

utposten

Nr. 7/8 - 2000
Årgang 29

*Blad for
allmenn- og
samfunns-
medisin*



Innhold:

Leder:

Témoignage

AV GUNNAR STRØNG

s 1

Sokrates i Homansbyen

INTERVJU MED HENNING HERRESTAD

s 2

Fred er ei det beste

AV MORTEN BAIN

s 8

NSAM Helsebegrep og sykdomsforståelse

AV EIVIND MELAND

s 11

Legen på scenen

AV PER ANDERS ØIEN

s 14

Faste spalter

s 18

Julebilag: Leger uten grenser

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

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

Jannike Reymert

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

Elisabeth Swensen

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

Gunnar Strøno

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

Frode Forland

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

Erik J. Pedersen

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

Tone Skjerven

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

Forsidefoto: Roger Job/MSF

Design & trykk:
PDC Tangen

Témoignage

Leger uten grenser, eller Médecins Sans Frontières (MSF), fikk Nobels fredspris i 1999. Begrunnelsen fra Nobelkomitéen var at MSF, bedre enn noen andre, forener sitt humanitære arbeid med arbeid for grunnleggende menneskeretter. For MSF er medisinsk og humanitært arbeid uløselig knyttet sammen med kamp for menneskeverd og plikten til å si klart og tydelig fra om overgrep og urettferdighet.

«Å gi medisinsk hjelp til mennesker i nød er et forsøk på å verne dem mot den aggresjonen de opplever som mennesker. Humanitært arbeid er noe mer enn ren gavmildhet eller ren veldedighet. Det tar sikte på å bygge rom av normalitet midt i det unormale. Mer enn å tilby materiell bistand, er vårt siktemål å sette enkeltindivider i stand til å gjenerobre sine rettigheter og sitt menneskeverd. Som en uavhengig frivillig organisasjon er vi forpliktet til å gi direkte medisinsk hjelp til mennesker i nød. Men vi arbeider ikke i et vakuum, og vi snakker ikke ut i løse luften, men ut fra et klart siktemål om å hjelpe, fremkalle forandringer eller avdekke urettferdigheten ved en feilslått politikk. Våre handlinger og våre ord er et utslag av harme, vi nekter å akseptere at andres verdighet blir angrepet, enten det er aktivt eller passivt.»

Dette sitatet er fra Nobelforedraget til presidenten i MSF, James Orbinski. MSF har gang på gang vist sin uredde evne til å si ifra og til å kalle en spade for en spade. Vi siterer mer fra Orbinski:

«Språkbruken er avgjørende. Språket setter rammen rundt problemet og definerer reaksjonsmåten, rettighetene og dermed også ansvaret. Det definerer om en medisinsk eller humanitær aksjon er hensiktsmessig. Og det definerer om en politisk aksjon er uhensiktsmessig. Ingen kaller en voldtekt for en kompleks gynekologisk nød-situasjon. En voldtekt er en voldtekt, akkurat som et folkemord er et folkemord. Og begge deler er en forbrytelse. For MSF er den humanitære gjerningen nettopp dette: å forsøke å bekjempe lidelsen, å forsøke å gjenopprette folks selvstendighet, å være sannhetsvitner om urettferdighet og å insistere på det politiske ansvaret.»

Plikten til å stå fram og vitne på vegne av ofrene er det som kalles «témoignage».

Utposten sitt julebilag er i år viet til MSF. Vi vil på den måten bidra til en vel fortjent hyllest. Det er også vårt håp at leserne vil bruke litt av den stille uken til å kontemplere hva vi kan lære av MSF. Det er ikke vår mening å miste sansen for proporsjoner. Norge er verken Rwanda eller Tsjetsjenia. Allikevel. I verdens rikeste land lever 70 000 barn under fattigdomsgrensen og levealderen i Oslo indre øst er som den var i Albania for noen år siden, for å nevne noe. Har vår profesjon tatt sin vitneplikt på alvor? Har vi hatt evnen til å kalle en spade for en spade?

Utposten ønsker alle sine lesere en god jul.

Gunnar Strøno

Sokrates

i Homansbyen



• AV JANNIKE REYMERT

Intervju med filosof Henning Herrestad

– Trenger du hjelp til å foreta viktige valg?
 – Føler du at hverdagens trivialiteter kveler deg?
 – Vurderer du å skifte jobb?
 – Ønsker du å drøfte hva kjærlighet *egentlig* er – for deg?
 Utposten har oppsøkt en praktiserende filosof Henning Herrestad som hevder han kan hjelpe deg til å finne ut av slike problemstillinger.

Han tar imot sine samtalepartnere i et sjarmerende bygg med stort oppussingspotensiale i utkanten av Homansbyen. Terapeutikum, antroposofisk legekontor, holder til i samme bygg, og i nabohuset holdt engang Oslos første Steinerskole til. Det blåmalte samtalerommet domineres av to store, mørkeblå lenestoler på hver side av et lite bord til den obligatoriske te-koppen. Å spørre etter kaffe føles litt vulgært, men full av velvilje som han er, bedyrer han at han også byr på pulverkaffe, men jeg skjønner at teen fremmer filosofisk tankevirksomhet og velger en kopp grønn te. Utad virker han som en blanding av engel og sosialarbeider, det formelig lukter velvilje og aktiv lytting når han ønsker velkommen i sitt samtalerom. Han har en utstråling som jeg tror får de fleste til å snakke villig vekk om selv de innerste, skamfulle tanker og følelser man måtte sitte inne med.

– Hva er «filosofisk praksis» og hvem er dette tilbudet rettet mot?

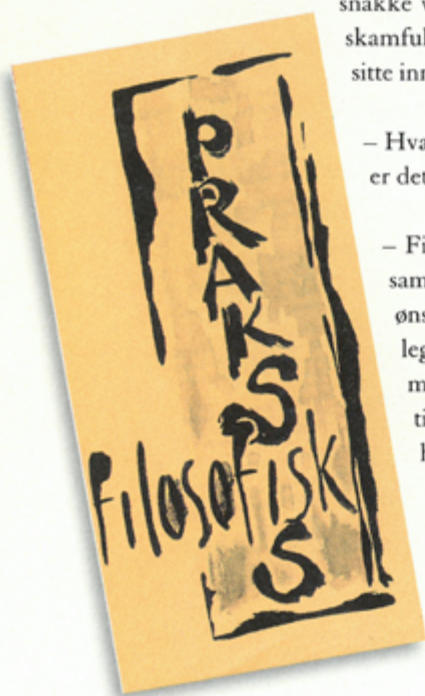
– Filosofisk praksis er en filosofisk samtaleform for mennesker som ønsker å reflektere over sine liv. Vi legger vekt på at vi ikke sitter inne med fasitsvar og gode løsninger på ting folk strir med. Det er muligheten for å oppnå innsikt i egne verdivalg som gjør våre samtaler meningsfulle. Vi har sterk tiltro til at enkeltmennesker er i stand til å nå frem til slik innsikt hvis

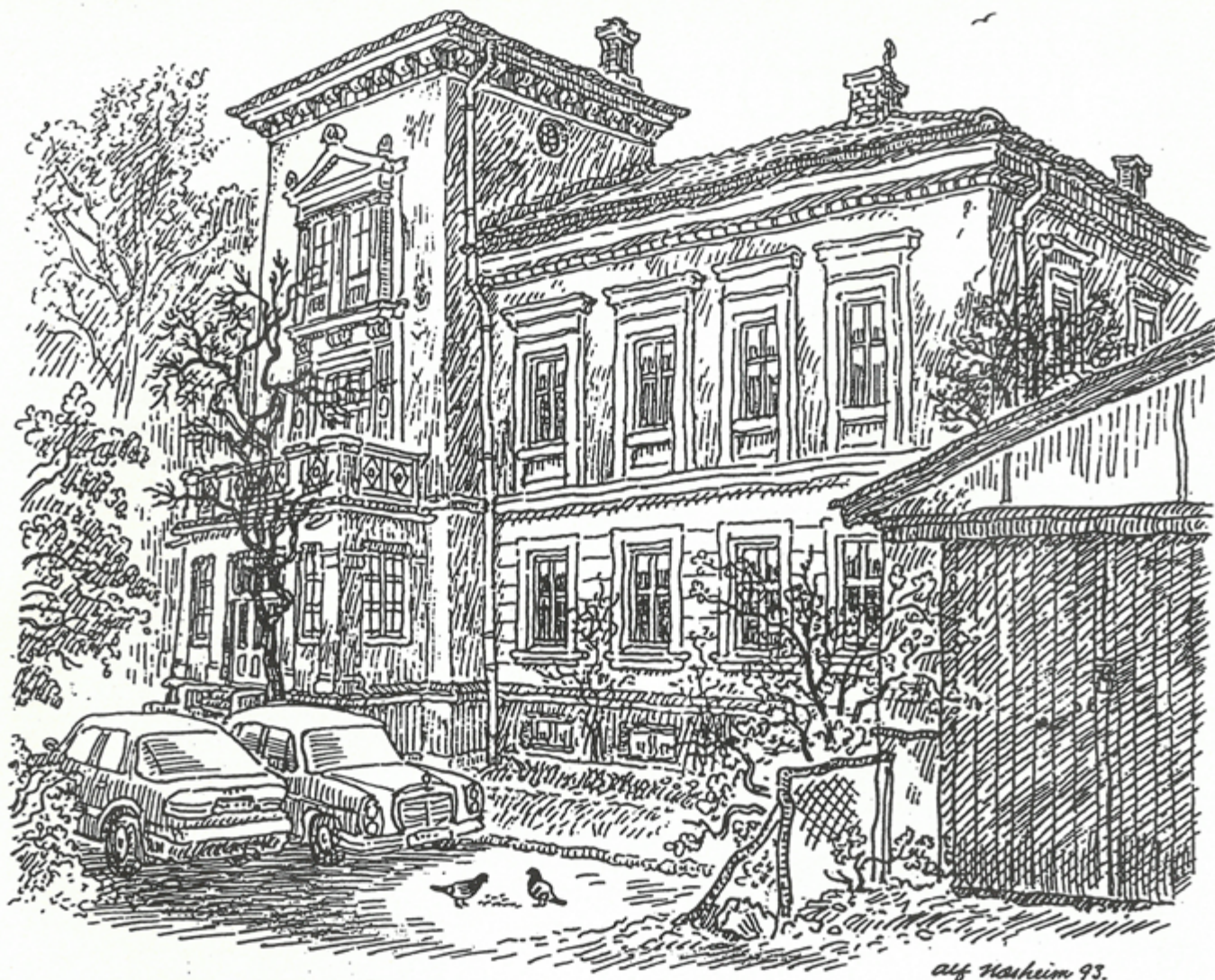
forholdene legges til rette for det. I vår travle hverdag med uendelige valgmuligheter føler mange moderne mennesker at de har gått seg vill i sine egne liv, og samtaler hos oss kan skape mer klarhet og oversikt over de livene vi lever.

I moderne tid er dette et relativt nytt tilbud som først ble opprettet i Tyskland i 1980 og nå finnes i alle vestlige land. Anders Lindset startet Norges første filosofiske samtaletilbud i Tromsø i 1990, i Oslo kom vi først i gang i 1999. Siden tilbudet om filosofiske samtaler bare finnes i Oslo og Tromsø blir jo dette et byfenomen. Men vi har nå et kurs for filosofistudenter som vil bli filosofiske praktikere, og flere av dem ønsker å etablere seg utenfor Oslo og Tromsø.

Selve tilnærmingsmåten innebærer at våre samtalepartnere er relativt ressurssterke mennesker uten alvorlige psykiske lidelser. De som oppsøker oss har allerede tatt et valg om at de ønsker en filosofisk tilnærming til sine «problemer». De ønsker ikke diagnoser, og ingen psykologisering. Mange ønsker ikke samtaler hos psykologer og psykiatere fordi de føler det som en sykeliggjøring av problemene. Psykiatriens diagnostikk kan også gi en følelsen av å være en «kategori», mens mange ønsker å bevare retten til å være unik og ha respekt for at det er de som er eksperten på sitt eget liv. Vårt tilbud er ikke en terapiform, og vi driver ikke diagnostikk i psykiatrisk forstand. Man kan vel kanskje plassere oss et sted mellom det etablerte helsevesen og de ulike tilbudene fra alternative behandlere. Vi hører heller ikke til de alternative behandlere fordi vi ikke driver behandling og ikke har noen «alternativ kunnskap».

Noen vil kanskje si at man heller kunne gå til en venn eller til sin familie for å snakke om sitt liv og sine problemer. Det gjør nok de fleste, også de som kommer til oss. Når de betaler en filosof for slike samtaler, betaler de for en god lytter som holder fokuset på dem selv hele samtalen, og som de slipper å se igjen i neste familieselskap. I tillegg håper nok våre «gjester» at en filosof kan hjelpe dem å se sitt eget liv i nye perspektiver.





«Kremkunden» er de som vet at de har et problem og ønsker hjelp til å finne en løsning på problemet. De som ikke ser at de har et problem, og heller ikke er motivert for å finne en løsning, kan vi ikke hjelpe. Men disse kommer nok heller ikke på å oppsøke en filosof for en samtale. Noen av de som kommer til oss vet de har et problem, men de skyver ansvaret for å løse problemet over på andre. De er ikke ute etter forslag på hva de skal gjøre, men de vil likevel gjerne snakke om problemene. Ved å spørre etter deres egne forslag til løsning, dukker det ofte opp ting de kan tenke seg å gjøre likevel. De fleste er mest motivert til å gjøre noe de selv har kommet på. Vi er samtidig opptatt av ikke å bli for løsningsfokuserte. Tanken på hvordan problemene kan løses skygger lett for en dypere forståelse av hva samtalepartneren egentlig formidler om sitt eget liv. Vi spør og spør samtalepartneren om utdypninger av hva som ligger i det som blir fortalt oss. Selv de mest trivielle detaljer kan åpenbare viktige ulikheter i samtalepartnerens og min forståelse av ordene som blir brukt eller av virkeligheten ordene beskriver.

Før vi innleder et samtaleforhold ber vi samtalepartneren om å formulere sin bestilling. En uutsagt forutsetning er at det finnes et ønske om å snakke om seg selv, men noen kan jo ønske å snakke om kjærlighet generelt uten å ville komme med sin personlige historie. Vi tar imot en slik bestilling også,

men vi vil fort komme med spørsmål om på hvilken måte en slik generell ide har relevans for samtalepartnerens eget liv. Da blir samtalen som regel svært konkret og personlig. Da handler det om det enkelte menneskets egen livsfilosofi.

Vi legger vekt på at vi ikke er eksperter som kan hjelpe andre og gi dem gode råd. Vi kan ikke medisin, og vi har ingen overnaturlige evner til å se eller gjøre noe andre ikke kan. Vi kan bare lytte, gjøre våre egne refleksjoner, og stille spørsmål. Vi tilstreber en symmetrisk relasjon, der filosofen og samtalepartneren er likeverdige i samtalen. Begge sitter i hver sin lenestol med en kopp te på bordet mellom seg. Jeg innser at det er et privilegium å kunne si at vi har en slik politikk ovenfor våre gjester. Jeg innbiller meg at mange i helsevesenet trenger en større distanse til sine pasienter fordi de har et mye større press på seg.

