

Innhold:

Leder: En klagesang AV TORGEIR GILJE LID	s 1
Fylkeslegen kommentarer AV TONJE MATHIS HETTA	s 2
Helsetilsynets klagesaksbehandling AV JAN FREDRIK ANDRESEN, HEGE RAASTAD OG SVEIN ZANDER	s 8
Legeforeningens støttetiltak AV JANNIKE REYMERT	s 12
Feilbarlighet, dialog og rettssikkerhet AV EIVIND MELAND	s 14
Fotvorten og fylkeslegen AV ANNA STAVDAL	s 18
En urban utpost AV TORGEIR GILJE LID	s 20
Om SATS AV TONE SKJERVEN	s 22
Legers bruk av lab.tjenester AV HANS M. WAALER	s 24
Spesialtjenester med overgrepssproblematikk AV ANNE LUISE KIRKENGEN	s 28
Faste spalter	s 36
Bokanmeldelser	s 41

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 Strøno

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.telcmax.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51508383
E-mail: ejped@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

En klagesang

I dette nummer av Utposten er det flere bidrag om klagesaker. Det kan muligens fortone seg som en elendighetsbeskrivelse, noe som ikke er meningen. Men Utposten ønsker å være et tidsskrift som forteller om alle sider ved primærhelsetjenesten, både det vi sliter med og det vi er stolte av. Derfor finner du i Utposten stoff både om kriser og klager, men også om møtet mellom lege og pasient, praktisk klinisk stoff og små historier fra hverdagsmedisinen.

De fleste har iblant kjent på angsten for å bli gjenstand for en klagesak. Noen ganger, i etterpåklokskapens grelle lys, kan vi selv se våre feil og mangler. Andre ganger kan pasient eller pårørende true med avis og fylkeslege, og vi vet at selv grunnløse klager kan medføre en svær belastning, både profesjonelt og personlig. Medias gapestokk gir lite rom for nyanser og diskusjon, det er lett å føle seg fullstendig overkjørt og umyndiggjort.

Tilsynsmyndighetenes saksbehandling er nok mer rasjonell og forutsigbar enn medias, men legens rettssikkerhet etter fellende «dom» er tvilsom, med manglende appellmulighet og med medias innsyn. Enkeltmennesket og dets opplevelse, i dette tilfellet legen, blir dessverre irrelevant i forhold til medias trykk og byråkratiets saksbehandling.

Hvem tar vare på legen når skaden har skjedd? Står krisepsykiaterne klar etter oppslaget i VG? Greier vi å snakke om det med kolleger? En klagesak er en krise, en livskrise, og rokker ved vårt selvbilde, vår identitet som leger, og ved den tillit vi er så avhengige av i yrkesutøvelsen. Nettverket vi har rundt oss blir svært viktig, både familie og venner, men også nære kolleger, kollegagruppe eller veiledningsgruppe, Lege for leger og apparatet i Legeforeningen.

Det er ingen tvil om den store virkningen klagesaker kan ha på dem som opplever dem, men hvilken virkning har frykten for å få en klage mot seg? I forhold til antall konsultasjoner er klagesakene fortsatt uhyre få, og de færreste av oss vil noen gang oppleve det. Får frykten for klagesaker legene til å endre praksis? At journalnotatene blir lengre og mer omfattende med tanke på juristene er et lite problem, men hvis vår praksis endrer seg i retning av en «for sikkerhets skyld» praksis, er det mer bekymringsfullt.

Dette nummer gir på ingen måte en uttømmende dekning av temaet klagesaker, men det er vårt håp at det skal gi næring til refleksjon og samtale; og kanskje inspirasjon til å skrive noe selv. Det er også vår tro at ting kan forbedres, at vi som leger stadig kan videreutvikle og forbedre våre kliniske kunnskaper og vårt samspill med pasienter, og at vår praksis skal være styrt av sunt vett og godt klinisk skjønn, ikke av frykt for aviser og tilsynsmyndigheter.

Torgeir Gilje Lid

Klager på leger – hva handler det om?

Klager fra pasienter kommer ofte til fylkeslegene. For å få innsikt i hvilke saker fylkeslegene håndterer og hvordan det går, har vi bedt fylkeslegen i Hedmark og Rogaland om bidrag. Fylkeslegen i Hedmark har sendt oss 5 anonymiserte klagesaker fra sitt fylke, saker han mener er «klassiske» og dermed lærerike for kolleger.

Fylkeslegen i Hordaland har på vår forespørsel beskrevet «tenkt saksgang» i 4 oppdiktede klagesaker. Det er vårt håp at disse bidragene avklarer og avmystifiserer fenomenet klagesaker og på den måten gjør oss bedre i stand til å takle situasjonen hvis vi selv en gang står der, med brevet fra fylkeslegen i hånden...



Fra fylkeslegen i Hedmark

1.

En voksen mann med en ØLI oppsøker en allment praktiserende lege. Denne forskriver vanlig regime og Paracet. Pasienten blir ikke bedre og oppsøker legen igjen etter et par uker.

Han blir undersøkt, men det institueres ingen videre behandling. Pasienten spør så om antibiotika.

Det utvikler seg en diskusjon på bakgrunn av uenighet om diagnostikk og behandling. Legen skriver at pasienten «avbrøt forsøket på å komme til avslutning på konsultasjonen og forlot kontoret i sterk affekt».

Etter dette klager pasienten til fylkeslegen. Grunnen til klagen er blant annet at «legen blir sint og kaster i søppelbøtta de papirene han har fylt ut for videre undersøkelse».

Pasienten angir i klagen også at han ikke lenger har tiltro til legen, og «at det er på tide at noen sender inn noen ord om ham».

I sitt brev til fylkeslegen beklager legen at det oppsto faglig uenighet mellom partene og at han ikke greide å formidle sitt syn på saken på en tilstrekkelig måte. Legen skriver også at pasienten vil bli sikret behandling hos andre leger på legekantoret.

Fylkeslegen fant ingen grunn til å forfølge saken annet enn bemerke at legene alltid har et særlig ansvar for at kommunikasjonen mellom lege og pasient er best mulig, slik det fremgår av legelovens §§ 25.

2.

En 85 år gammel rullestolpasient er av og til plaget med nattlige knesmerter. Disse blir til tider behandlet med smertestillende injeksjoner satt av vakthavende lege.

Pasientens mann klager nå over at en av legene ikke vil rykke ut om natten for å sette slik sprøyte. Dette skal ha skjedd ved to anledninger.

Han går også til mediene med saken og får god spalteplass. Overskriften er «Fikk ikke legehjelp». Legen får god anledning til å uttale seg i avisen og sier der at pasienten ikke hadde noen akutt lidelse og at hun dessuten hadde smertestillende tabletter hun kunne ta.

I sin klage henviser klageren til at andre legevaktleger kommer etter anmodning og setter sprøyter med god hjelp for pasienten. Han sier det er kjent at vedkommende lege ikke rykker ut på nattetid, og spør om det er tillatt å nekte sykebesøk om natten til syke mennesker.

Legen skriver til fylkeslegen at pasienten etter hans skjønn hadde en kronisk sykdom hun var adekvat medisinert for. Han fant ikke grunnlag for å etterkomme ønsket om å injisere morfin og senere kortison i kneet om natta. Legen henviser derfor til tabletter som hun hadde fått foreskrevet til bruk ved slike anledninger.

Fylkeslegen fant ikke grunn til å rette kritikk mot legen for hans handlemåte i saken.

3.

Det innkom en klage på en lege for manglende utrykning på en legevakt. I henhold til prosedyrene i slike saker sendte fylkeslegen kopi av klagen til vedkommende lege med spørsmål om kommentarer til saken, før fylkeslegen startet realitetsbehandling.

Legen svarte ikke på henvendelsen, og det måtte purringer til. I alt ble det purret 4 ganger i løpet av et år. I den siste purringen presiserte fylkeslegen at legen hadde opplysningsplikt etter legelovens § 24, og at fylkeslegen måtte sende saken til Statens helstilsyn dersom legen nå ikke avga svar.

Det kom fortsatt ingen reaksjon.

Først da Helsetilsynet ble koblet inn i saken ga legen en redegjørelse til fylkeslegen slik at den opprinnelige klagesaken kunne ferdigbehandles. Det var da gått 16 måneder siden klagen ble mottatt hos fylkeslegen.

I sitt brev til Helsetilsynet erkjenner og beklager legen de faktiske forhold og begrunner sendretigheten i økt arbeidsbyrde, og at han ble skuffet over klagen og derfor ikke prioriterte saken.

I sitt endelige brev til legen ser Helsetilsynet alvorlig på at

det tok 16 måneder før legen besvarte fylkeslegens henvendelse, og finner det kritikkverdig at legen hadde opptrådt i strid med opplysningsplikten i legelovens § 24.

4.

En mann fikk en fotskade under et ferieopphold i en av fylkets kommuner og kontaktet etter noen dager legevakten som ga beskjed til lege som så ringte opp pasienten. Pasienten fortalte at foten var rød og den verket. Legen spurte om han reagerte på penicillin, her svarte klager avkreftende. Legen sa da at han skulle ordne det slik at klager kunne hente penicillin på apoteket.

Pasienten tok sin penicillin men ble imidlertid verre. Han reiste til sitt hjemsted, og en abscess ble åpnet og tømt.

Klager stiller i klagen spørsmålet om validiteten av telefondiagnoser og medisinerer over telefon. Han mener det her er «tale om et klart brudd på de rutiner som bør gjelde for kvalitetssikring i det offentlige tilbud».

Den påklagede lege skriver i sine kommentarer at han i ettertid ser han burde ha tatt inn pasienten til undersøkelse og beklager saken.

Fylkeslegen sier seg enig i legens konklusjon og finner grunn til å «kritisere legen for hans handlemåte i saken». Saken forfølges ikke ytterligere fra fylkeslegens side.

5.

En mann i slutten av 40-årene ringer lege om natten på grunn av smerter midt i brystet med utstråling. Legen avslår sykebesøk angivelig fordi «ingen andre i familien hadde vært utsatt for hjerteinfarkt» og anbefalte å ta smertestillende tabletter.

Pasienten ble lagt inn på sykehus av annen lege neste morgen, og ble behandlet for akutt hjerteinfarkt.

I sine kommentarer til fylkeslegen skriver den påklagede lege at det var hans mening å legge inn pasienten direkte på sykehuset dersom smertene vedvarte. Han beklager at han hadde uttalt seg uklart om dette i telefonen og lover å «skjerpe» seg.

I sin behandling av klagesaken sier fylkeslegen at legen her ikke helt har etterlevd den aktuelle bestemmelse i legeloven (§ 27 om øyeblikkelig hjelp). Legen burde for det første ha utvist større aktivitet med sikte på å få frem ytterligere informasjon, dersom han mente at denne ikke var tilstrekkelig. Denne aktivitet ville med stor sannsynlighet ha ført til legebesøk/innleggelse på sykehus relativt umiddelbart.

Fylkeslegen fant at det var grunnlag for å kritisere legen for at han ikke utviste større aktivitet, men ikke at saken var av en slik karakter at man ville foreslå ytterligere forføyninger i saken.

Klagesaksbehandling hos Fylkeslegen i Rogaland



OLE MATHIS HETTA, f. 1946.
 Kvalitetsrådgiver og for tiden fylkeslege i Rogaland. Cand med. 1971 fra Bergen.
 Distriktslege 4 år i Karasjok 1974–78.
 Helsekoordinator for Kirkens Nødhjelp i Sør-Sudan 1978–83.
 MPH i Berkeley, California 1984.
 Helseopplysningskoordinator for Kirkens Nødhjelp/Norad i Tanzania 1984–86.
 Kommuneoverlege i Stavanger 1986–91.
 Ass. fylkeslege i Rogaland 1992–98.

Klagesaksbehandlingen er én måte å føre tilsyn med helsepersonell og helsevesen på. Andre tilsynsmetoder som brukes er kartleggingsundersøkelser, systemrevisjoner, tilsynsbesøk med faglig tilsyn med helseinstitusjoner og legepraksiser.

Fylkeslegen kan også på eget initiativ ta opp en sak som tilsynssak uten at noen har klaget. Det kan gjelde saker som en blir kjent med gjennom oppslag i media, gjennom informasjon fra Norsk pasientskadeerstatning eller gjennom ulike meldinger som mottas.

Klagesaksbehandlingen representerer tilsyn med enkeltsaker i motsetning til systemrevisjoner hvor en ser etter om tjenesteyteren, enten en sykehusavdeling, en deltjeneste i kommunehelsetjenesten eller en legepraksis har etablert internkontrollsystemer som sikrer at tjenesten drives faglig forsvarlig og ellers oppfyller myndighetskravene i helselovgivningen.

Fylkeslegen opptrer i klagesaker som en nøytral instans og ikke som legens eller pasientens «advokat» eller representant.

Saksbehandling

Alle klagesaker eller tilsynssaker vurderes av minst to leger, en jurist og oftest en sykepleier hos Fylkeslegen i Rogaland (FLIR). Dersom de medisinske spørsmål i saken er kompliserte, vil fylkeslegen ved behov nytte eksterne sakkyndige. Disse er spesialister oppgitt av spesialitetskomiteene i Dnlf. I praksis vil en velge en sakkyndig fra et annet fylke og i saker som angår allmennmedisinske problemstillinger vil det være en spesialist i allmennmedisin.

Når en klage kommer til kontoret vurderes den av en jurist (kontorsjefen/underdirektøren) og fylkeslegen. I denne første vurderingen vil spørsmålene være: Skal saken avvises eller tas opp til behandling? Hvem skal ha hovedansvaret for saksbehandlingen på kontoret? Fra hvilke instanser vil der være hensiktsmessig å innhente nødvendig og ytterligere informasjon?

Reaksjonsformer

Erfaringsmessig vil de fleste klager på leger ikke resultere i noen form for formell reaksjon overfor legen. I de sakene der en lege etter Fylkeslegens oppfatning har gjort noe kritikkverdige, kan Fylkeslegen gi *kritikk* for dette. Denne kritikken innebærer ingen nåtidig eller fremtidig sanksjon utover Fylkeslegens meningsyttring om det som er skjedd. I noen saker påpekes forhold som bør forbedres, uten at noe kan sies å være kritikkverdige. Her vil Fylkeslegen ofte peke på forbedringsområdene uten å bruke formuleringen «kritikk». Noen ganger vil vi be om tilbakemelding fra legen om hvordan man tenker seg å rette opp forhold som er påpekt.

Dersom Fylkeslegen kommer til at et forhold er så alvorlig at det kan være aktuelt med formelle reaksjoner, eller det er ønskelig med en mer prinsipiell avklaring, sendes saken over til Statens helsetilsyn til behandling. Etter legelovens § 52 kan Helsetilsynet gi legen skriftlig *tilrettevisning* eller *advarsel*. Etter legelovens § 8 kan autorisasjon eller lisens tilbakekalles dersom legen er uskikket til å utøve legeyrket. Helsetilsynet kan suspendere lisens / autorisasjon og forskrivningsrett under saksbehandlingen, og kan også frata leger forskrivningsretten for legemidler i gruppe A og B og frata legen spesialistgodkjenning.

Vurdering av fem kasuistikker tilsendt fra Utposten

Kasuistikkene er vurdert av 4 leger, 1 jurist og 1 sykepleier.

Kasus 1.

Mann, 39 år, kontorleder for en liten bedrift som går godt, gift, 3 barn i alderen 6–15, ikke tidligere somatisk eller psykisk lidelse. Onkel har begått suicid 47 år gammel i forbindelse med konkurs av egen bedrift. Far død da pasienten var 8 år gammel av hjertesykdom. Mor aldri vært ute i arbeid, fra fars død var hun svært sytende og påla pasienten mange oppgaver som far hadde før sin død.

Kone, barn og to eldre søsken friske.

Siste halvår fungert dårlig både på jobb og i familiesammenhenger, etter egne beskrivelser ikke orket å jobbe så mye som før fordi han føler seg sliten. Dette har både kone og kolleger bemerket, og han oppsøker lege etter press fra kona.

Legen som aldri har sett ham før, finner ved første konsultasjon (på legevaktsstime, det er avsatt 15 min pr pas) ingen tegn på fysisk sykdom, noterer seg at han virker trist og svarer med enstavelsesord på de fleste spørsmål. Vekttap 5 kg på 6 måneder, dårlig matlyst, våkner tidlig om morgenen. På direkte forespørsel benekter han å føle seg deprimert og er ikke interessert i antidepressiva selv om legen meddeler sin klare oppfatning om at han er alvorlig deprimert, pas nekter å gjennomgå MADRS fordi han synes legen har mast nok om psykiske ting. Han mener legen må utrede ham med tanke på fysisk sykdom slik han hadde «bestilt».

Legen har følgende journalnotat fra denne konsultasjonen:

«Kommer på ø hj time. Klager over at han føler at han ikke lenger makter oppgavene på jobb og heime, angir at kona har sendt ham for «sjekk». Lurer på om han kan ha lavt stoffskifte eller lav blodprosent som kona tror. Sover dårlig med tidlig oppvåking, dårlig matlyst, har tapt 5 kg vekt siste tid, ingen fokalsymptomer. Somatisk undersøkelse ua. Han virker trist, men benekter å være deprimert, han ønsker ikke å svare på MADRS-test da han tror han har en somatisk sykdom. Rekv endel blodprøver og avtaler ny konsultasjon om 4 dager, da med dobbelttime for å vurdere ev depresjon.

Informeres om at jeg tror dette er en depresjon og at antidepressiva bør overveies.»

Nytt notat 2 dager etter dette: «Ringer og ber om svar på blodprøvene, de er alle normale.»

Dagen etter begår pasienten suicid ved å skyte seg meg jaktvåpen han har heime.

Kona klager etter en tid legen inn til fylkeslegen over mangelfull diagnostikk og håndtering av en deprimert pasient med den følge at han begår suicid.

Etter at klagen er mottatt ville vi ha innhentet journalkopi og uttalelse fra allmennlegen som her er behandlende lege.

Denne ville vi ikke ha sendt til sakkyndig vurdering siden de medisinske problemstillingene som vi som tilsynsmyndighet skal ta stilling er enkle og entydige her.

Konklusjon: Ikke grunnlag for kritikk. Legen har handlet faglig forsvarlig.

Kasus 2.

Kvinne, 30 år, født et barn for 2 år siden, røyker, bruker p-pille. Hun har siste året hatt 14 konsultasjoner på legekontoret for diverse diffuse lidelser, for det meste slapphet, tretthet, muskelsmerter, hodepine, hyperventilasjon. Det er ikke funnet holdpunkter for somatisk sykdom.

Oppsøker legevakta (som er hennes faste lege) kl 14.30 på grunn av brystmerter i hø side av thorax nedad. Smertene er dels tilstede hele tida, men forverres av dyp respirasjon. Hun føler åndenød, virker ansent og er blek, men tørr i huden. BT: 120/80 p 78 r, cor/pulm ua, palpasjonsømt i hele thoraxregionen. Legen mener dette dreier seg om myalgier og angst, gir henne antiflogistika og Vival tabletter.

Kl 23.00 ringer pas legen privat (han har ikke vakt) og klager over ytterligere åndenød og smerter, han anbefaler mer Vival og Paralgin forte samt ny konsultasjon neste morgen. Hun har tidligere ringt seint om kvelden for diverse banale plager selv om legen har forklart at han ikke besvarer telefonhenvendelser på kveldstid når han ikke har vakt.

Kl 03.00 får hun akutt forverring, legges inn på medisinsk avdeling av vakthavende, men dør i mottakelsen av akutt respirasjonsstans

Obduksjonen viser at dødsårsaken er utbredt lungeemboli i alle lungekar.

Legen har fra konsultasjonen følgende journalnotat:

«Kommer for smerter i hø thoraxdel som har vært tilstede i et døgn, delvis resp. avhengig. Også smerter i resten av thorax samt som for div palp. ømme punkter i annen muskulatur, virker svært ansent. Bt 120/80 p 78 r, cor/pulm ua, uttalt palpømt i hele thoraxregionen. Oppfattes som forverring av myalgier, prøver Vival 5 mg ved behov og Voltaren 50 mg x 3.

Fra telefonsamtalen om kvelden har han intet journalnotat. Familien klager legen inn til fylkeslegen på grunn av manglende adekvat diagnostikk og arrogant svar når hun hen-

vendte seg til legen pr telefon kl 23, de mener han skulle tilbudt henne noe annet, f.eks tilsyn av legevakslege.

Etter at klagen er mottatt ville vi ha innhentet journalkopi og uttalelse fra allmennlegen som behandlende lege, journalkopi fra legevakten og journalkopi fra medisinsk avd.

Her vil det kunne være aktuelt å innhente en sakkyndig vurdering fra en allmennlege.

Konklusjon: Uformell kritikk for manglende journalføring fra telefonsamtalen. Avhengig av hva den sakkyndige konkluderer med, men det er ikke grunnlag for formell reaksjon i form av tilrettevisning eller advarsel, muligens uformell kritikk. Retrospektivt synes saken veldig klar, men det kan en ikke vektlegge.

Kasus 3.

Kvinne, 73 år gammel, kjent hypothyreose, ellers frisk, eneste pårørende er en datter som bor på en annen kant av landet og ikke har besøkt sin mor på 10 år. Hun kommer til time rekvirert av hjemmesykepleien for økende forvirring, glemsomhet og spørsmål om senil demens. Hun nekter å la seg undersøke da hun mener hun er frisk og ikke trenger lege. Etter overtalelse går hun med på å ta blodprøver «for å bevise» at hun er frisk. Legen avtaler så med hjemmesykepleien at de skal se tiden noe an med daglig tilsyn, og avvente blodprøvesvar.

HB: 10,9, SR 36. (tidl sykehistorie og labsvar ukjent). Blodprøvene er arkivert uten noe notat om at legen har sett dem og foreslått kontrollprøver. Hjemmesykepleien går ut fra at de er normale siden de ikke hører noe. Et halvt år går, hun blir slapp, taper vekt og en dag observerer hjemmesykepleien friskt blod pr rektum. Hun utredes for dette, og en finner en cancer rekti som har metastasert og hun dør av dette etter 6 måneder.

Datter innklager legen til fylkeslegen for manglende oppfølging og mener moren kunne vært helbredet dersom man hadde fulgt opp patologiske blodprøvesvar ved første konsultasjon.

Etter at klagen er mottatt ville vi ha innhentet journalkopi og uttalelse fra allmennlegen som behandlende lege, journalkopi fra sykehuset hvor hun er utredet og opplysninger/notater fra hjemmesykepleien.

Her er det neppe aktuelt å innhente sakkyndig vurdering.

Konklusjon: Det er avgjort kritikkverdige at blodprøvesvar ikke har blitt fulgt opp. Her ville vi sendt saken til Helsetilsynet for vurdering om formell reaksjon, med anbefaling om tilrettevisning.

Kasus 4.

Gutt 8 år kommer til time sammen med sin mor. Han har siste året 4 ganger fått elveblest uten sikker utløsende årsak, noe astma i tidlige barneår, ikke hatt symptomer på det siste tre år, ikke anamnese på annet allergisk besvær.

Mor kommer for å få allergitestet gutten på katt, hund, støv og fugl. De har hund og fugl hjemme hvor det også røykes intenst. Mange lekekamerater har katt og en gang etter lek i støvfyllt rom får han hoste av noen timers varighet, ingen sikker piping eller ekspiratorisk besvær.

Hun tilbys samtale rundt det aktuelle med rådgiving som bl.a. innebærer å avstå fra å røyke inne. Det finnes ikke indikasjon på å foreslå å fjerne de husdyrene som er der, ei heller å tilby allergitestning som mor altså ønsker. Dette forklares med at plagene er for små til å utføre en for samfunnet såpass dyr testing samt at røykestopp innendørs ansees som mer nyttig for gutten. Det utvikler seg et hissig ordskifte da mor hevder å ha rett på det hun ber om og ikke aksepterer at tilbudet er å drøfte hennes innendørs røyking. Konsultasjonen ender med at mor forlater legekontoret gråtende.

