



Innhold:

Leder:

Vellykket legevaktprosjekt i Namdalen

AV JANNIKE REYMERT s 1

Hvem har ansvaret?

AV ELSE BRITT STRASSEGER s 2

Diagnosar drep – og gjer frisk

AV JOHN NESSA s 4

Konsensuskonferansen

AV TONE SKJERVEN OG FRODE FORLAND s 8

Diagnoser – en nødvendighet hver gang?

AV GISLE ROKSUND s 10

Behandling av depresjoner

AV EIVIND VESTBØ s 12

Pasientens møte med behandlingsapparatet

AV ERLING JAHN s 16

Det koster å vere lag

AV OLA JØSENDAL s 18

Evalueringa av legevaktsprosjektet i Namdalen INTERVJU

s 24

Stor arv det er for mannen....

AV HANS-JOHAN BREIDABLIK s 26

Sosial ulikhet skaper dårlig helse

AV HELSEDIREKTØR ANNE ALVIK s 28

Faste spalter

s 31

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

Frøde Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemex.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

Forsidebilde:

Maleri av Gerard Don

Design & trykk:

PDC Tangen a.s Aurskog

Vellykket legevaktsprosjekt i Namdalen rett før innføring av fastlegeordningen – hva nå helseminister Høybråten?

Helse- og Sosialdepartementet har fått en vanskelig floke å løse før vinteren er omme. For å gjøre allmennlegestillinger mer attraktive før innføringen av fastlegeordningen gikk departementet inn med solid finansiell støtte til legevaktsprosjektet i Namdalen.

Evalueringa av dette prosjektet er så positiv at spørsmålet nå egentlig bare dreier seg om hvordan ordningen kan bli innført i resten av landet.

(For Namdalen er ordningen forlenget av departementet utover forsøksperioden da det ansees umulig å avslutte en så vellykket ordning):

Kreative forslag til lokale løsninger dukker opp som paddehatter i alle landsdeler, departementet bør således ikke engste seg for om det lar seg gjennomføre rent praktisk.

Den økonomiske siden av saken er derimot ikke enkel å få oversikt over, ei heller ane rekkevidden av. Når Grimsmo, som har evaluert ordningen, har regnet ut at RTV har spart 27% av sine utgifter på legevakter i forsøksperioden, skyldes det i hovedsak at legevakts-henvendelsene noe overraskende har falt 24% i forsøkskommunene mot bare 1 % i sammenliknbare områder. Dette er en 'sideeffekt' man vel ikke vet om blir varig.

Legevaktssentralen var etablert på Namdal sykehus før forsøksperioden. I dette nummeret av Utposten påpeker Jøsendal i sitt innlegg ganske riktig at et slikt utgangspunkt ikke er realiteten for mange av landets kommuner. Utgiftene til etablering og drift av legevaktsentralene vil utgjøre en ikke ubetydelig utgift ved innføring av denne ordningen i hele landet.

Det er imidlertid utgiftene til anstendig honorering av legevaktslegene striden virkelig kommer til å stå om. Allemennlegene har nå for alvor tatt tak i den uanstendig lave godtgjørelsen for legevaktsarbeide nattetid, og vi tror det ikke lenger er mulig for noen å tro at allmennleger søker seg til jobber der du får kr 35 for å bli vekket midt på natta og gi et råd om en mer eller mindre vanskelig medisinsk problemstilling. Om legen så ligger våken en time eller to og ergrer seg over unødvendige telefonhenvendelser eller grubler på om hun kanskje likevel skulle dratt ut og sett på det febrile barnet, må lønnen eventuelt hentes i himmelen, for den tiden er RTV fullstendig uvedkommende.

Ingen hadde trodd at nærmest total omorganisering av legevaktene skulle presse seg frem midt forhandlingsfasen rundt fastlegeordningen. For Helse- og Sosialdepartementet som har i oppdrag fra Stortinget å innføre denne ordningen uten økte økonomiske rammer må dette fortone seg som et mareritt: De vet så altfor godt at legevaktene er noe av det som skremmer leger mest fra å søke allmennlegestillinger. De må på få måneder fremskaffe minst 600 ny allmennleger (til stillinger som kommunene til alt overmål ikke tør utlyse, for hvem har lovet dem økonomisk kompensasjon for disse økte utgiftene?). Og alle vet så alt for godt at nok en utsettelse av fastlegeordningen neppe tåles fra noe hold, da vil troverdigheten til ordningen bli borte som dugg for solen.

Jøsendal har sannsynligvis pekt på det eneste botemiddelet for helseministerens store kattepine: Det må friske midler inn i finansieringa av legevaktsarbeidet og vi vil legge til: Disse midlene bør fremskaffes med ekspressfart! Stortingets forestilling om å innføre fastlegeordningen gratis er et utrolig naivt vedtak som politikerne snarest bør innse ikke har noe med virkeligheten å gjøre.

Jannike Reymert



Skrevet av Else
Britt Strassegger

Kommunelege I
i Gjesdal kom-
mune i Rogaland
Cand. med. Oslo
1979

Ferdig turnus-
tjeneste 1996
Nå i allmenn-
medisinsk spesi-
sering

HVEM

**Innlegget er ment som et hjertesukk
fra en primærlege som har fått et noe
stort problem lagt i fanget.**

Noen tilstander er mer alvorlige enn andre og noen pasienter blir sykere enn andre, – det er noe vi alle vet. Men når de alvorligst psykisk syke blir sykere enn forventet, da kommer det ulidelige spørsmålet om hvem som har ansvaret for behandlingen. Vi deler ansvaret, jo selvsagt, – men når en nyoppdaget psykotisk pasient blir svingdørspasient blir det vanskelig for oss i 1. linjetjenesten å tro på at 2. linjen er villig til et reelt samarbeid.

Jeg skal synliggjøre dette med en fersk kasuistikk

Egil er 50 år og tidligere frisk. Han har vært selvstendig næringsdrivende og er en kjent person på stedet. Han er gift for andre gang med en 15 år yngre kone. De har to barn under skolealder sammen og han har fire voksne barn fra første ekteskap.

Sommeren -98 var Egil sliten og ble sykemeldt for utbrenthet i noen måneder. Han gikk til samtale på psykiatrisk poliklinikk (som vi forøvrig har et utmerket samarbeid med). Høsten -98 var han tilbake i normal aktivitet igjen. Noen uker etter jul ringte konen og fortalte at Egil var blitt forandret, – det gikk ikke bra med ham. Det framkom psykotiske trekk og han ble frivillig innlagt. Ved første opphold på psykiatrisk avdeling gikk alt etter læreboken, – pasient og pårørende fikk informasjon og pasienten medisineres. Psykiatrisk poliklinikk og primærlegen samarbeidet allerede, og pasienten ble fulgt opp med et godt opplegg.

Konen var flink og viste stort pågangsmot for å klare den nye situasjonen. Småbarna fikk dagtilbud for ikke å være for mye sammen med den alvorlig syke faren.

HAR ANSVARET?

Det hele så greit ut, men sykdommen gikk sin gang. Pasienten ble tung og suicidal og ble innlagt igjen. Kom imidlertid raskt ut igjen med nyoppstartet Lithium-medikasjon, som primærlegen skulle innstille ham på. Etter ytterligere noen måneder hjemme ble pasienten nok en gang så dårlig at han kunne trenge et institusjonsopphold. Konen var desillusjonert, – ved første opphold ble det sagt at han om ca et 1/2 år ville være bedre. Det var han langt ifra. Pasienten ble igjen innlagt frivillig og konen ble støttet av primærlegen. Pasienten følte han trengte beskyttelse, et sted han kunne gjemme seg bort fra hverdagen. Han ønsket en slags rotasjonsopphold og dette ble formidlet via innleggesskrivet.

Primærlegen så at pasientens familiesituasjon nå nærmest var kritisk og ringte derfor avdelingsoverlegen for å forklare situasjonen samt å be om et tettere opplegg som f. eks kunne inneholde faste opphold på psykiatrisk senter.

Etter knappe 4 uker satt pasienten igjen på primærlegens kontor, ugjenkjennelig syk både fysisk og psykisk! Medikasjonen var totalt endret, ingen antipsykotisk behandling men høye antidepressive doser samt beroliggende. Han hadde fått symptomgivende hypotensjon var slapp og overdosert på medisiner. Det verste var imidlertid den «psykiske hypotensjonen», – totalt tap av selvtillit og tro på (eller håp om) at han kunne få hjelp til å bli bedre. Hans egen kommentar: « De ville ikke ha meg på sykehuset, de hadde ikke bruk for meg der heller. Dit vil jeg aldri mer ».

Å bli avvist som «ubrukkelig», som den som ikke er syk nok eller plagsom nok til å få plass på psykiatrisk sykehus, har vært det tyngste både for pasient og primærlege.

Etter noen dager lyktes det å få avdelingsoverlegen i tale. Bestillingen var klar; – pasienten trengte plass på psykiatrisk senter. Kunne avdelingsoverlegen skrive en henvisning og påskynde prosessen? Nei, da måtte pasienten legges inn på ny! Pasienten ønsker ingen innleggelse på avdelingen og han blir jo bare verre av å være der.... Da kunne overlegen ikke hjelpe.

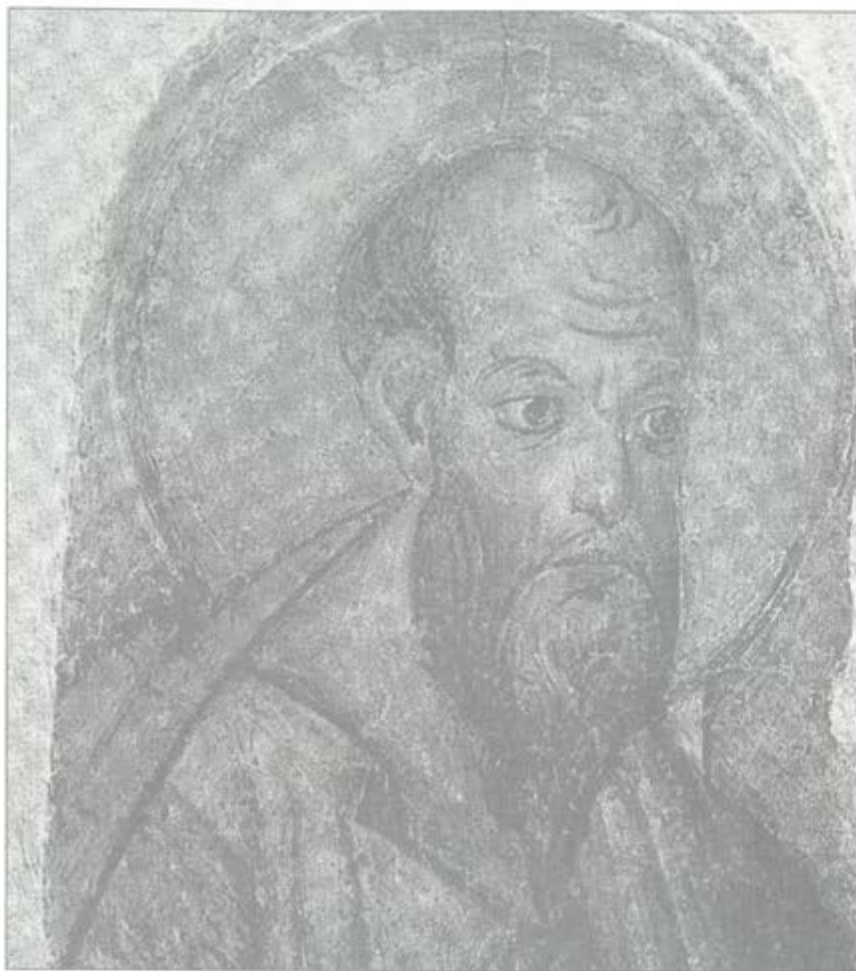
Som om dette ikke var vanskelig nok, – samme uke fikk pasienten hjerteinfarkt og ligger nå på somatisk sykehus. Dette blir vanskelig; – avsluttes den somatiske epikrisen med samme ansvarsfraskrivning som den psykiatriske: «Pasienten har en tett oppfølging hos sin primærlege».

Diagnosar *drep* –

Eg trur det må vere i 1991. Eg sit i bilen min på veg til Sola flyplass. Skal på møte om klinisk diagnostikk. Radioen står på, og Astrid Brekken snakkar med ein terapeut. Temaet er den terapeutiske samtale i psykiatrien, og psykologen er svært klar i sitt syn: «diagnoser dreper».



Av John Nessa



Paulus, fra det Sixtinske kapell

Ein ven av meg som er antropolog, minner meg om poenget: Det ligg eit element av makt og potensiell vald i einkvar diagnostikk. Diagnostikk er kategorisering. Ein bestemmer seg for å kategorisere etter ei bestemt fagleg norm. Dermed ekskluderer ein andre kategoriar.

Men sjølv om dette er sant og kan verke besnærande djupsindig, er det mindre enn halve sanninga. For det ein ser vekk frå, er medisinens mandat. Den kliniske medisin er ein handlingsaktivitet. Premisset for medisinsk arbeid er at ein skal handle for å forandre, for å gjere noko som ikkje er heilt bra, betre. Som Aristoteles påpeikar, rettar vi først og fremst merksemda vår mot det som lar seg forandre (1,2). Sjølv

og gjer frisk

om det motsette nok også kan vere tilfelle, at diagnosane blir brukt som unnskyldning for ikkje å gjere noko, til dømes når psykiatarane alt for tidleg skyt frå hofta med diagnosen «personlighetsforstyrrelse», er tanken bak diagnostiseringa at ein skal ha eit fagleg grunnlag for å kunne handle rasjonelt i ein gitt situasjon.

Ein kvar diagnose er logisk-analytisk sett ein domsslutning. Den er ein domsslutning som er gitt på visse premiss, og som kan fungere ulikt avhengig av ytre samanheng – kontekst- den brukes i. Ein depresjonsdiagnose korrekt brukt klinisk kan redde liv. Men den kan også slå beina under ein pasient, forverre sjølvbiletet og fungere destruktivt. Eit spesielt problem har vi når ein diagnose blir brukt i ein annan kontekst enn det den var tenkt til. Det er til dømes problematisk når den deprimerte, mange år etter at «lykkepillen» er

svelgd unna, oppdagar at han ikkje kan få livsforsikring på ordinære vilkår fordi han har «feil» diagnose.

Ein diagnosefri medisin?

I enkelte fagmiljø har det vore tradisjon for å hevde at det verken er ønskeleg eller mogeleg å stille ein diagnose. Det går fram av det eg alt har skrive at eg ikkje deler eit slikt syn. Tvert om er det eit av mine viktigaste poeng at ein diagnosefri medisin er heilt utenkjeleg, like utenkjeleg som lydlaus musikk eller ordlaus lyrikk. *Diagnosis* er gresk og betyr *avgjerd* (3). Diagnosen er brennpunktet i medisinen, både utgangspunkt og endepunkt for alt medisinsk arbeid. Casell siterer universitetslæraren som hadde for vane å understreke for medisinarstudentane at tre ting var viktig: Diagnosen, diagnosen, og diagnosen (4). Sjølv sagt kan ein tilslore dette, sjølv sagt kan ein av strategiske eller pragmatiske grun-

Foto: Erling Andersen, fMRIgruppen i Bergen



nar late som om vi ikkje trekkjer diagnostiske konklusjonar. Men diagnosane er alltid til stades, som kompassnåla vi orienterer etter. Berre ein liten presisering: Diagnosen «frisk» er i denne samanhengen også ein diagnose, i prinsippet identisk med diagnosen «ikkje-sjuk» («ikkje-infarkt, ikkje-blindtarm osv.). Dette er til dømes handlingsgrunnlaget når vi vel å observere ein pasient. Eit interessant fenomen i vår fagkultur er «dr. Wilhelmsens hypokonderklinik» i Bergen, eit eksempel på eit retorisk grep om tilstanden «frisk – men kjenner seg sjuk».

Vere sjuk og ha ein sjukdom

I eit lengre avsnitt i romanen Dalen Portland sit smelteverksarbeidar Kjartan Fløgstad med vernebrillene på og «bankar på ein mur av taushet og lyttar etter holrom i språket» (6). Finst det eit lite holrom i diagnosespråket som kan setje oss på sporet av det tvetydige og problematiske ved diagnosane. Kanskje det, via dei to hjelpeverba *er* og *har* (5). Ein har hjartefarkt, ein har influensa. I tillegg finst det diagnoser ein også er. Ein er ikkje hjartefarkt, men ein er deprimert. Joda, ein kan også ha ein depresjon når legen har kategorisert min melankoli til klinisk depresjon. Men hovudpoenget står fast, eg er deprimert, eg er nevrotisk, eg er schizofren, eg er hypokonder, eg er frisk. Eg er ikkje ischias, ikkje er eg migrene, og ikkje er eg høgt blodtrykk.

Snart halvveis i dette essayet kan det vere på sin plass på fagretorisk korrekt vis å gjere greie for min skrivemåte. Eg vil reflektere over diagnoseprosessens dobbelte natur som både ein erfaringsslutning og ein etisk/moralsk slutning på same tid. Som Øyri skriv i si ordbok, er det å diagnostisere både å finne den sjukdommen som ligg føre og å bestemme seg for kva slags tilstand pasienten har (3). Eg vil prøve å vise at det er dette dobbelte som er vanskeleg å gripe, eller begripe, og det er å balansere dette dobbelte som er så nødvendig dersom ein skal få til ein rasjonell og forsvarleg praksis. Siden temaet er eit *metatema* i forhold til klinisk praksis, er det lite hjelp å få av å lese medisinske lærebøker. Eg vil nytte eit kulturanalytisk perspektiv, og ha tre litt utradisjonelle «pasientar» som reisefølge. Stikkord er apostelen Paulus, kandidat Molvig, og det moderne «offeret», til dømes den moderne alkoholikaren, eller den tabloide VG pasienten som fekk sin diagnose så alt for seint.

Det er ikkje eg, men synda som bur i meg

Romarbrevet er eit festskrift for alle som er interesserte i eksistensielle spørsmål. Her drøftes spørsmål som lov og rett, dom og nåde, fridom og skuld. I kapittel sju diskuterer Paulus det faktum at mennesket er avmektig, gjer ting ein ikkje sjølv skjønar, gjer ting ein ikkje vil vedstå seg: «Det gode som eg vil, gjer eg ikkje, men det vonde som eg ikkje vil, gjer eg» står det i vers 19(7). Paulus sin diagnose er at når noko går

gale, er det «ikkje eg, men synda som bur i meg» som er ansvarleg (vers 20). Det er noko framandt som har tatt herredømme i menneskelivet, noko ein på eit vis ikkje kan ta ansvaret for sjølv. Ein er ikkje syndig, men ein har ei synd i seg. Dette framande herredømmet blir objektivt og beskrives som demonbesettelse. Også i evangelieberetningane beskrives den menneskelege maktesløysa fortrinnsvis som sjukdom eller demonbesettelse. I moderne terminologi ville det vore naturleg å snakke om framandgjorte menneske, eller meir spesifikt, menneske som offer for ein eller annan diagnose. Demonane er interessante fordi dei kan underkastast terapi. Vi får ikkje vite kva demonutdrivarane seier, men dei kraftige orda får demonen til å trekkje seg ut når dei blir uttalt (8).

Ham har jeg gjort «demonisk»

Henrik Ibsen er inne på same tema i Vildanden. Som enkelte litteraturanalytikarar har påpeikt, går det an å lese Vildanden som eit stykke om kristendommen. Meir presist vil eg seie at Vildanden er eit stykke om kristendommen i møte med moderniteten. Ein sentral person i dette stykket er dr. Relling, som ikkje minst i medisinske kretsar stadig får negativ omtale. Det må skuldast ei overflatisk og slagordprega lesing av Vildanden. Går ein under overflata, blir dr. Rellings rolle grunnleggjande positiv. Han diagnostiserer heile tida. Det misforstås dithen at han er opptatt av å setje merkelapp på folk, stigmatisere dei. Då overser ein at Relling sine diagnoser er doktorens einaste «våpen», og at dette våpenet blir brukt med eit positivt føremål. Han prøver å åtvare mot Gregers Werle, som med sin akutte «retskaffenhetsfeber» og «tilbedelsesdelirium» er destruktiv. Den ideale fordring er like nær i slekt med løgn som tyfus er i slekt med forråtnelsesfeber. Denne innsikta er god medisinsin. Den er også god teologi. Dr. Rellings diagnostiske metode er nær identisk med Paulus sin metode. For sikkerhets skuld er det ein teolog – kandidat Molvig – som dr. Relling har diagnostisert: «Ham har jeg gjort «demonisk». Det er nu den fontanellen jeg måtte sette ham i nakken.» «Er han da ikke demonisk?» spør den naive Gregers. Dr. Rellings svar er eit lærestykke i diagnostisk og terapeutisk diskurs: «Hva fan, vil det si å være demonisk? Det er jo bare noe sludder som jeg fant på for å berge livet i ham. Hadde jeg ikke det gjort, så var det stakkars skikkelige svinet bukket under i selvforakt og fortvilelse for mange herrens år siden» (9).

