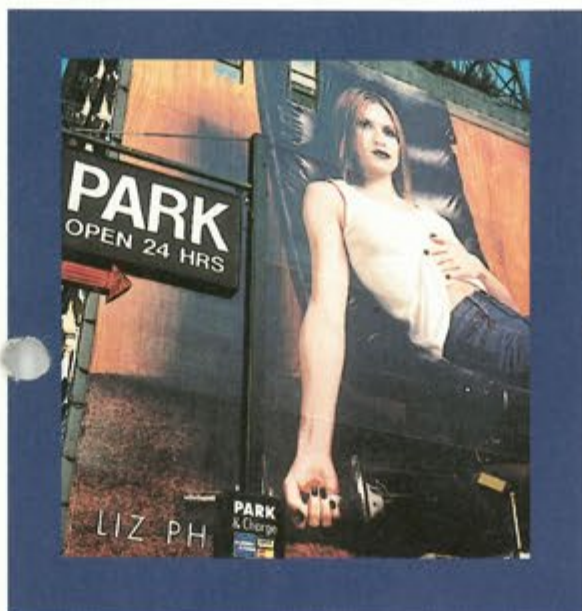




Innhold:

Leder:

Utsette menneskje

AV FRODE FORLAND s 1

Respekt og omsorg for vanskeligstilte grupper

AV REIDAR HØIFØDT s 2

Uverdige livsvilkår

AV ARNE JOHANNESSEN s 6

Sosialmedisinen prioriteres bort

AV ARNE JOHANNESSEN s 8

Helsetilsynet og utsette grupper

AV FRODE FORLAND s 12

Utsatte grupper

AV MARIT ROGNERUD OG JON HILMAR IVERSEN s 18

«Kjære engel»

AV MARI KRISTIN JOHANSEN s 20

Refleksjoner fra en pårørende

AV KIRSTEN VELDE s 22

Problembasert KOPF?

AV ANDERS BÆRHEIM s 24

Faste spalter

s 30

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.telemex.no

Erik J. Pedersen

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

Tone Skjerven

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

Forsidefoto: Torgeir Gilje Lid

*Moderne reklame gjør «heroin-look» trendy
Fra New York*

Design & trykk:
PDC Tangen

Utsette menneskje

Vi har høyrte historiene om borna som blei sette ut i skogen, dei uønskja borna som ingen ville ha.

På veg til jobben i helsebyråkratiet sykklar eg dagleg forbi ein liten plen ved trafikkmaskinen nær Oslo S. Der held dei seg, tidleg og seint – mellom søppel og brennande bål, ein flokk utsette menneskje, dei som først blei jaga frå Slottsparken, så frå Egertorget og no til sist frå området utanfor Oslo S. Her har dei samla seg mellom vegane og under bruene, der berre bilar durar forbi. Vi berre ser dei i eit glimt – hengande med bøygde kne eller sovande mellom søpla – når vi køyrer forbi.

Den allmennmedisinske bøtta er full, skriv Irene Hetlevik i Tidsskriftet nr 1999, 119(24) 3547-8. Problemet er at ein del av dei mest trengande pasientane ikkje har fått plass oppi bøtta! I eit av verdas rikaste land, med ei legedekning som nesten berre Cuba kan overgå, har enno mange av dei som mest treng til legehjelp, dårleg tilgang på slike tenester.

OLL sitt samfunnsmedisinske seminar på Kongsvold i vår sette desse problema på dagsorden, og vi gjengir i dette nummeret av Utposten fleire artiklar frå seminaret. Rognerud og Iversen refererer til ein samanliknede studie initiert frå EU, og påpeikar at det er mangelfull kunnskap om mange av desse pasientgruppene. For innsette i fengsel finst ikkje norske helsedata i det heile.

Faget sosialmedisin døde for nokre år sidan, men professorane lever i beste velgåande! Det er bra, for pasientane lever og, om enn kortare enn oss andre. Situasjonen for pasientane som fell mellom stolar kan vere svært ulik frå by til land. Vi veit og at mange allmennlegar brukar mykje tid på desse pasientane, og vi trur at fastlegeordninga kan bli ein viktig reform for pasientane i denne gruppa.

Det er interessant å merke seg at by-kommunar som Skien og Tromsø prøvar ut særskilde tiltak m.a. for rusmisbrukarar, slik Johannessen og Høifødt skriv om i sine artiklar i dette bladet. Vi trur at dette kan vere eit nyttig supplement, men det bør ikkje vere ei erstatning for ein fast legekontakt. Sosialmedisinen utfordrar grenseflata mellom samfunnsmedisin, allmennmedisin og politikk. Kombilegen var godt skodda for denne utfordringa. Korleis møter vi den i dagens primærhelseteneste?

Utfordringa til dei akademiske miljøa må vere å framskaffe gode data som skildrar røyndomen for dei vanskelegstilte, evaluere og kvalitetssikre metodane som ein nyttar innanfor faget sosialmedisin, og arbeide for at ein får frigjort midlar til forskning på dette store problemområdet, der det er lite å hente med pilleintervensjon.

Frode Forland

Respekt og omsorg for



REIDAR HØIFØDT, helsesjef i Tromsø. Lang fartstid som allmennlege og samfunnsmedisiner i Tromsø. En av hovedaktørene i opprettelsen av Tromsø sosialmedisinske senter.

*Utvik-
lingen av
Sosial-
medisinsk
senter
i Tromsø*

Av Reidar Høifødt

Tromsø har ca. 60 000 innbyggere og har som andre byer et antall personer som er sosialt mistilpasset og har større behov for helse- og sosialtjenester en gjennomsnittet, men samtidig vanskelig for å benytte seg av de ordinære tilbudene. Rusmisbruk, psykiatrisk sykdom, lavt evnenivå, i noen tilfeller kombinert med somatisk sykdom ligger ofte bak deres vanskelige livssituasjon. Sosialmedisinsk Senter (SMS) forsøker å gi disse et godt og helhetlig tilbud uten barrierer som timebestilling og lang ventetid, egenandeler og moraliserende holdninger. Senterets historie er spesiell, nåtida vanskelig og fremtida uvisst. Imens gir brukerne positive tilbakemeldinger om at tilbudet er viktig og at de setter stor pris på den omsorg og respekt de møter i senteret.

Bakgrunn:

Det startet med etableringen av et prosjekt i 1987 som ble kalt Tromsø kommunale helsekontor. En hovedoppgave var å begrense HIV/aids-epidemien som man den gang så for seg gjennom en kombinasjon av informasjons- og opplysningsarbeid generelt og omsorg for HIV-positive og risikogrupperne rusmisbrukere og homofile spesielt. Senteret har således helt fra starten hatt både en forebyggende og behandlende funksjon og benyttet seg av både en massestrategi og høyrisikostrategi i sitt arbeid. Kontoret rekrutterte dyktige fagfolk og det har gjennom årene foregått en betydelig kompetanseutvikling, særlig innenfor rusmiddelfeltet og infeksjonsmedisin, etterhvert også sosialfaglig kompetanse.

Den positive utviklingen av HIV/aids-epidemien og den bekymringsfulle utviklingen m.h.t. rusmisbruk medførte etterhvert en dreining av virksomheten mot sosialt vanskeligstilte grupper generelt og rusmisbrukere spesielt. I de første årene var kontoret et helsetjenestetilbud.

Fra 1994 startet en drøfting mellom fagpersoner innen den fylkeskommunale rusmiddelomsorgen, Tromsø kommunale helsekontor og Sosialmedisinsk seksjon, Institutt for samfunnsmedisin, UiTø om modeller for samordning og utvikling av et tverrfaglig sosialmedisinsk senter. Sosialmedisinsk seksjon, UiTø har gjennom hele prosessen vært en viktig pådriver og faglig rådgiver. Etter vanskelige drøftinger kom man fram til en samarbeidsavtale i 1996 mellom Tromsø kommune og Troms fylkeskommune om etablering av SMS som et forsøksprosjekt i 2 år. Etableringen innebar at helsekontoret ble styrket med kommunale sosialtjenester og en fylkeskommunal rusmiddelpoliklinikk. Universitetet kjøper kontor plass i senteret til en liten «toerstilling» og i noen grad praksisundervisning for medisinske studen-

vanskeligstilte grupper

ter. Senteret er dermed et samarbeid mellom alle 3 forvaltningsnivåer. Avtalen er forlenget og senteret er inne i en evalueringsprosess.

SMS i dag

Allmennhelsedelen består av 1 allmennlege, 3 sykepleie-konsulenter og 2 sentermedarbeidere. Den kommunale sosialtjenesten består av 1 sosialleder, 3,5 sosialkuratorer/saksbehandlere, 1 sentermedarbeider og Ruspoliklinikken består av 1 psykolog, 1 psykiatrisk sykepleier og 1 sosial-konsulent. Den kommunale miljøarbeidertjenesten (som bl.a. driver hybelhusene og andre tiltak for rusmisbrukere) er nylig knyttet opp mot SMS, men ikke lokalisert der. Samlokalisert i senteret er det altså ca. 16 årsverk.

Økonomisk dekker den enkelte arbeidsgiver lønn til sine ansatte og øvrige driftsutgifter fordeles andelsvis etter antall årsverk i senteret.

Organisasjonsstruktur og ledelse har vært under kontinuerlig diskusjon. Den store utfordringen har vært i å få de ulike helse- og sosialtjenestekulturene til å smelte sammen. Uten en klar og tydelig felles ledelse har dette ikke vært lett og man har etterhvert akseptert og ansett det som den best mulige løsningen at senteret består av 3 enheter: En allmennhelsedel, en sosialdel og en ruspoliklinikk. Lederne for de 3 enhetene er et lederteam.

Et sentralt punkt m.h.t. kulturforskjellene var knyttet til begrepet lavterskeltilbud. Alle er enige om at SMS skal gi et lavterskeltilbud, men praksis varierer i betydelig grad mellom gruppene. Allmennhelsedelen tar imot uten timebestilling og stiller svært få krav til klientene. De kan bl.a. få konsultasjon uten å oppgi navn og fødselsdato. Journalen får da bare et løpenummer. Dette er en del av historien fra aidsproblematikkens dager med anonym HIV-testing o.l. Sosialdelen og ruspoliklinikken har i større grad timebestilling og krever nok noe mer struktur og motivasjon hos klientene. Noe av denne forskjellen ligger trolig i forskjellen på den type problemer tjenestene løser for klientene.

Definisjoner og mål

I policydokumentene til SMS benyttes følgende definisjon av sosialmedisin:

«Et klinisk tilbud til svakstilte grupper med multiple pro-

blemer og vanskeligheter med å benytte de tradisjonelle helse- og sosialtjenester. I særlig grad vil dette omfatte rusmiddelmisbrukere og personer med psykiske lidelser, men også personer som på grunn av ung alder, dårlig økonomi eller ustrukturert livsførsel har uløste helsebehov».

Målet er at Sosialmedisinsk Senter skal:

- Være et poliklinisk lavterskeltilbud basert på allmennmedisinsk, sosialfaglig og rusfaglig forebygging og behandling
- Særlig rettes mot målgrupper som av ulike grunner ikke nyttiggjør seg eksisterende tjenestetilbud.
- Søke å dekke behov for sosialmedisinske tjenester som ellers ikke er dekket.
- I størst mulig grad ha effekt direkte overfor brukerne.
- Koordinere og integrere tjenestene etter brukernes behov.
- Løse sine oppgaver innenfor gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer.

Holdningen til brukerne har alltid stått sentralt i SMS. Uansett livssituasjon og problemstilling som reises skal de behandles med den samme respekt og verdighet som enhver annen bruker. Utenforstående som besøker senteret blir ofte minnet om hvor lett det er å innta moraliserende og autoritære holdninger til disse gruppene klienter. Holdninger er ikke noe som kan vedtas en gang for alle, men må bearbeides kontinuerlig i staben. Dette har de faglige ledere vært flinke til. Samarbeidet med frivillige organisasjoner som Kirkens Bymisjon o.a. bidrar også til å opprettholde klient-sentrerte holdninger og unngå byråkratisering.

Hvem bruker senteret og for hva?

Evalueringen ble innledet med en omfattende aktivitetsregistrering i oktober 1998.

Tabell 1

Antall konsultasjoner eller kontakter i oktober 1998.

	Kvinner	Menn	Sum
Ruspoliklinikken	31	40	71
Sosial	9	23	32
Helse	147	153	300
Sum	187	216	403

Kontaktårsakene var rusrelaterte problemer 29%, prevensjon, sos o.l. 28%, trygdemedisinske problemstillinger 17%, andre helseproblemer 14%, og bolig, økonomi 11%, annet 5%.

Senteret driver en del rådgivning overfor ungdom og dette gjenspeiler seg i høye tall for prevensjon, sos o.l. Kondomer og nødprevensjon er gratis. Det er likeså overraskende at så mange ber om hjelp i trygdemedisinske saker. Det er en erfaring at mange trenger en hjelper i kontakten med trygdesystemet. Også overfor den «ordinære» sosialtjenesten oppleves det nyttig at en fra SMS hjelper klienten til rette.

Funksjoner og oppgaver

Selv om det er et uttrykt mål å yte brukerne et helhetlig og samordnet helse- og sosialtjenestetilbud er det et bevisst valg å ikke legge forvaltningen av økonomisk sosialhjelp til senteret. Helsetjenesten foreskriver aldri A eller B-preparater. Disse begrensningene reduserer sannsynligvis konfliktnivået betydelig. Det har så godt som aldri forekommet fysisk utagering eller voldelig adferd mot de ansatte.

I tillegg til den kliniske virksomheten drives det mye forebyggende aktivitet som vaksinasjon mot hepatitt A og B, førstehjelpsundervisning rettet bl.a. mot overdosesituasjoner og generelle kampanjer som f.eks. informasjon om Clamidia og testtilbud til gutter/unge menn. Generelt drives mye smittevern og senteret har bl.a. høy kompetanse på hepatitt C. Et forebyggende program om rus og seksualitet tilbys alle ungdomsskoleklasser. Det gis fortsatt mye undervisningen om HIV og aids og personell fra senteret har bl.a. besøkt Murmansk i denne sammenheng.

Så langt har det vært forholdsvis liten forskningsaktivitet ved SMS, men UiTø ønsker å styrke den sosialmedisinske forskningen og undervisningen i senteret. En mastergradsoppgave (mph) og andre oppgaver innen bl.a. høyere rusutdanning har gått ut fra SMS.

Tromsø har fortsatt ingen klienter på Metadon og organiseringen av et slikt tilbud er ikke endelig fastlagt, men senteret vil selvsagt spille en viktig rolle. Utarbeiding av søknader pågår og når de første starter opp vil prøvetaking og mye av oppfølgingen bli ivaretatt herfra.

Særomsorg eller supplement

Vi har ikke hatt noen grundig og omfattende debatt i Tromsø om konsekvensene av etableringen av en særtjeneste for en gruppe klienter i kommunen. Sosialmedisinsk senter har grodd fram av erkjennelsen av et udekket behov. Det er ikke slik at oppgaver f.eks. er trukket ut av all-

mennlegenes praksis. Det er antakelig slik at dersom SMS ikke hadde gjort disse jobbene ville de stort sett forbli ugjort.

Alle som benytter SMS har også fastlege. Arbeidsdelingen m.h.t. forskrivning av A og B-preparater som er nevnt ovenfor bidrar bl.a. til at fastlegene i mange tilfeller har omfattende kontakt med sine rusmisbrukere. Fastlegene deltar også i ansvarsgrupper og har i mange tilfeller en rolle i prosessen med søknad på behandling. Prinsippet er at vanlig allmennmedisinsk hjelp skal ytes av fastlegen så langt som mulig. Det er imidlertid åpenbart at en hardt presset allmennpraksis har klare begrensninger i sin arbeidsform, rammevilkår og finansieringsmåte i forhold til å takle sammensatte problemer hos denne gruppen. Det er heller ikke rimelig å forvente at alle fastleger skal kunne opprettholde høy kompetanse på rusbehandling, legemiddelassisteret rehabilitering etc.

Vi ser derfor på tiltaket som et supplement og en styrking av den ordinære helsetjenesten snarere enn som en særomsorg.

På sosialsida blir det litt annerledes da sosialkontorene hadde forvaltning av tjenester etter kap. 6 i sosialtjenesteloven inn- til dette ble flyttet til SMS. SMS forvalter som nevnt ikke økonomisk sosialhjelp og klientene har derfor i mange tilfeller også kontakt med sosialkontoret. De ansatte på SMS-sosial er administrativt knyttet til resultatene for sosialtjenester og har et fellesskap med de øvrige ansatte på sosialkontorene. Også sosialtjenesten oppfatter SMS derfor som en styrking av tjenesten og ikke en særomsorg.

Konklusjon

I erkjennelsen av at de ordinære helse- og sosialtjenester i kommunen ikke fullt ut kan dekke behovet til tunge sosialmedisinske klienter har vi valgt å styrke tjenesten med et sosialmedisinsk senter. Vi føler at det er fortsatt mye utviklingsarbeid å gjøre i forhold til faglig innhold og organisering av senteret, samarbeidet med de øvrige tjenester i kommunen, definering av ansvar og oppgaver og videreutvikling av samarbeidsavtalen med fylkeskommunen. Det er vår oppfatning at vi uansett må sikre denne gruppen et styrket tilbud dersom resultatlighet og ikke bare tilbudslikhet er det ideelle målet.

Senteret representerer en medmenneskelighet som våre offentlige tjenester trenger. Det er godt å høre når klientene sier at de føler at de blir sett og hørt på en god måte og at SMS er et lyspunkt og gir trygghet i en vanskelig livssituasjon.

Iflg. WHO -definisjon:

**70% over 70 år
er benskjøre.**

Ref.: Dagens Medisin (HUNT). 6. jan. 2000, s.14

NYCOMED

*Alle trenger
kalsium og
D-vitamin –*



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

*...noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte

Kalsium 500mg, Vitamin D₃ 400IE

Bygger og forebygger
Basisbehandling til alle med osteoporose

© Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATCnr.: A12A A04

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nycomed Pharma AS, P.b. 205, 1372 Asker, Telefon 66 76 36 00, Telefax 66 76 36 36

*Bolig for pasienter med alvorlig psykiatrisk sykdom og rusmiddel-
misbruk – et kommunalt ansvar?*

Uverdige livsvilkår

I en årrekke har rusmiddelmisbrukere med alvorlig psykiatrisk tilleggsproblematikk fristet en kummerlig tilværelse i norske kommuner. I større byer stikker de seg ofte bort og har et svakt sosialt nettverk som kan hjelpe til å opprettholde en rimelig verdig bosituasjon. Sosialtjenesten står ofte maktesløse i å gi dem et strukturert botilbud. De mangler både midler, personell og kompetanse til å ivareta en så omfattende oppgave som dette er.

Skien kommune hadde et botilbud til hjemløse som huset mange av disse menneskene. Boligen ble imidlertid stadig rasert og forsøpt, til tross for daglig tilsyn fra miljøarbeidere. Et omfattende rusmisbruk, dårlig hygiene og stor brannfare førte til en alvorlig bekymring fra helse- og sosialtjenesten. Pasientene var lite behandlingsmotiverte. I psykotiske perioder ble de innlagt i psykiatrisk avdeling, men kom fort ut igjen. Det tilbudet kommunen kunne gi var ikke tilstrekkelig for å kunne opprettholde en trygg og verdig bosituasjon når de kom ut igjen.



Arne
Johannesen,
OLL-leder
1997–99.

Det ble foreslått opprettet et botilbud med heldøgns beman- ning for å ivareta basale behov for denne gruppa. Det skulle være lav terskel for å opprettholde botilbudet og høy tole- ranse for omfattende rusmiddelmisbruk blant brukerne. Hensikten var å kunne gi et tilbud om trygg bolig, mat og tilsyn. Utkastelsesgrunner skulle bare være omfattende rusmiddelmisbruk i boligen og vold. I tillegg til et verdig botilbud var målsettingen en større grad av rusfrihet, min- dre kriminalitet, færre innleggelses i psykiatrisk sjukehus og et forsøk på å komme i en bedre behandlingsposisjon i forhold til beboerne.

Forslaget møtte liten forståelse hos politikere. Først etter at en mor klaget kommunen inn for Fylkesmannen på grunn av manglende omsorgstilbud ble det fortløpende i saken. Staten stilte opp med midler og et forsøksprosjekt over 5 år ble planlagt. Andrelinjetjenesten ble trukket med i planleg- gingen, da det ble ansett som helt avgjørende å få med seg psykiatrien for å få til et vellykket prosjekt.

Egnet bolig var neste utfordring. Kommunen fikk først et tilbud om å leie et nedlagt gårdsbruk i nærheten av byen, men utleier trakk tilbudet tilbake på bakgrunn av protester fra en utbygger av et nytt boligfelt i nærheten. Til slutt ble det inngått avtale om å leie en bygning inne på området til psykiatrisk avdeling ved Telemark sentralsjukehus. Boli- gen ble satt i stand til å ta imot fem beboere og det ble utlyst tre heltidsstillinger som miljøarbeider, en prosjektleder, samt en rekke små stillinger som nattevakter/ekstravakter.