– En umiddelbar innvending mot det du sier er at mennesker med psykiatriske lidelser kanskje velger å oppsøke dere for å prate bort sin behandlingstrengende lidelse. Er ikke det en fallgrube for dere som ikke har erfaring fra psykiatrien?

– Jo, det er en problemstilling vi er oppmerksom på. Nå er åpenbare psykiske lidelser ikke så vanskelig å se for oss ikke-

OSTEOPOROSE

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

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

Vet du hvor stor andel av kvinnene i USA som vil bli definert som osteoporosetruede basert på ovennevnte anbefaling? Vet du hvor stor andel av kvinnene i Norge vil bli definert som osteoporosetruede basert på de kriterier som Sentrum Røntgeninstitut har benyttet siden 1992?

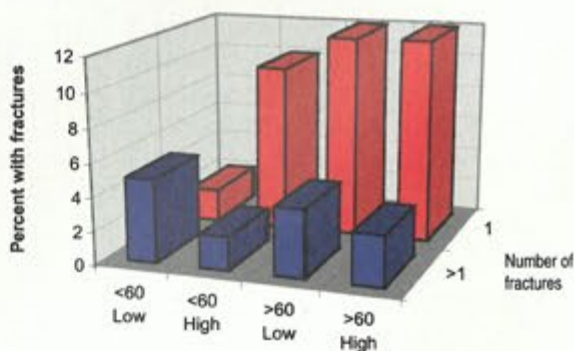
Enkle eller multiplere lineære eller logistiske regresjonsanalyser anvendes vanligvis for å påvise nye «kliniske risikofaktorer». Av de mange parametre som disse analyser fremskaffer, hvilke benyttes for å gi en faktor status som «klinisk risikofaktor»:

- a) p-verdien som kun sier noe om den statistiske sannsynlighet for at en faktor virkelig er av betydning uten å si noe om hvor betydningsfull faktoren er?
- b) r^2 -parameteret eller risk ratio som begge uttrykker graden av betydningsfullhet?

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

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

FRACTURES AFTER THE AGE OF 60



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

Bisfosfanater kan foreskrives på «blåresept» hvis det foreligger «etablert osteoporose». For å stille denne diagnosen er det tilstrekkelig om en postmenopausal kvinne har hatt minst ett tidligere lavenergi-brudd.

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

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

- a) hvor mange av dine pasientene har du da gitt en osteoporosediagnose mens de i virkeligheten tilhører kvintilen med lavest bruddrisiko?
- b) til hvor mange av dine pasienter som befinner seg i kvintilen med størst risiko for å få brudd har du hevdet at de ikke har noen forøket risiko for brudd?

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

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

Våre avdelinger:

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

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



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

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

medisinere heller, og det hender vi allerede på første samtale anbefaler samtalepartnere å finne seg et psykiatrisk behandlingstilbud fremfor videre samtaler hos oss. Andre psykiske lidelser åpenbarer seg ikke så lett, men vi tror at samtaler hos oss allikevel kan avklare for noen at de bør søke psykiatrisk hjelp. Andre kan ha glede av samtaler hos oss parallelt med andre tilbud innen psykiske helsevern.

– Hvilken formell bakgrunn har dere som tar imot gjester til filosofiske samtaler?

– I tillegg til hovedfag i filosofi, som i seg selv ikke på noen måte er noen garanti for at man er en god samtalepartner, har vi en to-årig etterutdanning der kommunikasjon og aktiv lytting er vektlagt. De som har gjennomført denne etterutdanningen kan så søke om medlemskap i Norsk selskap for Filosofisk praksis (NSFP), der vi bl a har etiske retningslinjer for hvordan vår virksomhet skal utøves. De som opptas i NSFP får et diplom som stadfester at de er godkjente filosofiske praktikere. Den første gruppen på åtte var ferdig utdannet i 1999, den neste gruppen på tolv blir ferdig utdannet neste år. En fra den første reiste en hjem til Island etterpå. I den andre gruppen er det fire fra Tromsø og to fra Sverige.

– Er det noen filosofer dere er spesielt opptatt av?

– Vi liker alltid å nevne Sokrates. Sokrates er jo kjent som en samtalens mester. Men han var først og fremst opptatt av å analysere begreper, og han kunne være ganske rå i sin behandling av samtalepartnere. Spørsmål som «Hva er kjærlighet?» eller «Hva er plikt?» er klassiske spørsmål som egner seg for slik begrepsanalyse. Sokrates etterspør sine samtalepartneres egen erfaring, men målet er en generell forståelse. Vi er mest opptatt av våre samtalepartneres individuelle definisjon av hva begreper som kjærlighet og plikt betyr for dem. Men i en slik samtale om begreper er det åpnet for en ganske aktiv deltagelse fra filosofens side. Mange vil gjerne ha en reell dialog der de er åpne for nye synspunkter på hva kjærlighet eller plikt kan innebære.

Vi er også dypt inspirert av filosofene Løgstrup og Levinas. Om stikkordet Sokrates gir er *dialog*, så er stikkordet her *diskurs*. I fransk filosofi betyr diskurs nærmest fortelling. Her er for-



tellingen til hvert enkelt menneske det sentrale. I din egen historie om deg selv utleverer du deg selv, og du har behov for å bli forstått og støttet. Vi bærer alle noe skjørt inni oss - de tanker og følelser som gir hver enkelt meningen med sitt liv. Dette har vi behov for å gi uttrykk for, og skal vi klare det må vi føle at den vi forteller dette til er rede til å ta i mot det vi forteller. Vi har imidlertid så alt for lett for å tro at vi forstår det som blir sagt til oss, mens vi egentlig hopper til konklusjoner om hva det dreier seg om. Jeg tror det er mye å hente på å ta seg ekstra tid til å prøve å virkelig forstå hva samtalepartneren egentlig sier. Hvis en samtalepartner f.eks. ønsker å snakke om at hun ikke er glad i mannen sin lenger, kan det være nyttig å prøve å spørre hva hun egentlig mener med det. Hva legger hun i det å være glad i et menneske? Når var hun glad i ham? Hvordan var det da? I stedet for å gå ut fra at vi skjønner hva hun snakker om, går vi ut fra at vi ikke skjønner hva hun snakker om. Ikke egentlig. Men vi spør ikke om alt, vi spør om alt som berører oss. Alt som er ladet med en eller annen følelsesmessig spenning.

– Har dere en egen filosofi?

– Vi er ikke tilhengere av en spesiell filosofi. Noen av oss er opptatt av eksistensialismen, men ikke alle. Selv har jeg f.eks. drevet mest med språkfilosofi tidligere. Men det er kanskje en del filosofiske forutsetninger i det å invitere mennesker til å samtale om livet sitt i håp om at dette kan gi dem et

rikere liv. En forutsetning for våre filosofiske samtaler er f.eks. at vi tror på menneskets frihet til å velge. Dersom man er en overbevist determinist, vil man antagelig finne slike samtaler om hva man skal velge lite meningsfullt. En kineser påpekte for meg at det å invitere enkeltmennesker til samtaler også bærer preg av vestlig individualisme. For henne var det utenkelig at den enkelte traff slike livsvalg uavhengig av slekten. Slik sett er vi nok preget av vår tid og kultur.

At vi har et marked er sikkert også et produkt av vår kultur. Et underliggende budskap i vår kultur er at du ved dine valg skal skape deg et godt liv som bl. a. egner seg i markedsføringen av deg som et vellykket menneske. Jeg tror disse valgene som det moderne samfunn tilbyr oss, føles som en stor belastning for mange mennesker. For velger de galt er de selv ansvarlige for sin egen ulykke. Jeg tror mange føler et behov for å klargjøre hva som er viktig for akkurat dem, hva de tror vil gi dem et godt liv, hva som føles riktig å gjøre i den situasjonen de står i nå.

– Tilslutt, hva er så prisen på timer hos en filosofisk praktiker? (et beklemmende spørsmål etter så mange høye, filosofiske tanker, men dog...)

– Den tror jeg varierer fra 300 til 700 kr timen. Vi klarer ikke enes om en felles pris. Vi har visst lært alt for lite om økonomi og markedsføring på filosofistudiet.

Henning Herrestad hadde i anledning Utpostens besøk forepurt en av sine samtalepartnere om hun kunne tenke seg å gi oss et interjuv for å få presentert et brukersynspunkt på hans tjeneste. Catherine Ranke (29) er en svært oppegående og talefør kvinne som innleder med å si at hun via sine filosofiske samtaler har kommet gjennom en meget vanskelig periode i sitt liv. Hun forteller at hun for et år siden var i en ekstrem stressituasjon med ansvar for et lite barn på 2 år, et ekteskap som var i ferd med å oppløses og en far som lå for døden av lungekreft. I tillegg hadde hun full jobb som prosjektansvarlig og seniorsekretær på et travelt advokatkontor. Hun følte selv hun hadde nådd et punkt der hun ikke mestret alle de kravene som ble stilt henne fra alle kanter og sonderte «terrenget» for å finne hjelp til å snakke om sine problemer. En medisinerstudent anbefalte samtaler med filosof ut fra hans kjennskap til dette tilbudet på Aftenpostens internetsider. En venninne med liknende problemer hadde begynt hos psykolog og følte det var nyttig å gå der, men Catherine fikk ikke time hos henne. I ettertid ser hun at det var tilfeldighetene som førte henne til filosofiske samtaler, men er svært glad for at det ble nettopp slik.



– I mine samtaler med Henning har jeg fått følelsen av å være en likeverdig samtalepartner. Han gir meg ikke følelsen av å være psykisk syk og dermed svakere enn ham. Min bedømmelse av min situasjon er det sentrale fordi det er mitt liv vi snakker om. Jeg føler meg på bølgelengde med filosofen og har selv styring over samtaleene. Noen dager snakker vi om mine problemer, store som små, mens vi andre ganger snakker mer generelt om slike spørsmål som: «finnes det en skjebne?». Selv om vi snakker generelt, gir det meg assosiasjoner til mitt liv og det jeg strir med, og på den måten har jeg det siste året utviklet meg selv som menneske.

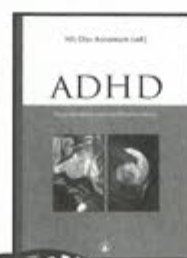
Jeg har forandret meg, og det hadde jeg nok gjort selv om jeg ikke gikk til en filosof en gang i uka. Likevel vet jeg at det er han som har lært meg å ha et mer avslappet forhold til det som skjer og å snakke mer med venner og familie om livets alvorlige sider. Ikke minst har våre samtaler lært meg om mange sider ved mitt forhold til min avdøde far som jeg ikke visste om før.

I forbindelse med skilsmissen gikk vi til familiterapi, og jeg tror det er viktig å se at man kan føre to typer samtaler med to ulike typer fagfolk samtidig. Det er ikke slik at man må velge «trosretning» og enten forholde seg til det etablerte hjelpeapparatet eller gå til en filosof, men disse tilbudene har for meg utfylt hverandre på en fin måte.

– Men hva er det egentlig som skiller en samtale med en filosof med en samtale med en god venn?

– I mitt forhold til venner og familie føler jeg at vi begge er forutinntatt siden vi ikke starter «med blanke ark», vi vet så mye om hverandre fra før og det hemmer oss når vi skal snakke om dypere ting. Filosofen er en god venn å snakke med, men ikke en venn i den forstand at vi f.eks. også treffes i sosiale sammenhenger ellers, og vi vet derfor at vi kan snakke friere i våre samtaler. Han er dessuten er erfaren samtalepartner siden han har trening i å tenke objektivt og stille spørsmål til mine utsagn som får meg til å tenke på alternativer jeg tror jeg ville gått glipp av i en samtale med venner.

Du trenger disse!



Nils Olav Aanonsen (red.) ADHD – Diagnose, klinikk og behandling hos voksne

Antallet voksne som får diagnosen øker betydelig for hvert år som går, og medikamentelle behandlingsalternativer som inntil nylig har vært forbudt for voksne, blir nå gjort tilgjengelige. Boka er forsynt med fiktive pasientbeskrivelser, ment som illustrasjoner på den kliniske bredden en som behandler møter i dette grensesnittet mellom nevrologi, psykiatri og psykologi.

ISBN 82-00-45204-2 • kr 345,-



Knut W. Ruyter, Reidun Førde, Jan Helge Solbakk MEDISINSK ETIKK – en problembasert tilnærming

Boka gir en grunnleggende innføring i ulike retninger i medisinsk etikk som både er kunnskapsformidlende og som viser alternative tenkemåter for å få fram begrunnelser for ulike løsninger på kompliserte dilemmaer. Boka drøfter også samhandlingen mellom helsetjenesten og samfunnet for øvrig, og synliggjør noen av de mange problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom bruk av ressurser, prioritering mellom pasienter og pasientgrupper m.m.

ISBN 82-417-1067-4 • kr 320,-



Arild Bjørndal, Signe Flottorp, Atle Klovning MEDISINSK KUNNSKAPSHÅNDTERING

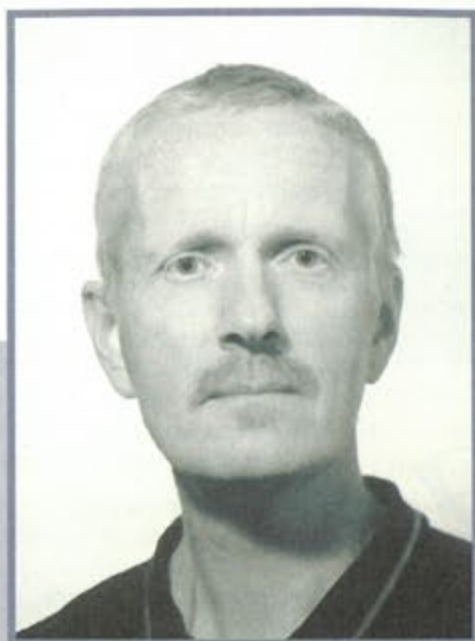
Flommen av ny medisinsk kunnskap er vanskelig å håndtere. Denne boka gjør oppgaven lettere, og oppøver evnen til å stille spørsmål som er relevante for klinisk og samfunnsmedisinsk praksis. Den viser hvordan man kan finne pålitelig kunnskap, og kritisk vurdere forskningsmetoder og – resultater.

ISBN 82-417-1062-3 • kr 210,-



I bokhandelen nå!


GYLDENDAL
AKADEMISK



Morten Bain

f. 1954

Født og oppvokst i Fredrikstad.

Kom til Nord-Norge i 1974.

Cand.med. Tromsø 1980

Turnus ved Gravdal Sykehus
og Moskenes kommune

Distriktslege/kommunelege i
Moskenes kommune frem til
1997, avbrutt av ett år ved Nord-
land Psykiatriske Sykehus og ett
år helseadm. studium i Bodø.