Ikkje eg, men demonen som bur i meg

Paulus bruker synda som bur i han som forklaringsnøkkel når han gjer det han ikkje vil. Kandidat Molvig dekkjer seg bak dr. Relling og bruker demonane som bur i han når går på fylla og gjer ting han ikkje vil vedstå seg. Begge er forbausande moderne i sin diagnostiske praksis. Ein forsvarer

seg gjerne med sine demonar, sin sjukdom, når ein blir konfrontert med noko uakseptabelt: «Herr NN erkjenner at han er alkoholiker. – Jeg lider av en sykdom. Det har jeg ikke lagt skjul på...» Per Solvang skriv i eit debattinnlegg i Dagbladet under overskrifta Pasient eller pøbel? at det er noko heilt anna å ha eit barn med AD/HD enn å ha fått ein son som er banditt. Og det er langt meir konstruktivt å vere dyslektikar enn å bli stempla som lat og umotivert (10). Solvang påpeikar to sentrale dilemma ved diagnostiseringa og medikaliseringa. For det første fører det til at ein individualiserer problem som ofte er ledd i komplekse sosiale prosessar. For det andre er alle personlegdomsdiagnosane – alle dei tinga ein «er» – gjerne sjølvoppyllande. Dei er sjølvoppyllande i den forstand at dei gjer noko med forventningane frå andre. Verre kanskje at dei også gjer noko med forventningane til ein sjølv. Ein «demondiagnose», eller for å snakke moderne norsk, ein depresjonsdiagnose, kan fungere destruktivt. Men den kan like gjerne, som i kandidat Molvigs tilfelle, fungere livreddande.

Diagnosetsetting – modernitetens folkesport

Dr. Relling er ein slags overgangsfigur i Vildanden. Han er apostelen Paulus sin åndelege tvillingbror. Når moderne lesarar ikkje ser det, er det fordi dei også har eit alt for unyansert bilete av Paulus. Som diagnostiseringsfantast er dr. Relling også eit typisk moderne menneske. Når aviser, media og det offentlege rom har forlatt Paulus sitt tema om synd og demonar, og i staden er blitt opptatt av diagnose-setting, cfr. til dømes debatten om ultralydprosjektet i Trondheim, har det samanheng med at scientismen har tatt teologiens plass som stats- og samfunnsbærande ideologi. Vårt språk er vitskapens språk. Mens mest alle større tema tidlegare måtte inn i ein teologisk språkbruk, er det no omvendt: etiske eller eksistensielle spørsmål blir ikledd vitskapens terminologi. Spørsmål knytta til menneske blir spørsmål om diagnose.

I dette skjuler det seg sjølv sagt betydeleg maktbruk. Eg har til no reflektert over diagnosane som vern og unnskyldande forklaringsnøkkel når noko skjer med ein, som ein har vanskeleg for å akseptere. Slik sett fungerer diagnosen som vern for enkeltindividet. Men diagnosen kan like gjerne bli brukt mot enkeltindividet. Dette kan skje på minst to måtar: 1) Som unnskyldning eller avvisning når ein ikkje kan eller vil gjere meir for pasienten, og 2) som demonisering når samfunnet har behov for eit ytre objekt som syndebykk for ei felles bør. Eksempel på det første har eg alt nemnt, nemleg misbruk av personighetsforstyrrelsesdiagnosen i psykiatrien. Mange av overgrepssakene der jussen meir og mindre har lagt seg flat for alle diagnoseprofesjonane på 80- og 90-talet, er det klaraste eksemplet på det andre. Når kulturen og fellesskapet er usamd med seg sjølv om vanskelege tema,

til dømes om seksualitet, gamle normsett ikkje fungerer lenger og den etiske koden er uklar, er det behov for å produsere ein syndebykk. Demonane må identifiserast, objektiverast, individualiserast. Vi får prosessar som i innhald og dynamikk ikkje er ulik tidlegare tiders hekseprossessar eller etterkrigstidas mobbing av «tyskertøser».

At staten/fellesskapet har makt og utøver subtil maktbruk over enkeltindivid via diagnosar kan det ikkje vere tvil om. Dette er ikkje ein kritikk, berre ei konstatering av faktum. Slik er det, og slik må det nok vere. Når vi har drive ut demonane så ettertrykkeleg at vi ikkje ein gong vil høyre om dei, må vi ha noko anna i staden. Og dette «noko anna» er først og fremst diagnosar. Nokre diagnosar fungerer ikkje lenger etter intensjonen, og må skiftast ut: Onani, hysteri, homofili. Andre kjem til.

Diagnosane hjelper oss å sortere. «Dei andre» må ha eit namn. Diagnosane hjelper oss til å handle. Den meir utvatna retorikken, mellom anna frå regjeringshald, om at ein ikkje vil ha noko sorteringssamfunn, er like smaklaus som tynn saft: Grei nok, vatn er godt, men ikkje særleg saftig. For vi har for lengst fått eit sorteringssamfunn i dag. Og dei som står langs sorteringssamlebåndet, er mellom anna helse- og sosialarbeidarar av ymse slag. Vil vi ikkje stå der, som velferdssamfunnets moderne presteskap, må vi finne på noko anna å gjere. For rollelista er bestemt av andre.

• I pausane mellom arbeidsøktene kan vi gjerne lese Vildanden. Og det skader ikkje om vi på jobben har eit varmt og omsorgsfullt blikk for «det stakkars skikkelege svinet» som pasienten er – og som vi alle er.

Literatur

1. Aristoteles. *Ethica Nicomachea*, 1112 a 31.
2. Svendsen LFH. *Kjedsomhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999:13.
3. Øyri A. *Norsk medisinsk ordbok*, 4. Utgåva. Oslo: Det Norske Samlaget, 1996.
4. Cassell E. *Talking with patients*. Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology, 1985: 1.
5. Nessa J. Om å vere sjuk og ha ein sjukdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117:2433.
6. Fløgstad K. *Dalen Portland*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1977:90.
7. Paulus. *Brev til romarane*, kap 7, 14-20. Oslo: Det Norske Bibelselskap, 1991.
8. Hellemo G. *Guds billedbok*. Oslo: Pax, 1999: 41.
9. Ibsen H. *Vildanden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1995:326-7.
10. Solvang P. *Pasient eller pøbel?* Dagbladet 20. Desember 1999:39.

KONSENSUS- KONFERANSEN

Om behandling av depresjon i allmenn- praksis

Av Tone Skjerven
og Frode Forland

I forrige nummer av bladet meldte vi at vi ville komme tilbake med stoff fra konsensuskonferansen om behandling av depresjon i allmennpraksis som ble holdt i Oslo 9.-10. november 1999. Vi presenterer her en kort omtale av faglige og metodiske hovedelementer sett fra vårt synspunkt. I tillegg presenterer vi to sentrale innlegg fra konferansen representert ved allmennpraktikeren og brukeren; «Hvordan diagnostiseres depresjon i allmennpraksis» av kommunelege Eivind Vestbø og «Pasienten sitt møte med behandlingsapparatet» av leder for Mental helse Erling Jahn.

Innleggene er for såvidt typiske for konferansen. Det ene refererer til en del sentral litteratur på området og bruker praksis som grunnlag for vurderinger som kommer fram. Det andre bærer mer preg av å være et fagpolitisk innspill fra en brukerorganisasjon. Det var et omfangsrikt faglig program for konferansen med mange kjente forelesere, men bemerkelsesverdig dårlig oppslutning om konferansen fra fagmiljøene, både fra psykiatrien og fra allmennmedisin. Var forarbeidet godt nok forankret i de allmennmedisinske fagmiljøene, eller

er det den litt spesielle formen med et opponentpanel og rapportsskriving i etterkant som gjør det fremmed for praktikerne?

Etter vårt syn var konferansen faglig spennende, men metodisk problematisk. Den bar preg av at det var gitt for løse bestillinger til foredragsholderne om behovet for klargjøring av det metodiske og kunnskapsmessige grunnlaget for innleggene (i alle fall forholdt foredragsholderne seg løst til en eventuell klar bestilling). Det var for mye udokumentert synsing, referanser kun til egne forskningsprosjekter, og for mange gulnede ark og slitte foiler fra professorkorpset. Et hederlig unntak var professor Ulrik Malt som presenterte stoffet på en slik måte at det var mulig for deltakerne å kunne forholde seg til det vitenskapelige grunnlaget konklusjonene bygget på. For øvrig vil vi påpeke at allmennlegene hadde gjennomgående godt forberedte innlegg.

Spørsmålene

En konsensuskonferanse har som mål å finne fram til nasjonal enighet på kontroversielle og viktige helse spørsmål. Spørsmålene som var stilt av Forskningsrådet i forkant av denne konferansen var mange og vide og derfor vanskelige å få besvart med den metoden som en konsensuskonferanse er:

- Øker forekomsten av depresjon i befolkningen?
- Blir depresjon underdiagnostisert eller overdiagnostisert av norske allmennpraktikere?
- Overbehandles milde depresjoner og normal nedstemthet med nyere antidepressiva?
- Hvor effektiv er ikke-medikamentell behandling mot depresjon, og når bør ulike behandlingsformer kombineres?
- I hvilken grad får alvorlig deprimerte mennesker korrekt diagnose og behandling?
- Hvilke samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser har den økte bruken av nyere antidepressiva?
- Hva er de viktigste oppgavene for forskning og kunnskapsutvikling i tilknytning til behandling av depresjon?

Noen bruddstykker

Et sentralt spørsmål som illustrerer problemets omfang, er om vi er enige om hva vi snakker om når vi snakker om depresjon. Inger Sandanger fra Rikstrygdeverket pekte på dette dilemmaet når hun hevdet at den 'ontale tilnærming' til begrepet er lite omtalt; «hva er dette?», mens den 'epistemologiske tilnærming', «kunnskap om dette», er mye omtalt. De forskningsmessige konsekvensene av denne tilnærmingen er at vi ikke kan måle direkte det vi er ute etter, men kun indikatorer for det vi vil undersøke. Denne pro-

blemstillingen bør stå sentralt når panelet skal vurdere innleggene og forsøke å besvare spørsmålene i etterkant av konferansen. Vestbø har grepet noe av dette når han konkluderer med at depresjoner er både under- og overdiagnostisert i allmennpraksis.

I tillegg til disse faglig-filosofiske dilemmaer, nevnes kort forholdet til legemiddelindustrien gjennom informasjonsrådgiver Kim Hannisdal i Kreab AS sitt innlegg:

«Medienes behandling av medisinske temaer passer som hånd i hanske til legemiddelindustriens markedsføring av nye legemidler. Biokjemiske og fysiologiske forklaringer på sykdom er blitt enerådende både blant medisinske fagfolk og lekfolk, og *legemidlet* er blitt hovedsvaret på publikums forventninger om en løsning på deres helseproblemer. Legemiddelindustrien får ofte entusiastisk hjelp fra pressen til å spre denne virkelighetsoppfatningen. Når du har en hammer, ser alle oppgaver ut som en spiker».

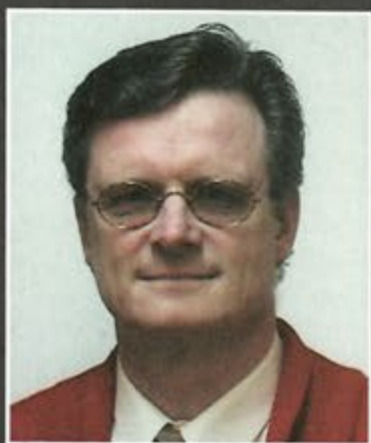
Morten Lindbæk fra Universitetet i Oslo pekte på noe av det samme når han viste at små forskyvninger av indikatorene på depresjonsskalaen gir tilfang av mange nye pillebrukere. Vi må da spørre oss om dette er en praksis vi skal og kan gå god for, eller om vi nå må sette et kritisk lys på en slik utvikling.

Vanskelig å konkludere

Vi tror det blir en svært vanskelig jobb for det potente panelet å trekke gyldige konklusjoner for praksis ut fra det som ble presentert på Soria Moria den 9. og 10. november 1999. Vi ser med spenning fram til rapporten kommer, og er også spente på hvilken strategi Forskningsrådet vil bruke for å implementere resultatene fra konferansen i praksis.

Vi tror at denne formen for konferanser i framtida kun har sin berettigelse dersom det blir brukt en systematisk og eksplisitt metode for innsamling og analyse av foreliggende kunnskap. Med det som utgangspunkt, kan det i mange og viktig spørsmål fortsatt være behov for å drøfte seg fram til en konsensus om hvordan denne kunnskapen skal forstås og appliseres på norske forhold. Det er også mange spørsmål som helsetjenesten må forholde seg til der det ikke finnes god vitenskapelig dokumentasjon. Likevel må avgjørelser tas av helsepersonell. I slike spørsmål kan også konsensuskonferanser være til hjelp. Det blir da viktig å være tydelig på hva diskusjonen dreier deg om, faglig kunnskap, verdier, prioriteringer eller ressurser. Når beslutningsgrunnlaget er eksplisitt, kan tilhører og panel forholde seg til det, og enigheten eller uenigheten blir avklart og konklusjoner kan bli til hjelp for helsetjenesten og brukerne.

Diagnoser – en nødvendighet hver gang?



Gisle Roksund, f. 1951

Cand med 1976

Spesialist i allmenn og samfunnsmedisin

Tidligere kommunelege og helsesjef.

Nå allmennlege på normaltariff i bydelen Klyve i Skien

Det er fredag ettermiddag, et par pasienter dukket ikke opp. Tid for kort refleksjon rett før helga: Diagnosene mine, hvilke er de hyppigste? Winmed gir svaret i løpet av få sekunder.

Hovedgrupper: 1. L: Muskel/skjelettlidelser, 2. R: Luftveier. 3. P: Psykiske lidelser. Det virker greit nok, rimeligvis i tråd med vanlige oppfatninger om sykdommer og plager i norsk allmennpraksis.

Men hva med enkeltdiagnosene? 1: A45, Observasjon. 2: P25, Livsfaseproblem, 3: R74, Forkjølelse. Ja vel? De to første kan ikke akkurat sies å være veldefinerte sykdomstilstander, ei heller spesifikke symptomer. Og den tredje er en uskyldig, selvhelbredende tilstand. Steller jeg for det meste med friske folk? Ja, kanskje det?

A45 inneholder selvfølgelig en rekke forskjellige tilstander. Men når jeg tenker tilbake når jeg bruker den, dreier det seg om kontakter der årsaken er en eller annen bekymring for sykdom, det gjøres noen orienterende undersøkelser, evt. tas noen prøver. Jeg blir enig med pasienten om å se det hele an, det dreier seg "ikke om noe farlig", kall det gjerne «normalplager». Pasienten tilbys ofte å komme tilbake dersom det skulle gi mye plager, enn si endre karakter. Men som regel hører jeg ikke noe mer. Med andre ord: jeg regner dem som friske, det var noe de lurte på, en enkelt konsultasjon eller to avklarte det hele. 27-diagnosene «engstelig for sykdom» liker jeg ikke. I mine øyne stemples pasientene med denne diagnosen lett for å være spesielt engstelige, grensende til hypokondri. Derfor: A45, observasjon. Men diagnosen sier ingen verdens ting.

P25 velger jeg i mange situasjoner der folk kommer med diverse vanskeligheter, har «møtt veggen», mye har tårnet seg opp. De trenger en å prate med, trenger å avklare, skape rom for avgjørelser og nødvendige endringer. Sykemelding er ofte aktuelt. Mange har et depressiv islett, men jeg kvier meg for å bruke P76, da denne diagnosen inkluderer begrepet nevrose/nevrotisk. Og jeg ønsker ikke uten videre å stemple disse som nevrotikere, i hvert fall ikke i utgangs-

Mikroskopet er fra Semmelweis medisinsk-historisk museum i Budapest.



punktet. Ofte dreier det seg normale reaksjoner på vanskelige livssituasjoner. Samtalene vil dreie seg om hva den enkelte kan gjøre, hvilke valg som kan være nødvendige, bygge på de ressurser den enkelte måtte ha. I mitt hode virker det ikke spesielt terapeutisk å stemple disse som nevrotikere.

En annen grunn til at jeg kvier meg for å bruke P76, er at diagnosene er på vandring i trygdekontoret. Naturligvis har ansatte der taushetsplikt, men selv vet jeg lite om hva som skjer med disse dataene, og færrest mulig bør vite.. (Men utvikler det seg en skikkelig depresjon, er det naturligvis ingen grunn til ikke å bruke diagnosen P76.)

Hvorfor diagnoser hver gang?

Regningskortene er den umiddelbare årsak til at jeg/vi setter diagnoser på hver pasientkontakt. Regningskort uten diagnoser godtas ikke. Men må det være slik? Er det ønskelig? Legens rolle er naturligvis å diagnostisere og behandle sykdom. Og veldefinerte sykdommer er viktig å diagnostisere mtp spesifikk behandling. Men befolkningens bruk av allmennleger har endret seg. Det er en lavere terskel for kontakt enn før, og mange kommer med tilstander som ikke kan kalles sykdom. Mange kommer med forskjellige «normalplager» og livsvansker av ulike slag. Det kan gi funksjonssvikt, ja vel, men ikke alltid sykdom. Grunnen til at de kommer til oss, er at vi medisinerer er tillagt autoritet til å stille diagnoser og igangsette behandling, men også forvalter visse rettigheter og goder som attester, sykemeldinger mv.

Hvordan stiller jeg diagnosene?

Vanligvis ganske raskt på bakgrunn av klinisk skjønn. Ved veldefinerte sykdommer tilstreber jeg naturligvis å bruke anerkjente diagnostiske kriterier. Men ved alle uklare tilstander, «normalvarianter» og lignende, ønsker jeg ikke være særlig spesifikk. Derfor bruker jeg ofte A45. Ofte er det lettvis å bruke tidligere diagnoser. Dersom en pasient har en erkjent kronisk lidelse, vil ofte denne diagnosen gå igjen ved konsultasjoner omkring andre problemstillinger også.

Når jeg ser på diagnoselistene til kolleger, slår deg meg at disse kollegene bruker en del andre diagnoser og andre termer på ofte de samme tilstandene og de samme pasientene. Valg av diagnoser og begreper har etter min erfaring ganske mye med personlige vaner, smak, like/dislike å gjøre. Dersom jeg lager regningskort uten å ha satt diagnose først, vil mitt EDB-program spørre om «sist valgte diagnose» skal benyttes. Det er lettvis å svare ok. Såkalte «autotakster» håndteres alltid med å godkjenne siste tidligere satte diagnose.

Urinundersøkelse
av Gerard Don



Dette virker tilfeldig?

Ja, jeg tror det er så tilfeldig. Og grunnen er at konsekvensene av dette er få. Vi stiller diagnoser i en del tilfelle av plikt mer enn følelse av behov og nødvendighet. Problemstillingen går fram av journalnotatet. Den medisinske-diagnostiske merkelapp sier ofte lite.

Farer ved alltid å måtte stille diagnoser

Ofte(st?) er det klart at diagnose er viktig å stille. En skal vite hva en behandler, hva en henviser, hva som er medisinske inngangsbilletter til trygderettigheter osv. Men faren for overdiagnostisering er etter min oppfatning åpenbar: krav til diagnose ved hver kontakt medfører slik jeg ser det stor fare for å sette medisinske merkelapper på vanlige, normalt forekommende tilstander, herunder samfunnsmessige og sosiale problemstillinger. Vanskelige forhold blir lett til sykdom. Direkte uheldig for den enkelte pasient kan det også senere bli i vår «forsikringstid», der forsikringsselskapene i økende grad ber om å få utskrift av hele journalen, herunder tidligere satte diagnoser. Hva med risikovurderingen av en person som har hatt diagnosen «nevrotisk depresjon»?

