



Innhold:

Leder:

Om å skrive sitt fag

AV TORGEIR GILJE LID s 1

Notater fra en trett lege

AV ØYSTEIN HALLRE s 2

«A Fortunate Man»

INTERVJU MED TOR REITEN AV ELISABETH SWENSEN s 6

Etablering av praksis

AV JAN-IVAR KVAMME s 10

Det er av sine nærmeste man skal ha det

AV KJELD MALDE s 14

Sunne byer?

AV INGER MARIE LID s 16

Diabetes-laboratoriekonsulenter

Noklus og Foklus s 19

De ekstra spesielle guttene

AV KIRSTEN MOSTAD PEDERSEN s 22

Utpostens skrivekurs

s 24

Fare

AV SOLVEIG AARESKJOLD s 25

Hvorfor er det ingen som spør meg
om Viagra?

AV ØYSTEIN BAKKEVIG s 28

Samfunnsmedisin

AV SVEIN LIE s 30

Faste spalter

s 33

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

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

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal
tlf: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

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

Frode Forland

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

Erik J. Pedersen

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

Tone Skjerven

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

Forsidefoto:

Kjell Alsvik

Design & trykk:

PDC Tangen a.s

Om å skrive sitt fagnok en gang

M

ange vil kjenne igjen denne overskriften, men den kan godt gjentas, da den er essensen av alt det Utposten står for, og derfor den egentlige begrunnelsen for hele bladets eksistens. I snart tre tiår har kolleger berettet fra sin praktiske, kliniske hverdag, øst av sin kunnskap og fortalt om sin tvil og undring. Sentrale trekk i faget har vært diskutert, og storsamfunnets påvirkning på fagutøvelsen har vært problematisert. Folkehelse og samfunnsforhold har hatt en naturlig plass i dette.

Men alt har vært til indremedisinsk bruk. Mye sjeldnere når noe av dette fram til den opplyste allmennhet. Alt for få av oss bruker sin faglige innsikt og sitt engasjement i den offentlige debatten. Det finnes riktignok noen hederlige unntak, spesielt på samfunnsmedisinens område. EU-saken og Romerike-tunnellen er gode eksempler, men når det gjelder det vanskelige temaet helse og ulikhet er det langt mellom faglige innspill fra samfunnsmedisinere. Det samme gjelder byplanlegging, som jo egentlig er forebyggende medisin. Det er lenge siden Virchows dager.

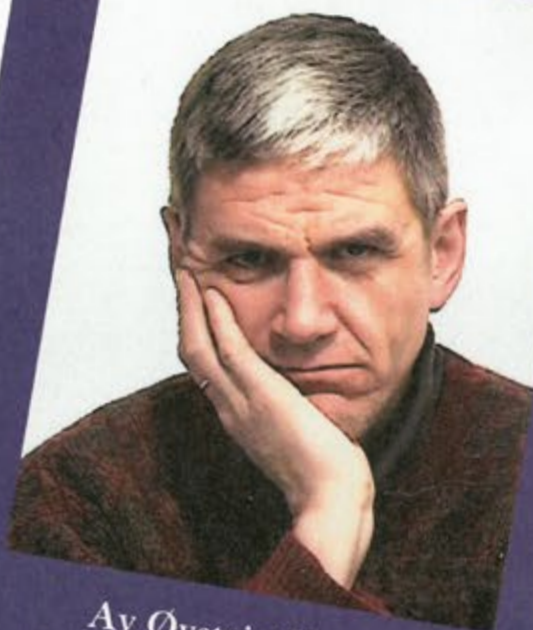
På allmennmedisinens område er det nesten bare legene i ukebladene og internettets legespalter som er synlige. Narrativ medisin har vært et sentralt begrep de siste årene, men fortellingen om medisinen som fag generelt og allmennmedisinen spesielt har ikke funnet fram til offentligheten. Der er det til gjengjeld mange andre fortellinger; fortellingen om alternativ medisin, fortellingen om alt det legene ikke kan, fortellingen om den potente high tech medisinen, fortellingen om de ødelagte livene.

Riktignok får vi iblant fortellingen om den dårlige lønnen og de vanskelige arbeidsforhold, og fortellingen om den store, stygge fastlegeordningen, men det er ikke disse jeg tenker på nå. Kirken har iblant blitt kritisert for å være utydelig, ikke ta folks lidelse på alvor. Norske leger tar folks lidelse på alvor, vi håndterer enkeltmenneskets lidelse hver dag, men i offentligheten er vi minst like utydelige som kirken. Andre enn oss setter dagsorden, andre enn oss forteller hva vi kan og hva vi ikke kan, og ikke minst: andre enn oss forteller hva vi er mest opptatt av!

De som følger med i Utposten vet at det er mange reflekterte og skriveføre kolleger. Enda flere har noe på hjertet, som de ønsker å formidle til kolleger eller allmennhet. Dette ønsker Utposten å stimulere, og redaksjonen er derfor svært stolt over å kunne annonsere Utpostens skrivekurs på Primærmedisinsk uke til høsten.

Torgeir Gilje Lid

Notater fra en



Av Øystein Hallre,
spesialist i allmennmedisin

Jeg sitter på venteværelset. Jeg har bestilt time. Jeg ringte en kollega som er litt større og sterkere enn meg, en jeg føler nok tillit til. Jeg sa at jeg klarer ikke jobbe som doktor. Det har låst seg helt for meg. Jeg orker ikke diagnostisere. Jeg ser «verktøyet» ligger der. Men vil ikke ta det ibruk. Alt som er utenom de helt enkle tilstandene, har jeg ingen lyst til å avdekke eller dukke ned i. For jeg vet så godt hva jeg finner: smerte, lidelse, kreft, håpløshet, sorg, overgrep og vanskjøtsel. Jeg orker ikke mer lidelse. Kan jeg få jobbe med noe som er mer artig? Jeg klarer ikke håndtere mere fersk fortvilelse. Jeg orker ikke møte flere oppgitte fjes. («Hvis du ser mer på meg nå med de lidende øynene dine, så går jeg istykker innvendig». Eller «hvis du tøyer meg lenger i denne konsultasjonen, så lapper jeg te deg!!») Jeg blir unaturlig sliten og mismodig når jeg

treTT lege

blir trøtt. Jeg synes synd på meg selv. Jeg er lei av å være velvillig. Orker ikke være positiv. Jeg har spesielt ingen kapasitet til å strekke meg. Føler meg amper og skyggebokser med både den ene og andre i tankene. Jeg har ingen lyst til å arrangere noe eller gjøre noe for noen. Jeg orker ikke mer ansvar. Jeg har en intens lyst til å flykte bort og vekk fra alt. Sitte aleine på en vakker strand på en Sydhavsøy og se utover havet. Gjøre ingenting. Bare være!

Jeg er urolig i brystet, har en hard klump i magen. Føler meg susete i hodet. Er tung i armer og bein. Jeg sover mer, både på jobb (på benken) og hjemme. Lørdag morgen for 2 uker siden, før de andre i huset var stått opp, var jeg så lei av uroen i brystet og gikk derfor ned igangen hvor jeg stakk hånda ned i legekofferten etter en beroligende tablett Sobril el.lign. Jeg fant ingen. Og mens jeg sto slik bøyd slo det ned meg: «Øystein, dette er for teit!!» Seinere sa jeg til kona mi at jeg visste ikke hvordan jeg skulle klare å jobbe mer uten å ha en skikkelig pause. Jeg fikk heller ta opp et lån slik at vi kunne greie å komme gjennom det. Hun så vantro på meg: «Lån?!». Tenk på alle de menneskene som kommer til deg og som er trette, slitne, lei seg, utafor og utslitt og som du sykemelder. Lån? Nå går du og sykemelder deg!!!»

Jeg grunnet på det i over en uke. Dagen før det vanlige personalmøte med jentene ble det klart for meg at hvis noe i det hele tatt skulle skje i denne prosessen, så måtte jo jeg ta det første skritt. Jeg ringte min kollega og bestilte snarlig time.

Det er på slutten av dagen. Jeg er nok satt opp etter siste pasient. Jeg var hos ham i mars. Jeg fortalte han at jeg syntes vintrene hadde blitt gradvis tyngre å komme igjennom de siste

5–6 årene. Jeg følte meg ofte tutlete etter arbeid og ville helst sitte i en krok og slikke mine sår. Bare ha litt tid for meg selv. Selv om jeg var svært bevisst på å kaste alle pasientene ut av hodet mitt på vei hjem, kom det stemninger og følelser fra konsultasjoner med enkelte håpløse skjebner og trengte seg gradvis fram i kroppen min utover kvelden. Jeg var i dårlig form også. Ble liksom ikke tid til å mosjonere. For fritiden gikk med til familien og min store interesse: musikk. Siste 8 år hadde jeg ledet det lokale storbandet bestående av kvikke, flinke og glade amatører i 40 årsalderen som selv gjorde dette på toppen av toppen av alt annet. Sterke, prustende opplevelser innimellom med mye trøkk. Men også mye forberedelser og administrasjon. Men det var gøy! Og mye morsommere enn å være doktor!. Så det var vel denne mørketida, og det ville vel gi seg når sola kom. Fikk heller kjøpe en kraftig lampe til neste høst.

Men det ga seg ikke etter påske! Det ble bare verre.

Men hvis jeg blir sykemeldt – hvordan skal jeg klare meg økonomisk? Enebolig, to biler, kone – i jobb riktignok, to tenåringsgutter, tre deltidsansatte, hva vil ...

Der kommer min kollega ut. Vil han sykemelde meg?



Notater fra en trett lege (II)

«En dag i juli 1999:

Jeg ligger alene på en balkong i 10. etasje med utsikt til Middelhavet ved Costa del Sol. Familien er nede på stranden. Jeg orker ikke så mange mennesker. Solen varmer kroppen min helt inn til beinmargen, og jeg har Adagio fra Concerto d'Aranjuez i ørene fra minidisc'en.

Jo, ... han sykemeldte meg!!! Han forstod situasjonen straks og sa « i første omgang 1/2 år, Kontakt Ressurssenter for Leger på Modum Bad. Men først må du hvile ut!»

Jeg har bare følt én lettelse tidligere som kom opp mot denne og det var dengang jeg gikk ut av lokalet etter siste eksamen i Preklinikken i Bergen!

I tillegg trenger jeg ikke bekymre meg økonomisk. Syke- og Pensjonsordningen for Leger sørger for å gi meg samme økonomi som året før idet de tar utgangspunkt i foregående års selvangivelse og fyller opp så du får samme skattbare inntekt som før og dekker alle utgiftene dine. Helt utrolig.

Nå føltes det som om jeg hadde klart å hoppe av et tog -som var på vill fart mot avgrunnen,- hadde trillet ned skråningen og nå lå jeg og kjente etter om jeg var hel over alt. Og mens støvskyen begynte å legge seg, så jeg et steppelandskap rundt meg så langt øyet kunne se – hvor det ikke var noe! Langsomt kom noen tanker slepende seg hen over sletten: «Hvorfor ble det slik? Hva har 20 år som doktor gjort med deg som menneske?»

Jeg hadde en god oppvekst på Nordstrand i Oslo og musikk og speider'n stod sentralt. Ble meget kristen fra 16 års alder og søkte Sannheten mellom de sorte permene i Skriften. Som følge av dette var jeg med i en sanggruppe som var knyttet til Oslo Bymisjon. Vi ble tatt med rundt på Husbåten i Akerselva, Kroghstøtten Herberge for uteliggere, Klinikk for alkoholikere og Kameratklubben i Maridalsveien, Aldershjem for Krigsseilere i Asker og Botsfengselet. Her stod vi i blazere og grå bukser, jentene hadde enkle, pene kjoler og sang enkle, pene sanger og ble langsomt klar over samfunnets skygger. Det var en sosial «eyeopener»! Jeg tenkte på å bli prest, men far min sa «hva skal du gjøre når du ikke tror lenger?» Sant nok. Jeg drømte om musikk, men «det gikk det jo ikke an å leve av». Så bestemte jeg meg for å studere menneskene slik de nå engang er og ikke slik de bør være. Jeg kom – med en del begynnerstrev – godt gjennom medisinstudiet. Spilte gjorde jeg hele tiden ved siden av, for det var jo det som var moro.

25 år kjøpte jeg meg pipe og begynte å lure – på kristendommen. «Blir kristne folk slike eller blir slike folk kristne?» – Hva er det *egentlig* som gjør at folk blir som de blir? Sannheten skulle nå søkes der den var! Og den som kom gjennom Universitetet på den tida uten å få med seg en god porsjon solidaritet med de undertrykte, han måtte være både døv og blind.

Se da for deg en ferdig cand.med: ryddig og samvittighetsfull med en kombinasjon av både en del nestekjærighet og solidaritet med de undertrykte og dernest en søken etter den ekte sannheten. Men som nok følte at «frakken» kanskje var noen nummer for stor og at det genuint morsomme her i verden var å bedrive musikk. Og så hadde jeg rukket å gifte meg! (Jeg var livende redd for å komme som ugift lege til et utkanstrøk.)

Dr. Ceriani.

Bilde er fra *Life*, september 1948.

Utlånt fra Scanpix Nordfoto, København



Jeg la ut på det allmennmedisinske hav!

Egentlig er jeg overrasket. Jeg trodde jeg hadde tatt de grep som trengtes for ikke å bli nedkjørt i praksisen. Mens jeg var 7 år nordpå på 80-tallet og trakk mine allmennmedisinske barnesko, var jeg på APLF's kurs på Beito hver vinter. Alt var på vei oppover den gangen: idealene (KOPF), oppgavene vi skulle gjøre, merkene og gradene vi skulle ta og mulighetene vi hadde til faglig utvikling. Men i krokene hørte jeg også alle historiene om «the rise and fall of a general practice» – om folk som plutselig fikk nok, slapp alt de hadde i hendene og dro vekk! Så da jeg startet opp i solo-praksis for 13 år siden fra bønn i en sentral østlandskommune og datamaskinen min inneholdt 1700 pasienter, satte jeg bom og holdt beinhardt på inntaksstoppen. Arbeidsuken ble oversiktlig. Sjelden vakt, sjelden kvelds- og helgejobbing. *Volumet* skulle ikke få ta meg!

«Men du er jo så aleine som sololege!» Nordpå hadde jeg jobbet på 3 og 4-lege sentra. Men jeg erfarte at vi ikke dro optimalt faglig nytte av hverandre i det praktiske arbeidet. Det ble jo allikevel meg og min pasient inne på cella. Med god tilgang på kontakt med kolleger på fritida, tenkte jeg at det ville dekke behovet for faglig ventilasjon og kompensere for at jeg jobbet aleine på dagtid.

Og så var det musikken. Det er jo det sitrende og sugende! Det gir liv og lyst og glede. Jeg har følt at doktorarbeidet er saltet og musikken sukkeret i tilværelsen. Og jeg trenger begge deler. Derfor har jeg spilt selv eller ledet storband i utstrakt grad på fritida. Men også det er kalorikrevende.

Hva er det da som har tappet meg? Ja, hva er det man møter som fast lege i allmennpraksis når man har hatt «samme klasse» i 13 år? Jeg har en sammensetning av pasientmassen omtrent som Olav Rutle har beskrevet fra norsk allmennmedisin. Kanskje litt færre eldre enn vanlig. M.a.o. ikke noe ekstraordinært. Men i en allminnelig allmennpraksis produseres det og ligger det mye lidelse. Forbausende mye lidelse! Smerte, plage, fortvilelse, sorg, savn, redsel, håpløshet, vannvid, bekymring, usikkerhet, problemer.... «Ja, visste du ikke det?» Jo, men en ting er å lese om det, noe helt annet er å oppleve det. Over tid. Time etter time, dag etter dag, år etter år. Det *gjør* noe med deg! Lærerne har noen

morsomme og kvikke elever innimellom. Arkitekten ser sine tanker bli til noe konkret. Skuespilleren får applaus. Jazzmusikeren får uttrykke seg og sitt. Men du?

Det er noe med *innholdet* i arbeidet, selve materien, selve stoffet. Og det smitter litt, hver gang. Du skriver pasientens problemer inn på datamaskinens filer, men pasienten oppretter sin egen «fil» med litt av sine følelser inni deg – hver gang. I starten har du stor kapasitet for å bære dette. Men etter år, mange år, behøver du bare se pasienten i døra og straks dras hele fila med alle de oppsamlede følelsene fra den pasienten fram i deg.

Ja, jeg har lyttet til fersk fortvilelse. Ja, jeg har stukket hull på store og vonde byller.

Ja, jeg har «åpnet opp» stengte pasienter, fått fram det underliggende og grufulle, forstått hvorfor ting har blitt som det har blitt, sett årsaker, sammenhenger og videreføringer. Ja, jeg har bedrevet «lege artis». Og det har gjort meg bedrøvet. Bedrøvet og tom. Tom og trett. Trett og lei. Jeg har sett nok. Fra nå av blir resten bare repetisjoner. Nåvet jeg horfot folk blir som de blir. Jeg kan ikke si jeg har stor Lyst til å jobbe med denne materien i 20 år til. Jeg har vondt i viljen. Jeg vil ikke trøste og bære mer.

Og så er jeg ikke 20 år lenger.

Er det naturlig å bli trett? Er det en tid for å være trett? Er det mulig å få øst den tunge skuta? Klarer jeg det aleine? Må jeg ha hjelp? Hva vil dette koste? Vil jeg oppleve frisk seilas etter dette?

Jeg reiser meg litt opp og ser fra balkongen og utover Middelhavet. Det er blått. Det er stort. En bris kruser overflaten. Det lokker. Jeg legger kinnet mot rekkverket og puster tungt inn og ut. Mylderet av mennesker på stranden når inn til meg. «Vik fra meg!»

(Fortsettelse følger i neste nummer.)

«A Fortunate Man»

Intervju med Tor Reiten

Av Elisabeth Swensen

Tor Reiten, f. 1939, utdannet lege 1968 fra University of Wisconsin.

Doktor i hjembygda Seljord i Telemark fra 1969 til midt på 90-tallet.

(Har han egentlig sluttet?)

Pendler for tiden til overlegestilling ved Attførings-senteret i Rauland. Spesialist og veileder i allmenn-medisin.



«Du kjenner meg så godt, du kunne sikkert ha skrive dette intervjuet utan å snakke med meg» sa Tor etterpå. Det er kanskje sant. Vi har jobbet på samme legekontor, Seljord helsesenter, i mange år, ledd og grått sammen over slike opplevelser som bare uselektet allmennpraksis langt fra sykehus kan by på, søkt råd hos hverandre, snekret prosjekt sammen, vært mandagsirritable og fredagsslitne samtidig, slåss om taletiden i lunsjen og hørt hverandres beste (og med årene dårligste) vitser... Det er nok Tor som har lært meg det meste av det jeg kan, i alle fall det jeg har fått bruk for, i dette faget. «Kom hit, det er noko eg vil at du skal sjå,» er Tors kjenningsmelodi som kollega – «noko» har vært alt fra spennende funn, en prosedyre han har lært seg, et fenomen som tok en overraskende vending. Iblant et fint dikt han har lest. (I verste fall noen dyre lodd han vil selge til inntekt for idrettslaget eller kulturhuset!) Han er et overflødigshorn. Han er utålmodig, rastløs og egenrådig. Han er en læremester og en rollemodell for nye landsbyleger.

Jeg har intervjuet Tor Reiten, en 60 år gammel allmennpraktiker som elsker faget (og blir sliten av jobben), rett og slett fordi han står for faglig entusiasme, selvtillit og dugnadsånd på vegne av en primærlegetjeneste som er i ferd med å drukne i bekymring og selvmedlidenhet.

Du er oppvokst i Seljord og er i slekt med halve bygda. Dessuten er du en lokal ildsjel som har ett ben i alle bed og kjenner absolutt alle. På en måte har du vært en slags spissformulering av en primærlege. Hvordan er det å være så til de grader «primær»?

– Det viktigaste er vel at er eg veldig knytt til Seljord og Vest-Telemark. Eg er oppteken av at folk skal leve godt her og kjenne seg trygge, til

«I sometimes wonder,» he says, «how much of me is the last of the old traditional country doctor and how much of me is a doctor of the future. Can you be both?» (Fra boken «A Fortunate Man» om doktor Sassall, en engelsk landsbylege. John Berger & Jean Mohr, The Penguin Press 1967.)

dømes ved at dei har ei velfungerande helseteneste. Lokalkunnskap er ein viktig del av det faglege beslutningsgrunnlaget mitt. Det at eg oftast kjenner miljøet rundt pasienten, i mange høve kjenner slektshistoria og hendingar av betydning for familien, gjer at eg blir sikrare på kva eg har med å gjere når eg skal tolke eit symptom. Iblant skulle eg ynskje at eg ikkje visste det eg visste, til dømes når eg «ser» ein dårleg prognose hjå ein ung person. Eg er klar over at lokalkunnskap kan bli eit bias, det hender at eg konkluderar litt for fort.

