg at i amerikanernes «managed care» system blir allmennlegens autonomi sterkt begrenset (6). I denne konteksten er det superspesialisten sine råd og oppfatninger som rår. Det kan bli veien inn i skyggen igjen.

Våre myndigheter vil fortsette sitt tog mot større styring av økonomien. Hva vil skje neste gang de vil forsøke å

Norges almenvitenskapelige forskningsråd's gruppe for helsetjenesteforskning

Rapport nr. 1-1981



Olav Rutte

Primærleggen ut av skyggen
-analyse av situasjonen i dag,
tanker om morgendagen.

gi «privilegier» til fastlegen/allmennlegen som begrenser andre legers spillerom? Hvis DNLF fortsetter å kreve solidaritet i rekkene, så kan det bli en vanskelig balansegang for APLF og OLL. Nekter vi å delta i styringen kan vi legge grunnlaget for innføringen av et «managed care» system som et alternativ til å få kontroll over økonomien. Velger vi å ta på oss styringsoppgaver vil det bli mer penger til forskning og fagutvikling fordi det følger fagets posisjon og status i samfunnet. Det har vi fått føle med negativt fortegn mer enn mange av våre spesialist kollegaer.

Vil allmennlegen bli en informasjonsforvalter?

Utviklingen innen informasjonsteknologien vil påvirke pasient-lege forholdet. Jeg har en pasient som for tiden får behandling for en livstruende sykdom ved en universitetsklinik i USA. Pasienten fant selv ut at de hadde bedre resultater enn i Norge, på Medline, og kom seg dit for egen hjelp.

Dette reiser flere problemstillinger. Hva skal jeg gjøre med evt. neste pasient som kommer for samme sykdom – skal jeg underså det jeg nå vet? Hvis jeg henviser til mitt lokalsykehus, vet jeg at prognosene er ytterst dårlig. Denne gangen var jeg også heldig. Pasienten hev seg rundt selv straks og skaffet informasjonen. Hva vil skje når pasientene finner slik informasjon i ettertid, kanskje for sent? Som jeg allerede har nevnt, begynner pasienter å få et bevisst forhold til at det er forskjell mellom sykehus i resultater, og bedre informasjon om dette vil komme. Hvordan vil tilliten til våre lokalsykehus bli, når vi overfor pasientene begynner å opprette lister over gode og dårlige kollegaer (jeg bruker tre lokalsykehus som stort sett gjør det samme) og mot resultater mange andre steder?

Vår umiddelbare reaksjon vil trolig være at det blir en umulig oppgave å holde rede på alt dette. Det vil imidlertid ikke bli akseptert. Hvis informasjonen blir så lett tilgjengelig at pasienter selv kan finne den, vil det ikke bli forstått at ikke vi gjør det. Det kan gjøres konstruktivt. Jeg har gitt pasienter råd og vink om hvordan og hvor de kan lete på internett, og så har vi etterpå sammen gått gjennom stoffet som de har funnet. Det har vært lærerikt for begge parter.

Det vil også komme krav om beste og/eller billigste behandling fra andre enn pasienten. Folketrygden står ikke så stødig som før. Utviklingen går i retning av at den blir et sikkerhetsnett, og ikke følger pasientenes økte forventninger. I dette mellrommet blir det stadig større plass for privat forsikring som allerede nå lokker med at den behandlingen du ikke kan få i Norge, vil de skaffe i utlandet. Hvis forsikring ved sykdom skal fungere i større skala med både innland og utland som «marked» vil både pasienter og forsikringsselskaper kreve at vi er ajour. Hvis også Folketrygden

blir «privatisert», jfr. utviklingen i Sverige, så får vi etter hvert også et krav derfra om at vi vet hvor beste og billigste behandling finnes.

Det er også andre scenarier knyttet til ny informasjonsteknologi som berører pasient-lege forholdet. I Tromsø pågår telemedisinske forsøk. Allmennlegen sitter sammen med pasienten og kobler seg opp med et videokamera til spesialister. Pasienten slipper å reise fra Finnmark til Tromsø for å treffe spesialisten.

Evalueringene så langt har ikke vært bare positive. Det har vært tungvint å sette opp avtaler og mye tid har gått med. Jeg tror også at de har vært alt for lite bevisst at ny teknologi vanligvis fører til krav om rolleendringer. I disse kontaktene skjer det lett at allmennlegen blir redusert til en slags tekniker som skal holde oftalmoskop og otoskop, noe som han eller hun neppe vil trives med i lengden. Et scenario kunne derfor vært at allmennlegen ble erstattet med teknikere i distrikten, men det vil ikke skje nettopp pga. elementene som ligger i begrepet KOPF.

Men forsøkene i Tromsø har vært mer vellykket i psykiatri, sett fra pasientens side. Intime og nære samtaler ble ikke forstyrret eller bremset av teknologien. Tvert om følte noen pasienter at deres integritet ble bedre bevart med «avstanden» som var der mellom terapeuten og dem. Som da John Nessa har påpekt (?), så er samtalen også det viktigste i allmennmedisin, langt utover det som omhandler psykiatri. Ved mange kontaktene er det bare en samtale som finner sted – pasientene vil ha råd og veiledning, fornye/diskutere medikasjon etc. og vi trenger ingen annen informasjon som allmennlege enn det vi ser og hører og allerede har i vår journal. Vårt tekniske instrumentarium er lite, og mange av oss bruker det i mindre enn halvparten av kontaktene.

Allerede i dag er det mange kontaktene som avvikles per telefon. Mange leger beskriver det som en effektiv arbeidsform. Når videotelefonen får god nok kvalitet og blir utbredt, tror jeg at langt flere konsultasjoner vil finne sted uten at lege og pasient fysisk oppholder seg i samme rom. Jeg spør at i timeboka vil listen av videosamtaler bli lengre enn tradisjonelle konsultasjoner. Også fordi jeg som beskrevet ovenfor, tror at vi får en utvidet rolle som pasientens informanter. Pasientene vil foretrekke videotelefon fordi de slipper å sitte på venterommet, bli sett av andre, slipper å «skulke» arbeidet. Hvis vi evt. oppdager at det er behov for en prøve, så kan pasienten komme innom når det passer han eller henne. Eller kanskje pasienten vil kjøre innom nærmeste lege eller laboratorium, hvis du har kontor et helt annet sted (i landet for den saks skyld). Med evt. prøvesvar «i handa» blir pasientenes muligheter til second opinion også meget store etter

hvert. Pasientene vil få en økt kontroll over hva vi gjør og ikke gjør.

Det har vært syslet med ideer og prosjekter for å utvikle såkalte virtuelle leger, hvor pasienter interaktivt med spørsmål og svar på internett, skal kunne få løst sine problemer. Det tror jeg er en dødfødt tanke, hvis allmennleger åpner for videotelefon. Den virtuelle legen erstatter ikke KOPF.

Allmennlegen kan bare le

Det er og det kommer til bli kanskje i enda større grad konflikter mellom allmennlegenes og pasientens prioriteringer og forventninger. Fastlegeordningen vil også gi sitt bidrag. I tidens ånd har forslag og begreper som pasientinnflytelse, demokratisering, brukermedvirkning, osv. vært lansert. I kontakten med den enkelte pasient er dette blitt tatt på alvor og det har utvilsomt virket positivt, men i en større sammenheng som i planlegging av innhold og kvaliteter i egen allmennpraksis har imidlertid entusiasmen for dette vært laber blant allmennleger flest (8).

Jeg vil tro at mange allmennleger, som meg, opplever at pasientene stiller krav, men at forslagene om brukermedvirkning har manglet en arena eller samme rett til å kunne stille motkrav. Hva noe av dette går ut på, synes jeg kom godt til uttrykk i Jostein Holmens budskap til pasientene: «Legene kan ikke ...» (9). I en annen språkdrakt er det her snakk om to parter og om rettigheter og plikter. Spørsmålene blir da: Finnes det noen fora for en debatt med pasientene som gruppe? Har vi noen strategi (mål og virkemidler) for hva våre roller skal være? Og vil det bety noe som helst hva vi eventuelt mener? Hvis svaret er nei på de to første spørsmålene, betyr det langt på vei også nei på det siste. Den kritikk vi skal ta inn over oss, er at vi selv ikke har vært særlig konstruktive eller iderike på å få i stand en bedre dialog.

Per Fugelli foreslo nylig et nytt motto for helseopplysning til pasienter (10). Han siterer Camille Paglio: «Vi må akseptere vår smerte, forandre det vi kan og le av resten». Mon tro om dette ikke i like stor grad også gjelder oss selv: «Vi må akseptere vår rolle (smerte), forandre det vi kan og le av resten» – en god latter kan forlenge livet som allmennlege.

- 1 Rutle O. Primærlegen ut av skyggen – analyse av situasjonen i dag og tanker om morgendagen. Oslo: Gruppe for helse-tjenesteforskning, 1981.
- 2 Scott A. Primary or secondary care. What can economics contribute to evaluation at the interface. *J Public Health Med* 1996; 18: 19–26.
- 3 Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 481–6.
- 4 Neuberger J. Patients' priorities. *BMJ* 1998; 317: 260–2.
- 5 Brown J, Smith R, Cantor T, Chesover D, Yearsly R. General practitioners as providers of minor surgery – a success story? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 205–10.
- 6 McWhinney IR. Core values in a changing world. *BMJ* 1998; 316: 1807–9.
- 7 Nessa J. From medical consultation to a written text. 1. Transcribing the doctor-patient dialogue. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 83–8.
- 8 Hearnshaw H, Baker R, Cooper A, Eccles M, Soper J. The costs and benefits of asking patients their opinions about general practice. *Family Pract* 1996; 2: 5–8.
- 9 Holmen J. Legene kan ikke ... En plakat om realitetsorientering i helsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3168–71
- 10 Fugelli P. Folkehelse – folkets helse? *Tidsskr Nor lægeforen* 1998; 118: 1421–5.

C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATCnr.: A12A A04

TYGGETABLETTER: Hver tablet inneh.: Kalsiumkarbonat 1,25 g, tilsv. 500 mg kalsium, kolesterol (vitamin D3) 10 mikrog tilsvarende vitamin D 400 IE, sakkarose 1,5 mg, sorbitol 390 mg, aspartam, sitronaroma.

Egenskaper: **Klassifisering:** Mineralpreparat med D-vitamin. **Virkningsmekanisme:** Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelsen av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoidhormon og derved redusere benindretning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Forhøyede kalsiumkonsentrasjoner er funnet å redusere karpermeabiliteten og gjennom dette hemme oksidative, inflammatoriske og allergiske prosesser.

Absorpsjon: Ca. 20% av tilført kalsium fra Calcigran absorberes. Det er nødvendig med D-vitamin for absorpsjon fra tarmen. Vitamin D3 absorberes vanligvis raskt og fullstendig.

Proteinbinding: 40% er bundet til plasmaproteiner, 10% til anioner. Vitamin D er bundet til et spesifikt protein i blod. **Fordeling/Distribusjon:** Distribueres til alle vev. Kalsium lagres i skjelettet, hovedsakelig som hydroksyapatitt. D-vitamin lagres i fettevev.

Kalsiumkonsentrasjonen i blod er 2,5 mM.

Halveringstid: Vitamin D3 i plasma: 19–25 timer. **Metabolisme:** Vitamin D3 metaboliseres i lever og nyre til den aktive metabolitten 1,25 dihydroxyvitamin D3. **Eliminasjon:** Vitamin D3 utskilles hovedsakelig via galle, mindre via nyrene. Overskudd av kalsium utskilles via nyrene.

Indikasjoner: Behandling av kombinert vitamin D- og kalsiummangel særlig hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er konstatert mangel eller høy risiko for kombinert vitamin D- og kalsiummangel.

Kontraindikasjoner: Skal ikke brukes ved høyt kalsiuminnhold i blod eller i urin, ved myresten eller sterkt nedsett nyrefunksjon. Langvarig immobilisering. Calcigran Forte inneholder aspartam som omsettes i kroppen til fenykalanin og skal ikke brukes av personer med fenykletonuri.

Biverkninger: Risiko for hyperkalsemi ved nedsett nyrefunksjon. Kan i sjeldne tilfeller gi forstyrrelser i fordøyelsessystemet som oppblåsthet, obstipasjon og diaré.

Forsiktigheitsregler: Forsiktighet ved nedsett nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt myresten. Det anbefales økt vaskesintak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indirekt. Normaldosering skal ikke brukes ved graviditet (se Graviditet og amming).

Graviditet og amming: Graviditet: Det daglige inntak av Vitamin D ved graviditet må ikke overstige 600 IE. En reduksjon av den anbefalte dosen er derfor nødvendig. Amming: Kalsium og vitamin D går over i morsmelk.

Interaksjoner: Bør ikke ges for 3 timer etter peroral tilførsel av tetracyklin (nedsetter absorpsjonen). Hyperkalsemi øker hjertets følsomhet for digitalis. Kombineres kalsium med fluorid, tas disse på forskjellig tidspunkt, siden kalsiumfluorid er tungt løselig.