Etter min oppfatning kan for hyppig bruk av f.eks. P76 «nevrotisk depresjon» også virke antiterapeutisk: den tenderer til å beskrive en nevrotisk personlighetsstruktur. Diagnosene vektlegger svikt, mens samtaler og behandling oftest vil konsentrere seg om funksjonsevne, ressurser og muligheter. Og jeg ville selv hatt meg frabedt å få denne diagnosen dersom jeg en gang i midt liv dukket opp hos en kollega fordi jeg hadde «møtt veggen» og hadde problemer med å takle hverdagen.

MÅ vi ALLTID stille diagnoser?

Jeg sier som hardingen: eg berre spyr.

Skien, 23.1.00

Gisle Rokstund

PS

Brukes Z-diagnosene i det hele tatt? Jeg har ingen blant mine 30 hyppigste, selv om min kollega en gang beskrev deler av vår pasientpopulasjon som «Hellemysr-folket».

DS

KONSENSUSKONFERANSE

Behandling av depresjon i allmennpraksis

Hvordan diagnostiseres depresjoner i allmennpraksis?



Eivind Vestbø f. 1943 er tidligere medlem i Utposten-redaksjon. Har vært 23 år i samme praksis og ser det som et poeng til etterfylning å skrive artikler fra den allmennmedisinske hverdagen med inn-

hold som er en blanding av erfaringer, kurs, lesing, diskusjoner og egen tenking uten at det trengs å dokumenteres med en eneste referanse.

Håpløs generalist som mener at beslutningsteori, evidens basert medisin og medisinsk filosofi er like viktig.

Omfanget av depresjoner i allmennpraksis

Punktprevalensen av depresjoner i befolkningen (andelen av den voksne befolkning som på et gitt tidspunkt har diagnosen) er angitt til 3–5 % i flere befolkningsundersøkelser. Livstidsprevalensen synes å være 15–25 % for kvinner og 7–12 % for menn (1). Det forventes derfor at problemet er alminnelig også i allmennpraksis.

Men det er gjort få norske praksisregistreringer som formidler kart over helseproblemene. 379 norske allmennpraktikere registrerte sine pasienter i starten av 80-årene.

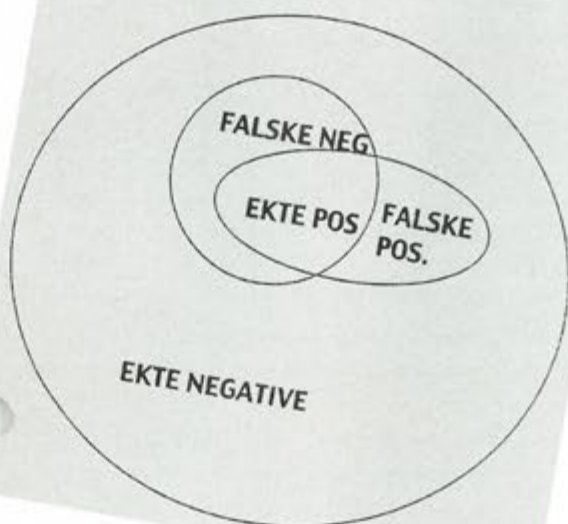
1,2 % av diagnosene var da depresjoner (2). Senere undersøkelser har vist at ca. 3 % av pasientene får diagnosen depresjon (3). 3 allmennpraktikere i Rogaland som skriver diagnoser ved hver konsultasjon i ICPC ble i forbindelse med dette innlegget bedt om å ta ut – P76 depressive tilstander/depressiv neurose – diagnosen fra sine EDB-journaler. 4,36 % av deres diagnoser var i denne kategorien. Det blir hevdet at depresjoner er et økende problem i befolkningen (4). Det kan se ut til av det tallene som her er presentert, at dette også gjenspeiler seg i hvor ofte allmennpraktikerne stiller diagnosen over tid.

Hva er allmennpraktikerens diagnostikk?

Allmennpraktikerens pasienter kommer ofte med symptomer som kan være ledd i en depresjon uten at de *behøver* å være det (symptomer som samlet har en høy sensitivitet). Første fase i en vellykket diagnostisering av depresjoner er å få pasientenes symptomer fram i lyset. Pasientens symptomer må bli til konsultasjonens symptomer. Men pasientene presenterer dem ikke uten videre. Dette gjelder trolig ikke minst symptomer av psykisk natur. Det første minuttene av denne kritiske fasen i konsultasjonen kalles ofte åpningsfasen (5). I denne må legen være lyttende og stille åpne spørsmål uten å gripe fatt i noe spesielt av det pasienten presenterer. Faren er at legen tar tak i og går videre med andre symptomer som for pasienten er lettere å presentere og for legen lettere å hankses med enn depresjonssymptomer.

Neste fase er allmennpraktikerens erkjennelse av at symptomene *kan* bety depresjon. Konsultasjonens symptomer blir da til depresjonens symptomer. Dette forutsetter at han

DEPRESJONENS SYMPTOMER



er kjent med depresjonens mange ytringsformer. I denne fasen har han også diagnostisk verktøy til hjelp i form av strukturerte psykiatriske intervju. Forutsetningen er at intervjuet inneholder spørsmål om såkalte «nøkkelssymptomer» (6). Dette er symptomer med spesielt høy sensitivitet for depresjon. Det vi si at de er til stede ved det fleste depresjoner uten at de nødvendigvis finnes kun ved denne tilstanden. På denne måten kan allmennpraktikeren spare mye tid med å slippe å gå videre med lite sensitive symptomer uten at han derved overser deprimerte pasienter, der som nøkkelsymptomene ikke er til stede.

Men konsultasjonsteknikk og diagnostiske verktøy er ikke tilstrekkelig selv om de hjelper spesielt uerfarne leger et godt stykke på vei. Allmennpraktikerens generelle erfaring og ikke minst personkunnskap er også av stor betydning (7).

På grunnlag av slektskunnskap og tidligere kontakter med pasientens symptomer, væremåte og reaksjon på f. eks. anti-depressiva vil han kunne få mistanke om individuelt utformete nøkkelsymptomer hos akkurat denne pasienten. (Tanker om religiøs fortapelse er et viktig symptom hos Guri, men ikke hos Olav.) Han sensibiliseres til å tenke depresjon og sjekke de generelle og faglig godtatte nøkkelsymptomene og disse vil få større prediktiv verdi når å priori sannsynligheten øker på denne måten (8).

Tredje fase i den diagnostiske prosessen er å konstatere at pasienten virkelig har en depresjon. I denne fasen letes det

etter supplerende symptomer og tegn som sammen med presentasjonssymptomene utgjør en fullstendig kriterieliste for diagnosen. Poenget med en slik kriteriesamling er at den plukker opp de fleste med depresjon (er tilstrekkelig sensitiv) samtidig som den ikke plukker opp for mange som ikke er deprimerte (er tilstrekkelig spesifikk).

På samme måte som erfaring og individuell pasientkunnskap hjelper allmennpraktikeren til å identifisere mulige symptomer på depresjon, vil de hjelpe han med den endelige diagnosen. Han vet f. eks. at når Per blir bekymret for stikkende smerter i ve. side av brystet så er dette et treffsikkert tegn på depresjon hos akkurat han.

Allmennpraktikerens bruk av kliniske instrumenter

Psykiatere har utviklet flere kliniske instrumenter som allmennpraktikere anbefales å bruke. Brukt på rett måte og i rett sammenheng er dette nyttig verktøy for diagnostisering av depresjoner i allmennpraksis.

I bruk er både strukturerte psykiatriske intervju som MARDS, Spifa og Prime-MD. Spifa er eksempel på et diagnostisk intervju som bygger på et sunt diagnostisk prinsipp i allmennpraksis ved at sensitive symptomer (nøkkelssymptomer) blir inngangsbillett (screening) til en målrettet diagnostisering der en utelukker andre tilstander med samme symptomer gjennom det videre intervju fram mot en diagnose (6). MARDS derimot er et verktøy for måling av depresjonen alvorlighetsgrad og er kanskje den testen som brukes mest. Testen er også viktig fordi den fokuserer på suicidalproblematikk som ellers lett kan unngås i samtalen (9).

Men en del forutsetninger må være til stede dersom disse testene skal fungere i allmennpraksis:

For det første må allmennpraktikere få tak i alle symptomer som kan bety depresjon slik at de vet når de skal starte intervjuet. Det er illusorisk å masseintervjue store deler av pasientpopulasjonen

For det andre må testresultatene på et hvert trinn i prosessen korrigeres av klinisk erfaring og individuell pasientkunnskap. Dette gjelder både hvilke av pasientens individuelle ytringsformer som skal mistenkes, hvordan testens generelle nøkkelsymptomer er utformet hos en bestemt pasient og ikke minst om testens generelle diagnostiske kriterier skal suppleres med individuelle.

I tillegg til diagnostiske instrumenter bruker allmennpraktikere diagnosesystemer. Som standard diagnoseliste overfor trykdekontoret brukes ICPC som er et klassifikasjons-

system for 7 ulike komponenter i konsultasjonen, men der de diagnostiske kriteriene er hentet fra en annen diagnoseliste ICHPPC-2. Denne er igjen bra sammenfallende med ICD 9 (10). Men etter at ICD-10 kom, er spriket til ICPC/ICHPPC-2 blitt mye større (3). I praksis har dette ikke så stor betydning for selv om allmennpraktikerne buker ICPC klassifikasjonen henter det trolig sine diagnostiske kriterier fra flere diagnoselister inklusive den viktigste av de nåværende – ICD-10.

Er depresjoner over eller underdiagnostisert i allmennpraksis

Det er sagt at deprimerede pasienter representerer en stor, underdiagnostisert og utilstrekkelig behandlet gruppe i det bare halvparten søker hjelp, halvparten av disse igjen får riktig diagnose og på ny at bare halvparten av de diagnostiserte får rett behandling (9). Dersom dette er dette rett, er det pr. i dag bare 10 – 15 % av pasientene som får den hjelp det har krav på. Selv om tallet for underdiagnostisering nødvendigvis er usikkert, må vi gå ut fra at dette er et betydelig problem.

Det er flere årsaker til dette gitt at pasientene dukker opp på allmennpraktikerens kontor. For det første er de symptomene som en deprimeret pasient presenterer mange, ofte vage, av og til upåaktet av pasienten selv og de kan opptre sammen med andre symptomer som legen griper lettere fatt i. Det er derfor ikke sikkert at de kommer frem under konsultasjonen i det hele tatt.

Dersom legen finner frem til dem og vurderer symptomene, er det likevel fare for at han mistolker dem. Spesielt gjelder dette for somatiske plager hos deprimerede pasienter. Sykdomskultur, opinion og massemedia er med å forsterke dette gjennom sterke krav om å ikke overse somatisk sykdom uten. Noe tilsvarende krav når det gjelder psykiske plager høres sjelden.

For det tredje er kriteriebaserte diagnosesystemer i som i dag brukes, reliable i det at de bygger på vitenskapelige studier som har vist at pasienter med samme tilstand finnes av ulike leger i alle deler av verden (3). Det store spørsmålet er om de er valide nok dvs om en finner alle pasienter som er deprimerede ved hjelp av dem. For tiden pågår det en diskusjon om de diagnostiske kriterier fanger opp menn like godt som kvinner (11). Hvem som skal få diagnosen sett fra et helseideologisk perspektiv om å kunne lindre og helbrede lidelse, er fortsatt usikkert.

Faren for overdiagnostisering er imidlertid også til stede. På samme måte som underdiagnostisering kan resultere i lidelse og i verste fall død, vil overdiagnostisering kunne resultere i en medikalisering av en rekke hverdagsproblem

og eksistensielle vansker. Medikaliseringen er ikke bare et kulturelt og etisk problem, men det kan hindre at friske personer arbeider med løsning av sine problemer selv på en adekvat måte. I tillegg kan effektiv behandling for dem som trenger det, komme i miskreditt når overbehandlingen skaper prinsipielle motstandere.

Faren for overdiagnostisering er økt fordi vi i dag har diagnostiske kriterier for lettere depressive lidelser. I avgrensingen mot vanlige livsproblem er de milde depresjonene problematiske. På samme måte er det med grenseoppgangen mellom normal personlighet og tilstander som cyclothymi, dystymi og SAD (vinterdepresjon) (12)

Det kan derfor hevdes at depresjoner både er under- og overdiagnostisert i allmennpraksis. Årsakene er svært sammensatt og det kreves ulike tilnærminger for å gjøre dette bedre. Allmennpraktikerne må forbedre sin konsultasjonsteknikk, spesielt i åpningsfasen av konsultasjonen. De må benytte og lære seg riktig bruk diagnostiske verktøy, men også kunne se begrensningen til disse. Til sist, men ikke minst, må de lære seg å bruke sin erfaring og individkunnskap som klinisk verktøy. Det er i dag en store fare for at det siste skal bli glemt i en kvalitetssikringstid der vekten legges på fastlagte prosedyrer basert på vitenskapelig gruppekunnskap.

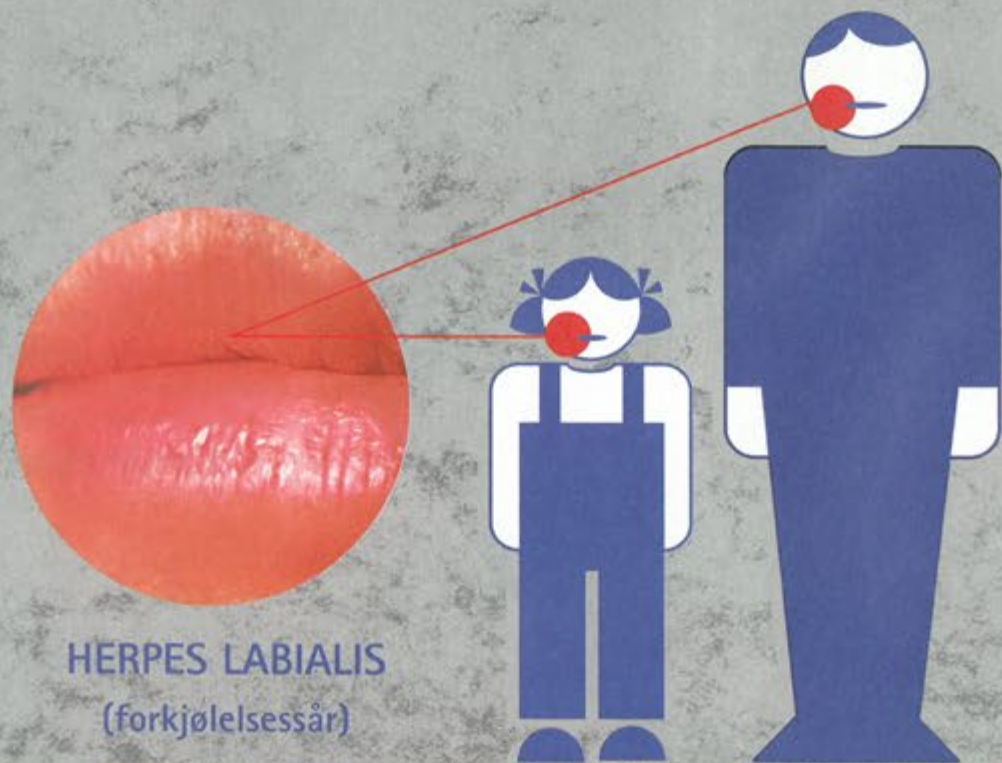
Litteratur

1. NORSK ELEKTRONISK Legehåndbok. 1. utgave. Trondheim: Norsk Helse Informatikk, 1999.
2. Rutle O. Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i Primærhelsetjenesta. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1-83.
3. Thorsen O, Bloch Thorsen GR, Hunskaar S, Vesteraas PA. Psykiske forstyrrelser og atferdsvansker. I: Hunskaar S, red. ALLMENNEMEDISIN, klinisk arbeid. Oslo: ad Notam, Gyldendal, 1997.
4. Kringlen E. PSYKIATRI. Oslo: Universitetsforlaget. 1997.
5. Børheim A, Meland E, Schei E. KURS I KLINISK KOMMUNIKASJON, Veileder for gruppeledere. Bergen: Det medisinske fakultet, UIB, 1998
6. Dahl AA. Psykiatrisk diagnostikk i allmennpraksis – Strukturert psykiatrisk intervju i allmennpraksis (Spifa). Novo Nordisk symposium '96 (Abstracts)
7. Vestbø E. Røynsle i allmennpraksis – kva er det? UTPOSTEN 1997; 26: 318-22.
8. Helsekontrollboka – Den norske lægeforenings helsekontrollprogram, kap.4:Oslo,1993
9. Bakke O. Depresjon i primærhelsetjenesten, håndbok for klinikerne. Arendal: Lundbeck, 1997.
10. Bentsen BG. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo: Tanno, 1991.
11. Brun T. Strid om menn og depresjoner. Dagens Medisin 16.09.1999.
12. Skarstein J, Tanum L. Det depressive Spektrum, Hefte 4 – diagnostikk av depressive lidelser.: Oslo: Novo Nordisk, 1995.

ZoviraxTM krem 5%

aciclovir

- Endelig i Norge!



HERPES LABIALIS
(forkjølelsessår)

Zovirax Krem 5%

Antiviralt middel.

ATC-nr.: D06B B03

KREM 5%: 1 g inneh.: Aciclovir, 50 mg, propylenglykol, hvit vaselin, cetostearylalkohol, flytende parafin, poloxamer 407, natriumlaurylsulfat, renset vann til 1 g

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Acyklisk nukleosid med god løselighet i alkaliske vannløsninger. Spesifikk antiviral effekt in vitro mot Herpes I og II. Toksisiteten mot infiserte pattedyrceller er lav. *Virkningsmekanisme:* Aciclovir fosforyleres til den aktive metabolitten aciclovirtrifosfat i den herpesinfiserte cellen ved tilstedeværelse av Herpes simplex-kodet tymidinkinase. Aciclovirtrifosfat forhindrer viral DNA-syntese ved å fungere som substrat for og hemmer av herpespesifikk DNA-polymerase. Normale cellulære prosesser i ikke-infiserte celler påvirkes bare i ubetydelig grad.

INDIKASJONER: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for aciclovir eller øvrige innholdsstoffer.

BIVIRKNINGER: Forbigående brennende følelse eller stikking etter påføring. Mild uttørring eller avflassing av hud har vært sett hos 5% av pasientene. Erytem og kløe har vært rapportert. Kontaktdermatitt har i

sjeldne tilfeller vært rapportert. I sensitivitetstester har dette for det meste vært forårsaket av hjelpestoffer i krembasen og ikke aciclovir.

FORSIKTIGHETSREGLER: Zovirax krem bør ikke påsmøres slimhinner, for eksempel i munnen, øynene eller vagina, da kremen kan irritere. Særlig forsiktighet må utvises for å unngå feilbruk av kremen i øynene.

GRAVIDITET/AMMING: Bør kun brukes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Det er bare påvist teratogen effekt i noen tester og bare hos rotte etter meget høye subkutane doser. Overgang i placenta: Opplysninger mangler. Overgang i morsmelk: Aciclovir er påvist i morsmelk i konsentrasjoner som kan påvirke barnet.

DOSERING: Behandling av Herpes labialis: Voksne og barn: Kremen påsmøres hver 4. time i den våkne delen av døgnet, dvs. 5 ganger daglig. Behandlingen bør vare i 5 dager. Dersom såret ikke er tilhelet kan behandlingen utvides til 10 dager. Kremen bør påsmøres så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Behandling av residiv bør påbegynnes allerede i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg.

PAKNINGER OG PRISER:

Krem: 2 g: 68,10, 5 g: 103,60.

Preparatomtale og priser per 01.11.99.

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Avd. Bergen. Postboks 224, Sentrum. 5804 Bergen. Telefon: 55541280 - Telefax: 55541299

Glaxo Wellcome AS, Postboks 4312, Torshov, 0402 Oslo. Telefon: 22582000 - Telefax: 22582004. www.glaxowellcome.no

Pasienten sitt møte med behandlings- apparatet

Av Erling Jahn
landsleiar,
Mental Helse Norge

Dei fleste brukarar som har vore deprimerte vil kjenne att ein del sentrale symptom på å vere deprimert. Den vedvarande kjensla av å vere «tom» på ressursar for å møte kvardagen er eit sentralt signal på å vere deprimert. Når den det gjeld på same tid ikkje får sove eller stadig vaknar opp om natta og vert tyngd av tankar prega av skuld for kva ein ikkje har gjort, eller kva ein har gjort seg skuldig for andsynes andre – utan å fri seg frå tankane og kjenslene rundt dette – så kan ein vere på veg inn i ein depresjon som ein utan hjelp frå andre ikkje kjem seg ut av. Andre symptom er at ein samstundes kan bli irritabel og rastlaus, og at kroppen vert tung og alt går lansomt. Kjensla av å vere rastlaus og tung/langsam på same tid kan gjere at ein vert desperat og gjer alvorlege handlinger mot seg sjølv.