Vår felles kollega Øystein foreslo i sin tid at du skulle gå med et skilt rundt halsen når du hadde fri, et sånt som bussene har når de ikke tar med passasjerer: «Ikke i rute». Synes du befolkningen har hatt for store forventninger til deg?

– Når det gjeld behandling og oppfølging så trur eg nok at folk i Seljord forventar at eg skal levere kvalitet. Det er greitt. Eg meiner at eit av kjenneteikna på ein god allmennlege er at han fylgjer opp pasientane sine sjølv, ikkje bare sender dei rundt i helsevesenet. Dei kronisk og alvorleg sjuke pasientane mine skal vite at eg tek ansvar heilt til vegg ende. Ein allmennlege som ikkje tek det ansvaret, sviktar oppgåva si. Ofte har eg sagt til familien rundt ein alvorleg sjuk pasient: «De kan ringe meg når de vil» – og dei ringer ikkje! Det er ikkje alltid det å gjere så mykje som betyr noko, men at dei kjenner seg trygg på at ein er der.

– Dessutan er det ei fantastisk fagleg oppleving å fylgje ein pasient gjennom ein sjukdom, sjølv om det kan vere personleg trist. (Her kunne vi fortsatt tilnærmet uendelig. Dette er Tors hjertebarn. Jeg er sikker på at når Tor kommer til himmelen, kommer alle de han fulgte helt til døra til å ta imot ham med stående applaus.) Eg er skeptisk når nokon no vil gjere primærlegen til ein «fagleg koordinator». Då tenker eg «avansert kontorfunksjonær». Det høyrer ikkje særleg morosamt ut. Det som er spesielt for allmennpraksis er tidsaspektet og handlingsrommet, at ein kan prøve ut ulike tiltak og sjå over litt tid korleis dei verkar. Både ein sjølv som lege og pasienten må kjenne

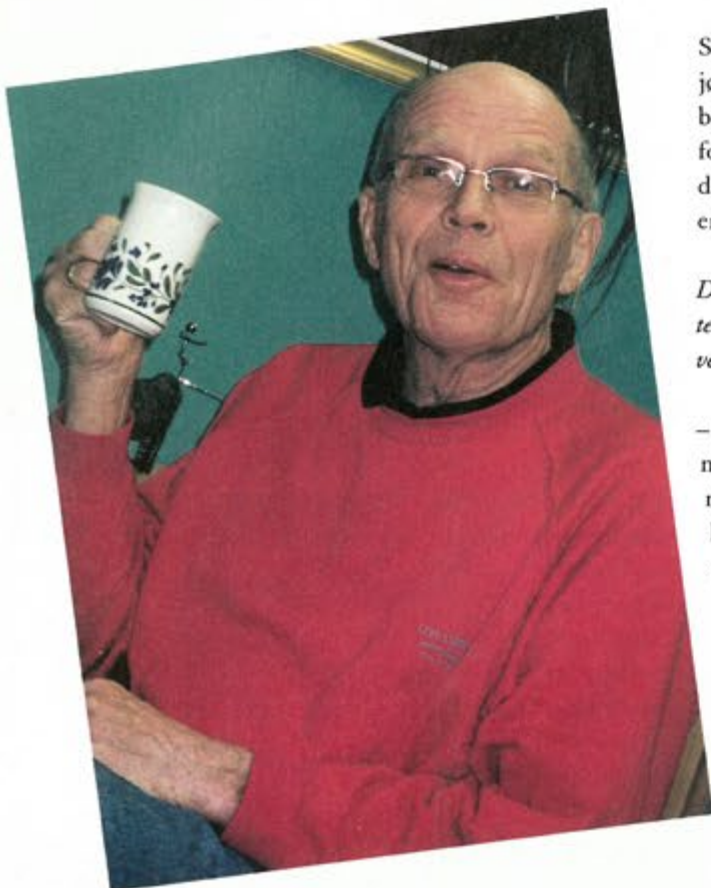
seg forplikta til å stå ein viss distanse saman før ein eventuelt gjev seg. Det blir omtrent som i eit ekteskap.

Men når noe går galt, når man gjør en feil, hva da?

– Alle gjer feil. Det er ein del av det å vere allmennpraktikar. Med åra har vi alle med oss erfaringar som er svært dyrekjøpte. Eg tenker til dømes nesten dagleg på den unge guten som døydde av ein meningitt som eg ikkje oppdaga tidnok. Det er snart 20 år sidan. I ettertid har eg gjort det til eit poeng å fortelje den historia til dei unge kollegene. Det har vore terapi for meg sjølv og nyttig for dei. Legar må lære at det er farleg å vere for sikker på sin eigen konklusjon. Og ein må ikkje dømme den kollegaen som såg pasienten fyrst og som ikkje oppfatta alvoret i eit tidlegare stadium av sjukdomen. Det er lett å vere etterpåklok. (Jeg har ikke tall på alle de gangene jeg har hørt Tor fortelle om sine feilvurderinger og sin tvil til takknemlige, lydhøre turnuskandidater. Det er manna fra den samme himmelen, jfr. forrige spørsmål) Kollega Olav Rutle og eg blei godt kjende i løpet av veilederutdanninga. Eg lærte mykje av han om å vere open om sine feil. Han var ein banebrytar på det området. Mi eiga erfaring er at pasientane ikkje held feila dine mot deg dersom du ser dei i auga og ikkje prøver å gøyme deg vekk når noko har gått gale. Dei fleste forstår at ein gjer så godt ein kan.

Men du tok deg noen avbrekk med vikariater og andre legejobber iblant..

– Ja, eg må stadig ha nokon avbrekk, sjå andre folk og få andre faglege impulsar. Ein må vekk frå denne jobben med jamne mellomrom. Legar i allmennpraksis treng sabbatsår meir enn nokon. Det er ei sak som opptek meg, at ei fastlegeordning må gje rom for slike avbrekk med økonomisk ryggdekning. Eg tvilar. Eg har ofte vore frustert over fagforeininga vår, Den norske lægeforening. Dei har stått for ei einsidig fokusering på legane som liberale yrkesutøvarar, ikkje sett eller villet sjå korleis det har undergrave primærlegetenesta i distrikta.



Og du ble sliten av å ha legevakt ...

– Legevakt er meir og meir slitsamt med åra. Det handlar ikkje bare om å bli eldre. Noko av det verste med å vere primærlege langt frå sjukehus er å legge seg om kvelden på vakt og lure på om det kjem til å skje noko som du ikkje greier å takle. Ein kjem aldri vekk frå det ubehaget, men ein kan organisere seg slik at ein i alle fall kan dele ubehaget med nokon. Tidleg på 70-talet var eg og kollega Berstad i nabo-kommunen Kviteseid pionerar i høve til å lage eit interkommunalt legevaktsamarbeid. Før det måtte me ringe Fylkeslegen når me skulle ut av bygda ein tur.

Kari, sykepleieren på kontoret, sa nylig: «Noen ganger savner jeg Tor i matpausa. Han pratet nesten alltid om ett eller annet faglig problem. Jeg synes jeg lærte så mye av det.»

Selv føler jeg det ofte som om jeg forvalter en slags arv etter deg på kontoret. Det er noe i veggene, en stabiliseringsfaktor, noe bra. Klarer du å sette navn på det?

– Eg trur det viktigaste er å sjå ressursane og akseptere begrensningane hjå dei som skal arbeide saman. Både delar er heilt avgjerande. Ein må ha det triveleg på jobben, særleg i ein jobb som krev så mykje menneskeleg overskot utad.

Slikt kjem ikkje av seg sjølv, ein må jobbe bevisst for at miljøet skal utgjere ein heilskap. Seljord har hatt eit utruleg stabilt hjelpepersonale, det er klart at det gjev tryggleik både for legane og pasientane. Ein skal stelle fint med medarbeidarane sine. Å dele faglege spørsmål og kunnskap med dei er ein måte å gjere det på.

Du er i ferd med å bli så gammel at det er lov å spørre hva du tenker om fremtiden ... Hva tror du skal til for at unge leger skal velge som du og jeg har gjort, allmennpraksis på landet?

– No har allmennpraksis låg status hjå studentane. Det har mange årsaker, mellom anna tendensar i tida som ikkje har med det faglege å gjere. Men det er og noko med den faglege utviklinga, at sjukehusmedisinen liksom per definisjon er viktigare og flinkare enn allmennmedisinen. Den stadig aukande reduksjonismen i medisinen er skremmande, leitinga etter «faktor X». Dess meir eg har sett og lært som doktor, dess meir er eg oppteken av heilskap. I framtida er det heilskapelege forklaringar som vil bli etterspurde. Der er me allmennpraktikarar gode. Me må bli meir offensive, ta faget attende, ikkje sende all diagnostikk og behandling frå oss. På kort sikt er eg pessimist.

Du fremstår jo ikke nettopp som noen pessimist? Snarere som en entusiastisk entreprenør med et særlig talent for organisering av halsbrekkende (egen hals og andres!) dugnader.

– Me må innsjå at utkantane for tida fører ein defensiv kamp. Eg trur ikkje me kjem utanom ei viss sentralisering av lege-tenesta i distrikta. For legane handlar det om å berge og konsolidere dei fagmiljøa som er att. Seljord har eit slikt miljø, det er hovudgrunnen til at folk blir der. Når eg seier at eg er pessimist, så meiner eg at eg ser realistisk på situasjonen. Ein kan klage og håpe så mykje ein vil, men eg er slik skrudd saman at eg må gjere noko. Skape noko nytt. Det er rett at eg likar å få ting til å skje. Ein må prøve å få utviklinga til å gå rette vegen.

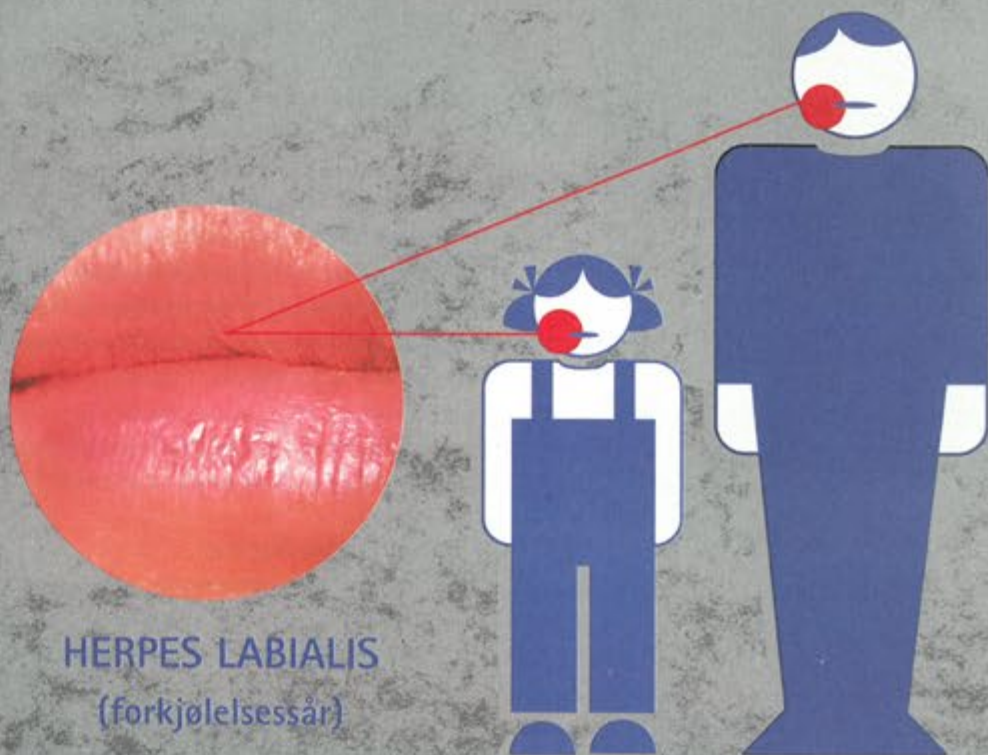
Etterskrift:

Så gikk jeg i kveld – etter at intervjuet var skrevet ut – og så filmen «Sidehusreglene». Tilfeldig, egentlig. Iblant får man denne flotte følelsen av at alt stemmer. De som har sett filmen forstår forbindelseslinjen til intervjuet med Tor Reiten. De andre bør kjenne sin besøkelsestid. Skildringen av den overarbeidede, desillusjonerte, kompromissløst forpliktete barnehjemslegen Dr. Larch og hans unge elev Homer Wells burde inngå som pensum både i grunn- og etterutdanningen for leger. Min turnuskandidat har fått tilbud om å se den i arbeidstiden om han vil.

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 fosforileres 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-polymrase. 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

Etablering av legepraksis

Jan-Ivar Kvamme,
lege dr med MPH
Spesialist i almenmedisin
og samfunnsmedisin
Ringerike Medisinske
Senter

Syv ganger har jeg etablert praksis i mine 35 år som primærlege: tre ganger solo-praksis og fire ganger gruppepraksis. Mitt liv som lege er delt i to: vel tyve år i Alta i Finnmark med to solopraksiser og to gruppepraksiser og resten på Ringerike. Jeg har blitt bedt om å legge frem noen erfaringer og refleksjoner med utgangspunkt i disse etableringene. Mer spesielt vil jeg omtale Ringerike Medisinske senter som ble åpnet 3. januar i år. Mitt håp er at noe kan ha generaliseringsverdi.

Solopraksis

De fleste primærleger i Norge arbeider eller har arbeidet som enelege. Jeg har selv vært solopraktiker i 16 år. Denne praksisformen har hatt mange fordeler. Vi primærleger er ofte einstøinger som liker å bestemme over egen arbeidssituasjon. Praksisen er relativt lett å etablere og enkel å drive. Forholdet til pasientene blir nært og medarbeidere og lege inngår i nært samarbeid.

Jeg tror imidlertid at denne arbeidsformen ikke har fremtiden for seg. Der er mange trekk i utviklingen som motarbeider denne praksisformen: den faglige utviklingen, den faglige og sosiale isolasjon, de økte driftskostnadene og byråkratiseringen knyttet til regnskap og skatt. Fastlegereformen vil i tillegg gjøre enelegen svært bundet til å være til stede i sin praksis.

Personlig ville jeg funnet det uforsvarlig å etablere meg som enelege, og vil heller ikke råde andre til å gjøre det.

Gruppepraksis offentlig regi

I Finnmark startet vi planleggingen av en ny primær helsetjeneste i 1968. Den gang var det statlige distriktsleger og utbyggingen av både sykehus og primærhelsetjeneste syntes å bli på samme forvaltningsnivå, nemlig i fylkeskommunen. Vi mente at den beste utviklingsmodellen var etableringen av gruppepraksiser i offentlig regi i integrerte helsesentra. Primærlegene skulle være fastlønnete.

Mye har endret seg siden. Vi fikk kommunchelseloven i 1984 som la ansvaret til primærkommunen. Mange steder har kommunene etablert og drevet gruppepraksis. Det er mange årsaker til at dette ikke har vært vellykket de fleste steder. Primærkommunen har ofte ikke hatt sans for primærlegetjenestens egenart og krav. Den politiske styring har blitt for komplisert og detaljert. Kommunene kan ikke i dagens system gi primærleger på fast lønn lønninger og arbeidsforhold som er konkurransedyktige med det leger oppnår på sykehus. Derved taper kommunene i konkurransen om legene.

I Alta ledet jeg byggingen av et integrert helsesenter som rommet hele helse- og sosialtjenesten i kommunen. Legesentret som hadde plass for 10 leger var en del av en større helhet på til sammen ca 6000 m². Det åpnet i 1977 og har således vært i drift i vel 23 år. Alta helsesenter har vist en stor vitalitet og evne til faglig utvikling.

Jeg hadde den faglige ledelse av sentret i de første åtte årene. Erfaringene allerede da var nok at det var for stort som en primær-

i fastlegereformens rike

medisinsk enhet. Administrasjonen ble for tungrodd og driften for avhengig av entusiastiske leger. Fastlegereformen vil sannsynligvis ytterligere komplisere drift og lege-rekruttering. Hvis man ikke setter inn virkelig radikale stimulerings tiltak, vil de helsesentrene som er bygget i utkant-Norge, og spesielt i Nord-Norge, få store driftsproblemer.

Erfaringene fra Altaprojektet har jeg publisert i en egen evalueringsrapport (1). Det vises til denne.

Gruppepraksis i privat regi

I januar i år åpnet vi et nytt lege- og tannlegesenter på Ringrike. Vi har plass til åtte leger og tre tannleger. Seks leger har kommunalt driftstilskudd. I tillegg er det en turnuskandidat. Vi eier bygget sammen i en juridisk atskilt enhet og driver legesentret som et aksjeselskap hvor alle de faste legene er aksjonærer. Legene har sin selvstendige praksis i sentret.

Vi har mange ganger fått spørsmål om det ikke er for risikabelt å etablere seg på denne måten i den uryddige fasen før fastlegereformen. Vi vet at helsetjenesten i Norge er avhengig av en godt fungerende primærhelsetjeneste. I tillegg har vi stolt på at Legeforeningen klarer å forhandle seg fram til løsninger som vi kan leve med.

Hva ville skjedd dersom vi ikke etablerte oss? Fem av oss var i et senter med uhensiktsmessige og gamle lokaler. Det var for trangt og uhensiktsmessig for pasienter, leger og personell. To av oss hadde vært solopraktikere i 15–20 år. Planen var å åpne samtidig med at fastlegereformen ble innført. Sentret ble ferdig i tide, men ikke reformen.

Etableringen av en legegruppe er en lang og omstendelig prosess. En utsettelse ville ført til at gruppen ble oppløst. Hvis man ønsker etablering av gruppepraksiser i Norge, bør det snarest skapes sikkerhet i primærlegene fremtidige arbeids- og lønnsforhold.

Er det for kostbart å etablere seg?

Et springende punkt er kostnadene ved nyetablering. Vi har lagt vekt på å få et vakkert, moderne og hensiktsmessig bygg med høy kvalitet. Vi er i praksis ti eiere. Bygget er på nesten 1100 m² og byggekostnadene har vært ca kr 17 mill, dvs

ca 1.7 mill kr på hver lege. Det er kjøpt nytt inventar, møbler og utstyr for 3 mill kr. Hvem ville reagere om en lege bygget et bolighus til 1.7 mill med kr 400 000 til inventar, møbler og utstyr?

Skal vi få bygget ut en stor nok, og faglig attraktiv primær legetjeneste med høy kvalitet i årene som kommer, må vi bygge mange slike medisinske sentra rundt om i landet. Dette krever forutsigbare og tilfredsstillende økonomiske ordninger.

Er en gruppepraksis på 8 leger for stor?

Det er i vårt land alminnelig enighet om at den mest hensiktsmessige gruppepraksisstørrelsen er 4–5 leger. Erfaringene mine fra Alta helsesenter med inntil åtte leger i praksis samtidig, tydet på at presset på resepsjon og venteværelse ble for stort. På den andre siden fikk man en god utnyttelse av fellesfunksjoner som resepsjon, laboratorium, skiftestue, personell og flere om å dele investeringene til drift av kostbart utstyr som datasystem, laboratorium o.a.