Dosering: Individuell, tilpasses den enkelte pasient. Normaldosering: 1 tyggetablett morgen og kveld. Kan tygges eller sveles hel med et glass vann.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering fører til hyperkalsemi, særlig ved økt tilførsel av Vitamin D og hos pasienter med hypothyreose. Større doser kalsium sammen med alkali har gitt en hyperkalsemi form kalt «milk/alkali» syndrom. Behandling innebefatter seponering av vitamin D og kalsium (lavt kalsium i dietten), tilførsel av rikelig væske, tiazider og glukocortikoider.

Pakninger og priser: 100 stk. kr 174,30.

*Alle trenger
kalsium og D-vitamin...*

NYCOMED



HUSK...
RESEPT-
PLIKTIG!

*-noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte®

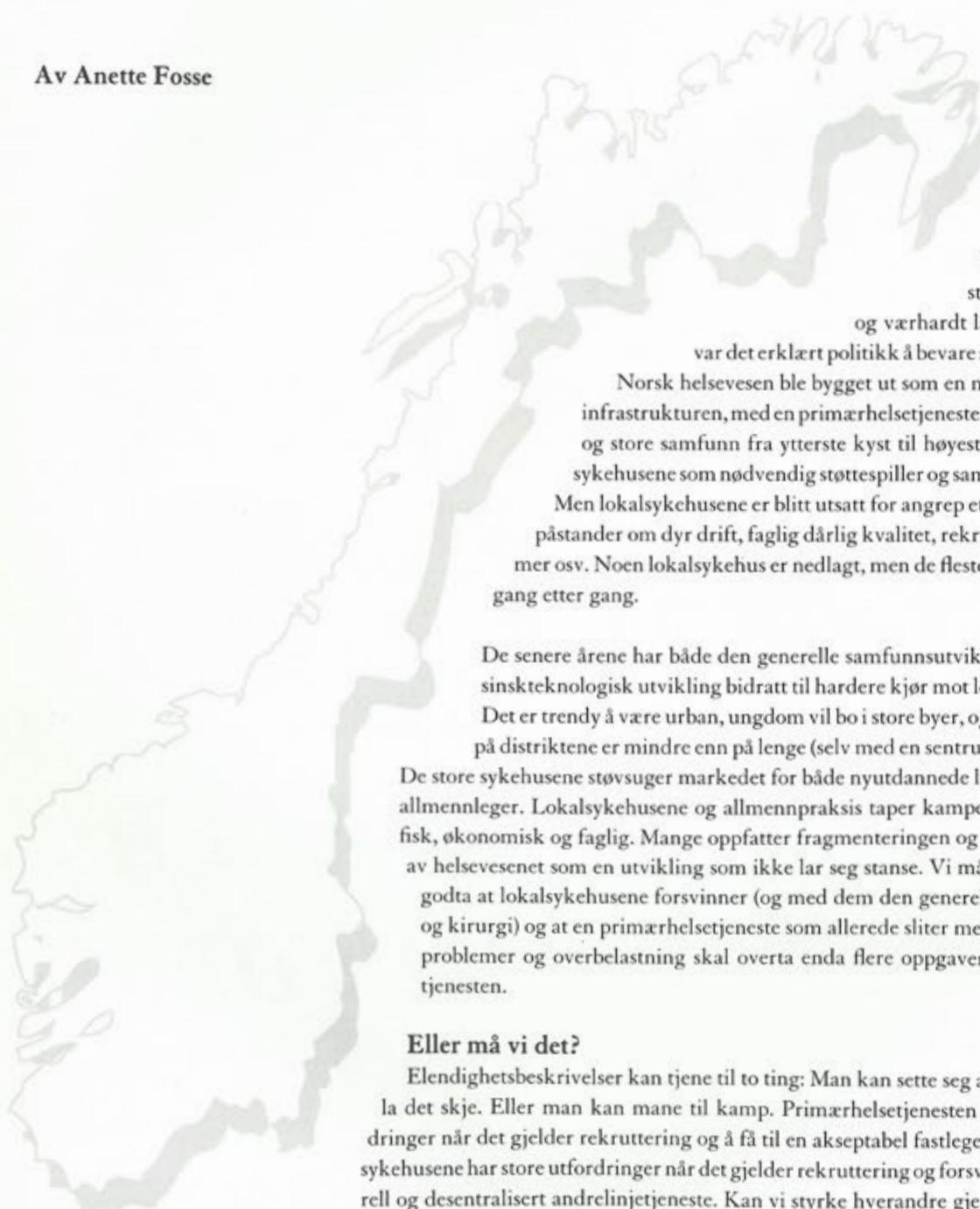
Kalsium 500mg, Vitamin D₃ 400IE

Bygger og forebygger

Basistilskudd til alle med osteoporose

Det går et sentraliseringsspøkelse gjennom landet

Av Anette Fosse



Norge er et vidstrakt, kronglete og værhardt land. I mange år var det erklært politikk å bevare spredt bosetting.

Norsk helsevesen ble bygget ut som en nødvendig del av infrastrukturen, med en primærhelsetjeneste som dekker små og store samfunn fra ytterste kyst til høyeste fjell, og lokalsykehusene som nødvendig støttespiller og samarbeidspartner.

Men lokalsykehusene er blitt utsatt for angrep etter angrep, med påstander om dyr drift, faglig dårlig kvalitet, rekryteringsproblemer osv. Noen lokalsykehus er nedlagt, men de fleste rir stormene av gang etter gang.

De senere årene har både den generelle samfunnsutviklingen og medisinsktteknologisk utvikling bidratt til hardere kjør mot lokalsykehusene. Det er trendy å være urban, ungdom vil bo i store byer, og viljen til å satse på distriktsene er mindre enn på lenge (selv med en sentrumsregjering...).

De store sykehusene støvsuger markedet for både nyutdannede leger og utbrente allmennleger. Lokalsykehusene og allmennpraksis taper kampen, både geografisk, økonomisk og faglig. Mange oppfatter fragmenteringen og sentraliseringen av helsevesenet som en utvikling som ikke lar seg stanse. Vi må med andre ord godta at lokalsykehusene forsvinner (og med dem den generelle indremedisin og kirurgi) og at en primærhelsetjeneste som allerede sliter med rekryteringsproblemer og overbelastning skal overta enda flere oppgaver fra andrelinjetjenesten.

Eller må vi det?

Elendighetsbeskrivelser kan tjene til to ting: Man kan sette seg avmekting ned og la det skje. Eller man kan manne til kamp. Primærhelsetjenesten har store utfordringer når det gjelder rekrytering og å få til en akseptabel fastlegeordning. Lokalsykehusene har store utfordringer når det gjelder rekrytering og forsvarer for en generell og desentralisert andrelinjetjeneste. Kan vi styrke hverandre gjensidig i kampen mot sentralistiske byråkrater, politikere og kvistspesialister?

Kort tilbakeblikk

De regionale helseplanene så dagens lys i 1997 og la mye av grunnlaget for Stortingsmelding nr. 24 (1996–97) om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (1). Hovedføringen var sterkt sentralisering av sykehustjenestene med nedleggelse av opptil 35 lokalsykehus og opprettelsen av enkelte såkalte «Basissykehus» med tilnærmet sentralsykehusbemannning. Enkelte av lokalsykehusene skulle omdannes til såkalte «Spesialsykehus» med elektive oppgaver uten akuttfunksjon, men gjerne med en primærlegedrevet sykestue og fødestue i nærheten. Begrunnelsen var at økende grenspesialisering medfører behov for større enheter for å få pasientgrunnlag nok. Det var også økonomiske baktanker som bunnet i troen på at stordrift er økonomisk uansett, og at småsykehusene var dyre og dårlige. Disse påstandene var ikke dokumentert. De regionale helseplanene og Stortingsmelding 24 handlet om sykehusdriften, altså fylkeskommunene og Staten. Konsekvenser for primærhelsetjenesten og kommunene ved omlegging av sykehusstrukturen var ikke berørt, til tross for at det var åpenbart at betydelige oppgaver måtte bli overført til primærhelsetjenesten ved en sentralisering av sykehusene.

En gruppe primærleger og sykehusleger forfattet en Motmelding (2) til Stortingsmelding 24, der mange av påstandene i Stortingsmeldingen ble imøtegått. Blant annet ble det påpekt at en utvikling med økende grenspesialisering ikke er en naturlov, men en prosess som kan styres både faglig og politisk. Motmelingen understreket nødvendigheten av å ha et nivå i 2.linjetjenesten som behersker breddeurderinger, både i kirurgi og indremedisin. For å oppnå dette er det nødvendig med et lokalsykehusnivå som ivaretar denne bredden. Man pekte på paradokset at sykehusleger i kvalitetens navn skal kunne gren- og kvistspesialisere seg på stadig mindre felt, mens primærlegenes fagfelt blir bredere og bredere, fordi andrelinjetjenesten fraskriver seg oppgaver uten å spørre om primærhelsetjenesten har kompetanse eller kapasitet til å overta dem. Motmelingen understreket også at et sykehus uten akuttfunksjon ikke kan overleve. Akuttfunksjonen er en forutsetning for å drive et lokalsykehus.

Motmelingen var medvirkende til at forslagene til ny sykehusstruktur i Stortingsmelding 24 møtte til dels sterkt motstand i Stortinget, som krevde at konsekvensene ved en sentralisering av akuttberedskapen måtte utredes nærmere. Akuttutvalget (Haga-utvalget) leverte NOU 9:98 «Hvis det haster...Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap» (3) våren 1998, der de har foretatt en grundig gjennomgang av hele den akuttmedisinske kjeden. De understreker nødvendigheten av «et nasjonalt løft» for å styrke primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Dette er bra. Utvalget innrømmer også behovet for en desentralisert akuttbered-

skap, i hvert fall når det gjelder indremedisin, og foreslår en sykehusstruktur som deler inn sykehus i A-, B- og C-sykehus. A-sykehus er rene indremedisinske sykehus uten anestesilege, B-sykehus består av indremedisin og enten bløtdelskirurgi eller ortopedi. C-sykehus tilsvarer en mellomting mellom dagens småsykehus og sentralsykehus. Utvalget fikk mye motbør for denne modellen, fordi både A- og B-sykehusene regnes som urealistiske både faglig og rekrutteringsmessig.

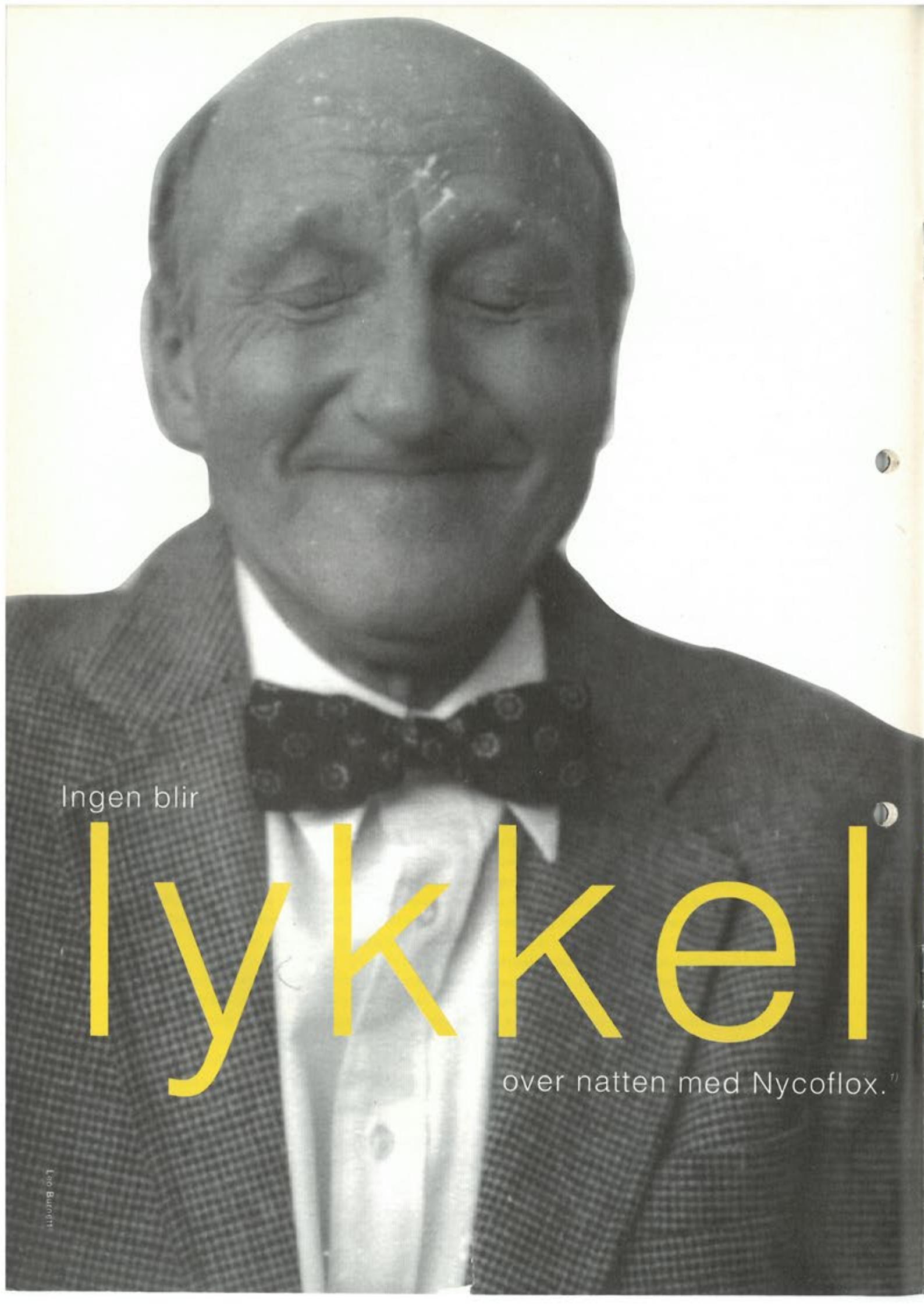
I Motmeling til akuttutvalgets innstilling (4), forfattet av de samme legene som skrev Motmeling I, ble det nok en gang pekt på at primærhelsetjenesten blir en salderingspost for grenspesialiseringen i andrelinjetjenesten. Det ble også understreket at lokalsykehusene har en viktig funksjon i lokalsamfunnet, både som arbeidsplass og bosettingsstabilisator. Studier har også vist at lokalsykehusene er viktige for samfunnsøkonomien. Organiseringen av helsevesenet kan ikke løsrides fra den virkeligheten vi befinner oss i.