Kriteriene for å kunne få et botilbud var i tillegg til en dob- bel diagnose behov for heldøgns oppfølging med henblikk på bosituasjon. Alle beboere skal ha en ansvarsgruppe eta- blert før innflytting. Den skal bestå av primærkontakt ved boligen, primærlege, en behandler fra andrelinjetjenesten, og ev. andre som måtte være aktuelle.

Hvordan har det gått så langt?

Første beboer flyttet inn i august 1999. Seinere på høsten kom to nye beboere. Den fjerde tiltenkte beboer, som sonet en dom i fengsel, ble ansett som så dårlig at han ikke kunne

passes inn i boligen. Denne plassen ble tilbudt en annen som nå er på plass. Den femte plassen har stått ledig i påvente av en kvinne, som sannsynligvis flytter inn i løpet av høsten. Alle er uføretrygdete i ung alder.

Den lange innflyttingsfasen har gjort det mulig å følge opp hver enkelt på en omfattende måte. I mot alle forventninger var beboerne svært motivert for ytterligere behandling når de kom inn i boligen. To av dem er nå på metadonbehandling og de andre på psykofarmaka. En rekke fritidstilbud er gitt dem, som stort sett er tatt imot.

I begynnelsen var det svært lite rusmiddelmisbruk, men utover vinteren utviklet det seg et omfattende misbruk hos alle fire beboerne. Det satte personellet hardt på prøve. Kravet om tvangsinnleggelse og tvangsbehandling ble ofte tatt opp. Enkelte av beboerne var også inne til korte opphold i psykiatrisk institusjon, men stort sett ble de fleste kriser taklet i boligen. To alvorlige overdoser førte til kortvarig innleggelse i somatisk sjukehus. Utover sommeren har imidlertid situasjonen roet seg noe ned og rusmiddelmisbruket har avtatt.

Diskusjon

Omsorg for rusmiddelmisbrukere med alvorlig psykiatrisk sykdom er en omfattende oppgave som krever en bred og tverrfaglig innsats. En forutsetning for å komme i posisjon til å gi omsorg ser ut til å være et botilbud som nærmer seg institusjonsnivå. En må spørre seg om dette skal være et kommunalt ansvar. Samtidig er det kommunene som skal sørge for at alle mennesker skal ha et botilbud utenfor institusjon, i tråd med integreringspolitikken i vår tid.

*Prosjektleder
Thove Berger har
en utfordrende
jobb.*



Utfordringen blir da å skape bomiljøer som ivaretar de behov som brukerne har. Kommunene har erfaring med å skape slike botilbud for psykisk utviklingshemmede etter ansvarsreformen. På mange måter er utfordringene tilsvarende store for den økende gruppe av rusmiddelmisbrukere med alvorlig psykiatrisk tilleggsdiagnose. Den setter store krav til kommunenes helse- og sosialtjeneste, samt et godt samarbeid med spesialisttjenesten.

Prosjektet i Skien går over fem år. Først da kan vi si noe om vi har nådd målsettingene våre. Inntil videre gleder vi oss over at prosjektet så langt ser ut til å bli positivt evaluert av brukerne og at flere banker på dørene og vil inn. Vi anslår behovet for å være det dobbelte av det vi i dag kan tilby. Vår bekymring er reduserte statlige midler til prosjektet, noe som kan føre til at det må avvikes før vi får prøvd det skikkelig ut. Det vil være en katastrofe for beboerne og sannsynligvis en større belastning på samfunnet totalt.

*Arne Johannesen
Kommuneoverlege i Skien*

*Ansvarsgruppemøte
på huset.*



Sosialmedisinen prioriteres bort

Arne Johannesen, kommuneoverlege i Skien
Cand. Med 1980, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Leder av OLL fra 1998 –
Spesialinteresser: rusmiddelmisbruk, psykiatri, sosialmedisin og helsepolitikk.

Rekrutteringen til allmennmedisin svikter og det stilles spørsmål ved hvilke oppgaver som skal prioriteres når arbeidsmengden blir for stor i forhold til den kapasiteten allmennpraktikeren har til rådighet(1). Det er betimelig å spørre seg da om de som først taper i kampen om allmennpraktikerens tid er de ressursvake, de med sammensatte behov, som krever mer tid enn teknologi(2). I en stresset klinisk hverdag blir det lite overskudd til å prioritere de tidkrevende pasientene som ofte ikke klarer å tilpasse seg de stringente reglene som må gjelde for å holde produktiviteten oppe i privat allmennpraksis. Dessuten krever disse pasientene en type sosialmedisinsk kunnskap som synes å ha vært lite prioritert i helsetjenesten generelt det siste tiåret. I stedet er det pasientrettigheter og autonomi som har stått sterkt, og allmennmedisinen har blitt en passiv mottaker av krav om oppmerksomhet, fra andrelinjetjenesten og pasientgrupper.



Nye løsninger må finnes

Tanken om et senter som skulle ivareta spesielle gruppers behov i Skien tok til å modnes midt på 1990-tallet. Byen hadde hatt et asylmottak med en god helsetjeneste knyttet til seg. Flere av de bosatte flyktningene i byen hadde beholdt kontakten med helsetjenesten og det var bygget opp en betydelig kompetanse hos legen, som kommunen ønsket å beholde. Det ble derfor igangsatt et utredningsarbeid for å samlokalisere ulike tjenestetilbud som hadde det til felles at de henvendte seg til spesielle grupper eller hadde spesialfunksjoner i kommunen. Det ble lagt vekt på at tjenesten ikke skulle bli en særomsorg, snarere et supplement til allmennlegetjenesten, der råd og veiledning til den øvrige helsetjenesten skulle stå sentralt.

Forslaget gikk ut på å slå sammen flyktninghelsetjenesten, smittevernet og en helsestasjon for ungdom. Felles for disse tjenestene var at de var små og derved var sårbare for vakanser, og hadde et lite fagmiljø rundt seg. Forslaget ble vel mottatt, men fikk ikke nødvendig administrativ støtte til å bli prioritert i budsjettssammenheng. For å beholde flyktninghelsetjenesten ble det opprettet et midlertidig kontor med lege og medarbeider. Kontoret var imidlertid svært sårbart ved fravær og vakanser. Det viste seg svært vanskelig å få overført pasienter fra kontoret til allmennlegetjenesten, på tross av at mange av pasientene ikke trengte særskilt oppfølging.

De kommunale samfunnsmedisinske stillingene i Skien har ofte blitt brukt til sosiallegeoppgaver, både av politi, sosialtatt og helsetjenesten for øvrig. Rusteamet, der en av kommunelegene representerte helsetjenesten, begynte i 1996 en systematisk kartlegging av helsetilstand og behandlingsbehov blant rusmiddelmisbrukerne. En hepatitt A – epidemi i 1996 satte ytterligere fokus på behovet for helsetjenester for denne gruppa. En dramatisk økning i antall overdosedødsfall førte til at også sosialministeren fant det nødvendig å stimulere kommuner til å opprette lavterskel-helsetilbud til injiserende stoffmisbrukere. Samtidig ble det igangsatt en

*Helsesekretær Turid Kristiansen
er senterets krumtapp.*

Sosialmedisinsk senter i Skien – særomsorg eller nødvendig supplement til allmennpraksis?

desentralisert metadonassistert rehabilitering der kommunelagen fikk forskrivningsansvar og kommunehelsetjenesten et oppfølgingsansvar. Det ble søkt om midler til oppretting av lavterskel-tilbudet og våren 1999 kunne vi starte å planlegge senteret, som stod klart til innflytting i oktober samme år.

Internasjonalt/sosialmedisinsk senter

Senteret er sentralt plassert i Skien, med lett tilgang fra alle bydeler gjennom offentlige kommunikasjoner, noe som er svært viktig for flyktninger, som ofte ikke har egen bil. Rusmiljøet finnes rett utenfor dørene, der det handles og injiseres. Ungdommen finner også lett veien til senteret. Senteret driver også en omfattende reisemedisinsk virksomhet med vaksinasjon og rådgivning til utenlandsreisende.

To leger er knyttet til senteret. Den ene legen har ansvar for flyktninghelsetjenesten mens den andre legen har ansvar for smittevern, lavterskel-tilbudet, metadonforskrivning, reisemedisin og rådgivning i forhold til helsestasjon for ungdom.

En helsesekretær i full stilling har det daglige ansvaret for senterets drift. En helsesekretær i 60 % stilling bistår denne med blant annet sentralbordfunksjon og laboratorium. To formiddager i uka tas det urinprøver av metadonbrukere og andre rusmiddelmissbrukere, etter oppdrag fra bl. a. barnevern og kriminalomsorg i frihet.

Smittevernkontoret har ansvar for at smittevernlovens bestemmelser blir ivarettatt og har løpende oversikt over forekomst av nominative smittsomme sykdommer. Foruten reisemedisinsk virksomhet tilbyr kontoret influensavaksinasjon og annen vaksinasjon til utsatte grupper, spesielt i forhold til rusmiddelmissbrukere. Kommunens tuberkulosearbeid gjøres også av kontoret. Tre helsesøstre i deltidsstilling ivaretar disse oppgavene.

Helsestasjon for ungdom er nært knyttet til skolehelsetjenesten og har åpent to dager i uka, den ene dagen på kveldstid. Foruten to helsesøstre, som forestår den daglige driften, er det fire turnusleger knyttet til kveldspraksis der prevensjon og smitteoppsporing av seksuelt overførbare sykdommer står sentralt.

Lavterskel-helsetilbudet har ansatt sykepleier som både har helsesøsterutdanning og er spesialutdannet i psykiatri i halv



Moderne reklame gjør «heroin-look» trendig.

Fra New York.

Foto: Torgeir Gilje Lid

stilling. Helsesekretæren i full stilling sørger for at tilbudet er tilgjengelig alle dager i uka, godt hjulpet av helsesøstre som arbeider med smittevern. To dager i uka er lege tilgjengelig for konsultasjon. Oppfølging av metadon-klienter blir også ivarettatt av legen, i samarbeid med primærlege, dersom vedkommende har noen.

Begge legene ved senteret har også bistått sosialtjenesten med utredning av langtids sosialstønadsklienter med henblikk på attføring eller uføretrygd, der det ikke har vært mulig å oppspore en primærlege.

Siste funksjon som er lagt til senteret er koordineringen av oppfølging av selvmordsforsøkere, et prosjekt som ble igangsatt med psykiatrimidler under handlingsplanen for å forebygge selvmord. En sosiolog er ansatt i deltidsstilling for å koordinere arbeidet, der helsesøstre foretar en første oppfølging av selvmordsforsøkere i samarbeid med sentralsjukehuset i Telemark.

Særomsorg eller supplerende spesialfunksjoner?

En kan med rette spørre seg om ikke en slik konstruksjon lett kan bli en særomsorg som letter presset på en anstrengt



Senteret har lyse, moderne lokaler midt i Skien sentrum.

allmennlegetjeneste og samtidig blir mer tilgjengelig for samarbeidspartnere. Presset er stort både fra pasienter, andre kommunale instanser og andrelinjetjenester for at senteret skal ta et primærlegeansvar. I noen tilfeller har det også vært nødvendig. Blant annet er det opprettet et kommunalt botilbud for personer med rusmiddelproblem og alvorlig psykiatrisk sykdom, såkalte dobbeltdiagnoser (se egen artikkel). Det er pasienter som i lang tid har falt mellom alle stoler, der verken rusomsorgen eller psykiatrien har tatt et ansvar, og der primærhelsetjenesten har vært lite tilgjengelig. Her har en av senterets leger måttet ta et primærlegeansvar og bistått boligen, som er heldøgnsbemannet, med medisinsk-faglige råd.

Utgangspunktet er imidlertid at alle som har behov for tjenester fra senteret skal ha en primærlege, og det tilstrebes å skaffe dette så langt råd er. Det er imidlertid vanskelig å få det til for øyeblikket, da allmennlegetjenesten ikke synes å ha kapasitet nok til å ta imot nye pasienter. Kommunen søker å bøte på det nå med å opprette flere hjemler i forkant av innføringen av fastlegeordningen.

Det som synes synes å være en konsekvens er at pasienter som er vanskelig å følge opp fra andrelinjetjenesten blir henvist senteret for oppfølging. I så måte kan framveksten av sosialmedisinske sentre sees på som en naturlig følge av nedbygging av den kliniske sosialmedisinen på andrelinjenivå og primærlegetjenestens manglende evne (og vilje?) til å ivareta disse oppgavene.

I større kommuner kan det se ut som om det er behov for disse spesialfunksjonene. Selv i fastlegekommunen Tromsø har det sosialmedisinske senteret fungert side om side med fastlegeordningen. Flere andre kommuner oppretter lavterskeltilbud for rusmiddelmisbrukere og/eller har spesielle tjenester rettet mot særskilte grupper. Kunsten blir å skape en fornuftig balanse mellom behovet for allmennlegetjenester og spesialfunksjoner. Forenes disse er særomsorgen et faktum og allmennmedisinens rolle kan fort bli undergravet.

Gunnar Strøno skriver i sin leder i Utposten at "fastlegereformen er en historisk og unik mulighet for allmennmedisin til å redefinere faget i forhold til andre- og tredje linjetjenesten, til trykdevesen, til kommunale aktører, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, innad i Legeforeningen og i forhold til pasientene" (3). En redefinisjon bør inneholde en klar forpliktelse til å ivareta også den kliniske sosialmedisin som pasienter på lista vil ha behov for. Da kan sosialmedisinske sentre bli støttespiller og medaktør for å ivareta pasientenes behov, og samtidig være et bindeledd mot den samfunnsrettede sosialmedisinen, som vil være samfunnsmedisinerens ansvar i kommunehelsetjenesten.

Referanser:

1. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Legefor 1999; 119: 3547-8.
2. Westin S. Tid for å gjenetablere særomsorger? Tidsskr Nor Legefor 2000; 120: 1613
3. Strøno G. Jalan jalan. Utposten nr. 4 2000; 1

OSTEOPOROSE

Lar du tilfeldighetene eller risiko bestemme
hvem du foreskriver kostbare medisiner til ?

Flere, blant andre Norsk Osteoporoseforening, anbefaler at man benytter de "kliniske risikofaktorene" for å avgjøre hvem som bør få foreskrevet bisfosfanater til behandling av osteoporose.

Vet du hvor stor andel av kvinnene i USA som vil bli definert som osteoporosetruede basert på ovennevnte anbefaling? Vet du hvor stor andel av kvinnene i Norge vil bli definert som osteoporosetruede basert på de kriterier som

Sentrum Røntgeninstitut har benyttet siden 1992?

Enkle eller multipl linear eller logistisk regresjonsanalyser anvendes vanligvis for å påvise nye "kliniske risikofaktorer". Av de mange parametere som disse analyser fremskaffer, hvilke benyttes for å gi en faktor status som "klinisk risikofaktor":

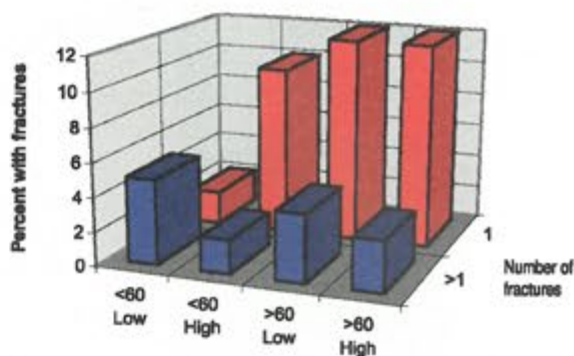
a) p-verdien som kun sier noe om den statistiske sannsynlighet for at en faktor virkelig er av betydning uten å si noe om hvor betydningsfull faktoren er?

b) r^2 -parameteret eller risk ratio som begge uttrykker graden av betydningsfullhet?

Med hvor stor prosentandel, eller hvor mange ganger er risikoen økt i gruppen som har en eller flere av de mest vanligst benyttede risikofaktorer sammenlignet med en gruppe uten de samme risikofaktorene?

Hva er den tilsvarende endring i risiko når en sammenligner kvartiler eller kvintiler av kvinner ranket etter en måling av BMD-parameteret?

FRACTURES AFTER THE AGE OF 60



Groups: First fracture < or > 60 years of age.
"Low" and "High"; lumbar BMD > or < 0 Z-score.

Bisfosfanater kan foreskrives på "blåresept" hvis det foreligger "etablert osteoporose". For å stille denne diagnosen er det tilstrekkelig om en postmenopausal kvinne har hatt minst ett tidligere lavenenergibrudd.

Anta at pasientene dine er inndelt i kvintiler basert på måling av BMD verdi. Hva er forskjellen i risiko for å få brudd etter en gitt alder i de forskjellige kvintiler hos de med tidligere brudd sammenlignet med de uten tidligere brudd?

Hvis du baserer din risikovurdering kun på bruddanamnese og "kliniske risikofaktorer":

a) hvor mange av dine pasientene har du da gitt en osteoporosediagnose mens de i virkeligheten tilhører kvintilen med lavest bruddrisiko?

b) til hvor mange av dine pasienter som befinner seg i kvintilen med størst risiko for å få brudd har du hevdet at de ikke har noen forøket risiko for brudd?

Sentrum Røntgeninstitut har data på flere tusen norske kvinner som kan benyttes til å beregne svaret på flere av disse spørsmålene. Grunnlagsdata og noen beregninger kan du finne på www.serinn.no

Medisinsk faglig ansvarlig: Dr. med. Arne Høiseth
Sentrum Røntgeninstitut, Storgt. 8, 0155 Oslo

Våre avdelinger:

Oslo (0155) Storgt 8, tlf. 23 35 56 00 • Oslo (0164) Kr. Augustsgt. 19, tlf. 22 20 23 24 • Oslo (0350) Grønnegt. 10, tlf. 22 60 35 95
Lillestrøm (2000) Nittedalsgt 2B, tlf. 63 81 80 26 • Trondheim (7013) Kjøpmannsgt. 17, tlf. 73 52 51 80
Bergen (5014) Torgalm. 7, tlf. 55 56 08 80 • Stavanger (4006) Børehaugen 1, tlf. 51 89 61 22

Sentrum Røntgeninstitut har ISO-sertifisert både sitt kvalitetssystem og sitt miljøstyringssystem:



Ansvarlige leger: Adm. overlege og spesialist i allmennmedisin Are Løken.

Spesialister i radiologi: dr. med. Arne Høiseth, dr. Brita Scheel, dr. med. Asbjørn Nordby, dr. med. Finn Kolmannskog, dr. Knut Korsbrekke og dr. med. Kirsti Løken.

Helsetilsynet og



Frode Forland er medredaktør i Utposten og fagsjef i avdeling for samfunnsmedisin i Statens helsetilsyn. Han er opptatt av at statlege helsestyresmakter ikkje berre fører tilsyn, men og gjev gode kunnskapsbaserte råd til helsetenesta og publikum. Tidlegare kommunelege i Vest-Telemark og Afrika-lege for SAIH. Han er samfunnsmedisinar og med i fag- og kvalitetsutvalet for OLL.

Korleis kan Helsetilsynet og fylkeslegane gjennom tilsyn og rådgjeving bidra til å ivareta utsette gruppers behov?

Innlegg til Utposten basert på foredrag under samfunnsmedisinsk seminar på Kongsvold 6. mai 2000.

Ved fagsjef i avdeling for samfunnsmedisin
Frode Forland

Helsetilsynet og fylkeslegane har ei verdiforankring, ei normativ rolle som handlar om å verke til utjamning i samfunnet og øve rettferd mot dei som treng det mest. Målet for etaten er trygge helsetenester for alle og ein god helsetilstand i befolkninga. Når vi veit at sosial ulikskap skapar dårleg helse, er det viktig for statlege helsestyresmakter at vi medvite prioriterer dei som med ein felles nemnar kan kallast dei utsette gruppene i samfunnet. Kven tenkjer Helsetilsynet desse gruppene er, og om korleis kan vi ved våre oppgaver som tilsyns- og rådgjevingorgan bidra til at deira behov for helsetenester blir dekkja?

Helsetilsynet og fylkeslegane utøver det mange vil kalle eit dobbeltspel, vi er både eit tilsyns- og eit rådgjevingorgan. Vi er bukken, som i vårt høve ikkje et opp havresekken, men som stangar, (tilsynsorgan og sanksjonsmyndighet) og som etterpå kjem med havresekken (rådgjevar, tilretteleggar og rettleiar for helsetenesta). Vi arbeider for at rekkefølgja på desse oppgåvene i størst mogleg grad skal vere omvendt – først gode råd og fornuftige lover og forskrifter, så tilsyn med at utøveren av helsetenesta leverer god fagleg standard.

utsette grupper



Steinar Westin tenker på noe samfunnsmedisinsk eller på noe med moskus.

Verdiforankring

Helsetilsynet og fylkeslegane har ikkje klart nedfelt sitt verdisyn i noko enkelt dokument. Vårt verdisyn kjem fram gjennom det vi gjer og har gjort, gjennom våre ord og gjerningar. Samstundes er vi underlagt eit politisk styrt departement og følgjer lojalt opp dei verdimeisige føringane som styresmaktene gjev. I vårt arbeid med «Verdimeldinga» blei følgjande sitat lagt til grunn i vårt innspel til Sosial- og helsedepartementet (SHD).

