



Innhold:

Leder:

«Det er en hård tid...»	
AV TORGEIR GILJE LID	s 1

Det er greit det!	
AV CECILIE DAAE OG PER KALLESTRUP	s 2

Kommunal utenrikspolitikk	
AV SVEIN LIE	s 10

Når legen blir gammel	
AV JØRGEN JØRGENSEN	s 12

Monicas historie	s 18
------------------	------

Reisebrev fra Canada	
AV ELISABETH SWENSEN	s 22

NSAM - Hvordan skaper allmennlegen tillit?	
AV TOR KARLSEN	s 26

Allmennmedisinsk journal	
AV SIGURD FØRRE	s 28

Kva for internettsider er til å stole på?	
AV FRODE FORLAND OG JOSTEIN INGULFSEN	s 30

NSAMs handlingsprogram for diabetes	
AV TOR CLAUDI	s 32

Notater fra en trett lege (IV)	
AV ØYSTEIN HALLRE	s 38

Faste spalter	s 40
---------------	------

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

Hørregårdsv. 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: Elisabeth Swensen

Design & trykk:
PDC Tangen

«Det er en hård tid...»



verskriften er hentet fra «Gift» av Alexander Kielland (1), men, som med all god og tidløs litteratur, det er minst like aktuelt i dag. Frp blir landets største parti, surfende på en bølge av frustrasjon, egoisme og historieløshet. De som leser eyr har fått med seg at frustrasjonen har hatt gode vekstvilkår også i vår stand.

I likhet med folkets frustrasjon i forhold til politikerne og politikken, har også legenes frustrasjon mange aktverdige grunner. Legevaktaftalen ble langt fra bra nok, og fastlegeaftalen satt langt inne, mye på grunn av en motpart med liten innsikt i status quo i norsk allmennmedisin. Rikstrygdeverket pålegger oss nok en gang nye skjema og hyppigere tilbakemeldinger; skjemaer den gjengse allmennpraktiker frykter knapt blir lest og heller ikke noen betydning får. Yngre leger velger sykehuset (vel, vel, det er visst krise der også...) heller enn allmennpraksis som karrierevei. Til tider har ve-ropene på eyr ljomet så høyt at våre kolleger in spe på universitet og i turnus har begynt å spørre seg om det er noe feil med viljen til norske allmennpraktikere, eller om situasjonen virkelig er så ille som det kan se ut som (2,3). Likevel, for de fleste av oss er det en genuin interesse for det unike ved allmennmedisinen som gjør at vi blir værende, noe flere artikler i dette nummer også vitner om (4,5).

Fastlegeordningen og samfunnsmedisinen

I løpet av sommeren har norske allmennleger mottatt Fastlegeordningen – Håndbok for legene. Her ønsker helseministeren og presidenten i legeforeningen oss alt godt på ferden. Lykkeønskninger kan vi trenge (jfr. ovenfor), men langt viktigere er det å se på i hvilken grad forutsetningene for å kunne lykkes og nå målene, er oppfylt.

I Odelstingsproposisjon nr. 99 (1998-99) om fastlegeordningen slås det fast at offentlig legearbeid må ivaretas spesielt for å sikre oppmerksomhet og prioritet innenfor en ordning som fokuserer på den kurative og individrettede delen av allmennmedisinen. Videre defineres offentlig legearbeid til å bestå av samfunnsmedisin og allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Og, det sies sågar at samfunnsmedisinen, den befolknings- og samfunnsrettede delen av arbeidet, er en viktig forutsetning for allmennmedisinen. I proposisjonen finner derfor Sosial og helsedepartementet det hensiktsmessig å foreslå at de samfunnsmedisinske oppgavene skal ivaretas av fast ansatte kommuneleger/-overleger som i dag, mens de allmennmedisinske offentlige legeoppgaver skal inkluderes i fastlegeordningen.

Og så da? Fungerer denne ordningen med fast ansatte samfunnsmedisinere godt i dag? Er det ikke slik at rekrutteringen til disse stillingene er enda dårligere enn til andre primærlegestillinger? Og når de befolknings- og samfunnsrettede delene av et offentlig legearbeid er en forutsetning for resten av arbeidet – hva da med den forventede suksessen med fastlegeordningen?

Kanskje en vei å gå er å inkludere kommunal utenrikspolitikk i oppgavene for kommunelege 1? (6) Det hadde i alle fall bidratt til å øke selvtilliten for kommunehelsetjenesten i forhold til sykehusene. I disse hårde tider for allmennmedisinen er sykehusenes økte effektivitet og krav til pasientflyt en viktig medvirkende faktor til det økte presset i allmennmedisinen, og det fordrer helt nye samarbeidsformer mellom nivåene. I dag faktureres kommunene når pasienter ligger for lenge på sykehuset, men ingen må stå til ansvar for at pasientene må vente for lenge før de i det hele tatt slipper til. Her trengs kanskje en kommunal utenrikspolitikk?

Noter:

1. Gift, A.Kielland, 1883
2. Fastlegebrev til listepasientene, T.N.Alme, Eyr, 1.juni 00
3. Ny rekrutt på banen, B. Nome, Eyr, 25.august 00.
4. Når legen blir gammel, J.Jørgensen, Utposten, nr. 6/00.
5. Hvordan skaper allmennlegen tillit? Karlsen, Utposten, nr. 6/00-
6. Kommunal utenrikspolitikk, en oppgave for kommunelege 1? S.Lie, Utposten, nr. 6/00.

Torgeir Gilje Lid

DET ER GREIT DET!

- et kig i glaskuglen for

*Holdt som avslutningsforelesning 16. august 2000,
under den 11. Nordiske Kongres i Almen Medicin i København.*

HOVEDPERSONER:

PER KALLESTRUP

Født 1966, kandidat fra Århus Universitet 1994. Speciallæge i Almen Medicin, sitter bl.a. i redaksjonsgruppen for «Practicus», medlemsblad for DSAM, samt initiativtaker til «Hippokrates», et europeisk utvekslingsprogram for allmennpraktikere.

CECILIE DAAE

Født 1962, cand.med. Oslo 1990. Bydelslege i Oslo og snart spesialist i allmennmedisin. Medlem i NSAMs referansergrupper for «Omsorg ved livets slutt» og «Diabetes», vararepresentant i styret for NSAM.

REKVISITA:

- Glaskugle
- Purpur-rødt forheng

HOVEDOVERSKRIFTER:

- I «NU ER DET NOK!»
- II «PATIENT PARTNERSHIP»
- III «DET ER GREIT DET!!
- IV «DET BESJÆLEDE SPECIALE»

Indledningen:

P: «Du Cecilie, jeg har faktisk glædet mig til den opgave vi har fået sammen.»

C: «Ja det er en flott gest fra kongresskomiteen å la slike noviser som oss få komme i rampelyset.»

P: «Hør hvad er du egentlig for en?»

C: «Jo jeg er en norsk 'østlandsjente' på 38 år. Jeg har vært lege i snart 10 år og blir spesialist i allmennmedisin om noen måneder. Gjennom de siste 6 år har jeg arbeidet i en praksis i Oslo, men nettopp nå har jeg bestemt meg for å arbeide noen år som allmennpraktiker ved Helsetjenesten, Universitetet i Oslo.»

C: «Men hvem er så du?»

P: «Joeh, jeg er en dansk jydesnude på 34 år. Jeg har vært læge i 6 år og er netop lige blevet speciallæge i almen medicin, så nu står verden jo åben! Men jeg tror nu nok jeg venter et par år, før jeg nedsætter mig.»

C: «Nedsætter dig!, hva mener du med det?»

P: «Ja altså etablerer mig som praktiserende læge.»

C: «Kaller dere det å nedsette seg?»

P: «Ja.»

C: «Og så *sitter* dere bare der og sykner hen! Da kan jeg jo godt forstå at dere har rekrutteringsproblemer. 'Nei; opp med dere og se å kom i gang; Allmennpraksis er for viktig til å sitte ihjel'!»

P: «Ja det har du ret i. Men hvad med jer – bliver I ikke også lidt 'satte' af alle jeres oliemillioner? Er I ikke sådan lidt forsigtigt vigtige?»

C: «Hva mener du med det?»

P: «Joeh er almen praksis i Norge ikke ligeså defensivt og kedeligt som jeres fotboldlandshold?»

C: «Jo og akkurat likeså resultatløst som det danske landslaget i fotball.»

nordisk almen medicin

P: «Ja bare vi kunne omstille os i retning af vore kvindelige håndboldspilleres succes, der er vi verdens to bedste nationer.»

C: «Men potentialet er tilstede eller hva? Det har vært lett å se her på denne flotte kongressen.»

P: «Javist, nu er vel alle fulde af indtryk, gode ideer og arbejdslyst...»

C: «Ja, ja. Men det er nå likevel som om det er noe som mangler.»

P: «Hørt. Og det er vel i virkeligheden det, vi skal fortælle!»

C: «Ja la oss det.»

RESPEKT – musikstykke 20 sekunder

(herunder kig i glaskuglen og frem Tema I)

I «NU ER DET NOK!»

1. «REKRUTTERINGSSPØGELSESET»

P: «I Danmark har de sidste år budt på mange dystre forudsigelser om lægemangel og en vis paranoia breder sig.»

C: «Hos oss har vi også hørt lyden av slike raslende skjeletter i arkivskapene.»

P: «De siger, at ingen yngre læger vil vælge almen medicin – og om nogen da kun pæne, forsigtige halvtidspiger med vellønnede ægtefæller så de kun behøver at drive en slags fritidspraksis ved siden af deres keramikværksted.»

C: «Ja og de menn som blir tilbake kan kanskje heller ikke brukes til så mye annet enn å gå lange turer langs stranden, tenke kloke, men tunge tanker og begynne med håndarbeid eller andre oppmuntrende sysler.»

P: «Men hvad er det da for en omgang ynkelig selvdestruktion og dommedagsprofeti.»

C: «Hørt! Vi må opp på barrikadene og vende den dårlige stemningen – skremme spøkelsene bort – tiltrekke de unge og få de eldre til å fortsette glade og opplivete i stedet for som nå forslitte og fortvilte.»

P: «Ja måske befinder vi os i en skæbnetime? Måske vi har brug for et mantra? Hvad med 'Alment praktiserende læger

holder sig yngre længere' eller hvad med 'General Practitioners do it in general'? Kan du se det for dig? – store streamers på bybusserne, rundt omkring i sportshallerne og trukket i luften på store bannere efter sportsfly over feriesteder.»

C: «La oss holde fast i det med ungdommeligheten, jeg er nemlig 'litt' opptatt av det, så lenge rekrutteringen er dårlig så er vi jo alle unge, for det kommer jo ingen og truer oss, så hva med: 'Almenpraktikere – lever længe, men bliver aldrig gamle'? Men likevel Per, nå mener jo mange at den 'allmennmedisinske bøtten' er full.»

2. «NU ER DEN ALMENMEDICINSKE BØTTE FULD»

P: «En undersøgelse fra mit amt Århus har vist at den daglige arbejdsbelastning i almen praksis på 5 år er steget over 16 % – paradoksalt nok hører jeg alligevel altid fra ældre kolleger sangen om 'da far var dreng, der skulle der virkelig knokles'!»

C: «Jo, den Tarzan-historien kjenner jeg også. Men jeg tror nå det er reelt nok at arbeidsbelastningen stiger betydelig. Der er snakk om såvel økt etterspørsel fra våre primære 'kunder', pasientene, som et stigende tilsandings- og overløpsproblem fra sekundærsektoren.»

P: «Jo, der kommer hele tiden nye opgaver til og vi er nok ikke tilstrækkeligt dygtige til at undlade eller ændre forældede procedurer.»

C: «Nei, og på visse områder skaper vi selv økt behov ved å bevege oss inn på områder i folks liv, hvor vi tradisjonelt ikke tidligere har deltatt, f.eks. sorgbearbeiding eller kriseterapi.»

P: «Ja, eller vi puster til risikogløderne og maner til at søge læge ved første og mindste tegn på afvigelse fra optimal sundhed.»

C: «Økt arbeidsmengde, nye behandlingsmuligheter, risikospekulasjon og epidemegalomani. EBM, PCM, CME, CPD, PHD. NEDN!»

P: «NEDN?»

C: «Ja, 'Nå Er Det Nok'! Utbrente kolleger mister arbeidsgledden og deres arbeidsdag blir ikke utviklet, men avviklet.»

P: «Riktig, riktig. Men det er jo ikke vinderadfærd at begræde udviklingen. Når jeg i andre organisatoriske og politiske sammenhænge således har beklaget, hvad der for mig virkede som urimelige vilkår, har jeg altid fået en meget afvæbnende besked: 'Do more, do it better, do it for less'.»

C: «Ja det er riktig, det er det, de kaller «god ledelse.»

P: «Nej vi må gribe det anderledes an!»

3. «MANGLENDE DEFINITION AF FAGET?»

C: «Vi bør starte med oss selv og det vi gjør her og nå.»

P: «Det lugter lidt af kernefunksjon...?»

C: «Ja, men også videre enn det.»

P: «Nåe, nu ved jeg, hvor du vil hen: 'Time for a new definition'.»

C: «Ja en definisjon, som positivt beskriver fagets kjernefunksjoner, men også rommer mer enn en arbeidsbeskrivelse, en slags 'reiseguide', en guide til legerollen, ikke minst basert på behov for rolleavklaringer, men også rett og slett på hva vi som et felles allmennpraktikerkollegium har lyst til å holde på med som vår hverdag, og vi må ha selvtillit og maktvilje når vi skal i gang med dette.»

P: «Ja, jeg hæfter mig ved din brug af ordet positivt – der skal nemlig ikke være tale om en kold afgrænsning af faget. Væk med lineær tenkning, der skal lægges vægt på komplementaritet og samarbejde snarere end grænsedragning. Kun derved næres den proces, der skal sikre os den plassering i det samlede sundhedsvæsen, som almen praksis fortjener og bør have.»

C: «Jovisst, og det blir også behov for hardt slit på mikronivå, for det er vel bare vi som utøver faget som kan definere våre oppgaver. Vi må orke grundige analyser av hvilke oppgaver vi bør ha; hva skal vi holde fast i og hva skal vi dele med andre? Ja faktisk helt ned på individnivå, for hvor skal hensynet til pasienten og pasientens ønsker plasseres i dette viktige arbeidet?»

P: «Uha, det lyder opslidende. Tror du vi får nogen med på den galej?»

C: «Vi skal ut og mobilisere – ut i de lokale grupper av praktiserende leger, det er der slaget skal stå og det er derfra, fra den kliniske hverdag, fra den enkelte praktiserende leges daglige atferd, at dokumentasjonen skal komme. 'Du-skal-skrive-ditt-fag-parolen' er fortsatt viktig.»

4. «VI – DE SIDSTE DAGES HELLIGE?»

P: «Vi – de sidste dages hellige? Ja, jeg synes måske nok du virkede en anelse missionerende lige før.»

C: «Ja kanskje, men det var nå stikk imot hensikten. Det er viktig dette her, og det er faktisk min mening, å vaksinere mot, at den faglige diskusjon blir teori for de få.»

P: «Ja, jeg ved hvad du mener; og almen praktikerer er pragmatikere, der afskyr, hvis debatten styres af farisæere.»

C: «Det virker også skremmende på omverdenen i det hele tatt og klart negativt på rekrutteringen.»

P: «Uha, ved du, hvad der også virker negativt på såvel omverdenen som rekrutteringen.»

C: «Nei, men jeg frykter det, for du ser så tung og trist ut.»

P: «Ja, men det er den der fremherskende altfortærende klagekultur, som vi er berygtede for både i det politiske landskab og blandt lægekolleger.»

C: «Åhh, hvor du klager og bærer deg!»

P: «Ja, men f.eks. så 'har vi alle så travlt' på trods af at en europæisk sammenlignende undersøgelse har vist, at danske praktiserende læger har 1. Europas korteste arbejdstid, 2. Færre konsultationer end de fleste andre, 3. Bedre relativ løn end i de fleste andre lande, 4. En bedre vagtlægeordning set fra lægeside end de fleste og 5. Bedre kontakt med de styrende politikere end i de andre lande.»

C: «Du har rett, det er sannelig ting vi skal fremheve – sikkert kan godt alltid gjøres bedre – men det er uhyre viktig i en tid som nå at man ikke sortmaler sannelig, slik at unge kolleger får en opplevelse av at de vandrer inn i et erklært katastrofeområde, hvor de snart nok finner ut, at de må ha gått helt feil.»

P: «Puha.»

C: «Du ble litt tungsindig? Det var visst ikke helt det vi forestilte oss, da vi begynte på veien mot allmennpraksis, hva?»

P: «Nej, det her er godt nok noget hængeøret. Skulle det her ikke have været en hyggelig, opbyggelig afslutning? Ved du hvad Cecilie – kom vi går i Tivoli.»

(vi lader som om vi går)

C: «Nei Per – det er likevel for lett kjøpt.»

P: «Ja, jeg havde jo nok fået fornemmelsen af, at du ikke er så let at overtale.»

C: «Nei, vi må ta fatt på kjernepunktene; på hvordan vi vil ha det og gjøre det.»

P: «Okay, der er kun en vej – frem!»

RESPEKT – musikstykke 20 sekunder

II «PATIENT PARTNERSHIP»

1. «VÆK FRA DEN DEFENSIVE MEDICIN»

C: «Per, – er du nå klar til å gå strake veien frem, – nå har vi viktige ting å si!»

P: «Du mener dette med det skandinaviske 'Patient partnership', – Cecilie, kan du ikke hellere bruke det gode ord 'Partnerskab'?»

C: «Men Per, vi skal da vel ikke inngå 'partnerskap' med våre pasienter, – det lyder alt for tett for meg...»

P: «Nej, men vi vil danne alliancer med vore pasienter, vi

vil væk fra den defensive medicin, vi vil ikke lade os styre af angst for retssager, frygt for vore patienter, eller som vi siger på dansk: 'Først fri ryg så frie luftveje'.

C: «Men hva så, er det nok å se på våre pasienter som 'gode kunder' istedenfor 'et nødvendig onde'? Som en av mine kollegaer sa: 'Hadde det ikke vært for alle pasientene kunne jeg da godt like å være lege'!»

P: «Cecilie, har du set den flotte forside fra BMJs tema-nummer om 'Patient Partnership', hvor et smukt par danser tango, den illustrerer vel godt læge-patient forholdet i fremtiden?»

C: «En flat tango? Er det den perfekte dialog? Er det ikke enkelte undertoner her, – kan du danse den med en mann også?»

P: «Cecilie, du er nu en typisk nordbo, men okay, I Wien blev der præsenteret en alternativ tolkning, to isbjørne som holder om hinanden: 'Patient partnership – the nordic way'!»

C: «En omfavnelse med litt avstand, – bedre! Er det nå ikke et slags delt ansvar vi snakker om?»

P: «Måske mere et ønske om at dele 'alt': information, afgørelser, ansvar, evaluering... Som partnere arbejde sammen mod fælles mål med gensidig respekt og anerkendelse.»

C: «Også ansvar for usikkerhet og feil? Tror du pasienten ønsker og er rede til det? Hvordan skal man unngå å skape usikkerhet og utrygghet, eller simpelthen legge sten til byrden for pasienten?»

P: «Men Cecilie, lad os nu ikke formørke det hele, nu prøver vi at gå fra paternalisme til information, og videre til et fællesskab, eller i hvert fald fælles ansvar og fælles forståelse, eller et fælles 'ejerforhold' til det der sker i læge-patientforholdet. Det er ikke let, og vi skal sikkert kunne indtage forskellige roller og forskellige ansvarsfordelinger i forhold til forskellige patienter med helt forskellige sygdomme og i forskellige faser af forløbet.»

C: «Og den oppegående, informerte og selvstændige pasient som 'surfer nettet' etter svar vil vel ikke lenger godta fraser som 'Hvordan har vi det i dag?'»

P: «Nej, heldigvis, det er godt, at der er behov for, at vi udvikler os.»

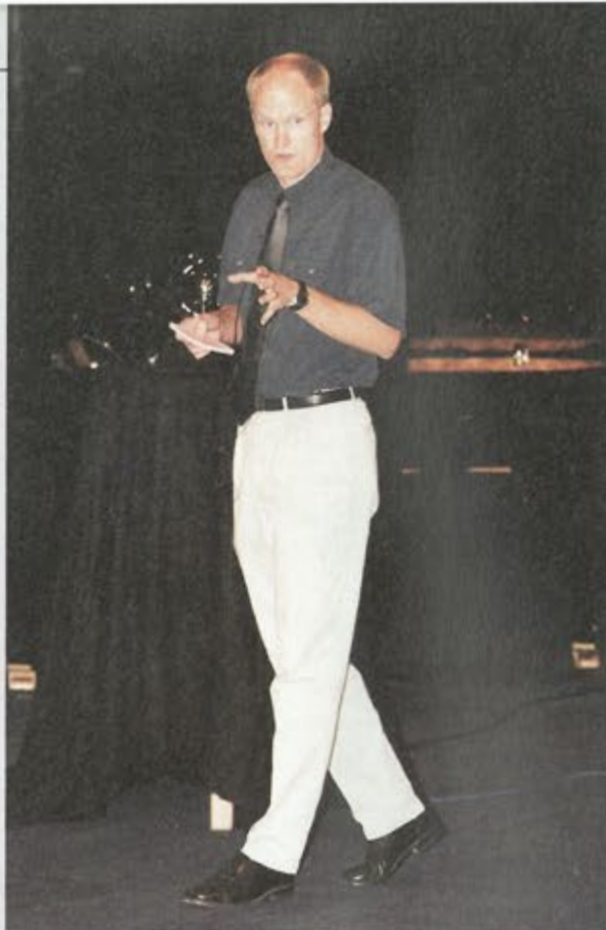
2. «PARADIGMESKIFT:

FRA SYGDOM TIL SUNDHED»

C: «Per, dette er vel noe av grunnlaget for delt ansvar, partnerskap med pasientene, det allmennmedisinske paradigmeskifte fra fokus på sykdom til fokus på sunnhet?»

P: «Cecilie, er du nu tilbage hos de sidste dages hellige? Hvilke flokler er det, du nu kommer med? Skal vi ikke hellere være optagede af de syge, indtil ventelisterne er borte, indtil nok sygehussenge findes til alle, indtil de nordiske lande er på højde med det bedste 'ude' og de fleste af vore patienter er raske?»

C: «Jovisst, nå ble jeg litt usikker på hele overskriften! Og



ingen er vel i tvil om, at vår hovedoverskrift som leger skal være å lindre eller avhjelpe lidelse, også slik den arter seg i Norden i år 2000. Men vi mener vel at dette er i tråd med «store helters» tankegang, som Antonowskys teorier, – noe i retning av, at en viktig side av den milleniumorienterte allmennpraktikers funksjon er å raffinere evnen til å fremme sunnhet.»

P: «Dette er ikke noget let tema, dette med at raffinere evnen til at fremme sundhed».

C: «OK, Per, – men hva tenker du om at noe av kjernen i vårt arbeid er å få pasientene selv til å «styrke den sterke i den eller det svake», at det kan være et slagord som betegner vårt arbeid fra sykdom til sunnhet? Eller kanskje dette bare passer på dem med 'kultiverte lidelser', livsstilssykdommene?»

P: «Cecilie, hvem definerer du nu som pasient? Er det en frisk person, der kommer for at få målt sit blodtrykk? Eller hvad med den som virkelig er syg, har han eller hun nytte af dette koncept? Er vi blot på vej ind fra en anden vinkel, i paternalisme og formynderi, risikantsnak og ønske om at forbyde mennesker et liv, som er anderledes end det, vi mener, er 'sundt'?»

C: «Huff, nei jeg mener jo slett ikke at vi skal ødsle våre krefter på risikooppsporing og undersøkelser for vår (u)sikkerhets skyld. Heller ikke at vi skal forsterke noen menneskers tendens til å reagere uhensiktsmessig på sunnhetsopplysning og sykdomssymptomer. Det er viktig å rette blikket mot folks egne helseressurser, strategier for å håndtere livet på godt og vondt? Det meste klarer de jo selv!»

