

## Innhold:

Leder: Det gode fag AV ELISABETH SWENSEN	s 1
Leder, julebilaget: Der nordlyset har farger AV ELISABETH SWENSEN	s 2
En dag i oktober AV PERNILLE NYLEHN	s 3
Er- og videreutdanningsprogrammet: Sosial aktivitet eller læring for livet? AV FRODE FORLAND	s 7
Pasientsentrert kommunikasjon i tiltaksfasen. En mulighet for smågruppeundervisning AV INGER MARIE STEINSHOLT	s 11
«Sandheden – Sandheden, om den saa skal føre til Helvede. Inntrykk fra en Garborgkonferanse AV MERETE JOHANSEN OG TONE SKJERVEN	s 30
Tale holden av dr. Fidel Castro Ruz ved VHOs 50-årsjubileum i Genève VED GUNNAR STRØNO. OMSETT AV HELGE BJØRLO	s 23
Ein allmennmedisinsk entreprenør SAMTALE MED TELLEF FOSSLI VED FRODE FORLAND	s 25
Kommentar: Gamle og nye retningslinjer for ryggbehandling – en oppklaring AV EVEN LÆRUM	s 30
Leserbrev: Trening for pasienter med korsryggsmerter	s 32
Faste spalter	s 33

# utposten

**Kontor:**

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

Adresseliste redaktørene av  
UTPOSTEN:

**Torgeir Gilje Lid**

*Koordinator*  
Heskestadv. 11  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 10 71  
Fax: 51 52 61 52  
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@c2i.net

**Elisabeth Swensen**

Klokkarskogemoen  
3840 Seljord  
Tlf: 35 05 04 42  
E-mail: elswense@online.no

**Gunnar Strøno**

Skogv. 29  
3660 Rjukan  
Tlf: 35 09 22 28  
Fax: 35 09 06 40  
E-mail: gunnars@telnett.no

**Frode Forland**

Herregårdsv. 2 F  
1168 Oslo  
Tlf: 22 75 05 61  
Fax: 22 24 88 68  
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no

**Erik J. Pedersen**

Heskestadv. 13  
4015 Stavanger  
Tlf: 51 52 75 60  
Fax: 51 90 69 01  
E-mail: ejped@online.no

**Tone Skjerven**

Modum Bad  
3370 Vikersund  
Tlf: 32 78 70 96  
Fax: 32 78 83 08  
E-mail: tone.skjerven@c2i.net

**Forsidefoto:** Hamningberg, Finnmark. Fra  
«Der nordlyset har farger» av Karl Rygh Swensen

**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen

**Design, repro og trykk:**  
PDC Tangen

## Det gode fag

**L**enge har det handlet mest om organisering og rammeverk. Vi har fått nye helselover, fastlegeordning og sykehusreform. Nå vil vi snakke fag. Utposten har tidligere, i serien «Den allmennmedisinske karaffel», invitert kolleger til å beskrive de faglige mulighetene og utfordringene som følger av fastlegereformen med størst vekt på samfunnsmedisinske problemstillinger. I dette nummeret går vi tettere på den allmennmedisinske virkeligheten slik den leves og formes. To kolleger gir oss innblikk i sin praksishverdag. Pernille Nylehn i Hjelmeland beskriver en travel arbeidsdag som kommunelege etterfulgt av legevakt i en liten kommune. Tellef Fossli i Nissedal har virkeliggjort sine faglige visjoner og etablert en frittstående praksis basert på KOPF-idealet (Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende). Nylehn fyller en tradisjonell kommunelegerolle med seg selv på beste vis, Fossli går egne veier i en viss grad av protest mot den samme rollen. Felles for dem er likevel den faglige selvtiliten, arbeidsgleden og kreativiteten i møtet med den enkelte pasient. Felles for dem er også at de lever og arbeider i distrikt langt fra sykehus. Deres bidrag kan – i tillegg til de allmenngyldige faglige momentene – leses som offensive innlegg i en distriktsmedisinsk debatt der vi til nå har hørt mest om alt som går dårlig.