Kampen for lokalsykehusene – hvem definerer virkeligheten?

Når et lokalsykehus trues med nedleggelse, mobiliseres straks sterke krefter i lokalbefolkningen. Det dannes støtteaksjoner, folkemøter, fakkeltog, leserbrev osv. Sterke følelser settes i sving når et samfunn står i fare for å miste sykehuset sitt. Og dette engasjementet brukes *mot* dem som ønsker nedleggelse. Man kan nemlig ikke legge vekt på følelser i en sak som dette, blir det sagt. Folk vet ikke sitt eget beste når de tror de vil velge nærhet fremfor kvalitet. For det er dette som er et av hovedpoengene til dem som ønsker en sentralisering av sykehusene: nærhet utelukker kvalitet, de små sykehusene er for dårlige til å gi god behandling, og bare folk får tenkt seg litt om, så vil de nok innse at det er bedre å reise 10 mil over stengte fjelloverganger til et stort sykehus, enn å bli «fanget» på lokalsykehuset... Men hva viser de nyeste rapportene? Jo, overlevelsen er akkurat like god på småsykehusene som på de store (5). Lokalsykehusene er ikke «pasientfeller», slik det er blitt påstått. Og driften av lokalsykehus er billigere enn store sykehus når man ser på utgifter pr. behandlet pasient.

Så kanskje er det på tide å definere virkeligheten på en annen måte enn byråkrater i Sosial- og Helsedepartementet og kvistspesialister på regionsykehusnivå gjør. Vi som jobber i førstelinjen, i nær samhandling med pasientene, er nærmest til å definere hva vi mener er en god andre- og tredjelinjetjeneste. Det er vi primærleger og pasienter som faktisk er brukere/kunder av spesialisthelsetjenestene.

For meg er lokalsykehuset er en god støttespiller i arbeidet som allmennlege. Jeg kjenner kollegene og vet hva de står



Ingen blir

lykkelⁱ

over natten med Nycoflox.[®]

Som for alle andre antidepressiva vil flere ukers behandling med Nycoflox være nødvendig før alle depressive symptomer er lindret.¹⁾

Det trengs imidlertid ingen dose-titrering med Nycoflox.

Startdosen på 20 mg/dag er i de fleste tilfeller den terapeutiske dosen.¹⁾

1) Stokes, Fluoxetine: A Five-Years Review, Clinical Therap. vol. 15, NO2, 1993.

C Nycoflox "Nycomed Pharma"

Antidepressivum. ATC-nr.: N06AB03

T KAPSLER 20 mg: Hver kapsel inneh.: 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, Tvangslideler, Korttidsbehandling av bulimia nervosa i de tilfeller der pasienten ikke har hatt tilstrekkelig effekt av psykoterapi alene.

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

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

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

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

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

Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Hypertyreose, galaktoré hos kvinner. Lever: Hepatitt. Luftveier: Lungefibrose. Metaboliske: 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.

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

Som ved andre psykoaktive substanser bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Generelt bør kombinasjonsbehandling med flere 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 cytokrom P-450 2D6 i leveren, og kan derfor hemme metabolismen og neddempiggjøre 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 serotoninrezeptakkhemmere (SSRI), 115 e fluoxetin).

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

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

Pakning og pris: Kapsler 30 stk. enpac kr 140,20 100 stk. enpac kr 417,60
T: 18

NYCOFLOX™
fluoxetin

for. Og de kjenner meg. Dette bidrar til enklere kommunikasjon. Rask tilgang på røntgen, mulighet for polikliniske vurderinger ved halv-akutte tilstander, et fagmiljø som kan gi råd der lokalkunnskapen også teller med, samarbeid om kreftpasienter og kronikere – og selvagt raskt tilgjengelighet ved akutte situasjoner – alt dette bidrar til at jobben som allmennlege blir enklere. Mange allmennpraktikerkolleger i store byer, med store sykehus som nærmeste sykehus, ønsker seg et lokalsykehus å forholde seg til.

Primærhelsetjenesten skal være et «lavterskelttilbud», der det skal være lett å komme til. Allmennlegene er tildelt rollen som portvokter for spesialisthelsetjenesten. Dette gjenspeiles bl.a. i at de fleste som henvender seg til primærhelsetjenesten ferdigbehandles der. Tilsvarende er det slik at de fleste som henvises til et lokalsykehus, ferdigbehandles i lokalsykehuset. Det er altså bare en svært liten del av pasientene i en kommune med lokalsykehus som må reise langt for å få nødvendig utredning og behandling.

Samhandling gir styrke

De siste 2 årene har Oslo Legeforening arrangert dagsseminar om samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. I 1997 var de regionale helseplanene i fokus, og det ble for mange av deltakerne klart at fraværet av allmennmedisinsk påvirkning og tenkning i helseplanene var påfallende og bekymringsfull. Karin Skarsaune, allmennpraktiker, presenterte en drøm der hun beskrev et sykehusvesen med lokalsykehuset som grunnpilar. Også de store sykehusene skulle ha egne lokalsykehusavdelinger med definert geografisk befolkningssansvar. Denne drømmen vil mange kalte utopi – man kan da ikke legge om hele grunnstrukturen i norsk sykehusvesen? Men det er jo nettopp det man ønsker fra departementet, med en omlegging i *motsett* retning, med økt sentralisering og større vekt på 3.linjen.

Hvis vi som brukere fikk bestemme, skulle sykehusene vært organisert med lokalsykehusfunksjonen som den viktigste og største aktiviteten. De fleste tilstander kan behandles på lokalsykehusnivå, etter LEON-prinsippet. Det ville bli rikelege muligheter til å utdanne generelle indremedisinere og kirurger, fordi den generelle breddekompetansen er viktig på lokalsykehusnivå. Dermed ville rekrutteringsproblemet for lokalsykehusene bli mindre. I et land med bare 4,5 millioner innbyggere er det begrenset hvor mange kvistspesialister vi trenger – da er det ulogisk å legge opp til en spesialistutdanning og en sykehusstruktur som kun utdanner gren- og kvistspesialister.

Lokalsykehusene har et kvalitativt fortrinn gjennom nærboret til brukerne og kunnskap om lokalmiljøet. Dette mangler i de store, sentrale sykehusmaskinene. En organisering

av sykehusene der lokalsykehusfunksjonen er den viktigste, vil kunne ivareta en viss grad av nærboret også i store byer.

Flere steder i Norge har kreative primærleger og lokalsykehus funnet samhandlingsmodeller til gjensidig nytte. Det kan dreie seg om felles forskningsprosjekter, rekrutteringspakker, møtevirksomhet, kurs, hospitering. En form for samarbeidsmodell som kan fremme rekruttering både til sykehuset og primærhelsetjenesten er pakkeløsninger med mulighet for å bli ferdig spesialist i allmennmedisin på 5 år i et strukturert opplegg lokalt.

Hva skal til for at lokalsykehusene skal forbli levedyktige? De må få arbeidsro og trygghet gjennom føringer fra departement, politikere og legeforening, som må understreke betydningen av å ta vare på lokalsykehusene. Det må sattes ressurser på å få veldrevne lokalsykehus, både når det gjelder bemanning og utstyr. Når samhandling med brukerne i lokalsamfunnet er nødvendig.

Hva skal til for å få et godt helsevesen i Norge?

Gode lokalsykehus i både små og store byer, der samhandling både med tredjelinjetjenesten, primærhelsetjenesten og pasientene er en naturlig del av driften.

Referanser

1. St.meld. nr. 24 (1996-97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
2. Andreassen H, Bergstrøm R, Fosse A, Gilbert M, Holund A, Johansen D et al. Motmelding til Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten, helseregion nord og Stortingsmelding nr. 24 (1996-97)
3. NOU 1998:9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap
4. Andreassen H, Brattebø J, Fosse A, Gilbert M, Holund A, Johansen D et al. Motmelding til Akuttutvalgets innstilling (NOU 1998:9 Hvis det haster....)
5. Piene H. SINTEF Unimed, Oslo Evaluering av innsatsstyrt finansiering

ARTROSE



Ved behov! Brexidel® Piroxicam-β-cyclodextrin

C BREXIDOL • NYCOMED PHARMA®

Antiinflammatorisk. ATC-nr: M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver innh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg; Sorbitol 2,68 g; aspartam 15 mg; constit. q.s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablet innh.: Piroxicam - β-cyclodextrin, aeqv. piroxicam, 20 mg; lactos. 102 mg; constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Ikke steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β-cyclodextrin i molart forhold 1:2,5. β-cyclodextrin er et syklig oligosakkard som gir substansen bedre løslighet og dermed raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klartlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilet i uterus ved dysmenore. Absorpsjon: Etter enkeltdose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasiøn på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tabletene. Forsok viser at 75% av forsokspersoner oppnar fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tabletene. «Steady-state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nas ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» konsentrasiøn: AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvekt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasiøner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er uforandret i urin og feces.

INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev. artroser. Akutte inflammasjonsstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenore.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcer pepticum og gastrointestinal blodning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalicylsyre eller andre antiinflammatoriske middel. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, neseopplypper, angioneurotisk odem eller urticaria. Kontraindiseret i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenylketonurie pga. aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smører, fordøyelsesbesvær, stomatit. Gastrointestinal blodning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, sovnloshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiovaskulære/renale: Palpitasjoner, edem, spesielt ankelodem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematur. Dermatologiske: Kloe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjeldent: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nefrolyse (Lyells-syndrom), vesicobulløse reaksjoner. Hypersensitivitet: Anatylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria, angioneurotisk edem, vaskulitt og «serum sickness». Se sett sjeldent. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til synlig gastrointestinal blodning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopeniisk purpura (Henock Schonlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjeldent aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminasiva. Ikterus og hepatitt er rapportert. Oylofore, Tinnitus, Horselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Takesyn og øyeirritasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblodning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon, samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blodningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiinflammatorisk kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregjennomblodning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvaktes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprover eller kliniske tegn på leverykdom. Ved synstørstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiiske betraktinger og studier over virkningsmekanismen for antiinflammatorisk er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhavingsprosesser, inklusive frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiinflammatorisk.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindiseret i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyretorsk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmilk. Konsentrasiøn i melken ca. 1-3% av konsentrasiøn i serum.

INTERAKSJONER: Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antiabetika og antikoagulantia. Okte lithiumkonsentrasiøner er rapportert. Cimetidin kan gi lett økning i absorpsjon, AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretikas natriuretiske effekt. (I 50% anti-reumatika)

DOSERING: Doseringen er den samme for tabletter og dosepulver. Dosepulveret uteses i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artrose. Startdose og vanlig ved likehedsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opp til 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gi kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt: Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammasjonsstilstander i muskel-skjelettsystemet. Förste 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenore. Förste 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.

OVERDOSEING/FORGIFTNING: Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 13,-99) Tablett: Empac: 7 stk. kr. 53,80. 20 stk. kr. 97,10. T: 3, 17,35
Boks: 100 stk. kr. 234,80. Dosepulver 20 stk. kr. 97,10. T: 3, 17,35

Poliomyelitt, fibromyalgi og krigs-sequeler



BERIT TVEIT

født 1931, cand. med. Bergen 1956. Gift, tre barn, fem barnebarn. Allmennpraksis i Namsos 1958–1966, Fyllingsdalen 1971–Allmennpraktiker Dnlf 1974, spesialist i allmennmedisin 1985. Byggeleder for to kontorer og to boliger. Skriver ord på papir og PC, motto: når intet annet hjelper, lag et eventyr.

Jeg har i en del år interessert meg for «Fibromyalgi», på amatørmessig vis. Det ble fort klart at jeg hadde sett mange slike pasienter, helt fra start av praksis i 1958. Ikke sjeldent fulgt av monstreøse artroser, f.eks. i skuldrene hos en buss-sjåfør og en lefsebaker, i knær og hofster hos bondekoner som «gikk etter kyrne seks kilometer daglig x 2». Man hadde kanskje større tålsomhet for smerte dengang?

