



Innhold:

Leder: Kropp til glede og besvær AV TONE SKJERVEN	s 1
Leder: Når hensikten helliger forskningen AV ELISABETH SWENSEN	s 2
Refleksjoner om kropps- og selvbilder AV TONE SKJERVEN	s 3
Å ikke bli møtt – om skam og skampatologi AV MERETE JOHANSEN	s 6
Hva var det med Hansen? AV ELI BERG	s 8
Tobakk og helseskader – holder forskningen mål? AV IVAR SØNBØ KRISTIANSEN	s 12
Helsefare vaker i sivet? AV ØYSTEIN SVENDSEN	s 17
En følsom estetiker AV TORGEIR GILJE LID	s 20
Ny underlivsdiagnose til besvær... AV JANNIKE REYMERT	s 26
Faste spalter	s 33

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

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

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@enitel.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: 51906901
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

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

Forsidefoto: La Vanité av Hans Memling,
Musée des Beaux Arts, Strasbourg

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

Kropp til glede og besvær

Jeg sitter i skrivende stund i en solvarm og begynnende rødlig kropp som har vært tildekket for omgivelsene i mange måneder. Jeg betrakter den kritisk, ser forandringer som kommer snikende, ser ting som burde vært annerledes. Og noe vil jeg nok rette på...

Utsagnet ovenfor kunne vært formulert annerledes. Jeg kunne skrevet «Jeg sitter i skrivende stund solvarm og rødlig...». Det peker på en mulig annen erkjennelse av kroppen, kroppen som meg, fullt og helt. Problemstillingen er viktig, – vi ser at forskjellig virkelighetsforståelse ofte vil føre til fundamentalt forskjellig forståelse av våre pasienters symptomer og for så vidt også mellom-menneskelige uttrykksformer generelt. I omtalen av den franske filosofen Maurice Merleau – Ponty sin bok «Kroppens fenomenologi», skriver Dag Østerberg: «Kroppen er personlighetens subjekt, og det er gjennom kroppen bevisstheten tar form. Det er med kroppen vi er til stede i verden og er i kontakt med tingene og livet selv, og det er som kropp vi snakker, erkjenner og blir til den bevissthet eller sjel, som tror den er noe i seg selv.»¹

Det er denne tradisjonen Anne Louise Kirkengen holder seg til når hun kommenterer på medredaktør Jannike Reimerts utlegninger av en ung kvinnes underlivsproblemer. Hun peker blant annet på det hun kaller en «vitenskapelig» blindhet for livserfaringenes virkning på menneskets kroppslighet.

Uansett vitenskapssyn, kroppen er en sentral ting for de fleste av oss, og gjenstand for både gode og vonde opplevelser. Og vi er blitt løsningsfokuserte, vi forventer at det som ikke er i orden skal kunne rettes på. Slik er vi kommet inn i en helsekonsumkultur der det meste kan kjøpes for penger. Hva skal vi tenke om det voksende helsemarkedet med uklare grenser til tilbud om velvære, skjønnhet og selvrealisering?² Er det helsebringende eller helseskadelig å få utført små kosmetiske inngrep som fjerner den skavanken man har gått og skammet seg over i mange år?

Fotograf Trine Mikkelsen har inntatt en annen holdning. Hun ønsker med sine fotografier av kvinner å appellere til stoltheten kvinner kan ha over seg selv og sin kropp, til rikdommen vi får av forskjellighet og fargerikhet – motsatsen til en strømlinjeformet motekultur.

God, stolt sommer!

Tone Skjerven

Referanser:

1. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag 1994
2. Hjortdal P., Ihlen CR. Pasienten og legen – en tango for to? Kronikk. Aftenposten 06.05.01

Når hensikten helliger forskningen

«I en tid med sterk kollektiv fordømmelse er det imidlertid en fare for at vi mister evnen til kritisk tenkning,» skriver Ivar Sønbo Kristiansen i sin artikkel om tobakk og helseskader i dette nummeret av Utposten. Selv ikke-røyker og erklært tilhenger av tobakksforebyggende arbeid går han til felts mot «political correctness» og forsøk på å tilpasse vitenskapen til allerede vedtatte sannheter på dette feltet. I saker der «alle» er enige kan ivrige forkjempere for den gode sak bli fristet til å forenkle – for ikke å si fordreie – virkeligheten for at budskapet ikke skal bli svekket av tvil og debatt. Virkeligheten er alltid komplisert. «Ingenting er vanskeligere enn å yte kjennsgjerningene rettferdighet» sa Ludwig Wittgenstein. Bedre kan ikke vitenskapens berettigelse og ideal uttrykkes. Ivar Sønbo Kristiansen stikker hodet langt ut – noen vil si at han legger det på fat – når han nå stiller spørsmål ved dokumentasjonen av etablerte sannheter om tobakkens skadevirkninger. Utposten gleder seg til å bringe nye innspill i denne debatten i kommende numre. Leserne er herved invitert.

Elisabeth Swensen

Refleksjoner om *kroppss- og selvbilder*

• AV TONE SKJERVEN

Alt skal fjernast

*Svette, blod, ekseskremet,
støv, oske, visna lauv,
lukt.*

Alt skal fjernast

fordi det er resultat av dampande liv.

Usanitært, og alt for nær den dryge elskhug.

For nær fødsel og død.

*Menn og kvinner skal gå omkring
og forme sitt hår og ansikt etter godtekne mønster,
aldri falle ut av sin type.*

Men når ansiktet er reint for pudder og leppestift.

*Når kroppen fell ut av korsettet og formar seg
over madrassen og mørkret løyner alle drag,*

hender det store under

at to menneske kan finne saman

under eit teppe av sveitte

og avsindige kjærteikn.

Og når mennesket svagar

i sin siste storm,

hender det at noko brest

og blir til støv

og jord,

likksom visna lauv.

Marie Takvam
Dikt i utval

Å oppleve seg selv

Det skal handle om kroppen, dette organ som vi bærer med oss og som skaper både glede og sorg. Denne tilsynelatende avgrensede organisme som lever i verden og kommuniserer. «Kroppen lekker i begge ender», sier Finn Skårderud i boka «Uro». Det gjelder inntak og avløp, mat, væske, symboler og tegn. Kroppen – det vi viser utad, det umiddelbart synlige som andre ser og som vi ikke ser selv annet enn når vi ser oss i et speil, eller på foto. Jeg så nettopp en merkelig film «Being John Malkowitch». En person får tilgang til hjernen til JM og sitter inne og kikker ut. Det blir et underlig perspektiv, å oppleve en annen fra innsiden er ikke det samme som å oppleve seg selv. Du kan ikke være observatør til seg selv. Hvordan kan du da vite hvordan du trer fram for andre? Du må stole på speilbildet, det som trer fram når du observerer deg selv i et glass som reflekterer, og det speilet du får gjennom den andres blick. Det kan være oppbyggende eller nedbrytende for selvbildet. Hvordan andre møter deg kan bli avgjørende for om du opplever bildet av deg selv som godt eller dårlig.

Å framstå for andre

Vi er opptatt av hva andre synes og vil gjerne leve opp til våre idealer. Idealbilder får vi gjennom moter og trender, filmstjerner og idoler, mennesker rundt oss som vi ønsker å ligne og som vi ønsker skal like oss. Gjennom kulturell informasjon etablerer vi etter hvert mer eller mindre internaliserte normer for hvordan man skal tre fram. En god strategi for mange synes å være å gjøre det som forventes i kulturen, ikke stikke seg for mye fram, unngå å synes for mye.

Mennesker har til alle tider og i alle kulturer pyntet seg, brukt klær, sminke, maling, fjær, ringer, smykker og andre effekter for å tre fram slik det er ønskelig for oss selv og den kulturen vi lever i. – Eller slik vi tror at andre vil like oss. Ikke alt har vært og er helt ufarlig eller uskadelig. For hundre år siden og rundt der, var det viktig å snøre inn livet på damene i finere kretser, i gårldagens Kina måtte de snøre pikebarnas føtter til det forkrøplete for å følge kulturens krav, og alle har vel sett bilder av afrikanske kvinner med et antall ringer rundt halsen, en anordning som strekker halsen, men som ødelegger evnen til å holde hodet oppe. Det er

mye av dette som virker fornuftsstridig. Det er allikevel et faktum at mange mennesker velger å maltraktere egen kropp for å kunne stå fram med verdighet. Det må handle om en viktig fellesmenneskelig mekanisme.

Hva ser vi nå til dags? Piercing, kroppsbygging, tatovering, forskjellige måter å ordne håret på, hårfjerning, hårfarging – og kosmetisk kirurgi i utallige varianter. Man kan fettsuges, heve øyelokkene, løfte ansiktet, rette på nese, ører etc, få fyldigere lepper, rette på kjønnsdelene, ta vekk overflødig hud på mage eller andre plasser, få større eller mindre bryst – ja det er mange muligheter for å skulpturere kroppen i retning av hva man ønsker. Kroneksempelen på dette er Michael Jackson som har formet sin nese til det ugjenkjennelige og bleket huden. Han holder visst på å miste hele nesa. Det finnes vel grenser for hvor mange ganger man kan sette kniven i levende stoff og komme fra det med hell...

Hva med å fikse på kroppen?

For en tid siden hørte jeg Reidun Førde, leder for «Rådet for legeetik» i radioprogrammet «Verdibørsen». Hun uttrykte her tildels sterk skepsis til at leger driver med kosmetisk kirurgi på friske kropp. Dette kan føre til at de bidrar til at folk faktisk får en manglende evne til aldring og naturlig utvikling av kroppen, mente hun. Et annet aspekt er at tjenesten blir som en vare, legen gjør det kunden vil han skal gjøre uten å ta tilstrekkelig hensyn til hvilke konsekvenser inngrepet kan ha for kvinnen – da tenker hun først og fremst på økonomiske og psykologiske aspekter, men også på medisinske overtramp. Hun mener det må stilles andre krav til legenes virksomhet enn til frisøren, kosmetologen og hudpleieren. Legen er utdannet til å ivareta folks helse. Plastikkirurgen må være sikker på at inngrepet er til pasientens beste, og at hun ikke utnyttes økonomisk. Virksomheten bør heller ikke gå på bekostning av køene i det offentlige helsevesen. Det er nok av pasienter som trenger korreksjon av medisinske grunner, f.eks brannskader, cancer etc. Hun peker på et kjent problem, at mange velger å arbeide på det private markedet og driver en annen praksisprofil enn det offentlige.

Med disse uttalelsene i bakhodet, gir jeg meg igjen i kast med noen refleksjoner.

Er kosmetisk kirurgi helsebringende eller helseskadelig? Er fenomenet et uttrykk for en manglende toleranse av annerledeshet og lyter i vårt samfunn slik at vi som leger faktisk er med å medikalisere større eller mindre kroppslige skavanker ved å slippe medisinen og legene til på det. Hva gjør dette med oss leger, hvordan forholder vi oss til kroppen, egen eller pasienters, når det stadig er noe som burde vært annerledes eller rettet på? Hva tenker vi om de som er overvektige, og

hva formidler vi av holdninger til folk som ikke passer så godt på kroppen sin? Hvor mange pasienter føler seg krenket etter å ha vært hos legen og fått med seg noen formanende ord?

Hva er det dette stadig økende endringsbehovet er uttrykk for i vår tid? Har vi fått et grenseløst samfunn der det skapes inntrykk av at alt kan endres ved hjelp av teknikk? Er det misnøye med Guds skaperverk slik det framtrer, vil vi gjøre det uperfekte perfekt? Det drysser med spørsmål når jeg begynner å tenke på dette

Kroppen som maskin

På skolen lærer mine elleveåringer at kroppen er en fantastisk maskin. Jeg møter maskin- metaforen igjen i boka som far har kjøpt til sine døtre for at de skal lære mer om vår fantastiske kropp – «Menneskekroppen – naturens mesterverk. Detaljene i vår fantastiske, levende maskin»¹. Her beskrives f.eks følelsene som følger: «De er livsviktige når vi står i fare og synes å utvikle seg utenom viljens kontroll.» «Man skulle nesten tro at det at vi har følelser ville ødelegge analogien mellom mennesket og maskinen. Maskiner gråter ikke av sorg eller glede, de ler ikke, forelsker seg ikke og får aldri følelsen av at noen er ute etter dem. Likevel ser det ut til at følelsene faktisk er resultater av de kompliserte mekanismene i hjernen og nervesystemet, og samspillet ved overføring av nerveimpulser.» –Så vi kan ut fra dette endelig fastholde forestillingen om mennesket som maskin så langt....

Men hva med relasjonen?

Det ser ut som om det blir en slags dobbelthet i bildet. På den ene siden fikser vi på kroppen som om den skulle være en maskin, men vi gjør det for å påvirke andre, altså er det i relasjonelt øyemed. Det mest spennende i dette er å tenke på om vi egentlig forbedrer våre utsikter til gode relasjonelle forhold ved å fikse på kroppen, eller om vi forringer den? Eller, slutter vi å skamme oss og skjule oss når bare den valken er borte, eller øyelokkene er blitt hevet? Er en operasjon nok til å forandre selvbildet?

Hvem definerer hva som er et problem?

I radioprogrammet «Verdibørsen» omtalt ovenfor, refereres det til en kvinne som alltid har hatt kompleks for kjønnsleppene sine. Er det uetisk å rette på noe som en har livslange kompleks for? Hun forteller at hun etter å ha fått utført den etterlengtede operasjon kan eldes med verdighet. Jeg har hørt flere slike historier. Kanskje man faktisk får bedre selvfølelse av å få rettet på noe man selv er misfornøyd med, men som for andre ikke ville betydd noe. Hvor utstående ører skal du ha før det aksepteres som et (psykologisk) problem? Hvor store ridebukselår skal du ha før det er akseptert skjemmende? Hvem skal definere hva som er innenfor rammene av problem og ikke?



Hans Memling, 1465–1494, *La Vanité*, Musée des Beaux Arts, Strasbourg.

Teologiprofessor Trygve Wyller og redaktør av boka «Skam», også har noen avsluttende kommentarer i det samme radioprogrammet som er interessante... Han uttaler at han tar helt avstand fra denne ytre fokuseringen på kroppen. Det undrer meg noe når han er opptatt av skam. Vi er vår kropp, den er ikke noe vi bare har (med oss). Vi kan derfor lure på hvorfor det skal være mer ekte eller riktig å fokusere på de indre kvaliteter, hva nå dette måtte være, enn å fikse på det ytre slik at man står mer positivt fram for omverdenen. Er ikke dette uttrykk for et verdivalg det og, der ytre skjønnhet ikke anses som «høyverdig» nok? Er det derfor vi velutdannede barn av 70-åra med fokus på de intellektuelle kvaliteter kan tillate oss å se kritisk på dem som ønsker en ansiktsløfting for å bli mer attraktive? Kan det dreie seg om forakt for noe vi anser som mindreverdige, noe som ikke teller for oss? Affektteoretikeren Tomkins har foreslått at forakt er projisert skam-følelse. Ja, kanskje det nettopp er misunnelse og sjalusi som gjør at vi holder på vår makt og rakker ned på dem som satser på skjønnhet?

Litteratur:

- 1 Whitfield P (red.), *Menneskekroppen – Naturens mesterverk*. Oslo: Grøndahl Dreyer 1996
- 2 Tomkins SS, *Shame I* Nat-hansen D (red.) *the many faces of shame*. New York: The Geri Hord Press 1987

Å ikke bli møtt – om skam og skamopatologi

• AV MERETE JOHANSEN

«Om du inte kan älska mig, älskade, förlåt min smärta.
Se inte föraktfullt på mig från fjärran.
Jag vill smyga tillbaka till min vrå och sitta i mörker.
Med båda händerna ska jag dölja min blottade skam.
Vänd ditt ansikte ifrån mig, älskade,
och förlåt min smärta.»²

Skammen er affekten som vokser ut av mangelen på respons, ut av de tapte ansiktene. Vi strekker oss alle etter gjensidighet og respons. Skam er å ikke bli møtt. I den manglende aksepten vender vi oss mot oss selv. Den dype skammen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. Den dypeste form for skamopplevelse er å vise seg frem med sin kjærlighet for så å bli avvist. Jeg er ikke elskverdig. Slik beskriver Finn Skårderud skammen i sin 'Introduksjon til en skampsykologi' i en nylig utkommet bok om temaet.¹

Det er mange innfallsvinkler til forståelsen av begrepet skam. På det individuelle plan kan man se på skamfølelsen som en av de mest smertefulle affekterfaringer vi har. Skammen er imidlertid ikke bare noe som angår enkeltmennesket, men dreier seg også om samfunnets og kulturens koder. Trygve Wyller skriver i sin innledning til boken «Skam»¹ at vi nå er i den moderne skammens periode, der det vises til en viktig tendens ved deler av den moderne kulturen hvor den «klassiske» forståelsen av skam er erstattet av det motsatte: Man skal helst ikke skamme seg, og de som gjør det, bør bli ivaretatt og hjulpet. Skammekrokens tid er forbi. Wyller hevder at skam er førmoderne. Skam er heller knyttet til å ikke være selvrealiserende nok. Ulike fagtradisjoner diskuterer dette perspektivet på ulike måter, og jeg skal ikke belyse dem alle. Jeg vil rette et blikk på noen av de psykologiske forståelsene. Forfatter og psykoanalytiker Else-Britt Kjellqvist har i sin bok «Rött och vitt»² fokusert på skam og skamløshet som to sider av samme sak. Hun beskriver skamløsheten som en av de psykologiske forsvarsstrategier mot skam, som bærer preg av ufølsomhet for andre. Skamløshet er først og fremst en forsvarsstrategi mot skam, som preges av ufølsomhet for andre fordi de tidlige betydningsfulle andre har vært altfor neglisjerende og ufølsomme. Det finnes ulike psykiske forsvar mot skamfølelsen. Som Kjellqvist formulerer det kan raseri, forakt og misunnelse være mer spesifikke forsvarsstrategier som også inngår i den skamløse forsvarsstrategien. Skamraseriet gjenspeiler selvets forsøk på å avlaste seg for en uutholdelig skamfølelse. Finn Skårderud beskriver den moderne skammen som lamende.¹ Han fokuserer på den patologiske skammen som taus og tilbaketrekkende, men viser også til fenomener som

grandiositet, skamløshet, handlingslammelse og flinkhet som psykologisk forsvar mot skammen. Det er av spesiell interesse for meg som behandler at han også setter fokus på selve terapisisituasjonen, at det er noe ved selve det å drive terapi som hele tiden balanserer på kanten til det skamløse, intervensjonen i den andres helt private liv.