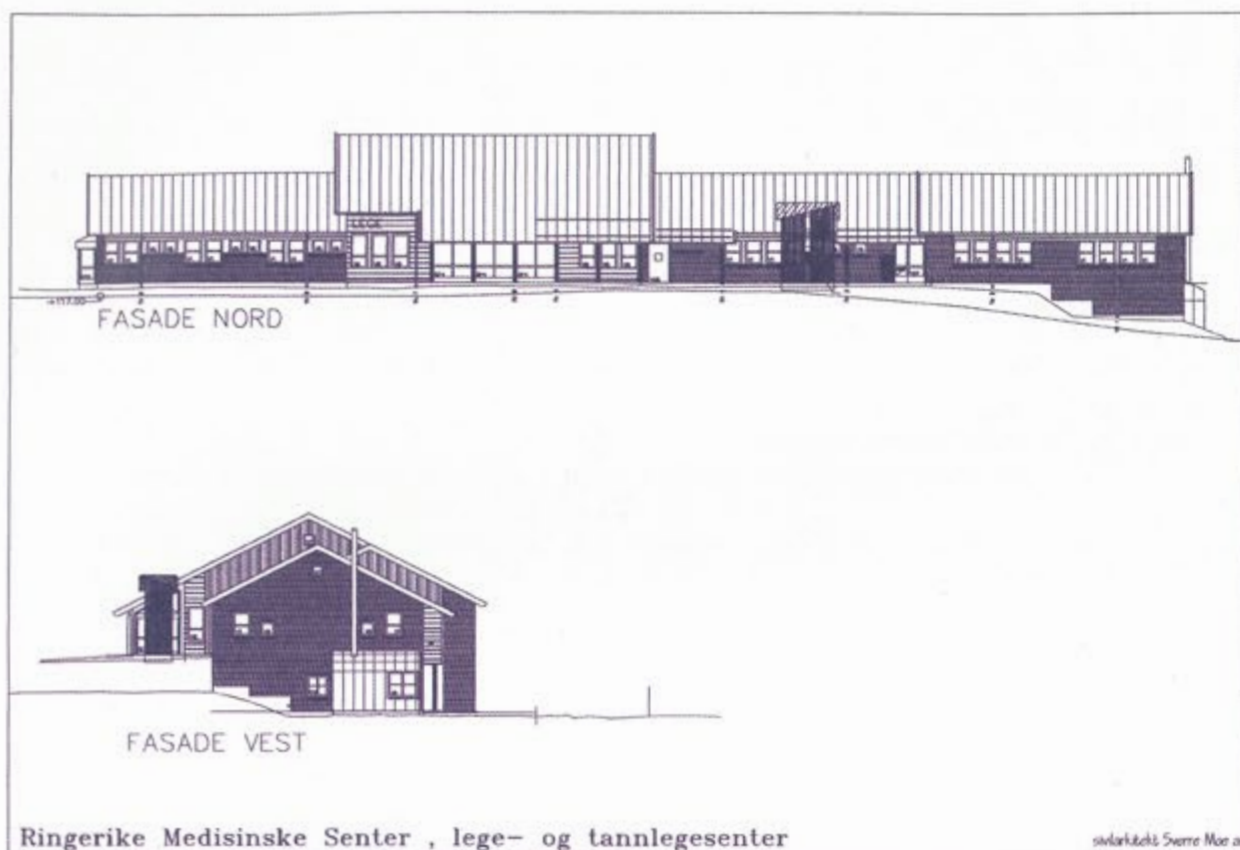
Ved Ringrike Medisinske senter har vi løst dette planmessig ved å dele praksisen i to enheter, hver på fire leger. Hver enhet har to venteværelser. Korridorene er rommelige og lyse. Foran hvert legekontor er det plass til en pasientstol. De ventende pasientene er spredd over et større, men oversiktlig område. Det er felles resepsjon, laboratorium, skiftestue og kirurgi. Datasystemet tillater hver lege å gi kontrolltimer til sine pasienter. Derved lettes presset mot resepsjonen. Det vises til tegning.

I tillegg har vi lagt stor vekt på at fellesrommene er trivelige med god plass. Peis – som blir brukt – er en viktig trivselsfaktor. Vår felles lunsj tilberedes på huset. Det er en god faglig og sosial møteplass. Renhold av klær foregår i vårt eget lille vaskeri.

Erfaringene så langt tyder på at vi ved hensiktsmessige planløsninger og organisasjon kan utvikle litt større enheter som driftøkonomisk er bedre enn mindre enheter.

Midlertidige løsninger

En gruppepraksis er en levende organisme som trenger tid til å utvikle seg. Gruppedannelsen må forberedes og struk-



turer utformes og innarbeides. I Alta ble dette gjort ved å etablere Alta midlertidige helsesenter som var i drift fire år før vi flyttet inn i det permanente helsesenter. På Ringerike har vi også hatt et midlertidig legesenter som var i drift tre år før vi åpnet vårt nye senter.

Jeg tror disse midlertidige løsningene kan være avgjørende for drift av de mer permanente løsninger. Det er lettere å korrigere når alle legene får de samme erfaringer. Konsensus oppnås hurtigere når man har muligheter for å erfare løsninger som er definert midlertidige. Ikke minst gjelder dette planløsninger, forberedelse til ansvarlig budsjett og rettferdige økonomiske oppgjørsordninger.

Hver lege har fått beholde sitt særpreg

I en gruppe slipes man. De verste kantene og uvanene blir borte etter hvert. Gjennom en lang plan- og byggeprosess hvor alle viktige avgjørelser har vært flertallsavgjørelser, har vi lært hverandre å kjenne. Vi er også blitt trent opp til ansvarlighet for egne avgjørelser. Kostnadene tas fra vår felles kasse. Samtidig er det viktig at hver lege får beholde sitt særpreg. Alle legene har like store kontorer med samme plassering av vinduer, dører, lys og våtpunkter. Tidlig i byggeprosessen gjorde vi ferdig et modellkontor. Etter det var det opp til den enkelte lege å utforme og utstyre sitt kontor. Legekontorene avspeiler forskjellene mellom legene.

I Alta var det «det offentlige» som satte grenser og betalte. Ansvar ble ikke det samme og det var lettere å distansere seg og skylde på et «det». Planløsninger og utstyr måtte i større grad standardiseres.

På Ringerike synes vi å erfare dette har økt trivselen for legene i senteret.

Faglig utvikling

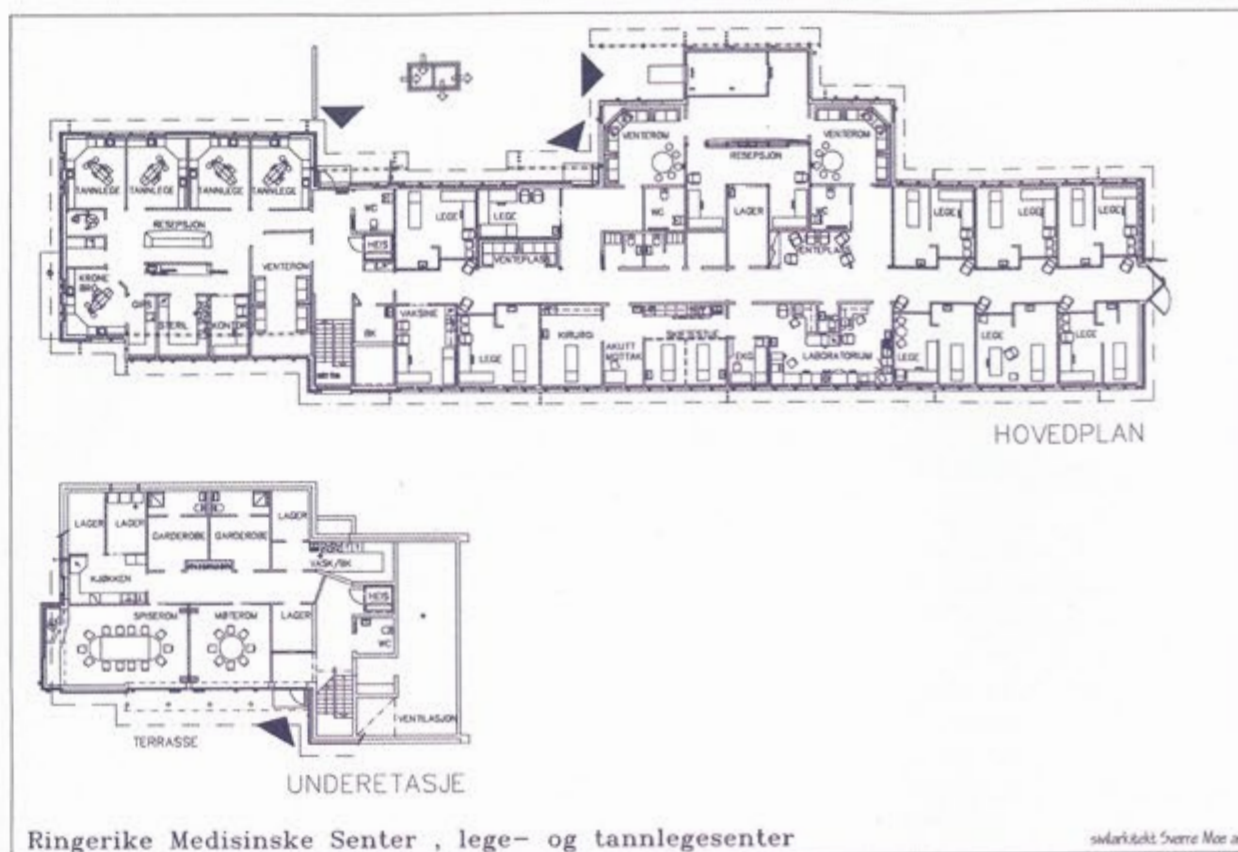
Faglig utvikling og fellesskap kommer ikke automatisk ved at primærlegene flytter inn under samme tak. Det krever felles disiplin og utholdenhet dersom vi skal lykkes.

Vi forsøker å kalle på hverandre når vi ser spesielle sykdomsbilder, eller når vi har problemer hvor vi trenger kollegial hjelp. En ettermiddag hver annen uke har vi strukturert fagmøte. To av legene har ansvaret for dette.

Kommunikasjon innad

Det er viktig med kommunikasjon innad i gruppen. Samtidig må gruppepraksisen ikke kaste bort tiden i for mange møter. Møtene må være korte og vel forberedte.

Vi har et personalmøte for leger og legesekretærer på en halv time en dag i uken i tre uker. Den fjerde uken har legene og



legesekretærene separate møter. Det er alltid sakliste og det skrives referat.

Kommunikasjon utad

En gruppepraksis bør utad fremstå som en enhet. Nødvendig informasjon må gis til pasienten.

Vi har engasjert en designer som har utformet logo, brev, papir, informasjonsbrosjyrer og innvendig og utvendig skilting. Hun har også ansvaret for utseende av vårt informasjonsblad til pasientene, RMS-nytt, som kommer ut noen ganger i året. Her skriver vi om legesentret, nytt utstyr og behandlingstilbud, nye ansatte og permisjoner. Det er viktig at vi informerer våre kunder.

Administrasjon

Det er lett å undervurdere de administrative oppgavene. Dette arbeidet må honoreres minst like godt som pasientrettet arbeid. Dette arbeidet må læres og prioriteres.

Vi har valgt følgende modell: Høyeste myndighet er legemøtet hvor alle legene deltar. En av legene er daglig leder. Han har avsatt fire timer pr uke til administrativt arbeid. Dette honoreres som tverrfaglig arbeid i normaltariffen. I tillegg har vi tre ledende legesekretærer med hver sitt hovedansvarsområde: en for personell, en for bestilling og lager-

hold og en for regnskap. Disse har to ekstra lønnstrinn. Sammen har de fire et helhetlig administrativt ansvar. Administrasjonsmøte på maksimalt en time har vi en gang i uken..

Hva med framtiden?

Den primære helsetjeneste er nå nede i en bølgedal. Det er uttalt frustrasjon og følelse av usikkerhet. Rekrutteringen har kanskje aldri vært dårligere. Forhåpentligvis er bunnen nådd.

Viktige avgjørelser for framtiden blir tatt i de nærmeste måneder under utformingen av fastlegereformen.. Vi regner med at både staten, kommunen og legeföreningen er seg sitt ansvar bevisst når de når skal gi avgjørende bidrag til utformingen av den fremtidig primære helsetjeneste i Norge. Det er å håpe at pessimisme kan vendes til optimisme, og at motløshet kan erstattes med framtidstro slik at flere kan få lyst til å etablere gruppepraksis for primærleger i vårt land.

Referanse:

Kvamme, J-I. Reformen i distriktshelsetjenesten – eksperiment og analyse.
Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning.
Rapport nr 3. – 1978.

«Det er av sine nærmeste man skal ha det»



Kjeld Malde, leder av Kvalitets-sikringfond
1 og medlem i Kvalitetsforbe-
dringsutvalget
i DNLF. Tidligere medlem av
Fagutvalget og styret i APLF. Har
vært aktiv i Legevaksaker og skrev
med Odd Kvamme heftet «Leg-
vakt» for APLF. Leder av Aust-
Agder Lægeforening i 6 år.

Legevakten er i endring. Endelig vil mange si. APLF har i mange år arbeidet med problemene omkring legevakten. Som er tett forbundet med et vel så stort problem: Rekruttering til allmennmedisin.

Jeg mener at 1984 gikk forbi i stillhet. Verken Lægeforeningen, APLF eller Kommunenes Sentralforbund skjønte at året 1984 var et veiskille. Kommunene fikk etter kommunehelsesloven ansvaret for å organisere primærhelsetjenesten deri innbefattet legevakten.

Men svært lite skjedde. Vi fikk (etter motstand blant legene) ordningen med driftstilskudd. Finn Nilsson blant andre, påviste at penger som vi tidligere fikk via refusjonssystemet ble borte på veien. Det ble diskutert driftstilskuddklasser. Alt roet seg etter hvert. Nå synes de fleste av oss fornøyd med ordningen. Og vi har andre reformer å sloss mot. Igjen går vi baklengs inn i nyordninger, motstrebende mot fastlege-reformen. En ordning som i forsøkskommunene er blitt vellykket ikke minst sett fra legenes side.

Tre ting spesielt har gjort at kommunehelsetjenesten og loven som skulle regulere den, har vært uheldig.

For det første har kommunelegene havnet i det kommunale hierarki. Tidligere var distriktslegen «konge på haugen» og kunne tale kommunen midt i mot i mange saker. Man var jo utnevnt av Kongen i statsråd, må vite.

For det andre har det ikke blitt opprettet driftstilskudd i særlig grad. Jeg har i mange år etterlyst antallet nyopprettede driftstilskudd etter 1984. Jeg antar det er meget lavt, men ingen ser ut til å kjenne tallet. Derimot har mange kommuner «sett gjennom fingrene med» at det har vært opprettet avtaleløse praksiser. Dette har gitt god legetilgang på dagtid, dessuten har det kostet kommunen svært lite. Men disse legene har ikke «rett og plikt» til å delta i kommunale legeoppaver som andre med driftstilskudd kan bli pålagt. Blant disse er legevakt.

Det tredje uheldige punkt er at legevakten har forandret seg

lite etter 1984; den fortsatte nærmest som en kollegial ordning etter prinsippet: «greier du den så greier du den». Bortsett kanskje fra legene, er det få som har oppdaget at henvendelsene til legevakt på kveld og natt har hatt en nærmest eksplosjonsaktig økning siden 1984. I tillegg har arbeidsmengden til legene i primærhelsetjenesten økt betydelig i disse årene. Med stadig kortere innleggsestid, med mer avansert medisin og utbygde hjemmetjenester er hverdagen til allmennlegene blitt adskillig mer komplisert medisinsk. Forventningspresset hos publikum er også økt betydelig. Man kan jo undersøke så mye mer i fine bildegivende maskiner, man kan jo behandle flere og flere med dyrere og dyrere (forebyggende) medisiner. Nye sykdommer er kommet til. Jeg nevner i fleng HIV og borreliese, og ikke minst en formidabel økning i «diffusitas» av fibromyalgilignende tilstander.

Tilbake til legevakten.

I heftet Legevakt utgitt av APLF i 1996 siteres fra en leder i British Medical Journal i 1995 hvor det heter:

«The other side of the crisis of care is dominated by the low fees which seem increasingly derisory (latterlig) when set against disturbed nights followed by ever more overloaded days. Another important factor is the disproportionate anxiety that surrounds isolated night work. Increasingly, family doctors believe that the remarkable cost-effectiveness of the present system relies on an unacceptable exploitation of the good will and commitment of family doctors. They feel undervalued; moral falls; and they find it hard to resist the temptation to blame the patient, who is ultimately the victim.»

Sitatet beskriver situasjonen også i Norge meget presist.

Jeg tror det er spesielt et forhold som gjør at legevakten ikke fungerer i Norge. Mens kommunene organiserer legevakten i henhold til lov, er det ikke kommunene, men Rikstrygdeverket og pasientene som betaler den. Det er etter min mening umulig å drive beredskapsarbeide på stykkpris-system etter Normaltariffen. Da får vi det som på EYR har blitt kalt 35-kroners landet. Systemet favoriserer sentrale steder med stort befolkningsgrunnlag (og mange leger) til fordel for utkanstrøk med svært lite aktivt legearbeid på vaktene og få leger til å dele byrdene. (Riktignok er det utrolig hvor mye enkelte leger kan arbeide på en legevakt i distrikter med rundt 1000 innbyggere.)

Nå ser det ut til at det blir organisert større legevaktdistrikter. Målet er flere leger i vaktssystemet. Det skal bli kortere økter, man skal frakte pasientene i stedet for legene. Hjelpepersonell skal sile henvendelsene og hjelpe legene i arbeidet. Prisverdige tiltak. Men fortsatt er det NATT-arbeidet som sliter. Og selv i 1999 er det ikke så mange av innbyggerene i Norge som oppsøker legevakten på natten. Det gir dårlig inntjening for legene. Beredskapsbetalingen er jo «derisory». Jeg har etterlyst den som oppfant timebetalingen for beredskap i de ulike klassene. Vedkommende ønskes på banen for å forklare seg!

Er det slik at leger er så spesielle at de forventes å arbeide adskillig mer enn alle andre? Vi har en arbeidsmiljølov som regulerer arbeidstiden for arbeidstagere. Andre yrker med lignende vaktbelastning har enten en vaktordning som eneste jobb, eller man kan avspasere overtiden. Andre yrker har også regler for når vaktbelastning opphører. En yrkes-sjåførs arbeidstid er ytterst regulert og overvåkes også. Hvilke pauser er stipulert. Polit og brannvesen slutter med nattevakter langt tidligere enn våre avtaler gir anledning til. En av de tingene jeg har forsøkt å arbeide med i den tiden jeg satt i styret i APLF var akkurat dette med arbeidsforholdene på legevakt. Å få presisert at ansvaret for at dette fungerer er i kommunen og ikke lengere en kollegial oppgave. Det å overføre betalingen for legevakten (man er jo ansatt i kommunen) til kommunene synes fånyttet. Å få til at en lege som har arbeidet full dag på kontoret skal slippe å jobbe full kveld og kanskje natt i tillegg er også vanskelig å få gehør for. Hva er så spesielt med oss at vi uten pauser kan arbeide dager i trekk? Har det noe med gode karakterer på skolen å gjøre eller kommer det som et resultat av «doktorskolen»?

Eller har det med det som nevnes i lederen i BMJ: «exploitation of the good will and commitment of family doctors»? Jeg bare spør.

Har også APLF glemt at legevakten ikke lenger er et kollegialt ansvar? Jeg har fått brev fra min lokale tillitsvalgte for APLF hvor det skrives: «Kjære kollega. (!) ... Det er opprettet et Legefaglig utvalg bestående av tillitsvalgt fra de 7 deltagende kommunene, til å forestå de praktiske forhold omkring legevakten. *Blant disse er å sørge for at alle deltar i legevakten.* (uthevet av u.t.)

«Legene har på «allmøte» vedtatt å følge retningslinjene fra særavtalen mellom KS og DNL for slike (fritaks)kriterier. Alder over 60, graviditet i siste del av svangerskapet, omsorg for barn under 10 år som ikke kan få tilfredstillende tilsyn, alvorlig sykdom/personlige årsaker.

Dette innebærer også at fritak som måtte være innvilget lokalt i kommunene, automatisk oppheves ved etablering av felles interkommunal legevakt».

Tenk det.

Hvorfor siteres ikke følgende passus i avtalen?:

Pkt 7.6. Tilsvarende kan også gjelde når legen av andre personlige grunner ber om det, og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Saken drøftes med legenes tillitsvalgte før fritak innvilges. *Det skal tas særlige hensyn til slik søknad fra lege over 55 år. (uthevet av ut.)*

Man trenger jo ingen motpart (kommuneadministrasjon), når man har kolleger og tillitsvalgte. I de fleste fagforeningssammenhenger vil oppnådde goder bli kjempet for å bli beholdt. Her vedtar «allmøte» at man opphever fritak gitt av lokal kommune. Med hvilken hjemmel gjøres dette? Jeg ser det kollegiale i dette, men har man glemt 1984? Den kollegiale legevakt opphørte i og med kommunens overtagelse av drift og organisering av legevakt. Jeg forventer i grunnen at lokal tillitsvalgt går på barrikadene for mine synspunkter i denne saken, og ikke forfekter kommunenes interesser slik som det hittil er blitt gjort.

Etter å ha vært utenfor legevaktarbeide i et par år nå er det lett å se at «skoen trykker» flere steder. I tillegg til belastningen arbeidet medfører, den dårlige betaling for største delen av arbeidet og forholdene som legevakten i mange tilfelle drives under, er det ekstra belastende for både lege og familie at det forutsettes at familiens bil stilles til disposisjon på legevakt. Bindingen til å være på vakt, det å ikke kunne disponere egen fritid, er etter min mening ikke godtgjort på noen måte. På slutten av de årene jeg kjørte legevakt ble hele ordningen her lokalt «kjørt i grøften» av politikere og administratorer som ikke visste noe som helst hvordan dette med legevakt var. Forsatt er det disse som styrer mye av organiseringen omkring legevakt. Mye er blitt bedre, og bedre blir det forhåpentlig fortsatt. At omorganisering av legevakt tvinger seg frem er bra. Men at legene skal «betale» for kommunens unnlatelser over mange år (siden 1984) synes jeg er galt.