Fylkeslegen mottar så klage på legen for arrogant oppførsel og manglende folkeskikk. Mor hevder at hun følte seg utledd og mobbet av legen i barnets påhør.

På forespørsel får fylkeslegen kopi av følgende journalnotat fra denne konsultasjonen:

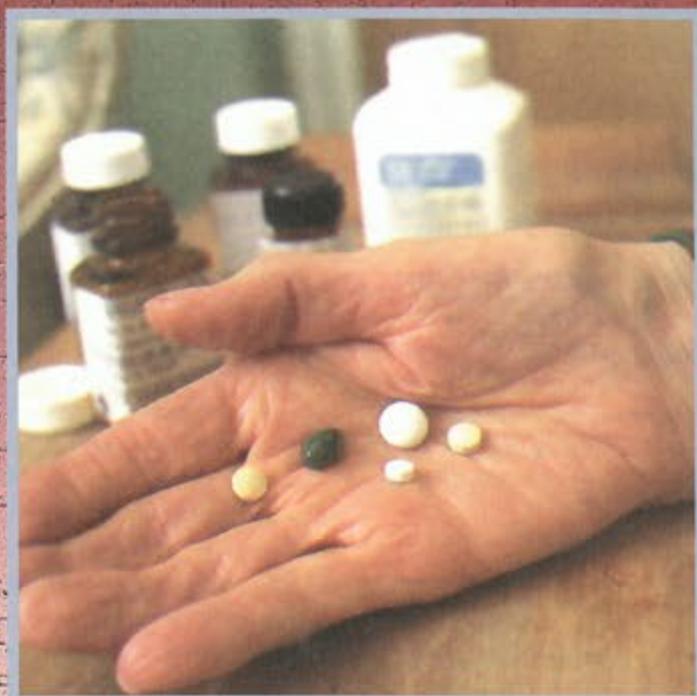
«Kommer ifølge med mor som forlanger allergitestning for noen utbrudd av elveblest siste året. Også tidligere noe astma, ikke plaget de siste årene. Har hund og fugl og er ofte i nærheten av katt. Under samtale om allergi generelt betones viktigheten av å unngå røyking i heimen, mor blir svært sint for at dette temaet bringes på bane og insisterer på allergitestning noe jeg avslår da plagene ansees små og at det ikke er indisert med allergitestning på dette grunnlag. Hun blir så sint at hun forlater kontoret gråtende. Får derfor ikke avtalt ev oppfølgingstid.»

Etter at klagen er mottatt ville vi ha innhentet journalkopi og uttalelse fra allmennlegen som her er behandlende lege.

Det vil ikke være nødvendig med sakkyndighetsvurdering i dette tilfelle.

Konklusjon: Kommunikasjonssvikt hvor begge parter må ta ansvaret for det. Ikke grunnlag for kritikk eller formell reaksjon mot legen, men her ville vi vel beklaget at kommunikasjonen «skar seg» og oppfordret legen og pasienten om å snakke sammen igjen.

NM Pharma



NM Pharma

- alltid rimeligst
- generisk navn (virkestoff) + NM
- bidrar til Pharmacia & Upjohns forskning

-gjør det enkelt å velge preparat

Alle NM Pharmas preparater

Virkestoff + NM på resepten

Kr.0,-
i referansetillegg

NM Pharma

Gjerdrums vei 10B, 0486 Oslo Tlf.: 22 18 41 21 Fax: 22 23 25 24

Tilsynsmyndighetene og klagesaker

- refs eller tilbakemelding til ettertanke

Det statlige helsetilsyn består av Statens helsetilsyn og fylkeslegene. Til sammen arbeider det om lag 450 personer i hele etaten. I følge lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984 skal vi føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell. Det innebærer at vi er tillagt tilsynsansvaret for et helsevesen som omsetter for om lag 60 milliarder NOK i året og som sysselsetter ca. 200 000 arbeidstagere. I etaten arbeider det omlag 100 leger med ulike spesialiteter og ca. 50 jurister. I tillegg er det medarbeidere med annen helsefaglig utdanning samt med samfunnsvitenskapelig og økonomisk utdanning.

I denne artikkelen vil vi begrense omtalen av våre oppgaver knyttet til behandlingen av klage- og tilsynssaker. Fylkeslegene behandler årlig om lag 2000 slike saker. Tilsynssaker kan ha samme foranledning som en klagesak, men vil også kunne utløses ved opplysninger fra andre eller at det under fylkeslegens tilsynsbesøk avdekkes mangler eller mistanke om mangler. Noe over 200 av sakene blir oversendt Statens helsetilsyn for vurdering med tanke på reaksjoner etter lege-lovens bestemmelser eller som klage på fylkeslegens avgjørelse. Antallet klagesaker har et begrenset omfang sett i forhold til det store antallet av lege-pasientkontakter i helsevesenet – i primærhelsetjenesten anslagsvis 12–15 millioner konsultasjoner per år. Vi vil forsøke å gi et innblikk i etatens oppdrag, hvilke vurderinger som gjøres (vurderings-tema), de ulike reaksjonsformene og avslutningsvis si noe om etatens og legenes utfordringer på dette området. Artikkelen bygger på den kunnskap og de erfaringer vi har erver-

vet gjennom mangeårig deltakelse i behandlingen av disse sakene.

Historie

Det statlige helsetilsyn hjemler sin aktivitet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984 med senere endringer siste gang i 1992. I tilsynslovens § 1 står det at «Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift og pålegg fra departementet.» I forbindelse med Stortingets behandling av omorganiseringen i den statlige helseforvaltningen i 1992 uttalte Sosialkomiteen i sin innstilling til Odelstingsproposisjon nr. 88 (1991–92): «Det er viktig at den statlige helseforvaltning ivaretar den enkelte pasients rettssikkerhet, sikrer høy faglig kompetanse i forvaltningen og sikrer kontroll- og tilsynsordninger som gjør at det kan gripes inn overfor uønskede forhold i helsetjenesten.» Departementets har utdypet vårt oppdrag i instruks ved Kongelig resolusjon av 18. februar 1994 for Statens helsetilsyn ved å uttale følgende: «Departementet vil bemerke at detvil bli lagt stor vekt på Helsetilsynets faglige uavhengighet slik tilfellet var med Helsedirektoratet, og det bør faktisk vises varsomhet med å overprøve Helsetilsynets faglige vurderinger i tilsynssammenheng.»

De politiske myndigheters uttrykte ønske om et sterkt og uavhengig faglig tilsynsorgan søkes ivaretatt ved et tett og profesjonelt samspill mellom det juridiske og medisinske fagfelt samlet i et selvstendig forvaltningsorgan. Det at vurderinger gjøres av medisiner og jurister i et fagmiljø med en enhetlig ledelse sikrer etter vår oppfatning at de medisinske realiteter på en god måte reflekteres i det skjønnet som utøves i fortolkningen av regelverket. Vi vil understreke at lover og forskrifter er presiseringer av samfunnets krav til helsetjenesten på vegne av brukerne.

Klagesaker i en eller annen form forekommer med økende hyppighet. På grunnlag av en nylig foretatt registrering, hevder Ivar Sønbo Kristiansen i Dagens Medisin 3/99 at de fleste leger i klinisk praksis må regne med klage i løpet av sin karriere.



Legelovens reaksjoner

Legeloven er kjekk å ha – og minst like nyttig er forarbeidene, Odelstingsproposisjon nr 1 (1979–80), det vil si lovforslaget i sin helhet slik det ble fremlagt for Stortinget. Her står det beskrevet hva som er tanken bak reaksjonssystemet i legeloven. Uansett hva man mener om loven og det hele – Stortinget har bestemt at det er sånn det skal være.

– hva er på menyen?

1. Kritikk

Kritikk er en meningsytring fra tilsynsmyndighetenes side og ingen formell reaksjon. Av ca. 2000 saker som fylkeslegene behandler hvert år ender omtrent 1750 saker med kritikk eller uten at klager får medhold i det hele tatt. Kritikk til den enkelte lege gis ved mindre forsettelse hvor vedkommende ikke i tilstrekkelig grad har overholdt sine plikter eller hvor det foreligger kritikkverdige forhold rundt en leges adferd. Kritikk kan også rettes mot institusjon og virksomhet f.eks kommunen.

2. Tilrettevisning

Tilrettevisning er strengere enn uformell kritikk. Det ligger ikke nødvendigvis noen bebreidelse for subjektiv skyld i en tilrettevisning, men det kan være en påpeking av at noe ikke er /har vært som det skal eller bør være. En tilrettevisning innebærer at Statens helsetilsyn har funnet at legen ikke har oppfylt kravet om å drive fag-

lig forsvarlig virksomhet, ikke har utvist god legeskikk eller at legen har brutt andre plikter etter loven. Verken kritikk eller tilrettevisning er å oppfatte som straff, men som en tilbakemelding om hvordan tilsvarende tilfeller kan håndteres bedre i framtiden.

3. Advarsel

Advarsel er strengere enn tilrettevisning. Advarsel blir gitt når Helsetilsynet har funnet at legen driver ufor- svarlig legevirksomhet. Det tilsvarende juridiske begrepet er uaktsomhet. Tilrettevisning eller advarsel kan også gis hvor det foreligger uakseptable forhold rundt en leges adferd.

Det forhold som ligger til grunn for tilrettevisning eller advarsel kan få betydning i forbindelse med en vurdering av nye forhold knyttet til samme lege.

4. Tap av forskrivningsrett

Leger kan fratras retten til forskrive legemidler i gruppe A og B dersom legens forskrivning anses ufor- svarlig. Helsetilsynet kan suspendere legens forskrivningsrett helt eller delvis i inntil 6 måneder i påvente av at saken ferdigbehandles. Saken skal forelegges Statens legeråd for tilråding før endelig avgjørelse. Grunnlaget for forskrivningssaker kan omfatte både forskrivning til seg selv, til pasienter eller andre. Vedtak om tilbakekall av forskrivningsrett er oftest tidsavgrenset og kan påklages etter forvaltningslovens bestemmelser.

5. Tap av autorisasjon

Foreligger det forhold som gjør en lege uskikket til å utøve legevirksomhet kan Helsetilsynet tilbakekalle vedkommendes autorisasjon. Helsetilsynet kan suspendere legens autorisasjon i den utstrekning det antas nødvendig inntil tilbakekallssaken er avgjort. Tilbakekallsgrunn kan være uskikkethet på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, bruk av rusmidler, grov mangel på faglig innsikt, ufor- svarlig legevirksomhet eller adferd uverdigg for lege. Saken skal forelegges Statens legeråd for tilråding før endelig avgjørelse. Tilbakekall av autorisasjon kan begrenses i tid. Vedtak om tilbakekall kan ikke påklages, men kan bringes inn for retten.

Begrenset lisens

Leger som har tapt autorisasjonen kan oftest søke om begrenset lisens eller ny autorisasjon etter en viss tid. Det er da legen som må dokumentere skikkethet i forhold til grunnlaget for tapet. Eksempel kan være dokumentasjon i form av urin og/eller blodprøver på rusfrihet over en gitt periode. Vurderingsgrunnlaget for ny lisens eller autorisasjon er knyttet opp mot grunnlaget for tap.

Forholdet til rettsapparatet

Helsetilsynet vurderer om forhold i en sak er slik at politiet bør informeres. Blir en lege dømt for brudd på en av legelovens bestemmelser, vil Helsetilsynet normalt ikke gi administrative reaksjoner for samme forhold relatert til det samme lovgrunnlaget. Det vil kunne stille seg annerledes hvis en lege feks blir dømt for brudd på straffeloven og forholdet også er i strid med legelovens bestemmelser. Det samme gjelder i tilfeller der en sak blir henlagt av politiet. Legelovens bestemmelser er ment å ivareta andre hensyn enn de som begrunner straffelovens bestemmelser og Helsetilsynets vurderinger bygger på dette forholdet. Dette betyr at sannsynlighetsovervekt legges til grunn der bevis ikke foreligger.

Om å bli hengt ut i media

Tilsynsmyndighetene følger de vanlige spillereglene om offentlighet i forvaltningen. Opplysninger om at reaksjoner er gitt til enkeltlege er offentlig tilgjengelig, men ikke de deler av vurderingsgrunnlaget og vedtaket som inneholder personlige opplysninger om pasienter, påklagde eller som av andre grunner er unntatt offentlighet. Den som søker opplysninger om eventuelle gitte reaksjoner må oppgi hvilken konkret sak det dreier seg om. Klager har innsyn i saken.

Behandlingen av klagesaker

Når fylkeslegen mottar klage på lege, vil første skritt i saksbehandlingen være å be legen om utskrift av journalen sammen med en redegjørelse for hendelsesforløpet og foretatte vurderinger. Pasientjournalen danner hovedgrunnlaget for

vurderingen av klagesaker. I saker som oversendes Helsetilsynet blir igjen legen gitt anledning til å uttale seg når reaksjoner blir vurdert.

Dokumentasjon

Pasientjournalen tjener flere formål. De viktigste er hukommelsesstøtte for behandlende lege og informasjon til annet helsepersonell som kan komme inn som behandlere. Av journalnotatet må det således framgå hva legen har oppfattet som det essensielle i sykehistorien og pasientens bestilling. Videre må undersøkelser som ligger til grunn for legens vurdering og tiltak dokumenteres.

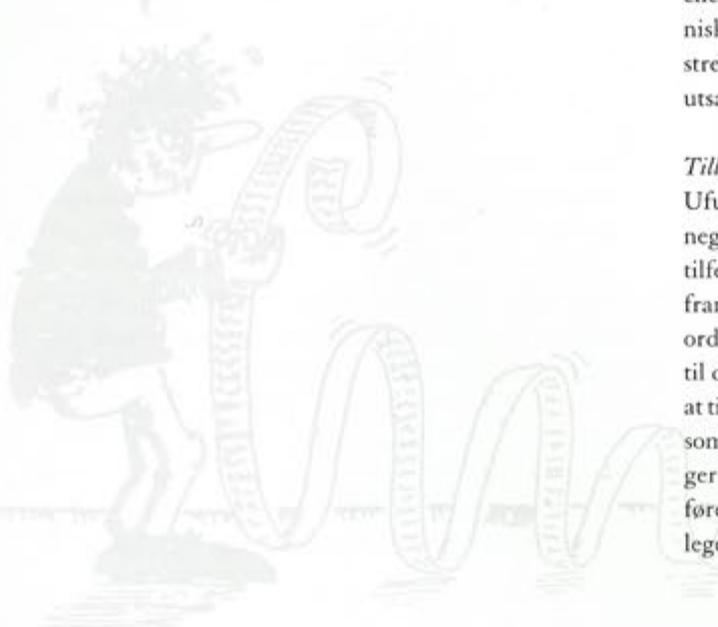
Vurderingstema

Kravet til journalføring er betingelsesløst, men kravet til hva som bør være tatt med vurderes ut fra situasjon og problemstilling. Pasientjournalen føres under mange forskjellige omstendigheter hvor arbeidsmengde og pågang varierer. Dette er forhold som tas med i vurderingen av om de enkelte journalnotatene er i samsvar med journalforskriften – helt eller delvis. Lengden på journalnotatet er ikke av avgjørende betydning. Vurderingsgrunnlaget for diagnose og tiltak må imidlertid inngå sammen med de nødvendige formalia.

Klagesaker vurderes ikke i forhold til den optimale eller ideelle håndteringen eller løsningen. Legen må imidlertid kunne dokumentere at hun/han ikke har unnlatt å vurdere potensielt alvorlige tilstander. For eksempel må det ved problemstillingen brystmerter hos en pasient i risikogruppen for koronar hjertesykdom, framgå at legen i sin utspørring og undersøkelse tenkte på muligheten for at pasienten kunne ha hjerteinfarkt. Ved behandlingen av klagen vil med andre ord graden av sannsynlighet for et alvorlig utfall vektlegges. På denne måten vil utvist klinisk skjønn i den aktuelle situasjon bli lagt til grunn. Adekvate tiltak basert på klinisk skjønn etter forsvarlig opptak av sykehistorie og tilstrekkelig klinisk undersøkelse, vil vanligvis ikke bli utsatt for kritikk.

Tilleggsopplysninger

Ufullstendige journaler med manglende opplysninger vil slå negativt ut for legen i behandlingen av klagesaker. I slike tilfeller har det ved domstolsbehandling vist seg at klagers framstilling blir lagt til grunn. Dette kan være en ord-motord situasjon hvor den ene parten ikke har oppfylt sin plikt til dokumentasjon. I slike situasjoner blir det likevel viktig at tilsynsmyndigheten sørger for å innhente dokumentasjon som eventuelt kan finnes andre steder. Ikke sjelden har klager i samme periode konsultert andre leger. Dette kan medføre at klagen må utvides til også å gjelde annen/andre lege(r). I enkelte tilfeller kan det likeledes avdekkes sys-



temfeil ved at det for eksempel foreligger uklare ansvarsforhold mellom lege og medarbeidere.

Utfallet ikke alltid vurderingstema

Som det framgår av det som er nevnt ovenfor vil utfallet ikke nødvendigvis være av betydning for vurderingen av klagesaken. Det er viktig å være kritisk i vektleggingen av opplysninger som framkommer i senere dokumentasjon, f.eks. i sykehusets journal. Det er vel kjent at sykehistorien kan framstå annerledes etter at diagnosen er fastslått. Dette gjelder både tilstedeværelsen av symptomer, grad og varighet. Som ellers i klinisk virksomhet må det i vurderingen av angitte symptomer og funn tas hensyn til at fysiologiske eller patofysiologiske endringer over tid, vil gi grunn til forskjeller. Likeledes må akseptable grunner for falsk positive og negative funn erkjennes. Allmennlegens treffsikkerhet i sin diagnostikk skal ikke sammenholdes med sykehusspesialistens, men tilsynsmyndigheten vil vurdere om allmennlegen har hatt tilstrekkelig kompetanse til å utføre undersøkelsen og tolke resultatet, f.eks. bruk av ultralyd.

Sakkyndig uttalelse

Det kan være nødvendig for tilsynsmyndighetene å innhente sakkyndig uttalelse. Der allmennlege er påklagd oppnevnes allmennlege som sakkyndig etter forslag fra Legeforeningen i henhold til avtale.

Edb-baserte journalsystemer

De bestående systemene håndterer sletting/endring forskjellig. Framlagt dokumentasjon har i enkelte tilfeller dessverre vist seg ikke å være pålitelig. I Norge foreligger det ingen godkjenningsordning for edb-baserte journalsystemer. Sentrale helsemyndigheter ønsker å se nærmere på krav som bør stilles til edb-baserte systemer.

Tilsynsmyndighetens utfordringer

At alle parter til en hver tid vil være tilfreds med fylkeslegenes og Helsetilsynets vurderinger og konklusjoner i klage- og tilsynssaker, vil fortsatt være en utopi. Vi er imidlertid inneforstått med at saksfeltet tilsier kontinuerlig forbedringsarbeid. Vi jobber med «saka» – både overordna og i enkeltsakene.

Legenes utfordringer

Sjekk journalføringen din – men ikke for juristenes skyld! Øv deg på god og entydig kommunikasjon med pasienter og samarbeidspartnere. Søk erfaringsutveksling med kolleger. Åpenhet og troverdig egenjustis er legenes beste vern mot klagesaker.

Tankefors til slutt

Når vi selv eller våre nærmeste har behov for legehjelp ønsker vi oss den ideelle legen som aldri gjør feil og som kan «alt». Skal vi ansette en kollega ønsker vi oss en lege som er pålitelig, ryddig, faglig dyktig og som kommuniserer godt med pasientene. Når vi behandler klagesaker vurderer vi hva som er godt nok i en gitt situasjon med utgangspunkt i regelverkskrav.

Og sånn bør det kanskje være?

Relevant lesestoff:

Helsetilsynets hjemmeside: www.helsetilsynet.no.

Informasjon til leger som risikerer kritikk/reaksjoner etter legeloven. IK-41/96. Statens helsetilsyn.

Helserett-Info (utgis og utsendes kvartalsvis av Helsetilsynet).

Mjaaland M. Helsevesenets selvjustis. Dagens medisin 3-99. Nylenna M. Gode journaler er god medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3560-4.

Bratland SZ. Aspekter ved kvalitetssikring og forskning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3439-41.

Om forfatterne:

Avdelingsdirektør Jan Fredrik Andresen

Bakgrunn fra samfunnsvitenskap (psykologi og sosiologi), erfaring som fengselslege og legevaktslege, ansatt i Helsedirektoratet i 1992, hatt stillinger som spesiallege og fagsjef.

Fagsjef Hege Raastad

Tre år som kommunelege i Vågan i Lofoten, skrevet studiehandbok for medisinestudentene i Tromsø. Kommunelegekurset i 1995 vekket nysgjerrigheten for byråkratiet og lovverket som verktøy, snart spesialist i samfunnsmedisin.

Seniorrådgiver og allmennlege Svein Zander Bratland

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, veileder i allmennmedisin, NMDs allmennmedisinske forskningspris 1986, medforfatter til læreboka i allmennmedisin, allmennlege siden 1974, 15 år på Dokka og 10 år i Bergen, helsesjef i Sandviken bydel i Bergen fra 1989, gikk fra kretslaget til landslaget våren 1998.



Legeforeningens støttetiltak

Den norske lægeforening har de siste årene tatt initiativ til flere tiltak som kan være til hjelp for leger i vanskelige situasjoner, som f.eks. hvis en klagesak blir så stor belastning at man har behov for hjelp og støtte.

Sentralt i legeforeningen

har man opprettet en beredskapsgruppe som vil kunne gi støtte eller råd i forbindelse med henvendelser fra media som føles vanskelig å takle på egenhånd. Om nødvendig kan man henvende seg også utenom arbeidstid til disse personene. De fleste sakene behandles av legeforeningens informasjonssjef, Ellen Juul Andersen.

Gruppen består av

President Hans Petter Aarseth, telf.priv. 22 44 05 95,
mobil 90 53 46 25, e-mail: hans.petter.aarseth@legeforeningen.no

Generalsekretær Harry Martin Svabø, telf.priv 67 53 41 27, mobil 91 17 91 10,
e-mail: harry.martin.svabo@legeforeningen.no

Organisasjonssjef Åsmund Hodne, telf.priv. 32 81 92 13, mobil 94 11 10 89,
e-mail: aasmund.hodne@legeforeningen.no

Informasjonssjef Ellen Juul Andersen, telf priv 22 49 02 22, mobil 90 09 85 07,
e-mail ellen.juul.andersen@legeforeningen.no

for leger

Legeforeningens fylkesavdelinger

har fra 1993 utpekt leger i hvert fylke som skal være såkalte «støttekolleger».

Utposten har kontaktet avdelingsrådgiver for støttekolleger i Nord-Trøndelag Sidsel Klingenberg Stokke for å høre nærmere om denne ordningen. Hun er til vanlig kommunelege 1 i Inderøy kommune der hun har jobbet i snart 30 år.

UTPOSTEN: Hva er egentlig en støttekollega?

KLINGENBERG STOKKE: En støttekollega er en lege i fylket man skal kunne henvende seg til dersom man sliter med jobbmessige eller private problemer man har behov for å snakke med noen om. Mange leger har vansker med å oppsøke kolleger i nærheten med sine egne problemer. Å akseptere at man skal være hjelpesøker hos en kollega man kjenner fra før, kan virke vanskelig. Vi støttekolleger har kurset oss på å takle henvendelser fra kolleger og vi har årlige samlinger hvor vi får «input», diskuterer og utveksler erfaringer fra dette arbeidet.

Vi er dog ikke behandlere i vanlig forstand, vår oppgave er hjelpe til med å finne løsninger ut av uføret. Under samtale med oss kan legen få mer oversikt over sine egne problemer og dermed klare å finne ut hvordan de skal løse problemet. Vi kan også formidle kontakt med Modum bad der det er opprettet et tilbud spesielt for leger med problemer. Vi kan ordne med psykiatrisk behandling i et annet fylke da mange leger naturlig nok kvier seg for behandling i sitt eget fylke hvor de bl a frykter de kan treffe egne pasienter under eventuell innleggelse. Siden vi ikke har behandleransvar, journalfører vi ikke de kontaktene vi har med leger som ønsker hjelp.