Seksualitet, skam og skamløshet

Kjellqvist og andre har forsøkt å fange inn og sette ord på den moderne skammen som finnes mellom det frigjørende og det tomhetsskapende.

I samtale med Leif Gunnar Engedal, professor ved Menighetsfakultetet, kommer vi inn på skammen og skammens utvikling i kulturen. Han viser til at seksualiteten etter hvert er blitt mindre skambelagt i moderne vestlig kultur. Det logiske endepunktet i utviklingen kan billedliggjøres gjennom at man ser for seg det elskende paret som trekker en papirpose over hodet før de elsker. Dette som et bilde på at fikenbladet er forflyttet fra underlivet til ansiktet.

Kjellqvist hevder at en viss grad av skam er ufravikelig forbundet med seksualiteten akkurat som alle former for personlig kontakt bærer i seg skammens frø. Uten denne iboende risikoen ville intimitet med en spesiell person ikke vært mulig. Dersom vi ikke risikerer noe som vi med skammens hjelp vil beskytte, blir mennesker utbyttable og seksualiteten blir like uspenning og ukomplisert som hos bananfluen, eller kun en kopulasjonsakt. Warren Kinston² sier at «Intimitet og seksualitet bare kan bli fri for skam gjennom en dehumanisering som resulterer i perversjon og pornografi». I Milan Kunderas roman «Tilværelsens uutholdelige letthet» ansees nettopp det skamløse, eller det normløse som uutholdelig. Forførerens evige dilemma, jaget etter kvinnene som aldri tar slutt, vil aldri kunne fylle den grunnleggende indre tomheten, eller en dypere lengsel etter å forplikte seg i en relasjon. Kanskje det er skammen som aktiveres i møte med avhengigheten, eller skammen som aktiveres når bekræftelsen uteblir.

Skammens opprinnelse

Det nyfødte barnet søker sin mors blikk, deri ligger dets skjebne. Sannsynligvis er det slik at det ikke er mors bryst som står fremst i den nyfødtes verden, men mors blikk. For brystet finnes det erstatning, men ikke for et uteblitt møte med mors øyne. Dette (kjærlighets)møtet med den betydningsfulle andre (moren og barnet), vil barnet søke hele livet, som Narsissus i sitt eget speilbilde etter morens, vannymfen Liriopes blikk.² Når det spedte barnets blikk ikke får feste, risikerer det å slynges ut i universet, for evig hjemløst. Eller kanskje det finnes en fars blikk, en slekt-

nings eller søskens blikk som kan forhindre den totale katastrofen at håpet slokner. Wurmser formulerer det slik: «The eye is the organ of shame par excellence». Det er den tidlige øyekontakten som er grunnen til at den mest intime kontakt er mulig mellom to mennesker. Det å ikke bli sett eller speilet betyr å bli respektløst møtt, men også det at man blir utsatt for overskridelser i den personlige integriteten, fordi man blir betraktet som noen annen enn den man er, eller som en som ikke finnes. Dette kan føre til at barnet blir stille eller tar på en maske og spiller med i et falsk spill, det som også av kjente teoretikere¹ beskrives som utvikling av et «falskt selv». Dette spillet er oftest ubevisst og blir en måte å overleve på. Sorgen over ikke få lov til å være seg selv er tung. Denne indre ensomheten blir en skammelig byrde som mange bærer med seg hele livet.

«The Tragic Man» versus «The Guilty Man»

Heinz Kohut², den østerriksk-amerikanske psykoanalytiker som la grunnlaget for den moderne selvpsykologien, fremhever at den moderne psykopatologi er i endring fra dominansen av intrapsykisk konfliktpatologi (ødipale konflikter) til dominans av patologi knyttet til manglende sammenheng i selvet. Slik Finn Skårderud formulerer det er skammen selve nøkkelfeffekten i slike selvforstyrrelse.³ Dette har implikasjoner for hvordan vi skal forstå forholdet mellom skyld og skam i kulturen. Kohut⁴ kontrasterer Freuds menneskesyn med å framholde alternative myter til Myten om Ødipus. Den ødipale myten kan også uttrykkes gjennom «The Guilty Man». Det skyldige mennesket lider under konflikten inni seg selv og knyttes til den jødisk-kristne tradisjonen hvor seksualiteten er forbundet med synd og skyld.

Kohut⁵ viser til Kafka's roman «Prossessen», der hovedpersonen Josef K. ønsket han var skyldig, at han kunne bli henrettet for noe som han visste han hadde gjort galt. Men han dør som en hund, uten verdighet. Han vil aldri finne ut hva han var skyldig i. «You can try from now till doomsday to find out why your self is breaking apart; it is not breaking apart because you are guilty» (sitat Kohut). Opplevelsen av at noe er galt med en selv forveksles med en opplevelse av at han tror han er skyldig i noe, men selvet blir ikke mer helt eller integrert før han blir møtt med innlevelse og forståelse for hva han faktisk blir utsatt for. Josef K ble utsatt for neglisjering, grenseoverskridelser og manglende respekt for sin integritet.

Sigmund Karterud trekker paralleller mellom selvpsykologiens menneskesyn og de postreligiøse tankestrømninger som kom til uttrykk gjennom eksistensialismen, eksempelvis i Myten om Sisyfos av Albert Camus (1942).⁶ «The tragic Man» strever først og fremst med å folde seg ut i en væren som kan oppfylle dets innerste lengsler etter full-

kommenhet, vitalitet, fylde og harmoni, men støter i sin ferd på skranker i seg selv og hos andre. Det heroiske er den uopphørlige streben og det tragiske er nederlagene. Karterud fremhever at en slik tragisk dimensjon er et grunnvilkår ved menneskets væren.⁴ Den er forbundet med de ufravikelige grunnvilkårene i tilværelsen som vi alle strever mer eller mindre med og må forholde oss til; avhengighet, sårbarhet, dødelighet, eksistensiell ensomhet og relasjoners skjørhet.⁶

Skammen er knyttet til opplevelsen av ikke å bli sett og møtt i denne streben etter å fullføre seg selv. Skårderud beskriver skammen som en skam over seg selv overfor den andre, den dype skammen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket.¹ Mennesket er et homo verecundus (et menneske som skammer seg), med sunn og usunn skam. Følgende dikt av Kjellqvist belyser dette godt synes jeg:²

Den röda och den vita skammen

RÖTT är skammens och kärlekens färg.

Förr hände det att den unge flickan

med rodnande kinder

blygt slog ner sina ögon

inför sin älskades blick.

Och aldrig är man vidöppnare

inför livet

än när man rodnar.

DEN RÖDA SKAMMEN är blodfull och bultar av liv.

Den hjälper oss att värna om

vårt allra privataste och mest intima.

VITT är oskuldens och dödens färg.

Men vitt är även den av skam

paralyserade människans stela ansikte.

Hon är dödsblek

Därför att hon drabbats av en skam

av en sådan förödande styrka

att den driver bort

allt liv.

DEN VITA SKAMMEN ödelägger och förlamar.

Den står i förbund med döden.

Den tränger in i

vårt allra privataste och mest intima.

Merete Johansen arbeider som lege og terapeut i VITAggruppen ved Modum Bads Nervesanatorium.

Referanser

1. Wyller, Trygve et al (2001): Skam; Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
2. Kjellqvist, Else-Britt (1993): Rött och vitt, om skam och skamløshet. Carlssons Bokförlag
3. Masterson, James F (1990): Det truede selv. Hans Reitzels Forlag A/S.
4. Karterud, Sigmund; Øyvind Urnes og Geir Pedersen (2001): Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling. Oslo. Pax.
5. Tolpin, Paul, Marian Tolpin (1996): Heinz Kohut. The Chicago Institute Lectures. The Analytic Press, Inc. USA.
6. Vetlesen, Arne Johan og Stånicke, Erik (1999): Fra Hermeneutikk til psykoanalyse. Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen. Ad Notam Gyldendal AS

Hva var det med Hansen?



Eli Berg

Allmennpraktiserende lege i 25 år.
Nå stipendiat ved Institutt for samfunns-
medisin, Universitetet i Tromsø.

Hansen

Stanken slo imot meg da jeg åpnet døra til venterommet. Ingen satt på stolene nærmest ham. Noen hadde valgt å stå. Vinduene var lukket – akkurat som ansiktene til pasientene.

«Vær så god, det var Hansen neste.» Han passerte forbi meg. Jeg holdt pusten. I øyekroken så jeg at en av de gjenværende åpne vinduet – på en litt demonstrativ måte?

Jeg forsøkte å skape en ramme for konsultasjonen, ta kontroll. Det var alltid vanskelig å få Hansen til å begrense taleflommen. Han begynte å snakke med en gang han hadde satt seg. Han snakket og snakket og snakket. Om jeg forsøkte å smette inn et spørsmål, stoppet han et lite sekund, og så fortsatte han der han slapp.

Jeg ble fortvilet hver gang han kom. Jeg ble kvalm av stanken og følte vemmelse ved å se på ham. Jeg lette febrilsk et-

ter et smutthull for å finne en anstendig måte å avslutte konsultasjonen på – allerede før den var begynt.

Hansen brukte medisiner for høyt blodtrykk. Det var ikke lett å få ned blodtrykket hans. Han hadde alltid rask puls på kontoret mitt. Jeg lurte ofte på hvordan det var hjemme. Kanskje var det bare et såkalt kontortrykk jeg målte – og behandlet? Tanken slo meg – hver gang.

Jeg hadde ikke lyst til å sette blodtrykksmansjetten på armen hans. Ville lukten av gammel skitt bli sittende igjen i stoffet? Jeg prøvde å holde pusten mens jeg målte trykket. Jeg begynte å bli svimmel. Kvalmen steg.

Jeg prøvde å ikke se på ham. Men jeg kunne ikke unngå å legge merke til at sømmene på buksa hans nå var gått opp både i siden og i skrittet. Ull-undertrøya var stiv av skitt og lot seg vanskelig brette opp på armen. Ytterjakka var av ubestemmelig farge, den var møkkete og manglet knapper. Et belte holdt den sammen.

Han festet ikke blikket på meg, men så rett fram for seg. Jeg orket heller ikke å forsøke å se ham i øynene. Han hadde et litt surt, sint ansiktsuttrykk, som alltid. Eller kanskje jeg skulle si stramt? Han var sjelden nybarbert, men hadde heller ikke anlagt skjegg.

Han klaget ikke. Han fortalte uavbrutt om hvordan han hadde prøvd seg fram med nok et nytt regime for kosten. Han hadde hørt at det var sunt med melvarer, at melk ikke var så bra, at fisk var gunstig, særlig fet fisk. Kjøtt unngikk han nå. Han spiste tranpiller og vitaminpiller og Q10 og flere tilskudd som jeg ikke hadde hørt om før. Han hadde handlet i helsekostbutikken.

Han fortalte og fortalte, men ventet ikke noen kommentarer fra meg, tror jeg. Da han begynte å snakke om at han planla å dra til fjells, kunne jeg kanskje ane litt liv i ansiktet hans. Han hadde blitt spurt om han ville komme og hjelpe til litt, slik han årvisst hadde gjort om sommeren, legge opp ved, reparere litt, sjau. Det var Turlaget han jobbet for.

Det var vanskelig å få ham til å forlate kontoret mitt. Det var ingen ende på funderinger over hvordan han skulle holde kroppen i form. Han svømte fortsatt tre ganger i uka – i svømmehallen. Min fantasi tok overhånd – svømte i det vannet hvor både jeg og andre også likte å boltre oss! Han

var jo innom herregarderoben – fikk håpe at han dusjet før han gikk i vannet. Det knøt seg et eller annet sted inni meg. Kanskje jeg burde gjøre noe annet enn å svømme 1000-metre?

Jeg reiste meg opp og gikk mot døra, hele tiden prøvde jeg å få inn et ord eller to om at det ville være fint om han kunne vente litt i gangen utenfor laboratoriet, så skulle han få gjort dagens blodprøver. Om han hadde med en urinprøve? Uten å avbryte sin egen beretning fant han fram urinprøven og ga meg den. Men han ble sittende – og fortelle. Jeg ble mer og mer svett. Han hadde fått rikelig tid og jeg var på grensen av å kaste opp i den stanken han omga seg med. Jeg måtte bare få ham ut nå!

Jeg gikk bort til ham igjen og stilte meg rett foran ham. «Nå må vi gå på laboratoriet. Du får brev fra meg om noe er utenom det vanlige. Ny kontrolltime får du hos kontordamen i luka. Er det greit med ny time om 3 måneder?» Jo, det var greit. Og så fortsatte han med detaljer omkring kosten og treninga.

Hva skulle jeg gjøre? Til slutt måtte jeg si at nå må du gå, timen er over, jeg har en ny pasient som venter. Motstrebende, kanskje litt forundret, reiste han seg langsomt fra stolen, tok på seg ytterjakka, lukket den med beltet og gikk sakte mot døra. Han så i gulvet.

Omsider hadde jeg fått lirket ham ut av kontoret. Jeg fulgte ham bortover korridoren. Det satt flere og ventet på tur. Det ble gjort plass til ham. Flere enn nødvendig reiste seg og gikk litt unna.

Mange år forløp omtrent på denne måten. Det var slik våre møter var.

Hjem fra arbeidet kjørte jeg forbi huset hans. Jeg hadde hørt at han var oppsagt fra jobben for mange år siden på grunn av «samarbeidsproblemer», men jeg visste lite eller egentlig ingenting om hva det gikk ut på. Jeg visste også at han ikke var gift og at han bodde alene i et lite hus. Han hadde malt boligen for en stund siden, så utvendig var den slett ikke verst. Han hadde en liten potetåker i hagen sin. Han tilbød poteter til salgs om høsten. Men ingen kjøpte. Han syntes folk var rare som ikke ville handle med ham.

Det var litt vondt å passere huset hans. Jeg kunne ikke kjøre forbi uten å tenke et ørlite øyeblikk over hvordan livet hans måtte være. Han hadde ikke kontakt med noe familie,

ingen venner, ingen naboer. Han gikk til og fra svømmehallen tre ganger i uka – med plastpose i hånden og lue på hodet både sommer og vinter. Jeg så ham aldri snakke med noen. Han måtte være ensom, fryktelig ensom, tenkte jeg.

Og hva var det han fikk ut av konsultasjonene hos meg noen ganger i året? Det visste jeg ikke. Jeg lyttet ikke til ham, orket ikke å ha ham i rommet, egentlig. Han ble nok aldri tatt på alvor av meg, ble ikke sett.

Jeg konsentrerte meg om å gjøre en skikkelig medisinsk jobb i den forstand at jeg forsøkte å følge opp blodtrykket så godt jeg kunne. Han hadde også blod i urinen ved noen anledninger. Jeg sendte ham til røntgenundersøkelse av nyrer og urinveier og til vurdering av urinblæren. Sykehuset fant ingen forklaring på blødningene.

Så kom han en dag litt skjev i ansiktet. Han var redd. Jeg ble overrasket. Jeg tenkte på at jeg skulle ha vært enda mer «aggressiv» med blodtryksmedisineringen. Jeg hadde jo egentlig latt ham ligge litt høyt i verdiene på grunn av at han aldri hadde rolig puls under undersøkelsene. Regnet liksom med at trykket var mer normalt hjemme, men jeg visste jo ikke.

Røntgenundersøkelse av hodet viste et lite hjerneinfarkt. «Sannsynlig» stod det. Det var sikkert blodtrykket. Stakkars mann. Og han ble enda mer opptatt av kosten og treninga. Han kjøpte ukeblader nå. Leste legespalter. Og det han hadde lest ville han tydeligvis fortelle meg. Men fortsatt ventet han ikke på noe svar. Monologene hans ble lengre, og han sto oftere på timelistene mine.

“Jeg ville ta innover meg at jeg syntes jeg så en fortvilelse i blikket hans da han kom denne dagen.”

Var han forresten i ferd med å se litt mer på meg? Spurte han ikke litt mer? Men jeg ville ikke snakke med ham, ville ikke ta inn over meg eller ta konsekvensen av at jeg syntes jeg så en fortvilelse i blikket hans da han kom denne dagen.

Han hadde blitt så sliten under skituren mellom turisthyttene nå i vinter. Han måtte stoppe opp – det var nytt for ham. Han hadde øket treningen i bassenget. Han var der nesten hver dag nå. Men det hjalp ikke. Han ble så fort sliten.

Han hadde fått hjertekrampe, det var nok ingen tvil om det. Laboratorie vurderingen denne gangen måtte innbefatte hjerteprobe. Legesekretærene strevde også med kvalme i hans nærhet, men de gjennomførte blodprøvetakingen uten protester. Men dagens lab-ansvarlige sukket litt fortvilet:

«Må vi ta EKG?» Og jeg bekreftet at det måtte vi nok denne dagen.