Jeg anser meg ferdig med legevakt i og med passert 55 år. Legeforeningen sentralt leser den siterte passus om leger som søker om fritak ved oppnådd 55 års grense som at da skal søknaden innvilges.

Det forundrer meg sterkt at det er kolleger og tillitsvalgte og ikke kommunenes administrasjon som «kjører» dette løpet. Og hva om 5 år når enda flere oppnår både 55 år og ikke minst 60 års grense? Hva har da administrasjon og politikere gjort for å rekruttere flere leger til systemet? Jeg bare spør.

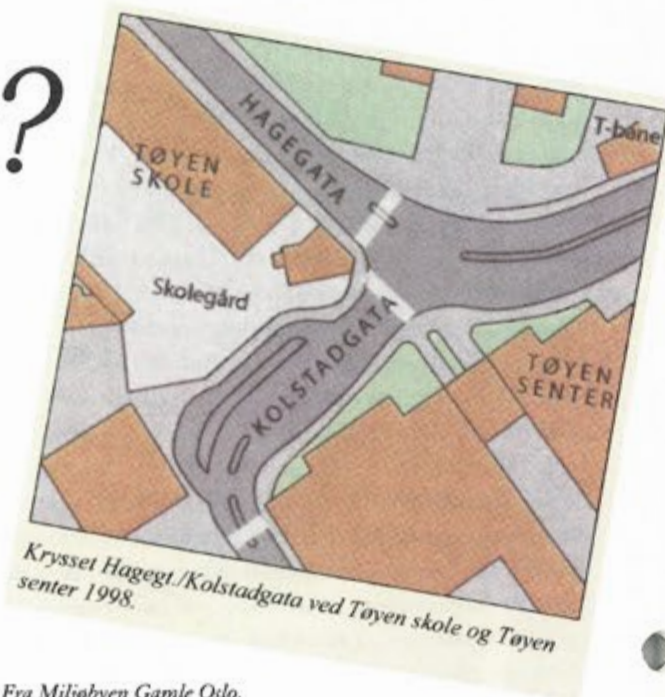
Og er det ikke slik at for tiden rekrutteres nye leger til sekundærhelsetjenesten? Der er lønn og arbeidsforhold nå så gode at allmennhelsetjenesten taper. Og jeg mener også å vite at Overlegeforeningen arbeider sterkt for at leger over 55 år i sykehusene ikke skal ha vaktbelastning. Da blir det iallfall ikke lettere å rekruttere til allmenmedisin.

Sunne byer?

Av Inger Marie Lid, LA 21 koordinator
i Gamle Oslo

Naturromantikere og nostalgikere har lenge hatt mest å si når det gjelder bærekraftig utvikling, økologi og arbeidet for et bedre miljø. De av oss som ikke har ønsket å flytte på landet, ja kanskje ikke en gang eier en hage, har følt oss diskvalifisert og beskjemet når snakken har gått om miljøet og de grønne gleder. Men skal vi være ærlige, så er ikke livet på Den Norske Landsbygda særlig bærekraftig. Få europeiske land har færre økologisk drevne gårdsbruk enn oss. Bonden bor i store, energikrevende hus, kjører for å komme hit og dit og er utsatt for det samme materialistiske kjøpepresset som oss andre. Det er med andre ord på høy tid å se på byene, og hvordan de kan bli sunnere og mer bærekraftige.

Hannover 2000
Kampanjen for bærekraftige byer og tettsteder i Europa arrangerte en konferanse i Hannover 9-11 februar 2000. På konferansen deltok 1200 politikere, planleggere og byråkrater og organisasjoner fra Europa primært. Alle nivåer var representert, fra miljøvernminister og EU-kommisær til fotfolket og gressrøtter. Denne konferansen er den tredje i rekken etter Ålborg (1994) og Lisboa (1996).



Fra Miljøbyen Gamle Oslo.

Målet med denne artikkelen er at flere leger og helsearbeidere skal delta i byutviklingen og -planleggingen og se området som relevant også fra et helsefaglig ståsted. Arbeidet med å få mer bærekraftige byer krever engasjement fra flere faggrupper enn ingeniører og arkitekter. Tverrfaglig byplanlegging tror jeg er nødvendig hvis vi skal ha håp om i konkret forstand å dra nytte av den viten vi allerede har innen forskjellige fagområder slik at den kan omsettes til praktisk gjennomførbare løsninger.

Kort bakgrunn

Måten vi bor på er et resultat av noens planlegging. Ligger husene tett eller langt fra hverandre? Bor vi der vi jobber, eller er vi avhengige av transport for å komme dit vi skal? Har vi mulighet for å handle det vi trenger til dagligdagen ved boligen, eller må vi ha bil for å komme til større handelsentra?

Selv bor jeg i Oslo, og her som flere andre steder er det negative helsemessige konsekvenser ved livet vi moderne mennesker lever. Vinterstid er bylufta så dårlig at astma- og lungesyke blir oppfordret til å holde seg inne. Det samme blir små barn og gamle mennesker med generelt nedsatt helsestand. Dette fører til at mange av byens innbyggere i lange perioder av gangen er avskåret fra muligheten for å være ute i friluft. De som har bil kan sette seg i denne og kjøre ut av byen for på den måten å komme til steder med bedre luft. Paradoksalt nok blir luften dårligere for resten av oss jo flere som gjør nettopp dette. For oss syklistene er luf-

ten nesten ikke til å puste inn i hovedstadens vintertrafikk, flere syklistar bruker munnbind med filter. Noen velger å ta bilen, og igjen: Luften blir enda et hakk dårligere for de standhaftige som fortsetter å sykle.

Det ser ut til at vi overser byplanleggingens helsemessige konsekvenser når vi nedprioriterer kollektivtrafikken samtidig som vi fortsetter med å plassere forskjellige funksjoner som bolig, arbeid, innkjøp, langt fra hverandre. Biltrafikken prioriteres fremfor kollektivtrafikken når penger skal fordeles til bygging og vedlikehold.

Det er også allment kjent at daglig bevegelse i form av gange eller sykling gir god helsemessig effekt både ved at man får trim og ved at man ikke bidrar til partikkelforurensingen. Likevel plasseres store handlesenter på områder hvor få bor og parkeringsplassene er mange og gratis. Vi klarer ikke å omsette vår viten til praktiske handlinger når politiske beslutninger skal fattes og økonomisk prioritering skal foretas. Vi lar være å bruke den medisinske viten vi faktisk besitter

Healthy-cities

Healthy cities er et prosjekt under WHO som tar utgangspunkt i at de fleste mennesker bor i byer. Målet er å gjøre livet i byen bedre og sunnere for innbyggerne. De miljømessige fordeler ved å bo i byen er åpenbare: Det er mindre

Lokal Agenda 21
LA-21 stammer fra FN's toppmøte i Rio 1992 om miljø og utvikling. Her oppfordrer FN verdens lokale myndigheter til et samarbeid for å løse de globale miljøproblemer. Dette skal gjøres blant annet ved å utarbeide lokale planer for det 21. århundre.

behov for transport, den enkelte opptar mindre areal til bolig, det er lettere å legge til rette for en bærekraftig utvikling og finne kollektive løsninger når folk bor tett. Likevel er det et problem at dagens byer ikke er organisert på en hensiktsmessig måte utfra kravet om bærekraftig utvikling. Healthy cities ønsker å jobbe for bedre helse for byboerne og en mer bærekraftig byutvikling, og prosjektet ser dette som to sider av samme sak.

Dette er de hovedutfordringene Healthy cities har blinket ut:

- Forurensing
- Fattigdom
- Vold
- Sosial utestenging

Foto: Johan-Ditlef Martens. Fra Husbankenbladet 3/98.





Miljøbyens forslag til forbedring: mindre areal for biler og større areal til gående og skolebarn.

Fra Miljøbyen Gamle Oslo.

Et verktøy for å arbeide med problemene i et helhetlig perspektiv, er å jobbe utfra prinsippene i Lokal Agenda 21. Healthy cities tilbyr kunnskap, ressurser og praktiske erfaringer fra hele verden. Forskjellige politikkområder som bolig, transport, oppvarming, arbeid, helse, økonomi og utdanning ses i sammenheng. Målet er å bruke den kunnskap man har ervervet seg slik at man ved hjelp av konkrete grep kan gjøre byene mer bærekraftige enn de er i dag. Viktige tilleggspørsmål man må forholde seg til i denne sammenhengen er den skjeve fordelingen av goder og vondter, krig, konflikter og flyktninger.

Dagens utfordringer

I Oslo skal det bygges 40.000 boliger over en 10-års periode. I dag er det større forståelse for å bygge tett enn det var for 30 år siden, den gang da Groruddalen ble utbygd, selv om få ønsker nye boliger i sitt umiddelbare nærmiljø (not-in-my-backyard-syndromet). Fortetting i bystrøk med flere funksjoner i samme område er en mer bærekraftig måte å bygge på. I dag er våre arbeidsplasser mindre usunne enn tidligere tiders industri-arbeidsplasser, noe som minsker de negative helsemessige konsekvenser ved en tettere boligbygging. Likevel kan det være risiko som er oversett og som man trenger engasjement fra blant andre helsearbeidere for å bli klar over og ta høyde for. Ikke slik å forstå at man kan planlegge seg ut av alle problemer, men jo flere faggrupper

som tar del i byutviklingen på en ansvarlig måte, jo lettere er det å se sammenhenger man ellers har en tendens til å overse.

I byer som har en annen sosial situasjon enn Oslo ser tingene annerledes ut. På konferansen for bærekraftige byer og tettsteder i Hannover møtte jeg en ordfører fra en by i det sørlige Tyrkia som kunne fortelle at hans by hadde fått doblet innbyggertallet som følge av kriger og konflikter. Skal alle nye innbyggere ha bolig fort, kan det bli vanskelig å ivareta miljøhensyn samtidig. Det raskeste og billigste er å sette opp mange boliger utenfor bykjernen.

Hos oss er situasjonen en annen. Vi har overskudd både økonomisk og sosialt, og dermed ingen unnskyldning for ikke å tenke langsiktig. Støy og partikkelforurensning er to negative konsekvenser av transport. Biler i ro og biler i bevegelse opptar likeledes store deler av byenes og tettstedenes areal. Er det slik vi ønsker det skal være? Flere undersøkelser viser at Europas bybefolkning ønsker en mer radikal miljøpolitikk av helsemessige grunner. Det vi trenger i følge Healthy cities, er et politisk lederskap til å ta disse beslutningene og som ønsker å inngå en forpliktelse på miljø og helse.

Healthy cities

Er et prosjekt under WHO med det mål å gjøre byene sunnere å bo i for borgerne, samt å arbeide for en bærekraftig byutvikling. Prosjektet er lokalisert i København.

Det avsluttende spørsmålet til politikere, planleggere og byråkrater som deltok på Hannover 2000 var: Har du råd til å overse helse i ditt arbeid?

- Nei, svarer man, og ser seg omkring etter samarbeidspartnere. Hvem er vel nærmere enn en allmennpraktiker til å se og forstå de helsemessige konsekvensene av forurensning og andre miljøproblemer? Det er dere som har både den nødvendige kunnskapen og de gode argumentene!

Nyttige internett-adresser:

www.who.dk/healthy-cities/
www.agenda21.no
<http://cities21.com/europractice>
www.sustainable-cities.org

Diabetes-laboratoriekonsulenter

– nytt tiltak for å heve kompetansen
rundt diabetikernes egenmåling av blodsukker

Kari Nerhus, prosjektleder i NOKLUS¹,
Seksjon for allmennmedisin, Universitetet
i Bergen

Reidunn Sønsthagen, diabetes-laboratorie-
konsulent, FOKLUS² Oslo, Klin. kjem. avd.,
Ullevål sykehus

Åse Reikvam, diabetes-laboratoriekonsulent,
FOKLUS² Sogn og Fjordane, Klin. kjem. avd.,
SSH i Sogn og Fjordane

- Hvem kan gi råd når jeg skal velge nytt blodsukker-
apparat?
- Gir apparatet mitt riktige verdier som jeg kan stole på?
- Utfører jeg blodsuktermålingene på rett måte?

Mange diabetikere vil kunne kjenne igjen disse spørsmålene, og problemstillingen er også velkjent for helsepersonell som er i kontakt med diabetikere. Med stadig nye apparater på markedet og med økende omfang av egenmåling av blodsukker, har det lenge vært et tiltagende behov for å heve kompetansen innen dette feltet. Hittil har det vært få steder å henvende seg til for å få svar på spørsmål om blodsukkerapparater.

Faktisk hadde man lite kunnskap om kvalitet på diabetikernes egenmåling av blodsukker inntil Rikstrygdeverket (RTV) startet eget prosjekt om dette i 1997 i samarbeid med Norges Diabetesforbund og NOKLUS. Prosjektet startet med å gjennomføre en stor undersøkelse der det deltok 422 diabetikere for å kartlegge kvalitet på diabetikernes egenmålinger.

Resultatene fra undersøkelsen, som kan finnes på www.uib.no/isf/noklus/diabet.htm, viste at 46% av diabetikernes målinger avviker mer enn 10% fra «sann verdi» og at 16% avviker mer enn 20%. Dette tilfredsstiller ikke kvalitetskravet den amerikanske diabetesorganisasjonen anbefalte allerede i 1986, nemlig at diabetikernes egenmålinger skal avvike mindre enn 10%. Årsakene til at kvaliteten ikke

er god nok kan være dårlig kvalitet på strimler/apparater og/eller brukerfeil.

Undersøkelsen viste altså at blodsukkerapparatene kan gi dårligere kvalitet på målingene når de brukes av diabetikere sammenlignet med faglært personale, dvs. at de fleste apparatene er følsomme for brukerfeil. Dette betyr at det er viktig med god opplæring, men det var kun halvparten av diabetikerne fra undersøkelsen som hadde fått opplæring, hovedsakelig av sykepleier eller av forhandler, da de startet med egenmåling av blodsukker.

Diabetes-laboratoriekonsulenter

For å styrke opplæringen er det fra mars av ansatt diabetes-laboratoriekonsulenter (bioingeniører) i 50% stilling i to fylker, i første omgang som del av et prøveprosjekt med ny distribusjonsordning av diabetesutstyr (eneleverandør) i Oslo og Sogn og Fjordane. Diabetes-laboratoriekonsulenten er finansiert av RTV, og er knyttet opp mot FOKLUS i hvert fylke.

Diabetes-laboratoriekonsulenten skal bidra til å heve kompetansen mht. blodsuktermåling først og fremst hos helsepersonell som er i kontakt med diabetikere, slik at disse står bedre rustet til å lære opp diabetikerne. Derfor vil diabetes-laboratoriekonsulenten henvende seg til legekontor, til sykehjem, til hjemmesykepleien og til diabetespoliklinikker. Diabetes-laboratoriekonsulenten skal drive veiledning og formidle skriftlig informasjon til disse (f.eks. rundskriv), samt bistå legekontor/poliklinikker med eventuelle arrangement av kurs for diabetikere.

Hvis det er kapasitet til det kan konsulenten også gi opplæring direkte til diabetikerne. Diabetes-laboratoriekonsulenten skal dessuten ha et tett samarbeid med eneleverandøren av diabetesutstyr i fylket, bl.a. for å koordinere den faglige informasjonen som gies ved salg av strimler og blodsukkerapparater. Eneleverandøren, dvs. én leverandør valgt etter anbud, forplikter seg til å føre alle blodsukkerapparater som er på markedet, og ikke kun ett apparat som navnet kan tilsi.

Prøveprosjektet med diabetes-laboratoriekonsulenter/eneleverandør av diabetesutstyr skal evalueres etter en 2-års periode. Hvis dette viser seg å være vellykket, kan det bli aktuelt å utvide ordningen til å gjelde for hele landet.

¹ Norsk Senter for Kvalitetssikring av Laboratorievirksomhet Utenfor Sykehus

² Fylkesdel av Ordningen for Kvalitetssikring av Laboratorievirksomhet Utenfor Sykehus

De XSTRA spesielle guttene

Av Kirsten Mostad
Pedersen, mor til 19 år
gammel gutt med XXY
og ledende helsesøster
i kommunedel Sentrum,
Fredrikstad kommune

Klinefelter syndrom eller karyotype XXY finnes hos nærmere 2 promille (1) av alle levende fødte gutter. Kunnskapen om lidelsen er liten og få blir diagnostisert.

Har det noen hensikt å diagnostisere?

Januar 1981 fikk vi en stor fin gutt. Mai 1996 fikk denne gutten sin diagnose ved en tilfeldighet. Han hadde 47 kromosomer, en ekstra X (XXY). I sykehusjournalen ved kontroll av retentio testis (7 år gammel) er det anmerket «micropenis». Logoped hjelp ved 3–4 årsalderen. Ved testing på PPT kontor tidlig i barneskolen pga problemer på skolen, ble det funnet normalt intelligensnivå; beskjed til oss foreldre: «det er som noe mangler på toppen» ! Ikke noe av dette førte fram til en diagnose.

Hvordan hadde så hans liv og vårt liv vært inntil denne diagnosen ble stillet? Hadde det gjort noen forskjell om dette hadde blitt oppdaget noen år i forveien? Jeg vil si litt om hva som kjennetegner disse med karyotype XXY.

Gutter med XXY har en litt senere motorisk utvikling enn andre gutter. De sitter, går og snakker ofte litt senere. Den grovmotoriske koordinasjonsevnen er nedsatt. Frustrasjonsgrensen er lav og reaksjonene står ikke alltid i forhold til det som utløser dem. Emosjonell labilitet kan være vanskelig å takle, da man ikke alltid skjønner reaksjonene. Dette er gutter som tar livet mer med ro enn andre gutter. Dette kan skape frustrasjon hos omverdenen. De sover mye, spesielt dersom de går ubehandlet inn i puberteten, og de sover urolig. Sosialt har de ofte problemer med å finne kamerater og selvtiliten er dårlig.

Skolen kan bli et problem for disse guttene. Språkforståelsen kan være dårlig, samtidig som de kan ha nedsatt hørselsminne og evne til å uttrykke seg verbalt. (2)

Konsentrasjonsevnen er nedsatt, og de avledes lett. Intelligensen er normal. Lese/skrivevansker kan forekomme. Skoleprestasjonen står ikke i forhold til intelligensnivået.

Dette er gutter som lett blir mobbeoffer. De er «morsomme» å terge, da voldsomme reaksjoner lett utløses. Samtidig er dette snille gutter. De er ivrige etter å gjøre alle til lags. De er omsorgsfulle og hjelpelige og kommer godt overens med voksne både hjemme og på skolen.

For meg som helsesøster gjennom mange år, var diagnosen XXY eller Klinefelter syndrom, et ukjent territorium. Det skulle vise seg at dette ikke gjaldt bare meg, men resten av helse-Norge så langt jeg har kunnet finne.

Vi har ikke funnet spesialister hverken medisinsk eller pedagogisk, eller psykologer som har kjennskap til våre problemstillinger. Det finnes ingen norsk forening. Smågruppesenteret ved Rikshospitalet, Frambu og andre spesialist-senter har ingen spesialkompetanse for denne gruppen. Alle henvendelser ender med at ballen kastes tilbake til oss foreldre. Vi må gjerne starte en forening og bli kontaktpersoner for andre. Dette er en oppgave vi vurderer å ta, men vi har behov for faglig ekspertise i ryggen.

Har det noen hensikt å diagnostisere?

Med vår årelange erfaring er mitt umiddelbare svar ja. Dette er gutter som skal ha tidlig hjelp, allerede i barnehagen. De bør ha tidlig hjelp for utvikling av språklige og sosiale ferdigheter. På skolen trenger de ekstra ressurser for best mulig innlæring. Små grupper og tett oppfølging er anbefalt (3). Det er også behov for tilrettelegging ved eksamener og prøver.

Det har liten hensikt å melde «pjokken» på fotballaget. Lagidrett er vanskelig å mestre. For å bedre den grovmotoriske koordinasjonsevnen, kan svømming og riding være gode alternativer. Vår gutt hadde god nytte av eurytmireningen på Steinerskolen, hvor han begynte i 6. klasse.

Testostronbehandling er anbefalt fra 11–12 års alderen. Hormonbehandling tilbys de guttene/mennene som diagnostiseres. De har meget lavt testosteronnivå. Med mer hormoner blir de mer konsentrerte, får mer krefter og blir mer våkne.