Tankar om død og sjølv-mord som einaste løysing å kome seg ut av det heile på kjem, og kan bli så sterke at ein prøver sjølv-mord, og sett i verk dette som einaste løysing.

Mental Helse Norge har gjennom år uttalt at for å oppnå ein betre samla effektivitet av ressursane i helsetenesta, må framtidige arbeidsmetodar i det psykiske helsevernet byggje på over-

lapping mellom dei fylkeskommunale og kommunale tilbod. Vi erfarer at det i mange fylke og kommunar står mykje att før dette er ein realitet. Dei stadige krava til omstilling, der måla er reduksjon av budsjetta og med dette løyvingane til brukarretta hjelpetiltak og fagleg styrking av arbeidet, fører til at mange institusjonar og kommunar mister dei beste fagfolka sine. Spesielt gjeld dette for dei som har evne til problemløysing og samhandling med brukarane.

Vi trur at samstundes som brukarane erfarer konsekvensane av manglande heilskaplege tilbod, så får dette konsekvensar for fagmiljøet, rekruttering, erfaringsutvikling og kompetanseutvikling.

Dette får så konsekvensar for korleis menneske med diagnosen depresjon og/eller med andre alvorlege psykiske sjukdommar får hjelp. Eg har møtt menneske med alvorleg depresjon som fortel meg at dei har ikkje fått den hjelp og behandling dei treng fordi dei er fortalt at dei «ikkje» er sjuke nok til å bli innlagt, eller bli prioritert i et terapeutisk behandlingssopplegg. Det er ikkje grunnlag for å bli lagt inn med bruk av tvang, og manglande plassar innanfor psykiatrien fører til at dei kjem bak andre diagnosegrupper i køen. Det er i tilfelle som dette, og når prioriteringane vert som dei no er at ein t.d. kan søkje etter dei høge sjølvmodstala i Noreg.

Mental Helse Norge meiner at det skal vere eit forpliktande samarbeid mellom ulike faggrupper av helse- og sosialarbeidarar, og mellom ulike forvaltningsnivå. I lag med brukarane skal det stillast krav til den enkelte instans som tilseier at ansvars- og rollefordelinga må vere tydeleg for alle. Det er slike arbeidsmetodar som gjev brukaren/pasienten von om i betring i tilstand, fordi eit slikt problemløysande samspel vil verka inn på motivasjonen til å handle, sjølv om mykje ser «mørkt ut» i dagleglivet til den det gjeld.

Betre samarbeid vil løyse problem, auke effektivitet og på sikt vere ressursparande.

Det motsette vil oppretthalde dei tilhøve vi ofte finn innfor det psykiske helsevernet, og som fører til at:

- brukarar og pårørande som er deprimerte og i ein vanskeleg livssituasjon sjølv, får eit belastande koordineringsansvar.
- tilstand og behov hos brukaren og pårørande vert oversett eller mangelfullt fanga opp.
- brukaren får lange ventetider og for seine tiltak, med forverring av tilstand og kronisk sjukdom og lågare rehabiliteringspotensiale som resultat.
- utskrivinga skjer på kort varsel, noko som fører til manglande oppfølging i primærhelsetenesta fordi plassering av ansvar og avtaler om oppfølging ikkje er på plass.

- tilbod vert utvikla uavhengig av kvarandre, og brukaren ikkje får delta i utviklinga av tilboda.
- ansvarsfraskrivning skjer p.g.a. manglande samhandling mellom ulike instansar.
- det vert forverring av tilstanden til brukaren, mangelfull oppfølging, ny innlegging og meir bruk av tvang innfor det psykiske helsevernet.
- mange brukarar med alvorleg sjukdom/depresjon vert «svingdørspasientar» med tilfeldige inn- og utskrivingar til og frå sjukehus. Dei kjenner seg stigmatiserte av samfunnet rundt seg, og nedverdiga som menneske.

Helseminister Dagfinn Høybråten tok hausten 1998 initiativet til omfattende markering av Verdensdagen for psykisk helse. Målet er å spreie informasjon om psykisk helse, for å redusere fordommar og tabubelagte haldningar rundt psykiske sjukdommar. Mental Helse Norge har i fleire år hatt slikt arbeid som ei av våre hovudoppgåver.

Organisasjonen stiller opp i alle ledd for dette arbeidet, fordi vi trur at markeringa er eit verdifulle bidrag i arbeidet med å nå måla i opptrappingsplanen.

Det grunnleggjande for å nå dette vil likevel framleis vere at det psykiske helsevernet i Noreg får dei ressursar som Stortinget gjennom sine vedtak har gjeve og vil gje lovna der om i komande statsbudsjett. Det vil samstundes vere avgjerande at arbeidet med dei enkelte brukarar i kommunane og i fylka byggjer på dei mål vi har nedfelt i vårt handlings- og prinsippprogram, og som den statlege opptrappingsplanen faktisk har teke sitt utgangspunkt i.

På same tid er det viktig at fylka og kommunane kjenner seg økonomisk i stand til å halde oppe eksisterande tiltak og behandlingsskular, slikt at det ikkje skjer ei nedtrapping ute i fylka og kommunane på same tid som staten har som mål å gjennomføre Stortinget sin vedtekne opptrappingsplan for det psykiske helsevernet. Mental Helse Norge har faktisk ei reell bekymring for at dette no er på veg til å skje, m.a. fordi rammeløyvingane til drift av sjukehusa i mange fylke ikkje strekk til. Dette vil i neste omgang kunne få som konsekvens at det vert eit gap mellom trongen for midlar til eksisterande tiltak og dei krav opptrappingsplanen stiller til nyetablering av tiltak, og til eigenfinansiering av tiltak som krev investeringskostnader. Det vil vere ei utfordring for staten og fylka å løyse denne situasjonen snarast. Utan at dette skjer vil måla i opptrappingsplanen om eit heilskapleg psykisk helsevern på brukarane sine premisser kunne få ein alvorleg knekk frå starten av, og psykiatrien får ikkje det «løft» som statsråd Høybråten har lagt svært stor prestisje og vekt på å få til.

Det kostar å vere lag

Ola Jøsendal, f. 1960
gift, fire barn
cand med 1988
M.Sc. Health Promotion, UiB
1996
turnus i Kirkenes
kommunelege II i Radøy fra
1991–1994
forskningsarbeid ved Univer-
sitetet i Bergen fra 1994–1998,
derav tre år som stipendiat
(DNK), med ansvar for eva-
luering av «VÆR røykFRI»
kommunelege I i Radøy fra
1998

Kommunane i Norge har ansvaret for å gje tilbod om legetenester til innbyggjarane i kommunen. Av grunnar som eigentleg ikkje er vel dokumenterte, finn kommunane i aukande grad at det innan helsetenesta er problemer med:

1. å dekke lovbestemt akuttmedisinsk beredskap
2. å ha ei stabil allmennlegegruppe
3. å rekruttere nye allmennlegar

Legane sjølve har ved ulike høve uttalt at allmennmedisinen kan synast skremmande fordi det er

- aukande arbeidsmengde for legane på dagtid
- aukande arbeidsmengde på vakter etter ordinær arbeidstid
- aukande krav til dokumentasjon og kvalitetssikring
- aukande risiko for klager frå pasientar og tilsynsmyndighet
- aukande risiko for negativ mediafokusering
- færre legevikarar til rådvelde etter lønshoppet i sjukehussektoren

I Utposten Nr 6/1999 gjorde Reymert ei kort oppsummering av tilhøva knytta til legevaktordninga i Namdalen. Det er i alt 12 kommunar knytta til ordninga, og det er om lag 35.000 innbyggjarar som er lagt inn under den nye ordninga. Ordninga gjeld vakt om natta, der ein lege er til stades i akuttmottaket og gjer vurderingar saman med sjukepleiar som betjener sambandet. Fem legar er i beredskap som bakvakter, og kvar tek seg av to til fire kommunar. Bakvaktene blir kalla ut dersom lege i akuttmottak meiner pasienten må ha heimebesøk eller konsultasjon før innlegging, eller ved trong for svært rask medisinsk assistanse.

Evalueringa viser at legane lokalt er svært nøgde. Befolkninga ser stort sett ut til å være rimeleg nøgd sidan det så langt ikkje er kome klager eller skryt, medan den kommunen som ligg lengst frå sjukehuset har fått kritikk frå sine innbyggjarar grunna reisetida til lege om natta. Legen som er i beredskap for kommunane i akuttmottaket har sidan 010299 handsama gjennomsnittleg 3 henvendelsar per natt.

Sjukepleiar har i tillegg handsama om lag 6 henvendelsar per natt utan at lege har vore involvert. I løpet av 6 månader har bakvakt vore kalla ut til innsats 43 gongar.

I denne korte framstillinga skal vi sjå litt på kvifor det går rimeleg bra i Namdalen, og kva «kvardags-distrikts-kommunar» må kjempa med av tilleggsproblem.

A. Sjukehus

Sjølv om det er rimeleg mange sjukehus i landet, er det og mange kommunar som ikkje kan legge sin legevakstasjon til akuttmottaket i sjukehuset. Det vil seie at kommunar utan lokalsjukehus står overfor store eller små investeringar i bygg og anlegg og leige og vedlikehald og så vidare. Ein kan heller sjølsagt ikkje vente at sjukepleiar i akuttmottaket ved sjukehuset vil kunne ta del i pasientarbeidet som ligg til kommunelegen. Det vil kanskje vere lite eller ikkje trong for innleigd hjelpepersonell til kommunelegen, dersom vedkomande er i eit akuttmottak. Slik er det ikkje for alle.

B. Pengar

Departementet går inn med friske midlar, i storleik 1,8 millionar kroner til DRIFT i Namdalen. Kostnaden berre med å ha lege på vakt (gjennomsnittleg 5.950,- kroner per natt, x 365 døgn = 2,92 millionar kroner) blir oppunder 3 millionar kroner. Dersom det er to til fem «normale» småkommunar som skal inn med slike midlar for å ha lege på vakt, vil den politiske velviljen forsvinne som eit blylodd i Nordsjøen.

C. Tal på kommunar og folk

Dersom 12 kommunar legg saman sine skjervar og driv fram ein felles legevakstasjon etter modell frå Namdalen, blir økonomien god for alle partar. Dersom det derimot er færre kommunar som ser på eit vakt-samarbeid, er det langt verre å finne kjøt til beina. Det skal vi sjå litt til på. Tross alt er det nokre mil frå tettstad til tettstad mange plassar i landet, og samlar du i hop fire fem kommunar vil det nokre stader bli lange bilturar for halvsnuke bygde-entusiastar.

Tre kommunar i Nordhordaland

Vi tek utgangspunkt i vår «kommunetrio» i Nordhordland som arbeider for bemanna legevakstasjon. Kommune 1 har 12.400 innbyggjarar med 9 legar, kommune 2 har 1.800 innbyggjarar og 2 legar (eller ofte berre ein), og kommune 3 har 4.600 innbyggjarar og 5 legar.

I særavtalen mellom Dnlf og KS står det at kommunen kan tilplikte legen tilstadevakt i eigne lokale med hjelpepersonell dersom det er fleire enn 10 leger som deler vaktturnus. Våre tre kommunar har om lag 16 legar, og fell difor inn under ei slik mogeleg tilstadevakt.

Vi kan rekne med ein driftskostnad (leie av lokale, straum, vedlikehald, vask, utstyr etc.) på om lag 1 mill. kroner per år. Gjennom året kan ein rekne 250 kvardagar og 115 helgedagar. Dersom ein skal ha hjelpepersonell til stades (1 person) frå 15.30 til 23.00 alle dagar utgjir det ei arbeidsbelastning på 1,6 full stilling. Dersom ein skal ha tilsvarande hjelpepersonell til stades frå klokka 23.00 til 08.00 alle dagar utgjir det ei arbeidsbelastning på 1,8 full stilling.

Kvar slik fullfinansiert stilling for sjukepleiar med lønns-trinn 27 kostar 395.000,- inkludert absolutt alt av tillegg og vikarar og medrekna sjukemelding osv. For full vakt drift utanom kvardagar frå 08 til 15.30, må det finansierast 3,4 stillingar til ein kostnad av 1,343 mill kroner per år for hjelpepersonell. Ein lyt tru at det må vere 10–12 personar som deler på å fylle desse 3,4 stillingane på budsjettet.

Vi har så langt kome til at driftsmidlar til stasjonen og løn til hjelpepersonell vil utgjere ein kostnad på om lag 2,34 mill kroner.

Så er det legane

Dersom vi trur at Namdalen skal vere retningsgjevande for kva som vil skje, kan vi sjå på to enkle modellar: ein med berre nattevakt, og ein med full drift alle tidspunkt unnta teke kvardagar frå 08.00 til 15.30

Kun nattevakt:

9 timar x 750 kroner x 365 dager = 2,464 mill kroner

Med full drift:

Kveld/natt, kvardagar: $16,5 \times 750 \times 250 = 3,09$ mill kroner

Døgndrift, helgedagar: $24 \times 750 \times 115 = 2,07$ mill kroner

Totalt: 5,16 mill kroner

Det kostar å vere lag

Om Namdalsprosjektet skal vere 'veiledende' for avlønning av legar, og om ein satser på full drift av ein slik legevakstasjon, vil årlege kostnader vere om lag 7,5 mill kroner. I vårt tilfelle er tre kommunar saman med ein samla populasjon på 18.800 innbyggjarar, det er 16 legar involvert.

Den ordninga kommunane har no med døgnvakt for ein lege i kvar kommune, (på «gamlemåten» med koffert og telefon og radio) kostar mindre enn ein million kroner per år for alle tre kommunane til saman. Dersom vi trur at dei 16 legane klarer å skvise ut 250.000,- kroner kvar av pasientane + RTV gjennom hard innsats kvart år, har vi kanskje ytterlegare fire millionar å bidra med i rekneskapet på inntektssida. Ein kan kanskje anta at innteninga i ein legevakstasjon vil vere i samme storleik som for dei 16 legene samla. Men då må «komfort-rushet» på ettermiddagen bli handsama og innlemma i rekneskapen.

Saka si kjerne er at ei eventuell ordning som dette vil auke kostnadene for kommunane med om lag 2,5 mill kroner. Då er lønnskrevet til legane «krisemaksimert», slik at det faktisk vil vere minst ei dobling av dagens avlønning, og nærme seg andre kollegar med tilsvarende oppgåver.

Dersom legane i våre tre kommunar går tilbake til halvdel av timesatsen til Namdalen, kan kommunane kanskje svelge forslaget til ny organisering av legevakt.

Det blir med andre ord tre heilt avgjerande moment: Kva kan RTV tilby, kva kan legane arbeide for per time, og kva kan kommunane svelge av nye utgifter.

Eg er redd for at svara er gitt på førehand. RTV vil ikkje gje noko som helst, og kommunane har igjen fått tredd eit umogeleg budsjett over seg frå staten. Øyremarka midlar er lagt inn i rammeløyvinga til kommunane, utan at rammene er auka (organisert stupiditet). Kommunane er på steinhard jakt etter salderingsposter, og møter nye utgiftspostar med overberande og hastige kommentarar.

Då munner dette ut i en indre konflikt i legegruppa: Dei som ynskjer seg ordna arbeidstilhøve og sjeldnare vaktbelastning på ei side, og dei som held si lønnsfane høgt heva, til ære for ei ordning som har gjeve legane i distriktskommunane ei reell lønssnedgang på over 20 prosent under legevakt dei siste fire åra. Under «splitt og hersk» taktikk frå kommunale budsjetttramme ryttrarar, er det lett å løyse opp den vesle hæren som finst att.

Styringsprinsippet i kommunane er etter kvart blitt budsjetttramma, og metoden for å oppnå mål er å velje kva for god og lovpålagt teneste som skal ofrast denne gangen.

Konklusjon

Dersom det skal vere reelle planar om å bygge opp ei legevakt-teneste i stasjonar med bemanning, må RTV finne fram såkalla «friske» midlar. For såvidt vil dette passe godt i ein statleg strategi der slike midlar er øyremarka, medan rammetilskott blir stramma inn. Og friske midlar finst til gagns.

Tvangsrituala som kommunane går igjennom kvart år i form av å kutte budsjetta inntil det absurde skjer samstundes med at staten har lempa om lag 80 milliarder kroner ut til «investeringar» i et virtuelt pengemarked. Ja, i form av oljefondet. Enkeltmenneske i private investeringsforetak får hand om fleire titals statlege milliardar kroner som blir investert i ulike obligasjonar, aksjar og så bortetter. Døme er kjøp av aksjar i tobakksprodusenter i USA. Ein brutal knekk i det allminnelege pengemarked og /eller aksjemarked vil koste staten mange titalls milliardar kroner, kanskje i løpet av få dagar. Den kommunale schizofreni blir behandlingstrengande av slik bruk av våre felles ressursar.

Professor Norman ved Handelshøgskulen i Bergen har påvist at investering i statlege og kommunale foretak er ei framifrå bruk av midlar. Då er det underleg at kommunal armød skal vere inngangen til eit nytt millenium, når staten hiv arvesølvet etter internasjonale profittorganisasjonar. Medan kommunelegane i somme distrikt slit buksebaken av seg for knappar og glansbilete.

Ola Jøsendal

Kommunelege I, Radøy

Detrusitol - Pharmacia & Upjohn -
Muskarinreseptorantagonist
ATC-nr.: G04B D07

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Tolterodin L-tartrat 1 mg, resp. 2 mg, tilsv. tolterodin 0,68 mg, resp. 1,37 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E171).
Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene.

Virkningsmekanisme: Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metabollitene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolliten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker.

Absorpsjon: Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin 96%, 5-hydroksymetylderivatet 64%. Fordeling:

Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Tolterodin: 2-3 timer. 5-hydroksymetylderivatet: 3-4 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon:

Tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet når maks. serumkonsentrasjon etter 1-3 timer. "Steady state" nås innen 2 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med

levercirrhose. Metabolisme: I lever til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet hovedsakelig ved cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6). Hos personer som mangler CYP2D6 dealkyleres tolterodin ved CYP3A4 til en ikke-aktiv metabollitt, og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77 % i urin og 17 % i feces. Mindre enn 1 % av dosen utskilles uomdannet og ca. 4 % som 5-hydroksymetylderivatet.

Indikasjoner: Overaktiv blære med symptomer som "hyppig vannlating", "urgency" eller "urge inkontinens".

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

Bivirkninger: Tolterodin kan forårsake milde til moderate sideeffekter som munntørhet, dyspepsi og redusert tåreproduksjon.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet. Dyspepsi, obstipasjon, magesmerter, flatulens, brekninger.

Hud: Tørr hud. Psykiske: Somnolens, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Parestesi.

Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine.

Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter.

Sjeldne (<1/100): Sentralnervesystemet: Forvirring.

Ørogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nyre- og leversykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antimykotika (ketokonazol, itrakonazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbetont arbeid.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta:

Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med legemiddel som har antikolinerge effekter kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av



Sne, sol og

- *Nesten 400.000 nordmenn lider av overaktiv blære som gir symptomene hyppig vannlating, sterk vannlatingstrang med eller uten lekkasje.¹⁾*
- *Symptomene virker for mange begrensende på de daglige aktivitetene.²⁾*
- *Nå kan de få en ny og effektiv behandling med Detrusitol®.*
- *Detrusitol® kan gi dem tilbake gleder i livet som skiturer på fine vinterdager.*

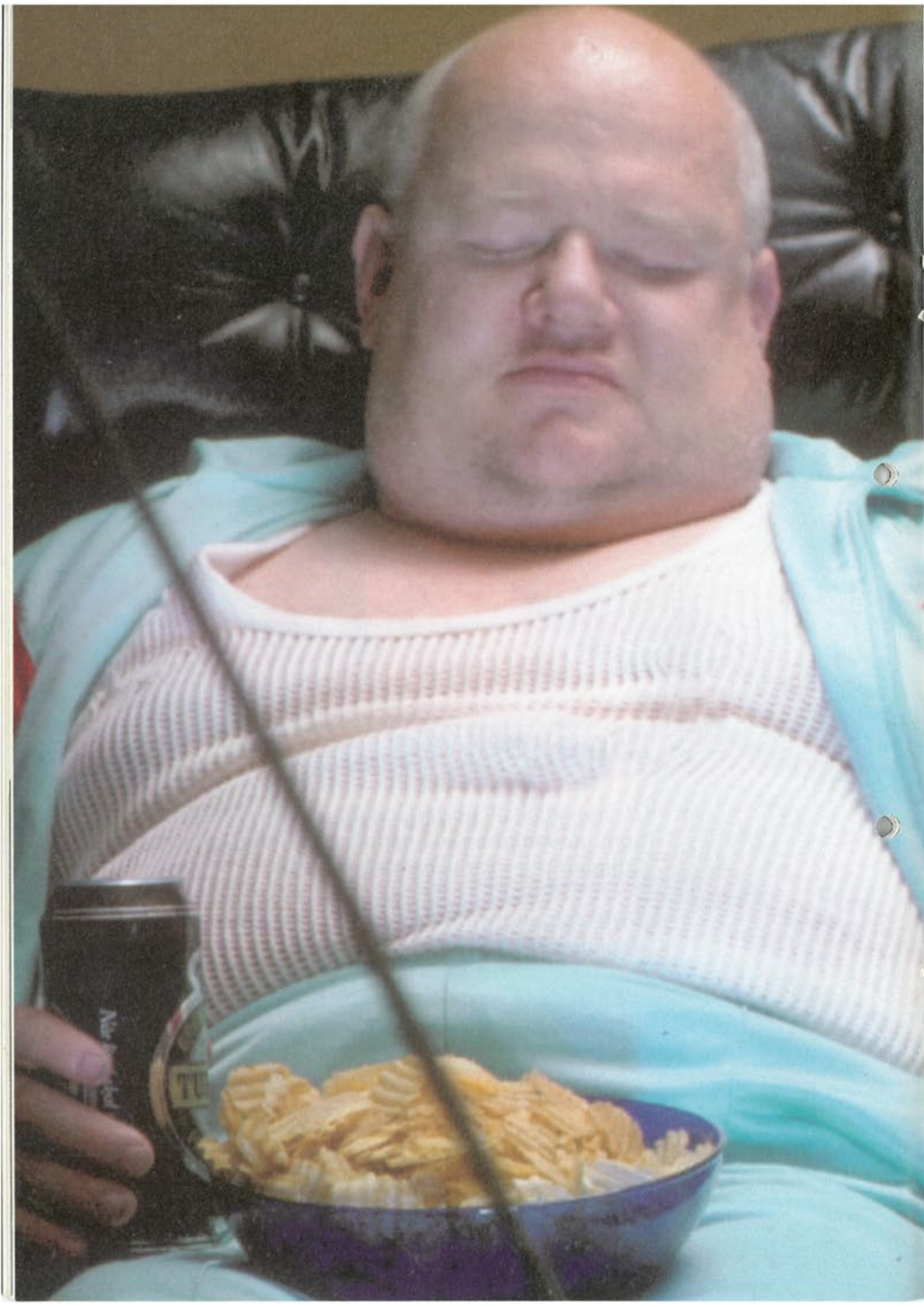
¹⁾ Jackson S, Haab F, Larsson G, Wilen-Koort A, Lango P. (France, Sweden), The prevalence of the overactive bladder. Abstract presented at the 28th Annual Meeting of the International Continence Society, Jerusalem, Israel, 14.-17. September 1998 (abstract 279)

²⁾ Jackson S, The patient with an overactive bladder symptoms and quality-of-life issues. Urology 50 (Supplement 6a) 1997; 18-22



Pharmacia
& Upjohn

 **Detrusitol®**
tolterodine L-tartrate



Denne mannen koster samfunnet fett med kroner.

Doxazosin NM gjør Helse-Norge billigere!!

Doxazosin NM Pharma tabl. 2mg, 20stk kr 105,00
Doxazosin NM Pharma tabl. 2mg, 100stk kr 403,00
Doxazosin NM Pharma tabl. 4mg, 100stk kr 510,00

Prisene er veil. utsalgspriser fra apotek pr. 1 november 1999
Refusjon; § 9, pkt. 12

Delbare tabletter på 2 og 4 mg.

Doxazosin "NM Pharma"
Selektiv α_1 -blokker

ATC-nr.: C02CA04

TABLETTER 2 mg og 4 mg: Hver tablett, udasjert, inneholder: Doxazosin, mesl. æq. doxazosin, 2 mg, resp. 4 mg, lactos., const. q.s. Med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv α_1 -blokker. Senker perifer karmotstand samt relaxerer glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Virningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksreduksjon i 24 timer. Blodtrykket reduseres gradvis, med maks. reduksjon vanligvis etter ca. 2-6 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Bedrer benign prostatahyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -adrenoseptorblokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter med benign prostatahyperplasi er klinisk insignifikante. Absorpsjon: 60-65 %. Maks. serumkonsentrasjon etter ca. 2 timer. Proteinbinding: Ca. 98 %. Halveringstid: Bilirisk med terminal halveringstid på 22 timer. Metabolisme: Mindre enn 5 % skilles ut i uforandret form. Ingen vesentlige endringer i farmakokinetiske forhold hos eldre og pasienter med redusert nyrefunksjon.

Indikasjoner: Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for quinazoliner. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt.

Bivirkninger: Hypertensjon: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjelden med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, edem, asteni, somnolens, kvalme og rhinitt. Ved bruk etter markedsføring er i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av uspesifikke gastroplager som abdominal smerte, diaré og oppkast. Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmåte. Isolerde tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med α_1 -blokkere, inkl. doxazosin. Isolerde tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som hudutslett, pruritus, purpura, gulsott og forhøyede levertransaminaser) og neseblødning er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk, men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosinbehandling: Takykardi, palpitasjon, brystsmerte, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. Benign prostatahyperplasi (BPH): Erfaringer indikerer lignende bivirkninger som sett ved hypertensjon.

Forsiktighetsregler: Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot anginaanfallet for de får doxazosin. Muligheten for uforutsett kraftig antihypertensiv effekt, spesielt ved samtidig betablokkerbehandling, tilsier at doxazosin introduseres i lave doser (1 mg) og at ev. doseøkning skjer langsamt. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må venlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iaktas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hypertensjon bør primært ha behandling rettet mot hypertensjonen før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hypertensjon bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på ev. forverring. Doxazosin skal administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon.

Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorikretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

Graviditet/Amning: Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyreforsøk med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert fetal overlevelse. Sikkerhet er ikke godgjort hos gravide eller ammende, og doxazosin bør bare brukes når behandlingsbehovet er avveiet mot mulig risiko.

Interaksjoner: Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning av doxazosin kan mot virkes av antillogistika.

Dosering: Hypertensjon: Voksne: Doseres én gang daglig. Initalt 1 mg. Dosen kan økes etter 1 eller 2 uker til 2 mg daglig. Om nødvendig kan dosen fordobles hver annen uke. Høyeste anbefalte dose er 16 mg daglig. Benign prostatahyperplasi: Doseres én gang daglig. Initalt 1 mg. Om nødvendig kan dosen dobles hver eller hver annen uke til maks. 8 mg. Vanligste vedlikeholdsdose er 4 mg daglig. Vanlig dosering kan benyttes hos pasienter med redusert nyrefunksjon.

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

Godtgjørelse: 12

NM Pharma

Gjerdumsvei 10B, 0486 Oslo

Evalueringa

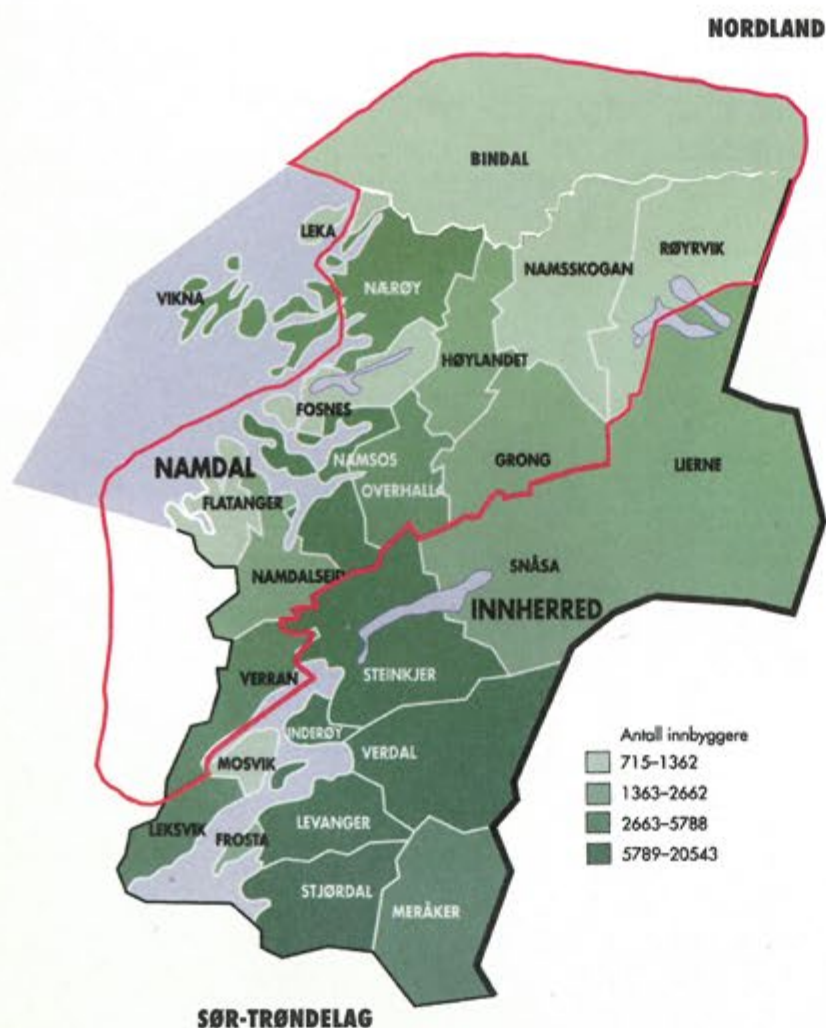
av

Jannike Reymert

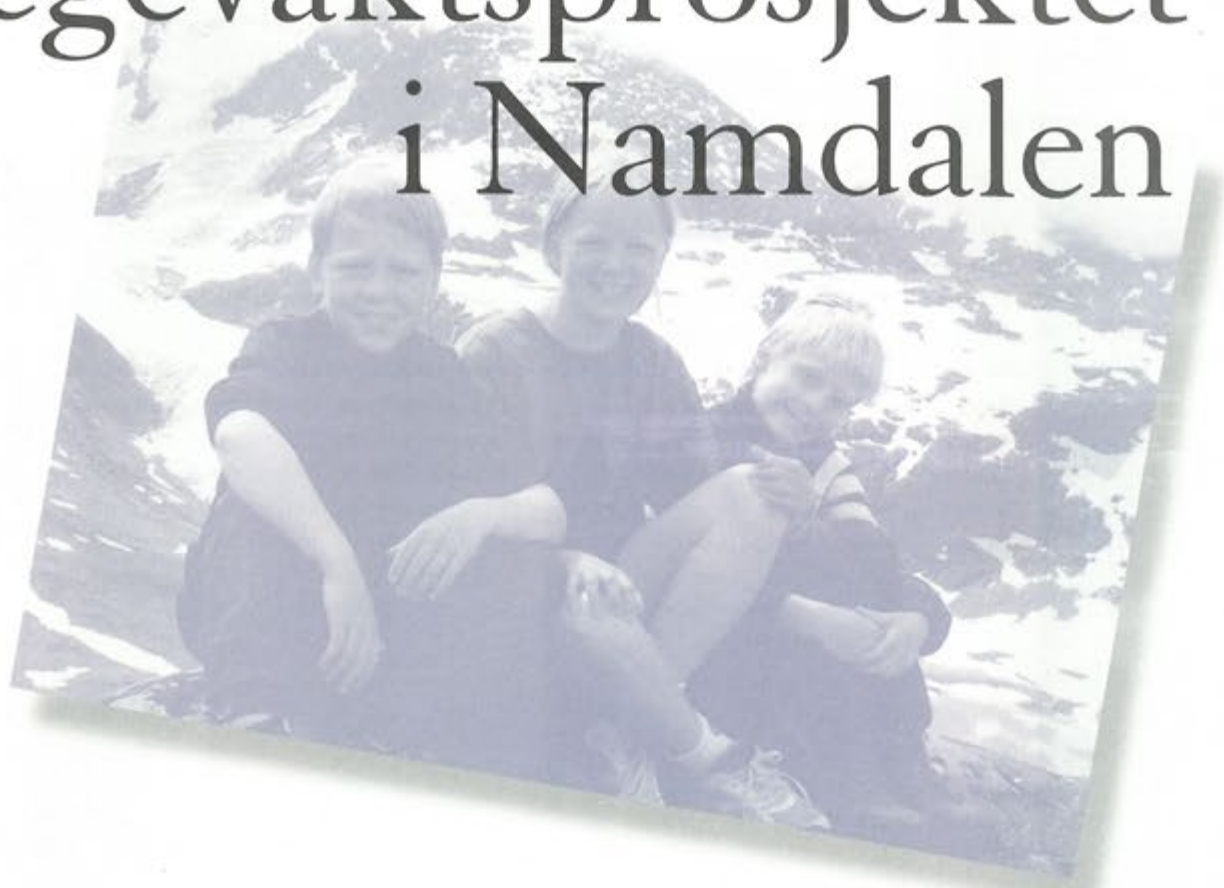
intervjuer

Anders Grimsmo

Anders Grimsmo, kommunelege 1 i Surnadal og førsteamanuensis ved NTNU evaluerer i disse dager legevaktsprosjektet i Namdalen og er nesten ferdig med det arbeidet når Utposten går i trykken. Vi har fått tilgang på de viktigste funnene han har gjort. Disse dataene vil kunne ha avgjørende betydning for organisering av legevaktene i hele landet. Helse- og Sosialdepartementet som skal få fastlegeordningen på skinner om mindre enn et år har allerede satset mye på denne prøveordningen og det er å håpe at de ser sin besøkelsestid nå med å bidra med statlige midler til finansiering av legevaktssentraler i resten av landet.



legevaktprosjektet i Namdalen



Utposten: – Anders Grimsmo, du har både sett på økonomiske og organisatoriske sider ved dette prosjektet i din evaluering. Er denne formen for legevaktsorganisering vesentlig dyrere enn tradisjonell legevaktsdrift?

Grimsmo: – Nei, jeg tror ikke det. På et halvt år har man spart 650.000 i utgifter til legehonorarer og transportutgifter til drosjer og ambulanse, eller 27% av RTVs utgifter. Innsparingen skyldes først og fremst at legesøkningen har gått betydelig ned i området sammenliknet med tidligere, noe jeg kommer tilbake til seinere. I denne perioden har Helse- og Sosialdepartementet gitt ca 900.000 i støtte til fast honorering av legene. Når man vet at hele 12 kommuner har vært med i prosjektet vil jeg si at dette har vist seg å være et billig eksperiment.

Utposten: – Du finner altså noe overraskende svært gode økonomiske resultater. Dette forklarer du med endret legesøkningsadferd i befolkningen.

Grimsmo: – Ja, det var i perioden 24% lavere legesøkning på vakt sammenliknet med halvåret før ordningen ble innført.

Jeg har ikke klart å skille mellom legesøkning fra kl 16–23 der det har vært ordinær legevaktskjøring i de enkelte kommuner og mellom kl 23 og 08 da selve nyordningen ble kjørt. Det er imidlertid klart at det er på ettermiddagene legevaktsøkningen har gått ned da legesøkning på natt bare utgjør få prosent av antall legevakthåndteringer pr døgn.

Jeg tror dette overraskende fall i legevakts henvendelser i allefall har en tosidig forklaring: Legene har fokusert på sitt eget legevaktsarbeide og henvist endel pasienter til ordinær kontortid dagen etter. Pasienten har vel via medias fokusering på legevaktsbelastningen legene strever med, skjont at man ikke skal bruke legevakta til ting som kan ordnes på dagtid. Befolkningen er jo redd for å miste legen sin.

Et annet interessant funn er at i kjølvannet av den nye samarbeidsformen blant legene i Namdalen har det utviklet seg nye legevaktsordninger mellom nabokommunene også på ettermiddagtid. Dette har medført redusert at legevaktsbelastninga har blitt redusert ytterligere.

” Stor arv det er for man- nen av godt- folk vera fødd ”

I medieflimmersamfunnet er det ofte en vel-signelse å finne at viktige erkjennelser og erfaringer oftest er tenkt tidligere, og det gjelder ofte å gjenoppdage dem.

Petter Øgar har en utmerket og viktig artikkel med tittelen «Hvorfor er noen mennesker friske og andre syke...».

Han er igjen inne på et gammelt, men kanskje i en periode lite påaktet fenomen, nemlig at samfunnsforholdene spiller en sentral rolle for helse og sykdom, og at kanskje enkeltfaktorer knyttet til helsemessig livsstil som røyking ikke gir hele forklaringen.

Han nevner en del sosioøkonomiske faktorer som en tradisjonelt møter, og som nok er relevante, spørsmålet er om de ikke blir for snevre (preget av gammel marxistisk tankegang?).

Det er klart at økonomiske og sosiale forskjeller inkludert utdanning er meget viktig i forklaringsmodellene bak de store ulikhetene i helse vi etterhvert gjenoppdager i det postmoderne Norge. Han nevner også det litt upresise ordet «nettverk» som antas å ha innflytelse her.

Undertegnede har ofte et inntrykk av at en helt sentral utviklingstendens er uteglemt. Er det så at man ikke ser skogen for bare trær, eller begynner en seg selv inne i skogen og nekter å se den?

For hva er egentlig kjernen i begrepet «nettverk» og den sentrale faktoren for opplevelsen av tilværelsen inkludert det å føle seg frisk? Jo, det er FAMILIEN som institusjon, og denne er under sterkt press og tildels i full oppløsning. 1/3 av alle barn opplever at denne bryter sammen under oppveksten, og det som kjennetegner barna som gruppe er kanskje nettopp tapet av de helsebeskyttende faktorer i livet som tap av optimisme og troen på framtiden. Når andelen av disse som angir sin selvopplevde helse som dårlig er nesten det doble av de som ikke har opplevd familieoppløsning, er dette alene en meget sentral faktor å regne med.

Når skilsmissebarna som gruppe i tillegg har over dobbelt så mange dagligrøykere i ung-

domstiden, dobbelt så mye depressivitet for å nevne noen faktorer, så må familien inn som en helt sentral faktor i diskusjonen om helse dersom en vil komme lenger i forståelsen av mekanismene. Ytterligere faktorer er jo det at denne gruppen får det trangere også økonomisk og har mindre utsikter til å få høyere utdanning enn de andre, og således senere blir «sosialklassesetapere».

Øgar nevner at Norge (og ikke minst Danmark) sakker akterut i levealderutvikling, mens Japan og tildels Middelhavslandene går framover. Det er kanskje grunn til å reflektere over om familietradisjoner og -mønstre ikke her kan spille en større rolle enn olivenolje?

Fra smeltedigelen New York kan en gå trygt i Chinatown der familietradisjoner og fellesskap dominerer, mens de svarte bydelene der det meste av familie er gått i oppløsning, er svært utrygge å bevege seg i.

«Å styre et land er enkelt sammenlignet med å oppdra barn» (også kanskje å være både fylkeslege/kommunelege?), og sitat rommer kanskje også en betydelig sannhet. Det store paradokset i kvinnebevegelsen må være at de ønsker oppvurdering av kvinnearbeidet, men ikke den vanskeligste og viktigste delen av dette, nemlig å skape grunnlaget for sine egne barns framtid ved å gi mere avtiden tilbake til barna. Det samme gjelder selvsagt fedrene! Men når omsorgsarbeidet er lønnet og gjelder andres barn (i barnehage) og naboens eldre (på institusjoner), da er det ihvertfall av noe verdi. Vi ser at de unge mødrene, med god hjelp av Jagland & co., aldri har vært mere ute i lønnet arbeide enn i dag. At de i 40–50 års-alderen er utslitt og søker uføretrygd er kanskje ikke å forundres over? Kanskje morgendagens kvinnesaksforkjempere vil slåss for barna, hjemmet og familien? Er forventningene til samlivet blitt like overdrevne som til medisinen, og skuffelsene og bruddene tilsvarende?

Likevel, hovedforklaringen ligger nok på samfunnsnivå, og skal en derfor komme videre i Øgars problematikk må en våge å bringe familiens rolle og skjebne mere inn i debatten!