Klart forstørret hjerte med belastning av venstre hjertehalvdel. Jeg skjemtes og ble trist over min egen tilkortkommenhet. Han var underbehandlet med hensyn til blodtrykket og hadde altså fått angina pectoris.

“ *Jeg kan ikke vite
noe sikkert om hva
Hansen kunne ha ønsket
seg i møtene hos meg.
Men han kom – igjen og
igjen. Det var noe han søkte,
men jeg vet ikke hva.* ”

Jeg måtte greie å møte ham litt oftere, måtte prøve å snakke med ham om treningen. Jeg så for meg hvordan han ville få et hjerteinfarkt i bassenget – eller for den saks skyld i fjellet. «Å dø underveis i Birkebeinerrennet må være den ideelle død» var liksom ikke helt relevant for hans situasjon. Eller kanskje var det nettopp det?

Blodprosenten var begynt å synke. Han spiste jern og leste kostråd i ukebladene. Han holdt sine monologer, men var muligens litt mer lydhør til de rådene jeg forsøkte å formidle til ham. Eller var det meg som forsøkte å nå ham litt bedre? Min skamfullhet lå fortsatt som en klump i magen, og lukten av ham var, om mulig, enda mer kvalmende enn før.

Han var blitt litt tungpusten etter hvert og hadde mye slim i halsen. Jeg fant at et bilde av brystet var på sin plass. Jeg tenkte rasjonelt at det var medisinsk indisert, men jeg visste dessuten at jeg trengte en pause fra ham etter at han hadde hatt time stadig vekk de siste ukene.

Røntgenlegen ringte meg. Lungene var fulle av kreftspredning. Dessuten hadde legen tatt fram bildene av nyrene fra noen år tilbake. Det var bare å beklage: Allerede den gang hadde han en påvisbar nyrekrefte. Det var bare å beklage.

Hva skulle jeg si til Hansen? Hvordan ville han ta dette?

Jeg fikk ikke snakket med ham umiddelbart. Legevakta hadde lagt ham inn på sykehuset på grunn av brystmerter en natt. Han hadde hatt et lite hjerteinfarkt. Jeg ringte me-

disinsk avdeling og gjorde dem oppmerksomme på nyresvulsten og spredningen til lungene. De hadde ikke snakket med ham om dette. Det overlot de til hans faste lege.

Han kom tilbake til meg etter noen uker. Han var opptatt av kost og mosjon. Det skal man jo være. Det er jo det som skal hindre folk i å få hjerte-kar-sykdommer, tenkte jeg ironisk og oppgitt over meg selv og mitt fag.

Jeg behøvde ikke lete etter måter å formidle budskapet på. Hansen åpnet konsultasjonen med å si at han hadde fått kreft og at han skulle opereres for dette. Han hadde visst det hele tiden de siste årene. Men han ville leve så sunt han kunne for å motarbeide kreften.

Han ble operert for sin store nyresvulst, og lungespredningen så ut til å minske noe i omfang. Dette grep jeg fatt i, og dette forsøkte jeg å bruke for å overvinne meg selv til å møte ham som menneske. Men jeg kom til kort. Jeg kjente hvordan jeg ikke ville bli mer kjent med ham, høre mer om hva han måtte tenke om sin situasjon. Jeg var feig, følte jeg, og jeg forsto ikke hvorfor.

Det gikk ikke så lang tid før han kom tilbake, og da med hasselnøtt-store knuter foran begge ørene. Han spiste bare suppe og velling nå, fortalte han. Greidde ikke å åpne munnen. Spredning, tenkte jeg. Mannen kommer jo til å sulte i hjel! Han var gått betydelig ned i vekt. Igjen var det eneste han ville snakke om hvilken kost som var fornuftig og hvilken fortvilelse han hadde fordi han ikke fikk i seg nok av de forskjellige fete fiskeslagene blant annet.

Jeg følte meg hjelpeløs. Jeg henviste ham til øre-nese-halslegen på lokalsykehuset. Så gikk jeg i sommerferie.

Min kollega fortalte at Hansen hadde hatt det godt på det siste. En søster og hennes familie hadde tatt kontakt og besøkt ham på sykehjemmet. Han hadde fått snakke med henne om viktige ting, trodde min kollega. Selv hadde Hansen dessuten sagt at han ikke var redd for å dø. Og han takket for tiden på sykehjemmet – som hadde vært den beste tiden i hans liv. Han fikk et kort sykeleie og døde omgitt av sine slektninger.

Ettertanke

Det er gått mange år siden dette skjedde. Jeg forsøker å rekapitulere hva jeg opplevde i møtene med Hansen. Hva i all verden gjorde meg så handlingslammet i forhold til ham?

Jeg kan ikke vite noe sikkert om hva Hansen kunne ha ønsket seg i møtene hos meg. Men han kom – igjen og igjen. Det var noe han søkte, men jeg vet ikke hva. Kanskje fornemmet han at noe var galt, at han brygget på en alvorlig

sykdom. Mest sannsynlig gjorde han det, uten at han eksplisitt uttalte det til meg de første årene vi møttes. Eller kanskje han rett og slett hadde behov for å snakke med et menneske. Det jeg imidlertid kan forsøke å gi noen svar på er hvorfor min egen situasjon føltes så uutholdelig i møter med denne pasienten. Jeg vantrivdes på flere måter, tror jeg.

Jeg var ikke redd ham. Han hadde nok vært en såkalt kvevulant på arbeidsplassene han hadde vært. Men jeg fryktet ikke at han skulle gå til angrep på meg. Han var bestemt og av og til hissig, men ikke truende.

Han luktet vondt, - men det er det flere pasienter som har gjort, uten at det har provosert meg slik. Blant annet husker jeg en mann som hadde falt ned i sildolje. Vi dekket til alle møbler han skulle være i kontakt med under undersøkelsen på legekantoret. Han appellerte til min medfølelse, selv om jeg syntes han luktet forferdelig vondt.

Hvorfor ble jeg så provosert av at Hansen sikkert aldri vasket klærne sine? Vasket seg selv gjorde han jo - i Svømmehallen!

“ Å møte et menneske er å holdes våken av en gåte. ”

Var jeg rett og slett sint på ham fordi han ikke fant seg i å gå inn i en dialog? For jeg hadde ikke greidd å få til to-veiskommunikasjon med ham. Han lyttet ikke til meg, bare til seg selv. Kanskje ønsket han bare å snakke selv, høre sin egen stemme, fortelle til seg selv med meg som tilhører? Kanskje ønsket han kun at jeg skulle støtte ham i hans egen forestillingsverden, være til stede og bekrefte ham ved det?

Eller ønsket jeg rett og slett ikke å høre på ham, våget den gangen ikke å gi fra meg kontrollen, men som jeg jo egentlig heller ikke hadde? Var det derfor jeg holdt møtet fast i rammen av tekniske prosedyrer og ikke til dialogen?

Men om jeg hadde sett rett på ham, forsøkt å få øyekontakt, sluttet å snakke om min agenda, latt ham helt og holdent få bestemme? Jeg kunne ha gjort en åpen avtale med ham om at nå hadde vi 20 minutter til disposisjon, og trengte vi mer tid, kunne jeg tilby en dobbelttime uka etter? Ville det ha fungert på en annen måte?

Jeg tror det. Jeg sørget mang en gang over det i årene som fulgte, år med endring av egen praksis¹.

Vi opplæres til å være observatøren som står «utenfor» og observerer vårt objekt, pasienten. Selv om vi snakker varmt både om pasienten i sentrum og om innlevelsesevne og andre gode kvaliteter, så bygger vår vestlige medisinske tradisjon de siste par hundre år på nettopp den objektiviserende prosess, idealet i naturvitenskapen.

Imidlertid snakkes det i andre fagkretser om en «etisk vending» i vår tid, en vending som også er helt nødvendig i vårt fag også om ikke teknologi og markedstenkning² skal få utarme folks mulighet til å ta tilbake kontrollen over egen helse, få mulighet til å bli klar over hvilke muligheter de faktisk har til å komme ut av helseplager.

Vi mennesker uttrykker oss i møter med andre - og vi ønsker å bli tatt imot i det uttrykket vi er. Når helse svikter på en eller annen måte, så er vi sårbare. Vi søker hjelp. Om vi da ikke blir tatt imot i det sårbare uttrykket vi er, så begynner kanskje uttrykket å leve sitt eget liv - som en spenning i muskulaturen, en urolig mage, en hodepine eller gjentatte infeksjoner, som nedstemthet eller søvnløshet.

Og for å få komme til uttrykk, få mulighet til å uttrykke seg, være det uttrykket man er som menneske i den aktuelle situasjonen som syk eller redd eller lidende, så må pasienten bli ønsket velkommen fram, få være hovedperson i møtet, få være refleksjonens sentrum med legen som medvandrer, som finner rytmen i pasientens bevegelse og våger å delta i denne.

Utfordring

Filosofen Emmanuel Levinas har skrevet og sagt mye om det menneskelige møtet. Når jeg møter den Annens ansikt, blir jeg truffet av den Annen. «Ansiktet viser seg absolutt, det vil si uten omgivelser, hvor alt er gitt og alt er mening. For den Annen kommer nær og med ett befinner seg under mitt ansvar, da har noe skyllet over mine beslutninger, som var fattet i frihet, listet seg inn i meg, uten at jeg visste om det og som således fremmedgjorde min identitet». Han sier videre at «å møte et menneske er å holdes våken av en gåte» og «bevisstheten kommer alltid for seint til møtet med nesten.»

Levinas' filosofi utgjør en stor utfordring for vestens tenkning - også for medisinen som fag³.

Litteratur:

- 1 Berg, E: «Ser du meg, doktor? Pasienten fra objekt til subjekt» Oslo: Emilia 1999
- 2 Ihlen, CR, Hjortdal, P: «Pasienten og legen - en tango for to?» *Aftenposten* 5. mai 2001
- 3 Aarnes, A, Bjørnstad, H: «Ut av fatning», Oslo Aschehoug 2001

Tobakk og helseskader –

• AV IVAR SØNBØ KRISTIENSEN, INSTITUTT FOR SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING
– SUNDHEDSØKONOMI, SYDDANSK UNIVERSITET, ODENSE.



Ivar Sønbo Kristiansen;

distriktslege i Aure og Kvæfjord 1974–83 der han holdt opplysningsforedrag om bl.a. røyking. Ass. fylkeslege 1983–87 og deretter samfunnsmedisinsk forskning i Tromsø, Oslo og Odense. Forskningen har hatt fokus på legemarked, effekt av lønssystemer på primærlegers praksis og økonomisk evaluering av helsetiltak. Hovedfokus i forskningen er for tiden risikobegreper og risikokommunikasjon.

Det er grunn til å tro at tobakksrøyking er den enkelt-faktor som bidrar mest til å forkorte levetiden i Norge. Amerikansk tobakksindustri visste om tobakkens helseskader i lang tid uten å informere sine kunder. Filmen «Insider» gir et rystende bilde av hvordan det kunne gå med ansatte i amerikansk tobakksindustri dersom de våget å si offentlig hva de visste om tobakkens effekter. Det er derfor ikke overraskende at holdningene har blitt stadig mer negative til tobakk, dens produsenter og endog røykerne. I en tid med sterk kollektiv fordømmelse er det imidlertid en fare for at vi mister evnen til kritisk tenkning. I denne artikkelen vil jeg vise eksempler på at forskere fraviker elementære vitenskapelige prinsipper når de beskriver tobakkens virkninger.

Får du munnhulekreft av snus?

På norske snusesker finnes en uforbeholden advarsel om at bruk av snus er kreftfremkallende. I november 1999 ble denne advarselen diskutert i Stortinget på bakgrunn av to svenske pasient-kontroll-studier som ikke viste sammenheng mellom kreft og snusbruk. Sanner og medarbeidere skrev derfor en artikkel i Tidsskriftet der de foretok «en kritisk vurdering av de to svenske undersøkelsene samt en samlet vurdering av om den nåværende helseadvarselen, at snus er kreftfremkallende, fortsatt er riktig».¹

De norske forfatterne fører i marken en del studier som etter deres oppfatning skal dokumentere at snus er kreftfremkallende. Av primærstudier nevnes fire pasient-kontrollstudier som alle «viste (ISK's fremheving) at bruk av snus økte risikoen for kreft i munnhulen». Enhver elementær epidemiologi-bok angir imidlertid en rekke svakheter ved pasient-kontrollstudier. Den nøkterne forsker ville nok derfor uttrykke seg adskillig mer forsiktig enn Sanner. I tre av de fire studiene kunne iflg Sanner den relative risiko eller odds ratio ikke utregnes. Det angies heller ingen originalpublikasjoner for de tre studiene. Da odds-ratio er hovedresultatet i en pasient-kontroll-studie, er det uforståelig at noen tør legge vekt på disse tre studier. Hvem vil legge vekt på en dødelighets-studie der man ikke kan angi noen dødelighet? Mer overbevisende er den fjerde studien fra North Carolina der relativ risiko er opptil 47,5 og høyst sig-

holder forskningen mål?

nifikante (95% KI 9,1-249,5)². I debatten om advarselen på norske snusdåser kunne det likevel ha interesse at Carolina-snusen er fremstilt på en annen måte enn den norske og svenske, og at resultatene derfor ikke nødvendigvis er gyldige for Norge. Blot og medarbeidere har senere bekreftet Carolina-funnene i en annen amerikansk undersøkelse av tobakksbruk blant kvinner og menn, men påviste signifikant sammenheng bare for kvinner³.

Når det gjelder de svenske undersøkelsene, var det ingen signifikante effekter i den ene av dem. I den andre fant man

en sammenheng mellom munnhulekreft og tidligere bruk av snus hos aktive røykere (odds ratio 3,1, 95% KI 1,4-6,8)⁴. Derimot fant man ingen statistisk sammenheng mellom snusbruk og munnhulekreft i noen av de andre pasientgruppene, heller ikke blant aktive snusbrukere. Sanner & Co angir likevel at «det var økt risiko ...både hos dem som aldri har røkt (OR 1,8, 95% KI 0,9-3,5) og» De tar altså både i dette og to andre tilfeller ikke-signifikante resultater til inntekt for at snus er kreftfremkallende. Dette rettfærdiggjøres senere med antagelser om at snus gir økt risiko i et lite område av munnhulen der snusen anbringes, mens an-



Foto: Torgeir Gilje Lid

dre kreftlokalisasjoner ikke har sammenheng med snusbruk. Sanner & Co mener derfor at de svenske resultatene kan ha blitt «fortynnet» fordi de hadde med kreft i et for stort område.

«Fortynningshypotesen» kan meget vel være gyldig. Men den er bare en hypotese så lenge den ikke underbygges med epidemiologiske data. Svenske forskere har imøtegått Sanners hypotese⁵. Sanner har altså støtte for påstanden om at snus er kreftfremkallende i eldre amerikanske studier, mens nyere svenske, og sannsynligvis mer relevante studier, ikke gir sikre indikasjoner. Skal vi basere norsk tobakkspolitikk på studier uten fyldestgjørende resultatpresentasjon, på studier av produkter som ikke brukes i Norge, eller på ikke-signifikante resultater?

Dersom Sanner & Co hadde gjort seg umaken å gjøre et Medline-søk, ville de ha funnet 357 artikler under søkeordene «tobacco, smokeless» og «mouth neoplasms». De ville også ha funnet en norsk studie som tyder på at snus kan gi kreft⁶. Dersom de hadde gått videre med standard metoder for systematiske oversikter, ville de ha vurdert de aktuelle publikasjoner mht kvalitet, ekskludert studier som ikke holdt kvalitetsmessig mål (f.eks. pasient-kontrollstudier der odds ratio ikke er angitt) og sittet tilbake med argumenter for og imot hypotesen at snus gir kreft i munnhulen. Det er meget vel mulig at en slik gjennomgang ville ha indikert at snusbruk kan fremkalle kreft, og jeg mener derfor ikke å påstå at snus er ufarlig. Poenget er derimot at Sanner & Co trekker en ytterst tvilsom konklusjon utfra den litteratur de har vurdert.

Hvor mange sykdommer kan du få av tobakksrøyking?

I NOU 2000: 16 om tobakksindustriens erstatningsansvar gjennomgår forfatterne i kapittel 3 det faglige grunnlag for at tobakksrøyking gir helseskader⁷. Man ville vente at en slik oversiktsartikkel som skal legge grunnen for milliard-søksmål i rettsapparat, skulle oppfylle alle moderne kvalitetskrav til en systematisk litteraturoversikt. Vi ville vente systematiske elektroniske og manuelle søk etter publikasjoner, strenge kvalitetskrav med eksklusjon av artikler som ikke holder mål. Randomiserte studier ville bli verdsatt høyere enn kohort-studier, pasient-kontrollstudier og i særdeleshet case-reports og ekspert-vurderinger. Siden det (av gode grunner) ikke er gjort randomiserte studier på effekter av tobakksrøyking, ville man vente at NOU'en ga leseren en grundig innføring i de særlige metodeproblemer man står overfor når man skal vurdere sykdommer som kan ha mange ulike årsaker, og der risikofaktorer ikke behøver være årsaksfaktorer, men markører for en årsaksfaktor som er utelatt fra analysene (såkalt confounding).

NOU'en plager imidlertid ikke sine lesere med å trekke frem metodeproblemer, kvalitetsgradering av primærstudier eller mulighet for bias og confounding. Heller ikke får leseren vite hva slags systematikk som ligger til grunn for den dokumentasjon som fremlegges. Den gir i stedet til beste sidevis med påstander om ulike typer helseeffekter som begrunnes med toksikologiske argumenter, oversiktsartikler hvis kvalitet leseren ikke kan vurdere og ulike epidemiologiske studier. En del påstander om helseeffekter gies overhodet ingen begrunnelse. Over 20 sider får leseren vite om ca 65 ulike helseeffekter av passiv eller aktiv røyking. Effektene er alt fra lungekreft og astma til struma, nedsatt skoleprestasjon og kreft i kvinnens ytre kjønnsorganer (vulva). En del påstander om helseeffekter blir gitt uten litteratur-referanse, og et fåtall effekter er angitt med konfidensintervall.

