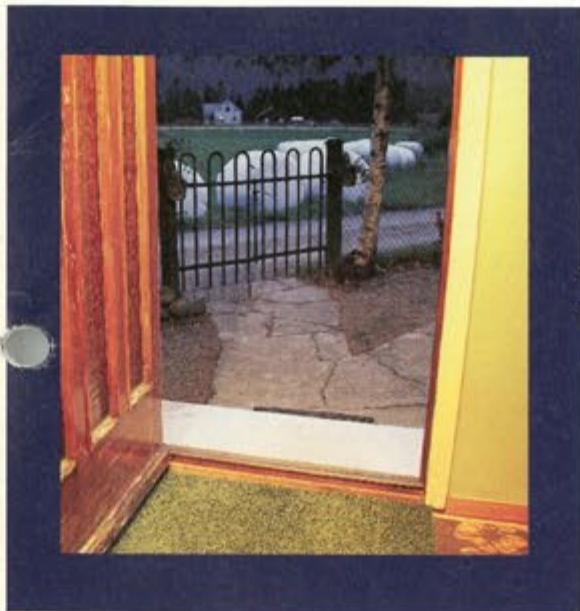


# utposten

Nr. 7/8 - 1999  
Årgang 28

*Blad for  
allmenn- og  
samfunns-  
medisin*



## Innhold:

Ledere:

I motsetningens verden AV TONE SKJERVEN s 1

Vier alle Oslers barn AV ELISABETH SWENSEN s 2

Samarbeid 1. linje og 2. linjetjenesten  
AV K. HØBYE s 3

Lyskassebehandling ved depresjon  
AV PER JONAS ØGLEND s 6

I psykiatriens blindsone  
AV «HAUGTUSSA» s 8

MADRS et måleinstrument for depresjon  
AV MARIT BJARTVEIT KRUGER s 12

Allmennlegens rolle i møte med  
spiseforstyrrelser  
AV METTE HORGEN s 18

Psykiatrisatsing på barn og unge  
AV MARIT HAFTING s 26

Akademisering av samfunnsmedisinien  
AV GUNNAR D. LYNGSTAD s 32

Gule stafylokokker i sår  
AV TINE VON HANNO s 36

Reisebrev s 40

Faste spalter s 48

# utposten

**Kontor:**

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

Adresseliste redaktørene av  
UTPOSTEN:

**Torgeir Gilje Lid**

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

**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.telemax.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

**Forsidefoto:**

Geir Egil Bergjord

**Design & trykk:**

PDC Tangen a.s Aurskog

## *I motsetningenes verden*

**J**eg har nattopp avsluttet en av de mer ubehagelige telefonsamtalene. Den krenkede pasienten som setter himmel og jord i bevegelse for ikke å gå i stykker. En langt hyggeligere opplevelse var samtalen med en tidligere pasient som har hatt to gode uker på bakgrunn av et par korte telefonkonsultasjoner. Kontrasten mellom det gode møtet med et menneske som legger litt av livet sitt i dine hender, og det vonde i ikke å kunne hjelpe, verken ved egen innsats eller ved henvisning til en overbelastet spesialistjeneste, tror jeg er typisk for psykiatrien.

Dette gjør arbeidsområdet både spennende, utfordrende, frustrerende og noen ganger svært smertefullt. Historien som en kvinne forteller om sine erfaringer med en sykehusavdeling under ektemannens sykdom og påfølgende suicid, er opprørende vond. Den må minne oss om at pårørende ikke må stenges ute og oppfattes som et (ekstra) problem, men mennesker vi må samarbeide med og bruke aktivt i behandlingen.

*Vi har i dette nummeret blant annet sett nærmere på samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten ved psykiatriske problemstillinger. Vi har inntrykk av at det er ekstra vanskelig i forhold til barne- og ungdomspsykiatrien mange steder i landet. Marit Hafting, tidligere allmennpraktiker, nå i BUP på Voss, etterlyser primærlegens engasjement i diskusjonen om hvordan barnepsykiatritjenesten bør være. Hun peker også på spesialistenes ansvar for å bli mer aktive, også som rådgivere overfor primærhelsetjenesten.*

*Overlege K. Høbye etterlyser opprydning i «rotet» i henvisningspraksisen av psykiatriske pasienter. Løsrevne henvisninger fra tilfeldige leger, legenaboer o.l., utarmer relasjonen til den faste primærlegen. Dette svekker pasientens muligheter til å få god hjelp, mener hun – og gleder seg til gjennomføringen av fastlegeordningen.*

*Behovet for bedre samarbeid er i tråd med en rapport fra Oslopsykiatrien i 1996 (1) som blant annet oppsummerer: «Det synes åpenbart at det vil være mye å hente både for primærleger, ansatte i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst pasientene og deres familier, ved å etablere nærmere samhandlingsrutiner. Samhandling krever at alle involverte parter tar sin del av ansvaret, slik at det kan bli slutt på at primærlegen sitter alene igjen med de vanskelige problemene etter at andre har sagt nei – fordi «Pasienten har en tett oppfølging hos sin primærlege».*

*Både Hafting og Høbye ønsker mer problemfokuserte og differensierte henvisninger. Sistnevnte spør på vegne av både pasienter og behandler på poliklinikken, om depresjoner behandles godt nok i allmennpraksis. Er vi gode nok på diagnostikk, og gir vi pasientene den rette behandling? I neste nummer vil vi komme tilbake med referat fra den forestående konsensuskonferansen om behandling av depresjon i allmennpraksis 9.og 10.november.*

Tone Skjerven

Ref:

1. Ekern P. Evaluering av samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og psykiatrien i Oslo.Oslo: Statens Helsetilsyn, 1996

## *Vi er alle Oslers barn*

# U

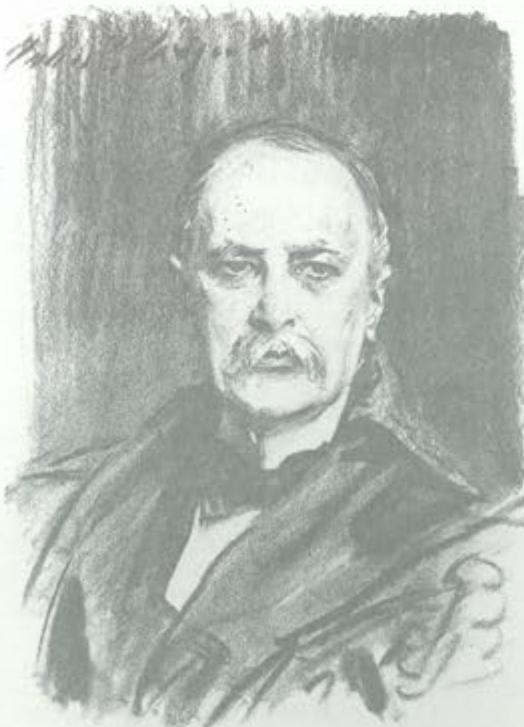
*tpostens redaksjon er stolt over årets julebilag, Aequanimitas. Ein liten blomekrans til Sir William Osler (1849–1919). Det er kollega Arvid Vatle på Stord som har oversatt utdrag av Oslers artikkelsamling Aequanimitas i anledning av at det i år er 150 år siden Osler ble født.*

*Disse tekstene har ikke tidligere vært oversatt til norsk og er ikke publisert andre steder enn i det bladet du nå holder i hånden. Arvid Vatle har også skrevet en innledning til artiklene der han redegjør for sitt eget nære og varme forhold til den store lærermester i faget, dessuten et biografisk avsnitt om Oslers liv og virke. «Det er å vone at fleire, særleg yngre lækjarar, kan få noko med seg av Oslers livsvisdom og kultur», skriver Vatle.*

*Om allmennpraktikeren skriver Osler i en av artiklene: «Han er sjølve marginen i profesjonen vår, med raust hjarte og klårt hovud.» Med denne vakre og tankevekkende julegaven til Utpostens lesere er Arvid Vatle selv det beste eksemplet på at Osler har rett i sin beskrivelse.*

*Aequanimitas betyr sinnsro. Utposten ønsker sine lesere en god og fredelig julehelg.*

*Elisabeth Swensen*



# Samarbeid 1. linje og 2. linjetjenesten

«Sterke meninger om primærlinjen»  
sa Utpostens redaktør, da han ringte. Jeg vet ikke det. Men jeg deler gjerne de erfaringer jeg har gjort meg i samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og annenlinjepsykiatrien.

## «Egen lege»

Jeg er født og oppvokst i Danmark, så min lege var familiens lege fra før jeg ble født. Da jeg siden flyttet hjemmefra og meldte flytting til folkeregistret i den nye kommune, ble jeg samtidig bedt om å velge ny lege fra en liste. Om det hadde vært behov for «second opinion» hos en annen lege, hadde det vært mulig mot betaling av egenandel, likeledes var legeskifte med overdragelse av journal mulig.

Begrepet «egen lege» er i det systemet entydig. Pasientens faste allmennlege har henvisningsplikten og epikriseretten. Så enkelt – og dog så vanskelig, skal man tro den norske debatten de senere år.

## «En som ikke kan sove»

Etter endt turnustjeneste begynte jeg midt på 80-tallet å jobbe i en allmennpsykiatrisk avdeling i Svendborg, som er en mellomstor provinsby på Fyn. Avdelingen var en del av et sentralsykehus og hadde en kombinert akutt-poliklinikk for somatikk og psykiatri. Pasienter som sykepleierne mente burde tilses av forvakten på psykiatrisk avdeling var ikke hyppig forekommende, – det kom i snitt en person hver annen vakt.

Som overskriften antyder åpenbarte det seg i ly av nattemørket et bredt diagnostisk spekter av friske ungdommer med kjærlighetssorg, angrende alkoholikere og unge mennesker med de første symptomene på en schizofrenilidelse.

Den viktigste oppgaven var å skjonne historien, ri av den akutte krisen og deretter sikre tilbakemelding til eksisterende behandlingskontakter når dagens lys oppratt og vakten sluttet. Tilbakemeldingen gikk oftest til egen lege. Den kunne også være til dag- eller botilbud i distriktspsykiatrien, som i den tid var under utbygging. Tilbakemeldingen kunne ellers gå til til kolleger på psykiatrisk avdeling eller til rusomsorgen som var integrert i avdelingen.



Kirsten Høbye: f. 1954.  
Overlege, psykiatrisk  
poliklinikk, Stavanger  
siden 1993.  
Cand. med. fra Odense  
1984, spesialist i psykiatri  
1994, gruppeanalytiker  
fra Institutt for Gruppe-  
analyse 1996.

## Åpen psykiatrisk poliklinikk

Ved det nærmeste universitetssykehus eksisterte det et lavterskelttilbud for forebyggelse av selvmord. Det bestod blant annet av en åpen akuttpoliklinikk som ble flittig brukt av byens befolkning på 180.000 mennesker. Der kom også henvendelser fra politiet, sosialarbeidere og andre som kom i kontakt med folk som vakte deres bekymring.

Et år var det gjennomsnittlig 24 henvendelser i døgnet. Antallet av henvendelser var så stort at forvaktens oppgave mest var å sortere de få som måtte innlegges fra de fleste. Noen fikk sikkert hjelp der og da, mens andre antakeligvis over tid lærte å fortelle om sine suicidale tanker når de hadde behov for å snakke. En stor del av avdelingens legeressurser gikk til denne type vaktarbeide.

## Psykoterapien i Norge

Psykoterapiens utvikling i Norge hadde et godt ry i Danmark i 80-årene. Det var en av årsakene til at jeg søkte mot Stavanger, hvor jeg har jobbet siden, de siste 6 årene som overlege på en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Utdanningsmessig fant jeg mye av det jeg søkte. Når jeg fortsatt bor her, er det mest fordi jeg trives med jobben.

## Henvisninger

Når jeg ser tilbake på henvisningene til psykiatrisk poliklinikk i disse årene, er det ting som går igjen. De fleste henvisningene kommer fra pasientenes faste primærleger som vurderer at det er behov for utredning og/eller behandling utover det som tilbys i allmennpraksis.

### «Rotet!»

Det som jeg tidlig reagerte på og som daglig er en kilde til irritasjon og ekstraarbeid, er rotet i henvisningspraksisen. Noen få henvisninger kommer fra allmennleger som selv mener å være pasientens faste lege, men som, mer eller mindre tilfeldig, viser seg å være en blant flere allmennleger som pasienten bruker. Enkelte pasienter oppsøker en lege for somatiske tilstander og en annen lege for psykiske, – med de omkostninger isolering innebefatter.

Opplysning om at de fleste depresjoner behandles med godt resultat i allmennpraksis er sikkert ikke ny for Utpostens leser. I psykiatrisk poliklinikk treffer vi både behandlere og pasienter som stiller seg tvilende til det. Muligens er det grunnen til at det kommer henvisninger til psykiatrisk poliklinikk fra allmennleger som pasienten har oppsøkt i den hensikt å bli henvist. Det kan være leger som pasienten ellers ikke kjenner, og som han ikke tiltrer kompetanse på psykiske lidelser.

Noen pasienter vurderes å være «i behov for psykiatrisk hjelp» f.eks. fordi de virker nedfor eller psykisk påfallende under utredning og behandling hos spesialist for en somatisk lidelse. Om det dreier seg om depresjon som pasienten

er i behandling for hos primærlegen, eller en psykisk grunnlidelse som er velkjent, utredet og behandlet, men som likevel gjør at personen fremstår psykisk påfallende, ser ikke alltid ut til å være forhold som tas i betraktning ved denne type henvisninger.

Andre mennesker presenterer sine psykiske symptomer på jobb og henvises til psykiatrisk poliklinikk av bedriftshelse-tjenesten. Disse henvisninger er i tillegg til ovennevnte svakheter ofte upresise og kortfattede, kanskje fordi pasientlegeforholdet er preget av pasientens tvil om legens tausetsplikt overfor arbeidsgiver.

Ikke helt få henvisninger kommer fra Legevakten, og fra Livskrisehjelpen, som er en åpen kommunal akuttpsykiatrisk poliklinikk bemannet med psykiatriske sykepleiere. Fra Livskrisehjelpen etterlyses det av og til mer direkte tilgang til poliklinisk vurdering og behandling på spesialist-nivå. Oftest er behovet en mer stabil behandlingsrelasjon. Noen henvisninger kommer som «spørsmål om legeeklaring» fra Trygdekontoret, tilsynelatende fordi grunnlaget for trygdeytelsen antas å være delvis psykiatrisk, men uten at primærlegens ofte ganske omfattende erfaring med søkeres lidelse er etterspurt.

De mest løsrevne henvisninger i poliklinikken kommer dog fra tilfeldige private bekjentskaper, hjelpsomme naboer eller familiemedlemmer, som samtidig er leger. Fremgangsmåten bør reserveres helt akutte situasjoner. Ikke-akutte henvendelser siles best via spesialister i allmennmedisin. Denne type henvisninger som utspringer av sosiale relasjoner, består som regel kun av opplysninger som er umiddelbart synlige. Det er forståelig. Men tanken om f.eks. å henvise direkte til kirurg for elektiv operasjon etter å ha hørt den del av anamnesen som fortelles spontant, men ikke den spørsmålskrevende del av anamnesen som bryter med vanlige sosiale regler samt uten å undersøke pasienten, er absurd for meg. Jeg tror det er bedre nabohjelp å foreslå henvendelse til primærlegen.

## Utarming av primærlinjen

Felles for alle disse henvisningene er at de utarmer relasjonen til den faste primærlegen. Rollen som koordinator og formidler for alle andre tiltak svekkes, og ansvaret for oppfølging underveis og etter utredning i annenlinjetjenesten pulveriseres. Det er lettere å ta ansvar for noe man selv har tatt initiativ til, enn for noe som dukker mer tilfeldig opp. Opplysninger om en pasient kan ligge spredt på flere legekontorer, og man risikerer dårligere vurderingsgrunnlag enn det ellers kunne ha blitt.

## Utarming av annenlinjetjenesten

I psykiatrisk poliklinikk er det dårlig anvendelse av tid og krefter å ivareta behandling som bedre ivaretas i førstelinjen med dens spesialkompetanse på bredden, eller

(unnskyld meg) det allmene. I tillegg kommer vi nok lengst med å dele oppgavene om den enkelte pasient mellom oss. Praktiske rutiner som sykemeldinger og blodprøvekontroller går for eksempel lettere i primærlinjen. Tiden vi i psykiatrisk poliklinikk bruker til å rydde i rotet når pasienten henvises uten kontakt med allmennlege, ville det vel også være i alles interesse om vi i stedet kunne bruke på utredning og behandling på spesialistnivå.

### Sosialpsykiatrisk team

I den perioden jeg har jobbet i psykiatrisk poliklinikk har vi utbygget konsulentjenesten overfor førstelinjetjenesten. Erfaringen i psykiatrisk avdeling var at eksisterende samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten bør ligge til grunn for tilbud om psykiatrisk konsulentjeneste.

Det ble i løpet av noen få år mulig å etablere sosialpsykiatriske team i alle bydelene i Stavanger. Teamene møtes jevnlig, – noen månedlig, andre hver annen uke, under ledelse av bydelsoverlegen eller den som han/hun har delegert teamarbeidet til. Teamets faste medlemmer er de kommunale psykiatriske sykepleiere og representanter fra bydelens sosialkontor samt en eller flere medarbeidere fra psykiatrisk poliklinikk.

Saker kan meldes av alle distriktets behandlere til teamet etter samtykkeerklæring fra pasienten.

I de enkelte saker innkalles relevante behandlere fra rusvern, psykiatri, sosiakkontor, barnevern osv. Sakene drøftes, og muligheter og begrensninger kartlegges. Grenseoppgangene mellom helse- og sosialetatene og mellom fylkeskommunale og primærkommunale oppgaver manifesterer seg direkte over bordet, og alle får realitetstestet sine forventninger. Som behandlere får vi mulighet til å fungere som en integrerende krets rundt pasienten.

### «Halvannen linje pasienten»

I det sosialpsykiatriske team hvor jeg har vært noen år, har det utviklet seg en fast krets av pasienter som drøftes med en viss regelmessighet. Dette fordi de over tid har behov for koordinerte tjenester.

Noen av disse pasientene har en tendens til å dukke opp forskjellige plasser i akutte kriser og fremstå med fragmenter av sin historie.

Enkelte henvises til psykiatrisk poliklinikk, men de uteblir ofte fra time. Med hensyn på denne pasientgruppen har det vært lærerikt å være med i sosialpsykiatrisk team og samle brikker til et mer samlet bilde. Der prøver vi sammen å få til en forståelse som gjør det mulig å etablere mål for behandlingen. Det er ikke alltid målene nås, men de kan være til støtte for tenkningen i relasjoner, – som ofte preges av kaos. Trygdekontoret i Stavanger er nylig oppdelt til kontorer på bydelsnivå. Jeg imøteser med interesse om de sosialpsykiatriske team kan være til nytte i samarbeidet rundt trygdesaker.

### Psykiatrireformen

Ellers har det vært spennende å sitte ved bordet og iaktta utviklingen av ideer for bydelens tilbud for psykiatriske pasienter. Disse holder på å ta form i forbindelse med anvendelsen av de statlige psykiatrimidler. Gjennom disse er det muligheter for å etablere tilbud som kan bli tilstrekkelig differentieret til å ivareta behovet for tilholdssteder på alle døgnets tider for de fleste kategorier av brukere.

### Hvem er primærlegen?

Jeg vet ikke om jeg har spesielt sterke meninger om primærlinjen. Min erfaring i psykiatrien tilsier at en fast primærlege en viktig forutsetning for rasjonell behandling i psykiatrisk poliklinikk.

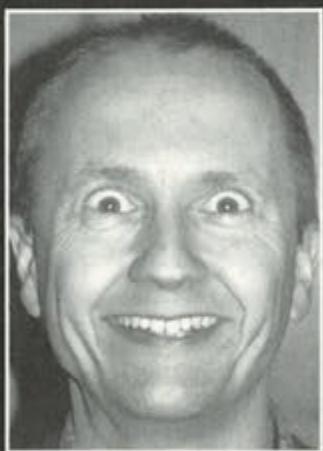
Åpne lavterskelttilbud er nødvendige, og de passer best i førstelinjen. Hvis det mangler mer langsiktige behandlings-tilbud, kommer disse akutte tilbudene lett til å stå for alene. For noen pasienter, spesielt de med mange akutte henvendelser, kan koordinering av kommunale og fylkeskommunale behandlere gjøre overraskende stor forskjell.

Som det fremgår, gleder jeg meg til det lykkes å få fastlege-reformen gjennomført. Jeg ser intet bedre svar på behovet for sammenheng i behandling for den enkelte pasient. Derfor spør jeg mange ganger i ukken: «Hvem er primærlegen?»

**“Dess mer kontakt legene hadde og dess mer fornøyde de var med poliklinikken, dess sjeldnere ønsket legene en annen profesjon og dess mindre problem syntes de dette var.”**

Fra «Evaluering av samarbeidet mellom primærlegejenesten og psykiatrien i Oslo» av Petter Ekem, utgitt av Statens Helsetilsyn 1996

# Lysbehandling ved



**Per Jonas Øglænd,**  
Myrullv 18, 4056 Tananger  
Ferdig medisinstudiet i Bergen 1980.  
Spesialist i allmennmedisin.  
Allmennpraktiker 15 år i Stavanger.

Nå en forandring midtveis i livet med  
psykiatri-spesialisering RPS, Stavanger.

Allmennpraktikeren har mange pasienter med depresjon. Vi møter dem stadig vakk. Kanskje særlig høst og vinter. 30–40 % av befolkningen får en depresjon en gang i livet, med andre ord et svært helseproblem. Noen er så alvorlig deprimert at de må innleggess. De kan være suicidale, psykotiske og/eller fullstendig ute av funksjon. Andre er lettere eller moderat angrepet. Noen har det en gang i livet, andre har det flere. Noen ganger finnes utløsende årsaker, andre ganger ikke.

Hva kan vi hjelpe dem med? Ja, som allmennpraktikere kan vi mer enn mest. Vi evner det utrolige, ordner opp i hva som helst og har selvsagt tid til å prioritere alle. Alle, alle vil vi ha med, vil vi ha på kontoret....

Spørk til side. Depresjon kan behandles på mange måter. Leger av i dag er flinke til å gjøre bruk av mange ting, vi er ikke enspora eller firkanta. Samtale, medisiner, kognitiv terapi mm.. Naturlig lys har til alle tider vært til hjelp ved depresjon. Solens helbredende kraft er stor. Nå går det altså an å bruke lysets kraft i planlagt behandling, det vil si lysbehandling.

Mange nyere vitenskapelige undersøkelser viser sikker effekt av lysbehandling på depresjon. Det ser ut til å ha effekt ved alle typer depresjoner. Imidlertid mest ved sesongvariasjon og dernest ved bipolar lidelse. Typisk ved sesong- eller vinterdepresjon er ofte hypersomni, søthunger og økt trøttbarhet. Jeg pleier å spørre etter de typiske depresjonssymptomene i samtalen med pasienten. Symptomene vi er ute etter finner vi i MADRS og/eller i diagnosekriteriene i ICD10 og DSM4.

Allmennpraktikere kan kunsten å diagnostisere en depresjon!

Lysbehandling er lett å bruke og vanligvis har det ingen bivirkninger. Noen få kan ha litt hodepine eller svie i øyene. En regner med at 90% av befolkningen ville merket effekt på energinivået etter lysbehandling.

Kanskje en god ide til morgenavisen? Det går nå an å kjøpe lysapparat i vanlige elektriske butikker, pris cirka 2-3000 kr. Pasienter har også begynt å kjøpe det selv. Alt som lyser opp tilværelsen, kan være kjekt å ha. Lyset skal helst gi en styrke på 10000 Lux ved 40 cm avstand. Bruksanvisning følger med.

## Bruksanvisning?

10000 Lux ved 40 cm avstand i 45 minutter. Hver morgen i to uker. Hvis ikke effekt etter to uker, prøv to uker til med en times behandling. Hvis ikke dette heller hjelper, har noen nytte av kveldsbehandling i ytterligere 7–14 dager. Eldre

# depresjon

pasienter må gjerne ha en time i 2–4 uker. Den som ønsker «vedlikehold», kan ta 10 minutter daglig.

Barn kan også ha effekt, typiske respondere er barn med litt depressiv sinnsstemning og lavt energinivå. Går leksene trått? .... tenn lys, også før advent.

Pasienten skal ikke se direkte på lyset. Men lyset må være foran ansiktet fra rett fram til ca 30 grader til sidene. En kan se TV samtidig, lese avis osv. Øynene må selvagt være åpne (selv om det forskes på lys i taket siste del av den sovende natten). Det er best effekt når behandlingengis nær normalt oppvåkningstidspunkt om morgenens. Da vil ofte døgnrytmen reguleres mot normalen. En kan også bruke det senere på dagen, men helst innen kl 20. Behandling ettermiddag/kveld vil ofte forskyve søvnperioden videre.

## Forslag til bruksmåte for allmennpraktikere?

Ja, absolutt!! Annerledes, spennende, ufarlig. Vi kan leie ut lyslampe 14 dager og ta litt leie, for eksempel kr 200 eller hva en finner for godt. Har pasienten effekt og vil ha muligheten til vedlikehold eller behandling senere, vil jeg deretter anbefale dem å kjøpe selv.

Deprimerte pasienter kommer til oss fordelt utover året. Vi vil derfor kunne leie ut lampen flere ganger i året og etter hvert også tjene noe på den. Et alternativ er at pasientene kommer daglig til lysbehandling ved kontoret. Hvis en har rom til dette, vil en jo kunne være flere leger om samme

lampe og ha flere pasienter pr dag, 1 time hver. Da åpner det seg jo også en del andre betalingsmuligheter, enkel pasientkontakt mm.

Hvor stor prosent virker det på? Det kommer an på om depresjonen er årstidsavhengig, hvilke symptomer man har, depresjonsdybde osv.. Såpass effekt er det, at det er verdt å prøve. Det kan også gi tilleggseffekt sammen med antidepressiva uansett årstid.

Lysbehandling kan også brukes til mer snadder-ting. Forskyve morgen-oppvåkning, øke vækenhet kveld, behandle jet-lag, søvnregulering i perioder med nattarbeid osv. Dr. med. Bjørn Bjorvatn ved Bergen Søvnsenter har utarbeidet en fin veileddning. Hvis du selv mister piffen og kreftene ute på høsten når stormane gnyr, kan du sette lampen på kjøkkenbordet mens du spiser og/eller leser morgenavisen. Eller når du tar deg en kvil på do med Illustrert Vitenskap, Utposten, Fantomet, Nytestamentet eller lignende. Kanskje kan du også bruke felles belysning under kveldsmaten for å få en sprek kveld innimellom hvis ektefellen ofte pleier å falle i søvn før tiden. Hyppighet etter behov.

*Sol ute – sol inne – sol i hjertet – sol i sinnet.* Tradisjonen sier sitt.

*Lykke til.*

**” 3/4 av legene anga at deres pasienter hadde fått andre profesjoner som behandlere på poliklinikken enn legen skulle ønske, oftest sykepleier eller sosionom i stedet for psykolog eller psykiater. 2/3 vurderte dette som et stort problem. ”**

Fra «Evaluering av samarbeidet mellom primærlegetjenesten og psykiatrien i Oslo» av Petter Ekem, utgitt av Statens Helsetilsyn 1996

# I psykiatriens blindsone

Av «Haugtussa»\*

\* Forfattaren nyttar pseudonym. Ho likar det ikkje, men ho orkar ikkje ein offentleg debatt om denne konkrete saka, det er ikkje derfor ho skriv. Både forfattaren og me i redaksjonen ynskjer at det vil kome reaksjonar og debatt om psykiatrien og ikkje minst psykiatrien sitt syn på dei pårørande si rolle i kjølvatnet av denne historia. Dei som ynskjer å kome i kontakt med «Haugtussa» kan vende seg til redaksjonen.