«Mange har vært opptatt av at helsetjenesten skal være verdinøytral, og det har vært en viktig verdimeisig føring for helsetjenesten at alle pasienter skal behandles likeverdige uavhengig av deres verdisyn. Men ved å øke bevisstheten om verdispørsmål, ser vi at nesten alt vi gjør eller lar være å gjøre handler direkte eller indirekte om valg av verdier....Mål og

verdisyn kommer til uttrykk gjennom behandling av pasienter og enkeltsaker, gjennom de lover som styrer vårt virke, handlingsplaner og virksomhetsplaner. Verdisynet reflekteres også av verdier til de menneskene som arbeider i tjenesten.» (1)

Helsetilsynet meiner at det er viktig at pasientar eller representantar for pasientgrupper, anten det er brukarorganisasjonar eller politikarar, vert trekte inn i verdimeisige vurderingar som gjeld helsetenesta, og at slike beslutningar ikkje vert tatt skjult i fagmiljøa.

Det er ein kjerneverdi i medisinsk arbeid at lege- pasientrelasjonen er bygd på tillit. Forholdet må vere bygd på kjærleik og omsorg og at ein deler med kvarandre i møtet mellom helsepersonell og pasient. Det skulle ikkje vere naudsynt å lage ein tilspissa konflikt mellom det å ta individuelle



Anne Wyller Shetelig forsøker å dra noe verdifullt ut av en stortingsmelding.



Utsatt? Foto: Torgeir Gilje Lid

omsyn og samstundes kunne tenkje samfunnsmedisinsk, slik som Edvin Schei et.al frå filosofisk poliklinikk i Bergen treffande uttrykte det i påskenummeret til Tidsskriftet i år; Legen - den enøydte samaritan?

«Legen ivaretar idealet om best mulig hjelp til enkeltmenneskene ved samtidig å erkjenne en forpliktelse overfor de andre enkeltmenneskene som vår offentlige helsetjeneste har ansvar for.» (2)

Sosial ulikskap

Vi er eit fagleg uavhengig tilsyns- og rådgjevingorgan. Vi får konkrete oppdrag frå eit politisk styrt departement, men vi står og fritt til sjølv å ta opp dei sakene som vi finn det rett å kaste lys over, gje råd om eller føre tilsyn med ut frå vårt oppdrag formulert i strategisk plan og tilsynslov. (3) Tydelegast kjem kanskje våre eigne vurderingar fram i helsedirektørens årlege tilsynsmelding og for fylkeslegane gjennom dei årlege medisinalmeldingane.

Helsetilsynet og fylkeslegane vil alltid ha eit heilheitsperspektiv på helseforhold og samfunn.

Frå tilsynsmeldinga for 1997 – og seinare utdjupa i ein artikkel til Utposten, kan vi lese om ulik forventa levealder frå Oslo indre aust til vest på 12 år (4). Og vidare: «Flere under-

søkelser viser at store inntektsforskjeller i moderne industrisamfunn er sterkere assosiert med helsemessige ulikheter enn fattigdom eller gjennomsnittsinntekt per person. De såkalte livsstilssykdommene er også på ulik måte knyttet til relativ sosial status. Sosial ulikhet fører til helsemessig ulikhet, og arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i samfunnet vil være et av de mest effektive virkemidlene for å bedre folkehelsen».

Og vidare om privatisering: «Resultatet kan bli en todelt helsetjeneste der de ressurssterke kan kjøpe seg kortere ventetid og tilgang til helsetjenester som kanskje ikke er faglig velbegrunnet, med de uheldige vridningseffekter det også måtte ha for bruken av helsepersonell».

Hiv og Aids

Helsetilsynet har ein lang tradisjon i arbeidet med å møte utsette gruppers behov. Gjennom aktiv innsats i arbeidet med å førebyggje Hiv og Aids, tok vi og opp dei etiske dilemma og utfordringane som dette medførte. Dette var også sentralt i haldningsskapande arbeid for å hindre utstøting og fordømming av dei smitta, og arbeid med å integrere dei såkalte utsette gruppene i strategiar for forebyggjande arbeid, homofile, prostituerte og folk med framandkulturell bakgrunn. Etter den mediefokuserte «afrikanarsaka», har vi hatt eit tett

og godt samarbeid også med fleire av dei innvandringsorganisasjonane som protesterte høgløyd mot Helsetilsynet i den første fasen. Dette samarbeidet held fram og har som mål å sikre helseteneste og -tilstand for ei utsett gruppe.

Vårt arbeid med Hiv og Aids har og ein internasjonal akse, der Helsetilsynet har hatt egne prosjekt retta mot usette grupper i Botswana. Vi fungerer og som rådgjevar overfor Norad og Utanriksdepartementet i faglege spørsmål knytta til Aids-epidemien internasjonalt.

Kven er dei utsette gruppene?

• Eldre

Det blei gjennomført tilsyn med helsetenesta for eldre i 61 kommunar i 1997. I 35 % av kommunane vart det avdekka at grunnleggjande behov som normal døgnrytme, personleg hygiene og naturlege funksjonar ikkje blei tilfredstillande ivaretekt. Det var og uttalt svikt i formelle rutiner og saksbehandlingsprosedyrer.

• Rusmisbrukarar

Rusmisbrukarar skårar svært dårleg på alle område når det gjeld livskvalitet og helse. Dei tunge rusmisbrukarane er mest utsette. Det er tvilsomt om dei får det tenestetilbod dei har krav på i helsetenesta. Ofte vert dei møtte med avsky og forakt. Dei som er utsette for å bli rusavhengige i ein eller annan form er kanskje den største gruppa av utsette menneskje i vårt samfunn. Meir enn 200 000 rusavhengige er prisen samfunnet betalar for at "vi andre" skal få nyte vår rødvin og vår konjakk i fred i det eg vil kalle eit alkoholliberal samfunn.

Overdoseproblematikken har kanskje vore mest fokusert dei seinare åra, også det er med god grunn: I 1985 var det 53 overdosedødsfall, i 1996 var det 180 og i 1998 var det 270.

• Pasientar ved livets grenseflater

Helsetilsynet har vore opptatt av å gje eit tydeleg signal i vår høringsuttale til NOU 1999, 2 om Livshjelp – behandling og omsorg for uhelbredelig syke og døende (5). Der understrekar vi følgjande frå meldinga: «Ethvert menneske har en unik og ukrenkelig verdi fra livets begynnelse til livets slutt. Mennesket er knyttet til eksistens og ikke til funksjoner og egenskaper. Menneskelivets ukrenkelighet er en merkestein som helsevesenet ikke må flytte.»

Helsetilsynet meiner altså no som før at aktiv dødshjelp ikkje er akseptabelt (om det var nokon som skulle ha blitt i tvil etter Bærumssaka).

• Kronisk sjuke

Helsetilsynet meiner at mange av dei som har varige funksjonshemmingar og kroniske sjukdomar ofte fell mellom

stolar i helsetenesta. Blant dei gruppene som får eit lite tilrettelagt tilbod i kommunane er menneskje med sanseapar, menneskje med nevrologiske sjukdommar som MS, Parkinson og sekveler etter poliomyelitt og dei med kroniske lungesjukdomar. Helsetilsynet har som ledd i vårt rådgjevingssamarbeid utarbeidd ei rekkje faglege vegleiarar for å betre rehabiliteringstenestene til desse gruppene.

- Slagamma
- Barn og unge
- Pasientar med sanseapar
- Lungesjukdomar og
- Nevrologiske sjukdomar

• Barn og unge

Når det gjeld tilbodet for barn og unge er det og gjort ein betydeleg rådgjevingssinnsats dei seinare åra med utarbeiding av ny fagleg rettleiar for helsestasjonsarbeidet og skulehelsetenesta. Frå ei av utredningane våre om barn og unges helse i 1998 kan vi lese:

«Til tross for at helsetilstanden jevnt over er god blant dagens ungdom, er det likevel trekk som gir grunn til bekymring. Den økende tendens til helseproblemer innenfor ungdomsgruppen kan knyttes til økte krav og forventninger.



Roar Johnsen ser framover og gleder seg over alt som tross alt er veldig bra med norsk samfunnsmedisin.



Kaffepause i solveggen, med blomsterkvast i røykepotta, fra venstre Finn Johansen, Øystein Hetlevik, Roar Johnsen og Anne-Sofie Syvertsen

tinger, urolige og ustabile oppvekstvilkår og ikke minst sårbarhet i en viktig utviklingsfase i livet. Det er en reell økning i psykososiale problemer som depresjon, spiseforstyrrelser, bruk av rusmiddel og tobakk, selvmord og selvmordsforsøk, asosial adferd og kriminalitet. 15–20% av barn og unge uttrykker at de har livsproblemer som er så vanskelige at de går utover deres daglige funksjonsevne». (6)

• Kvinner

Det er eit misforhold mellom dei helseproblem som kvinner rapporterer og haldningar og forståing frå det helsevesenet som skal hjelpe. Målet er eit likeverdig tilbod uavhengig av kjønn i forhold til forskning, ressursbruk, haldningar og kommunikasjon. Helsetilsynet har ei eiga satsing for å følgje opp den offentlege utredninga om kvinners helse.

• Personar med psykiske problem

Helsetilsynet er bekymra for oppfølginga som personar med alvorlege kroniske psykiske lidningar får. Det er ca 700 sjølv-mord i Noreg årleg, og talet på innleggingar pga sjølv-mordsforsøk er om lag det tidoble. Det har vore ein kraftig auke i sjølv-mordsfrekvens blant unge menn og i sjølv-mordsforsøk blant lesbiske og homofile. I dette arbeidet gjev vi råd til SHD i gjennomføringa av ein omfattande statleg

handlingsplan: Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.

Korleis kan vi gjennom vår rolle som tilsynsmyndighet bidra til å stette utsette gruppers behov?

Når Helsetilsynet eller fylkeslegane utfører tilsyn med helsetenesta nyttar vi omgrepet tilsyn som følgjer: Våre utadretta aktivitetar for å sjå til at lover og forskrifter vert etterlevd.

Vi deler tilsynsområda inn i tre kategoriar:

1. Tilsyn med helsepersonell omfattar i hovudsak klagesaksbehandling på offentleg godkjent helsepersonell. På dette området er vi sanksjonsmyndighet og kan gje tilrettevisning, advarsel eller tap av autorisasjon. Det vi gjer på dette området er i første rekkje tenkt å beskytte pasientane mot helsepersonell som ikkje opptre i samsvar med dei krav som helsepersonellovene har for sømeleg atferd og forsvarleg praksis.

Ved denne aktiviteten kan vi og verne ei anna potensielt utsett gruppe, nemleg dei helsepersonell som sjølve har problem av ulike slag. Dei fleste klagesaker handlar om rus, psy-

kiske problem, manglande evne til grensesetting osv., altså ein del av dei same karakteristika som andre utsette grupper har. Vårt ønske er å kunne fange dei opp tidleg, slik at dei kan få hjelp i staden for tilrettevising eller andre straffetiltak. På dette området burde vårt samarbeid med dei kollegiale fora t.d. i Legeforeningen vore betre.

2. Tilsyn med helsetenesta. Dette er tilsyn med ei avdeling, ei teneste, ein praksis osv. På dette området har vi blitt kritiserte for ikkje å sjå etter det som er viktig, og fordi vi talar eit språk som våre kollegar ikkje forstår. Tilsynet har blitt oppfatta å ha eit snevert fokus på lover og forskrifter, og ikkje opptatt av innhaldet i faget.

I vårt tilsyn med verksemdar og tenesteområder hittil, er det neppe rett å seie at vi har hatt eit særskilt fokus på dei utsette gruppene i samfunnet. Dei fellestilsyna som har vore i alle fylke dei siste åra har vore retta mot smittevern, kirurgiske avdelingar, helseteneste for eldre og legevakt i kommunane. Vi er i ein god dialog med fagmiljøa i primærhelsetenesta for å drøfte både metodikk, språk og innsatsområde for framtidige tilsyn. Eit tydeligare fokus på utsette grupper kan gjere dette verktøyet meir potent i åra som kjem. Etter eit felles tilsyn i alle fylke lagar vi ein systematisk gjennomgang av resultatane, som t.d. frå tilsyn med eldretenesta i kommunane, og når vi oppsummerer slike systemtilsyn på nasjonalt nivå kallar vi det -

3. Overordna tilsyn. Med overordna tilsyn meiner vi den aktivitet som tilsynsmyndigheten utfører for å halde oversikt over helsetilstanden i befolkninga og helsetenesta si deking av dei behova som ligg føre.

Dette er kanskje den mest konkrete aktiviteten for å finne ut kven dei vanskelegstilte er, og vurdere om tenestene dei får stettar behova. Dette handlar om å vurdere samanhengen mellom ressursar, prioriteringar kvalitet og behov, og å ansvarleggjere dei som har plikt til å byggje ut tenestene.

Korleis kan vi gjennom vår rolle som rådgjevsorgan bidra til å støtte utsette gruppers behov?

Helsetilsynet og fylkeslegane har to roller, vi gjer råd og vi fører tilsyn. Det er ei stor utfordring for etaten å utnytte denne dobbeltrolla slik at det fører til ein synergieffekt, og ikkje det motsette. Vi trur at grunnlaget for å kunne føre tilsyn på ein forsvarleg måte, ligg i at vi også er ein truver-

dig rådgjevar som kjenner det praksisfeltet vi skal føre tilsyn med. Samstundes er innsamling og analyse av data frå tilsyn kanskje vårt viktigaste grunnlag for å gje gode råd, og prioritere på kva område vi skal gje råd til overordna styresmakter, helsetenesta og befolkninga.

I vårt rådgjevsarbeid vil vi at råda skal vere etterrettelege og bygd på den beste foreliggende kunnskapen både om helsefaglege spørsmål, samfunnsforhold og vere tilpassa den røyndomen dei gjeld.

Etaten gjev råd gjennom ord, samhandling og netterksbygging. Fylkeslegane utgjer eit breidt samansett samfunnsmedisinsk ressurscenter der kommunane og fylka kan få hjelp og råd også vedrørende metodar og strategiar i arbeidet med å nå utsette grupper i lokalsamfunnet. Helsetilsynet gjev ut rettleiingsmaterieil og bistår SHD i gjennomføringa av nasjonale handlingsplanar. Vårt ønske er at rådgjevinga skal vere fokusert mot dei område av helsetenesta, og dei grupper i befolkninga der behovet er størst.

Samanhengen mellom tilsyn og rådgjeving kan framstillast med denne figuren.



Referanser

1. Warberg, LA; Norsk helserett, Oslo; Tano, 1995
2. Schei E, Nordheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjørleifsson S. Legen - den enøyde samaritan? Tidsskr Nor Legeforen 2000, 120 (10): 1207-9.
3. www.helsetilsynet.no/regelverk/htil
4. Statens helsetilsyn, Tilsynsmelding 1997, Oslo 1998/ www.helsetilsynet.no/trykksaker
5. Sosial og helsedepartementet, NOU 1999, 2; Livshjelp - behandling og omsorg for uhelbredelig syke og døende.
6. Statens helsetilsyn: Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0 - 20 år. Utredningsserie 5 - 98, IK - 2621, Oslo.

Utsatte grupper

– har vi god nok kunnskap om deres helsetilstand, behov for helsetjenester, årsaker til helseproblemer og effekter av dagens helse- og sosialpolitikk?



MARIT ROGNERUD, tidligere allmennpraktiserende lege, ass. fylkeslege, prosjektleder og NORAD-rådgiver i Statens helse-

tilsyn, seksjons- overlege i forebyggende medisin og medisinsk faglig rådgivende lege Ullevål sykehus/Oslo kommune. Overlege ved Folkehelsa fra november 1998. For tiden fungerende seksjonsleder for Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Avdeling for samfunnsmedisin.

JON HILMAR IVERSEN, kommunelege på Eide på Nordmøre 1978–1987. Spesiallege og fagsjef i helse- direktoratet 1987–1993. Overlege på Folkehelsa fra 1993 i avdeling for samfunnsmedisin. Leder av en seksjon for informasjon, dokumentasjon og utdanning. Leder av fag- og kvalitetsutvalget i



OLL. Leder av styret for det medisinske tidsskriftet Inter Medicos. Sittet flere år i styret for Forum for konsekvensutredning. Medisinsk leder på Legevakten Ski, Oppegård og Ås.

I en nylig publisert rapport fra Folkehelsa (1) blir resultater av norske undersøkelser av noen slike grupper presentert og diskutert. Rapporten gjennomgår hva vi har av kunnskap om disse gruppene helsestatus, omfang av helse- og levekårsproblemer, om tjenestetilbudet er godt nok tilpasset disse gruppene, anslag på hvor mange mennesker som tilhører de ulike gruppene i Norge etc. Rapporten konkluderer med at behovet for mer forskning om helseforhold og levekårsproblemer samt evaluering av helsepolitikken og iverksatte tiltak på dette området synes å være stort i Norge.

Rapporten er det norske bidraget til et EU-prosjektet: «Social Inequality and Health in Europe». Det vil således bli mulig å sammenlikne forholdene i Norge med andre land i Europa når EU-rapporten blir ferdig en gang ut på høsten.

Gruppene som skulle beskrives var:

- barn som lever i fattigdom
- enslige mødre
- fattige eldre

- arbeidsledige
- innvandrere
- flyktninger og asylsøkere
- bostedsløse
- alkoholikere
- misbrukere av narkotiske stoffer
- innsatte i fengsler

De norske dataene viser klart at dette er utsatte grupper med langt dårligere helsestatus enn befolkningen for øvrig. Gruppene er imidlertid innbyrdes svært ulike – både når det gjelder helsetilstand og omfanget av levekårsproblemer. Grupper som f. eks. innvandrere og enslige mødre kan være alt fra velstående og ressurssterke til mennesker med betydelige økonomiske, sosiale, helsemessige og andre problemer å hankses med i hverdagen.

Andre av de omtalte gruppene er mer typisk marginaliserte hvor de fleste lever under den såkalte *fattigdomsgrensen**. I tillegg til dårlige materielle levekår har mange falt utenfor i utdanningssystemet og arbeidsmarkedet og er dårlig integrert i det «normale» samfunnslivet.

Om innsatte i fengsler fant vi ikke brukbare data i det hele tatt

Datasettene som refereres i rapporten er i stor grad hentet fra rutinestatistikk (fra Statistisk sentralbyrås Helse- og levekårsundersøkelser) og fra analyser av registerdata som er koblet til sosiale bakgrunnsvariabler. Selv om alle tilgjengelige data tyder på at dette er grupper med betydelige helseproblemer i forhold til befolkningen for øvrig, er det ikke gjort omfattende helseundersøkelser av noen av disse gruppene i Norge.

De få studiene som finnes er nokså overflatiske i forhold til helse (2, 3, 4, 5). De går ikke inn på bakenforliggende faktorer, i liten grad også i forhold til behov for tjenester og inneholder ingen kliniske undersøkelser, målinger eller biologiske prøvetakinger på et noenlunde representativt utvalg av de aktuelle gruppene. Vi bruker store ressurser på å screene 40-åringene rutinemessig for risikofaktorer for hjerte-kar sykdom, mens sosio-økonomisk svake grupper

med sammensatte sosialmedisinske problemer og en langt høyere risiko for sykdom og tidlig død nesten helt er oversett av de helsefaglige forskningsmiljøene i Norge.

Vi trenger mer detaljert og nyansert kunnskap for å kunne utforme mer målrettede og effektive tiltak. De dataene som eksisterer kan tyde på at disse gruppene har behov for særskilte tiltak og mer omfattende tjenester enn den øvrige befolkningen. For å planlegge slike tiltak og tjenester er det viktig å bygge på kunnskap om både behov for og effekt av skreddersydde tiltak og tjenester.

Det er også viktig at målgruppene selv blir hørt – i stedet for at dette blir en politisk og ideologisk debatt for eller mot den såkalte «særromsorgen» på et nokså tynt kunnskapsmessig grunnlag.

Kunnskapen om effekt av dagens helsepolitikk overfor disse gruppene er i følge vår litteraturstudie temmelig spinkel. Forskningsinnsatsen på dette området må økes betydelig hvis vi skal kunne bedre dette kunnskapsgrunnlaget og utvikle en mer effektiv og kunnskapsbasert helsepolitikk. Vi trenger forskning både om helsetilstand, levekår og andre mulige årsaker til helseproblemer, behov for og forbruk av helsetjenester samt effekt av både helse- og sosialpolitiske tiltak.

* Fattigdomsgrensen definert som inntekt under 50% av median inntekt.

Referanser

1. Rognerud M, Strand BH, Hesselberg Ø. The health of Disadvantaged Groups in Norway. Folkehelse rap. 2000:2. Oslo: Folkehelse May 2000.
2. Ullerstad LM. Bostedsløse i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Oslo: Byggforsk 1997
3. Blom S. Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå 1998
4. Magelsen R. Veien blir til mens vi går. Om seksjon for internasjonal helse, asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere og primærhelsetjenesten. Oslo: Ullevål sykehus 1999
5. Lavik NJ, Solberg Ø, Varvin S. Psykisk helse blant flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:3654-8

Rapporten kan leses på

<http://www.folkehelse.no/dok/rapporter/utsatte.html>

En ny Unicefrapport om barn som lever i fattigdom konkluderer med at 1 av 6 barn i verdens rikeste land er fattige. I denne rapporten finnes også data fra Norge. Sjekk: <http://www.unicef-icdc.org/new/>

«Kjære engel»

(en legevaktleges bekjennelser)

Med utgangspunkt i intervjuer med en anestesioverlege og en kommunelege presenterer Utposten nr 4, 2000 en meningsyttring om hva som bør forventes i akutsituasjoner av en primærlege på vakt*. I samme nummer deler en nyutdannet lege sine erfaringer fra et år som kommunelege i distrikt med leserne**.