Det vil føre for langt å gå inn på alle de spørsmål den kritiske leser sitter igjen med etter å ha lest NOU'en omtale av helseskader. Noen få aspekter fortjener likevel omtale. At røyking har utviklet seg til å bli et klassefenomen, diskuteres ikke i relasjon til studier av helseskader. Det finnes en betydelig faglitteratur som tyder på at sosial klasse påvirker helsen i negativ retning. Når røykere har høyere forekomst av en rekke sykdommer, kan sosial klasse være noe av forklaringen, og det er langt fra sikkert at man fjerner denne effekten selv om man justerer for inntekt og utdanning⁸. Dette betydelige metodeproblemet forbigås i taushet.

Kreft i vulva kan stå som eksempel på nivået. Leseren får vite at røykeren dobler sin risiko for vulvakreft ved å røyke, men det sies intet om mulighetene for confounding. Den fantasifulle leser vil nok la tankene gå til Bill Clinton. Mer naturlig er det å spørre om røykingen kan være markør for andre årsaksfaktorer så som sosial klasse, hygiene eller seksualadferd. Man vil vente at pasientopplysninger om røykevaner er mer korrekte enn informasjon om hygiene og seksualvaner. Det er derfor neppe mulig å sikre seg mot at man overvurderer effekten av tobakk selv om man justerer for hva kvinnene måtte oppgi om sine seksualvaner eller sin hygiene.

Personlig er jeg ikke i tvil om at tobakksrøyking er årsak til lungekreft og andre alvorlige sykdommer. Spørsmålet er imidlertid hvor stort antall sykdommer og hvor sterke effektene er. Kan det tenkes at en del av NOU'ens resultater er uttrykk for statistisk samvariasjon uten årsaks-sammenheng? Det er forståelig at en offentlig utredning ikke kan gi en fyldestgjørende dokumentasjon av hver enkelt av alle de helse-effekter tobakksrøyking kan tenkes å ha. Likevel er det ikke tillitvekkende at forfatterne i så liten grad redegjør for den metode de har brukt for å frem-

hente informasjon, om dokumentasjonsproblemer og alternative tolkninger av funn de refererer. Dersom forfatterne tar metodeproblemer på alvor – hvorfor har de ikke redegjort for dem?

Blir du skjort av å røyke?

Ukritisk beskrivelse av tobakkseffekter er ikke et særnorsk fenomen. British Medical Journal publiserte i 1997 en undersøkelse av sammenhengen mellom røyking, benmineralitet (BMD) og lårhalsbrudd⁹. Forfatterne konkluderte at «the association of smoking with low bone density and hip fracture is undoubtedly cause and effect.» Forfatterne baserte konklusjonen på 29 studier av røyking og BMD, men bare tre av dem hadde justert for kroppsvekt eller andre determinanter for BMD som f.eks. sosial klasse. Det ble altså ikke justert for confounding i flertallet av studiene. I 19 studier av lårhalsbrudd var det gjort justering for confounding i bare 4. Forfatterne rettferdiggjør den manglende confounding-kontrollen ved å vise til at justeringen hadde hatt liten effekt i de få studier der den ble gjort. Forfatterne unnlater helt å fortelle leseren at alle studier kan gi skjeve resultater enten det er justert for kjente confoundere eller ikke. Et kjent eksempel på dette er pausale kvinner.

Et flertall observasjonsstudier har vist (på samme måte som røyking «undoubtedly» øker risikoen for brudd), en «sikker» beskyttende effekt av østrogen. Da den første større randomiserte studie ble publisert i 1998, viste den overhodet ingen effekt på infarkttrisikoen¹⁰.

Publikasjonsbias?

Det er vel kjent at det er lettere å få publisert noen typer resultater enn andre. En norsk forskergruppe fant at røykende gravide hadde lavere risiko for preeklampsi enn ikke-røykende i en stor studie. De hadde problemer med å få resultatene publisert og ble møtt med aggresjon når de presenterte dem på kongresser.

En annen forskergruppe studerte et vanlig og plagsom lidelse hos middelaldrende og eldre mennesker. Overraskende fant de at røykere hadde signifikant lavere risiko for tilstanden. De hadde ingen plausibel forklaring på funnet, og utelot det fra publikasjonen. Hadde funnet blitt utelatt dersom effekten hadde vært motsatt?

I metaanalyser kan man vurdere mulighetene for publikasjonsbias ved å se om resultatene i ulike studier har den fordeling man ville vente ved fravær av publikasjonsbias. En gjennomgang av litteraturen om passiv røyking og lungekreft tyder på slik bias¹¹. Denne bias kan bety at passiv røyking ikke øker kreftrisikoen med så mye fra som fra 24%,

men 15%. Påstanden har møtt kritikk, men det er uklart for meg hvordan kritikerne med sikkerhet kan vite at alle studier av passiv røyking faktisk er publisert.

Hvor mange dør av røyking?

Det er ikke uvanlig å se angivelser for mange som dør av tobakksrøyking. Disse tallene skal neppe tolkes dithen at røykerne hadde fått evig liv dersom de ikke hadde røykt. Snarere er de vel uttrykk for at røykere dør tidligere enn de behøvde. Man kan beregne det gjennomsnittlige leveårstapet hos røykere sammenlignet med ikke-røykere. Forskjellen er i størrelsesorden 5 år. Hvordan dette tapet fordeler seg blant røykerne, kan man imidlertid ikke si noe om på basis av overlevelsesanalyser. Overlevelseskurvene vil nemlig se likedan ut enten alle taper 5 år eller færre taper mer enn 5 år. Personlig tror jeg alle taper noe levetid på røyking, men ingen kan med sikkerhet si hvor mange som «dør av røyking».

Hva nå?

Vi vil aldri med sikkerhet få vite hvor mange typer helseeffekter tobakksrøyking gir og hvor store effektene er. Forklaringen er simpelthen at det ikke foreligger randomiserte studier. Når røyking 20-dobler risikoen (1900% økt risiko!), og lungekreft nesten ikke finnes hos ikke-røykere, kan det ikke være rimelig tvil om årsakssammenhengen. Det finnes nok flere tilsvarende eksempler, men når NOU'en angir ca 65 ulike helseeffekter, må man spørre om alle de statistiske sammenhengene er uttrykk for årsakssammenheng. Dette spørsmålet blir ikke mindre påtrengende av å forbigå metodeproblemer i taushet.

Vi står foran flere dilemma. Skal vi stille mindre strenge krav til tobakksrelatert forskning fordi tobakksindustrien har opptrådt grovt uetisk? Fordi vi med stor grad av sikkerhet kan hevde at tobakksrøyking gir lungekreft og annen alvorlig sykdom? Eller skal vi stille samme krav til dokumentasjon her som til kirurgi eller legemidler. Trolig er alle enig i at samfunnet bør iverksette tiltak mot tobakksbruk selv om dokumentasjonen er mindre god enn vi kunne ønske. Spørsmålet er om vitenskapelige publikasjoner skal skjule usikkerhet og metodeproblemer og om publikum skal få vite om usikkerheten. Personlig er jeg ikke i tvil om hva svarene er på disse spørsmål. Forskningen faller dersom kvalitetskravene skal tilpasses det som er politisk korrekt eller hva vi tror publikum tåler å få vite. Forøvrig tror jeg mange er i stand til å ha to tanker i hodet samtidig: (1) Det er betydelig metodeproblemer i tobakksforskningen; (2) Det er ingen rimelig tvil om at røyking gir lungekreft og annen alvorlig helseskade. Det tobakksforebyggende arbeide må hvile på troverdighet, og troverdigheten bevares best ved åpenhet og redelighet.

Referanser

1. Sanner T, Dahl JE, Andersen A. Kreftrisiko ved bruk av snus. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 2000;120:1669-71.
2. Winn DM, Blot WJ, Shy CM, Pickle LW, Toledo A, Fraumeni JF. Snuff dipping and oral cancer among women in the southern United States. *N.Engl.J Med.* 1981;304:745-9.
3. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.* 1988;48:3282-7.
4. Schildt EB, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *Int.J Cancer* 1998;77:341-6.
5. Rutqvist LE, Lewin F. Cancerrisiker med snus?. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 2001;121:506-7.
6. Heuch I, Kvale G, Jacobsen BK, Bjelke E. Use of alcohol, tobacco and coffee, and risk of pancreatic cancer. *Br.J Cancer* 1983;48:637-43.
7. NOU 2000:16. Tobakksindustriens erstatningsansvar. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
8. Colhoun HM, Rubens MB, Underwood SR, Fuller JH. Cross sectional study of differences in coronary artery calcification by socioeconomic status. *BMJ* 2000;321:1262-3.
9. Law MR, Hackshaw AK. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *BMJ* 1997;315:841-6.
10. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group [see comments]. *JAMA* 1998;280:605-13.
11. Copas JB, Shi JQ. Reanalysis of epidemiological evidence on lung cancer and passive smoking. *BMJ* 2000;320:417-8.

Forfatteren er lektor ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet i Odense. Han har vært medlem av fagrådet i Statens Tobakkskaderåd. Han møtte i 1999 tre representanter for Phillip Morris for å diskutere økonomiske aspekter ved tobakksrøyking, men har senere aldri vært invitert til samtaler. Han har aldri samarbeidet med tobakksindustrien og aldri mottatt honorar eller annen støtte.



Helsefare vaker i sivet

Hva kan muntre opp på en vanlig dag – anbefalinger om fisk?

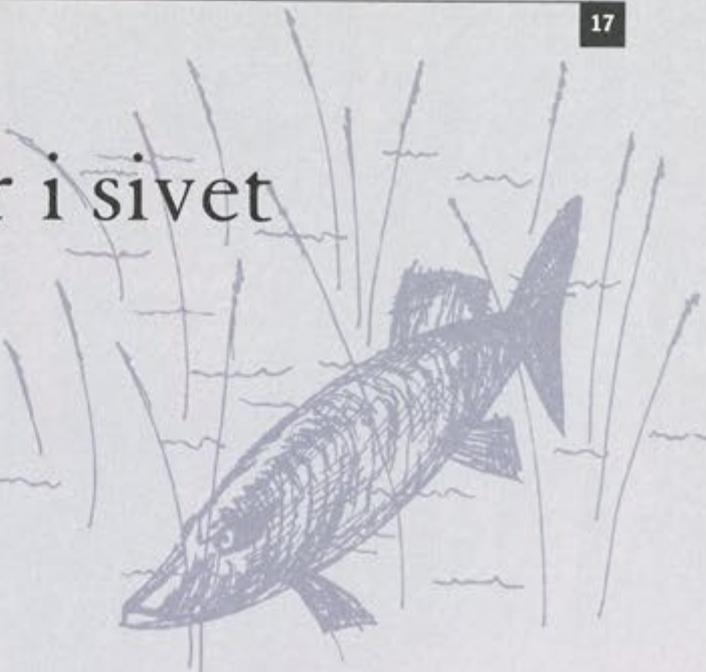
Jeg tømmer posthylla mot slutten av dagen. Det vanlige; epikriser, reklame, gule lapper, et nytt rundskriv fra Folkehelsen. Jeg leser at «Gravide og ammende bør unngå å spise stor ferskvannsfisk». Jeg blir selvsagt nysgjerrig, dette må være en godbit.

Det handler om at større ferskvannsfisk akkumulerer metyl-kvikksølv i høyere konsentrasjoner enn man tidligere kjente til, det gjelder ørret og røye over 1 kg, gjedde og abbor over 25 cm. Konklusjonen til slutt er at gravide og ammende bør velge «saltvannsfisk, oppdrettsfisk og små eksemplarer av villevende ferskvannsfisk.»

Naturligvis fører slik informasjon til at man ser seg bakover – i takknemlighet over at det gikk som det gikk. På alle steder jeg har bodd har jeg fisket – og spist – innlandsfisk. I løpet av utallige turer med mark og sluk har fangsten stort sett bestått av abbor på inntil 20 cm, småørret opptil en halv kilo og en og annen slenger av en gjedde som selv katten snur seg vekk fra. Min største abbor så langt er ca 25 cm., stor ferskvannsfisk er sjelden fangst.

Rådene er sikkert godt ment.

En av de få pasientgavene jeg har fått (og hittil satt pris på) var en grov ørret-rygg som gamle Martin forærte meg un-



der et sykebesøk. Han gikk den gang høytidelig i fryseboksen og hentet fram et stort filetstykke av en 12-14 kilos ørret som han hadde tatt i garnet der elva løper ut. (Gamle hedersmenn får lov å tjuvfiske av bygdefolket.) Vi spiste ørreten senere; jeg og Nina – hun den gang gravid og intetanende...

Skal jeg begynne å ta opp fiskeanamnese hos mine gravide? Arkivere disse anbefalingene, eventuelt klippe ut en papp-abor på 25 cm og henge den på venterommet til skrekk og advarsel? Og hvor bør de gravide som har tilgang på slik ferskvannsfisk? Det aner meg at vi andre går glipp av noe. Jeg ser den for meg, gjedda, der den står stille i sivet med vaksomme øyne og halvåpen munn. Ikke nok med at den har 3 rader knivskarpe tenner i kjeften.

Jeg forstår dens onde smil bedre nå.

Øystein Svendsen

Legens plass og funksjon i rusmiddelbehandlingen

KONFERANSE

Tid: onsdag 12. september 2001

Sted: Clarion Royal Christiania

Kursavgift: kr. 700,-. Lunsj kr. 300,- kommer i tillegg

Faglig ansvarlig og kursledelse: Legeforeningens rusmiddelpolitiske utvalg.

Møteledere: Tone Tveit og Helge Bell

Godkjennning: 6 timer allmennmedisin, indremedisin og psykiatri.

Målgruppe: Allmennleger, psykiatere, indremedisinere og leger innen rusmiddelomsorgen.

Målsetting: Legens plass og funksjon i rusmiddelbehandlingen

Påmelding: Påmelding sendes til Legeforeningen v/Kari Bolling, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo før 26. juni. E-post: kari.bolling@legeforeningen.no.

Hele programmet finnes i Tidsskrift nr. 12 nr. 14 og på nettet under Kurs og Konferanser.

Helvetes



c Valtrex Glaxo Wellcome

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05AB11

TABLETTER 250 mg og 500 mg:

Hver tablett inneholder Valaciclovirhydroklorid tilsv. valaciclovir 250 mg, resp. 500 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Brilliantblått (E 133), titandioksid (E 171).

Egenskaper: **Klassifisering:** Valinsyreester av aciclovir. Omdannes til aciclovir etter peroral absorpsjon. Aciclovir har spesifikk antiviral effekt in vitro mot herpes simplex virus type 1 og 2, varicella zoster (VZV), cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV) og humant herpes virus 6 (HHV-6). Klinisk effekt er ikke vist mot de to sistnevnte virus. Virus med nedsatt følsomhet for aciclovir kan en sjelden gang ses hos alvorlig immunkompromitterte personer. Kliniske studier tyder på at dette er meget sjelden hos immunkompetente pasienter.

Virkningsmekanisme: Aciclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Aciclovirtrifosfat er en nukleosidanalogue som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at aciclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved Herpes zoster-infeksjon signifikant kortere etter behandling med valaciclovir sammenlignet med aciclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valaciclovirbehandling mot 51 dager ved aciclovirbehandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. CMV-profylakse med valaciclovir i forbindelse med nyretransplantasjon er vist å redusere forekomst av akutt graft-avstøtning, opportunistiske infeksjoner og andre herpesvirusinfeksjoner (HSV, VZV). **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet av aciclovir fra valaciclovirtabletter ca. 54 %, dvs. 3-5 ganger høyere enn for peroralt aciclovir. 1 g valaciclovir gir gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 25,1 µmol/liter (ca. 5,7 µg/ml) etter ca. 1 time og 45 minutter. 500 mg valaciclovir gir en gjennomsnittlig maks. plasmakonsentrasjon av aciclovir på ca. 15 µmol/liter (ca. 3,3 µg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 15 %. **Halveringstid:** Med normal nyrefunksjon, ca. 3 timer (i plasma). Hos pasienter med nyresvikt er tilsvarende halveringstid omtrent 14 timer.

Metabolisme: Valaciclovir omdannes til aciclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som aciclovir (mer enn 80%) og 9-karboxymetoksymetylguanin. < 1 % av gitt dose valaciclovir gjenfinnes i urinen som uforandret legemiddel. Nyretransplanterte pasienter som behandles med 2000 mg 4 ganger daglig har en maksimal konsentrasjon som er den samme eller høyere enn friske frivillige behandlet med samme dose. Estimert daglig AUC er vesentlig større hos nyretransplanterte pasienter.

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. Profylakse mot cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og -sykdom i forbindelse med nyretransplantasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for valaciclovir, aciclovir eller andre av preparatets innholdsstoffer.

Bivirkninger: **Gastrointestinale:** Kvalme, ubehag i buken, oppkast og diare. **Blod:** Sjeldne tilfeller av trombocytopeni. **Overfølsomhet og hud:** Utslett, inkludert fotosensitivitet, urtikaria, pruritus og i sjeldne tilfeller dyspne, angioødem og anafylakse. **Nyre:** Sjeldne tilfeller av nedsatt nyrefunksjon. **Lever:** Sjeldne tilfeller av reversibel økning i leverfunksjonstester, i enkelte tilfeller beskrevet som hepatitt. **Neurologiske/psykiatri:** Hodepine. I sjeldne tilfeller har det vært rapportert på reversible neurologiske reaksjoner som svimmelhet, forvirring, hallusinasjoner. Nedsatt bevisst har vært rapportert, men dette har stort sett vært hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Neurologiske reaksjoner forekommer hyppigere hos organtransplanterte pasienter som behandles med høye doser Valtrex som CMV-profylakse og hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Andre:** Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlig immunosupprimerte pasienter, spesielt pasienter med langtkommen HIV-sykdom, som har mottatt høye doser (8 g daglig) valaciclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valaciclovir.