Som en voksen XXY mann uttrykker det; veien fra tanke til handling blir kortere.

Tidlig diagnostisering vil kunne medvirke til at mestrings-evnen bedres både i forhold til skoleprestasjoner og sosial omgang.

Hvordan skal vi så oppdage dem? (4)

Mulige symptomer hos gutter med XXY:

- Små genitalia (harde, faste testis)
- Snakker sent, dårlig språkforståelse (oftest vanskelig for å uttrykke seg)
- Lærevansker
- Generell passiv oppførsel med tilfeldige aggressive og impulsive utbrudd.
- Hypotoni
- Håndtremor
- Økende lengdevekst etter to årsalderen (spesielt lang benlengde)
- Dårlig fin/grovmotorikk

Mulige symptomer hos eldre gutter/menn med XXY:

- Tretthet
- Håndtremor
- Små genitalia

- Infertilitet
- Mammaeutvikling
- Depresjoner
- Osteoporose
- Nedsatt muskelstyrke
- Liten eller manglende ansikts- og kroppsbehandling
- Umoden opptreden
- Feminin fettfordeling (hofter, mage)

Mulige feildiagnoser:

- ADD
- Emosjonelle forstyrrelser/affektforstyrrelser
- Afasi
- Asperger syndrom
- Autisme
- Mistanker om omsorgssvikt/mishandling
- Passive/aggressive
- Lærevansker
- MBD
- Kommunikasjonshandikap/retardert språkutvikling.

Fra egne og andres erfaringer ser det ut til at ledd er lett overstrekkbare og ledd/muskelplager kan være et symptom.

Hyppigheten er en pr. 6–700 levende fødte gutter (2). Det vil si at i Fredrikstad kommune fødes det en Xstra spesiell gutt hvert annet år. Jeg kjenner bare to!

Vi måtte lete i 15 år før vi fikk svar. Mye hadde vært annerledes om vi hadde visst, og vår gutt hadde vært spart for mange vanskeligheter. Som en annen mor skrev til oss; vi har hatt et slitsomt liv både vi og barna våre.

Jeg er tilgjengelig for alle som har spørsmål. Vi forsøker å få i gang en forening i løpet av året.

Kirsten Mostad Pedersen, Hovslagervn. 33, 1615 Fredrikstad

Mailadresse: kmost@online.no

Litteraturhenvisninger

1. Johannes Nielsen Klinefelter syndrom – En orientering
2. Lars Hägenäs og Stefan Arver v. Karolinska sjukhuset «Underdiagnostiserad kromosomrubbing»
3. Robert Bock, Office of Research Reporting, NICHD «Understanding Klinefelter syndrom, A guide for XXY males and their families». Aug. 1993.
4. XXY Brosjyre fra Klinefelter Syndrome and Associates org. USA.

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 K05

T INHALASJONSPULVER 50/100 µg/dose, 50/250 µg/dose og 50/500 µg/dose i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol 50 µg og fluticason, propion. 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Egenskaper: *Klassifisering:* Seretide inneholder salmeterol og flutikasonpropionat som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. *Virkningsmekanisme:* Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende β_2 -agonist. Den bronkodilaterende 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 økt frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. *Rapporterte bivirkninger:* Salmeterol: Hyppige (>1/100): Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelspasmer. Sjeldne (<1/1000): Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioedem), 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 skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptombegleitende 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 bronkodilatator 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 bronkodilatator 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

Dobbelt 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

Om Utpostens skrivekurs



Foto: Kjell Alenik

Utposten arrangerer for første gang skrivekurs på Primærmedisinsk uke. De fleste vil vite at Utposten har hatt en tradisjon med essaykonkurranse tidligere, men i år vil vi heller tilby et kurs for alle som har noe på hjertet. Som kurslærer har vi fått Solveig Aareskjold, kjent forfatter og essayist.

Tekstene hennes kombinerer det personlige med kunnskap, innsikt og nysgjerrighet, ofte med et lett fandenivoldsk skråblikk på hverdagslige erfaringer. Hun kombinerer teoretisk bakgrunn med et kyndig og våkent blikk, og formidler det hun ser enkelt og presist, til både gjenkjennelse og overraskelse for leseren.

Som leger har vi også grundig teoretisk bakgrunn. Erfaringen har gitt oss innsikt, og et våkent blikk for mennes-

kets og samfunnets mangfoldighet. Men sjeldnere formidles dette videre, utover den kollegiale utlufting av felles frustrasjoner. Det kan skyldes manglende tro på egen formuleringsevne, dårlig tid (klassisk unnskyldning) eller angst for å stikke seg fram.

Formålet med dette kurset er at leger skal bli bedre i stand til å smelte sammen fagkunnskap og engasjement, og gi det en klar, enkel og presis skriftlig form, som kan leses av både kolleger og offentlighet. Kravet til faglig stringens og angsten for å blamere seg for kolleger fører til at en lett kan bli fanget i språket, i stedet for at språket frigjør og åpner opp. På dette kurset kan du øve oppveien til å uttrykke deg enkelt og presist, uten å gå på akkord med kravene til faglig etterrettelighet.



Foto: Kjell Alenik

Utpostens skrivekurs

Om sakprosa og essay – skrivekurs for deg som ønsker å formidle et budskap

Formålet med kurset er at legar skal bli bedre i stand til å smelte saman fagkunnskap og personleg engasjement, og gje det ei klar, enkel og presis skriftleg form som kan lesast og oppfatta av fagfolk så vel som vanlege opplyste menneske.

Målgruppe: Legar og medarbeidarar • **Kursledelse:** Utposten, ved Torgeir Gilje Lid • **Kurstimer:** 9

Onsdag 1. november

0830 – 1230 Om sakprosa og essay, form og innhald

1000 – 1015 Kaffepause

1015 – 1200 Kva er det eg vil ha sagt?

Skriveøving. Kunsten å enda opp med ein tekst som i det store og helle inneheld det ein hadde på hjartet då ein byrja å skriva

1200 – 1300 Olav Rutles minneforelesing

1300 – 1400 Lunsj

1400 – 1430 Kulturhalvtimen

1430 – 1800 Samtale, vurdering: Har eg fått sagt det

Oppsummering, i høve til teori og eksempler. Forsøk på å utkrystallisera ein metode

1600 – 1615 Kaffepause

Vi vil sjå nærare på den kroppslege og sjelelege tilstanden ein er i når ein skriv. Kunsten å verken vera for anspent eller for likeglad, verken for kritisk eller for sjølvtilfreds.

Kursdeltakarane bør ta med seg kvar sin tekst dei har strevd med og ikkje fått til. Så vil me arbeida med ei felles oppgave og ei individuell. Ein del av vurderinga vil føregå i grupper, så det gjer ikkje noko om der blir stort mangfold.

Det er godt om kursdeltakarane har og kan ta med seg portable pc-ar, vi vil ha høve til å gjera utskrifter på staden.

Kurslærer:

Solveig Aareskjold, forfatter, Sandnes

Fare

Av Solveig Aarreskjold

Fra Kyss meg i diskursen, Det norske samlaget, 1996

Av og til hender det at folk spør: Reiser du aleine, er ikkje det farleg? Stort sett blir eg smigra ved tanken på at ei dame i min alder skulle bli så nedrend av galante tilbod at det utgjorde eit reelt problem. Men spørsmålet avslører ein tankegang som er å likna med trua på nissar og troll: Mange har høyrte om dei, men få har sett dei.

Faktum er at yndige små jenter heilt frå nitten-tjueårsalderen dreg mutters aleine på jordomsegling og kjem velberga heim. Mens to damer på vift er reine lokkematen for menn på jakt etter eventyr. Skal du ha bråk, så ta med deg ei fnisande venninne. Skal du utsetta deg for livsfare, så gå ombord i ei ferje. Ei transportform som heilt til nå i haust har stått som noko riktig så trygt og heimekoseleg, trass i den fæle brannen på Danmarks-ferja for nokre år sidan.

Nå er det ikkje det at mine reiser alltid har gått så smertefritt for seg. Men dei uhelda som har ramma meg, har visst aldri vore knytta til jaktande mannfolk. I vår, til dømes, reiste eg nedover Tolvøyane. Kvar gong eg gjekk i land på ei ny øy, kom der ein mann og kasta seg over meg, førte meg gjennom tronge gater eller dytta meg inn i ein bil for å frakta meg til hotellet sitt. Heilt i orden for meg, så hadde eg tak over hovudet den natta. Vanskane begynte først då eg kom til Kreta for å gå på dansekurs i lag med gode nordmenn. Alt første dagen kom eg til skade og heldt på å måtta gi opp. Men det var fordi ei overvektig dame med stiletthælær trødde meg på vrista.

Sommaren 1988, på ferie med familien på turistøya Rhodos, blei eg angripen av ei solseng. Det er allment kjent at ein kan få hudkreft av å sola seg for mykje, så eg hadde klint meg inn med såkalt solfaktor. Men kven tenker på at der er stål-fjører i den solsenga som du har kjøpt billett for å ligga på? At dersom du ikkje behandlar henne korrekt, vil ho smella til som ei rottefelle? Eg fekk meg ein mellom auga så eg såg både stjerner og månar og var uskadeleggjort for resten av den ferien.

Året etter reiste eg aleine rundt omkring i Hellas med båt og tog og buss. Der i landet har dei ein motorsykelkultur som liknar ingen ting. Når der er raudt lys, flokkar alle mopedane og motorsyklane seg fremst i krysset, klar til å skyta over straks det blir grønt. Ingen bruker hjelm. Ei dame i min alder, hustru og mor, burde halda seg langt borte frå



Fotograf: Kjell Alnø

denslags. Likevel, ein dag i Aten sat eg plutselig over skrevs på den største motorsykkelen, med armane omkring ein tiltrekkande student. Kor vettet var blitt av er der ingen som veit. Men eg hugsar kor festleg det var å tre seg inn og ut mellom bilar og bussar. Rett nok kjørte me oss vill og brukte resten av dagen til å finna ut kor eg budde, og regna gjorde det òg. Men samanlikna med samanstytt med solsenga var det ei rørende uskyldig oppleving.

Ikkje lærte eg noko av det heller. Ein kveld ei veker tid seinare, i det segnomsuste Mykene, gav eg meg i lag med tre unge mannfolk og kjørte avgarde med dei i ein bil. Mørkt var det, og ouzo drakk me, og etter kvart begynte dei tre å kringla om det vidare arrangementet utover natta. I alle fall var det på tide å gå heim og leggja seg. Eg hadde leigd meg rom oppe på eit tak. Men då eg kom til der taket skulle vera, kunne eg ikkje finna det. Der var bare vegger, og stummande mørkt. Mens eg gjekk der og vasa, støyte eg på nokre bord som blei brukte i kafeen om dagen. Eg blei gripen av ein uimotståeleg trong til å stabla dei oppå ein annan og bruka dei til trapp. I mitt indre let der ei formanande røyst som sa at det var like farleg som å leggja seg på ei solseng på Rhodos. Likevel, tanken var lokkande, og når eg bare passa på å setta det eine bordet skikkeleg oppå det andre ... Skulle eg kanskje sova her ute på bakken i natt? Mens fornuft og lyst kjempa i mitt indre, skjedde det at den veggen eg sto og støtta meg til, på underfullt vis forvandla seg til ei dør. Eg datt inn i trapphuset og rusla uskadd opp på taket og la meg.

I 1990 reiste eg omkring i Tyrkia. Det er eit land som ein kan ha mange innvendingar mot. Men eitt er sikkert, og det er at dei passar godt på einslege damer med ryggsekk. I 1990 visste tyrkarane at Norge er eit farleg land. For der risikerer ein å brenna inne i ei ferje.

Hvorfor er det ingen som spør

– eller som man roper i skogen får man svar.....

Av Øystein Bakkevig



Øystein Bakkevig, f. 1955,
gift, tre barn, cand.med 1982,
ass.lege i psykiatrien 1984-85,
kommunelege i Aremark
1985-88, spes. allmennmed
1990, allmennpraksis de siste
12 år i Halden i kontorfelles-
skap med psykolog. Jobben er
i vekslende grad supplert med
forskning og veiledning.

I skumringen og rusen fra en vellykket kursdag, og med litt vin i glasset og noe i kroppen – lot jeg meg utfordre til å skrive noen ord rundt forholdet til våre nærmeste medarbeidere – pasientene våre. De vi møter vi hver dag, med vårt åpne sinn og blikk for muligheter og egenutvikling. Jevnt og trutt kommer de, tar våre råd og formaninger på alvor og kommer glade tilbake med fortellinger om hva de har opplevd og hvor godt våre behandlingstiltak har fungert. – Var det ikke slik, sa du? Fornøyde pasienter må vi ha mange av siden over 90% sier de er fornøyd med legen sin, selv om de ikke liker leger sånn i det hele. Men hvor mange leger er fornøyde med pasientene sine? Det er det visst ingen som har turt å spørre om!!

«Har du hatt mange som har spurt om Viagra?», spurte den siste legemiddelrepresentanten meg da han skulle markedsføre sitt siste revolusjonerende produkt. Etter å ha tenkt meg nøye om, måtte jeg dessverre si nei på det tidspunkt. Og dermed gikk tankene – mon tro hvordan det er hos kollega Per, for ikke å snakke om han nede i gata? Hvordan har det seg at noen går til Per, kanskje for ting de ikke vil snakke med meg om???

Kan det være at en «lege» ikke er noen entydig begrep? – men at PERSONEN som fyller jobben er viktigere enn vi tror?

Min kollega psykologen på kontoret kan med letthet ramse opp diverse pasientobservasjoner om legenes tilstand, åpenhet, tilgjengelighet og opplevd evne til samhandling med pasientene – (nyttet ikke å prate med ham om det i dag, jeg så jo at han var trøtt etter vakt!!) – nyttig informasjon til ettertanke.... Mon tro hva som blir sagt om meg? Ikke for å være navlebeskuende, men kanskje en ærlig tilbakemelding kunne vært på sin plass innimellom?

«De fleste er fornøyd» sier du – «det var hyggelig å høre, men hva er de fornøyd med? Har de savnet at jeg spurte hvordan seksuallivet deres var eller tenker det kan de ikke snakke med meg om?» Vi formes av våre pasienter (på godt og vondt) og pasientene former seg etter oss. I det samspillet som blir mellom meg og min pasient, er det jeg som er hovedaktør og initierer samspillet. Derfor er det så vesentlig hva jeg sender ut av signaler, både av holdninger, verdier, kroppsspråk og verbalt. Ingen av oss er nøytrale. Og pasientene innretter seg – dersom vi i dette samspillet ikke makter å «se» pasienten og behandle ham/henne som en likeverdige medarbeider, ja sågar som ekspert i arbeidet med å takle sitt

meg om VIAGRA?

liv, sin lidelse, sine sykdommer eller sine seksualproblemer for den saks skyld...

I møtet mellom to mennesker, er det et «du» og et «jeg» som Martin Buber skriver om og begge formes vi i dette møtet. Så jeg våger den påstand at vi får de pasientene vi ber om! En urovekkende tanke i disse fastlegetider.

Våre holdninger, vårt språk, vår organisering av praksisen og vår tilgjengelighet som mennesker oppfanges av våre pasienter. «It's hard to be a doctor...», men kanskje er det av og til verre å være pasient? I hvert fall hvis våre kollegiale normer fortsatt skal innbefatte standarder for behandling som ikke er tuftet på refleksjon og bevissthet rundt betydningen av vår egen framtrede og hvordan den virker.

Vi velger den rollen vi kjenner oss trygge i, som konsulent, veileder, observatør, medarbeider eller «medvandrer» i folks liv. For de fleste av oss er det slitsomt å gå ut og inn av 20–30 relasjoner hver dag – og i hvert fall hvis vi føler at andre har kontrollen.

«I det lukkede rom» er det vi som har kontrollen – fordi vi både direkte og indirekte styrer temavalg og setter dagsorden for konsultasjonens ramme og utkomme.

Og det er her utfordringen ligger – å åpne for en indre dialog der du er du og jeg er jeg – en gjensidighet i møtet med livet der vi som leger kan være medarbeidere i folks liv og ydmykt gå inn i de deler av folks liv som vi blir invitert inn i. Ofte får vi en større plass enn det vi som mennesker fortjener, og kan kjenne forventningen om den onnipotente farsskikkelse. Jeg tror at vår posisjon også gir oss nøkkelen til å endre dette i tråd med våre egne forventninger til oss selv.

Kanskje det er tid for å stoppe opp litt, se oss rundt og ikke minst kjenne etter om vi er fornøyde med våre pasienter – og dersom det kan friste med forandring, våge spranget inn i selverkjennelsen og refleksjonen rundt en kan hende fastlåst rolle.

Hva som kommer ut av det? I en god prosess vil det kanskje føre til øket trivsel, øket opplevelse av kontroll – og flere fornøyde pasienter?

11. Nordiske kongres i almen medicin

Du kan stadig tilmelde dig 11. Nordiske kongres i almen medicin.

Har du forlagt dit program med tilmeldingsblanketten, kan du tilmelde dig elektronisk på kongressens hjemmeside www.nkam2000.ics.dk

Har du ikke adgang til Internet, kan du ringe til DSAM's sekretariat +45 35 43 36 73 og få en ny tilmeldingsblanket. Du kan også faxe til os på + 45 35 43 36 77 eller sende en e-mail dsam@inet.uni2.dk

Samfunnsmedisin

Oppgaver, fag og forening

Av Svein Lie, helsesjef i Sandefjord



Svein Lie,
helsesjef i Sandefjord
fra 1993.

Tidligere kommune-
lege I og II i Vinje og
Flakstad.

Avskjedstalene har preget spaltene etter samfunnsmedisinere de siste årene. Det er selvsagt noe vemodig over det, men mer er det heller ikke. Leger er ikke de eneste som ønsker å skifte arbeid etter en periode. Jeg er uenig med de som opphøyer avskjeden til et spørsmål om fagenes eksistens og berettigelsen av å arbeide. Så lenge rådmenn og helse- og sosialsjefer ikke skriver samtidig så er kanskje sorgen sterkest hos legene. Det synes åpenbart at gjensidigheten i forholdet mellom lege og oppdragsgiver ikke har vært tilstrekkelig i flere tilfelle.

Et annet forhold er at vi aldri vil vinne posisjon gjennom beklagelser. Det virker bare negativt på de som kunne tenkes å be om vår medvirkning og vil dessuten virke negativt på de som kunne tenke seg å slå inn på faget. Dobbelts uheldig med andre ord.

Oppgavene

Det er åpenbart mye å ta seg til i samfunnsmedisinske stillinger på kommunalt nivå. Utfordringen ligger mer i å begrense seg enn å finne oppgaver. Rammebetingelsene har endret seg siden stads- og distriktslægenes tid. En har ikke lenger samme innflytelse i kraft av en embedsposisjon, men godt faglig arbeid vil alltid ha gjennomslag, før eller siden.

Spørsmålet om samfunnsmedisinernes framtid er avhengig av samfunnsmedisinene selv, og ingen andre. Svaret om hva som kreves for å beholde funksjonen er ikke spesielt for vårt fagområde, det er allmenngyldig. All funksjon må ha sin legitimitet. Legitimiteten oppstår ikke av standen eller faget. I en viss grad oppstår den av loven, men over tid er legitimiteten helt avhengig av det samfunnet enhver funksjon utføres i. Når legitimiteten er truet nytter det lite å løpe til sine egne og gråte. Når legitimiteten er truet må en endre rollen i takt med hva som etterspørres.

Sundhetsloven var med å bane vei for hygieniske forbedringer i samfunnet. Etter 140 år har samfunnet endret seg. Vi skal fremdeles ha rollen som utkikkspost på de forhold som er til skade for befolkningen, men den gamle rollen som helserådsordfører fyller ikke nok til en hel funksjon i dag. Andre har overtatt de tekniske hygieniske sakene og gjør det med dyktighet. Debatten om den offentlige leges rolle i sikring av folkemengden under 2000-markeringen i Oslo bekymrer meg (jf. debatten på Kompass-lista våren 00). Noen har nok sett noe de ikke liker, men det er og blir politiet som har ansvar og myndighet på dette området. Jeg oppfatter 2000-debatten som feil og uviktig for samfunnsmedisin.