P: «Nogen siger: 'Legen besidder den generelle informa-



tion og patienten den individuelle', – og begge dele er ligeværdigt nødvendige for godt medicinsk arbejde, – så vi må også hele tiden interessere os for den.

3. «PATIENT-CENTRERET MEDICIN»

P: «Ja, dette er et flot kongrestema, eller hvad Cecilie?»

C: «Det synes jeg nok også, selv om Per, – vet du nå sikkert hva PCM er, (hviskende), har du 'gjort det' noen ganger?»

P: «Jo det tror jeg måske nok, måske lidt i onsdags i sidste uge...»

C: «Hva gjorde du da? Skal vi nå føye til et spørsmål på skjemaet 'Den perfekte konsultasjon'; var du pasient-sentrert? Er det ikke det hele 'greia' dreier seg om? Jeg sitter da vel ikke og snakker om meg selv eller tenker at 'nei nå gidder jeg ikke tenke mer på pasienten i denne konsultasjonen', hva skulle så være i sentrum? Er det ikke 'gammel vin på nye flasker'?»

P: «Jo, måske, men Cecilie, du ved, hvor godt det kan gjøre en vin at blive dekanteret – at blive omhældt. Der er mange som siger ting godt, – i Wien for nylig sagde McWhinney; 'Walk with the patient, don't judge him', – er det ikke godt nok?»

C: «Det likte jeg, og så må det vendes den andre veien også, det må jo være slik at både lege og pasient må 'tro' på hverandre, ha gjensidig tillit, og gå veien sammen.»

P: «Nu kommer Osler frem: husker du, hvad han har sagt om, at det er lige så viktig at kende patienten som sykdommen; på sykehuset forbliver sykdommene, mens patienterne

kommer og går, men i almenpraksis forbliver patienterne, mens sykdommene kommer og går.»

C: «Men det er vel for søren viktig å kjenne til sykdommene også.»

P: «Ja, i allerhøyeste grad. Der er jo tale om komplementaritet. Når vi skal kombinere Evidens-baseret medicin og patientcentrert medicin er vi afhængige af indgående kendskab til begge dele – EBM er sygdomsorientert og PCM fokuserer på patientens.»

C: «Så er vi inne på KOPF.»

P: «KOPF? Hvad er nu det for noget halvtysk?»

C: «Norsk oppfinnelse, – betegner kjernen i det allmenn-medisinske arbeidet som Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende. Det finnes forresten andre omskrivninger, – for dette er ikke lett å leve opp til og kanskje må det moderniseres.»

P: «Ja, måske. Tror du det kan gøres mere humoristisk? Nu er Nordisk Selskab for Medicinsk Humor jo dannet, og jeg tror det er en gren, vi bør utvikle.»

C: «Ok, for å ta kontinuitet fra den morsomme siden, slik verden er i Norge med legemangel definerer man i Finnmark at kontinuitet er samme lege gjennom hele konsultasjonen.»

P: «Ja, det var nu nok så tragikomisk. Men under sådanne belastninger kender vi jo alle yderpunktene i den patient-centrerte metode: den lange konsultation med den dårlige dialog, fordi arbeidspresset ikke kan skjules – overfor den korte, gode, kvalitetsprægede konsultation, med god kontakt, god formidling og god patientforståelse, fordi vi formår at skynde os langsomt.»

4. «STILLER DU SPØRGSMAÅL ER ALT DU FÅR KUN SVAR»

C: «Ja, du Per, nå har vi vært inne på mye som er moteriktig, – 'megatrends in medicine', – vi liker å følge med og være i tiden eller hva? Men til syvende og sist er det vel samtalen, dialogen, kommunikasjonen som er avgjørende for hva som skjer, og det er en vanskelighet at selv om du har alt dette som er in i hodet, så må du stille spørsmål, – og da er alt du får svar...»

P: «Ja, og om svarene er gode afhænger vel af spørsmålene også? Men viktigst må vi jo fortsatte med at bruke os selv midt i alt dette stilistiske og snart skræmmende, – vi er da gode og patienterne er glade for os.»

C: «Men de har hørt mye underlig om legen ved siden av...»

P: «Jo, måske, men jeg mener, alt skal jo ikke være dialog og kommunikative strategier, – jeg husker en studenterkollega, der i en pause sådan i al fortrolighed spurte os andre: 'Synes I ikke, at det der med 'aktiv lytning' bare er så kedeligt?' Det skal også være morsomt at være læge, – og vi må jo desuden tage lægerollen i vor tid, vi må fylde den med den autoritet, som passer.»

C: «Husker du den pasienten jeg fortalte deg om, han som hadde vært hovmester i hele sitt liv og som kom for første gang til legen som 72-åring. Så for å klargjøre situasjonen, og sikre seg gode spørsmål, og antakelig svar spurte han legen sådan: Jeg har dessverre ikke vært med på dette tidligere, er det De eller jeg som stiller spørsmål? Tror du han fikk et godt svar?»

P: «Se, sådan skal vi sikre gode alliancer, få meningsbærende tilbagemeldinger som kan bidrage i den diagnostiske og terapeutiske proces på en frugtbar måte.»

C: «Og det skal være en dirrende virksomhet, full av liv.»

RESPEKT – musikstykke 20 sekunder

III «DET ER GREIT DET!»

1. «ALMENMEDICINEREN SOM HVERDAGSHELT»

C: «Allmennmedisineren som hverdagshelt. Ja, det høres fint ut!»

P: «Hello, my name is Kallestrup, James Kallestrup. Dry Martini, please, shaken, not stirred.»

C: «Ja, den rollen kler du godt. Men dette her er ikke fiksjon, det er hverdag. Og vi skal fortsette med å oppfylle den rollen såvel i vår omgang med pasientene som i vår omgang i lokalsamfunnet fra 'stenbro til plogfure', som dere sier så vakkert på dansk.»

P: «Hvad så med al den dyre snak om ærlighet, ligeværdsdighet og partnerskap?»

C: «Ja, men nettopp derfor. Du vet jo, at din morsbinding tvinger deg til å være en 'snill gutt', eller en 'god dreng' på ditt språk, og derfor befinner du deg godt i denne rollen.»

P: «Såeh, hold lige min mor udenfor det her!»

C: «Ja, 'self knowledge is painful'! Men det er vår styrke. Som allmennpraktiker skal man bruke hele seg selv og sin personlighet. Det er misforstått og illusorisk å dele seg opp i 'profesjonell' og 'privat', eller 'før og etter arbeidstid'. Som pasienter er 'hele' mennesker, er jo også legene det.»

P: «Okay jeg ser, hvad du mener. Og jeg kommer til at tænke på en af mine patienter, en ung mand, der en dag kom og gav mig et projektil til et skydevåben. Han fortalte, at nu skulle han ikke bruke det længere, pistolen havde han også skaffet sig af med. Projektilet skulle have været brugt mod ham selv. Da følte jeg mig godt nok som en helt.»

C: «Ja, og din og min og deres hverdag er fylt med mange andre, men kanskje ikke fullt så dramatiske eksempler på helterollen: konstateringen av en ønsket graviditet, diagnostiseringen og behandlingen av en sjenerende hudlidelse, oppsummering og forklaringer etter en komplisert sykehusinnleggelse, sykemelding til den overbelastede og råd og

tiltak for forebyggelse av denne overbelastning, beroligende prat om barns utvikling osv, osv.»

P: «Okay, så en lille helt er jeg måske hver dag?»

C: «Nettopp. Erkjenn det, stå ved det og bruk det!»

2. «DYNAMISK OMSTILLINGS- PARATHED SOM MODSVAR TIL STATISK PIEDESTAL- PÆLESIDNING»

P: «Cecilie, kender du til de der pælesidningskonkurrencer?»

C: «Ja, de der danske sommerforlystelsene, hvor deltakerne konkurrerer om hvem som kan sitte lengst på en pæl, som ofte er plassert ute i vannet.»

P: «Sommerforlystelse? Det er dog den mest fantasiløse beskæftigelse. Folk sidder der passivt, ja nærmest bevidstløst på en pæl i op til flere dage, nogle endda uger. Til sist dratter de ned som ynkelige, utdørrede vindbøtler. Men paradoksalt nok så hylder man den, der kan sitte længst, som vinder. Åndsforladt.»

C: «Hvor er du på vei hen?»

P: «Ja bestemt ikke til Karrebæksminde.»

C: «Karrebæksminde?»

P: «Ja, der afholdes de årlige danske mesterskaber i pælesidning. Nej, vi skal ikke sidde og klamre os til vort elfenbenstårn. Vi skal være dynamiske, kreative. Den nyeste adfærdsforskning bekrefter netop omstillingsparathed som høyeste uttrykk for intelligens.»

C: «Intelligens. Ja, den er god å true med. For tror du ikke, at de fleste leger hører til dem som opp gjennom barndommen fikk høre at 'intelligente barn kjeder seg ikke', hvorefter de raskt fant på noe?»

P: «Jo, jeg fikk den ihvert fald stukket i hovedet – og du kan se, det virkede! Nej, vi skal pleje den omstillingsevne og bruke den aktivt, ja interaktivt for at bruke et moderne begreb. Det er simpelthen 'ufedt' at formidle tør statistikk og reprimander, men 'sejt' at konfrontere, involvere og agere.»

C: «Ja, og det vil samtidig være det beste vern mot utbrenthet. Med engasjement og entusiasme blir faglig utvikling en positiv spiral, som ansporer en 'dirrende, levende, virksomhet.'»

P: «Og kun i sådan tilstand kan vi formidle livsmot og livsevne til vore patienter.»

3. «HURRA FOR NORDISK ALMEN MEDICIN»

C: «Det er jo også det vi gjør i nordisk allmennmedisin – bruker både hjerne og hjerte. Og vi har faktisk ganske mye å være stolte av.»

P: «Cecilie, din jubelnar.»

C: «Og det skulle komme fra deg! Men den rollen bekommer meg vel, for i middelalderen var nettopp narren, den eneste som kunne slippe unna med å fortelle sannheten om og til de herskende uten å miste hodet.»

P: «Jovist, men almen praksis har vel ikke narrens rolle i vor tid.»

C: «Nei, men vi skal utnytte den posisjon som faget har oppnådd gjennom nå 30 års suksess med etablering av institutter, utpekning av professorer, en egen spesialitet med et klokt allmennpraktikerkorps, gode lønninger, bedrede vaktordninger, storartet allmennmedisinsk forskning osv. osv. Det er på tide at vi manifesterer oss og tar den makten som bør tilkomme oss».

P: «Hørt! – og hurra! Jeg er helt enig og mener også, at det er heri vort utviklingspotentiale består. I stedet for en negativ selvynskircel og imageproblemer, skal vi på banen og gjøre os gjeldende, der hvor samfundet tager beslutninger som får konsekvenser for befolkningens helse.»

C: «Ja, det er virkelig behov for oss allmennmedisinere nå, vi må ikke svikte. Husk også på vår viktige rolle som kulturbærere – som ledd i en mer enn 1000 år gammel kjede av helbredere og medisinmenn, hvis funksjon til alle tider har vært å gi gode råd, lindre, forklare og fortolke det som skjer gjennom livet med folk. Jeg mener vi må reklamere mer for oss selv, forklare 'offentligheten' hva som virkelig skjer i allmennpraksis, 'General practice – a true story', liksom, den skal vi ikke bare skrive, men fremføre slik at det blir hørt, sett, og verdsatt.»

P: «Her er virkelig høyt til loftet.»

C: «Nettopp. Vi skal ikke reduseres til forvaltere med budsjettansvar på mellomledernivå.»

P: «Sådan! – nu svinger det. Ud med puritanismen, væk med den ensidige fokusering på nytteværdi, væk med den triste mangel på entusiasme. Tju-hej, hvor det går!»

C: «Ja, og det går kun en vei – frem!»

4. «VI ER IKKE BANGE....!»

P: «Ja, men på den vej skal vi ikke være bange.» (Siges, mens kortet tages frem) «Vi skal stille krav til os selv og til hinanden.»

C: «Nemlig, vi er ikke redde for resertifisering – vi tør å stå ved vår viten og kunnskap og ved våre handlinger også mere enn bare minimumsatferd.»

P: «Vi er heller ikke bange for at blive ensrettede, vi tør godt arbejde med guidelines og godt underbygget klinisk kundskab.»

C: «Og samtidig anerkjenner vi viktigheten av trening og erfaring og tør godt stå for sontringen mellom det som er dokumentert og «alt det andre.»

P: «Vi er holister med en naturvidenskabelig baggrund, der tør varetage helheden som hele læger.»

C: «Vi er ikke redde for de øvrige aktører i helseindustrien, men har respekt for dem og deres funksjoner og tør godt samarbeide.»

P: «Vi er ikke bange for os selv og tør godt erkende vores egne begrensninger.»

C: «Ah Per, lover vi ikke for mye nå?»

P: «Okay, så, men vi tør godt overveje om vi skulle have nogen begrensninger.»

C: «Vi tør godt å være forskjellige, vi tør godt tenke organisk og bryte den tradisjonelle adskillelse mellom kropp og sjel. Vi tør godt å være 'det besjælede speciale'».

RESPEKT – musikstykke 20 sekunder

IV «DET BESJÆLEDE SPECIALE»

1. «FAGET SKAL VI DEFINERE SELV»

P: «Ah, det besjælede speciale, – det lyder næsten for stort! Men flot er det nu og vi skal selv definere det. Vi kan ikke stiltiende se på faget, der først langsomt blev vort eget, nu langsomt bliver andres for til sidst helt at forsvinde.»

C: «Nå er vi moderne Per, nå er vi midt i behovet for 'a new definition of general practice' og 'the importance of being different'».

P: «Vi er specialister og skal stå op for det, vi skal ud af mindreværdsskyggen.»

C: «Det er de andre medisinske specialiteter som er komplementære til vårt fag og ikke omvendt, vi er jo generalister. For det første er det mange tilstander som kan og bør klares med et allmennt kjennskap til medisin. Og for det andre er det lidelser som krever en mere holistisk tilnærming enn hva en svært spesialisert spesialist kan og vil kaste seg ut i.»

P: «Ja, for det tredje består almenlægens opgave i på en og samme gang at erkende såvel formåenhet som uformåenhet – og det kræver faktisk en betydelig bredde og erfaring, for slet ikke at tale om selverkendelse.»

C: «For det fjerde skal man som generalist kunne utvise en viss skepsis overfor det segmenterte og spesialiserte, men, også en edruelig holdning til 'the latest in modern medicine'».

P: «Tænkte jeg det ikke nok, i nordmænd og ædruelighed!, men for det femte kræver den øgede medicinske specialisering lidt paradoksalt en stigende grad af koordinering, som netop kan udøves af en generalist.»

C: «Ja, men vi er jo spesielle!»

P: «Ja og vi må ikke forledes til at tro, at det at bryde fagfeltet op i små overskuelige operationer, som vi så kan sette bort, vil blive frihedsskabende. Hurtigt vil det snarere blive en industriproduksjon, som består af mange sammenkædede, afbesjælede operationer, hvor ingen har overblik eller innsikt i helheden.»

C: «Men la oss nå snakke om vår relasjon som allmennpraktikere til våre pasienter:»

2. «FRI, KONTINUERLIG RELATION FRA FØR FØDSEL TIL EFTER DØD»

P: «Ja, sådan er det, vi mener, at vi står i en betingelsesløs, kontinuerlig relation som almenpraktikere, som de eneste lægefaglige, fra før personers fødsel (svangerskabsomsorgen) til efter død (opfølging af sørgende).

C: «Men Per, er vi ikke litt 'hellige' igjen, kan du og jeg påta oss denne frie, kontinuerlige relasjonen, – skal ikke du til Zimbabwe?»

P: «Jo, men så må vi skape kontinuitet gjennom tilknytning til en felles praksis f.eks.»

C: «Og terskelen for å komme inn til allmennpraktikeren skal fortsatt være lav, så får vi heller sortere bedre på vei ut over terskelen igjen.»

P: «Vi må bruke os selv som 'instrumenter' for at fungere i denne relation, dels som en 'datareceptor', hvor vi ser på patienterne som kasus, så neutralt om mulig, så objektivt som mulig og, hvor observationerne i størst mulig grad er uafhængige af 'hvem, der ser', og samtidig må vi have 'blikket' – vi må se vedkommende som person og lade dette give det nødvendige ophav til en anden type relation end den rene dataindhøstning. Og vi må faktisk klare begge dele på en gang.

C: «Så vi må lære, trene og tenke omkring vår følelsesmessige intelligens og relasjonelle kompetanse, dette er grunnlaget for 'det besjelede speciale', det er ikke i de lukkede rom at gode ideer oppstår.»

P: «Apropos Afrika, har jeg faktisk hørt om en kollega i Botswana, en såkaldt hekse doktor. Han kaster sine knogler og rådfører sig med forfædrenes ånder. Til hans instrumentarium hører hvide ben, tørrede orme og mumifiserede abehoveder, men han er en mand med åbent sind og sans for det nye, så han har også skaffet sig et stetoskop. Under den spirituelle seance placerer han stetoskopet over hjertet og lytter, ikke som vi rationelle læger fra Norden efter mekaniske bilyde, men efter patientens indre stemme, efter hjertets sang. Måske vi kan lære noget her. Vi bør stadig fortsætte vor traditionelle kundskab, fortsætte med at kaste vore hårde data, nutidens hvide knogler, men vi bør måske lytte mere til hjertets sang?»

C: «Per, dette var virkelig vakkert, nå kan dere alle der ute bare reise hjem og riste med knokler og lytte til hjertets musikalske uttrykk. Nå slapp den nordiske allmennmedisin lett fra det, her er vår kjerneoppgave ferdig og poetisk definert! Per, – nå ble det riktig hyggelig og forsonende her, skal vi ikke så gå over til:»

3. «OMFAVNENDE BROBYGNING»

P: «Hm, – bare tenk på, hvor glade vi er for at have mødt hinanden. Skal vi ikke også bygge noen flere broer, både i almen praksis og ellers, nu har vi jo denne nye over Øresund, hvad med en over Skagerak?»



C: «Omfavnende brobygging Per, det var din overskrift!»

P: «Jeg mener bare, at vi skal levere en komplementær omfavnelse af de forskellige yderpunkter i vort fag, f.eks. mellem krop vs. psyke, EBM vs. PSM og narrativ medicin.»

C: «Slik skal vi sikre dialoger og huske at medisinenes kjerne er spennet mellom lidelse og lindring.»

P: «Og vi må lade kroppen fortsætte med at «være besjælet», husk eksemplet med forelskelse: man har ikke et «forelskelsescenter», men fornemmer det da virkelig i hele kroppen! På samme måde må vi bevare vort 'besjælede speciale' ved at turde vedstå 'alt det andet', det umålelige, det mystiske, det magiske.»

C: «Og så er det Lukas igjen, Lukas 12,48.»

P: «Cecilie, tar du nu også bibelen frem?»

C: «Ja, hør på dette: stilig sitat; 'to whom much is given, the more will be required', ment på oss som leger, jo mer vi får og har fått (og det er mye), jo mer må vi se at kreves av oss (på en positiv måte), – vi skal bruke våre gaver – det er derfor viktig at vi ser på livet på en omfavnende måte.»

P: «Dette vil jo ikke minst stille store krav til allmennpraktikerens relationelle kundskaber, vi lever jo i et samfund med åbenbare, store relationelle problemer, og en del af det vi bedriver er måske også at bidrage til «management of lives»?»

C: «Per, så må vil vel kanskje også leve med at vi ofte kan finne pasientens diagnose, men ikke nødvendigvis løse pasientens problemer, og var det egentlig meningen, at vi skulle det?»

P: «Nej, vi er ikke sjamaner!! – Vi er ikke omnipotente.»

C+P: «Vi er 'bare' læger.»

4. «RESPEKT»

RESPEKT – musikstykke 20 sekunder

Kommunal utenrikspolitikk, en oppgave for kommunelege I?

Av Svein Lie

«Hva er samfunnsmedisin?» Spørsmålet dukker stadig opp og det er lenge siden det kom nye svar. Tradisjonelt er kommunelege Is oppgaver medisinsk faglig rådgivning innen miljørettet helsevern, rådgivning om helseberedskap og annen planlegging, kvalitetssikring og internkontroll. Problemstillinger som arbeidsdeling, prioritering og ressursfordeling i helsevesenet har ikke hatt stor oppmerksomhet hos kommunale samfunnsmedisinere. I denne artikkelen vil jeg argumentere for at kommunelege I også må engasjere seg i arbeidsfordelingen mellom kommunen og sykehus. Jeg mener det er et underkommunisert motsetningsforhold mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene når det gjelder oppgaver, ansvar og ressurser.

Kommunene er størst

Den fylkeskommunale helsetjenesten, med sykehusene i spissen, oppleves som tungvekterne. Summen av de kommunale tjenestene er likevel større, både i antall pasienter, ansatte og økonomi. Tall fra Vestfold viser at i 1997 var fylkeskommunens brutto utgifter til den somatiske helsetjenesten 945 millioner kroner, mens kommunenes brutto utgifter til pleie og omsorg og helsetjenester var 1.482 millioner. Utgifter til sosialtjenestene er ikke tatt med, heller ikke summen av egenandeler og trygderefusjon hos fysio-

terapeuter og leger. Liknende forhold gjelder i de fleste andre fylker.

Til tross for volumforholdet er kommunene lite bevisste på sin samlede posisjon. De siste årene har sykehusene redusert gjennomsnittlig antall liggedøgn betydelig. Gjennomsnittet i Vestfold er nå nede på 5,8 døgn. Noe av reduksjonen skyldes nye behandlingsmetoder, men erfaringen viser også at pasientene som skrives ut er sykere nå, sammenliknet med 15 år tilbake. Sykehusene er også presset, men løsningen med å velte oppgavene over på primærhelsetjenesten i kommunene er kun mulig fordi kommunene ikke står samlet og hevder sin posisjon i forhold til fylkeskommunen. I stedet er det den enkelte lege eller pleier som må løse problemet på legekontor eller i pleie- og omsorgstjenestene.

Allmennmedisinen har relevant kunnskap

Befolkningens vaner for å oppsøke allmennleger for symptomer eller sykdom er vel kjent i allmennmedisinen. Figur 1 viser hvilket hjelpebehov 1000 tilfeldige personer har i løpet av en måned. Det dramatiske ved figur 1 er volumforholdet mellom egenomsorg, allmennlege, sykehus og regionsykehus. Dersom egenomsorgsevnens avtar med fem prosent vil antallet som går til lege kunne øke med 50 personer, dvs en relativ økning hos legen på 33 prosent. Forholdet mellom allmennlege og sykehus er tilsvarende, men mer regulert fordi sykehusene har et sengetall som begrensning på hva de kan ta motta.

Helse- og omsorgstjenester, en kjede

I figur 2 er de samme tjenestene framstilt for å illustrere sammenhengen mellom volum og grad av helseproblem. Når helseproblemet blir mer omfattende eller sammensatt må en søke hjelp på høyere ressursnivå. Hovedpoenget er at alle tjenester henger sammen. Problemet er at det skjer endringer i arbeidsfordelingen slik at «nabonivået» må overta nye funksjoner.