Den første artikkelen konkluderer med at vaktlegen må ha et minimum av kunnskap i akuttmedisin, så godt innlært at den kan hentes fram på «autopilot» så å si, uansett når hun måtte få bruk for den. Spørsmålet er bare hvor mange som får anledning og tid til å gjennomføre dette i praksis. Det spørsmålet stilte jeg meg selv flere ganger under gjennomgang av Gilbert's BLÅST-liste.

Jeg har 17 års fartstid som allmennlege i en by med 40.000 faste innbyggere og ca 3.000 studenter. Byen er fylkets administrasjons- og kommunikasjons-senter med stor trafikk i lufta, til sjøs og til lands året igjennom. Jeg har deltatt i den kommunale legevaktordning så lenge jeg har arbeidet her og har bare unntaksvis «gitt bort» vaktene mine. Med dagens legedekning har vi gjennomsnittlig 3-4 vakter per måned, det være seg primær (ettermiddag, natt eller dag helg)- eller sekundærvakt. Hvor ofte har jeg vært i situasjoner der BLÅST-ferdighetene er blitt satt på prøve?

Og hvordan har drilløvelsene vært?

Etter gjentatte søk i «fjernarkivet», kommer jeg opp med følgende:

Hjertestans: 1 tilfelle

Episoden utspant seg til overmål i nabolaget, det er sikkert 15 år siden. Jeg satt hjemme i stua en ettermiddag da en middelaldrende mann fra et flyttebyrå plutselig hadde blitt syk under arbeid i en leilighet noen hus lenger bort i gata. Da jeg kom til, var han bevisstløs, med respirasjons- og sirkulasjonsstans. AMK-sentralen var allerede varslet, og ambulanse på vei.

Sammen med en sykepleier som også bodde i gata, ble basal hjerne-lungeredning igangsatt.

Jeg hadde ingen legeskuff til disposisjon, langt mindre intubasjonsutstyr eller defibrillator.

Livet sto ikke til å redde. Men vi fikk i hvert fall prøvd våre basale ferdigheter...

Lungeødem: et 10-talls tilfeller, kanskje?

De fleste har latt seg snu med furosemid, morfin, nitro-plaster (i heldigste fall også O₂ hvis pasienten var i sykehjem) eller i det minste holdt liv i til ambulansen kom, og sykehuset overtok.

Meningitt: 2 tilfeller

Den ene var et 3 år gammelt barn i naboileiligheten. Jeg ble bedt om å ta en titt for sikkerhets skyld; hun hadde hatt 40 i feber i flere dager, hadde kastet opp et par ganger, og var så vanskelig å vekke. Jeg hadde ikke akkurat meningitt-brillene på da jeg kom inn i soverommet, og det tok litt tid før jeg skjønnte hvor syk hun egentlig var. Det er noe med roller og beredskap...D: hemophilus influenzae-meningitt.

Den andre var en 12 år gammel gutt som kom til fornyet undersøkelse på Legevakta noen timer etter at en kollega hadde vurdert ham. Kollegaen anfører i sitt notat «ett døgnshistorie med høy feber, uten spesielle organsymptomer, ikke nakkeryst, ingen petekkiale elementer, er noget slapp har kastet opp i formiddag CRP 100». Det var midt i vinterens influensaepidemi, og venterommet var stappfullt av febrile pasienter. Guttungen måtte vente en stund og fikk ligge på en skadestue fordi han følte seg så dårlig. Imellom to pasienter tok sykepleieren tak i meg og sa rolig «jeg tror du må ta en titt på gutten, han er dårlig sirkulert...» Takket være sykepleierens gode observasjonsevner var guttungen på sykehuset 15 minutter senere. Med septisk sjokk. D: meningokokk-sepsis.

Status epileptikus: 1 tilfelle

Heller ikke dette møtte jeg iført legefrakk. Jeg var på sykkel sammen med en av ungene, en fin sommer-ettermiddag. Vi syklet langs elva og kom forbi et sted der det er en badekulp. Det var huiing og spetakkel som det bruker å være ved bading på våre breddegrader. Men vi skjønnte etter hvert at det var noe ekstra. Midt i en ansamling barn som sto ved elvebredden lå en jente i badedrakt, bevisstløs, med kramper. Det var kjent at hun hadde epilepsi, og hun hadde fått anfall ute i vannet. Hva kunne jeg gjøre, annet enn å forsikre meg om at hjelp var underveis, at jenta hadde frie luftveier, og at hun fikk tørre håndklær rundt seg?

Kjære engel- jeg kommer ikke på mer –!

Intubasjon, f. eks. – aldri utført.

Som Pernille Nylehn sier – «legevakt er omtrent som en dag på kontoret, og som livet for øvrig; mest enkle ting, noen få alvorlige, mange bagateller...»

Hvordan kan ferdigheter opprettholdes når de aldri blir brukt?

Jeg har vært på kurs i akuttmedisin hos Mads Gilbert, til og med, men det er mer enn 10 år siden. Jeg har lenge tenkt at det er på tide med en resertifisering, men det er så mange andre kurs som også er viktige for den allmennmedisinske hverdag.

Den ene gangen Legevaktas «heart-starter» skulle demonstreres for vaktleger og sykepleiere, var jeg bortreist.

Thomas-bagen som står på Legevakta er veldig fin – og veldig tung, og den har mange rom. Jeg har åpnet den en gang, men lukket den fort igjen, og fant ut at jeg er bedre tjent med min egen koffert der jeg vet hvor staseslangen, venflo-

nene, kanylne, den ene morfinampullen og aminofyllinet ligger. Jeg har ikke hatt bruk for stort mer på disse 17 årene. Kjære engel – jeg har ikke lommer som er så store at jeg får med meg Norsk Indeks og Legevaktshåndboka. Jeg har problemer nok med å finne plass for mobiltelefon, lommebok og nøkler i tillegg til kofferten min.

Kjære engel – synes du jeg bør slutte å kjøre legevakt? Eller er det flere virkeligheter?

Bodø, juli 2000

Mari Kristin Johansen

Spesialist i allmennmedisin

Storgata legesenter

Storgata 54

8006 Bodø

* Utposten 4/2000: De kommer som engler fra himmelen...

** Utposten 4/2000: Nylehn, P. Noen ganger er det ålreit

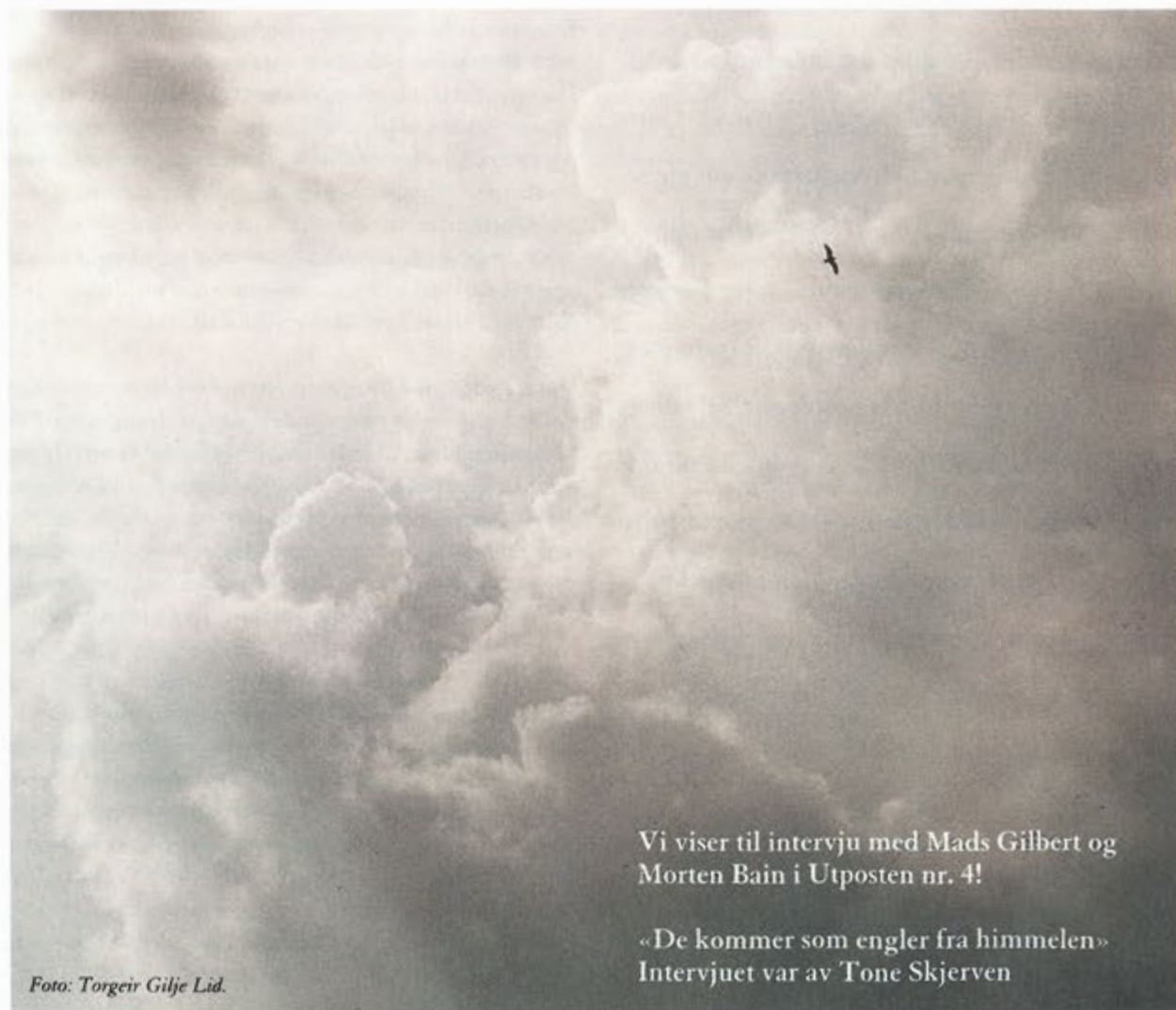


Foto: Torgeir Gilje Lid.

Vi viser til intervju med Mads Gilbert og Morten Bain i Utposten nr. 4!

«De kommer som engler fra himmelen»
Intervjuet var av Tone Skjerven

Refleksjoner fra en pårørende

Av Kirsten Velde

Det snakkes mye og ofte i store bokstaver i helsevesenet, om kvalitetssikring og om trygge helsetjenester. Men fra mitt ståsted som pårørende kan det ofte føles som avstanden til det virkelige liv blir i største laget. Jeg har vært vitne til utallige møter med helsetjenesten opp gjennom årene, blant annet fordi jeg er vokst opp med en funksjonshemmet mor. Slik jeg har opplevd helsetjenesten, er det ikke svikt i rutiner og lignende som er det største problemet, selv om det selvfølgelig er viktig å lage gode systemer så slik svikt ikke skal forekomme. Det største problemet, sett med mine øyne, er den mangel på respekt, medmenneskelighet og innlevelse som dessverre preger altfor mange i alle kategorier helsepersonell.

I rettferdighetens navn skal det nevnes at jeg også har møtt mange flotte enkeltpersoner, men det føles dessverre som om de er unntak. Jeg har opplevd hvordan verken pasienter eller pårørende blir tatt på alvor i norske sykehus, og jeg skal her gi noen eksempler.

Min far

Min far døde på Ullevål sykehus for ca. to år siden, og hans siste tid ble preget av manglende innlevelse og dårlige vurderinger fra legers og sykepleieres side.

Etter en stor lungeoperasjon ble han sendt nærmest rett fra intensivavdelingen til et rekonvalesenthjem utenfor byen. Han var svært syk, men sykehuset sendte ham allikevel alene i drosje til rekonvalesenthjemmet, som var beregnet på oppegående pasienter som klarte seg selv, og kun hadde besøk av en tilsynslege en gang i uken. Pasientrommene hadde heller ingen ringeklokke som man kunne tilkalle personalet med. Sykepleieren som tok imot ham uttalte at «du er altfor dårlig til å være hos oss,» men hun tok ikke noe initiativ for å sende ham tilbake til Ullevål.

I løpet av de 14 dagene min far var på dette hjemmet ble han stadig dårligere, og min mor og jeg ringte daglig og ba dem tilkalle lege til ham, men vi talte lenge for døve ører. De tok oss ikke på alvor, og de hadde ikke kapasitet til å ta seg av min far, som lå alene uten tilsyn det meste av dagen, og følte seg veldig utrygg på dette stedet. Da de omsider skjønnte at det var alvor og tilkalte legevakten, ble han øyeblikkelig kjørt til Ullevål sykehus i ambulanse. Der døde han en uke senere.

Jeg var hos ham da han døde, men heller ikke da opplevde jeg å bli tatt på alvor før det var for sent. Jeg satt der i mange timer, og så hvordan han hev mer og mer etter pusten og ble stadig dårligere. Jeg meldte fra til sykepleieren som hadde ansvaret for ham, og hun skulle snakke med legen. Han kom etter hvert, lyttet på hjertet og sendte ham på røntgen. Da hadde han to timer igjen å leve, og jeg mener at det var helt unødvendig å plage ham med røntgenundersøkelse, fordi det var åpenbart at det gikk mot slutten.

Så forsvant personalet igjen, og jeg følte sterkt at jeg alene hadde ansvaret for min døende far, og det var ikke hjelp å få. Jeg ringte på klokken flere ganger og spurte om ikke legen kom snart, men fikk til svar at det var så travelt den kvelden, og han skulle komme etter hvert.

Midt i det hele kom en pleier inn med kveldsmaten, og da far ristet på hodet og hvisket at han ikke orket mat, begynte hun å argumentere med ham om hvor viktig det var å få næring i seg. Hun ga seg ikke før jeg hevet stemmen og ba henne bære maten ut.

En halv time etter denne episoden døde far, og da hadde personalet plutselig tid til ham. De kom stormende fra alle kanter og løp inn på overvåkingen med ham for å få hjertet i gang igjen, noe som ikke lyktes. Gjenopplivningsforsøket var etter mitt syn en ny feilvurdering. Av og til bør alvorlig syke mennesker få dø i fred uten at man skal herje med dem på denne måten. Jeg har i ettertid tenkt at jeg burde stanset dem.

Min far hadde kanskje ikke fått noe lengre liv dersom personalet hadde vist omsorg og interesse mens det ennå var tid, men den siste tiden kunne helt sikkert vært mindre lidelsesfylt. Han kunne sluppet det skremmende oppholdet på rekonvalesenthjemmet, og han kunne sikkert fått medisin som kunne lettet pusten de siste timene før han døde. Ikke minst kunne han fått trygghet og medmenneskelig omsorg.

En annen sak er det at lungeoperasjonen antagelig var helt unødvendig og en stor ekstrabelastning, fordi det etter operasjonen viste seg at legene hadde stilt feil diagnose.

I dette tilfellet var det både rutiner og holdninger som sviktet. Personalet tok seg ikke tid til å observere hvor syk han var, til tross for at tegnene var tydelige. Mine forsøk på å gjøre dem oppmerksomme på det, førte ikke fram.

Min mor

Min mor var for noen år siden på sykehus for utredning av sitt postpoliosyndrom. En vikarlege tok imot henne og skrev journal, og han var tydeligvis ikke særlig oppmerksom da mor fortalte sin historie. Han skrev i journalen at hun hadde fått polio i 1952, og deretter vært frisk til hun fikk postpoliosyndromet 30 år senere. Denne misforståelsen ble stående i journalen, og neste gang min mor skulle til lege leste han gjennom det den forrige hadde skrevet, og uttalte at «du har vært frisk i mellomtiden, ser jeg». Mor protes-

terte selvfølgelig og forklarte at hun hadde hatt lammelse hele tiden. Legen avbrøt henne og sa at «nei, du har vært frisk i mellomtiden, det står jo her!» Han antok som en selvfølge at min mor, som er en mentalt oppegående dame, tok feil om så viktige ting i sitt eget liv. Kollegaen som hadde skrevet journalen var jo lege!

Meg selv

Jeg kan også kort nevne et eksempel fra da jeg selv skulle føde mitt første barn. Ved siste svangerskapskontroll hadde jordmoren uttrykt bekymring for at hodet ikke hadde festet seg, og hun mente det var best å ta et røntgenbilde for å se om bekkenet var stort nok. Fordi fødselen kom i gang før termin, ble det aldri tid til noe røntgenbilde, men jeg informerte fødselslegen om jordmorens bekymring med det samme jeg kom på sykehuset. Han bare blåste av meg, og sa at «det holder nok». Det viste seg etter hvert å være en uklok vurdering som kunne fått alvorlige konsekvenser.

Senere utpå dagen, da det ble klart at fødselen var komplisert, løp jordmoren ut på gangen og ropte til den samme legen at han måtte komme. «Faen også, akkurat nå skulle jeg gå og spise!» ropte legen tilbake, høyt nok til at alle på fødestuen hørte det. Medisinstudentene som var til stede så lettere rystet ut, og jeg håper de fikk en leksjon i hvordan man *ikke* skal opptre.

Se medmenneske

Slik jeg har opplevd det, er verken leger, sykepleiere eller hjelpepleiere flinke nok til å se sykehuspasienter som medmennesker med et liv og en historie bak seg, mennesker som har en selvfølgelig rett til å bli hørt og bli møtt med respekt.

Jeg har sett altfor mange episoder hvor pasienter blir redusert til en diagnose i en sykehusseng og blir fratatt sin integritet og sin verdighet. En sykehussinnleggelse kan være forbundet med mye angst, pasientene er ofte sårbare og usikre i en slik situasjon, og det siste de trenger er å bli møtt med en arrogant og respektløs holdning.

Jeg har ingen løsning på dette problemet, men kanskje er første skritt å erkjenne at det faktisk er et problem. I alt snakket om kvalitetssikring hører man sjelden et ord om holdningene hos helsepersonell, så muligens er dette problemet ganske ukjent for andre enn pasientene og deres pårørende. I så fall er det på tide det kommer på dagsorden!

NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Problembasert KOPF?

Anders Bærheim, styremedlem i NSAM

I en tid der legens rolle diskuteres kan en lure på hva en rolle er for noe. Er det noe du har på, en maske du bruker, eller er det noe du går inn i, en uniform du får utlevert? Er det noe du velger, som en karnevalsmaske, eller er det noe du dyttes inn i, som en militæruniform eller en fangedrakt? Mye av den kollegiale debatten om fastlegeordningen på EYR eller i andre fora synes jeg tyder på at vi har en uro knyttet til den siste muligheten. Men trø varsomt her, ordet skaper virkeligheten. Noen ganger er det ålreit!¹

Roller skapes i samspill. I allmennpraksis kan en tenke seg at samspillet foregår mellom tre aktører: oss selv, både som faglig ekspert og privatperson, pasienten, og de medisinske, paramedisinske og administrative samfunnsstrukturene som omgir oss og som definerer rammeforholdene vi jobber under.

Vi er inne i en tid preget av store forandringer, forandringer som redefinerer faget vårt og rollene våre. Både vi, pasienten og samfunnet rundt oss er i endring, og enten vi vil eller ikke preger dette den rollen vi har og den måten vi utfører faget vårt på. En aktivt nyskapende holdning fra vår side må til om vi skal føle oss som herrer i eget hus, og om vi skal kunne sette vårt merke på endringene i oss og rundt. Forresten, herre i eget hus – vi kommer ikke unna den debatten heller. Hva innebærer det, og hva legger vi mest vekt på? Å styre privat liv, økonomi eller fag? Kan vi seire på alle tre arenaene samtidig, eller må vi prioritere? Denne debatten foregår, den er viktig, men skal ikke forfølges her.

Få forhold illustrerer den pågående endringsprosessen bedre enn hvordan holdningene våre til KOPF-begrepet (Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende) har endret seg. Samtidig er det kanskje et av problemene våre at vi fremdeles, trass i en langvarig debatt, har et uavgjort

forhold til KOPF, og ikke minst til hvilke deler av begrepet vi vil beholde eller endre. Meland bar for et par år siden til torgs spenningsfeltet mellom KOPF og begrepet IAPP, intermitterende, avgrenset, profesjonelt og pliktdelegerende.² Det er i dette landskapet jeg ønsker å bevege meg med noen løse tanker. Selv om en av redaktørene i Utposten etterlyser autorative utspill fra NSAM,³ tror jeg at vi selv nå er mer tjent med en debatt enn fasit. Mitt tema nedenfor er det problembaserte i relasjon til KOPF. Vi har for lengst basert oss på en problembasert journal som idealet i allmennmedisin, og det forundrer meg at KOPF-begrepet, så debattert som det har vært, ikke har vært tydeliggjort i en problembasert sammenheng.