*Hans-Johan Breidablik
Kommunelege 1, Sula*

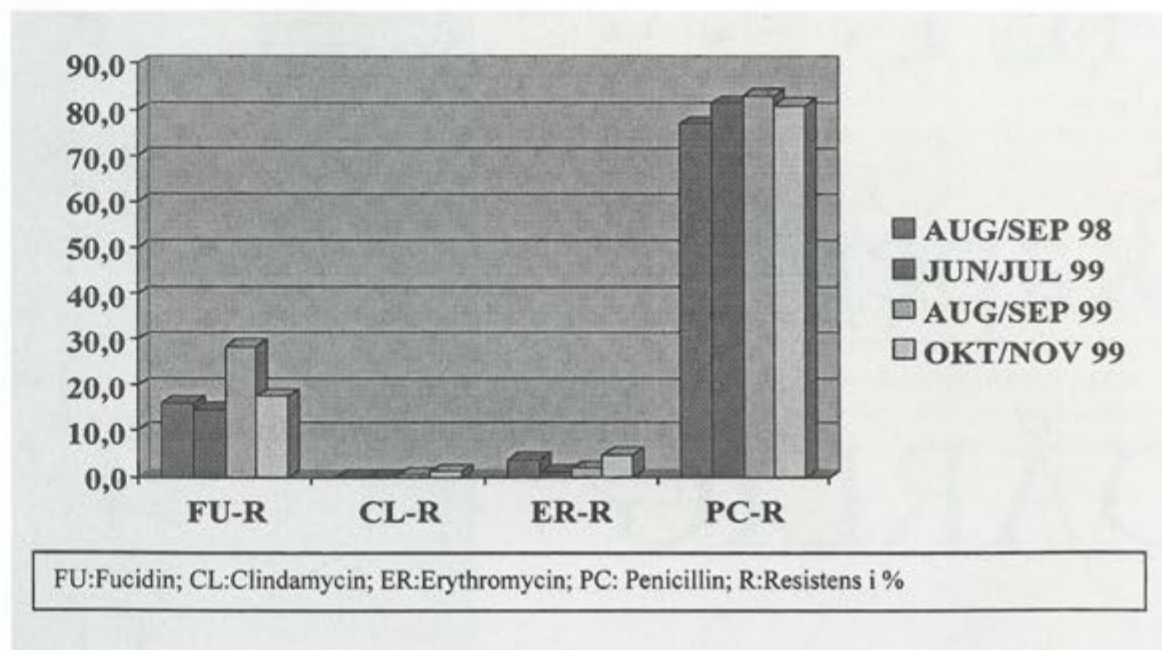
Gule stafylokokker

-en kommentar:

Henviser til interessant artikkel av kollega Tine von Hanno om gule stafylokokker i nr. 7/8-99 med kommentar av hudlege Theis Hult-Nyström. Det hevdes blant annet at det neppe kan ha vært resistens for fucidin.

Jeg har mange års tjeneste i allmennpraksis og er nå ved mikrobiologisk avdeling i Telemark, Telelab.

Sommer og høst -99 har vi hatt en rekke prøver fra impetigo-lignende utslett, tildels med bulladannelse, det har vært oppvekst av gule stafylokokker som i ca. 80% av tilfellene har vært resistente for penicillin og mellom 15 og 30% resistente for fucidin., jfr. tabell.



En del pasienter er vellykket behandlet med fucidin lokalt, imidlertid har det vært tendens til recidiv, vi har da anbefalt lokal vask med antibakterielt middel 2-3 gr. daglig. Ved dypere og mere utbredte lesjoner har det vært behov for systemisk antibiotikabehandling med kloxacillin/dikloxacillin. Noen kolleger har brukt erytromycin, men vi har observert resistens også for dette preparatet, som jo kun er bakteriosstatisk og dermed resistensdrivende.

Denne «epidemien» har vært både i Vestfold og Telemark sommer/høst -99, fra desember synes det ikke å ha vært tilfeller ut over det normale.

Skien, 19/1 00
Nils Grude Telelab, 3705 Skien.
E-mail: nils.grude@telelab.no

SOSIAL ULIK- HET skaper DÅRLIG HELSE

Det har lenge vært kjent at det er store forskjeller mellom regioner, fylker, innen byområder og mellom yrkesgrupper på viktige mål for helse, som f. eks. dødelighet. Utposten etterlyser initiativ fra Helsetilsynet i tidsskriftets lederkommentar nr 6/99. I begynnelsen av 1998 ble det lagt fram nye rapporter både fra Oslo¹ og Akershus² som dokumenterer at det er store variasjoner i folks helse relatert til sosial ulikhet. Oslohelsa – utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene fra desember 1997 viste at forventet levealder for nyfødte gutter på Vinderen var nesten 12 år høyere enn tilsvarende forventet levealder på Sagene Torshov (79,7 mot 67,6 år). Tilsvarende er forventet levealder på landsbasis lavest i Finnmark og høyest i Sogn og Fjordane, forskjellen er ca 5 år for menn og 3 år for kvinner.



Av helsedirektør Anne Alvik

Tall fra WHO og OECD viser at Norge i 1970 hadde den høyeste middellevetid for kvinner og den tredje høyeste for menn, mens vi i 1996 lå på åttende plass for kvinner og på sjette plass for menn. Alle land har hatt en økning i forventet gjenstående levetid, men økningen har vært større for mange andre land enn Norge, spesielt i Japan.

Flere undersøkelser viser at store inntektsforskjeller i moderne industrisamfunn er sterkere assosiert med helsemessige ulikheter enn fattigdom eller gjennomsnittsinntekt per person. De såkalte «livsstilssykdommene» er også på ulik måte knyttet til relativ sosial status. Røyking er nå i liten grad en del av atferden i de høyere inntektsgruppene. Utdanningsnivået har betydning for hva man spiser og hvor mye man mosjonerer. En europeisk forskergruppe har studert de sosioøkonomiske forskjeller i sykkelighet og dødelighet i Vest-Europa³. Denne undersøkelsen tyder på at Sverige og Norge faktisk har større forskjeller både i sykkelighet og dødelighet enn de fleste andre vest-europeiske land.

Det er et tankekors at velferdsstatens helsetjeneste ikke ser ut til å ha ført til mindre forskjell i ulike sosioøkonomiske

gruppers sykkelighet og forventet levealder. Vår forståelse av de sosiale forhold og de biologiske virkningsmekanismene som fører til sykdom er fortsatt mangelfull, og det er behov for mer forskning på dette området. Likevel er det vist at sosial ulikhet fører til helsemessig ulikhet, og arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i samfunnet vil være et av de mest effektive virkemidlene for å bedre folkehelsen.

Helsetilsynets Tilsynsmelding 1997, utgitt medio 1998⁴, fremholder disse refleksjonene som et av hovedpunktene.

Som helsedirektør er det hyggelig å merke seg at man i Utpostens leder viser til to av etatens nåværende og tidligere medarbeidere og deres arbeider med de samme problemstillinger, Berit Olsen og Petter Øgar. Øgar deltar for tiden i et arbeide med å utvikle metodikk for overordnet tilsyn med utgangspunkt i blant annet de erkjennelsene vi har gjort om sammenhengen mellom sosial ulikhet og ulik helse. Inger Stensvold ledet arbeidet med undersøkelsen Oslo-helsa, utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene fra desember 1997 og arbeider nå i Helsetilsynets avdeling for samfunnsmedisin. Hun inngår i det faglige miljøet som fører denne ballen videre. Fylkeslegen i Oslo har også tatt fatt i problemstillingen fra utredningen og etterlyst oppfølging overfor Oslo kommune. Berit Olsen skrev sin leder i «Tidsskriftet» som Utposten henviser til, mens hun var avdelingsdirektør i Helsetilsynet, og selvsagt da i nær kontakt med undertegnede. Jeg vil derfor hevde at Helsetilsynet ikke har unnlatt å forfølge disse samfunnsmedisinske problemstillingene.

Utposten gir uttrykk for en uro over at det tar lang tid fra erkjennelse til handling og resultat. Den uroen deler vi. Som tilsynsorgan må vi imidlertid erkjenne at det er begrensninger i hva vi kan få gjennomført av endringer, ikke minst endringer som i stor grad fordrer politiske beslutninger på helt andre saksområder enn de helsemessige. Her har samfunnsmedisinere i ulike posisjoner og på ulike nivåer i forvaltning og helsetjeneste en felles utfordring.

Referanser:

- 1 Røgnrud M, Stensvold I (red.). Oslo-helsa. Utredningen om helse, miljø og ulikhet i bydelene. Ullevål sykehus, Oslo kommune, 1998.
- 2 Grøtvedt L. Helseprofil i Akershus. Ulikheter i sykdom, livsstil og helsetjenester. Heltef, Akershusfylkeskommune, 1998.
- 3 Machenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-59.
- 4 Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 1997. Statens helsetilsyn. IK - 2649.

Nytt styre i Norsk selskap for allmennmedisin

NSAMs årsmøte under Nidaroskongressen sist høst valgte styre for kommende toårsperiode. Styret tiltrådte 1. januar 2000 og består av følgende personer:

Astrid Dolva, Asker – Reidun Kismul, Mosjøen – Harald Kamps, Trondheim – Aslak Bråtteit, Finnøy – Anders Bærheim, Bergen – Tor Carlsen, Skien, nestleder – og med Anna Stavdal, som leder. Vi satte hverandre i stevne en helg i januar, fire av oss nye av året.

Hva vil vi jobbe med? Her følger noen stikkord:

Kliniske handlingsprogrammer

Arbeidet med organisering og finansiering av arbeidet med retningslinjer har vært en hovedsak for NSAM gjennom forrige styreperiode, og følges opp videre. NSAM er i dialog med flere viktige aktører i faglige miljøer og på departementsnivå i denne forbindelse. Arbeidet med handlingsprogrammer til bruk i allmennpraksis må funderes på allmennmedisinsk tankegang, og er krevende både hva gjelder bruk av tid og penger. Arbeidet må sikres forutsigbare rammer.

Fastlegeordningen – faglig innhold

Stadig aktuelt er også diskusjonen omkring fastlegeordningen. Som spesialforening er det vår oppgave å beskrive det faglige innholdet i en fastlegeordning.

Det er flere innfallsvinkler til temaet, en er vårens NSAM-seminar, «Fastlege uten grenser – skal det være no mer før vi stenger?», om grenser og rammer for vår virksomhet. Vi følger opp med et åpent seminar for referansegrupper og underutvalg og andre interesserte 14. september på Sem Gjestegård i Asker. Flere innspill på lederplass i «Tidskriftet» de siste månedene reflekterer uro i de allmennmedisinske fagmiljøer. Vi spør oss om det er tid for en ny «grønnbok», – en ny definisjon av faget med beskrivelse av idealer og realiteter. folks forventninger til allmennlegen, og allmennlegens forventninger til seg selv, er endret. Vi står foran den største helsereformen vi har sett, og mangler mange hundre leger til jobben. Faget vårt taper i konkurransen om rekruttering av unge kolleger. Fra akademiet og fra praksismiljøene etterlyses tenkedugnad og diskusjon.

Rekruttering og fagutvikling

Et viktig moment i denne forbindelse er innhold og metode i videre- og etterutdanningen. Styret ønsker å arbeide for å spre og innarbeide godt verktøy for effektiv læring i forbindelse med smågruppeaktiviteten som nå etterhvert gjøres obligatorisk. Vi har bl.a. viktige erfaringer fra SATS som bør gjøres kjent og tilgjengelig som ledd i kollegabasert læring.

Det nye styret i NSAM ser positivt på framtiden og utfordringene og går løs på oppgavene med glede.

*For styret i NSAM,
Anna Stavdal, leder*



*Fra venstre:
Anders Bærheim, Aslak Bråtteit, Reidun Kismul, Tor Carlsen, Astrid Dolva og Harald Kamps.*

Ung og nyutdannet på 80-tallet reiste man ut i sykebesøk langt oftere enn nå, på slutten av 90-tallet er det vel på grensen til trygdemisbruk å reise heim til et barn med feber og øresmerter.

Men denne herlige, solrike søndags formiddagen reiste vår vakthavende altså flere mil for å stille diagnosen otitt på et lite barn, og legevaktsbesøket kunne nå lett gått inn i historien som uinteressant og ukomplisert. Hadde det bare ikke vært for at faren tok opp et annet problem «når legen først var her...». Problemet bestod i en abscess som struttet i all sin fargeprakt på farens rygg og den ivrige vakthavende så ingen problemer med å åpne abscessen selv om han ikke hadde utstyr for dette inngrepet i kofferten. Litt barfotsmedisin går fint an i distrikts-Norge, på rekordtid var husets reneste tollekniv sterilisert i åpen flamme, abscessen drenert og to fornøyde pasienter et faktum.

Da skjer det uheldige som vender sykebesøket til det tragikomiske: Idet tolleknivens eier overtar kniven (som nå ikke lenger kan sies å være steril) fra vår helte-doktor glipper

taket, kniven suser mot gulvet med spissen ned og lander med kirugisk presisjon på stortåens ekstensorsene.

På tilbaketur fra sykebesøket, med den uheldige faren i nabosetet undrer legen mye på hvordan han skal skrive innleggeskrivet: «Tidligere frisk mann som etter at undertegende hadde lånt hans tollekniv til å åpne en abscess får stortåens ekstensorsene kuttet med den nå infiserte kniven.....»



Fallkniven

Ærbødigst her skolinspektør.

Ja no e dokker resst og væl va de før dokker va et koselig besøk å ha på besøk de e sant å sekkert å en jæstfri kar de va dokker så vilde hussere hos os i våres fatige leilighet lekså ingen ting. Og levli og muntli de va dokker tel enkvær ti æg må skrive tel dokker før æ finn ikje fallkniven han låg i vindusposten straks atme der kor dokker satt og spiste siste morran dokker må ikje tru at æ har nåkke messtanke å langst ifra. Skolinspektøren me di inntekter at han sko ha fornødent å knabbe fallkniv ifra en mann så knaft har levvemåten nei langst ifra. Æ kunn har roft ætte dokker har æ sanst mæg, førr de va bære en par menudder ætte dokker va strøkke så såg æg at kniven va vække, æg kunn har gjømt han har sanst mæg han lå tæt atme så det va et ingenting førr den så ville å smette han i lomma når man tok hanna ner utav vindusposten sållessen, dokker har han vel ikje mæn æg vesste ikje anna rå eller å skrive tel dokker æg va så nødig om kniven de va en æg kjøfte på fæmtenøresbasaren i Strandgata førr æg sko ha han æg ga enda to krone 95 mæn han kosta tre.

Tytebærbotten den 1-4re.

Grinus Lydevartsen, met navn.

Sjøitens navn, «Haabet».

U. P. S. No kjæm ho Jændrikke å førtæll ho har funne kniven ilamme sjeien. Unsjiyll.

Historien er hentet fra «Vett og Uvett» av Einar K. Aas og Petter Wessel Zapffe. Boken er utgitt på Bruns Forlag, prisen er kr. 98,- og er i salg.



?RELIS

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

RELIS 2 (Rikshospitalet) tlf: 22 86 88 06

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

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

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

Ginkgo biloba, natur- legemiddel med mulig interaksjon med anti- trombotiske midler

Av Pia Braathen,
Petter Cappelen Endresen,
Lars Småbrekke,
Line Ulvestad

Det kan være risiko for interaksjoner mellom enkelte naturlegemidler og annen farmakoterapi (1). Omsetningen av naturlegemidler i Norge øker, og det er stor sannsynlighet for at leger stadig oftere vil bli konfrontert med slike problemstillinger. Statens legemiddelkontroll har nylig satt fokus på interaksjoner mellom Johannesurt og flere viktige legemidler (2).

Spørsmål til RELIS

Det dreier seg om en kvinne født 1924 som blir behandlet med Tenormin® 25 mgx1, Capoten® 50 mgx1, Lipitor® 20 mgx1, Albyl-E® 160 mgx1 og Nitroglycerin® ved behov. Kvinnen ønsker å bruke Biobiloba® (*Ginkgo biloba*) for å bedre perifer blodsirkulasjon.

Den behandlende legen ønsker informasjon om det er dokumentert effekt på perifer blodsirkulasjon av preparater fra *Ginkgo biloba*, og om det er risiko for interaksjoner mellom de aktuelle preparatene og *Ginkgo biloba*?

Svar

Biobiloba® tabletter inneholder 100 mg av et standardisert ekstrakt fra bladene på treet *Ginkgo biloba*. Ekstraktet består av 24% flavonglykosider (quercetin, kaempferol og isohamnetin) og 6% terpenlaktoner (ginkgolider A, B, C og bilobalide), i tillegg til en rekke andre forbindelser (3). Flavonoidene har en antioksidativ effekt, mens ginkgolidene har antagonistiske egenskaper overfor plate-aktiverende faktor (PAF) (4). Ginkgolid B er i tillegg en potent hemmer av seryl- og asperetyl protease (4).

Klinisk effekt på perifere sirkulatoriske forstyrrelser

Det er hevdet at *Ginkgo biloba* gir arterielle og venøse vasoaktive forandringer som øker vevsperfusjon og cerebral blodgjennomstrømning (5). RELIS har funnet en oversikts artikkel som har gjennomgått 15 kontrollerte studier hvor *Ginkgo biloba* har vært brukt til behandling av claudicatio intermittens (6). To av studiene på perifer okklusiv sykdom ble av forfatterne vurdert til å være av tilfredsstillende kvalitet. Den ene var en randomisert dobbelt blind studie som inkluderte 79

pasienter (7). Pasientene ble behandlet med 40 mg *Ginkgo biloba* tre ganger daglig i seks måneder. Det ble observert en signifikant økning i ganglengde før smerter hos 61% av pasientene i behandlingsgruppen, mot 6% av pasientene i placebogruppen. Den andre studien var en randomisert dobbelt blind multisenter studie som evaluerte 55 pasienter (8). Av disse ble 26 pasienter behandlet med 100 mg *Ginkgo biloba* i intravenøs infusjon to ganger daglig i åtte dager, og 29 pasienter ble gitt placebo. Endepunktet i denne studien var smerter, og effekt ble målt på visuell analog skala. Pasientene i behandlingsgruppen hadde signifikant større smertereduksjon og mindre behov for smertestillende midler enn placebogruppen.

Bivirkninger og interaksjoner

Det er få rapporter om bivirkninger etter bruk av *Ginkgo biloba*, og det er ansett som et godt tolerert naturlegemiddel. De vanligste bivirkningene etter bruk av *Ginkgo biloba* er mildt gastrointestinalt besvær, hodepine, forvirring og vertigo.

Dokumentasjon om interaksjoner mellom naturlegemidler og andre legemidler er svak, og RELIS har ikke funnet intraksjonsstudier hvor *Ginkgo biloba* er undersøkt. Tre kasuistikker beskriver spontane blødninger i forbindelse med bruk av *Ginkgo biloba*. En 70 år gammel mann utviklet hyfema etter behandling med *Ginkgo biloba* 40 mg to ganger daglig i en uke. Mannen hadde brukt acetylsalicylsyre 325 mg daglig i tre år (9). En 33 år gammel kvinne tok *Ginkgo biloba* 60 mg to ganger daglig i to år. Hun benyttet i tillegg paracetamol og sporadisk ergotamin med koffein. Hun utviklet bilaterale subdurale hematomer (10). En 72 år gammel kvinne utviklet et venstresidig subduralt hematom etter å ha inntatt 50 mg *Ginkgo biloba* tre ganger daglig i 6-7 måneder (11). Det er uklart om disse hendelsene er tilfelle eller har sammenheng med inntak av *Ginkgo biloba*.

Andre legemiddelinformasjonsentra siterer rapporter fra bivirkningsdatabasen til Verdens helseorganisasjons om blødninger eller trombocyt-påvirkning etter inntak av *Ginkgo biloba*, både som monoterapi og i kombinasjon med andre legemidler. Det blir konkludert med at man ikke bør kombinere legemidler som påvirker protrombintiden (warfarin, dikumarol) eller hemmer blodplateaggregasjonen (acetylsalicylsyre, NSAID), med preparater som inneholder *Ginkgo biloba* (12).

Det foreligger en kasuistikk om et grand mal liknende anfall etter inntak av 50 *Ginkgo biloba* frø (13). Dette tilfellet rapporteres også i en oversiktsartikkel der det advares mot bruk av *Ginkgo biloba* blant epileptikere (14). Hvis anfallet som er beskrevet er relatert til inntak av *Ginkgo biloba* frø, er det

er trolig i forbindelse med nevrotoksinet 4'-O-methylpyridoksin. Toksinet finnes hovedsakelig i *Ginkgo biloba* frø og i langt mindre mengder i bladene. I *Ginkgo biloba* ekstrakt benyttes bladene, og 99% av toksinene er inaktiverte gjennom koking.