Dagens hovedutfordringen ligger fremdeles i kommunehelseslovens § 1-2, men i andre dimensjoner enn miljørettet helsevern. Utfordringen er størst med tanke på rett bruk av ressursene slik at flest mulig får nytte av hjelpen. Fagene befinner seg i en konstant endring. Profesjonene har fremdeles ikke kommet til den endelige enighet om felles innsats om pasienten i sentrum. Kommunene er i konstant ressursmessig interessekonflikt mot den private omsorgsevne på den ene siden og mot kostbar sykehusbehandling på den andre. På lokalt nivå er min erfaring at det er viktig med ledelse av helsetjenesteproduksjonen i komplekse kunnskapsbedrifter og strategisk rådgivning til den øvrige kommunale administrasjonen. Jeg opplever også å bli hørt. På regionalt og nasjonalt nivå er det stadig viktigere at noen analyserer kost/nytteforholdene av de tiltakene vi bedriver.

Det betyr at samfunnsmedisinen må skifte fokus og engasjere seg i de løpende sakene i organisasjonen. Vi må delta

og kan ikke ha rollen som den som bare forteller andre hva de skal gjøre.

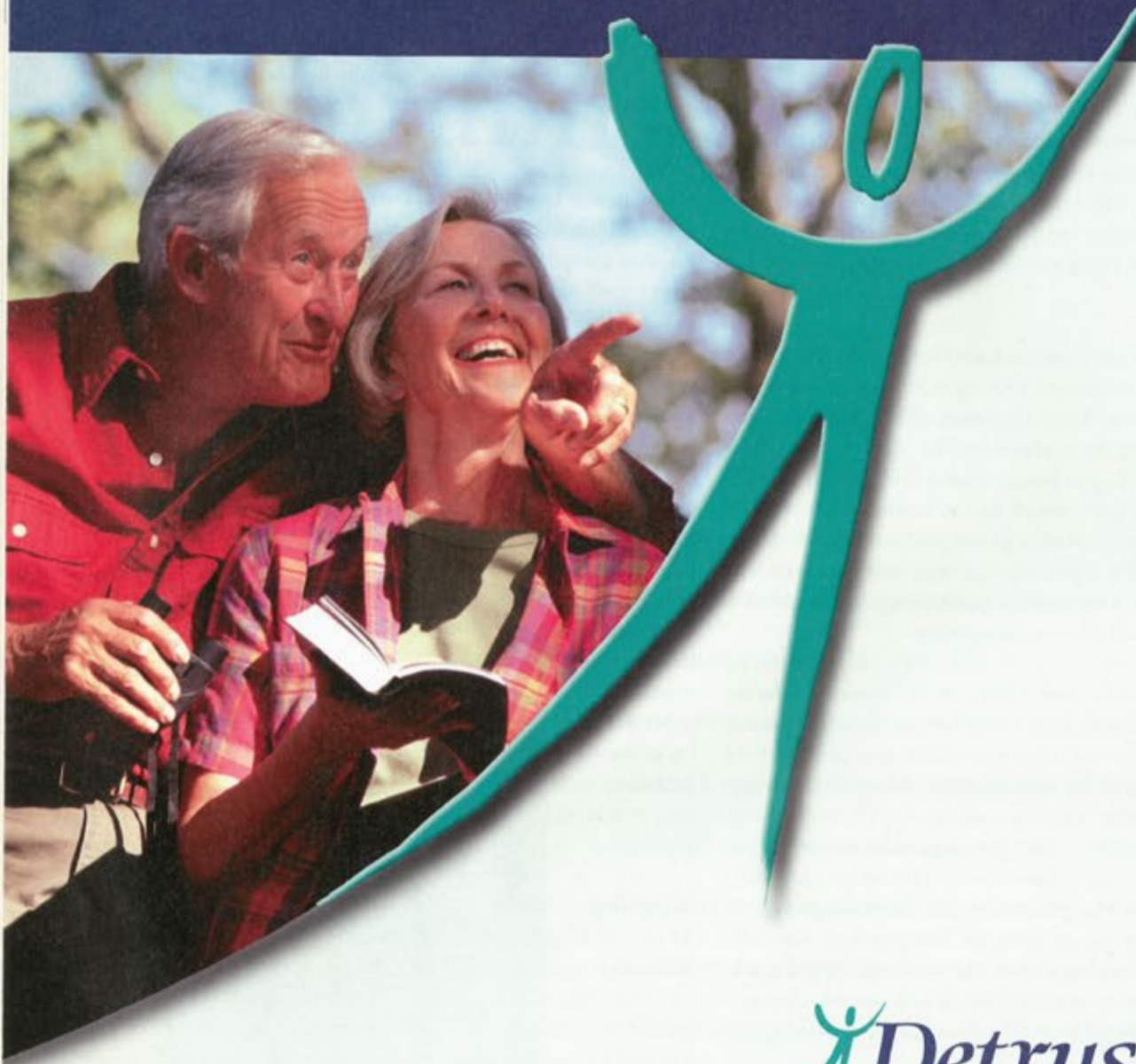
Faget

Nye oppgaver betyr at faget må utøves på en ny måte. Det gir noen utfordringer, blant annet i forhold til andre leger. Antallet komplekse oppgaver øker. Samarbeidet mellom fagpersonell blir mer viktig. Utviklingen fra 1984 har gitt en todeling av primærhelsetjenesten, med en pleie-omsorgssektor på den ene siden og allmennlegene på den andre. Fysioterapeutene hører også med i bildet. Omsorgstjenestene har utviklet sin autonomi og legene har inntatt en legesentrert posisjon ved innføring av fastlegeordningen. Min erfaring er at de komplekse sakene trenger større oppmerksomhet og samordning. Det blir viktig å sikre det, samtidig som det innebærer en mulig konflikt i forhold til yrkesbrødre og søstre som ikke ønsker at noen skal komme inn å innta en lederrolle i forhold til deres yrkesutøvelse. Jeg håper fastlegeordningen etter hvert skal gi rom for at fastlegen skal fylle sin ledende rolle for hver pasient, men erfaringen sier at det ennå kan være et stykke til vi er der. Sett utenfra må det være et lite paradoks at leger kjemper for å beholde lederskapet i sykehusavdelingene samtidig som de kjemper for å unngå lederskap utenfor institusjonene. Komplexiteten i oppgavene er ofte ikke så forskjellige som holdningene kan tyde på.

Forening

Vi står tydeligvis ovenfor et mulig skille i foreningen (Offentlige legers landsforening). Noen tolker dette som et være eller ikke være for oppgavene og faget. Jeg synes det er å trekke betydningen av foreningen for langt. Jeg ser at det kan svekke samfunnsmedisinernes posisjon for en periode. Dersom oppgavene skulle bli borte på grunn av endringer i fagforeningene, synes jeg det er greit nok at de forsvinner, da er ikke oppgaven viktig nok. Det er nok av håndverkstradisjoner som har blitt overflødige og ikke har noe levende fagforening lenger. Jeg tror imidlertid at oppgavene står i kø, dersom vi evner å se dem. I mitt bilde betyr det at vi må legge om kursen fra priveter og 2000-feiringer til ledelse i komplekse kunnskapsorganisasjoner. Akademiene må spille rollen som faglig fundament for råd som omsettes til handling i kommuner og regioner (fylkenes tid er likevel forbi i helsesammenheng). Jeg tror fagforeningen er mest tjent med at vi utvikler slike roller. Da må foreningen også sørge for at rollen får rom, kanskje som en fornyet organisasjon av medisinske rådgivere og ledere?

Blæreselektiv muskarinreseptor antagonist²⁾



 **Detrusitol[®]**
tolterodine L-tartrate

Ny, effektiv behandling for overaktiv blære!

70% av pasientene velger å fortsette
behandlingen etter 12 måneder¹⁾

Referanse; 1) Appell R. Clinical efficacy and safety of tolterodine in treatment of overactive bladder. Urology 50 (Supplement 6a) 1997: 90-96
2) Nilvebrant L, Andersson K, Gillberg P, Stahl M, Sparf B. Tolterodine - a new bladder-selective antimuscarinic agent. European Journal of Pharmacology 1997; 327 (195-207)



Pharmacia & Upjohn

www.detrusitol.com
Kundeservice telefon: 22 18 41 21

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

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 metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologisk effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten 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 enn 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 deaktiveres tolterodin ved CYP3A4 til en ikke-aktiv metabolitt, 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 uendret og ca. 4 % som 5-hydroksymetylderivatet.

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

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Akutt ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert vinkelglaukom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

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

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørrhet, dyspepsi, obstipasjon, magesmerter.

flatulens, brekninger.
Hud: Tørr hud.
Psykiske: Søvnless, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parese.
Syn: Tørr øye.
Øvrige: Hodepine.
Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Brystersmerter.

Sjeldne (<1/1000): Sentralnervesystemet: Forvirring.
Urogenitale: 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 lever sykdom. 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, itraconazol og fluconazol), skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsøvnheten 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. Graviditet 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 mobilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Farmakokinetiske interaksjoner er mulige ved samtidig behandling med andre preparater som metaboliseres ved eller hemmer cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6) eller CYP3A4. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antimykotika (ketokonazol, itraconazol og fluconazol) skal behandles med forsiktighet. Ikke påvist interaksjoner med warfarin eller kontraseptiva i faste kombinasjoner (etinyloestradiol/levonorgestrel).

Dosering: Anbefalt dose er 2 mg 2 ganger daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales 1 mg 2 ganger daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan doseringen reduseres fra 2 mg til 1 mg 2 ganger daglig. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Ved lever sykdom må ikke dosen overstige 1 mg 2 ganger daglig.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved doser på 12,8 mg. Behandling: Ev. ventrikelsykling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 2 mg: 500 stk. kr. 4501,00. Enpac. 56 stk. kr. 546,20. 1 mg: 500 stk. kr. 4501,00. Enpac. 56 stk. kr. 546,20.

EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.
Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg
Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037
E-mail: john.leer@isf.uib.no

Blir it-hverdagen i primærlege-tjenesten bedre, enklere og billigere?

Det er ikke små kronebeløp norske allmennpraktiserende leger har punget ut til selgere av edb-utstyr og programmer i løpet av de siste 10-20 årene. Kommer vi til et metningspunkt hvor investeringslysten avtar i takt med forventninger og sviktende utviklingsløfter?

Helsenett kan samle oss til en sterk brukergruppe med felles interesser og mål. Her kan den enkelte leges utstyr forenkles og standardiseres med mulighet for rabatter og innkjøpsordninger.

Imidlertid ser vi nå konturene av ytterligere kommersialisering av datatjenestene i primærhelsetjenesten. Telenor vil på banen med sentraliserte serverparker for å betjene legekantor over det ganske land og kanskje videre i Europa. Firmaene som selger elektroniske pasientjournalprogram bygger om programpakkene sine med nye og større spesifikasjonskrav for maskiner og nettverksprogram. Compaq vil etablere seg med helsenett-bånd i Tromsø. Nye investeringer står altså for døren mens Helsenett, henvisning- og epikriseutveksling og samkjøring lar vente på seg.

Jeg lukter en gryende frustrasjon.

Gamle dyder som enkelhet, funksjonalitet og stabilitet avløses av kompleksitet, spesialisering og kort varighet. Egentlig kunne vel primærlegjetjenesten løse it-behovene med relativt enkle edb-maskiner med Linux operativsystem, noenlunde standardiserte EPJ med oversettere og Helsenettløsninger via Internett.

Hvem styrer utviklingen?

Er markedet umettelig?

Vil nye generasjoner leger være like tålmodige som tidligere?

Det er fortsatt spenning i sikte og leger slutter visst aldri å være teknologikåte og opp-tatt av utvikling.

Tar jeg feil?

Askøy i april 2000.

John Leer

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

Jeg takker Inger Noer for utfordringen og bringer stafettpinnen videre med et dikt av Helge Stangnes, en folkekjær lyriker for oss her i Troms. Gjennom bruken av det nyanserike Senja-målet gir han en beskrivelse av nordnorsk natur og folkeliv som for en innflyttet Hadelending er med på å sette ord på hvorfor jeg fortsatt er der jeg er...

Etter 16 år i Nord-Norge er det ikke til å unngå at vær og værvarsling har blitt en viktig del av dagliglivet og et viktig samtaltemne når man møter pasienter og bekjente. Mindre sentralt har det ikke blitt etter denne vinteren med ekstreme vær – og snøforhold her i nord. Dette nummeret av Utposten kommer ut når våren/forsommeren sannsynligvis har tatt et godt grep om «søringene», mens vi her oppe ennå ikke kan være sikker på at Vårherre ikke fortsatt har noen snø-elinger i bakånd.

Diktet er hentet fra diktsamlingen «Lys langs en fjord» fra 1992.

Langtidsvarsel

*Det heng et lågtrøkk førr ytre Senja
og stappe snykov i kvar en fjord,
no ska han gra-tykje ta igjen, ja,
førr godverspåskken som nylig for*

*I gårkveld måkka eg fire gonga
mens TV'en melde om vår der sør,
eg har så nær tatt et ord på tonga
fra Gammel-Erik sin hand-parlør*

*Eg slår av TV'en og hente spaen,
– man e vel nøydd å ta plekta fatt,
då bli eg var nokke bortmed laen,
en syndens alo med skrik og skvatt*

*Der sett et skjur-par tel skrævs i snyen
og diskutere som parfolk flest,
dem har vesst nylig sett dagsrevyen
og driv og slit på en frossen kvest*

*Eg glømme reint at eg frys på skankan,
det e som sola har gløtta inn
og kosta klårholl i vintertankan
og rydda rom førr en mildar vind*

*– her kjem Vårherre sett langtidsvarsel,
en svart- og kvitflekkt optimist
med sekker melding om vår og barsel
og travel kjeftbruk på kajll og kvest*

*Der flyg dem kvest'n tel gammelbjørka,
eg grip te spaen med lettat mot:
– en tosk sku gå her og bli førrmørka
av vårlig snyfall på fire fot!*

Utfordringen går videre til kommunelege Bjørn Nordang, Honningsvåg. Som primærlege i en av landets mest stabile og best bemannede kommunehelsetjenester, regner jeg med at han vil ha tid og overskudd til å gripe «PC'en fatt».

God sommer!

Anne Hensrud
allmennlege i Bardu

*Historier
fra
virkelig-
heten*

Hundre år?

Slektas eldste lå for døden, gamle Magnhild på 97 år var i ferd med å sovne fredelig inn på sykehjemmet etter mange gode og noen strevsomme år. Da jeg som sykehjemslege ble tilkalt, var hennes fire barn, fem av de ni barnebarna og et knippe av små oldebarn samlet rundt senga.

Jeg hadde noen andre pasienter å se til samtidig, det hele tok en times tid. I mellomtiden døde Magnhild. Jeg ble rime-

ligvis tilkalt umiddelbart. Det hele var udramatisk og forsonlig og stillferdig. Barn og barnebarn gråt litt. Ingenting ble sagt før det ene av oldebarna – en jentunge på syv-åtte år hvisket svært hørbart og ikke uten en viss triumf til sin jevnaldrende fetter: «Eg fekk rett. Ho blei ikkje hundre!»





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!

Alkohol

Et velkjent ord med varierende valør i våre ører, i vår vestlige verden for det meste vurdert som en kulturbærer gjennom tidene, mens den arabiske verden vel mer enn oss har innsett at dette stoffet kan ha flere negative enn positive sider. Det blir da overraskende å oppdage at ordet har arabisk opprinnelse, «al» tilsvarer det engelske «the», altså bestemt artikkel i entall mens «kuhl» egentlig var et fint, ikke-klumpende, sølvhvitt metallisk pulver arabiske kvinner brukte som øyenskygge. Ordet endret så gradvis betydning til å betegne det letteste, fineste, pulveriserte stoff som kunne fordunste uten å etterlate seg reststoffer. Man oppdaget så at det stoffet som hadde alkoholeffekten i bl. a. vin nettopp hadde denne flyktige egenskapen og stoffet alkohol fikk derfor dette navnet.

Restaurant

Et for mange av oss velegnet sted for bl.a. alkoholinntak. Det kan da være kjekt å vite at selv om ordet idag ikke relateres til medisinenes verden, er fenomenet opprinnelig et helsefremmende tiltak.

I 1800-tallets Paris ble det opprettet steder der smakfulle, næringsrike supper ble komponert og servert for å bedre helsen til gjestene. Suppene ble ansett å kunne restaurere gjestenes skrantende helse. At det var suppene mer enn stedet som hadde denne positive effekten har så gått i glemmeboka. Ordet har vel på mange måter sin betydning i behold, et restaurantbesøk virker vel som en vitamininnsprøytning på de fleste av oss, om ikke da vi lar alkoholens mulige positive sider overskygges av dens fallgruver!

Ordet restaurere kommer opprinnelig fra det greske «stauros» som betyr en oppreist stake, staur eller pallisade. (Sjeldent har greske og norske ord vært så sammenfallende!)

Med bokstavene «re» foran handler restaurere om å fikse staken som ikke lenger holder seg oppe av seg selv.

Jannike Reymert

Kilde: William S. Hanbrich, MD
Medical meanings
American College of Physicians
Philadelphia, Pennsylvania

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyter.

RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene 2, 3, 4 og 5, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om denne virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 22 86 88 06

RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

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

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

Xenical

Det er vel grunn til å regne med stor interesse for dette preparatet!

Egenskapene til xenical (Orlistat) er oppsummert i The Medical Letter sommeren 1999 (vol. 41, issue 1055, s. 55-6). I korte trekk: Man hindrer absorpsjon av ca. 30% av fett i maten.

Vekttapet er ikke av en dramatisk størrelsesorden, men ligger gjerne på ca. 10% av opprinnelig kroppsvekt etter ett års behandling. Dette tilsvarer en nedgang fra 100 til 90 kg. Man fant også vektreduksjon i placebogruppen (som også fikk diettveiledning) på 6%. Forskjellen etter ett års behandling var 3-4 kg mer vektreduksjon i behandlingsgruppe kontra placebo.

Orlistatpasientene la på seg i annet behandlingsår, men mindre enn placebogruppen (1,5-3 kg kontra 4-6 kg).

Det er enkelte ubehagelige gastrointestinale bivirkninger av preparatet, ettersom fett som ikke absorberes skilles ut i avføringen. Dette er for såvidt en motivasjon til å redusere fettinntaket, fettrik kost vil gjøre det mer plagsomt.

Redusert opptak av fettløselige vitaminer og karotenoider forekommer.

Vektreduksjonen kan skyldes flere ting: redusert fettabsorpsjon, kostholdsomlegging og endrede spisevaner på grunn av kostholdsveiledning og ubehagelige effekter (GI-bivirkninger) dersom man spiser mat med mye fett.

Tone Westergren

RELIS Sør

Relis Sør er ikke lenger samlokalisert med Rikshospitalets apotek i nye lokaler på Gaustad. Fra og med 20. mars 2000 er vi å treffe på:

Telefon: 23 07 53 80

Fax: 23 07 53 90

Postadresse: Rikshospitalet,

RELIS Sør

0027 Oslo

Besøksadresse:

Rikshospitalet

Holberg Terrasse

RELIS

Stensberggt. 25, OSLO

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

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

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

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



BOK *anmeldelser*

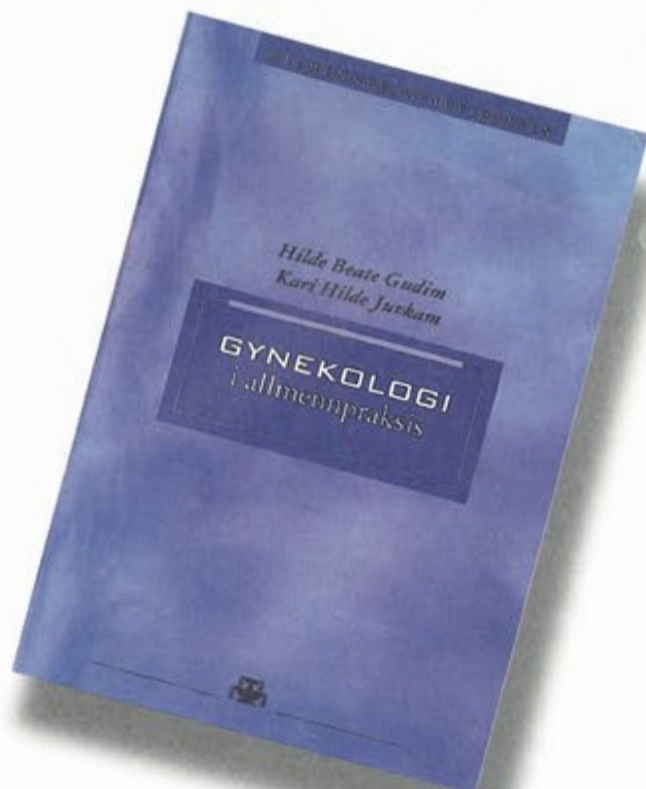
Gynekologi i allmennpraksis

Hilde Beate Gudim
Kari Hilde Juvkam
Allmennpraktikerserien,
Tano Aschehoug 1999
360 sider.