Fra 1997 kommunelege 1
i Vågan, Svolvær.

OLL- tillitsvalgt i Nordland Fylke

Bosatt i Kabelvåg på Marit-
haugen.

Gift, 4 barn og engasjert, styrete
vant til mye blåst både på jobb og
ute.

Interesser: Fjell, uteliv, hage,
bærplukking og samfunnsdebatt.

Fred er ei det beste ...

• AV MORTEN BAIN

Refleksjoner i høstfarger

Det er en søndag midt i september det spesielle år 2000. Jeg har kommet meg til fjells og sitter på Småtindan i Vågan, nesten 700 meter over havet. Rundt meg ser jeg Lofotfjellene, 100 kilometer vestover og 50 kilometer østover. Lufta er klar, fjellene er grønne og trærne er gule. Det er stille, og sola varmer fortsatt. I bøtta har jeg noen tyttebær og noen multer som har overlevd høstens første kuldegrader. De stod i skråningen mellom noen busker. Dagen er til for tanker, tanker om livet, om arbeid, om fortid og fremtid. Det er tid og tanker for litt status, hva har jeg gjort, hva jeg kan gjøre videre. Fortid og fremtid.

Idealist, stridende A og ugift

Jeg tenker på min gamle lærermester dr. Brønder fra Lurøy på 70- tallet. «Morten, for å bli distriktslege må du være idealist, stridende A og ugift», sa han. Jeg har nok vært litt idealist, gammel Tromsø-student og slikt fra 70-tallet. Militærtjeneste har jeg aldri gjort, så der var jeg ikke stridende. Og så har jeg blitt gift og pappa med 4 barn i løpet av 5 år. Hvordan i all verden kan jeg da fortsatt være distriktslege og kommunelege med rimelig kondisjon, noe vett og sikkert mye uvett, og i alle fall slitasje på hjernen, og fortsatt stridende, eller som noen her synes, stridig og gjenstridig?

«Her blir du ikke lenge, Morten»

Mine tanker og mine øyne retter seg mot min gamle kommune, Moskenes, og stedet Reine. Det var der mine lange arbeidsdager virkelig startet i 1981. Der kom jeg til en kommune hvor ingen andre leger fantes. Alle hadde rømt, og siste hilsen fra en kollega på fergekaia var, «her blir du ikke lenge, Morten». Jeg kom til en kommune med VHF-radio: «distriktslegen kaller – over», og så ble det for det meste ut; ut av radioen, ut på sykebesøk, ut i uvær, fokk og rokk. Telefonsvarere hang seg opp og strømbryddene var daglige. Senkningsrørene var fortsatt sugerør. Slurp og spytt! Det var ikke mye hepatitt og HIV den gangen. Serietelefon var noe nytt etter hvert, og hvem husker ikke den revolusjonerende gamle Mobiraen da den kom i 1984. 10 kilo veide den. Hvor langt vi synes verden var kommet!

Sist mandag

Sist mandag sa han opp jobben sin for å slippe unna legekantorene i distriktene. Tirsdag kunne han ta stillingen tilbake. Kommunelege Morten Bain får politikere til å snu på en temøring, men han legger ikke skjul på at det koster å ha meningers mot.

Mannen som fikk det som han ville

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.

DISTRIKTENE KASEN mot kommunelegen

SVOLVÆR: I dag skal kommunene i Vågan kasse kommunene i Vågan mot kommunelegen. I dag skal kommunene i Vågan kasse kommunene i Vågan mot kommunelegen.

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.

Det har vært en tuff uke for Morten Bain. Ikke bare den uke, men den siste uken i 1997 har det vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider. Bain har vært i Vågan, og det har vært tuffe tider.



- Vi lar oss ikke knekke

EKNES: To av fem nordlendinger ønsker å sette sørover. Videre oppsøker stadig flere hjelp mot vinterdepressjoner. Og når noen lever med så galt som



Tiden på Reine minnes som tiden man var landsbylege. Man kjente alle, og regelen «si meg hvem du er, så kan jeg fortelle hvem bestemoren er, hvem som er gift med hvem og hvem som har barn med hvem og hvem som ikke burde hatt barn med hvem og en masse annet om den og den», var fremdeles sterkt gjeldende. Livet var vakt, livet var arbeid, og etterhvert ble skillet mellom liv og arbeid lite, inntil alle 4 barna kom, da.

Tid for oppbrudd

I 1996 måtte jeg gjøre et valg. Skulle der gjøres forandringer, var det på tide. Jeg følte jeg måtte til et nytt sted, tenke nytt, erfare nytt, bråke litt mer, røske opp litt mer i vellinga. Jeg innså at man etter 15 år ikke er nytenkende, men konserverende. Revolusjonen er ikke revolusjonær etter årtier. Heller ikke leger tenker nytt etter mange år i de samme rammer og rutiner. Ettersom en gang Lofoten betyr lenge Lofoten, slo jeg til da det bød seg en sjanse i Svolvær. Kommunelege i jobben hadde vært ledig ganske lenge og forgjengerne hadde stort sett gitt opp ganske raskt og dratt. Få hadde stått han av.

Ett år i doktor Bain sitt liv

Mine øyne der oppe på Småtindan kaster blikket ned mot Kabelvåg, mot kirka og havna, og sannelig aner jeg huset vårt der nede. Jeg ser Nyvågar, Ørsvågvær og hovedveien, E 10. I det fjerne aner jeg Svolvær, og med kikkert kan jeg se Svolvær legesenter der det ligger i Kløverhagen, sanitetskvinnens livsverk av et flott rehabiliteringssenter.

Mine tanker går til første dagen på jobb, lille julaften 1996. Ingen andre leger var på jobb på senteret, pasientene var mange, og kontoret kunne nok ha vært organisert annerledes, for å si det slik. Jeg tenker på Solsjenitsjins bok «En dag i Ivan Dinisovitsch sitt liv.» Jeg tenker på ett år i doktorsens liv.

Nye koster skal alltid feie, og jeg fant ut at jeg skulle feie ganske mye i Vågan Kommune, med grov piassava-kost. Kommunen med 9200 innbyggere hadde totalt sett 12 legekantorer spredd rundt omkring på holmer, skjær og nes. Utekantorene var 7 i tallet, med varierende avstand og reisetid, fra i alt 15 minutters kjøring til Svolvær og Kabelvåg

til 30 minutters båtreise unna. Broer og veier til flere hundre millioner var bygd, asfalt var der overalt og bilene manglet heller ikke i øyriket. Det var starten på en mildt sagt slit-som tid. Harald Hårfagre klarte å samle Norge til ett rike. Han ga opp å samle legetjenesten i Vågan til ett rike. Den oppgaven overlot han til meg. Han visste hva han gjorde, den gamle luringen.

Det ble debatt. Det ble førstesider i avisen. Det ble bråk. Overskriftene haglet, folk var sjokkert, rystet og skuffet. Noen ba meg ryke og reise. Stemningen var alt fra trivelig og vennlig en stund. Overskriftene rullet i Lofotposten inn til politikerne fant på den genistreken at de skulle arrangere folkemøter i de bygdene som ville miste sine utekontorer. Det gikk som det måtte gå. Det ville være politisk og nabomessig selvmord å si seg enig med kommunelege I. Fem folkemøter med flere hundre tilhørere der ikke en sjel signaliserte noen som helst enighet med kommunelegen. Slik det har vært i 100 år, skal det være i 100 år til!!! Etter det fjerde møtet følte jeg meg som kanonføde, skutt på fra øst og vest, nord og syd i denne kommunen. Det var for å si det pent, sterkt. Dr. Stockmann hadde det tøft, men han slapp i alle fall 4 folkemøter. Han gjennomgikk bare ett. Hvor jeg misunte ham på de siste møtene.

Skiftningene gjør det spennende å være kommunelege

En ørn flyr forbi der jeg sitter og tenker gjennom utekontorene og debatten rundt dem. Tanken glir til et av asylmottakene under meg der flyktningene hadde vært uten vann i 10 dager før kommunelegen fikk beskjed, midt på

vinteren. Det er også en virkelighet man må forholde seg til som kommunelege I. Samtidig stilles man overfor budsjett-kutt, krav om tjenester, forventninger og stress. Påstanden om ugift sivilstatus og stridende A vekker assosiasjoner om et liv som kommunelege som til tider kan være som en vin-terdag nordpå; kald, vindfull, rokk og fokk.

Et vindtrekk farer forbi, nordavind. Den varsler om mørkere og kaldere tider her nord. De lyse nettene er forbi. Stearinlys og sosialt inneliv venter. Jeg liker skiftningene fra det ville til det myke, fra stormene til harmonien – som naturen her. Det er spennende, utfordrende og vilt, og jeg føler meg utrolig privilegert som får være primærlege og kommunelege med ansvar for det samfunnsmedisinske og allmennmedisinske fagområdet. Det å ha muligheten til å influere på det som skjer, til å forme helsetilbudet, og å erfare nye utfordringer hver dag, gjør det verdt å fortsette i dette faget, til tross for all elendighetsbeskrivelse i disse tider.

En dag i kommunelegens liv er en dag med mange muligheter. Det er med slike tanker i hodet jeg, på en måte løftet, vender nesen og føttene hjemover. Over meg ploger en gåseflokk på vei mot sør. De har stått han av i sommer. Nytt liv er kommet til. Jeg snubler meg ned i halvmørket, gjørma skvetter rundt beina. Mine tanker går til salige Bjørnson, tror jeg det var.

«Fred er ei det beste, men at man noget vil».

Med de ordene i sinnet setter jeg nøkkelen i døra i kveld og neste dag på kontoret.

Etter en halv time på kontoret minner lite om fred.

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



NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Helsebegrep og sykdomsforståelse

Allmennmedisinen foran et vegskille

Eivind Meland, allmennpraktiker og førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen. Har interessert seg for forebygging av hjerte- og karsykdom både i klinikken og forskningsmessig. Medlem av NSAMs referansegruppe for hypertensjon. Opptatt av medisins plass i samfunnet og hvordan de gode forsetter kan perverteres og resultere i bjørnetjenester og vanhelse.

I denne artikkelen drøfter forfatteren det filosofiske grunnlaget for medisinen i vår tid, og på hvilken måte den derav følgende praksis gjør medisinen til et helse- og velferdsproblem. Han peker på hvordan fenomenologi og postmoderne filosofi kan representere et fundament for en alternativ helse- og sykdomsforståelse. Med en slik forståelse følger også en alternativ praksis og andre moralske forpliktelser overfor samfunnet og den enkelte pasient. Norsk allmennmedisin står i bresjen i en gryende kamp mot medikalisering av kulturen og sykeliggjøring av enkeltmennesket. Forfatteren peker på noen viktige arenaer for et slikt engasjement og på hvilken måte dette får følger for samfunnsmessig og klinisk praksis.

• AV EIVIND MELAND

Helsebegrep og sykdomsforståelse

Det filosofiske grunnsyn og klima som moderne medisin praktiseres i, ser på mennesket isolert fra sine relasjoner som objektiverbar materie som beveger seg langs en tidsakse fra fødsel til død. Dette objekt kan karakteriseres og diagnostiseres med egenskaper som pretenderer å være objektive. Noen ganger kan slike objektive diagnoser være funksjonelle som utgangspunkt for nødvendig medisinsk intervensjon. Slik intervensjon er ofte så imponerende at medisins filosofi fundament sjelden blir utfordret. Hverdagslivets tenkning, den luft vi puster i, er også så preget av dette filosofiske fundament at vi ikke avslører hvordan relasjonelle størrelser kles i objektivitetens drakt og blir maktmidler som undergraver selvbilde og funksjonsevne.

Det rådende helsebegrep er dikotomt: helse til forskjell fra vanhelse, velvære til forskjell fra lidelse. Sykdomsforståelsen er lineær og kausal ettersom vi tenker oss at sykdomsfremkallende agens forårsaker sykdom som bekjempes med å fjerne agens. Sykdom kan påvises objektivt og hvis ikke kausale agens kan fjernes, kan sykdom oppdages i tidlige stadier og fjernes.

Det er viktig å være klar over at det finnes alternativ filosofi og verdiorientering som kan begrunne endringer i så vel medisinsk praksis som hverdagslivetsandel. Et dialogisk menneskesyn vil se på mennesket ikke som et objekt, men konstituert ved sine relasjoner. Selvet mitt vil være det som er mellom meg og dem jeg inngår relasjoner med. Den karakteristikk eller diagnose jeg gir andre mennesker kan jeg aldri frigjøre fra relasjonen med den jeg karakteriserer. Jeg er et ansvarlig moralsk subjekt i relasjon med andre individer. Helse kan ikke forstås isolert fra vanhelse, helse er den måten vi integrerer vanhelse i våre liv på, den måten vi skaper mening av vekslingen mellom velvære og lidelse. Helse konstitueres av mening og relasjon. Et dialogisk helsebegrep vil se på helse som anledning til og kompetanse i å delta aktivt i relasjoner der vår verden fortolkes og refortolkes (1). Med et slikt syn følger at sykdommenes objektive eksistens er tilsynelatende. Sykdom vil alltid være en dialogisk og moralsk størrelse, en sosial konstruksjon skapt av dialogen i den kultur vi inngår (2). Fenomenologien peker på et viktig vegskille for medisinsk praksis, men i realiteten hadde menneskeheten denne visdom i hundrer eller tusener år før vår moderne tid (3, 4).

Den fundamentalistiske biomedisin skader helsa

Biomedisinsk teknologi har en høy stjerne i den offentlige opinion. Det er ikke bare fordi folk er forført gjennom skremsler til å delta i et prosjekt der helsetjenesten får i oppdrag å lette den angst som de selv har påført befolkningen. Det er også fordi medisinsk teknologi i mange tilfeller bedrer prognosen vesentlig for enkeltindivider med sykdomsplaner. Det objektive sykdomssyn og den årsaksorienterte intervensjon er i svært mange tilfeller funksjonell. Det er overdrivelsen, biomedisinen som karikatur og fundamentalistisk prosjekt som skader helsa og den allmenne kultur. Det diskuteres i hvor stor grad dette skjer, hvor god dokumentasjonen for dette er, og hvorvidt det er aktuelt for alle befolkningsgrupper (5-7). Det vi vet er at svært mange medisinske diagnostiske og terapeutiske prosedyrer er mangelfullt dokumentert (6, 8), at flere intervensjoner anvendt på lavrisikopopulasjoner med bare marginalt forverret prognose er helseskadelig for dem som får slike «tjenester» (6) og at folkehelsa i liten grad bestemmes av helse-tjenester, men er avhengig av relasjonelle og kulturelle størrelser som for eksempel sosial deltagelse, verdighet og optimisme (5).