Økning i alle retninger

Dersom en tar utgangspunkt i primærhelsetjenesten, det kommunale nivået, preges utviklingen av at oppgavene øker i alle retninger. Nettverkets kapasitet til å yte omsorg har vært langsomt avtagende de siste årene (figur 2, a), illustrert ved at det økende kravet om institusjonsplasser kommer fra



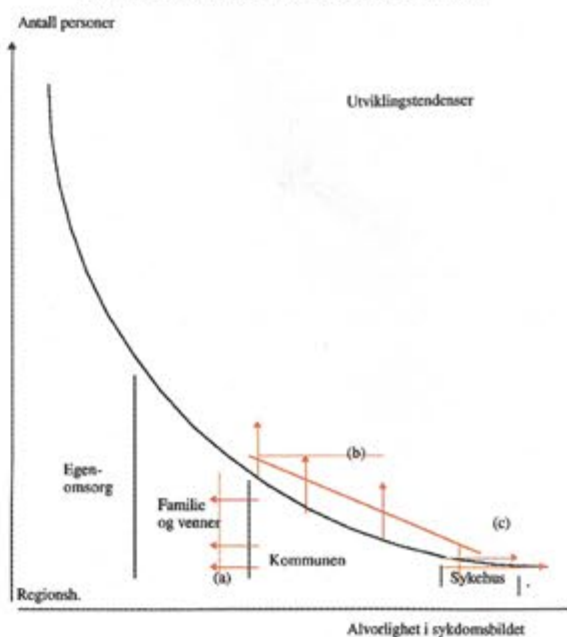
Svein Lie, helsesjef i Sandefjord fra 1993. Tidligere kommunelege I og II i Vinje og Flakstad.

generasjonen under de som skal ha plass. Antallet eldre og hjelpetrengende øker i volum i de fleste kommuner i tillegg til at de formelle kravene til innhold og gjennomføring av tjenestene øker (b). Sykehusene er presset økonomisk ved at fylkeskommunene reduserer egenfinansieringen, og faglig ved at det kommer nye metoder og forventninger om behandling samtidig som at behandlingsinstansene over reduserer. Det nye Rikshospitalet har færre senger enn det gamle. Pasientene skrives ut tidligere og oppgavene flyttes «nedover» i hierarkiet. Hjemmebehandling med respirator er ikke lenger en ukjent oppgave for kommunene, og fullt mulig. Poenget er bare at det krever ressurser som ikke følger med oppgaven. Kommunenes oppgave øker også i retning av sykehusenes fagområder (c).

Summen blir for stor

Summen av økte oppgaver i primærhelsetjenesten overgår kapasiteten på flere områder, varselet kommer fra pleie- og omsorg og primærleger. Vurdert ut fra maktspillet om ressurser og oppgaver er kommunene tapere i et spill der de blant annet møter en faglig overmakt fra sykehusene. Det er bare mulig fordi kommunene ikke ser sin samlede rolle i spillet innenfor hvert fylke eller region. Helse- og pleie- og omsorgstjenester er overlatt til fagfolkene så snart stillinger og bygninger er på plass. Konsekvensen av manglende

ARBEIDSFORDELINGEN I BEHANDLING OG OMSORG



Figur 2

bevissthet i «utenriks-helsepolitikken» ender opp i overbelastede pleiere og leger. Legene er etter min vurdering ekstra utsatt på grunn av kontraktsrollen i forhold til kommunene. Det kan lett føre til at kommunene ikke har tett nok kontakt med den delen av primærhelsetjenesteansvaret.

Hva så?

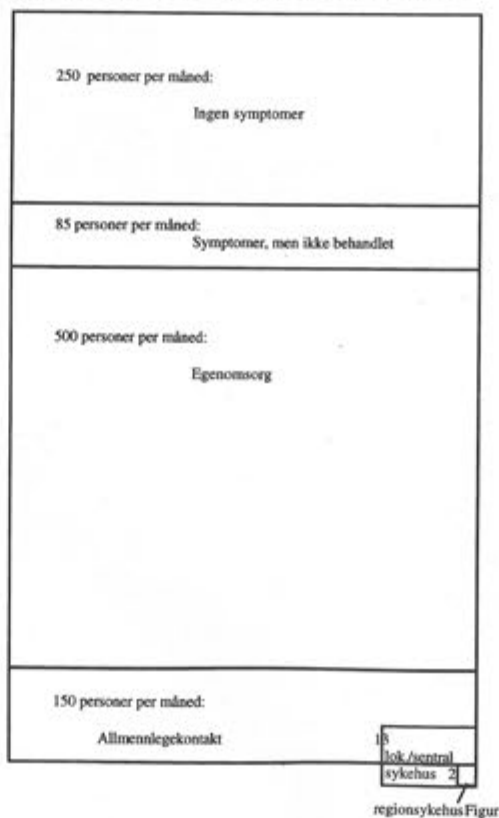
Poenget er ikke at sykehusene skal slutte å utvikle seg eller at vi har for mange eldre. Poenget er at kommunene må øke sin felles bevissthet i forhold til de andre aktørene i spillet om oppgavefordeling i helsevesenet. Utfordringen er spesielt stor i forhold til sykehusene. Fordi pleie og behandlingsbehov hos de pasientene som kommer etter reduksjon av gjennomsnittlig liggetid i sykehus fra 5,5 til 5 dager er mye større enn da det ble redusert fra 9,5 til 9 dager.

Sett fra sykehusene er avlastningen desto større. Jeg tror det haster å få disse temaene på dagsorden, ikke minst fordi vi går mot en mulig større avstand mellom kommunene og sykehusforvaltningsnivået, enten det blir regionalt eller statlig. Min mening er at dette er en viktig rolle for kommunene som premissleverandør for kommunen. På lengre sikt kan disse forholdene være like truende for helsetilbudet og helsetilstand i kommunen som enkelte av de sakene vi avledes av i miljørettet helsevern. Det slår i hvertfall det klassiske problemet med klager fra de som plages av naboens kattehold.

Referanser:

Ot.prop 99 (1998-99); Fastlegeordningen
SSB, Hjulet, Helse- og sosialstatistikk, fra 1997
Samdata for somatiske sykehus, 1998

Hvem hjelper?
Hjelpebehov og behandler for 1000 tilfeldig valgte personer, i løpet av en måned.



Figur 1

regionsykehus

Når legen blir gammel

Et personlig essay

Av Jørgen Jørgensen

NÅR LEGEN BLIR GAMMEL

Et personlig essay

Jørgen Jørgensen

Det hender at vi blir innhentet av sannhetens øyeblikk en eller annen gang. For meg skjedde det under et kurs og samtale med kolleger rundt et bord. Spørsmålet kom til meg: "Hva mener dere eldre kolleger om dette?" Jeg mistet munn og mæle en stund.

"Eldre kolleger!?" Var jeg virkelig eldre? Slik hadde jeg aldri tenkt på meg selv. Og det ble utgangspunktet for en selvransakende nyorientering om min plass i tilværelsen. Nå er jeg definitivt eldre, jeg er 64. Allmennpraksis har jeg drevet i 36 år, hvordan blir det å slutte når den dagen kommer?

Jeg har vært 32 år på samme sted, endel av mine pasienter har holdt ut med meg i like mange år. Nye generasjoner har kommet til, men jeg formodes å være den samme. Av pasientenes henvendelser til meg, skjønner jeg at man regner meg nærmest for en uforanderlig institusjon. I vår tid med stadige og aksellererende forandringer forstår jeg at man forsøker å holde fast ved noe som er uforanderlig. I refleksjoner over mitt eget liv, kommer også tanker om hva jeg har drevet med i alle disse årene. Hva er egentlig allmennpraksis?



**Jørgen Jørgensen, 64 år
spesialist og veileder
i allmennmedisin
(har veiledet tre grupper).
Har arbeidet ved Lege-
huset i Hokksund i 32 år,
har ECSMG fra 1965,
var allmennpraktiker
i USA fra 1966–68 og i
Qatar fra 1974–77.**

Det hender at vi blir innhentet av sannhetens øyeblikk en eller annen gang. For meg skjedde det under et kurs og samtale med kolleger rundt et bord. Spørsmålet kom til meg: «Hva mener dere eldre kolleger om dette?» Jeg mistet munn og mæle en stund.

«Eldre kolleger!» Var jeg virkelig eldre? Slik hadde jeg aldri tenkt på meg selv. Og det ble utgangspunktet for en selvransakende nyorientering om min plass i tilværelsen. Nå er jeg definitivt eldre, jeg er 64. Allmennpraksis har jeg drevet i 36 år, hvordan blir det å slutte når dagen kommer?

Jeg har vært 32 år på samme sted, endel av mine pasienter har holdt ut med meg i like mange år. Nye generasjoner har kommet til, men jeg formodes å være den samme. Av pasientenes henvendelser til meg, skjønner jeg at man regner meg nærmest for en uforanderlig institusjon. I vår tid med stadig og aksellererende forandring forstår jeg at man forsøker å holde fast ved noe som er uforanderlig. I refleksjoner over mitt eget liv, kommer også tanker om hva jeg har drevet med i alle disse årene. Hva er egentlig allmennpraksis?

Hva er allmennpraksis?

La meg bygge på vår guru Ian McWhinney (1). Han mener det særlig er fire karakteristika som skiller allmennpraksis fra annen legesvirk-

somhet. For det første er du forpliktet i et personlig forhold til en pasient over tid. For det andre forholder vi oss til det enkelte menneske og ikke til allmenne abstraksjoner. Vi vet at hvert menneske er unikt og at reaksjonen på sykdom kan være forskjellig avhengig av individets evne til mestring. Vi må kjenne sykdommenes etiologi og patogenese, men må også se den betydning pasientenes opplevelse av sykdommen har, deres angst og bekymring og den mening det som skjer har for dem.

For det tredje må vi oppleve virkeligheten som kompleks og multikasual hvor sosiale, psykiske og somatiske faktorer stadig veves inn i hverandre. Og for det fjerde må vi sette oss opp mot Descartes og det skillet medisinen har hatt i flere hundre år melleom sjel og legeme.

Som alltid når vi forsøker å beskrive virkeligheten blir det noe tørt, prosaisk over det. For arbeidet i praksis er mangfoldig og rikt. Riktignok er vårt daglige arbeide til overmål oppfylt med ritualer og rutiner, men av og til kommer det et drama inn døren. En konsultasjon som er spennende og hvor hverken legen eller pasienten vet på forhånd hva utgangen vil bli. Det er dette som krydrer vår hverdag. Skal vi beskrive vår virkelighet i allmennpraksis, må vi ty til poesien. Som for eksempel denne inndelingen av dyr i kategorier, og den er hentet fra en gammel kinesisk encyklopedi fig 1. (2).

som tilhørte keiseren
balsamerte
tamme
pattegris
sirener
fabuløse
villhunder
inkludert i denne klassifikasjonen
frenetiske
tallrike
tegnet av en fin kamelhårspensel
et cetra
som har nettopp knust vannmuggen
som langt borte fra ser ut som fluer

fig 1

Enkelvis er det vel ikke noe rart med pattegriser eller ville hunder eller med dyr som tilhører keiseren. Det som sjokkerer er den totale sammensetning. Vi kan vanskelig forestille oss et tankesystem som setter sammen en liste akkurat slik dette er gjort. Og nettopp grensesprengende og umulig er allmennmedisinen.

Vi avkreves ikke bare kunnskaper om medisinen grammatikk, men også antropologi og myter. Det kreves en evne

til å oppfatte ambivalens, det tvetydige og komplementære. Du må være åpen for nyanser og skjerpe evnen til å tolke, og slik kan denne forbløffende listen på en poetisk måte gi inntrykk av den kompleksitet og det mangfold vi har i det daglige arbeidet. Og slikt arbeide, som blir en del av din person, blir det ikke lett å slutte med.

Utviklingen i allmennpraksis

Sammen med 3 kolleger startet jeg som allmennpraktiker i sekstiårene. Da måtte det komme et generasjonsskifte fordi forgubbingen var så stor. Sytti- og åttiårene var store tider. Allmennpraksis stod sterkt med god rekruttering og teamspirit i korpset. Vi fikk spesialiteten med program for etterutdannelsen, og entusiastiske veiledere drev de to-årige gruppene for kolleger.

Det virker på meg som entusiasmen har tørket inn de sist 4-5 årene. Arbeidet har gått tyngre, og det er ikke bare fordi jeg selv har blitt eldre. Det er mange årsaker til dette. Økningen i papirarbeidet etter krav fra det offentlige og byråkrater, forvirringen om referansepriser, man forventes å vite om ventetiden ved de forskjellige sykehus, stadig krav fra enkelte pasienter om b-preparater, trusler om uthengning i aviser, klager til fylkeslegen o.s.v. Vi hadde ikke møter om klagesaker i den første veiledergruppen jeg hadde i 1986-87. I den siste gruppen, ferdig i 1998, hadde vi ett møte om klagesaker per semester.

Samtidig med svekket rekruttering til allmennpraksis fikk sykehuslegene et oppsving både i lønn og arbeidsvilkår. Yngre kolleger foretrekker ordnet arbeidstid med avspasering etter vakt. De frastøtes av belastende legevakter kveld og natt samtidig som de forventes å utføre det vanlige arbeidet på dagtid.

Vi startet altså vårt allmennmedisinske arbeid med å oppleve et generasjonsskifte. Nå undrer jeg om vi skal oppleve et generasjonsskifte igjen, eller om vi selv denne gang skal delta i forgubbingen uten å få avløsning?

Hvordan oppleves det å bli eldre?

Alt går langsommere, alt tar mer tid. Du merker godt forskjellen fra klarhet om morgenen til tretthet om ettermiddagen. Konsentrasjonen og evnen til tankearbeide blir dårligere ut på dagen. Du er ikke lenger så god til å ha flere baller i lufta, noe som tidligere var en selvfølge i en travel praksis. Riktignok har man enda ikke nådd president Reagan nivå der det ble sagt om han at han ikke samtidig kunne gå langs en strek og spytte, men det er best å gjøre en ting om gangen.

Konsultasjonen foregår på samme tidløse måte som før, med legen og pasienten alene i fortrolig samtale. Det nye er at data-journalen er kommet inn som et forstyrrende element. Jeg har et ambivalent forhold til data, og skal ikke gå inn på argumenter pro et contra. Men du må være klar i hodet når



du skal spille på tastaturet, det er lett å trå feil. Jeg merker at jeg gjør lettere feil utpå dagen enn om morgenen når hodet er uthvilt.

Stress sliter den eldre mere enn den yngre, naturligvis. Men av dette følger at beslutninger tatt under stress blir dårligere. Evnen til hurtige avgjørelser når nye og uventede ting oppstår, blir svekket. Derimot kan du være like god som før ved rutiner og ritualer der du har tid til ettertanke.

Jeg liker å tro at med årene har blitt mere tolerant og overbærende overfor menneskelig svakhet og svikt. I hvert fall har den eldre legen et fond av erfaring og opplevd tid. Fra Aristoteles har vi begrepet PHRONESIS. Om dette og så mangt annet har Per Fugelli skrevet (3). PHRONESIS betyr praktisk visdom og kan kun erverves ved personlig erfaring i behandling av individer. Allmennmedisin er ikke noen vitenskapelig disiplin, uansett mengden av «evidence based medicine» blir den ikke det. Grovt sett kan man si at god allmennmedisin er en syntese av phronesis og kunnskap basert på vitenskap.

Vår tid oversvømmes av informasjon, aldri har den vært så lett tilgjengelig. Men vi skal være klar over at hvis noe av informasjonen skal hentes ut og bli til kunnskap, kreves en aktiv prosess. Tross et hav av informasjon, har jeg aldri møtt så mye kunnskapsløshet som nå.

For å ta et bilde fra vinens verden. Det finnes mengder av informasjon om alle stadier i produksjonen av vin og mange druetyper, men det å lage den ferdige vin kan sammenlignes med tilegnelsen av kunnskap. Og så når vinen har vært lagret noen måneder og år, utvikler den en bouquet. Det tilsvarende levet liv og erfaring, det grekerne kalte PHRONESIS.

Når jeg er i farten med gamle grekerne, kan jeg ta med et annet begrep, og det gjelder tid. I medisinen er vi vant til å dele opp tiden i anamnese, status presens og prognose. Men grekerne hadde også en tidsfaktor i tillegg til dette, nemlig KAIROS, den rette tid. Med erfaring blir man mere tålmodig, kan vente for å sette inn behandling når den «rette tid» er der. Den svenske professoren Bodil Jønsson, som også har noen år bak seg, har skrevet en liten bok om tid (4). Den gir stoff til mye ettertanke. Man får mere sans for Kumbels gruk

om tid TTT: – ting tar tid. Paradokset når man blir eldre er jo at tiden stadig synes å fly forttere, samtidig som den enkelte ting man gjør, går langsommere.

Stort sett blir man tryggere på seg selv når man blir eldre (uten at man derfor behøver å bli selvtilfreds!). Man vet stort sett med seg selv hva man kan og hva man ikke kan. En professor i Bergen (jeg husker ikke navnet) har fulgt individer fra ungdom til alderdom, og hun finner at intelligensen holder det nivå den hadde i ungdommen. Evnen til å lære og å retinere stoff er til stede, det tar bare litt mere tid. Du mangler kanskje evnen til å se det romlige. Noen kan ikke lese et kart når de reiser sydover uten å snu kartet på hodet. Ungdommen løser ofte problemer ved et flash av innsikt og det blir det lite av når du blir eldre. Dette illustreres godt av sjakkspillere. Unge sjakkspillere kan briljere med taktiske vendinger. Se på Mikail Tal, han gjør ofte uventede og dramatiske trekk som bare intuisjon ligger bak, konsekvensene kan umulig forutberegnes. Eldre spillere blir ofte strateger og posisjonsspillere. Sjakkspillet gir en facinerende innsikt i hvordan tenkning forandres med årene. Gode spillere kan være gode helt oppe i støvets år, men spillestilen forandres.

Gjelder en intelligens-test bare puzzle-løsning og mental hurtighet går naturligvis prestasjonene ned fra 20-årene til seksti-årene. Men denne nedgangen kompenseres på den annen side av økede kunnskaper og erfaring. Jeg må smile når jeg hører meg selv si dette. Da vi var studenter hos professor Schøtt Rivers på kvinneklinikken på Riket, sa han noe sånt som: «Dere unge må huske på at når eldre påberoper seg erfaring, er dette bare et skalkeskjul for uvitenhet!» Så kanskje jeg bare lurer meg selv?

Tankelivet preges mere av assosiasjoner fordi du har lest og erfart så mye. Man får mere av det som De Bono (5) kaller lateral tenkning, vi assosierer og tenker i metaforer og bilder. Ved å tenke i metaforer anskueliggjør vi noe ved å sammenligne det med noe annet og kjent. Dette er vi oppøvet i helt fra vi begynte på doktor-skolen. Tenk på historiske snitt eller utslett sammenlignet med landkartdetaljer, korn- og nøtt størrelser. (6) Og derfor er det viktig at vi leser poesi, ingen litteraturform har dyrket metaforen som den.

Men for ikke å komme på viddene må jeg for å summere få påstå at eldre leger kan fungere like godt som de gjorde før, bare de får bedre tid og unngår stress og akutt-medisin.

Fastlegeordningen og eldre leger

Det har forundret meg at det i diskusjonen om fastlegeordning har vært så lite snakk om den plass eldre leger over 60 vil få i en eventuell ordning. Kun i vedtaket APLFs gene-

ralforsamling høsten 1999 er det satt krav til hva Dnlf må forlange for eldre leger:

- Overenskomsten må sikre fastlege over 55 år fritak for plikt til å delta i legevakt utenom kontortid.
- Leger over 60 år og delvis uføretrygdete leger må sikres rett til å redusere listelengden til 500.

Når vi ser at rekrutteringen til allmennpraksis går ned og mangelen på leger øker, må vi stimulere eldre leger til å utsette avgangen fra aktiv praksis. Forholdene må legges til rette, og da må man kunne ha færre pasienter enn yngre kolleger. Man må f.eks. kunne arbeide 2 dager per uke, og som et stimuleringsiltak kompenseres økonomisk til en viss grad for inntektstapet. Samfunnet har jo generelt godtatt dette prinsippet i og med at arbeidstagere over 60 år får en ekstra ferieuke.

Likedan må man utnytte eldre kolleger ved å bruke dem i studentundervisningen. Men da må arbeidet honoreres i en annen grad enn den godtgjøring slik undervisning har nå. Laugsvesenet fra eldre tider må være et eksempel for oss i dag. Jeg tror eldre leger føler et visst ansvar for de som skal ta over vår profesjon og er positive til dette.

Ettertanker

Utviklingen går mot økende spesialisering og dermed kikkertsyn. Og da trenger vi generalister som kan holde balansen og overblikke helheten i faget. Jeg kan ikke la være å sitere odelstingspresident C. J. Hambro som var en meget vis mann: «En ekspert er en person som med sine spesialkunnskaper unngår feil i detaljer på sin triumferende flukt mot de store villfarelser.» Allmennlegen som kjenner sitt lokalmiljø og har sett generasjonene veksle har sannet visdommen i Hippokrates' ord: Det er viktigere å vite hvem som har en sykdom, enn hvilken sykdom personen har. Riktignok er dette satt på spissen, men en dyp sannhet likevel.

Allmennpraksis har vært en facinerende arbeidsplass. Variasjonen er uendelig, og du vet aldri hva som vil hende ved neste korsvei. Du blir lei, men etter noen dager fri savner du allerede kontoret.

Det som binder meg først og fremst er det personlige forhold til pasientene. Jeg kjenner dem gjennom mange år og vet at de setter sin lit til meg. Det heter så fint på engelsk at det må være noe avmålt i lege/pasient-forholdet, «detached emotion» kaller de det. Men når man blir involvert i skjebner, er det ikke så enkelt.

Forholdet til enkelt-mennesket er egentlig essensen av allmennpraksis. Derfor oppleves det så uheldig at flere og flere byråkratiske forordninger kommer inn. Hvis bankene finner på at de skal lage en gjeldsforsikring, forventes vi

prompte å skrive legeerklæringer for dette. Bilførere over 70 år er vi angivelig for slappe med, det foreslås flere kontroller, flere attester. Fra 1994 har vi hatt referansepriser på medikamenter, en ordning som alle nå er enig om var feilslått, men som vi var forventet å holde rede på.

Vi skal være orientert om ventelistene ved sykehusene for forskjellige tilstander. «Garantien» for ventetider til operasjoner holder nesten aldri. Fra sykehusene får pasientene beskjed om å si fra til legen sin hvis tilstanden blir verre, så kan han purre. Og vi purrer, gang etter gang. Fra 1986 har vi skrevet sykemelding-2. Jeg tror ikke noen på trygdekontoen leser disse, de bare registrerer om de er kommet eller ikke. Jeg har av og til lagt inn spørsmål i disse, men får aldri tilbakemelding.

Og nå får vi gud-hjelpe-meg nye sykemeldingsforordninger hvor trygdevesenet skal ha en mengde opplysninger hver 14. dag. Data som de ikke har noe bruk for, men som gir oss en masse mer arbeid. Hvem er det som bestemmer slikt, og hvorfor skal vi finne oss i det?

Alt dette forsurer arbeidet og tar tid fra det som egentlig er vår oppgave. Hvis noe kan få meg til å slutte, så er det alt vi må gjøre som føles unødvendig, og som ikke har noe med medisinsk virksomhet å gjøre.

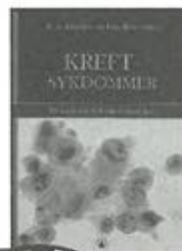
Men jeg er overbevist om at den enkelte pasient trenger den hjelp han kan få av sin lege. Den rent medisinske hjelp er en selvfølge, men pasienten trenger også noe mere. Når de kommer i klemme i den byråkratiske jungel, trenger de en «advokat». Når de har ligget på sykehus og ikke skjønner noe av det som har foregått, trenger de en til å forklare det for seg. Når de blir skremt av media som forteller om alt som kan gi kreft eller alle medikamenter som egentlig er farlige, trenger de en vettug generalist som kan sette det hele på plass. (7)

Dobbelt-rollen som trygdens portvakt og som pasientens hjelper, er egentlig umulig å fylle. Pasientens vel må være vårt viktigste imperativ.

Jørgen Jørgensen

1. McWhinney, Ian: A textbook of family medicine, Oxford Univ. Press 1991.
2. Foucault, Michel: The order of things, Vintage Books, New York 1973.
3. Fugelli, Per: Clinical practice: Between Aristotle and Cochrane. Schweiz Med Wochenschr 128: 184-8. 1998.
4. Jønsson, Bodil: 10 tanker om tid. Pax Forlag, Oslo 2000.
5. De Bono, E.: Lateral thinking, London 1977.
6. Mabeck & Olssen: Metaforer og sygdomsforståelse. Ugeskrift for læger, 158: 7384-7, 1996.
7. Heath, I.: The mystery of general practice. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1995.

Du trenger disse!