Red. anm.

## Kva seier eg til ungane – kor mykje skal eg sei?

Spørsmålet vart stilt kl 05.25, desembernatta var mørk og kald. Svarer frå psykiateren var: «Nei, det er vanskelig, det er fryktelig vanskelig. Kan du ikke si at han har vært syk?»

«Syk?! Han har vore sjuk i eit halvt år, det veit dei. Men no er han død.»

Mannen min vart sjuk i juni og bad sjølv om å bli innlagt på psykiatrisk avdeling i august. Han skulle eigentleg koma heim til jul, men gjorde det altså slutt få dagar før. Han hadde hatt ein liknande periode i sin ungdom, men hadde seinare vore sunn og frisk. Han var ein livsglad og aktiv

mann. «Alle ville ha ein del av han – og dei fleste fekk det» sa ein av naboane. Det handlar om eit overskotsmenneske som hadde svært mykje å gje både til familien og andre.

*Då klokka nærma seg seks, ringte eg kommunelegen og forklara situasjonen. Hennes svar kom automatiskt, det som truleg var det einaste rette svaret. Ungane måtte få vite at faren hadde tatt sitt eige liv på sjukehuset, og at dei, ungane, ikkje hadde noko skuld i det som hadde skjedd. Sjølv ville eg aldri ha tenkt på at ungar i det heile stiller seg slike spørsmål.*

*Dette rådet kunne ikkje TSS gje, men primærlegen kunne det – nesten i sovne.*

17. desember, snart jul.

Psykiatrien er i sokkeloset og får heldigvis auka løvingar over statsbudsjettet. For hardtarbeidande helsepersonell og pasientar er dette kjærkome og nødvendig. Psykiatrisk avdeling på Telemark Sentralsjukhus skal rustas opp for 60 millionar kroner, men forunderleg nok utan at det gjev ein einaste ny behandlingsplass. Er det slik at kvalitet alltid handlar om pengar, stillingar og finare kontor? Det er det grunn til å tvile på.

Me var det ein vel kan kalle ein moderne, ressurssterk familie med god økonomi, ein triveleg heim og mange venner, med andre ord: ein familie som hadde det meste på plass. Som mange andre sleit me med å få tida til å strekke til og gjorde val som ikkje alltid var like gjennomtenkte. For oss var det som skjedde ei ufatteleg tragedie. Når nokon avsluttar livet ved eiga hand, får dei nærmaste ein livstidsdom der det aldri blir rom for ettergjeving av straff. Uansett skuldsørsmål må me leva med sorga, saknet og alle spørsmåla – livet ut.

Psykiatriske sjukehus vil truleg alltid måtte vera budd på å miste pasientar, men målet er vel å hjelpe så mange som råd til å hente inn att den mentale helsa. Sjølv var eg imot sjukehusinnlegging, men mannen min kjende at han måtte ha profesjonell hjelp. Den dagen eg køyerde han ned til sjukehuset var den nest verste i mitt liv, me hadde ikkje klara

denne kampen sjølvé slik me hadde gjort det i andre motbakkar. Då han blei innskriven på sjukehuset, var det som om han fekk stemplet TSS i panna: offentleg eige.

Gjennom lange haust- og vintermånader gjekk dagane som eit endelaust kaos av omsut for mindreårige barn, pendling til arbeid og sjukehus og ei overveldande kjensle av ikkje å strekke til. Når ein ikkje er trenar eller har fagkunnskap om psykiske problem, er det som om alt du gjer blir feil, «damned if you do and damned if you dont».

I ettertid stilte eg spørsmål til sjukehuset ved sider av behandlinga. Grunngjevinga til sjukehusdirektøren var at eg som pårørande hadde opplevd eit sjukehussystem som, etter familiens mening, kunne vore betre. Brevet hadde overskrifta:

### Fuglebur-terapi på TSS

«For oss var det eit ufattelag og uerstatteleg tap då far til våre barn, min gode ektemann, ein kjærleg son og bror og ein god venn for mange gjorde det slutt på ein dramatisk måte rett før jul. Eg og me sit att i eit tomrom med berre spørsmål, ingen svar. Dei fleste av spørsmåla må me slite med sjølvé, men nokre av spørsmåla må stillast til TSS- psykiatrisk avdeling. Sjukehuset har innrømt at det var feil å sleppe han ut på tur aleine kvelden den 16.12, ikkje minst fordi broren hadde åtvara ein time før dette skjedde.

For meg kan det sjå ut som om det her i større grad er snakk om systemfeil enn enkeltståande, individuelle feilvurderingar. Sjølv om pasienten sa han berre skulle ut ein liten tur, venta sjukehuset ein og ein halv time før dei slo alarm. Det gjekk to og ein halv time før politiet vart varsle, og politiet fekk bruke tid på å spekulere over om vedkomande kunne ha dratt ut til foreldra i Porsgrunn. Denne teorien meinte eg som pårørande var heilt usannsynleg fordi mannen min ikkje hadde nøklar, foreldra var bortreist og han hadde ikkje pengar på seg. Det hadde ikkje sjukehuset sjekka, heller ikkje om han hadde yttertøy på seg. For oss som kom ned til sjukehuset seint på kvelden såg det ut som om sjukehuset stod i denne situasjonen for første gong. Dei mangla rutiner og utstyr for å søkje etter den sakna pasienten. Viss mine opplysningar er rette, har avdelinga hatt fire sjølvomord i løpet av det siste kvartalet. Eg tek atterhald om talet, men min mann var i alle fall sterkt gripen og sjokkert over ei ung mor som tok sitt liv berre få veker før han sjølv enda sitt liv. Viss mine informasjoner er rette, hadde dette tilfelle likhetstrekk med det som skjedde med min mann. Bør ikkje dei ansvarlege på sjukehuset vere eksstra vaksame etter at slik har skjedd?

Møte med psykiatrien var ei svært blanda erfaring. Det starta i sommar med at me vart avvist på den psykiatriske poliklinikken i heimkommunen, me fekk beskjed om å kome att, ventetida var tre og ei halv veke. Ved hjelp av bedriftshelsetenesta i Midt-Telemark fekk me truga oss til ei samtale likevel. Kort oppsum-

mert var svara frå den psykiatrisk sakkunnige at – dette kjem til å ta tid, det er ingen ting de kan gjøre anna enn å vere tolmodige, de kan ikkje drive terapi på eiga hand. Tablettar fekk min mann tilbod om, eit rikhaldig tilbod av fleire slag.

For min mann var det som eit leirras hadde blitt utløyst, og han bad etter kvart om å bli lagt friviljug inn på TSS, psykiatrisk avdeling. På 3 B, lukka avdeling, fekk han ut frå mi vurdering adekvat behandling. Eg var skeptisk til den svært tunge mediseringa og blanding av ulike medisinar, men det meinte legane var nødvendig.

I tillegg til medisining fekk han terapi/samtale med psykolog, og pleiarane fylgte tett opp. Dersom me som pårørande spurde om ting eller reagerte vart det alltid tatt seriøst, og me fekk ei forklaring. Anten det gjaldt enkle ting som hårklypp eller rutiner rundt besøk og liknande, tok sjukehuset spørsmåla på alvor. På avdeling 3B stod pasienten i sentrum.

Etter kvart som min mann vart betre kom han over på 1 A, på open avdeling, og der var han om lag halvannan månad no på slutten. På den avdelinga var det ei heilt anna haldning. Som pårørande fekk me vite at me gjerne måtte spørje viss det var noko me lura på, men dei ansvarlege som kunne gje svar var sjeldan til stades. I løpet av denne perioden var eg til samtale med ansvarleg psykiater ein gong. Då eg ringte til avdelinga, fekk eg beskjed om å ringe på pasienttelefonen i gangen. På 1 A fekk ein ei kjensle av at familie/pårørande er rusk i maskineriet, lekfolk som bør kjenne sin plass.

To gonger denne hausten såg eg min mann glad, nesten som før. Den eine gongen var då eg tok han med på Skøyen/Blunk-revy i Ibsenhuset utan å spørje psykiatrisk ansvarleg, det ville blitt stoppa. Den andre gongen var då han fant ut at han ville bli med meg og jentene på ein helgetur til København. Det glede han seg så til at han undersøkte prisar, bestilte og betalte billettar. Det var fyrste gongen på mange månader at han sa: «det har jeg lyst til, det tror jeg jeg klarer». Men psykiatrisk ansvarleg frårraddde han så sterkt å reise til København at han miste motet. Det nyttalit om eg sa at eg tok ansvaret, avgjørda stod fast. Hadde avdeling 1A tilbydd eit godt gjennomtenkt terapeutisk opplegg som ville bli forstyrra av ein slik tur, kunne vel ei slik avgjerd vore forstådeleg, men når tilbodet er å gå tur og snikre fuglebur, meiner eg at det ikkje i det heile blir gjort individuelle vurderingar. Ein pasient er ein pasient er ein pasient er inntrykket ein som pårørande sit att med. Ein pasient på 1 A er offentleg eige, ikkje eit menneske som blir vurdert i høve til den yrkesmessige og private relasjonen vedkomande er i utanom sjukehuset. Dette kom også klart fram i den manglende interessa for opplegget etter at mannen min skulle ha blitt utskrivne etter jol, ettervern var ikkje tema.

Når legane no får si eiga avdeling på Modum, twilar eg på om snikring kjem til å vere ein vesentleg del av terapitilbodet. Min mann hadde svært mange gode og sterke sider, snikring var definitivt ikkje ei av dei. Det var ein av grunnane til at han blei siviløkonom og ikkje snikkar. For han var fuglebur-terapi snarare ei

straff enn terapi, nok eit nederlag blant alle dei andre i denne perioden. Han sa at folkå som jobba på sikkerverkstaden var hyggelege, «instruktøren hjalp meg veldig, det var i grunnen han som laget fugleburet». Det å få samtaleteperi om lag ein halv time i veka, er langt frå nok til å hjelpe folk på rett kjøl. For mannen min blei ventetida frykteleg lang.

Då leiting endeleg vart sett i gang kvelden 16. desember, var sjukhuset utan utstyr og utan kompetent beredskapsordning. Ei kvar viltnemnd her i fylket ville vore raskare ute på sok etter ein påkøyrt elg enn sjukhuset var etter min mann. Det var ingen rutiner, så langt eg kunne sjå, på korleis ein sjekkar spor både på rommet (pengar, yttertøy og liknande) eller sjekkar spor i snoen ute. Politiet vart varsle to og ein halv time etter at min mann hadde gått ut. Ein aksepterte at politiet brukte verdfull tid på å leite i Porsgrunn der foreldra budde, 12-13 kilometer frå sjukhuset, sjølv om eg som pårørende meinte det var bortkasta både fordi min mann ikkje hadde nøkkel og foreldra var bortreiste. Både broren, foreldra hans og eg har heile tida vore viljuge til å stø opp så godt det let seg gjøre, men me har i liten grad blitt tatt med på råd – eller fått råd om kva me kunne gjøre for å hjelpe. For pårørende er det vanskeleg å sjå at ein av dei nærmeste mister det mentale fotfeste. Ein står kunnskapslaus og hjelplaus utan å vite korleis ein bør te seg. For meg er det vanskeleg å forstå at ikkje sjukhuset ser familien som ein nøkkel til løysinga for pasienten.

På vegne av mine tre barn og meg sjølv, og med tanke på framtidige pasientar bed eg ansvarlege ved TSS svare på nokre få spørsmål.

## Eg vil gjerne ha svar på følgjande konkrete spørsmål:

Vet psykiatane nok om biverknadene av dei store medisinmengdene og korleis dei ulike medisinane verkar inn på kvarandre?

Blir det oppretta ei skikkeleg beredskapsordning for psykiatrisk avdeling slik at sjukhuset har rutiner og utstyr til å takle slike situasjoner i framtida?

Kva er det terapeutiske målet med å la høgt utdanna personar snikre fuglebur?»

Svaret frå sjukhuset var eit god-dag-mann-økseskraft svar, frå psykiateren som hadde ansvaret den seinste tida og den kvelden ulukka skjedde. Bukken og havreskeken-prinsippet fungerte sjølv om brevet var stila til sjukhusdirektøren og overlegen. Det låg ikkje føre terapi-journalar, dødstidspunktet ville eller kunne ikkje sjukhuset svara på, verknadene av medisinar og beredskap vart hoppa over. Etter fleire veker fekk me tilsendt ei ny dødsmelding der datoen

var korrigert – med gul tusj. Inga forklaring, inga orsaking. Takka vera ein fantastisk psykolog på TSS, ein barnevernlege som tilfeldigvis kjente svigerinna mi og bror min – og vår lokale helseteneste, har me fått hjelp og råd.

Du undrar kanskje på kvifor eg skriv denne artikkelen. Det gjer eg også. Det lettaste ville vera å gøyme seg, sleppe ljøset på alt det som framleis er så vondt. Sett utanfrå kan ein lure på om delar av psykiatrien har stivna i 50-talets behandlingsmønster med tung medisinering i staden for terapi og minimal kontakt med verda utanfor gjerdet. Der medisinen ikkje hjelper er lobotomeringa bytta ut med elektrosjokk.

Som pårørende er me sikkert både brysame, vanskelege og urimelege i våre krav, rasjonell og fornuftig dialog er ofte ikkje det ein er flinkast til når ein står midt oppi den svartaste fortviling. Men er utestenging av pårørende svaret likevel?

Me fekk mykje meir informasjon og kontakt då mannen min vart innlagt med brote bein etter ein bedriftsfotballkamp enn me fekk då han var pasient på psykiatrisk avdeling.

## Osårbar

*Osårbar, osårbar  
är den som fattar ursprungsordet:  
Det finns inte lycka och olycka.  
Det finns bara liv och död.*

*Och när du har lärt det och slutat jaga vinden  
Och när du har lärt det och slutat skrämma av blästen  
Så kom tillbaka och lär mig ännu en gång:  
Det finns inte lycka och olycka  
Det finns bara liv och död.*

*Jag började stava, när min vilja föddes,  
Och slutar stava, när min vilja upphört.  
Ursprungsordens hemlighet  
Förvarvar vi inntil döden.*

*Karin Boye*

# NSAID!

NYHET:  
**Akutt migreneindikasjon!**



med HURTIGVIRKENDE

**CATAFLAM®**  
diclofenac kalium



**NSAID tabletten med  
raskest innsettende effekt? (ref.1)**

- maksimal serumkonsentrasijsjon 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.

C: Cataflam "Novartis"

Antiinflammatorisk

ATC-nr.: M01A B05

TABLETTER 50 mg: Hver tablet inneh.: Diclofenac. kal. 50 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk 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. plasmakonsentrasijsjon 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 synovialvæskan. 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 fæces. Pasientens nyre- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikkmonstret av den aktive substansen.

Indikasjoner: Akutte anfall av migrene. Primær dysmenoré.

Kontraindikasjoner: Mavesår eller sår i tarm. Overfølsomhet for diklofenak eller noen av hjelpestoffene. Pasienter der acetylsalisyrsyre eller andre NSAIDs har forårsaket astma, urticaria eller akutt rhinitis.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, brekninger, diaré, abdominale krampere, dyspepsi, flatulens, anoreksi. Hud: Utsett. Lever: Økning i serum amiotransferaseverdier. 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 gulsort. Sentralnervesystemet: Sovnighet. Sirkulatoriske: ødem. Øvrige: Hypersensibiliseringreaksjoner som astma, systemiske anafylaktiske/anafylakoide reaksjoner inkl. hypotension. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolytisk anemi, aplastisk anemi, agranulocytose. Gastrointestinale: Aførs stomatitt, glossitt, oesophaguslesjoner, diafragmalignende intestinalstrukturer, non-spesifikk hemoragisk kolitt og forverring av ulceris kolitt eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bullous erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt tokssisk epidermolyse), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), håttap, fotosensibiliseringreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sanseforstyrrelser inkl. parestesier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, sovnbesvær, irritabilitet, krämper, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykotiske reaksjoner, aseptisk meningitt, synsforsytreller (tåkesyn, diplopia), redusert hørsel, tinnitus, smaksforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpitasjon, brystsmerter, hypertensijs, hjertesvikt. Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri, interstitiell nefritis, nefrotisk syndrom, papiller nekrose. Øvrige: Hypersensibiliseringreaksjoner som vaskulitt, pneumonitt.

Forsiktigheitsregler: Hvis mavesår eller gastrointestinal blødning oppstår, skal behandlingen avbrytes. Kan maskere symptomer på ulcer. Forsiktighet utvises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulceris kolitt, 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 varselsymptomer. 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 blodplateaggresjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøyde. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnervøse forstyrrelser, bør advares mot bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent.

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

Interaksjoner: Diklofenak kan medføre økt plasmakonsentrasijsjon 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 tilfeller av interaksjoner med diklofenak 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 blodkonsentrasijsjonen 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 krämper som følge av samtidig bruk av NSAIDs og antibakterielle midler i kinolongruppen. Ved samtidig administrering av diklofenak og kolestipol eller kolestyramin reduseres absorpsjonen av diklofenak med henholdsvis 30% og 60%. Preparatene bør gi med flere timers mellomrom.

Dosering: Tablettene bør sveles hele med rikelig væske, fortrinnsvis før måltid. *Migrene:* Det anbefales å ta 1 tablet (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 tablet (50 mg) 1-3 ganger daglig i inntil 4 dager.

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

Pakninger og priser: Enpac: 20 stk. kr 74,70 100 stk. kr 254,30  
Preparatomtale pr. 12,98 (SPC 04.12.98)

Avdelingsoverlege,  
Psykiatrisk Klinikk, Inn-  
herred sykehus, Levanger,  
Nord-Trøndelag.  
Cand. med. 1979 – allmenn-  
praktiker DNLF – spesialist  
i psykiatri 1990.  
Tidl. redaksjonsmedlem  
i Utposten 1986–88.

**Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale MADRS** (egentlig MÅDRS) ble utviklet i et engelsk-svensk samarbeid for å måle forandringer av depresjon, mens pasienten med depresjon er under behandling. MADRS er en graderingsskala, der ti ulike sider av depresjonssykdom vurderes hver etter en tallskala fra 0 til 6 og summen, eller total skåre, indikerer alvorlighetsgraden av depresjonen.

MADRS kan ikke erstatte et klinisk intervju; en vurdering gjort av en erfaren behandler.

I 1979, da MADRS ble presentert, ble den solide inter-bedømmer-reliabiliteten av måle-instrumentet dokumentert ved å sammenligne det bl.a. med erfarte klinikeres helhetsvurdering av pasienter med depresjon.

Professorene Stuart Montgomery og Marie Åsberg lanserte MADRS som et måleinstrument som dekket behovet for pålitelig måling av behandlingseffekt av depresjon: «A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change». Kravet til

MADRS var effektivitet og presisjon: måleinstrumentet skulle kunne brukes i klinikken, også av allmennpraktikere.

# MADRS – et måleinstrument for depresjon

Av Marit Bjartveit Krüger

**Metode:** Ti ulike sider av depresjonssykdommen graderes: Observert tristhet, rapportert tristhet, indre spenning, redusert nattesøvn, svekket appetitt, koncentrasjonsvansker, initiativløshet, svekket følelsesmessig engasjement, depressivt tankeinnhold og selvmordstanker. I graderingen fra 0 til 6 settes 0 som «ikke observerbart/ikke rapportert» og 6 representerer det mest ytterliggående innenfor kategorien. For eksempel under kategorien «depressivt tankeinnhold» representerer grad 6: «Absurde forestillinger (vrangforestillinger) om økonomisk ruin eller utilgivelige synder. Absurde selvanklager.» Totalsum fra 0 til 60 graderer alvorligheten av depresjonen: 0–6 = ikke deprimert, 7–19 = mild depresjon, 20–34 = moderat depresjon, 35–60 = alvorlig/melankoliform depresjon.

Graderingen bør baseres på pasientsamtale, der alliansen med pasienten vektlegges først.

Pasienten oppfordres til å beskrive sin situasjon med egne ord. Etter hvert kan intervjuer stille stadig mer detaljerte spørsmål for presis gradering av kategoriene i MADRS. Dersom pasienten ikke kan gi svar som gjør gradering mulig, kan intervjuer innhente komperentopplysninger.

MADRS har vektlagt generelle aspekter ved depresjon, som ofte forandres når depresjonen letter. MADRS inneholder for eksempel ikke gradering av seksuell dysfunksjon (svekket libido, impotens eller manglende orgasme), fordi en endring av dette ikke alltid er i samsvar med bedring av depresjon. Medikamentbivirkninger kan medvirke til at det depressive symptomet seksuell dysfunksjon er lite endret, mens medikamenteffekten av antidepressiva kan resultere i betydelig bedring av depresjonen.

MADRS har vært utprøvd over store deler av verden og er et pålitelig måleinstrument for endring av depressive symptomer innenfor de fleste kulturer.

Motforestillinger overfor MADRS har ikke minst Stuart Montgomery og Marie Åsberg bidratt med selv: MADRS er lite heldig som et isolert diagnostisk instrument. MADRS kan inngå som en del av en diagnostisk prosedyre, og også som ett av flere evalueringstverktøy i behandlingsprosessen.

**MADRS**  
(MONTGOMERY AND ÅSBERG DEPRESSION RATING SCALE)  
(Montgomery et Åsberg. Brit J Psych. 1979; 134, 382-9)

Skjema nr.  Side 1 av 2

VENNLIKT SKRIV TYDELIG	BRUK SØRT KULEPENN	BESVAR ALLE SPØRSMÅL
Patient initialer: <input type="text"/>	Patient nr.: <input type="text"/>	
Day Month Year	Time Min.	
Tidspunkt:		Status nr.: <input type="text"/>
SETT ETT KRYSS VED HVERET SYMPTOM		

**1. Spesiell tristhet**  
Sikter på dysfremhet, tungtårn, fortvilelse innen enkeltbare, vanlig forbigående dørlig humør, slik det oppsætter seg i tids, mimikk og holdning. Grader i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (D).

0 Ingen tristhet.  
 1  
 2 Ser trist og humores ut, men kan leilighetsvis lyse opp.  
 3  
 4 Virker trist og ulykkelig hele tiden.  
 5  
 6 Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

**2. Tristhet**  
Tar sikte på subjektiv opplevet stemmingslengsel, uansett om stemningen gir seg som uttrykk eller ikke. Omfatter omstemmingssyke, tristhet, oppgittethet, tungtårn, hjelpeleshet og hjelpebehov. Grader i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad stemmingsinnstillingen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppmerksomhet skilles som D.

0 Start sett inndifferent stemningsstille. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilslutter det.  
 1  
 2 Overlevende følelse av nedsetthet, men lysere øyeblikk forekommer.  
 3  
 4 Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysfremhet. Stemmingsinnstillingen influerer knapt av ytre omstendigheter.  
 5  
 6 Konstant oppleverte av sterk tristhet og fortvilelse.

**3. Indre spennin**  
Sikter på følelse av vag utlyttelighet, ubehagelig indre spennin, uro, angst, vingende til panikk. Grader i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (D).

0 Rolig, bare antynding til indre spennin.  
 1  
 2 Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spennin og vag uro.  
 3  
 4 Vedvarende følelse av indre spennin eller panikk-episoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.  
 5  
 6 Velkjent følelse av angst og angst. Overveldende panikkfølelse.

**4. Redusert nattesøvn**  
Sikter på subjektiv oppleverte av kortvarig eller mindre dyp sovn sammenliknet med vanlig tilstand.

0 Sover som vanlig.  
 1  
 2 Moderate innnovningsvansker eller moderat redusert, lett eller usiglig sovn.  
 3  
 4 Soveren redusert eller avbrutt med mindst to timer sammenliknet med vanlig.  
 5  
 6 Mindre enns to til tre timer sovn om natten.

I enkelte karikerte former for travel klinisk praksis har MADRS blitt misbrukt: kontorpersonalet utspør pasienten punktvis etter MADRS, summerer totalskåre og roper dette over intercom til legen som taster ut ferdig dataresept på et antidepressivum til pasienten. Oppfølging består av at pasienten får time til ny MADRS-kontroll innen åtte uker, uten overhodet å møte sin behandlende lege.

Enkelte behandlere anser MADRS å utgjøre et fremmedelement i den vanskelige pasientsamtalen; en teknifisering av følelsesmessige aspekter. MADRS kan heller vurderes som en strukturering av samtale-disposisjonen. Mange anbefaler å supplere med et selv-evaluering-instrument, for eksempel HAD (Hospital Anxiety and Depression rating scale), der pasienten kan få hjelp til å utdype forandringer som hun eller han har opplevd under depresjonen.

Andre kritikere hevder at MADRS er snever, eller todimensjonal: intervjuer teller symptomer og graderer uten å utøve klinisk skjønn overfor vektingen av de enkelte symptom. For eksempel under kategorien «Selvmordstanker», grad 6: «Utalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser til suicid.» En pasient som graderes til 6 under denne kategorien, er tiltrengende øyeblikklig hjelp innleggelse uavhengig av hva totalskåre i MADRS er.

Den vanligste feil en intervjuer av MADRS gjør, er å legge inn egne tolknninger av observasjoner og rapportering. Instruks for gradering er å gjøre dette strengt etter pasientens rapportering, og ikke etter intervjuers forståelse. I så måte representerer MADRS vektlegging av pasientenes utsagn på en kanskje psykiatrisk/psykologisk uvant måte.

I «Psykisk Helse» 4/99 sier forfatteren av «De Gales Hus», Karin Fossum bla at «... jeg tror ikke at terapi forandrer noe. Når et menneske sier til meg at det har forandret seg gjennom en terapi, tenker jeg at det samme mennesket uansett ville ha forandret seg på tyve år.»

MADRS gir en mulighet for å måle kapasitet for forandring i det depressive sykdomsbildet når depresjonen behandles. Måleinstrumentet MADRS tallfester behandlingsforløpet, og kan øke pasientens forståelse for og håp om bedring.

#### Referanser:

Montgomery SA, Åsberg M: A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change.