KOPF hviler på fire pilarer. Det **Personlige** vil vi trolig fremdeles se på som en av grunnsteinene i faget vårt. Allmennmedisin utføres først og fremst i det personlige møtet mellom allmennpraktikeren og pasienten. Som personlige utøvere av faget arbeider vi i grenselinjen mellom det faglige og det private. I vårt møte med pasienten har vi den profesjonelle ekspertens rolle, samtidig som mennesket bak ekspertmasken like fullt er tilstede. I det personlige møtet lager vi en profesjonell overbygning; slik oppstår vår individuelle applikasjon av faget. Denne overbygningen varierer betydelig fra lege til lege. Hva ved en slik variabilitet som er av det gode, hva som bør kreves som minste felles basis, og hvor stor variabilitet vi ønsker oss, er også en av de nødvendige debattene vi bør ta før andre tar den. Eksempelvis har representanter for England 35 000 allmennpraktikere vendt tommelen ned for standardisering av allmennpraktikerens rolle.⁴

Vi er vel heller ikke særlig uenige om det **Omfattende**. Allmennmedisin er og må være omfattende i utgangspunktet. Vi arbeider ikke bare med hele pasienten, men også med

pasientens relasjoner til seg selv, familie, venner og samfunn. Det faglige omfatter ikke bare hele det medisinske faget, men også elementer fra blant annet etikk, filosofi, antropologi, sosiologi og jus. Dette er greit. Vi er omfattende, vi ønsker det, og vi kan argumentere godt for det. I alle fall at vi skal kunne bruke det som et redskap når det trengs.

Men det Omfattende må ikke bli et imperativ for pasienten. Det bør ligge til kundens opplagte rettigheter at hun i møte med legen kan definere hvilken grad av helhetsperspektiv en konsultasjon bør inneholde. Som en nabo sa det det: «Det kan da ikke være nødvendig å sprike med sjelen hver gang jeg sjekker spiralen». Det Omfattende bør være problembasert. Det bør være et av arbeidsredskapene våre, kanskje et av de aller beste, som vi bruker der det egner seg. Stjerneskruer krever stjerneskrutjern.

Mange av oss forbinder stadig mer ubehag med det **Forpliktende**. Vi forplikter oss i arbeidsutøvelsen vis a vis pasienten, og forpliktelsene presses på oss utenfra, fra RTV, kommunen, forsikringsselskap og lovgivere. Om det er det Forpliktende som får oss til å føle vår rolle som var vi ikledd en påtvunget uniform, burde vi kanskje ta den av. Just do it.⁵ Mange har gjort akkurat det, men en øket privatisering utarmer det offentlige helsevesenet og dermed også faget.

Det Forpliktende kunne problemorienteres vis a vis pasienten. Vi forplikter oss til noe her og nå. Men fastlegeordningen er en rettighetsordning for pasienten, og forpliktelsene våre utvides. Ubegagat ved det Forpliktende har et tydelig mengdeaspekt. Løsninger innen fastlegerammene har allerede pekt seg ut. Mengdeaspektet minskes om vi har flere å dele forpliktelsene med (listefellesskap på kontoret), og om vi har færre som forplikter oss (mindre lister).

I vår markedsliberale postmoderne virkelighet faller det **Kontinuerlige** på stengrunn i nær sagt alle sammenhenger. Samtidig er det paradoksalt nok først i de siste årene våre norske myndigheter har vendt seg mot en fastlegeordning. Men er det nå sikkert at folk flest ønsker seg en fast lege for

resten av livet? Eller der det kanskje heller rettigheter det dreier seg om? Fastlegeordningen gir folk en rettsbasert tilgang til egen lege. Dette vil kunne være på kollisjonskurs med retten til autonomi ved selv å kunne bestemme over sin helse og sin bruk av helsevesenet.

Olesen og medarbeidere presiserer dette i sitt ferske forslag til en ny definisjon av allmennpraksis: «The general practitioner engage with autonomous individuals ...».⁶ Et autonomt handlende individ kan tenkes å velge mange andre muligheter for helsetjeneste enn det å forholde seg til samme primærlege livet ut. Fastlegeordningen på sin side innebærer fare for at ideen «Du skal ikke ha andre leger enn meg» skal få bedrete vekstvilkår.

Kanskje er det viktigst for mange å ha samme lege gjennom visse perioder, et visst sykdomsforløp, med andre ord å ha en *problembasert kontinuitet* til sin allmennpraktiker. En kontinuitet som kan omfatte 10 minutter ved en sårskade, 2 måneder ved nyrestein, eller livet ut ved lungecancer. Problembasert kontinuitet kan være en strategi, i full respekt for pasient og lege. For mange er dette allerede en realitet.

Kontinuiteten i lege-pasient forholdet kan fostre nærhet, innsikt og oversikt, men også invasivitet. Kontinuitet er et av våre aller fornemste og mest potente arbeidsredskaper, potent også når den går seg til i et uhensiktsmessig spor. Bør vi tenke problembasert kontinuitet som en obligatorisk strategi, i full respekt for pasient og lege?

Litteratur

1. Nylehn P. Noen ganger er det ålreit. Utposten 2000; 29: 6-9.
2. Meland E. Menneskesyn mellom KOPF og pasientautonomi. Tidsskr Nor Legeforen 1997; 117: 3393-4.
3. Strøno G. NSAM: Jalan, jalan. Utposten 2000; 29: 3.
4. Beecham L. GPs want self regulation to continue. BMJ 2000; 320: 1692.
5. Nike. Veggplakat, Bergen 1997.
6. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice – time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354-7.

NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Problembasert KOPF?

Anders Bærheim, styremedlem i NSAM

I en tid der legens rolle diskuteres kan en lure på hva en rolle er for noe. Er det noe du har på, en maske du bruker, eller er det noe du går inn i, en uniform du får utlevert? Er det noe du velger, som en karnevalsmaske, eller er det noe du dyttes inn i, som en militæruniform eller en fangedrakt? Mye av den kollegiale debatten om fastlegeordningen på EYR eller i andre fora synes jeg tyder på at vi har en uro knyttet til den siste muligheten. Men trø varsomt her, ordet skaper virkeligheten. Noen ganger er det ålreit!¹

Roller skapes i samspill. I allmennpraksis kan en tenke seg at samspillet foregår mellom tre aktører: oss selv, både som faglig ekspert og privatperson, pasienten, og de medisinske, paramedisinske og administrative samfunnsstrukturene som omgir oss og som definerer rammeforholdene vi jobber under.

Vi er inne i en tid preget av store forandringer, forandringer som redefinerer faget vårt og rollene våre. Både vi, pasienten og samfunnet rundt oss er i endring, og enten vi vil eller ikke preger dette den rollen vi har og den måten vi utfører faget vårt på. En aktivt nyskapende holdning fra vår side må til om vi skal føle oss som herrer i eget hus, og om vi skal kunne sette vårt merke på endringene i oss og rundt. Forresten, herre i eget hus – vi kommer ikke unna den debatten heller. Hva innebærer det, og hva legger vi mest vekt på? Å styre privat liv, økonomi eller fag? Kan vi seire på alle tre arenaene samtidig, eller må vi prioritere? Denne debatten foregår, den er viktig, men skal ikke forfølges her.

Få forhold illustrerer den pågående endringsprosessen bedre enn hvordan holdningene våre til KOPF-begrepet (Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende) har endret seg. Samtidig er det kanskje et av problemene våre at vi fremdeles, trass i en langvarig debatt, har et uavgjort

forhold til KOPF, og ikke minst til hvilke deler av begrepet vi vil beholde eller endre. Meland bar for et par år siden til torgs spenningsfeltet mellom KOPF og begrepet IAPP, intermitterende, avgrenset, profesjonelt og pliktdelegerende.² Det er i dette landskapet jeg ønsker å bevege meg med noen løse tanker. Selv om en av redaktørene i Utposten etterlyser autoritative utspill fra NSAM,³ tror jeg at vi selv nå er mer tjent med en debatt enn fasit. Mitt tema nedenfor er det problembaserte i relasjon til KOPF. Vi har for lengst basert oss på en problembasert journal som idealet i allmennmedisin, og det forundrer meg at KOPF-begrepet, så debattert som det har vært, ikke har vært tydeliggjort i en problembasert sammenheng.

KOPF hviler på fire pilarer. Det **Personlige** vil vi trolig fremdeles se på som en av grunnsteinene i faget vårt. Allmennmedisin utføres først og fremst i det personlige møtet mellom allmennpraktikeren og pasienten. Som personlige utøvere av faget arbeider vi i grenselinjen mellom det faglige og det private. I vårt møte med pasienten har vi den profesjonelle ekspertens rolle, samtidig som mennesket bak ekspertmasken like fullt er tilstede. I det personlige møtet lager vi en profesjonell overbygning; slik oppstår vår individuelle applikasjon av faget. Denne overbygningen varierer betydelig fra lege til lege. Hva ved en slik variabilitet som er av det gode, hva som bør kreves som minste felles basis, og hvor stor variabilitet vi ønsker oss, er også en av de nødvendige debattene vi bør ta før andre tar den. Eksempelvis har representanter for England 35 000 allmennpraktikere vendt tommelen ned for standardisering av allmennpraktikerens rolle.⁴

Vi er vel heller ikke særlig uenige om det **Omfattende**. Allmennmedisin er og må være omfattende i utgangspunktet. Vi arbeider ikke bare med hele pasienten, men også med

pasientens relasjoner til seg selv, familie, venner og samfunn. Det faglige omfatter ikke bare hele det medisinske faget, men også elementer fra blant annet etikk, filosofi, antropologi, sosiologi og jus. Dette er greit. Vi er omfattende, vi ønsker det, og vi kan argumentere godt for det. I alle fall at vi skal kunne bruke det som et redskap når det trengs.

Men det Omfattende må ikke bli et imperativ for pasienten. Det bør ligge til kundens opplagte rettigheter at hun i møte med legen kan definere hvilken grad av helhetsperspektiv en konsultasjon bør inneholde. Som en nabo sa det det: «Det kan da ikke være nødvendig å sprike med sjelen hver gang jeg sjekker spiralen». Det Omfattende bør være problembasert. Det bør være et av arbeidsredskapene våre, kanskje et av de aller beste, som vi bruker der det egner seg. Stjerneskruer krever stjerneskrutjern.

Mange av oss forbinder stadig mer ubehag med det **Forpliktende**. Vi forplikter oss i arbeidsutøvelsen vis a vis pasienten, og forpliktelsene presses på oss utenfra, fra RTV, kommunen, forsikringsselskap og lovgivere. Om det er det Forpliktende som får oss til å føle vår rolle som var vi ikledd en påtvunget uniform, burde vi kanskje ta den av. Just do it.⁵ Mange har gjort akkurat det, men en øket privatisering utarmer det offentlige helsevesenet og dermed også faget.

Det Forpliktende kunne problemorienteres vis a vis pasienten. Vi forplikter oss til noe her og nå. Men fastlegeordningen er en rettighetsordning for pasienten, og forpliktelsene våre utvides. Ubegrepet ved det Forpliktende har et tydelig mengdeaspekt. Løsninger innen fastlegerammene har allerede pekt seg ut. Mengdeaspektet minskes om vi har flere å dele forpliktelsene med (listefellesskap på kontoret), og om vi har færre som forplikter oss (mindre lister).

I vår markedsliberale postmoderne virkelighet faller det **Kontinuerlige** på stengrunn i nær sagt alle sammenhenger. Samtidig er det paradoksalt nok først i de siste årene våre norske myndigheter har vendt seg mot en fastlegeordning. Men er det nå sikkert at folk flest ønsker seg en fast lege for

resten av livet? Eller der det kanskje heller rettigheter det dreier seg om? Fastlegeordningen gir folk en rettsbasert tilgang til egen lege. Dette vil kunne være på kollisjonskurs med retten til autonomi ved selv å kunne bestemme over sin helse og sin bruk av helsevesenet.

Olesen og medarbeidere presiserer dette i sitt ferske forslag til en ny definisjon av allmennpraksis: «The general practitioner engage with autonomous individuals ...». Et autonomt handlende individ kan tenkes å velge mange andre muligheter for helsetjeneste enn det å forholde seg til samme primærlege livet ut. Fastlegeordningen på sin side innebærer fare for at ideen «Du skal ikke ha andre leger enn meg» skal få bedrete vekstvilkår.

Kanskje er det viktigst for mange å ha samme lege gjennom visse perioder, et visst sykdomsforløp, med andre ord å ha en *problembasert kontinuitet* til sin allmennpraktiker. En kontinuitet som kan omfatte 10 minutter ved en sårskade, 2 måneder ved nyrestein, eller livet ut ved lungecancer. Problembasert kontinuitet kan være en strategi, i full respekt for pasient og lege. For mange er dette allerede en realitet.

Kontinuiteten i lege-pasient forholdet kan fostre nærhet, innsikt og oversikt, men også invasivitet. Kontinuitet er et av våre aller fornemste og mest potente arbeidsredskaper, potent også når den går seg til i et uhensiktsmessig spor. Bør vi tenke problembasert kontinuitet som en obligatorisk strategi, i full respekt for pasient og lege?

Litteratur

1. Nylehn P. Noen ganger er det ålreit. Utposten 2000; 29: 6-9.
2. Meland E. Menneskesyn mellom KOPF og pasientautonomi. Tidsskr Nor Legeforen 1997; 117: 3393-4.
3. Strøno G. NSAM: Jalan, jalan. Utposten 2000; 29: 3.
4. Beecham L. GPs want self regulation to continue. BMJ 2000; 320: 1692.
5. Nike. Veggplakat, Bergen 1997.
6. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice – time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354-7.

Allmennpraktiker Jannike Reymert
Bakklandet legekontor
Sverresgate 23
7800 Namsos

Tromsø 06.07.00

Kjære kollega

Takk for at du skrev brev om dine tanker etter å ha vært sensor ved muntlig del av stadium IV (avsluttende) medisinsk embetseksamen ved Universitetet vårt. Du spør om allmennmedisinen har noen plass ved eksamen. Vi fikk kjennskap til brevet i slutten av mars, det var jo ikke stilet til oss. Kort tid etter sto innlegget ditt i «Utposten». Vi er først og fremst glade for at du har tatt deg tid til dette innspillet – vi trenger flest mulig idéer til bedring av fagets innhold og posisjon. Kanskje sitter flere kolleger med erfaringer og synspunkter på eksamensform ved vårt eller andre universiteter? Flere frimodige ytringer er kjærkomne!

Hvorfor tar dette tid?

Utdanning av leger til landsdelen var en grunnidé da Universitetet i Tromsø ble startet. Medisinstudiet fikk verdens lengstvarende utplassering i allmennmedisinsk praksis i løpet av studiet, 8 uker i et lokalsamfunn i 5. Studieår. «Lakse-effekten» har bidradd til at en høy andel av studentene har svømt tilbake til sitt opphavssted og/eller sitt studiested og virker som leger i Nord-Norge. Til tross for svingninger og kriser i rekrutteringen til nordnorsk allmennmedisin, må nordnorsk medisinutdanning sies å ha vært en suksess, både bedømt ut fra rekrutteringsresultater og fra en pedagogisk synsvinkel. Det har alltid vært en del av opplegget for avsluttende eksamen at allmennpraktikere skulle være sensorer, og at allmennmedisinsk vinkling av eksaminasjon skulle inngå, både gjennom bidrag fra eksaminerende sykehuslege og fra en aktiv sensor.

Det ble likevel klart utover 90-tallet at undervisningen i allmennmedisin ble for usynlig, og at studentene kom for lite forberedt ut i praksis. Her i Tromsø ønsket vi først å gjøre forbedringer i studieopplegget for å gjøre allmennmedisin til et mer gjennomgående og mer synlig fag gjennom hele studiet. Denne prosessen har vi måttet ta trinnvis, til dels med eksperimenter før vi søkte styret om fast plass på timeplanen. Samtidig satset enkelte universiteter på egen eksamen i allmennmedisin, og vi diskuterte innføring av en slik eksamen første gang for 4–5 år siden. Diskusjonen er senere gjenopptatt med jevne mellomrom,

senest på vårt «stormøte» i mai i år. Seksjonens fast ansatte møter der våre fem allmennpraktikere/ kliniske amanuenser i 20% stilling.

Status for diskusjonen ved semesterslutt i juni 2000:

Det er kommet fram varierende synspunkter på om allmennmedisin ivaretas i nåværende eksamensform, der det avslutningsvis søkes testet om kandidaten har kunnskaper, forståelse og adferd forenlig med selvstendige legeoppgaver. Formen er én dag med skriftlige spørsmål og tre pasientklinikker. Flere med sensorerfaring har hevdet at ved de muntlige prøvene kommer det mye an på den enkelte eksaminator og sensor, og samarbeidet dem imellom. En kort konferanse om dette før kandidaten kommer inn, kan forbedre mye. Til den skriftlige eksamen har vår stipendiat Eli Berg laget noen nydelige eksempler på svært allmennmedisinsk orienterte oppgaver som passer godt inn i og forbedrer den nåværende skriftlige eksamensdelen.

På møtet vårt i mai innledet klinisk amanuensis Peter Prydz og la fram to mulige former for muntligeeksamen i framtiden: 1. Ren allmennmedisinsk klinikk med allmennmedisinsk rekruttert pasient for enten samtlige studenter eller etter loddtrekning blant studentene. 2. Muntligeeksamen som nå, men med allmennmedisinsk sam-eksaminator. Imidlertid ville dette antakelig måtte føre til fravikelse av prinsippet om allmennmedisinsk sensor, som ifølge de opprinnelige intensjonene nettopp skal fungere som en bi-eksaminator og lede diskusjonene inn på allmennmedisinske aspekter av problemstillingen. Det siste forslaget fikk derfor lite støtte. Det som anses mer realistisk, er markering av faget ved egen eksamen i allmennmedisin. En mulig vei å gå, er å la studentene, med pasientens skriftlige tillatelse, ta opp en video av seg selv i en eller flere allmennmedisinske konsultasjoner og presentere et videoopptak på eksamen. Videre eksaminasjon kan da få flyte litt fritt fra dette utgangspunktet. En slik eksamensform praktiseres blant annet ved Aarhus Universitet, og vi er i ferd med å innhente mer informasjon derfra og fra andre universiteter.

The 2001 Conference of the European Society of General Practice / Family Medicine -



WONCA
Region Europe

3-7 June 2001
Tampere, Finland

The theme of the conference is «**General Practitioner – the Front-line Clinician**». Besides invited plenary lectures, symposia, workshops, free paper sessions and posters, we have a versatile CME programme. Clinical medicine has a central role throughout the conference. The position of the general practitioner as the first point of contact will be discussed from many angles. We especially invite participants to bring their own interesting and instructive case reports to «My patient» sessions.

We also have a social programme with a wide range of choice and many unforgettable experiences. You will return home strengthened in your role as general practitioner/family physician, full of new ideas of how to develop in your own work.

Deadline for abstracts is 30 November 2000. More information: secretary general Irma Virjo, e-mail: meirvi@uta.fi, tel. +358-3-215 7228, fax: +358-3-215 6722 or website: www.woncaeurope2001.com.

Second Announcement available from:
WONCA Europe 2001 Tampere, Conference Secretariat
Box 630, FIN-33101 Tampere
FINLAND
Tel. +358-3-366 4400
Fax: +358-3-222 6440
wonca@tampereconference.fi

WELCOME TO TAMPERE, FINLAND IN JUNE 2001!

Vi kommer til å føre denne diskusjonen fram til en konklusjon. Vi vil til høsten be om et møte med Eksamenskommisjonen, ledet av professor Knut Rasmussen som oversendte ditt brev med en kommentar om at også han opplevde at det allmennmedisinske innholdet i eksamen var blitt utvannet. Vi tar i mellomtiden gjerne mot synspunkter fra «Utposten»s lesere, kanskje spesielt fra allmennpraktikere med sensorerfaring.

På grunn av ferietid er brevet ikke sett av alle på seksjonen, men alle har vært med på diskusjonen, så jeg undertegner på vegne av Seksjon for allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin. Brevet blir også sendt «Utposten».

Knut Høltedahl, seksjonsleder.

Kopi: Professor Knut Rasmussen, Med.avd., 9038 RiTø
Seksjonens fast ansatte og kliniske amanuenser

Inshallah!

Kommentar til Utpostens leder i sommernummeret



Av Anna Stavdal, leder i NSAM

Utposten etterlyser på lederplass NSAM som en faglig kreativ avantgarde som kan gi norske allmennpraktikere selv-tillit og maktvilje. «Og det lyt skje fort» som det heter i sangen om Gunnar på Mo. Med henvisning til tradisjoner fra pionertid og en stor mulighet til å ta makt i forbindelse med fastlegeordningen etterlyser man autoritative uttalelser, og uttrykker skepsis til om NSAMs opplegg for strategisk idedugnad er det rette.

Status praesens:

Tilstanden i norsk allmennmedisin er preget av rekrutteringssvikt og forgubbing. Distriktene sliter med ubesatte stillinger, universitetene mangler folk til å ivareta undervisning i allmennmedisin, legekorpset bærer kollektivt preg av slitasje. Primærmedisin er ikke «in» for tiden; nå er det sykehusmedisin som er i skuddet. Sykehuslegene har oppnådd god lønn og bedre arbeidsforhold, tid til faglig fordypning i arbeidstiden, og får sove dagen etter vakt. Fastlegeordningen ble utsatt, og prosessen mistet tempo. Hva

mer? Allmennmedisinens ideologiske grunnlag, slik det ble meislet ut for noen årtier tilbake, er til dels ukjent språk for unge kolleger, og finner ikke naturlig plass i den virkelighet dagens unge leger lever i. Ei heller i den virkelighet mange av våre kolleger i godt fremskredet alder forholder seg til, skal vi tro det vi ser og hører.