Rolf Kåresen og Erik Wist (red.)
KREFTSYKDOMMER

En basisbok for helsepersonell

En hendig oppslagsbok om kreft i fire hoveddeler:

- Basal cellebiologi, arv, prinsippene for stråleterapi og medikamentell behandling og metodikk ved klinisk forskning.
- Diagnostikk og behandling av de enkelte kreftformer.
- Praktisk undersøkelsesmetodikk og enklere prosedyrer som kan utføres i allmennpraksis.
- Oversikt over psykososiale forhold og støtteordninger ved kreftsykdom.

Ledende kreftspesialister fra hele landet har skrevet om emner de er spesielt godt oppdatert på.

ISBN 82-00-45260-3 • kr 395,- • 400 s.

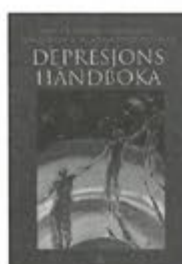


Lars Weisæth og Odd Steffen Dalgard (red.)
PSYKISK HELSE

Risikofaktorer og forebyggende arbeid

Psykiske problemer berører svært mange mennesker i vår tid, ikke minst problemer knyttet til angst, depresjoner og misbruk av rusmidler. Denne boken representerer den første systematiske fremstilling på norsk om det forebyggende og helsefremmende arbeidet som i dag utføres på dette området. Den tar opp og belyser risikofaktorer som stress og ulike former for livsbelastninger hos voksne og eldre, såvel som hos barn og ungdom.

ISBN 82-00-45053-8 • kr 325,- • 407 s.



Marit B. Krüger, Anders Lund, Jon Skarstein, Bjarte Stubhaug (red.)
DEPRESJONSHÅNDBOKA

Formålet med boka er å presentere oppdatert kunnskap om depresjon, depressive lidelser og komorbiditet (tilleggs lidelser), og derved bidra til bedre forståelse og behandling av denne lidelsen. Depresjonshåndbokas bidragsytere er blant landets fremste eksperter på sine områder.

ISBN 82-00-45376-6 • kr 325,-
346 s.



I bokhandelen nå!


GYLDENDAL
AKADEMISK

Monicas historie

I sommer fikk Utposten brev fra kollega Jostein Holmen i Verdal, en ganske tykk konvolutt som viste seg å inneholde et helt spesielt manus og et følgebrev fra Jostein. Vi trykker begge. Monicas historie er et sjeldent og aldeles usensurert glimt inn i tankene og opplevelsene til et ungt menneske i møte med sykdom og helsevesen. Utposten vil takke både Monicas foreldre og Jostein Holmen for at de vil dele Monicas historie med våre lesere.


FOLKEHELSE
Statens institutt for folkehelse
National Institute of Public Health

Til Utposten-redaksjonen
v/ Elisabeth Swensen
3841 Flatdal

Avdeling for samfunnsmedisin
Samfunnsmedisinsk forskningsenter, Verdal
Department of Population Health Sciences
Community Medicine Research Unit

Deres ref. / Your ref.:

Vår ref. / Our ref.:

Saksbeh. / Inquiries to:

Dato / Date:

4.7.2000

Monica's historie

Monica var født for tidlig og lå lenge i respirator. Det var trolig dette som skadet luftrøret, slik at det ble for svakt til å holde seg åpent på egen hånd. I mange år gikk hun med tracheostomi, og uten stemme, da kanylen stengte for stemmebåndene. Likevel var hun i mange år med på fotballaget, hun hadde en stor venneflokk, og var med på det meste som andre ungdommer gjorde. Hun fullførte videregående skole (allmennfag) våren 1999. Hennes største ønske var å få lukket hullet på halsen og å få tilbake stemmen sin. Den 14. mars 2000 var en stor dag: Da skulle hun få lagt inn en titanring som skulle holde luftrøret permanent åpent. Hullet på halsen skulle lukkes for godt, og hun skulle få stemmen sin tilbake. Ukene før operasjonen skrev hun sin historie til PC'en sin.

En kveld midt i mai, etter operasjonen, og etter at hun endelig hadde begynt å få tilbake stemmen sin, var hun på kino sammen med ei venninne. Hun følte seg tung i pusten, men før de rakk heim gikk luftveggen helt tett. Hun døde der på en tilfeldig gårds plass ved vegen, som venninnen kjørte inn på. Monicas og foreldrenes mareritt gjennom 20 år var plutselig en realitet.

På Monica's PC fant foreldrene historien hun hadde skrevet.

Jeg kjente Monica. Det var ei kvikk og ressurssterk jente. Jeg kjenner også foreldrene hennes, og vet hvordan de har slitt med Monicas sykdom, med angst og kriser, og slåss mot helsevesen og trykkesystem for å gi Monica så god hjelp som mulig. Hun lå i narkose ca 200 ganger i løpet av sine 20 år.

Monica medisinske historie er spesiell. Men hennes refleksjoner om leger og helsevesen tror jeg flere kan ha godt av å lese. Jeg håper derfor redaksjonen kan vurdere om historien hennes egner seg for Utposten. Jeg legger ved manus uredigert, bortsett fra at noen navn er endret eller strøket. Dersom det er behov for det, kan jeg bidra med å redigere manus.

Vennlig hilsen

Jostein Holmen

Vedlegg: Manus

Postadresse / Postal Address:
Neptunvei 1
N-7650 Verdal, Norway

Besøksadresse / Office Address:
Neptunvei 1
Vardal
Utposten_monica.doc

Telefon / Telephone: + 47 74 07 51 00
Telefax / Telefax: + 47 74 07 51 81
E-mail: verdal@utpost.no
utpost

Dette er historien med Monicas egne ord



«Jeg ble født to måneder for tidlig, noe som førte til at jeg umiddelbart ble lagt i kuvøse (senere respirator). Da de prøvde å koble meg fra, hadde jeg ikke lungekapasitet til å puste selv. Så det ble måneder med til- og frakobling. (Dette hørtes utrolig maskinelt ut). Jeg ble da erklært frisk nok til å få komme hjem, men jeg var tilbake på sykehuset, helt blå i ansiktet innen kort tid hver gang. Mine foreldre fikk beskjed om at det var falsk krupp, og sendte oss hjem igjen. Etter ett år (litt i overkant av ett år), satte min far hardt mot hardt overfor overlegen på barneavdelingen ved lokalsykehuset. Han krevde at nå måtte de sende meg til ekspertise, og ikke prøve og feile på ting de ikke hadde peiling. Jeg ble forholdsvis umiddelbart overflyttet til Regionsykehuset, der overlegen ikke skjønte hvorfor jeg ikke hadde kommet dit før. Han tok affære, og tracheostomerte meg umiddelbart. Enkelt forklart, så er det et hull på halsen for «frie luftveier». I følge mine foreldre hadde jeg aldri sett så frisk ut som da jeg våknet etter narkosen. Jeg hadde fått farge, og hadde ikke lenger den anstrengte måten å puste på.

Legene mente selvfølgelig at jeg kunne få fjernet kanylen på halsen med tid og stunder, men det var lettere sagt enn gjort. På lokalsykehuset hadde de nemlig skadet luftrøret mitt under stadige intuberinger (respirator), sånn at jeg nå hadde en innsnevring på luftrøret. Dette førte til at når de fjernet kanylen, var ikke luftrøret mitt sterkt nok til å «puste selv». Jeg klarte meg rett og slett ikke uten den kanylen. Nå mente de at jeg måtte vokse til først.

Så da jeg ble 12 år kunne de ikke vente lenger (les: meg). De ga etter for en tolvåring som ikke lenger ville være annerledes, fjernet kanylen, sydde igjen hullet på halsen. Nå skulle alt være fryd og gammen. Men det begynte å «vokse» vev i luftrøret, noe de fjernet med laser rundt regnet en gang i måneden frem til jeg var 15 år. Da hadde jeg store problemer med at jeg fikk for lite oksygen. Jeg fikk hodepine, konsentrasjonsvansker, og gikk i en periode på paragin forte for å klare å gjennomføre en skoledag. Om enn så lite jeg ville, jeg var nødt til å gjøre noe med det. Sommeren 1995, 15 år gammel, måtte jeg igjen ta tre skritt tilbake. De skulle prøve å sette inn en såkalt «t-stent», en slags kanyle som går både oppover og nedover. En vanlig kanyle har en bøy nedover. De sa jeg kunne fjerne den etter 3–6 måneder, og da ville jeg forhåpentligvis være helt frisk. Bivirkningen av denne behandlingen var at den delen av t-stenten som gikk oppover i luftrøret stengte for stemmebåndene sånn at jeg ikke hadde mulighet til å snakke. Jeg klarte kun å hviske. En bagatell, sa mange, men for en 15 åring som allerede hadde vært nødt til å gjennomgå utallige behandlinger uten resultat, og dermed ikke hadde så stor tro på det i utgangspunktet, var det en gigantisk «bagatell» å miste stemmen. Jeg ble også tvunget til å slutte å spille fotball, det jeg elsket over alt på jord. Jeg skulle vel egentlig ha sluttet med fotball for mange år siden, eller ikke spilt i det hele tatt, men ingen hadde hjerte til å sette foten ned. Det er jeg takknemlig for i dag. Fotballen ga meg på en måte et «bevis» på at jeg ikke var annerledes, og at jeg kunne mestre det nesten på lik linje som alle andre. Jeg var inne til kontroll ved Regionsykehuset en gang i måneden, og etter 7 måneder prøvde de å fjerne denne t-stenten. Det gikk som ventet galt. Da de fjernet stenten, hovnet luftrøret igjen, og jeg fikk kun til å puste igjennom en vanlig trachealkanyle på halsen. Nå kunne jeg ikke en gang hviske. Hadde INGEN stemme i det hele tatt.

Fordelen med den stenten var at jeg kunne sette i en kork i åpningen på halsen, og puste gjennom de vanlige luftveiene. Dermed var det ikke noe «galt» med meg. Det syntes ikke at jeg var syk. Jeg brukte gensere med høy hals, og da var det ingen som kunne se på meg at jeg egentlig var dårlig.

Jeg husker at jeg våknet fra narkosen, og kjente med en gang at noe var galt, men jeg ville ikke åpne øynene. Årsaken var at da ville jeg være helt sikker på at det hadde vært galt. Holdt jeg øynene lukket kunne det kanskje bare være en vond drøm. Men nei. Jeg hørte overlegen snakke med min mor, og han sa at nå ville de sende meg til universitetsklinikken. Han var skikkelig lei seg da han sa det. Egentlig var ikke han min «personlige» lege, men han som hadde utført operasjonen ble så lei seg da det ikke gikk, at han maktet ikke å si det til meg (oss). Han kom senere inn på rommet mitt og gråt fordi han var så lei seg. Han er den dag i dag en av mine «favoritter» (av MANGE leger). Han var et «menneske» og ikke «lege» som så mange er.

Jeg ble sendt hjem, dette var vel i januar/februar 1996, og fikk beskjed om å vente til de hadde snakket skikkelig med universitetsklinikken. Etter en måneds tid ringte en professor fra universitetsklinikken. Han er blant de ledende i verden på dette området, og en høyt aktet lege. De kunne ta imot meg ganske umiddelbart, så nå gikk ferden til en ny by.

Her fikk jeg innsatt en ny stent. En annen type, riktignok, men like fullt en stent. For meg kom det ut på ett hvilken type det var. Jeg visste bare at nå ville jeg fortsatt være stemmeløs i en tid fremover. Men professoren var ikke en mann man satte seg på bakbena mot, for å si det sånn. En større autoritet skal man lete lenge etter. Ikke hadde jeg mye valg medisinsk sett heller. Denne stenten beholdt jeg i frem til jul -96, da han bestemte seg for å prøve å fjerne den. Det gikk greit de første dagene, jeg pustet forholdsvis greit, men slet til tider. Jeg fikk mer medisin på de dagene enn jeg kan huske å ha fått på en gang før. Jeg fikk enerom, hadde to luftfuktere gående for fullt 24 timer i døgnet (på hver sin side av sengen), og vakthavende lege som stakk innom en gang pr. time. Legen som var så «heldig» å ha nattevakt ble sittende inne hos meg stort sett hele natten og snakke. Jeg turte nemlig ikke å legge meg til å sove av frykt for enten å våkne med store pusteproblemer, eller ikke å våkne i det hele tatt.

Jeg syntes det var rart at professoren ikke kom og tok affære, men tok det som et tegn på at kanskje alt var som det skulle likevel? Det viste seg at kommunikasjonen mellom avdelingen og professoren var lik null (i alle fall nede på én). Et eksempel er dette: Jeg fikk ikke mat på to døgn, for sykepleierne hadde ikke fått «velsignelse» til å gi meg mat.

De turte ikke en gang å gi meg mat uten at professoren hadde gitt sitt samtykke!!! Det var jeg selv som til slutt spurte professoren om jeg ikke kunne få mat snart. Han var helt uforstående til at jeg ikke hadde fått det tidligere, og refset staben (han er som sagt kongen på haugen). Etter en uke ble han nødt til å sette inn stenten igjen, da jeg bare ble mer og mer tungpustet. Han skjønnte vel egentlig ikke hvorfor jeg ble det, men hadde ikke annet valg enn å sette den inn. For første gang i mitt liv var jeg glad for å få den satt inn.

Så gikk det nye måneder med operasjoner, undersøkelser, og stabiliseringsprosess, før han igjen ville forsøke å fjerne stenten. Jeg var litt tvilsomme, men sa ikke stort. De første to dagene gikk storartet, og med stenten fjernet klarte jeg for første gang på 2 år å snakke skikkelig. Det var ikke mye å skryte av å ha den kråkestemmen, men jeg brydde meg ikke. Jeg hadde fått lyd igjen. Så, etter en

uke gikk det galt igjen. Stenten måtte igjen settes inn, og for andre gang i mitt liv var jeg lykkelig over å få min «beste venn» på plass. Samtidig var jeg knust over at det ikke gikk denne gangen heller, men jeg var livredd for ikke å få nok luft. Da det sto på som verst før det ble bestemt at stenten skulle re-innsettes, sto tre leger ved enden av senga mi og diskuterte om hvorvidt de skulle gjøre ditt og datt. Da professoren omsider ble tilkalt, var han mildt sagt rasende fordi han ikke hadde fått beskjed

tidligere. Det viste seg at legene var redde for å "bry" ham. Han mente at jeg kunne ha fått dette avgjort mye tidligere, og hadde lidd i flere dager uten at jeg hadde behovd. Han var veldig lei seg, og ristet de andre verbalt som noen votter.

I alle fall fant han ut årsaken til at jeg fikk pusteproblemer. Luftrøret mitt er så skadet at det ikke klarer å stå «oppreist» på egen hånd. Så når det får stå fritt, faller det sammen.

Nye måneder gikk. År. I november/desember i fjor ville han gjøre et nytt forsøk, men da satte jeg foten ned. Ikke verbalt, nei, han skjønner fint lite av det jeg sier siden han er fra utlandet. Så jeg fikk tak i penn og papir, skrev at jeg var lei av å være en forsøkskanin, noe jeg har vært hele mitt liv. Han tok det til etterretning, og «stoppet» operasjonen. På den ene siden skjønte han meg meget godt, men sett fra den andre siden hadde jeg ikke mye valg. Vi ble enige om å inngå et kompromiss. Den 14.mars skal jeg inn til ny «storoperasjon». Han skal få prøve og se om det går denne gangen, men på den betingelsen at han har en joker liggende. Det siste innen forskningen (hvilken forskning egentlig; Jeg er jo den eneste med akkurat denne diagnosen.

Diagnose? Jeg har ikke en gang et navn på det! Jeg er helt unik! J er en titanring som settes inn i luftrøret som en «forskalning». Den er fullt og helt på innsiden, ingenting synes fra utsiden, og den sperrer ikke for stemmebåndene mine, noe som vil gi meg en slags stemme tilbake. De har nemlig vært nødt til å fjerne en brusk fra stemmebåndene for å gi mer plass. Dette vil gi meg en mer hes stemme når jeg en dag kan snakke igjen. Jeg er regelmessig inne til «opprenskingsoperasjoner», der han fjerner vev som er i veien.

Mitt liv har gitt meg et tresifret antall operasjoner, utallige døgn på sykehus, og ikke minst masse sinne. I tillegg har jeg blitt veldig kynisk når det gjelder sykdom og «lidelse». Jeg har blitt såpass herdet at det ikke er mye som går inn på meg. Tilsynelatende i alle fall. Jeg har også blitt veldig «flink» til å fremstå som sterkere enn det jeg er. Om det er dumdristighet eller ikke det vet jeg ingenting om.

Nå håper jeg at jeg endelig skal kunne ta ett skritt frem i stedet for ti tilbake.
Ønsk meg lykke til!!!!»

Monica lagret disse ordene siste gang på farens PC den 27. februar 2000 klokka 15.11.

Hun døde 12. mai 2000, kvalt av eget slim som hun hostet opp da hun var på vei hjem fra kino sammen med en venninne.

Med titanringen i luftrøret.

Monica ble 20 år og en måned gammel.

Blant dinosaurer, indianere og hverdagshelter

Reisebrev fra Canada (med en sving nedom USA)

Av Elisabeth Swensen

«Outward bound»

Det er noe med slike faglige ekspedisjoner. En gruppe med noen felles kjennetegn og erklærte mål setter ut - gjerne langt av sted - for å se noe, møte noen, «høste av andres erfaringer». Samtidig har alle gruppereiser sin egen indre agenda, oftest like uuttalt (og litt fordekt) som den er viktig. Vi var 15 kolleger som reiste i regi av Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved Universitetet i Tromsø for å studere erfaringer med rekruttering av leger til ukanter i Canada og USA. Utgangspunktet var *ressurskommuneprosjektet* rundt ISM der seks utvalgte kommune(lege)r har fått status som utstillingsvinduer/laboratorier/rollemodeller formalisert ved universitetslektorer i 1/5 stilling. Jeg var med som norsk repre-

sentant i WONCAs arbeidsgruppe om *rural health* (omtalt i Utpostens julenummer i fjor, nr 99/7-8).

Universitetet i Tromsø er tuftet på begrepet utkanthelse, *rural health*. Canada er et foregangsland i så måte, og ett av de statlige prosjektene for å skaffe og beholde leger i utkantstrøk er Albertas Rural Physician Action Plan (RPAP) som vi var særlig interessert i. Fra Alberta reiste vi til USA, der University of Wisconsin har utviklet program for å få medisinerstudenter til å spesialisere seg i *family medicine/primary health care* og også har igangsatt egne tiltak for å få studentene ut til rural areas. De «offisielle» faglige konklusjonene

Alberta sett fra buss. Time etter time etter time...





...og etter 4 timer rett vest. The Canadian Rockies.

etter turen er nylig presentert i en egen artikkel i Tidsskriftet. Dette er et reisebrev med bilder. Jeg likte Canada best, og derfor skriver jeg mest derfra.

«The more we are together»

De gamle distriktslegene hadde en faglig selvfølelse og et implisitt fellesskap som dagens kommuneleger mangler (knappt nok har forutsetninger for å savne). Den særegne kompetansen som man utvikler og trenger som primærlege i et norsk småsamfunn er for tiden lite påaktet og formulert. Behovet for korpsånd og strategisk tenking er akutt. I det perspektivet var det (også) fint å reise på tur. I tillegg til ti døgn med godt forberedt faglig program, foregikk det mye sosial og faglig snekring i timene ved siden av hverandre på fly og buss, ventende på flyplasser, hengende i barer, joggende i parker og slentrende i museer.

«Oh Canada!»

Jeg hadde i det minste tenkt meg fjell. Flotte fjell og digre trær, eventuelt en stor dypblå innsjø som speilet det hele. På forhånd hadde jeg lest kart og smattet på eventyrlige stedsnavn som Saskatchewan (der Joni Mitchell kommer fra) og Saskatoon. Så landet vi etter 17 timers flytur i *the middle of nowhere*. Konseptet for turen var «utkant besøker utkant».

*Fra Three Hills Hospital,
til venstre Kjell Nysveen.*

Sannelig! Gjennom bussvinduet på veg inn mot Edmonton city stirret jeg vantro ut over et brungrått steppelandskap, knapt nok bølgende, som strakk seg endeløst ut i fire himmelretninger til det måtte bøye seg for jordkrumningen. Jeg kom til å tenke på Robert Musils romantitel *Mannen uten egenskaper*. «Landskap uten egenskaper» sa jeg ubegeistret til kollega Hasse Melbye i setet ved siden av meg. «Jeg synes det er vakkert, jeg» sa Hasse. Etter to dager ga jeg ham rett. Alberta er vakkert og merkelig, ikke bare landskapet. På overflaten handler det mest om *the real thing*: olje, gass, korn





Bisonokser (bak gjerde riktignok).

og kjøtt. Her spiser cowboys og oljearbeidere store biffer med enkelt tilbehør og kler seg praktisk. Albertas undertekst er dinosaurer og indianere.

«Then a hero comes along»

Dan Husband er den kanadiske utgaven av landsbylegen. Landsbyen heter merkelig nok Three Hills (det forutsetter indianerblick å se hvorfor) og har 3000 innbyggere. Nærmeste by er Calgary 13 norske mil mot sørvest. Dan er litt over 40 år, opprinnelig fra distriktet, oppvokst som misjonærsønn i Afrika, har fem barn, kone som er utdannet lærer men nå jobber som legesekretær for ham, og stor rød bil med solid hengerfeste for familiens feriebolig. Arbeidsdagen hans er fra 08.00 til utpå kvelden (forsøk på konkret tidsangivelse fører til munter ekteskapelig diskusjon mellom legen og hans sekretær, jeg antar at han er hjemme i 18–19-tiden på kvelden når han ikke har vakt). Arbeidet fordeler seg mellom allmennpraksis på et nøkternt firelegesenter og ansvar for egne inneliggende pasienter pluss vakter pluss anestesi ad hoc ved Three Hills Hospital som er et snertent lite sykehus for rundt 12000 mennesker i omegnen. Sykehuset har ingen andre leger enn allmennpraktikere som driver omtrent som Dan. Det er vanlig at kanadiske allmennleger spesialiserer seg innen anestesi eller gynekologi/obstetikk. Dan har tilleggsutdanning i

anestesi. Ved Three Hills Hospital bistår legene ved alle fødsler, de gjør alle sectioer og stort sett alle enklere kirurgiske inngrep. Den som er tilgjengelig av legene med nødvendig kompetanse trår til uavhengig av vakt. RPAP byr blant annet på vikarer i helger og ferier, vaktgodtgjørelse av en viss størrelse og gratis tilgang til et elektronisk fagbibliotek.

Dan Husband gjør inntrykk. En blid og åpenbart hardt arbeidende kollega som er stolt av jobben han gjør, hjemstedet på prærien, familien og bilen. Mr. KOPF himself. Men han er ingen ideolog. Kan man lære noe av en sånn mann? At stabilt humør, høy moral og gode stayereregenskaper er en betydelig fordel i dette yrket? At det er moro å være helt? Tankene går (ikke uten grunn) til gamle dager i mitt eget



Dan Husband and his red car.

distrikt, nærmere bestemt til daværende kollega i Edland i Vinje, Svein Lie. Vi snakket ofte om forutsetningene for å trives og bli gamle i jobben. Svein formulerte det best: «Det ække no moro hvis det ikke er litt moro». Peter F. Hjort sa omtrent det samme når han satte likhetstegn mellom helse og mestring. Jeg smaker forsøksvis på en ny parole for gjenreiseing av den faglige motivasjonen: *Moro med mestring!* Hjemme vrir allmennpraktikerne seg kollektivt i angst og vande over økte byrder og økt ansvar, kanadierne var mest opptatt av hva slags betingelser og hvilke ferdigheter som trengs for å gjøre jobben.