Brit J Psychiatry 1979; 134, 382-9

Wsnaith RP et al. Grade Scores of the Montgomery-Åsberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. Brit J Psychiatry 1986, 148, 599-601

Dahl AA, Eitinger L, Malt UF, Retterstøl N. Lærebok i psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1994

Side 2 av 2

Patient nr.: <input type="text"/>	Status nr.: <input type="text"/>
<b>5. Svekket appetitt</b> Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.	
<input type="checkbox"/> 0 Normal eller øket appetitt. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Moderat redusert appetitt. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Nesten ingen appetitt, maten smaker ikke, må bvinge seg selv til å spise. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Mindre enns to til tre timer sovn om natten.	
<b>6. Svekkende følelsesmessige reaksjoner</b> Sikter på subjektiv oppleverte av svekkede interesser for omgivelserne, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Denne til å mangle med aktuelle følelser på omstendigheten eller andre interesser er redusert. Siktes fra initiativskapet (D).	
<input type="checkbox"/> 0 Normal interesse for omgivelserne og andre mennesker. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å føle sinne. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelse for venner og bekjente. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Opplevet av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller syn, og til dels svært lavt nivå av følelse for nære slektninger eller venner.	
<b>7. Konsekvensomsværker</b> Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsekvensvansker. Grader i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.	
<input type="checkbox"/> 0 Ingen konsekvensvansker. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Leilighetsvis vansker med å samle tankene. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Vansker med konsekvensvansker med vedvarende oppmerksomhet, som forstyrer lesing eller konversasjon. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Invalidiserende mangel på konsekvensvansker.	
<b>8. Initiativløshet</b> Sikter på vansker med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og utføre dagligdagse aktiviteter.	
<input type="checkbox"/> 0 Ingen spesielle vansker med å komme i gang med ting, ingen treghet. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Vise vansker med å komme i gang med aktiviteter. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Vansker med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Mell manglende evne til å ta initiativ. Utan evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.	
<b>9. Suicidaltankar</b> Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en nærmiljø ikke vil være velkommen, suicidale tankar, og forberedelser til selvmord.	
<input type="checkbox"/> 0 Ordinær livsyn, tar det som det kommer. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Lei av livet, men bare flyktige suicidaltankar. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Vilie helst være død, suicidaltankar opptrer hyppig, og suicid anses som en mulig løsning uten at det foreligger spesiifikke planer eller intentioner. <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Utalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.	
TOTALscore: <input type="text"/>	
Dag Month Year	
Underskrift: _____	

SEROXAT® Novo Nordisk Pharma AS

# Hva trenger du å vite

*Intervju med Per Anders Øien*

Av Tone Skjerven

**Undertegnede arbeider for tiden ved Modum Bads Nervesanatorium (MBN) der gruppepsykoterapi er en vesentlig del av behandlingstilbuddet. Når jeg tenker tilbake på mine erfaringer som allmennpraktiker, slår det meg at jeg ikke i stor nok grad har erkjent og kjent til gruppeterapiens potensiale som en alternativ behandlingsmåte/henvisningsvei for pasienter med psykiske lidelser. Etter å ha luftet dette med andre allmennleger, ser det ut til at det kan være nyttig med informasjon og oppdatering på området. Jeg har derfor benyttet anledningen til å få et intervju med sjefslege Per Anders Øien ved MBN om gruppeterapiens innhold og muligheter ved forskjellige psykiatriske problemer.**

*Fortell litt om din bakgrunn, fra allmennpraktiker til psykater*

Jeg begynte som allmennpraktiker i 1979 og trivdes svært godt med arbeidet. Jeg opplevde imidlertid ofte å ha pasienter som jeg ikke kom videre med samtidig som jeg ante at de kunne ha et større potensiale til egenomsorg og egenansvar enn det jeg greide å mobilisere. Jeg inviterte nok litt for mye til at «jeg skal hjelpe deg» og «jeg skal ordne opp for deg» enn jeg i ettertid tenker var godt. Dette gjaldt ofte gjengangerne, de som enten skulle ha en ny pille, nye timer hos fysioterapeut, et opphold på rekonesenthjem osv. Du måtte hele tiden «finne på noe».

I forbindelse med min spesialitetsutdanning i allmennmedisin, begynte jeg på MBN og stiftet bekjentskap med grup-



peterapi som i første omgang virket både skremmende og vanskelig. Etterhvert forsto jeg mer av potensialet i denne terapiformen og var heldig å komme inn på den 5-årige utdanningen i gruppeanalyse som Institutt for Gruppeanalyse tilbyr. Dette er definitivt det mest spennende jeg har gjort som utdanningsprogram i forhold til min seinere virksomhet.

*Hva er det som er så bra med gruppepsykoterapi slik du ser det?*

Det jeg ser på som entydig positive sider ved gruppepsykoterapi, er først og fremst at mennesker stimuleres til å hjelpe hverandre. Jeg tror at folk har store muligheter til å hjelpe hverandre når de blir speilet av noen som har opplevd lignende ting selv.

Det andre er det økonomiske aspektet, og da sikter jeg ikke først og fremst til det pekuniært økonomiske, men det å kunne behandle flere mennesker på en gang. Det var nettopp noe av opprinnelsen til den første gruppeterapien, at man ønsket å økonomisere med tiden. Så oppdaget man hvordan dette også kunne ha en additiv effekt på selve terapiutkommet, at summen av behandlingen ble bedre for den enkelte enn ren individualterapi.

*I hvilken grad er denne antakelsen dokumentert?*

Den er ganske godt dokumentert. Det er gjort flere kontrollerte studier som sammenligner individualterapi med gruppeterapi, og da vil jeg spesielt trekke fram Piper et al: «A comparative study of four forms of psychotherapy» fra 1984. Hvis man ser på de forskjellige studiene som en metaanalyse, gir de ingen signifikant forskjell på de to terapiformene, ergo kan man si at gruppeterapi gir et like godt utbytte som indi-

# om gruppepsykoterapi?

vidualterapi, men når altså langt flere. Andre forhold virker imidlertid inn her, som f.eks. tidsfaktor og problemstilling.

*For hvilke pasientgrupper er det gjort tilfredsstillende studier?*  
De største undersøkelsene er gjort på personlighetsforstyrrelser, depresjonsproblematikk og visse typer angstlidelser. Så begynner man å få studier på overgrepssproblemer, rusproblematikk og i kriminalomsorgen.

*Hvilke forskjellige former for gruppeterapi finnes i Norge i dag?*

Vi kan starte med gruppeanalysen, også innen denne er det flere retninger der noen er meget analytiske og der terapeutene er svært lite verbalt aktive. Så har du de mer kognitivt rettede gruppene der terapeuten er mer direktiv, aktiv. Nylig ble det gitt en internasjonal forskningspris til en norsk psykiater, Per Høglend, som har gjort en svær studie på psykoterapiprosesser. Han har funnet at langvarig bruk av individuelt analytiske prinsipper ofte kan være skadelig for pasientene. Med det menes at jo mer man baserer terapien på overførings- og motoverføringsmekanismer, jo mer kan man over tid gjøre skade. Blant annet på bakgrunn av dette, tror jeg vi vil oppleve mer vekst på kognitive grupper og grupper rettet mot mestring. Andre gruppeterapiformer er slike som fokuserer på en bestemt problemstilling og jobber kun med den. Videre har du gestaltgruppene. Jeg har ikke selv noen erfaring med det, men det brukes nok elementer av gestalt i den type terapi som jeg driver også, det at man kjenner igjen skikkelse og bruker rollefigurer som en del av terapien. Noen driver også med psykodrama.

*Vil du kort beskrive den gruppeanalytiske tilnærmingen?*

Vi anvender i høy grad tolkninger. Terapeutens evne til å intervenere med tolkninger av det som skjer på gruppenivå og individnivå står i fokus. Det å forsøke å forstå prosessene på flere plan blir viktigere enn å gripe inn og endre i første omgang. Man jobber selvsagt allikevel med den hensikt at ting skal endre seg. Man kan si at denne terapiformen er innsiktorientert, mens man f.eks. vil si at kognitiv terapi er mer endringsfokuseret og mer konkret rettet mot å avdekke tankemønstre og endre disse.

*Hvilke pasientkategorier synes du egner seg best for den terapiformen som du driver?*

Personlig har jeg mest erfaring med lette til moderate depressive lidelser, angstlidelser og mest av alt personlighetsforstyrrelser. Ved grundig nok diagnostikk vil du nok finne at rundt 50 % av dem som har deltatt i mine grupper, har hatt en personlighetsforstyrrelsediagnose.

*Over hvor lang tid går pasientene til behandling?*

Jeg har kjørt en studie på fire såkalt lukkede grupper over to år med 8 pasienter i hver gruppe. Med en slik gruppe kan gruppetilhørigheten bli veldig god, forpliktelser blir relativt stor og tryggheten tilsvarende høy. Jeg har senere tenkt på muligheten av å ha flere grupper gående over kortere tid. For tiden driver jeg langsomt åpne grupper der pasienter skiftes ut etter hvert. Ikke alle har lik behandlingstid, i den gruppa jeg har nå er det noen som har gått fire og et halvt år og noen som går bare ett år. Det hender at de beslutter å avbryte etter eget ønske fordi de har oppnådd det de ønsket.

*Hjem er det som henviser pasienter til din gruppe?*

Det er veldig forskjellig. En god del kommer direkte fra allmennpraktiker, noen har vært innlagt ved MBN, noen kommer fra psykiatriske sentra rundt omkring i fylket, eller fra privatpraktiserende psykologer som ser fordelen vad at pasientene går over fra individual til gruppeterapi.

*Utdrag fra Dagavdelingsnettverket sine Web-sider:*

*Hva er gruppepsykoterapi?*

«Gruppepsykoterapi er en behandlingsform som innebærer en spesiell form for gruppесamtale mellom flere personer, ledet av en eller flere gruppeterapeuter. Gruppepsykoterapi kan tilpasses mange formål. I det norske nettverket av psykoterapeutiske dagavdelinger DagavdelingsNettverk anvendes flere av følgende gruppeterapi: Psykoterapeutisk storgruppe, analytisk smågruppe, billedterapigruppe, kroppsbevissthettsgruppe, problemløsningsgruppe, kognitiv gruppe, angsttreningsgruppe, evalueringssgruppe, medikamentgruppe, fysisk treningsgruppe. På hjemmesidene til hver enkelt dagavdeling i nettverket, er det nærmere opplysninger om disse gruppeterapiene».

*Har du inntrykk av at allmennpraktiserende leger har nok oversikt over dette tilbuddet?*

Nei, definitivt ikke. Jeg er ikke i tvil om at gruppeterapi i denne forstand er for lite kjent og for lite brukt, og jeg tror nok at de allmennpraktikerne som vi har fått henvist pasienter fra stort sett har vært meget fornøyd med endringen hos sine pasienter.

*Hvor stor kapasitet er det på denne gruppeanalytiske virksomheten rundt omkring i landet? Hvor mange er det som kan få et slikt tilbud?*

Utdanningsprogrammet i gruppeanalyse har pågått i Norge i en 12 års tid og det utdannes hvert år ca. 20 gruppeanalytikere. Jeg vil anbefale den enkelte henvisende lege å ta kontakt med Institutt for gruppeanalyse eller gå inn på Internett for å skaffe seg oversikt over landets gruppeanalytikere.

*Hva med andre former for gruppeterapi?*

*Hvor mye kjennskap har du til det?*

Jeg kjenner jo best vårt eget nærområde, dvs Buskerud fylke. Vi er noen som driver langtidsgrupper med en analytisk orientering. Så har man sorggrupper som drives rundt omkring i menigheter, grupper ved støttesenteret for incest, og det drives gruppeterapi på psykiatrisk dagavdeling på BSS.

*Har ikke det å være sammen med andre mennesker i seg selv en vesentlig terapeutisk effekt?*

Det er et viktig spørsmål. Et generelt trekk ved de fleste psykiske lidelser er isolasjonstendens. Da sier det seg selv at det å komme sammen er bra ved at man bryter denne isolasjonen. To ting er viktige. Når folk er sammen over litt tid vil det før eller siden dukke opp en «motrøst» i talekoret. Dette kan imidlertid ta lang tid. Der du merker at dette skjer og den «motrøsten» lar vente på seg, har du en oppgave som terapeut. Det er da du kan bruke det vi kaller «den sokratiske dialog». Du inviterer gruppa, og enkeltindividene til å tenke over om det de sier er holdbart. «Er det nå sånn at din opplevelse av at alt går dårlig over tid gir deg holdepunkter for at det må gå dårlig neste gang?» Og – «hvilken mulighet er det for at det ikke gjør det?» Da møter du svart/hvitt tankegangen og den depressive sirkel som sier at det har gått galt før, det må gå galt igjen. Hvis terapeuten greier å få en av gruppemedlemmene til å se og si dette, vil effekten være mye større enn om terapeuten gjør det.

*Du er aktiv du da, i din terapeutrolle. Det er et stadig tilbakevendende tema, om terapeuter skal være fram på og aktiv i gruppeprosessen eller tilbaketrukket, evt passiv?*

Jeg skjønner spørsmålet ditt og får lyst til å protestere på problemstillingen. For meg er det viktigste at jeg er tilstede, men jeg kan være taust tilstede og jeg kan prate masse.

*Er det noen pasientkategorier som absolutt ikke bør ha behandling i gruppe?*

Ja, det er det. Pasienter med svært høy paranoid beredskap egner seg ikke. Personer med svært høy sårbarhet med et mønster av krenkelser og konflikter i mellom-menneskelige forhold med liten evne til å reflektere over egen rolle bør heller ikke behandles i grupper. For noen av disse kan gruppeterapien bli en ny krenkelse. Det er videre viktig å unngå at noen blir helt alene med sin problemstilling, eller f.eks med sin aldersgruppe, kjønn e.l. Dette kan forsterke opplevelsen av at «jeg er alene».

**Gruppeterapiens betydning for sosial funksjon**

Jeg har imidlertid lyst til å gå tilbake til det jeg begynte med, de pasientene som jeg følte jeg ikke kom noen vei med, de som stadig gikk sykmeldte og som jeg følte meg meget ubevem med å søker om uførepensjon for Fordi jeg ante at det kunne det gjøres noe mer.

Jeg har sett nærmere på funksjon i forhold til skole og arbeidsliv hos noen av pasientene jeg har hatt i mine grupper. I en studie med 32 pasienter var 16 ute av arbeid eller skolegang de siste 2 årene før de begynte i terapi. Av de 16 kom 13 tilbake til arbeid eller skolegang etter avsluttet terapi og holdt seg der ett år etter terapislutt. Dette er jo ikke en kontrollert studie, men hypotesen min er at dette ikke ville ha skjedd uten det ekstra behandlingspotensialet som gruppeterapien gir på det mellommenneskelige og sosiale plan.

*Hva synes du om kolleger som driver en form for støttesamtaler med pasienter i grupper. Er det mulig for dem å få veileddning fra slike som deg?*

Kapasitetene er for liten i dag til at dette kan bli noe utbredt system, men mange kjenner sikkert til Balintgruppene som fantes i sin tid og som sikkert fortsatt finnes. Nettopp den typen samling av allmennpraktikere til veileddning over pasientproblemer er satt pris på. Ellers har slike støttegrupper stor pedagogisk betydning, ikke bare innenfor psykiatriens område, men også for somatiske lidelser, pasientene får lære om sin egen sykdom og dele med andre. Denne mer pedagogiske tilnærmingen har jeg stor tro på, selv om den avviker noe fra mer tradisjonell terapi.

*Adresse: Norsk Gruppepsykoterapeutisk Forening –*

*Institutt for Gruppeanalyse*

*Huitfeldts gate 9, 0253 Oslo*

*Telefon: 22 56 16 46 – Telefax: 22 56 16 36*

*e-mail adresse: iga@os.telia.no*

*Web-adresse: http://www.med.uio.no/us/dn/iga/*

*Dagavdelingsnettverket:*

*Web- adresse: http://www.med.uio.no/us/dn/*

# Fukt for tørre øyne:



## VISCOTEARSTM CIBA Vision, Kunstig tårevæske. ATC-nr:S01XA20

**Øyegel:** Ig inneholder: Polyacryl syre (Carbopol 940) 2,0 mg, certrimid 0,1 mg, sorbitol, dinatriumedetat, natriumhydroksid, sterilt vann. **Egenskaper:** Klassifisering/virkningsmekanisme: Viskøs, vandig opplosning av polyacrylsyre som lar seg administrere som dråper. Etter lokal applikasjon sprer den seg raskt over konjunktiva og kornea. Den danner en beskyttende film med lang kontakttid på kornea. Stabil tårefilm kan bestå opp til 6 timer. **Indikasjoner:** Nedsatt tåreproduksjon. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for innholdsstoffene. **Bivirkninger:** I kliniske forsøk er følgende bivirkninger rapportert leilighetsvis: Mild, kortvarig svie og/eller stikkende følelse i øyelokket og/eller sløret syn etter instillasjon av øyegelen. **Forsiktighetsregler:** Kontaktlinser må ikke brukes under behandlingen. Bilførere og førere av maskiner må være oppmerksomme på at preparatet forbigående kan påvirke synsskarpheten. **Svangerskap/Amming:** Det er ingen erfaring med hensyn til preparatets sikkerhet ved svangerskap og amming. Under slike forhold bør preparatet derfor bare brukes under tilsyn av lege. **Interaksjoner:** Dersom pasienten samtidig med Viscotears® behandlingen står på annen lokal øyebehandling skal det gå minst 5 minutter mellom behandlingene. Viscotears® skal alltid være det siste medikamentet som instilleres. **Dosering:** I dråpe 3-4 ganger daglig eller oftere om nødvendig. Tuben holdes vertikalt og dråpen som dannes instilleres i konjunktivasekkene.

**Pakninger:** Viscotears 10g. og Viscotears 3x10g.

# Viscotears®

CIBA Vision Norge A/S · Postboks 24 · Dyrmyrgt. 35 · 3600 Kongsberg  
tlf. 32 77 11 66 · fax. 32 77 11 55

# Spiseforstyrrelser også

Mette Horgen f. 49. Cand. med  
1974.

Allmennpraktiker Dnlf fra 1981.  
Bydelslege i Majorstuen, Oslo fra  
1979, fra 1999 avtalelege samme  
sted.

2-årig utdanning i familieterapi  
1987–89.

Diverse sidesprang til voksen- og  
barnepsykiatrien, siste gang i 1991  
som ass.lege Nic Waals institutt  
(NWI). Deltatt i anorexiteamet  
NWI i ukentlige familiebehand-  
lingsteam i 6 år fra 1991 samt  
andre fora og utredningsgrupper  
vedrørende spiseforstyrrelser.

Etablert og bygget opp helse-  
tasjon for ungdom i bydelen.

Medlem av Oslo legeforenings  
kollegastøttegruppe fra 1994.

I faglitteratur og på store konferanser om spisefor-  
styrrelser sies det at de fleste spiseforstyrrelser håndte-  
res og behandles i primærhelsetjenesten. Allmenn-  
praktikeren synes imidlertid å være sørgetlig fravæ-  
rende i de samme fora.

Føler allmennpraktikeren seg fremmed og utrygg i  
dette feltet? Er det riktig at noen myter har fått gjen-  
nomslag?

Myten om en tilstand er spesielt vanskelig å behandle  
og myten om at leger ikke kan noe om spiseforstyr-  
relser, kan være årsak til en uhensiktsmessig behand-  
lingspessimisme og til at leger skygger banen i  
behandlingsforsøksvegring.

Mangfoldet av behandlere, tilnærningsmåter og  
variasjonen i behandlerenes yrkesbakgrunn og kom-  
petanse er slående. Legen har fått en utydelig og peri-  
fer plass i forhold til en tilstand som også kaller på  
medisinsk kunnskap, kanskje den mest «somatiske»  
av de psykosomatiske tilstander.

**“Legene behandlet nesten 3/4 av pasientene uten hjelp fra psykiatrien. I alt 83 % ble behandlet av primærlegen, 8 % ble henvist poliklinikk, 1 % innlagt og 8 % henvist andre.”**

Fra «Evaluering av samarbeidet mellom primærlegetjenesten og psykiatrien i Oslo» av Petter Ekern, utgitt av Statens Helsetilsyn 1996

# for allmennpraktikeren

## Bakgrunn

Med allmennpraksis som utgangspunkt har jeg de siste 10 årene hatt spiseforstyrrelser som interessefelt. Som teamdeltaker foran og bak speilet i familieterapi har jeg gjort meg noen refleksjoner om legerollen i dette kompliserte feltet og tatt med meg den tilbakelente refleksjonsevnen fra psykiatrien tilbake til det mer behandlings- og resultatorienterte legekontoret.

Erfaringene har lart meg at det verktøy vi har som allmennleger fungerer, og er nyttig, i møtet nettopp med denne pasientgruppen.

Et terapeutisk møte hvor legen med nysgerrighet og innlevelse viser at hun gjenkjenner og aksepterer pasientens symptomer, gir grunnlag for en trygg behandlingsallianse basert nettopp på at legen kan noe om kroppen og dens reaksjoner. Gjenkjennelse av symptomene, kombinert med en holdning som inkluderer en forståelse av pasientens ambivalens både i forhold til behandling og til å bli frisk, gjør allmennpraktikeren godt kvalifisert i møtet med spiseforstyrrelsесproblematikken.

Ofte er legen det første, og mange ganger det eneste møtet med behandlingsapparatet. En nylig publisert undersøkelse viser at 80% av pasienter med spiseforstyrrelse søkte lege som første behandlingskontakt og 50 % opplevde møtet som positivt. Latenstid fra symptomstart til behandlingskontakt var 4–6 år.

## Forekomst

Ingen studier bekrefter foreløpig det inntrykket man har av en eksplosiv økende forekomst av spiseforstyrrelser, bare en økende fokusering på problemet.

Gøtestam 1994, presenterer en selvrapportatingsstudie som inkluderer 3000 kvinner mellom 18 og 60 år som viser en livstidsprevalens for anorexi på 0,4 %, bulimi 1,6%, tvangsspising 3,2% og mer spesifiserte spiseforstyrrelser 3,2 %, til sammen for alle typer spiseforstyrrelser 8,7 %. Det betyr en høy frekvens av spiseforstyrrelser i befolkningen, men en lav prosent alvorlige spiseforstyrrelser (2 %), dog med opphopning i risikogrupper og risikoalder. Sannsynligvis er det bulimiene som øker mest.

«Alle» kjerner noen med en spiseforstyrrelse, privat eller profesjonelt. En tilstand av dette omfang må vi nødvendigvis møte i allmennpraksis.

Jeg gjorde en uformell rundspørring blant 10 erfarte kolleger. De mente å ha 0–3 pasienter pr. år med spiseforstyrrelser som hoveddiagnose. Samtidig gjorde jeg et søk i «Tidsskrift for Den Norske Lægeforening» og fant kun 3 artikler som omhandlet temaet i tidsrommet 1990–1997. Funnene gjorde meg nysgjerrig i forhold til møtet mellom legen og pasienten med spiseforstyrrelse. Problemet er ofte skjult av somatisk symptomer. Dette vil ha betydning for hva man oppgir som hoveddiagnose og om problemet blir fokusert eller tildekket. Spiseforstyrrelsen blir hoveddiagnosen når den blir sett og «får navn».

Ved å gjøre en praksisundersøkelse i egen praksis i 1996 og i 1998 fant jeg henholdsvis 17 og 28 pasienter med hoveddiagnose spiseforstyrrelse (T06 i ICPC-systemet). Alle kvalifiserer for alvorlig spiseforstyrrelse DSM-IV systemet.

## Praksisundersøkelse egen praksis 1998:

### 28 pasienter

Praksisundersøkelsen har en «narrativ» form fra en uvitenskaplig praksishverdag. Den beskriver aldersfordeling, diagnose, henvendelsesmåte til primærlegen, samarbeid med 2. linjetjenesten og andre samarbeidspartnere samt behandlingstid og omfang.

### Alder

Kun en pasient var under 14 år, i gruppen 15–19 år var det 7, i gruppen 18–25 år 6, i gruppen 25–35 år 5 og i aldersgruppen over 35 år 8 pasienter. (Jeg er pt ikke skolelege).

### Diagnose

Det var flest med anorexi blant de yngste, mens bulimi dominerte i de eldre aldersgruppene. Mange av disse hadde imidlertid anorexi i sin tidlige sykehistorie.

Aldersgruppen over 35 år er nok gjenkjennbar med mange diagnoser i allmennpraksis. Her finnes blandet psykopa-

tologi, personlighetsforstyrrelser, tvangslidelser osv. Mange har en lang historie i behandlingsapparatet, mange er «terapislitne» og søker lege ved forverring av somatiske plager i dårlige perioder samt for trygdeytelser, støtte og «påfyll».

#### Kontaktablering med primærlegen

De yngste var 1. gangshenvendelser og 3 kom med mor direkte til legekontoret. De fleste i skolealder kom imidlertid via Helsestasjon for ungdom. Det kommer vanligvis mange med bekymringer om mat og kropp. De jeg vurderer som alvorlige spiseforstyrrelser, gir jeg avtale for oppfølging i egen praksis for å få bedre oppfølgingsmuligheter med klinisk undersøkelse og mer forpliktende behandlingsavtaler.

I aldersgruppen over 19 år er over 50 % henvist fra psykolog for å etablere legekontakt parallelt med individualterapi. De andre henvender seg til lege med spiseforstyrrelse som hovedproblem eller med somatiske symptomer som følge av spiseproblemet.

De mange henvendelser fra psykoterapeuter er resultat av etablerte samarbeidslinjer som er mitt personlige faglige nettverk. En slik henvisningspraksis kan representere en «felle» hvor også behandlerne tror at bare spesielle leger kan arbeide med spiseforstyrrelser. Man opparbeider en slags «1½ linjetjeneste» eller særomsorg som bekrefter myten om en unik og vanskelig tilstand og om udugelige leger.

#### Tverrfaglig samarbeid

De færreste av pasientene behandles i primærhelsetjenesten alene. 18 av 28 har psykoterapikontakt. Behandlingsalliansen skapes gjennom en somatisk tilnærming med adekvat reaksjon på symptomer og funn. Motivasjon til å arbeide med de psykologiske sidene av problemet utvikler seg ofte gjennom flere konsultasjoner som omhandler sykehistorie, spisemønster og klinisk undersøkelse. Gjennom dette forsøker vi å bygge opp tillit til behandlingsapparatet og positive forventninger.

Samarbeid med dietetiker har vært aktuelt hos 3 i ungdomsgruppen, samt for 3–4 av de eldre som har mange terapiår bak seg og trenger kostholdsråd som ytre ramme for kontroll.

4 pasienter har vært henvist til psykomotorisk behandling for å bedre kroppsoppfatning og få kontakt med følelser gjennom kroppsopplevelse.

#### Varighet av behandlingskontakt

Behandlingskontaktenes varighet er fra 3 måneder til 17 år.

Den gjennomsnittlige konsultasjonsfrekvens er 6–7 konsultasjoner pr. år, og konsultasjonenes varighet 30–40 min.

Spiseforstyrrelser utgjør altså en tidsmessig krevende pasientgruppe i allmennpraksis.

#### Kommentar:

Materialet beskriver ikke en gjennomsnittspraksis hva gjelder spiseforstyrrelser. Bredere erfaring gir større trygghet og mulighet for variasjon og individualisering av behandlingsopplegget.

Arbeid med spiseforstyrrelser i min praksis foregår i nært samarbeid med 2. linjetjenesten. Det betyr ikke en henvisningsform hvor psykoterapeuten overtar behandlingen, men at arbeidet går parallelt med regelmessig kontakt mellom lege og psykoterapeut.

Modellen utfordrer klar rolle- og ansvarsfordeling og tydeliggjør viktigheten av et uformelt, lett tilgjengelig faglig nettverk som gir personlig kompetanseøkning og inspirasjon.

#### Allmennlegens rolle i møte med spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en vanskelig tilstand å behandle. Det betyr at allmennlegen må være på banen. Tilstanden kan presentere seg med endokrinologiske, neurologiske, gynækologiske og hematologiske symptomer og utfordrer ren medisinsk kunnskap mer enn de fleste andre psykosomatiske sykdommer.

Legen er en kompetent fagperson i møte med disse symptomene. Ved å vise at en gjenkjenner og aksepterer både symptomene og pasientens adferd, skapes tillit og en behandlingsallians som bygger på kunnskap om kroppens reaksjoner og behov. Legen blir en som skjønner hva de strever med og er redd for i forhold til kroppsfunksjoner på kort og lang sikt. Det kan gjøres adekvate tiltak både for å bekrefte og avkrefte bekymring.

Ved å gjennomgå de medisinske konsekvensene av vekttap, oppkast, bruk av avføringsmidler osv. kan legen bruke medisinsk kunnskap som pedagogisk verktøy og hjelpe pasienten til å lage tryggere rammer rundt seg.

Dette arbeidet kan gå over flere konsultasjoner og kan være en tålmodighetsprøve. Det er viktig å akseptere at forandring tar tid og ikke ha for store ambisjoner om behandlingssuksess i første runde. Et første behandlingsmål kan være å opprettholde og verne om behandlingskontakten. Kontinuitet og engasjement åpner for en gradvis tilnærming til de mer følelsesmessige aspektene ved problemene og motivasjon til å arbeide mer psykoterapeutisk.

#### Konklusjon

De fleste spiseforstyrrelser behandles i primærhelsetjenesten. Mytene om at tilstanden er unik og vanskelig å behandle

og at legen ikke kan nok, kan bli et selvoppfyllende, og for noen kanskje et ønsket profeti.