Vår oppgave er også å ta kontakt med leger vi får vite er i en vanskelig situasjon dersom f. eks pressen slår opp en sak som setter en lege i et uheldig lys. Mange opplever det positivt å få en telefon fra oss med spørsmål om de trenger noen å snakke med. Fylkeslegen, pårende og kolleger som tror en lege trenger hjelp, kan også be oss om å ta kontakt. I mange

fylker er det også etablert en «lege for lege»-ordning som kjøres parallelt med oss. Det fungerer som en bedriftslege-/personal-legeordning med vanlige konsultasjoner og journalføring av kontaktene. Her er det muligheter for å ta opp både psykiske og somatisk problemer.

Ordningen med støttekolleger er kommet i gang på initiativ fra SOP (Sykehjelps- og Pensjonsordning for leger i Dnlf) der man så at det var behov for et kollegialt støtteapparat for leger. Levekårsundersøkelser i Norge og andre land har vist at legeyrket innebærer reell helsefare både psykisk og fysisk.

Rusmiddelmisbruk, psykisk ubalanse, suicidfare er stikkord her. Myten om «den feilfrie legen» som vi selv ikke minst og samfunnet forøvrig har forventninger om, kan på mange måter sees på som den egentlige årsak til manges problemer. Ikke minst når vi får en klagesak på oss kan behovet for en støttekollega være stort. Nesten 30 % av legene har opplevd å få en klage på seg, og ca 40 % av legene har opplevd å bli truet med en klagesak. Når en lege plutselig får en klagesak mot seg tror jeg en støttekollega kan være en god hjelp til å klare å bearbeide problemet og komme videre.

Kronikken tar utgangspunkt i at medisinen og all menneskelig erkjennelse er feilbarlig. Bestrebelsene på ufeilbarlighet i medisinen fører til en kostbar og ufornuftig ryggdekningsmedisin med falsk positivitet og inflasjon i sykdomsbegrepet. Kvalitetsbestrebelse med ensidig vekt på falsk negative feil forsterker farlige kulturelle tendenser i vår samtid. Kronikken prøver å finne et erkjennelsesteoretisk og etisk fundament for en alternativ sykdomsforståelse og en alternativ forståelse av interaksjonen mellom lege og pasient. Med utgangspunkt i Hans Skjerveheims modernitetskritikk og positivismekritikk skisseres en dialogisk forståelse. Dette får konsekvenser for praktisk klinikk og for hvordan kvalitetssikring og tilsynsvirksomhet bør drives.

Feilbarlighet, dialog og rettssikkerhet

I diskusjoner om og utredningsarbeid omkring feil i medisinen hører vi sjelden at feil er og må være en integrert og organisk del av medisinsk virksomhet. I realiteten er all menneskelig erkjennelse, inkludert klinisk medisin, vitenskap og omsorg preget av en balanse mellom falsk negative og falsk positive feil. I moderne tid representerer Kant et erkjennelsesteoretisk oppgjør med empirismen og troen på at det er mulig å erkjenne verden objektivt. Det menneskelige liv er karakterisert ved et skjebnefellesskap med sannheten og usannheten.

Figur 1 illustrerer dette med en utvidet og filosofisk presentasjon av 2 x 2 tabellen. Vår posisjon i verden er å teste a-prioribegreper mot virkeligheten og validere den i ettertid. Når vi bekrefter i klinisk medisin, foreligger det alltid en mulighet for falsk positive feil. I vitenskapen og statistikken kalles dette type 1 feil (p-verdi). I omsorgsfunksjonene foreligger alltid en mulighet for «samaritan-feil» (at vi gir selvhjulpne mennesker unødvendig hjelp og gjør dem hjelpeløse). Når vi avkrefter, er det likeledes en viss sannsynlighet

	Syke	Friske	
«A-priori-begreper» (Kant)			
Bekreftede			
Positiv prediksjonsverdi	Sanne positive	Falske positive	
Type 1-feil «Samaritan-feil»			
Avkreftede			
Negativ prediksjonsverdi	Falske negative	Sanne negative	
Type 2-feil «Levitt-feil»			
Prevalens	Syke	Friske	Alle
	Sensitivitet	Spesifisitet	

Figur 1. En utvidet presentasjon av 2 x 2 tabellen som demonstrerer at all erkjennelse er feilbarlig; det være seg hverdagslivets persepsjon og kognisjon (apriori-begreper), som diagnostisk, vitenskapelig og omsorgsrettet erkjennelse.



Figur 2. ROC-kurven demonstrerer valget mellom sensitiv og spesifikk kvalitet i medisinsk virksomhet. I diagnostisk virksomhet prioriterer vi ofte sensitiv kvalitet, mens rettsikkerheten er avhengig av spesifikk kvalitet.



EIVIND MELAND er førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen og 1/2-tids allmennpraktiker ved Olsvik Lege-senter. Kronikken som presenteres her, bygger på et foredrag holdt på Legeforeningens konferanse «Legerollen i klemme mellom folks forventninger og tilsynsmyndighetenes krav» som ble arrangert i Oslo 11. januar i år.

for falsk negativitet som i statistikk og vitenskap kalles type 2 feil. I omsorgsrollen kan vi kalle dette autonomifeil eller «levittfeil» (etter levitten i lignelsen om den barmhjertige samaritan).

Bagatellmedisin – et ikke-tema

Pressen, utdanningsinstitusjonene og den allmenne dialog vektlegger ensidig falsk negative feil og formidler anklager og skamfølelse knyttet til slike feil. Men også tilsynsmyndighetenes ensidige interesse for falsk negative feil forsterker disse kulturstrømninger. Vi har fått et fundamentalt skifte i medisinsk etos fra «først og fremst ikke skade til modernitetens etos «for enhver pris gjøre noe/intervenere koste hva det koste vil». Følgen er en kostbar og inflatert ryggdeknings- og bagatellmedisin.

Modernitetens budskap er: søk helsevesenet uhemmet så snart som mulig. Av figur 1 kan man ved enkel brøkgregning resonnerer seg til at et slikt budskap medfører lav prevalens av betydningsfulle tilstander og derav følgende risiko for falsk positivitet. Men det fører også til en ytterligere fare for falsk negative feil ettersom vi blir offer for lav sensitivitet av våre undersøkelser ettersom folk søker lege i stadig tidligere stadium av sykdom. Primærmedisinen blir sittende med svarteper: Økt fare for falsk negative feil, bagatellmedisin, falsk positivitetsepideemi og alle «et snev av»-diagnosene. I dag opplever vi mannskapsflukt og store rekrutteringsproblemer til primærmedisinen, men dette synes å være et ikke-tema i modernitetens kvalitetssikringspråk.

Hva kan vi lære av ROC-kurven

ROC-kurven (figur 2) viser at god medisin må være kjennetegnet av en passe blanding av falsk positive og falsk negative feil. Den eneste måten å uttrykke falsk negative feil på er å gi alle sykdomsdiagnose.

ROC-kurven kan også illustrere et annet viktig poeng knyttet til klinisk medisin, kvalitetssikring og rettsikkerhet. I klinisk medisin kan det være berettiget å prioritere sensitivitet foran spesifisitet ved mistanke om diagnoser med store conse-

kvenser og høy behandlingseffektivitet. Rettssikkerheten forutsetter imidlertid at man først og fremst prioriterer spesifisitet på bekostning av sensitivitet (unngår falsk positive). Derfor er det et problem at feilhåndtering skjer av tilsynsmyndigheter som er påtalemyndighet og dommer på én og samme tid. Myndigheter og kliniske eksperter er sosialisert til først og fremst å ta sensitivitetshensyn. Vi har et rettssikkerhetsproblem som med den nye helsepersonelloven blir enda tydeligere.

Et etisk alternativ

Troen på fasitsvarmedisinen og det objektive sykdomssyn har ført oss i en situasjon som er en trussel mot oss selv og vår egen yrkesutøvelse. Vi trenger et erkjennelsesteoretisk og etisk alternativ. Innledningsvis beskrev jeg hvordan medisin, vitenskap og all erkjennelse er sannsynlighetsbasert. Vitenskapen er også historisk, og ydmykhet er en del av den vitenskapelige holdning i følge vitenskapsteoretikeren Karl Popper. Imidlertid har det objektiverbare sykdomssyn en sterk posisjon fordi det i visse situasjoner, stilt overfor viktige og alvorlige medisinske tilstander er anvendbart og funksjonelt.

Samtidig er dette sykdomssyn mangelfullt. Alle diagnoser er prognostiske tolkninger forhandlet i en dialog som er historisk og moralsk bestemt, og hvor den prognostiske nytteverdi først kan bestemmes i ettertid. Dialogen med pasienten og samfunnets kulturelle dialog om tilstandene er avgjørende ikke bare for diagnosen, men også for sykdomsopplevelsen og hvordan det skal gå med pasientene. Et slikt sykdomssyn kalles relasjonelt, prognostisk eller økologisk. Det objektive sykdomssyn og troen på at vi fremmer helse (eller kvalitet) ved å fjerne sykdom eller feil har ført oss inn i et uføre preget av sykdomseksplasjon, dysfunksjonelle selvfølgelig og redusert subjektivt velvære. Vi trenger et alternativ hvor helse og kvalitet kan utvikles gjennom modning, vekst, selvinnsikt, dialog og læring.

Hva kan vi lære av Hans Skjervheim

Det er filosofen Hans Skjervheim som i Norge er den mest framstående tenker som har formulert hvilke farlige etiske følger objektivismen har. Hans kritikk var rettet mot objektiveringen i psykologien, samfunnsvitenskapene og pedagogikken. Hans skrifter har imidlertid enda større relevans for medisinen. I flere av sine essays advarer han mot objektiveringens begrensninger. Troen på at vi kan tingliggjøre,

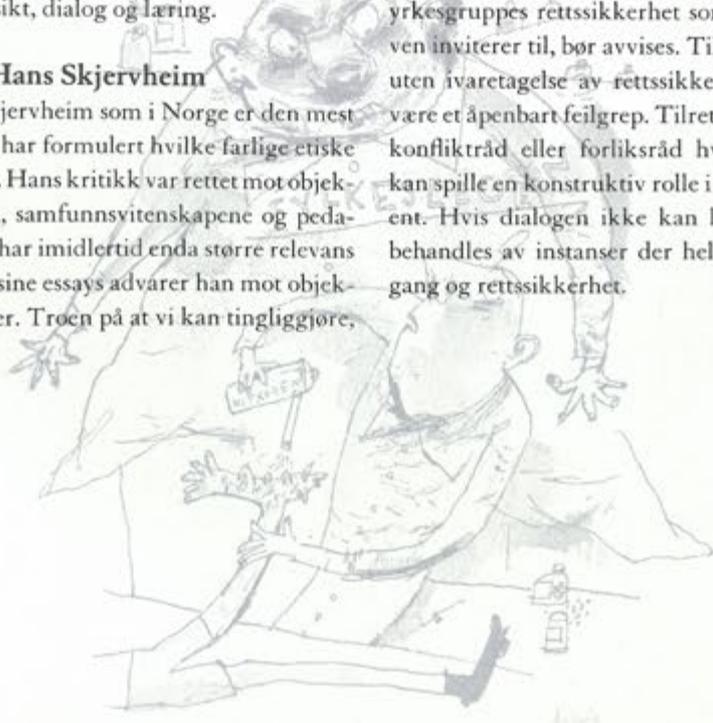
at vi kan se på behandling og hendelsesforløp som fakta, troen på at vi kan objektivere menneskelige interaksjoner og vurderinger er farlig, skriver han. Skjervheim så imidlertid at objektivering kunne være funksjonelt i visse situasjoner, og han var ingen dogmatiker i sin kritikk mot kvantifisering og objektivisering. Det han tok avstand fra var absolutteringen av objektivering, det han kalte for objektivisme eller på psykologiens område psykologisme. Han behandlet objektiveringen som et angrep på den andres frihet og objektiveringen som maktspråk. Å behandle vurderinger som fakta utelukker deltagelse, og utelukker de etiske og eksistensielle problemer. Formålsrasjonaliteten undergraver dagliglivets moral. Pedagogikk, psykologi og (*min tilføyelse*) medisin og tilsynsvirksomhet kan utvikle seg til tyranni og autoritær maktpolitikk.

Som alternativ foreslo Hans Skjervheim kulturelle og sosiale endringer med vekt på deltagelse og dialog. Han revitaliserte det kantske kategoriske imperativ: Enhver må behandle andre med nåde og respekt slik som en selv vil bli behandlet. Den menneskelige, feilbarlige tilstand må anerkjennes.

Dialog istedet for maktbruk

Vi trenger et kulturelt skifte i medisinen med større aksept for medisinenes feilbarlighet og dialog-natur. Dette må få konsekvenser for medisinsk grunn- og videreutdanning. I all ledelsesutdanning i helsevesenet må ansvaret for åpenhet, aksept for feilbarlighet, omsorg og dialog tydeliggjøres.

Tilsynsmyndighetene bør vie større oppmerksomhet til falsk positivitetsfeil og skadelige dialoger om helse. Den ensidige oppmerksomhet på falsk negative feil resulterer i medikalisering av tilværelsen. Håndtering av klager på feil bør ikke ensidig være faktabasert, men legge større vekt på dialog og gjensidig respekt. De åpenbare angrep på vår yrkesgruppes rettssikkerhet som den nye helsepersonelloven inviterer til, bør avvises. Tilrettevisinger og sanksjoner uten ivaretagelse av rettssikkerhet og appellmulighet vil være et åpenbart feilgrep. Tilrettevisinger bør erstattes med konfliktråd eller forliksråd hvor fylkeslegemyndigheten kan spille en konstruktiv rolle i dialog mellom lege og pasient. Hvis dialogen ikke kan løse konflikter, bør klagen behandles av instanser der helsepersonellet har appelladgang og rettssikkerhet.



ARTROSE



Ved behov!

Brexidol®

Piroxicam- β -cyclodextrin

C BREXIDOL «NYCOMED PHARMA»

Antiflogistikum, ATC-nr. M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg. Hvert dosepulver inneholder Piroxicam- β -cyclodextrin, æqvt. piroxicam, 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q.s.

T TABLETTER 20 mg. Hver tablett inneholder Piroxicam- β -cyclodextrin, æqvt. 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 syklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme:

Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkelt dose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 μ g/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tablettene. Forsøk viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tablettene. «Steady-state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 μ g/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nas ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» konsentrasjon, AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvekt.

Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er utforandret i urin og feces.

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

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Kryssreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, nasepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyketonuri og/eller aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiokardiale/renale: Palpasjoner, ødem, spesielt ankelødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholose, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyells syndrom), vesicobullose reaksjoner. Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke-relatert til syrlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henock-Schoenlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminaseniva. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øyeføre: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Taksyn og øyereirrasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, 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 blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika 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 overvakes. Bor seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprover eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synstorstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturtilhelning. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk: Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

INTERAKSJONER: Preparater med høy proteinbinding, f.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi litt økning i absorpsjon. AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretika's natriuretiske effekt. (I 50e anti-reumatika)

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

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

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1,3,-99) Tabletter: Enpac: 7 stk. kr. 53,80, 20 stk. kr. 97,10.

Boks: 100 stk. kr. 294,80, Dosepulver 20 stk. kr. 97,10 T: 3, 17,35

NYCOMED
PHARMA

Om fylkesleger og fotvorter

Av Anna Stavdal

Dette er en historie fra virkeligheten. Den har utgangspunkt i en hverdagshendelse i en norsk allmennpraksis. Den ender i mye frustrasjon og endel spørsmål. For å gjøre dette leselig, har jeg valgt dramaform og inndelt historien i syv akter.

AKT 1

Scene 1: På allmennpraktikerkontoret

Jente på 9 år kommer med mor i en ø-hjelp-time på slutten av dagen, og vil ha fjernet en fotvorte under jentas storetåball. De synes vortemiddel høres besværlig ut, hadde ventet seg rask behandling nå. Legen behandler med enkel frysemetode. Det er smertefullt for barnet, hun gråter og må trøstes. Mor og barn får roe seg på skiftestua mens legen tar neste pasient. De går så hjem, forklares at det kan bli misfarging av huden rundt, – ufarlig. Muligens må man ta en behandling til.

Scene 2: På allmennpraktikerkontoret dagen etter:

Telefon fra mor midt i en annen konsultasjon: «vi måtte på legevakta i går, barnet hadde vondt i foten etter behandlingen. «Hun hadde fått diagnosen FROSTSKADE av legen på legevakta, ble utstyrt med smertestillende, nå var hun besværsfri, huden rundt var varm og fin. Mor ringer «for at legen skulle vite det». Legen

beklager svært, uttrykker glede over at barnet har det bra nå, og sier: – «ring igjen om det skulle være noe». – Ubehag; – tankene flyr gjennom hodet. Først: «var jeg for intens med Histofreeze'n?», så: «det dreier seg om en fotvorte, verken mere eller mindre».

AKT 2 To uker senere:

Brev fra Fylkeslegen, klage på behandling.

Et håndskrevet brev på en halv side der mor klager på:

- påført frostskaide
- henvist til «lagerrom»
- legen hørte ikke på henne, var ufølsom for mors bekymring og barnets smerte
- legen har påført barnet legeskrekke og stadige nattlige mareritt som hun aldri før har hatt.

Strekt ubehag! Hvorfor kom den klagen? Hva har skjedd utenfor og etter konsultasjonen som har gjort at hun klager til Fylkeslegen? Legen kjente mor fra Helsestasjonen fra barnet var baby, og har oppfattet forholdet dem i mellom som tillitsfullt; mor har søkt legens hjelp tidligere, og de to har kommet ut av diskusjon om allergi og homøopati og litt av hvert, og mor har kommet tilbake til legen gjentatte ganger. Nok av det, legen tenker: «ikke gå i vranglås, legg deg åpen, – beklag det som skal beklages men stå ved din profesjonelle vurdering av situasjonen og vorten. Du beklaget i telefonen, ønsket at de skulle ta kontakt om det skulle være behov, barnet hadde det bra og har ikke mén.»

Først en telefon til en hudkollega, dernest et grundig svarbrev til Fylkeslegen. Brevet var gjennom konsulentbehandling hos to erfarne praktiskere, den ene dessuten med erfaring med behandling av klagesaker.

Lettelse når brevet er ferdigskrevet, legen beroliger seg selv og andre samstemmer; «det dreier seg om en fotvorte, – dette er ingen større sak, Fylkeslegen skiller stort fra smått!»

AKT 3 Tre måneder etter

«Påtale» fra Fylkeslegen; to siders brev som påpeker

- mangel på kyndig og omsorgsfull behandling
- dårlig kommunikasjon
- mangelfull journalføring: hvor mange sekunder ble Histofreeze applisert?

Konklusjon på dette grunnlag: legen er å klandre!

– Det dreier seg om en fotvorte –.





ANNA STAVDAL, 40 år. Allmennpraktiker i Oslo fra 1989, for tiden ved Ullevål sykehus for å avslutte spesialistutdanningen i allmennmedisin. Amanuensis II ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo

20 % stilling med undervisning av første års medisinstudenter. Styremedlem i NSAM de siste seks år, inneværende periode som nestleder.

AKT 4 Legens reaksjon

Vantro, sinne, Følelse av absurd teater, Kafka-prosess, tiltalebenk.

Fylkeslegen har ikke tatt seg bryet med å gi dette et skinn av objektivitet: ingen «second opinion», ingen tegn til at avveining er gjort; mors og legens versjon av hva som skjedde var komplett forskjellig, bare mors versjon ble tatt til følge når det gjaldt hva som faktisk hadde foregått.

Frostskadediagnosen - hvilken betydningen fikk den? På hvilket grunnlag ble den stilt, og av hvem? Ble vorten borte?

AKT 5 Tre måneder etter

Brev til Fylkeslegen, ikke i et forsøk på å gjenoppta saken, men med følgende prinsipielle spørsmål:

- *hvordan sikres konsistens i saksbehandlingen når det påklagede forhold er vanskelig å objektivisere, ek: kommunikasjon?*
- *hva er de prinsipielle kriterier for hva som er stort nok til å utløse reaksjon mot legen, og hvordan kvalitetssikres skjønnutøvelsen i behandlingen av klagesaker?*

Brevet var gjennom samme konsulentrunde som det foregående. Legen ringte dessuten til Sivilombudsmannen for å få vite når hun med rimelighet kunne vente et svar. Sivilombudsmannen mente at det var tre uker etter god forvaltningsskikk. Selvom saken bare gjaldt en fotvorte og en alminnelig lege.

AKT 6 Etter enda to måneder

Intet svar. Telefon til Fylkeslegen: saken har ny behandler, en fersk jurist som har sittet med saken en hel dag, men som forteller at hun «ikke har faglig grunnlag for å vurdere det som foregikk i konsultasjo-

nen». (Men sitter altså med vår leges sak –). Dessuten hadde de hatt ferie ved kontoret, og hadde svært meget å gjøre, – så noen svarfrist gjaldt nok ikke.

Forståelig nok kanskje; – det dreier seg jo når alt kommer til alt bare om en fotvorte og en reprimande. Man har vel viktigere ting å bestille. Nye vorter?

Akt 7 Brosjyrene fra Fylkeslegen

Så kommer det brev, og i motsetning til det første, det med «kjennelsen», er ikke dette underskrevet av selveste Fylkeslegen. Legen spør seg om hvorfor, og kommer til at hennes forsøk på oppklarende spørsmål oppfattes som mindre viktig – I svarbrevet fastslåes at saken er ferdigbehandlet og at de vedlagte brosjyrer nok besvarer legens spørsmål. De gjør ikke det.

EPILOG

I etterpåklokskapens lys skulle jeg skulle ønske jeg hadde gjennomført vortekonsultasjonen annerledes. Jeg kan faktisk ofte tenke slik om konsultasjoner i hverdagen. Histofreeze vil jeg bruke med større forsiktighet heretter, ikke på grunn av klagen til Fylkeslegen, men fordi barnet hadde hatt det unødvendig vondt, og det fikk jeg vite.

Fylkeslegen har jeg liten tillit til, mangel på seriøst svar på gjennomtenkte spørsmål fra en allmennpraktiker som er stilt i gapestokken er uprofesjonelt for et forvaltningsorgan. Drøye ti års erfaring i yrket lå bak min redegjørelse og mine spørsmål. Jeg var innfortsatt med mangel på klageadgang, og anket ikke avgjørelsen, men ba om en redegjørelse fordi jeg ikke forsto hvordan saksbehandlingen kunne få det resultat den fikk; ensidig ureflektert, og en følelse av at man her skjøt spurv med kanoner.

Man kan spørre seg hva det manglende svar er uttrykk for; forsto ikke adressaten mine prinsipielle spørsmål, eller verre; er reaksjonsmåten et uttrykk for en maktarroganse som kun er mulig der makthaverne sitter langt unna virkeligheten og der reglene kun ivaretar en part? Er det nytt for saksbehandlerne hos Fylkeslegen at regler og lover ikke er fyldestgjørende, at anvendelsen kun er mulig gjennom tolkning og skjønn? Hvordan ville følgende tilfeller bli vurdert: Livmorinnlegget som perforerer uterus? Et skjemmende arr etter småkirurgi? For ikke snakke om alle de konsultasjoner årlig der kommunikasjonen i konsultasjonen «er langt tilbake at ønske»?

For meg har Tilsynets lange arm demonstrert sin potens som konkurrent til «TV 2 hjelper deg» og annen tabloidjournalistikk. Dialog og faglig kritisk blikk hører hjemme annetsteds.

I allmennmedisinsk sammenheng (og kanskje også i det hele tatt) er det legevaktarbeidet som er mest klageutsatt. Det er et ensomt arbeid, uoversiktlig, med mange ukjente faktorer, og ofte høy emosjonell temperatur. Det er en jobb vi ofte gjør ugjerne, fordi vi må, av plikt, av ansvarsfølelse, og av pekuniære årsaker. Iblant er det et spennende og tilfredsstillende arbeid, hvor en virkelig kan gjøre en forskjell. Det er også rutinearbeid, med banale problemstillinger; samlebåndsmedisin og i verste fall venstrehåndsarbeid, med stor fare for sløvet oppmerksomhet hos legen.