Vi vet også hvordan og hvilke mekanismer som medfører at helsetjenester blir til helseskadelige bjørnetjenester (6). En slik forståelse er viktig ikke minst fordi vi kan skjønne hvordan en ytterligere vekst i fremtiden kan medføre skade. Fisher peker på følgende mekanismer: diagnostikk av pseudo-

sykdom; forskyvning av sykdomsdefinisjonene inn i den asymptomatiske normalpopulasjonen; distraksjon og kompleksitet som fører til at høyrisiko- og alvorlig syke individer ikke får nødvendig behandling; og unødvendig behandlig av fysiologisk fluktusjon. Konsekvensene i følge Fisher er mer bekymring og invaliditet, mer unødvendig behandling, flere medisinske feil og mer bivirkninger og skadevirkninger av medisinsk behandling.

Denne utvikling vil aksentuere hvis vi ikke selv forstår og vinner alminnelig aksept for hvordan sykdom konstitueres sosialt. Det blir en viktig oppgave å engasjere oss i den verdidebatt der skillet mellom normalitet og sykdom etableres, og det blir maktpåliggende å ansvarliggjøre politikere i en slik verdidebatt.

Allmennmedisinen

– en samling enøyde samaritaner?

Nær 450 000 nordmenn i arbeidsfør alder er langtidstrygdet. Vi har opplevd en fordobling fra 8% av arbeidsstyrken til 16% i løpet av de siste 20 år. Argumentasjonen om at det er situasjonen i arbeidsmarkedet som er avgjørende for trygding, er ikke holdbar lenger. Folk trygdes i økende grad også i ung alder samtidig som etterspørselen etter arbeidskraft er økende. I stor grad er diagnoser knyttet til relasjonelle problemer og kulturelt formidlet selvforståelse grunnlag for sosial utstøtning på arbeidsmarkedet. Jeg skal ikke pretendere å ha fasit på hva dette skyldes, men jeg vet av samtaler med trygdeleger og fra offentlig debatt jeg har vært engasjert i (9, 10), at den kausale sykdomsoppfatning kan være en viktig bidragsyter til utstøtning og relasjonsbrudd. Det er nemlig en utbredt oppfatning i vårt fagmiljø at symptomer fra muskel- og skjelettsystemet og emosjonelle vansker kan årsaksforklares med forhold på arbeidsplassen. I stedet for å hjelpe den lidende med å utvikle relasjonskompetanse og en funksjonell selvoppfatning, følges minste motstands veg: verdigheten ivaretas med offerforklaringer og hjelpen består i relasjonsbrudd og livslang avhengighet av samfunnet (11, 12).

Liknende fenomener ser vi i det forebyggende arbeid i skolen. Emosjonelle og atferdsproblemer «løses» med intervensjoner som innebærer særplassering og isolasjon fra skoleklassen, familien og det moralske fellesskap der eleven hører hjemme. At slike tiltak har mangelfull dokumentasjon synes ikke å affisere aktørene. Det er nemlig så akseptert i vår kultur at vansker løses med ekstern årsaksforklaring og relasjonsbrudd, at få tør utfordre slike prosesser.

Allmennmedisinen er medisinen «bunnskikt» i betydningen fundament for annen tjeneste. Det er først og fremst allmennmedisinen som merker konsekvensene av medika-

lisering, diagnostikk av pseudosykdom, oppfinnelse av nye risikotilstander og forebyggende intervensjoner i godhetens tjeneste. Den allmennmedisinske bølge er full (13), men det blir feil å fremstille allmennmedisinen som offer. Vi bidrar til troen på medisinsk vekst og arbeider aktivt for at allmennmedisinen må befolkes av nok leger til å ta hånd om all den meningsløshet som vi får servert.

Allmennmedisinen – en kritisk røst i sterk motvind

Norsk allmennmedisin er ikke så mistrøstig som linjene over kan tyde på. De kulturelle strømninger og sosiale makt-konstellasjoner som driver den medisinske vekst, er nemlig så sterke at det er urealistisk å forvente at allmennmedisinen skal stå oppreist hele tiden i sterk motvind. Faktum er at norsk allmennmedisin er en viktig kritisk røst og motkraft til medikalisering (14-16), og en konstruktiv bidragsyter til hvordan medisinske intervensjoner kan rettes mot den del av befolkningen som har verst prognose og størst utbytte av behandling (17).

“Pasienten har rett til å møte en forståelsesfull lege som er interessert i pasienten som person, og er villig til å lytte til og samhandle med pasienten som likeberettiget.”

Som i andre land foregår en viktig debatt om hvordan den nye erkjennelsen i medisinen skal omsettes i klinisk praksis (5, 7). Fortidens antagonismer mellom venstre- og høyresiden spøker imidlertid over en debatt der relasjonell forståelse angripes for å innebære «blaming the victim» (7, 18). Venstresiden med sitt fordums fiendebilde synes å undersøke at mennesket også motiverer seg intensjonalt (19), og kan derigjennom bidra til offerforklaring og undertrykking, relasjonsoppløsning og sosial og moralsk isolasjon.

Allmennmedisinen og den fremtidige kontrakt med samfunnet

Den paternalistiske medisin passer som hånd i hanske for den form for politisk demagogi som setter likhetstegn mellom helse og helsetjeneste. Medisinen tilkjennes uinnskrenket myndighet til å definere hva som er sykdom og forsvarlig medisinsk intervensjon. Et slikt bilde av medisinen er i ferd med å forvitne, og politikere og den opplyste allmennhet forstår at samfunnet må ansvarliggjøres i en dialog der hovedsiktet blir å finne effektiv utnyttelse av begrensede helseressurser. Dette ansvaret innebærer imidlertid at politikere og folk flest må ta inn over seg og bære konsekvensene av at medisinen er feilbarlig og at det alltid vil være en avveining mellom forventet nytte og kalkulert risiko. Vi må utvikle et språk for feilbarlighet, behandlingsnytte og kostnadseffektivitet som gjør det mulig å føre en likeverdig dialog om hvilke tjenester (allmenn)medisinen skal tilby. En forståelse av likeverdig partnerskap for helsetjenestens forhold til samfunnet må utgjøre fundamentet for en slik dialog.

Allmennmedisinen og kontrakten med pasientene

Dialogen med den enkelte pasient og relasjonen mellom behandler og pasient bør endres. I en relasjonell og humanistisk forståelse av mennesket vektlegges autonomi og ansvar. Denne forståelse har på noen områder vunnet innpass i helsejussen med rett til å øve innflytelse på behandlingsvalg og innsynsrett i journal. Vi iakttar imidlertid en bemerkelsesverdig dobbelthet ved at publikum vil ha juridiske retter som forutsetter en ufeilbarlig medisin. Det er en dobbelthet vi ikke kan leve med. En relasjon som er preget av gjensidighet og partnerskap må respektere medisinen som usikker. Denne usikkerheten må legen være villig til å formidle, men pasient og publikum må også være villig til å ta den inn over seg. Begge parter må være villig til å dele gevinster og kostnader med den nye dialogen.

Autonomi betyr egentlig «selv-lovgivning» og er ett av de mest fundamentale prinsipper for frihets- og demokratitenkningen i moderne vestlige samfunn. Vår autonomiforståelse stammer fra opplysningstiden og Immanuel Kants filosofi. Hans moralfilosofiske prinsipper om universalitet understreker også kravet til gjensidighet. Autonomiens grense er handlinger som hvis de var begått av andre ville ramme en selv. Et autonomt menneske tar egne valg, men må og ta ansvar for konsekvensene av egne valg og tåle den belastning som følger av at valg kan komme i konflikt med andre menneskers rett til autonomi. Både pasientens og legens autonomi og integritet må derfor ivaretas i den nye dialogen (20).

Pasienten har rett til å møte en forståelsesfull lege som er interessert i pasienten som person, og er villig til å lytte til og samhandle med pasienten som likeberettiget. Den autoritære bedreviter har ikke stor plass i norsk allmennmedisin. Men det er også grunn til å advare mot den motsatte ytterlighet enten den opptrer i rollen som markedsorientert behager for ethvert konsumentønske eller som snillistisk

gråtekone som henfører pasienter til hjelpeløshetsroller. Helsevesenets framtid og folkehelsen er nemlig truet av begge disse typer dysfunksjonelle hjelpere (11).

Den relasjonsorienterte lege er nemlig tydelig som moralsk aktør i sine konsultasjoner. Som en partner rådgir sine med-aktører vil legen i en slik modell være en lydhør lytter, men også en tydelig rådgiver (20). Hun vil også ha målsettinger om å styrke pasientens autonomi og ressurser både på det relasjonelle og det selverkjennelsesmessige området. Hvis vi arbeider med en relasjonell helseforståelse vil helse være anledning til og kompetanse i å delta aktivt i relasjoner der vår verden fortolkes og refortolkes (1).

Litteratur

1. Stewart J. Philosophical features of social approaches to interpersonal communication. I: Leeds-Hurwitz W, red. Social approaches to communication. New York: The Guilford Press, 1995.
2. Aronowitz RA. Making sense of illness. Science, society and disease. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
3. Næss A, Hannay A. Invitation to chinese philosophy. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
4. Watts AW. Zen-veien. Oslo: Gyldendals Fakkelt-bøker, 1973.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Walter de Gruyter, 1994.
6. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-53.
7. Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J. Wealth, equity and health care: a critique of a «population health» perspective on the determinants of health. Soc Sci Med 1998; 46: 785-98.
8. Zahl P-H. Er nytten av organiserte masseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft i Norge vitenskapelig bevist? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2002-5.
9. Malterud K. Kvinners «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1790-3.
10. Meland E. Sykdomsforståelse og velferdspolitik. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2559-61.
11. Meland E, Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 557-9.
12. Gulbrandsen P. Sykmelding – minste motstands vei? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2369-70.
13. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.
14. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794-9.
15. Malterud K. Fordeler og ulemper ved mammografiscreening av friske kvinner. En kritisk vurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1608-10.
16. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037-41.
17. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdom i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643-7.
18. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 79-83.
19. Bang J. Sygerolleinflation og social identitet. Månedsskr Prakt Lægeger 1997; 75: 1279-86.
20. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-6.

LEGEN PÅ SCENEN

Noen personlige betraktninger om legekunst og scenekunst med bakgrunn i Hans E. Kincks diktning

• AV PER ANDERS ØIEN

Er det en søt myte eller en holdbar sannhet at leger ofte har nære bånd til kunstnerisk virke i en eller annen form? Temaet er belyst av mange, og svaret er trolig ja på begge spørsmål. Men den mytiske delen ville ikke hatt levskraft uten at det fantes flere historiske eksempler som underbygget påstanden. Innen diktekunsten har vi navn som Anton Tsjekov, Henrik Wergeland (riktig nok kort tid som stud.med.) og Pablo Neruda. Ibsen var ikke selv lege, men i hans skuespill finnes mange sentrale legeskikkelser, ofte med noe tvetydige roller. Her skal bare nevnes dr. Relling i *Vildanden*. Det er også rimelig å berøre psykoanalysens tette innflytelse på flere av dikterne i det 20. århundre, som f.eks. Sigurd Hoel, Agnar Mykle, og Trygve Andersen. Vi kjenner også mange som i varierende grad har utøvet såvel musikk som billedkunst.

Når vi bruker begrepet *legekunst* tenker vi naturligvis ikke på legen som kunstner i den ovenfor nevnte, utøvende, forstand. Vi mener å si noe om at utøvelsen av legegjerningen er en kunst i seg selv. Kunst inneholder elementer av intuisjon, fantasi, kommunikasjon, evne til å se, skaperevne og skapertrang. De første av disse elementene er i alle fall sentrale i de fleste legers arbeid. Om man så også vil karakterisere selve legearbeidet som 'utøvende kunst' er selvfølgelig en svært vid tolkning som jeg ikke uten videre vil gjøre meg til talsmann for.

I det følgende vil jeg ut fra personlig interesse og engasjement kort belyse noen sider ved Hans E. Kincks diktning. I seg selv har ikke Kinck og hans diktning noe spesiell relasjon til leger og legegjerning. Men personlig har jeg opp-

levd arbeidet med denne diktningen som en svært viktig inspirasjonskilde, ikke minst ved å tilbringe timer på scenen i et forsøk på å gestalte noen av hans mange skikkelser scenisk.



Hans E. Kinck var ikke selv lege, men hans far var, og gjennom det tette forholdet til faren fikk han naturligvis godt kjennskap til legens person og virke. Han ble født i 1865, og ettersom faren var distriktslege og embetsmann, medførte det også den gang mye flytting. De første leveårene tilbrakte han i Øksfjord i Finnmark, deretter en kort periode i Ytre Namdal for så å flytte med familien til Bygland i Setesdal seks år gammel. Kanskje har møtet med Setesdalskulturen i slutten av forrige århundre vært sterkt medvirkende til å utforme spiren til den dikteren som tyve år seinere debuterte med fortellingen *Huldren*. Setesdal var i kraft av sin topo- og geografi et

beskyttet, noen ville si lukket samfunn der mye av middelalderens balladestil var høyst levende. Men dersom denne tiden foret ham med såvel lyrisk som episk stoff, førte den neste flyttingen – til Strandebarm i 1875 – til et sterkt tidskille i guttens sjelsliv. Selv kaller han det senere for 'en lusing'. Det var særlig forskjellen i gemytt mellom setesdøl og vestlending som slo inn i ham og dannet grunnlaget for mange av de karakterene han seinere meislet ut i kjente noveller som 'Den nye kapellanen', 'Den hvite lille dame' og 'Hvitsymre i utslåten'.

Forholdet til faren og hans yrke vet vi ikke mye rent biografisk om, men det er neppe helt grunnløst å tenke at faren har vært en viktig bakgrunnskilde for hovedpersonen i

romanen *Dr. Gabriel Jahr*. Faren skal på mange måter ha vært en sammensatt natur. Selv var han også konservativ embetsmanns-sønn og holdt seg til embetsmannspartiet, samtidig som han var svært omgjengelig og liketil og dermed stod på god fot med bøndene. Vi kjenner også til flere tegninger og malerier fra farens hånd, og det er ikke uten grunn at hovedpersonen i romanen nettopp er en lege som stred mellom kunstens kall, og legens gjerning. I fornøyelige, men også tragiske scener ser vi den flyktende legen med sitt staffeli søke ensomhet og arbeidsro på vidda mens han nærmest fotfølges av 'hungrige' pasienter. Midt i de burleske folkelivsskildringer utvikler Kinck den *psykologiske* kampen hovedpersonen befinner seg i: Han lever i en bygdekultur med herskesyke moralister og moteriktige levebrødsskribenter. Selv søker han som kunstnernatur å gi

dikterisk uttrykk for sin mest intime og såre livserfaring, men tvinges til å dekke seg bak spott og løyer. Han blir 'humorist' og komediedikter inntil han bryter over tvert, vender tilbake til sitt fag, medisinen, og blir 'sinnsykelege'.