Hva er NSAMs rolle?

NSAM har til dels vært synonymt med den faglige avantgarde i norsk allmennmedisin gjennom de sytten år foreningen har eksistert og har levert mange viktige bidrag til fagdebatten, som kritisk røst i egne rekker og i forhold til spesialistmedisinen. Referansegruppene har bidratt med konkrete resultater av fagutviklingsarbeidet: Handlingsprogrammer, bøker, kurs og seminarer. AFU (allmennmedisinsk forskningsutvalg) har administrert allmennpraktikerstipendordningen og på den måten bidratt til rekruttering til forskning. PU (publiseringsutvalget) har i samarbeid med forlegger holdt liv i Allmennpraktiker-serien og har stimulert skrive lystne kolleger.

Internasjonalt har NSAM en bred kontaktflate, ikke minst gjennom WONCA, den internasjonale allmennpraktikerorganisasjonen. Vi har vært representert i organer på alle nivåer i verdensorganisasjonen, og er det stadig i den europeiske avdelingen og i nettverksorganisasjonene. De arbeider eksempelvis med forskning, undervisning, kodeverk, kvalitetssikring, utkantmedisin. Vårt «college» nyter stor respekt hos utenlandske søsterorganisasjoner, fordi fagutviklingsarbeidet i Norge er frodig og produktivt.

Har NSAM makt?

NSAMs makt har alltid ligget i kvaliteten på det arbeid vi til enhver tid leverer. NSAM har ingen formell makt. Historien om NSAMs opprettelse og forholdet mellom foreningene innad i Legeforeningen, er behandlet annetsteds, og skal ligge nå. Jeg nøyer meg med å slå fast at vår styrke og vår svakhet ligger i mangel på formell organisering og formell makt. Mye av det arbeidet som har vært gjort, og de utspill NSAM har hatt, ville kanskje vært mindre mulig om den organisasjonsmessige forankring hadde vært strammere.

Kan NSAM oppnå mere makt?

Å ta makt handler i stor grad om å inngå allianser. NSAMs hovedallierte har vært og er de allmennmedisinske instituttene.

Hvilke alliansepartnere kunne være aktuelle for NSAM i arbeidet mot målet «en bedre primærhelsetjeneste»? For det er vel målet og makten middelet? Vi kunne tenke oss helsebyråkrater, politikere, pasientenes organisasjoner, de store organisasjonene i arbeidslivet, media, den farmasøytiske industri. Alle er aktører med ulik grad og type makt i Helsenorge. Å inngå allianser handler om kompromisser. Spørsmålet er hva de koster.

Har vi oversett noe(n)?

Selskapet er ofte, og antakelig med rette, blitt beskyldt for å representere en sektliknende samling av allmennpraktikere med sans for ord og hverandre, som holder hus i et elfenbenstårn der bare de har adgang som behersker Koden. Koden overleveres kun fra munn til munn.

I pionertiden, da faget hadde sin barndom, hersket optimisme rundt dannelsen av en medisinsk disiplin i slekt med samfunnsvitenskapene og humaniora. Prosessen fikk oppdrift av tiden den levde i; – preget av pågangsmot, men også en form for naivitet – uansett: Noe ble skapt! Store studentkull så lyset i positivismekritikken. Vi kunne snakke om KOPF, om kommunikasjon, likeverdighet i lege-pasientforholdet og holistisk medisin. Mange gode og levedyktige faglige bidrag så dagens lys i denne æra.

Nå er det andre tider. Stikkordene er slike som marked, målstyring, kostnadseffektivitet og serviceerklæring. Samfunnet har forandret seg grunnleggende siden fagets pionertid. Det er nå vi skal legge våre læresetninger under lupen, og se om de tåler dagens lys. Leger som gruppe har aldri utmerket seg ved innsikt i de samfunnsforhold som er avgjørende for legens rolle og virksomhet. I en situasjon med allmenleger på defensiven, må vi først og fremst forstå de samfunnsmessige forhold som spiller med oss, om vi skal ha noe håp om å snu situasjonen til offensiv.

Dernest, og det er kanskje det viktigste: allmennlegene må samle seg om en felles forståelse om hva som er kjerneområder i virksomheten vår, hva vi vil at allmennlegens rolle skal være, i et stadig mer komplisert samfunn. Vi må utvikle en forståelse for vår plass i kunnskapsbedriften Det Norske Helsevesen.

Det samlede allmennpraktikerkorps som kan møte pasientene og samfunnet med selvfølelse og faglig tyngde er vår viktigste alliansepartner.

Plattformen vi skal stå på må vi mure selv. Fordi vi er mange,

og uensartede, kan det hende vi trenger noen måneder på jobben. Vi skal heller ikke vegre oss for innpill fra utenverdenen. Det er imidlertid hevet over tvil at prosessen må foregå på det kollektive plan for å være «nyttig».

Ny giv!

Bred mobilisering til debatt, – en serie møteplasser etter en forpliktende plan og skriftliggjøring av prosessen er NSAMs strategi. Jeg kan forsikre om at det ligger en god porsjon maktvilje bak ideen, – for om en slik prosess skal bli fruktbar må den styres. NSAMs styre tar regien. Vi vet det finnes mye kreativitet blant det store gross av skuespillere på scenen. Det er nok å se på den nære historien. Gjennom siste halvdel av 90-tallet gjennomførte NSAM «Risikoprojektet», og i høst lanseres boka. Vi har løftet kunnskapsbegrepet til diskusjon.

Jeg er helt sikker på at det finnes kreativitet blant «nålevende» allmennpraktikere med fremtiden i yrkeslivet foran seg. For å få dem med må vi åpne portene. Pionerene er ikke mindre viktige i denne prosessen, – det er nå vi kan få svar på spørsmålet: Hva av det opprinnelige tankegods har livets rett i dagens virkelighet? Det er lettere å skape en trend i oppgangstider enn å snu den samme i motgang. Vi må ha mot til å bli med på en åpen prosess. Endring kan ikke vedtaes, endring må skje.

Inshallah!

P.S: Siden det omtalte NSAMs vårseminar i Nyvågar i april: NSAM er i dialog med Helsetilsynet i forbindelse med et regjeringsbestemt prosjekt for handlingsprogrammer for primærhelsetjenesten, – vi diskuterer organisering og rollefordeling.

Under WONCA's Europakongress i Wien i juli fremmet NSAM forslag for WONCA om en felles offensiv i forhold til WHO vedrørende retningslinjer for behandling av hypertensjon etter modell av vår referansegruppes arbeid. Forslaget ble vedtatt av verdensorganisasjonen, og NSAM skal lede WONCA's arbeidsgruppe med det mål å få WHO til å innpasse god primærmedisinsk tankegang når retningslinjer skal utarbeides.

Universitetet i Tromsø arbeider med opprettelse av et senter for utkantmedisin. NSAM er med.

I skrivende stund forberedes Nordisk kongress i København. NSAM er på plass, blant annet for å reklamere for den neste nordiske Allmennmedisinkongress som går av stabelen i Trondheim i juni 2002. NSAM og institutt for samfunnsmedisinske fag og allmennmedisin i Trondheim er arrangør.

De klarte det, de andre

Av Hilde Sandvik

Ho heitte det same som mor, Anna. Kanskje var det derfor mor mi vakna ein morgon og tenkte at no var det noko gale. Vi hadde alt leita etter henne ei stund då, og fann henne på sjukehuset. Lita i andletet og med tynne hender. — Jeg tror ikke det er døden, sa ho.

I fem år var det slik: Ho sat i den mosegrøne sofaen med eit landskapsmaleri over hovudet, vaflar i fryseboksen og krumkaker i honningspann. Vaffelhjertene la ho i rekke på stråleovnen så dei vart mjuke. Eg bar inn syltetøy, smør ost, sukker og serviset med julemotiv.

— Jeg må alltid ha sukker på vaflene, sa ho kvar gong, medan ho smilte, som for å seie at det var den lasta ho hadde — at ho måtte ha sukker på vaflene. Ho farga alltid håret slik at det såg musebrunt ut. Ho såg seg i spegelen og sa at eg ser då ikkje så verst ut. Ho falda hendene i fanget; — Jeg har hatt det så bra.

Eg må tenke på det: Ho hadde kome hit som brud helga etter at krigen braut ut i landet, og då han døydde vart ho verande bak desse glasrutene. Ho såg studentar flytta inn og ut. Såg våren koma. Kjente vinteren i den dårlege hofta. Når det ringde på døra hennar opna ho vindauget og kasta nøkkelen ut, til presten, nevøen, venninnene eller oss. Då ein var inne, sa ho det same gong etter gong: — Jeg har hatt det så godt, og jeg snakker med Jesus hver dag.

Ho lo så det song medan synet vart dårlegare og føtene nekta å bera. Dei berre knakk under henne ein dag, og ho slo seg forderva. Første gongen det skjedde tenkte eg at no er det ikkje lenge til, eg må venne meg til det. Ho kan fare når som helst.

Anna fór ikkje. Ho sat i stova si og smilte — I natt sov jeg med en katt.

Katten hadde kome utanfrå, lista seg over golvet, tatt eit kattesprang opp i senga til den gamle kvinna, og lagt seg til rette midt på dyna så ho sjølv mest ikkje fekk plass. Anna vart liggande heile natta, musestille. Strauk og strauk med dei gamle hendene over kattepelsen. Ikkje eitt sekund hadde ho sove, fortalde ho seinare, og la til: — Vi kan ikke se det på katter. Men jeg er helt sikker på at den smilte.



Det var sjølsagt døden. Ho visste det ho og, men skulle aldri seie det til meg. Ho var redd for det. At eg skulle kjenna meg så uroleg i nærværet av døden at eg ikkje ville kome attende. Fleire gonger hadde vi snakka om det, og den siste tida fortalte ho meg alle historiane sine. Om ein far som var borte på sjøen i over ti år før han kom heim for å dø. Om kakene ho pla servere, om mannen ho hadde elska, og om saknet. Eg veit at ho hadde byrja å kjenne murringa av noko i magen den gongen ho brått såg på meg, lys i andletet og sa: — De klarte det de andre.

Det var døden ho snakka om.

Siste gong eg tala med henne, minte eg henne på det, kanskje for å finna ei slags trøyst, for henne, for meg sjølv, for det einaste ein veit sikkert i livet, at ein stad er grensa trekt opp for eigne liv: — De klarte det de andre.

Sidan høyrde eg ikkje orda ho sa. Men eg såg songen. Ho fekk sølvhår og glatt andlet medan ho låg der. Eg tenkte på morfaren min, som seier at det å bli gammal er som å kle av seg eitt og eitt plagg. Til slutt så endar ein opp som då ein kom til verda, som eit spedbarn. Syng saman med meg, Anna, sa eg siste gongen. Og eg såg at ho song.

Då eg gjekk, la eg andletet ned mot den våte panna hennar og sa høgt, som for å døyve tvilen: — Vi skal klare det, vi òg.

Teksten er trykket i Bergen Tidendes helgebilag «Tid og sted» mars 2000.

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

Takk til deg Bjørn, for stafettpinnen og for vakker lyrikk fra Nordkapp, kommunen med landets beste og mest stabile primærlegedekning. Ett av målene ved fastlegeforhandlingene må være at primærlegene i distriktene, både de som fortsatt vil være fastlønnede og de som velger privat praksis, får konkurransedyktige lønns- og arbeidsforhold. I skrivende stund er forhandlingene ikke ferdige, og jeg aner en viss uro blant mange kollegaer.....det har fått meg til å finne tilbake til et dikt av Erling Christie, som både har uroen og håpet i seg

Verden består

*Verden består.
Kveld med strandlinje
dag som sakte forblør
i stripen av lys mot havet*

*tungt hviler sjøen mot horisonten
og hånden noterer langsomt
at her er vi ennå til*

*Verden består.
Men aldri kom ordene til oss
som hvite fugler i skumringen
Aldri fant øyet
lysende tegn under himelen.*

*Verden består.
men av det dypnende mørket
demrer langsomt
kunnskapen om en vei:*

*Søk ingen svar ved havet
Avstå fra håp i din visshet
at her er vi ennå til
med øret mot tidens hjerte.*

*Verden består. Vi er –
vi barn av de sene dager
vi strendenes barn
ennå med livets salt
på våre lepper*

*Vi er – vi jordens barn
vi flyktninger, tvilere
under sensommerlys
Verden består
Og undring rører vår uro.*

ERLING CHRISTIE

Stafettpinnen sendes nå sørover til Anne Brit Westerheim, arbeids- og samfunnsmedisiner, for tiden rådgivende lege for Rikstrygdeverket i Oslo. Med sine røtter i Valdres, sterke bånd til Nord-Norge, og ukuelige optimisme og tro på menneskets evne til å få det beste ut av situasjonen, får hun herved en hel side i Utposten, vær så god!

Anne Grethe Olsen

sentralstyremedlem i DNLF og kommunelege I i Hammerfest kommune

ORD
OM
ORD

Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt, og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til. I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne. Det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet, og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

Heparin

Dette ordet er det lett å skjønne opprinnelsen til, selv om det er litt vanskelig å skjønne hvilken sammenheng det er mellom lever (hepar) og heparin. Den amerikanske fysiologen William Henry Howell (1860–1945) ekstraherte en antikoagulerende fosfolipidsubstans fra kaninlever. Substansens navn ble laget av «hepar» og «in» som betyr «laget av». Howell trodde at substansen han hadde funnet var det stoffet som hindrer sirkulerende blod i å koagulere. Denne teorien ble fremsatt i hans lærebøker i fysiologi fra 1911 til 1921. På 30-tallet oppdaget man så at en helt annen substans ekstrahert fra okselunger hadde en langt sterkere antikoagulerende effekt, men tross dette beholdt man navnet heparin. Det heparinet som brukes idag, er et polymucosaccarid fremstilt fra okselunger eller okse- og hestetarmer og har altså tross navnet ingenting med leveren å gjøre.

Morfin

Den virkningsfulle alkaloiden man kan ekstrahere fra opiumsvalmuen, fikk i 1805 navnet morfin av en tysk apoteker, Adolf Serturner. Han var uten tvil inspirert av navnet til den greske drømmeguden, Morpheus, guden som skapte nattlige fantasier med innhold langt utover det mulige! Endelsen «in» har samme betydning som i heparin, stoffet er «laget av» Morpheus. Det greske ordet «morphologi» har samme opprinnelse, det er læren om organismers ytre form og indre struktur. Det greske ordet «morphe» betyr form, fremtoning, tilsynekomst.



Heroin

Stoffet er først beskrevet i 1874 som et semisyntetisk derivat av morfin. Legemiddelfirmaet Bayer fremstilte stoffet i 1898 til kommersielt bruk. Sjefen for Bayers forskningsavdeling, Dr. Heinrich Dreser, satte navnet på stoffet for å henseile på dets «heroiske, sterke» effekt. Stoffet hadde dobbelt så sterk effekt som morfin, og man trodde det hadde en positiv side med at det kunne brukes til å kurere morfinavhengighet slik morfin i sin tid hadde blitt fremstilt til å kurere opiumsavhengighet. Heroin er altså et glimrende eksempel på at historien gjentar seg, og at nye stoffer fra legemiddelindustrien som synes så lovende etter noen tid kan vise seg å ha helt andre effekter enn man først antar!

Nikotin

Dette stoffet fikk sitt navn fra den franske ambassadør i Portugal, Jean Nicot (1530–1600). Han lærte stoffet å kjenne av portugisiske seilere fra den nye verden. I 1560 fikk man takket være ham Frankrikes første tobakksindustri. På slutten av 1800-tallet oppdaget fysiologer at nikotin i små doser stimulerte og i større doser blokkerte autonome ganglier og endeplater i skjelettmuskulatur, den såkalte «nikotinerge-effekten.»

Kilder: Bengt I. Lindskog: Universitetsforlagets store medisinske leksikon. 1998.
William S. Haubrich: Medical meanings. American College of Physicians, Philadelphia. 1997.

Jannike Reymert

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

Slette mine spor!

På Internett er du ikke alene og det er mange som følger dine spor, finner ut av dine vaner, sender deg skredersydd reklame eller lager problemer for deg.

Husk at når du er pålogget nettet vil din maskin ha fått tildelt en dynamisk adresse eller oppgi sin faste internettadresse. Med tildeling av en dynamisk adresse ved oppringing kan din modemlinje spores og så kobles telefonabonnementet opp mot konto og logg hos din ISP (internet service provider). Skumle greier!

De riktig slemme «gutta» kan sende et program inn til din pc hvor programmet kan kikke seg omkring og sende forskjellig info om brukernavn, passord, nettverk osv tilbake til sin «oppdragsgiver». BackOrifice er et eksempel på et slik spionprogram.

Nå finnes det imidlertid forskjellige måter å beskytte seg mot uøskede inntrengere og uønsket aktivitet. Ett godt og gratis beskyttelsesprogram er Zone Alarm. – som kan hentes fra www.zonelabs.com og installeres på egen maskin. Programmet er gratis så lenge det er i privat og ikke forretningsmessig bruk.

Filen for nedlasting (zonealarm.exe) er 1,6 Mb stor og selvutpakkende når du installerer den hos deg. Etter installasjon og restart av pc kan du velge å la Zone Alarm kjøre automatisk i bakgrunnen og passe på og gi deg advarsler når det skjer skumle eller uforutsette ting i din internett-kommunikasjon. Du kan også sette forskjellige parametre i programmet slik at du etterhvert får skredersydd vaktbikkja til å passe på deg slik du synes det passer til din Internettbruk. Hvis din pc står i et lokalt nettverk passer Zone Alarm også på trafikken her.

I praksis fungerer programmet nesten som en brannmur som passer på alt som går fra og til din pc og som kan stenge for uønsket trafikk.

I starten kan det være irriterende med stadige advarsler og spørsmål om du vil godkjenne dette og hint, men etter hvert som du har fått trimmet det til merker du knapt programmets tilstedeværelse mens sikkerheten din er *betydelig* forbedret.

Anbefales!

Askøy i august 2000

John Leer

Norsk selskap for allmennmedisin – forfatterstipend for 2000

NSAMs Forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesermarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er kr. 20000 og tildelingen vil bli bekjentgjort på NSAMs årsmøte i november. Søknaden med søkerens CV, vedlegges beskrivelse av påbegynt eller påtenkt.

Søknaden skal stiles til Norsk Selskap for Allmennmedisin, Publiseringsutvalget ved Nils Kolstrup, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Telefon 77 64 48 16, Fax 77 64 48 31, E-mail: Nils.Kolstrup@ism.uit.no

Søknadsfrist 01.10.2000.

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsent- og 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: 23 07 53 80

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

Naturlegemidlet johannesurt gir alvorlige interaksjoner med en rekke legemidler

Av overlege Olav Spigset, RELIS Midt-Norge

Ekstrakt av johannesurt (*Hypericum perforatum*) inngår som bestanddel i flere preparater (*Hypericum*, *Hyperiforce*, *Kira*, *Movina*) som er godkjent av Statens legemiddelkontroll som naturlegemidler ved lett uro, forbigående søvnvansker og lett nedstemthet. Johannesurtpreparatene inneholder flere substanser som er biologisk aktive, hvorav de viktigste er hyperforin og hypericin. Disse substansene har vist seg å hemme reopptak av serotonin fra hjernens synapser samt å hemme enzymet monoaminoksidase (MAO) i hjernen. Virkningsmekanismen er således i prinsippet den samme som for mange antidepressive legemidler. En rekke studier har vist at johannesurt er bedre enn placebo ved depresjoner. Det finnes ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å bedømme effekten sammenlignet med antidepressive legemidler. Det er beskrevet en rekke alvorlige interaksjoner med johannesurt (1–4).

Johannesurt er en kraftig induktor av flere ulike leverenzymmer. Dette betyr at man kan få nedsatt konsentrasjon og dermed også nedsatt effekt av en rekke ulike legemidler hvis disse tas samtidig med johannesurt. I verste fall kan dette føre til terapivikt på de aktuelle legemidlene. Det finnes dramatiske eksempler der transplanterte pasienter som er avhengige av å bruke ciklosporin har fått svært lave ciklosporinnivåer og avstøtningsreaksjoner etter å ha tatt johannesurt (2, 3). Det finnes også eksempler på at AIDS-pasienter har blitt dårligere etter at de begynte å ta johannesurt fordi konsentrasjonen av anti-HIV-midler ble for lave (4). Videre har man sett at astmatikere som er bruker teofyllin har blitt forverret og at pasienter har fått nedsatt effekt av warfarin med reduserte INR-verdier etter at de begynte å bruke johannesurt. Man har også sett at p-pillebrukere har fått mellombledninger, noe som tyder på en redusert østro-

genkonsentrasjon med mulig risiko for manglende graviditetsbeskyttelse (1, 2).