Da jeg begynte å ta opp nøyaktig «livs-anamnese» fra pasienter med «fibromyalgi», ble det vanligvis klart at både da og nå hadde pasientene hatt et stresvært liv med stort behov for å «ta seg sammen», «bite tennene sammen» og «holde seg oppe». De hadde ikke sjeldent maktet sine oppgaver godt. Min beundring hadde i allfall ikke noen forverrende effekt på plagene.

Et par pasienter med «post-polio-syndrom» dukket også opp. Symptomene lignet svært på fibromyalgi (tretthet,

smerter i muskler og ledd). Dette ble bekreftet i en artikkel i Scientific American april 1998 (1). Forfatteren, Lauro S. Halstead, beskriver også de sannsynlige årsaker:

De motoriske nevroner som overlever infeksjonen, lager et større antall endeplater (buds) og styrer et større antall muskelceller enn de egentlig er laget for. Etter noe årtier ser det ut til at cellene «gir opp», og antallet endeplater reduseres. Årsaken er ukjent, men Halstead mener at den beste hypotesen er langvarig over-bruk av motoriske enheter (nevronene, med synapser og muskelceller), og at dette fører til metabolske endringer. En slags tidlig aldring.

Det kan hende at fibromyalgi har en lignende årsak. Pasientene bruker ganske mange av sine motoriske nevroner til statisk muskelarbeid – jfr «ta seg sammen». Det kan godt ende med samme sort ut-tretting som ved post-polio-syndromet.

De motoriske enheter har i utgangspunktet store reserver og gode kompensatoriske mekanismer (som større muskelceller og dannelse av flere endeplater på axonene), sier Halstead, slik at opptil 50% av nevronene kan gå tapt før muskelen viser tegn på styrketap.

Hvis min sammenligning mellom post-polio-syndrom og fibromyalgi holder, har fibromyalgi-pasientene mulighet for å ta i bruk – på dynamisk vis – alle de nevronene som i øvrig har vært opptatt med statisk arbeid. Men bare hvis pasienten kan oppfatte – i dybet av sin sjel – at det ikke lengre er nødvendig å holde på spenningene. Det er ingen lett oppgave.

Men en god begynnelse kan være å virkelig kjenne godt etter på pasientens muskler (fylde, konsistens og elastisitet), og klarlegge livshistorien slik at pasienten kan begripe sammenhengen.

En opplevelse var stor både for pasienten og meg: Hennes arm-og skulderplager hadde «bare» vart noen få år, men kom igjen uansett terapi. Jeg ba henne «legge fra seg armen i min hånd». På fjerde forsøk klarte hun det. Og sannelig var det tungt – jeg måtte meget kjapt hjelpe til med min andre hånd!

Men etterpå fikk hun mot til å ordne opp i en meget krevende arbeids-situasjon – blant annet ved å sørge for at visse oppgaver ble delt mere likt mellom arbeiderne. Før hadde de sterkeste sparket oppgavene fra seg – og jobben endte hos min pasient. Hun var svært snill og pliktoppfyllende.

Halstead har selv hatt poliomyelitt med lammelser, og beskriver på en måte samme fenomen: Polio-pasientene var i en slags krig med sykdommen. Å trenere og få førligheten tilbake ble for dem en livsviktig oppgave. Seieren hadde betydelig effekt på livsvilje og pågangsmot, helt til senirkningene traff dem ca 30 år senere.

Men til tross for mye støtte fra andre, hadde de ofte sterkt trang til å fornekke og/eller skjule sin sykdom. Jamfør president Franklin D. Roosevelt som ikke ville bli fotografert med de mekaniske hjelpeemidler han var avhengig av.

Fibromyalgi-pasientene får lite støtte fra andre. Tvertom har de, før plagene kom, ofte vært «familiens støtte» – vanligvis uten at de andre egentlig var klar over det. På et vis er de kanskje født med større vilje og pågangsmot enn deres muskler tillater. Sammen med ytre påkjenninger ender de opp med «utslitte» muskler etter 20–30 år. Så vidt jeg har begrepet, kan lignende fenomener opptre hos idrettsutøvere når de blir «overtrøtt».

Hvis man er vokst opp med at stekepanner kan komme susende nårsomhelst, er det neppe syklig å innta en for-

varsholdning. Heller ikke å bite tennene sammen når far er alkoholiker, mor deprimert og man har tre yngre søsken. «Mor for fem andre fra tiårsalder» er en tøff jobb.

Halsteads ord om strid og triumf ga meg ennå en assosiasjon: Sen-virkningene av krigsopplevelser kommer også etter mange år med tilsynelatende normal funksjon. Her er også økt trettbarhet et dominerende symptom, og Axel Strøm (2) skriver at 69% av en gruppe konsentrasjonsleir-fanger hadde ryggplager (undersøkt 13–18 år etter 1945).

Når det eneste man kunne gjøre for å overleve var å «holde seg oppe», «være rakrygget» – er det rimelig at musklene i ryggen ble overanstrengt. Det ble lite bedre etter krigen. Når eks-fangene var plaget av trettethet, angst og mareritt fikk de liten trøst, bare beskjeder som «Nå er det jo over – ta deg sammen». Heldigvis var det noen som tenkte og handlet annerledes – som Jan Baalsrud, Leo Eitinger og Axel Strøm.

De fleste fangene var menn. Det er mulig at menn generelt «reagerer med ryggen», mens kvinner «reagerer med nakke og skuldre».

Axel Strøm funderer over årsaken til «KZ-syndromet», og sier at det minner om for tidlig aldring. Nå kommer Halstead og sier det samme om reaksjoner på celle-nivå.

Min lefsebakende pasient hadde selv funnet sammenhengen og mente at artrosene var billig betaling: Mannen druknet tidlig under fiske, trygd var det lite av – men hun hadde med sine lefser «fatt barna fram» (utdannelse etter folkeskolen). Hun var stolt av sitt liv, lykkelig.

Berit Tveit
boks 3555, 5033 Fyllingsdalen

Litteratur:

1. Halstead LS. Post-Polio Syndrome. *Scientific American*, April 1998 36-41.
2. Strøm A. Krig og helse. H. Aschehoug & Co. Oslo 1974



Hvorfor (for)bli allmennpraktiker

Tanker om allmennpraksis

TORGEIR GILJE LID
 Cand.mag. 1987,
 cand.med. 1991, vært
 legevaktslege, kst.lege-
 vaksjef og kommune-
 lege 2 i Stavanger, har
 pt. perm fra driftstil-
 skudd og stilling som
 bydelsoverlege, er i
 sykehustjeneste som
 ass.lege ved Rogaland
 Psykiatriske Sykehus.
 Medredaktør i Ut-
 posten. Prøver ellers å
 holde igang et fotopro-
 sjekt i allmennpraksis,
 «Bilder fra klinisk
 praksis».

Innledning

Almenpraksis er medisinens mor, og moderne medisins stebarn, og samtidig praktisk og administrativt norsk medisins midtpunkt. Andre spesaliteter står for fremskrittene, men det er almenpraktikeren som gjør de samme fremskrittene tilgjengelige for folk flest. Vår arena er hverdagen, den virkelige virkeligheten. Vår svakhet er avstanden mellom vitenskapens statistiske signifikans og den enkelte pasient, og vår styrke er erkjennelsen av denne avstanden og forankringen ute i virkeligheten.

Kunnskapskilder

En almenpraktiker må hente sin kunnskap fra mange kilder. Tradisjonell vitenskapelig medisin (det vi lærer på skolen) er en hovedpilar, uten denne blir vi dilettanter og velmenende synsere. Men denne kunnskapen må anvendes kritisk og syntetiseres med vår egen erfaring, både vår generelle kliniske erfaring med lignende tilstander og vår spesielle kliniske erfaring med akkurat denne pasienten. Men da ingen, hverken leger eller pasienter, lever i et åndelig og kulturelt vakuum, må almenpraktikeren i tillegg ha kunnskap om hva som rører seg blant folk. Han må kjenne tidsånden.

Den resirkulerte almenpraktikeren Per Fugelli holdt en gang et foredrag om hva du som lege bør lese. Fritt etter min egen hukommelse trakk han der fram dødsannonserne (egen kvalitetskontroll), lokalavisene (hva er folk opptatt av lokalt) og de store tabloidavisene (hva er folk flest redde for akkurat nå). I tillegg bør leger lese skjønnlitteratur, gå på kino og teater, drive idrett, klatre i fjell og hoppe i fallskjerm også, hvis du har slike lyster. Hovedsaken er at du selv også lever et virkelig liv, ikke bare et yrkesliv, og lar det forme og utvikle deg.

Apropos tabloidavisar: Hvis Dagbladet og VG i 3 dager etterhverandre har skrevet om hjernehinnetebennelse hos barn, eksemplifisert ved lettvinde legevaktsleger og fatal utgang, må du som legevaktslege vite at mor og far til den forkjølte, febrile 2-åringen du har foran deg har lest alt dette og er svært engstelige for sitt barn. I selvsamme øyeblikk som du anvender ditt kliniske legeblikk for å bestemme om barnet er alvorlig sykt eller ikke, anvender de sitt kritiske foreldreblick for å bestemme om du er en flink doktor eller ikke.

Din kliniske erfaring og medisinske kunnskap er en nødvendig, men langt fra tilstrekkelig kunnskapsbase i denne situasjonen. Din profesjonelle beroligelse er

fullstendig bortkastet hvis du bare ser barnets feber og ikke foreldrenes angst. Dette er like aktuelt også uten Dagbladoppslag, men det er viktig å se at slike oppslag kan gjøre foreldre tilbøyelige til å søke lege tidligere enn de ellers ville gjort, og til å være mer engstelige. I tillegg kan de også få foreldrene til å være mer skeptiske til din vurdering enn de ellers ville vært.

av faget. Carl Edvard Rudebeck har skrevet om dette, han kaller det eksistensiell anatomi og kroppslig empati.

Eksistensiell anatomi handler om at et kroppslig symptom også bærer en mening om noe annet, brystsmerter f.eks. knyttes til hjertet, og hjertet handler om plutselig død, dødsangst. Dette er ofte ikke direkte uttrykt, men mer en underliggende mening eller ladning av symptomene. Kroppslig empati betyr at legen bruker kunnskapen og erfaringen om sin egen eksistensielle anatomi som grunnlag for innlevelse i pasientens opplevelse.

Kommunikasjon

På skolen lærte du mye medisin, men lite om anvendelsen ute i virkeligheten. Du kan mye om behandling av endel tilstander, og mye om symptomer og tegn, men lite om den lange og kronglete veien fra opplevelsen av et symptom eller

Den legevaktlegen som i tillegg til adekvat medisinsk kunnskap og kjennskap til tidsånden, også har evne til å se det enkelte menneske, han kan håndtere en slik situasjon profesjonelt. Da kan han gi foreldrene trygghet nok til se det hele an, og kunnskap nok til å reagere adekvat hvis situasjonen endrer seg. Men den selvsamme legen må likevel gå hjem fra vakten med en ubehagelig uro i kroppen; var det hjernehinnebetennelse likevel?

Denne uroen er også en kunnskapskilde; det er vanskelig å forholde seg empatisk til foreldrenes angst hvis du ikke har kjent på og erkjent din egen. Likes kan du vanskelig forholde deg empatisk til pasienten på kontoret med ufarlige symptomer som tror han har kreft, hvis du ikke husker din egen angst for å feile det meste etter hvert som du lærte mer

plage fram til opplevelsen av få hjelp. Pasienten forventer at legen skal forstå ham slik han forstår seg selv, og samtidig forstå mer enn ham slik at legen kan hjelpe ham. Dette er vanskelig nok med pasienter fra samme språk og kultur som oss, og mye vanskeligere jo større avstanden er mellom legens verden og pasientens. Njål Flem Mæland har nylig gitt et godt eksempel på det i Tidsskriftet.

Men avstanden mellom legens verden og pasientens kan være like stor selv om de alltid har bodd i samme by. Det er lett å forstå når det gjelder pasienter fra andre kulturbak-

grunner, med språkvansker og forskjellig sykdomsmodeller. Men selv pasienter med samme språk, kultur og sosioøkonomiske bakgrunn kan by på store utfordringer.

Dette kan semiotikk, læren om tegn, si noe fornuftig om. Symptomene en pasient forteller om er kroppslige opplevelser og fornemmelser som de mangler fornuftig språk for, og som de selv må fortolke for å kunne formidle videre. Vi får derfor aldri «rene» symptomer, det er alltid pakket inn i en fortolkning. Disse fortolkningsene er forskjellige i forskjellige miljøer, og de skifter også over tid (jfr. tidsånden, som også ofte inkluderer forståelsesmodeller eller brokker av sådanne for sykdom og helse). Legen skal så fortolke pasientens budskap og forstå innholdet utifra sine forståelsesmodeller. Legen og pasienten skal til slutt fortrinnsvis forenes om en felles forståelse av pasientens plager, og legen skal så formidle fornuftige strategier videre, fortsatt i forståelse med pasienten.

Legen som reiser til en annen verden, enten det er Loppa eller Afrika, har i utgangspunktet kanskje en større erkjenning av forskjellene og kan sakte, men sikkert sette seg inn i den andre kulturen og dermed forstå mer. Men legen som fortsatt bor i sin verden oppdager etterhvert at også den rommer mange ulike virkeligheter.