En interessert allmennlege er ofte det første, men kan også være det beste og mange ganger det eneste møte anorexiapasienten har med behandlingsapparatet.

Mitt anliggende ut fra egen erfaring i feltet, er at allmennlegen bør trygges og bevisstgjøres på sin rolle i forhold til denne problematikken. Vårt allmennmedisinske verktøy bestående av medisinsk kunnskap, innlevelse og gjenkjenning av symptomene, samt en aksepterende holdning som inkluderer forståelse av ambivalensen i forhold til å bli frisk, er et godt redskap i møtet med denne pasientgruppen.

#### Opptrappingsplanen, kommune og barna

#### Psykiatrisering på barn og unge i kommunene?

Som en oppfølger av psykiatrimeldingen Åpenhet og helhet (St meld nr 25 (1996–97)) kom det i 1998 en opptrappingsplan for psykisk helse (St prp nr 63 (1997–98)). I følge denne planen skal det i planperioden (1999–2006) fordeles 24 milliarder kroner mer til psykisk helsevern enn slik utgiftsnivået var i 1998.

Øremerkede tilskudd skal utbetales på grunnlag av kommunale og fylkeskommunale planer, og det pågår nå et stort arbeid for å utarbeide, og i neste omgang å kontrollere at vedtatte planer blir satt ut i livet. De ulike fylkene og kommunene har valgt ulike modeller for dette planarbeidet, men når det gjelder de kommunale planene har de i det minste to ting til felles: primærlegene er sjeldent med i planprosessen, og barn og ungdoms psykiske helse er ikke tema.

Etter opptrappingsplanen skal det fordeles 2,1 milliarder til «Flere og bedre kommunale tjenester for barn og ungdom». Tiltakene defineres som psykososiale tjenester, støttekontakt og kultur- og fritidstiltak som skal styrkes med 260 års-

verk på landsbasis, og helsestasjons- og skolehelsetjeneste som skal styrkes med 800 årsverk. Enkel hoderegning viser at dette ikke blir mye på hver, og at de aller minste kommunene sannsynligvis kan vente seg lite fra opptrappingsmidlene.

Det er et gammelt ord som sier at den ferdige planen er planens verste fiende, og at det nettopp er planarbeidet som, dersom det er både kreativt og strukturert, kan gi fagfeltet et løft og en retning. Nå får kommunene pålegg fra fylkeslegene, som har ansvar for oppfølgingen av det kommunale planarbeidet, å utarbeide kommunale planer for barne- og ungdomspsykiatri. Dette kunne vært en unik mulighet til å tenke igjennom hva kommunal barne- og ungdomspsykiatri er, hva som er gode behandlingstiltak, hvor kompetansen på dette området sitter i kommunene, hvor kommunen kan hente inn ytterligere kompetanse osv. Et viktig tema i denne diskusjonen er også hvem de barna og ungdommene i kommunen som lider av psykiatrisk sykdom er, hva slags vansker har de, hvem følger dem opp. I følge ganske samstemte epidemiologiske studier i inn- og utland har 15–20% av barn og unge psykiatriske lidelse av samme omfang som de som blir behandlet i annenlinjens behandlingsapparat. Barne- og ungdomspsykiatri er en medisinsk spesialitet, men samtidig er fagfeltet kjennetegnet av tverrfaglighet. Arbeidsformen er preget av gjensidig respekt mellom fagfolk fra ulike arenaer som bringer sitt perspektiv inn i diskusjonen. En planlegging av barne- og ungdomspsykiatri uten at det medisinske perspektivet er tilstede, vil etter mine begreper ha alvorlige mangler. Kommunene driver dårlig forvaltning dersom de ikke benytter kommunehelsetjenestens medisinske kompetanse i dette arbeidet, og proforma planarbeid bare for å hale inn noen offentlige smuler fra opptrappingsmidlene, er også dårlig forvaltning.

**“Det synes åpenbart at det vil være mye å hente både for primærleger, ansatte i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst pasientene og deres familier, ved å etablere nærmere samhandlingsrutiner. ... Dette krever endrede holdninger i tillegg til klarere organisasjonsmessige og økonomiske forhold”**

Fra «Evaluering av samarbeidet mellom primærlegetjenesten og psykiatrien i Oslo» av Petter Ekern, utgitt av Statens Helsetilsyn 1996

# Med en fot i hver virkelighet

Hva var det som fikk deg til å ta skrittet fra førstelinjetjenesten og inn i annenlinjetjenesten?

Etter mange år som kommunalege og helsestasjonslege var jeg sliten av stadig tilgjengelighet, og av usikkerhet i forhold til urydige og vanskelige situasjoner på legevakt. Men jeg ville ikke bli forsker eller byråkrat, jeg visste at jeg ville være kliniker fortsatt. Med interessen for barn og barns vilkår, og erfaringen fra helsestasjonsarbeidet, var det nærliggende for meg å velge barnepsykiatrien.

Utposten møter Marit Hafting, dr.med på avhandlingen «Et eple om dagen» (om forebyggende helsearbeid blant gamle) og spesialist i allmennmedisin, nå ass.lege ved BUP, Voss. Der trives hun godt med en fot i barnepsykiatrien og en fot i allmennmedisinen. Slik ønsker hun å være en oversetter mellom to virkeligheter.



Tekst og foto: Torgeir Gilje Lid

# (og et eple i hånda)

## Hvordan var det for en erfaren allmennpraktiker å begynne fra begynnelsen av i barnepsykiatrien?

I starten tenkte jeg at jeg med min erfaring hadde mye å tilføre i barnepsykiatrien, men opplevde likevel at det jeg hadde å komme med ofte falt dødt til jorden. Jeg var ofte frustrert over dette i starten, men oppdaget etterhvert at en som lege i barnepsykiatrien må vinne faglig respekt over tid, legeautoriteten er ikke selvsagt. Etter hvert lærte jeg språket og kodene, og kunne formidle min erfaring og kunnskap til de andre i kollegiet. I barnepsykiatrien er det tverrfaglige perspektivet ekstra viktig, og kollegiet består av mange dyktige og engasjerte fagfolk. I dette miljøet må den medisinske kunnskapen samordnes med annen kunnskap.

## Er det viktigere med tverrfaglighet i barnepsykiatrien enn ellers i psykiatrien?

Ja, det er det. Barn er prisgitt de voksne, de er prislidd sine omgivelser, i lek, skole, familie, barnehage osv. Helheten i tilnærmingen er derfor svært viktig. Alt må sees i et biopsikososialt perspektiv, langs et kontinuum, ofte uten skarpe skiller mellom friskt og sykt. Det er også viktig å hele tiden både forholde seg til barnets (eller foreldrenes) lidelsetrykk i seg selv, og samtidig tenke på betydningen av dette for den normale utviklingen for barnet. Alle tiltak må vurderes i forhold til begge disse perspektivene.

## Hva med forholdet til førstelinjetjenesten?

Jeg er opptatt av at primærhelsetjenesten må melde seg på i diskusjonen om hvordan barnepsykiatrien skal brukes, selv om de ikke blir invitert. De må blant annet mene noe om tilbuddets omfang. For eksempel kapasitetsökningen som kommer nå som en følge av opptrapningsplanen for psykisk helse, hva skal den brukes til?

Skal den brukes til å behandle flere pasienter i systemet, eller skal den brukes til mer konsultasjon utad overfor førstelinjen? I denne diskusjonen er primærlegene en viktig premissleverandør. I dag har 1–2 % av barn et tilbud fra barnepsykiatrien. Dette tallet er planlagt økt til 5 %. Er det et rimelig tall? Hvem skal få et tilbud fra barnepsykiatrien?

## Mange primærleger opplever barnepsykiatrien som skjermet, fjernt fra virkeligheten, og med uendelige ventelister?

Ja, dessverre, ventelistene mange steder er et paradoks, en 5-åring som har ventet ett år har jo ventet 20 % av levetiden sin. Men det er nettopp derfor viktig at primærlegene melder seg på i diskusjonen om barnepsykiatrien, både når det gjelder tilbuddets innhold og omfang. Jeg mener også at barnepsykiatrien må bli mer synlig overfor primærhelsetjenesten, delta mer, for eksempel på konsultativ basis.

## En kan iblant få en følelse av at når barnet endelig har ventet lenge nok, så blir det testet på alle mulige måter, får en diagnose, og kommer ut i andre enden, evt. med ritalin?

Jeg har etterhvert sett at tester er viktige. Det enkelte barns «bagasje» er så individuell, både dets kognitive profil, evner, følelsesmessige modenhet osv. Testene er viktige for å kartlegge dette. Noen ganger kan testene gi diagnosen, f.eks. det urolige barnet som ligger i nedre normalområde evnemessig; kanskje uroen skyldes at det er mye det ikke forstår? Testene er også viktige for å kartlegge barnets forutsetninger for å nyttiggjøre seg ulike tiltak. Et følelsesmessig modent og evnemessig velutrustet barn krever andre tiltak enn barnet i andre enden av skalaen. Hva skyldes sviktende forutsetninger, hva skyldes miljø, og hva skyldes sykdom?

Når det gjelder ritalin, så ser jeg på det som en krykke i en periode av livet, for at barnet skal kunne ta i mot læring, både sosialt og skolefaglig. Det er viktig å se helheten her. Barn kan ha flere tilstander samtidig. Et hyperaktivt barn kan også ha underskudd sosialt, i tillegg til kanskje lett redusert evnenivå. Det kan da for barnets del være nødvendig med ritalin for å gi det en mulighet til læring, selv om bildet er mye mer komplisert enn bare hyperaktivitetsdiagnosen skulle tilsi. Men vi pleier alltid å seponere ritalin en uke hvert år, og hvis barnet da fungerer like godt uten ritalin som med, seponeres det for godt. Det er svært individuelt hvor lang tid det tar før barnet greier seg uten ritalin.

**En kan få inntrykk av at det er en økt bruk av medisiner i barnepsykiatrien, stemmer det?**

Det er mulig det har skjedd en endring i behandlingen av de alvorligste barnepsykiatriske tilst  ndene, og særlig i ungdomspsykiatrien når det gjelder bruk av psykofarmaka. Ellers sikter du kanskje til Ritalinforskrivningen, men jeg kjenner ikke til om det er en reell økning eller bare et inntrykk.

#### Hva med SSRI?

Jeg er usikker på det med økning, men generelt vil jeg mene at behandling med psykofarmaka av barn og unge opp til 16-års alder som hovedregel er en spesiell oppgave. Det har vært fokusert på slik forskrivning til unge, og diagnostisering av depresjon hos unge er svært vanskelig. Skal en omgå hovedregelen, må det begrunnes godt.

#### Når du står på din barnepsykiatriske fot, hva forventer du da av primærlegene?

Lege må venne seg til    tenke at det medisinske perspektivet som de står for er svært viktig, selv om det ikke er det eneste gyldige, og selv om de ikke vinner fram med sitt syn. Jeg overhørte en gang en helsesøster som til foreldrenes skepsis til henvisning til barnepsykiatrien svarte: «Henvisning til barnepsykiatrien betyr å få et nytt sett øyne inn i det nødvendige samarbeidet rundt barnet». Slik kan en også si at legens øyne er viktige i dette samarbeidet.

Jeg skulle også ønske meg en mer nyansert diagnostisk beredskap hos primærlegene i forhold til barnepsykiatriske problemstillinger. Vi får mange henvisninger med diagnostiske «psykososiale vansker» eller «psykomotorisk forsinket utvikling». Dette kan jo bety alt mulig. Jeg ber ikke om diagnoser, men om en større problematisering. Vi er avhengige av   brekke opp» problemet for å kunne jobbe med det, og her skulle jeg altså ønske meg mer faglig tenkning fra primærlegene.



#### Det blir nesten som å henvise til kardiolog med problemstillingen hjerte-kar problemer?

Ja, og jeg tror altså at primærlegene kan gjøre dette mer nyansert og faglig, men jeg mener også at vi må bort fra pro forma-henvisninger hvor andre skriver henvisningen og lege signerer og over til reelle henvisninger fra legene. Men læreboken i allmennmedisin omtaler for eksempel ikke barnepsykiatri. Det er riktignok gitt ut et hefte om barnepsykiatri og allmennpraksis, skrevet av Ida Garlov (utgitt av PsykOpp), og sendt til alle primærleger, men slike hefter drukner kanskje i flommen av informasjon dersom legene ikke gjøres spesielt oppmerksomme på hvor nyttig det er.

#### Til slutt, Marit Hafting, har du «et eple om dagen» i barnepsykiatrien også?

Hvis det er et «eple» i barnepsykiatrien, så må det være barnets selvbilde. Barn skal vite med seg selv at «Jeg er god nok til mitt bruk». Dette er en viktig oppgave for barnepsykiatrien,    gjøre foreldrene nysgjerrige på barna sine, og i stand til å se barna sine. Vi må støtte barnets mestring, se barnets ressurser og hjelpe til å bygge opp et positivt og realistisk selvbilde.

# VERDENS NÆRMESTE LAB!

Prøv HemoCue® B-Glukose og/eller B-Hemoglobin-systemet en måned uten kostnad.

- Jeg vil prøve HemoCue B-Glukose-systemet en måned uten kostnad.
- Jeg vil prøve HemoCue B-Hemoglobin-systemet en måned uten kostnad.
- Kontakt meg for mer informasjon.

Navn \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postadresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Send kupongen til HemoCue Norge, Kundeservice, Postboks 6622 Etterstad, 0607 Oslo  
eller faks den til 880 08 233.



UTP 9978

Liten og nett, finnes alltid for hånden og gir svar med labkvalitet på mindre enn ett minutt! En slik lab for B-Glukose- og B-Hemoglobin-analyser er ikke lengre borte enn kupongen ovenfor.

Post eller faks den til oss, så får dere prøve et av våre system i en måned – uten kostnad.

Hvis dere siden bestemmer dere for å begynne å bruke verdens «minste, raskeste og nærmeste lab» skal dere også merke at det er et av verdens billigste. Flere og flere innser den gode økonomien bak HemoCue®-systemet. Send kupongen i dag, deres egen lab kan være på plass allerede neste uke.



*HemoCue-systemene brukes i dag på mange norske sykehus og har fått en stor spredning rundt om i verden. All produksjon skjer i Sverige under den strengeste kvalitetskontroll. HemoCue har satt en ny standard for kvalitet når det gjelder desentraliserte analyser av B-Glukose og B-Hemoglobin og kombinerer på dette vis det mobile systemets fleksibilitet med den tradisjonelle labs nøyaktighet og presisjon. HemoCue legger også stor vekt på service og support og lærer regelmessig opp brukere i HemoCue-skolen.*



*HemoCue Norge  
Postboks 6622 Etterstad, 0607 Oslo  
Tlf 880 08 232. Faks 880 08 233.  
[www.hemocue.se](http://www.hemocue.se)*

## *Opptrappingsplanen, kommune og barna*

# Psykiatrisatsing på barn og unge i kommunene?



**Marit Hafting, f. 1948, ass.lege BUP-Voss.**  
Vel 20 års yrkeserfaring fra kommunelegetjeneste før hun i 1996 begynte som utdanningskandidat i barne- og ungdomspsykiatrien. Dr. med. Og tidligere journalist og fagredaktør i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Som en oppfølger av psykiatrimeldingen Åpenhet og helhet (St meld nr 25 (1996) kom det i 1998 en opptrappingsplan for psykisk helse (St prp nr 63 (1997–98). I følge denne planen skal det i planperioden (1999–2006) fordeles 24 milliarder kroner mer til psykisk helsevern enn slik utgiftsnivået var i 1998.

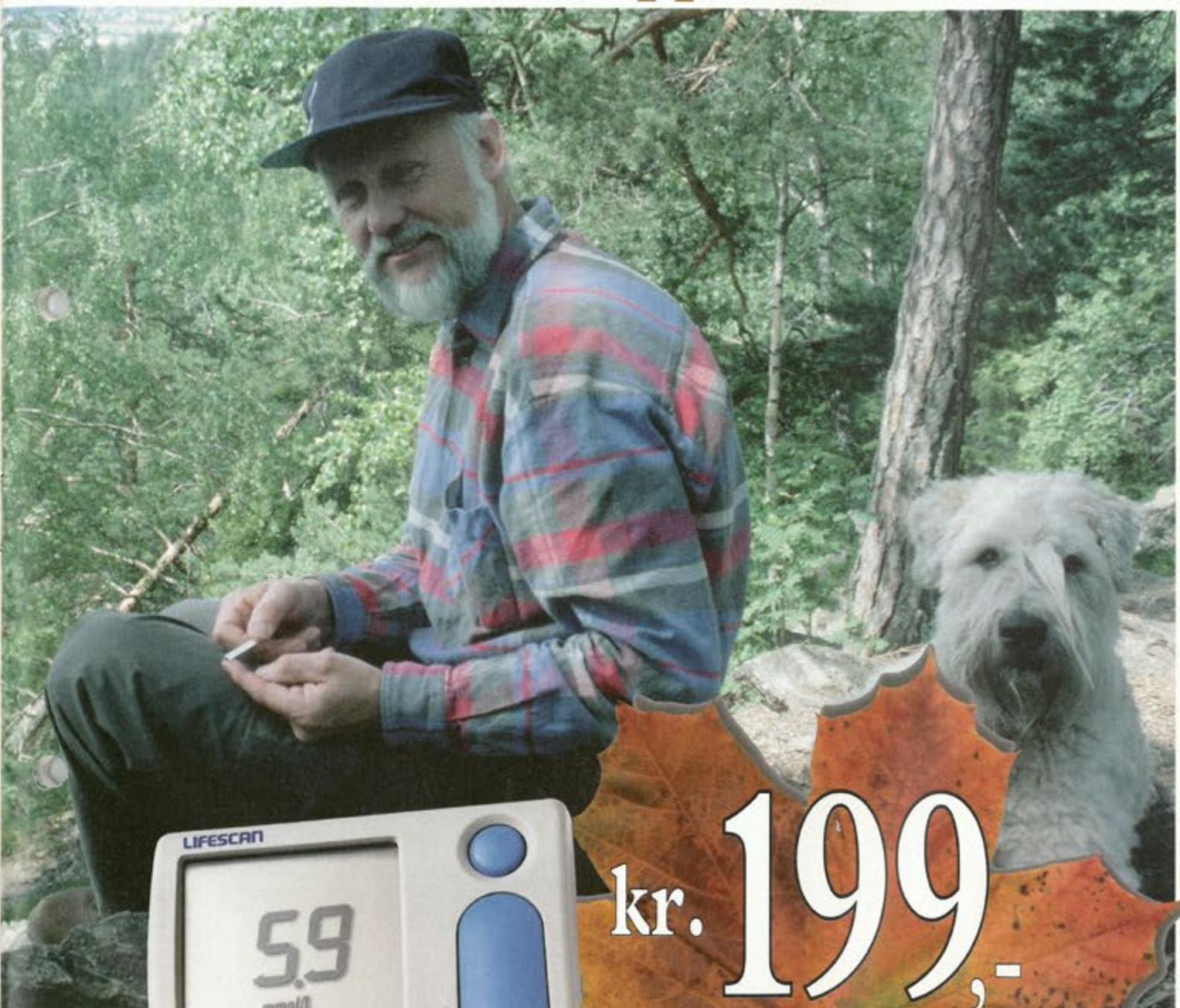
Øremerkede tilskudd skal utbetales på grunnlag av kommunale og fylkeskommunale planer, og det pågår nå et stort arbeid for å utarbeide, og i neste omgang å kontrollere at vedtatte planer blir satt ut i livet. De ulike fylkene og kommunene har valgt ulike modeller for dette planarbeidet, men når det gjelder de kommunale planene har de i det minste

to ting til felles: primærlegene er sjeldent med i planprosesen, og barn og ungdoms psykiske helse er ikke tema. Etter opptrappingsplanen skal det fordeles 2,1 milliarder til «Flere og bedre kommunale tjenester for barn og ungdom». Tiltakene defineres som psykososiale tjenester, støttekontakt og kultur- og fritidstiltak som skal styrkes med 260 årsverk på landsbasis, og helsestasjons- og skolehelsetjeneste som skal styrkes med 800 årsverk. Enkel hoderegning viser at dette ikke blir mye på hver, og at de aller minste kommunene sannsynligvis kan vente seg lite fra opptrappingsmidlene.

Det er et gammelt ord som sier at den ferdige planen er planens verste fiende, og at det nettopp er planarbeidet som, dersom det er både kreativt og struktureret, kan gi fagfeltet et løft og en retning. Nå får kommunene pålegg fra fylkeslegene, som har ansvar for oppfølgingen av det kommunale planarbeidet, å utarbeide kommunale planer for barne- og ungdomspsykiatri. Dette kunne vært en unik mulighet til å tenke igjennom hva kommunal barne- og ungdomspsykiatri er, hva som er gode behandlingstiltak, hvor kompetansen på dette området sitter i kommunene, hvor kommunen kan hente inn ytterligere kompetanse osv. Et viktig tema i denne diskusjonen er også hvem de barna og ungdommene i kommunen som lider av psykiatrisk sykdom er, hva slags vansker har de, hvem følger dem opp. I følge ganske samstemte epidemiologiske studier i inn- og utland har 15–20 % av barn og unge psykiatriske lidelse av samme omfang som de som blir behandlet i annenlinjens behandlingsapparat.

Barne- og ungdomspsykiatri er en medisinsk spesialitet, men samtidig er fagfeltet kjennetegnet av tværfaglighet. Arbeidsformen er preget av gjensidig respekt mellom fagfolk fra ulike arenaer som bringer sitt perspektiv inn i diskusjonen. En planlegging av barne- og ungdomspsykiatri uten at det medisinske perspektivet er tilstede, vil etter mine begreper ha alvorlige mangler. Kommunene driver dårlig forvaltning dersom de ikke benytter kommunehelsetjenestens medisinske kompetanse i dette arbeidet, og proforma planarbeid bare for å hale inn noen offentlige smuler fra opptrappingsmidlene, er også dårlig forvaltning.

# Høsttilbud på **GLUCO TOUCH™** blodsukkermåleapparat...



...med teststrimler som  
gjør det enkelt for deg...



Din samarbeidspartner  
innen diabetes



Tilbudet gjelder fra  
1. november -99 til årets slutt.

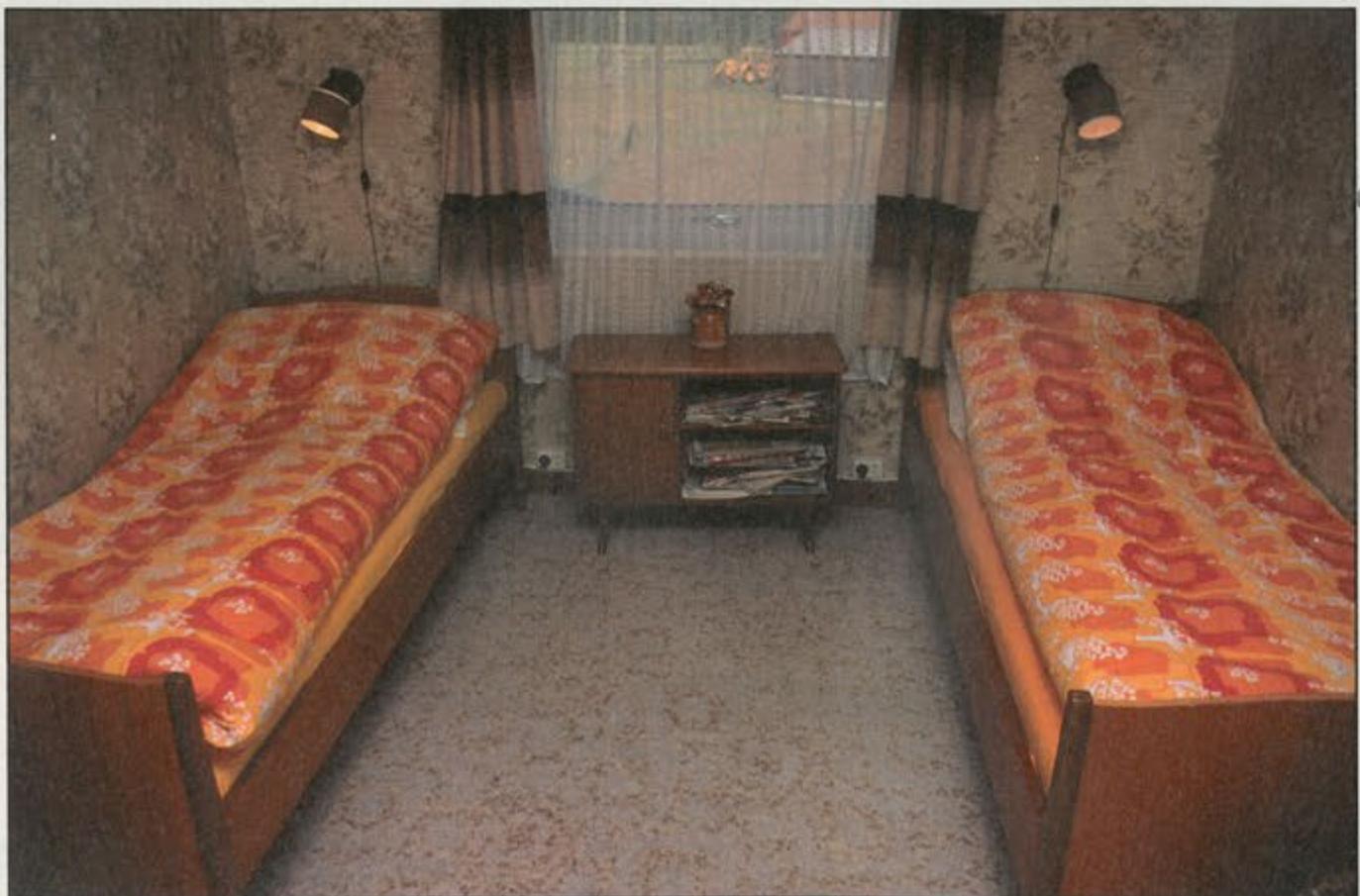
**Novo Nordisk Pharma AS**  
Hauger Skolevei 16  
Postboks 24 1309 Rud  
Tel. 67 17 85 00 fax. 67 13 09 11





## Hja farmor

Då eg var liten reiste me ofte på besøk til farmor og farfar min i Suldal, Ryfylke. Me måtte ta bilferje og kjøra gjennom tunnelar for å koma dit. Det var ein fin stad å koma til. Eg reiser dit stundom enno. Det er godt å koma inn i gangen der og kjenna den litt søte lukta av vintereplene som pleide å bli lagra i kjellaren.





*Desse fotografia har eg teke heime hjå farmor frå 1994 til 1998. Dei er ein hyllest til farmor mi og det denne staden har betydd for meg. Serien er vist som utstilling fleire stadar i Noreg og utgitt som eit eige fotohefte. Den består av i alt 17 motiv og 4 av dei er vist her.*

Geir Egil Bergjord



# Enkelt.



Hva kommer når du ringer 113?

- Sett kryss ved riktig svar.