En urban utpost

Av Torgeir Gilje Lid

Bylegevakt

På legevakt i en større by (i mitt tilfelle blir det Stavanger, men jeg tror mye av det vi ser her er allmenne trekk) møter vi noen av legevaktproblemene i en mer rendyrket variant. Den emosjonelle temperaturen er høy, ofte ytterligere forsterket pga lang ventetid. Mange sitter i timesvis på et stort venterom, med grinete og snørrete barn og utålmodige foreldre. I avisene har de nettopp lest om hjernehinnebetennelse og kjøttetende bakterier, men også artikler om ventetiden på legevakten. I tillegg er legen oftest ukjent for pasienten, iblant også ukjent med både byen og landet han jobber i. Dette gjør at pasientens tillit til legen må etableres på nytt for hver eneste pasientkontakt, og legen må der og da gjøre seg opp en mening om den/de han har foran seg.

Stort sett går dette likevel greit, legen greier å skape tillit, og hans erfaring og intuisjon har etter hvert gjort ham til en ganske gode menneskekjenner. Jobben er fort gjort, og pasienten forlater legevakten med en opplevelse av å ha fått profesjonell hjelp for sin plage. Men noen ganger skjærer det seg. Kommunikasjonen går i vranglås, tilliten ikke-eksisterende og veien til avisene synes kort. Vi har alle opplevd dette, og vi vil oppleve det igjen.

Antallet pasienter legen skal forholde seg til på en bylegevakt er også svært høyt, tretti-førtitalls pasienter på en økt, de fleste med ukompliserte, ufarlige, selvbegrensede lidelser. Men innimellom alt snørr og tårer også alvorlige tilstander, livstruende, ikke så sjelden en dose fyll og spetakkel, rus og psykiatri. Alle vil ha hjelp, noen kan ikke hjelpes, og mange trenger egentlig ikke hjelp.

Legevaktklager

Klager på en bylegevakt kan grovt sett deles i tre. Den ene varianten er klager pga forhold ved legen. Legen kan ha blitt oppfattet som brå og uhøflig, kanskje han var det også? Pasienten føler at legen ikke tok ham på alvor, ikke ville høre på det han hadde å si. Kanskje legen denne gangen manglet kommunikativ «fingerspitzgefühl»? Noen klager i legevaktsammenheng er kun på oppførsel, men jeg tror at også endel av de mer 'medisinske' klagenes også er et resultat av misnøye med legens opptreden. I alle tilfelle vil pasientens oppfatning av legens oppførsel i svært stor grad påvirke pasientens klageterskel, hvis en kan bruke et sådant begrep.

Andre ganger skorter det på diagnostisk fingerspitzgefühl. De få unike tilfellene drukner lett i de mange banale, legen sløves og fanger ikke opp de små signalene. Magefølelsen har tatt kvelden, legen kjører på autopilot, blir fartsblind, og de små tegnene på at det denne gangen lå alvorligere ting bak de alminnelige symptomene, går ham hus forbi. Det er dette vi er redde for, å overse en meningitt i influensaepidemien (noe vi også kan gjøre selv etter godt utført arbeid, men jeg tenker i denne sammenheng på de gangene arbeidet ikke har vært fullgodt).

Den andre varianten er klager pga forhold ved pasienten. Pasientene kan være for kravstore, forvente full utredning, kreve undersøkelse for tilstander som er fjernt fra ø-hjelp begrepet. Dette siste kan vi kalle «Statoil-syndromet» («Det du trenger når du trenger det»). I en by har befolkningen

vent seg til at de fleste tjenester og produkter kan kjøpes nesten til enhver tid, og over tid har mange begynt å forholde seg til legevakten omtrent som til en døgnåpen bensinstasjon. Forsøk på å realitetsorientere pasienter og pårørende kan lett oppfattes som uhøflig legeoppførsel og i verste fall ende med klager av den grunn.

Den tredje varianten er klager som først og fremst har med legevakt per se å gjøre. Legen har gjort et helt adekvat stykke arbeid, pasienten har ikke vært spesielt kravstor, men pasienten har søkt legevakt tidlig i utviklingen av en alvorlig tilstand, mens symptomer og funn ennå er uspesifikke. I en by er ofte legevakten eneste reelle mulighet for legeundersøkelse i løpet av noen dager (ventetid hos egen lege ofte 3–6 uker), i tillegg møter de som nevnt en lege de ikke kjenner. Sykebesøket eller konsultasjonen ender så med avtale om å se det hele an, og pasienten gjør det. Neste kontakt ved manglende bedring eller ved forverring innebærer møte med enda en ny lege, som også gjør adekvat diagnostikk og evt. behandling utifra tentativ diagnose, men pasienten blir likevel verre. Ved tredje kontakt er pasienten åpenbart alvorlig syk, diagnostikken er ofte enkel, og pasienten blir lagt inn på sykehus for adekvat behandling. For pasient og pårørende fortoner det seg som at de endelig møtte en flink lege, og de sender i verste fall klage på de to første.

Hva så?

Mitt inntrykk fra en bylegevakt er at denne siste varianten er den vanligste klagetypen. Utifra pasientens virkelighetsforståelse er det åpenbart at han hele tiden hatt samme sykdom, men de første legene gjorde for dårlig jobb. Pasienten vil derfor oppfatte det som en klage på forhold ved legen, mens det altså i realiteten er klage utifra forhold ved situasjonen. All utvikling av sykdom er en dynamisk prosess; lett å overskue i ettertid, men underveis iblant ugjennomtrengelig som en jungel. Det paradoksale for pasienten er at jobben ofte blir vanskeligere for legen, ikke lettere, når han søker lege tidlig.

Det er likevel min erfaring fra min korte tid som vikarierende legevaktssjef at mange valgte å ikke gå videre med sin klage når de fikk disse forhold forklart. Det essensielle er jo om legen i den aktuelle situasjonen gjorde det som var rimelig av undersøkelser og diagnostiske overveielser, med andre ord utøvde godt, klinisk skjønn, ikke om diagnosen i ettertidens klare lys viste seg å være gal.

Jeg tror det er mulig, selv i en travel legevakt, å i større grad formidle dette til pasientene der og da. Det vil i alle fall føre til litt mer realistiske forventninger, kanskje også til færre klager.

Intervju med

Guri Rørtveit om SATS

Av Tone Skjerven



Hans M. Waaler sin artikkel om forbedring av legenes bruk av laboratorietjenester gjennom SATS-prosjektet i dette nummeret av Utposten, viser at at SATS-prosjektet kan være et godt virkemiddel i kvalitetsforbedring av allmennpraksis. Jeg sitter allikevel igjen med en undring over følgende:

1. Er det nødvendig med så stor ressursbruk i tid og arbeid (4–6 møter over trekvart til ett år samt for- og etterarbeid på eget kontor) for å oppnå de kvalitetsforbedringer som beskrives i artikkelen?
2. Hvilken funksjon har kollegagruppene egentlig? Legene hadde jo allerede mulighet til å få tilbakemelding på egen praksis ut fra rapportering til NOKLUS.
3. Og så dette som jeg har lurt på lenge: Hva handler SATS egentlig om?

Jeg vet at Guri Rørtveit, amanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen og bydelslege, har gjort en kvalitativ evaluering av SATS-prosjektet som fokuserer på deltakererfaringer. Hun har intervjuet 25 allmennpraktiserende leger fra 5 SATS-grupper. Jeg traff henne en lørdag ettermiddag i Bergen.

Hva er det SATS egentlig handler om?

Det er kanskje ikke så underlig at du spør om akkurat dette. Noe av det jeg har problematisert i evalueringen er nettopp en litt uklær målbeskrivelse for prosjektet, noe som kanskje gjør at færre enn ønskelig tar fatt på dette gode videreut-

danning- og kvalitetssikringstilbudet. Målsettingen er i korthet å bedre allmennpraktikerens evne til å drive kvalitetssikring av egen praksis i hverdagen.

SATS-prosjektet bygger på det såkalte medical audit-konseptet, dvs. at man gjør målinger i egen praksis. Her blir de i tillegg presentert og diskutert med kolleger og holdt opp mot faglige standarder som gruppene setter selv. Deretter arbeider de med å forbedre egen praksis innenfor disse spesielle områdene, til dels også generelt. De bærende elementene, eller «verktøyet» som brukes i SATS-prosjektet er:

1. Kollegagruppene hvor man diskuterer sin praksis og mulighetene for forbedring av denne.
2. Kvalitetsindikatorsettene som gjør det mulig å sammenligne egen praksis både med kolleger og med standarden som de selv har satt for god praksis med hensyn til organisering, rutiner og resultater. (Det finnes til nå indikatorsett for diabetes, sår hals, laboratoriebruk og migrene).
3. EDB verktøyet som gjør det mulig å hente ut data om egen praksis.

Kan du si noe mer om hva som ønskes oppnådd gjennom deltakelsen i SATS-grupper?

Min tolkning av formålsbeskrivelsen i foreliggende SATS-dokumenter er at det har fire aspekter:

- Hjelp allmennpraktikere til å interessere seg for og ta ansvar for kvalitetssikring av egen praksis.
- Øke allmennpraktikerens kunnskap og bruk av kunnskap om klinisk epidemiologi.
- Øke allmennpraktikerens kunnskaper om ulike kliniske emner.
- Stimulere til debatt om hva god kvalitet i allmennmedisin er.

Det er ønskelig at målsettingen blir gjort mer tydelig og lett-fattelig, og jeg vet at det er et arbeid som prosjektledelsen i SATS arbeider med kontinuerlig. Evalueringen tyder dessuten på at ikke alle disse delmålene er like godt oppfylt. En

av anbefalingene fra evalueringsrapporten er derfor en nedtoning av den klinisk epidemiologiske biten. Ikke fordi den ikke er viktig, men fordi det er viktigere å oppfylle noen få mål skikkelig enn å gape over mange ting som så blir stående halvgjort. Klinisk epidemiologi er et stort og komplisert felt og vil sannsynligvis kreve et enormt arbeid innenfor SATS-rammen før det vil bli vellykket som egen målsetting. Innenfor en målsetting om økt faglig kunnskap vil det likevel alltid være snakk om å øke den enkeltes klinisk epidemiologiske kunnskap noe. En annen anbefaling er at hvis kvalitetssikringsformålet skal fortsette å være et hovedmål, må det brukes mer arbeid på å klargjøre hva kvalitets-sikring (eller kvalitetsutvikling) innebærer og hvordan man oppnår dette. SATS bør ikke bidra til at ordet kvalitetssikring oppfattes som en klisjé.

SATS bør etter min mening derfor ha følgende hovedformål:

1. Øke deltakernes interesse for og kunnskap om kvalitetssikring.
2. Øke deltakernes kunnskaper innen det enkelte faglige emne.
3. Bidra til faglig og sosialt fellesskap for deltakerne.

Hva er det som er bra med SATS?

Potensialet som ligger i kollegagruppen og styrken i det ovenfor nevnte «medical audit-konseptet». Det er derfor det faglige og sosiale fellesskap for allmennpraktikere i seg selv holdes opp som en viktig målsetting for SATS. Dette legitimerer allerede langt på vei SATS-gruppenes eksistens som kilde til kvalitetsutvikling av faget vårt. Det virker som om det faglige og kvalitetsforbedrende utbyttet deltakerne har hatt for en stor del har vært avhengig av at prosessen har foregått over tid og sammen med kolleger. For eksempel uttaler mine informanter at de oppnår varig læring p.g.a. kontinuitet over tid, og at det oppleves som nødvendig å foreta praksisendringer, at det blir en mer forpliktende måte å møte ny kunnskap på. Mye handler også om å få bekref-telse på at det en gjør er godt nok som det er.

Det er en stund siden jeg hørte noe fra SATS. Vet du noe om hvordan rekrutteringen til nye grupper er?

Dette kunne ikke Guri Rørtveit svare meg sikkert på, og jeg tok derfor kontakt med SATS' prosjektleder Tor Carlsen for å få svar på hvordan rekrutteringen går videre og om det er planer om å utvikle flere emner i SATS konseptet.

Tor Carlsen svarer:

Det er ca 10 grupper i gang nå. Usikkerheten omkring SATS sin framtid har bremsset på markedsføringsaktiviteten. Det drypper inn påmeldinger om dagen og det virker som om

det er annonsene i Utposten 2. halvdel av -98 som er hovedårsak.

I en artikkel til Tidsskriftet som snart er ferdig, viser vi forbedringer av klinisk arbeidsprosess for alle emner. Forbedringene er meget store for de legene som hadde størst potensiale, og det er ikke de samme legene som har hull hele veien.

De mest konkrete planene om nye emner er:

Ny laboratoriemodul i samarbeid med NOKLUS med mulighet for å fokusere nærmere på mer spesifiserte emner, rutiner i forhold til diagnoser/spesifikke problemstillinger.

- Sekundærprofylakse ved hyperlipidemi egner seg godt etter den siste konsensuskonferansen og er påtenkt.
- Vi ønsker å utvide sår hals til luftveisinfeksjoner generelt og forsøker å knytte samarbeidslinjer om dette emnet.
- Vi vurderer å utarbeide kollegagruppeopplegg for Svein Gjelstads rapport fra allmennpraksis, som foreligger for Winmed og Profdoc/DOS.

Etter intervjuet føler jeg meg noe bedre oppdatert om SATS. Jeg tror det er viktig å innse at endring av praksis er en tung og langsom prosess som krever spesielle tilnær-minger og virkemidler. Hvis kollegagruppene og SATS-konseptet kan være med å berike dette, bør det få en sentral permanent plass i videre- og etterutdanningen.

Legenes «bruk av laboratorie

SATS på kvalitetsutvikling i allmennpraksis



HANS M. WAALER

– cand med fra Oslo 1977, kommunelege 1 i Stjørdal og stasjonslege Værnes flystasjon, tidligere distriktslege i Botswana i 1989–91, medlem av legeforeningens kvalitetsforbedringsutvalg.

SATS

er et prosjekt for kvalitetsutvikling i allmennpraksis og har i tre år fått støtte fra Legeforeningens kvalitetssikringsfond (1). Kvalitetsindikatorer er laget for diabetesomsorg, bruk av laboratoriet, diagnose og behandling av sår hals og av migrene. EDB-verktøy brukes til å samle nøkkeldata og til å lage rapporter på legens datamaskin. Rapportene er utgangspunkt for kollegabasert læring i legegrupper med 4–10 leger. 200 leger har deltatt i SATS. 46 leger har hittil fullført temaet om laboratoriebruk, og deres resultater vil bli presentert i denne artikkelen.

Bakgrunn

Norske studier har vist at det både i allmennpraksis og på sykehus er stor variasjon i bruk av laboratorieprøver (2, 3). Årsakene til variasjonen i allmennpraksis er ikke klarlagt, men følgende forhold kan være av betydning:

- tilgang på primærleger
- praksistype
- ulik sykkelighet i praksispopulasjonene
- ulik stabilitet i primærhelsetjenesten
- primærlegenes stillingstyper/avlønningsform
- kompetanse hos primærlegene
- pasientforventninger

På landsbasis er antall klinisk-kjemiske undersøkelser blitt bortimot fordoblet fra 1980 til 1990. Registrering fra Innherred sykehus i 1992 viste at primærlegene hvert år pr. 100 innbyggere rekvierte 11.4 kreatinin-, 8.2 TSH- og 6.2 ASATanalyser (2).

Variasjonene og det høye forbruket viser et klart behov for å kvalitetssikre bruken av laboratorietjenestene i allmennpraksis (4,5) NOKLUS har hittil nedlagt et viktig arbeid med å bedre analysekvaliteten. SATS ønsket å fokusere på kvalitetsutvikling av prøverekvireringen og oppfølgingen.

Kvalitetsindikatorer

En indikator er et målbart uttrykk for kvalitetet på det faglige området som skal vurderes. Siden det ikke finnes noe handlingsprogram for laboratoriebruk i allmennpraksis i Norge, ble indi-

etjenester» ble forbedret

katorer utformet på grunnlag av følgende formulerte kvalitetsmål:

- Et visst utvalg prøver bør kunne utføres, analyseres og komme til nytte i tilslutning til konsultasjon (6).
- Bruken av en diagnostisk test skal bidra enten til en nøyaktig diagnose, eller støtte bruken av en spesifikk og effektiv behandling (7).
- Testen bør føre til helsegevinst (nytte) for pasienten (7)

Indikatorene ble delt i tre (tabell 1):

- organisering i laboratoriet (struktur)
- rekvirering av laboratorieprøver etter anbefalte retningslinjer (prosess)
- nytte/ulempe for pasienten og praksisen (resultat)

EDB-verktøy

Mer enn 80 % av dagens allmennpraktikere bruker EDB-basert journal. Teknisk sett gir EDB-journaler gode muligheter for uthenting av egne rapporter, men i praksis har mulighetene vært lite brukt. SATS har utviklet en diskett med rapportprogram for hvert tema. Legene kan med denne disketten produsere sin egen rapport, og dataene forblir anonyme utenfor kollegagruppen.

Rapportene viser hvor hyppig indikatorene er oppfylt i legens praksis. De fleste data om laboratoriebruk kan trekkes direkte ut av EDBjournalen. Noen få indikatorer krever registrering i enkle skjema eller gjennomgang av EDB-journal.

Struktur indikatorer
<ul style="list-style-type: none"> • I hvilken utstrekning er prøveutvalget som analyseres i praksisen, i samsvar med anbefalt minimumsstandard (Tidsskr Nor Lægeforen 1991)? • Finnes skriftlig prosedyre for de analyser som utføres på laboratoriet? • Er prosedyrene kjent for de ansatte ved legekantoret?
Prosessindikatorer
<ul style="list-style-type: none"> • Er 5-Ferritin undersøkt ved graviditet? • Er B-HbA1C undersøkt ved diabetes? • Er S-TSH og S-T4/Fritt-T4 undersøkt ved hypothyreose? • Er B-SR undersøkt samtidig med B-CRP ved mistanke om infeksjon? • Hvor ofte er S-klorid undersøkt samtidig med S-kalium?
Resultatinindikatorer
<ul style="list-style-type: none"> • Er ventetid for blodprøvetaking akseptabel for pasienten? • Er rutine for svar på analyser klargjort for pasienten? • Er TSH-verdiene innenfor referanseområde ved thyroxinbehandling? • Blir prøvesvar utenfor referanseområdet for Hb fulgt opp?

Tabell 1 – Kvalitetsindikatorer om laboratoriebruk

Rapporten inneholder også en laboratorieprofil. For hver lege blir det laget en oversikt som viser praksisaktivitet og laboratorieaktivitet i perioden deriblant en analyseoversikt over 36 av de mest vanlige analyser i allmennpraksis.

Laboratorieprofilene blir samlet inn anonymisert til en felles database hos NOKLUS. Allmennpraktikere som sender inn slike data har fått tilbakemelding om egen praksis sammenlignet med andre leger i landet.

Kollegabasert læring

Rapportene er utgangspunkt for kollegabasert læring i legegrupper. Kollegabasert læring bygger på et forpliktende samarbeid mellom 4–10 kolleger.

Legegruppen skal sammen gjennomføre en kvalitetssyklus med følgende trinn:

- sette mål for egen praksis
- gå gjennom den enkeltes rapport
- planlegge og gjennomføre tiltak for endring av praksis
- avslutte med en ny registrering og drøfting

Hver kollegagruppe velger en gruppeleder som får ansvar for å rettlede de andre legene, lede og sende inn data som skal brukes i evalueringen av SATS.

Studemateriell gir veiledning og ideer for diskusjon i gruppen. Gjennomføringen av et emne tar trekvart til ett år, og innbefatter 4–6 møter i kollegagruppe i tillegg til for- og etterarbeid på eget kontor. Ett fullført emne gir 30 kurstimer i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin.

Metode for evaluering

Hver lege sendte inn en rapport fra start og en ved avslutning av et emne. SATS har sammenlignet disse rapportene for å finne eventuelle forandringer for de enkelte indikato-

rer. I tillegg måtte hver lege fylle ut to spørreskjema for SATS. Ett startskjema skulle gi SATS bakgrunnsopplysninger om legene. I ett sluttskjema ble legene bedt om å gi en evaluering av sin deltagelse i SATS.

SATS har vært organisert med en regionleder i hver helse-region som har hatt regelmessig kontakt med sine grupper. Disse kontakter har også blitt brukt i evalueringen.

Resultater

Legene

Gjennomsnittsalderen på de deltagende legene var 43 år. 80 % av legene hadde tidligere deltatt i veiledningsgruppe i allmennpraksis og var spesialister i allmennmedisin. Positiv holdning til arbeid i kollegagruppe og interesse for kvalitetsutvikling var viktigste årsak til deltagelse i SATS.

Rapportene om praksis

85 % av legene hadde målbar forandring på 2–6 indikatorer. Indikatorer som viste endring hos flest leger var:

- Oppfølging av Hb
- Ferritin er undersøkt hos gravide
- Klorid er tatt samtidig med kalium
- TSH innenfor referanseområde,

De leger som hadde størst avvik fra ønsket standard ved første registrering forbedret seg mest. Strukturindikatorene var oppfylt i 90–100 % hos de fleste legene ved første registrering og var derfor lite egnet for bruk i kvalitetsutvikling.

For resultatindikatorene om ventetid og rutine for prøvesvar hadde få leger gjennomført to registreringer. Forandring var derfor ikke mulig å registrere. Alle de resterende indikatorene viste forbedring (tabell 2)

Forandring av indikatorer – laboratoriebruk i allmennpraksis

Indikator	Første registrering	Andre registrering
Prosent oppfylt		
Ferritin hos gravide	77 %	87 %
HbA1c hos diabetikere	84 %	92 %
TSH tatt når Thyroxin	85 %	87 %
SR og CRP tatt ved resp.inf.	12 %	6 %
Klorid tatt sammen med K+	20 %	5 %
TSH dok. i ref.område	54 %	59 %
Oppfølging av Hb	82 %	91 %

Tabell 2 – Forandring av indikatorer - laboratoriebruk i allmennpraksis

Enkelte indikatorer avdekket forhold som var av stor betydning for enkeltpasienter. Mange av pasientene som ikke hadde fått målt HbA1C siste året viste seg å være eldre mennesker som ikke lenger bestilte time hos lege for kontroll av sin diabetes.

Evalueringskjema

75 % av legene som fullførte temaet var motivert til å fortsette med nye emner i samme kollegagruppe. 86 % ville anbefale kolleger å gjennomføre et SATS-tema. De enkelte elementer i SATS-modellen ble evaluert av deltagerne. 75 % bedømte nytten av datarapportene som god. Studiematerialet ble sett som nyttig hos 60 %. Halvparten av legene har fått ideer fra kollegagruppen. Medhjelpere ble sjelden trukket med i dette SATS-emnet (<10 %). Legene ble også spurt om kvalitetsforandringer. 50 % mener at gjennomgangen av laboratoriebruk har bedret kvaliteten i egen praksis. Interessant er det også at 30 % av legene mener at deltagelse i SATS har medført kvalitetsforbedringer i egen praksis utover aktuelle emne.

Enkelte indikatorer krevde større egeninnsats. Oppfølging av Hb utenfor referanseområde krevde gjennomgang av datajournalen til den enkelte pasient. Denne indikator nevnes av mange leger som en av tre indikatorer som har ført til størst endring av tidligere praksis.

Kontakt med legegruppene

1/3 av de påmeldte legegruppene kom ikke i gang med SATS. En rundspørring har vist at de vanligste årsakene har vært mangel på tid, problemer med å etablere legegruppe og datavansker.

SATS gjennomførte intet pilotprosjekt. Legegruppene opplevde derfor en del praktiske problemer ved oppstart i SATS. Mange leger slet med dataverktøyet i starten. Dette skyldtes dels problemer med selve dataprogrammet, liten datakunnskap hos legene og gamle datamaskiner. Når legene først hadde klart å lage egen datarapport, ble diskusjonene i kollegagruppene opplevd som svært meningsfylte. Mange legegrupper startet med nytt tema etter avslutning av første tema.