«Young at heart»

Det er sikkert mye å fortelle fra Madison, Wisconsin. Minnene derfra er likevel kommet i skyggen av Canada. Men møtet med ungdommene i Madison har festet seg. En morgen spiste jeg frokost på hotellet med en helt fersk medisinestudent. Han var invitert for å fortelle om sine erfaringer fra utplassering i praksis. Han snakket med stjerneøyne om alt han hadde opplevd i løpet av noen måneder i et distrikt som var preget av fattigdom og sosial nød. Når han ble ferdig lege ville han helst jobbe «somewhere people really need me». Antagelig er det et alderstegn at man blir rørt over ungdommen, men OK. Han var ny og idealistisk og hadde sånne tanker om faget og yrket som jeg selv hadde for snart 30 år siden. Forskjellen er at han (og hans likesinnede) helt fra starten fikk en knagg å henge disse tankene på. Gjennom flere tiltak, blant annet en toårig ganske omfattende tilknytning til ett legesenter, ble de presentert for mangfoldet og utfordringene i allmennpraksis før sykehusmedisinen annekterte dem. De fikk sine «egne» pasienter (NB reelle,

ikke virtuelle) som de brukte som utgangspunkt for gruppeundervisning, og de fikk tid til å bli godt kjent med allmennlegene som jobbet ved «deres» legesenter. Jeg vil tro at ganske mange studenter på denne måten fikk en allmennlege som sin helt og rollemodell i faget. Allmennmedisin langt fra sykehus må jo være noe av det mest spennende en ung lege-in-spe kan tenke seg! Forutsetningen er at noen tar ansvar for å følge dem inn i terrenget. Begrepet *mentor* var et stikkord for samtalerne både med lærere og studenter i Madison.

«I will survive!» (eller «Who's next?»)

Jeg gjør en mental sving nordover igjen som avslutning, til Canada (lytt til Joni Mitchells siste CD, spor seks, «A case of you»). Albertas berømte dinosaurer levde i The Badlands litt sør for Edmonton. Nå er de som kjent døde og har fått sitt eget museum der de segnet om og senere ble gravet frem. Fortsatt er deres skjebne en gåte. Alberta er også hjemstedet for store deler av de kanadiske indianerne. De lever enn så lenge, men vi så dem ikke. Vårt vennlige kanadiske vertskap nevnte dem knapt. På bymuseet i Edmonton er indianerne og deres kultur blitt objekter, *de* i motsetning til vi. Man har ikke engang tatt seg bryet med å tekste utstillingene om deres liv og levnet på indianernes eget språk.

Edmonton er ellers berømt for verdens største overbygde kjøpesenter, The Edmonton Mall.

Om natten på hotellet blir jeg liggende og gruble om forutsetninger for overlevelse – dinosaurer, indianere, utkantleger og kjøpesentre.

Hjemme bra, men...
Arne Holm koser seg
med flymaten.



NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Hvordan skaper allmennlegen tillit?

Av Tor Carlsen

Vi ønsker en ny giv for allmennmedisinen som fag, fornyet autoritet og selvtillit i allmennpraktikerkorpsen. Vi ønsker en bedre allmennlegetjeneste.

Flere forutsetninger må på plass for å få til dette. Her er poenget: Skal allmennmedisin beholde posisjonen som helsetjenestens grunnmur og som medisinsk hovedfag, må befolkningen være tilfreds med allmennlegetjenesten.

Vi er vant til at pasientene sjelden klager, og at de er tilfreds når de blir spurt. Vi aner at dette er i ferd med å endre seg. Vi må sette søkelys på hvordan pasientene vurderer oss. Hvis vi skal kunne møte pasienter og samfunn med selvtillit og autoritet, må vi arbeide for å beholde pasientenes tillit.

Hva er forventningene til allmennlegen?

WONCA Europa har et arbeidslag som heter EquiP, som har kvalitetsutvikling som hovedoppgave. Norge har bidratt aktivt her. EquiP har nylig utviklet og prøvd ut et instrument som kan brukes til å få fram pasientenes mening om egen lege.¹

Pasientene vurderer nok tid til konsultasjonen høyest, deretter interesse for egen situasjon, og evnen til å lytte. 34% av de norske pasientene mente at legen skulle ta mer tid til å lytte og forklare. Videre prioriteres faglig kvalitet i konsultasjonen, så kriterier for tilgjengelighet til legen. Spørsmål om pasienten skal ha ta den endelige beslutning i valg av behandling, blir betraktet som mindre viktig.

Generelt er pasienter i hele Europa positive i sin vurdering av allmennlegen sin. Til de fleste aspekter av praksis vurderer mer enn 80% at tjenesten er god eller meget god. Ser-

vice og organisering blir mest positivt vurdert i stykkprissystemer.

1609 norske pasienter i mer enn 28 praksiser (tallet er ikke oppgitt) sier seg «meget godt fornøyd» med tilgjengelig tid i 45%, legens interesse i 50%, lytteevne i 56%, faglig grundighet i 50%, hjelp til å takle emosjonelle problemer i 42%. 31% er meget godt fornøyd med telefontilgjengeligheten, 25% med ventetiden på venterommet, og 57% med hvor rask respons legen ga på hasteproblemer. Gjennomsnittlig score på en skala fra 1 til 5 var 4.33 i Norge. I Nederland og Danmark fikk en omtrent samme resultat.

En spørreundersøkelse blant pasienter vil nødvendigvis gi sprikende svar og mange metodeproblemer. Men resultatene tyder på at allmennpraktikeren med gode kommunikative evner og faglig autoritet er etterspurt og verdsatt. Dette er i tråd med Ole Berg og Per Hjortdahls undersøkelse fra 1994. Denne viser at pasienten er mest tilfreds med den aktiviserende legen, som legger vekt på å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv.²

Hva er viktigst ved allmennlegerollen?

«In hospitals, diseases stay while patients come and go. In general practice, patients stay while diseases come and go.»³ For allmennpraktikeren er det ofte like viktig å forstå hva slags person som er syk, som å stille sykdomsdiagnosen. Det er ofte nødvendig å engasjere seg både i forhold til det presenterte problem og til pasienten som person.

Lege-pasientmøtet er sentrum i allmennpraksis. Møtet er mangesidig og flertydig. Det kan ikke beskrives i prosedyrer. Innholdet i konsultasjoner varierer i det uendelige.

Legens tilnærming til et presentert problem vil være avhengig av hva problemet gjelder, pasientens kjennetegn, og egen stil og personlighet.

Er det likevel mulig å blinke ut et noen begreper som «knagger» og inspirasjon for allmennpraktikerrollen og grunnlaget for tillit mellom pasient og lege? Her følger et forslag. Det er knyttet til egen erfaring, og inspirert av en engelsk monografi.¹ Hensikten er å få fram andres assosiasjoner!

For det første har allmennpraktikeren en nøkkelrolle som **fortolker og veileder**. Pasienten søker primærlegen først med udefinerte problemer. Legen hjelper pasienten til å forstå opplevde plager, som sykdom eller som symptomer på stress eller sjelelig ubalanse. Sykdom som kan behandles, bør oppdages. Plager som ikke skyldes sykdom, bør ikke forklares som sykdom. Det er avgjørende at allmennpraktikeren etter tilstrekkelig undersøkelse gir svar på spørsmålene som pasientene har: Er jeg syk? Kan jeg helbredes? Hvorfor har dette skjedd meg? Hva vil skje med meg? Hva kan jeg gjøre med det?

Vår måte å håndtere spørsmålene på, basert på kjennskapet til pasienten, kan være avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet.

Allmennpraktikeren følger ofte pasienten gjennom hele forløpet av sykdom og lidelse. Optimalt medisinsk-faglig arbeid er grunnleggende i oppfølgingen av kronisk sykdom. Forløpet avhenger likevel ofte av hvordan pasienten selv takler sitt liv med lidelse. Den andre nøkkelrollen er å være **bisitter** til og støtte pasientens arbeid med å mestre sin situasjon og med å finne mening i eller forsoning med situasjonen, ved å lytte, bekrefte og reflektere og undre seg sammen med pasienten.

Både fortolker- og vitnerollen krever en åpenhet for at lidelse og smerte er en del av tilværelsen. Lidelse og symptomer kan gi innsikt og menneskelig vekst. Dette er en utfordring til legen selv. Vi kan lykkes med dette i den grad vi er forsonet med det smertefulle i eget liv. Derfor har også legen har et behov for veiledning, dersom hun skal kunne veilede og være bisitter for andre.

Tor Carlsen, nestleder i NSAM

- 1 Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP Instrument. ISBN 90-76316-11-2.
- 2 Berg O, Hjortdahl P. Medisinen som pedagogikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
- 3 Heath, Iona. The Mystery of General Practice. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

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

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Allmennmedisinsk journal

Klinisk verktøy eller juridisk dokument?



Sigurd Førre.

Født 1950.

Allmennlege
og stipendiat
ved NTNU.

Ja, takk – begge deler, er et rimelig, men kanskje litt forhåpningsfullt svar på dette spørsmålet. Vi mener nok at den allmennmedisinske journalen skal dekke begge disse funksjonene, minst. I år 2000 er datajournalen en selvfølgelig del av den norske allmennlegens hverdag. Den er blitt like hverdagslig og like umistelig som lufta vi puster i. Så lenge den fungerer normalt tenker vi ikke på den. Men blir den borte pga strømbryt eller maskinproblemer, se da er situasjonen ganske annerledes. I akkurat den situasjonen er det nok mange som føler at de har mistet sitt viktigste arbeidsredskap og gisper etter luft.

I tillegg til å være vårt viktigste kliniske verktøy og ivareta vårt behov for dokumentasjon, har datajournalen en rekke andre funksjoner: pasientadministrative rutiner; regnskap; informasjonsutveksling; fagutvikling; evaluering og forskning(1).

Er ikke alt dette bare vel og bra? Er ikke Norge i verdens toppen når det gjelder bruk av datajournal i primærhelsetjenesten? Er vi ikke milevidt foran våre sykehuskolleger som i stor grad er prisgitt papirjournal? Kan vi ikke si oss tilfreds med tingenes tilstand på journalfronten? Hva kan være grunnen til å stille spørsmål ved om datajournalen først og fremst er et klinisk verktøy eller et juridisk dokument?

De siste årene har det vært en skarp fokusering på behovet for bedret dokumentasjon av vår kliniske virksomhet. Kvalitet og omfang av dokumentasjonen har blitt et hovedanliggende i kvalitetsutviklingen av journalarbeidet. Legene har selv blitt svært opptatt av dette. Vi ønsker å slippe å skrive rapport til Norsk Pasientskadeerstatning eller møte i retten med manglende eller mangelfullt journalnotat. God dokumentasjon er utvilsomt viktig. Likevel må vi passe på at dette ikke blir vårt viktigste perspektiv på journalarbeidet. I en forelesning om engstelige leger hadde Odd Kvamme følgende spissformulering: «Først ryggen fri – deretter frie luftveier!» Vi skal skrive skikkelige notater, men arbeidet er viktigere enn dokumentasjonen.

Men det er slett ikke bare legene selv som har vært opptatt av dokumentasjonen. Helsemyndighetene har vært pådriver for dette. Vi er pålagt ved lov å føre journal og det er utviklet forskrifter for god journalførsel. Tidligere var det bare leger og tannleger som hadde denne plikten. I den nye Lov om Helsepersonell er plikten til å føre journal ikke lenger knyttet til profesjon. Nå er det den som yter helsehjelp som har plikt til å føre journal(2). I forarbeidet til den nye loven har det vært en omfattende debatt om dette, ikke minst i helseprofesjoner som tidligere ikke hadde plikt til journalføring. Dokumentasjon har vært et nøkkelord. Også i arbeidet med standardisering av elektronisk pasientjournal, et arbeid som gjennomføres av Kompetansesenter for Informasjonsteknologi i Helsevesenet (KITH) på oppdrag fra Sosial- og Helsedepartementet, har arkivstandard og dokumentasjonskvalitet vært viktige anliggender(3).

Men er det egentlig her utfordringene ligger når det gjelder kvalitetsutvikling av allmennlegens datajournal? Vil arbeidet vårt med pasientene bli så mye bedre ved at vi er mer utførlige og grundige i våre løpende journalnotater? Jeg tror ikke det. Med vår nåværende datajournal er det min påstand at det tvert imot kan eksisterer et motsetningsforhold mellom en grundig og omfattende dokumentasjon av vår daglige virksomhet og journalens kvalitet som klinisk verktøy.

Nøkkelordet er oversikt. Magne Nylenna skriver i artikkelen *Gode journaler er god medisin*: «Den største svakheten ved journalen er manglende oversikt. Informasjonen i den enkelte pasientjournal blir lett uoverskuelig og ustrukturert, og som regel er det slik at jo viktigere det er med oversikt (dvs. jo mer omfattende pasientens sykehistorie er), desto vanskeligere er det å oppnå dette» (4).

I 1999 var det 20 år siden Balsfjordsystemet ble tatt i bruk. Dette var det første norske datajournalssystemet for allmennlegetjenesten. Innføring av datajournal er (trolig) den viktigste enkelthendelse i norsk allmennlegetjenesten de siste 50 år. Derfor var det god grunn til at Utposten nr 5 i 1999, ved 20 års jubileet viet så stor plass til datajournalen; bakgrunnen, utviklingen, nåtid og framtid. Artiklene er skrevet av leger. Flere av artikkelforfatterne omtaler mangler ved dagens system og utfordringer for framtidig systemutvikling. Steinar Fosse skriver: «Som bruker med store journaler savner jeg en bedre og raskere mulighet til å filtrere bort informasjon slik at bare bestemte begivenheter i pasientens sykehistorie blir tilbake. Dette kan være alt fra årsak til seponering av et medikament, lett tilgjengelig informasjon om en bivirkning, eller kun å se den informasjon som angår en bestemt episode eller periode i sykehistorien.» (5) I samme nummer av Utposten har Anders Grimsmo i artikkelen *Fag eller Teknologi – hva blir utviklingen videre* en liste over fem hovedproblemstillinger for videreutvikling av elektronisk pasientjournal. Den første av disse utfordringene kan kanskje innebære en løsning på Steinar Fosses problem. «Hvordan lage en journal som gir bedre oversikt og er tilpasset allmennlegens arbeidsmetoder (en journal som er problem- og prosessorientert)» (6).

Hva skal til for at vi skal få en slik nyutvikling av journalen? Vil Profdoc eller Infodoc komme med en ny versjon som imøtekommer disse kravene? Jeg tviler på det. Oppgaven er sannsynligvis for stor og omfattende og sannsynligvis heller ikke bedriftsøkonomisk interessant. Vil vi igjen få systemutvikling blant kunnskapsrike og entusiastiske allmennleger? Nok en gang tror jeg oppgaven blir for omfattende. En viktig forutsetning for å komme videre er å formulere problemet. Neste skritt vil være å få oppgaven satt på dagsorden og å hente støtte til arbeidet blant allmennlegene. Dette er en prosess som helt sikkert må involvere våre organisasjoner, NSAM og Aplf.

I boka «Pasienten som tekst» skriver Petter Aaslestad om journalskriving ved Gaustad sykehus i perioden 1890–1990. Fra starten av sykehuset i 1856 var pasientjournalene innført i store skinnprotokoller. Det ble laget en ny protokoll for hvert år og hvert år hadde en side pr. pasient. Etter hvert ble pasientnotatene lengre, en side var ikke alltid nok, det ble nødvendig å bruke flere sider, etter hvert ble skinnprotokollene uoversiktlige for endelig å bli erstattet av individuelle mapper omkring 1915. Etter å ha gått gjennom 150 journaler fra 4 ulike tidsperioder skriver Aaslestad: «Journalmappene ser ut til å lide samme skjebne som de gamle skinnbøkene; de buler ut, blir stadig mindre oversiktlige og får flere og flere innlegg fra stadig flere instanser. De samme opplysninger og historier gjentas og gjentas» (7).

Nå har vi nok overført de samme problemet til et nytt medium. Etter 20 år med allmennmedisinske datajournaler «buler» de også ut og blir stadig mindre oversiktlige. Sannsynligvis er dette problemet større med datajournalen enn med arkivmappen.

I kvalitetsutviklingen av journalen må vi flytte fokus fra dokumentasjon til oversiktighet. For å komme videre trengs det et stort koordinert løft. Løsningen tror jeg vil ligge i at allmennlegene som gruppe må formulere et krav om dette. Helsemyndighetene må finansiere denne programutviklingen som må skje i dialog mellom allmennleger og programutviklere på allmennlegens forutsetninger.

Referanser:

1. Nilson F. IT i primærhelsetjenesten. Informasjonsteknologi i helsesektoren. Universitetsforlaget 1994 (220-231).
2. Ot prop 13, 98/99 Lov om helsepersonell.
3. Elektronisk pasientjournal standardisering. Arkitektur, arkivering, sikkerhet. KITH 2000.
4. Nylenna M. Gode journaler er god medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112: 2560-4
5. Fosse S. Om Infodoc. Utposten 1999; 5: 5-8
6. Grimsmo A. Fag eller teknologi – hva blir utviklingen videre? Utposten 1999; 5: 14-16
7. Aaslestad P. Pasienten som tekst (side 57). Tano Aschehoug 1997

Sigurd Førre, 4. August 2000

Kva for internettsider er til å stole på?



Begge forfattarane arbeider i Avdeling for samfunnsmedisin i Statens helsetilsyn, m.a. med informasjon og kunnskapsformidling. Jostein Ingulfsen er internettredaktør for Helsetilsynet sine heimesider og Frode Forland er fungerande avdelingsdirektør.



Det dukkar stadig opp nye internettdresser med helseinformasjon til publikum og til helsepersonell. Vi ønskjer med denne artikkelen å setje søkjelys på spørsmålet om kvalitetskrav til nettbaserte helsetenester, og trur det ville vere bra med ein debatt i fagmiljøa og blant nettleverandørane om dette temaet.

Straumen av informasjon via nettbaserte kjelder er jamt aukande. Internett er alt i dag ei viktig kjelde til oppdatert kunnskap for mange legar. Kunnskapsformidling via nett er nytt, og det tek tid å venne seg til å skilje klinten frå kveiten i denne åkeren. Korleis skal ein vurdere kvaliteten på internettsider og den informasjon som vert formidla på denne måten? Vårt inntrykk er at mange er utrena i kritisk vurdering av informasjon og kunnskap som er publisert på nettet. Kva er det som er seriøst og kva er ukebladsprega av det som ligg der, kva er det som kjem rett frå legemiddelindustrien, og kva er det som er formidla og utvikla fagleg uavhengig og utan binding til sponsor eller investor? Ofte kan det vere vanskeleg å finne kjeldene for informasjonen og målsettinga til dei som har tatt jobben med å legge denne informasjonen ut på nettet.

Vi trur at internett-teknologien kan bli det viktigaste formidlingsverktøyet for fagleg oppdatering i åra som kjem, men då må ein øve blikket og den kritiske sansen, slik at det ikkje vert «Se og Hør» på nettet som vert legen sin primære informasjonskanal. Vi trur det er viktig å utvikle kriterier som kan hjelpe brukarane til sjølv å vurdere kvalitet på innhald, presentasjon og brukargrensesnitt, forhold til industrien, oppdateringsrutiner, gjennomslutthet i eigarforhold og produksjon mm.

Det er gjort mange studiar om kvaliteten på helsestoff på internett. Dei fleste har sett på nettstader og artiklar som gir råd til publikum.

I ein systematisk oversikt (Eysenbach, Gunther: A framework for evaluating e-health: Systematic review of studies assessing the quality of health information and services for patients on the Internet. In: J Med Internet Res 2000;2 (suppl 2) <http://www.jmir.org/2000/3/suppl2/index.htm>) vert 41 studiar som har evaluert kvaliteten av helseinformasjon på internett gjennomgått. Konklusjonane frå dei fleste arbeida er at kvaliteten på informa-



sjonen til publikum via internett er eit problem, men det er ikkje noko som tyder på at informasjonen er dårlegare enn i andre media som t.d. ukeblad.

Internasjonalt er det fleire instansar som har publisert forslag til evalueringskriterier for internettartiklar og heimesider på nettet:

Her er referansar til nokre sentrale artiklar:

- Kim, Paul et.al. BMJ 318 647-9, 1999 Published criteria for evaluating health related web sites: a review
- Winkler, M.A. et.al. Guidelines for medical and health information sites on the internet. Principles governing AMA web sites. JAMA 283 no 12 1600-1606
- Quality standards for medical publishing on the web. British healthcare internet association.
http://www.bhia.org/reference/documents/recommend_webquality.htm

Mange nettstader for medisin og helsefag brukar sjølvpålagde kriterier for publisering. Nokre av desse kriteria ligg nærare etiske programerklæringar enn vurderingskriterier for innhald.

Vi har sett på fleire sett av evalueringskriterier. Dei fleste er smidd over same lest, og mange av kriteriesetta er samanfalle. Slik vi ser det, er nokre av setta for omfattande til praktisk bruk både for nettredaktørar og for brukarane. Eitt av dei enklaste kriteriesetta er det som er publisert av HON (Health on the net) <http://www.hon.ch> Den norske oversettinga av dette finn du på denne adressa: <http://www.hon.ch/HONcode/Norwegian/>

Men også dette settet er det krevjande å leve opp til, og vi har sett at mange nettleverandørar som publiserer for publikum fell igjennom. Dette gjeld ikkje minst for kravet om oppdateringsrutiner og referansar til kjelda kunnskapen er henta frå.

Norske nettstader vil bli meir truverdige overfor publikum dersom dei har krite-

rier for kvalitet og inklusjon av materiale, og i tillegg har retningslinjer for korleis reklame og annonsering skal profilerast i forhold til redaksjonelt stoff på nettsidene.

Kunnskapsbasert publisering på internett

Eit uttalt mål for dei som arbeider med kunnskapsbasert medisin, er at publikum skal ha tilgang på fagleg informasjon som legg kunnskapsbaserte kriterier til grunn. Dette vil gje brukarane/publikum høve til å vere deltakarar i beslutningar i mykje større grad enn i dag. Gjennom god fagkunnskap vil brukarane kunne krevje at dei som yter helseteneste leverer eit produkt av høg kvalitet.

Eit spennande initiativ for å «merke/stemple» kunnskapsbasert pasientinformasjon på nettet er eit prosjekt støtta av EU som heiter MedCERTAIN. (MedCERTAIN – MedPICS Certification and Rating of Trustworthy and Assessed Health Information on the Net). Her utviklar ein eit stempel og eit sett med metadata som kan brukast til å filtrere kvalitetsinformasjon for publikum. MedCERTAIN vil bli eit desentralisert system der enkeltpersonar og organisasjonar kan samarbeide om å evaluere og kvalitetsvurdere helsefagleg informasjon.

Målet er å gje brukarane eit verktøy for å evaluere og velje kvalitetsinformasjon.

Det skal og utviklast eit sett med evalueringskriterier med basis i ein internasjonal konsensusprosess. Dette arbeidet har sitt utgangspunkt i eit miljø ved Universitetet i Heidelberg. I haust vert det arrangert ein konsensuskonferanse i Heidelberg som har tittelen «Quality criteria for health related websites: A foundation for rating and filtering health information.» Helsetilsynet deltar på konferansen.

Vi ønskjer synspunkt på spørsmålet om felles norske evalueringskriterier for helseinformasjon på internett for tenester retta både mot fagpersonar og publikum.

NSAM's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis 2000

Av Tor Claudi

NSAM's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis ble første gang utgitt i 1989. Andre utgave forelå i 1995 og den tredje revisjonen sendes ut høsten 2000. Støtte fra Kvalitetssikringsfond I og Norges Diabetesforbund gjør oss i stand til å distribuere programmet gratis til bl.a. alle allmennpraktikere.



I en tid hvor vi nærmest drukner i anbefalinger, guidelines og kliniske retningslinjer kan man stille spørsmål om det er behov for dette programmet. Vi er optimistiske nok til å tro at NSAM's handlingsprogram for diabetes har vært og fortsatt vil være et nyttig redskap for norske allmennpraktikere, selv om vi er smertelig klar over at implementeringen av programmet på langt nær er god nok.

Det følger et forsøk på å gjøre rede for de viktigste endringene i den nye versjonen.