C Seretide Diskus "Glaxo Wellcome"

Adrenergikum + kortikosteroid  
ATC-nr: R 03A K06

T INHALASJONSPULVER 50/100

μg/dose, 50/250 μg/dose og 50/500 μg/dose i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaq. salmeterol 50 μg og fluticasone propion. 100 μg, resp. 250 μg og 500 μg. Iactos. Egenskaper: Klassifisering: Seretide inneholder salmeterol og fluticasonepropionate som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaxerer bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Fluticasonepropionate virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. Virkningsmekanisme: Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende beta-2-agonist. Den bronkodilatatore effekten inntar etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Fluticasonepropionate:

Fluticasonepropionate har en potent antiinflammatorisk effekt i lungene. I lungene har fluticasonepropionate receptor-kompleket en halveringstid på ca. 10 timer. Samtidig inhalasjon av salmeterol og fluticasonepropionate synes ikke å påvirke farmakokinetikk for substansen. Den enkelte substans farmakokinetikk kan derfor vurderes hver for seg. Salmeterol: Farmakokinetikken for salmeterol er utulstendig utredet p.g.a. tekniske vanskeligheter med å måle de svært høye plasmakonsentratsjoner som sees etter inhalasjon. Absorpsjon: Makromal plasmakonsentrasjon etter inhalasjon (50 mikrog): ca. 200 pg/ml. Metabolisme: Utstrakt hydrolysering i leveren. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortvarig varighet (in vitro-data). Utskillelse: Hovedsakelig via lever. Ved regelmessig dosering av salmeterolkaftot, kan hydroksyafflosinsyre påvises i sirkulasjonen, og når steady state koncentrasjoner ved ca. 100 ng/ml. Disse koncentrasjonene er ned til 1/1000 av de steady state nivåer som er observert i toksitetsstudier. Ingen skadelige effekter er sett etter regelmessig langtidsbruk (mer enn 12 mnd.) hos pasienter med luftveisobstruksjoner. Fluticasonepropionate: Absorpsjon: Systemisk biotil-

gjengelighet etter inhalasjon er ca 12-26 %, avhengig av legermiddelform. Utelittig oral bioaktivitet (<1 %), p.g.a. utulstendig absorpsjon og høy grad av first-pass metabolisme. Distribusjon: Plasmaproteinbinding ca. 90 %, distribusjonsvolum (Vss) ca. 300 L. Biotransformasjon: Hovedsaklig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylatmetabolitt. Eliminasjon: Hovedsaklig via feces. Terminal halveringstid: ca. 8 timer clearance: 1.1 Vmin.

Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta-2-agonist og kortikosteroid er indikert. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Bivirkninger: Samtidig administrering av salmeterol og fluticasonepropionate har ikke gitt økt frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. Rapporterte bivirkninger: Salmeterol: Høyopp (1/100): Papitasjoner, hodepine, tremor, muskelkrampe. Sjeldne (1/1000): Hypokalemii, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, edem, angiedem), takykardi, atrialgi. Anymlær (inkludert ateblokkere, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter.

Fluticasonepropionate: Høyopp (1/100): Candidainfeksjoner i mun og svølge. Heshet. Sjeldne (1/1000): Overfølsomhetsreaksjoner. Både heshet og candida infeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylling av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med Seretide fortsetter. Som ved annen inhalasjoner kan paradoxal bronkospasme inntreffe umiddelbart etter dosering. Dette skal behandles med kortvirkende bronkodilatator med raskt innehørende effekt til inhalasjon. Seretide Diskus-behandling skal da avbrytes umiddelbart. Etter klinisk vurdering av pasienten kan alternativ terapi dersom det er nødvendig.

Forsiktighetsregler: Preparatene er ikke til behandling av skulde anfall, men for regelmessig behandling. Pasientene trenger en bronkodilatator med rask innsetende effekt og kort virktid (f.eks. salbutamol) til behandling av skulde symptomer. Dersom pasienten må også forbruket av beta-2-agonister med kort virktid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forvering av sykdommen. Plutselig og tiltagende

# Dobbeltså enkelt.



Seretide Diskus er den første og eneste kombinasjon av et inhalasjonssteroid og en langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist i én inhalator. Med Seretide Diskus kan pasientene få effektiv kontroll av både astmasymptomer og inflammasjon med én inhalator.

Glaxo Wellcome AS, Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo · Tlf.: 22 58 20 00 Fax: 22 58 20 03 · [www.glauxwellcome.no](http://www.glauxwellcome.no)

Forvering av astmasymptomerne er potensielt livstruende og man bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. Hvis nødvendig, gis et systemisk kortikosteroid i tillegg og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Seretide bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkludert hjertesykdom, ubehandlet hypokalemgi, lungtuberkulose og/eller thyreotoksikoze. Hos et fåtal pasienter er det observert en viss reduksjon i plasmekonseptet ved høye doser (t. eks. > 1 mg/dag). Binyrebarkusjon og reservekapasitet holdes vanligvis innenfor normalområdet ved terapeutiske doser. Overgang fra systemisk steroidbehandling: Overfer til inhalasjonsbehandling når respirasjonfunksjonen er rimelig stabil. Inhalasjonsbehandling gis i tillegg til systemisk behandling som deretter gradvis seponeres. I tiden etter overgang fra peroral behandling kan pasientens binyrebarksrespons være svekket. Kontroller pasienter med binyrebarkspreasjon regelmessig og reduser den orale steroiddosen forsiktig. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, for eksempel forvering av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk

behandling til inhalasjonssterapi kan avdekkje tidligere steroidmaskerte allergier.

Både selektive og ikke-selektive betabloktere bør unngås hos pasienter med astma, med mindre det er svært tungveiente grunner for bruk av disse.

**Graviditet og amming:** Graviditet: Sikkerheten ved bruk er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier viser reproduksjonstokiske effekter (ganespalt, forsinket forbering), som indikerer en mulig risiko for foster skader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelen oppover en mulig risiko. Amming: Både

salmeterol og flutikason går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes.

Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

**Interaksjoner:** Mulighet for interaksjoner med andre substanser eller CYP 3A4-hemmere kan ikke utelukkes.

**Dosering:** Preparatene må brukes regelmessig også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt.

Terapeutisk effekt av flutikason inntrer etter 4-7 dager.

Behandlingen må kontrolleres regelmessig av lege, slik at pasienten til enhver tid får den riktige styrke

dosen endres kun etter avtale med legen. Dosen justeres til man oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av Seretide, forskrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid.

**Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionate) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 250 mikrog flutikasonpropionate) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 500 mikrog flutikasonpropionate) 2 ganger daglig (morgen og kveld).

**Barn 4-12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionate) 2 ganger daglig (morgen og kveld).

**Barn under 4 år:** Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av edre eller pasienter med nedsett nys- eller leverfunksjon.

**Overdosering:** Det er ikke gjort studier på overdosering av Seretide. Overdosering med de enkelte substanser se nedenfor: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og tåkykardi. Antidot er kardioselektiv beta-blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i

**Seretide**  
salmeterol/flutikason

anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av beta-agonist-komponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemifendens forsterkes og kalumbehandling bør overveies. Administrasjonsmetode gir at det ikke foreligger noen reell risiko for overdosering av flutikason.

**Andre opplysninger:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. Diskus anvendes ved at en hennel skyves til side før inhalasjon. En dose kan da inhaleres. Et telleverk viser hvor mange doaser som er igjen i inhalatoren.

**Forskrivningsregel:** Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandling av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

**Pakninger og priser:** **Diskus:** 50/100  $\mu\text{g}/\text{dose}$ : 60 doser kr 453,60, 3x60 doser kr 1.216,50. 50/250  $\mu\text{g}/\text{dose}$ : 60 doser kr 577,60, 3x60 doser kr 1.564,10. 50/500  $\mu\text{g}/\text{dose}$ : 60 doser kr 765,30, 3x60 doser kr 2.099,20.

Felleskatalogtekst av 16.06.99

T: 2

# Akademisering av samfunnsmedisinen

*Foredrag Samfunnsmedisinsk uke 1999*



Arild Bjørndal er 43 år gammel og arbeider som kombilege; som professor i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Avdeling for samfunnsmedisin på Folkehelsa. Han er engasjert i samfunnsmedisinsk grunn- og etterutdanning, interessert i fagformidling og mener at handlingsiveren i klinisk medisin regelmessig må balanseres av samfunnsmedisinske nyttevurderinger. Han er den stolte far til fem strålende unger.

## Kjære kolleger

Jeg ankom på onsdag i lett regnvær, akkurat da den gode mannen på jorden, Hans Aanstad, hadde fremlagt sin pessimisme på vegne av samfunnsmedisinens på lokalplanet. Jeg har det stikk motsatt budskapet: Som det vil fremgå av dette vitnesbyrdet, har jeg stor tro på samfunnsmedisinens på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Vi kan simpelthen – som funksjon i samfunnet – ikke dø. Ikke bare er ryktene om vår død sterkt overdrevet, vi er på full fart inn i en revitalisering av vårt faglige fundament og vår faglige gjerning. Akademiseringen er bare en av flere drivkrefter. Samtaler disse dagene med 10–15 av dere har gitt andre eksempler på klar tanke, hardt arbeid og effektiv handling. Jeg ble så urolig av møtet med noen av dere som får det til, at jeg måtte forlate prosjektet med et fritt og fabulerende innlegg og i stedet gå på rommet og skrive ned det jeg skulle si. Ha meg unnskyldt. Det er altså all grunn til å skifte perspektiv, fra pessimisme til optimisme, fra beundring av andres krefter til tro på egne.

## La oss inspirere av rørleggerne

Jeg har hatt rørlegger i huset. Ikke bare var det lærerikt å studere hans kreative regninger. Først og sist var det en studie av fagutøvelse. Det hersket ingen tvil om at han hadde en særskilt kompetanse og kyndighet, at han i arbeidsdelingens navn var bærer av kunnskap jeg ikke hadde. Og at jeg bare måtte stole på at han visste det som var å vite om å skjøte sammen vannrør. På samme måte har vi en særskilt kompetanse som forvaltere av medisinsk kunnskap. Å kunne sin medisin, er å kjenne svar på fem spørsmål: Hvorfor blir noen syke mens andre holder seg friske? Hvordan kan vi avgjøre om en person er syk? Hva kan vi gjøre med det, dvs. hvordan forebygge og behandle? Hvordan vil det gå med den syke? Og hvordan er det å være syk? Dette er «the body of medical knowledge». Denne kunnskapen kan vi bruke til å hjelpe det enkelte menneske til å treffen tilslutninger om egen helse, dvs. kli-

nisk medisin. Denne kunnskapen kan vi bruke for å hjelpe samfunnet til å treffen beslutninger om helsepørsmål, dvs. samfunnsmedisin. Bør vi innføre mammografiscreening for kvinner i 40-årene? Det er et eksempel på en beslutning på nasjonalt nivå, den anvendte samfunnsmedisin er å streke opp kunnskapsbildet som skal fargelegges med politikk. Hvordan organisere tjenester for pasienter med alvorlige psykiske lidelser i lokalfunnet? Det er et eksempel på lokalsamfunnsmedisin, der det finnes medisinsk kunnskap som bør frem i lyset og opp på bordet for å veilede beslutninger og påvirkninger. Alle jobber – din og min – består i tillegg av trivialiteter og traurigheter, der medisinsk kunnskap er irrelevant. Men hør på disse 11 spørsmålene som dukket opp i løpet av en dag hvor jeg fotfulgte en bydelsoverlege i Oslo:

*Hvordan kvalitetssikre helsestasjonsarbeidet?*

*Bør vi starte et program for å påvise jernmangel hos innvanderbarn?*

*Bør vi gjøre noe for å påvirke innvandrerkvinners kosthold?*

*Helsestasjoner for ungdom for å få ned antall tendringssvangerskap?*

*Kan vi gjøre noe for å forebygge ulykker blant barn i barnehager og på lekeplasser?*

*Bør vi måle stråling fra varmekabler i barnehagene?*

*Hvordan kan vi påvirke politikere til å interessere seg for støyplager i bydelen?*

*Hvordan kan vi forebygge fallulykker i sykehjemmet?*

*Hvordan kan vi forebygge røyking blant gravide?*

*Hva er effektiv behandling av rusmiddelbrukere?*

*Bør hjemmesykepleien ha døgnvakt?*

Folk som kan sin medisin og kjenner sitt samfunn kan bidra til å opplyse beslutninger som lokalsamfunnet skal treffen på disse punktene. Spør ikke lenger om samfunnsmedisin er et fag, og hva innholdet i faget er. Tenk på rørleggeren. Det du kan, som ingen andre kan, er medisin – ikke jus eller sosiologi eller paragrafrytteri – din funksjon er å lede, koordinere, prioritere, påvirke, effektuere en virksomhet der kunnskapen om hva som virker og hva som ikke virker, er en essensiell del av handlingsgrunnlaget. Denne kunnskap

dikterer ikke lokale beslutninger eller anviser svar med to streker under på ethvert spørsmål. Men den er et lys i mørket, en måte å ta seg frem i verden på. Og det er du som holder i denne lykten, ingen andre.

### Det kollektive problem med å håndtere medisinsk kunnskap

To grunnleggende problemer i utøvelsen av all medisin er: 1) svakt kunnskapsgrunnlag, 2) manglende organisering av den kunnskap som finnes og en svær impotens i forhold til å flytte pålitelig, oppsummert oppdatert kunnskap ut i den virkelighet den skal betjene. Forsøk å møte opp i spesialisthelsetjenesten med et cervicalt prolaps. Du vil få en mengde råd, men skraper du i det faglige ferniss, er disse råd ute-lukkende basert på ovuleringer, usystematiske erfaringer og ekspertstatusens autoritet, ikke på holdbar kunnskap. Schizofreni rammer 1% av befolkningen, en av de mest grusomme diagnosene vi stiller, en av de dyreste pasientgrupper samfunnet tar hånd om. Vi har nå oppsummert den behandlingsforskning som finnes i verden, i alt 2000 forsøk, noe som er et latterlig lavt tall. >80 % av disse forsøkene handler om legemidler, om andre virkemidler er kunnskapen fragmentarisk. >50 % av disse forsøkene har en oppfølgingstid på < 6 uker – for en lidelse som varer livet ut.

Poenget er: Det er ikke bare i samfunnsmedisinen vi strever med å kunnskapsbasere vår praksis. Det er ikke bare i samfunnsmedisinen vi har problemer med å flytte den kunnskap som finnes ut i til de beslutninger som skal treffes.

Hele den medisinske virksomhet har et gjennomgripende kunnskaps-håndteringsproblem. Vi kan for lite, vi bruker for lite av det vi egentlig kan. For alle praktikere, også samfunnsmedisinere, er det for vanskelig å få tak i, vurdere og nyttiggjøre seg forskningsbasert informasjon. Derfor er det – i alle fag – en kløft mellom det vi egentlig vet og det vi gjør, mellom kunnskapsproduksjoner og utnyttelsen av kunnskap. Det finnes – for å ta ett av 100 eksempler – overbevisende kunnskap i verden om at det å støtte familier rundt den schizofrene, på en organisert måte, forhindrer 1/6 tilbakefall per år og 1/5 re-innleggelsjer. I nesten ingen av de 435 lokale psykiatriplaner som dere har laget, er denne kunnskap synliggjort. Det, mine damer og herrer, er for dårlig. Og jeg holder ikke dere ansvarlig for det, jeg holder meg selv ansvarlig. Det er folk som meg, og organisasjoner som de jeg representerer, som må løfte denne kunnskapen ut til dere, slik at den kan bli en del av kunnskapsunderlaget for politisk prioritering på helseområdet. Samfunnsmedisinen lider under mangel på faglig nettverk og faglig oppbacking, noe som bl.a. kan avleses i vår ensidige bruk

av lov og forskrift, samt regelrett synsing, som kompass i fagutøvelsen.

Dette må vi gjøre noe med.

### Akademisering

Akademisering er et ord som kan tolkes på flere forskjellige måter. Jeg har valgt å tolke oppgaven dithen at akademisering er å ta et mer forpliktende ansvar for å støtte praksisfeltet, å bidra til å kunnskapsbasere den samfunnsmedisinske gjerning ute, på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Den alternative tolkning har vi latt ligge, nemlig at akademisering skulle være å bringe samfunnsmedisinen inn på akademiet for å produsere doktorgrader og slik styrke akademisk samfunnsmedisin. Nøkkelord er altså: brobygging.

Vi jobber langs tre hovedspor. Det første og viktigste er å gjøre det lettere for samfunnsmedisineren å få tak i og bruke pålitelig kunnskap. Etter på ulike måter å ha studert samfunnsmedisinens behov for og utnyttelse av informasjon, utvikler vi en tjeneste – i samarbeid med erfarne praktikere. Einar Braathen som er her er én av dem, med et omfattende bibliotekstilbud, tilrettelegging av relevant kunnskap, elektronisk nettverk, trening i kunnskapshåndtering, og hjelp når man trenger hjelp, fra forskningsbibliotekar som er trenet i samfunnsmedisin og fra samfunnsmedisiner hos meg som har som jobb å støtte samfunnsmedisinen ute. Målet er at når alle skal i gang med for eksempel rehabiliteringsplaner eller psykiatrisplanlegging, så jobber vi ved siden av dere for å hente frem, oppsummere og stille til rådighet relevant kunnskap. Målet er å vise hverandre hva vi lurer på og hvilke svar som finnes. Målet er at fra du sitter på kontoret og skriver inn et konkret spørsmål, for eksempel hva finnes av kunnskap om måter å påvirke tenåringers seksuelle atferd eller gravide røykere, skal det gå under fem sekunder til du har svaret hvis det finnes oppsummert kunnskap i verden – og under en uke hvis vi først er nødt til å oppsummere den kunnskap som fins.

Det andre spørte er utviklingen av lignende tjenester for samfunnsmedisinen på regionalt nivå, dvs. fylkeshelsesjefer.

Det tredje er å fornye det faglige grunnlaget for anvendt samfunnsmedisin på nasjonalt nivå. Med en ny systematikk for å finne og sammenstille den beste tilgjengelige kunnskap

og med et klart blikk for kunnskapens beregninger, har vi med høy profil blandet oss inn i prioriteringen i blåreseptordninger, intervensionsgrenser i klinisk medisin og screening-spørsmål. Til mange klinikeres overraskelse og noens forargelse er vi, dvs. Avdeling for samfunnsmedisin på Folkehelsa, på banen med «å tilrettelegge kunnskapsgrunnlaget for politiske helsevedtak» som var Skogland-komiteens definisjon av lokal samfunnsmedisin når de forberedte spesialiteten. Tilslaget har vært enormt, overføringsverdien til lokale beslutninger er åpenbar.

Til slutt: Medisinerstudenter må få bedre samfunnsmedisinsk undervisning enn vi fikk. Jeg har tatt ansvar for en dreining av medisinerutdanningen i samfunnsmedisin i Oslo i anvendt retning. Målet er at alle studenter sitter igjen med en klar opplevelse av at det kun finnes to hoveddimensjoner i praktisk medisin; to hovedfløyer i det medisinske hus, klinikk og samfunnsmedisin. At alle er i stand til å bruke noen viktige samfunnsmedisinske verktøy og at minst en av fire når studiet avsluttes, inkludert uplassering hos samfunnsmedisiner, har lyst til å bli samfunnsmedisiner. Det vil ta et par år, men så er det på plass.

Akademiseringen, i denne form og med dette innhold, er en realitet. Dette er ikke luftslott. Legeforeningens støtte til universitetene kom akkurat i rette tid.

Dideriksen jr. – han i Dusteforbundet vet dere – sa: Jeg tror på hell, med mine fremtidsutsikter er jeg nødt til det.

Jeg tror også på hell. Jeg tror på anvendt samfunnsmedisin. Jeg tror på samarbeid, støtte, styrke i fag.utøvelsen. Om ti år vil vi se tilbake og si: det var da det snudde. Da vi begynte å jobbe sammen, ikke ved siden av hverandre. Da vi så at vårt fag er en funksjon samfunnet ikke kan klare seg uten. Da vi begynte å skille klarere mellom godt og dårlig arbeid og mellom fag og politikk. Da vi begynte å bruke den medisinske kunnskap for det den er verdt og oss selv for det vi er verdt.

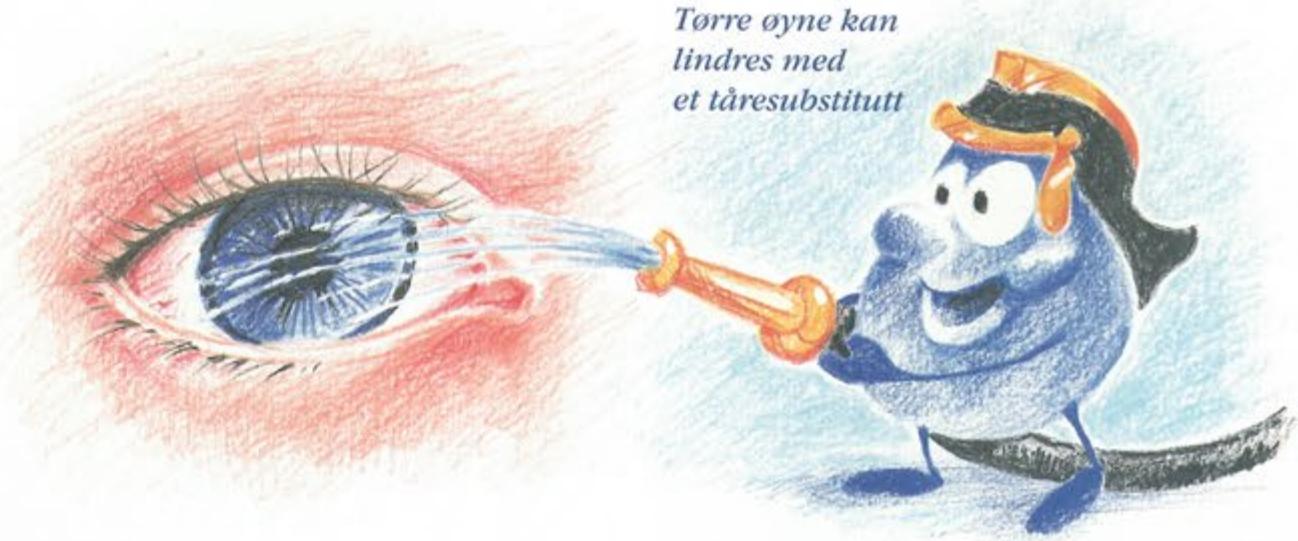
Nå har det rabla for'n tenker dere vel, nå har'n tatt helt av. Jeg vet også at det er et stykke å gå. Men jeg støtter meg til Churchill, den engelske statsminister som under slaget ved Dunkerque, da alt holdt på å revne for de allierte, ble spurta: «How do you find the situation?» Han svarte: «I find it stimulating».

# TØRRE ØYNE

## Mer utbredt enn mange er klar over

Pasienter kan ha følelsen av svie, irritasjon, slørsyn, eller tretthet i øynene uten at objektive funn er klare. Plagene kan skyldes tørre øyne på grunn av nedsatt tåreproduksjon og/eller gal sammensetning av tårevæsen. Årsakene kan være mange. Det kan skyldes inneklima, medikamenter, sykdommer, alder, kontaktlinsebruk, langvarig computerarbeid med mере.

*Tørre øyne kan  
lindres med  
et tåresubstitutt*



## Oculac® et nytt tåresubstitutt

- Effektiv behandling av tørre øyne
- Inneholder Povidon - et mucomimetikum med egenskaper nær mucin - øyets smøremiddel
- Inneholder viktige elektrolytter - Ca<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup> og Cl<sup>-</sup>
- Konserveringsmiddelfrie engangspipetter (20 x 0,4ml) eller i konservert form i 10ml plastflaske
- Selges reseptfritt på apotek
- Kan benyttes av kontaktlinsebrukere (engangspipetter)

Oculac® "CIBA Vision". Kunstig tårevæske.

ØYEDRÅPER 50 mg/ml: 1 ml innh.: Povidon 50 mg, borsyre, natriumklorid, natriumlaktat, kaliumklorid, kalsiumkloriddihydrat, magnesiumkloridheksahydrat, benzalkonoklorid 50 mikrog, natriumhydroksid, steril vann, pH ca. 7,4. Engangspipetter uten konserveringsmiddel.

Egenskaper: Klassifisering: Tåresubstitutt. Virkningsmekanisme: Povidon virker fuktende og beskyttende på øyets hornhinne og bindehinne. Indikasjoner: Symptomatisk behandling av tørre øyne. Kontralindikasjoner: Hypersensitivitet for innholdsstoffene. Blirvninger: Mindre hyppige: Syn: Lett forbipående svie eller klebrig følelse. Sjeldne (<1/1000): Syn: Irritasjon eller hypersensitivitetsreaksjon. Forsiktighetsregler: Konserveringsmidlet benzalkonoklorid kan misfarge myke kontaktlinser. Etter innndripping bør det derfor gå ca. 30 minutter før kontaktlinserne settes på. Graviditet/Amming: Risiko ved bruk under graviditet og amming vurderes som liten, da systemisk absorpsjon av povidon forventes å være minimal. Interaksjoner: Dersom pasienten står på annen lokal øyebehandling samtidig med Oculac skal det gå minst 5 minutter mellom behandlingene. Oculac skal alltid dryppes sist. Dosering: 1 dråpe i hvert øye 4 ganger daglig eller ved behov.

Pakninger og priser: 10 ml \*, 20 x 0,4 ml engangspipetter uten konserveringsmiddel.

ATC-nr.: S01X A20

**CIBA**  
**Vision**  
A Novartis Company

# Gule stafylokokker i sår



Takk for artikkelen med god diskusjon av presenterte vriene kasuistikker i Utpostens nr. 4, 1999.

I sommer hadde jeg på mine dager på legekontoret en rekke barn – mange fra samme barnehage – som presenterte nokså raskt spredende store og små impetigoflekker, oftest på eks-temitetene, noen flekker var så hissige at de var blitt bulløse.

Noen av barna var det tatt bakteriologisk prøve på, samtidig som legen (ingen av legene ved kontoret jobber hver dag) hadde startet behandling med Fucidin. Grunnen til at disse barna kom til meg, var at Fucidin var uten effekt.

På doktorskolen i Tyskland – for flere liv siden – og av min nå avdøde supervisor, dr. Odd Solem, som jeg overtok prak-

sisen etter, lærte jeg å bruke Lapis-oppløsning på impetigo og andre overfladiske sår, og Krystallviolett på såre barnerumper.

De ovenfor nevnte barna, både de nye ubehandlede tilfellene og de med terapisikt på Fucidin, penslet jeg med Lapis-oppløsning 2 %. Fortrinnvis visstnok ikke sårene til – men oppfordret til rene sokker på føtter og legger, ren T-skjorte o.l. som skulle få sitte på til neste dag som beskyttelse mot tilgrising av andre hudflater og/eller andre personer med infisert sårsekret.

Effekten har vært frapperende på alle. Ved kontroll dagen etter, har sårene begynt å tørke inn og blekne. Jeg penslet de fleste nok en gang, ved neste dags kontroll. Jeg gjorde avtale med foreldrene om at dersom det hele deretter ikke tilhelet pent av seg selv, måtte de komme og klage (slik jeg pleier å si til de fleste pasienter når de går fra meg). Ingen av foreldrene konsulterte meg med sine barn igjen.

## Diskusjon:

- Siden Fucidin ikke hadde effekt, er det rimelig å anta at bakteriene ikke var følsomme for dette stoffet.
- Bruk av Lapis-oppløsning gjør at jeg unngår å belaste barnet med en antibiotikakur, foreldrene med kostnaden og bryet med å få medisin i barnet.
- Bruk av Lapisoppløsning er så billig at en kan se bort fra kostnaden – vår 1/2-litersflaske er datert 1993, og den er ennå ikke tom.
- Foreldre og barn lærer at det finnes enkel og effektiv ikke-systemisk behandling, dersom barnet selv eller andre skulle få residiv.

*I vennlighet*

*Tine von Hanno*

Legekontoret på Tjøme  
3145 Tjøme  
E-mail: [tinevh@online.no](mailto:tinevh@online.no)

# – nok en gang

Utposten har forelagt dette spennende innlegget for vår ekspert fra sist:  
**Theis Huldt-Nystrøm, overlege på hudavdelingen på Innherred sykehus og leder for NIFS (norskinteresse-faggruppe for sårheling):**

– På den indikasjonen har jeg ikke særlig erfaring. Jeg vet at man tidligere har brukt «fargepenslinger» på impetigo med begrenset utbredelse (enkeltstående elementer), men har ikke hørt om lapis, selv om dette i praksis vil ha samme virkemåte.