Kinck er nok mest kjent for sine noveller, men som nevnt kom jeg i en periode av mitt liv i nærkontakt med hans dramatiske arbeider. Det er disse som først og fremst har gitt meg inspirasjon. Jeg var så heldig å få være med i et teatermiljø som gjøv løs på disse omfattende skuespillene. Syv, åtte timers forestillinger med spennvidde fra italienske renessanseskikkelser til skildringer av norsk kultur og individualitet. Hvorfor ga dette meg så mye på 'toppen' av en ellers travel legepraksis i ei innlandsbygd? Jeg vil knytte noen refleksjoner til dette.

Ett grunnelement i en leges arbeid er evne til empati. En forutsetning for dette må også være et rimelig godt kjennskap til seg selv, og det å kunne akseptere seg selv med de forskjellige sider man består av. Mange er naturtalenter på området, men for meg ble det nitide arbeid med de forskjelligste skikkelser på scenen en oppøvelse i innlevelse som jeg ikke har møtt mange andre steder. Fra den unge stallgutten som tar livet sitt av umulig kjærlighet, til despoten som dreper for fote av angst for å bli truet. Som i alt teater

karikatur, overdrivelse, sterk palett, men nettopp gjennom dette å måtte ta drastiske virkemidler og andre sider ved seg selv til hjelp.

Et annet element er evne til tilstedeværelse. Pasienter reagerer med rette sterkt på at vår oppmerksomhet er andre steder. Gjennom scenearbeidet blir man drillet i å være der på tiden, dine omgivelser er komplett avhengig av at du følger tråden, 'timer', tar pause på de rette steder osv. Dette er jo også en øvelse i konsentrasjon. Mange av de pasientene vi møter f.eks. innenfor det psykiatriske felt sliter nettopp med at tanker og følelser til stadighet hindrer dem i å samle seg om ett punkt, om å konsentrere seg. Da er det viktig at legen kan holde fokus og konsentrasjon.

Teater er også improvisasjon. Hvor mange ganger i løpet av en leges arbeidsdag utfordres ikke evnen til å improvisere, å bruke fantasi - Askeladdens evne til å se muligheter der andre bare ser stengsler? Og i våre mange kurs blir rollespill stadig mer anvendt, kanskje nettopp for å trene oss opp i å se at situasjoner kan vurderes og takles på svært forskjellige måter. Blir vi låst i våre tankemønstre gjør det livet rimelig surt for oss selv. I det tette arbeidet på scenen har det ofte slått meg hvor mye jeg har - mer eller mindre villig - måttet lære av andres måte å fremstille noe på. Mulighetene er mange!

“ Men først og fremst har dette arbeidet gitt meg innblikk i en mesterlig måte å beskrive menneskers psyke på, se glimt av storhet i de forfalne og mislykkede, 'høre bønner bak den hvislende tunge'.

Dostojevskij

Men først og fremst har dette arbeidet gitt meg innblikk i en mesterlig måte å beskrive menneskers psyke på, se glimt av storhet i de forfalne og mislykkede, 'høre bønner bak den hvislende tunge', som Dostojevskij skriver. Det har lært meg å forstå litt mer av hvorfor mennesker blir som de blir, uten så lett å felle moralske dommer. Det er utfordrende å leve i spenningsfeltet mellom den psykologiske faglitteratur og en dikter som Kinck. Det er kanskje nettopp ved å 'forstå' skurken at jeg lettere kan forholde meg til hans eller hennes skjebne, uten å bli passiv tilskuer ute av stand til å skille mellom rett og galt. Det er med å øke aksepten og tåleevnen for det som ellers kan være vanskelig å tolerere. Det er vel fortsatt en rimelig grunn til å tro at økt innsikt også



Fra Suttungteatrets oppsetning av 'Den sidste gjæst' i 1975. Forfatteren (nr. to fra høyre) som spyttlikkersk sekretær for renessanseskribenten Pietro Aretino.

gir økt toleranse. Og ikke minst at økt selvinnsikt gir økt syring over eget liv.

Min hensikt er ikke å utfordre kolleger til å stå på en scene eller mene at man ikke kan bli en god lege uten å ha jobbet med teater. Det er heller ikke - med stor respekt for skuespilleryrket - meningen å viske ut skillet mellom profesjonalitet og amatørvirke i så måte. Men det en selv har hentet inspirasjon fra, det får en lyst til å gi videre. Og jeg tror mange ville ha store nyoppdagelser å gjøre ved å sette seg inn i Kincks diktning. Jeg vil tro at de fleste kjenner seg beriket ved å føle seg forstått, sett i kortene og gjenkjent gjennom de skikkelser slik diktning presenterer. Vi vet bedre enn mange hvilke dybder og motsetninger et menneske er fylt av. Og vi kan ta det så mye inn over oss at det kan gå hardt ut over egen bæreevne. I sin eneste diktsamlings skriver Kinck:

Jeg vet alt om menneskenes liv.
Jeg vet hver sjel på rette og vrange.
Jeg er syk av å vite.
Jeg vet meg i hjel....

Kanskje mange av oss etter en endt arbeidsdag på kontoret kan kjenne seg igjen i dette dype hjertesukket. Og midt i dets mollstemte pessimisme kan det kanskje, paradoksalt nok, gi oss en opplevelse av ikke å være alene. Og skulle dette bli for unisont trist, vil jeg anbefale den nyutdannede turnuskandidat å lese novellen 'Jens Bäck og hans tre første pasienter'. Den skildrer den tragikomiske situasjonen en nyutdannet og noe anemisk turnskandidat opplever ved å møte bygdekulturens mest ubedervede, men også infame skikkelser. En tankevekker og stor underholdning i vid forstand. God lesning!

?RELIS

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

RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene Sør, Vest, Midt-Norge og Nord-Norge, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om 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 Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

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

RELIS Nord-Norge (Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

Røykeavvenningspreparatet Zyban er foreløpig ikke anbefalt for pasienter med klinisk depresjon

Spørsmål til RELIS

En allmennpraktiker har flere pasienter som behandles med antidepressiva som kunne tenke seg å prøve Zyban. Kan Zyban kombineres med SSRI? Kan det være en ide å bytte ut SSRI med Zyban siden sistnevnte også er et antidepressivum?

Svar

Zyban depottabletter er nylig blitt godkjent som hjelpemiddel til røykeavvenning. Preparatet inneholder bupropion, som er en noradrenalin-/dopaminreopptakshemmer (1-3). I utlandet har bupropion vært i bruk som antidepressivum siden begynnelsen av åttitallet.

Pasienter med depresjon ble ikke inkludert i de to avgjørende studiene bak registreringen av Zyban (1,2). Basert på disse studiene anslås at 10 røykere må behandles for å oppnå varig røykeslutt (dvs. røykfrihet etter ett år) hos én av dem (1-3). Forekomsten av depresjon er høyere blant røykere enn ikke-røykere, og deprimerede røykere har vanskeligere for å slutte å røyke enn ikke-deprimerede (4,5). Assosiasjonen mellom depresjon og røyking skyldes muligens fellesfaktorer (genetiske eller miljøfaktorer) i etiologien (5). Det er foreløpig uklart om bupropions effekt på røykeslutt vil være like bra hos deprimerede pasienter. En studie har vurdert effekten av bupropion på røykeslutt hos pasienter som tidligere har vært deprimeret versus pasienter uten depresjon i sykehistorien (6). Man fant ingen statistiske forskjeller mellom de aktuelle gruppene når det gjaldt effekt på røykeslutt. Antall tidligere deprimerede pasienter var dog for lite til å si noe om eventuelle forskjeller mellom gruppene. Studien har dessuten liten relevans for pasienter med manifeste depresjoner. Forfatterne konkluderer med at depressive symptomer i begynnelsen av abstinensperioden assosieres med tilbakefall til røyking (6).

Få data er tilgjengelig når det gjelder kombinasjoner av bupropion med andre legemidler (4). Vi fant ingen interaksjonsstudier som er relevante for problemstillingen. Bupropion metaboliseres til tre aktive metabolitter, og svært lite utskilles uendret i urin (4). In vitro forsøk tyder på at flere cytokrom P450 isoenzymer er involvert i metabolismen av bupropion (4), men om metabolismen in vivo vet man lite. Det er holdepunkter for at en av de aktive metabolittene (hydroksybupropion) metaboliseres i vesentlig grad via CYP2D6 (7). Hemming av dette isoenzymet vil således kunne bidra til økt effekt/toksisitet av bupropion. Omvendt heter det i opplysninger fra legemiddelfirmaet at bupropion kan hemme metabolismen av legemidler som metaboliseres via CYP2D6, og disse bør ifølge firmaet administreres i den nedre delen av doseringsområdet (4,8). De fleste antidepressiva metaboliseres via CYP2D6 og/eller hemmer dette isoenzymet. En fire gangers økning i plasmakonsentrasjoner av imipramin, et tricyklisk antidepressivum, er blitt beskrevet hos en pasient som fikk bupropion (9). Andre rapporter som foreligger i litteraturen gjelder mulige interaksjoner med fluoksetin (9). Disse resulterte i psykose, mani og et generalisert epileptisk anfall. I en oversiktsartikkel nevnes at 13 av 50 pasienter som fikk bupropion og SSRI samtidig ikke tålte dette, uten at dette ble nærmere spesifisert (10). Det er uklart i hvilken grad det er risiko for farmakodynamiske interaksjoner når det gjelder kombinasjoner med SSRI. Kombinasjon med monoaminoksidasehem-

mere (for eksempel moklobemid) øker imidlertid bupropions toksisitet, og er derfor kontraindisert (8,11).

Flere sammenlignende studier tyder på at bupropion kan være et like effektivt antidepressivum som ulike TCA og SSRI (11). Den mest vanlige doseringen ved depresjon tilsvaret den ved røykeavvenning, mens doseringer opptil 450 mg per dag er anvendt (depotpreparat tilsvarende Zyban) (11). Dersom det utfra pasientens tilstand er aktuelt, kan man seponere antidepressivumet som brukes, og anvende bupropion som monoterapi i en periode. Dette vil kunne medføre enkelte kompliserende faktorer. Bytte av antidepressivum gir en viss risiko for tilbakefall av grunnlidelsen som i seg selv er uønsket og som vil vanskeliggjøre røykeavvenningen. Videre kan potensielle legemiddelinteraksjoner fortsatt oppstå etter seponering, og et kortere opphold (basert på det seponerte medikamentets halveringstid) i den medikamentelle behandlingen må vurderes.

Konklusjon

Gunstig effekt av bupropion på røykeslutt er ikke dokumentert for røykere med klinisk depresjon. Bupropion er et antidepressivum, og monoterapi for både røykeavvenning og depresjon kan derfor vurderes. Kombinasjon av bupropion og andre antidepressiva frarådes.

Erik Pomp
RELIS Vest
erik.pomp@haukeland.no

Referanser

1. Hurt RD et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
2. Jorenby DE et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
3. Monografi Zyban, Läkemedelsverket Sverige
<http://www.mpa.se/mono/zyban.html>
4. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion. A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59 (4): 1007-24.
5. RELIS database 1999; sp.nr. 1050, RELIS Vest.
6. Hayford KE et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 173-178.
7. Pollock BG et al. Bupropion plasma levels and CYP2D6 phenotype. Abstract. *Ther Drug Mon* 1996; 18 (5): 581-5.
8. Felleskatalogteksten til Zyban.
9. Stockly IH, editor. *Drug Interactions* 1999; 5th ed.: 749, 735.
10. Nelson JC. Augmentation strategies with serotonergic-noradrenergic combinations. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 5): 65-8.
11. Drugdex, Drug Evaluations. Bupropion. Micromedex database 06/00; vol. 106.

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 till

Tone Skjerven – lagleder

Takk til Anne Brit fra Oslo for utfordringen om deltakelse i «lyriskstafett». Fra mitt bosted her i Hov har jeg utsikt til Randsfjordens stille vatn og langstrakte, skogkledte åser på begge sider. Kontrasten til opprørt hav og steile fjell i nord er merkbar. Etter ti år på hjemlige trakter, savner jeg fortsatt både folk og landskap i nord! Spennning og intensitet finner jeg nå i møtet med andre menneskers «indre landskap». Diktet «Nord» av Rolf Jakobsen vekker konkrete og gode minner fra årene i Tromsø og på Dønna og gir inspirasjon til å tåle også livets ulendte stier og motvind...

Nord

Se oftere mot nord.

Gå mot vinden, du får rødere kinn.

Finn den ulendte stien. Hold den.

Den er kortere.

Nord er best.

Vinterens flammehimmel,

sommernattens solmirakel.

Gå mot vinden. Klyv berg.

Se mot nord.

Oftere.

Det er langt dette landet.

Det meste er nord.

Rolf Jakobsen (Nattåpent, 1985)

Utfordringen går til min tidligere sjef og kollega Torbjørgh Uhre, kommunelege i Alstadhaug kommune, Sandnessjøen.

Hilsen Bjørg Torgersen

Prisliste

Øyeblikkelig hjelp:

Husk å dekantere like før servering!

Historier fra virkeligheten

La andre drikke ung vin, men skjenk meg vin som er tappet under de gamle konsuler.

– Ovid.

Arbeidsdagen kan bli lang. Gösta Hammarlund hadde før i tida en fast vitsetegning øverst på side 3 i Dagbladet. En dag i verste sommervarmen hadde han en legevits. En eldre, noe korpulent lege sitter og svette bak skrivebordet. Du ser at det nærmest renner av han, og selv om det er en svart strektegning, ser du tydelig at han er helt rød i toppen. En yppig kontorsøster kommer smilende inn. Følgende samtale utspiller seg:

- Er det flere på venterommet, søster?
- Bare fru Hansen.
- Å fyttetrakkern! Legg stetoskopet i kjøleskapet og vis 'a inn om 20 minutter!

På legesenteret vårt hadde vi for et par år siden en fransk vikar. Vi kan kalle han Jean Claude. Han var hos oss et års tid. Det var mye moro med Jean Claude. Han var så fransk.

En dag 2 minutter før stengetid kommer legesekretæren inn til meg. «Jeg har sagt at det er stengt, altså, men det er en her som heter Fredriksen som sier at han *må* se en lege med

en eneste gang! Han har vondt i beina, og det er visst noe med blodårene.»

Ja, ja. Slik er det. Nå som før.

Jeg kjente ikke Fredriksen, men han viste seg å være en hedersmann i åttiårsalderen.

«Hvor lenge har du hatt vondt i beina da, Fredriksen?», spurte jeg og prøvde å være både vennlig og deltakende. «Minst en tjue-tredve år!» Fredriksen var rasende. Jeg klarte å bevare en indre stemning fylt av ro og empati. «Men når du har hatt det så lenge, så har du vel vært hos lege med det før?»

Joda, Fredriksen hadde vært hos mange leger opp gjennom åra, og sist, for noen måneder siden, hadde han vært hos Jean Claude.

«Hva sa Jean Claude at det kom av, da?» Jeg var litt spent, for Jean Claude sa ofte ganske mye rart.

«Han sa at det var tette blodårer!» Fredriksen var like sint.