Forsiktighetsregler: **Hydrering:** Pasienter med risiko for dehydrering bør holdes godt hydrert, særlig eldre og pasienter med lav kreatinin clearance. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjonsrisiko (se Dosering). Eldre pasienter og pasienter med lav kreatininclearance bør holdes godt hydrert. **Bruk av høye doser valaciclovir ved nedsatt leverfunksjon:** Det mangler data for bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) hos pasienter med leversykdom. Forsiktighet bør derfor utvises hos denne pasientgruppen.

Graviditet/Amming: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. En mindre retrospektiv studie på gravide som fikk systemisk behandling i 1. trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. **Amming:** Den aktive metabolitten aciclovir går over i morsmelk. Aciclovir er målt i morsmelk i konsentrasjoner fra 0,6 - 4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Etter inntak av aciclovir 200 mg 5 ganger daglig peroralt, er maksimal plasmakonsentrasjon ved steady state gjennomsnittlig 3,1 mikroM (0,7 µg/ml). Dette vil kunne eksponere det diende barn for en døgndose på opptil 0,3 mg/kg/dag. Halveringstid for aciclovir i morsmelk er den samme som i plasma; 2,8 timer. Forsiktighet bør derfor utvises ved bruk av Valtrex ved amming. Døgndoser på 30 mg aciclovir per kg intravenøst brukes imidlertid til behandling av neonatal herpes simplex.

Interaksjoner: Aciclovir elimineres hovedsakelig uforandret i urin ved aktiv renal sekresjon. Andre legemidler som gis samtidig, og som konkurrerer med denne mekanismen, kan øke plasmakonsentrasjonen av aciclovir. Etter inntak av 1 gram valaciclovir, øker cimetidin og probenecid AUC for aciclovir med 20% respektivt 40% ved å redusere renal clearance. Dosejustering anses imidlertid ikke å være nødvendig på grunn av aciclovirs brede terapeutiske index. Ved bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) ved CMV-profylakse, må forsiktighet utvises ved samtidig inntak av legemidler som konkurrerer med aciclovirs eliminasjonsvei på grunn av risiko for økt plasmamålv av en eller begge legemidlene eller deres metabolitter. Økt plasma-AUC for aciclovir og den inaktive metabolitten av mykofenolatmoleflet, et immunosuppressivt middel brukt ved transplantasjon, er sett når legemidlene gis samtidig.

ild

Tør man la være å starte behandling?

Behandling av Herpes zoster med antivirale midler reduserer zoster-assosiert smerte og risiko for post-herpetisk neuralgi*

Valtrex (valaciclovir) er en mer effektiv behandling enn Zovirax eller andre aciclovirpreparater til å redusere zoster-assosiert smerte, og gir mindre risiko for post-herpetisk neuralgi*

*ref. Beutner KR, et al. Valaciclovir Compared with Aciclovir for improved Therapy for Herpes Zoster in Immunocompetent Adults. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1995; 39: 1546-1553.

orsiktighet må utvises dersom høye doser valaciclovir gis samtidig med legemidler som påvirker nyrenes fysiologi (for eksempel ciklosporin, tacrolimus). Nyrefunksjonen bør i slike tilfeller følges nøye.

Dosering: Herpes zoster-infeksjoner: 2 tabletter à 500 mg 3 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: 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. Primærinfeksjon: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. Residiverende infeksjon: 1 tablett à 500 mg 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. *Supprimerende behandling av Herpes genitalis:* *Pasienter med normalt immunforsvar:* 1 tablett à 500 mg 1 gang daglig. *Pasienter med 10 eller flere residiv årlig, kan ha ytterligere effekt ved å fordele døgndosen på 2 doseringer, 250 mg 2 ganger daglig:* *Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar:* 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig. *Profylakse mot CMV-infeksjon og -sykdom ved nyretransplantasjon:* Voksne og barn over 12 år: 2 g 4 ganger daglig. Behandlingen innsettes så tidlig som mulig etter transplantasjon. Dosen bør justeres i henhold til kreatininclearance (se dosering ved nedsatt nyrefunksjon). Varighet av behandling er vanligvis 90 dager, men hos høyrisiko-pasienter kan det være nødvendig å utvide behandlingstiden. *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: <i>Behandling av infeksjon</i>	500 mg 2 ganger daglig	500 mg 1 gang daglig
<i>Supprimerende behandling:</i> 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/minutt, med doseinntak etter at hver dialyse er gjennomført. Kreatininclearance bør følges jevnlig, spesielt i perioder hvor nyrefunksjonen endres raskt, for eksempel etter en transplantasjon. Valaciclovirdosen bør justeres deretter. **CMV-profilakse:** Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør dosen justeres i henhold til tabellen nedenfor.

Kreatininclearance (ml/min)	Dosering
> 75	2 g 4 ganger daglig
50-75	1,5 g 4 ganger daglig
25-50	1,5 g 3 ganger daglig
10-25	1,5 g 2 ganger daglig
<10 eller dialyse	1,5 g én gang daglig

Overdosering/Forgiftning: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valaciclovir. Kontakt evt. Giftinformasjonssentralen (tlf. 22 59 13 00). Pasienter har inntatt enkelt doser på opp til 20 g aciclovir, som kun delvis absorberes fra gastrointestinaltraktus, vanligvis uten toksiske effekter. Tilfeldige, gjentatte overdoser av peroral aciclovir over flere dager, har vært assosiert med gastrointestinale effekter (som kvalme og oppkast) og neurologiske effekter (hodepine og forvirring). Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan aciclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkelremming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

Forskrivningsregel: Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynekologi.

Pakninger og priser: 250 mg: Enpac: 60 stk. 892,50. 500 mg: Enpac: 10 stk. kr 336,50, 30 stk. kr 892,50, 42 stk. kr 1235,80.

Priser av 01.2001
Preparatomtale av 07.10.1999.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

En følsom estetiker

Utposten er stolte over kunne trykke Trine Mikkelsens bilder i dette nummeret. Vi oversvømmes til daglig av bilder, i aviser, ukeblader, TV, internett, og vår åpenhet og følsomhet for bildet som medium sløves ned. Nettopp derfor er vi glade for å kunne trykke disse bildene, som med sin enkelhet og sitt annerledes blikk på kvinnekroppen skjærper og stimulerer både sanser og tanker.

Bildene har fotografen tatt til utstillingen 'Kvinner ser Kvinner', som ble vist i Oslo spektrum i vår. I juni skal bildene stilles ut i Galleri Albin Upp i Oslo. Da hun fikk utfordringen, tenkte hun med en gang på dette som er det vakreste og sterkeste stedet på kvinnekroppen, stedet for smerte og glede og nytt liv. Hun var ikke i tvil om hva som måtte bli fokus. Hun blir provosert, sier hun, av det vulgære og seksualiserte bildet av kvinnen, som er så fremtredende i dagens medieverden. Som kvinnelig fotograf og mor følte hun at dette måtte hun gjøre noe med. Og hun ønsket å gjøre det med lek og humor. Kvinnene fikk selv velge form og farge, noe som ble en vesentlig del av den kreative prosessen.

Trine Mikkelsen ønsket å få fram på en enkel måte kvinners forskjellighet og fargerikhet, men uten at alder eller vekt, rase eller andre ytre faktorer ble et tema. Hun forteller at bildene hennes er et forsøk på å formidle tanker, følelser og inntrykk som en viktig motvekt til det etablerte kvinnesynet. Når hun skal forsøke å beskrive med ord, det som hun ellers uttrykker gjennom fotografiet, tyr hun til ord som det vakre, det positive, det opphøyde, det naturlige. Med den kraftige fargebruken ønsker hun også å formidle det lekende mennesket.

Bildene hennes henvender seg til betrakterens følelser. Selv mener hun at følelsenes betydning er undervurdert. Hun ønsker at bildene skal møtes med åpenhet, innlevelse og respekt, slik all kommunikasjon jo handler om respekt for hverandre, medfølelse, og åpenhet for den andre. Kvinner har fortalt fotografen at de kjenner seg igjen i bildene; slik ønsker de å framstå, dette kan de identifisere seg med.

Trine Mikkelsen har tidligere jobbet i dagspressen som fotograf, og driver nå eget fotostudio i Stavern. Hun fotograferer portretter, og tar reklameoppdrag, i tillegg til egne prosjekter, alt med sin egen kunstneriske touch.

Torgeir Gilje Lid





Drøm



Vår



Stille



Kjærlighet



Prinsesse

Ny underlivsdiagnose til besvær...

Utposten har prøvd seg på en ny type klinisk artikkel. Allmennlege Jannike Reymert har skrevet en «vanlig» artikkel ut fra et tenkt kasus, omtrent slik hun tror vanlig tenking, handling og litteratursøking er blant allmennleger flest. Allmennlege Anne Luise Kirkengen har så fått teksten til gjennomlesing og hun har brutt inn med fet tekst hver gang hun stusser eller er mer (!) eller mindre uenig. Artikkelen kan bli litt vanskelig å lese fordi Anne Luise Kirkengen bryter inn midt i setninger og tankerekker, men leseren må altså prøve å ha to tanker i hodet på en gang: allmennlegens forsøk på å finne ut av floken og Kirkengens hyppige og tildels kraftige motforestillinger. Leseren vil ikke sitte igjen med fasitsvar på kasustikken, men sannsynligvis en rekke nye innfallsvinkler til en komplisert problematikk.

Som allmennlege i en større by oppsøkes du en dag av en slank, kvinnelig student på 24 år. Hun er tidligere frisk,

Hva omfatter dette utsagnet, hvilke informasjonen inngår i en slik karakteristikk?

har ikke født barn, antyder at hun har hatt en periode med anorektiske symptomer for noen år siden og fra 15-årsalder litt diffuse kroppssmerter som kommer og går. Bruker ingen medisiner unntatt p-piller siste 6 år. Har hatt noen

antibiotikakurer siste årene pga sinusitter og cystitter. De siste årene residiverende vaginale soppinfeksjoner som hun har prøvd å behandle gjentatte ganger med lokalmidler og Diflucantabletter (engangsdosering) uten effekt. Dette har plaget henne mye siste året, men hennes egentlige problem idag er at hun siste sju måneder har hatt så store smerter ved forsøk på samleie at det har vært umulig å gjennomføre, hun har heller ikke klart å sette inn tamponger og kan også ha noen likende smerter når hun sykler. Hun har regelmessige, normale menstruasjoner, ingen utflod, men endel svie i skjedeåpningen. Afebril, stabil vekt siste tid.

Hvilke tanker gjør du deg før gynekologisk undersøkelse?

Hvorfor tenker du ikke at du må bruke tid til å forstå bakgrunnen for anoreksien? Hun tilbyr en informasjon som vanligvis er ganske vanskelig å få tak i. Det betyr at hun vil at du skal vite det. Det samme gjelder kroppssmertene fra 15-års alderen. Hva gikk forut? Hvilken smerte var det for farlig å utsi slik at hun måtte uttrykke den med sin kropp? Ikke å høre og utdype slike tildekkede men svært vesentlige informasjonen er etter min mening unnvikelse fra legens side, og det er defensivt og uetisk. Jeg ville ha forhørt meg om ufrivillig (i enhver, også i den videste forstand) seksualitet. Jeg ville ha spurt om hun hadde foretatt skjedeskyltinger eller liknende før hun fikk det plagsomme sopp-problemet. Jeg ville også ha tenkt høyt omkring følgende emner: at hun kanskje ikke uten grunn hadde alle sine infeksjoner (distress-immun-«svikt»), (distress-aktiviserte, latente Epstein-Barr-utbrudd), (holde-pusten-sinusitter) (spent-bekkenbunn-cystitter). Jeg ville ha sagt at jeg kjente noen andre kvinner som hadde hatt liknende problemer på bakgrunn av enten voldserfaring, muligens men ikke nødvendigvis seksuell, eller andre traumer. Jeg ville ha tenkt høyt sammen med henne før jeg i det hele tatt hadde turt, villet, våget å utsette henne for en GU.

Du tenker kanskje på residiverende soppinfeksjoner i vulva, abscess, tumor, Bartholinit? ...

Ved gynekologisk undersøkelse er slimhinnene i vulvaområdet noe rødere enn normalt, glinsende og virker atrofiske,

det er ingen sideforskjell, ingen tegn til tumores som prominerer i vaginalåpningen. Ved forsøk på innføring av spekelet får hun uttalte smerter og nekter å la deg gjennomføre undersøkelsen. Forsiktig prøver du å palpere med finger, det gir også uttalte smerter, spesielt bakre kant av vaginalåpningen, men det kjennes normalt ut.

Hva tenker du nå?

STOPP. Hun kan ikke tåle dette. Da skal du ikke kreve at hun tåler det «for helsens skyld». Hvis «invasjon» er et skjult tema her, gjør du symbolsk «mer av det samme».

Hysteri?

Hysteri burde forlengst har avgått med døden som term eller ord. Mennesker som får paniske reaksjoner i situasjoner som for alle andre ser «normalt» ut har som oftest sine svært vonde, om enn mangfoldig skjulte grunner.

Kan uttalt soppinfeksjon gi så store smerter? Hvordan skal jeg håndtere dette? Å ta noen blodprøver gir deg iallefall tid til å tenke (?) men dessverre intet svar på gåten, HB, CRP, SR, blodsukker er normale. Clamydiatest negativ, det er moderat oppvekst av candida albicans på cervixprøven.

Hvordan har du fått tak i de vaginale prøvene? Presset du deg gjennom hennes smerte? Hvis ikke – og de er tatt «blindt» fra introitus, er de lite verdt. Hvorfor vil du vinne tid til å tenke ved hjelp av prøvetakingen? Hvorfor kan ikke du heller bruke tiden til å be henne om tillit og si at du tenker på genitale traumer, hvis du gjør det?

Kanskje husker du nå et av de utallige Dagbladoppslagene der nye diagnoser med massive symptomer dukker opp som paddehatter, og leger gjerne henges ut som totalt uvitende individer som ikke kan noen ting om denne svært så «vanlige» diagnosen.

Jeg tror ikke på Dagblad-kunnskaps-produksjon innen et så komplekst område som menneskelig og spesielt kvinnelig smerte-presentasjon (også menneskes smerte er kompleks, men den presenteres ofte anderledes)

Og er du så heldig å komme på dette er du faktisk på rett spor. Kvinnen lider av vestibulitt. Vestibulum vagina er et ca 1 cm langt parti i vaginalåpningen før hymenalringen. At diagnosen er en ny «itis»-diagnose bør ikke tolkes for langt, dette er ingen betennelsestilstand på linje med vaginit, salpingitt eller liknende. Den har faktisk mange likheter med det som engang het fibrositt, nå mer nøytralt kalt

fibromyalgi. (Med noen års fartstid i allmennpraksis husker vi jo hvordan den diagnosen feide inn over landet og i løpet av få år ble allemanns- (unnskyld kvinnes-)eie.)

Nettopp på bakgrunn av den «historiske» utviklingen vi alle har deltatt i og bidratt til i både uvitenhet, velmenhet og «vitenskapelig» blindhet for livserfaringenes virkning på menneskets kroppslighet, er denne nye «itis» noe som burde få oss til å kjenne lusa på gangen og ikke kjøpe en lettvin, ny «term». Selvom vi kan fristes til å tenke at vi gjør det rette, så gjør vi u-rett, bokstavelig talt, tror jeg.

Gynekologene er tydeligvis ikke helt enige om nomenklaturen for denne lidelsen, vulvodyni defineres som en smertetilstand i vulva med brennende smerter, tørrhet og svie. Denne samleseksdiagnosen inndeles så av mange i undergruppen residiverende candidainfeksjoner og dermatoser, vestibulitt og essensiell vulvodyni. Tilstandene flyter over i hverandre.

Det er nok ikke slik at «tilstandene» flyter over i hverandre, men at det ikke er noen tilstand i den medisinske, per definisjon avgrensbare entitets-forstand, vi her har med å gjøre.

Utposten har valgt å prøve å gå nærmere inn på denne diagnosen

Igen, DIAGNOSE er etter min mening helt upassende å bruke på noe vi foreløpig bare famler for å forstå. Diagnose gir en illusjon om avklart årsak, entydig tilstand etc.

som hittil (oss bekjent) har fått bredest omtale i Dagbladet her i landet. Går man derimot over kjølen til søta bror/syster har diagnosen fått endel spalteplass i Läkartidningen siste året. Men de har da også 15–20 vulvaklinikker mot en «ensom ulv» av den sorten her i Norge, Olafiaklinikken.

Bare ordet VULVAKLINIKKER får meg til å reagere. Det gir bare mening hvis vi aksepterer at menneskekroppen kan fyldestgjørende forklares ut fra fragmenterende, i siste instans atomistiske, prinsipper. I en slik kropp bor det intet menneske for her finnes det ikke noe som heter erfaring. Her finnes bare fysiologi. Ingen av oss er en slik kropp. I alle fall er ikke kvinner med en til nå ubegripelig smertepresentasjon noen oppsamling av organer hvorav ett heter vulva - som om ikke det her omtalte området nettopp var et særdeles «ladet» og i enhver kultur «meningsbærende» sted, uttrykt i de utallige ritualer som enten gjelder grenser eller renhet, eiendom eller ære, moral eller opphøyethet etc. etc. Man behøver ikke å være kultur- og/eller sosialantropolog for å kunne se at smerter i den nedre delen av kvinnens kropp kan være implisitte fortellinger kodet i samsvar med den rådende kulturelle forståelse.