Felles for disse legemidlene er at de brytes ned i leveren av et enzymesystem som kalles cytochrom P-450 (CYP)-systemet. Dette enzymesystemet består av en rekke isoenzymer. Av de ulike CYP-enzymene er det i første rekke CYP1A2, CYP2C9 og CYP3A4 som induseres av johannesurt (tabell 1). Siden disse leverenzymene også bryter ned en rekke andre legemidler (5), er det rimelig å anta at man kan få nedsatt effekt også av disse når johannesurt inntas samtidig (tabell 1).

Siden johannesurt øker serotonininnværet i hjernen kan risikoen for et såkalt serotoninergt syndrom øke hvis midlet kombineres med antidepressive legemidler som påvirker serotonininnværet (1). Dette er beskrevet både ved kombinasjon med sertralin og med nefazodon, men det kan høyst sannsynlig oppstå også ved kombinasjoner med andre SSRI-preparater, venlafaxin og klomipramin. Serotoninergt syndrom er en alvorlig, potensielt livstruende tilstand med symptomer som hypomani, uro, agitasjon, forvirring, tremor, hyperrefleksi, ukoordinerte bevegelser, feber, svette, diare og i verste fall koma og død.

De til dels dramatiske interaksjonene har medført at det ofte anbefales at johannesurt ikke bør tas sammen med noen legemidler. Det er imidlertid fremfor alt de nevnte legemidlene som er problematiske. Det er derfor viktig å informere pasienter som bruker for eksempel warfarin, teofyllin, ciklosporin eller anti-HIV-midler om at johannesurt må unngås fordi man ellers i verste fall kan få en livstruende forverring av sin sykdom. Også pasienter som bruker anti-

Tabell 1. Eksempler på legemidler som brytes ned av leverenzymen hvis aktivitet indueres av johannesurt (5).

	Leverenzym som indueres		
	CYP1A2	CYP2C9	CYP3A4
Legemidler med dokumentert nedsatt effekt	Teofyllin	Warfarin	P-piller, ciklosporin, indinavir
Eksempler på legemidler der nedsatt effekt kan forventes	Klozapin, olanzapin, tricykliske antidepressiva	Fenytoin, losartan, NSAID-preparater, sildenafil	Kalsiumantagonister, mange benzodiazepiner, statiner, erytromycin, klaritromycin, ketokonazol, andre anti-HIV-

depressive legemidler som øker serotoninnivåene bør unngå samtidig bruk av johannesurt. For øvrig er det alltid viktig å spørre om bruk av johannesurt som et ledd i utredningen av utilstrekkelig behandlingseffekt av et legemiddel.

Referanser:

1. Yue Q-Y, Bergqvist C. Johannesört kan ge uønskede interaksjoner med mange viktige legemidler. Information från Läkemedelsverket 1999; 10 (nr. 7): 3-4. (Også tilgjengelig på Internett: <http://www.mpa.se/observanda/obs99/johannesort.html>)
2. Ernst E. Second thoughts about safety of St. John's wort. Lancet 1999; 354: 2014-6.
3. Ruschizka F, Meier PJ, Turina M et al. Acute heart transplantation rejection due to Saint John's wort. Lancet 2000; 355: 548-9.
4. Piscitelli SC, Burstein AH, Chait D et al. Indinavir concentrations and St. John's wort. Lancet 2000; 355: 547-8.
5. Spigset O. Legemiddelinteraksjoner. I: Norsk legemiddel-håndbok 2000-01 for helsepersonell. Under publikasjon.

Dagsseminar: Etske utfordringer i tilknytning til reproduksjon, svangerskap og fødsel

Målet med seminaret er å belyse etske utfordringer helsepersonell som arbeider med gravide og fødende kan bli stilt overfor. Hva gjør det med oss som mennesker å til stadighet måtte ta avgjørelser i skjæringsfeltet mellom det etsk akseptable, det lovbestemte og det medisinsk mulige?

Hvilke utfordringer står vi overfor for å ivareta våre egne menneskelige normer og verdier?

Seminaret søkes godkjent av Den norske legeforening i h.t. reglene for legers videre- og etterutdanning.

Tid: 23. Oktober 2000

Sted: Rikshospitalet, Auditorie 2. (rød)

Målgruppe: Jordmødre og leger

Kursleder: Fagsjef Anne Marie Lingås, DNJ

Program og registrering: www.teamcongress.no/dnjsem

BOK *anmeldelser*

Eit godt kjøp om medisinsk utdanning og danning

Schei Edvin og Gulbrandsen Arild (red):
Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning.
Oslo: Tano Aschehoug, 2000.

Ein av debattane i litteraturvitskapen for tida er om bokmeldarane bør vere meir subjektive i sine analysar (1). Dei kan då frigjere seg frå strukturar og vedtekne kriteria og knyte analysane nærare til eigne røynsler og oppfatningar. Det er nett denne metodiske tilnærminga eg ønskjer å nytte i denne meldinga. Eg meiner at dette også er i samsvar med den gjennomgåande tråden i føreliggjande boka, nemleg at legen som person og medisinen som fag skal gjere meir bruk av dei unike situasjonane som eit kvart møte mellom pasient og lege legg opp til. Det blir altså mitt møte med denne boka eg skal skrive litt om. Det møtet kan vere ganske ulikt møtet andre lesarar måtte kome til å få.

Alt gjennom tittelen på boka kan vi høyre ropet om meir subjektivitet. Redaktørane er tydelege på målet med boka; ho skal hjelpe til med å få endringar i medisinen og i utdanninga av lækjarar. Dermed inviterer dei ei rekkje menneske til å skrive ned tankar som kan påverke denne utviklinga. Tekstane er lettskrivne, lesinga flyt lett. Av og til tykkjer eg det går alt for lett. Det blir mange omtalar av eigne røynsler utan at desse blir lagde ut for analyse og debatt. Analysane som er der, lurar meg ikkje inn i strevsame tankebanar. Teksten får meg heller ikkje til å falle fritt i kognisjonar eller emosjonar. Tekstane blir for eksplisitte og gjev for lite rom for refleksjon til det.

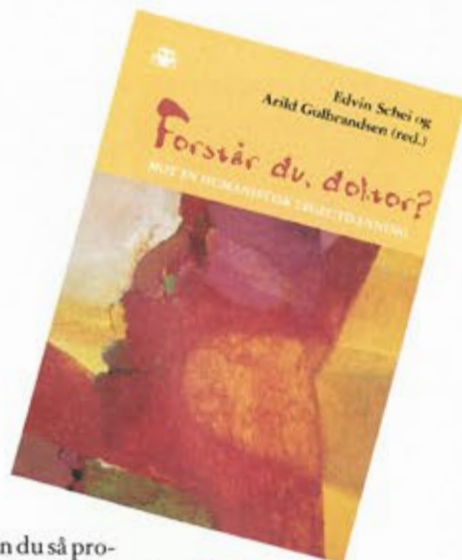
Då melder tanken seg hjå meg om å nytte den mest fandemivoldske kritikarteorien eg veit om på lesinga mi. Eg tenker på «dekonstruksjonen»; lese måten som tek sikte på å få strukturen til å bryte saman (2). Dette er ei djevelsk form for kritikk. Alle som har fått tekstar brotne i småstykke av

andre, veit korleis det sånn umiddelbart kan kjennast. Men du så produktiv denne lese måten kan vere. Når ein sit der med haugevis av tekstbitar, har ein mat for å byggje opp nye tankar med grunnlag i teksten og eigne røynsler. Og når eg gjer det, blir denne boka spanande. Når eg lyttar til dei konkrete røynslene som forfattarane presenterer, likar eg meg. Då får eg innsikt i røynsler som eg ikkje sjølv alltid kjenner igjen. Det gjer at eg kjenner meg rik, og kjenner at eg må streve litt.

Men straks eg igjen fell for freistinga til å relatere forfattarene sine eigne tolkingar til teorigrunnlaget dei sjølv presenterer, kjenner eg meg litt snytt. Går ein såleis til boka for å finne utgangspunkt for eigen refleksjon, meiner eg at utbyttet er godt dersom ein kan fri seg frå dei forklaringane som forfattarane presenterer. Mitt største kritikkpunkt er såleis at tekstane, trass i at dei er subjektive, pretenderer til å avdekkje allmenne sanningar i seg sjølve. Dei konkluderer framfor å la spørsmåla stå opne.

Det beste dømet på dette ønsket om å vere konkluderande, er avslutningskapitlet der redaktørane lagar ei konkret skisse av eit framtidsbilette. Det er ikkje så vanskelege å seie seg samd i det meste som står der. Men eg saknar ei drøfting av påstandane om kva som skal til for å rette på utdanninga av nye legar opp mot dei forsakingane ein må gjere for å realisere forfattarene sine ønskjer. Korleis kan ein til dømes arbeide for å få legar som vil vere i stand til å tilgjie seg sjølv i eit samfunn som har «korsfest den skuldige» som sitt offentlege mantra? (Og merk, dette gjeld ikkje berre legar, jernbanedirektørar og barnemordarar.)

Og, i dekonstruksjonens namn; eg tykkjer ikkje at det vitnar om framgang i den ønskete retninga at redaktørane i sine fiksjonar om framtida viser til kronikkar i Aftenpostens friskdel og notat til Frisk- og læringsdepartementet. Det minner meg for mykje om vår eiga tid, der medisinenens mål er å gjere folk friske – og alt som minner om sjukdom og liding er teikn på tap og avmakt. Eg skulle ønskt meg at den



nye humanistiske medisinen makta å vere så pluralistisk at ein kunne arbeide for å gjere folk friske samstundes med at ein kunne akseptere det veike og det sårbare (3).

Boka gjev inga samlande tilnærming til eit humanistisk grunnlag for medisinen. Om ho så skulle gjort, meiner eg at forfattarane måtte ha teke meir med frå musikk, narrativ teori og religionsvitskap. Særleg saknar eg personleg meir om narrativ teori. Eg trur nemleg at ei vesentleg og underkjent oppgåve for medisinen er å lære folk til å ta hand om sine eigne livsforteljingar, «skrive» sin eigen biografi så å seie. Vi har derimot lange tradisjonar for at det er legen som skriv pasienten sin biografi (4).

Konklusjonen min er: Boka er eit godt forsøk på å auke ordskiftet om utdanninga av legar i framtida. Personleg skulle eg ønskt meg meir opne spørsmål utan svar. Her trur eg rett og slett at det rådande medisinske symbolmiljøet (kulturen) har bunde både redaktørar og forfattarar til å gje oss svara.

Det er i samsvar med humanistisk vitskap å nytte andre symbolmiljø for å tolke røynsle (5). Dette vil gje rom for ulike tolkingar og ulike sanningar. Og då er vi ved den store utfordringa for medisinsk utdanning og danning i humanistisk perspektiv – kan medisinen som vitskap og tradisjon makte å (over)leve som ein samlande kultur med dei opne spørsmåla og dei mangfaldige svara? Og vil folk akseptere at medisinen blir så anti-deterministisk?

Geir Sverre Braut

Fylkeslegen i Rogaland, Stavanger

Litteratur:

1. Fredin MA. Litteraturkritikerne mangler mot. Dagbladet 19. august 2000 s. 54-55.
2. Dahlerup P. Dekonstruksjon. København: Gyldendal, 1991.
3. Solli HM. Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi. Utposten 1993;22(6):240-45.
4. Aaslestad P. Pasienten som tekst. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
5. Josefson I. Läkarens yrkeskunnande. Lund: Studentlitteratur, 1998.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Tilsagns- og forbeholdskjema

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) arbeider for å bedre kvaliteten i forskning som utføres i allmennpraksis. Vi ønsker også at kolleger som deltar i data-innsamling og rekruttering får innsyn i kvalitetsvurderinger i forskningsprosjekt.

Allmennpraktiserende kolleger kan hjelpe oss i dette arbeidet med å bruke dette tilsagns- og forbeholdskjema når de inviteres til å delta i eksternt planlagte studier. Du finner også dette skjema på AFUs hjemmeside på veven.

Ja, jeg er interessert i å delta i følgende forskningsprosjekt:

.....

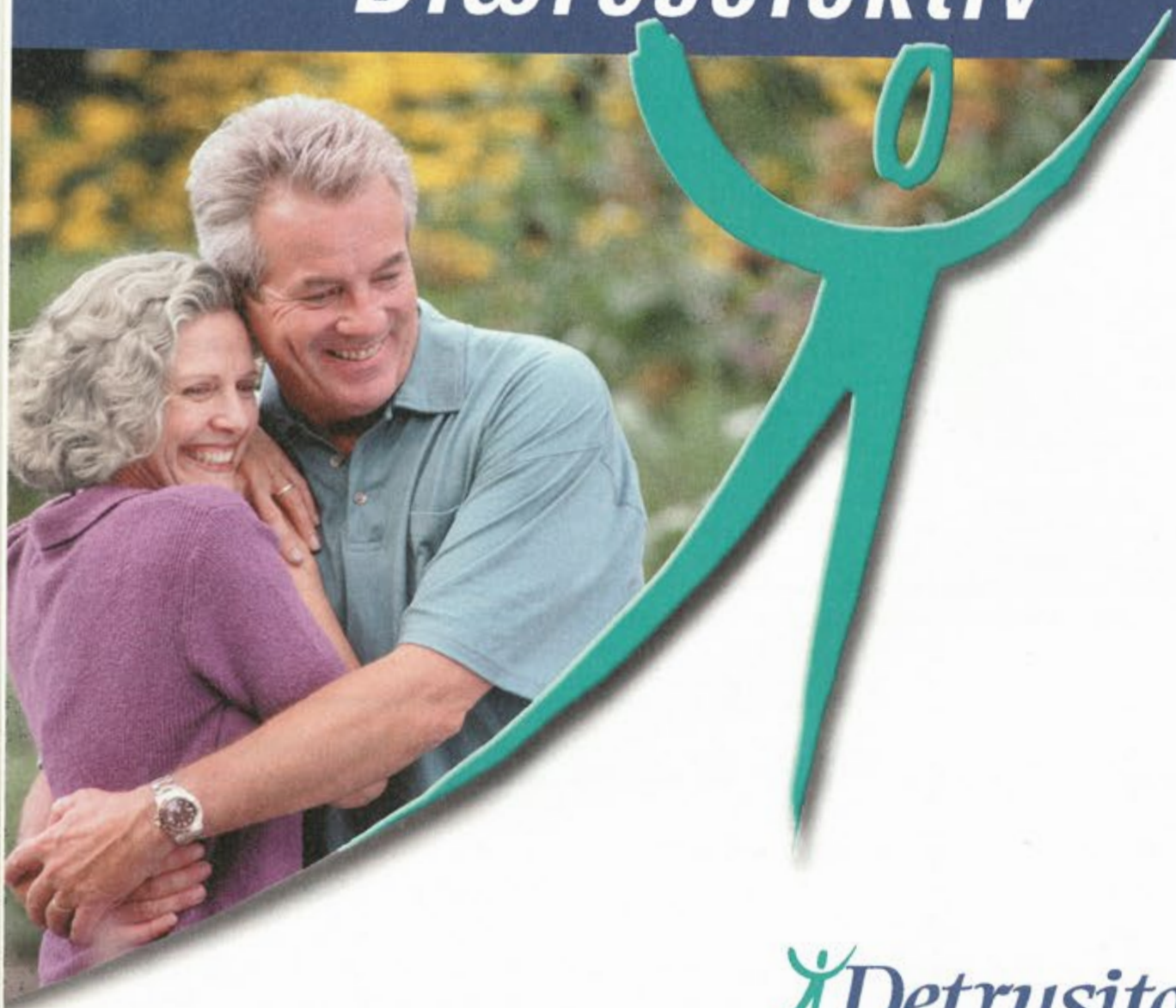
.....

Jeg vil først ta endelig stilling til deltagelse når jeg har sett den kvalitetsvurdering Allmennmedisinsk forskningsutvalg har foretatt av prosjektet.

Vennlig hilsen (navn):

.....

Blæreselektiv²⁾



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

Ved overaktiv blære:

70% ønsker å fortsette behandlingen etter 12 mnd ¹⁾

Dosering: 2 mg x 2

Refusjon: § 9 punkt 40

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

www.detrusitol.com

Kundeservice telefon: 22 18 41 21

T 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, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E171). Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virningsmekanisme: Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metabolittene, 5-hydroksymetyltolterodin, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekten av behandlingen kan forventes innen 4 uker. Absorpsjon: Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin 96%. 5-hydroksymetyltolterodin 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Tolterodin: 2-3 timer. 5-hydroksymetyltolterodin: 3-4 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Tolterodin og 5-hydroksymetyltolterodin når maks. serumkonsentrasjon etter 1-3 timer. "Steady state" nås innen 2 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetyltolterodin er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetyltolterodin 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 uavhengig. Utskillelse: Ca. 77 % i urin og 17 % i feces. Mindre enn 1 % av dosen utskilles uendret og ca. 4 % som 5-hydroksymetyltolterodin.

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

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Avanzert ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert trangvinkelig glaukom. Myastenia gravis. Overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

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

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

flatus, bråkinger.
Hud: Tør hud.
Psykiske: Søvnproblemer, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parestesi.
Syn: Tørre øyne.
Øvrige: Hodepine.

Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Byrystemer.

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), hjerstoppløst, autonom neuropati, myotoni og lever- og nyresykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingssvikt og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antismykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol), skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonssvevne kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbeholdt arbeid.

Graviditet/Amning: Overgang i placent: 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 legemidler som har antitolinerge 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 antismykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Ikke påvist interaksjoner med warfarin eller kontraceptiva i faste kombinasjoner (etyntestradol/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 leversykdom må ikke dosen overstige 1 mg 2 ganger daglig.

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

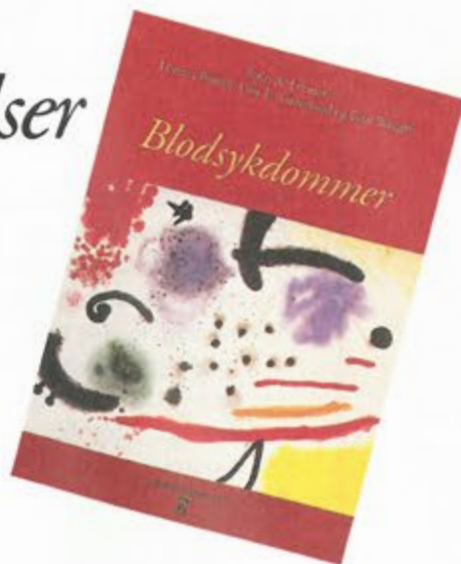
Pakninger og priser: 2 mg 56 - 407,60 2 mg 500 - 3346,60
1 mg 56 - 395,80 1 mg 500 - 3241,40

August 2000

BOK anmeldelser

Blodsykdommer

Stein A. Evensen, Lorentz Brinch,
Geir E. Tjønnfjord og Finn Wisløff
Universitetsforlaget 1999
294 sider, pris kr 345



«Kjell Hansen er 54 år. Han gikk til lege fordi han følte seg slapp. De siste månedene hadde han vært mye plaget med kvalme og nedsatt appetitt og hadde gått ned 8 kg i vekt. Kona hadde sagt at han var gul i øynene. Hansen selv var redd for at han hadde kreft.

Du målte Hb på kontoret og fant en verdi på 7,8 g/100ml.

Hvilke undersøkelser vil du forordne?»

Med pasienthistorier som denne innleder forfatterne mange av kapitlene i denne utgaven av boka «Blodsykdommer». Dette er 5. utgave av boka, og Per Stavem har nå overlatt stafettstaven til yngre forfatterkrefter. Med innføring av pasientbeskrivelser har forfatterne prøvd å gjøre stoffet så jordnært som mulig, og de har lyktes godt med det.

Utover i kapitlene får vi så presentert de ulike blodsykdommene og deres karakteristika. Fasiten på pasientbeskrivelsene er så flettet inn der det passer, og gir oss dermed en følelse av å henge med på notene ganske bra når det avsløres hvilken blodsykdom pasienten hadde.

Pasientbeskrivelsen over hadde overskriften «Megaloblastanemier» og dette kapitlet avslutter som følger:

«Du husket at din gamle lærer i hematologi gjentatte ganger hadde sagt: «Når Hb går ned, bestem MCV». MCV viste seg å være 130fl (82-102). I blodutstryk fant du makro-ovalocytose og hypersegmentering i nøytrofile granulocytter. Du rekvirerte da vitamin B12 samt folat i serum og erytrocytter og fant svært lave verdier for alle tre parametre. LD var 3124 U/l (230-450) og bilirubin 43 mikromol (3-26). Du stilte den tentative diagnosen pernisiøs anemi og startet med vitamin B12-substitusjon. Pasienten følte seg vesentlig bedre allerede etter et par døgn, og Hb steg raskt. Senere fikk du beskjed fra laboratoriet om at det var påvist intrinsic factor-antistoffer i pasientens serum. Du forordnet en gastroskopi for å vurdere graden av atrofisk gastritt og for å utelukke samtidig ca. ventriculi.

Ved at ditt utgangspunkt for utredningen var makrocytær anemi, sparte du pasienten for en kanskje lang og plagsom malignitetsutredning. Din enkle og rasjonelle utredning sparte samfunnet for endel utgifter.»

Boka er skrevet for medisinstudenter, allmennleger og sykehusspesialister. Stoffet er velskrevet og mye av innholdet er svært relevant for allmennleger. Endel av innholdet er relativt uinteressant for oss i førstelinjetjenesten fordi den omtaler forhold som kun gjelder innlagte pasienter. Det medfører at man som allmennlege ikke leser boka fra perm til perm med den risiko det innebærer å gå glipp av noen gullkorn innimellom.