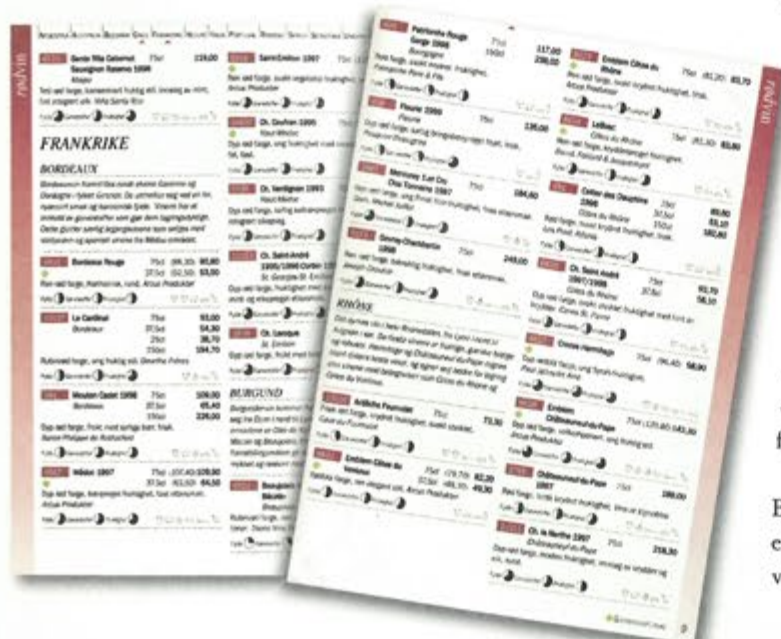
«Javel. Sa han noe om hva du skulle gjøre med det?»

«Han sa jeg skulle drikke ei halv flaske rødvin om dagen!» Nå hadde Fredriksen vansker med å styre seg. Saken utvikla seg litt uvanlig, men jeg prøvde forsiktig å gå videre med en litt humoristisk tone:

«Hehe, men det var vel et ålreit råd å få fra en lege?»

«Nei, for jeg liker ikke rødvin!», brølte Fredriksen, så sint at han var nesten på gråten. «Også blir det så jævla dyrt! Jeg har aldri kjøpt rødvin før, men han skreiv opp en god en som jeg skulle ha, og den koster 420 kroner flaska!»

Blodårene til Fredriksen var ellers helt i orden, de. Han var en ivrig fjellvandrer, og han hadde myofascielle plager, som vi har klart å hjelpe han med.



ORD OM ORD

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

Alarmen

går ofte før ambulansen rykker ut. Ordet alarm er et italiensk militæruttrykk: «al arme» = til våpnene! «Armering» og det franske ordet «gendarmes» (polisoldater = gens d'armes = våpenmenn) har samme opprinnelse.

Ambulanse

er et fransk ord. Opprinnelig sa man «hôpital ambulant» som da betød «vandrende sykehus». På Napoleons tid var dette et nytt alternativ for å gi soldatene bedre behandling enn tidligere. Vi kan jo ane hvilke muligheter sykehuse hadde for å gi behandling på denne tiden, så dette var sikkert et stort fremskritt i medisinen verden. Når britene overtok ideen forkortet de ordet til «ambulanse». Med økende sykehusutbygging har ordet så fått betydningen syketransport og ikke ambulerende hospital, selv om godt utstyrte ambulanser også idag har mange sykehusfunksjoner med seg ut til pasientene.

Ordet «*hospital*» kommer fra det latinske språket og beskriver en «leilighet for fremmede og gjester». «Hotell» og de engelske ordene «host» (vert) og «hospitality» (gjestfrihet) er også avledet av dette ordet. Alle gjester er ikke like vennligsinnete, og det engelske ordet «hostile» som betyr «fiendtlig», viser at man har avledet ord med vidt forskjellig betydning fra samme latinske opprinnelse.

Det tyske ordet *spedalsk* er avledet av siste del av ordet hospital og betyr rett og slett «en som bør ligge på hospital». Den gangen ordet oppstod var sykehus kun en oppbevaringsanstalt for uhelbredelig syke, og særlig de spedalske ble tvangsinnlagt på hospitaler for å unngå smitte til friske medborgere.

Handicap

– egentlig: «hand-in-cap» – er et ord fra det engelske sportslivet. Selv om ordet i medisinsk sammenheng er «avregistrert» (forståelig nok når man kjenner hvor ordet kommer fra), tillater jeg meg allikevel å ta det fram her fordi det har interessant opprinnelse. Ordet oppstod på 1800-tallet og beskriver en «ulempe eller byrde som minsker sjansen for suksess». I hesteveddeløp la man ekstra vekt på ryggen til favoritthester for å lage mer jevnt løp. Dette ble avgjort ved at man la veddeløpspengene i lua (cap) til en nøytral dommer som bestemte hvor stor ekstravekt hesten skulle ha. Hestens eier og den som veddet på den andre hesten stakk så hendene sine i lua og dersom begge trakk opp tomme hender betød det at vekta var akseptert, og veddeløpet kunne starte. Ordet brukes også i golf og betegner hvor mange slag en spiller bruker på å få ballen ned i banens hull.

Jannike Reymert

Kilder: Hjalmar Falk og Alf Torp: Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstrøms Antikvariat. 1994. / Sverre Kloumann: Moro med ord. Aschehoug. 1999.

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

Digitalt kamera

Vi var så vidt innom dette tema i edb-spalten i Nr 7 1997 (1). Kvaliteten på digitale kamera og bildeoppløsningen er nå meget god og prisene er ikke avskrekkende, men med stor spennvidde fra under 1000 kroner for de enkleste og rimeligste amatørkameraene til 100 000 for det beste profesjonelle utstyret. Norge er igjen på verdenstoppen av teknologikåte som kjøpere av slik utstyr.

Program for bildebehandling finnes i bra utvalg og papirbilder kan skrives ut direkte fra kameraet til spesialskriver eller til vanlig blekkskriver via pc (2).

Minnekort (det digitale kameraets "film" eller lagringsmedium) leveres i størrelser fra 16 til 96 Mb i frimerkestørrelse og opp til 562 Mb i PC-kort (PCIMCA) -størrelse. De nyeste kameraenes lysfølsomme brikker (brikken som leser det bildet objektivet tegner og så overfører informasjonen digitalt til minnebrikken) kan nå motta opp til 3,34 megapiksler. Et bilde i høyeste oppløsning og full størrelse vil gi en filstørrelse på 800 kB i JPG (3) og 9 MB i TIFF (4, 5), mens et bilde i basis- eller normal-oppløsning og VGA (640 x 480 piksler) (6) gir en filstørrelse på 50–90 kB

Bilder som skal betraktes på en pc-skjerm behøver ikke å ha noe bedre oppløsning enn basis, mens et bilde som skal skrives ut på fotopapir med spesiell fotoprinter bør ha høyeste oppløsning. Behovet for detaljinformasjon i bildet avgjør selvfølgelig hvilken oppløsning som du bør velge.

De billigste og enkleste kameraene er som regel helautomatiske hvor det er «sikt og knips». Selv et slik enkelt digitalt kamera kan levere ganske bra bilder – f.eks. som tilleggsinformasjon til et henvisningsskriv, en e-post eller for publisering på www.

Skal du ta i bruk digitalt kamera på legekontoret (7) kan det være fornuftig å finne et kamera med både automatiske og manuelle innstillingsmuligheter. Optisk zoom (unngå bruk av digital zoom (8) som forringer bildekvaliteten) og

linse med makro-innstilling (for nærbilder av hudlesjoner) er også fornuftig.

Nasjonalt Senter for Telemedisin

har laget en vurderingsrapport over aktuelle kamera (9) og det finnes et utvalg av artikler om dette på Internett og i edb-pressen (10, 11). Velger du et kamera til omkring 10 000 kroner får du et semiprofesjonelt produkt (12, 13) og medfølgende lagrings- og redigeringsprogram er f.eks. det internasjonalt aksepterte, norskproduserte FotoStation (14) fra FotoWare (15). Det helprofesjonelle kamera med allverdens finesser, speilrefleks og tilhørende mulighet for å bruke forskjellige linser koster 50 000 og mer (16), men rimeligere produkter i 20–30 000-kronersklassen kommer fra produsenter som Canon (<http://www.canon.no/>) og Olympus (<http://www.olympus.no/digital/index.html>) i løpet av denne høsten.

Det er ikke vanskelig å ta et digitalt kamera i bruk (17, 18). Har du litt erfaring fra vanlig fotografering er overgangen enkel, og for de som tidligere har "ruset" seg i gamle mørkerom er bilderredigering på pc en sann fornøyelse – særlig hvis du anskaffer et avansert redigeringsprogram – som f.eks. Photoshop (19) eller Paintshop (20), men også Photo Editor (21) som følger med i Officepakken fra MS kan brukes til enkel bilderredigering for nybegynnere. I Nord-Norsk Helsenett og Nasjonalt Senter for Telemedisin (22, 23) har de vært raske og pragmatiske nok til å ta i bruk relativt enkel teknologi i kommunikasjonen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Midt-Norsk Helsenett er også godt i gang. Vi andre i "utkantene" må henge på så godt vi kan.

Et bilde kan fortelle mer enn tusen ord ?

Askøy i oktober 2000.
John Leer



Statens helsetilsyn

Veileder for helsepersonell i Norge, om kvinnelig omskjæring



Statens helsetilsyn har gitt ut en veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Heftet er inndelt i fem og gir en grundig omtale av forskjellige sider av denne skikken.

Første del omtaler ulike former for omskjæring, annen del, undersøkelse og behandling av kvinner og piker dette gjelder. Del tre inneholder fordypningsstoff i et globalt perspektiv, der en rekke forhold angående tradisjon, religion og kultur omtales. Del fire og fem omtaler opplæring av hel-

sepersonell, hjelpeorganisasjoner og kilder til mer informasjon. Heftet gir nyanserte og gode råd til alle helsearbeidere også når det gjelder symptomer man ikke så lett vil sette i forbindelse med omskjæring. Når det gjelder unge piker vil for eksempel svært lange toalettbesøk (vannlating

kan ta 15 minutter) og vedvarende blødninger være tegn man ikke alltid setter i forbindelse med omskjæring. Også piker som får problemer på skolen etter besøk i hjemlandet bør man være oppmerksom på.

Heftet inneholder gode oversiktlig sjekklistor om undersøkelser, behandling og forebygging der hensikten er å ivareta kvinnene på best mulig måte.

De siste tre delene inneholder fordypningsstoff som er interessant. Sammenhengen med religion, tradisjon og kvinneverroller blir tatt opp. I Norge har det vært en utbredt oppfatning at skikken er et religiøst påbud, noe som tilbakevises. Det som ansees som vakkert, verdig og kvinnelig varierer i forskjellige kulturer. I vår egen kultur kan for eksempel slankhetsidealet oppleves som kvinneundertrykkende for mange. Opplæring av helsepersonell som har varierte tilnæringsmetoder har vist seg å være nyttig. Den siste delen av heftet utdyper dette og gir oversikt over organisasjoner som arbeider med behandling og forebygging. Heftet vil utvilsomt bidra til å skape en bedre dialog mellom helsearbeidere og pasienter, og gi oss større kompetanse til å takle noe som vi ofte opplever som vanskelig og avskrekkende. Jeg vil anbefale heftet for alle som arbeider med flyktninger og innvandrere.

Randi Solberg



Referanser edb-spalten:

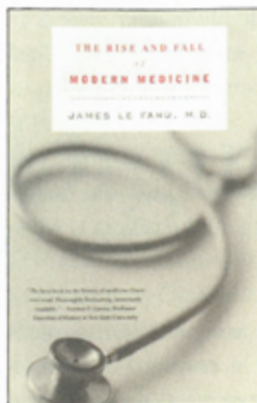
1. Utposten Nr 7 1997:
<http://www.uib.no/isf/utposten/1997nr7/utp97713.htm>
2. Fra digitale fotos til papirbilleder:
<http://www.altomdata.dk/artikel.asp?artikkelnr=519>
3. JPG = JPEG: What is JPEG?:
<http://www.jpeg.org/public/jpeghomepage.htm>
4. TIFF – (Tag Image File Format):
<http://www.gt.kth.se/doc/format/TIFF.html>
5. TIFF Documentation: <http://www.libtiff.org/document.html>
6. VGA to workstation monitor FAQ:
<http://www.hut.fi/Misc/Electronics/faq/vga2rgb/>
7. Eyr Digitalt kamera på legekontoret?
<http://www.uib.no/isf/eyr/2000q2/001141.html>
8. Digital zoom: Digital Photography Glossary: http://www.dpreview.com/articles/glossary/default.asp?key=Digital_zoom
9. Test av digitale kamera for bruk sammen med Doris:
<http://web.telemed.rito.no/Rapporter/fotorapport/main.htm>
10. Valg av digitalt kamera:
<http://www.digit.no/Produkter/Kameraer/kameravalg.htm>
11. Digitalfoto til under 15000 kroner:
Digital kameraer og fotoprintere – Alt om Data Nr 5/2000:
<http://www.altomdata.dk/arkiv.htm>
12. COOLPIX 880:
<http://www.nikon.se/foto/digitalprod.asp?PIId=23>
13. COOLPIX 990:
<http://www.nikon.se/foto/digitalprod.asp?PIId=20>
14. FotoStation: <http://www.fotostation.com/>
15. FotoWare: <http://www.fotoware.com/>
16. D1: <http://www.nikon.se/foto/digitalprod.asp?PIId=17>
17. Internkurs for lærere: <http://www.gs.bergen.hl.no/-krohnengen/internkurs.html>
18. Journalist med digitalt kamera:
<http://www.ij.no/kurs/h2000/digitalt.htm>
19. Adobe Photoshop: http://www.adobe.com/products/photoshop/main.html?awe_251002
20. Jasc Software: Paint Shop Pro:
<http://www.jasc.com/product.asp?pf%5Fid=001>
21. Microsoft Photo Editor 2000 Help Page
http://www.coe.uncc.edu/project_mosaic/mosaic_help/grap-hics/pe/index.html
22. Nasjonalt Senter for Telemedisin – Rapporter
<http://web.telemed.rito.no/rapporter.htm>
23. Screening for diabetesindusert netthinne-sykdom basert på stillbilder og e-post:
<http://web.telemed.rito.no/oftalmologi.htm>

«The rise and fall of modern medicine»



resymé

James Le Fanus bok resymert av Sverre Lundevall.



Le Fanu, J
The Rise and Fall of Modern Medicine
426s, tab, ill.
New York: Carroll & Graf Publishers, Inc, 1999.
Pris USD 26
ISBN: 0-7867-0732-1

NSAM diskuterer for tiden problemene i allmennmedisinen, blant annet rekrutteringssvikten. Jeg tror diskusjonen bør omfatte hele medisinen, ikke bare allmennmedisinen, og Le Fanus bok er et stimulerende bidrag. Den er lettlest og spennende. Bokens første del er en morsom gjennomgang av vår egen tids medisinske historie fra 1940 til i dag, der grunntanken er at fremgangen ebber ut i tiåret 1970–1980. Den andre er en kritisk beskrivelse av den nye genetikken og epidemiologien fordi disse to fag ikke har levert de forespeilte varene de siste to tiår.