Samarbeidet mellom NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) og Tano Aschehoug har frembragt nok en bok for allmennleger skrevet av allmennleger. Forfatterne har mange års erfaring i å takle gynekologiske problemstillinger i allmennpraksis. De vinkler problemstillingene slik at man ikke bare får god gjennomgang av ulike gynekologiske tilstander, men også tips om hva som ansees faglig forsvarlig å gjøre i allmennpraksis og hva vi bør overlate til spesialistene. Dette er den store styrken ved boka og skiller den fra andre lærebøker skrevet av spesialister som omtaler tilstandene generelt uten å ha særlige refleksjoner på hvem som kan og bør gjøre hva. I tillegg har forfatterne mange småtips for vurdering av hverdagslige problemstillinger som pasientene ofte spør om, men vanlige gynekologibøker ikke fokuserer på.

Boka er inndelt i 17 hovedkapitler der man først får generell oversikt over kapitlets tema, ofte med tips om spesielle forhold man må ha i mente. Normalfysiologi, anatomi, lov-omtaler og annen nyttig basalkunnskap er omtalt i de kapitler det er mest relevant, og man får på den måten repetert det man burde kunne av basalfag akkurat når behovet føles størst. Noen kapitler avsluttes med forslag til informasjonsbrev til pasientene.

Boka er skrevet i telegramstil som til tider kan få litt for mye stikkordspreg, men samtidig gjør det at den egner seg svært godt som oppslagsbok på kontoret. Det går fort å lese gjennom omtalen av hver tilstand. Dette gjør imidlertid at boka ikke egner seg som lærebok i gynekologi, noe den vel heller ikke er ment å være.



Uthevede overskrifter, bred marg med de viktigste poengene anført i blått som oppsummering samt blå bakgrunn der teksten poengterer viktig informasjon gjør boka tiltalende og lettere å lese enn vanlige lærebøker.

Alt i alt er dette en bok som anbefales som oppslagsbok på kontoret og til gjennomlesing når man har innsett behovet for å repetere gynekologifaget. Det eneste negative jeg vil nevne er endel skjemmende skrivefeil, når neste utgave kommer bør forfatterne sette av litt mer tid på korrekturlesing!

Jannike Reymert

BOK anmeldelser

Hudsykdommer

Ole Fyrand

Universitetsforlaget 1999

227 sider, kr 275

Dette er tredje utgave av Ole Fyrands lærebok i hudlidelser. Den er skrevet for allmennpraktikere og medisinstudenter. Forfatteren har en svært jordnær og troverdig tilnærming til stoffet. Man skulle nesten tro han hadde mange år på baken som ensom allmennpraktiker på en utpost der all verdens diffuse utslett skal vurderes og behandles uten annen hjelp enn basalkunnskaper og evnen til å prøve seg frem når kartet ikke helt stemmer med terrenget.

Fyrand er en mester til å se sitt fagfelt i en større sammenheng, noe vi allmennpraktikere jo selv gjerne vil ha som varemerke. Han fokuserer på at dermatologien er et fag som krever mer enn å bedrive legeteknikk, i legekunsten ligger muligheten for å se mer enn symptomene, å se hva hudlidelser gjør med mennesket som oppsøker oss og hva vi kan bidra med for å hjelpe hele pasienten, ikke bare behandle utslettet.

Han innleder med en kortversjon av dermatologiens historie og minner oss om at dagens hudlidelser dreier seg om helt andre problemer enn da lepra og syfilis var blant de vanligste sykdommer i landet. Vi slipper ikke unna beskrivelsen av alle dermatologiens efflorescenser, og vi får forøvrig også vite hva ordet opprinnelig kommer av: è flora betyr (selvfølgelig!) å slå ut i blomst! Generell undersøkelse av huden og ulike supplerende undersøkelser er omtalt på en ryddig måte, hadde man bare klart å lagre det på hjernens harddisk på en så systematisk måte!

Man må kjenne boka før den kan bli et oppslagsverk på en travel kontordag. Har man ikke stilt noenlunde rett diagnose er det ikke lett å lete seg frem til diagnose og behandling. Jeg savner en slik «kartveiledning», men kan egentlig ikke huske å ha sett den noen andre steder heller, så det er kanskje ikke mulig å lage?

Har man derimot stilt noenlunde riktig diagnose, er omtalen oversiktlig med spesielle kjennetegn i grå ramme først, så lettest beskrivelse av alle aspekter ved den aktuelle diagnose. Her brukes telegramstil, noe jeg tiltales av fordi man på kort tid får med seg det som gjelder aktuell problemstilling.



Layouten bærer preg av at man p.g.a. lite opplag må tenke økonomi. Boka er ikke inndelt i ordentlige kapitler, og teksten kommer som perler på en snor uten pusterom med luft innimellom. Allerede etter en gangs gjennomlesing av en til vanlig ikke så hardhendt person har boka gått opp i liminga, jeg aner alle de løse sidene som svever rundt på kontoret når jeg slår opp i den om få år! Dette samt at boka kun innholder 6 fargebilder minner meg på at prisen er ganske overkommelig og at man ikke i god Ole Brummstil kan forvente begge deler: både lav pris og topp kvalitet på den ikke faglige siden av boka. Man får trøste seg med at det tross alt er det faglige man er ute etter, og at pasienten sikkert blir betrygget av at legen slår opp i en bok som ser svært så vellest ut.

Levene's color atlas of Dermatology

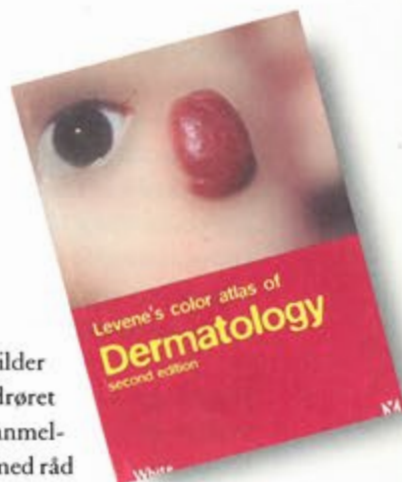
Gary White

Mosby 1997

362 sider, kr 338

Å lære mer om hudlidelser uten bilder er nesten som å se på TV når billedrøret er gått heden. På forespørsel fra anmelderen har derfor Fyrand kommet med råd om hvilket hudatlas han anser som det beste idag. Levene's color atlas som fåes kjøpt på Norlis bokhandel, er hans anbefaling. Det har 684 bilder med en kort kommentar til hvert bilde og skulle borge for at man finner noe som iallefall likner pasientens utslett, dog bør man vel også her ha såpass med basalkunnskap at man slipper å bla gjennom hele atlasen før man finner ut hva pasienten feiler!

Jannike Reymert



Hvor mange personer bør du ha på listen din?

Faktorer av betydning for optimal listestørrelse ved oppstart av fastlegeordning

Torgeir Fjermestad spes. allmenn- og samfunnsmedisin,
Pål Kristensen spes. allmennmedisin.
Ranheim legesenter, 7053 Ranheim

Innledning

Fastlegene i Trondheim har fra forsøket startet og fram til idag hatt et snitt på ca 430 personer på listen pr. kurative arbeidsdag. I fastlegereformen får alle legene som har rett til fastlegeavtale anledning å svare på hvor mange personer de maksimalt ønsker på sin liste, med den begrensning at kommunen kan kreve minst 300 pr. kurative dag.

Fastlegordning innebærer en større forpliktelse overfor de personer som står på listen, fordi pasientene ikke uten videre kan gå til andre leger. Samlet arbeidsbelastning for legen blir, foruten antall personer på listen, bestemt av sykkeligheten og behovene til de som står på listen og, ikke minst, legens arbeidsvaner. Blir listen ved etablering for lang i forhold til legens arbeidskapasitet, vil det være uheldig for såvel pasientene som legen. Når først listen er etablert er det uheldig at pasienter i ettertid må flyttes til andre lister. Av disse hensyn er det viktig i forkant å lage et mest mulig realistisk anslag på hver leges optimale listestørrelse. Ut fra vår erfaring som fastleger i Trondheim fra 1993 vil vi her bidra til å gi legene større trygghet i fastsettelsen av listetak.

Listesammensetning og tyngde

Før forsøket med fastlegeordning startet visste legene lite om hva som var den optimale listestørrelse. Å anslå øvre tak på listen var for de aller fleste mer eller mindre kvalifisert gjetning. Mange av legene satte relativt høye tak, rundt 2000–2500. Dette kunne ha økonomiske grunner, men mange tenkte først og fremst på å betjene alle pasientene som på forhånd oppfattet legen som sin faste lege. Når så listene forelå, opplevde mange av legene at arbeidsbelastningen ble for stor. Litt overraskende var at mange av legene som ga uttrykk for overbelastning hadde listelengder rundt gjennomsnitt. Og av disse var det en stor andel

kvinnelige leger. Dette ga større oppmerksomhet på begrepet listetyngde (1), et begrep som influeres av to forhold:
 a) Alders- og kjønnsammensetning av pasientlisten.
 b) Sykeligheten til pasientene på listen.

Tabell 1 viser aldersbestemt konsultasjonsfrekvens for begge kjønn, etter RTVs takstbrukundersøkelse (2). Som det fremgår er kvinner 20–49 år i gjennomsnitt storbrukere. Eldre pasienter har også høyere konsultasjonsfrekvens. Menn 20–49 år går lite til lege, og aldersgruppen 0–19 år har konsultasjonsfrekvens tilsvarende rundt halvparten av gjennomsnittet.

Alder (år)	konsult. kvinner	konsult. menn
0-19	0,68	0,48
20-29	2,55	0,85
30-39	2,03	0,92
40-49	2,02	1,13
50-59	2,16	1,52
60-69	2,39	1,85
70-79	2,41	2,02
80+	1,82	1,90
Snitt	1,87	1,15

Tabell 1. Konsultasjonsrater pr. innbygger pr. år for menn og kvinner, fordelt etter alder. Basert på RTVs takstundersøkelse 1989 (3)

Tabell 2 viser noen variasjoner i listesammensetning for de 90 fastlegene i Trondheim. For å illustrere begrepet listetyngde foretok vi en beregning der vi vektet listetyngden ut fra alders- og kjønnsammensetning, uavhengig av størrelsen på listen (1). Dette ga for fastlegene en variasjon i listetyngde i området 78 – 123, der 100 er snitt. Det var leger med stor andel eldre på listene som hadde tyngst lister. De 15 listene med størst andel kvinner hadde i snitt en tyngde på 105. Forklaringen på dette er at kvinner 20–50 år stort sett har med sine barn på listene. Disse trekker listetyngden

ned fordi aldersgruppen 0–19 år har et mye lavere forbruk av konsultasjoner enn gjennomsnitt.

Pasientgrupper med diffuse plager, psykiske og psykosomatiske problemer og generelle mestringsproblemer vil normalt kreve mer tid av fastlegen. Hvor stor andel av pasientene som har slike problemer varierer mye blant allmennlegene og lar seg ikke beregne. Når leger praktiserer på samme sted over mange år og pasientene har mulighet å velge mellom flere leger, vil mange pasienter søke en lege som svarer til deres ønsker om legerolle og type. Legenes konsultasjonsstil varierer mye: På den ene ytterligheten leger som er kjappe, somatisk orientert, går rett på sak og i liten grad innbyr pasientene til å åpne seg med alle typer bekymringer. Motsatt finnes de empatisk lyttende som lar pasientene komme fram med alt som måtte oppfattes som vondt og vanskelig. Den kjappe, somatisk orienterte legen vil over tid rekruttere en overvekt av pasienter som trives med denne legetypen. Den motsatte legetypen vil gjerne få overvekt av pasienter med diffuse plager, psykiske eller psykosomatiske lidelser. En lege som eksempelvis ikke anerkjenner fibromyalgi som diagnose vil neppe få mange fibromyalgipasienter i sin praksis, når pasientene har et reelt legevalg. Ut fra disse erfaringene kan leger med samme antall personer på listen likevel ha stor forskjell i arbeidsbelastning.

Evaluerings av fastlegeordningen og egne erfaringer tyder på at følgende parametre er de viktigste for hvor mange personer på listen en lege klarer å betjene:

- antall timer kurativt arbeid tilgjengelig pr. uke
- antall konsultasjoner ønsket pr. kurativ dag
- alders- og kjønns sammensetning av listen
- sykkelighet: fordeling av diagnoser i pasientpopulasjonen
- legens arbeids- og beslutningsstil angående utredninger og henvisninger
- organisering av legepraksis, m.h.t. styring av kontrollintervaller, telefonbruk og behandlingsprosedyrer

Legenes arbeidsvaner: data fra en fastlegepraksis

Vi tror data fra vår praksis i ei viss grad kan brukes av andre som empirisk grunnlag for estimering av listestørrelse. Vårt

journalsystem er Profdoc ver. 5.7. Statistikk tallene er hentet ut for hele 1997 ved hjelp av Svein Gjelstads program «Rapport fra allmennpraksis» (3). Vi har valgt å bruke tallene for hele praksisen, ikke enkeltleger, fordi vi vet legene har relativt lik arbeidsstil.

Følgende forhold ved vår praksis har betydning:

- fem leger jobber til sammen 15,2 kurative dager pr. uke
- hjelpepersonell: 3 årsverk
- 5800 personer til sammen på legenes lister
- alders- og kjønns sammensetning nær gjennomsnitt av nasjonale tall (4)
- sykkelighet uten større avvik fra gjennomsnitt i befolkningen, anslått ut fra sammenligning av diagnosegrupper med andre (5,6).
- som regel anledning å ta opp flere problemer ved hver konsultasjon.
- 15–20 akuttimer daglig for legesenteret samlet.
- restriktiv med konsultasjoner til andre enn våre egne listepasienter.
- bevisst «gjerrighet» med tildeling av konsultasjonstimer, men uten å avvise pasienter eller på bekostning av medisinsk forsvarlighet. Dette omfatter:
 - styring av kronikere til riktige kontrollintervaller, f.eks. velregulerte hypertonikere 1–2 ganger pr. år, cytologi hvert tredje år etc.
 - prosedyrer for en del tilstander erstatter konsultasjon: eksempel ukomplisert UVI hos kvinner
 - kontroll ved behov etter en del kurer eller behandlinger. «Ring hvis du ikke blir bedre»
 - konsultasjon og oppfølging pr. telefon der dette er forsvarlig.

I 1997 hadde legesenteret 11.200 konsultasjoner, hvorav 97 % var våre listepasienter. Dette utgjør en konsultasjonsfrekvens på ca 2,0 pr. år for hele vår listepopulasjon. Tallet ligger noe over den store RTV-undersøkelsen fra 1989 (2), samt litt over tallene fra 4 kommuner på Nordmøre fra først på 90-tallet (6). Men befolkningens legebruk har økt de siste årene, og fjerning av egenandeler for barn under 7 år kom etter RTV-undersøkelsen ble utført. Alt dette bidrar til at gjennomsnittlig konsulta-

	Kvinnelige leger n=20 (variasjonsbredde)	Mannlige leger n=70 (variasjonsbredde)
Kvinner i alder 20–39 år	66 (48–79)	45 (17–62)
Barn/ungdom (0–19 år)	28 (18–48)	15 (7–27)
Personer over 60 år	29 (9–43)	22 (4–38)
	11 (5–20)	19 (4–40)

Tabell 2. Variasjoner i alders- og kjønns sammensetning i pasientlister til 90 fastleger i Trondheim i 1994, fordelt på mannlige og kvinnelige leger. Tall i prosent (1)

Alder (år)	Prosent
0-9	13,7
10-19	12,2
20-29	13,6
30-39	15,0
40-49	13,9
50-59	12,1
60-69	7,9
70-79	7,3
80+	4,3

Tabell 3. Aldersfordeling til befolkningen i Norge, år 2000 (3)

sjonsfrekvens i befolkningen sannsynligvis er noe høyere i dag.

I 1997 var 64 % av alle personer på våre lister til konsultasjon minst en gang. Med ca 11.000 årlige konsultasjoner hos våre listepasienter gir dette en konsultasjonsfrekvens på 2,9 pr. pasient som har vært til konsultasjon hos fastlegen. Uavhengig av fastlegesystem kan alle leger beregne tilsvarende tall, ved å dividere antall konsultasjoner med antall personer som har vært til konsultasjon. Men fastlegeordning medvirker til en mer stabil pasientmengde, det blir færre pasienter som «slenger» innom bare en gang. Derfor vil i et åpent system antall pasienter bli større, og dermed blir konsultasjonsfrekvens på fremmøtte pasienter lavere.

Vi arbeider gjennomsnitt ca. 43 uker pr. år, når vi trekker fra kurs, ferie og helligdager. Antall konsultasjoner pr. kurative dag blir da i snitt $11.500 : (15,2 \times 43) = 17,6$.

Vår gruppepraksis har pr. kurative dag pr. uke: $5800 : 15,2 = 382$ personer på liste. Dette er langt over 300 som legene kan kreve som tak, men noe under gjennomsnitt i Trondheim på ca. 430. Legene i vår praksis synes de jobber noe mer enn det ideelle. En del pasientadministrativt arbeid, samt praksisadministrasjon må gjøres utenom ordinær dagtid. Pliktig legevaktsarbeid kommer oppå alt dette. Ideelt sett burde vi også brukt mer tid på helsefremmende og forebyggende arbeid, individuelt og i lokalsamfunnet, opplæring og undervisning i egenomsorg, tverrfaglig arbeid samt evaluering og kvalitetssikring. Medregnet alt dette burde vi sannsynligvis ikke hatt flere enn 300 personer på liste pr. kurative dag, dvs samlet liste for senteret på ca 4500.

Fastlegebasert allmennpraksis innebærer et incentiv til å «rasjonere» på konsultasjonstimer, fordi vi hele tiden må ha med perspektivet at hele listepopulasjonen skal betjenes. Fylles timelisten opp med konsultasjoner som er svakt medisinsk fundert, vil vi blokkere for andre henvendelser, ven-

telisten vil øke, pasientene får dårligere service og vi får verre arbeidsforhold. Prioritering blir dermed viktigere, samt mer synliggjort i et listesystem.

Hvordan beregne riktig listestørrelse:

I en fastlegeordning er størrelsen kjent på populasjonen legen skal betjene. I et åpent system vet en bare noe om de pasienter som oppsøker legen. Men når 65–70 % av befolkningen konsulterer primærlegen minst en gang på et år, er det mulig å estimere størrelsen på legens potensielle pasientpopulasjonen (definert som de personer som vil oppsøke deg hvis de blir syke eller får andre behov). Ranheim leger har konsultasjonsrate på 2,9 blant de pasienter som oppsøker oss, og konsultasjonsrate på 2,0 for hele listepopulasjonen.

Dette antar vi er under gjennomsnitt for norsk allmennpraksis, fordi vi i flere år har jobbet bevisst med å unngå konsultasjoner der problemet kan løses på enklere måte.

Fastlegeordningen bidrar som system til at det kommer færre tilfeldige pasienter innom, pasientgruppen er mer stabil. Dette vil trekke i retning av høyere konsultasjonsfrekvens på pasienter som har vært til konsultasjon. Strukturen i fastlegesystemet bidrar også til at fastlegen får flere konsultasjoner ved at andre innen 1.linjetjenesten, samt 2. linjen i større grad sender allmennmedisinske problemstillinger til fastlegen. Fastlegeordningen vil samlet sett trolig gi noe økt konsultasjonsrate i forhold til et åpent system.

Alle leger som har dataverktøy og har pålitelige rutiner for konsultasjonsregistrering, kan regne ut årlig konsultasjonsrate på pasienter som oppsøker legen samt finne antall forskjellige pasienter (N) som har vært til konsultasjon. Hvor stor andel (R) av pasientene som er tilfeldig innom uten at de vil velge deg som fast lege er umulig å finne ut, og vil nok variere mye fra praksis til praksis. Et tall på 10–20 % er sannsynlig for mange legepraksiser. Denne andelen må taes hensyn til ved estimering av den potensielle listen. Når ca 65 % av den potensielle listepopulasjonen har konsultasjon minst en gang årlig, kan legens potensielle listepopulasjon (P) estimeres slik: $P = N \times (1-R) \times 100 : 65$

I tabell 4 har vi samlet en del forhold som har betydning for stipulering av listestørrelsen. Noen av disse kan beregnes nøyaktig, men de fleste må anslås etter skjønn. Hva angår praksisprofil bør medarbeiderne rådspørres i flerlegepraksiser, da de har kunnskaper om likheter og forskjeller mellom legene. Leger som har en praksis som sammenfaller mest med den venstre kolonnen bør sette tak noe lavere enn 300 pr. kurative dag. Ved problemer å få plassert alle innbyggerne på legelister kan her kommunen kreve at taket ikke skal være lavere enn 300. De som har praksis

med overvekt i høyre kolonne vil kunne betjene flere personer enn 300 pr. kurative dag. En må være klar over at tallet 300 pr. kurative dag er et tall som vil gi legen en rettighet å stenge listen, og ikke en norm som alle må innpasse seg etter. Legene er altfor ulike med hensyn til arbeidsstil til at det vil være mulig med en slik felles norm. Eksempelvis er det i fastlegekommunene idag vel nesten ikke noen leger som har lavere listetall en 300 pr kurative dag. Noen leger har fra 1993 jobbet med listestørrelse over 500 pr. kurative dag, uten at de har klaget over egen arbeidssituasjon. Men et gjennomsnitt på 430 er så høyt at 55 % av fastlegene i Trondheim synes arbeidspresstet er altfor høyt (7). En del leger har etter mange år i samme praksis en «tung» pasientpopulasjon med overvekt av eldre og kronikere. Disse har anledning å redusere presstet ved å benytte seg av retten til å be om at 30 % av listen skal fylles opp av andre enn de legen blir valgt av.