Konklusjon

RELIS har funnet få studier hvor effekten av *Ginkgo biloba* på perifer sirkulasjon er undersøkt med adekvat metodikk. Det er behov for flere studier før en kan konkludere om dosering og effekt på perifere sirkulasjonsforstyrrelser.

Det er flere enkeltrapporter om blødninger hos pasienter som behandles samtidig med warfarin eller acetylsalicylsyre og *Ginkgo biloba*. Det foreligger også data som tyder på at *Ginkgo biloba* hemmer blodplatefunksjoner. Inntil det foreligger mer data, vil RELIS derfor i samsvar med råd fra andre legemiddelinformasjonsentra fraråde bruk av *Ginkgo biloba* i kombinasjon med legemidler som gir økt blødningstendens. RELIS har ikke funnet dokumentasjon for interaksjon mellom *Ginkgo biloba* og de andre legemidlene som kvinnen bruker.

Referanser

1. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine: Herbal medicine. *BMJ* 1999;319:1050-3.
2. Johannesurt kan gi uønskede interaksjoner med mange viktige legemidler. *Nytt om legemidler* 1999;22:213.
3. Biobiloba. Pakningsvedlegg 120199.
4. Koltai M et al. Platelet activating factor (PAF): a review of its effects, antagonists and possible future clinical implications (part I). *Drugs* 1991;42:9-29.
5. Tyler VE. Herbs of choice: The therapeutic use of phytochemicals. New York: Haworth, 1994.
6. Kleijnen J & Knipchild. *Ginkgo biloba*. *Lancet* 1992;340:11366-9.
7. Bauer U. 6-month double blind randomised clinical trial of *Ginkgo biloba* extract versus placebo in two parallel groups in patients suffering from peripheral arterial insufficiency. *Arzneimittelforschung* 1984;34:716-20 (Abstract).
8. Saudreau F et al. Efficacité de l'extrait de *Ginkgo biloba* dans le traitement des artériopathies oblitérantes chroniques des membres inférieurs a stade III de la classification de Fontaine. *J Mal Vasc* 1989;14:177-82.
9. Rosenblatt M & Mindel J. Spontaneous hyphema associated with ingestion of *Ginkgo Biobiloba* extract. *NEJM* 1997;336:1108.
10. Rowin J & Lewis. Spontaneous bilateral subdural hematomas associated with chronic *Ginkgo biloba* ingestion. *Neurology* 1996;46:1775-6.
11. Gilbert GJ. *Ginkgo biloba*. *Neurology* 1997;48:1137.
12. Drugline database. Sverige 1998; sp. nr. 13250, 1996 sp. nr. 13043, 1994 sp. nr. 11184.
13. The review of natural products. St. Louis: Facts and comparisons; 1997.
14. Miller LG. Herbal Medicinals. *Arch Intern Med* 1998;158 (9):2200-11

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!

Barn

Ordet barn har sikkert eksistert like lenge som språket vårt. Det er en avledning av verbet bære eller frembære, jfr «Deres høyvelbårne». Språklig sett er altså et barn ganske enkelt noe som er båret fram.



Barsel

Dette ordet har fått et gammeldags preg i vår tid og er vel på tur ut av språket. Universitetsforlaget store medisinske ordbok bruker bare ordene «puerperiet» og «fødselen».

Opprinnelig het det barnsøl, og da får vi lett et klarsyn på ordet. Vi kan uten vanskelighet se gledesfesten på garden når et barn er født! Barnefaren var sikkert oftest den som

la størst vekt på en skikkelig ølservering for å feire hans nyfødte barn, så hadde jo han også bidratt med noe på barnets fødselsdag! (Farens rolle under fødselen føltes nok ofte som å være litt på sidelinjen, da som nå!)

Ordet gravøl er velkjent og har beholdt sin opprinnelige form selv om det vel er helt avlegs i våre dager. Nå vet vi altså at både fødsel og død ble markert med en festlig sammenkomst der heimbygga øl var riktig drikke.



Fødsel

Det ene ordet inspirerer til å finne mer ut om det neste! Det kan virke som man i gamle dager så fødselen som en del av en større prosess, det var ikke bare å føde et barn og så gikk resten av seg selv. Det å ernære barnet både før og etter fødselen var like viktig! Grunnroten i ordet «føde» er (etter mange omskrivninger) det samme som i ordet brød, spise, foder og foster! Som vi husker fra vikingehistorien ble ordet fostre brukt om å la et barn vokse opp hos seg, altså at man tok ansvaret for bl a at barnet fikk føden sin og dermed overlevde barndommen.

For oss er det ikke naturlig å tenke på at ernæring før og etter fødsel er en vel så viktig del av den prosessen et barns tilblivelse er, men i tidligere tider var man altså smertelig klar over at selve fødselen bare var en liten del av det som skulle til for å bære frem et barn til et nyttig individ for samfunnet. Derav ordet fødsel!



Kilder:

Falk og Torp: Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstrøms Antikvariat. 1994.

Sverre Kloumann: Moro med ord. Aschehoug. 1999.

Bengt I Lindskog: Universitetsforlagets Store Medisinske Ordbok. 1998.

EDB@SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Flurvåg

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

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

Ble vi lurt?

Vi var ikke mange timene inn i år 2000 før angeren for Y2k-investeringene lot seg høre.

I følge dagspressen brukte vi på verdensbasis 5.000.000.000.000 kroner på å hindre datasammenbrudd ved tusenårsskiftet. Hovedproblemet dreide seg om at datamaskiner og programvare kunne skifte fra 99 til 00 – hvor 00 skal bety 2000 og ikke 100 eller 1000.

Selvfølgelig ble vi lurt!

Vi blir alltid lurt. Vi har blitt lurt til å kjøpe nye datamaskiner og programoppdateringer nesten årlig de siste 20 årene. Denne gangen ble vi skikkelig lurt.

Men vil noen innrømme at de har lurt oss. Nei, for da blir spillet om edb og it-markedet avslørt. Handels og næringsministeren bedyret på årets første dag at alt som ble gjort og alle investeringene var nødvendige og riktige.

Hvordan går det med IT-Fornebu? Det er mye penger i it og investorene som forventer 30–40% avkastning følger dette markedet nøye.

Hvordan vil det gå med oss hvis tidene blir trange?

Hvordan vil vi klare å overleve hvis vi må være uten elektrisk strømforsyning i noen måneder. Vil vi sulte i hjel?

Jeg ble ikke lurt (tror jeg da)!

Jeg kjørte Y2K-testprogram på ALLE pc-ene jeg har blitt lurt til å kjøpe i løpet av disse årene. Ingen problemer avslørt. Enkelte BIOS-oppdateringer måtte jeg foreta men det er noe alle amatører klarer.

Etter årtusenskiftet (eller er det i 2001?) har jeg bare funnet feil i 2 program. Det ene er i cc:Mail som nå har skiftet fra 99 til 100 som årstall og det andre er CuteFTP versjon 1.8 som insisterer på at filer jeg laster hit til egen maskin er datert i 1928.

Skuffende spør du meg.

Hva vil så skje tirsdag den 29. februar 2000?

Det er nemlig en dato som egentlig ikke skulle vært der – men som må være der for at tidsregningen vår skal gå i hop. Pass på at du ikke blir grundig lurt den dagen!

Askøy januar 2000

John Leer

Y2K – År 2000-problemet:

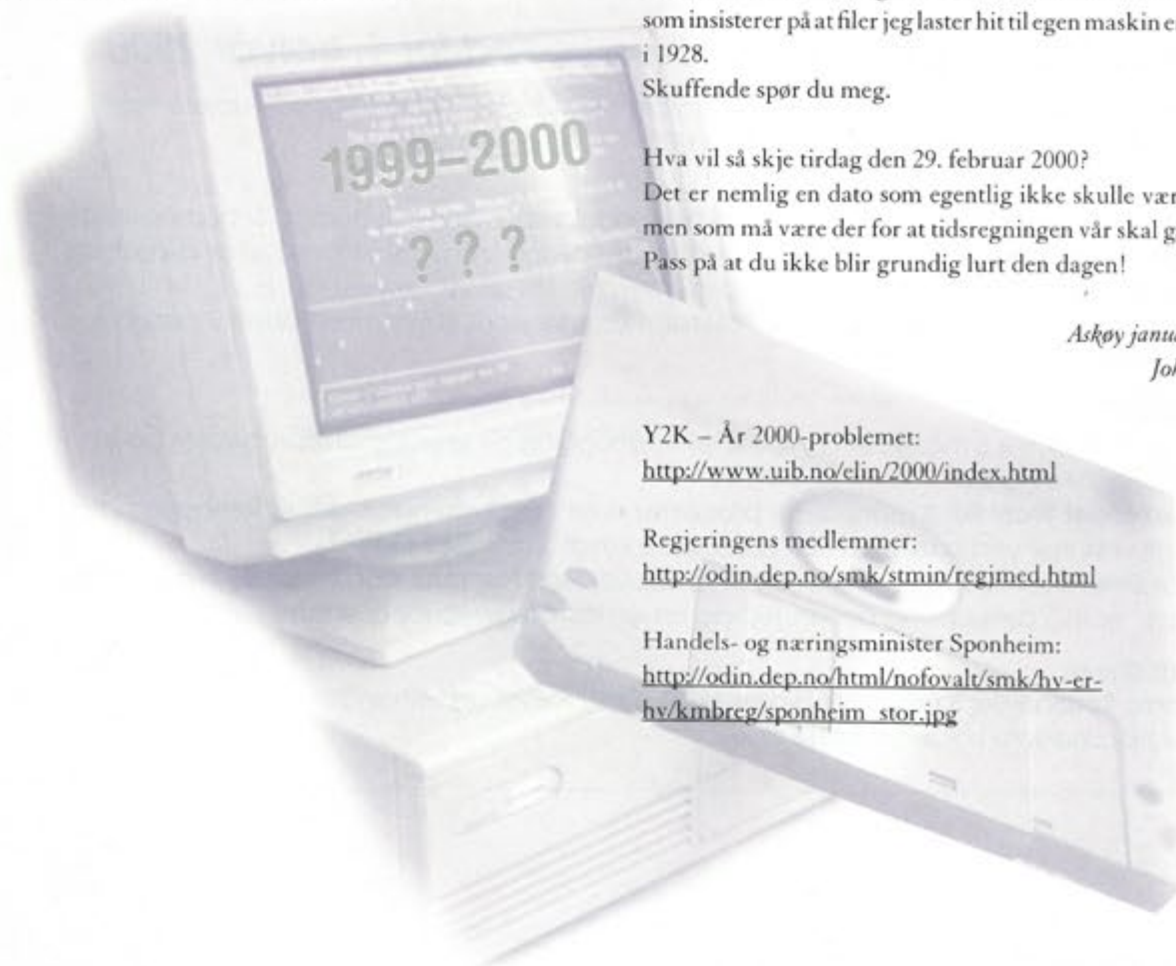
<http://www.uib.no/clin/2000/index.html>

Regjeringens medlemmer:

<http://odin.dep.no/smk/stmin/regjmed.html>

Handels- og næringsminister Sponheim:

http://odin.dep.no/html/fofoalt/smk/hv-er-hv/kmbreg/sponheim_stor.jpg



NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

LEDIGE STIPENDIER**Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2000**

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre-og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 2000 forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og / eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere, som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Tlf: 22 85 06 55, Fax 22 85 06 50. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **15. mars 2000**. Søknader som er poststempelt etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Tildeling av allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2000

På møte i allmennmedisinsk forskningsutvalg 19. oktober -99 ble følgende søkere tildelt allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2000:

Oslo

Olav Stadheim, fikk 1 måned til prosjektet «Singulæroksygen-laserterapi av barneastma.»

Jan R. Grøndahl, fikk 1 måned til prosjektet «Vurdering av hypnose som behandlingsform i allmennpraksis ved muskel-skjelettlidelser.»

Audun Dyrdal fikk 3 måneder til prosjektet «Hypertensjons-diagnosen i allmennpraksis – 24 timers blodtrykk.»

Bergen

Arne Felteit fikk 2 måneder til prosjektet «Kartlegging av søvn og søvnproblemer på et sykehjem i Bergen.»

Alexander Wahl fikk 3 måneder til prosjektet «Kan recidiverende cystitter forebygges hos fertile kvinner ved bruk av svake østrogener rundt urinrørsåpningen?»

Jan Øren fikk 2 måneder til prosjektet «Dobbelt blind test mtp. dokumentasjon av effekt vedr. nattlig avskjerming av sengeplass for «jordstråling»/«geopatisk stress».

Trondheim

Ronald Borthne fikk 3 måneder til prosjektet «Diagnostikk og behandling av psykiske lidelser hos ungdom i alderen 14–16 år.»

Lyrikk



En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller 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

Stafettpinnen kom «øve» Haukeli fra Tone Sørland med «Vestaver» – takk for det! I disse vårlige vintertider når luftveisinfeksjonene florerer, kvitterer jeg med litt hverdagspoesi av Gro Dahle, fra samlingen «Regnværsgåter» fra 1994.

Hva er fordelene ved en forkjølelse?

*Det gjør deg klar over nesens nærvær.
Et køkt eple mellom slimhinner
hermetisert i hodets kjele
Ganen smeltet i smør
og tungens slappe muskel
altfor stor for munnen*

*Å svømme sine lunkne kinn
gjennom seige timer
mot sengens endelige måltid
av bomull og dun
Det glatte putevarets Fader Vår
komme ditt rike
Dynens frelse fra det onde.*

Jeg sender stafettpinnen videre til kollega Inger Noer, som heldigvis streifet innom Kongsberg, før hun satte bo på Hadeland. Lykke til, Inger.

Hilsen Bjørg Hagen



anmeldelser

Ny samfunnsmedisin på «rød resept»

Per Fugelli:
Rød resept
 Essays om perfektjon, prestasjon og helse
 180 s
 Oslo: Tano Aschehoug 1999
 ISBN: 82-518-3862-2

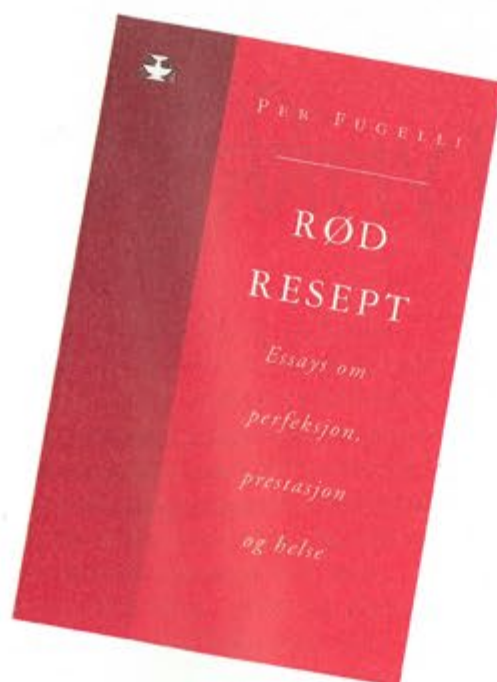
Per Fugelli har gitt ut en samling av foredrag og artikler som han har bearbeidet til en essaysamling. Hans anliggende er å fortelle leseren at helse og sykdom langt på vei formes utafor celleveggen, i samspillet mellom samfunn og enkelt-individ og ikke minst gjennom våre mellommenneskelige relasjoner. Han proklamerer perfektjons- og prestasjonskulturen som vår tids største helsefare. Med dette som utgangspunkt peker han på en rekke faktorer som han mener er med på å påføre deler av Norges befolkning mentalitets- og systemsykdommer.

Kulturens påvirkning av medisinfaget

I kapittelet med tittel «Medisin og modernitet» beskriver han i sterke ordelag hvordan vitenskapens imperium, religionens fall, ekspertsystemets kolonialisering av sykdom, teknologi, byråkrati, den frie markedsøkonomien, media osv. påvirker medisinfaget og helsekulturen. «Vi har lett for å glemme at tradisjoner, politiske krefter og kulturstrømninger påvirker pasientens helseatferd og sykdomsopplevelse samt helseprofesjonens utøvelse», sier han og etterlyser en offentlig debatt om slike spørsmål.

Verdier på prøve

Verdier er kommet på moten, hvorfor det? Kanskje menneskene er gått trett av forstand og den rene kunnskap, svarer Fugelli blant annet på sitt eget spørsmål. Han spør videre om hvordan det står til med de klassiske og kraftfulle politiske verdiene frihet, likhet og brorskap som har dannet grunnlaget for vårt sosialdemokrati. Han stiller disse verdiene på prøve i bokas andre del og peker spesielt på det ego-sentrerte samfunn hvor alle er sin egen lykkes smed og hvor «den rådende politikken øker velferden til den tilfredse



majoritet på bekostning av de tausede minoriteten». Denne økende todelingen av samfunnet tenker han kan føre til at helsearbeidere i tida framover vil måtte arbeide med den voksende underklassens mangelsykdommer; pengemangelsykdommer, arbeidsmangelsykdommer og respektmangelsykdommer, og den tilfredse overklassens overflodssykdommer; prestasjonssykdommer, reklamesykdommer, konsumsykdommer og medisinsk konstruerte sykdommer.

Velkommen Solidaritet!

Finnes det noe som kan motvirke en slik utvikling? Ja, mener Per Fugelli. Solidaritet, respekt, menneskeverd, humanisme, frihet og ansvar er stikkord. «Solidaritet er sosialmedisinens beste legemiddel», skriver han. Ikke den kollektive egoismen som man ser under lønnsforhandlinger, eller nasjonalt og religiøst samhold mot «de andre», ei heller «å gi hjelp til den svake». Ekte solidaritet, skriver han, innebærer å akseptere andres rett til gode levevilkår, frihet, verdighet og trygghet og ville ofre av eget for å sikre rettferdighet. På rød resept foreskriver han en samfunnsmedisin som samhandler med folk i stedet for med byråkratier, som liker seg i mediene bedre enn i de lukkede rom, som sterkt og selvstendig legger de medisinske kort på bordet til politikere og folk slik at helseshensynene kommer med i spillet om livsstil, samfunnsmoral og politisk utvikling.

Les boka!

Boka er lettlest med oversiktlige kapitteinndelinger og mange og viktige referanser fra flere fagområder, men også til skjønnlitterære tekster. Det er grunn til å nevne Finn Carlings advarsel mot en utvikling hvor flere og flere ansvarsforhold erstattes med årsaksforhold og flyttes fra person til profesjon. Jeg tror det er viktig at vi som allmenn- og sam-

BOK anmeldelser

«Kurt – quo vadis?»

Av Erlend Loe

Illustrert av Kim Hiorthøy

Cappelen 1998. 91 sider.

Antagelig er dette en bok skrevet for barn, i alle fall sto den sammen med Pippi og Ole Brumm og Albert Åberg i bokhandelen. Og i likhet med nettopp Pippi, Ole Brumm og Albert Åberg er Erlend Loes Kurt en romanheld som fortjener en plass også i de voksnes litterære univers.

«Kurt – quo vadis?» er den tredje boken i serien om Kurt. Han er truckfører, gift med en arkitekt – Anne Lise – som han er svært glad i, sammen har de tre barn. I denne boken strever Kurt med å finne seg til rette på sin plass i det sosiale hierarkiet. Han gruer seg til festene med arkitektkonas venner (deriblant mange flinke og selvbevisste leger) og føler at han skulle utrettet «noe stort». Sammen med sin yngste sønn, Bud, som er et uvanlig fremmelig barnehagebarn, prøver han seg blant annet som falsk lege. Karrieren starter lovende, men blir kortvarig. Først går det riktig bra. Kurt og Bud er om bord på et stort passasjerskip der en dame blir akutt syk – ryggsmertor – og spørsmålet «er det noen lege om bord?» lyder over høyttaleren. De to falske legene tropper opp i kapteinens lugar og tilbyr sine tjenester.

«Damen ligger på en benk ute på dekk og har veldig vondt i ryggen. Kurt og Bud undersøker henne og stiller slike spørsmål som *doktorer skal stille når noen er syke*.