Konklusjon

46 leger har gjennomført SATS-temaet om laboratoriebruk i allmennpraksis. 85 % av legene har registrert forbedring av 2-6 kvalitetsindikatorer. Halvparten av legene mener selv at deres kvalitet innen temaet er bedret. Bruk av data-rapport fra egen praksis oppleves som svært nyttig til diskusjon i kollegagruppe. De deltagende leger ønsker å starte med nye tema og vil anbefale andre kolleger å gjennomføre et SATS-tema.

Litteratur

1. Carlsen T, Claudi T, Cooper C, Telje Jo, Waaler HM. Kvalitetsutvikling i allmennpraksis - utvikling og bruk av indikatorsett. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2787-90
2. Asberg A, Midthjell K, Holmen J. variasjon i primærhelsetjenestens rekvirering av klinisk-kjemiske analyser Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1617-9
3. Landaas S, sandberg S, Thue G, Andersen FR, Heitmann M. Kvalitetssikring av laboratoriemedisinen i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratets utredningsserie 7-1990 (IK2325). Oslo: Helsedirektoratet, 1990.
4. Strand S, Hjortdahl P. Kvalitetssikring av laboratorievirksomhet i legepraksis utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 952-3
5. Sandberg S. Rasjonell laboratoriebruk. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2238-9
6. Sandberg S, Thue G, Hjortdahl P, Landaas S. Hvilke laboratorieprøver bør allmennpraktikerne utføre - og hvordan sikre god analysekvalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2980-4
7. Sackett D et al. Clinical epidemiology. Boston: Little, Brown and Company 1991.

Hvordan kan allmennpraktikere best hjelpe de av deres pasienter som er blitt seksuelt misbrukt?

Seksuelle overgrep skjer, og følgene av dem er et tema av betydning for den medisinske profesjonen generelt, og kanskje for allmennpraktikere spesielt. Min studie om kroppsliggjøring av overgrep kritiserer den medisinske forståelsesramme for å være utilstrekkelig (1). Jeg skal forsøke å beskrive et mer adekvat medisinsk rammeverk. Jeg hevder dessuten at ikke bare enhver krenkelse av den seksuelle integritet, men også enhver strukturell ydmykelse av menneskelig verdighet har patogen virkning. Følgelig må jeg rette oppmerksomheten mot bidrag til menneskelig lidelse fra noen av våre mest prestisjetunge samfunnsinstitusjoner. Disse aspekter skal jeg drøfte ved å presentere historier som jeg er blitt kjent med i min rolle som allmennpraktiker.



ANNE LUISE
KIRKENGEN, dr. med.
Spesialist i allmenn-
medisin
Behrengate 8, 0257 Oslo

Den sykgjørende kraft i fortiede krenkelser

Tobias*, 14 år gammel, venter på skolebussen idet en bil stopper foran ham, og føreren, en mann han gjenkjenner som lederen av en menighet i bygda, tilsnakker ham. Mannen inviterer gutten til en ettermiddagstur til Oslo. Idet de skal kjøre, hjelper mannen Tobias å feste bilbeltet. Ved det tar han på guttens genitalområde. Tobias føler seg ille berørt, men siden intet blir sagt og hendene forsvinner igjen er han sikker at berøringen var utilsiktet. I Oslo, gjør mannen sine ærender, og mot kvelden starter de på hjemreisen. Etter noen mil kjører mannen tilside, forlater bilen og urinerer på en ekspon-

rende måte. I guttens påsyn masturberer han deretter. Slik inkluderer han Tobias i en skambelagt handling. Deretter gir han gutten ordre om å kjøre bilen videre. Tobias har kjørt litt på bygdeveier, men ikke fem mil på en islagt vintervei om kvelden. Men siden han er sterkt forvirret av det han har bevitnet, adlyder han. Så snart bilen igjen er på veien glir mannen inntil Tobias' høyre side, legger arm og hånd over hans høyre hofte, lår og testikkel, åpner hans bukse og begynner å masturbere gutten som må konsentrere seg om å kjøre. Fra da av blir Tobias fjern, selv om han kjører. Når de er fremme «våkner» han, kjenner mannens hånd og sin egen sædutløsning og klarer å stanse bilen. Så sier mannen at det som skjedde må forbli deres hemmelighet. Etter det går gutten hjem.

Noen år senere begynner Tobias å lide av smerter i høyre side av ansiktet, halsen og nakken, i høyre hofte, høyre genitalregion og høyre ben ned til foten. Smertene er til tider invalidiserende, særlig i vintermånedene. Han oppsøker leger og blir undersøkt neurologisk, med røntgen og CT av hode, bekken og rygg. Man finner ingen rimelig kilde for smertene. Han får mange serier med fysioterapi og akupunktur. Ingen medikamenter påvirker smertene. Hans hjelpere forvirres av disse smerter som overskrider kroppslige grenser i både en neurologisk, anatomisk eller funksjonell forstand, som mangler et substrat og som motstår enhver terapi. Tiltakene koster mye, men bevirker ingen bedring.

Når jeg møter Tobias virker han resignert og bekymret for fremtiden. Vi utforsker hans smerte sammen, og i det jeg spør «hvordan følte det som skjedde i kroppen din, hvor satt mannen, hva gjorde han?» forstår Tobias at smerten er avtrykket av misbrukerens kropp og hender, og følgen av hans egen avgrensning av fornemmelser for å verne den delen av seg som ikke var berørt. Han skjønner sin egen kroppsliggikk. Og selv om han er skeptisk, begynner han i co-terapi hos en kroppsterapeut for å ta tilbake den delen av seg som fremdeles nærmest bokstavelig er «i hendene» av hans barndoms misbruker.

Kroppsliggjøringens logikk

Tobias sammenføyede krenkelses- og sykdomshistorie viser logikken i prosessen fra krenkelse til sykdom. Den formes av den krenkedes vernetiltak mot avmakt. Tobias opplever ufrivillig kjøring og påtvungen masturbasjon samtidig. En del av ham, hans høyre side, er delaktig i begge. Følgelig må hans venstre ansiktshalvdel se på veien mens hans høyre utgrenser synet av mannen. Hans høyre ben fornemmer mannens kropp og hånd mens det også må trå pedalen. I samsvar med situasjonens opplevelsens- og kroppsliggikk må Tobias adskille *samtidige erfaringer som er helt uforenlige*. En slik strategi vet alle mennesker om. For å bevare verdighe-

ten i en ydmykelse eller påtvungen smerte kan vi av- og utgrense enhver sanseerfaring (2). Følgelig når den ikke vår erkjennelse, blir ikke integrert, ikke tillagt mening, ikke navngitt, og derfor ikke en del av inntrykkenes orden (3). Det avgrensede, meningsløse, navnløse hører ikke til de verbale minnene. Derfor kan det ikke gjenkalles aktivt. Det blir en isolert, ikke-navngitt redsel som siden kan bli gjenaktivert gjennom enhver sanselig fornemmelse som likner på det «originale» inntrykket (4). Jo mer en aktuell fornemmelse føles lik denne originalen, desto mer presist reproducerer den originalen. Personen som fornemmer kan derimot ikke skilne noe her-og-nå fra noe der-og-da, fordi hun eller han ikke vet om «noe» i fortiden. Der finnes ikke gjenkjennelse, men bare navn- og meningsløs redsel. Redselen kan fremstå som smerte, lammelse, kramper, svimmelhet, kvelning, besvimelse, hjertebank, svetting, synsforstyrrelse, nedsatt hørsel, kvalme, oppkast, diaré, desorienterthet eller uvirkelighetsfølelse (1, 2).

Ingen teknisk-medisinske instrumenter kan synliggjøre en avspaltet «redsel fra fortiden» i en opplevet «smerte i nåtiden». Ingen biomedisinske tiltak kan oppheve en lammelse her-og-nå som er avtrykket av avmakt der-og-da. Ingen mekanisk-medisinsk modell kan forstå en vedvarende åndenød som skyldes et kvelertak for lenge siden. Snarere motsatt fører den biomedisinske forståelsen, som respekterer bare det objektiverte og entydige mens den nedvurderer det subjektive og mangetydige, i praksis til bruk av tiltak som oftest gjør smerten, lammelsen eller åndenøden kronisk. Medisinsk omgang med følgene av krenkelser blir til nye krenkelser til tross for intensjonen om å hjelpe (5–7).

Menneskelig-medisinsk forestillingsevne derimot, setter legen i stand til å se de livfulle sammenhengene og deres følgeriktighet. Menneskelig-medisinsk innlevelse gir legen adgang til å forstå vernestrategienes nødvendighet i sin tid. Og menneskelig-medisinsk respekt for den andres verdighet er legens viktigste bidrag når erfaringer i fortid må formuleres så de kan skilles fra opplevelser i nåtid (1).

I fenomenologien betraktes kroppen som innforlivet liv, og som sådan snarere som en dynamisk prosess enn et biologisk objekt. Det betyr at steder hvor vi har levd, tider vi har erfart, og forbindelser til andre vi har tilhørt, flyter sammen i vår personlige kroppsvirkelighet (8, 9). Denne er i mange henseende individuell. Men mennesker har også mye til felles. De deler biologiske forutsetninger, regionale betingelser slik som klima og ernæring, politiske slik som krig eller hungersnød, kulturelle slik som hierarki eller diskriminering. Mennesker er også felles om å ha evnen til fornuft, følsomhet, sårbarhet og skaperkraft. Det betyr at de er fornuftige, følsomme, sårbare og skapende, men ikke *hvordan* og

som svar på *hvilke* av de felles betingelsene. Vevd inn i naturens lover og kulturens regler samtidig, lever og representerer ethvert menneske sitt liv slik det formes av hans eller hennes måte å tolke og tilpasse seg. En felles kultur innskriveres i våre kropp, og samtidig skriver hver og en seg på sin særpregede måte inn i kulturen (10, 11).

Kroppsliggjøring, en generell og særegen prosess

Tobias' smerte er et generelt menneskelig fenomen i hans særpregede utforming, altså én av 21 kroppsliggjøringer av overgrep utført av én mann som har tilstått misbruk av 21 unge menn over tid. Bak skinnet av respektabilitet som en religiøs leder forførte og misbrukte han guttene i rollen som onkel, fadder, far av venner, nabo, menighetsleder, sjelesørger og venn av foreldrene. Han ble dømt til 18 måneder fengselstraff for misbruk av to. Misbruket av de øvrige 19 ble erklært som foreldet for straffeforfølgelse i henhold til loven om seksuelt misbruk av barn. De misbrukte mennene søkte om erstatning for personskaade, slik den sivilrettslig er sikret alle ofre av vold. Fylkesmannen godkjente noen få av kravene på grunnlag av dommen eller av dokumentert psykiatrisk sykdom som kunne knyttes til overgrepserfaring. Men 15 søknader ble ikke realitetsbehandlet på grunn av mangel på dokumentasjon av overgrepsskader.

Jeg har samtalt med tolv av mennene om deres helse. De frembyr et mangfold av plager og forstyrrelser, selv om de er misbrukt av den samme mannen på nesten lik måte, men i ulik hyppighet og varighet, og fra ulik alder ved første misbruk. Hver av dem har helseproblemer som kan forstås som legemliggjørelser av krenkelsen. Hver kropp taler om en særegen misbrukserfaring. De fleste mennene har gjennomgått undersøkelser eller sykehusinnleggelses på grunn av smerte, hyppige infeksjoner, kroniske tilstander som astma eller migræne, eller nedsatt helse uten en medisinsk bekreftet årsak. Disse tilstandene blir forståelige som individuelle uttrykk av krenkelseserfaring forutsatt at *den enkelte* beskriver sin opplevelse med egne ord. Både de medisinske navngitte tilstandene og den uklare sykkeligheten følger logikken i krenkelsens kroppsliggjøring.

Integritetskrenkelser er skjebnebestemmende

Medisinen er, slik som Loven, i teori og praksis uvitende om hvordan integritetskrenkelser blir kroppsliggjort. Den kjenner ikke dette fenomenet som Tobias' smertehistorie så tydelig illustrerer. I medisinen er det gyldige beviset for en skade en målbar effekt av hendelser som er definert som farlige og kategorisert etter påvisbare kriterier. Ingen av de 21 gutter hadde noen gang opplevd fysisk vold under misbruket. Krenkeren tvang dem aldri. Han fanget dem på steder hvor de ikke kunne slippe unna. De våget ikke å motsette

seg ham. Han legitimerte sine handlinger med å si at slik måtte gutter lære «å stelle» sine kjønnsdeler. Han fikk dem til å tro at hans handlinger var rett, og at deres avsky var feil. Han gjorde maskulinitet til et tvetydig konsept. Det førte til at de senere følte skam for sin egen kropp og vaksomhet overfor andre menn. Han påførte dem en ambivalens til kroppslig lyst som påvirket alle senere seksuelle forhold. Han tæret på deres tilpasningsevne til de grader at flere av guttene fikk helseproblemer de fremdeles strever med som voksne. For disse skapte han et konfliktstoff som en av dem, Frank*, formulerte slik: «Fordi han forrådde min tiltro, mistror jeg prinsipielt alle autoriteter. Jeg forakter autoritet, og det innbefatter leger; dessuten har de ikke klart å hjelpe meg med ett eneste helseproblem, verken smertene eller astmaen. Men jeg er jo på et vis avhengig, jeg må jo stole på dem fordi de forskriver mine medisiner, selv om de fleste midler etter kort tid har mistet sin virkning».

Frank har nå erkjent kroppsliglogikken i to livsfaser hvor en sterk smerte førte til flere ukers sykehusopphold. Det første fant sted da han var 15 år og skrekkelig rådvill angående all seksualitet, mens han ble hyppig misbrukt både manuelt og oralt. Særlig det siste kjentes ytterst motbydelig. Gutten pleide å reagere ved å «flytte ut», han avgrenset ben og underliv fra sine sansefølelser. I denne tiden ble han for første gang dypt forelsket i en jente, og hun kom ham i møte. Dette skapte en konflikt mellom lovlig lengsel og ulovlig lyst som bevirket et sammenbrudd av guttens tilpasningsevne. Med hovne ben og en invalidiserende smerte fra maven og ned ble han innlagt på en avdeling for unge revmatikere. Ingen medisinsk gyldig årsak for sykdommen ble funnet. Hans foreldre fikk høre at han muligens hadde hatt en virusinfeksjon. Hvorfor den skulle ha angrepet bare hans ben, ble ikke drøftet. Han ble litt bedre og ble utskrevet, men bena var fortsatt vonde. Han ble flere ganger etterundersøkt poliklinisk på samme sted, men med det samme resultatet. Situasjonen nærmest gjentok seg 15 år senere, igjen på grunn av smerter i bena. Igjen fantes det ingen forklaring. Innleggelsen falt sammen i tid med at noen av de misbrukte mennene hadde bestemt seg for å få misbrukeren dømt. Disse mennene var blitt fedre av sønner og hadde skjont at disse var i fare så lenge fedrene deres tiet. Franks smerter falt også denne gangen sammen med en konflikt knyttet til en elsket kvinne. Han hadde aldri våget å fortelle sin kone om årene med de skammelige seksuelle erfaringene. Nå fryktet han at hun ville synes han var frastøtende og forlate ham når hun fikk vite om dem.

Et annet sammentreff med den samme logikken som de forrige fant sted i tiden rundt rettssaken. Einar*, den mest misbrukte av mennene, en sterk og veltrenet mann, fikk plutselig et dobbelt skiveprolaps i korsryggen, påvist ved CT.

Man vurderte en operasjon. Han var sykmeldt i uker. Etter at rettssaken var avsluttet, forsvant prolapsene og han var smertefri. Smerten kom imidlertid igjen da Einar forbedret seg til nye grenseoppganger før overgriperens hjemkomst fra fengselet. Jeg tolker Einars sykdom som en dokumentasjon av anstrengelsen som var påkrevd for å kunne «rette rygg» og stå opp for seg selv og de andre mot både overgriperen og vantroen blant bygdefolket.

Institusjoner som krenker menneskers verdighet

Tobias', Franks og Einars sykehistorier er ingen skadebevis i den naturvitenskapelige forstand som er grunnlaget ved straffe- eller sivilrettslige bedømmelser. Både lovens og medisinen institusjoner ser altså bort fra grunnleggende menneskelige betingelser. I lovens eller hjelpens navn praktiserer de en mangel på respekt overfor subjektive erfaringer og individuell kroppsliggjøring. Denne mangelen på respekt fra to svært respekterte og innflytelsesrike samfunnsinstitusjoner medfører en offentlig ydmykelse av personer som blir *bedømt* eller *behandlet* på sviktende grunnlag. En slik offentlig ydmykelse er overalt og alltid den ytterste krenkelse av menneskelig verdighet.** Alle tiltak som marginaliserer mennesker fører i praksis til en stigmatisering. Stigma er det offentlige tegnet på avvik fra en norm, enten denne handler om ære, kjønn, rase eller helse. Slikt sett er ikke bare Loven men selvsagt også Medisinen normative institusjoner.

Det er vist at personer som tidlig i livet er blitt krenket og ydmyket i den private sfære, senere svært ofte krenkes og ydmykes av samfunnets institusjoner, det vil si i den offentlige sfære. Det gjelder, ifølge min samlede erfaring i klinisk medisin og mitt analytiske bidrag til vitenskapelig medisin, for alle typer vanskjøtsel i barndom og oppvekst. Det gjelder også for all sosialt fortiet fysisk eller seksuell voldserfaring i voksenlivet. Jeg hevder at fenomenet har en strukturell årsak som kan kalles en kulturelt betinget blindhet for kroppsliggjorte traumer. Tradisjonene i lovgivningen og medisinen utfyller hverandre faktisk perfekt, selv om den første argumenterer fra en posisjon av rettferdighetstenking og den andre fra en posisjon av vitenskapelighet.

Kan allmennpraktikere oppheve stigmatisering?

Før jeg kan hjelpe en annen må jeg ha forstått. Jeg kan bare forstå hvis jeg åpner mitt sinn for den andres univers av tanker følelser og fornuft. Det har flere filosofer hevdet og utdypet. Å åpne seg betyr å lytte, undre seg og tro. Jeg kan bare tro det jeg får fortalt forutsatt at jeg respekterer fortelleren og hans eller hennes ord og synspunkter. Bare *derfra* kan jeg høre og se hva den andre har fornemmet. Bare forutsatt jeg vet nok om den andres levde liv, kan jeg begripe hvordan

krenkelsen ble sykdom. I veven av levde tider, rom og relasjoner finnes mønsteret som speiler kroppsliggjøringens logikk. Før dette mønsteret er utforsket sammen med den andre, er ingen hjelp faktisk til hjelp, men heller til skade.

Det betyr intet mindre enn at jeg som allmennlege må tenke og handle som en fenomenolog, altså fra en posisjon bortfor todelingen av kropp og sjel som forårsaker så mange todelt hindre i medisinen, slik som: de objektive tegn og de subjektive symptomer; skikkelige og tvilsomme koder i den allmennmedisinske diagnoselisten; somatiske og mentale sykehus og klassifikasjonssystemer; og gode (dvs. målbare) og dårlige (dvs. umålbare) grunner for å søke om trygdetilseter. Men kan allmennlegene overvinne disse todelingene alene? Er det rimelig å pålegge dette arbeide bare dem? Er det mulig at en enkelt gruppe svømmer mot den sterke hovedstrømmen i en profesjon som hevder å representere vitenskap, rasjonalitet og bevis i en så snever forstand at disse begrepene ikke favner fenomenet kroppsliggjøring? Bli allmennlegene i fremtiden legene for de marginale, de som ikke samsvarer med biomedisinsk teori og klassifikasjon? Bli, som følge av dette, allmennlegene selv marginalisert i en profesjon som har monopol på den «rette» kunnskapen, selv om den bare omslutter et mindretall av de mennesker som til enhver tid er i medisinsk behandling, og som setter produksjonen av denne «rette» kunnskapen høyere enn produksjonen av adekvat kunnskap, hvilket vil si kunnskap som er utviklet for og egnet til å forstå menneskelig lidelse?

Jeg hevder at autoritetene i faget medisin snarest bør endre fagets erkjennelsesteori slik at kunnskap om mennesket som kroppsliggjort livserfaring kan bli den bestemmende ansats for medisinsk tenking og vurdering. *Å være og forbli frisk, og å bli og forbli syk, er grunnlagt i den enkeltes livserfaringer og i hans eller hennes måte å kroppsliggjøre disse erfaringene.* Inn til en slik forandring har skjedd, kan verken enkelte leger eller enkelte grupper av leger virkelig hjelpe krenkede mennesker. Krenkelsens vesen kan ikke møtes på guide-line nivå. Krenkelsens virkning kan ikke favnes i en prosedyreperm. De krenkede kan ikke beskrives uttømmende etter objektive kjennetegn. Å klassifisere deres plager som ulike typer syndromer (battered child-, battered wife-, incest-, torture-, sexual harassment-, med flere) er en feilaktig tilnærming. Denne ansatsen gjør hendelsen til nøkkelen, og ikke mennesket som erfarer den. Den fokuserer det ytre, observerbare som det gyldige vurderingsgrunnlaget for den målbare effekten. Men selve hendelsen bestemmer ikke sin egen virkning. Hva som gjør at et krenket menneske blir «sykt», og på hvilken måte det blir det, og hva som følgelig trengs for at det «syke» menneske kan bli helet, *det kommer an på.* Denne formuleringen står for kontekst, og den omfatter alt som verken epidemiologi eller klassifikasjoner kan gripe,

men som de tvert om er utformet for å utelukke siden det er definert som «støy».

Så lenge medisinen erkjennelsesmåte, praksis og kunnskapsproduksjon ikke endrer seg, vil mennesker fortsatt lide av krenkelser fra privat hånd som følge av at samfunnet vedvarende feilvurderer den familiære voldens mengde og effekt. Og de som blir krenket slik, altså skjult, vil bli ytterligere krenket av den offentlige hånd under navnet Medisin eller Trygde-, Straffe- og Sivilrett. Skadede mennesker, altså personer hvis grenser er blitt krenket, ber leger om hjelp til å lege de ødelagte grensene. Det skjer ikke alltid som en klar bestilling. Som oftest er et slikt ønske om hjelp knyttet til plager som er innskrevet av skjulte krenkelser i den krenkedes kropp. Innskriptionene er kodet og kan bare tolkes ved hjelp av en kunnskap som er inter-subjektiv. Denne representerer en felles viten om betydningen som er tillagt visse hendelser eller handlinger i et gitt samfunn, og om meningen som er knyttet til visse erfaringer hos den enkelte. Følgelig må vi leger utforske det tildekkede sammen med våre pasienter på en basis av gyldig kunnskap om hva slags mening erfaringene bærer i seg. For å kunne gjøre dette tolkningsarbeidet sammen må vi leger skolere oss innen kunnskapsfelt som per i dag ikke vektlegges i vårt fag, som tegnteori, hermeneutikk, kulturpsykologi og fenomenologi. Vi bør søke kunnskap som allerede finnes blant de beste innen psykomotorisk fysioterapi, gestalt-terapi, kunstterapi og psykologi. Vi må bli aktive opponenter mot det rådende teorimonopolet i vårt eget fag. Vi må, sammen med våre pasienter, utvikle og kultivere en sakssvarende måte å utforske menneskers livsbetingelser på. Vi må bli oss bevisst, og hjelpe andre til å forstå, hvilken destruktiv kraft som bor i krenkelser av den menneskelige verdigheten.

Hjelper slike tiltak våre pasienter virkelig?

Medisinsk effektivitet og kvalitet vurderes på ulike måter. De fleste av disse er tallfestede uttrykk. Siden tall gjelder som gode måleredskap, går jeg nå tilbake til den gruppen av menn jeg har omtalt forut. Av de tolv mennene jeg snakket med, hadde ti ikke fått realitetsbehandlet sine krav om skadeerstatning av de sivile myndigheter. Disse mennene anket med henvisning til min tolkning av deres helseproblemer under og etter misbruket. Denne gangen svarte Fylkesmannen positivt på alle søknadene. Dessuten ble de få tidligere godkjente kravene oppjustert som følge av Fylkesmannens økte forståelse av mønstrene i de krenkede mennenes helseproblemer.