Ubehaget i medisinen

Freud har skrevet om «Ubehaget i kulturen». «Ubehaget i medisinen» er den økende avstanden mellom den avanserte medisinens voksende potens og pasientenes minkende opplevelse av å faktisk få hjelp med sine plager. Markedsføringen i media av teknologimedisinens framstritt skaper urealistiske forventninger (jfr. tidsånden) til hva hverdagsmedisinen kan oppnå. Det virker meningsløst for de fleste at en kan bytte ut nesten samtlige indre organer, og likevel står legene maktesløse overfor vanlige plager og vondter. Dette paradokset er også med på å slite ut legen. Folks krav og forventninger til intervasjon til og med før sykdom oppstår korresponderer ikke med hva legen har til rådighet i sin koffert.

I tillegg møter du gjerne virkeligheten med forventninger om i det minste av og til kunne helbrede og redde liv, mens problemene du blir stilt overfor ofte er sammensatte og diffuse, nesten uggjennomtrengelige. Dette paradokset er en viktig forutsetning for alternativmarkedets vekst. Det er grenser for hvor lenge medisinen kan skryte av sin potens når dens impotens stadig blir demonstrert. Denne avstanden mellom medisinens selvbilde og folks opplevelse må medisinen som vitenskap ta inn over seg og problematisere. Vitenskapsteori og -kritikk er en forutsetning for vitenskapen, og medisinens oppgaver, kunnskapsutvikling og

anvendelse må kontinuerlig diskuteres og kritiseres. Alle andre gjør det (kritiserer medisinen), men vi må selv være våre største kritikere.

Hvorfor da almenpraktiker?

Oppgaven burde egentlig være overkommelig. Vi forvalter en kunnskap (og en kunst!) som tross mange feilskjær faktisk er i stadig utvikling. Gamle sannheter brynes mot nye, i samspill med god, gammeldags erfaring og intuisjon. Våre konkurrenter kan sammenlignes med dogmatiske profeter for obskure sektører i forhold. Tidligere umulige problemer har funnet sin enkle løsning, bare tenk på Hib-vaksinen og dens effekt på hjernehinnebetennelse hos småbarn. Du kan bedre livskvaliteten og levetiden for gamle fra Antonsen med optimal sviktbehandling og samarbeid med kommunens omsorgstjeneste. Barnet med ørebettene ser du an uten penicillin, og foreldrene er faktisk takknemlige for det. Dette siste må jeg motvillig innrømme skyldes et samvirke mellom ny kunnskap om resistensproblematikk og medias «skremmelspropaganda» om samme, et av de sjeldne eksemplene på at helsejournalistikk faktisk har endret folks oppfatninger i positiv retning, jfr. igjen tidsånden.

Som almenpraktiker kan du møte enkeltmennesker og familier, arbeidsplasser og lokalsamfunn, av alle avskygninger og med en uendelighet av historier og virkeligheter. Men i tillegg til holdbar kunnskap, godt kjennskap til tidsånden og økende erfaring, må du også ha med nysgjerrighet på livet og ydmykhet overfor fargerikdommen i Vår Herres allehåndte for- og bakhager. Uten alt dette blir du fort en elefant i en porselensbutikk.

Etterord

Denne artikkelen er skrevet etter inspirasjon fra en artikkel til psykoterapeuter in spe, skrevet av en erfaren psykoterapeut. Nå kan jeg kun i beskjeden grad kalles en erfaren almenpraktiker (cand.med. 1991), men jeg har altså prøvd meg likevel.

Ref.liste:

Kunnskap om kunnskap, Utposten nr. 5/98, spesialnr. om kunnskap.

Fugelli, Per: Foredrag på Utpostens jubileumsseminar på Primærmedisinsk uke, 1996.

Rudebeck, Carl Edvard: Två subjekt, två kulturer og två historier i en ram. i Medisinsk teori, Almenpraktiker-serien, TANO, 1993.

Utallige utgaver av Dagbladet og VG.

Mæland, Njål Flem: I hver sin verden, eller historien om to virkeligheter, TDNLF, 1999, 77

Eit mistenkjeleg dødsfall

Eg hadde legevakt, og det var blitt sein vinterkveld då telefonen ringde: «Det er fra politiet. Vi har fått melding om et mistenklig dødsfall i X-dal. Vi har sendt ut to mann og trenger lege. Når kan du være her?» Det er slik i min vesle landkommune at politiberedskapen er sentralisert og interkommunal. Denne natta kom derfor to for meg ukjende politimenn i uniform

køyrande sju mil for å sjekke ut meldinga dei hadde fått om gamle Andres som var funnen daud heime i stova av grannen sin, Olav. Døra hadde vore låst frå innsida, og Olav hadde måttet brote seg inn gjennom stoveglaset etter at han hadde fått mistanke om at ikkje alt var som det skulle. Så då han – ikkje heilt uventa – fann den gamle sitjande daud i stolen hadde han funne det rettast å ringe lensmannen. Som på denne tida av døgnet altså var ei vidarekobling til politivakta i nærmeste by.

Då eg fekk den dramatiske meldinga kvakk eg. Trudde politiet at Olav hadde tatt livet av grannen sin? Kvifor høyrtes det ut som om detasta? Eg kjenner Olav godt, og Andres visste eg godt av, men ikkje som pasient. Han budde allein med katten, sov i kroneseng på kjøkenet, kokte seg

*Historier
fra
virkeligheten*

graut og steikte flesk og låg ingen til byrde. Nære slektninger hadde han ikkje. Og han hadde aldri i heile sitt 86-årige liv vore til lege. Eg køyrde fort, det tok likevel nesten ein time før eg swingte inn på tunet rundt midnatt. Inne på kjøkenet sat Andres daud i ein stol ved bordet, Olav levande på ein krakk ved sida av han, kona til Olav på kanten av kronesenga og den

ylngste dattera deira inntil mora og snufsa litt. Ho hadde vel blitt vekt av alt oppstyret. To rastlause, tungt uniformerte politimenn med luu på sveiv rundt på kjøkengolv og såg utilpass og irritable ut. «Det tok sin tid», sa den eine før eg rakk å handhelse rundt eller seie noko som helst. «Du får gjøre det som trengs. Det ser vel greit ut dette. Men hva gjør vi med avdøde? Han kan jo ikke bli sittende her! Hvor er nærmeste begravelsesbyrå?»

Det tok litt tid før me andre i rommet forsto kva problemet var. For politiet var Andres eit lik. Rett nok ikkje myrda, men like fullt ei politisak som skulle «ordnast», dvs. eit objekt som skulle «fjernast frå åstadene». Eg trur dei såg han som eit trugsmål mot alle høvelege kategoriar der han sat nesten som vanleg i oppknept vadmelusbukse, trøye med hol

på ermene og ein halvtømt kaffekopp ved sida. Det tok litt tid før kona til Olav fekk samla seg til protest. «Me kan då vel ikkje bere Andres ut av huset midt på svarte natta!» Eg forsto kva ho meinte. Det sørmer seg ikkje å bere eit menneske ut av huset som han har budd i all sin dag nærmast i løynd. I all hast. Som ingenting. Slikt gjer ein ikkje i denne bygda. «De kan reise» sa eg til politiet. Dei let seg ikkje bede to gonger.

Me som var att la Andres i kronesenga, knepte hendene hans, fann eit pent handkle som me knytte opp haka med og kokte kaffe. Til katten fann me til og med ein mjølkeskvet.



Veggedyr – ikkje berre i romaner frå krigen

Av Sven Peter Wetterberg

Veggedyr, *Cimex lectularius L.*, väggglus (svensk), lutikka (finsk), bed bug (engelsk), bettwanze (tysk), er ein insekt som eg neppe trudde eg ville kome borti som kommunelege på Sunnmøre. Før krigen var veggedyret vanleg i Skandinavia. Då Anticimex starta opp i Sverige i 1934 hadde kvar tredje husstand i byane veggedyr. Men den moderne tids kommunikasjonar og menneskers aukande tendens til å flytte for få jobb gjer at veggedyret kan dukke opp att. I andre land, særleg i Aust-Europa, men også i Nord-Amerika, er veggedyr vanlegare enn her, og dyra kan lett følgje med i klede, møblar og sengetøy. Under seinare år har mange utleigarar av campinghytter og vandrarheimsverter i Norge vorte klar over dette.

Ein person som budde i ei slik utleigehytte kom ein dag til meg på kontoret og meinte at han måtte ha vorte beten av ein insekt. Det var i desember 1997 og ikkje akkurat sesong for mygg. Bita var koncentrerte på hand- og fotledd, og gav intens kløe. Det var ikkje tvil om at det var insektstikk. Eg snakka med eigaren av hytta som tok kontakt med eit skadedyrsbekjempingsfirma. Dei fant snart veggedyrets typiske avføringsspor, små brunsvarte flekkar av same storleik som flogesmuts, dei tome «skala» etter hamskifte og bak panelen i hytta ei samling dyr. I midten av desember i fjor, kom ein mann med son sin til meg. Dei budde i ei utleigehytte på grunn av husoppussing og etter 2–3 veker i hytta hadde dei begynt å få kløande bit på armane. Også her avslørte undersøking av hytta både spor og levande veggedyr.

Veggedyret er 4–5 millimeter langt, ovalt i forma og flatt. Fargen er brun – brunraud. Det manglar flygeevne og lever på blod frå pattedyr. Den arten som me finn i Noreg og som bit mennesker er *Cimex lectularius*. Veggedyret lever 4–12 månader eller meir. Det parar seg ikkje på vanleg måte, men handyret deponerer såd i Berleses organ på hodyrets abdomen, og der kviler sæden til dess at hodyret finn eit blodmål. Deretter kan hodyret legge opp til 200 egg. Eggja vert lima fast på flater der dyret gøymer seg. Etter 6–10 dagar er eggja modne og den nymfe som kjem ut skiftar ham 5 gongar før den er vaksen. Mellom kvart hamskifte må den suge blod.

Heile prosessen frå egg til vaksent dyr kan gå på 2 månader under gode forhold, det vil seie god tilgang på mat og temperatur mellom 18 og 20 grader. Tre til fire generasjonar per år er vanleg. Det vaksne dyret kan overleve lage temperaturar og klarar seg over eit år (det er rapportert 550 dagar!) utan å suge blod.

Det er om natta veggedyret kjem fram for å suge blod. Dermosom dyret er veldig svolte og lyset er svakt (som til dømes på kino) kan veggedyret også suge blod på dagtid. Det sporer opp sin vert gjennom å kjenne koldioksid som verten pusstar ut. Det er veggedyrets saliv som gir irritasjon og kløe i huda, men ofte trengst det gjentekne bit over minst 1–2 veker og til og med månader før ein begynnar å reagere på bita. Dette kan vere forklaringa til at dei pasienter eg har sett har vore vintergjester på hyttene som har budd der over fleire veker, og ikkje sommarens overnattings- eller ei vekesgjester. Om dagen gøymer veggedyret seg i sprekker, stoppa møblar, radioapparater, klede, gardiner og draperiar, sauvar i madrassar, i sengehjørne, under sengebotnfjølar, bak veggibile, under tapeter, under vindusbenker, bak dørlistar m.v. Det er på slike plassar ein skal leite etter dyr, tome skal og avføringsflekkar.

Det finst inga prov på at veggedyr overfør sjukdommar. Det er gjort forsøk å til dømes overføre HIV og hepatitt-B-virus med veggedyr som vektor, med negativt resultat. Helseproblemet med veggedyr er dei kløande bita og ubehaget med å ha ekle dyr i veggane. Vanlegast ser ein bit på andletet, halssen og på hender og armar. Ofte ser ein to eller tre bit på rad, av og til fører sensibiliseringa til eit generelt utslett.

Veggedyret overlever ikkje temperaturar over 40 grader eller under frysepunktet (ein del kjelder angir +10 grader). Det er følsamt for vanlege pyretriner og pyretroider, men dei profesjonelle uteyddarane brukar som regel slike midler i gassform. Som kuriosum kan nemnast at ettersom veggedyret ikkje kan flyge og ikkje klarar klatre på glatte flater, kan ein faktisk beskytte senga si ved berre sette sengebeina i sylteglass.

Du trenger disse!

Dei som driv utleiging av hytter eller vandrarheim bør tenke på følgjande forholdsreglar:

1. Tenk nøye over om gjestane skal få bruka eige sengetøy.
2. Undersøk sengene minst ein gong for året for spor av dyr eller levande dyr.
3. Bruk dyner, puter og evt overmadrassar som kan vaskest i maskin. Dampreingjering kan vere eit alternativ.