– *Hvor gjør det vondt? sier Kurt.*

– *Hvor gammel er du? spør Bud.*

– *Har du spist reker som ikke var ferske? spør Kurt.*



– *Hva slags støvsuger har du? spør Bud.*

Fortsettelsen skal ikke røpes, men de to får i alle fall jobb på noe som er et særdeles lett kamouflert Ullevål sykehus. Der er det mange leger og mye tull og kostelige observasjoner, blant annet en uærbødig utlegning av Leger uten grenser: «*Vi er nemlig en gruppe doktorer her på sykehuset som liker å reise litt rundt i verden og hjelpe folk, og så hender det at vi tar oss en fest etterpå*» sier overlegen.

Kurt er en vanlig mann med et helt vanlig behov for å gjøre seg betydningsfull og synlig og likt. Hans strev er det lett å identifisere seg med. Slutten er forutsigbar og korrekt, i og for seg litt kjedelig. Men undervegs er det mye hyggelig, tankevekkende og morsomt å ta med seg for hele familien. Dessuten inneholder altså historien en ekstra godbit for oss leger, derfor denne anmeldelse og ganske uforbeholdne anbefaling i Utposten.

Elisabeth Swensen

funnsmedisinere stadig blir minnet om de bivirkningene som vår fremadstormende fag- og samfunnsutvikling drar med seg.

Selv om mange av oss har hørt og lest en del av dette tidligere i form av foredrag og artikler, ser jeg ingen grunn til at vi ikke skal repetere dette stoffet. Vi trenger en bred og kontinuerlig debatt om kulturens og tidsåndens innvirkning på folk og helse. Denne boka er et bidrag til en slik

debatt. Når det allikevel er relativt stille rundt den – ja da undres jeg om det kanskje skyldes at pisker rammer oss alle og skaper en viss motstand mot budskapet. Kanskje Per Fugelli ville nådd bedre fram med sitt budskap om han la av seg noe av den refsende formen?

Tone Skjerven

Seretide™ Diskus™

Seretide
Diskus er den første
og eneste kombinasjon av
et inhalasjonssteroid og en
langtidsvirkende β_2 -agonist i én
inhalator. Med Seretide Diskus
kan pasientene få effektiv kon-
troll¹ av både astmasymptomer
og inflammasjon med
én inhalator.

C Seretide Diskus "Glaxo Wellcome"
Adrenergikum + kortikosteroid
ATC-nr.: R03A K06

T INHALASJONSPULVER 50/100 µg/dose, 50/250 µg/dose og 50/500 µg/dose i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinafoat, ækv. salmeterol 50 µg og flutikasonpropionat, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Egenskaper: *Klassifisering:* Seretide inneholder salmeterol og flutikasonpropionat som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaxerer bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. *Virkningsmekanisme:* Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende β_2 -agonist. Den bronkodilatoriske effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Flutikasonpropionat: Flutikasonpropionat har en potent antiinflammatorisk effekt i lungene. I lungevev har flutikasonpropionatreseptorkomplekset en halveringstid på ca. 10 timer. Samtidig inhalasjon av salmeterol og flutikasonpropionat synes ikke å påvirke farmakokinetikk for substansene. Den enkelte substans farmakokinetikk kan derfor vurderes hver for seg. Salmeterol: Farmakokinetikken for salmeterol er ufullstendig utredet p.g.a. tekniske vanskeligheter med å måle de svært lave plasmakonsentrasjoner som sees etter inhalasjon. *Absorpsjon:* Maksimal plasmakonsentrasjon etter inhalasjon (50 mikrog): ca 200 pg/ml. *Metabolisme:* Utstrakt hydroksylering i leveren. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet (in vitro-data). *Utskillelse:* Hovedsakelig via

lever. Ved regelmessig dosering av salmeterol-xinafoat, kan hydroksynaftolinsyre påvises i sirkulasjonen, og når steady state konsentrasjoner ved ca 100 ng/ml. Disse konsentrasjonene er ned til 1/1000 av de steady state nivåer som er observert i toksisitetsstudier. Ingen skadelige effekter er sett etter regelmessig langtidsbruk (mer enn 12 mnd.) hos pasienter med luftveisobstruksjoner. Flutikasonpropionat: *Absorpsjon:* Systemisk biotilgjengelighet etter inhalasjon er ca 12-26 %, avhengig av legemiddelform. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %), p.g.a. ufullstendig absorpsjon og høy grad av first-pass metabolisme. *Distribusjon:* Plasmaproteinbinding ca. 90 %, distribusjonsvolum (Vss) ca 300 l. *Biotransformasjon:* Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. *Eliminasjon:* Hovedsakelig via fæces. Terminal halveringstid ca 8 timer, clearance 1.1 l/min.

Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende β_2 -agonist og kortikosteroid er indisert.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Bivirkninger: Samtidig administrering av salmeterol og flutikasonpropionat har ikke gitt øket frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. *Rapporterte bivirkninger:* Salmeterol: Hyppige (>1/100): Palpasjoner, hodepine, tremor, muskelspasmer. *Sjeldne (<1/1000):* Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, artralgi. Arytmier (inkludert atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter. Flutikasonpropionat:

Hyppige (>1/100): Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet. *Sjeldne (<1/1000):* Overfølsomhetsreaksjoner. Både heshet og candida infeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylling av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptongivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med Seretide fortsetter. Som ved annen inhalasjonsterapi kan paradoksalt bronkospasme inntreffe umiddelbart etter dosering. Dette skal behandles med korttidsvirkende bronkodilator med raskt innsettende effekt til inhalasjon. Seretide Diskus-behandling skal da avbrytes umiddelbart. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig.

Forsiktighetsregler: Preparatene er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasientene trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f. eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av β_2 -agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene 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 hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller thyreotoksikose. Hos et fåtall pasienter er det observert en viss reduksjon i plasmakortisol ved

så enkelt!



Seretide

salmeterol/flutikason

høye doser (f. eks. > 1 mg/dag). Binyrebarkfunksjon og reservekapasitet holdes vanligvis innenfor normalområdet ved terapeutiske doser. Overgang fra systemisk steroidbehandling: Overfør til inhalasjonsbehandling når respirasjonsfunksjonen er rimelig stabil. Inhalasjonsbehandling gis i tillegg til systemisk behandling som deretter gradvis seponeres. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Kontroller pasienter med binyrebarksuppresjon regelmessig og reduser den orale steroiddosen forsiktig. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, for eksempel forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsbehandling kan avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås hos pasienter med astma, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse.

Graviditet og amming: Graviditet: Sikkerheten ved bruk er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbeining), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier 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 substrat eller CYP 3A4-hemmere kan ikke utelukkes.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager.

Behandlingen må kontrolleres regelmessig av lege, slik at pasienten til enhver tid får den riktige styrke Seretide. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og 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 β -agonist og/eller kortikosteroid. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 250 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 500 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn 4-12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn under 4 år. Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av eldre eller pasienter med nedsatt nyre- 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 takykardi. Antidot er kardioselektiv β -blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av β -agonist-komponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemiens forsterkes og kaliumbehandling bør overveies. Administrasjonsmåte gjør at det ikke foreligger noen reell risiko for overdosering av flutikason.

Andre opplysninger: Inhaleres ved hjelp av Diskus. Diskus anvendes ved at en hendel skyves til side for inhalasjon. En dose kan da inhaleres. Et tellerwerk viser hvor mange doser 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

Referanse:

1. KR Chapman, N Ringdal et al. Can Respir J, Vol 6, No. 1, Jan/Feb 1999; 45-51.

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00
Telefaks: 22 58 20 03
www.glaxowellcome.no

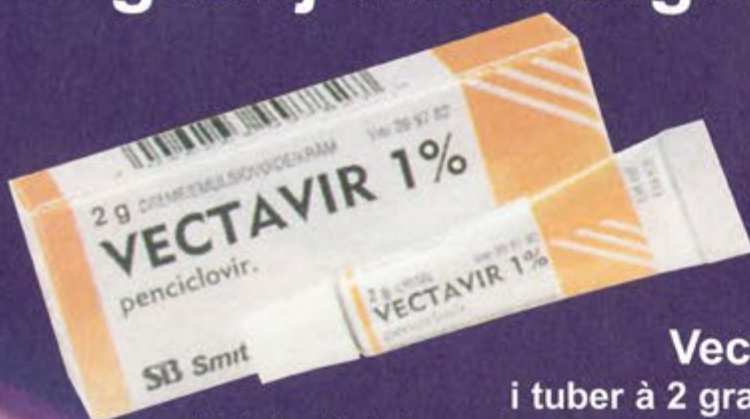
GW 01/2000

Nyhet

Vectavir[®]

(penciklovir)

**Første effektive lokalbehandling
mot Herpes labialis (forkjølelsessår)
godkjent i Norge**



Vectavir krem
i tuber à 2 gram og 5 gram
Ved forkjølelsessår: Start raskt med Vectavir

VECTAVIR

Smør kremen på annen hver time i løpet av dagen i 4 dager.
Behandlingen bør startes så raskt som mulig etter det første tegn på infeksjon.

Start dagen med å smøre på om morgenen, og smør på siste gang når du legger deg om kvelden.
Behandling i løpet av natten er ikke nødvendig.

Preparatet har vist seg å ha effekt selv hos pasienter som begynner
behandlingen etter at det er dannet blærer.

- ha alltid Vectavir liggende
- start ved første tegn

VECTAVIR

Antiviralt middel ATC-nr.: D06B B06

KREM 1%: 1 g inneh.: Penciklovir 10 mg, hvit vaselin, flytende parafin, cetostearylalkohol, propylenglykol, cetomakrogol 1000 og renset vann.

Egenskaper: Klassifisering/Virkningsmekanisme:

Aktiveres i virusinfiserte celler ved rask fosforylering til trifosfat ved tilstedeværelse av virusindisert tymidinkinase. Trifosfatet kan påvises i infiserte celler 12 timer etter administrering og hemmer replikasjon av virus-DNA. I ikke-infiserte celler som utsettes for penciklovir er konsentrasjonen av trifosfat ubetydelig. Ved terapeutiske konsentrasjoner av penciklovir vil slike celler derfor etter all sannsynlighet ikke påvirkes. Aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) 1 og 2, varicella zoster virus og Epstein-Barr virus. Noe aktivitet mot cytomegalovirus er påvist. HSV-arter med tymidinkinase-mangel vil trolig være kryssresistente mot både penciklovir og acyklovir. Det er vist at penciklovir er aktivt mot en acyklovir-resistent art med en endret DNA-polymerase.

Indikasjoner: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet mot penciklovir eller andre innholdsstoffer.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Hud: Forbigående svie, stikkende følelse eller følelsesløshet på påføringsstedet.

Forsiktighetsregler: Kremen skal kun brukes på sår på lepper og i ansikt. Skal ikke påføres slimhinner. Unngå spesielt påføring i eller i nærheten av øynene. Kremen bør ikke gis til sterkt immunsupprimerte individer som AIDS-pasienter og transplanterte pasienter ettersom økt risiko for resistensutvikling ikke kan utelukkes hos disse pasientene. Erfaring ved behandling av personer yngre enn 18 år savnes.

Graviditet/Amming: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Det er liten sannsynlighet for bivirkninger når kremen benyttes av gravide og/eller ammende kvinner idet systemisk absorpsjon av penciklovir etter lokal applikasjon har vist seg å være minimal. Pga. manglende erfaring anbefales likevel ikke preparatet gitt til gravide eller ammende, med mindre fordeler for moren oppveier potensiell risiko for fosteret.

Dosering: Voksne inkludert ungdom 16 år eller eldre: Påføres med 2 timers intervall i løpet av den våkne tid av døgnet. Behandlingen skal fortsette i 4 dager. Behandlingen skal påbegynnes så snart som mulig etter at symptomene oppstår. Det har vist seg at selv hos pasienter som har begynt behandlingen senere i sykdomsforløpet (dvs etter at papula eller vesicula er utviklet) vil penciklovir aksellerere tilheling, redusere smerter forbundet med sår og forkorter varigheten av virusutskillelse.

Oppbevaring og holdbarhet:

Oppbevares ved værelsestemperatur <30°C. Må ikke fryses.

Pakninger og priser: 2 g kr 88,50, 5 g kr 167,50.

PROTOKOLLVURDERING ALL-MENN MEDISINSK FORSKNINGS-UTVALG

Vurdering av forsøks-protokoll med anvendelse av et antikolinergikum hos pasienter med urge og urgeinkontinens

Studien er en internasjonal multisenterundersøkelse utgått fra firmaet Pharmacia & Upjohn. Problemstillingen er av betydning for allmennpraksis, etter som behandling av urininkontinens med fordel kan foregå i allmennpraksis. Samtlige pasienter får medikamentet. Det er ikke effekten av medikamentet som vurderes, men effekten av en kortfattet skriftlig pasientinstruksjon om blæretrening. Dette fremgår ikke av studiens tittel. De viktigste punktene som ligger til grunn for at AFU ikke anbefaler studien gjennomført i allmennpraksis er:

Økonomisk avtale inngås med hver enkelt utprøver, men AFU forutsetter at det er offentlighet om hvilke honorarer deltagende kolleger får.

AFU kan ikke akseptere et generelt journalinnsyn som et ledd i utprøvers kvalitetskontroll. En slik kvalitetskontroll er nødvendig, men skal etter AFUs oppfatning foregå via den behandlende lege og bare gjelde det som er nødvendig av hensyn til studien. Pasientinformasjonen bør omformuleres på dette punkt.

Slik studien er designet skal effekten av en enkel skriftlig pasientinstruksjon for blæretrening hos pasienter som behandles medikamentelt evalueres over en 24 ukers periode. Fire hundre og åtti pasienter skal inkluderes i denne studien for å sikre tilstrekkelig styrke til å unngå type 2 feil med en forskjell som neppe er klinisk relevant. De deltagende allmennpraktikeres opplæring i blæretrening er enten utelatt eller svært mangelfull, og studien kan ikke gi svar på hvor vidt blæretreningsbehandling i allmennpraksis er effektiv.

BOK *anmeldelser*

Norsk Elektronisk Legehåndbok – et kjempesprang framover

Norsk Elektronisk Legehåndbok 2/99 CD-ROM

Redaktør: Terje Johannessen

Norsk Helseinformatikk AS, Trondheim

Grunnpris: 6.150 for en bruker. Tilleggsbruker: 1.845.

Det er planlagt 2 oppdateringer per år.

Årsabonnement 1.845 per bruker. Prisene er inkl mva.

Vi anmeldte Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) i Utposten nr. 5/99. 2. utgave er nå kommet, og det er en glede å kunne rapportere at NEL nå har gjort et kjempesprang framover.

Det viktigste nye er:

- 500 nye tema
- Eget nytt kapittel om legemidler
- Forbedret omtale av medikamentell behandling av de enkelte tilstander, med eksakte doseringer og både generiske navn og handelsnavn
- Søkessystemet fungerer bedre, muligens fordi temaene er blitt flere
- Teksten på pasientinformasjonen er blitt vesentlig mer pasientvennlig, og legen kan endre den om ønskelig
- Et betydelig antall nye foto og illustrasjoner, blant annet 90 bilder av hudsykdommer som kan forstørres på skjermen. Disse er gjennomgående av bra kvalitet og mange har beskrivende tekst.
- Referansesystemet for de forskjellige omtalene er forbedret, og det er kommet egne referanser til EBM-dokumentasjon.
- Egne undervisningsprogram for pasienter i form av lysbildeserier, for eksempel diabetesveiledning, kostholdsveiledning, prevensjonsveiledning etc.

Grunnstrukturen i NEL er fortsatt den samme, og verket er meget oversiktlig og lett å finne fram i.

Kvantitative endringer kan føre til kvalitative sprang. NEL har gjennomgått et slikt sprang. Fra å være en lovende

begynnelse og litt artig sak som man av og til kunne ha nytte av, er den nå blitt et daglig arbeidsverktøy. Jeg har særlig nytte av NEL på tre områder:

- Oppdatere meg på ting jeg ikke har present. Eksempler siste par dager: Henoch-Schönleins purpura og regler for opplæringspenger til foreldre med barn med kronisk sykdom.
- Sjekke at jeg har husket viktige differensialdiagnostiske og terapeutiske muligheter ved litt uklare tilstander.
- Printe ut informasjon til pasienter.

Det er naturligvis fortsatt rom for forbedringer. Selv om informasjonsmengden i NEL er enorm, er det en rekke tilstander som fortsatt ikke har egne omtaler. Særlig der disse er oppgitt som differensialdiagnoser, blir savnet følbart. Bildematerialet kan utvides og også forbedres i kvalitet. Søkemotoren kan fortsatt forbedres, men dette vil muligens gå ut over hastigheten?

Jeg håper fortsatt på en framtidig integrering av Felleskatalogen i NEL. Jeg savner også sårt en modul for rask og lett å finne medikamentinteraksjoner, et felt der i alle fall undertegnede kan forbedre seg ganske betydelig. Framtidsdrømmen er et journalsystem der en advarsel om interaksjoner kommer opp hver gang jeg skriver ut et medikament.

Prisen på inngangsbilletten kan virke høy, men oppdateringsprisen gjør at jeg i dag ikke har vansker med å si at NEL er pengene verd.

NEL er et formidabelt kvalitetssikringsverktøy. I disse dager med både rekrutteringssvikt i primærhelsetjenesten og gjennomtrekk av korttidsvikarer, fyller NEL et stort behov. Jeg vil foreslå at de sentrale helsemyndighetene vurderer å bruke både rekrutteringsmidler og kvalitetssikringsmidler til å sørge for at NEL finnes på alle dataskjermer som primærleger skal bruke i dette landet.

Gunnar Strøno
Kommunelege 2

Alle trenger kalsium og D-vitamin...

NYCOMED

**HUSK...
RESEPT-
PLIKTIG!**

*-noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte

 Kalsium 500mg, Vitamin D₃ 400IE

Bygger og forebygger Basistilskudd til alle med osteoporose

C Calcigran Forte -Nycomed Pharma-

ATCnr.: A12A A04

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

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

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

Proteinbinding: 40% er bundet til plasmaproteiner, 10% til anioner. Vitamin D er bundet til et spesifikt protein i blod. **Fordeling/Distribusjon:** Distribueres til alle vev. Kalsium lagres i skjelettet, hovedsakelig som hydroksoapatitt. D-vitamin lagres i fettvev. Kalsiumkonsentrasjonen i blod er 2,5 mM.

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

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

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

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt nyresten. Det anbefales økt væskeinntak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indisert. Normaldosering skal ikke brukes ved graviditet (se Graviditet og amming).

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

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

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

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

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

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



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

CARDURAN CR

"Pfizer"

ATC-nr.: C02C A04

Selektiv α_1 -blokker

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Doxazosin, mesilas, æqv. doxazosin. 4 mg et 8 mg. Hjelpstoffer. Fargestoffer: Jernoksid (E172), titandioksid (E171).

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

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtryksreduksjon i 24 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis alene eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -adrenoceptor blokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtryksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effekttudier indikerer at pasienter som har vært kontrollert på 1 mg, 2 mg eller 4 mg konvensjonelle Carduran tabletter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottablett. **Absorpsjon:** Depottablett gir en jevnere plasmaprofil enn konvensjonell tablett. Maksimal serumkonsentrasjon nås etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablett i samme dose. Etter 24 timer er troughnivå tilnærmet de samme for begge formuleringene. **Proteinbinding:** Ca. 98%. **Halveringstid:** Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. **Metabolisme:** Mindre enn 5% skilles ut i uforandret form.

INDIKASJONER: Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

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

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjelden med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, ødem, asteni, somnolens, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast) og rhinitt. Ved bruk etter markedsføring av konvensjonelle tabletter har i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmåte. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med α_1 -blokkere, inkludert doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som hudutslett, pruritus, purpura, gulsot og forhøyede levertransaminaser) og epistaxis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skjønnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Takykardi, palpitasjon, brystmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. I hypertensjonsstudiene var bivirkningsprofilen for depottablett tilsvarende den for konvensjonell tablett. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottablett tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablett.

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

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

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

DOSERING: Depottablettene må svelges hele og skal ikke tygges, deles eller knuses. Tas med vann, og kan tas med eller uten mat.

Vanligste dose er 4 mg en gang daglig. Ved behov kan dosen økes til 8 mg en gang daglig. Maksimal anbefalt dose er 8 mg en gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se forsiktighetsregler.

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

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER:	4 mg:	Enpac:	28 stk.:	kr	228.20
			98 stk.:	kr	714.00
	8 mg:	Endos:	50 stk.:	kr	382.70
		Enpac:	98 stk.:	kr	1089.50
		Endos:	50 stk.:	kr	577.50

Basert på preparat omtale (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

T:12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi

CARDURAN CR™
DOXAZOSIN

Strandveien 55, N-1366 Lysaker
Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99

www.pfizer.no