Min konklusjon er: Hvis sivilrettslige myndigheter kunne godta at grensekrenking kan bevirke sykdom, kan andre det også. Derfor er jeg overbevist om at allmennleger kan skape en allmenn bevissthet om at mennesker er sine egne

kroppsliggjorte liv, og at sykdom er et dokument av at den enkeltes tilpasningsevne til sine livserfaringer er brutt sammen. Den beste hjelpen til krenkede personer er dette bevisstgjøringsarbeidet av og blant allmennleger.

- * Navnene Tobias, Frank og Einar er pseudonym. Mennene jeg har kalt slik har godkjent min fremstilling og autorisert meg til å offentliggjøre sykehistorien deres i denne formen. De ønsker på denne måten å bidra til at leger og andre skal forstå.
- ** Filosofen Avishai Margalit fra Hebrew University Jerusalem har fremlagt tankevekkende refleksjoner omkring ydmykkelser av den enkeltes verdighet gjennom samfunnets institusjoner i boken *The decent society*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

Teksten bygger på en prøveforelesning for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo den 18.9.98

Referanser

1. Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations. A phenomenological-hermeneutical study of the health impact of childhood sexual abuse. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 1998.
2. van der Kolk BA, Fisler R. Dissociations and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and explanatory study. *J Trauma Stress* 1995;8:505-25.
3. van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989;146: 1530-40.
4. van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1994;1:253-65.
5. Kirkengen AL. Kroppsliggjøring av seksuell overgrepserfaring. *Utposten* 1998;27:18-22.
6. Fink P. Surgery and medical treatment in persisting somatizing patients. *J Psychosom Res* 1992;36:439-47.
7. Huseby T. Descriptive and psychodynamic re-evaluation of «therapy-resistant» psychotic patients can open new therapeutic possibilities. *Nord J Psychiatry* 1994;48:63-8.
8. Merleau-Ponty M. *Phenomenology and perception*. London: Routledge, 1989.
9. Scarry E. *The body in pain. The making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
10. Morris B. *Anthropology of the self. The individual in cultural perspective*. London: Pluto Press, 1994.
11. Solheim J. *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax, 1998.

Nidaroskongressen -99

Fra 18. – 22. oktober har vi gleden av å invitere leger og medarbeidere til Nidaroskongressen. Som tidligere skal vi også i år dele ut

Medarbeiderprisen

Vi ønsker forslag fra kolleger og arbeidsgivere på en medarbeider som jobber i allmennpraksis, og som har utmerket seg på et spesielt vis, for eksempel med et prosjekt eller i arbeidssituasjonen ellers. Det kan også være en medarbeider som trenger spesiell oppmuntring. Vi vet at det finnes en verdig vinner der ute!

«Fra Medarbeider til Medarbeider» er et av de faste innslagene under kongressen. Medarbeidere fra hele landet har ved tidligere kongresser utvekslet erfaringer og fortalt om interesse-/arbeidsprosjekter de har vært med i. Har du noe å dele med oss andre medarbeidere, så nøl ikke!

Forslag til medarbeiderprisen og påmelding til mini-foredrag til sesjonen «Fra medarbeider til Medarbeider», ta kontakt med:

Nidaroskongressen
Medisinsk Teknisk Senter
7005 Trondheim

Tlf. 73 59 75 62 Fax 73 59 75 77

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av **UTPOSTEN**

Det koster kr. 325,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på **UTPOSTEN**:

Navn

Adresse

Poststed



Organiseringen av norsk allmennmedisin

Er en felles yrkesforening svaret?

Bjørn Gjeldsvik og Per Stensland argumenterer i Utposten nr 1/99 for en felles primærmedisinsk forening, subsidiært en nedlegging av fagutvalgene i Aplf og Oll for å samle fagutviklingen i et felles «primærmedisinsk» selskap. Tiden er kommet for å samle alle gode krefter for å styrke norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Til det trengs det ro og orden i rekkene for å rydde unna uklarhet, kompetansestrid og konflikt. Vi trenger et tillitsfullt samarbeid, klare roller og et eget forum for å utkjempe våre interne stridigheter. Allmenn- og samfunnsmedisin må sikres tilstrekkelig innflytelse innad i legeföreningen, overfor helsemyndighetene og den alminnelige opinion (1).

Siden primærmedisinens «storhetstid», på 70- og 80-tallet, da det var en rivende fagutvikling med stor framtidsoptimisme, har det skjedd en betydelig maktforskyvning i legeföreningen. Spesialiseringen av helsevesenet har ført til en enorm økning av spesialister og spesialistkandidater i sykehusene. Etablering av spesialistpraksiser utenfor sykehus har ført til at privatpraktiserende spesialisters landsforening, PSL, har blitt en betydelig yrkesforening. Dan-nelsen av yrkesforeninger i legeföreningen har ført til «søyletenkning» framfor en mer horisontal tenkning. Lokalavdelingene har liten innflytelse og fungerer ikke som lim i föreningen. Ideen om en sterk og innflytelsesrik primærforening er forståelig ut fra et maktperspektiv.

Oll har hatt en dramatisk utvikling i sitt medlemstall den siste tiden. Overgangen til privat praksis i kommunchelsetjenesten og et automatisk regelverk, som plasserer medlemmer i yrkesforeninger ut fra hovedstilling, har ført til en betydelig overgang til Aplf. Ønsker et medlem fortsatt å stå i Oll, kreves det aktiv innsats. Og vi vet at det er bare de mest engasjerte som gjør det. Styrkeforholdet mellom Oll og Aplf er derfor endret.

Legers samfunnsengasjement har, som for de fleste andre mennesker, endret seg i en mer individualistisk og liberalistisk retning. Det er de nære tingene som betyr noe. Lønns- og arbeidsvilkår er selvfølgelig en del av dette. Det har vist seg lettere for föreningen



**ARNE
JOHANNESSEN**
(f. 1952) er for tiden leder i Offentlige legers landsforening, Oll. Har bakgrunn som kommunelege i Vest-

Telemark fra 1980 til 1992. Vært ass. fylkeslege i Telemark før og hatt ulike prosjektoppgaver før han ble kommunelege i Skien i 1994. Han arbeider nå som kommuneoverlege i Skien. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin.

å forhandle fram en god normaltariff enn konkurranse-dyktige lønninger. Samfunnsengasjementet har bleknet med årene. Vi er opptatt av å gjøre en god jobb der vi er, om vi trives. Vi er ikke lenger på barrikadene. Vi har mer enn nok med å tilfredsstille tilsynsmyndighetenes kvalitetskrav til internkontrollpermene.

Norsk selskap for allmennmedisin har klart å bevare en viss distanse til fagforeningsarbeidet og rekruttert dyktige fagengasjerte mennesker fra både allmenn- og samfunnsmedisin. Selskapet har vært et arnested for kritisk tenkning og fagutvikling, ikke underlagt snevre fagforeningsinteresser. Det har vært en stor produksjon av faglitteratur og en betydelig rekruttering fra selskapet inn i akademiet. Utposten har bidratt til at mange kolleger har turt å ta pennen fatt for å skrive om sitt fag.

Men også i NSAM merkes nå «tørken» i norsk primærmedisin. Det er liten nyrekruttering, nye kolleger føler seg ikke hjemme i «menigheten», så det blir med et første besøk. Dette er et alvorlig signal. Når interessen for fagene blir borte i nye årskull av leger, da har norsk primærmedisin et langt større problem enn kompetansestrid mellom yrkesforeninger.

Allmenn- og samfunnsmedisin som spesialiteter er også i ferd med å fjerne seg fra hverandre etter hvert som fagutviklingen går sin gang. Allmennmedisinen er i stor grad blitt opptatt av refleksjon i lege-pasientforhold, er lite pro-aktive i forebyggingsøyemed og lite opptatt av samfunnsprosesser og miljømedisin. Samfunnsmedisinen orienterer seg mot kunnskapsbasert epidemiologi, helsetjenesteforskning og ledelse. Begge spesialitetene har behov for å finne sin egenart. Møteplassene blir færre, generalisten blir presset av fagkrav fra begge sider.

Er dette en ustyrlig utvikling som bare må gå sin gang? Som vil tvinge oss til å velge den ene eller andre retningen? Og som vil rydde plass for nye aktører på lokalsamfunnsmedisinen arena? Eller er det mulig å bevare helhetsperspektivet i en primærmedisinsk forening?

Samfunnsmedisinen har hatt en sammenhengende krisesiden vi mistet vår dobbeltstemme i helserådene, vil mange hevde. I denne perioden har vi samtidig hatt en kontinuerlig fagutvikling og spesialistutdanning som få andre spesialiteter. Faget er i fortsatt utvikling og en generalplan for

faget er i emning. Allmennmedisinenens krise er relativ ny, det kan virke som om krisen ble utløst av sykehuslegenes gode oppgjør i 1996, men vi vet at den har dypere røtter enn som så. Fastlegeordningen er et forsøk på å befeste fagets posisjon i norsk helsetjeneste og hadde fortjent en mye mer konstruktiv prosess i primærmedisinske kretser.

Primærmedisinen som fag krever felles innsats og engasjement. Dette bør utløse en diskusjon om mer rendyrkede fagforeninger i Aplf og Oll. Det vil kunne føre til et behov for et eget selskap for samfunnsmedisin, men kan også føre til at samfunnsmedisinere vil kunne finne seg til rette innenfor andre spesialforeninger.

Veien inn i en felles primærmedisinsk fagforening er nok betydelig lengre. Her er det både ideologiske og organisatoriske hindre som må forseres. For Oll vil dette ikke være noe godt alternativ. Det vil føre til fragmentering av fagforeningen og større avstand mellom samfunnsmedisinske miljø på ulike forvaltningsområder. Det er ikke foreningen tjent med.

En fagforening som blir dogmatisk og statisk er imidlertid ingen tjent med. Vi må til enhver tid være i stand til å føre en konstruktiv debatt om hvor vi vil og hvordan vi kommer dit. Jeg vil derfor støtte forslaget om et felles utvalg som vurderer organiseringen av norsk primærmedisin. Utgangspunktet for et slikt arbeid må imidlertid være å styrke primærmedisinen faglige ståsted i en uavhengig spesialforening. Ut fra mitt syn er ikke primærmedisinen tjent med spesialforening som underlegges snevre fagforeningsinteresser. Det vil kunne føre allmenn- og samfunnsmedisinen som lengre fra hverandre.

1. Gjeldsvik, B., Stensland, P. Organiseringen av norsk allmennmedisin, Utposten nr. 1/99 s.28-30.

Arne Johannesen
Leder Oll

Lidelsen dans og plagenes selvsupplerende kraft

Historier fra virkeligheten

Man blir syk, får en sykdom, rammes av en lidelse, eller hvordan man nå velger å si det med kulturens språk og det man måtte ha av selvforståelse. Man klarer seg, holder sin egenart og selvbevissthet høyt i møte med sykdommens identitetsutsluttende kraft. Ja, jeg skjelver av MS og bena bærer meg ikke som før. Ja, jeg har ødemer ved øyne og ankler etterlatt dér av nefrosens syndrom, foreløpig ubehandlet. Men: Jeg er fortsatt et *jeg*, meg selv i møte med lidelsens utviskende evne. Jeg er fortsatt noe singulært i det universelle. Stadig meg i kjernen av det almene, det er et *jeg* her som tar sykdommen imot og gir den form. Min form. Jeg er fortsatt den som er sterkest og mest synlig tilstedeværende! tenker man.

Så skjer det langsomt og uten at man kan stanse, en behandling som man sier ja til. Som lønsmottaker i denne verden har man ikke noe reelt valg, på sykemeldingen bekrefte at denne sykemeldingen skrives ut fordi pasienten har sagt seg villig til å gjennomgå anbefalt behandling. Og dermed er det gjort. Behandlingen virker sånn nogenlunde, selvsagt ikke helt, så lenge man har sykdommer som ikke kan helbredes blir man ikke frisk, men dog bedre. Problemet er bare at så lenge sykdommene ikke kan helbredes, er det heller ingen opplagt avslutning av behandlingen, og dermed står man der. Med pilleglasset i hånden og et stort vannglass på nattbordet. Tatt av bivirkninger og langtidsvirkninger, ute av stand til å se ut av vinduet på dagen som er kommet, ute av stand til forventningsfullt å planlegge hva den skal romme. En tung depresjon fyller kroppen ut i alle ledd og inn i alle dype kroker. Jeg føler meg fanget av noe jeg ikke ante rekkevidden av: behandlingen og behandlingens effekter. Det er når man begynner å behandle bivirkninger at man virkelig har tapt.

Det universelle er igjen blitt det sterkeste, ikke sykdommens universalitet, men medisinenes. Jeg husker ekstrajobben jeg

hadde i tidligere tider for å delfinansiere studiene. Det psykiatriske sykehus hvor pasientene trippet omkring på bittesmå trilafonsteg i de lange ganger, snudde seg med så mange små skritt at det var nesten grasiøst å se på, og likevel gruoppvekkende. Gruoppvekkende fordi det var en så grundig utsluttelse av den enkeltes egenart som person at det var lett å behandle dem som en masse, som en gruppe, fordi pasientene fremsto som det. Det er den samme følelsen jeg selv får når jeg sitter på legens kontor og besverger en egen identitet som et enestående menneske med egne behov som må sees, høres og respekteres. Mens jeg vet at jeg jo også ser ut som alle andre med samme lidelse.

Hva jeg ikke var klar over, men som jeg ser tydeligere nå, er at det er ikke nok med det. Jeg ser også ut som alle andre som gjennomgår samme behandling, og det er behandlingen som knekker jeget i meg, ikke selve lidelsen. Jeg går under i fotplager, hudutslett, øresus, rundt hode og stadig tilbakevendende infeksjoner. Nå har de meg, både sykdommene, legene og medisinalfirmaene. Jeg går meg vill i symptomer, bivirkninger og mer eller mindre forbigående og tilbakevendende plager. Plagene er sterkere, mer enerverende og vanskeligere å abstrahere fra enn selve sykdommen. Den som først finner nødutgangen bes si fra til oss som er fanget inn av dansens stadig omsegripende kraft.

«Styx»

Lyrikk

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 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

Min utfordrer Arne Aksnes har det av og til med å overraske, og det gjorde han i høy grad da han ba meg overta Lyrikkstafetten. De som kjenner ham, vet at han har gode over-talelsesevner – og det er bakgrunnen for dette bidraget.

Jeg regner med at Utpostens lesere er vel kjente med allmennmedisinens mangfoldighet. Dette mangfoldet dekker også folk med symptomer og plager som ofte ikke kan årsaks-forklares i den reduksjonistiske, rent naturvitenskapelige medisinske termer. Der mennesker møtes og lever sammen, kan kommunikasjonen mellom dem (eller rettere mang-elen på kommunikasjon?) gi seg de mest utrolige utslag. Om dette er det skrevet bind-sterke verker. En som har omtalt dette i en mer folkelig uttrykksmåte, er den engelske psykiateren R.D.Laing i sitt prosadikt «Knuter». Jeg leste dette første gang i studietida, og fant at et lite utdrag herfra kunne være et passende bidrag til Lyrikkspalten, her i den norske oversettelsen:

det sårer Jack
å tro
at Jill tror han sårer henne
når han blir såret ved
å tro
at hun tror han sårer henne
når hun får skyldfølelse
ved å tro
at hun sårer ham
når hun tror
at han sårer henne
når han blir såret
ved å tro
at hun tror han sårer henne
ved det at
da capo sine fine

Utfordringen går videre til Arne Aksnes' og min gamle kollega og venn fra våre tidlige allmennpraktikerdager i Vesterålen, Ingrid Ytrehus i Førde.

Med hilsen
Morten Sveinvik

EDB @ SPALTEN

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

Drømme-PC

Utviklingen av pc-komponenter går i et stadig rivende tempo og en drømme-pc våren 1999 er noe ganske annet enn hva tilfellet var for 10 år siden.

Når vi setter sammen en drømme-pc skal det ikke være nødvendig å skjele til kostnader. Her er det bare hastighet, kapasitet og muligheter for bildebehandling, videoredigering, kommunikasjon og lagringsmuligheter som teller.

Prosessoren skal være dagens raskeste Pentium III 550 MHz. Det skal være enkel mulighet for oppgradering til 1000 MHz-prosessor som kommer til høsten og mulighet for å installere 2 prosessorer som arbeider samtidig.

Mengden RAM skal være 768 MB 100 MHz SDRAM.

Datalageret skal være et 22 GB SCSI platelager med 2 MB cache og søkehastighet på 9 millisekunder og med overføringshastighet 17,9 MB per sekund.

Flatskjerm for eksempel en NEC MultiSync LCD2010 (20 tommer arbeidsflate) og tilhørende videokort for eksempel et Creative Labs Graphics Blaster Riva TNT.

Så skal det være med en DVD RAM som spiller DVD-skiver og alle typer CD-format og kan brukes som backup med over 5 GB lagerkapasitet pr skive.

For mindre lagrings- og overføringsjobber skal det være med en Iomega Zip 250 MB Drive.

Hva vil så denne herligheten kunne komme til å koste?

Rundt regnet 85.000 kroner hvorav halvparten går med til å betale flatskjermen.

Er det fornuftig å bruke penger på en drømme-pc?

Det vil være en dårlig investering.

EDB-utstyr har en avskrivningstid på 3 år eller mindre og salgsværdien på brukt utstyr faller formidabelt på meget kort tid. Det vil være mye moro.

Alt som foregår i en slik pc vil være med en formidabel hastighet og redigering av store komplekse bildefiler vil gå som en vind.

DVD-filmframvisning vil bli helt super og med tilhørende surround-lydkort med tilhørende 4-5 høyttalere og sub-woofer vil du oppleve å ha din lille private kinosal.

Videoredigering, lydmiksing og hva du ellers måtte bedrive med pc-verktøyet ditt vil også foregå uten ventetid.

Er det lurt å vente? Selvfølgelig.

Askøy i april 1999.

John Leer

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (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 lesere.

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

Kodein kombinert med antidepressiva: nedsatt analgetisk effekt?

**Av overlege Olav Spigset, RELIS 4,
Afdeling for legemidler, Regionsykehuset i
Trondheim**

Kodein metaboliseres til tre forskjellige nedbrytningsprodukter, kodeinglukuronoid (ca. 80%), norkodein (ca. 10%) og morfin (ca. 10%). De to førstnevnte metabolittene er inaktive. Metaboliseringen til morfin derimot er viktig for at man i det hele tatt skal få noen smertestillende effekt av kodein, siden kodeinets egen analgetiske effekt er svært lav (1). Kodein metaboliseres til morfin i leveren av enzymet cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6). Ca. 7% i befolkningen har en genetisk defekt som medfører at dette enzymet er inaktivt. Dette betyr omtrent hver 15. pasient som tar for eksempel Paralgin forte eller Pinex Forte vil kunne oppleve å ikke få noen analgetisk effekt utover det som paracetamol alene gir. På den annen side har minst 1–2 prosent i befolkningen ekstra kopier av det genet som koder for CYP2D6. Disse personene får en svært rask omdanning fra kodein til morfin, noe som gir økt risiko for bivirkninger som for eksempel magesmerter, sedasjon og eufori (2). Begge de nevnte genetiske variantene kan nå undersøkes ved såkalt genotyping. Slike undersøkelser utføres rutinemessig ved Haukeland sykehus og ved Regionsykehuset i Trondheim og krever kun en blodprøve med EDTA-blod.

Pasienter som i utgangspunktet bryter ned kodein med normal hastighet via enzymet CYP2D6 kan få nedsatt metabolisme hvis de samtidig tar et annet legemiddel som hemmer dette enzymet. Den kraftigste kjente hemmeren av CYP2D6 er kinidin. I studier der kodein har blitt kombinert med kinidin og placebo har man sett at den smertestillende effekten av kodein er klart lavere sammen med kinidin enn sammen med placebo (1).

En rekke antidepressive legemidler brytes ned av CYP2D6. Flere av disse er dessuten hemmere av dette enzymet. Den kraftigste CYP2D6-hemmeren blant antidepressive legemidler er paroxetin, fulgt av fluoxetin (3). Ved behandling med paroxetin vil faktisk en del av de som i utgangspunktet har normal enzymaktivitet få like lav aktivitet som de som genetisk sett mangler aktivt enzym (4). Selv om det foreløpig ikke finnes kliniske studier som viser at situasjonen for paroxetin og fluoxetin er den samme som for kinidin, er det grunn til å være oppmerksom på at kombinasjonen med kodein kan gi nedsatt analgetisk effekt. Problemet kan eventuelt være mindre hos pasienter med innslag av neurogene eller idiopatiske smerter, siden antidepressiva som sådan kan ha en viss analgetisk effekt ved disse smertetyperne. For andre antidepressiva enn paroxetin og fluoxetin er risikoen for interaksjoner med kodein sannsynligvis langt mindre.

Referanser:

1. Sindrup SH, Brøsen K, The pharmacogenetics of codeine hypoalgesia. *Pharmacogenetics* 1995; 5: 335-46.
2. Dal n P, Frengell C, Dahl M-L et al. Quick onset of severe abdominal pain after codeine in an ultrarapid metabolizer of debrisoquine. *Ther Drug Monit* 1997; 19: 543-4.
3. Jeppesen U, Gram LF, Vistisen K et al. Dose-dependent inhibition of CYP1A2, CYP2C19 and CYP2D6 by citalopram, fluoxetine, fluvoxamine and paroxetine. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 51: 73-8.
4. Sindrup SH, Brøsen K, Gram LF et al. The relationship between paroxetine and the sparteine oxidation phenotype. *Clin Pharmacol Ther* 1992; 51: 278-87.

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!



Hypokondri

er en tilstand som første gang ble omtalt av medisinsens grunnlegger Hippokrates (ca år 460–377 f.Kr). *Hypo* betyr som kjent «under» og *chondros* henspeiler her på brusken på ribbeina. Lidelsen ble altså anatomisk lokalisert til området under ribbeina, verst i mageregionen. Langt seinere, i humoralpatologiens tidsalder, ble depresjon tilskrevet for mye galle, «melania chole» som igjen gav opphavet til ordet melankoli. På 1700-tallet var hypokondri, eller melankoli, en populær diagnose i Europa og det henger vel sammen med datidens somatiske forklaringsmodell, man er liksom mindre skyld i en tilstand med for meget svart galle enn en tilstand som utelukkende er av psykisk opprinnelse.

Å tale fra leveren

Det var gammel tro at leveren var setet for følelser og sinnsbevegelser. I Babylon hadde man faktisk det samme ordet for lever og sjel. Man trodde da også at bitterhet og sinne satt i leveren, og ved å snakke (rett) fra leveren kunne man få utløp for innestengt aggresjon. I gamle dager hevdet man videre at latter var sunt for leveren. Vi er jo idag enige om at å få utløp for sin aggresjon og å få seg en god latter er sunt, om ikke for leveren, så iallefall for sjelen, men i våre dager vet vel ingen helt hvor den har sin hjemmebane?

Kilder:

Ingvard Wilhelmsen: Hypokondri. Pax forlag. 1997.

Ivar Tryti: Språkets ville vekster. Aschehoug 1997.

Jannike Reymert

BOK anmeldelser

«Om å bringe det banale til det åpenbare»

En omtale av Finn Skårderuds bok «Uro»

Av Tone Skjerven



Jeg har lest boka «Uro», jeg har lest mange anmeldelser av boka og jeg har lest intervjuer med forfatteren. Hvorfor skal også jeg skrive om den? Kanskje fordi jeg har behov for å fortelle at denne boka var viktig for meg, som menneske og som lege og terapeut. Den engasjerer, den tar meg med på en reise, ja faktisk på «en reise med to stoler» som Skårderud sier, hvor jeg selv både blir subjekt og objekt i dialog med meg selv og omverdenen.