Som lege skal ein tenke på veggedyr som differensialdiagnose ved insektsstikkliknande hudefflorescenser, ikkje minst vinterstid, og ta opp ein bustadsanamnese. Dei andre differensialdiagnosene som kan vere aktuelle som til dømes lusfloger og cerkariedermatitt, men som er meir sommarplager, finst omtala i MSIS-rapport frå veke 30/1997. Når det gjeld utrydding av veggedyr finst det gamle gode forskrifter frå 1936 nr 4941 som ein i dag kan gjenfinne på internett på <http://www.helsetilsynet.no/regelver/forskrif/f36-4941.htm>

Referanser:

- Greenberg L, Klotz JH. University of California Pest Management Guidelines: Bed bugs. Univ. Calif. Agric. And Nat. Resources Publication 7454, 1998.
- Olkowski W, Olkowski H, Darr S. Common sense pest control. Newton, CT. Taunton Press 1991.
- Blystad H, Mehl R. Noen sommerplager. MSIS-rapport uke 30, 1997.
- Mayans MV et al. Do bedbugs transmit hepatitis B? Lancet 1994 Mar 26;343(8900):761-763
- Jupp PG, Lyons SF. Experimental assessment of bedbugs and mosquitoes as vectors of human immunodeficiency virus. AIDS 1987 Sep;1(3):171-174

Rolf Hanoa

Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon

En oversikt over hjelpetiltak, institusjoner, bestemmelser og saksbehandling innen helse-, trygde-, sosial- og arbeidslivssektoren. Den nye utgaven er fullstendig omarbeidet og utvidet, med økt vekt på helse-administrative emner. Statististiske opplysninger samt litteraturreferanser har fått større plass og gjør det lett for leseren å arbeide videre med temaene.



En uunnværlig oppslagsbok for studenter innen ulike helse- og sosialfag samt alle kategorier av helsepersonell.

ISBN 82-00-42384-0 • 1041 sider • Pris kr. 595,-

Universitetsforlagets

Store medisinske ordbok

Den beste boknyheten for alle i helse- og sosialsektor på lang tid.

- Mer enn 30 000 oppslagsord
- Mer enn 70 000 termer
- En mengde etymologiske opplysninger
- Omfattende henvisningsapparat
- Oppdatert og tilpasset norske forhold



Boken er basert på Bengt I. Lindskogs Medicinske Terminologi.

ISBN 82-00-42327-1 • 633 sider • Pris kr. 725,-



UNIVERSITETS
FORLAGET

Lyrikke

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 oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tone Skjerven – lagleder

Av Tone Skjerven

Denne gangen trer jeg inn som reserve på stafettagget. Så tar Morten Svinvik ved Sama legesenter i Harstad neste etappe. I grunnen er jeg glad for denne runden, det gir meg muligheten til å dele med dere et dikt som vi assistentleger fikk utdelt av vår gruppeveileder i fjor høst. Vi trykker Karin Sveen sin artikkel om den kultiverte lidelse i dette nummeret. Den omhandler blant annet tanker om samtalen mellom behandler og pasient. Hun trekker fram viktigheten av at både lege og pasient er tydelige overfor hverandre og sier noe om hvem de er gjennom det hun kaller den narrative samtalen.

Jeg har nylig vært på seminar om spiseforstyrrelser. Det var mange gode forelesninger, men det som gjorde dypest inntrykk, var budskapet til en tidligere pasient. Hun sa blant annet at vi må være ekte, vi må lytte til det pasienten har å fortelle og møte henne med respekt for hennes integritet og autonomi. Slike som oss har utviklet ganske følsomme parabolantener, sa hun, vi gjennomskuer raskt hvem som ser og hører med åpenhet og interesse og hvem som har mer forutinntatte holdninger til oss.

«Jeg tror svært mye handler om å bli likt», sier Finn Skårderud i introduksjonen til boka Uro som kom ut i fjor. «Kanskje det er så enkelt. Vi trenger at noen setter pris på oss». Ved å vise at vi bryr oss om vil vi også vise at vi setter pris på.

La derfor dette diktet av Ruth Senter slumre i bakgrunnen når du forholder deg til medmennesker, enten det er pasienter eller andre du kommer i møte med.

Om jag verkligen brydde mig om dig...

skulle jag se dig i ögonen när du talar till mig
skulle jag tänka på vad du säger, snarare än vad jag ska
säga när du slutat
skulle jag höra dina känslor tillsammans med dina ord.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag lyssna utan att försvara mig
skulle jag höra utan att bestämma om du har rätt
eller fel
skulle jag fråga dig varför, och inte bara hur och
när och var.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag släppa in dig bakom mit ytter
skulle jag berätta för dig vad jag hoppas, drömmar,
fruktar, lider av
skulle jag berätta när jag gjorde bort mig och när
det gick bra.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag skratta med dig men inte åt dig
skulle jag tala med dig men inte till dig
och jag skulle veta när det är tid att vara tyst.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag inte klättra över dina murar
skulle jag vänta utanför tills du släppte in mig
genom porten
skulle jag inte låsa upp dina hemligheter
skulle jag vänta tills du gav mig nyckeln.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag älska dig i allfall
men jag skulle be om det bästa du kan ge
och försiktigt dra fram det ur dig.

Om jag verkligen brydde mig om dig...
skulle jag lägga handboken åt sidan
och lämna mina lösningar hemma
föreställningarna skulle upphöra
vi skulle vara oss själva.

EDB @ S P A L T E N

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037

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

Virus og antivirus

Med den stadig økende bruk av elektronisk post og nettverkssammenkobling av datamaskiner øker også risikoen for å få elektroniske virus til din pc. Tidligere var det særlig dataspill og bytting og bruk via disketter som var den store virussmitteveien. Nå har e-posten overtatt. Mange av oss henter også andre typer filer og program fra internetservere og her er det også betydelig risiko for å kunne få virus med på lasset.

Virus kan finnes i exe-filer, i doc-filer og som mange forskjellige vedlegg. Trojanske hester er mye omtalte virus og på slutten av 1998 skaket et nytt Remote Explorer virus opp NT-nettverksbrukere. Nylig dukket det opp et nytt genialt virus fra den berømte bulgarske virusprogrammereren «Dark Avenger» kalt «Commander Bomber». Dette viruset infiserer bare com-filer og på en helt spesiell måte og med resultat at vanlige virusscannere ikke oppdager viruset. «Dark Avenger» er også tidligere kjent for sitt «Eddie-virus» som var så intelligent laget at det fikk antivirusprogrammene til å spre viruset i maskinen og på en så snedig måte at Eddie overtok hele kommandoen av den infiserte

maskinen, mens brukeren kunne fortsette intetanende så lenge det var lite brukte programmer som var affisert. Etter hvert «spiste» imidlertid Eddie opp alle program og data på den infiserte pc.

Det finnes god hjelp.

Norman antivirus er norskprodusert og har stor utbredelse i større nettverksmiljøer. Andre navn som stadig dukker opp i antivirussammenhenger er Panda, Dr Solomon og McAfee. Selv har jeg gode erfaringer med Norton Antivirus fra Symantec. Dette programmet skanner maskinen ved oppstart og ligger så resident og overvåker alt som skjer av import og eksport av filer og stopper, varsler og ordner opp når virus dukker opp. Programmet er enkelt å installere og sette opp med ønskede funksjoner og har en «Live Update» funksjon som gir anledning til faste oppdateringer av virusdefinisjonene. I tester som forskjellige datablad gjennomfører kommer Norton Antivirus ofte ut på førsteplass – særlig for oss vanlige brukere.

I Novell nettverket på jobben bruker jeg Cheyenne ARC-Serve (nå fra Computer Associates) som backupprogram og til dette leveres Inoculan som sjekker filene på serveren kontinuerlig og spesielt før hver backup slik at vi ikke skal risikere å få en eventuell virusinfeksjon med over til backupbåndene.

De fleste vil ikke komme borti virus i sin edb-bruk – bare lese om elendigheten. Men når du først kommer i kontakt med elektronisk virus skal du prise deg lykkelig over at du har installert et antivirusprogram som skanner og overvåker pc og nettverk.

I dag må et antivirusprogram være like selvfølgelig som regelmessig backup – og det er absolutt ikke lengre feigt å ta backup!!

Askøy i februar 1999

John Leer

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!

Ord om ord 99

Av Jannike Reymert

Adamseple er et kjent anatomisk kjennemerke, som jo er langt mer fremtredende hos menn enn kvinner, ja, kan man i det hele tatt kalle kvinnens cartilago thyroidea for Adamseple? Opprinnelsen til ordet har fått ulike forklaringer. Falk og Torp hevder at det sikter til forestillingen om at Adam skulle ha satt en bit av det fatale eplet Eva bød ham i halsen, og der sitter det enda, som man red er så ligger man! (For min egen del vil jeg påstå at dette er den mest logiske forklaringen: Menn som har latt seg lure ut på gale veier av en kvinne og så mistet motet underveis og svelger vrangt - Vi mangler bare skriket: Hvor er mor???)



Tryti avliver ovennevnte myte med å hevde at ordet er kommet via tysk fra det latinske pomum adami som igjen er avledet av det hebraiske tappuach ha adam = «mannens eple». Eple skal her ikke bety annet enn en klump eller et fremspring.

Thyroiidea er avledet fra det greske thyros og betyr skjold. Ordets opprinnelse skyldes glandelens likhet med et stridsskjold, og går igjen i det norske skjoldbruskkjertelen. Der kan man dog si at navnet kanskje er forbundet med cartilago thyroidea, brusken som utgjør Adamseplet og også har formen som et skjold. Hvorfor skulle ellers ordet brusk smette inn midt i det norske ordet, det er jo ikke brusk i kjertelen.

Kilder: Ivar Tryti: Språkets ville vekster. Aschehoug. 1997. Hjalmar Falk og Alf Torp: Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstrøms antikvariat AS. 1994.
Sylvi Aanderud og Trine Bjøro. Thyroideasykdommer. Universitetsforlaget. 1997.
Caplex. Cappelens ettbindsleksikon. 1990.

Serevent™ - minst 12 timers effekt

Salmeterol

mot astmasymptomer

C Serevent "GlaXO Wellcome"

Adrenergikum.

ATC-nr: R03A C12

T INHALASJONSÆROSOL 25 µg/dose: Hver dose innh.: Salmeterol, xinafos, aqsv. salmeterol 25 µg, lecithin, trichloro-fluorometane, d,fc,od,fluoromethane.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose i doseskive: Hver dose innh.: Salmeterol, xinafos aqsv. salmeterol 50 µg, lecithin.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose / Diskus: Hver dose innh.: Salmeterol, xinafos aqsv. salmeterol 50 µg, lecithin.

Egenskaper: Klassekoding: Selvdu. B₂-stimulator. IN: Inhalasjonsbehandling. Virkningstid: Virker på B₂-receptorer i bronkene. Virketid: Den bronkospasmodende effekten inntrer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Ved regelmessig bruk oppnås bronkodilatatorisk effekt hele døgnet. Hemmer strøks- og sentralsjon etter allergienexponering. Salmeterolutsløft er et særskilt, nivå farmakokinetisk og utallendig utsløft på de tekniske vanskeligheter med å måle de svært lav plasmakoncentrationer som ses etter inhalasjon. Absorption: Maximal plasmakoncentration etter inhalasjon (50 µg): Ca. 200 pg/ml. Metabolisme: Utslipp hydroksylering i leveren. Hovedmetabolismen er aktiv, men effekten er av kortere varighet (in vitrodata). Utskillelse: Hovedsakelig via fauces. Indikasjoner: Vedkondisjonsbehandling av bronkialastis når behandling med inhalasjonsprøsider og kortverkende B₂-agonist latt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Som ikke avsynes som monoterapi eller ved skittne selvtørn. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for inhalasjonsprøsider. Bivirkninger: Bivirkninger som er typiske for symptomatiske kan oppnås. Disse er ofte dosisrelaterte. Ved normelldosering opptrer tremor, palpitasjoner og muskelskamper hos 1-2% av pasientene. Hypotensjon (≤ 1/100). Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelskamper. Seldes (< 1/1000): Hypokalemii, overaktivitetsreaksjoner, tøykard, amfetamintyper (inkludert stofflinnen, supraventrikulær tøykard og ekstrasykler) er rapportert hos uttalte pasienter. Legemidler som inntakes kan via oppsette mekanismer i sjeldne tilfeller gi oppslag til bronkospasme. Forsikrighetsregler: Tyrosinkokose. Avsørg hjertekardiyoskizm. Uthandlet hypokalemii. Som ved annen inhalasjonsterapi, forsøg mulighet for paradoxs bronkospasme. Dersom ikke finnes, før behandlingen avlyses, og alternativ terapi startes. Salmeterol erstatter ikke kortverkende (porsale eller til inhalasjon), men skal brukes i tillegg til disse. Pasientene må informeres om ikke å starte eller redusere steroidterapi ved en evt. symptombedring, uten å konultere lege. Salmeterol skal ikke instituert eller brukes ved alvorlig isometrektiske eller akutte astmatisk. Pasienten skal derfor ha tilgjengelig B₂-agonist med kort virkellid og raskt innsettelse effekt for å kunne erstatte. Pasienter med alvorlig astma må kontrolleres regelmessig. Dersom pasienten ikke førbinder av B₂-agonister med kort virkellid for å kontrollere astmasymptomene, bør dette på en konvensjon av sykdommen. Plutselig og tilbepende forverring av astmasymptomene er potensiell i utrusa, og man bør vurdere å øke doisen av kortverkende.