Utgangspunktet er fire «paradokser» fra dagens helsevesen i England

- Andelen leger som angrer på sitt yrkesvalg har økt fra 14% i 1966-kohorten til 58% i 1986-kohorten
- Andelen av befolkningen som er bekymret for sin helse har økt fra 10% til 50% i samme periode
- Etterspørselen etter alternativ medisin er sterkt økende
- Utgiftene til helsevesenet øker nesten eksponensielt

The rise (Perioden 1940–ca 1980)

Her skildres utvalgte medisinske gjennombrudd. Penicillin i 1941, cortison i 1949, påvisningen av røyking som årsak til lungekreft i 1950, klorpromazin i 1952, åpen hjertekirurgi i 1955, nyretransplantasjon i 1963, forebyggelse av hjerneslag med blodtrykksbehandling i 1964, kurativ behandling av akutt lymfatisk leukemi hos barn i 1971, det første prøverørsbarnet i 1979, oppdagelsen av helicobacter som årsak til magesår i 1984. Perioden kjennetegnes av etterkrigstidens fremskrittstro. Det oppdages mange virkelig nye medikamenter. Ofte kommer disse oppdagelsene som tilfeldigheter, og stoffene er funnet i «naturens skattkammer». Den farmasøytiske industri setter stoffene raskt i produksjon. Utvikling av hjelpemidler som hjerte-lungemaskin, dialysemaskin, operasjonsmikroskoper og endoskoper åpner helt nye muligheter. Så tørker det inn. «Krukken» med nye medikamenter fra naturens skattkammer er bunnskrap. Antall helt nye medikamenter faller fra 70 årlig på 60-tallet

til 20 årlig på 70-tallet. Den teknologiske utvikling med CT, MR og ultralyd, og intervensjonsradiologi og angioplastikk fortsetter riktignok på åttitallet. Men stagnasjon preger bildet. Ikke all teknologi viser seg nyttig. Diagnostiske prosedyrer som gastroskopi og hjertekateterisering lignende honoreres godt og brukes unødig ofte. Fosterherteovervåking gir flere keisersnitt men ikke den ønskede reduksjon i hjerneskadene hos nyfødte. Intensivbehandling av gamle med kreft og andre alvorlige sykdommer er dyrt og ineffektivt og forlenger ofte smerten og pinen ved terminal sykdom. Bulletinen fra general Francos intensivmedisinske dødsleie i 1975 er et eksempel.

The fall (Perioden 1980–2000)

I stagnasjonen som oppsto skapte de to spesialitetene genetik og epidemiologi forventninger om nye medisinske gjennombrudd og resultater.

Den nye genetikken, regnet fra 1953 da DNA-molekylets struktur ble beskrevet, til den fullførte kartleggingen av det humane genom i år, har gitt mange avisoverskrifter og få konkrete resultater når det gjelder behandling av sykdom. Forventningene knyttet seg til tre felter; bioteknologi, genetisk testing og genterapi.

Bioteknologi har siden 1980 muliggjort at man får bakterier til å produsere ønskede proteiner. Humant insulin var det første og fortsatt viktigste. Det er dyrere enn insulin fra gris men har ikke bedret diabetikernes situasjon så mye. Le Fanu nevner ellers bare hepatitt-B-vaksine og erythropoietin som terapeutiske fremskritt av betydning. Lancet skriver i 1996 at de millioner av dollar som er investert i bioteknologisk forskning over hele verden ikke har gitt så store resultater. Genetisk testing. I 1995 var genene til 42 genetiske sykdommer påvist, herunder de minst sjeldne, som cystisk fibrose og muskulær dystrofi. I Edinburgh har det vært et «pilot prosjekt» med prenatal genetisk screening i 10 år. 25000 par er testet. I 22 av disse var både mor og far bærer av anlegg for cystisk fibrose, slik at fosteret hadde en risiko. I åtte av de 22 svangerskapene ble diagnosen konfirmert og abort utført. Men til tross for dette massive programmet ble flere babyer født med cystisk fibrose, fordi ulike mutasjoner kan gi sykdommen. Entusiasmen for genetisk screening har dalt betydelig etter hvert. Genetisk testing, blant annet i forhold til visse krefttyper som viser familier opphoping er stadig under utprøving. For eksempel ble det i 1994 funnet

brystkreftgen 1 og senere brystkreftgen 2. Men ikke-arvelig brystkreft utgjør fortsatt 95 % av tilfellene.

Ideen bak genterapi er å erstatte det unormale gen med et friskt gen. For eksempel er dette forsøkt introdusert i luftveisepitelet hos 12 barn med cystisk fibrose, med adenovirus som vektor. Hos 12 barn med Duchennes muskeldystrofi, injiserte man primitive muskelceller inn i armmuskulaturen. Resultatene ble publisert i 1995. Begge eksperimenter mislyktes, og genterapien synes utsatt på ubestemt tid. Le Fanu konkluderer at den nye genetikken ikke har innfridd forventningene, både fordi genetikk ikke er så betydningsfull ved human sykdom, og fordi genene selv er uendelig mye mer komplekse enn vi har forestilt oss.

Epidemiologien, og det Le Fanu kaller den sosiale teori, forfekter at sykdom skyldes omgivelsene. Et viktig navn her er Thomas McKeown, professor i sosialmedisin i Birmingham. I 1976 viste han at 92 % av reduksjonen av tuberkulose i England fra 1840 til 1960 kunne tilskrives sosiale faktorer, og bare 8 % antibiotikaene. Blant disse sosiale faktorer vektla han ernæring, hygiene og boligstandard. McKeown hevdet at også dagens helseproblemer, kreftsykdommer og hjertekarsykdommer, skyldes omgivelsene. Spesielt kostholdet ble fokusert. Forventningene ble derfor knyttet til forebygging og livsstilsendring. Særlig gjaldt dette hjerteinfarktepandemien. På 1970-tallet i USA ble det omfattende MRFIT-forsøket startet. 360 000 middelaldrende menn ble intervjuet for å finne de 12 000 med høyest hjerte-karrisk. Disse ble delt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Blodtrykksbehandling var den enkleste intervensjon å gjennomføre, verre var det med røykavvenning, men det aller vanskeligste var å få folk med på en kostholdsomlegging. I Europa startet man samtidig WHO-forsøket, der 50 000 mannlige fabrikkarbeidere i England, Belgia, Italia og Polen deltok. Arbeiderne i intervensjonsgruppen fikk en kraftig dose helseopplysning for omlegging av livsstilen mens mennene i kontrollgruppen fikk være i fred. I 1982 og 1983 kom resultatene: Intervensjonsgruppen og kontrollgruppen kom likt ut med hensyn til hjerteinfarkt i begge disse store forsøkene. Alle ressursene som var satt inn i forebygging var dermed helt bortkastet! Langt mer effektivt som livreddende behandling var tromboseprofylakse med acetylsalicylsyre og trombolyse med streptokinase. Likevel fortsatte fokus på kolesterolsenking, etter hvert med medikamenter. Kolestyramin gitt til 1900 personer i 7 år viste 30 fatale hjerteinfall i behandlingsgruppen mot 38 i kontrollgruppen. Men kolestyramingruppen hadde flere dødsfall av depresjon og andre grunner slik at totaldødeligheten ble lik i begge grupper. Etter hvert har hjerteinfarktinsidensen falt dramatisk, slik at bildet nå ligner mer på en infeksøs sykdom med et «biologisk mønster» enn en livsstilssykdom med et

«sosialt mønster». Funnet i 1986 av klamydiabakterier i atheromatøse plaques i coronararterier gjør at det spekuleres i hvilken rolle disse har for utviklingen av hjerteinfarkt. Kan de ha en avgjørende rolle slik helicobakter har ved magesår?

Krigen mot kreft: Suksessen ved cytostatikabehandling av ALL hos barn har ikke latt seg reproducere ved de vanlige kreftformer hos voksne. På 80-tallet kom Sir Richard Doll med boken *Kreftens årsaker* der han sier at hvis vi holder tobakk utenfor er maten årsak til 70 % av krefttilfellene. Le Fanus hovedinnvending mot dette er at sannsynligheten for kreft er så sterkt aldersrelatert, en 80-åring har 1000 ganger høyere risiko for å få kreft enn han hadde som tenåring. Ut fra dette mener Le Fanu at det er å kaste blå i øynene på folk hvis man sier at et sunt kosthold kan hindre kreft. Sannheten, sier han, er at folk flest nå lever sin naturlige livslengde og deretter dør av komplekse aldersrelaterte sykdommer. Likevel spres den illusjon at det er helserisiko overalt og at årsaken til kreft ligger i feil livsstil. Den sosiale teori genererer også myten om at medisinsk praksis er hensiktsløs fordi de påstått viktige determinantene for helse er utenfor helsetjenestens kontroll.

Nederlaget til de to store prosjekter de siste tjue år, den nye genetikken og den sosiale teori, utgjør den moderne medisins fall. Det vitenskapelige grunnlag for molekylærbiologien og epidemiologien er svært forskjellig, men aspirasjonen er den samme; å erstatte tilfeldige oppdagelse av nye medikamenter og empiriske utvikling av ny teknologi med avdekking av vanlige sykdommers årsak som skal føre til rasjonell behandling eller forebygging. Hovedårsaken til disse to prosjekters nederlag er at årsakene til vanlige sykdommer verken er genetisk eller sosial men heller aldersrelatert eller biologisk, og i de fleste tilfeller ukjent. Dette gjelder for eksempel de revmatologiske sykdommer som leddgikt, de dermatologiske sykdommer som psoriasis, de nevrologiske sykdommer som MS, tarmsykdommer som Krohns, psykiatriske som schizofreni. Le Fanu gjengir argumenter for at disse sykdommer kan ha biologiske årsaker, virus eller bakterier, for eksempel oppdagelsen i 1996 at Bells parese skyldes herpes simplex-virus, og at akutt debut av diabetes hos barn kommer etter en Coxsackie B-infeksjon i pancreas.

The rise and fall, årsaker og konsekvenser

Er befolkningen så bekymret for sykdom fordi den sosiale teori har spredt så mye angst om våre sykdomsskapende omgivelser? Le Fanu mener at i vestens medisin er mye av det som kan gjøres gjort. Sykdom er presset til de to ekstremene i livet. Spebarnsdødeligheten nærmer seg et irreduserbart minimum, og det store flertall av befolkningen lever

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: Tilandioksid (E171) og blått fargestoff (E142).

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med in vitro aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus (VZV). Virkningsmekanisme: Acyclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etabliert letens 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 tablett 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 residiverende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Generelle: Brekninger, hodepine, kvalme. Mindre hyppige: Hud: Utslett. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzym, lett senkning av erytrocytter, leukocyter og trombocyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og 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 immunosupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme

underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir. Forsiktighetsregler: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset. Graviditet/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 døgndose 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 bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar: En tablett à 500 mg én gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig kan ha ytterligere effekt ved å fordoble den døgndosen på to doseringer: En tablett à 250 mg to ganger daglig. Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: En tablett à 500 mg to ganger daglig.

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		
Behandling av infeksjon	500 mg 2 ganger daglig	500 mg én gang daglig
Supprimerende behandling:		
Normalt immunforsvar	500 mg daglig fordelt på én eller to doser	250 mg daglig
Nedsatt immunforsvar	500 mg 2 ganger daglig	500 mg daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance <15 ml/min, med doseinntak etter at hver dialyse er gjennomført. Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valacyclovir. Kontakt eventuelt Giftinformasjonssentralen. Symptomer: Kvalme, brekninger, eventuelt lever- og nyrepåvirkning. Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkelømming og/eller behandling med aktivt kul 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

sin naturlige livslengde og blir sårbare for sykdom som er sterkt aldersrelatert. Disse sykdommene, som er det vestens medisin befatter seg med, er av to typer. Noen, som grå stær, slitasjegikt og degenererte arterier, kan hjelpes betydelig med medikamenter og operasjoner, mens andre som kreftsykdommer og sirkulatoriske sykdommer, kan lindres men ikke utsettes i det uendelige. Ikke i noen er det utsikter til videre medisinsk fremgang. Har den medisinske vitenskap nådd en grense?

Medisinen følger i dag fire opsjoner, og ingen av disse bryter denne grensen. Den første er å gjøre mer av det samme: Gastroskoperer alle med vondt i magen, ta CT eller MR av hjernen til alle med hodepine eller ryggsmertter, gjøre flowmetri på alle menn med symptomer på prostatabesvær. Utrede stadig eldre. Den farmasøytiske industri fortsetter å lage mer kostbare varianter av kjente medikamenter, de nye kan være lettere å ta eller ha færre bivirkninger, men de er ikke mer effektive terapeutisk. Eller man prøver ut medikamenter med helt marginal effekt, som de som prøves mot Alzheimer og MS.

Den andre opsjonen er å bli bedre på screening, for eksempel på cervixcancer eller mammacancer. Dette vil sannsynlig også gi marginal gevinst, fordi de mest aggressive kreftformene som burde oppdages tidlig utvikler seg så raskt. Den tredje opsjonen, å forebygge sykdom eller drive helseopplysning, har som ulempe at det ikke virker, og at det gjør befolkningen bekymret for helseeksikoen de verken kan gjøre noe med eller burde bekymre seg for. Den fjerde opsjonen, den nye genetikken, har ikke levert resultater i forhold til de enorme investeringer.