Sølvnitrat virker denaturerende på proteiner, og på den måten drepes både bakterier og hudceller. Desverre er hudcellene betydelig mer følsomme for middelet enn bakteriene, så teoretisk kan man tenke seg at denaturerte proteiner fra huden danner et toppløkk som bakteriene kan fortsette å vokse under (f.eks. ved dypere impetigo-forandringer). Fra min erfaring med bruk av lapis på andre indikasjonsstiller har jeg ikke sett at det har skjedd, men man bør kanskje være oppmerksom på muligheten.

Lapis 2% (ikke bruk sterkere koncentrasjoner!) vil nok svi og stikke en del når det smøres på skadet hud. I og med at lapisløsning misfarger hud (og for den saks skyld også klær og gjenstander) kan noen oppleve den som kosmetisk lite akseptabel. Misfargingen på huden går bort når de lapisbehandlete hudcellene avstøtes (oftest 1–2 uker).

Et annet aspekt er at lapis penslet på større skadete hudflater kan medføre systemisk absorbsjon og nyreskade. At dette skal kunne skje ved behandling av mindre impetigoforan-

dringer virker sikt, men barn har stor overflate i forhold til volum, og særlig hos de aller minste bør man iallfall overveie dette forholdet hvis det er utbredte forandringer.

På hudavdelingen vår bruker vi av og til lapis 0,25 % i omslag på pseudomonas-infiserte leggsår, og det ser vi ofte godt resultat av uten bivirkninger.

Jeg tror egentlig ikke at de gule stafylokokkene på barna var resistente mot fucidin, men det kan være at dårlig penetrasjon er forklaringen. Kanskje ble kremen fort tørket bort og rakk derfor ikke å virke. En annen mulighet er at skorper og død hud i impetigoforandringer ikke var godt nok fjernet, slik at kremen ikke trengte godt nok inn. Ved impetigo bør alltid skorper bløtes opp og fjernes (først fuktig omslag i 20 min, deretter bortvasking av kruster) før fusidinkrem legges på. Real resistens mot fusidin blant gule stafylokokker sees i 1–3 % av tilfellene.

Hvis jeg skulle ha brukt lapis 2% på impetigo, ville jeg reservert behandlingen for pasienter med få lesjoner. Det finnes meg bekjent ingen nyere undersøkelser som dokumenterer effekten av lapis på impetigo.

*Vennlig hilsen  
Theis Huldt-Nystrøm*



## KLINISK-EPIDEMOLOGISKE LÆRESTYKKE

Steinar Hunskår (f.1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og spesialist i allmennmedisin. Han er redaktør for boka «Allmennmedisin» som kom i 1997. Ved Seksjon for allmennmedisin har dei vektlagt klinisk epidemiologi, EBM og kritisk litteraturvurdering i undervisninga si, og Hunskår vil med ujamne mellomrom gje eksempel for lesarane av UTPOSTEN.

### «Klinisk epidemiologisk lærestykke»

#### Rasjonell bruk av PSA

Norske allmennpraktikarar har igjen gått i ei klassisk klinisk epidemiologisk felle:

- PSA er svært god som monitorering av prostatakreft (100 % pretestsannsynlighet)
- Moderat nytte ved klinisk mistanke om aktuelle sjukdom (subgruppe med høgre pretestsannsynlighet, PPV 30–50 %)
- Feilslutning: Er den bra for sjuke, så må vi kunne bruke den for å finne dei sjuke blant dei «friske», altså som villscreeningprøve i eigen praksis.

Mange av oss har oppgåver innan kontroll av pasientar med kjent prostatakreft i samarbeid med sjukehusavdeling, og bruk av PSA vil da ofte inngå. Slik bruk er nyttig, då stigande PSA kan vere uttrykk for utvikling av sjukdommen.

Nytten av PSA i diagnostikk av symptom frå nedre urinvegar hos menn er meir omdiskutert, men stort sett har ein i Norden lagt seg på ei pragmatisk linje, slik det er uttrykt i

læreboka i allmennmedisin (1) og i terapitilråding frå SLK (2): PSA bør analyserast hos menn under 70 år med symptom frå urinvegane, samt hos eldre menn der kurativ behandling av eventuell prostatakreft kan bli aktuelt.

Når det gjeld PSA-screening, så har ein i Europa vore tilbakehalden på grunn av manglande dokumentasjon av nytteverdien. Senter for medisinsk metodevurdering har nyleg utgitt ein lesverdig rapport om dette (3). Nokre hovudpunkt:

«Den norske ekspertgruppen slutter seg til hovedkonklusjonen i INAHTA-rapporten; det er ennå ikke grunnlag for å starte et systematisk screeningprogram på befolkningsnivå i Norge for å diagnostisere prostatakreft hos menn uten symptomer. Helsegevinstene i form av redusert dødelighet ved et slikt screeningprogram er usikker. En eventuell positiv effekt (dvs. redusert dødelighet) må veies opp mot unødvendig utredning og overbehandling hos noen av de screenede. Spesielt forekomsten av alvorlige bivirkninger etter

#### Ny serie!

Redaksjonen i Utposten er stolt over å kunne presentere vår nye serie, «Klinisk-epidemiologiske lærestykke». Professor og lærebokredaktør Steinar Hunskår vil i tiden framover presentere klinisk-epidemiologiske problemstillingar for Utpostens leser. Klinisk epidemiologi blir stadig viktigere, og redaksjonen håper at denne serien kan stimulere interessen for kritisk tenkning omkring alle de sannheter og all den informasjon vi blir utsatt for.

behandling som består i operasjon med fjerning av prosta kan nedsette livskvaliteten. I praksis vil det bety at

- \* Ca. 30 av hver 10.000 menn som screenes vil oppleve manglende kontroll med vannlatingen (inkontinens)
- \* Ca. 150 av hver 10.000 menn som screenes vil bli impotente
- \* Ca. 40–50 av hver 10.000 menn som screenes vil oppleve både inkontinens og impotens.»

Fleirtalet av PSA-prøver i Norge blir tatt av allmennpraktikarar på lause indikasjonar. Vi bør starte eit aktivt arbeid med tanke på å redusere prøvebruken. Frå rapporten (3): «Villscreening ... er sjeldan eller aldri effektiv fordi den ikke gir helsegevinster på befolkningsnivå. Tvert imot kan slik testing føre til unødvendig utredning og kanskje skadelig behandling. Beskrivelsen av norsk praksis antyder derfor at mange norske leger ikke har gjennomtenkt indikasjonene for og konsekvensene av sin bruk av PSA-prøven. Dette vil gjelde uansett om mannen har kreft eller ikke.»

I ein artikkel i Tidsskriftet skriv Fosså og Eri at norske allmennpraktikarar sin bruk av PSA som opportunistisk screening saknar vitskapleg grunnlag (4). I ein leiarartikkel i same nummer skriv Bjerklund Johansen at konsekvensane av falsk positiv diagnose sjeldan blir offentleg kjent (5). Det er rekna ut at det i 1997 vart gjort meir enn 73 000 PSA ana-

lysar i Norge, det store fleirtalet rekvirert av legar utanfor sjukehus (3). PSA-historia kan lesast som ei (ny) historie om legeindusert overforbruk av helsetenester til liten/ingen nytte for befolkninga.

Hetlevik har skrive innsiktsfullt om Den fulle allmennmedisinske bøtten (6), ein artikkel som bør lesast av mange. Men ofta har eksempla på auka arbeidsmengde for allmennpraktikarane vore oppgåver pålagt oss av andre. Auka bruk av PSA på tvilsomt grunnlag gir mange kontrollkonsultasjonar og trong for henvising og oppfølgjing. I dette tilfellet må vi imidlertid gå i oss sjølve.

#### Litteratur:

1. Hunskår S. Allmennmedisin. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1997.
2. Terapiabefalinger: Behandling av godartet prostatahyperplasi. Nytt om legemidler 1997; 20 (Suppl 3): 5-6.
3. Senter for medisinsk metodevurdering. Screening for prostatakreft. Rapport nr. 3/1999.  
(<http://www.oslo.sintef.no/smm/Nyheter/FramesetNyheter.htm>)
4. Fosså SD, Eri LM. Norske legers rutiner for opportunistisk screening for prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3572-6.
5. Bjerklund Johansen TE. PSA-basert screening for prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3550.
6. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547-8.

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail [rmtrove@online.no](mailto:rmtrove@online.no)

**Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN  
Det koster kr. 375,- pr år!**

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....



# Opp alle jordens utkantleger – så samles vi på Borneo

Av Elisabeth Swensen

Hvor er det mer naturlig å avholde verdenskongress for leger i *rural and isolated practices* enn på Borneo, den ultimate utkant? Selv sønnen min på seks år hadde hørt om Borneo. Hodeskallejeger! Orangutanger! Begrunnelsen for valget av møtested for WONCAs 3<sup>rd</sup> Conference on Rural Health i juli i år, byen Kuching i den malaysiske delstaten Sarawak nord på Borneo, var likevel noe mer nyansert. Malaysia satser sterkt på en desentralisert primærhelsetjeneste og har fått til mye(1). De har markerte og meningsbærende leger i sentrale politiske posisjoner, og de har enkeltpersoner blant primærlegene som har vært drivkrafter i å etablere et internasjonalt nettverk for utkantleger. Dessuten blir byen Kuching beskrevet (i Lonely Planet) som «one of the nicest cities in South East Asia».

Min rolle på kongressen var som kontaktperson fra Norsk selskap for allmennmedisin i forhold til WONCAs nettverk for Rural Health, og som Utpostens egen jungelreporter.

Turen til Sarawak ble for denne mangeårige kommunelegen i Vest-Telemark i Norge en overveldende opplevelse. Aldri har jeg reist så langt, aldri sett så mye fremmedartet, aldri møtt kolleger fra så mange ukjente steder – og sjeldent har jeg følt meg mer hjemme i utlendighet. Opplevelsen er på en måte en historie (*the rural health movement*) i en historie (*Sarawak, en truet idyll*). Jeg vil prøve å formidle smakebiter av begge.

Bako nasjonalpark.

Ett eller annet sted har jeg lest et intervju der en antropolog sa det omtrent slik: «En norsk fjellbonde har mer til felles med en afghansk fjellbonde enn med en børsmegler i Oslo». Sely har jeg vært på verdenskongress for utkantleger, og sannelig har antropologen et poeng.

## *Sarawak, en truet idyll*

### Men først var det Singapore

Antagelig var det en taktisk fulltreffer å mellomlande ett døgn i Singapore. Singapore er en slags kapitalistisk gigaleoby der klossene er skinnende vakre skyskrapere i alle former, farger og materialer. De strekker seg uendelig mot himmelen og kaster skygge på de mange moskéene og templene som er klemt innimellom. Gatene er rent. Heisen på hotellelet har gyldig godkjenningssertifikat. Singapores nye flyplass, Changi, ble bygget på rekordtid og er kåret til verdens beste. Singapore lukter penger, kvalitetssikring og effektivitet – dog med en snev av *fish head curry* (livretten til den indiske underklassen som utfører alt manuelt arbeid i denne byen).

### Aannerledeslandet

Fra flyet så Borneo ut som på bildene, grønn jungel gjennomboret av brune floder. O forventning! Det første møtet med Kuching var en regelrett nedtur. Stygge, moderne, svært så ueksotiske hus flankerte hovedvegen fra flyplassen inn til sentrum. Kongresshotellet var akkurat så overleddet «stilfullt» som genren tilstier og bød tilsynelatende ikke på overraskelser. Den første løfterike oppdagelsen kom i form av værelsepiken som – uklanderlig sort-hvitt uniformert og mankyrert – tasset barbent rundt! Den neste var Benson's Seafood, Kuchings anbefalte sjømatrestaurant – med plasttallerkner, adkomst gjennom et hull i bølgeblikkjerdet og kjøkken i verdensklasse (og meny av typen «pek på en hummer...»). Siden ble det bare bedre.

Sarawak har fine nasjonalarke. En av dem, Bako, ligger en drøy halvtime med skranglebuss fra Kuching. Deretter båt ut elveoset og rundt noen irrgrønne nes før ilandstigning (i vårt tilfelle vassing) på hvit sandstrand. I parken var det nydelig oppmerkede stier, håndmalte treskilt, omtenk-





Detalj fra Kuchings gatebilde

somme informasjontavler. Men ingenting å få kjøpt! – bortsett fra et enkelt måltid ris samt mineralvann. Ikke et postkort, ikke en souvenir, ikke en gang en morsom dorullholder med bilde av en skøyeraktig orangutang og navnet «sarawak» på. Mangelen på kommers var en nesten like stor opplevelse som å la seg oppsluke av den skumle, grønne, fuktige jungelen.

Ja! Jeg så orangutanger og aper og skorpioner og kjøttetende planter. Og ja! Jeg badet i 30 graders Sør-Kina-hav nesten alene med skilpaddene. Det var befridende å slippe å sende kort.

Kuching er på størrelse med Oslo. Navnet *kuching* betyr katt. (Enorme kitch-aktige kattestatuer på de utroligste steder kan skremme vannet av en uforberedt turist.) Gjennom byen renner en vakker, bred elv med et mylder av små båter. Langs elvepromenaden sitter hobbyfiskerne dag og natt, gjerne to og tre sammen. Grytidlig søndag morgen er det kinesisk morgengymnastikk på plassen der promenaden ender. Kuching er en tilgjengelig, tilforlatelig liten storby preget av håndverk, småindustri og markeder. Jeg så faktisk ingen tiggerere, ingen overstadig rus og ingen king-size undertøyreklamer i det offentlige rom. Heller ingen voksne som skrek til eller dro i misfornøyde barn – til tross for uvanlig mange voksne (deriblant mange menn) som bar eller leide på barn. Det ga en slags egen fred, som når en støy du har vent deg til opphører et øyeblikk. På fortauskaféene drikes det enn så lenge mest te og kaffe. Hvis man styrer unna de stedene der serveringsdamen bærer tradisjonelt hodeplagg, er det likevel mulig å få kjøpt godt Tiger-øl fra Singapore.

Sarawak er ikke uvitende om sin idylliske annerledeshet. De er stolte av den, holder den frem som et varemerke. «We are different from them», *them* i betydningen fastlands-Malaysia, storsamfunnet.

### Noen fakta om land og folk

Sarawak er siden 1963 en del av Malaysia, like stort som Norge i utbredelse, med 1,9 mill. innbyggere. Pepperproduksjon, fiske, skogsdrift og olje utgjør det økonomiske fundamentet. De siste årene har det vært satt voldsomt på turisme. Befolkningen er utpreget multietnisk og påfallende fri for etniske konflikter, noe som fremheves med stolthet både i skriftlig offisiell informasjon og blant de mange jeg kom i tilfeldig prat med. Kinesere og malayer utgjør de største tilflyttede folkegruppene, dessuten finnes et mylder av innfødte stammer hvorav de viktigste er *bidayuh*, *iban*, *melanau* og *orang ulu*.

Provinsen har en utrolig politisk historie. En britisk eventyrer ved navn James Brooke ble utnevnt til Rajah of Sarawak i 1841 som en vennegave fra sultanen av Brunei. Dette la grunnen til et dynasti av «white rajahs» frem til etter krigen. James Brooke's etterfølger, Charles, var et administrativt og politisk talent høyt elsket av sitt folk, også hans minne.

Statsreligionen i Malaysia er islam, men i en svært pragmatisk innpakning. En slags islam light. Det er full religionsfrihet, og spesielt buddhistene setter et markant preg på bybildet i Kuching med sine fargerike templer og rike flora av seremonier og ritualer. Det gikk flere dager før jeg skjønte

### Slitne ibanturistverter i vakre drakter





Vart du skrämt?  
Bynavnet Kuching  
betyr katt på  
malaisk.

at den glorete, overfylte sjappa bak hotellet ikke var en døgnåpen kjempepopulær kinarestaurant, men et buddhistisk tempel.

#### «Ekte vare»

Folk jeg traff i Kuching var for en stor del første- og annen-generasjons innflyttere fra skogene og elvene omkring. De fortalte om oppvekst i en kultur som er i ferd med å forsvinne, om kunster og ferdigheter som snart vil være irrelevante og glemt. I disse dager bygges en stor demning i en av de store flodene, et av verdens største damanlegg, som skal gi elektrisk kraft for eksport til fastlands-Malaysia. Hundrevis av små landsbyer vil bli oversvømt. I avisene skrives det nedsettende om livet i de små landsbyene: slett hygiene, lav utdanning, dårlig moral. På konferansen hørte vi entusiastiske samfunnsmedisinere reklamere for et storstilt «healthy housing project». Dit skal folket fra de små, oversvømte, tilbakestående landsbyene flyttes. An offer you can't refuse. Alta revisited.

Jeg reiste på én organisert utflykt, til et såkalt iban long-house (oppriinnelig kollektiv boform langs elvene innover i landet). Det ble en selsom opplevelse. Turen oppelven i smal, flatbunnet elvebåt var flott. Bosetningen var autentisk nok. Men de innfødte var oppbrukt. Mennene drakk for mye, og de unge jentene var drittlei av å danse folkedans hver kveld for nye turistgrupper. Same-Jakki. Den eneste gangen under hele oppholdet i Sarawak jeg opplevde å bli tigget om penger, var av iban-høvdingen.

Men bakom synger fortsatt skogene – i Norge som i Sarawak.

## The Rural Health Movement

### Organisasjon

WONCA's «Working Party on Rural Practice» ble formelt etablert i 1992 med professor Roger Strasser ved Center for Rural Health, Monash University, Victoria, Australia, som leder. The Working Party (kan kanskje oversettes med «referansegruppe» eller «arbeidsutvalg») har inntil 20 medlemmer hvorav minst to fra hver verdensregion: Europa, Asia, Afrika, Nord-Amerika, Sør-Amerika og Australia. Norge er ett av landene som representerer Europa. Professor Strasser er fortsatt formell leder og dessuten bevegelsens ideologiske farsfigur og store inspirator. I Europa er det nå etablert et regionalt samarbeid – EURIPA – ledet av dr. John Wynn-Jones, som også har opprettet et Institute of Rural Health i Wales etter mønster av og i nært samarbeid med australierne.

Den første internasjonale WONCA-kongressen om *rural medicine* fant sted i Shanghai, Kina, i 1996, den andre i Durban, Sør-Afrika, i 1997. Neste verdenskongress finner sted i Calgary, Canada, i august år 2000.

### Definisjoner og mål

Jeg tror «rural» i denne sammenhengen best tilsvarer det vi vil kalle «utkant». Forutsetningene for å bruke betegnelsen *rural medicine/rural doctor* er at man arbeider som allmenn-



«HOPE –  
the largest  
selling luxury  
cigarette»



«Uformell ledelse». Professor Roger Strasser, leder av WONCA Working Party on Rural Health, og dr. John Wynn-jones, leder av EURIPA.

praktiker i et område (vanligvis langt fra sykehus) der det stilles særlige krav til både kliniske ferdigheter og samfunnsmedisk kompetanse/engasjement.

Målsettingen med å opprette et eget Working Party on Rural Health i WONCA har vært å øke oppmerksomheten mot de spesielle utfordringene/problemene innen utkanthelse – både sett fra pasientenes og helsearbeidernes ståsted. Til nå har gruppen fokusert mye på medisinsk utdanning (*education and training for rural health*) og arbeidsforhold for leger i utkantene.

Det har også vært lagt stor vekt på individuell og organisatorisk nettverksbygging innenfor det man kanskje kan kalte det globale utkantkollegiet.

Foreløpig er det relativt for mange australiere, kanadiere og sør-afrikanere i dette forumet. Sør-Amerika og resten av Afrika er svært dårlig representert.

### Fargerikt fellesskap – faglig og personlig

Kongressen var som kongresser flest på det ytre plan: Plenumssesjoner av varierende interesse, parallele sesjoner om nært sagt alt (fra praktiske øvelser i intubering og nødtracheostomi på medbragte hjemmelagde «tracheær» av plasttrør og tape fra Canada, til religionens betydning for organisering av en basal primærlegetjeneste i det utblødde Kampuchea), og omvisninger på distrikthelsestasjon og lokalsykehus. Jeg er flau over å si at jeg ikke på forhånd hadde særlige forventninger til det faglige utbyttet. Typisk Norsk&Fordomsfullt&Feil. Uten at det skal tillegges stor symbolsk betydning, har jeg lyst til å fortelle at jeg en måned etter hjemkomst ble tilkalt til en hjertestans på hjemstedet. Ambulancesjåføren plundret med intuberingen. Jeg ble bedt om å forsøke. Det er mange år siden sist jeg intuberte. Nå gikk det som smør. Takk til kanadiske kollega og instruk-

tør Bent Hougesen som til daglig praktiserer alene blant indianere et sted på nordvestkysten av verden og har seks flytimmer til nærmeste sykehus.

### Norges rolle

Norge er et ekstremt rikt land i verden og vi har flere leger pr. innbyggere enn nesten noen andre. Således kreves det en viss varsomhet når man er norsk utsending på verdenskongress om helseproblemer i utkantene. Når det er sagt: Norge har mye å bidra med til dette fellesskapet og helt sikkert mye å lære. Våre erfaringer med IT, desentralisert forskning, allmennpraktikerstipend og eget tidsskrift for/fra «utkantene» (Utposten) vakte betydelig interesse. Den lille norske delegasjonen hadde også laget en presentasjon der vi forsøkte oss på en faglig-politisk analyse av utviklingen innen faget sett fra vårt hjørne av verden. Dette viktig at *rural health* blir noe annet og mer enn eksport av sykehusløsninger og høyteknologi til utkantene. Kanskje er det tvert imot slik at utkantmedisinens erfaringer og filosofi representerer en bærekraftig veg videre i utviklingen av faget som helhet.

Min opplevelse er at *the rural movement* innen WONCA for tiden representerer en sunn og sterkt grønbevegelse, delvis i opposisjon til et lett forgubbet byråkrati. Det har lett for å bli mye kanapéer og en ganske behersket, for ikke å si striget, omgangsform både faglig og sosialt i legenes internasjonale fora. På Kuchingkonferansen var den faglige entusiasmen påfallende og omgangsformen preget av at deltakerne i billedlig forstand var bønder. *The rural health movement* er en betimelig og nødvendig utvidelse av vår kollegiale internasjonale horisont.

### Litteratur:

1. Kristoffersen A. Malaysia: Helse i distrikturen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3638–39.



Helge Worren, primærlege i over 20 år (Sør-Aurdal, Vinteren, Nittedal), men også med reiser inn i det sentrale helseverk (Statens helseundersøkelser, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet).

Pensjonert UTPOSTEN-redaktør (1993–1997).  
P.t. allmennlege i Nittedal og prosjektmedarbeider i Fastlegeprosjektet, Sosial- og helsedepartementet.

# NIDAROS –

*Reisebrev fra Nidaroskongressen*

*Kjære UTPOSTEN-leser*

Så har det vært Nidaroskongress igjen, den sjette i rekken. Større og større blir dette primærmedisinske supermarketet. I alt ca. 1200 påmeldte denne gangen, ca. halvparten medarbeidere i allmennpraksis. Det blir på størrelse med de mindre kommuner i landet.

### Hvordan unngå å gå seg vill i dette supermarketet?

Det første er at man søker seg en mindre permisjon noen måneder i forveien for å få oversikt over programkatalogen. Så gjør man noen valg og håper det blir ok. For meg fallt valget på et klinisk emnekurs i øyesykkdommer og et ruskurs – med en «rusfri» dag imellom med litt av hvert. Sannsynlig vil andre valg i andre bukter på denne svære øya som heter NIDAROSKONGRESSEN gi helt andre opplevelser. Noe representativt bilde vil jeg derfor ikke kunne gi deg.

### Øyekurs så langt man kunne se!

Dette var tydeligvis et populært kurs, i hvert fall på forhånd. Vel 250 kursdeltakere var med på kurset, og det var visstnok lenge siden noe slikt var holdt. Kurset var tydeligvis overlatt øyeavdelingen på RiT i forhold til forelesere og innhold. Dette ble nok en fallgrube. Øyesykkdommer i allmennmedisin ser ofte meget annerledes ut enn øyesykkdommer fra spesialistsynsvinkel, selv med alle mulige forsøk på tilpasninger. Trass i en flott gjennomført ledelse ved allmennmedisinere, ble kurset sånn passe relevant. Refraksjonskirurgi kan nok være spennende, men er fortsatt milelangt unna den allmennmedisinske hverdag, selv om også vi bør vite litt om dette. Lærdom 1: La allmennmedisinske kurs foregå på allmennmedisinens premisser. Lærdom 2: Omfattende spesialistkunnskaper kan ikke erstatte dårlig pedagogikk, selv om enkelte av kvinnene glitret til med de beste innlegg og trass i fremvisning av en velvillig holdning til allmenn-

# mer enn Rosenborg!

medisinen fra spesialistene. Salen var kvartfull ved kursavslutning (kursbevisene var da utdelt!). En av foreleserne takket da for det flotte fremmøte fra begynnelse (full sal) til slutt på kurset. Hva med en visusundersøkelse?

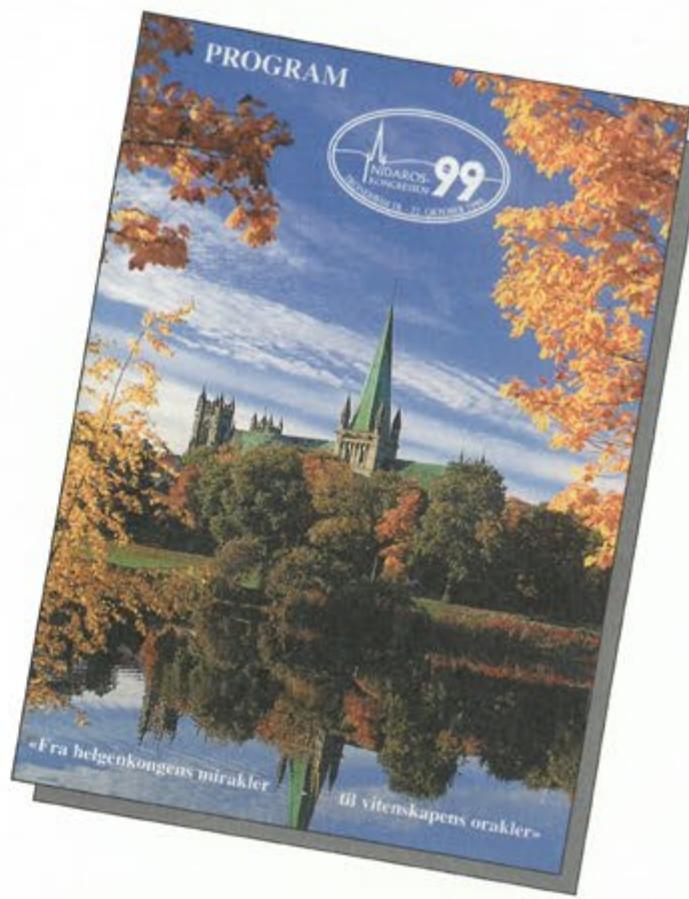
## Bli dus med rus!

Igjen hadde jeg gjort et kursvalg, som mange andre. Mye nyttig kunnskap om et vanskelig tema, hvor så vel det medisinsk-tekniske som det prosessorienterte-psykiatriske fikk sin behørig plass. De nedrullede gardiner (gjaldt svært mange av tilstelningene) med kun kunstig lys ga imidlertid en nattklubbstemning som tidvis gjorde at mange fikk testet sine oppmerksomhetsevner – trass i mange gode forelesere. En av foreleserne pekte seg spesielt ut: overlege Berit Aamo fra Avdeling for legemidler, RiT. Det var en nytelse å se og høre henne i aksjon. 10 i stil og fremføring, 10 i innhold. Det hun ikke vet om sitt fagfelt, tror jeg ikke det er verd å vite – slik opplevde jeg det. Husk at avdelingen har landsdekkende funksjoner!