Diagnostikk:

De diagnostiske kriterier for diabetes mellitus er endret. Den diagnostiske fasteverdien er senket fra p-glukose $\geq 7,8$ mmol/l til p-glukose $\geq 7,0$ mmol/l. I USA (1) har man valgt å benytte fasteverdien og de anbefaler ikke bruk av glukosetoleranstester (OGTT), mens WHO (2) har anbefalt at man beholder OGTT som et diagnostisk redskap som tidligere. Det har vært store diskusjoner om nytten og hensikten med disse endringene. Hovedbegrunnelsen er at en fasteverdi på 7 mmol/l stemmer bedre overens med en 2-timers verdi etter en OGTT på 11,1 mmol/l. og at man dermed kan slippe å utføre glukosetoleranstester (noe de ikke greier å gjennomføre i praksis i USA). Problemet er imidlertid at man delvis finner to forskjellige populasjoner diabetikere dersom man enten benytter de nye amerikanske diagnosekriteriene eller de gamle fra WHO (3). Det ser ut til at de eldre oftere diagnostiseres ved en høy 2-timersverdi, mens de unge har en tendens til å ha høye fasteverdier. Hvorvidt de nye kriteriene fører til flere eller færre diabetikere synes å være avhengig av hvilken populasjon man undersøker. Referansegruppas holdning er at vi aksepterer den nye fastende grensen på p-glukose $\geq 7,0$ mmol/l, og vi anbefaler OGTT brukt som tidligere. Det betyr i praksis at vi mener man skal foreta en OGTT også ved lavere fastende plasma glukoseverdier enn 7 mmol/l dersom det er klinisk mistanke om, eller økt risiko for diabetes. Derimot mener vi at det ikke har noen hensikt å utføre OGTT hos pasienter eldre enn 70–75 år med fastende p-glukose < 7 mmol/l.

Hvorvidt de nye anbefalingene vil føre til et økt antall diabetikere vet vi ikke med sikkerhet. Halvparten av de diabetikere som behandles i norsk allmennpraksis er eldre enn 70 år (4). Vi tror at man med de nye kriteriene vil finne noen flere yngre personer med diabetes, hvor det etter vårt syn er viktig å stille diagnosen, mens antallet nydiagnostiserte eldre personer med diabetes vil gå noe ned. Dersom en person > 70 år har et fastende p-glukose < 7 mmol/l har det etter vårt syn, liten hensikt å stille en eventuell diabetesdiagnose.

Metabolsk syndrom/risikointervensjon

Endringer i glukosemetabolismen i form av nedsatt glukosetoleranse eller diabetes fører sammen med hypertensjon, dyslipidemi, abdominal overvekt og mikroalbuminuri/albuminuri til en betydelig økt risiko for hjerte- og karsykdom. I epidemiologiske studier er det en klar sammenheng mellom blodglukosenivå og økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer, men ingen har til nå greid å vise at behandling av hyperglykemien påvirker den økte morbiditet og mortalitet av makrovaskulær sykdom i vesentlig grad. Flere studier har imidlertid vist en klar behandlingsgevinst på mikrovaskulære komplikasjoner. Der er også god dokumentasjon for at pasienter med diabetes har bedre nytte av antihypertensiv behandling (5), enn ikke-diabetikere og det samme synes også være tilfelle for lipidsenkende behandling (6). En ikke publisert epidemiologisk analyse fra UKPDS tyder på at den beste effekten får man ved å behandle både hypertensjon, dyslipidemi og hyperglykemi. Andre epidemiologiske data fra samme undersøkelse viser at det er en sammenheng mellom fall i Hb A_{1c} og utvikling av mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (7).

Intervensjon overfor risikofaktorer ved livsstilssykdommer reiser mange problemer. Nesten uansett risiko og behandlingseffekt er det et fåtall av pasientene som har nytte av behandlingen. Jo lavere intervensjonsgrenser, jo flere pasienter må behandles for å forhindre et tilfelle av sykdom og eventuell død. På den andre siden, jo høyere risiko jo større absolutt behandlingseffekt. Fastsettelse av intervensjonsgrenser og behandlingsmål vil derfor ha betydelige konsekvenser både for den enkelte pasient og for samfunnet. For pasientene vil konsekvensene være at de fleste må spise tabletter de ikke har noen glede av og i verste fall får bivirkninger av, mens noen vil unngå både komplikasjoner og en for tidlig død som en følge av behandlingen. Samfunnets problem er at det på den ene siden skal betale behandlingskostnadene, på den andre siden betale behandlingen av de komplikasjoner man ønsker å forhindre. Vårt problem og mål var å prøve å fastlegge intervensjonsgrenser og behandlingsmål som tar hensyn til denne virkeligheten. Det er også viktig å presisere at behandlingsmål og intervensjonsgrenser ikke er identiske.

Lipider

Det finnes ingen gode randomiserte studier om statinbehandling hos type 2-diabetikere. Subgruppeanalyser fra 4S (5) og CARE (8) tyder imidlertid på at personer med diabetes har den samme relative behandlingseffekt som ikke-diabetikere.

En konsensuskonferanse arrangert av SLK i 1999, anbefalte at alle type 2-diabetikere bør behandles med lipidsenkende medikamenter. Dette er vi uenige i (se tabell 1). Vår oppfatning er at det blant pasienter med type 2-diabetes også er en betydelig variasjon i risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom

Tabell 1. Medikamentell behandling av dyslipoproteinemi bør vurderes hos følgende pasienter med type 2-diabetes

Pasienter med kjent arteriosklerotisk sykdom som:

- er < 75 år
- og har mer enn 5 års forventet levetid
- og som har en ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol > 4.

Pasienter uten kjent arteriosklerotisk sykdom som:

- er < 75 år
- og har med enn 5 års forventet levetid
- har ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol > 5

og har minst en av følgende risikofaktorer:

- BT > 145/90, eller som behandles med antihypertensive medikamenter
- Mikroalbuminuri / diabetisk nefropati
- Dagligrøykere som ikke klarer å slutte
- Familiær hjerte- og karsykdom i ung alder.

Det er en forutsetning at man har forsøkt livsstilsintervensjon med økt fysisk aktivitet og kostomlegging før medikamentell behandling startes.

Behandlingsmålet bør i begge gruppene være en ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol < 4.

Hypertensjon

Det finnes etter hvert god dokumentasjon for at personer med type 2-diabetes har nytte av hypertensjonsbehandling. Resultater fra UKPDS (9) viste også at god hypertensjonsbehandling med et gjennomsnittlig blodtrykk på 144/82 mmHg over en ni-årsperiode (mot 154/87 mmHg i den dårligere behandlede gruppa) ga en større reduksjon i de mikrovaskulære komplikasjonene enn de greide å påvise ved god blodglukosesenkende behandling (reduksjon på 0,9% poeng i Hb A_{1c}). Når det gjelder valg av medikament ser det ut til at dette spiller en mindre rolle. UKPDS viste ingen forskjell på ACE-hemmer og betablokker når det gjaldt behandlingseffekt og endepunkter. Det viktigste synes å være å nå behandlingsmålet. I UKPDS måtte nærmere 30% av pasientene benytte tre eller flere medikamenter for å nå dette.

Ett unntak når det gjelder medikamentvalg, synes å være type 1-diabetikere med mikroalbuminuri/albuminuri. Denne gruppa synes å profitere på bruk av ACE-hemmere. Når det gjelder AII-antagonister finnes det foreløpig ikke dokumentasjon på harde endepunkter hos diabetikere.

Behandlingsmålet bør etter vårt syn være 140/85, hos yngre pasienter med mikroalbuminuri/albuminuri bør behandlingsmålet ligge noe lavere. Generelt bør intervensjonsgrensene ligge noe høyere enn behandlingsmålene. Grensen for når man velger å starte en blodtrykkssenkende behandling vil også være avhengig av andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.

Blodglukose

Behandling av hyperglykemi har til nå vist skuffende resultater på makrovaskulær sykdom. Det er derimot hevet over enhver tvil at det er en sammenheng mellom blodglukosenivået og de mikrovaskulære komplikasjonene, og at forekomsten av disse kan reduseres ved behandling. Også når det gjelder den blodglukosesenkende behandlingen synes det viktigste å være å få blodglukosenivået ned, valg av medikament synes å spille en mindre rolle. I handlingsprogrammet anbefaler vi metformin til de pasientene hvor insulinresistensen synes å dominere (det vil i hovedsak si de overvektige), mens man bør begynne med et sulfonyleurea-preparat til de andre. Det viktigste er at man satser på å nå behandlingsmålet og er villig til å trappe opp behandlingen for å nå dette.

Behandlingsmålet vil hos pasienter < 75 år være Hb A_{1c} < 7,5%

Acetylsalicylsyre

En rekke sekundærpreventive studier (10) har vist at små doser acetylsalicylsyre virker forebyggende mot nye kardiovaskulære hendelser også hos diabetikere. Subgruppeanalyser fra diabetikerne som var med i HOT-studien kan tyde på at de også har en primærprofylaktisk effekt av acetylsalicylsyre. Vi synes ikke det er grunn til å anbefale acetylsalicylsyre til alle pasienter med type 2-diabetes, men anbefaler at man vurderer det hos personer med diabetes som har en eller flere risikofaktorer (tobakksrøyking, hypertensjon, dyslipidemi, familiær opphopning av hjerte- og karsykdom i ung alder og mikroalbuminuri/albuminuri) i tillegg til sin diabetes.

Evidence based medicine (EBM) og kliniske retningslinjer

Vi har forsøkt å begrunne våre sentrale anbefalinger etter vanlige retningslinjer for EBM. Dette er et vanskelig og omfattende arbeid og enkelte av våre vurderinger kan selvsagt diskuteres. Vi tror imidlertid at dette er en viktig måte å arbeide på. Vi tror ikke at man kun skal følge anbefalinger

som kan begrunnes på bakgrunn av randomiserte kontrollerte studier. Mye av vårt kliniske arbeid vil aldri kunne omfattes av den type kunnskap. Derimot tror vi det kan være nyttig å hvite hvilken faglig og vitenskapelig begrunnelse som ligger bak de forskjellige anbefalingene som gis bl.a. i kliniske handlingsprogram

Hvem har ansvaret for utarbeidelse og implementering av kliniske handlingsprogram?

Arbeidet med å lage kliniske handlingsprogram er svært omfattende og tidkrevende. I vårt tilfelle har det i hovedsak skjedd på bekostning av deltagerens fritid. De anbefalinger som blir gitt, vil dersom de blir fulgt, medføre store konsekvenser for den enkelte pasient, for helsevesenet og for samfunnet. Vi er derfor forbauset over det manglende engasjement de sentrale helsemyndigheter viser overfor denne type arbeid. Dersom handlingsprogrammet for diabetes kan forhindre en legg-amputasjon vil trykking og utsendelse være kostnadsnøytralt (ca. 450.000,- kr). Til tross for dette var det ikke mulig å få noen form for offentlig støtte verken til utarbeidelsen eller til utsendelsen. NSAM's referansegruppe for hypertensjon har møtt de samme problemene. At helsemyndighetene og Rikstrygdeverket ikke vurderer utarbeidelse og implementering av kliniske handlingsprogram som en viktig og vesentlig del av det forebyggende arbeidet er i beste fall uforståelig.

Vi håper at den tredje utgaven av NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis vil bli benyttet av norske allmennpraktikere og føre til en bedring av kvaliteten på norsk diabetesomsorg. Programmet vil i løpet av høsten bli sendt ut til alle allmennpraktikere, pediatere og indremedisinere. Andre kan kjøpe det i legeföreningen eller Norges Diabetesforbund. Det vil også bli lagt ut på internett.

Referanser:

1. The expert committee on the diagnoses and classification of diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnoses and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997;20:1183-97
2. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnoses and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnoses and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. Diabetic Med 1998;15:539-53.
3. DECODE study group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes? Reanalysis of European epidemiological data. BMJ 1998;317:371-5.
4. Claudi T, Cooper J, Skogøy K, Hausken MF, Melbye H. Diabetesomsorg i norsk allmennpraksis. En tilstandsrapport fra Salten og deler av Rogaland. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:3663-4.

5. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-62.
6. Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997;20:614-20.
7. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 35). *BMJ* 2000; 321: 405-11.
8. The Care investigators. Cardiovascular events and their reduction with pravastatin in diabetic and glucoseintolerant myocardial infarction survivors with average cholesterol levels: subgroup analysis in the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. *Circulation* 1998;98:2513-9.
9. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:703-12.
10. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy—I: Prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994;308:81-106.

Kasuistikker

1.

Kvinne, 73 år gammel, god allmenntilstand. BT 145/90, vekt 80 kg, høyde 168 cm (BMI 28 kg/m²) tilfeldig kapillær glukose målt på kontoret 8,5 mmol/l. (Samme prøve viste 6,7 mmol/l for to år siden).

Hvilke diagnostiske overveielser vil du gjøre?

Du analyserer et fastende p-glukose på nærmeste laboratorium, svaret er 7,4 mmol/l. Siden pasienten ikke har noen symptomer på diabetes sender du en ny plasma prøve som denne gangen viser 7,1 mmol/l. Du stiller diagnosen diabetes.

Så langt er det relativt greit, men hva skal man gjøre videre? Mine forslag, som selvsagt kan diskuteres, er som følger:

De spørsmål man bør stille seg selv først og kanskje pasienten deretter er:

Hvor stor vekt skal man legge på å få henne til å legge om kostholdet, gå ned i vekt, øke den fysiske aktiviteten og definere henne som «DIABETIKER»?

Hva kan man forvente å oppnå med tanke på å forhindre framtidig sykdom, og i hvilken grad forsurer man hennes sosiale liv ved å innføre kostrestriksjoner og indusere dårlig samvittighet?

Hvor stor er realismen i å oppnå en vektreduksjon?

I denne situasjonen betyr din kjennskap til pasienten mye og ingen randomiserte studier kan gi deg alle svarene du er ute etter.

Det vi vet er at en nyoppdaget diabetes etter 70–75 års alder betyr lite for mortaliteten, men en dårlig regulert diabetes kan bety mye for livskvaliteten (tretthet, nedstemthet, tørste osv.), og for risikoen for utvikling av mikrovaskulær sykdom, særlig øyekompplikasjoner.

Før jeg tar stilling til omfanget av eventuelle videre intervensjoner, ville jeg ha resultatet fra en undersøkelse hos øylege og av Hb A_{1c}. Dersom hun ikke har tegn til øyekompplikasjoner og en Hb A_{1c} < 7.5% ville jeg ikke foreslått store intervensjoner. En kostgjennomgang for eventuelt å luke ut klare «overtramp» er kanskje indisert. Mange diabetikere drikker store mengder melk som de ofte kan klare seg godt uten.

Dersom hun har tegn til retinopati eller en høy Hb A_{1c} bør man vurdere en mer omfattende intervensjon. Dette må uansett gjøres i samråd med pasienten. Dersom man velger den første strategien ville jeg kontrollert Hb A_{1c} 2–3 ganger årlig.

Jeg ville ikke behandlet hennes blodtrykk, jeg er også usikker på om jeg ville undersøkt lipidstatus, men det vil være litt avhengig av hvordan man vurderer hennes framtidige leveutsikter.

2.

Mann 48 år gammel, kommer til deg med klar beskjed fra kona om å få en sjekk. Grunnen er at en nær venn døde plutselig av hjerteinfarkt for få uker siden.

Han er tung, du behøver ikke å måle liv-oftemål for å se at det er den abdominale fedmen som dominerer. Stillesittende både i arbeid og fritid, røyker en pakke tobakk i uka, føler seg frisk. Mor fikk diabetes 75 år gammel, far døde av noe med hjertet 60 år gammel.

BT 150/95. Normale hjerte og lungefysikalia. Vekt 92 kg, høyde 178 cm (BMI 29 kg/m²). Du rekvirerer en del blodprøver som viser: fastende kapillær glukose 6.0 mmol/l. (målt på kontoret), kolesterol 5,5 mmol/l, HDL-kolesterol 0,9 mmol/l, triglyserider 3,1 mmol/l.

Hvilke overveielser gjør du deg?

Er det ytterligere undersøkelser som er aktuelle?

Umiddelbart aner man en økt risiko for hjerte- og karsykdom. Familiename, lipidprofil, abdominal overvekt, røyking, manglende mosjonsvaner, trenger man egentlig mer informasjon for å kunne si noe om dette? En beregning på en risikokalkulator (SmartHeart) viser en beregnet ti års risiko på 20 %. Da er familiename, ikke regnet med.

Det er mulig at det er min hang til mest mulig informasjon som gjør utslaget, men jeg ville utført en glukosetoleransetest. Denne viser fastende p-glukose: 6,9 mmol/l og 2 timers verdi på 10,2 mmol/l, forenlig med en nedsatt glukosetoleranse. (Hans risiko for å utvikle diabetes i løpet av de neste ti år er > 30 %). Gjentatte blodtryksmålinger bekrefter også at BT ligger i området 150/95.

Pasienten har et metabolsk syndrom (tabell 1).

Tabell 1. WHO's definisjon av metabolsk syndrom

Nedsatt glukosetoleranse, diabetes eller økt insulinresistens i tillegg til to eller flere av følgende tilstander:

Hypertensjon (blodtrykk > 140/90)

Dyslipidemi; triglyserider > 1,7 mmol/l, HDL-kolesterol < 0,9 mmol/l hos menn, < 1,0 mmol/l hos kvinner, overvekt med sentral adipositas; midje/hofteforhold > 0,9 hos menn og > 0,85 for kvinner og/eller BMI > 30 kg/m².

Mikroalbuminuri / albuminuri

Hva skal man gjøre nå?

Her er det sannsynligvis mye å hente dersom man kan få ham med på en endring av levestil.

Vi vet at en endring i livsstil med vektreduksjon og mer mosjon vil redusere hans risiko for å utvikle diabetes. Dersom han var ikke-røyker ville ti års risikoen for å utvikle koronar hjertesykdom være redusert til ca 13%.

Det viktigste i denne situasjonen er derfor å spille på samme lag som pasienten. Vennens død gir kanskje en økt motivasjon, men det er vanskelig å slutte å røyke, gå ned i vekt, legge om kosten og begynne å trene på en gang. Bruk tid på å diskutere situasjonen sammen. Hva kan han tenke seg? Hva tror han er lettest? Viktigst? Bruk tid både til å motivere ham og på å vente på resultatene. Bli enige om mål, både kortsiktige og langsiktige. Jeg ville ventet lenge med å starte medikamentell behandling, å unngå tabletter er ofte en motiverende faktor for mange. Det viktigste i slike situasjoner er kanskje at de definitivt ikke har noe preg av øyeblikkelig hjelp. Man kan ta seg god tid og akseptere motbakker underveis så lenge man har en følelse av man er på vei mot målet. Hans risiko for hjerte- og karsykdom etter at man har kommet til veis ende med livsstilsendringer, vil være avgjørende for om man skal starte med medikamentell behandling. Pass for all del på at man ikke definerer en vellykket livsstilsomlegging, selv om man ikke når alle målene, som et nederlag for pasienten.

Dersom man ender opp med å vurdere medikamentell behandling er det pt. ingen dokumentasjon for at det har noen hensikt å behandle hans nedsatte glukosetoleranse medikamentelt. Hvorvidt man skal starte med å behandle hans hypertensjon eller dyslipidemi vil være avhengig av lipidverdiene og blodtrykket. En undersøkelse av eventuell forekomst av mikroalbuminuri vil kanskje også være til hjelp i denne situasjonen.

C Detrusitol «Pharmacia & Upjohn»
Muskarinreseptorantagonist
ATC-nr: G04B D07

T Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneholder: Tolterodin-L-tartrat 1 mg, resp. 2 mg, tilsv. tolterodin 0,69 mg, resp. 1,37 mg, hjelpestoff: fargestoff: Titandioksid (E171) Filmoverbelegg

Egenskaper: **Klassifisering:** Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for utløst enn spyltjertlene. **Virningsmekanisme:** Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metabollitene, 5-hydroksymetyltolterodin, har tilsv. farmakologisk effekt som muskrelaxant. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolliten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker. **Absorpsjon:** Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. **Proteinbinding:** Tolterodin 96%, 5-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 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 metabollitt, og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosjustering er unødvendig. **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. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert trangvinkelslukom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre stoffene.

Bivirkninger: Tolterodin kan forårsake milde til moderate sideeffekter som munntørhet, dyspepi og redusert tårepdukasjon.

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

fatulens, brøileringer.
Hud: Tørr hud.
Psykiske: Søvnforstyrrelser, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parastesi.
Syn: Tørre øyne.
Øvrige: Hodpine.

Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Brynsmerte.

Sjeldne (<1/1000): Sentralnervesystemet: Forvirring.
Urogenitale: Urinretensjon.
Øvrige: Allergiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæreføring med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorostenoze), hiatusherni, autonom neuropati, nyrer- og lever sykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antitumorika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol), skal behandles med forsiktighet. Det kan være at pasienter oppstår akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbetont 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.

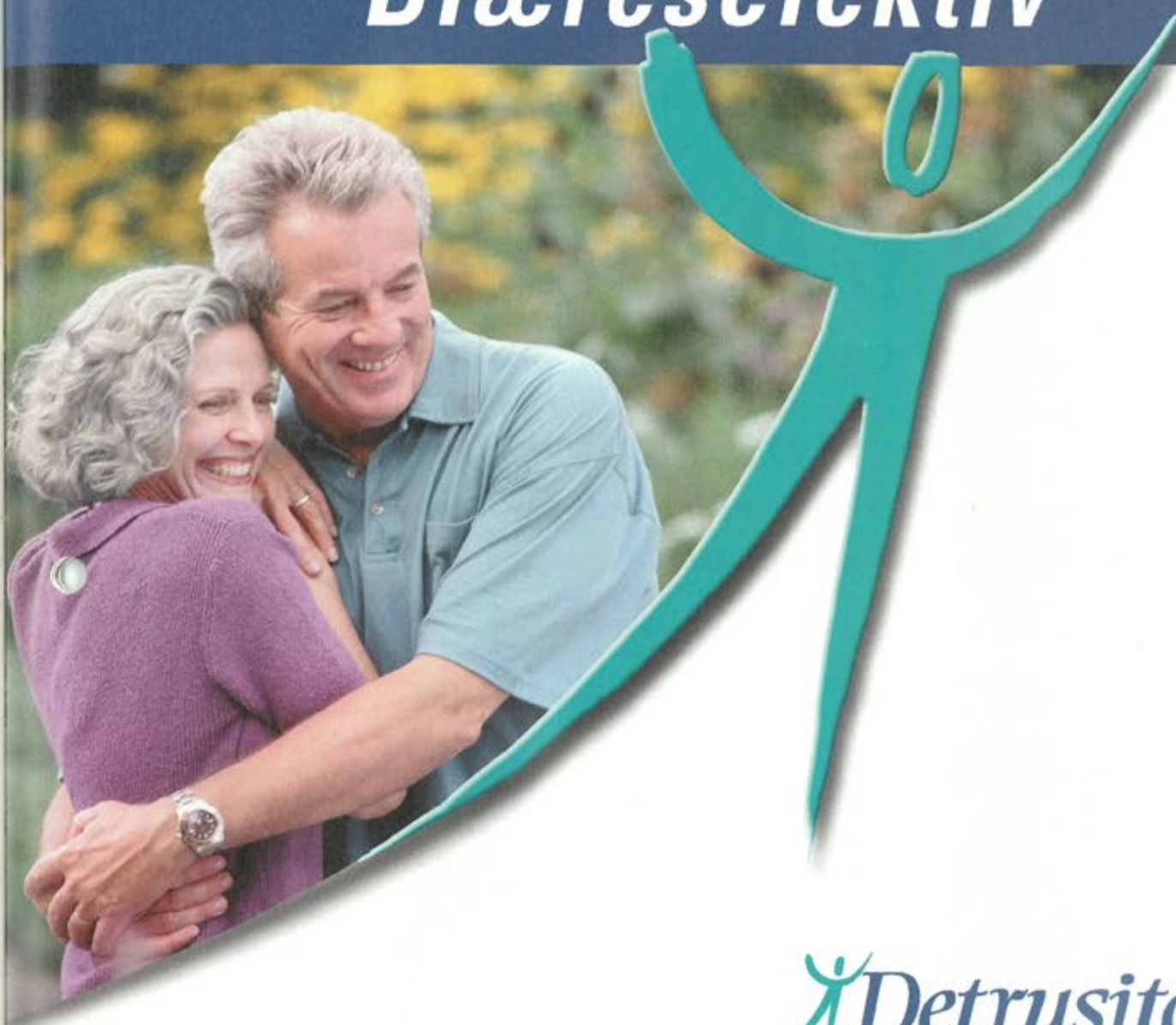
Interaksjoner: Samtidig behandling med legemidler som har antikolinerge effekter kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt: kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av muskarinreseptoragonister. Effekten av mobilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Farmakokinetiske interaksjoner er mulige ved samtidig behandling med andre preparater som metabolliseres ved eller hemmer cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6) eller CYP3A4. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antitumorika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Ikke påvist interaksjoner med warfarin eller kortikosteroider i faste kombinasjoner (letylnestradol/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 dosen 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 vannlatingproblemer er sett ved doser på 12,8 mg. Behandling: Ev. ventrikulærskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 2 mg 56: 407,60 2 mg 500: 3345,60
1 mg 56: 395,80 1 mg 500: 3241,40

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)

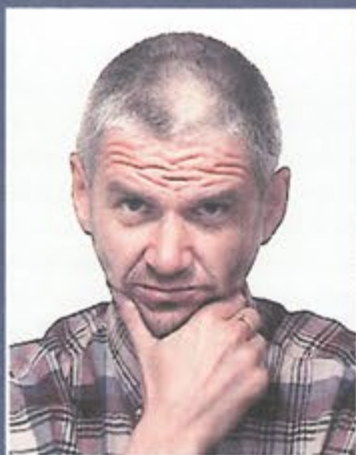
PHARMACIA

www.detrusitol.com

Kundeservice telefon: 22 18 41 21

Notater fra en trett lege (IV)

I Utposten nr. 3 og 4/2000 har vi fått «reisebrev» fra Øystein Hallre på hans ferd fra en travel allmennpraksis til utbrenthet og sykemelding. Vi bringer nå del IV av dette «reisebrevet». Siden han enda ikke er ferdig med prosessen ut av allmennpraksis, har han lovet nok et brev i 2001 som en epilog på hans beretning.