Graviditet/Ammung: Overgang i placenta/morsmilk) svært høye doser i dynamisk er det set typlike B₂-agonistefekter hos barnet (bl.a. forlenget drøftighet, gasspuste, forsinket osmifikasijsjon). Utsikt bruk av andre B₂-agonister her imidlertid ikke gitt holdepunkter for at dette har klinisk betydning ved terapeutiske doser. Resultater fra dyreforsknader tyder på at kun svært høye mengder går over til morsmilk. Fra begrenset erfaring med bruk av salmeterol under gravideitet og amming, der ikke bruk bare øyeblikket etter at hordalen er vurdert i forhold til mulig risiko for barnet. Interaksjoner: Lox-kardiotekniv betablokker bør aldri kombineres ved astma, og kortverkende betablokker bør bare brukes med forsiktighet. Doserings: For å få optimal effekt er det nødvendig å bruke prøsider regelmessig. Dose og dosemotrykkighet har bare et sammenheng med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. Inhalasjonsaerosol: Barn over 4 år: 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. Voksner: Ventolin 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. Ved alvorlig kontraktjon kan innst. 4 inhalasjoner (100 µg) 2 ganger daglig. Inhalasjonsprøsider med kortverkende. Inhalasjonspulver: Pulveret inhalasjon ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus (se Andre opplysninger). Barn over 4 år: 1 dose à 50 µg 2 ganger daglig. Voksner: Vanligvis 1 dose à 50 µg 2 ganger daglig. Ved alvorlig obstruksjon kan doseringen økes til 2 doser à 50 µg (=100 µg) 2 ganger daglig. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Tremor, hodepine og tøykard. Behandling: En kortverkende betablokker er fornødiget antidot. Behandling med brukes med forsiktighet til pasienter som har eller har hatt bronkospasme. Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosolen bør beskyttes mot frost og direkte sollys. Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av en Diskhaler eller en Diskus. Administreringsanbefalinger: Se på pakningssiden. Inhalasjonsaerosol: Til barn, 4-6 år, anbefales bruk sammen med inhalasjonskammeret Babyhaler. En dose om gangen sprayes inn i Babyhaler, og tørrer inhalasjoner 5-10 ganger. Produsenten påtiller desuten, flere doser skal administreres. Se for svrig pakningsveilegning for Babyhaler. Forskrivningsregel: Behandlingen av barn skal være installert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingsen av voksne bør vase i samråd med sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 120 doser kr 329,50. Inhalasjonspulver: Dosespesial med Diskhaler: 60 doser kr 337,50, 180 doser kr 881,70. Diskus: 60 doser kr 337,50. Priser av 1.1.98. Felleskatalogpris til 20.03.98.

Referanse:

1) Small R., Johnson M. B₂-adrenoceptor agonists and the airways. Royal Society of Medicine Press Ltd. 1995 (ISBN 1-853-251).

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Presisjon

Serevent™ er den mest SELEKTIVE
B₂-agonisten¹

og Utholdenhets

Serevent™ har MINST 12 TIMERS EFFEKT i lungene

Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefax: 22 58 20 03



?RELIS

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

RELIS 2 (Rikshospitalet) tlf: 22 86 88 06

RELIS 4 (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

RELIS 3 (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

Pasienten er en 90 år gammel mann og har nylig fått påvist kronisk myelogen leukemi. Mannen bruker en imponerende liste med medisiner. Han behandles blant annet for diabetes type II og claudicatio intermittens.

Legen ber RELIS 3 om kommentarer vedrørende interaksjoner og andre aspekter med tanke på eventuell seponeering.

Polyfarmasi hos en eldre pasient

Henvendelse fra en allmennpraktiker til RELIS 3, vår 1998

Medikamenter:

Daonil (glibenklamid) tabl. 3.5 mg x 2

Glucophage (metformin) tabl. 500 mg x 1

Insulin Mixtard (20/80) inj. 22 IE morgen og 10 IE ettermiddag

Trental (pentoksyfyllin) depottabl. 400 mg x 2

Nozinan (levomepromazin) tabl. 25 mg til kvelden

Sinequan (doxepin) kaps. 25 mg x 2

Afipran (metoklopramid) tabl. 10 mg ved behov

Diflucan (fluconazol) kaps. 50 mg x 1

Kaleorid (kalsiumklorid) depottabl. 750 mg x 2

Paracet (paracetamol) tabl. 0.5 g x 3

Brufen (ibuprofen) tabl. 400 mg x 2

Prednisolon tabl. 30 mg x 1 (nedtrappes)

Svar fra RELIS 3 (avgitt 13.03.1998)

Behandling av diabetes type 2 hos eldre

Det er ikke konsensus om hvordan type 2 diabetikere, som har utilstrekkelig effekt av perorale antidiabetika, bør behandles. Balansen mellom insulinmangel og insulinresistens spiller en viktig rolle for behandlingen. Hos pasienter med uttalt overvekt tenkes en relativ insulinresistens å være den viktigste faktoren (1). Pankreas forsøker å kompensere for insulinresistensen ved hypersekresjon av insulin.

Sulfonylureapreparater

Glibenklamid blokkerer ATP – avhengige kaliumkanaler som regulerer insulinsekresjon. Den basale insulinsekresjonen samt den sekretoriske responsen til diverse stimuli øker ved behandling med sulfonylureapreparater. Ved lengre tids behandling er insulinsekresjonen vedvarende forhøyet. Dette er hovedeffekten til denne medikamentgruppen. En tilleggseffekt er at følsomheten for insulin i forskjellige vevstyper øker (2).

Biguanider

Metformin øker følsomheten for insulin i vev, men har ingen effekt på insulinsekresjonen. Som tilleggseffekt reduseres LDL og VLDL, noe som er gunstig ved hjerte-karsykdommer. Biguanider brukes med fordel hos overvektige pasienter (2).

Kombinasjon av perorale antidiabetika og insulin.

Medikamenter som påvirker insulinresistens kunne teoretisk sett med fordel kombineres med insulin. Det hevdes i Norsk legemiddelhåndbok at det kan være aktuelt å kombinere insulin med perorale antidiabetika, både sulfonylureapreparater og metformin, men at dokumenterte effekter av slike kombinasjoner på lang sikt mangler (3). Triplebehandling, med to perorale antidiabetika samt administrering av insulin har vi ikke funnet dokumentasjon for. Rasjonale for en kombinasjon eksøgent insulin og medikamenter som stimulerer endogen insulinsekresjon er uklar. Kombinasjon av perorale antidiabetika og insulin hos eldre er kontroversiell ifølge en oversiktsartikkel fra 1997 (4). I en norsk lærebok i geriatri hevdes det at perorale antidiabetika bør seponeres når det startes med insulin (5). I overvektige pasienter kan det være nødvendig med høye doser insulin for å oppnå kontroll (1). Flere enn 2 injeksjoner daglig har imidlertid ikke vist seg å være noen fordel hos eldre (6).

Fluconazol

Fluconazol øker muligens hyppigheten av hypoglykemiske episoder forårsaket av sulfonylureapreparater. Den kliniske relevansen av denne interaksjonen ved langtidsbehandling er uklar. Fluconazol er effektiv som profylakse mot Candida-infeksjoner i hud og slimhinner hos immunkomprimerte pasienter. Insidensen av systemiske soppinfeksjoner og mortaliteten påvirkes imidlertid ikke av profylaktisk behandling med fluconazol (7).

Prednisolon

Gradvis reduksjon til laveste effektive vedlikeholdsdoze er et allment akseptert utgangspunkt ved langvarig kortikosteroidbehandling. Kortikosteroider kan forårsake hyperglykemi ved en økt glukoneogenese og et nedsatt perfert forbruk av glukose. Alfacellene i pankreas blir stimulert til å frigjøre glukagon, som fører til økt glykogenolyse. Kortikosteroidbehandling er ikke kontraindisert for diabetikere, men vil ha konsekvenser for diabetesbehandling (8). Prednisolon har også mineralokortikoide effekter med retensjon av natrium og en kompensatorende ekskresjon av kalium. Dette kan føre til hypokalemii. Teoretisk kan endringer i dosering av kortikosteroider derfor ha konsekvenser for serumkalium.

Kalium

Både insulin- og kortikosteroidbehandling disponerer for hypokalemii (9). Doseringen av peroratl kaliumtilskudd er som regel 20–60 mmol per døgn (tilsvarer 2 til 6 tabletter av preparatet Kaleorid) (10). Toksisitet p.g.a. hyperkalemii opptrer praktisk talt ikke ved peroratl kaliumtilskudd, unntatt hos pasienter med uttalt nyresvikt eller pasienter som bruker kaliumsparende diureтика (9).

Pentoxifyllin

Pentoxifyllin brukes ved claudicatio intermittens. Medikamentet kan forsterke den blodsukkersenkende effekt av insulin og perorale antidiabetika. Pasienter som blir behandlet for diabetes mellitus må derfor kontrolleres nøyde (11). Den kliniske verdien av dette medikamentet ved claudicatio er omdiskutert, da effekten er meget moderat (12). Det er allikevel mulig at enkelte pasienter kan ha nytte av behandlingen. En strategi hvor pentoxifyllin 400 mg x 3 ble redusert til 400 mg x 2 og så til 400 mg x 1 i løpet av 2 mnd. før det ble seponert, medførte at 60 % av pasientene fikk uendret eller forbedret symptomatologi (13).

Ibuprofen og paracetamol

NSAIDs som ibuprofen regnes som risikomedikamenter hos gamle pasienter. Dette skyldes deres bivirkninger i mage-tarm systemet med risiko for blødning og anemi. Toleransen for disse medikamentene er redusert hos eldre,

og de kan gi væskeretensjon gjennom sin effekt på nyrene med forverring av hjertesvikt og hypertensjon som følge. Paracetamol er basismedikament ved smertebehandling hos eldre (14).

Levomepromazin

Nevroleptika er risikomedikamenter i høy alder pga. farene for tardive dyskinesier og parkinsonisme. Høydosenevroleptika virker mer sederende og gir mindre tendens til ekstrapyramidal bivirkninger enn lavdosepreparater. Levomepromazin har vært godkjent til bruk ved sterke smerter og insomni. Ved begge indikasjoner foreslås imidlertid en startdose på 5–10 mg ved behandling av eldre pasienter (5 mg x 2 ved smerter, 5–10 mg vesp. ved søvnloshet). Høydosenevroleptika gir risiko for kardiovaskulære bivirkninger som for eksempel ortostatisk blodtrykksfall. Generelt for nevroleptika er risiko for sentralnervøse/neurologiske bivirkninger i kombinasjon med trisykliske antidepressiva. Den hypoglykemiske effekten av antidiabetika kan motvirkes (14).

Doxepin

Trisykliske antidepressiva (TCA) som doxepin kan gi kardiovaskulære bivirkninger hos eldre (bl.a. ortostatisk blodtrykksfall) (15). Kombinasjon med nevroleptika kan forurense å gi risiko for sentralnervøse bivirkninger, også gi farmakokinetiske interaksjoner. De fleste trisykliske antidepressiva og antipsykotika metaboliseres av samme enzymgruppe innen cytochrome P450-systemet. Det kan, men vanligvis bare i relativt moderat grad, føre til at gjensidig hemming av metabolismen kan oppstå, med derav følgende utilsiktet høy plasmakonsentrasjon av ett eller begge medikamenter og økt risiko for toksiske bivirkninger (16,17).

Metoklopramid

Metoklopramid har sentralnervøse effekter, og samtidig bruk av antipsykotika øker risikoen for ekstapyramidal bivirkninger. Det tilrådes også forsiktighet ved samtidig bruk av trisykliske antidepressiva (18, 19).

Konklusjon:

Vi har få kliniske opplysninger om den aktuelle pasienten, og har ikke opplysninger om indikasjonen for bruk av en rekke av medikamentene. Vi vil allikevel anbefale at man vurderer om den medikamentelle behandlingen av pasientens diabetes (metformin, glibenklamid og insulin) kan forenkles. Gjerne i samråd med en indremedisiner. Pasientens bruk av antiflogistika (ibuprofen) kan muligens også forenkles, ikke minst fordi han i tillegg bruker prednisolon. For øvrig anbefales paracetamol ved smertebehandling hos eldre. Bruk av både neuroleptika (levomepromazin) og TCA (doxepin) gir økt risiko for sentralnervøse bivirk-

ninger, i tillegg bruker pasienten metoklopramid. Indikasjonen for fortsatt bruk av alle disse 3 medikamentene bør derfor vurderes.

Referanser:

1. Non-insulin-dependent diabetes mellitus (part 1)
MeReC Bull. 1996 7 (6): 21.
2. Rang HP, Dale MM. Pharmacology. Churchill Livingstone 1996. 3. Utgave: 413-6.
3. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998-99: 212-3.
4. Jennings PE. Oral antihyperglycaemics. Considerations in older patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Drugs & Aging 1997; 10 (5): 232-31.
5. Laake K. Geriatri i praksis. Universitetsforlagets medisinske håndbøker 1997; 3. Utgave: 249.
6. Niskanen L. Insulin treatment in elderly patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A double-edged sword? Drugs & Aging 1996; 8 (3): 183-92.
7. Drugdex, Drug Evaluations. Fluconazole Micromedex database 09/97; vol. 98.
8. Drugdex, Drug Evaluations. Prednisolone. Micromedex database 09/97; vol. 98.
9. Drugdex, Drug Evaluations. Potassium. Micromedex database 09/97; vol. 98.
10. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998-99: 515
11. Felleskatalogen 1997/98: 1366-7.
12. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998-99: 531.
13. Drugdex, Drug Evaluations. Pentoxifylline. Micromedex database 12/97; vol. 98.
14. Laake K. Geriatri i praksis. Universitetsforlagets medisinske håndbøker 1997; 3. Utgave: 350-60.
15. Laake K. Geriatri i praksis. Universitetsforlagets medisinske håndbøker 1997; 3. Utgave: 164-74.
16. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998-99: 356-7.
17. FASS. Läkemedel i Sverige 1997: 1218.
18. Metoclopramide hydrochloride. British National Formulary (BNF) 1997; vol. 34.
19. Drugdex, Drug Evaluations. Metoclopramide. Micromedex database 12/97; vol. 98.