Konklusjon:

Ved innføring av fastlegesystem er det viktig for såvel pasientene som legene at listestørrelsen samsvarer med legens ar-

beidskapasitet. Ved å ta hensyn til legens tilgjengelige kurative arbeidstid, konsultasjonsstil og kliniske beslutningsstil, samt visse pasientkarakteristika i praksisen, er det mulig å gjøre et anslag på hva som er optimal listelengde for den enkelte lege.

Referanser

1. Paulsen B. Fastlegeordning - pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 22, 1995; 115: 2797-800
2. Takstbrukundersøkelser: privatpraktiserende allmennleger i et utvalg kommuner. Rapport nr. 8. Oslo: Rikstrygdeverket 1990
3. Gjelstad S. Se deg selv i kortene. Utposten 2, 1996
4. Statistisk årbok. Statistisk sentralbyrå, Oslo 1997
5. Rutle, O. Pasienter frem i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesten. Rapport 1-1983, Oslo. Folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning
6. Grimsmo A. Innsamling av sammenligningstall fra EDB-baserte driftssystemer i kommuner. Rapport 1994. NTNU, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, Surnadal.
7. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2000; 120: 788-91.

	< 300 pr. kurative dag	> 400 pr. kurative dag
Ønsket antall konsultasjoner pr. kurative dag	< 18	> 25
Sykelighet (diagnosefordeling) hos pasientene	tung	lett
Økt interesse/kompetanse for psykiatri, rus, mv	ja	nei
Arbeids- og beslutningsstil ang. utredn. og henvisninger	aktiv	ekspektere
Intervensjon v. risikotilstander som hypertensjon, osteoporose, hyperkolesterolemi mv	"hissig"	nøktern
Styring kronikere til medisinsk riktige kontrollintervaller	nei	ja
Holdning til økt egenomsorg	passiv	aktiv
Delegering medarbeidere ang. enkle behandl.prosedyrer	nei	ja
Telefonkonsultasjoner	få	mange
Etterkontroller bare "hvis ikke bra"	nei	ja
Tverrfaglig aktivitet, møter mv.	mye	lite
Andel konsultasjoner kvinner	> 75 %	< 55 %
Andel pasienter over 60 år	> 25 %	< 15 %
Avstand til sykehus og/eller spesialister	lang	kort
Innvandrere, fremmedspråklige	mange	få

Tabell 4. Forhold av betydning for hvor stor liste en lege vil kunne betjene

Olav Rutle sitt 2.

Eit samhandlingskurs for primer-og spesialistenestene i fødselshjelp og kvinnesjukdommar

- Stad og tid:** Norsk Bremuseum, 6848 Fjærland, 31. august og 1. september 2000
(kl 1000–1800 og 0830–1700)
- Arrangør:** Kvinneklippen, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, 6800 Førde og Sogn og Fjordane Legeforening
- Kursleiarar:** Johan Nyhammer og Jostein Tjugum
- Målgruppe:** Allmenpraktikarar og gynekologar begge dagar + jordmødre 1. september
Lokale og nasjonale forelesarar (R. Førde, Lægeforeningen, A. Dørum, Radiumhospitalet, O. E. Iversen, Haukeland)
Eit «sosialt» kurs med festmiddag 31. august og felles naturopplevingar 2. september (fjor, fjell og bre)
- Godkjenning:** *Allmenmedisin:* 17 timar emnekurs i gynekologi til vidareutdanninga og 17 timar klinisk emnekurs til etterutdanninga.
Fødselshjelp og kvinnesjukdommar:
17 timar valfritt vidare- og etterutdanningskurs.
- Påmelding og betaling:** Påmeldingsfrist 18.06.00
Påmelding til RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25
E-mail: rmrtove@online.no
- Kostnader:** Kursavgift pr dag kr 450,-
Kaffe/te og lunsj pr dag kr 150,-
Festmiddag for dei som ikkje bur på Mundal Hotel kr 350,-
- Overnatting:** Påmelding snarast og direkte til:
Mundal Hotel, 6848 Fjærland. Tlf 57 69 31 01 – Fax 57 69 31 79 – E mail – Enkelt-/dobbeltrum
m/frokost og middag kr 1130,-/kr 1660,-
Bøym Camping, 6848 Fjærland, Tlf 57 69 32 52 Fax 57 69 29 57
Kr. 490,- pr natt for hytte
- Tillegg:** Hugs påmelding til naturopplevingar laurdag 2. september
Alternativ 1: Fottur Lunde-Fjærland: 8 timars tur over fjell og bre
Familietur for dei som er i bra form, 1400 m høgdeskilnad
Alternativ 2: Besøk Den norske Bokbyen/tur i Fjærlandsområdet

Alle dagar høve til å besøke bygdekunst i Olav Rutle sin barndomsheim.

minnesymposium

Program 31. august: Emne: Underlivskreft

- 1000–1010 Opning – velkommen
- 1015–1050 Gynekologisk kreft – forekomst og prognose, årsak? *Kursleiarar Dr Iversen, gynekolog, Haukeland*
- 1055–1120 Korleis og kvifor kjem kvinner med underlivskreft til lege – korleis møter legen desse kvinnene?
Dr Lindqvist, kommunelege, Askvoll
- 1125–1140 Diagnostikk ved gynekologisk kreft – anamnese og status, labprøvar, ultralyd og røntgenundersøkingar. *Dr Tjugum, gynekolog, Førde*
- 1145–1210 Drikke og grønnsaker
- 1215–1235 Behandling ved gynekologisk kreft – korleis og kvar? *Dr Iversen*
- 1240–1250 Kontrollar av friske ferdigbehandla kreftpasientar – kvar og korleis møte desse kvinnene?
Dr Tjugum
- 1255–1310 Hjelp og råd til kreftpasientar og deira familiar, støtte og tilbod til helsepersonal
Kreftsjukepleiar Den norske Kreftforening, Omsorgsenteret i Sogn og Fjordane
- 1315–1415 Lunsj
- 1420–1445 Når behandlinga ikkje hjelper – møte med desse kvinnene – korleis gi «totalomsorg»? *Dr Lindqvist*
- 1450–1520 Arveleg kvinnekreft – stadfesting, undersøkingar, kontrollar og eventuell førebyggjande behandling.
Dr Dørum, Radiumhospitalet
- 1525–1535 Hormonbehandling – kreftisiko. *Dr Iversen*
- 1540–1550 Gruppediskusjonar/kasuistikkar
- 1555–1610 Te og kaffi
- 1615–1655 Gjennomgang av gruppearbeid
Paneldebatt, pasienthandsaming ved gynekologisk kreft. *Lindqvist, Dørum, Iversen, Førde, kreftsjukepleiar*
- 1700–1800 Minneforelesing. Open for publikum. Korleis kvalitetssikre lege – pasientmøte.
Dr Førde, Legeforeningens Forskningsinstitutt
- 2000 Middag/festsamvær, Mundal Hotel

Program 1. september: Emne: Svangerskapsomsorg

- 0830–0900 Målsettjninga med svangerskapsomsorga. *Langeland, kommunejordmor, Askvoll*
- 0905–0930 Praktisk gjennomføring av svangerskapskontrollane. *Dr Ytrehus, kommunelege, Førde*
- 0935–1015 Psykososiale og etiske haldningar i svangerskapsomsorga. *Dr Førde*
- 1020–1035 Drikke og noko attåt
- 1040–1115 Allmenn diagnostikk av svangerskapskomplikasjonar/tilvisingsrutinar til spesialisthelsetenesta.
Dr Dissing Sættem, gynekolog, Førde
- 1120–1210 Gruppearbeid/kasustikkar og framlegging av dette arbeidet
- 1215–1235 Lover og foreskrifter som regulerar samhandling mellom ulike helsetenestenivå.
Fylkeslegen v/kontorsjef, Digernes
- 1240–1340 Lunsj
- 1345–1415 Permisjonstypar og – rettar isamband med svangerskap. Sjukmeldingar – andre «alternativ». *Fylkes-trygdekantoret/Dr Dissing Sættem*
- 1420–1440 Transportfødsler. Råd og vurdering. *Jordmor Langeland*
- 1445–1500 Kaffi og te
- 1505–1600 Paneldebatt. *Legene Ytrehus, Langeland*
Aktørane i svangerskapsomsorga. Korleis best samhandling/ hindre dobbelarbeid «profesjonsstrid».
Dissing Sættem, Førde
- 1605–1615 Oppsummering – avslutning. *Kursleiinga*

Program APLF kurset

Legen og medarbeideren 24.–26. august 2000 Soria Moria, Oslo

Torsdag 24. august

- 0900–1000 Registrering og morgenkaffe
 1000–1015 Velkommen, og presentasjon av målsetting for kurset og kurskomiteen
 1015–1100 Spennende innledningsforedrag v/Svein Slagsvold
 1100–1300 Parallell sesjoner med: sårbehandling og reumatiske plager
 Sårbehandling - praktisk og fornuftig behandling av akutte og kroniske sår? v/Sverre Lundewall og medarbeidere
 Reumatiske plager - kroniske lidelser, hvordan kan vi håndtere dette bedre på legekontoret? v/Tore Kvien
 Reumatisme, somatisk presentasjon. Hvilke blodprøver er relevante og hvordan kvalitetssikre disse?
 Fysikalsk behandling – hvilke tilbud finnes? Hvordan kan vi på legekontoret gi enkle råd?
 1300–1400 Lunsj
 1400–1615 Parallell sesjoner fortsetter.....
 1500 Kaffepause

Torsdag kveld inviteres det til magedans, eventuelt afrikansk dans

Fredag 25. august

- 0900–1200 Vi starter dagen med parallell sesjoner som omhandler astma/kols problematikk og kommunikasjon på legekontoret
 Kommunikasjon – vår største utfordring og vår beste mulighet!
 v/Arne Holte
 Astma/kols problematikk – hvordan kan vi bedre håndtere dette på legekontoret?
 Hva er astma? – somatisk presentasjon, hvordan kommer vi igang med «klinikk», medarbeiderens rolle, hva med fysiskalsk behandling? v/Wenke Lunde
 1015 Kaffepause
 1200–1400 Lunsj
 1400–1700 De parallell sesjoner fortsetter.....
 1900 *Festmiddag med dans*

Lørdag 26. august

- 0915–1000 Legevakthåndboken v/Elisabeth Holm Hansen
 1000 – 1100 Etiske holdepunkter knyttet til våre kontakter med den farmasøytiske industri
 Innledning v/Fredrik Bendiksen, Anna Stavdal og Bente Rusten
 1100–1115 Diskusjon
 1130–1145 Kaffepause
 1145–1230 Verdier – er det noe å ta vare på? v/Geir Sverre Braut

Påmelding til: RMR kursarrangør, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25

E-mail: rmrtove@online.no

Påmeldingsfrist: 20. juni 2000

Kursavgift: Kr. 1 400,-

Hotelpreis: Kr. 780,- pr person i enkeltrom, fullpensjon

Kr. 630,- pr person i dobbeltrom, fullpensjon

Obligatorisk dagpakke: Kr. 270,- pr person pr dag, inkluderer lunsj og kaffe

Festmiddag: Kr. 400,- pr person for ikke boende og kr. 100 pr person for boende

Hvis du ønsker hotellreservasjon, vennligst gi beskjed om ankomst og avreisedato

Vi tar forbehold om endringer i programmet.



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

Selektiv α_1 -blokker

"Pfizer"

ATC-nr.: C02C A04

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

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv α_1 -blokker. Senker perifer karmotstand samt relaksere 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. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effekstudier 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:** Depottabletten 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 vanligste 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 allergeiske 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 skjelles fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Takykardi, palpitasjon, brystsmerte, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. I hypertensjonsstudiene var bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarende den for konvensjonell tablett. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletter tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablett.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottabletten må svelges hel. I depottabletten er doxazosin omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Når denne prosessen er ferdig, utskilles det tomme skallet, og pasienten bør opplyses om at dette kan sees i 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 iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesvikt før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på eventuell forverring. 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 blodtrykssenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykssenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika.

DOSERING: Depottabletten 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
		Endos:	50 stk.:	kr	382.70
	8 mg:	Enpac:	98 stk.:	kr	1089.50
		Endos:	50 stk.:	kr	577.50

Basert på preparat omtale (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

T:12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi

CARDURAN CR™
DOXAZOSIN

Strandveien 55, N-1366 Lysaker
Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99
www.pfizer.no

**NYTT
BEHANDLINGS-
PRINSIPP!**



NOVONORM

(repaglinide / Novo Nordisk)

**-måltidstabletten
ved type 2 diabetes**



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

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

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Repaglinid 0,5 mg, resp. 1 mg og 2 mg. Fargestoff: 1 mg: Gult jernoksid (E 172), 2 mg: Rødt jernoksid (E 172). **Egenskaper:** Klassifisering: Karbonisylstybenzoylrederivat. Kontraindicerende antidiabetikum. Virkingsmekanisme: Senker blodglukosenivået raskt ved å stimulere sekresjon av insulin fra pankreas. Lukker de ATP-avhengige kaliumkanalene i betacellens membran, slik at denne depolariseres. Den medfølgende økning av kalsiumstrømming stimulerer insulinsekresjonen. Doser fra 0,5 til 4 mg, virer en doseavhengig blodglukose senkende hos type 2-diabetikere. Den insulinopprettende effektene oppstår innen 30 minutter etter administrering. Absorpsjon: Raskt fra mave-tarmkanalen. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 63 %. Høy interindividuell variasjon i plasmakonsentrasjonen (60 %). Intra-individuell variasjon er lav til moderat (35 %). Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time etter inntak. AUC av repaglinid er økt hos pasienter med lever- eller nyreinsuffisiens og hos eldre type 2-diabetikere. Proteinbinding: >98 %. Fordeling: Tissuebinding distribusjonsvolum er 30 liter (tilsvarende fordeling i intracellulær-rommet). Halveringstid: Ca. 1 time. Metabolisme: Metaboliseres raskt fullstendig. Utskillelse: Repaglinid og dets metabolitter utskilles primært via galle. Mindre enn 8 % via urinen, fortrinnsvis som metabitter. Mindre enn 1 % utskilles i fæces. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2 der man ikke oppnår tilstrekkelig metabolsk kontroll ved kostregulering, fysisk aktivitet eller vekstretuksjon alene. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for repaglinid eller noen av hjelpestoffene i preparatet. Type 1 diabetes (C-peptid negativ). Diabetisk ketoacidose, med eller uten koma. Graviditet og amming. Barn < 12 år. Alvorlig nyre- eller leverdysfunksjon. Samtidig administrering av legemidler som induserer eller inducerer CYP 3A4. **Bivirkninger:** Endokrine: Hypoglykemi. Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast og forstoppelse. Hud: Hypersensitivitetsreaksjoner på huden i form av kløe, utslett og urticaria. Lever: Leverenzymatisering er rapportert, de fleste tilfellene milde og forbigående. Syn: Forbigående synsfeltsvinkler er rapportert i begynnelsen av behandlingen. **Forsiktighetsregler:** Repaglinid kan forverre hypoglykemi. Den blodglukose senkende effekten blir redusert hos pasienter over tid (sekundær behandlingsvirkning). Kombinertbehandling med insulin eller andre betacell stimulerende antidiabetika, thiazolidinedioner og akarbose er ikke klinisk undersøkt. Kombinertbehandling med metformin er forbundet med en økt risiko for hypoglykemi. Når en pasient som er stabilisert på perorale antidiabetika settes for stress i form av feber, traume, infeksjon eller kirurgisk inngrep, kan blodglukosereguleringen svekkes. I slike situasjoner kan det være nødvendig å seponere preparatet og i en periode behandle med insulin. Når repaglinid sendes sammen med legemidler som hovedsakelig utskilles via galle, bør eventuell interaksjon overvåkes. Det er ikke utført kliniske studier hos pasienter med redusert leverfunksjon eller av barn og unge < 18 år eller pasienter > 75 år. Behandling av disse pasientgruppene anbefales derfor ikke. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. **Interaksjoner:** Følgende stoffer kan forsterke den hypoglykemiske effekten av repaglinid: MAO-hemmere, ikke-selektive betablokkere, ACE-hemmere, NSAID-preparater, aketamid, salicylater, alkohol og anabole steroider. Følgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: Perorale antikonseptiva, tiazider, kortikosteroider, diuretika, dyproverinbromider og syntetiske metoklopramid. Pasienter som tar repaglinid sammen med ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukosereguleringen. Pasienter som tar repaglinid og som slutter å ta ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukosereguleringen. Betablokkere kan maskere symptomene på hypoglykemi. Alkohol kan forsterke og forlenge den hypoglykemiske effekten av repaglinid. Siden in vitro studier har vist at repaglinid primært metaboliseres av CYP 3A4 kan det forventes at CYP 3A4-inhibitorer som ketokonazol, itraconazol, flukonazol, erytromycin og rifabutin øker plasmakonsentrasjonen av repaglinid. Stoffer som inducerer CYP 3A4 som rifampicin eller fenytoin kan senke plasmakonsentrasjonen av repaglinid. **Dosering:** Repaglinid tas rett før hovedmåltidene (førspisende) og titrerer individuelt for å optimalisere den glykemiske kontroll. Kostbehandling med repaglinid kan være tilstrekkelig i perioder med dårlig kontroll hos pasienter som normalt reguleres tilfredsstillende med dietten.

Startdose: Individuell. Anbefalt startdose 0,5 mg tatt rett før hovedmåltidene. Avhengig av blodglukoserespons, bør det gå 1-2 uker mellom hver titrering av dosen. Deretter pasienten omstilles fra et annet peroralt antidiabetikum, er anbefalt startdose 1 mg. **Hofelikeholdelse:** Anbefalt maks. enkeltdose er 4 mg tatt rett før hovedmåltidene. Maks. dagdose er 16 mg. **Spesielle pasientgrupper:** Hos svekkede eller feilernære pasienter bør start- og vedlikeholdsdosen være konservativ og det kreves en forsiktig opptrapping av dosen for å unngå hypoglykemiske reaksjoner. Ved nedsatt nyrefunksjon anbefales titrering av dose pasientenes dose da fæcesekretet for insulin er økt. **Overføring fra andre perorale antidiabetika:** Pasienter som omstilles direkte fra andre perorale antidiabetika til repaglinid, anbefalt maks. startdose er 1 mg tatt rett før hovedmåltidene. Repaglinid kan gis i kombinasjon med metformin, når tilfredsstillende blodglukosekontroll ikke oppnås ved bruk av metformin alene. I slike tilfeller skal dosen av metformin opprettholdes samtidig med administrering av repaglinid. Startdose av repaglinid er 0,5 mg rett før hvert hovedmåltid. Titrering utføres i forhold til blodglukoserespons som for monoterapi. **Overdosering/Vergiftning:** Tegn på overdosering er hypoglykemi. **Symptomer:** Svimmelhet, økt svetting, tinnus, hodepine. **Behandling:** Hurtig absorberbare karbohydrater gis peroralt. Alvorlig hypoglykemi med kramper, bevisstløshet eller koma skal behandles med intravenøs glukose. **Pakninger og priser:** 0,5 mg: 100 stk. kr. 364,80. Espec.: 30 stk. kr. 100,70, 120 stk. kr. 314,00. 1 mg: 100 stk. kr. 360,00. Espec.: 30 stk. kr. 129,00, 120 stk. kr. 425,20. 2 mg: 100 stk. kr. 491,40. Espec.: 30 stk. kr. 582,30.

Referanseliste:

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

Novo Nordisk Pharma AS

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



Novo Nordisk