I Läkartidningen nr 43/2000 har Nina Bohm-Starke og Eva Rylander en oversiktsartikkel der vestibulitt defineres som en tilstand med:

- 1. Intense, brennende penetrasjonssmerter i skjedeåpningen som forhindrer normalt seksualliv med minst seks måneders varighet,
- 2. Rødhet (i varierende grad) i vestibulum vulvae (området rundt introitus vaginae) og
- 3. Intensiv trykkømhets uten samtidig infeksjon. (Q-tips-test positiv).
- Denne triaden beskrives som Friedrichs kriterier.
- Dette likner til forveksling på oppramsningen av TRIGGERPUNKTENE og vekten på trykket i tommelen av den som undersøker og antallet punkter som er tilstrekkelig for å kunne stille «diagnosen» fibromyalgi.
- Etiologien er usikker, sannsynligvis multifaktoriell og kraftig diskutert, men gjentatte antibiotikakurer, lokalbehandling mot soppinfeksjoner og HPVinfeksjoner i vaginalåpningen, p-pillebruk, redusert lubrikasjon av skjeden samt skjedekrampe er ansett som sannsynlige årsaker. Sannsynligvis er dette en livsstilssykdom, et symptom kroppen gir som reaksjon på stress og ubearbejdet følelser.
- Når har ubearbejdet følelser blitt en del av «livsstilssykdommer», altså den enkeltes valg eller ansvar? Og hvis det er noe ved en slik «etiologi», til hvilken teori om smerte eller levd erfaring skal dette knyttes?
- Tilstanden er vanskelig å behandle, kan leges spontant etter lang tids avhold fra seksuell aktivitet og utløsning. Muskelavslappende trening, adferdsterapi, tricycliske antidepressiva og i verste fall kirurgisk inngrep er alternative behandlingsformer.
- Igjen settes alle mine varslingsantenner i beredskap: har vi enda ikke hatt nok – og gjennomskuet dem i tur og orden alle – ulike legitimeringer av genital mutilasjon av kvinner i enten ærbarhetens, renhetens, helsens, beskyttelsens eller hva som helst slags navn? Bare det faktum at noen foreslår at man skjærer bort en del av den kvinnelige skjeden, den som er «problematisk» å forstå fordi den presenterer noe som er «problematisk» å behandle, burde minne oss om fortiden.

I Sverige har denne tilstanden blitt stadig vanligere på 1990-tallet, 15–30% av unge kvinner som oppsøkte ungdomsmottagninger i Stockholm og USA hadde sive eller smerte ved samleie, 30% av kvinnene som er henvist vulvamottagninger har vestibulitt. Tilstanden er beskrevet allerede på 1800-tal-

let, men diagnosen har ikke blitt beskrevet i moderne tid før på 1980-tallet. Den er ikke omtalt i min danske «Gynækologi»-bok fra 1998, mens «Gynekologi i allmennpraksis» av Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam utgitt i 1999 har med denne lidelsen. SLK-publikasjon 2000-10: Terapi anbefaling av vulvovaginitt har en artikkel om vulvodyni.

Tallene kan speile helt andre forhold og fenomener enn «vestibulitt». Smertepresentasjonen hos 15–30% unge kvinner kan ha sammenheng med et stadig økende seksualitetspress på jenter og unge kvinner i vår tid hvor seksuell aktivitet allerede før 14–15 års alderen fremstilles som «normen» og hvor unge kvinner som ikke ønsker å være seksuelt aktivt før avsluttet skolealder derved er definert som avvikende. Det vil trolig si at mange unge kvinner deltar i samleier de dypst sett egentlig ikke vil – med de fysiologiske «effekter» og derav følgende problemer det medfører. Kanskje er «en smerte som gjør samleie umulig» blitt en, muligens den eneste, aksepterte grunn for ikke å måtte ha samleier når jentene ikke ønsker.

Dernest: nyeste studier blant seksuelt aktivt ungdom (inntil 18 år) har vist en skremmende høy forekomst av det forskerne har kalt «forced or pressured sex» (Shrier et al., Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 57–63) hvor 30.3% av jentene og 9.9% av guttene angir å ha vært tvunget eller presset til seksuell aktivitet. Hos ungdommene med slik erfaring er flere høyst «problematisk tilstand» signifikant overrepresentert: alvorlige suicidale tanker, manglende bruk av prevensjon, flere tenåringsgraviteter, flere seksualpartnere siste månedene etc. Den her nevnte studien har ikke utforsket «somatiske» problemer eller smertepresentasjoner eller seksuelt overført sykdommer. Men vi vet at misbrukte mennesker (enten overgriperne er eldre eller jevngamle) har en overhyppighet av SOS (Hillis et al. Pediatrics 2000; 106) og alle de problemer som følger med det. Blant personer som behandles for SOS er personer med voldserfaring (domestic violence) sterkt overrepresentert (Sexually Transmitted Diseases, March 2001). Menn som har opplevd vold i hjemmet (mot mor) eller seg selv, besvangrer signifikant oftere tenåringer, både som ungdom og som voksne menn (Anda et al. Pediatrics 2001;107), misbrukte jenter blir både som jenter og som voksne kvinner signifikant oftere ufrivillig gravid (Dietz et al. JAMA 1999; 282: 1359–64) med alt dette innebærer og med alle de traumatiske, provoserte aborter det avstedkommer.

Vestibulitt kan være primær eller sekundær,

Hvordan kan man angi to «subkategorier» av en «tilstand» hvor ingenting egentlig er avklart, og særlig ikke om det faktisk handler om EN TILSTAND?

avhengig om kvinnen har symptomer ved første forsøk på penetrasjon av vagina.

Hva betyr dette? Er det kvinnens omtale av sitt første samleie vi her hører? Eller er det den første GU som skal utføres fordi hun kommer pga smerte som startet forut?

Biopsi av slimhinnen fra vaginalslimhinnen i angjeldende område (kl 17–19 er vanligste lokalisasjon) kan vise uspesifikk betennelse, men dette er et usikkert funn da det også kan finnes hos symptomfrie kvinner.

Igjen: dette likner på en prikk på de prosedyrene som ble utprøvd i fibromyalgiens «barneår» i medisinenes bestrebelse for å synliggjøre et entydig substrat for smerte. Både teknikken (vevsprøver istedenfor dybdeintervjuer om smertens betydning), usikkerheten av funnene og mangelen av statistisk sikkerhet for «kausaltet» er lik (det samme gjelder selvsagt også «utforskningen» av candidasyndromet, jappe-syken, kronisk tetthetssyndrom, amalgamforgiftning and you name it)

Jeg reagerer også på den kvasipresise angivelsen av lokalisasjonen kl 17–19. Hvis det faktisk er slik at de fleste kvinner med en slik smertepresentasjon har mest rubor og smerte i området rundt skjedeinngangens bakre del, så samstemmer stedet faktisk best med det området hvor en ryggliggende kvinne under et samleie uten selv å være tent (følgelig uten tilstrekkelig lubrikasjon og «ettergivenhet» i sin bekkenbunn) vil føle den sterkeste smerte som følge av mekanisk press eller tøyning.

Man har funnet fler og mer overflatisk beliggende nervetråder i det smertefulle området hos angrepne kvinner enn hos kontrollpersoner. Disse nervetrådene beskrives som smertereceptorer. Det er også funnet færre østrogenreceptorer i slimhinnen til kvinner med vestibulitt, noe som kan forklares med p-pillenes gestagener som iallefall gir redusert antall østrogenreceptorer i vagina og endometriet.

Se foran: medisinenes forutsigbare tilnærming til en smertepresentasjon, særlig når smerten presenteres utelukkende eller hovedsaklig av kvinner: objektivisering, fragmenterende teknikker, atomistisk tankegang, statistisk basert metodologi.

Og dessuten, paradoksalt eller tankevekkende nok: til tross for manglende funn og flertydighet foretas både en klassifisering og kategorisering av en «entitet» som får «diagnose» status og dergjennom blir en «objektivt definert sykdom» som deretter inngår i epidemiologien som matematisk manifesterbar del av en sykdomsstatistikk som – enda en gang

– viser en 100% kvinnelig lidelse slik som Premenstruell Tension Syndrom eller Low Sexual Desire Disorder, begge psykiatriske diagnoser i følge DSM IV og grunnlag for behandling med psykofarmaka. Igjen oppstår en «sykdom» som ingen forstår men som alle tror de kan eller bør behandle (hvis ikke, risikerer de å få sitt kunnskapnivå og sin faglige kompetanse trukket i tvil, se DAGBLADET). Og enda en gang har vi en «sykdom» som gjør kvinner til «det syke kjønn» som til en hver tid kan og bør «behandles» med psykofarmaka eller, hvis ikke det hjelper – i ytterste konsekvens – bør mutileres genitalt.

Det totalt sviktende forståelsesgrunnlaget har på denne veien ikke bare blitt usynlig – men helt borte. En diagnose som er en sosial konstruksjon har oppstått. En kjønnsdelt sykdomsepidemiologi er blitt bekreftet. OG ANGIVELIG HANDLER DETTE OM VITENSKAP FORDI ALLE REGLER SOM KJENNETEGNER VITENSKAPELIG KUNNSKAPSPRODUKSJON ER BLITT FULGT.

Kontakt- og allergisk dermatitt mot lokalmidler og bind kan være en viktig faktor i denne sammenhengen, mange unge kvinner kan ha et stort forbuk av slike ikke reseptbelagte midler og leve i den tro at det er «normalt».

Jeg tenker her på all den optisk oppblåste kino- og filmreklamen som signaliserer at den tidsriktige unge kvinnen er «spotless, every day, and fresh and sexy, all the time (and, of course, willing, ready and approachable, always)» fotografert bakfra og nedenfra i hvite, tetsittende klær mens hun skrever over lange mannsben eller hva hun ellers gjør, kanskje med kamerafokus rett under miniskjørtkanten mens hun, sett bakfra, bestiger en Harley Davidson. Slike optiske virkemidler i reklamen for «sanitets»produkter for kvinner er blitt inngående analysert av flere amerikanske antropologer. Jeg tenker også på signalene fra en ungpikkekropp-besatt moteindustri hvor «riktig påkledd» er henimot identisk med «fullstendig avkledd» og hvor kvinner aldri kan være nakne nok mens deres genitalområder blir både «tilsløringssoner» og «eye-catcher» for couturierenes påfunn.

Overdreven vasking gir tørr hud med kløe og opprettholdning av soppinfeksjoner.

Fra uttallige fortellinger av seksuelt krenkede kvinner fremstår en felles besettelse: vasking og dusjing og bading og vaginaskyllinger og laxantiabruk og klyster og oppkast og kjevesperre og spisevegning og andre ritualer som i en fenomenologisk forstand meget enkelt kan begripes som uttrykk for desperate forsøk å bli ren fra besudling, smitte og invasjon av noe som ble tvunget inn i kroppsåpninger. Den romansk-franske linguist og psykoanalytiker Julia Kristeva

har genialt enkelt analysert denne sammenhengen i sin teori om «Det abjekte», det ekle, frastøtende, andre, fremmede, det som ikke er oss og ikke skal komme inn. På fransk er kjernen i teorien lett å språkliggjøre: «le corps propre» betyr nemlig både den *rene* og den *egne* kroppen.

I tillegg vil jeg påpeke: tvangspregert vasking, redsel for smitte, beskyttelse av kroppens åpninger etc. er grunnlag for en rekke psykiatriske diagnoser i gruppen Anxiety/Phobic Disorders eller Compulsatory Disorders. Disse «diagnosene» er dokumenter, ikke nødvendigvis av individuell sykdom, men av psykiatriens blindhet.

Man har også spekulert på om tampongbruk i tiden før seksuell debut kan gi redusert opprivning av hymenalringen ved første samleie fordi tampongen har gitt en gradvis hymenalbrist. Det sees nemlig påfallende tykk og intakt hymenalring hos disse kvinnene og tilstanden sees svært sjelden hos de som har født.

Det er gjort studier av personligheten til kvinner som rammes av vestibulitt,

Formuleringen «kvinner som rammes av vestibulitt» gir meg flere assosiasjoner:

Så lenge man ikke vet hva «vestibulitt» er, kan det vel tenkes at kvinner med en presentasjon av en smerte i genitalområdet neppe er en homogen gruppe. De har trolig ikke en gang en «tilstand» til felles. Hvis det er slik, så er grunnlaget for et hvert forsøk å vurdere disse kvinnenes «psykososiale profil» eller deres eventuelle felles personlighetstrekk ytterst tvilsomt, forsiktig sagt. Vitenskapsteoretisk vurdert, er både konseptet av «sexual pain disorder», vaginisme, burning vulva, dyspareunia og andre navn for smerter i kvinners genitalia som influerer disse kvinners seksualitet, tvilsomme utgangspunkter for numerisk basert metodologi. Man kan simpelthen ikke telle noe som trolig ikke er *et noe*. Dette er blitt uttrykkelig drøftet av en gruppe forskere som har prøvd å skaffe seg et overblikk over hva det er man tror man vet eller tror man har med å gjøre (Binik, Meana, Berkley & Khalife, Annual Review of Sex Research, 1999;10:210.35)

For det andre: «kvinner som rammes av vestibulitt» som forskningsansats likner på hvordan man nærmet seg «kvinner som blir slått» for noen år siden. Mange vil huske Eva Berggrens opposition ex auditorio mot en svensk kollega som forsvarte sin avhandling «Battered women. Why are they beaten and why do they stay». Eva pekte på avhandlingens erkjennelsesteoretiske ansats som komplett biased. Fokus var på kvinner hvis kjennetegn er at de blir slått. Derved var både den som slo og den tydelig destruktive re-

lasjonen ute av synsfeltet. Kvinnene ble patologiske entiteter; de selv ble stedet for slagene de fikk; de ble opphavet for sin egen «slåtthet» og årsaken for opprettholdelsen av «slåttheten». Mange vil også huske at de såkalte battered women lenge hadde inngått i en kvinnelig dominert smerte-epidemiologi av «ubestemmelig» smerte som hovedfenomen. Klassifikatorisk sett var «battered wife syndrome» en sykkelig tilstand ved kvinnene, underlig nok, og ikke ved mennene som slo dem.

det er funnet øket tendens til stressrelatererte symptomer. Dette er kvinner som stiller store krav til seg selv og bekymrer seg sterk over de smerter de føler. Slike personlighetstrekk er ikke funnet i andre studier. Generelt økt muskeltonus, spesielt i bekkenbunnen er beskrevet av noen. Om dagens seksualfikserte samfunn som gjør seksualfunksjonen til nok et prestasjonsområde, har lagt grunnlag for oppblomstringen av denne lidelsen er en ikke usannsynlig mulighet.

Under utredningen av disse symptomene er anamnesen svært viktig, både for å klarlegge utløsende faktorer og graden av symptomer.

Jeg er aldeles enig. Men hva inngår i anamnesen? Det er trolig et svært relevant spørsmål. Hva som gjøres relevant i hvilke sammenhenger, hva som betraktes som en informasjon og hva ikke, hva som blir hørt eller ikke blir hørt selv når det uttrykkes tydelig, hva som blir aktivt innhentet eller ikke innhentet – alt dette bestemmer hvilken «diagnose» som stilles. Eline Thornquist har skrevet en glimrende bok om informasjonsbegrepet og informasjonskonstruksjonen i medisinske kontekster. Den diagnostiske prosess handler nemlig ikke om å avdekke tilstander ute i verden, men om å konstruere en entitet som samsvarer med medisinenes sykdomsforestillinger.

Inspeksjon, (« gjerne med kolposkop», allmennleger henviser mer til gynekolog i Sverige enn her til lands), utelukking av pågående infeksjon og biopsi (bl.a. for å utelukke cancer) anbefales, men dette er altså skrevet av og for svenske gynekologer! Uttalte smerter når en vattpinne berører eller presses mot det smertefulle området angies som et nærmest obligat funn for å kunne stille diagnosen (Q-tips-testen).

I en objektivitets-biased vitenskap som medisinen tillegges selv så uspesifikke, mangetydige og kvasi-test-pregede handlinger som bomullspinnberøring (med eller uten trykk? 2–3 kg? Kl 14 eller 16?) større vekt og «beviskraft» enn en utdypende samtale om smertens eksistensielle dimensjon og personlige historie. Helt ufattelig.

Hva menes med det? Hva slags «livsstil» og hvorfor og hvordan endring?

bio-feedback og andre psykososiale tiltak bør prøves.

Ut fra hvilken teori om smertens genese eller vesen, og ut fra hvilken forståelse av mulige sammenhenger?

Tricycliske antidepressiva (i lave doser som lindrer nevrogene smerter) eller SSRI-preparater kan være aktuelt.

Den omfattende psykiatiseringen og medikalisering av kvinner som medisinsk legitimert disiplinering av kvinners seksualitet og kvinners subordinering er blitt meget kyndig analysert av både filosofer og sosialantropologer.

Det anføres også at man bør tenke seg om før man anvender lokalbehandling av kondylomer i området rundt bakre vaginalåpning da gjennomgått behandling ofte sees hos kvinner som får vestibulitt.

Her påpekes en relevant sammenheng om enn med en fordomspreget konklusjon – og følgelig uttrykker den ikke en forståelse men en sirkelslutning.

Ved de mest uttalte tilfellene som ikke bedres av andre behandlingsforsøk anbefales vestibulectomi som er fjerning av slimhinner i det smertefulle området.