Øystein Hallre, 48 år, spesialist i allmennmedisin, jobbet 20 år hvorav 19 år i alm.-praksis (7 år nordpå, 12 år i sentral østlands-kommune med fullt driftstilskudd + Sykehjem og Helsestasjon) og 1 år på sykehus (ØNH og Indremed) Gift med lærer. Har 2 gutter, 14 og 17 år gamle.

En dag i juni 2000

Vi står der på verandaen med et champagneglass i hånden – i nok et 50 årslag. Det er folk som ble sveiset sammen i ung voksen alder utifra interessene som drev oss den gangen. Vi kjente hverandre godt da. Siden entret vi Livets Karusell og snurret rundt på den i 30 år. I kveld har vi gått av og står stille på siden og betrakter runddans vi har vært igjennom. Vi har fått overblikket nå. Vi ser de store linjer. Er grovt informert om hverandres skjebner og utvikling via felles venner. En av gjestene kommer bort til klyngen jeg står i. Jeg skjønner at han har tenkt på et innlegg. Han er en sikker goalgetter – høyt oppe på banen. Han tripper litt, trekker pusten og ser om det er klart i målområdet. Jeg vet hva han skal si. Jada!.. jeg *vet* det! Hele vinteren og våren har jeg innimellom tenkt på nettopp *det*! Men jeg har ikke gjort noe med det. Vet ikke helt assen jeg skal takle det. Jeg har liksom ikke initiativ. Jeg går 2 dager på jobb og 3 dager på ski i uka. Jeg skyver alt strev foran meg. Jeg vil egentlig bare ha det litt godt – bare litt til. Neste uke – kanskje.

«Kan det være slik at du ikke tillater deg å tenke nøye over hvilke *andre* ting du kunne ha jobbet med fordi du føler en så stor *forpliktelse* overfor doktorrollen?» Han ser spørrende på meg fra sin tilbakeleste stol. Det irriterer meg at han bruker «ikke tillate deg» så ofte. Hva er det jeg ikke tillater meg? Jeg er jo fri og selvstendig. Og det vrir seg i meg ved ordet *forpliktelse*. Det ordet tror jeg aldri jeg har brukt. Plikt, er noe jeg og mine jevnaldrende aldri har snakket noe særlig om. Men jeg har lang tid på å bygge opp, meisle ut, sveise sammen den konstruksjonen som er blitt doktor Hallre. Han tar ganske stor plass inni meg. Og så er det det: at nå for tiden *sover* denne digre doktoren. Jeg ser umiddelbart ingen andre tydelige figurer på mitt tankeloft som jeg kan vekke og få liv i. Av forskjellige og andre grunner vil jeg ikke kontakte det lokale arbeidskontoret og spørre etter en yrkesrettleider heller. Jeg spør Lægeforeningen om de har en attføringsgruppe som kan hjelpe leger til å skifte jobb eller yrke. Det har de ikke.

Søstra mi gir meg et tips mens vi sitter på Eurostar og suser avsted under den engelske kanal på vei til Normandie for å finne Gangerolf. Hun har nettopp sluttet i et datafirma etter 18 år. Firmaet koplet henne på en konsulentgruppe som bare driver med omplassering av folk innen næringslivet. «De tar tak i deg, og sammen foretar dere en egenanalyse på evner, interesser og verdier. Dypere årsaker lar de ligge i fred. Så foretar de en omverdensanalyse for å finne et arbeid som ville matche med den du er. De legger ikke svarene i fanget ditt, men kaster mentale tankeballer med deg slik at du reagerer, tenker og løfter blikket og ser til alle kanter for å finne *din* vei videre.» ...Enn om noen hadde gjort dette med meg – på gymnaset! I England er de svært bevisste på dette i videregående. «Skaff deg en *god* utdannelse så har du alle muligheter, gutten min!» Ja, den var god, og jeg egnert meg. Kunne lytte bl.a. Men jeg har jo også andre sider.

Jeg ringer konsulentfirmaet og får en gratis prøvetime. De har kontorer i en gammel og flott villa på beste vestkant i Oslo. Opplegget lukter av rikelig med penger. Avslappet, men seriøs atmosfære med fokus på ..deg! Han er litt eldre enn meg og litt høyere – og litt tynnere. Jeg liker'n umiddelbart. Vi går rett på sak, og jeg tenner på hans konsept. Dette er noe for meg! Jeg må sette av god tid hver uke til å jobbe med prosessen sammen med dem på deres kontor. De vil følge meg til mål enten det tar kort eller lang tid. Og prisen: 105.000 kr! ...Jeg detter baklengs. Ja, han ser at det er mye penger. Nå er det jo firmaene som vanligvis betaler for denne omplasseringsprosessen, men han tror det er et stort behov hos privatkunder også. ...Om det er!

Jeg går litt betuttet hjem. Tenker på prisen. Det er mye penger. Allikevel har jeg jo de siste 10 år brukt enkelte store beløp. Bilen til 270.000. Ombygging av 1. etasje til 150.000. Innkjøp av nye datamaskiner på kontoret til 100.000. Og sist: oppussing av badet for 110.000. Og det bare gjorde vi! En «oppussing» av meg som ville gitt arbeids glede de neste 20 år? Kan det sammenliknes med et bad? Jeg må tenke på det.

I påsken er det stort treff i svigerslekta. Jeg stikker til dem et skjema og noen fyller ut. Svar: «Underviser, programmaker, fotograf, guide, organisator, ..entertainer....»

Hmm! En organisasjonspsykolog og en skolepsykolog/pedagog blant dem ser på hverandre og ler: «Vi kan gjøre det for 100.000!!» Jeg tar dem på ordet! Og vi legger en plan med 4 møter i løpet av 2 mnd. Når det kommer til hælenga vil de ikke ha betalt. De får noe de kan nippe og lytte til. Vi starter med egenanalysen, og de kaster baller til meg. Jeg får hjemmelekser og gjør dem ordentlig. De kjenner meg jo etter flere års observasjonstid og speiler meg. Jeg kjenner meg løftet, fatter litt mot og synes jeg øyner en ny fremtid i horisonten. Den ene av dem finner det ømme punktet og

trækker til: «Jeg har ingen tro på at du vil tilbake til allmennpraksis, Øystein!!» Jeg vet mye og tror litt at han har rett. Men jeg føler meg så fanget – i vanen. Å gå til kontoret mitt hver dag sitter som reflekser i ryggmargen. «Å ønske det, ville det, tenke det med – men gjøre det?!»

Jeg får tidsnød og kommer under press. Det er snart ett år siden jeg ble sykemeldt og da faller SOP's økonomiske støtte bort. Det vil bli smalhans. Hva *gjør* jeg? Hvorfor har jeg ikke satt himmel og jord i bevegelse for å utrede et klart alternativ for framtida? Hvorfor glir jeg viljeløst mot deadline? Jeg burde jo være ute av utbrentheten nå! Fått tilbake guts og fighting spirit!

«Kan vi tolke denne initiatvløsheten – mht til å ordne oppsom en *ulyst* mot å gå tilbake til allmennpraksis?»Jeg minnes kollegaen på nattoget til Nidaroskongressen: «For deg som er et prosjektmenneske må det være døden å drive vedlikehold av en optimalt behandlet pasientpopulasjon.» Mmh!

Jeg stikker finger'n i jorda: hvor er du nå og hva sitter du igjen med etter dette året?

- 1) Selvfølelsen er den samme. Jeg liker meg selv og føler ikke utbrentheten som noe nederlag. Det er selve innholdet i allmennmedisin som er uvanlig tyngende over år og ikke jeg som er uvanlig svak. Det vil si: stemmene inni meg som skal varsle om ulyst og ubehag er bemerkelsesverdig svake.
- 2) Humøret er tilbake på overflaten og ansiktet kjennes oppmyket og mer levende – ikke som den blymasken jeg kjente ifjor. Men jeg har lett tilgang/kort vei ned til et stort rom inni meg som er fylt med: alvor, bekymring, gråt, engstelse, redsel, skrik, håpløshet og tomhet. Og dette er ikke mitt!
- 3) Jeg blir uvanlig mismodig når jeg blir litt sliten og trett.
- 4) Jeg har, jeg har, jeg har en konsistent motvilje/uvilje mot å gå tilbake til samme praksis: pasientene, kontoret, bygningene.
- 5) Jeg skimter konturene av en mulig spennende framtid.
- 6) Jeg har en tro på at jeg skal klare meg.

Goalgetter'n spenner til med et stort smil og innlegget kommer: «Du og Ivar P...dere valgte feil yrke! Dere skulle brukt evnene deres på noe helt annet!» Jeg ser litt brydd ned mens han klapper meg på skulderen. Fin dress har'n også. Jeg tar en liten slurk av champagnen. Tar imot ballen med begge hender, legger den ved føttene mine, retter meg opp, vender meg mot han og sier rolig: «Jeg skal selge praksisen.»

Tid for å velge seg fastpasienter...

Tiden er inne til å velge seg fastpasienter,
hvis forhandlingene lykkes og løpet går som planlagt...
Derfor har jeg tenkt litt på hvordan jeg vil ha det,
hvilke krav og ønsker jeg har til de pasientene jeg skal ha
og jeg har lyst til å dele dette i dette forum.

Først av alt ønsker jeg meg **skikkelige** pasienter – mennesker som virkelig er syke slik jeg oppfatter dem, som har en av disse sykdommene som er objektiverbare med retningslinjer fra EBM slik at jeg vet hvordan jeg skal håndtere dem.

- Og så ønsker jeg at disse pasientene skal
- være passe følelsesmessig engasjerende
 - gi meg positive tilbakemeldinger
 - ikke klage over behandlingene
 - ikke bruke unødvendig tid på det jeg oppfatter som bagateller
 - ha en rasjonell redsel for sykdom
 - ikke provosere fram vonde følelser i meg
 - ikke minne meg om personer jeg har et vanskelig forhold til
 - ha behov for meg, men samtidig være aktive og interessert i å bli friske

Ser jeg på denne listen, kan det forresten bli litt kjedelig – jeg trenger noen som

- kan tirre meg litt
- gi meg litt motstand
- bruke litt for mye av min dyrebare tid slik at det gir meg grunn til å klage akkurat passe

Men kronikerne da – underlig ord forresten – jeg er en kronisk lege – eller kanskje jeg er en anakronisme, men i hvert

fall kjennetegnes de i vårt språk ved at de stadig kommer igjen fordi de ikke er blitt friske – er det derfor vi blir så slitne av dem – eller blir vi lei dem fordi de stadig minner oss om vår inkompetanse - ?

Etter alt hva vi har gjort for dem, burde de i det minste være fornøyd og ikke belaste avtaleboka vår med stadig nye eller de samme gamle plagene!

Kanskje vi trenger et nytt språk – et språk for oss – eller et språk for dem – aller helst et felles språk! Kroppen taler, men hva taler kroppen deres om?

Taler den kanskje om ikke å ha blitt møtt, eller om ha blitt møtt så lite at den stadig prøver og prøver og prøver igjen å bli møtt, men går like skuffet hjem hver gang. Fordi legen ikke skjønnte hva han skulle møte, han har kanskje aldri møtt noe tilsvarende og mangler erfaringen som gjør at han kan gjenkjenne. Eller kanskje han tror han ser et uhyggelig troll som han tror vil ta livet av ham om han slipper det ut i lyset. Kanskje han har et troll som ligner – og ikke har erfart at troll er mer truende i mørket, men mister mye av sin kraft når de slippes ut i lyset. Da kan de både blekne og løse seg opp, selv om de kan gi vonde arr. Kanskje han tror han må temme trollet? Hvem vet? – Ikke jeg i hvert fall, jeg har nok med mine egne troll.

Øystein Bakkevig

Fuglen

Historier
fra
virkelig-
heten

Telefonen ringte hos legen midt på natten. Det var gamle fru Andersen som var helt forvilet fordi «det pep» med jevne mellomrom i hodet hennes. Det høretes akkurat ut som om det var en fugl. Etter en lang prat med legen slo hun seg til ro med at det sikkert bare var det at hun hadde hatt en slitsom dag i forveien og litt for mye å tenke på. Dette kan jo gi urolige netter, hadde legen forklart. Fru Andersen er en eldre, litt engstelig dame, og det skal ikke så mye til før hun blir nervøs og oppskaket.

Dagen etter ble like vanskelig for fru Andersen, for denne «fuglen som pep i hodet hennes» ble bare mer og mer ilter. Hun hadde derfor flere telefoner til legesenteret og snakket både med medarbeiderne og legen, som alle prøvde å berolige henne uten å lykkes noe særlig.

Da hun på slutten av en lang slitsom dag igjen tok kontakt med legen, var nok begge en smule oppgitt. Men etter at fru Andersen hadde avlagt en lang beskrivelse om hvordan hun opplevde å ha en fugl som vokste inne i hodet, ble også legen bekymret. De avtalte derfor at legen skulle komme innom fru Andersen på vei hjem fra kontoret.

Da fru Andersen åpnet for legen så hun merkelig godt ut i forhold til påkjenningen hun var utsatt for. Legen ble vist inn i stuen og fru Andersen begynte på nytt å forklare hva som skjedde «inne i hodet» hennes. Legen lyttet igjen til historien som ble fortalt med stor innlevelse. Så hørte plutselig også legen at det pep! Var det virkelig en fugl, om ikke i fru Andersens hode, så kanskje i leiligheten? Det pep igjen, og legen gikk en rekogniseringsrunde... det hele ble ganske merkelig...

Lettelsen var derfor ganske stor da sykehistorien med dens lidelser kunne tilbakeføres til at batteriet i brannalarmen var i ferd med å lades ut!



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

Som rådgivende lege i Trygdeetaten i Oslo byr hverdagen på utfordrende møter med enkeltmenneskets livshistorie. For meg er det tankevekkende at både sosial indeks og inntekt rangerer bydelene i Oslo i fire klare sosioøkonomiske regioner hvor Ytre vest er rikst med best helse, mens Indre øst, med gamle bygårder peker seg ut med lavest inntekt og høyest risiko for sykdom og tidlig død. Innvandrere utgjør ca. 1/3 av innbyggerne i Indre øst og innvandrerne i Oslo er i gjennomsnitt yngre enn andre Osloborgere. Ca 2/3 av husholdningene i Oslo er en-persons husholdninger, flest i indre by. Både utdannings- og inntektsnivået er lavest i østlige bydeler (kilde: Oslohelsa). Variasjonen i sykdomsbildet forklares nå som før av ytre faktorer som Rudolf Nilsen så poetisk har beskrevet i diktet «Nr. 13».

Nr. 13

De spør hvor Nr. 13 er – vår kjære gamle gård?
Den ligger inni gaten her, hvor nummer «13» står,
og De kan se hvor svær den er, så langt kvartalet når.

Den største gård i gaten, men det finnes mange fler
i andre gater her i byen, hvis De bare går og ser –
skjønt ingen er så mørk og svart som Nr. 13 mer.

Det finnes mange fler i andre byer her på jord,
det er milevis av gater – der hvor fattigfolket bor –
ja De finner Nr. 13 helst i byers øst og nord.

Det sies tallet 13 er et ondt, uheldig tall,
og gamle Dal i fjerde sier helsen er så skral
og høyre lungen halv fordi han bor i slikt et tall.

Han har en gammel vinterfrakk, på den han går til køys
og ligger der og banner denne råtne mursteinsrøys.
Men det er bare gammelsnakk, det rene skjære tøys!

For da han kom på gamlehjem på landet her ivår,
ble han syk av lengsel til sin egen muregård,
og han rømte fra sitt fengsel, skjont han snart er åtti år!

Naturligvis går noen hen og dør en gang iblandt,
fordi vi mangler mat og sol og luft på denne kant –
men det hender jo i andre gårder også, ikke sant?

Nr. 13 er vår egen gård, så gammel og så kjær.
Og så skjont den er om kvelden, når den stiger lys og svær
frem fra mørket med de mange lange vindusraders kjær.

Og da lever denne gården. Den blir festlig som et slott
når der tendes lys i kjøkken og i kammer og i kott!
For vi ånder opp i glede når vår arbeidsdag er gått.

Og er det fredags kvelden, kommer Kalsen kanskje full.
Da tar han mor't seg kongelig for hele ukens gull –
for han tjener gode penger på å sjaue koks og kull.

Ja, for Kalsen har en ungeflokk og verden er så trist,
og satan skulle hente den som kom til verden sist:
så tynn og bleik og liten, rent et pust i sivet – pist!

Skjønt verden den var ganske bra dengang man var tilsjøs
og hadde seg en pikelill i hver en havn – å joss,
da levet ikke Kalsen av å sjaue møkk og bøss!

Og Kalsen tar sin følgesvenn, den sprukne violin,
og spiller op a sailors song om piker og om vin
og hører ikke ungehvin og hyl og kjerringgrin!

Han glemmer jomfru Olsen i etasjen over seg
som alltid holder hus når nogen er på snei.
Hun står i avholdslosjen og er surøyet og lei.

Han husker bare alt han så «far hundred years ago»,
det store hav som blånet mot den store himmel blå,
hver gyllen dag, hver månenatt – før alle døgn ble grå.

Når Kalsen slik har spilt en stund og grått en liten skvett
så tvinges ofte selve jomfru Olsen til retrett,
for det hender jo hun selv ser livet sånn i blått og violett!

Men gården ellers bryr seg ikke stort om Kalsens violin,
for så mange kan jo klunke litt gitar og mandolin
og ta en vals på trekkspill ved et glass arbeidervin!

Der sisler stekepanner fylt med flesk og småmakrell,
og veggene gir gjenlyd av de sultne ungers sprell –
ja gården vår har sangbunn slik en heerlijk fredags kveld!

Og langt på natten lyder Nr. 13's egen sang.
Den er så høy og munter, men den har en underklang
av redsel for den morgendag som ligger alt på sprang.

Så slukkes vindusradene, og søvnen fanger inn
de barske sinn, de bitre sinn, de trette og de lette sinn.
Og gjennom gatemørket suser nattens tunge vind.

Men det hvistes jo i porten! Og det knaker i en trapp.
Nå, så er det smukke Olga som skal tjene seg en lapp.
Fabrikkens ukelønning er vel oftest nokså knapp.

Men ennu våker noen. De er ganske unge menn,
som bøyet over bøker leter drømmen frem igjen,
slik den engang strålte om en vismanns gylne penn!

Denne drøm som natten avler og som dagen slår ihjel
om Atlantis, Utopia – om en bedre lodd og del
enn et liv, hvor andre eier selv ens hjerte og ens sjel.

Og det raser i de unges bitre hjerter: Våk og lær,
at du klart og nært og koldt igjennom drømmens gylne skjær
ser veien til et land, hvor Nr. 13 ikke er!

RUDOLF NILSEN

Jeg sender fakkelen videre til Indre østland, Hov i Land, der hvor Bjørg Torgersen er.

Hilsen Anne Brit Westerheim

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

Hvordan skal det gå?

Helserelatert IT står i fare for å bli utviklet videre uten påvirkning fra vår fagforening. Dnlf vil ikke ta kostnadene ved å være representert i utvalg og referansegrupper som staten, andre myndigheter eller organisasjoner oppnevner. Staten hevder at Dnlf selv må dekke kostnadene for sine representanter hvis vi vil delta og påvirke utviklingen. Sentralstyret har vedtatt at Dnlf skal ha en slik praksis. Dette vedtaket får konkrete utslag for våre framtidige engasjement og påvirkningsmuligheter knyttet til helserelatert Informasjonsteknologi.

Hvorfor skriver jeg om dette i Utposten?

Jeg tror at Utpostens lesere forstår problemet.

Norske primærleger har vært frontkjempere innen helse-edb.

Vi har tatt på oss arbeid og kostnader de siste 20 årene for å påvirke og bidra til en fornuftig utvikling og bruk av edb og it i helsevesenet.

Vi har ikke arbeidsgivere som lønner oss når vi må ta fri fra våre legepraksiser.

Vi har et Felles EDB-utvalg oppnevnt av NSAM, Oll og Aplf. Yrkesorganisasjonene dekker reiseutgifter vedrørende Fedbup-arbeidet, men det betales ingen praksiskompensasjon. Dnlf har et Informatikkutvalg som knapt nok eksisterer i navnet.

Dnlf har en spesialrådgiver som bruker noe av sin tid til å skrive foreningens (Dnlf) uttalelser og kommentarer til høringer og nye framlegg – ofte etter fra Fedbup. (f.eks <http://www.legeforeningen.no/nyheter/fraleg/horinger/epj240800.htm>)

Sentralstyret fikk i 1999 utarbeidet en vurdering omkring

foreningens IT-engasjement i Helse-Norge: «Informasjonsteknologiens innflytelse på den medisinske hverdag - Forslag til engasjement og koordinering av arbeidet med informasjonsteknologi»

– <http://www.legeforeningen.no/nyheter/fraleg/it.htm>.

Denne rapporten har samlet støv og et ferskt forsøk på å ta opp forslagene i rapporten til realitetsbehandling i Sentralstyret endte med en viss konklusjon om at Dnlf stiller seg utenfor ved å hevde at det må være staten eller annen myndighet som oppnevner utvalg og ber om representasjon som må dekke de kostnader Dnlf's representanter måtte ha. I den viktige og nå høyst aktuelle debatten om Helsenet, Elektronisk Pasientjournal, Internett, Telemedisin osv blir dette et meget svakt signal fra vår moderorganisasjon.

Det blir fortsatt opp til enkeltmedlemmers engasjement og innsatsvilje hvorvidt primærlegenes syn skal få noen som helst påvirkning.

Kan dette være representativt for medlemmenes mening og ønsker eller er Sentralstyret og evt sekretariatet på villspor? Skriver jeg for min syke mor?

Nei, de av oss i norsk allmennpraktiker-gjennomsnittsalder som har skapt oss en slags image gjennom edb-relatert aktivitet vil sikkert henge med til krampa tar oss. Det er også i denne sammenheng rekrutteringen av unge leger til allmennpraksis som er bakgrunn for min bekymring og mitt varskorop.

Hvilke slutninger skal Aplf, Oll og NSAM trekke av dette? Er det snart ikke nok badevann igjen til å helle restene av norsk primærlegetjeneste ut med?

Askøy i september 2000, John Leer



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!