## Torsdag er festdag, forskningsdag og prisdag!

Torsdagen er alltid spesiell på Nidaroskongressen. Da hadde jeg ikke ruskurs («rusfri» dag), men fikk med meg litt av hvert annet:

- Allmennmedisinsk forskningskongress er en imponerende fremvisning av det blomstrende faget allmennmedisin. Kreativitet og en haug med hjerneceller er tydeligvis tilstede.
- Nidarosprisen til Magne Nylenna forbausest meg i noen mikrosekunder, men det var til han begynte å snakke (han kan ikke bare skrive, denne Tidsskriftredaktøren og tidligere UTPOSTEN-redaktør). Da var mitt hjerte helt med: dette var en god pris til en allmennmedisiner av hjerte, penn og munn om enn praksis var tilbakelagt. Hans foredrag var i seg selv verdt en god del trykksverte.



To av hans (nesten) digresjoner grep meg mest:

- Faget allmennmedisin preges av to grupper: entusiastene og de forretningsdrivende. Førstnevnte har kjærlighet til faget og pleier det. Sistnevnte har et businessperspektiv på faget (og kunne like gjerne drevet med landbruksmaskiner?)
- Husk det er forskjell på fagdebatt og frustrasjonsdebatt – ikke bruk EYR som utløp for begge deler!
- **Fremtidige kandidater til NIDAROSPRISEN?** Det er sikkert mange. Hva med en pris for en felleskapende dugnadsinnsats? Skjønner du hvor jeg vil hen? Ja, nettopp en pris til UTPOSTENs samlede redaktørstab gjennom tidene – selv sagt i all beskjedenhet!
- **NSAMs årsmøte** var en viktig begivenhet, men blir den for intern? Selv jeg som har prøvd å følge med i NSAMs gjøren og laden hadde problemer med å følge med på diskusjonen. Det var ikke bare alle forkortelsene som var

et problem, men også selve diskusjonens innhold. Rekrutteringsproblemer? Javell! Ligger noe av forklaringen her?

- **Så var det festmiddag!** Den ble avviklet i aller beste Nidarostradisjon – perfeksjonisme til fingerspissene. Valget av Arnfinn Seim som toastmaster og Pål Espen Killestad (i Bjarne Rimis skikkelse) var supert. Jeg merket meg spesielt Rimis oppskrift på desserten Tilslørte Bondepiker: 1 flaske whiskey og 3 budeier fra Kvam (Gudbrandsdalen); jo mer whiskey, desto mer tilslørte pluss en liten kremsdott! Tuppen av kaka for meg ble allikevel to av prisene som ble utdelt:
- **Medarbeiterprisen** til min tidligere medarbeider, Helle Dunker fra Valdres og **Løvetannprisen** til den gamle hederskar Anders Forsdahl. Dette til tross: blir det litt mange priser i allmennmedisin, selv om Skriften sier vi skal kappes om å hedre hverandre?

### **Er jeg Harry?**

Det har jeg begynt å lure på. Jeg har lest Kalvøs bok og skjønt at å like Åge Aleksandersen kan være harry. Jeg liker han og var på hans konsert under kongressen. Stemningen var faktisk like høy som under den forutgående kampen Rosenborg spilte og som ble vist på storskjerm. Rosenborg vant! Selvfølgelig?! Det kulturelle ellers var sikkert bra. Jeg kunne ha vært med på mye mer, sier de som skjønner seg på det.

### **Plenum e' no' stort, ja!**

Plenumssamlingene var en ekstra spiss på Nidaroskongressen. Spesielt vil jeg nevne:

- **Fastlegeforedraget** ved min deltidssjef Tom Christiansen viste den riktige blandingen av nøkternhet og entusiasme som Fastlegereformen fortjener. Det virker som reformen er i ferd med å gjøre en god landing etter at nå Odeltingsproposisjon 99 er lagt frem.
- Irene Hetleviks foredrag «Tilbake til de syke» var en edrueig affære. Irene Hetlevik har en sindighet og troverdigheit som gjør at man lytter. Hennes påstand om at helsevesenet gjør oss syke, tilsier en kursendring. Ikke nye påstander, men dokumentasjonen gir nytt liv

til diskusjonen. Noen føler at det er som å sage av greinen vi sitter på, andre mener det er livsviktig gjødning til det allmennmedisinske treet. Jeg tilhører den siste gruppen.

### **Vår ulykkelige kjærlighet!**

Så var det alle firmaene og deres stands, quizzere, penner, premier, middagsinvitasjoner m.m. Vi må vel bare innrømme at mange av oss elsker å ta imot alt de gir, vi elsker å kritisere og «hate» dem – samtidig som mange av oss opplever en viss invasjon og en følelse av å bli kjøpt. Diskusjonen er fortsatt het, ambivalansen stor og det er fortsatt grenseoppganger som bør trekkes klarere.

### **Ser du meg, doktor?**

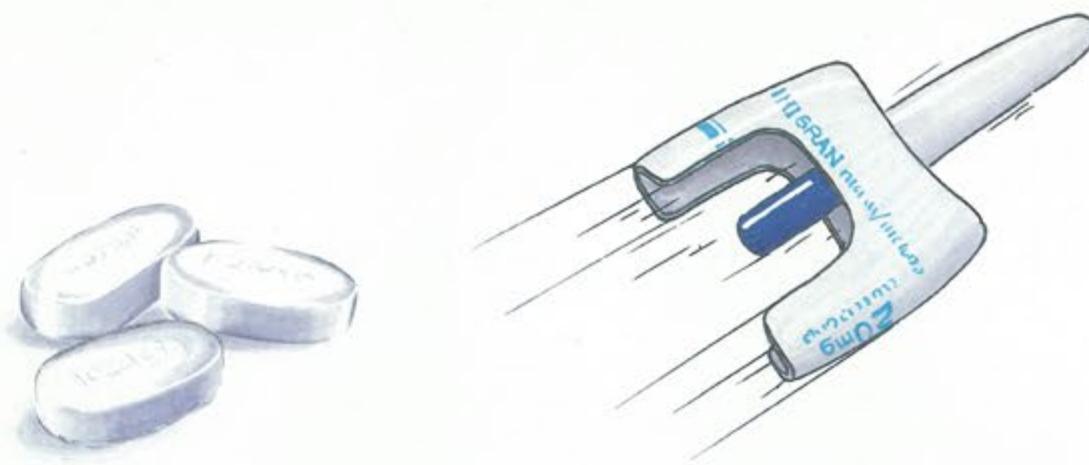
Slik spør Eli Berg i sin nyutgitt bok. Denne garvede allmennpraktiker, som ikke er redd for å synes i landskapet og la sin røst høre – hun gjør det igjen: hun får oss til å lytte fordi hun har noe viktig på hjertet. Hun stiller kanskje det aller viktigste spørsmål – den røde tråd i alle kurs: ser vi virkelig de vi skal se: pasientene? Boken anbefales og er en av flere nyttige ting jeg har fått med meg fra Nidaroskongressen.

### **På gjensyn?**

Det blir helt sikkert Nidaroskongress igjen – etter ruten i år 2001. Skal Nidaroskongressen leve opp til sine beste tradisjoner må også den fornye seg. Jeg har ingen oppskrift, men jeg syns selve mottoet for årets kongress «Fra helgenkongens mirakler – til vitenskapens orakler» er verd å ta med seg videre, ikke som en bekrefteelse på at miraklene til skulle være over og heller ikke som en blind tro på vitenskapen som orakler, men som en stadfestelse at vi hele tiden lever i spenningen mellom mirakel og orakel. Kommer du og jeg til Nidaros i 2001? Arrangementskomitéen får ta det som en utfordring! Takk for denne gang!

Takk for en intens, slitsom, givende, tankevekkende, følesesvekkende uke!

*Helge Worren*



# NÅR MINUTTENE TELLER!

## KLINISK EFFEKT<sup>1</sup>:

TRIPTAN TABLETTER: 30-60 MINUTTER.

IMIGRAN NESESPRAY: 15 MINUTTER.

## IMIGRAN NESESPRAY

- RASKERE EFFEKT ENN ALLE TRIPTAN TABLETTER<sup>1</sup>



IMIGRAN™ Nesespray  
sumatriptan

**GlaxoWellcome**  
FOR Helse OG LIVSKVALITET

C Imigran "Glaxo Wellcome"

Migrænemiddel ATC-nr.: N02C C01

T NESESspray 20 mg/dose: Hver dose innh.: Sumatriptan 20 mg, const q.s.

T TABLITTER 50 mg og 100 mg: Hver tablet innh.: Sumatriptan succinat respond, sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, laktos, 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Titandeksid (E171), jernoksid (E172), 100 mg: Titandeksid (E171).

Egenskaper: Klassifisering: Vaskular SHT1-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv SHT1-reseptoragonist uten effekt på SHT2- og SHT3-reseptorer. SHT1-reseptorer er funnet i hovedskjærm i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kan antas å være den underliggende mekanismen ved migræne. Selv om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. I kliniske studier har doser på 25 - 100 mg vist bedre effekt enn placebo, men 50 og 100 mg var signifikant bedre enn 25 mg. Absorpsjon: Nesespray: Rask absorpsjon. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15%. Tablitter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. Proteinbinding: 14 - 21%. Halveringsstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et indoleddiksyredervat av sumatriptan, uten SHT1 eller SHT2 aktivitet. Utskillelse: I armen. Indikasjoner: Nesespray, stikkpiller og tablitter. Akutte anfall av migræne med eller uten aura. Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet overfor innholdsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, ischemisk hjerte-syklom. Præmigræns angina/koronær vesseospasme, perifer karsykdom, symptomer etter tegn på ischemisk hjerte-syklom. Cerebrovaskulær syklom eller transitoriske ischemiske anfall (TIA). Ukontrollert hypertension. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Samtidig bruk av ergotamin eller ergotamindervirker (inkludert metysergide). Samtidig bruk av monaminoxydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling. Brinvringning: Nesespray: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesesprayen er sprayens smak. Mindre høyring er lett, fortigende irritasjon eller brennende følelse i næse/knykk, eller nesebleeding. Hypspige (-1/100): Generelle: Smerte, knåling, varme, syncope, trykk over stramninger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Tremhet, dobbeltset og møttset. Kardiovaskulære: Fortigende blodtrykkskistning (10 mm Hg). Rodme. Neurologiske/psykiske: Symmetrisk. Gastrointestinale: Kvæle og oppkast. Mindre høyring: Hud: Usett, Endringer i leverfunksjonsparametere. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Neurologiske/psykiske: Epileptiforme anfall. Kardiovaskulære: Blodtrykksfall, bradykard, tåkypard og hjertebekk. Kontrang ekning i perifer karmostand. Bye: Flimmer, dobbeltsyn, myastonus, scotoma, nedsatt syn. Sumatriptan har vært assosiert med forbi-gående symptomer som brystsmerten og stramningene også i halsregion. Disse kan føles intenses. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (<1/1000) være forårsaket av koronaravasospasme. Nodvendige undersøkelser må foretas dersom symptomene tyder på ischemisk hjerte-syklom. I ekstremt sjeldne tilfeller (<1/10000) har det vært rapportert arrytmymer, forbipasende ischemiske EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbi-gående tap av synsførrelsen også skyldes migreneanfall.

Forsiktighetstreger: Sumatriptan skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er mulig om diagnostisere migræne eller Cluster-hodepine. Ved full tert på pasientene henvises til neurolog. Sumatriptan er ikke indirekt ved hennepigakk, oftmåligpigakk eller basilia migræne. Ved annen akutt migrænebehandling, bør alvorlige neurologiske tilstander utelukkes før man behandler en nydiagnosert migræne eller migrænepasienter med alvorlige symptomer. Migrænepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forvekkes med symptomer på migræne. Koronær syklom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter hvor hjerte-syklom kan misteknes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høy blodtrykk (kontrollert), da blodtrykksstigning og økt vaskular motstand er rapportert hos et fåttall pasienter. Det har vært rapportert slapphet,

hyperrefleksi og koordiansjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv serotonin-reseptortaksikjemmer (SSRI) og sumatriptan. Pasienter bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indirekt. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som sentrerer krampeterskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike kryssereaksjoner, men forsiktighet bør utvises for bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gis 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt myrfunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsigten kan oppnås som et resultat av migræne eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved blikkning, bøyning av maskiner o.l. På grunn av begrensset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulstyper i dyreforsak innen normal spontan forekomst er rapportert. Graviditet/Amming: Erfaring med bruk av Sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt økning av fosterled i dyreforsak. Bruk under svangerskap framstår derfor. Amming: Sumatriptan utskilles i morsmilk. Amming bør unngås på de første 24 timer etter behandling. Interaksjoner: Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og serotoninreseptortaksikjemmere, se Forsiktighetstreger. Dosering: Til behandling av akutte anfall av migræne og cluster hodepine. Må ikke brukes profilaktisk. De anbefalte dober har ikke overskrides. Migræne, Voksne (18-65 år): Injeksjonsvanske, nesespray, stikkpiller og tablitter: Dosering, se tabell. For tablitter er anbefalt standosse 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespray kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved brinvringning. Injeksjons- eller nesespray bør brukes hvor rask innsattende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Det anbefales å starte behandlingen ved første tegn på migræne/episode. Sumatriptan effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallen har vært når behandlingen startet. Dersom symptomenne lønner seg av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for nøy mellom dosene. Dersom effekt av første dose bleib, er det ikke sannsynlig at en andre dose vil gi effekt ved den samme migræneanfallen. Imigran kan imidlertid forsøkes ved neste anfall. Tablettene svegles hele med fl. glass vann.

	Vanlig dosering	Maksimal degdosedose	Tid mellom dosene
Nesespray:	1 dusj (20 mg) i det ene næseboret	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	1 tablet til 50 mg	300 mg evt. 100 mg	Min. 2 timer

Oppbevaring og holdbarhet: Nesesparyen og stikkpiller skal oppbevares mellom 2° og 30° C. Pakninger og priser: Nesespary: 20 mg/dose: 6 doser (6 x 0.1 ml) endosobeholdere kr 624,20, 18 doser (18 x 0.1 ml) endosobeholdere kr 1699,50. Tablitter: 50 mg: Enpac: 6 stk. kr 389,30, 12 stk. kr 701,40, 100 mg: Enpac: 2 stk. kr 227,70, 6 stk. kr 624,20, 18 stk. kr 1699,50.

T: 36

Priser av Januar 1999. Felleskatalogtekst av 6.10.98

Glaxo Wellcome AS

Postboks 4312 Tonsen, 0402 Oslo

Telefon: 22 58 20 00 Telefax: 22 58 20 04

[www.glaxowellcome.no](http://www.glaxowellcome.no)

1. Referanse: Sammenligning av felleskatalogtekstene.

# «Det er nok psykisk»

En allmennpraktiker har en spennende jobb, noen ganger for spennende, spesielt på legevakt. Vi går inn i situasjoner med mange ukjente faktorer, som oftest med et åpent sinn og våkent blikk, men iblant havner vi i et spor som begrenser tanken vår, eller vi havner på feil bølgelengde. Det fører i verste fall til at vi overser signaler, kobler ut den kritiske tanken og slapper av for tidlig. En slik opplevelse fra min turnustid ligger fortsatt i bakhodet, og iblant minner den meg på å ikke konkludere for kjapt, men holde igjen litt.

Jeg var turnuskandidat på et lite sykehus, og hadde sagt ja til å steppe inn som vaktlege i en liten kommune i nærheten, mens kommunedelen og turnuskandidaten tok en velfortjent påskeferie. Det var mitt første møte med legevaktarbeidet, og det skulle være fire døgn i strekk. Familien var med, for å gi det hele et skinn av påskeferie.

Alt var nytt, både problemstillingene jeg møtte, og det å være fullstendig alene om alt, uten kolleger, uten erfarene sykepleiere. Det føltes også som om det aldri tok slutt, det var jo hele tiden meg de ringte til, enten det var natt eller dag, alvorlig eller bagatellmessig. Det ble både forkjølser og hjerteinfarkt, brå dødsfall og støttesamtaler med pårørende. Men det som sitter mest igjen er ektemannen som ringte en natt fordi kona hadde besvikt på badet. Hun hadde våknet til igjen med en gang, men jeg turde ikke annet enn å dra ut. Ferje måtte rekvireres, slik at flere måtte opp den natten, og jeg regnet med innleggelse og dro derfor dit med ambulansen.

Huset lå langs en smal vei, helt oppi veikanten, uten andre hus i nærheten. Det var stort og mørkt, og jeg var glad ambulansen var med. I entrene møtte ektemannen meg, og han sa straks «Det er nok psykisk». Jeg må nok ha sett litt spørrende ut, for han begynte å fortelle om mangeårige nerveproblemer, men la til slutt til at han syntes det var greiest at jeg kom innom likevel. Ambulansefolkenes tilstedevarsel kommenterte han ikke.

## *Historier fra virkeligheten*

Jeg husker godt tankene som for gjennom hodet mitt da. Først lettelsen over å ha det hele plassert i en overkommelig boks, ingen ting livstruende, ingen ting farlig. Deretter rådvillheten, hva gjør jeg nå? Jeg hadde jo ambulansen med meg, hadde vekket både ambulansefolk og ferjemennene, og så punkteres det hele av ektemannens åpningsreplikk. Kan jeg

dra derifra igjen med ambulanse og ferje med verdigheten i behold, eller må jeg legge henne inn for å unngå at de flirer av meg? Jeg bestemte meg så for å gi blaffen i om de skulle flire av meg, og ble med mannen opp til andre etasje.

Der lå kona i sengen på et mørkt rom, så ikke så mye, men ga uttrykk for at hun hadde det greit bortsett fra at hun var trøtt. Det kom fram at hun hadde hostet i noen uker, ikke vært helt i form, men ellers ikke merket noe spesielt. I natt hadde hun vært på toalettet, og så besvikt etterpå. Jeg undersøkte henne så godt jeg kunne, BT, puls og hjerte og lunger var uten anmerkning, og det var ingen lammelser. Jeg tenkte nok en gang igjennom muligheten for å dra derifra med hele kostebinderiet uten innleggelse og uten tap av all doktorverdighet, og bestemte meg igjen for å gi blaffen i problemstillingen. Vel nede i første etasje igjen gjentok ektemannen sin tentative diagnose, og jeg dro lettet derifra.

Med det regnet jeg saken for ute av verden, helt til jeg nok en gang ble vekket, ved halv åtte-tiden på morgenen. Hun hadde besvikt på badet igjen. Dette var langfredag, ennå lenge til første ferje, og bestilling av ny ekstraferje var en lite lystelig tanke. Nattens klare «diagnose» føltes plutselig ganske skjør og usikker, og jeg bestemte meg for at det eneste fornuftige var å spille ballen videre. Jeg bestilte derfor ambulanse, for direkte innleggelse, men ikke uten en viss bekymring for at turnuskandidatene og overlegene på sykehuset, som jo var mitt eget, nå skulle flire godt av meg. Jeg kjente alt for godt den i blant nådeløse sjargongen blant turnuskandidatene overfor primærlegenes innleggelses.

Likevel, jeg var lettet over å ha funnet en utvei, og glemte det hele til jeg neste dag måtte snakke med en av kollegene

mine på sykehuset pga en ny innleggelse. Jeg spurte da, nærmest tilfeldig, om hvordan det hadde gått med henne, og fikk til svar at hun døde om ettermiddagen, samme dag hun ble lagt inn.

Beskjeden hadde en brutal effekt. I halvdårige kriminalromaner står det iblant at «blodet frøs til is i årene», og det føltes vitterlig slik. Det var et kaos av tanker, både lettelse over at jeg rakk å legge henne inn før hun døde, dårlig samvittighet fordi jeg ikke la henne inn med en gang, og angst for hva ektemannen og kollegene på sykehuset ville mene om meg.

På sykehuset hadde de heller ikke funnet ut av noe, og hun døde før de rakk å gi noen behandling. Blodprøvene kunne

tyde på disseminert cancer, men pga påskens ble det ikke utført obduksjon. I dagene etter, og siden, har jeg spilt «filmen» fra den natten om igjen mange ganger. Hva var det egentlig som skjedde? Hadde jeg helt ukritisk kjøpt ektemannens forklaring, og deretter bare jobbet for å bekrefte diagnosen? Hadde jeg konkludert annerledes hvis ektemannen ikke hadde penset meg inn på dette sporet? Svarene får jeg ikke, og lignende kortslutninger har jeg begått siden, men jeg vet at jeg har styrt unna også noen ganger, pga minnet om denne natten.

Torgeir Gilje Lid



## *Postere til Nordisk Kongres i København år 2000*

Poster-sektionen vil blive prioriteret højt på Nordisk kongres. Udvalgte postere vil blive gennemgået og diskuteret. Udvælgelsen af postere vil foregå ved hjælp af de indsendte abstracts. Bliver dit abstract udvalgt til gennemgang vil du få mulighed for at diskutere indholdet med interessererde kolleger. Grib chancen, fat pennen og lav et godt abstract. Vejledningen for udarbejdelse af abstracts til kongressen er trykt i den officielle indbydelse Posterudvalget

Venlig hilsen

**Frans Boch Waldorff**

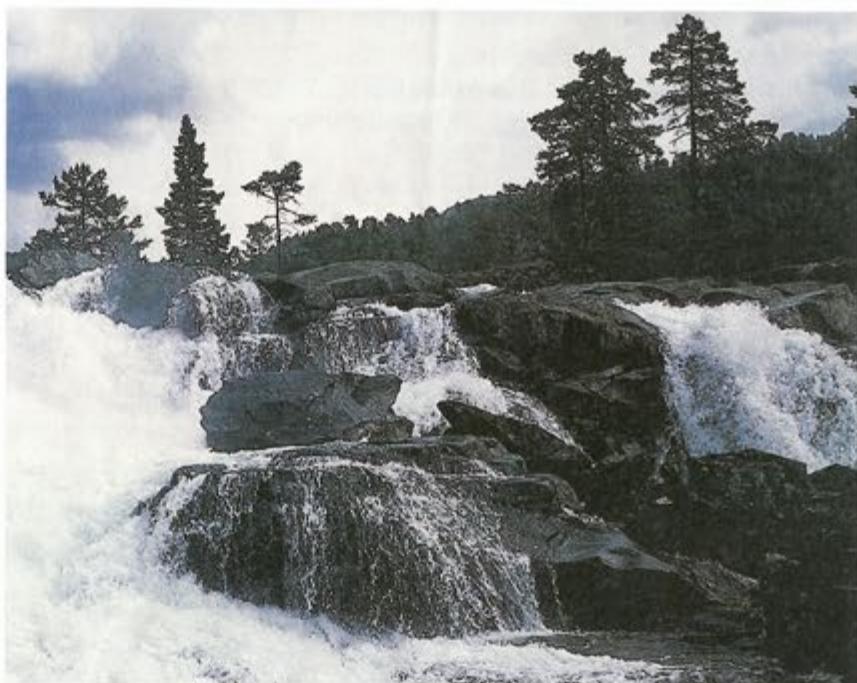
Central Research Unit of General Practice  
Panum Institute  
Blegdamsvej 3  
2200 Copenhagen N  
Denmark  
Phone: +45 3532 7158 - Fax: +45 3537 1282

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!

## Katarakt

Når man får vite at ordet katarakt direkte oversatt betyr foss, noe som styrter ned er det vanskelig å forstå hvorfor dette ordet ble brukt til å beskrive en tilstand med gradvis dårligere syn.



*Kata* finner vi igjen i *katastrofe* (noe som vender ned), *katapult* (noe som slynges ned), *katabolisme* (nedbrytingsprosess) og *katakombe* (underjordiske ganger med gravkamre i veggene). I gresk språk ble ordet *kataraktes* ikke bare brukt om en foss som styrter ned, men også andre ting som falt ned. Man tenker seg at grekerne mente katarakt skyldtes et slags gitter som falt ned og gjorde linsa grå og mindre gjennomtrengelig for lysstråler. I engelsk og fransk språk har man beholdt den greske betegnelsen for tilstanden mens man på tysk bruker betegnelsen *grauer Star* som direkte oversatt til norsk er *grå stær*. Man kan undre seg på hvorfor et fuglenavn er brukt i beskrivelsen av denne sykdommen, forklaringen er sannsynligvis at man i gammeltysk og oldnorsk hadde samme ord for denne fuglen og *stivhet*, star(r). Allerede da hadde man altså et navn på denne tilstanden og vi må tro man trodde grå stær bl.a. hadde noe med stivhet i øynene å gjøre. Å stirre er også avledet av *star*, halsstarrig og starrgras likeså.

Jannike Reymert

### Kilder:

Falk og Torp : Etymologisk ordbok. Bjørn Ringstads Antikvariat. 1994.

Sverre Kloumann : Moro med ord. Aschehoug. 1999.

Bengt Lindskog : Universitetsforlagets store medisinske ordbok. 1998.

# Lyrikk

## En lyrisk stafett

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

Tone Skjerven – lagleder

Takk til Tone Hauge som med eit Stig Holmåsdikt sende pinnen vidare til mcg.

I desse gode haustdagar med regn og ruskever her vest går mine tankar til «forviste» vestlandske kollegaer. Lyrikaren Ingvar Moe (frå Etne i Sunnhordland) skreiv så mangt om det å vere vestlending. Dette diktet frå samlinga «Løktastolpefrø» frå 1975 trur eg mi venninne frå studiedagane i Oslo, Bjørg Hagen, forstår seg på. Vestlendingen Bjørg som sit som bonde og dokter i skogkanten ved Kongsberg og korkje ser fjell eller hav. Dette til trøyst!

## Vestaver

ein dag	ska føtne dine styra deg mot Haukeli ska du sjå den gamle himmedl øve deg ska du høyra den kvite fjorden bakom deg ska du kjenna vestavind i ryggjen
ein kveld	ska du bjønda klyva opp Haukeli ska snødrevet brenna nakkahåret tå deg ska regnet fossa nerøve aksledne på deg ska haglet donka hål i ryggjen din
ei natt	ska du krype fram øve Haukeli ska det tordna i øyredne på deg ska lynet flekkja skinnet tå deg og sprengja milavide sprikker i bergjet onda deg
ein måron	ska du stiga ner på andre sio tå Haukeli ska du snu deg ei pitte lito stund ska du veta atte vestaveret støtt vil stå der øve sprikkedne som lynet ha sprengt imjødlo deg og deg

Stafetten går vidare til deg, Bjørg!

Helsing frå Tone Sørland

# 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

## Trådløse nettverk

De siste 4–5 årene har det med jevne mellomrom dukket opp notiser og artikler i data-porno-bladene om trådløse nettverk. Slike nettverksutstyr – med radiosendere og mot-takere har vært i salg i flere år, men har ikke hatt noe stort gjennomslag blant brukere pga for lav dataoverføringshastighet og for høy pris.

Dette endrer seg nå dramatisk og Telenor/Telia og andre telefontjenesteleverandører og ISDN-pushere kan se mørke tider i møte!

Den 20 oktober skriver Jesse Berst, Editorial Director – ZDNet AnchorDesk:

«Why Wireless Data Services Will Explode Next Year»  
[http://www.zdnet.com/anchordesk/story/story\\_3991.html](http://www.zdnet.com/anchordesk/story/story_3991.html)

Og han vil tydeligvis få helt rett, for nå er utstyret blitt overkommelig priset og gir dataoverføringshastighet på 1 Mb/sekund!

På Universitetet i Bergen er utprøving av slik utstyr allerede i full sving.