Som jeg har sagt foran oppfatter jeg denne «behandlingen» som en medisinsk legitimert genital mutilering som gjenspeiler et gammelt mønster i medisinenes reaksjoner på hel-seproblemer som er «lokalisert» i de kvinnelige genitalia. Ulike typer manipulasjon i helsens navn (clitoretomi, for å nevne en) og utført av leger har i et historisk tilbakeblikk fremtrådt som samfunnets generelle maktgrep og kjønnsunderkastelse som leger, på angivelig vitenskapelig grunnlag, har deltatt i.

Kilder:

Bohm-Starke, Nina. Rylander, Eva: Vulvavestibulitt – svårbehandlat tilstand med oklar etiologi. *Läkartidningen*; 97: 4832–36.

Sjöberg, Inga: Vulvavestibulitt – «ny» diagnos som förbryllar gynekologen. *Läkartidningen*; 98: 422–23.

Bohm-Starke, Nina. Rylander, Eva. Vulvavestibulitt behöver inte vara förbryllande. *Läkartidningen*; 98: 718.

Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam: Gynekologi i allmennpraksis.

Allmennpraktikererien. Tano Aschehoug. 1999.

Johannes E. Bock et al: Gynækologi. Munksgaard. 1998.

SLK-publikasjon 2000:10. Behandling av vulvovaginitt.

NIDAROSKONGRESSEN 2001

Fra 22.–26. oktober 2001 inviterer vi nok en gang leger og medarbeidere til Nidaroskongressen. Som tidligere år skal vi også i år dele ut «Medarbeiderprisen». Vi ønsker forslag fra kolleger og arbeidsgivere på en medarbeider som jobber i allmennpraksis, og som har utmerket seg på en spesiell måte, for eksempel i et prosjekt, til fordel for kolleger og allmennpraksis, eller i arbeids-situasjonen ellers. Det kan også være en medarbeider som av en eller annen grunn trenger en spesiell oppmuntring. Vi vet at det finnes mer enn én verdig mottaker ute i norsk allmennmedisin.

«Fra medarbeider til medarbeider» er et av de faste innslagene i kongressprogrammet. Medarbeidere fra hele landet har ved tidligere kongresser utvekslet erfaringer og fortalt om spesielle interesser eller om prosjekter de har deltatt i. Hvis du har noe å dele med andre, så ikke nøl med å melde deg på. Mange ting er mer interessant for andre kolleger enn det du selv tror.

Forslag til kandidater til «Medarbeiderprisen» og påmelding av miniforedrag til sesjonen «Fra medarbeider til medarbeider» bes formidlet til Nidaroskongressens sekretariat.

Nidaroskongressen 2001
Medisinsk Teknisk Forskningscenter
7489 Trondheim

Tlf.: 73 59 75 62

Fax: 73 59 75 77

Ulltråd m.m.



Utposten held fram med denne spalten fordi vi meiner at vi kan lære om vi deler det vi opplever i praksis, mange situasjonar kan vere til å le av, andre kan stimulere til ettertanke.

Stadig møter vi pasientar som kjem med historier frå virkeligheten som vi ikkje kan forstå. Det handlar ofte om at pasienten også har søkt anna hjelp for sine plager enn den vi kan gje som legar (om lag halvparten av pasientane gjer, eller kunne tenkje seg å gjere det). Mange har mykje å fortelje om vi gjev rom for at det kan kome fram. Ein titt bladet alternativt nettverk, viser litt av mangfaldet på dette området. Det er historier om alt frå det vi ville kalle gamle kjerringråd, via alternative forståelses-rammer for både kropp og sjel, religiøse sekter og mystisisme til bruk av teknikkar som er på full fart inni det gode selskap. Teiknet på det er at yrkesgruppene arbeider for anerkjenning i samfunnet og formell godkjenning som helsepersonell.

Kanskje kunne konsultasjonen og i større grad utnytte dei positive lækjande prosessane alternative behandlingsformer utnyttar om vi forstod noko meir av kva som foregjeikk. Å ha den akademiske utforskartrangen med seg i allmennpraksis, kunne leie til mange forskingsprosjekt på dette området. Kva gjer vi når ein pasient ber om sjukmelding ut frå eit begrepsapparat om sjukdom som handlar om energimangel, meridianer og baner som vi ikkje skjønar oss på?

Her kjem to små historier får min kvardag (slik mine pasientar fortel dei)

Ho var innlagt på Ullevål og skulle opererast for ca pancreatis. Tumor hadde obstruert gallevegsutløpet og var endoskopisk biopsert og diagnostisert med alle tenkeleg metodar som dagens norske sjukhusverd kan by på. Eit stort legeteam var på plass for gjennomføre inngrepet. I dei tre vekene ho venta på inngrepet, søkte ho også hjelp hos ein healer. Ein dag då pasienten fekk handspålegging hos sin healer, kjende ho det som om noko sprakk i magen, og dagane etter kom det mykje mørk urin. Operasjonen blei gjennomført, og arret talar sitt tydelege språk, frå flanke til flanke. Familien blei tilkalla for å få informasjon frå legen etterpå, og møte opp budde på det verste. «Vi fant ingen kreftsvulst, og vi skjønner det ikke».

Dama møtte meg i godt hold og god almenntilstand for få veker sidan. Det er ca 5 år sidan inngrepet. Det høyrer og med til saga at ho blei operert på sin manns dødsdag. Ho hadde på førehand bedt om å få bytte dag for inngrepet – til ingen nytte.

Den andre historia er vel nærare kategorien kjerringråd. Ho kom til meg med ein tråd på overarmen, eg spurde forviten kvifor. Her er svaret eg fekk frå Inga 90 år som vennleg deler denne erfaringa med Utpostens lesarar:

«Gammelt råd for krampe i bena. Knytt en ulltråd rundt ankelen. Jeg har utprøvet dette med ulltråd selv. På grunn av senbetennelse i høyre hånd, kunne jeg ikke gjøre noe håndarbeide. Tommelen blev helt hvit, og neglen blev som papp. Når ulltråd hjelper for bena, så hjelper det vel på armen også, tenkte jeg. Jeg tok en ulltråd to ganger rundt håndleddet. Det blev så stor spenning i fingerene at jeg greide ikke å ha den der. Jeg knyttet tråden på overarmen. Det hjalp utrolig. Nå kan jeg kan strikke, hekle og sy. Ingen problemer. En annen gang fikk jeg en svie på venstre kinn, og brukte flere salver og kremer. Det blev bare verre. Jeg tok en lang ulltråd og satte en hårspenne midt på og festet den i håret, slik at det blev to tråder. Jeg la dem litt fra hverandre ned på kinnnet og festet med tape, og lå med det slik natten over. Neste dag var svien helt borte. Det er mange som har fått råd av meg, og gjort samme erfaring. Til slutt et gammelt råd mot hikke: Ta en teskje bringebærsyltetøy, det hjelper straks. Likedan med diare, ta en teskje potetmel rørt ut i vann og drikk det. Utrolig, men sant, det hjelper.»

Frode Forland

ORD OM ORD

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

Gass

Gasser er litt diffuse greier, vi skjønner at de finnes men kan ikke se eller ta i dem på samme måte som væsker og faste stoffer. Hvilke refleksjoner man hadde om gasser og luft tidligere vet jeg ikke, men på 1600-tallet introduserte den belgiske legen og alkymisten Johann Baptista van Helmont ordet gass for første gang.

I et medisinsk tidsskrift skrev han: «Denne ånd (i betydningen 'flyktig', 'åndelig' luftart) som hittil har vært ukjent, kaller jeg med et nytt navn Gass».

Han hadde som utgangspunkt det greske ordet «chaos» som grekerne engang brukte om det umåtelige rom fylt med en uformelig masse hvorav den ordnete verden (kosmos) en gang var blitt skapt. På hollandsk uttales ch omtrent som en g, derfor dette bytte av bokstaver. O'en i «chaos» ble sannsynligvis borte for at gass skulle likne på et annet ord han hadde funnet på, Blas. Dette var hans betegnelse på den kalde lufta han mente utgikk fra stjernene, og har sin opprinnelse i «blasen, blåse». Ikke ulikt andre kolleger var han ganske god i å markedsføre seg selv, og skrev i en artikkel: «Gas et Blas nova quidem sunt nomina a me introducta» hvilket betyr: Gass og Blas er nye navn innført av meg. For å få orden på det passet det altså best å ta bort o'en i «chaos» og da ble det nye ordet hetende «gass».

«Gassen i bønn!» som min yngste sønn stadig oppfordrer meg til, er hentet fra den amerikanske forkortelsen for gasoline som er deres betegnelse for bensen.



Giljotinen

Leger har satt sitt preg på verdenshistorien på mange vis. Den franske legen Joseph-Ignace Guillotin (1738–1814) var medlem av den franske nasjonalforsamling og foreslo av humane grunner i 1789 at man skulle innføre denne henrettelsesmetoden i landet. Liknende redskaper har man avbildet på kobberstikk fra 1500-tallet, men henging og drukning i Seinen var de mest brukte metodene fram til vår kollega i 1792 fikk giljotinen offisielt innført. Allerede året etter ble Ludvig den 16. og hans ektemake, Marie Antoinette, henrettet med denne metoden i all offentlighet. Om dr. Guillotin kun tenke på offeret eller også så den økte underholdningsverdien i avstraffelsesmetoden er uvisst, men siden slike henrettelser var store folkeforlystelser tillater jeg meg å tro at et avhugd hode som bøddelen kunne vise folket ved å holde det frem etter håret må ha vært et langt mer frydefullt skue enn et slapt lik hengende i et tau! For ikke å snakke om noe så kjedelig som et lik som raskt fløt bort med vår-

floppen i Seinen! Hans «humane» argument kan utvilsomt ha vært et vikarierende argument.

Grunnen til at metoden fikk navnet etter legen som ikke engang oppfant den, tror man skyldes at en royalistisk avis «Actes des Apôtres» (Apostlenes gjerninger) trykket et nidskrift om ham:

Guillotin, médecin politique
imagine un beau matin,
que pendre est inhumain
et peu patriotique.

Guillotin, politiserende lege,
får en skjønn dag den ide
at det er inhumant og lite patriotisk
å henge folk.

Giljotinen ble brukt frem til dødsstraffen ble avskaffet i Frankrike i 1981, den siste offentlige bruk av giljotinen var i 1939.

Jannike Reymert

Kilde: *Politikens Ord med historie*. Politikens forlag, København.1997.

EDB @ SPALTE N

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

SEDA, FLO og Cochrane... (høres nesten ut som et engelsk fotballag)

Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA)

The screenshot shows the SEDA website interface. At the top, it says 'Tidskrift for Den norske lægeforening'. Below that, there's a navigation menu with 'Hjem', 'Om SEDA', 'Prosjektet', 'Partners', and 'Kontakt'. The main content area features a title 'Prosjektet skal gi kunnskap om allmennlegetjenesten' and a sub-header 'Sentralt data sett'. The text describes the project's goal to collect data from general practices to improve patient care. A list of participating practices is shown, including 'Helsehuset i Bergen', 'Helsehuset i Trondheim', and 'Helsehuset i Stavanger'. There are also logos for 'Helsehuset i Bergen', 'Helsehuset i Trondheim', and 'Helsehuset i Stavanger'.

Høsten 99 oppnevnte Sosial- og helsedepartementet en arbeidsgruppe som skulle foreslå metoder for innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten i forbindelse med Fastlegereformen. Gruppen anbefalte at departementet startet med et enkelt og robust datasett i et pilotprosjekt for å prøve ut datainnsamling på frivillig basis. De fem variablene pasient- og lege-karakteristika, kontaktype, diagnose og tiltak skal være hovedgruppene og dataene skal kunne hentes fra elektronisk pasientjournal. Kommende høst skal prøvedatainnsamlingen gjennomføres i regi av Statistisk sentralbyrå som har ledet prosjektgruppen med representanter fra SSB, Dnlf og KITH. Målsettingen er at SEDA skal gi økt kunnskap om vår praksis og kunne bli et system for innhenting av aktivitetsdata som vi vil støtte. Vi er selv med og definerer datagrunnlaget. Vi vil få utbytte i form av statistikk om egen praksis og praksisprofil, også med mulighet for relevante sammenligninger. Pilotprosjektet vil kunne gi svar på om det er grunnlag for å videreføre et slik system for datainnsamling fra allmennlegetjenesten. Et av de langsiktige målene er at SEDA skal kunne utvikles til å bli et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata som kan gi grunnlag for representativ statistikk for aktivitet i allmennlegetjenesten. Statlig tiltaksplan for elektronisk

samhandling i helse- og sosialsektoren 2001–2003 «Si @» beskriver som er av betydning for SEDA, som kan sees i lys av utviklingsarbeid med elektronisk meldingsutveksling og standardisering av informasjon i helsesektoren.

The screenshot shows the FLO website interface. At the top, it says 'Fastlegenevningen'. Below that, there's a navigation menu with 'Hjem', 'Om FLO', 'Partners', and 'Kontakt'. The main content area features a title 'FLO' and a sub-header 'Første listesett med oversikt over fastlegenes pasienter kom her om dagen'. The text describes the project's goal to collect data from general practices to improve patient care. A list of participating practices is shown, including 'Helsehuset i Bergen', 'Helsehuset i Trondheim', and 'Helsehuset i Stavanger'. There are also logos for 'Helsehuset i Bergen', 'Helsehuset i Trondheim', and 'Helsehuset i Stavanger'.

FLO

Første listesett med oversikt over fastlegenes pasienter kom her om dagen. Det avstedkom en strøm av ytringer på Eyr (som vanlig). Mye av misnøyen med utformingen av den elektroniske listen

stilnet etter et pedagogisk innlegg fra Ottar Grimstad som jeg vil få lov å sitere, da det kan være nyttig å ha som et hjelpemiddel selv etter at EPJ har fått markeringsverktøyet på plass:

«Oppskrift på pasientliste til Excel:

Kopierte alle diskettene til legane frå vårt kontor inn på eit område på serveren (eg brukte profdocområdet). Eg åpna eit DOS-vindu og brukte gode gamle copy-kommandoer. Så samla eg alle filane til ein fil: copy fil1+fil2+fil3+fil4+fil5 liste.dat. No har eg alle pasientane som høyrer til vårt kontor i ein fil. Åpna den filen med Excel. Passa på å velge DOS-filformat (ikkje windowsfilformat) for å få ÆØÅ rett. Valgte faste spaltemellomrom. Passa på å sette spalteskille slik at fødselsdato vart i ei spalte, namn i ei spalte og legens namn i ei spalte. I det resulterande reknearket skjulte eg alle kolonnene unntatt fødselsdato, pasientnavn og legnavn. Så sorterte eg reknearket etter pasientnavn. Så markerte eg

alle dei kolonnene som no var synlege og valgte kopier. Så åpna eg WordPad (under Tilbehør på programmenyen til Windows) og limte inn dataene der og lagra denne filen under namnet liste.doc. Ein kan sjølv sagt gjere det same i Word også. No har eg ei alfabetisk liste over alle våre pasientar med namnet på legen deira. Lista kan lesast i Word eller WordPad og ein kan søke i den med søkefunksjonen i WordPad (eller Word). Litt lettare å handtere enn manuell søking i papirlister sortert etter fødselsnummer. Ottar Grimstad, allmennpraktikar, 6060 Hareid». I mai har de fleste konsultasjonar hatt en sekvens om FLO og listetilhørighet. Ottars oppskrift gjør listen tilgjengelig for raske oppslag, søk og svar på strak arm!



Til slutt noen ord om «spissen» på laget, Cochrane-databasen, og fortsatt tilgjengelighet til denne for norske allmennleger. Etter innstramming og sparetiltak i Nettdoktor.no forsvant den gratis Cochrane-tilgangen for mange. De som har univeristets-tilknytning kan fortsatt finne Cochrane via universitetsavtalen, og så dukket det opp en nettside for gynekologer som også tilbyr fri Cochrane-bruk etter en registreringsprosedyre. Imidlertid har Peter Prydz ganske korrekt gitt uttrykk for at Dnlf bør sørge for at også norske leger får fri Cochrane-tilgang, på samme måte som fagforeningene til våre svenske og danske kolleger sørger for sine. Svein Steinert som leder Aplf's fagutvalg har lovet å ta denne utfordringen. Hadde det nå kunne komme en skikkelig vårløsning i utviklingen av et landsdekkende Helsennett!

Askøy 13. mai 2001.

John Leer

Referanser:

1. SEDA http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LTS.Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=325843
2. SSB <http://www.ssb.no>
3. Dnlf <http://www.legeforeningen.no>
4. KITH <http://www.kith.no>
5. FLO <http://odin.dep.no/shd/norsk/prosjekter/fastlege/index-b-f-a.html>
6. Eyr <http://www.uib.no/isf/cyr/cyr.htm>
7. Ottar Grimstad <http://home.online.no/~ottgrims>
8. Cochrane <http://www.obgyn.net/cochrane.asp>
9. Nettdoktor <http://www.nettdoktor.dk>
10. Peter Ptydz peterpr@online.no
11. Aplf's Fagutvalg <http://193.71.199.55/yf/aplf/fagutvalget.htm>
12. Helsennett <http://www.nhn.no>
<http://odin.dep.no/shd/norsk/aktuelt/pressem/030091-070118/index-dok000-b-n-a.html>

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tone Skjerven – lagleder

Takk til Solveig Ulstein som tiltrur oss lyrisk interesse.

Det er Garborg-år, særleg i Rogaland. Lite kan han ha visst om kva som kom til å bli aktuelle tema i norsk almenmedisin i Garborg-året. «Dropar» fanst lenge før SSRI. Kan han ha tenkt på kunnskapsbasert medisin som «lærdom» og den erfaringsbaserte som «vit»? I dag kjøper me bort dei «grå hår» i dyre domar, men kva tenkjer me om «æra»?