Lege og doktor

Det gammelengelske «læce» betyr både lege og igle (har du sett deg i speilet i det siste?). I alle nordiske språk finner man avledninger av dette ordet for yrkesbetegnelsen lege. Det er en trøst å vite at man den gang ordet oppstod så en klar forskjell på en lege og en igle, sammenhengen er selvfølgelig den at leger i de dager brukte igler i utstrakt grad som legemiddel for nær sagt enhver lidelse. Man tror den indoeuropeiske grunnformen var «lepagi» i betydningen «en som signer». «Legere» på latin betyr «en som leser opp». Tidligere trodde man at sykdommer kom av trolldom eller onde ånder som hadde tatt bolig i den lidende, og behandlingen ble da å drive åndene ut med tryllformularer. (Se forøvrig Utposten nr 6/1999 med omtale av ordet galskap.) Legen var altså enten signeren eller oppleseren, en rolle «healeren» har tatt over i våre dager?

Ordene lege og doktor er nesten synonymmer i dag. Ordet doktor kommer fra det latinske «docere» og betyr egentlig en lærd mann, en med høy akademisk utdannelse, lærer. Dosent og dosering har selv sagt samme opprinnelse, og doktorgraden taes jo i mange andre fag enn medisin. Grunnen til at en doktor i våre dager blant folk flest er ensbetydende med lege er vel at det er den av alle akademiske profesjoner som folk har mest nærkontakt med. Frykten for legen, som på en måte hersker over liv og død med sin kunnskap, har vel også bidratt til at legen er doktoren av særlig betydning for folk flest.

Pasient

Det latinske verbet «patior» betyr å lide, både ved å føle smerte og være tålmodig med sin smertetilstand. Begrepet «utålmodige pasienter» blir da, logisk sett, en selvmotsigelse. Engelskmennene har to betydninger av ordet «patient», både substantivet som betegner en lidende person og adjektivet som betyr tålmodig, «an impatient patient» vil jo der høres enda mer selvmotsigende ut! På fransk bruker man ordet «client», og betegnelsen har dermed ikke noe med lidelse å gjøre. Ordet «patience» brukes i tysk, nederlandsk og engelsk om «kabal».

Jordmor

Med all respekt for jordmødrenes strenge hygiene er det et artig paradoks at yrkesbetegnelsen deres henspiller på jord, som jo sikkert er smekkefull av allverdens stygge basilusker! Ordet oppstod lenge før Semmelweis oppdaget hygienens betydning for spedbarnsdødeligheten. I tidligere tider fødte kvinner sine barn på gulvet som var av faststampet jord. Å føde het da å «liggja å golfi», og jordmorens jobb bestod bl a i å løfte det nyfødte barnet opp fra jorda og rekke det til faren som «knesatte» barnet, det vil si at han ved å ta imot barnet anerkjente det som sitt barn. (Å knesette er en betegnelse som brukes av og til fremdeles i betydningen godkjenne, anerkjenne eller autorisere). Ordet «straamor» brukes ikke lenger, men det forteller oss at kvinnen enkelte steder fødte på halmleie. «Nærkone» er et ord som også ble også brukt, og det latinske «obstetrix» betyr egentlig «som står nær».

På tyske brukes betegnelsen «Hebamme» som betyr «løfteamme», altså den som løfter opp barnet. Islendingene sier «ljósmodir». Ifølge etymologen Alf Torp har det ikke noe med lys å gjøre, men å «leysa kind fra konum» altså å forløse kvinnen. I det engelske språk sier man «midwife» og det ordet stammer fra tida før ordet «with» betegnet «med», og det engelske og norske språket liknet hverandre litt mer.

Jannicke Reymert

Kilder:

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

Sverre Kloumann: Moro med ord. Aschehoug. 1999.

William S. Haubrich: Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia, Pennsylvania. 1997.

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyer.

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

RELIS får mange henvendelser om legemiddelbruk under graviditet. Henvendelsene dreier seg ofte om legemiddelbruk før erkjent graviditet. Andre ganger dreier henvendelsen seg om risikovurdering ved bruk av legemidler hvor det er indikasjon for behandling, selv om det mangler konklusive humanfarmakologiske data om risiko for teratogen effekt.

Olanzapin (Zyprexa®) er et antipsykotisk middel i klassen dibenzodiazepinderivater. Olanzapin er indisert til behandling av akutt schizofreni og til vedlikeholdsbehandling hos pasienter som har vist initial behandlingsrespons. Olanzapin ble markedsført i Norge i 1997. Olanzapin var i 1999 det mest brukte antipsykotikum i Norge, og forbruket utgjorde 1,26 DDD/1000 innbyggere/døgn (1).

Spørsmål til RELIS

En kvinne i 30 års alderen med schizofreni er gravid i uke 32. Under hele graviditeten har hun brukt olanzapin (Zyprexa®) i dosering 15 mg daglig. Foreligger det økt risiko for misdannelser, adferdsforstyrrelser eller neonatalt abstinens syndrom (NAS)?

Svar

Schizofreni er per se en risiko for mor og barn, og spesielt vil tilbakefall under graviditeten eller perinatalt representere en risiko (2).

Olanzapin, som andre psykotrope legemidler, krysser placenta (3). Humane epidemiologiske data for de klassiske antipsykotika viser en liten økning i risiko for misdannelser ved bruk av høydose antipsykotika, men ingen økning i risiko for misdannelser ved bruk av lavdose antipsykotika (4-7). Olanzapin er et relativt nytt medikament, og det foreligger ikke tilsvarende humane epidemiologiske data for olanzapin.

Produsenten opplyser at dyrestudier med olanzapin ikke har vist økt risiko for misdannelser. Produsenten har per 09/98 data for 20 graviditeter der det i 8 tilfeller ble brukt olanzapin i første trimester og i 6 tilfeller ble brukt olanzapin i hele svangerskapet. Det var ingen misdannelser blant disse, og det var ikke økt forekomst av perinatale komplikasjoner. Dette samsvarer med en publisert kasuistikk der det ble behandlet med olanzapin i andre- og tredje trimester (8).

Det er reist spørsmål om eksposisjon for psykotrope legemidler in utero kan disponere for adferdsforstyrrelser senere

i livet. Gitt i høye doser under siste del av svangerskapet har neuroleptika som klorpromazin og flufenazin gitt langvarige, men forbigående neurologiske effekter av extrapyramidal karakter hos barnet. Det kan ikke utelukkes at disse egenskapene er felles for alle substanser med dopaminreseptorblokkerende egenskaper (9). I follow up studier av skolebarn eksponert for de klassiske anti-psykotika har man så langt ikke funnet forskjeller i adferdsmønster eller intellekt mellom eksponerte versus ikke eksponerte (4-7). RELIS har ikke funnet data om olanzapin som kan belyse denne problemstillingen.

Ved bruk av psykotrope legemidler helt fram til fødsel kan NAS forekomme (10). Risikoen for NAS kan reduseres ved nedtrapping av dosen 1-2 uker før fødsel, men siden tilbakefall perinatalt per se representerer en risiko, er det flere som ikke anbefaler nedtrappingen før fødsel (4,5,7).

Konklusjon

Det foreligger ikke humane epidemiologiske data. Data fra dyrestudier og kasuistikker tyder på at olanzapin brukt under svangerskapet ikke gir økt risiko for misdannelser. Det samlede datagrunnlaget er for begrenset til at det kan trekkes noen sikker konklusjon vedrørende risiko for misdannelser og adferdsforstyrrelser. Når det gjelder nedtrapping før fødsel må risikoen og konsekvensene av NAS veies mot risikoen og konsekvensene av tilbakefall.

Petter Cappelen Endresen,
Pia Braathen og
Lars Småbrekke

Referanser

1. Legemiddelforbruket i Norge. NMD – Oslo 2000:179
2. Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 2): 53-61.
3. Schenker S, Yang Y, Mattiuz E, Tatum D, Lee M. Olanzapine transfer by human placenta. *Clin Exp Pharmacol* 1999; 26: 691-7.
4. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 2): 18-28.
5. Trixler M, Tenyi T. Antipsychotic use in pregnancy. *Drug Safety* 1997; 16: 403-10.
6. Austin MPV, Mitchell PB. Psychotropic medications in pregnant women: treatment dilemmas. *MJA* 1998; 169: 428-31.
7. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 592-606.
8. Kirchner J, Berghofer A, Bolk-Weischedel D. Healthy outcome under olanzapine treatment in a pregnant woman. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 78-80.
9. FASS Läkemedel i Sverige 1999:1377.
10. Berlin CM, McCarver DG, Notterman DA, Ward RM, Weisman DN, Wilson GS et al. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* 1998; 101:1079-88.

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/Amning: 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. Amning: 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 dagdose på ca. 1 mg. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amning. 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: 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 én gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig kan ha ytterligere effekt ved å fordøle den dagdosen på to doseringer: En tablett à 250 mg to ganger daglig. Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: En tablett à 500 mg to ganger daglig.

Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

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

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 utvaskes ved hemodialyse. Ventrikkeltømming 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.

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

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 farvestoff (E142).

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med in vitro aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus (VZV). Virkningsmekanisme: Acyclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalogue 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 gjenfinnes 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: Overfømthet 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 leverenzymene, lett senkning av erytrocytter, leukocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og hårravfall. 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

KLINISK-EPIDEMIOLOGISKE LÆRESTYKKE

kel

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

Risiko for postherpetisk neuralgi – viktige resultat frå Island

Islandske allmennpraktikarar med professor Johann A Sigurdsson i Reykjavik i spissen har dei siste åra levert eit viktig bidrag til kartlegging av sjukdommars naturlege forløp; denne gongen herpes zoster og postherpetisk neuralgi (1,2). Forskinga er eksempel på frontlineforskning frå allmennpraksis med resultat som kan brukast i den allmennmedisinske kvardagen nærmast direkte. Og resultatata utfordrar gjeldande budskap om bruk av antivirale middel for å førebyggje smertefulle komplikasjonar.

Men først vil eg gjere merksam på ein lesbar artikkel for dei som interesserer seg for diagnostikk, forløp og kliniske manifestasjonar frå ein meir teoretisk synsstad. I JAMA sin serie om User's guides to the medical literature er ein kommen til artikkel nr 24 (3). Den omhandlar korleis kunnskap om dei kliniske manifestasjonane til ein sjukdom skal tolkast, og kva fallgruber ein kan falle i dersom ein ikkje veit nok om det naturlege forløpet til dei tilstandane ein tek ansvar for. Artikkelen har mange gode eksempel på korleis lærebokomtaler og «klassiske» ytringsformer lurar oss, spesielt oss som møter tilstandane tidleg og der differensialdiagnosane er mange og ofte ufarlege.

Klassiske ytringsformer og symptomkompleks kan ha høg spesifisitet, men opptrer ofte sjeldan. Berre 30 % av lungeembolipasientar har hemoptyse, berre 13 % av nyrekreftpasientane hadde den klassiske triaden hematuri, smerter og palpabel svulst ved diagnosetidspunktet. Artikkelen understrekar at for førsteliniediagnostikaren er kunnskap om presentasjonssymptoma viktige, ikkje symptom i endestadiet.

I sin artikkel frå 1996 viser islendingane resultatata frå ei prospektiv studie der 44 % (1) av alle islandske allmennpraktikarar tok del (1). Gjennom 5 år diagnostiserte dei 462 zoster episodar hos 457 pasientar. Insidensen var 2 per 1000 innbyggjarar per år. 26 % var under 20 år, 34 % var 60+. Det var ingen sesongvariasjon. Dermatombordelinga var slik: Torakal 62 %,

lumbal 14 %, cervikal 11 %, auge 8 %, ansikt 2 %. 2 pasientar (0,4 %) hadde zoster oticus. 4 % vart innlagt, noko som viser den sterke seleksjonen ein finn i sjukehusmateriale.

Pasientane vart kontrollert etter eitt år. Ingen under 40 år hadde smerter, 2 av 108 mellom 40 og 60 år hadde milde smerter, og 12 av 141 60+ hadde smerter, ingen svært sterke. Med 2000 pasientar i praksisen vil ein antiviral terapi som reduserer risikoen for postherpetisk neuralgi med 20% komme ein pasient til nytte kvart tiande år.

Ved den nordiske allmennmedisinkongressen i august 2000 la islendingane fram ei oppfølgjingsstudie etter meir enn 7 år etter første zoster episode (2). Berre 3 av 421 pasientar hadde fått antiviral terapi, så vi kan rekne kohorten som rein når det gjeld naturleg forløp. Av dei 14 pasientane omtalt ovanfor, vart dei fleste smertefrie etter eit par år, medan 5 rapporterte mild eller moderat verk etter 7 år. Forfattarane konkluderer med at risiko for langvarig smerte etter zoster er ytterst liten i allmennpraksis hos elles friske pasientar som ikkje får antiviral behandling. Dei som får neuralgi, kan ha den lenge, men spontan tilheling skjer utover i heile forløpet. Risikoestimata frå selekterte materiale er overdrivne.

Den islandske studien vart i haust publisert i BMJ 2000; 321: 794-6

Blomster til Island!

Litteratur:

1. Helgason S, Sigurdsson JA, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster: A prospective study in primary care. Eur J Gen Pract 1996; 2: 12-6.
2. Sigurdsson JA, Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S. Postherpetisk neuralgi, en ovanlig komplikasjon til herpes zoster. 11. Nordiske kongress i allmennmedisin, København 13-16. august 2000, Abstract nr. P01.181.
3. Scott Richardson W, Wilson MC, Williams MC, Moyer VA, David Naylor C. User's guide to the medical literature. XXIV. How to use an article on the clinical manifestations of disease. JAMA 2000; 284: 869-75.

Once  Daily

MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

**Nitratbehandling
hos anginapasierter
bør individualiseres
for optimal effekt ¹**

**Studier har vist at
100 mg x1 Monoket OD
øker effekten i forhold
til 50 mg x1 pr. døgn ²**

**Den nye 100 mg
kapselen gjør det lett
å gi maksimaldosen
av Monoket OD**

Ref:
1. J. Abrams, Am. J. Cardiol 1985; 56: 12-18A.
2. A. Beyerle, Am. J. Cardiol 1990; 65: 1434-7.



NYHET!

**-og alle gir hurtig
innsettende effekt!**

Monoket OD "Pharmacia & Upjohn"

Nitroreparat.
ATC-nr.: C01D A14

DEPOTKAPSLER, harde 25 mg, 50 mg og 100mg: Hver depotkapsel inneholder isosorbidmononitrat 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, laktose, hjelpestoffer, fargestoff, jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Profylakse mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nitrater og relaterte organiske nitraterbindende. Akutt hypotensjon og hypovolemi. Hjertestamponade. Konstriktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofi kardiomypati. Økt intrakraniell trykk. Samtidig behandling med sildenafil.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Uvelhetsfølelse. Sirkulatoriske: Takykardi, hypotoni. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, «flushing». Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger, diaré. Sjeldne (<1/1000): Øvrige: Besvimelse. En blodtrykkssenkning kan føre til refleksorisk takykardi, svimmelhet og besvimelse.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved arteriell hypoksemi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjon av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypoksi og ubalansert ventilasjon/perfusjon pga. lungesykdommer eller iskemisk hjertelidelse skal behandles med særlig forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebral ischemi kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusjon og føre til nedgang i arteriell partiell oksygentrykk. Nitrater kan gi blodtrykksfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleranseutvikling eller avtagende effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirkende nitrater, inkl. transdermale systemer. Nitratfrie intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleranseutvikling. Ved dosering 1 gang daglig oppnås lav plasmakonsentrasjon mot slutten av doseringsintervallet og risiko for toleranseutvikling blir minst mulig. Brå seponering/trapping ber unngås pga. risiko for angina pectoris-angfall og overlappende behandling bør igangsettes. Preparatet kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsattes.

Graviditet og amming: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier er heller ikke tilstrekkelige til å utrede evt. reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av trykkløse antidepressiva og alkohol kan den blodtrykkssenkende effekten potensielt økes av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke biotilgjengeligheten av dihydroergotamin. Hos pasienter med koronar arteriosykdom kan dihydroergotamin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vaskokonstriksjon. Muligheten for at inntak av acetylsalicylsyre og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes.

Se Interaksjonstabellen i Felleskatalog 1999. (0.87e glyseroltrinitrat) Dosering: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml).

Kapslene svelges hele sammen med et 1/2 glass væske. Kapslene kan åpnes, men må ikke tygges. Ved profylaktisk behandling er det viktig at legemidlet doseres på faste tidspunkter.

Overdosering/ Fargiftning: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Okaygentilførsel. For øvrig vanlig generell behandling. Se kapitlet Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1999. (F: 94d metyltionin)

Pakninger og priser pr. 1.1.2000:
Depotkapsler: 25 mg Enpac: 14 stk. kr. 65,50.
98 stk. kr. 250,70. Endose: 49 stk. kr. 144,80.
50 mg Enpac: 14 stk. kr. 80,50.
98 stk. kr. 358,50. Endose: 49 stk. kr. 197,00.
100 mg Enpac 98 stk. kr. 599,00.

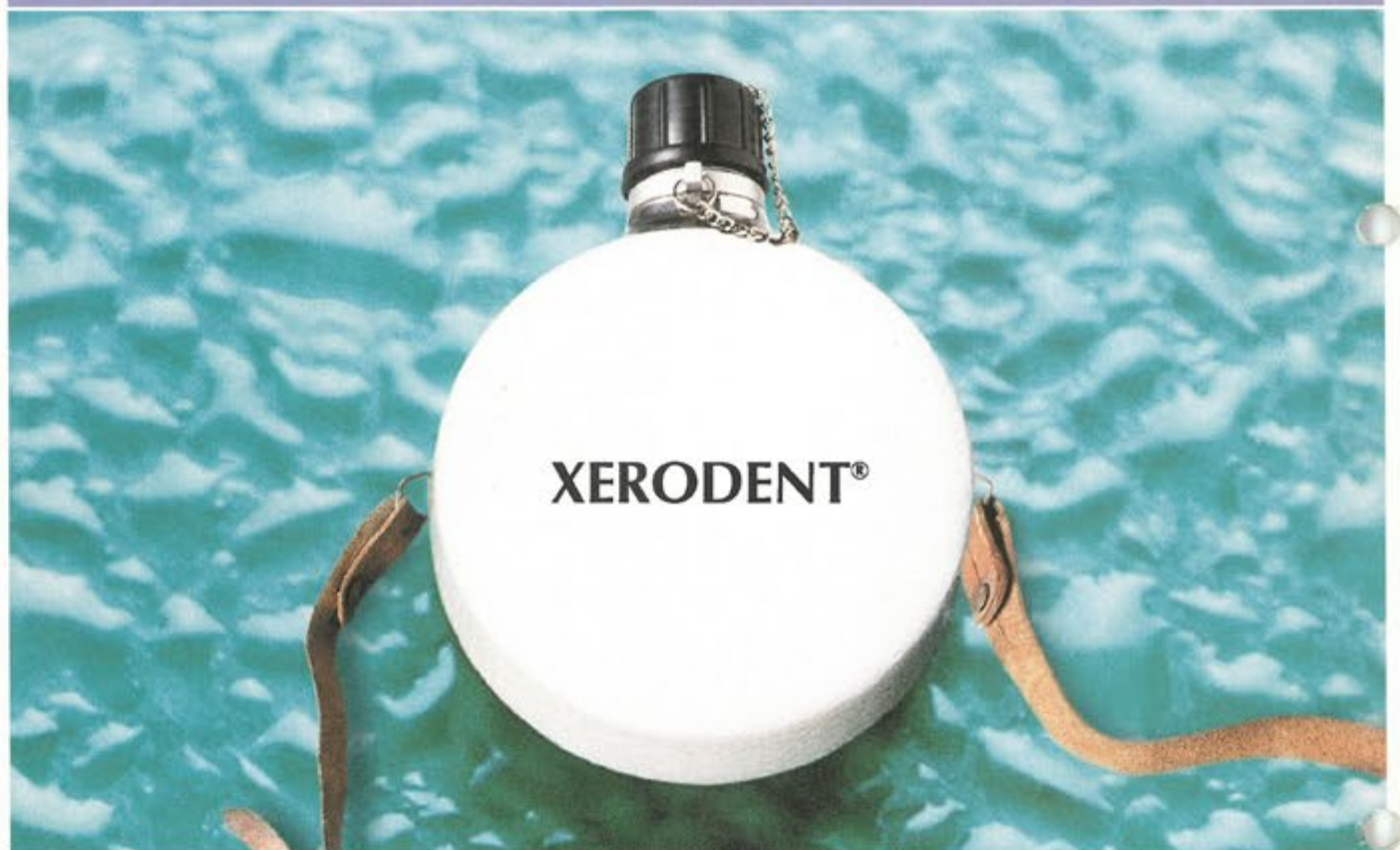
T:12 Reseptgruppe C.

Dato: 15.2.2000



**Pharmacia
& Upjohn**

TØRR I MUNNEN?



Munntørhet er et lite påaktet onde som mange mennesker lider av. Årsaken er ofte bivirkninger av ulike legemiddel eller visse sykdommer. De som rammes får ofte vondt for å snakke, svelge og tygge. Munntørhet kan også føre til infeksjoner i munnen og forverre tannstatus.

Xerodent® er det eneste legemidlet mot munntør-

het. Den virksomme substansen, som øker salivproduksjon (i Xerodent® sugetabletter), er buffret eple-syre. Tablettene inneholder dessuten natriumfluorid, som gjør tannemaljen mer motstandskraftig.

Xerodent® fåes reseptfritt kun på apotek i pakninger med 90 eller 270 tabletter.

Xerodent "Alpha"
Middelet til symptomatisk behandling av munntørhet og kariesprofylakse hos pasienter med xerostomi. ATC-nr: A01A A01
SUGETABLETTER: Hver sugetablett inneh.: Acid.malic: 26,6 mg, natriumfluorid aeqv. fluor 0,25 mg, xylinol. 422 mg, const. q.s.
Egenskaper: Klassifisering: Sugetabletter med innhold av fluor og eple-syre. Virkningsmekanisme: Ved øket inntak av fluor vil salivas fluorinnhold øke i en viss grad, noe som kan være av kariesforebyggende verdi på allerede frembrutte tenner. Sugetabletter gir i tillegg til systemisk effekt en direkte kariesforebyggende virkning ved inkorporering i tannbelegg og emalje på allerede frembrutte tenner. Effekten skyldes trolig dels en nedsettelse av tannemaljens oppløselighet, dels en hemning i bakterielle enzymer i plaque slik at syneproduksjonen nedsettes, samt at emaljens remineralisering økes ved tilstedeværelse av frie fluoridioner. Det er holdepunkter for at den lokale fluorvirkning er vel så viktig som den systemiske. Hele fluorinnholdet frigis i løpet av sugetiden. Sugetabletten er tilstott eple-syrebuffer til pH 5 for å gi en sur smak som gir en salivstimulerende effekt. Økt spyttsekresjon i kombinasjon med fluorid kan ha tilleggseffekt på kariesprofylakse. pH i tabletten er ikke så lav at den medfører demineralisering av fluorapatitt. Spyttsekresjonen øker straks sugingen starter, og effekten opprettholdes

gjennom hele sugetiden.
Absorpsjon: Fluor: Raskt og nesten fullstendig fra munn-tarmkanalen.
Eple-syre: Nesten fullstendig fra munn-tarmkanalen. **Fordeling:** Fluor fordeles til alle organer, inkorporeres i ben- og tannvev. **Utskillelse:** Fluor utskilles hovedsakelig via nyrene, ca. 10% i fæces. Eple-syre metaboliseres og utskilles via nyrene.
Indikasjoner: Symptomatisk behandling av munntørhet og kariesprofylakse hos pasienter med xerostomi.
Bivirkninger: Bivirkninger er sjeldne når sugetablettene brukes i anbefalt dose til de anbefalte pasientgrupper.
Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l og ved samtidig inntak av fluor i tannlæm, skyllevæsker og tyggegummi.
Graviditet/Amning: Kan brukes under graviditet og amning.
Dosering: Voksne og barn over 12 år: Inntil 6 sugetabletter pr. dag. Ved svært uttalt eller evt. sterke symptomer hos voksne kan dosen økes til inntil 12 sugetabletter pr. dag. Dosen bør fordeles jevnt i løpet av dagen.
Overdosering/Forgiftning: (F: 400 fluorider)
Pakninger og priser: 270 stk., Engros: 90 stk.