Det trådløse nettverket og VPN tjenestene ved UiB er omtalt på URL <http://www.wlan.uib.no/>

Hvis Internett-leverandørene skal kunne holde tritt med utviklingen vil vi snart få tilbud om radiobasert tilkoblingsutstyr med basestasjoner som dekker lokalområder på linje med GSM mobiltelefon. Ja, mye tyder på at disse kommunikasjonstjenestene etter hvert vil smelte sammen. I overskuelig framtid blir kanskje sender og antenneutstyr satellittbasert.

### Hvordan fungerer så et trådløst nettverk?

Nettverkstilknyningspunktene er satt opp med radiosendere og forskjellige antennetyper som dekker bygninger, utearealer og større geografiske områder. Brukerne har stasjonær eller bærbar pc med radiomottaker og antennen som

etablerer en fast link til senderen og får ved pålogging IP-adresse etc med tilgang til web, e-post og øvrige tjenester på nettet og med mulighet for fantastiske 1 Mb/s overføringshastighet.

Vi ser her sannsynlige løsninger ikke bare for Internettbruk men også for lokale, kommunale og interkommunale nett, Helsenett, elektronisk journalbruk og kontakt med egen server hvor du enn måtte befinne deg – på kontoret, på helsetasjon eller skole, i bedrifter, på reise eller hjemme. Kontakt med andre helsetjenesteaktører osv osv – så langt fantasiene og Datatilsynet tillater oss.

Utstyret som pt er i bruk ved UiB koster for brukeren i størrelsesorden 7000 kroner og prisene faller.

Dette er nå. Lesere som vurderer å oppgradere eget utstyr og kontornettverk bør seriøst vurdere radioløsningen.

Infomasjon om en av utstyrsløsningene finnes på <http://www.heathcomm.no/framesprodukter/Breeze-Com/lan/sa10pro.html>

Nå må det bli slutt på at vi lar oss flå av Telenor for tellerskritt og ISDN-linjer som allerede er gammeldags kommunikasjonsteknologi.

Det trådløse nettverket er framtida og framtida er nå!

Askøy i november 1999

*John Leer*

# Kjøreplan for UTPOSTEN 2000

**UTPOSTEN** - Bladet for samfunn og allmennmedisin  
 har et opplag på 2 000 og utkommer 7 ganger årlig,  
 med dobbelt julenummer.  
 7 primærleger er redaktører.

	Materiellfrist	Utsendelse
Nr. 1	27. jan.	28. feb.
Nr. 2	9. mars	7. april
Nr. 3	11. april	22. mai
Nr. 4	16. mai	19. juni
Nr. 5	24. aug.	25. sept.
Nr. 6	21. sept.	23. okt.
Nr. 7/8	26. okt.	27. nov.

#### Annonsepriser:

Størrelse	4-farger	Sort/hvitt	1 farge	2 farger
1/1	kr. 10 800,-	kr. 6 200,-	kr. 7 600,-	kr. 8 900,-
1/2	kr. 7 300,-	kr. 3 900,-	kr. 4 600,-	kr. 5 400,-
1/4	kr. 5 900,-	kr. 2 500,-	kr. 4 400,-	kr. 4 900,-

1/1 side på siste omslagsside kr. 14 500,-

Løst bilag koster kr. 10 500,- Klebet bilag kr. 11 400,- pluss kr. 0,95 pr. eksemplar.

Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonsen gratis!

#### Teknisk

Annonseansvarlig: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 • Fax 63 97 16 25

E-mail: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)

Materiell: Elektronisk

Format: A4, 210 x 297 mm Satsflate 185 x 265 mm

Raster: 48-60 linjer

Design/førtrykk: PDC Tangen a.s, C. J. Hambros pl. 2A, 0164 Oslo

Trykk: PDC Tangen a.s, 1930 Aurskog

# ENKLERE SUPPRESJONSBEHANDLING MED VALTREX<sup>1</sup>

# Herpes

## HERPES GENITALIS:

EN TABLETT 500 MG ÉN GANG DAGLIG  
TIL SUPPRESJONSBEHANDLING



C Valtrex "Glaxo Wellcome"

Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B11

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

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med in vitro aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus (VZV). Virkningsmekanisme: Acyclovir hemmer syntesen av viral DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Derved termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebefatter at acyclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved herpes zoster signifikant kortere etter behandling med valacyclovir sammenlignet med acyclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valacyclovir-behandling mot 51 dager ved acyclovir-behandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. Absorpsjon: Biotilgjengeligheten av acyclovir fra valacyclovir tabletter er ca. 54% (49–60%), det vil si 3 - 5 ganger høyere enn for peroralt acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig. Etter en enkeltdose på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir koncentrasjon på 25,1 10,5 mol/l (5,7 2,4 g/ml) etter en mediantid på 1 time og 45 minutter

35 min. Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakonsentrasijsnivå av acyclovir på 15,3 7 mol/l (3,3 0,8 g/ml). Proteinbinding: Ca. 15%. Halveringstid: Ca. 3 timer (i plasma). Metabolisme: Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. Utskillelse: Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. < 1% av gitt dose valacyclovir gjennomfinnes i urinen. Indikasjoner: Akutte tilfeller av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner, inkludert primær og residivrende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Kontraindikasjoner: Overromfintighet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Generelle: Brekkninger, hodepine, kvalme. Mindre hyppige: Hud: Utsett. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversibele CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzym, lett senkning av erytrocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og hårvfall. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolysisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunsupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme

underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir. Forsiktigheitsregler: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjonsrisiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset. Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstokiske effekter. Negative resultater fra dyrestudier betyr nødvendigvis ikke fravær av skadelige effekter på humane foster. En mindre retrospektiv studie på gravide kvinner som fikk systemisk behandling i første trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. Fertilitet: Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. Amming: Den aktive substansen acyclovir går over i morsmelk fra 0,6–4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200 mg 5 ganger daglig vil kunne eksponere diende barn for en døgn dose på ca. 1 mg. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming. Interaksjoner: Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektivt 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker nyrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakonsentrasjonen av acyclovir. Dosing: Herpes zoster infeksjoner: 2 tabletter á 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets fremsprutt og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus: Primærinfeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5–10 dager. Residiverende infeksjon: En tablette á 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter): 2 tabletter á 500 mg 2 ganger daglig i 5–10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter á 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsattes så tidlig som mulig i sykdomsfortet, eller helst i prodromalstadiet eller når lesionen begynner å vise seg. Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar: En tablette á 500 mg én gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv kan ha ytterligere effekt ved å fordele den døgndosen på to doseringer: En tablette á 250 mg to ganger daglig. Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: En tablette á 500 mg to ganger daglig.

#### Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

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

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatinin clearance <15 ml/min, med doseintakt etter at hver dialysesessjon er gjennomført. Overdosering/Forgiftning: Det foreligger ikke opplysninger om oversedering med valacyclovir. Kontakt evntuelt Giftinformasjonssentralen. Symptomer: Kvalme, bremlinger, eventuelt lever- og nyrepåvirkning. Behandling: Ved symptomgivende oversedering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikeltømning og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies. Forskrivningsregel: Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynækologi. Pakninger og priser: Tablett: 250 mg enpac: 60 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 10 stk. kr 342,20. 500 mg enpac: 30 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 42 stk. kr 1245,60. Preparatomtale og priser av 23.02.99.

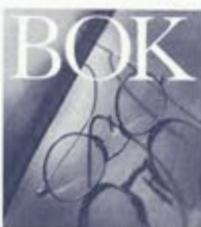
Ref. 1: Dosering i preparatomtaler i Felleskatalogen 1999.

**GlaxoWellcome**

FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Glaxo Wellcome AS,  
Postboks 4312 Torslov, 0402 Oslo,  
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04  
[www.glaxowellcome.no](http://www.glaxowellcome.no)

## BOK anmeldelser



### Ser du meg, doktor?

Eli Berg:

«Ser du meg, doktor?»

Emilia forlag, 1999. 109s.

Denne boka kjøpte jeg på vei ut av Nidaroskongressen, og rakk å lese den fra perm til perm på flyet mellom Trondheim og Tromsø. For å foregripe konklusjonen, ga den meg en utrolig berikende stund.



Eli Berg er mangeårig allmennpraktiker i Kongsvinger. Hun forteller historien om da hun på et punkt i sin kliniske karriere stoppet opp og stilte seg sjøl spørsmålet om hva hun egentlig gjorde med sine såkalt «vanskelige» pasienter, de som aldri blir bedre av sine (ofte medisinsk uspesifikke) helseproblemer. Hun bestemte seg for å møte dem på en ny måte, for å forsøke å se mennesket som en helhet, ikke bare en diagnose. Ved å ta i bruk ganske enkle «grep» endret dette mange ganger hele konsultasjonsbildet, og førte til at pasienten fant fram til sine egne ressurser for å bedre sin helse. I startfasen hadde hun bistand av psykolog, ikke for å drive tradisjonell terapi, men for å hjelpe til å se nye innfallsvinkler for samtalene.

Boka er kort og befridende lettlest for travle allmennleger. Den er bygd opp av korte kapitler, for en stor del knyttet til pasienthistorier. I tillegg knytter hun seg opp mot mer grunnleggende tenkning omkring møtet mellom pasient og lege, spesielt filosofen Emmanuel Lévinas. Boka inneholder rikelig med referanser til det som er skrevet omkring samme tema, både i og utafor allmennmedisin. Noe av dette har jeg lest, men det er ingenting som har vært så tilgjengelig for meg som denne boka med sin kasuistiske form. Spesielt skal framheves bokas «kjernekasuistikk» som forteller om en så spesiell livshistorie at det nesten er som en roman i seg sjøl. Forfatterens innsats for å få denne historien fram i dagslys må være unik i norsk medisin.

Dette er altså det motsatte av EBM, det er «narrativ» medisin. Det er en påminning om at vårt fag skal hvile på to like lange ben, det naturvitenskapelige og det humanistiske. Forfatterens framgangsmåte er sikkert ikke lett å ta i bruk for alle. Men jeg tror alle allmennleger som leser boka, vil ta med seg noe av den som et tilskudd til sitt «armamentarium» i noen grad. Enkelte (utvalgte) pasienter vil også kunne ha glede/nytte av den. Kjøp anbefales!

Peter Prydz



## *Psykiatriens historie*

Gunvald Hermunstad

Ad Notam. Gyldendal. 1999

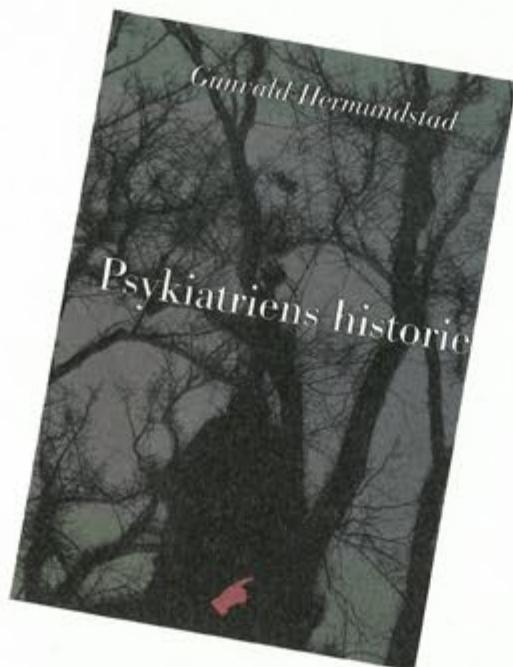
366 sider

Pris: kr.:

Boka er lest av en allmennpraktiker som ikke er utstyrt med mer kunnskap om psykiatri enn det 15 års allmennpraksis gir. Det setter sitt preg på bokanmeldelsen på godt og vondt: Jeg har overflatisk kunnskap om emnet fra før og leser derfor med «åpent» sinn. Om boka dekker psykiatriens historie godt nok er det ikke sikkert jeg klarer å bedømme.

Boka er lettles og godt skrevet. Forfatteren, som er spesialist i klinisk psykologi, har lagt stor vekt på å skrive om de store linjer fremfor å begrave seg i detaljer. Dette gjør at man ikke mister tråden underveis men holder ut et helt kapittel med overskriften friskt i minne. Det er veldig spennende å lese om de teorier og behandlingsmetoder som har dominert psykiatrien opp gjennom århundrene, ikke minst fordi de jo så klart avspeiler samfunnsvirkningene generelt. Man kan bare ane hvordan vår tids psykiatri ville blitt omtalt her hvis vi kunne lese den om 50 år!

Kapittelet om Hamsunprosessen er etter mitt syn det beste, måten makthaverne fikk rettspsykiaternes hjelp i en så kinkig politisk sak er beskrevet på en elegant måte. Forfatteren etterlater ingen tvil om hvor påvirkelig psykiatrien er av samfunnets trender og ønsker og hvor galt det kan gå hvis faggrupper i helsevesenet (i beste hensikt) tar på seg rollen som objektiv «sannsiger» i saker som har en betydelig politisk slagseite.



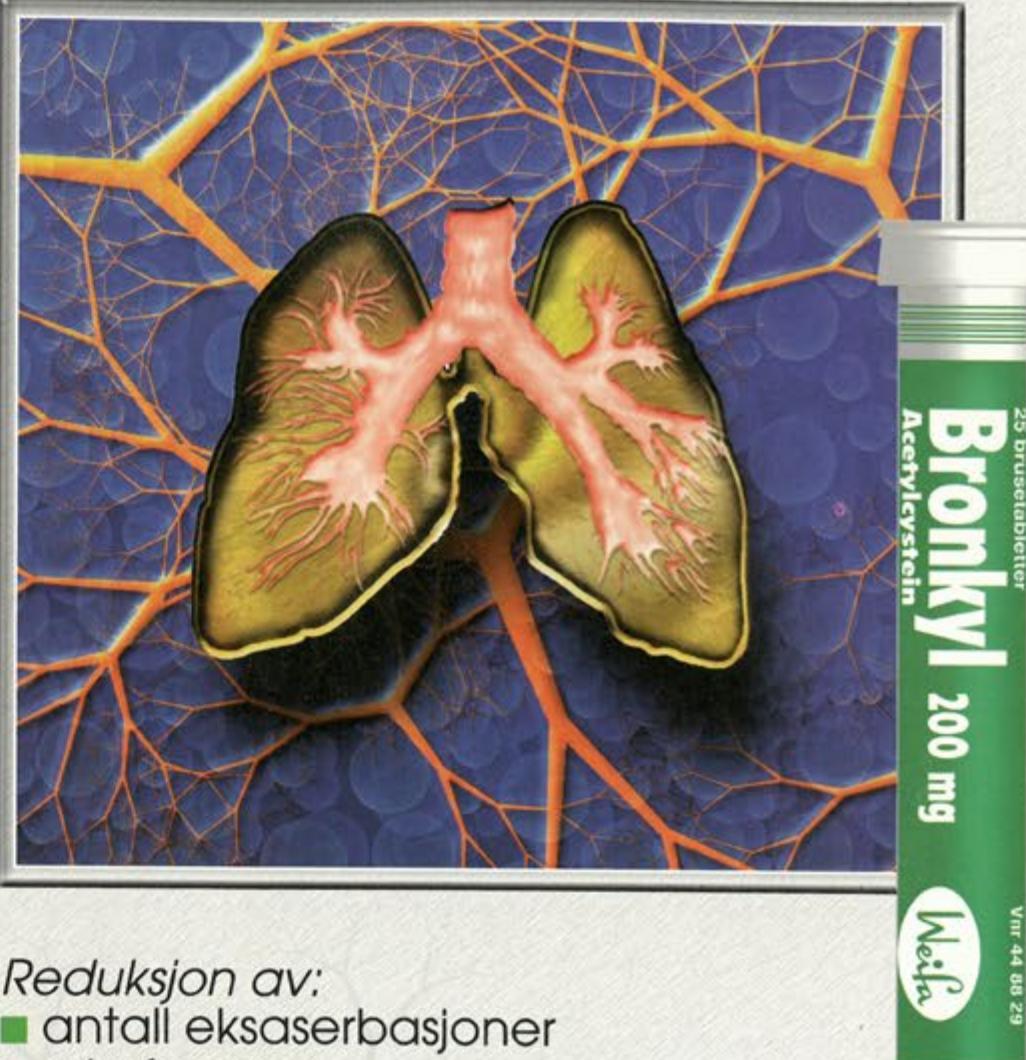
Første halvdel av vårt århundre har størst plass i boka, forfatteren har lite stoff fra de siste 50 årene. Dette er selvfølgelig vanskeligere få fremstilt helhetlig bl a fordi nyere tids historie er mer kontroversiell og forfatteren selv jo står med begge beina midt i den historien han da skulle skrevet.

Biologisk psykiatri ikke er omtalt i det hele tatt. Jeg vet ikke helt når man kan si at dens historie tok til, men siden en rekke andre «moderne» retninger som systemteori og narrativ psykoterapi er omtalt virker det nesten som denne «ikke-psykologiske» delen av psykiatrien er «veit og funnet for lett» for denne boka. Medikamentenes inntog i psykiatrien er også knapt omtalt. Med det har forfatteren tatt om hvordan psykiatriens historie de siste 50 år har gått inn i et helt nytt spor der legemiddelindustrien nå er en tung aktør både på forsknings- og behandlingssiden. Jeg tror nok at nettopp det vil bli et hovedtema for den som skriver psykiatriens historie om 50 år, og synes derfor forfatteren burde ha viet noen sider til denne siden av psykiatriens historie. Med det kunne boka trukket de linjer vi allerede aner om psykiatriens historie på veien inn i det neste århundret.

Jannike Reymert

# Bronkyl

Acetylcystein



*Reduksjon av:*

- antall eksaserbasjoner
- sykefravaer
- antibiotikaforbruk<sup>1)</sup>

**-mer enn et mukolytikum<sup>2)</sup>**

C Bronkyl «Weifa»

Mukoregulatorisk middel.

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

ATCnr.: R05C B01

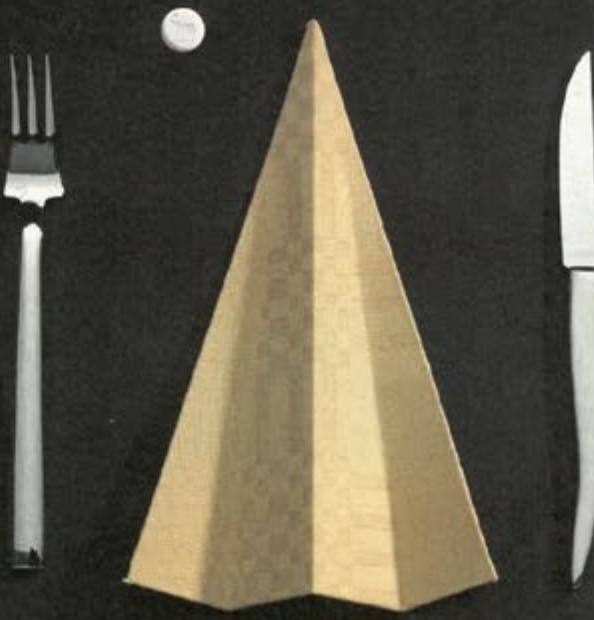
<sup>1)</sup> Boman et al, Eur J Respir Dis., 64, 1983, 405-415 <sup>2)</sup> Ziment, Biomed & Pharmacother., 42, 1988, 513-520

**NOVONORM®**

(repaglinide / Novo Nordisk)

**NYTT  
BEHANDLINGS-  
PRINSIPP!**

**-måltidstabletten  
ved type 2 diabetes**



## Fysiologisk behandling fra Novo Nordisk<sup>(1,2,3)</sup>

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

**TABLETTER:** Hver tablet innen.: Repaglinid 0,5 mg, rmp. 1 mg og 2 mg. Fargestoff: 1 mg; Gult jernoksid (E 172), 2 mg; Rød jernoksid (E 172). **Egenskaper:** Klassifisering: Karbohydratmyetyl/benzosyrederivat. Korttidsvirkeende antidiabetikum. Virkingstidsplasmasme: Senker blodsukkersnivået raskt ved å stimulere sekresjon av insulin fra pancreas. Liketek. de ATP-avhengige kaliumkanaler i betacellene sendes, slik at denne depolariseres. Den medfølgende økning av kalsiuminntrengning stimulerer insulinsekresjonen fra 0,5 til 4 mg, viser en dosisavhengig blodsukkermeditasjon hos type 2 diabetikere. Den insulinotrope måltidstidsinseffekt inne i NovoNorm er ikke nedsatt ved nedsatt nyrefunksjon. Absolutt høytliggendelehet er ca. 63 %. Høy interindividuell variasjon i plasmaskoncentrasjonen (60 %). Individuell responsen er lav til moderat (35%). Maks. plasmaskoncentrasjon når innen i timer etter inntak. AUC-av repaglinid er lav hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon og hos eldre type 2 diabetikere. **Prøvindebind:** >98 %. **Fordeig:** Tidspunktet distribusjonsvolum er 30 liter (med tilsatt føremiddag i intracellulær-vasken). **Halveringstid:** Ca. 1 time. **Metabolisme:** Metaboliseres fullstendig. **Utslipp:** Repaglinid og dess. er primært primert via galler. Mindre enn 8 % via urin, fortovsvis som metabolitter. Minne enn 1% uløsnad i flesses. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2 der man ikke oppnår tilstrekkelig metabolsk kontroll ved kostregulering, fysisk aktivitet eller vekstredusjon alene. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for repaglinid eller noen av kjemiske effekten i preparatet. Type 1 diabetes (C-peptid negativ). Diabetisk ketoacidose, med eller uten koma. Graviditet og amning. Barn < 12 år. Alvorlig zyn-, eller leverfunktionsfeil. Samtidig administrering av legemidler som inhiberer eller inducører CYP 3A4. **Bivirkninger:** Endokrine: Hypoglykemi. Gastrointestinale: Matvesensete, diaré, kvælving, oppkast og forstoppelse. **Med Hypersensitivitetsreaksjoner på huden i form av klase, utslitt og urticaria. Lever:** Leverfunksjonstesting er rapportert, de fleste tilfellene mildt og forbigående. **Sym:** Forhengende symptomforsyrer er rapportert i begynnelsen av behandlingen. **Forsiktighetstregler:** Repaglinid kan forårsake hypoglykemi. Den blodsukkersenkende effekten blir redusert hos pasienter over tid (sekunder behandlingsprakt). Kombinasjonsbehandling med insulin eller andre betaccelle stimulerende antidiabetika, thiazolidinedioner og skarbose er ikke klassisk undersøkt. Kombinasjonsbehandling med metformin brukes med en økt risiko for hypoglykemi. Når en pasient som er stabilisert på perorale antidiabetika utsettes for stress i form av feber, trøsne, infeksjon eller kirurgisk inngrep, kan blodsukkerreguleringen svekkas. I slike situasjoner kan det være nødvendig å stoppere preparatet og i en periode behandles med insulin. Når repaglinid brukes sammen med legemidler som hovedsakelig utskilles via gallen, bør eventuelle interaksjoner overvåkes. Det er ikke utført kliniske studier hos pasienter med redusert leverfunktionskapasitet. Det er ikke utført studier hos pasienter med mangelende eller ikke fungerende MAO-hemmer. St.康熙碱. **Interaksjoner:** Felgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: MАО-hemmer, ikke-selektive betablockere, ACE-hemmer, NSAID-deriverte stoffer, salicylat, alkohol og anabole steroider. Felgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: Perorale antikongtraptiv, tiazider, kortikosteroider, diazepin, thyroxin-deriverte og symptomatiske stoffer. Passanter som tar repaglinid som eneste stoff, bør observeres nært med tanke på endringer i blodsukkerreguleringen. Passanter som tar repaglinid og som cluter i til øversteinnste stoffer, bør observeres nært med tanke på endringer i blodsukkerreguleringen. Betablockere kan maskere symptomene på hypoglykemi. Alkohol kan forsterke og forlenge den hypoglykemiske effekten av repaglinid. Sides in vitro studier har vist at repaglinid primært metaboliseres av CYP 3A4-kina det fungerer som ketokonazol, itraconazol, fluconazol, erythromycin og mifepristol øker plasmaskoncentrasjonen av repaglinid. Stoffer som induserer CYP 3A4-inhibitorer som ketokonazol, itraconazol, fluconazol, erythromycin og mifepristol øker plasmaskoncentrasjonen av repaglinid. Stoffer som induserer CYP 3A4 som rifampicin eller fenytoin kan senke plasmaskoncentrasjonen av repaglinid. **Dosering:** Repaglinid tas rett for hovedmidtdørene (prøprandial) og tversvist individuelt for å optimisere den glykemiske kontroll. Korttidsbehandling med repaglinid kan være tilstrekkelig i perioder med dirlig kontroll hos pasienter som normalt reguleres tilfredsstillende med diet.

**Stansose:** Individuell. Anbefalt stansdose 0,5 mg tatt rett for hovedmidtdørene. Avhengig av blodsukkermåling, bør det gå 1-2 timer mellom tilsig av dosen. Dersom pasienten omstilles fra et annet peroralt antidiabetikum, er anbefalt stansdose 1 mg. **Halveringsdose:** Anbefalt maks. enkeltdose er 4 mg tatt rett for hovedmidtdørene. **Maks. dagdose:** 16 mg. **Spesielle pasientegrupper:** Hos svækkede eller frileidende pasienter bør start- og vedlikeholdsdosene være konservert og det kreves en forsiktig oppstigning av dosen for å unngå hypoglykemiske reaksjoner. Ved nedlast nyrefunksjon anbefales tilsig av disse pasientenes dose da fellesmetten for insulin er økt. **Oppstilling for andre perorale antidiabetika:** Pasientene kan omstilles direkte fra andre perorale antidiabetika til repaglinid. Anbefalt maks. stansdose er 1 mg tatt rett for hovedmidtdørene. Repaglinid kan gi i kombinasjon med metformin, når tilsvarende blodsukkerkontroll ikke oppnås ved bruk av metformin alene. I slike tilfeller skal doses av metformin opprettholdes samtidig med administrering av repaglinid. Stansdose av repaglinid er 0,5 mg tatt rett for hvert hovedmidtdøl. Tilsig utføres i fasthold til middagsmåltidene soensor ikke repaglinid. **Overdosering/Forgiftning:** Tegn på overdosering er hypoglykemi. Symptomer: Svimmelhet, økt overvann, sukkertunge, blått urin. Behandling: Hurtig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Alvorligere hypoglykemi med knamper, bevisstløshed eller koma skal behandles med intravenøs glukose. **Pakkelager og pris:** 0,5 mg: 100 stk. kr. 266,80. Empac: 30 stk. kr. 100,70. 120 stk. kr. 314,00. 1,0 mg: 100 stk. kr. 360,00. Empac: 30 stk. kr. 129,00. 120 stk. kr. 425,20. 2,0 mg: 100 stk. kr. 491,40. Empac: 120 stk. kr. 582,50.

**Referanseliste:**

- Goldberg RB, Bredows RG. A randomised placebo-controlled trial of repaglinide in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes* 1998; 47 (suppl 1): Abstract 0383.2. Hatrop V, Bayer T. Repaglinide bioavailability in the fed or fasting state. *J Clin Pharm* 1997; (Sep): abstract 072 3. Van Gaal LF, Van Ackter KL, Dambo P et al. Metabolic effects of repaglinide, a new oral hypoglycaemic agent in therapeutic type 2 diabetes. *Diabetologia* 1995; (suppl 1): A43.4. Owens D. Repaglinide - Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. *Diabetic Medicine*, 1998; 15 (Suppl 4): s28-36.
- Trotter B, Marbury TC, Dambo P et al. A new oral hypoglycaemic agent, repaglinide, minimises risk of hypoglycaemia in well-controlled NIDDM patients. *Diabetologia* 1995; 38 (suppl 4).

**Novo Nordisk**

**Novo Nordisk Pharma AS**

Postboks 24

N-1309 Rud

Tel. 67 17 85 00 Fax. 67 13 09 11