Som tidlegare ihuga fastlønselegar i Troms og Vest Telemark, sit me no i avtalepraksis der alle konsultasjonar blir avslutta med CTRL-K for kroner. Materialismen har knapt minka i Noreg eller på Jæren etter Garborgs tid.

Som leger treng me det Garborgske vit.

Stafetten går vidare til vår tidlegare sjef i Vinje- Svein Lie, no Helsejef i Sandefjord. Han konkurrerer godt med Arne Garborg i formuleringsevne.

«Om pengar»

*Ein kan kjøpa seg
mat, men ikkje mathug
dropar, men ikkje helsa,
mjuke sengjer, men ikkje svevn
lærdom, men ikkje vit
stas, men ikkje venleik
glans, men ikkje hyggje
moro, men ikkje gleder
kammeratar, men ikkje venskap
tenarar, men ikkje truskap
graae haar, men ikkje æra
rolege dagar, men ikkje fred
Skalet av alle ting kan ein faa for pengar
Men ikkje kjernen; den er ikkje for pengar fal**

* (fal = til salgs)

Arne Garborg, 1903

Med helsing

Oddny Bilstad og Kåre Øygarden; Sandnes -Jæren



anmeldelser

Nødvendig og godt, men uferdig om risiko

Svensen E. (red.)

Diagnose: Risiko.

163 s. Universitetsforlaget, 2000. Pris: kr 328,-

Boka springer ut av et prosjekt i regi av Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), det såkalte risikoprojektet, støttet av Sosial- og helsedepartementet. Prosjektet startet i 1994 og har hatt form av en løpende kollektiv høyttenking i det allmennmedisinske miljøet omkring de etiske og praktiske problemstillingene knyttet til behandling av risikotilstander hos friske personer.

Boka består av 10 artikler skrevet av ulike forfattere, de fleste kjente skikkelser i norsk allmennmedisin. Ulike utfordringer knyttet til risikobegrepet og håndteringen av dette i praktisk medisin drøftes på en god og omfattende måte.

Hva er risiko? I hvilken grad kan den måles og gis et uttrykk som er meningsfullt og forståelig for pasienten i konkrete valgsituasjoner? Hva er de beste mål for risikoreduksjon? Hvilke konsekvenser bør det få at uansett hvor gode risikomål vi finner, vil risikoopplevelsen være en subjektiv størrelse som ikke kan beregnes med matematiske formler?

Hvilket grunnlag gir undersøkelser basert på gruppebasert intervensjon mot én risikofaktor under standardiserte forsøksbetingelser til å komme med anbefalinger overfor enkeltindividet, som alltid har en unik sammensetning av ulike risiko- og sunnheitsfaktorer, og som aldri lever under standardiserte betingelser?

Hvor tilsier den faglige kunnskap at grensen for medisinsk intervensjon bør gå? Er det faglig dokumentert at intervensjonen gir en helsegevinst? Er intervensjonen en kostnadseffektiv måte å oppnå gevinsten på? Er dette tiltaket i et kostnad-nytte-perspektiv noe vi bør prioritere i helsetjenesten, eller er det andre tiltak som bør gå foran innenfor de ressurser vi har til rådighet?

Hva gjør en så sterk fokusering på sykdomsrisiko med oss som mennesker, helsearbeidere og samfunn? Hvem er legitime beslutningstakere i de mange ulike og vanskelige valg som må treffes i dette terrenget?

Spørsmålene er mange og forfatterens svar er en sterk og vel underbygd kritikk av den galopperende utvikling vi har sett og ser når det gjelder undersøkelser, prøvetaking og medikamentell behandling av ulike risikofaktorer. Ikke alle vil være enige med de svar som gis, men det er en uhyre viktig debatt som ikke bare er faglig, men som i vesentlig grad også dreier seg om helsetjenestens og samfunnets helse- og sykdomsforståelse og verdigrunnlag.

Som grunnlag for egen refleksjon og en faglig og helsepolitisk debatt gir boka mye, men jeg undres på hvor mange som vil lese den og hvor praktisk nyttig den vil oppleves av den vanlige Kari Fastlege. Flere av artiklene er i betydelig grad innholdsmessig overlappende og gir redigeringen et uferdig preg. Boka gir et godt grunnlag for kvalitative resonnementer i kliniske beslutningssituasjoner, men mye av det kvantitative mangler. Fra min ikke-kliniske utkikkspost tenker jeg at dersom jeg igjen skulle finne på å bli ordentlig lege, ville jeg ønske meg at det kom en ny utgave av risikoboka der en del var en komprimert og redigert versjon av den foreliggende boka, og en del var praktiske eksempler fra den kliniske hverdag der den foreliggende kvantitative kunnskap systematisk ble trukket inn.

Sogndal 24.05.01

Petter Øgar

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane

6861 Leikanger

?RELIS

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

RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene 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

Ergotaminbehandling og hypertensjon

Spørsmål til RELIS

En pasient med hypertensjon behandles med metoprolol (Selo-Zok). Vedkommende har også migrene, og man kan tenke seg å forsøke Anervan (ergotamin). Kan dette medføre spesiell risiko hos pasienter som behandles for høyt blodtrykk? Man tenker blant annet på slag og alvorlig hypertensjon.

Svar

Samtidig bruk av betablokkere, spesielt propranolol, og ergotamin er kommentert i flere kilder.

Farmakologi

Ergotamin har flere effekter på det kardiovaskulære system gjennom både adrenerge og serotonerge reseptorer. En hovedeffekt er karkonstriksjon, blant annet som følge av partiell agonisme ved alfa-adrenerge reseptorer i blodkar¹. Den vasokonstriktoriske effekten kan forsterkes av at ergotamin kan hemme reopptak og gi økt effekt av sirkulerende noradrenalin^{2,3}. Effekten av ergotamin på blodtrykket varierer med konsentrasjonen. Etter intravenøs administrasjon ses rask blodtrykksøkning som går tilbake i løpet av noen timer. Etter rektal administrasjon ses små blodtrykksendringer². Effekten på blodtrykket ved vanlig migrenebehandling angis å være liten, men uforutsigbar⁴. Ergotamin er kontraindisert ved alvorlig hypertensjon.

Interaksjoner

Karspasmer kan forekomme under ergotaminbehandling alene, men er sett i økende grad når ergotamin er kombinert med andre legemidler. Dette er særlig et problem i kombinasjon med triptaner som sumatriptan, og regelen er derfor at disse midlene ikke skal kombineres. Samtidig bruk av ergotamin og betablokkere kan også øke risikoen for karspasmer, og det foreligger enkelte kasuistikker. I den svenske felleskatalogen, FASS, angis at ergotalkaloider og betablokkere sannsynligvis har synergistiske negative effekter på perfusjonen i perifert vev⁴. Samtidig må man anta at kombinasjon av disse midlene er benyttet av flere pasienter ettersom betablokkere brukes som migreneprofylakse. I en utredning fra de svenske legemiddelinformasjonsentrene i 1991⁵ konkluderes med at tilfeller av nedsatt perifer sirkulasjon er sett, og at kombinasjonsbehandlingen vanligvis er meget effektiv og ikke kan anses som kontraindisert om man utelukker perifer karsykdom, overvåker perifer sirkulasjon og ikke overstiger anbefalte doser. Dette er i tråd med anbefalingene i Norsk legemiddel-håndbok, som angir at ergotamin og betablokkere vanligvis kan kombineres⁶. Oversiktslitteratur om interaksjoner beskriver kombinasjonen som vanligvis sikker og effektiv, og komplikasjonene som sjeldne, men det tilrådes å være oppmerksom på risikoen^{7,8}. Vi er ikke kjent med hva slags pasientmateriale disse erfaringene bygger på, men antar at det er migrenepasienter uten særlig andre sykdommer.

Konklusjon

Vi har ikke funnet spesielle opplysninger om ergotaminbehandling av migrenepasienter som også har hypertensjon. Effekt på blodtrykk kan være variabel og uforutsigbar, men tydelige utslag ses vanligvis ikke ved lave blodkonsentrasjoner. På grunn av muligheten for blodtrykksøkning og individuelle variasjoner bør likevel dette følges opp spesielt. Fordi blodtrykkseffekten er konsentrasjonsavhengig, er det rimelig å anta at påvirkningen på blodtrykket vil avhenge av hyppighet og dosering av Anervan og hvor velkontrollert hypertensjonen er. Nedsatt perifer sirkulasjon er beskrevet hos pasienter

Velkommen til det årlige APLF – kurs «Primærlegen og medarbeideren»

30. august – 1. september 2001 • Soria Moria, Oslo

Torsdag 30. august

- 10 00 – 10 15 Velkommen til kurset
10 15 – 11 00 «Det gode liv» på og utenfor legekontoret. v/allmennpraktiker Morten Finckenhagen og helsesekretær Ellen Brustad
- Fordeling av ansvar og oppgaver
 - Hvem er sjefen? – om samarbeid og kommunikasjon
 - Overlevelsesstrategier når man har orkesterplass til livets scene
 - Grensesetting overfor seg selv og pasientene. Det umuliges kunst?
- 11 00 – 12 00 Hvordan opprettholde glede og entusiasme i hverdagen? Idédugnad for hvordan vi kan innrette oss
- 12 00 – 13 30 Lunsj
- 13 30 – 14 30 Praktisorganisering, med spesiell vekt på medarbeideren som ressurs
- «Glimt» fra Sørbyen legegruppe på Gjøvik, Åsnes legesenter på Flisa og Fagernes legesenter. Dessuten kommer Toril Wisur fra Hokksund legesenter og representanter fra Østerås legekontor
- 14 30 – 15 00 Kaffe
- 15 00 – 17 00 Gruppearbeid rundt tema praktisorganisering, med dagens «glimt» som utgangspunkt

Etter middagen blir det Afrikansk dans og inspirasjon til å: «ta livet som den kommer». Afrikansk dans etterfølges av diskotek (tilpasset deltakernes alder og kompetanse)

Fredag 31. august

- 09 00 – 10 00 Helsepersonellovens krav til primærlegens praksis, særlig med vekt på bestemmelsen om delegering og autorisasjon av helsepersonell (medarbeidere) v/jurist Ellisiv Hegna
- 10 00 – 13 00 Svangerskapsomsorg v/allmennpraktiker Sigrun Jorstad, jordmor Nora Pran Halvorsen, sykepleier Hege Jæger og lege Kenneth Sagedal
- Tanker omkring organisering av svangerskapsomsorgen
 - Samarbeid kvinne-medarbeider-jordmor-lege
 - Kontrollprogrammet
 - Prøvetaking/screening rutiner,ultralydscreening
- 11 15 – 11 30 Kaffe
Vanlige svangerskapsplager
- Patologiske tilstander
 - Bekkenløsning v/fysioterapeut Marianne Torp
- 13 00 – 14 00 Lunsj
- 14 00 – 15 00 Røyke avvenning i allmennpraksis. Presentasjon av Windows basert program utarbeidet av legeforeningen og Statens tobakkskaderåd. v/allmennpraktiker Lene Gjelseth Dalbakk
- 15 00 – 15 30 Kaffe
- 15 30 – 16 15 Moderne vektbehandling – hvordan kan det gjennomføres i allmennpraksis. v/sykepleier Unni Gislestun
- 16 15 – 17 00 Kommunikasjonsteknikk for å motivere pasienten til å endre livsstil. v/allmennpraktiker Siri Steine og helsesekretær Inger Hodne
- 19 00 Festmiddag, festlige innslag og premieutdeling

Lørdag 1. september

- 09 00 – 11 00 En tilnærming til forebygging av konflikter på legekontoret. v/cand.ped. Terje Pettersen og allmennpraktiker Bente Aschim
Hva er utfordringen på ditt legekontor?
- 11 00 – 13 00 Kunsten å omgås hverandre v/ prof. i idéhistorie Guttorm Fløistad

APLF inviterer igjen til ovennevnte kurs. Kurskomiteen har bestrebet seg på å få det faglige innholdet til å være spennende og praktisk både for lege og medarbeidere. Vi håper at leger og medarbeidere vil benytte denne anledningen til å få både faglig og personlig inspirasjon i en travel hverdag!

Påmelding til: RMR kursarrangør, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25
E-mail: rmrtove@online.no

Påmeldingsfrist: 25. juni 2001

Kursavgift: Kr. 1 750,- (Obligatorisk dagpakke kommer i tillegg for deltakere som ikke bor på Soria Moria)

Hotelpri: Kr. 780,- pr person i enkeltrom, fullpensjon
Kr. 630,- pr person i dobbeltrom, fullpensjon

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

Festmiddag: Kr. 480,- pr person for ikke boende og kr. 180,- pr person for de som bor på Soria Moria

Kurstimer: Kurset er søkt godkjent med 18 timer/poeng til spesialiteten i allmennmedisin

Jeg melder meg på til kurset: «Primærlegen og medarbeideren»

Påmeldingsfrist: 25. juni 2001

Påmeldingen sendes til: RMR kursarrangør, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Tlf: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25. e-mail: rmrtove@online.no

Navn:

Adresse:

Arbeidssted:

Tlf. arbeid: Tlf. privat:

Legge:

Medarbeider:

Antall på festaften:

Ønsker overnatting med ankomst avreise

Enkeltrom dobbeltrom sammen med

Husk legeforenings reisepolicy.

Billetter som skal refunders fra fond II må bestilles gjennom Via Flyspesialisten

Venlig hilsen kurskomiteen

Bente Aschim, Helle Dunker, Torfinn Kleive og Tove Rutle

som er behandlet med betablokker og ergotamin. Andre pasienter har fått kombinasjonen uten problemer. Interaksjonen ser ikke ut til å forekomme ofte, slik at kombinasjonsbehandling ikke frarådes. Det er viktig at behandler er oppmerksom på muligheten for perfusjonsreduksjon, slik at dette kan oppdages så tidlig som mulig.

Tone Westergren, leder, cand. pharm og

Hanne Stenberg-Nilsen, seniorrådgiver, cand. pharm.

Referanser

1. Rang HP et al, editors. Pharmacology 1999; 4th ed.: 170.
2. Hardman JG et al, editors. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics 1996; 9th ed.: 492-4.
3. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information 2000; 1232-4.
4. FASS Läkemedel i Sverige 2000, Läkemedelsinteraksjoner, Windows-versjon.
5. Drugline database (Sverige) 1991; sp.nr. 08439.
6. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 1998-99: 393.
7. Hansten PD, Horn JR, editors. Drug Interactions Analysis and Management 2001: 557.
8. Stockley IH, editor. Drug Interactions 1999; 5th ed.: 390.



MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT



Nitratbehandling hos anginapasierter bør individualiseres for optimal effekt ¹

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

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

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

NYHET!

-og alle gir hurtig innsettende effekt!

Monoket OD "Pharmacia & Upjohn"

Nitropreparat.
ATC-nr.: C01D A14

DEPOTKAPSLER, harde 25 mg, 50 mg og 100mg: Hver depotkapsel inneholder isosorbidmononitrat 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, laktose, hjelpestoffer: Fargestoff, Jernoksid (E 172), Stenoksid (E 171).

Indikasjoner: Profylakse mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nitrat og relaterte organiske nitratforbindelser. Akutt hypotensjon og hypovolem. Hjertesvikt. Konstruktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati. Økt inntak av alkohol. Samtidig behandling med sildenafil.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved arteriell hypoksemi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjon av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypoksemi og ubalansert ventilasjon/perfusjon pga. lungesykdommer eller iskemisk hjerteleid skal behandles med særsiktig forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebral ischemi kan nitratet forverre balansen mellom ventilasjon/perfusjon og føre til nedgang i arteriell perifer oksygenrykk. Nitratet kan gi blodtrykkfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleransen utvikling eller avtagende effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirkende nitrat, inkl. transdermale systemer. Nitratfri intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleransen utvikling. Ved dosering 1-2 ganger daglig oppnås lav plasmakonsentrasjon mot slutten av doseringsintervall og risiko for toleransen utvikling blir minst mulig. Bli seponering/nedtrapping bør unngås pga. risiko for angina pectoris-anfall og overlappende behandling bør igangsettes. Preparatet kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at resepsjonssyven kan nedsettes.

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

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av bicykliske antidepressiva og alkohol kan den biotrykksenkende effekten potensierves av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke biotilgjengeligheten av dihydroergotamin. Hos pasienter med kronisk arteriosklerose kan dihydroergotamin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vaskokonstriksjon. Muligheten for at inntak av acetylsalicylsyre og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes.

Se Interaksjonstabellen i Falesekalog 1999. (187e glyserolnitrat)
Dosering: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene. Monoket OD gir 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml). **Kapslene svelges hele sammen med et 1/2 glass vann.** Kapslene kan åpnes, men må ikke tygges. Ved profylaktisk behandling er det viktig at inngitt doser på faste tidspunkter.

Overdosering/ Forgiftning: Ved overdosering av methemoglobin som følge av overdosering. I.v. infusjon av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygeninfusjon. For øvrig vanlig generell behandling. Se kapittel Behandling av akutte forgiftninger i Falesekalog 1999. (F 94d metyltion)

Pakninger og priser pr. f.f. 2000:

Depotkapsler: 25 mg Enpac: 14 stk. kr. 85,50.

98 stk. kr. 250,70. Endose: 49 stk. kr. 144,80

50 mg Enpac: 14 stk. kr. 80,50.

98 stk. kr. 358,50. Endose: 49 stk. kr. 197,00.

100 mg Enpac 98 stk. kr. 569,60.

T.12. Reseptgruppe C.

Dato: 15.2.2000



Pharmacia & Upjohn