Mest av alt relaterer jeg det jeg

leser til mine pasientmøter, jeg gjenkjenner og lærer nytt, nikker og undrer meg. Det er en lang tur Skårderud vil ha meg med på, med en rekke opplevelser og utkikkspunkt. Kanskje litt for mange opplevelser, kanskje litt for mange avstikkere i form av skjønnlitterære tekster og omtaler. Jeg greide ikke alle avstikkerne i denne omgangen, men de kan få stå der som en invitasjon til nye reisemål ved en annen anledning. Noe av poenget med boka er nettopp at jeg er fri til å velge *min* reiserute. En gedigen ego-trip, har jeg hørt noen si om boka. Ja, det er nettopp det den er, en gedigen reise i selvet, med Skårderud som styrmann.

Skårderud begynner enkelt, det essensielle er å bli likt, du må vite at noen setter pris på deg. Kanskje det er så enkelt, undrer han seg. Jeg har ofte lurt på det samme. Vi kan bære livet, vi kan bære sykdom, tap, nød og død, men kan vi bære å ikke bli bekreftet som mennesker? Det er en bok om vanskene med å forholde seg, til seg selv og til omgivelsene. «Et

liv kunne være så enkelt gitt alle mulighetene, og vi skal være her så kort. I stedet er det påfallende mye strev med å forholde seg til hverandre. Det er litt rart», skriver han.

Hva er sykdom, hva er eksistensielle kriser, hvordan forholder vi oss til de såkalte psykiske lidelser? Gjennom lesing av denne boka har jeg fått utdypet og utvidet mine kunnskaper om forskjellige psykiske lidelser, ikke gjennom kategorisering og klassifisering av årsaksforhold, symptomer og diagnoser, men gjennom fortellinger og refleksjoner over opplevelser forfatteren har hatt gjennom sine møter med pasienter og med steder, utfordringer han har tatt og fått og betydningen av møter med forfattere og fagfolk han har stiftet bekjentskap med. Slik forteller han om de «flinke barna» som aldri har fått være barn, om de som sulter seg eller spiser seg fra problemene, om de som føler seg fordømt og forlatt. Han skriver om selvskading, denne trangen til bokstavelig talt «å slå seg til ro» når en opplever (indre) kaos. Videre behandles begrepet «selvpsykologi» og Franz Kafka blir veiviser og kasus for det truende selvet. Han skriver om selvtapet, narsissismen, om problemene som oppstår når man ikke kan elske seg selv annet enn som objekt. Han forteller om skammen, om dette giftige, selvdestruktive fenomen som rammer hele eksistensen og om skammens forskjellige forkledninger; skamløsheten, handlingslammelsen og (hyper)aktiviteten. Spiseforstyrrelsene er utførlig omtalt i kapittelet med tittel «Sult». «Lidelser sladrer om kultur», sier forfatteren i et foredrag, det handler ikke om noen ny sykdom, men om en ny formidlingsmåte som skapes av den kultur man lever i. Det handler kanskje mest om å definere egne grenser, konkret med kroppen, i et samfunn som mangler evne til å sette grenser for den oppvoksende generasjon. Et kapittel er også viet det gode ved lidelsen, «å være syk eller lidende er også en måte å forholde seg på», og det kan være meget truende å bli frisk. Når vi innser dette kan vi som behandlere kanskje bli litt mindre opptatt av vårt eget, hvorfor behandlingen ikke virker.

Finn Skårderud framfører sitt budskap med en lavmælt intensitet som fenger meg. Hans ærend er ikke å vite, men å undre seg. Tenk om vi kunne undre oss mer og forstå mindre. Om vi kunne bekymre oss mindre og elske mer, ta dagene som de kommer og hengi oss. «Bekymring er kjærlighetens sabotør», sier Skårderud. «Den kan se ut som omsorg, men den er en narsissistisk og lukket kretsing om seg selv og sin egen frykt». Tenk om vi i større grad kunne romme motsetningene og uvisheten i tilværelsen. Og hvem har skapte myten om det uavhengige menneske? «Vi kjemper mellom avhengighet og frihet og tør ikke innse at den etterlengtede kjærligheten er *fengslende*». Forfatteren avslutter med oppfordringen om å kaste seg ut i det, gi seg hen – til livet, tenker jeg, og til denne urolige reisen.

Tøff

mot Rhinitt¹⁾



Snill

mot nesene¹⁾

NYHET



Budesonid
Rhinocort®

Rhinocort Turbuhaler® «Astra»**Rhinocort® «Astra»****Kortikosteroid.****C T: 33**

ATC-nr.: R01A D05

NESEPULVER 100 µg/dose: 1 dose inneh.: Budesonid. 100

µg/dose. Turbuhaler inneholder rent budesonid, dvs.

innen drivgasser eller andre hjelpestoffer. **NESESPRAY 32****dose og 64 µg/dose:** 1 ml inneh.: Budesonid, 0,64 mg

1,28 mg, kal. sorb. (E 202), 1,2 mg, cellulose, carmel-

lox, natric, glucos., polysorbat, 80, natr. edetas, acid.

hydrochloric, q.s. ad pH 4,5, aqua purif. ad 1 ml. **Indika-****sjoner:** Allergisk og idiopatisk rhinitt. Symptomatiskbehandling av nesepolypper. **Bivirkninger:** Vanlige

(>1/100): Luftrøier: Nysing, lett blodig neseseeret. Sjeldne

(<1/1000): Hud: Urtikaria, rash, dermatitt. Lokal irritasjon

kan forekomme i form av nysing rett etter spraying. I

meget sjeldne tilfeller har det ved bruk av nasal applika-

sjon av steroider forekommet slimhinneulcerasjoner eller

neseseptumperforasjon. Årsaken til disse bivirkningene

(steroidene, den bakenforliggende tilstand eller andre

faktorer) er uklar. **Forsiktighetsregler:** Bruk av meget

høye doser budesonid eller behandling over lang tid kan

føre til symptomer på hyperkortisisme, og kan også føre

til suppresjon av HPA-funksjonen. Nedsett leverfunksjon

kan påvirke utskillelsen av kortikosteroider. Etter oral bruk

av budesonid gir svekket leverfunksjon økt eksponering.

Dette anses imidlertid av begrenset betydning for Rhino-

cort nesepulver og nesepulver, da nasal inhalasjon medfø-

rer mindre systemisk tilgjengelighet av budesonid. Forsik-

tighet må utvises hos pasienter som lider av ofte tilbake-

vendende neseblødning, da kortikosteroider har en

hemmende effekt på sårtilhelningen. Ved kraftig nese-

blødning bør ev. seponering av preparatet vurderes. Pre-

paratet bør ikke gis til barn under 5 år. Langtidseffekten

hos barn er ikke fullt ut kjent. Ved kontinuerlig langtid-

behandling av barn bør disse følges opp regelmessig og

nyttens av behandlingen veies mot eventuell risiko for vekst-

hemming. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tid-

ligere har brukt systemisk virkende kortikosteroider der-

som hypofyse-binyrebarkfunksjonen kan antas å være

påvirket. Likeledes bør forsiktighet utvises ved behandling

av pasienter med nasale sopp- og virusinfeksjoner (f.eks.

herpes). **Graviditet/Amning:** Klinisk erfaring med gra-

vkvinner er begrenset. Derfor bør bruk under svang-

ep unngås, spesielt i første trimester. **Overgang i mors-****melk:** Opplysninger foreligger ikke. **Interaksjoner:** Det er

ikke observert interaksjon med andre legemidler som bru-

kes ved rhinitt. Ketokonazol øker plasmanivået for bude-

sonid gitt oralt. Omeprazol er vist ikke å påvirke kinetik-

ken. Interaksjonspotensialet med pantoprazol og lanso-

prazol er ikke undersøkt. **Dosering Rhinocort****Turbuhaler nesepulver:** Behandling av sesongbetont

rhinitt bør startes før pollenseasonen begynner. Individu-

ell dosering og nedtrapping til lavest mulig effektiv dose.

Nesepulver: 100 µg/dose: 2 doser i hvert nesebor om mor-

genen. Når bedring inntreffer, vanligvis innen 1-2 uker, kan

dosen forsøksvis reduseres til 1 dose i hvert nesebor. **Sym-****ptomatisk behandling av nesepolypper:** 1 dose i hvert nese-bor morgen og kveld. **Andre opplysninger:** Infeksjoner i

neseslimhinnen og bihuler behandles på vanlig måte med

spesifikk antiinfeksjonsterapi. Hvis nesen er svært tett, kan

det være nødvendig å benytte et slimhinneavsvellende

middel de første dagene. Kompletterende behandling

med antihistamin kan av og til være nødvendig for kon-

troll av ev. allergisymptomer i øynene. Hver dose klargjø-

res ved å vri doseskiven (den fargede delen) helt til den

ene siden og så tilbake til utgangspunktet (til det høres et

klikk). Når man dreier frem dosen skal Turbuhaler holdes

loddrett. Pasienten vil ikke kjenne smak eller lukt eller på

noen annen måte merke legemidlet, da mengden av dette

i en dose er meget liten. **Dosering Rhinocort nesepulver:**

Behandling av sesongbetont rhinitt bør startes før pol-

lenseasonen begynner. Individuell dosering. **Rhinitt:**

Anbefalt initialdosering er 128 µg (2 spraydoser) a 64 µg i

hvert nesebor en gang daglig (om morgenen) eller 1

spraydose a 64 µg i hvert nesebor morgen og kveld. **Anbe-****falt vedlikeholdsdosering etter at ønsket effekt er opp-****nådd (vanligvis innen 1-2 uker):** lavest mulig effektiv dose;

for noen pasienter vil 32 µg i hvert nesebor om morgenen

tilstrekkelig. **Symptomatisk behandling av nesepo-****lypper:** Anbefalt dosering er 128 µg, dvs. 1 spraydose a 64

µg i hvert nesebor eller 2 spraydoser a 32 µg i hvert nese-

bor 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Andre opplys-****ninger:** Infeksjoner i neseslimhinnen og bihuler behan-

dles på vanlig måte med spesifikk antiinfeksjonsterapi. Hvis

nesen er svært tett kan det være nødvendig å benytte et

slimhinneavsvellende middel de første dagene. Komplet-

terende behandling med antihistamin kan av og til være

nødvendig for kontroll av ev. allergisymptomer i øynene.

Overdosering/Forgiftninger: Langvarig overdoseringkan gi suppresjon av binyrebarken. **Pakninger og priser:****Nesepulver 100 µg:** 200 doser kr. 330,-, 400 doser (2x200)kr. 624,30. **Nesepulver 32 µg:** 120 doser kr. 93,50. **Nesep-****ulver 64 µg:** 120 doser kr. 138,00, 360 (3x120) d. kr. 353,90.

(Pr. 01.04.99)

© Astra Norge AS, 1999 Teksten er opphavsrettslig beskyt-

tet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av

12. mai 1961.

Referanser:**1)** Meltzer E. Clinical and Anti-inflammatory effects of

intranasal Budesonide (Rhinocort®) Aqueous spray in

adults and children with perennial allergic rhinitis, J

Allergy Clin Immunol 1997;99(1):Part 2

BOK anmeldelser**Panegyriske levneds-**
beskrivelse og tidvis
interessante samtaler

Tine Flinder Nyquist: «Det siste ønske»

En bok om aktiv dødshjelp og den drapsdømte

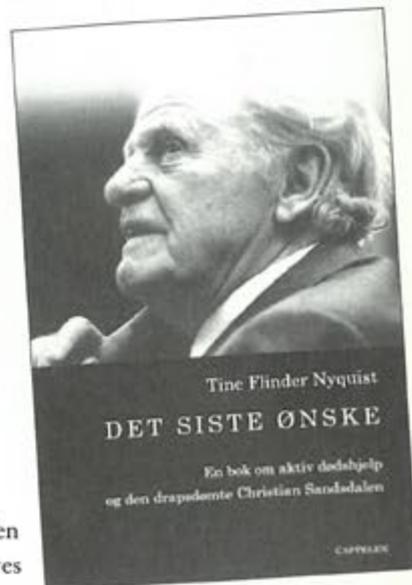
Christian Sandsdalen, Cappelen 1998.

Anmeldt av Inger Marie Lid

Hvilken smerte oppleves som meningsfull av den som føler smerten; hvilken lidelse oppleves meningsfull av den lidende? Disse spørsmålene kan virke som en inngang til boken om Christian Sandsdalen og euthanasi, «Det siste ønsket», skrevet av frilans-journalisten Tine Flinder Nyquist. Vi kan også ta med et sitat fra psykiateren Finn Skårderud. I en samtale med bladet «Psykisk helse» slår han fast at det er tre ting som kan gjøre oss til bedre mennesker. En av dem er å oppleve meningsbærende kriser. Jeg tenker at det blir nødvendig å spørre: Når er en krise meningsbærende; eller: Hva gjør en krise til en meningsbærende krise?

Denne boken tilhører den type bøker som skrives for å oppnå noe. Forfatteren og hovedpersonen ønsker å oppnå at aktiv dødshjelp skal bli tillatt i Norge, dvs. at loven endres slik at den (fortrinnsvis en lege) som hjelper et annet menneske til å dø, ikke blir dømt for drap. Boken er dermed et subjektivt bidrag til debatten for eller mot aktiv dødshjelp. Metoden forfatteren har valgt, er den narrative etikkens metode. Hun forteller oss historien om et og flere liv, først historien om Christian Sandsdalen, deretter (og nærmest som en del av denne) historien om den MS-syke Bodil Bjerkmanns liv. Senere kommer historien om flere andre liv og historier parallele med den første Sandsdalen/Bjerkmann- historien. Disse historiene er likesom den første fortalt av den som har tatt liv, slik må det være fordi det jo er denne som fortsatt er i live. Ved hjelp av Fortellingen, Fortellingen om et liv, en smerte, et ønske håper Nyquist å bidra til at vanlige folks oppfatning om euthanasi skal endres slik at et flertall blir for aktiv dødshjelp og et mindretall mot. Vi som leser skal forstå hvor følt det er å leve når en ikke ønsker det ved å se hvor vanskelig alvorlig syke mennesker har det. Dette er forskjellig fra annen type litteratur som har lidelsen som tema. Ofte er det slik når lidelsen tematiseres at forfatteren ønsker å bevege leseren i retning identifikasjon med den lidende slik at ønsket om å trøste og lindre aktiviseres. Men i «Det siste ønske» skal enigheten i en lovendring aktiviseres hos leseren.

Problemet med «Det siste ønsket» er ikke at den er et subjektivt bidrag i en debatt, men at den ikke rommer refleksjon, det blir en subjektivitet uten

**ASTRA**
Astra NorgeAstra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 92 15 00, Telefax 67 92 16 50
www.astra.no

kritisk refleksjon, og dermed blir den påståelig i stedet for spørrende og undersøkende. Enkelte avgjørende momenter dveles aldri ved, og begrunnes heller ikke. Det kan godt være at man utfra et liv og/eller en fortelling om et liv kan komme frem til en mening om dette eller hint, men det bør ikke være bare utfra livet/fortellingen. Man trenger en kritisk refleksjon over dette liv (hvis det er ens eget eller en av sine nærmestes) eller denne fortellingen. Ting er ofte ikke entydige, og en fortelling som fortelles for å oppnå noe står i fare for å bli tendensiøs. Brokker og enkelthendelser kan fortelles på flere forskjellige måter uten at den ene nødvendigvis er mer «riktig» enn den andre. I tillegg tror jeg også det kan være nyttig å trekke inn andre faktorer i ens vurdering av et etisk problem, så som spørsmålet om universalisering og hvordan det hemmer eller fremmer det som for oss er det gode liv.

Når jeg ikke liker Nyquist's bok om aktiv dødshjelp, er det fordi den ikke fremmer den kritiske refleksjon over et etisk problem. Tvert i mot blir den gang på gang tendensiøs. Heltebeskrivelsen av den pensjonerte legen Sandsdalen er panegyrisk inntil det komiske, fortellingen om den andre hovedpersonen, Bodil Bjerkmann, rommer så lite kritisk refleksjon at det er egnet som et skremme-eksempel for alle kommende skribenter. Det hender ikke at forfatteren stiller seg kritisk til Sandsdalens valg og handlinger. Hverken Sandsdalen eller Nyquist ser det f.eks. som et omsorgsproblem at Bjerkmann ikke får den hjelp fra kommunen som ville ha gitt henne et bedre liv.

Forfatteren og bokens «helter» er for legalisering av aktiv dødshjelp fortrinnsvis innenfor rammer skissert av Sands-

dalen og formulert i 5 punkter. De som er motstandere kalles ofte for «svært religiøse», og kun unntaksvis kommer velbegrunnede motforestillinger frem. Dette skjer i noen få av samtalene som er tatt med i boken. Best av disse er samtalen med Kristin Clemet. Disse samtalene fungerer også i boken, ikke minst fordi det er en muntlig bok, og fordi de fleste av samtalepartnerne er bedre både til å tenke og til å formulere seg enn det ser ut til at bokens forfatter er. Det er med andre ord i samtalene en del av det beste i boken kommer frem.

Jeg vil her på tampen trekke frem et eksempel på hvor tendensiøst språket i boken er: Hver gang ordet «lidelse» tas i bruk, hektes ordet «meningsløs» på foran. Det sies intet om hva livets mening består i eller hva som gjør et liv meningsfullt. Det vurderes heller aldri om all lidelse alltid er meningsløs eller om det at lidelsen oppleves som meningsløs av den som lider også gjør lidelsen meningsløs i seg selv. Og dette skrives i en bok som gis ut i en tid og i et samfunn hvor de færreste uten videre vil kunne peke på sitt eget livs meningsfullhet. Hvor mange kanskje ikke en gang har tenkt grundig nok over spørsmålet, enn si har de nødvendige hjelpemidler til å kunne gjøre det. Det blir en altfor lett vint bruk av et altfor stort ord. Det eneste vi vet etter å ha lest boken er at lidelse gjør vondt, men det visste de fleste av oss i forveien. Hva det egentlig vil si at noe (et liv) har eller ikke har mening, vet vi ikke en flik mer om!

Vi beklager, men ved en inkurie falt de to siste avsnittene ut i denne bokanmeldelsen fra Utposten nr. 1/99. Vi trykker den derfor i sin helhet om igjen.

C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATCnr.: A12A A04

TYGGETABLETTER: Hver tablett inneholder: Kalsiumkarbonat 1,25 g, tilsv. 500 mg kalsium, kolekalsiferol (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 nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av paratyreoïdhormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Forøyede kalsiumkonsentrasjoner er funnet å redusere karpemeabiliteten 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 hydroksoapatitt. D-vitamin lagres i fettvev.

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 metabolitt 1,25 dihydroxyvitamin D3. *Eliminering:* 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.

Kontra-indikasjoner: Skal ikke brukes ved høyt kalsiuminnhold i blod eller i urin, ved nyresten eller sterkt nedsatt nyrefunksjon. Langvarig immobilisering. Calcigran Forte inneholder aspartam som omsettes i kroppen til fenylalanin og skal ikke brukes av personer med fenylketonuri.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt nyresten. Det anbefales økt væskeinntak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indisert. 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 gis før 3 timer etter peroral tilførsel av tetracyklin (nedsatter 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 svelges hel med et glass vann.

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

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

NYCOMED

Nycomed Pharma AS PB 4220 Thorshov, 0401 Oslo. Telefon 23 18 50 50, Telefax 23 18 60 34

NYCOMED

Alle trenger kalsium og D-vitamin...



HUSK...
RESEPT-
PLIKTIG!

*-noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte
Kalsium 500mg, Vitamin D₃ 400IE

Bygger og forebygger

Basistilskudd til alle med osteoporose

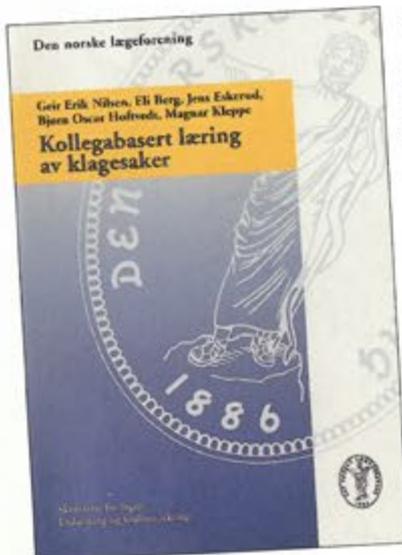
HEFTE omtale



Geir Erik Nilsen, Eli Berg, Jens Eskerud,
Bjørn Oscar Hoftvedt, Magnar Kleppe.

Kollegabasert læring av klagesaker

Skriftserie for leger:
Utdanning og kvalitetssikring.
Dnlf, 1995



Det ligger et stort læringspotensial i eksisterende klagesaker. Vi har alle et forhold til temaet, for mange mest som en udefinert angst: enn om jeg plutselig en dag får en klagesak på meg? Hva vil det bety for meg, min familie, mitt forhold til yrket? Mye av ubehaget ligger i usikkerheten: En føler at en klage kan komme som lyn fra klar himmel, plutselig en dag står du der: et «lite arbeidsuhell», en telefonkonsultasjon midt på natta som endte med hissige ord kan få store følger for legen i år etterpå.

Heftet «Kollegabasert læring av klagesaker» er laget for å få leger til å få større innsikt i dette feltet. Ved hjelp av 20 medfølgende anonymiserte klagesaker og en gruppe som møtes f.eks. fem ganger tre timer vil man kunne drøfte hva som gikk galt, hva som burde vært gjort anderledes og hva man kan gjøre for å forhindre at slike ting skjer. Det er særlig to områder som peker seg ut til å ha et forbedringspotensial: Dokumentasjon av egen virksomhet og kommunikasjonsforholdene i vårt arbeide med mennesker.

Heftet baserer seg på et prøveprosjekt som ble gjennomført i Hedmark i 1994, og evaluering derfra tyder på at deltagerne hadde stort faglig utbytte av å diskutere klagemateri-

alet med kolleger. Utbyttet økes kanskje om man får en jurist og/eller psykolog til å delta, iallefall på noen av møtene.

Heftet er lettest og oversiktlig, det inneholder både råd om organisering av en kollegagruppe og saklig informasjon om klagesaker generelt. Det er også en omtale av hvor legen får hjelp når noe går galt. Både legeföreningen sentralt og på fylkesnivå har et tilbud om rådgiving og støttesamtaler. Her savner jeg en anbefaling i å bruke nære kolleger. Det er flott at legeföreningen har bygd opp en hjelpetiltakskjede, men kolleger i samme kommune vil dog kunne være til uvurderlig nytte både fordi man slipper å «holde maska» lokalt og kan få konkret, lokal hjelp der og da.

Som vedlegg har spesialist i klinisk psykologi Bjørn Angvik skrevet et kommunikasjonsperspektiv på klager som gir konkrete råd i takling av en klagesak. Han får oss til å prøve å se en klagesak i et metaperspektiv: «Er det nødvendig å se på klageren som en trussel/motpart?» Mange klagerere ønsker ikke nødvendigvis mer enn at legen innrømmer feil/dårlig kommunikasjon og at legen/systemet forbedrer sine rutiner. Selv om et såret selvbilde hos legen lett fører til sterke forsvarsutspill, bør man se på muligheten (iallefall tidlig i klagesaken) for å komme med en ærlig og oppriktig beklagelse. Om man ikke kan se at man har gjort feil, kan man iallefall beklage at klageren føler seg urimelig behandlet. Dette kan skape grunnlag for å komme inn i en konstruktiv prosess og unngå opptrapping av konflikten. Han omtaler teknikker for å unngå å gå i forsvar da det nesten uten unntak tilspisser situasjonen. Bare det å la klageren få fremføre sin klage uforstyrret kan gjøre at han/hun «får tømt» seg og deretter klarer å gå inn i en ryddig samtale.

Angvik omtaler også psykiske reaksjoner hos legen og gir råd for personlig mestring av en klagesak man måtte få på seg. Det å åpne for en dialog med en fortrolig kollega eller venn er vel det viktigste rådet han gir.

Jeg savner et mer konkret forslag til program i gruppene. Klagesaker vil vel bl.a. egne seg ypperlig til rollespill og fremfor bare å diskutere de anonymiserte kasustikkene tror jeg at f.eks. forsøk på skrive ned tenkte journalnotater eller forbedrede handlingsforløp kan øke læringsevnen.