Jan Schjøtt, Dr. med.

Erik Pomp, Cand. pharm.

Regionalt Legemiddelinformasjonssenter, Helseregion 3

Haukeland sykehusapotek

Postboks 1, 5021 Bergen

E-post: relis3@haukeland.no

Tlf: 55 97 53 61

Fax: 55 29 07 18

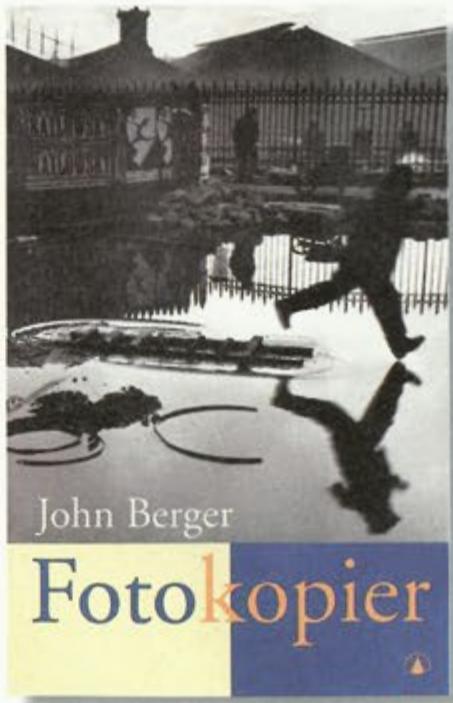
BOK anmeldelser

Fotokopier

John Berger.

Gyldendal, 1998

Denne boken handler ikke om medisin. Kun i svært liten grad handler den om syke mennesker. Når boken likevel anmeldes i Utposten, skyldes det forfatterens navn, bokens tittel og en kommentar fra tidligere Utposten-redaktør Sonja Fossum. Forhåpentligvis vil denne litt kryptiske innledning bli fyldestgjørende forklart i det følgende.



De av våre leser som har rukket å følge de fleste redaktørgenerasjoner i dette erwærdige blad, vil kanskje huske navnet John Berger fra boken «A Fortunate Man», med bilder av Jean Mohr. Den har undertittelen «The story of a country doctor». Boka kom ut i 1967, og i nytt opptrykk i 1997. Forfatter og fotograf fulgte legen, og ga en nærgående skildring av legen og hans arbeid, men også av menneskene og det samfunnet han virket i. Jeg har med «Bilder fra klinisk praksis» (se nr.1/98) arbeidet med noe lignende, og Sonja Fossum gjorde meg altså oppmerksom på «A Fortunate Man». Derfor vekket også tittelen på boken som denne anmeldelsen dreier seg om (Fotokopier) min interesse.

I tillegg til å hverken handle om leger eller pasienter, handler heller ikke boken om bilder eller fotokopier. Når den likevel er verd å anmelde skyldes det altså helt andre kvaliteter. Boken består av 29 kapitler på 145 sider. Vaskeseddelen forteller oss at forfatteren vil gi et nyansert og sammensatt bilde av hvordan det er å leve i Europa. Kapitlene har titler som «Kvinne med en hund på fanget», «En mann i en Lacoste-genser» og «Subcomandante Insurgente». Berger gir oss med denne boken øyeblikkssbilder, viser oss mennesker av alle avskygninger, gir oss glimt av deres liv, deres historier.

John Berger er født i 1926 i London, og bor nå i en fransk alpelandsby. En første og kortere utgave av denne boken utkom på tysk i 1995. Berger kjänner derfor sitt Europa og dets mangfoldighet. Han skriver med en usentimental nærlhet, og skildrer detaljer og de små nyanser nærmest som en gammel lege som forteller korthugne, men likevel rike historier og kasuistikker fra et langt legeliv, uten store fakter og uten å fremheve seg selv, og med en sterk undertone av ekte interesse for og kjærlighet til menneskene og livet. Slik minner den om enkelte bøker skrevet av leger, som William Carlos Williams og Mikhail Bulgakov, som har skrevet noveller fra sin egen legepraksis.

Berger forteller om et tilfeldig møte med en gravid tenåringsjente på bussen med samme nærvær og respekt som møtet med den berømte fotografen Cartier-Bresson. Han skriver om mennesker han har kjent gjennom et langt liv, og mennesker han ikke kjenner i det hele tatt, om stemninger og tanker i en europeisk storby og i en gjeterhytte i alpene. Språket er enkelt og direkte, og likevel usedvanlig rikt.

«Marcel s hender var renskrubbede, sprukne, hadde hovne ledd og var svært varme. Barkede, men samtidig følsomme. De lignet visse gamle ord som er i ferd med å gå av bruk i dag.»

«Folk spør meg om hvilke planer jeg har nå, sier han og smiler. Hva skal jeg si til dem? Å elske i natt. Å tegne en ny tegning i ettermiddag. Å bli overrasket!»

Dette er ikke en bok å lese fra begynnelse til slutt, i åndelos spenning, men heller en bok å plukke litt fra innimellom, for å lese et par historier og la tankene vandre.

Torgeir Gilje Lid

BOK anmeldelser

Hva, hvordan og med hvem? Praktiske ferdigheter i allmennmedisin

Sverre Lundevall, Peter Prydz, Bente Aschim (red)

Noen av oss er hekta på prosedyrer. Syrlige tunger kan kanskje forklare det med at vi er uryddige i hodene våre, husker dårlig, eller at det skyldes et behov for å få bekreftet egne handlinger. Det kan så være. Men oversiktlige prosedyrer lett tilgjengelig for oppslag i en hektisk hverdag, er et gode for de fleste. Det er gitt ut en rekke handlingsprogrammer og kliniske retningslinjer de siste årene. Men det er skrevet svært lite om håndverket, de enkelte undersøkelsesteknikker og ritualer. Derfor ønsker jeg dette heftet spesielt velkommen.

Lundevall, Prydz og Aschim har laget en samling med praktiske ferdigheter i allmennmedisin. Heftet er utgitt i Dnlf's skriftserie for leger om utdanning og kvalitetssikring, og dekker de 30 obligatoriske praktiske ferdighetene som står i listen fra spesialitetskomitéen i allmennmedisin. Det er primært ment som et hjelpemiddel for spesialistkandidatene. Men etter min oppfatning bør heftet ha et langt større marked: studenter og turnuskandidater er en selvfølge. Men også erfarte klinikere vil etter min oppfatning ha glede av denne lettleste, oversiktlige og instruktive trykksaken.

For dem som, i likhet med undertegnede, ikke er helt oppdatert på hvilke ferdigheter som kreves dokumentert for framtidige spesialister i allmennmedisin, nevner jeg noen av dem: problemorientert øystatus, oftalmoskop, tonometri, problemorientert ØNH-status, otoskopi, biopsier, påvisning av sopp, orienterende neurologisk status, gyn us, innlegging av spiral, problemorientert hjerte/kar-status, egenkontroll av astma med PEF-måling, rektoskopi, bruk av hjelpebidrifter i diabetesbehandling, injeksjonsteknikker, nakke-, skulder-, rygg-, hofte- og kneundersøkelser, mfl. Basalt? Ja. Nødvendig å kunne for enhver allmennpraktiker? Ja. Noe å hente for erfarte klinikere? Ja! Å praktisere allmennmedisin er på mange måter et ensomt foretak. En legger seg til vaner og uvaner. Å lese heftet og sammenlikne



egen adferd med disse erfarte forfatteres anbefalninger, har i hvert fall gitt meg en del aha-opplevelser.

Heftet er lett og oversiktlig skrevet, krydret med instruktive og til dels morsomme tegninger. All ære til tegneren Daniel Østvold. Til de fleste kapitlene er det også laget små «bokser» med små, lure ting og gode pedagogiske hjelpebidrifter. Dette er en del av den skjulte kunnskap i faget, og dette trenger vi å vite mer om!

I innledningen nevner Sverre Lundevall en australsk bok av J. Murtagh; «Practice tips», som en bok vi bør unne oss. Sverre sitter i NSAMs Publiseringutsvalg, og i siste møte luf tet han idéen om en norsk variant av denne boka. Det syns jeg er en meget god tanke; det vil på mange måter være en videreføring av arbeidet med dette heftet. Jeg gleder meg til fortsettelsen. Lykke til, Sverre!

Gisle Roksund

VALTREXTM

VALACYCLOVIR

• Færre doseringer¹

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

• Raskere smertefrihet¹

ved Herpes zoster sammenlignet med acyclovir

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

TABLETTER 250 mg og 500 mg: Hver tablet inneholder: Valacyclovirhydroklorid tilsvarende valacyclovir 250 mg, resp. 500mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titanidoksid (E171) og blått farvestoff (E142).

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

Absorpsjon: Biotilgjengeligheten av acyclovir fra valacyclovir tabletter er ca. 54% (49–60%), det vil si 3 - 5 gange høyere enn for peroralt acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig.

Etter en enkeldosis på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir koncentrasjon på 25.1 - 10.5 mol/l (5.7 - 2.4 g/ml) etter en mediantid på 1 time og 45 minutter - 35 min. Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakoncentrasjon av acyclovir på 15 - 3.7 mol/l (3.3 - 0.8 g/ml). Proteinbinding: Ca. 15%.

Halveringstid: Ca. 3 timer (i plasma). Metabolisme: Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. Utskillelse: Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. < 1% av gift dose valacyclovir gjennfinneres i urinen. Indikasjoner: Akute tilfeller av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner, inkludert primær og residuende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Kontraindikasjoner: Overføring overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer. Blivirkninger: Hyppig (>1/100): Generelle: Brekninger, hodepine, kvalme. Mindre hyppig: Hud: Utsett. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Uro: Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre blivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzym, lett senking av erytrocyter, leukocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre træthet og håravfall. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatiisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunsupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Detter er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir. Forsiktigheitsregler: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset. Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonsstokiske effekter. Negative resultater fra dyrestudier betyr nødvendigvis ikke fravær av skadelige effekter på humana foster. En mindre retrospektiv studie på gravidde kvinner som fikk systemisk behandling i første trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordele oppveier en mulig risiko. Fertilitet: Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. Amming: Den aktive substansen acyclovir går over i morsmilk fra 0.6–4.1 ganger plasmakoncentrasjonen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200 mg 5 ganger daglig vil kunne eksponere diende barn for en dagedose på ca. 1 mg. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming. Interaksjoner: Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektivt 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker myrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakoncentrasjonen av acyclovir. Dosering: Herpes zoster infeksjoner: 2 tabletter á 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utsleitts fremskritt og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Primærinfeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5–10 dager. Residuerverende infeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter): 2 tabletter á 500 mg 2 ganger daglig i 5–10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter á 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsattes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, allerede i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar: En tablette á 500 mg én gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig kan ha ytterligere effekt ved å fordele den dobbeltdosen på to doseringer: En tablette á 250 mg to ganger daglig. Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: En tablette á 500 mg to ganger daglig. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

| Dosering | Nyrefunksjon Kreatinin clearance (ml/min) | < 15 |
|---|---|-----------------------|
| | 15–30 | |
| Herpes zoster | 1 g 2 ganger daglig | 1 g én gang daglig |
| Herpes simplex: Behandling av infeksjon | 500 mg 2 ganger daglig | 500 mg én gang daglig |
| Supprimerende behandling: Normalt immunforsvar | 500 mg daglig fordelt på én eller to doser | 250 mg daglig |
| Nedsatt immunforsvar | 500 mg 2 ganger daglig | 500 mg daglig |

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatinin clearance <15 ml/min, med doseinnntak etter at hver dialyse er gjennomført. Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valacyclovir. Kontakt evnult Gifinformasjonssentralen. Symptomer: Kvalme, brekninger, eventuelt lever- og nyre-påvirkning. Behandling: Ved symptom-givende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikeltromming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies. Forskrivningsregel: Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynækologi. Pakninger og priser: Tablett: 250 mg enpac: 60 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 10 stk. kr 342,20. 500 mg enpac: 30 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 42 stk. kr 1245,60. Felleskatalogtekst og priser av 23.02.99

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

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

Avd. Bergen
Postboks 224 Sentrum, 5804 Bergen
Telefon: 55 54 12 80 - Telefax: 55 54 12 99

*Foreldre vil gjerne
kunne holde øye med
hva deres barn
foretar seg*



Babyhaler™

Fremstilt i gjennomsiktig plast, slik at ventilene er lett synlige. Derved ser man lett at barnet puster inn og ut.



*derfor er gjennomskuelighet en
fordel i astmabehandlingen*