Tilbake til paradoksene

Le Fanu antar at legene misfornøyde fordi medisinen ikke er så spennende som før. Allmennpraktikeren ser sjelden virkelig syke pasienter, men mange bekymrede friske som han utreder unødig og dermed bidrar til å øke helseutgiftene. Spesialistenes jobb kan bli mer rutinepreget, som for eksempel å utføre coronare bypass-operasjoner, eller føles feilsått som når innpå halvparten av innleggelsene på en medisinsk avdeling er mennesker på over 80 år. Le Fanu drøfter selve ideen om fremgang. Medisin er ikke eller burde ikke være, synonymt med vitenskapelig fremgang. Genuin fremgang, optimistisk og fremtidsrettet, er alltid velkommen, men fremgang som ideologisk nødvendighet leder til obskurantisme, falskhet og korrupsjon. Kunnskapsbasen kan øke, men det leger gjør er det samme som i det gamle Hellas. Tiden har kommet til å føre medisinen tilbake i den tradisjonen som Sir William Osler har beskrevet. Den tidløse dyd av dømmekraft og sunn fornuft kan da igjen triumfere over den overfladiske rastløsheten. Det personlige og humane forholdet mellom lege og pasient må bekrefte på nytt. Den personlige lege lytter oppmerksomt til pasienten og utfører det irreduserbare minimum av utredning som er nødvendig for å etablere en diagnose. Han innskrenker seg til problemstillingen som foreligger og graver ikke bakenfor for å gi uoppfordrete råd. Om dette leder til at leger i fremtiden i mindre grad vil angre på sitt yrkesvalg er usikkert, men befolkningen vil ha færre grunner til å bekymre seg for sin helse eller å oppsøke alternativmedisinen. I mellomtiden vil også de begrensede muligheter for medisinsk fremgang være erkjent, slik at det ikke vil være noen grunn til at helsevesenets kostnader skal fortsette å øke.



anmeldelse

Gjerstad, Leif
og Skjeldal, Ola (red.)
NEUROLOGI
fra barn til voksen
(2. utg.)
Vett og viten A/S 2000
575 sider,
pris: kr.: 590
ISBN: 82-412-0396-3



Denne boka ble utgitt for første gang i 1997 og foreligger nå i ny utgave. Den nye utgaven har fått oppdatert flere kapitler i henhold til ny kunnskap, og har i tillegg fått to nye kapitler. Boka henvender seg til både allmennpraktiserende leger, medisinske studenter og andre faggrupper med ansvar og/eller interesse for neurologiske problemstillinger. Fagfolk fra norsk og svensk neurologimiljø har gitt hver sine bidrag til boka som består av en rekke selvstendige artikler. Den vil således ikke være så velegnet som lærebok for lesning fra perm til perm, men egner seg desto bedre som oppslagsverk.

Boka består av hele 53 kapitler. Den starter med et nytt kapittel om nervesystemets oppbygning og funksjon som grunnlag for en topografisk diagnostikk av neurologisk skade og funksjonssvikt. Det etterfølges av nøye og informativ beskrivelse av klinisk undersøkelse av spebarn, barn og voksne, samt spesifikke undersøkelsesmetoder som billeddiagnostikk, EEG, EMG, og nyere metoder som f.eks. SPECT. Med fortsatt stor sans og respekt for det kliniske håndverket, lyder følgende utsagn som musikk i mine ører: «Informasjonen fra anamnese og status er unik, og kan ikke erstattes av laboratorieprøver. Har man kjørt seg fast i utredningen av en pasient, er det en god regel å kontrollere at den anamnese og status man har basert seg på er korrekt».

Kjente neurologiske lidelser som epilepsi, parkinsonisme, muskelsykdommer og MS beskrives grundig og oppdatert i hvert sitt kapittel. Noen kapitler tar for seg større grupper av syndromer og organforstyrrelser som f.eks. mental retardasjon, nevrottraumatologi og cerebrovaskulære sykdommer. Jeg ble spesielt opptatt av den relativt nye betegnelsen på atferds- og utviklingsforstyrrelser, DAMP (Deficits in Attention, Motor control and Perception). Den erstatter det misvisende MBD-begrepet og overlapper for en stor del med hyperkinesibegrepet ADHD. Jeg var også glad for å se at en til-

stand som Asperger syndrom eller «høytfungerende autisme» blir grundig gjort rede for. Mange av disse pasientene har tidligere vært utsatt for manglende eller feil diagnose og ikke fått den oppfølging og hjelp som de trenger for å fungere optimalt.

Boka er lett å finne fram i, den har både et godt innholdsregister og et stikkordregister. Den har mange gode pedagogiske elementer som informative illustrasjoner og bilder og god balanse i sideoppsettet når det gjelder avsnittsinndeling og figurer. Slik blir den både innbydende og lettlest, selv med sitt store omfang. Den ser ut til å være godt oppdatert på de fleste områder, så langt jeg med min allmennmedisinske bakgrunn kan vurdere. Etter hvert kapittel har man listet opp anbefalt litteratur av ny dato.

Trenger vi bøker da, i disse internett-tider? Blir ikke kunnskapen raskt gammel og ubrukkelig? Jeg liker å ha kunnskapen i hendene, synlig tilstede i bokhylla. Og til mitt bruk, som oppslagsbok og til oppdatering av vage kunnskaper fra en svunnen studietid, er det godt å ha en bok å gripe til. Jeg tror at allmennpraktiserende leger og folk som kommer i kontakt med neurologiske problemstillinger i andre sammenhenger, f.eks. i psykiatrien, vil ha både nytte og glede av denne boka.

Tone Skjerven

Arild Bjørndal, Signe Flottorp og Atle Klovning har forfattet en bok om Medisinsk kunnskapshåndtering som jeg varmt kan anbefale for kolleger både i klinisk og samfunnsorientert medisin!

Mitt utgangspunkt for å uttale dette, og å anmelde boka, er først og fremst et frustrerende slitsomt og tungt forhold til å lære og forstå statistikk og epidemiologi, men også et behov for å kunne stå på trygg faglig grunn når jeg skal uttale meg og mene noe om helsefaglige spørsmål overfor en oppdragsgiver.

Jeg tror denne boka er et godt utgangspunkt for å gjøre seg kjent med «Evidence based medicine»; bakgrunnen, metoden og verktøyet, uavhengig om du allerede har gjort deg oppen mening om EBM som skeptiker eller som «tilhenger». Min vurdering av boka er som samfunnsmedisiner og derfor fra et fagområde med langt mindre kunnskapsbasert forskning enn den kliniske medisin.

Boka er bygd opp på en fengende måte og narret meg langt inn i forståelsen av å bruke RR, NNT og konfidensintervall før jeg møtte min egen utilstrekkelighet. For jeg kan ikke bebreide forfatterne for at kapittel 5–9 er tunge å følge med i og forstå. Her går de gjennom bakgrunnen og grunnlaget for å vurdere forskningsresultater, som jeg synes det er tungt å lære godt nok til å kunne bruke i praksis. Jeg har lest flere slike bøker og måten forfatterne presenterer det på her viser pedagogisk innsikt og evne til å innse at stoffet kan være vanskelig å tilegne seg. Med forståelse for at stoffet kan være tungt anbefaler forfatterne oss i hvert fall å lese kapittel 2; Still gode spørsmål. Deretter kapittel 5 for å få vite hvordan vi skal vurdere effekten av det vi driver med. Med det har du fått et godt råd for å få med noen grunnleggende og viktige premisser for hvordan du skal tilegne deg kunnskap og vurdere om den har noen effekt. Jeg vil allikevel anbefale deg å lese resten av kapitlene også. For selv om Arild Bjørndal i forordet omtaler kapittel 1 og 11 som «garnityr», var det disse som inspirerte meg og ga meg lyst til å kjenne resten av innholdet! EBM oppfattes ofte som en trussel i mange sammenhenger (hvorfor må de «true» uttale seg om). At forfatterne bruker sideplass på å forklare hvorfor våre gamle måter å innhente kunnskap på er problematisk, inspirerte meg til å lese kapitlene om metode, framgangsmåte og teknikk grundig. For hvor uenig man enn kan være om bruken av EBM-verktøyet, har jeg ikke opplevd at så mange er uenige i grunnlaget for dette hjelpemidlet:

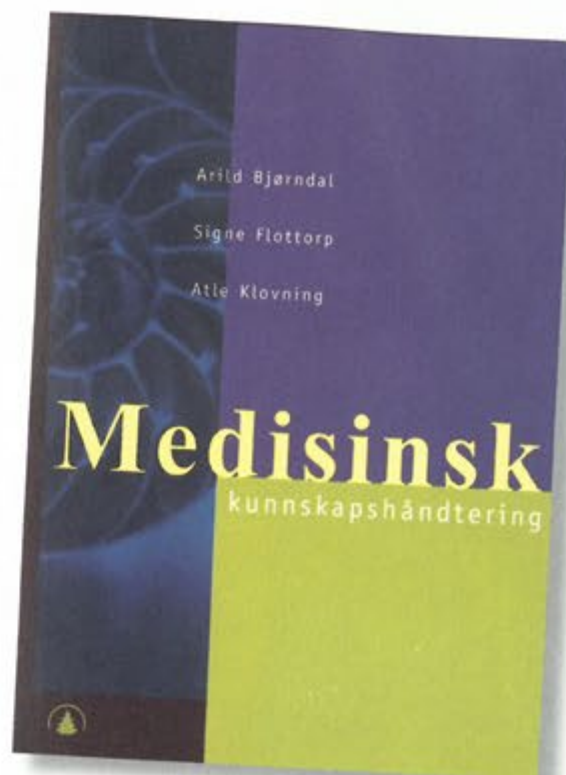
- Still gode spørsmål
- Let etter kunnskap
- Vær kritisk til kunnskapen du finner
- Vurder om du kan bruke kunnskapen på din egen situasjon
- Integrer kunnskapen i egen praksis



anmeldelse

v/Einar Braaten, prosjektleder,
Statens helsetilsyn

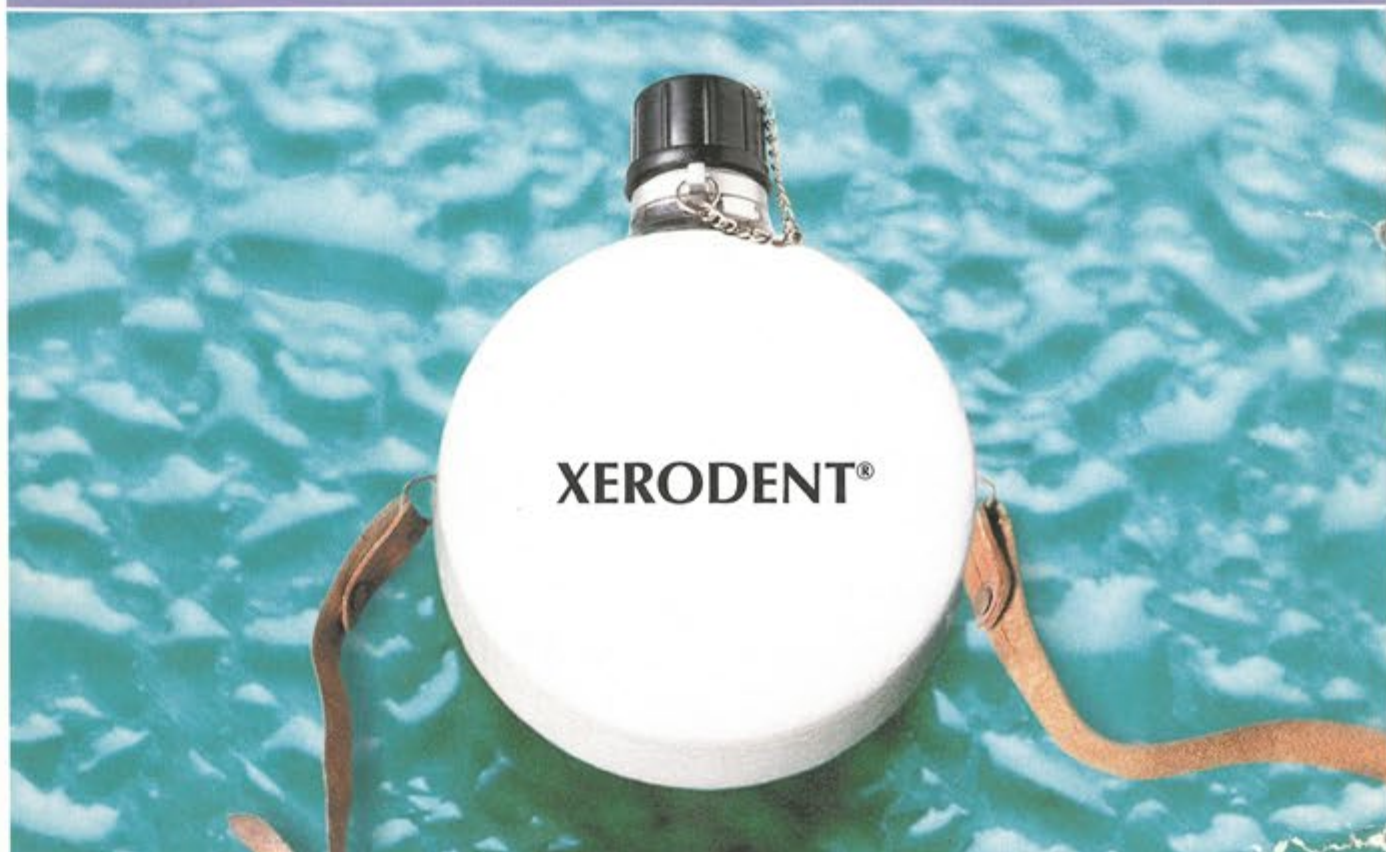
Bjørndal, Arild, Flottorp, Signe og Klovning, Atle:
«Medisinsk kunnskapshåndtering», Oslo: Gyldendal Akademisk 2000



Ett av målene med boka er å skape mulighet for endring og fagutvikling. Boka balanserer mellom å gi deg konkret faglig oppdatering og å diskutere hvorfor denne utviklingen er så viktig. Etter å lest gjennom de tyngste kapitlene blir du belønnet med 2 letteste kapitler og kan avslutte lesingen av boka med matnyttig informasjon om kvalitetsutvikling, endringsmotstand, egen endring og egen evaluering.

Kunnskapsgrunnlaget for vårt fagområde utvikler seg raskt. Dagens samfunn trekkes framover av en IT-teknologi i en utrolig utvikling. Boka til Bjørndal, Flottorp og Klovning dreier seg egentlig om å takle endring, og å kunne nyttegjøre seg den kunnskapen som pøses ut over oss hver dag og endrer vårt trygge, enhetlige bilde av fagområdet til et mosaikkbilde hvor bitene hele tiden endrer utseendet. For deg som tar faglig oppdatering på alvor, gir denne boka god innsikt i bruk av et nyttig verktøy. Men boka er ikke bare reklame for EBM. Forfatterne understreker at det er et verktøy i utvikling og at legekunsten fremdeles er å forvalte og benytte kunnskapen på den beste måten i den aktuelle situasjonen du er oppe i.

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 "Alpharma"

Middel til symptomatisk behandling av munntørhet og kariesprofylakse hos pasienter med xerostomi. ATC-nr.: A01A A01

SUGETABLETTER: Hver sugetablett inneh.: Acid.malic: 28,6 mg, natr.fluorid aeqv. fluor 0,25 mg, xylitol: 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 synteseaktiviteten reduseres, samt at emaljens remineralisering økes ved tilstedeværelse av frie fluoridioner. Det er holdpunkter for at den lokale fluorvirkning er vel så viktig som den systemiske. Hele fluorinnholdet frigis i løpet av sugetiden. Sugetabletten er tilpasset eple-syremetabolisme til pH 5 for å gi en sur smak som gir en salivstimulerende effekt. Øket 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 mave-tarmkanalen. Eple-syre: Nesten fullstendig fra mave-tarmkanalen. **Fordeling:** Fluor fordeles til alle organer, inkorporeres i ben- og tannvev. **Utskillelse:** Fluor utskilles hovedsakelig via nyrene, ca. 10% i feces. 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 tannkrem, 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: 40d fluorider)

Pakninger og priser: 270 stk., Engros: 90 stk.