Heftet inspirerer til å danne lokale grupper, og med de nye reglene for allmennlegers videre- og etterutdanning vil slike grupper gi fullt utbytte både faglig og for dem som trenger kurspoeng.

Jannike Reymert

NSAID!

NYHET:

Akutt migreneindikasjon!



med HURTIGVIRKENDE

CATAFLAM®

diclofenac kalium



NSAID tablettene med raskest innsettende effekt? (ref. 1)

- maksimal serumkonsentrasjon fra 20 minutter.
- hos enkelte pasienter like rask effekt som diclofenac i.m. (ref. 1)
- diclofenac kalium sikrer en hurtig absorpsjon og innsettende effekt

CATAFLAM® (diclofenac kalium)

- Bivirkningsprofil på nivå med placebo og naproxen ved korttidsbehandling. (ref. 2)
- CATAFLAM® har en hurtig innsettende effekt og en uttalt analgetisk effekt ved moderat og sterk smerte

Referanser:

1: Preparatomtale
2: Sauer, MV, Bernstein, RI, Gaudiani, LM, et al. A double-blind, placebo-controlled, cross-over study of diclofenac potassium versus naproxen sodium in the treatment of primary dysmenorrhea. *The Journal of New Developments in Clinical Medicine* 1995; 12 (suppl. 1): 63-79.

Novartis Norge AS
Postboks 237 Økern, 0510 Oslo
Tlf. 23 05 20 00 Fax: 23 05 20 01

C: Cataflam "Novartis"

Antiinflammatorisk

ATC-nr.: M01A B05

TABLETTER 50 mg: Hver tablett inneholder: Diclofenac, kal. 50 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), Filmraster.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og anti-pyretisk effekt. **Virkningsmekanisme:** Hemmer prostaglandinsyntesen, men eksakt virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Preparatet har en hurtig innsettende effekt, noe som gjør preparatet vel egnet i behandling av akutte smertetilstander. Preparatet er vist å ha uttalt analgetisk effekt ved moderat til sterk smerte. Ved behandling av primær dysmenoré reduseres blødningen.

Absorpsjon: Raskt og fullstendig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 20-60 min. Samtidig matinntak forsinket innsettende virkning og absorpsjonshastighet noe, men pga. "first pass"-metabolisme påvirkes ikke biologisk tilgjengelighet, som er ca. 50%. **Proteinbinding:** > 99% i plasma, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum er beregnet å være 0,12-0,17 l/kg. **Halveringstid:** 1-2 timer i plasma, 3-6 timer i synovialvæsken. **Metabolisme:** Metaboliseres nesten fullstendig. To av metabolittene er biologisk aktive, men den biologiske aktiviteten er mye mindre enn for diklofenak. **Utskillelse:** 60% av dosen utskilles i urinen i form av metabolitter, mindre enn 1% som uendret substans. Resten av dosen utskilles via galle og feces. Pasientens nyre- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikkmonstret av den aktive substans.

Indikasjoner: Akutte anfallet av migrene. Primær dysmenoré.

Kontraindikasjoner: Mavesår eller sår i tarm. Overfølsomhet for diklofenac eller noen av hjelpestoffene. Pasienter der acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs har forårsaket astma, urticaria eller akutt rhinitt.

Bivirkninger: **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, brekninger, diaré, abdominale kramper, dyspepsi, flatulens, anoreksi. Hud: Utslett. Lever: Økning i serum aminotransferaseverdier. Sentralnervesystemet: Hodepine, svimmelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning (hematemese, melena, blodig diaré), mave- eller tarmsår med eller uten blødning og perforasjon. Hud: Urticaria. Lever: Hepatitt med eller uten gulsott. Sentralnervesystemet: Søvnighet. Sirkulatoriske: Ydem, øyvrige: Hypersensibiliseringsreaksjoner som astma, systemiske anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner inkl. hypotensjon. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolytisk anemi, aplastisk anemi, agranulocytose. Gastrointestinale: Aftøs stomatitt, glossitt, oesofaguslesjoner, diafragmaligende intestinalstrikturer, non-spesifikk hemoragisk colitt og forverring av ulcerøs colitt eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bulløs erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt toksisk epidermolyse), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), hårtap, fotosensibiliseringsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sannestforstyrrelser inkl. paresier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, søvnbesvær, irritabilitet, kramper, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykotiske reaksjoner, aseptisk meningitt, synsforstyrrelser (tåkesyn, diplopi), redusert hørsel, tinnitus, smaksforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpasjon, brystmerter, hypertensjon, hjertesvikt. Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri, interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, papillær nekrose. Øvrige: Hypersensibiliseringsreaksjoner som vaskulitt, pneumoni.

Forsiktighetsregler: Hvis mavesår eller gastrointestinal blødning oppstår, skal behandlingen avbrytes. Kan maskere symptomer på ulcus. Forsiktighet utvises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulcerøs colitt, Crohns sykdom, systemisk lupus erythematosus, hematopoieseforstyrrelser samt pasienter med alvorlige leverforstyrrelser. Forsiktighet utvises hos pasienter med bronkialastma fordi symptomene kan forverres. Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner pga. dets farmakodynamiske egenskaper. Hepatitt kan oppstå uten varselssymptomer. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hepatisk porfyri da anfall kan utløses. Da prostaglandiner er viktige for å opprettholde nyreperfusjonen, bør forsiktighet utvises hos pasienter med redusert hjerte- eller nyrefunksjon, spesielt hos pasienter med samtidig diuretikabehandling, samt tilstander med redusert plasmavolum. Brukes preparatet over en lengre periode, anbefales det å utføre blodanalyser. Preparatet kan hemme blodplateaggregasjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnervøse forstyrrelser, bør advares mot bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent.

Graviditet/Amning: Bruk under graviditet bør bare forekomme ved absolutt nødvendighet og da i lavest effektive dose. Som for andre prostaglandinsyntesehemmere gjelder dette spesielt i 3. trimester (pga. bl.a. risiko for prematur lukking av ductus arteriosus og blodplatedysfunksjoner). **Overgang i morsmelk:** Går over. Ved bruk av moderate doser vurderes risiko for barnet som liten.

Interaksjoner: Diklofenac kan medføre økt plasmakonsentrasjon av litium og digoksin. Effekten av diuretika kan reduseres. Samtidig behandling med kaliumsparende diuretika kan gi økt kaliumnivå i serum. Samtidig inntak av andre NSAIDs kan øke forekomsten av bivirkninger. Det er meldt om få tilfeller av interaksjoner med diklofenac og perorale antikoagulantia og anti-diabetika. Aktuelle pasienter bør derfor kontrolleres jevnlig. Forsiktighet bør utvises hvis NSAIDs er gitt mindre enn 24 timer før eller etter behandling med metotreksat, siden blodkonsentrasjonen av metotreksat kan stige og toksisiteten av substansen øke. Effekten av NSAIDs på prostaglandiner i nyrene kan øke nyrepåvirkningen av ciklosporin. Det er rapportert om kramper som følge av samtidig bruk av NSAIDs og antibakterielle midler i kinolongruppen. Ved samtidig administrering av diklofenac og kolestipol eller kolestyramin reduseres absorpsjonen av diklofenac med henholdsvis 30% og 60%. Preparatene bør gis med flere timers mellomrom.

Dosering: Tablettene bør svelges hele med rikelig væske, fortrinnsvis før måltid. **Migrene:** Det anbefales å ta 1 tablett (50 mg) ved de første tegn på migrene anfall. Hvis smertelindring ikke er tilstrekkelig innen 2 timer etter første dose, kan ytterligere 50 mg tas. Hvis nødvendig kan doser på 50 mg tas med 4-6 timers intervaller. Total daglig dose må ikke overstige 150 mg. **Primær dysmenoré:** 1 tablett (50 mg) 1-3 ganger daglig i inntil 4 dager.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Det finnes ikke noe typisk klinisk bilde assosiert med overdosering av diklofenac. **Behandling:** Absorpsjon bør hindres så raskt som mulig ved mage-tømming og bruk av aktivt kull. Støttende og symptomatisk behandling bør gis ved komplikasjoner som hypotensjon, nyresvikt, kramper, gastrointestinal irritasjon og respirasjonsdepresjon. Forsert diurese, dialyse eller hemoperfusjon er trolig lite nyttig for å eliminere NSAIDs på grunn av høy grad av proteinbinding og uttalt metabolisme.

Pakninger og priser: Empac: 20 stk. kr 74,70 100 stk. kr 254,30

Preparatomtale pr. 12.98 (SPC 04.12.98)

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 gjennomsiktelighet en fordel i astmabehandlingen

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

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

Serevent™ – minst 12 timers effekt

Salmeterol

mot astmasymptomer

C Serevent™ Glaxo Wellcome™

Adrenergikum. ATC-nr.: R03A C12

T INHALASJONSÆROSOL 25 µg/dose: Hver dose inneh.: Salmeterol, xinafoas aeqv. salmeterol, 25 µg, lecithin, trichloro-fluorometan, dichlorodifluorometan.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose i doseskive: Hver dose inneh.: Salmeterol, xinafoas aeqv. salmeterol, 50 µg, lactos.

T INHALASJONSPULVER 50 µg/dose i Diskus: Hver dose inneh.: Salmeterol, xinafoas aeqv. salmeterol, 50 µg, lactos.

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv β₂-stimulator til inhalasjonsbehandling. Virkning/mekanisme: Virker på β₂-receptorer i bronkiene. Virkeid: Den bronkolerende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Ved regelmessig bruk oppnås bronkolerende effekt hele døgnet. Hemmer straks- og senreaksjon etter allergeneksponering. Salmeterolkinestet er et racemat, hvis farmakokinetikk er ufullstendig utført og tekniske variketsigheter med å måle de svært lave plasmakonsentrasjoner som sees etter inhalasjon. Absorpsjon: Maksimal plasmakonsentrasjon etter inhalasjon (50 µg): Ca. 200 pmol/l. Metabolisme: Utstrakt hydroksylering i leveren. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet (se vitrodatab). Utskillelse: Hovedsakelig via fæces. Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kortvirkende β₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Rør ikke anvendes som monoterapi eller ved akutte astmaanfall.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Bivirkninger som er typiske for sympatomimetika kan opptre. Disse er ofte doserelaterte. Ved normaldosering opptrer tremor, palpitasjoner og muskelkramper hos 1-2% av pasientene. Hypopløse (< 1/100): Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkrampe, sjeldne (< 1/1000): Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner, takykardi, atrialgi.

Legemidler: (inkludert abrotinimer, supraventrikulær takykardi og kardiasykstoler) er rapportert hos ubalanserte pasienter. Legemidler som inhaleres kan via uspesifikke mekanismer i sjeldne tilfeller gi opphav til bronkospasme. **Forsiktighetsregler:** Tyrotoksikose, alvorlig hjerte-karsykdom, ubehandlet hypokalemi. Som ved annen inhalasjonssterapi, foreligger mulighet for paradoksal bronkospasme. Dersom slik inntreffer, bør behandlingen avbrytes, og alternativ terapi stanses. Salmeterol erstatter ikke kortikosteroider (perorale eller til inhalasjon), men skal brukes i tillegg til disse. Pasientene må informeres om ikke å stanse eller redusere steroidterapi ved en evt. symptombedring, inngå kontakt lege.

Salmeterol skal ikke institueres eller brukes ved alvorlig astmatisk bronkitt eller akutte astmaanfall. Pasienten skal derfor ta tilgjengelig β₂-agonist med kort virkeid og raskt innsettende effekt for å kupere anfall. Pasienter med alvorlig astma må kontrolleres regelmessig. Dersom pasienten må øke forbruket av β₂-agonister med kort virkeid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tilagende forverring av astmasymptomene er potensielt truende, og man bør vurdere å øke dosen av kortkosteroid.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta/morsmelk i svært høye doser i dyreforsøk er det sett typiske β₂-agonisteffekter hos fosteret (bl.a. forlenget drektighet, ganespalte, forsinket ossifikasjon). Utstrakt bruk av andre β₂-agonister har imidlertid ikke gitt holdpunkter for at dette har klinisk betydning ved terapeutiske doser. Resultater fra dyreforsøk tyder på at kun svært små mengder går over i morsmelk. Pga. begrenset erfaring med bruk av salmeterol under graviditet og amning, bør slik bruk bare skje etter at fordelene er vurdert i forhold til mulig risiko for fosteret. **Interaksjoner:** β₁-kardioselektive betablokkere bør aldri forskrives ved astma, og karboselektive betablokkere bør bare brukes med forsiktighet. **Dosering:** For å få optimal effekt er det nødvendig å bruke preparatet regelmessig. Dose og doseringshyppighet bør bare endres i samråd med lege, da overdosering vil kunne være assosiert med bivirkninger. **Inhalasjonsaerosol: Barn over 4 år:** 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. **Voksne:** Vanligvis 2 inhalasjoner (50 µg) 2 ganger daglig. Ved alvorlig obstruksjon kan inntil 4 inhalasjoner (100 µg) gis 2 ganger daglig. Inhalasjonsteknikken må kontrolleres. Inhalasjonspulver: Pulveret inhaleres ved hjelp av en Diskus eller en Diskus (se Andre opplysninger). **Barn over 4 år:** 1 dose à 50 µg 2 ganger daglig. **Voksne:** 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 takykardi. **Behandling:** En kardioselektiv betablokker er foretrukket antidot. Betablokkere må 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 Diskus eller en Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Til barn, 4-5 år, anbefales bruk sammen med inhalasjonskammeret Babyhaler. En dose om gangen sprøytes inn i Babyhaler, og barnet inhalerer 5-10 ganger. Prosedyren gjentas dersom flere doser skal administreres. Se for øvrig pakningsvedlegg for Babyhaler. **Forskrivningsregel:** Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. **Pakninger og priser:** Inhalasjonsaerosol: 120 doser kr 329,50. Inhalasjonspulver: Doseskive med Diskus: 60 doser kr 337,50, 180 doser kr 881,70. Diskus: 60 doser kr 337,50. Priser av 1.1.98. Føllekatalogtekst av 20.03.98. T: 2

Refaranse: Small R., Johnson M. β₂-adrenoreceptor agonists and the airways. Royal Society of Medicine Press Ltd, 1995 (ISBN 1-853-251).

Presisjon

Serevent™ er den mest SELEKTIVE

β₂-agonisten¹

og Utholdenhet

Serevent™ har MINST 12 TIMERS EFFEKT i lungene

¹) Small R., Johnson M. β₂-adrenoreceptor agonists and the airways. Royal Society of Medicine Press Ltd, 1995 (ISBN 1-853-251).

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

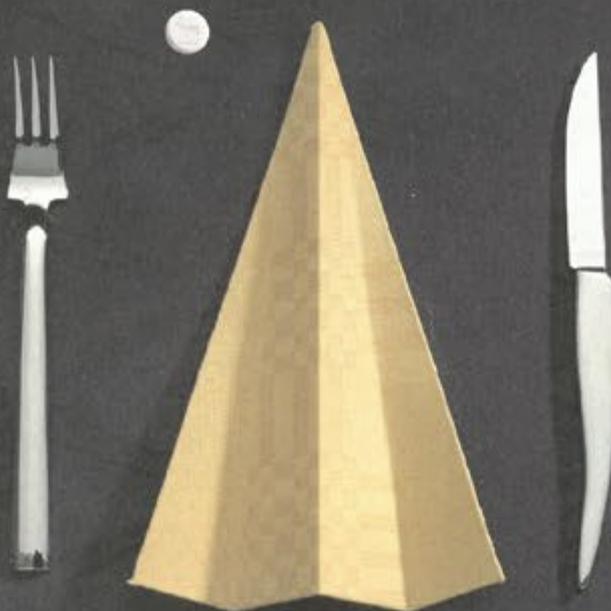
Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefax: 22 58 20 03



NYTT
BEHANDLINGS-
PRINSIPP!


NOVONORM
(repaglinide / Novo Nordisk)

-måltidstabletten
ved type 2 diabetes



Fysiologisk behandling fra Novo Nordisk ^(1,2,3)

- Tillater et fleksibelt levesett ⁽⁴⁾
- Minimal risiko for utvikling av alvorlig hypoglykemi ⁽⁵⁾
- Kan brukes ved nedsatt nyrefunksjon

TABELTTER: Hver tablett inneholder: Repaglinid 0,5 mg, resp. 1 mg og 2 mg. Fargestoff: 1 mg: Gult jernoksid (E 172); 2 mg: Rødt jernoksid (E 172). **Egenskaper:** Klassifisering: Karbamoylmetylbenzoylurea-derivat. Korttidsvirkende antidiabetikum. **Virkningsmekanisme:** Senker blodglukosenivået raskt ved å stimulere sekresjon av insulin fra pankreas. Lukker de ATP-avhengige kaliumkanalene i betacellene i pankreas, slik at disse depolariseres. Den medfølgende økning av kalsiuminntrengning stimulerer insulinsekresjonen. Doser fra 0,5 til 4 mg, viser en dose-avhengig blodglukose-reduksjon hos type 2-diabetikere. Den insulinotropiske midlertidige innverknaden innen 30 minutter etter administrering. Absorpsjon: Raskt fra mave-tarmkanalen. Absorbtionstilgjengelighet er ca. 63%. Høy interindividuell variasjon i plasmakonsentrasjonen (60%). Intra-individuell variasjon er lav til moderat (15%). Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time etter inntak. AUC av repaglinid er økt hos pasienter med lever- eller nyreinsuffisiens og hos eldre type 2-diabetikere. Proteinbinding: >98%. Fordeling: Tilsvarende distribusjonsvolum er 30 liter (tilsvarende fordeling i intracellulær-rommet). Halveringstid: Ca. 1 time. Metabolisme: Metaboliseres nesten fullstendig. Utskillelse: Repaglinid og dens metabolitter utskilles primært via galle. Mindre enn 8% via urinen, fortrinnsvis som metabolitter. Mindre enn 1% utskilt i feces. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2 der man ikke oppnår tilfredsstillende metabolsk kontroll ved kostregulering, fysisk aktivitet eller vekstreduksjon alene. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for repaglinid eller noen av hjelpestoffene i preparatet. Type 1 diabetes (C-peptid negativ). Diabetisk ketoacidose, med eller uten koma. Graviditet og amning. Barn < 12 år. Alvorlig nyre- eller leverfunksjon. Samtidig administrering av legemidler som inducerer CYP 3A4. **Bivirkninger:** Endolisme: Hypoglykemi. Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast og forstoppelse. Hud: Hyperemittiske reaksjoner på huden i form av kløe, utslutt og urticaria. Lever: Leverenzymstigning er rapportert, de fleste tilfelle mildt og forbigående. Øye: Forbigående synsforsvimmelser er rapportert i begynnelsen av behandlingen. **Forsiktighetsregler:** Repaglinid kan forårsake hypoglykemi. Den blodglukose-lærende effekten blir redusert hos pasienter over tid (sekundær behandlingsvotiv). Kombinasjonsbehandling med insulin eller andre betacelle-stimulerende antidiabetika, thiazolidinedioner og a-tarabose er ikke klinisk undersøkt. Kombinasjonsbehandling med metformin er forbudt med en økt risiko for hypoglykemi. Når en pasient som er stabilisert på peroral antidiabetika stiftes for stress i form av feber, traume, infeksjon eller kirurgiske inngrep, kan blodglukose-reguleringen svekkes. I slike situasjoner kan det være nødvendig å seponere preparatet og i en periode behandle med insulin. Når repaglinid brukes sammen med legemidler som hovedsakelig utskilles via galen, bør eventuelle interaksjoner overvåkes. Det er ikke utført kliniske studier hos pasienter med redusert leverfunksjon eller av barn og unge < 18 år eller pasienter > 75 år. Behandling av disse pasientgruppene anbefales derfor ikke. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. **Interaksjoner:** Følgende stoffer kan forsterke den hypoglykemiske effekten av repaglinid: MAO-hemmere, ikke-selektive beta-blokkere, ACE-hemmere, NSAID-preparater, aketorol, salicylater, alkohol og antibiotika. Følgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: Perorale antikoagulantia, tiazider, kortikosteroider, danazol, trykkløsende midler og syngestomika. Pasienter som tar repaglinid sammen med ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukose-reguleringen. Pasienter som tar repaglinid og som slutter å ta ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukose-reguleringen. Beta-blokkere kan maskere symptomene på hypoglykemi. Alkohol kan forsterke og forlange den hypoglykemiske effekten av repaglinid. Siden in vitro studier har vist at repaglinid primært metaboliseres av CYP 3A4 kan det forventes at CYP 3A4-inhibitorer som ketokonazol, itraconazol, bikonazol, erytromycin og mibefradil øker plasmakonsentrasjonen av repaglinid. Stoffer som inducerer CYP 3A4 som rifampicin eller fenytoin kan senke plasmakonsentrasjonen av repaglinid. **Dosering:** Repaglinid tas rett før hovedmåltidene (preprandial) og titteres individuelt for å optimalisere den glykemiske kontroll. Korttidsbehandling med repaglinid kan være tilfredsstillende i perioder med dårlig kontroll hos pasienter som normalt reguleres tilfredsstillende med diett.

Startdose: Individuell. Anbefalt startdose 0,5 mg rett før hovedmåltidene. Avhengig av blodglukoserespons, bør det gå 1-2 uker mellom hver titring av dosen. Dersom pasienten opplever fra et annet peroral antidiabetikum, er anbefalt startdose 1 mg. **Føllebeholdelse:** Anbefalt maks. enkelt-dose er 4 mg tatt rett før hovedmåltidene. Maks. dagdose er 16 mg. **Spesielle pasientgrupper:** Hos svekkede eller feilernære pasienter bør start- og vedlikeholdsdosen være konservativ og det kreves en forsiktig opptrapping av dosen før å umiddelbart hypoglykemiske reaksjoner. Ved nedsatt nyrefunksjon anbefales titring av dose pasientene-dose da følsomheten for insulin er økt. **Overføring fra andre perorale antidiabetika:** Pasientene kan overføres direkte fra andre perorale antidiabetika til repaglinid. Anbefalt maks. startdose er 1 mg tatt rett før hovedmåltidene. Repaglinid kan gis i kombinasjon med metformin, til tilfredsstillende blodglukosekontroll ikke oppnås ved bruk av metformin alene. I slike tilfeller skal dosen av metformin opprettholdes samtidig med administrering av repaglinid. Startdose av repaglinid er 0,5 mg rett før hvert hovedmåltid. Titring utføres i forhold til blodglukoserespons soner monoterapi. **Overdosering/Vergiftning:** Tegn på overdosering er hypoglykemi. Symptomer: Svimmelhet, økt svette, tremor, hodepine. **Behandling:** Hurtig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Alvorlige hypoglykemi med kramper, bevisstløshet eller koma skal behandles med intravenøs glukose. **Pakninger og priser:** 0,5 mg: 100 stk. kr. 266,50. Espac: 30 stk. kr. 300,70, 120 stk. kr. 314,00. 1 mg: 100 stk. kr. 360,00. Espac: 30 stk. kr. 129,00, 120 stk. kr. 425,20. 2 mg: 100 stk. kr. 491,40. Espac: 120 stk. kr. 582,30.

Referanseliste:

1. Goldberg RB, Brodows RG. A randomised placebo-controlled trial of repaglinid in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes* 1998; 47 (suppl 1): Abstract 0383.2. Hatort V, Bayer T. Repaglinid bioavailability in the fed or fasting state. *J Clin Pharm* 1997; (Sep): abstract 072.3. Van Gaal LF, Van Acker KL, Damsbo P et al. Metabolic effects of repaglinid, a new oral hypoglycaemic agent in therapeutic Type 2 diabetes. *Diabetologia* 1995; (suppl 1): A43.4. Owens D. Repaglinid - Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. *Diabetic Medicine*, 1998; 15 (Suppl 4): s28-36.
5. Tronier B, Marbury TC, Damsbo P et al. A new oral hypoglycaemic agent, repaglinid, minimises risk of hypoglycaemia in well-controlled NIDDM patients. *Diabetologia* 1995; 38 (suppl 1).

Novo Nordisk Pharma AS
Postboks 24
N- 1309 Rud
Tel. 67 17 85 00 Fax. 67 13 09 11



Novo Nordisk