Jannike Reymert

Kurs i forsikringsmedisin

Sted/tid: SORIA MORIA, OSLO 13.-14. november 2000.

Faglig ansvarlig: Fagdirektør Torgeir Høverstad og fagutvalget Namf.

Målgruppe: Arbeidsmedisinere i og utenfor institusjon. Allmennmedisinere, samfunnsmedisinere og andre som skriver legeerklæring og rådgir pasienter i forbindelse med forsikringsaker.

Målsetning: Kurset skal gi deltakerne en basal innføring i forsikringsmessige forhold.

Forsikringsselskapenes innhenting og bruk av helseopplysninger og legens oppgaver og rolle som sakkyndig vil bli spesielt belyst. En stor del av kurset vil bli brukt til å belyse arbeidsmedisinske problemstillinger, hvor bl.a. forslaget om utvidelse av yrkesskadebegrepet med enkelte muskel/skjelettsykdommer vil bli tatt opp.

Kursavgift: Uten overnatting: kr 3.800,- som inkl. lunsj og kaffepauser begge dager.

Med overnatting i enkeltrom: kr 4.920,- (inkl også middag mandag)

Med overnatting i dobb.rom: kr 4.770,- (inkl også middag mandag)

Godkjenning: Kurset er søkt godkjent for spesialitetene i arbeids-, allmenn- og samfunnsmedisin.

Programkatalogen for Arbeidsmedisinsk uke med praktiske opplysninger og påmeldings-skjema fåes ved henvendelse til: **KURS OG KONGRESSERVICE**, 7340 OPPDAL.

Tlf. 72 42 34 48, faks 72 42 34 40, mail: kksoppdal@online.no

Mandag 13. november kl. 10.00: Åpning av kurset.

Tema: Innføring i forsikring. Møteleder: Torgeir Høverstad

- Livsforsikring Fagdirektør Torgeir Høverstad, Storebrand Livsforsikring.
- Skadeforsikring. Rådgivende lege Bård Natvig, If Skadeforsikring.
- Forsikring sett med en arbeidsmedisiners øyne. Bedriftslege Anne M. Birkeland, SAS.

Tema: Bruk av helseopplysninger i forsikring. Møteleder: Bo Veiersted.

- Bruk av helseopplysninger i livsforsikring. Rådgivende lege Terje Tangen og Torgeir Høverstad, Storebrand.
- Bruk av helseopplysninger i skadeforsikring. Fagdirektør Marit Krohg, If Skadeforsikring.
- Samfunnets rammer for bruk av helseopplysninger i forsikring. Professor Erik Røsæg, Universitetet i Oslo, leder av Røsægutvalget.
- Plenumsdebatt: Bruk av helseopplysninger i forsikring. Erik Røsæg, Marit Krohg, Anne M. Birkeland, Torgeir Høverstad.

Tirsdag 14. november

Tema: Forsikringsselskapenes rolle ved sykefravær, uførhet og rehabilitering.

Møteleder: Torgeir Høverstad.

- Vurdering av arbeidsevne. Rådgivende lege Harald Reiso.
- Forsikrings rolle ved utredning og rehabilitering av skadelidte. Bård Natvig, og Rådgivende lege Erik Skuterud, Gjensidige Forsikring.
- Utredning av langtidssykemeldte. Bedriftslege Kjell Aage Sørensen, Veidekke.

Tema: Årsakssammenheng. Møteleder: Bård Natvig.

- Den sakkyndige lege og årsakssammenheng. Overlege Helge Kjuus, Stami.
- Årsakssammenheng ved løsemiddelskader. Rådgivende lege Eivind Pape, If Skadeforsikring.
- Årsakssammenheng ved nakkeslengskader. Erik Skuterud.
- Juridiske synspunkter. Advokat Per-Kåre Herredsvella, Gjensidige Forsikring.

Tema: Bør yrkesskadeforsikringen utvides med muskel-/skjelettlidelser? Møteleder: Bård Natvig

- Presentasjon av forslaget om utvidelse av yrkesskadeforsikringen. Overl. Bo Veiersted, Stami.
- Forsikringsselskapenes syn. Advokat Per-Kåre Herredsvella, Gjensidige Forsikring.

17.00 Slutt.

Deltakere som ønsker å delta på NAMFs høstkonferanse kan ta tog umiddelbart etter kurs-avslutning til Røros. Det blir satt opp buss fra Soria Moria til Oslo S.

Kunngjøringer av protokollvurderinger foretatt av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU).

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har vurdert følgende 2 protokoller og gitt vurdering som følger:

Kartlegging av hvordan pasienter med diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) behandles i allmennpraksis i Norge

Allmennmedisinsk forskningsutvalg påpekte i sin protokollvurdering at studien introduserer en systematisk seleksjonsfeil ved at dårlig regulerte pasienter som søker lege ved eksaserbasjon blir overrepresentert i materialet. Vi foreslo at en representativ gruppe av leger registrerte status på alle sine KOLS-pasienter på et gitt tidspunkt (eller et tilfeldig utvalg) slik at studien i større grad kunne besvare de spørsmål dere stiller.

Forsøksledelsen har som alternativ gjort den endring at det på registreringsskjemaet vil være en avkrysning for vanlig time og en for øhj time. Pga studiens størrelse vil man kunne få representative tall for begge grupper. AFU har også fått tilfredsstillende svar på de spørsmål vi hadde om statistisk bearbeidelse, publisering, informasjon til pasienter og eventuelt behov for behandling i etisk komite.

På bakgrunn av det ovenstående finner AFU å kunne godkjenne protokollen og anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien. Vi forutsetter at deltagerne informeres om innholdet i denne vurdering som også vil bli gjort kjent i Tidsskrift for Den norske lægeforening, Utposten og på AFUs hjemmeside på Internett.

Serum urinsyre som risikofaktor ved hypertensjon – en tverrsnittundersøkelse.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har mottatt redegjørelse på de punkter vi ønsket: Utvalget påpekte at protokollen var mangelfull med tanke på forståelsen av at hyperurikosemi kan være en antioksidativ kompensatorisk beskyttelse ved aterosklerose. Forsøksledelsen synes ikke kjent med litteraturen om dette, hvorfor vi vedlegger abstract av en av mange referanser om temaet. Vi ønsket også problematisert at tverrsnittdata ikke kan besvare spørsmål av kausal natur. Forsøksledelsen presiserer at studien ikke kan avdekke kausale sammenhenger.

Det er klargjort at utgifter til prøvetaking og analyse dekkes av MSD.

Utvalget pekte på at det var behov for å sikre at registrering ble foretatt konsekutivt for å redusere mulighet for seleksjonsbias. Det er ikke lagt inn prosedyrer som kan kontrollere for dette, men forsøksledelsen mener at sannsynligheten for systematiske feil er liten pga antall sentra og materialets størrelse.

Vi påpekte mangler ved det brukte registreringsskjema, som forsøksledelsen allerede hadde tatt i bruk da AFU behandlet protokollen. Forsøksledelsen innrømmer at forslagene fra AFU var gode, men har altså ikke endret skjemaet.

AFU har innvendinger mot studien som nevnt over, men vil anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien. Vi forutsetter at de deltagende leger informeres om innholdet i denne vurdering som også vil bli gjort kjent i Tidsskrift for Den norske lægeforening, Utposten og på AFUs hjemmeside på Internett.

ENKLERE SUPPRESJONSBEHANDLING MED VALTRESX¹

Herpes

HERPES GENITALIS:

EN TABLETT 500 MG ÉN GANG DAGLIG
TIL SUPPRESJONSBEHANDLING



C Valtrex "Glaxo Wellcome"

Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B11

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

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

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

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

sienter med nedsatt nyrefunksjon:

	nyrefunksjon Kreatinin clearance (ml/min)	
ering	15–30	< 15
herpes zoster	1 g 2 ganger daglig	1 g én gang daglig
herpes simplex:		
anledning av infeksjon	500 mg 2 ganger daglig	500 mg én gang daglig
primærinfeksjon	500 mg daglig fordelt	
supprimerende behandling	på én eller to doser	250 mg daglig
nedsatt immunforsvar	500 mg 2 ganger daglig	500 mg daglig

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

Ref. 1: Dosering i preparatomtaler i Felleskatalogen 1999.



Kvinneuniversitetets Forskningsfond

utlyser stipend for år 2001

Tema:

JENTERS OPPVEKSTVILKÅR

Er jenterollen i endring?

Sum: kr. 50.000,-

Søknadsfrist: 16. oktober 2000

Søknaden sendes til:

Kvinneuniversitetet, boks 130, 2340

Løten

Nærmere opplysninger:

Trine Eklund, tlf./faks: 22 14 30 62

e-post: t-eklund@online.no

GAVER til Forskningsfondet mottas
med TAKK!

Bidrag over kr. 200,- gir rett til skatte-
fradrag.

Skriv personnummer på giroen.

Kontonr. 0813.03850.385

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Glaxo Wellcome AS,
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04
www.glaxowellcome.no

Kurs nr.: O-3662

Farmakoterapi i allmennpraksis

22.-24. november 2000

Godkjenninger: Allmennmedisin Videreutdanning: Emnekurs: 23t i fagområde farmakologi.

Etterutdanning: Klinisk emnekurs: 23t i fagområde farmakologi. Klinisk kjemi, Onkologi

Målgruppe: Leger i primærhelsetjenesten og farmasøyter (cand. pharm.) som arbeider i primærhelsetjenesten.

Læringsmål:

- Praktisk kunnskap om vanlige behandlingsprinsipper og behandlingsmål
- Vurdere legemidlers effekt, bivirkninger og mulige interaksjoner hos den enkelte pasient
- Løsning av oppgaver i tverrfaglige smågrupper.

Innhold: Gjennomføring og kontroll av medikamentell behandling innen de viktigste sykdomsgrupper. Løsninger av oppgaver i smågrupper og diskusjon i plenum.

Kursted: Soria Moria konferansesenter, Voksenkollvn. 60, 0394 Oslo, telf. 22 14 60 80.

Kurskomite: Åsmund Reikvam (kursleder), Hedvig Nordeng, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo, Trine Bjørner, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Tone Westergren og Per Lagerløv, RELIS, Rikshospitalets apotek.

Påmelding til: Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning, Det medisinske fakultet, Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo.

Påmelding E-post:

koordinatorkontoret.oslo@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 22. september 2000

Antall deltakere: 70

Antall kurstimer: 23

Kursavgift: 1200

Andre opplysninger: I tillegg til kursavgiften kommer kr. 270,- per dag, - for lunsj og kaffe for dem som ikke bor på Soria Moria. Kursavgift samt utgifter til lunsj/kaffe, må betales innen to uker etter at bekreftelse er mottatt. Det er reservert en del rom på Soria Moria. De som ønsker å benytte seg av dette må selv kontakte Soria Moria.

Kurslitteratur: Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell må medbringes.

Onsdag 22. november 2000

Møteleder: Åsmund Ragnar Reikvam

09.45 Praktiske opplysninger, læringsmål.
-10.00 Hva er klinisk farmakologi?
Individuell følsomhet

- Terapistyring
- Bivirkninger
- Interaksjoner. Harald Olsen.

10.40 Spørsmål om terapistyring - problemer fra egen praksis. Harald Olsen.

11.15 Pause.

11.30 Gruppeoppgaver (hypertensjon, hjertesvikt, hyperkolesterolemi). Knud H. Landmark.

12.30 Lunsj.

13.30 Gjennomgåelse av gruppeoppgaver med innlagt teori. Landmark.

15.10 Pause.

15.30 Hypertensjon og hjertesvikt i allmennpraksis. Jon Torgeir Lunke.

17.00 Oppsummering. Lunke

17.30 Slutt.

Torsdag 23. november 2000

Møteleder: Per Lagerløv

09.00 Forskrivning av vanedannende medikamenter i allmennpraksis. Behandling av søvnløshet. Diskusjon. Trine Bjørner.

10.45 Pause.

11.00 Behandling av øvre luftveisinfeksjoner i allmennpraksis. Morten Lindbæk.

11.45 Gruppeoppgaver, diabetes mellitus. Tor Claudi.

12.45 Lunsj.

13.45 Gjennomgåelse av gruppeoppgaver med teori. Claudi.

15.00 Pause.

15.15 Prinsipper for legemiddelbehandling i svangerskapet og ammeperioden. Diskusjon. Hedvig Nordeng.

17.00 Slutt.

Fredag 24. november 2000

Møteleder: Tone Westergren

09.00 Praktisk utredning og behandling av dyspepsi i allmennpraksis. Frode Lerang.

10.45 Spørsmål om behandling av dyspepsi-relaterte sykdommer. Pasientinformasjon. Lerang.

11.15 Pause.

11.30 Klinisk viktige legemiddelinteraksjoner. Olssen.

12.15 Lunsj.

13.15 Medikamentell behandling av depresjon i allmennpraksis. Diskusjon. Olsne.

15.15 Evaluering, avslutning.

Forbigående og kortvarige søvnvansker kan løses med Zopiklon NM

Se prisen:

5 mg:

100 stk. kr 165.20

30 stk. kr 73.00

10 stk. kr 53.10

7,5 mg:

100 stk. kr 167.40

30 stk. kr 73.90

10 stk. kr 55.30

B Zopiklon "NM Pharma"

Hypnotikum

ATC-nr.: N05C F01

TABLETTER 5 mg og 7,5 mg: Hver tablett inneholder Zopiklon 5 mg, resp. 7,5 mg, lactos. 20,5 mg, resp. 30,8 mg, const. q.s. Fargestoff: Titanioksid (E171). Tabletter 7,5 mg med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering:

Cyklopyrrolonderivat, kjemisk og strukturelt ulik andre hypnotika. **Virkningsmekanisme:** Zopiklon har høy affinitet for bindingssteder innenfor GABA-reseptorkomplekset, der det inducerer spesifikke konformasjonsforandringer og forsterker den normale transmisjonen av signalsubstansen GABA i CNS. Hurtig innsettende effekt (ca. 30 minutter), forkorter innsovningstiden, forlenger søvnens varighet og minsker antallet nattlige oppvåkninger. Mengden av REM-søvn og dyp søvn (stadium III og IV) opprettholdes.

Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon oppnås innen 1-2 timer. Biologisk tilgjengelighet ca. 80%.

Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 1,3 liter/kg. **Halveringstid:** 4-6 timer, økende til 7 timer hos eldre pasienter. Halveringsstiden er betydelig for lenget ved leversvikt. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren gjennom dekarboksylering.

Utskillelse: Ca. 5% utskilles uforandret gjennom urin, og resten som metabolitter uten klinisk betydning.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarige søvnvansker. Som støttemiddel i begynnende tid ved behandling av kroniske søvnvansker.

Kontraindikasjoner:

Alvorlig leverinsuffisiens. Søvnapné.

Bivirkninger: De vanligste bivirkninger er bitter smak,

som oppleves hos ca. 4% av pasientene, munntørrethet og tretthet om morgenen. Sjeldnere bivirkninger er angst, uro, hallusinasjoner og anterograd amnesi. Reaksjoner som forvirring, eksitasjon, adferdsforstyrrelser og dysfori er også rapportert.

Δ Forsiktighetsregler: Mulighet for tilvenning eller misbruk bør alltid vurderes ved forskrivning av preparatet. Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon, myasthenia gravis, ved behandling av pasienter med nedsatt allmentilstand og misbrukere. Forsiktighet må også vises ved samtidig behandling med andre psykofarmaka eller ved inntak av alkohol. Kan påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet hos bilførere og personer som betjener maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Behandlingen bør ikke strekke seg ut over 2-4 uker. Klinisk dokumentasjon hos barn mangler. Søvnvansker kan bero på psykisk eller somatisk sykdom. Søvnproblemer bør derfor utredes med henblikk på dette. Behandling med sovemedisin bør være av kort varighet eller intermitterende for å redusere risikoen for seponeringsproblemer. Brå seponering ved bruk av sovemedisin kan lede til tiltagende urolig søvn noen netter. Samtidig bruk av alkohol bør unngås.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Klinisk erfaring hos gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle data viser ikke økt risiko for fosterskade. Negative farmakologiske effekter på fosteret og/eller det nyfødte barnet slik som hypotoni, påvirkning av respirasjonen og hypotermi kan ikke utelukkes. På grunnlag av dette anbefales ikke behandling under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Zopiklon går over i morsmelk. Mengde zopiklon som gjenfinnes i morsmelken er ca. 50% av mengden i morsens plasma. Selv om konsentrasjonen av zopiklon i morsmelk er lav, bør ikke zopiklon gis til ammende kvinner.

Interaksjoner: Den sentralt dempende virkning kan forsterkes av stoffer av typen hypnotika, sedativa, narkotiske analgetika,

generelle anestetika, tranquilizere, neuroleptika, antihistaminer og av alkohol. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalogen 2000, (I: 1336 psykoleptika, 1366 benzodiazepiner, 140e zopiklon).

Dosering: For å sikre optimal behandling bør dosen tilpasses pasientens alder, vekt og allmentilstand, samt type søvnforstyrrelse. Behandlingen bør startes med lavest mulig dose. Skal tas kort tid før en går til sengs. **Innsøvnvansker og forstyrret nattesøvn:** Voksne: 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Eldre: 3,75 mg. Kan ved behov økes til 5 mg (inntil 7,5 mg ved forstyrret nattesøvn). **For tidlig oppvåkning:** Voksne: 7,5 mg. Eldre: 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Bør fortrinnsvis gis intermitterende.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Varierende grad av CNS-depresjon, fra døsigheit til koma, som avhenger av den inntatte mengde zopiklon. Overdosering antas ikke å være livstruende med mindre det samtidig er inntatt andre CNS-dempende midler inkl. alkohol. **Behandling:** Generelle forholdsregler tas, overvåking av respirasjon og blodtrykk, ev. aspirasjon. Hemodialyse er av liten verdi pga. zopiklons store distribusjonsvolum. Flumazenil kan foreslås som antidot.

Pakninger og priser: 5 mg: Endos: 100 stk. kr 165,20, 10 stk. kr 53,10 30 stk. kr 73,00
7,5 mg: Endos: 100 stk. kr 167,40, 10 stk. kr 55,30, 30 stk. kr 73,90

Veil. utsalgspris fra apotek. Priser fra NMD's prisliste pr. august 2000.



- alltid rimeligst.
- generisk navn (virkestoff) + NM
- bidrar til Farmacias forskning

Gjerdrums vei 10B 0486 Oslo Telefon: 22 18 41 21 Telefaks: 22 23 25 24

NM Pharma

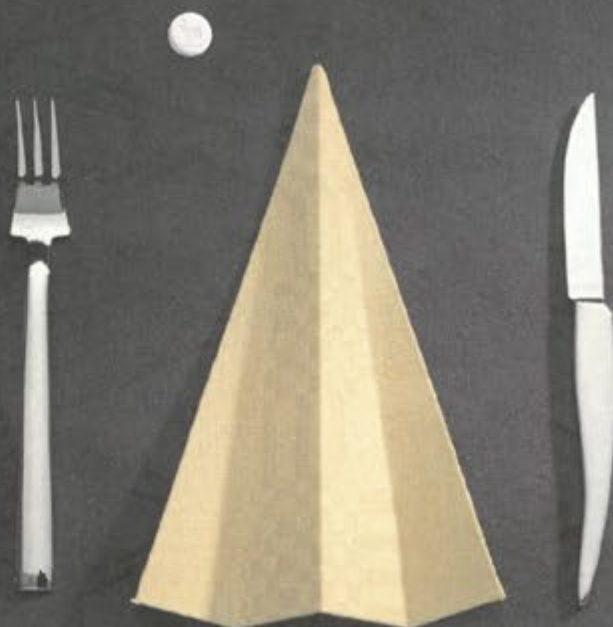


NOVONORM
(repaglinide / Novo Nordisk)

(repaglinide / Novo Nordisk)

-måltidstabletten ved type 2 diabetes

**NYTT
BEHANDLINGS-
PRINSIPP!**



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

[illegible][illegible]

Referanslar:

- 1 Goldberg RB, Brodows KG. A randomised placebo-controlled trial of repaglinide in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetologia* 1998; 41 (suppl 1): Abstract 0383.2. Stemp W, Bayer T. Repaglinide (Novartis) is a novel oral antidiabetic agent. *Diabetologia* 1998; 41 (suppl 1): Abstract 0383.2.
- 2 Goldberg RB, Brodows KG, Brodows J, Cline DM, Brodows K. Repaglinide (Novartis) is a novel oral antidiabetic agent. *Diabetologia* 1998; 41 (suppl 1): Abstract 0383.2.
- 3 Acker KL, Dambo P, et al. Metabolic effects of repaglinide: a novel oral hypoglycaemic agent in therapeutic trials in type 2 diabetes. *Diabetologia* 1995; 38 (suppl 1): A43.4.
- 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, Dambo P, et al. A new oral hypoglycaemic agent, repaglinide, minimises risk of hypoglycaemia in well-controlled NIDDM patients. *Diabetologia* 1995; 38 (suppl 1): A43.4.

Novo Nordisk Pharma AS

Postboks 24

N- 1309 Rud

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



Novo Nordisk