«Det har vore jobba mykje med kvalitetssikring av legetenester (...), men det hjelper lite når fundamentet ikkje er på plass», sier Fossli. Vi presenterer i dette nummeret «Sju teser for allmennmedisin» formulert av Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM). Tesene oppsummerer en tenke- og skrivevugnad initiert av NSAM for snart to år siden og kan leses både som en beskrivelse av den allmennmedisinske «state of the art» og som et fagpolitisk manifest, fundament om man vil. Når Utposten velger å bringe tesene ut til sine lesere er det fordi vi tror NSAM med dette har utstedt et gullkantet verdipapir som kan omsettes i tillit utad og faglig utvikling innad.

Elisabeth Swensen

## Der nordlyset har farger



Utpostens julebilag er en fortelling fra fagets nære historie. Da den nyutdannede legen Karl Rygh Swensen (1918–1995), oppvokst ved Mjøsa, skulle søke jobb i 1947, ble det til salgs en privatpraksis i en liten stasjonsby på Østlandet. «Kjøper du denne praksisen blir du vel bundet her det meste av livet» tenkte han. «Denne tanken huet meg lite.» Så dro han til Kautokeino. Han ble nordpå i 16 år som distriktslege. «Der nordlyset har farger. En søring-doktors minner» ble utgitt på eget forlag i 1989, først og fremst med tanke på venner og familie. Utpostens redaksjon tror at det er langt flere enn familien som vil ha glede av disse nedtegnelsene. Karl Rygh Swensen, «Kalle» blant venner, skriver om et legeliv preget av eventyrlyst, pågangsmot, fag-

lig nysgjerrighet og en stor kjærlighet til det folket han etter hvert lærte å kjenne. Han var i tillegg en habil fotograf og laget to kortfilmer i løpet av tiden i Finnmark: «Filmen om ekinokokksykdommen» basert på funn av ekinokokksykdom med rein som mellomvert, og «Den gamle konen og den dovne piken», gjenfortelling av et samisk sagn.

Utpostens redaksjon takker Karl Rygh Swensens etterlatte for tillatelse og hjelp til å utgi boken som julebilag til våre lesere.

*Elisabeth Swensen*

# En dag i oktober

AV PERNILLE NYLEHN

Det er morgen. Jeg kjører til jobben gjennom en fredelig bygd med flammende høstfarger, fjellene speiler seg i blank fjord. Forbi jorder med beitende sauer, noen butikker, aldersheimen, og så opp bakken til Helsehuset, som ligger høyt og skuer utover bygda og fjorden. Jeg møter tre biler på veien – den lokale utgaven av morgenrush.

Vi begynner klokken åtte, første pasient kommer 08:15. Tid til å se gjennom dagens program og si god morgen til kollegene:

I resepsjonen sitter Synnøve og Helene. De betjener telefonene, prioriterer pasienter, tar blodprøver, setter vaksiner, trøster og gir gode råd, bestiller medisiner, arkiverer, fører regnskap, skifter på sår, rydder, steriliserer utstyr ... blant annet. Begge er erfarne og godt voksne sykepleiere, kjenner kommunen og befolkningen ut og inn, og er en uvurderlig førstelinje for oss når det koker som verst. Man kan være så god lege man bare vil, men det hjelper lite hvis man ikke har godt bakkemannskap.

I nabokontoret arbeider min kollega, sjef og gode venn John. Han har vært kommunelege her i 15 år, er deltid

sauebonde og deltid amanuensis på universitetet. I det andre nabokontoret sitter Martine, hun er turnuslege og avtjener et halvt års tjeneste i distriktet før hun får endelig autorisasjon som lege.

Timelisten er nesten full i dag.

Det er satt opp en pasient hvert kvarter frem til 11:30, så telefontid før lunsjen, og så begynner vi igjen klokken ett og holder på til halv fire. Vi har kort ventetid og nesten alltid ledige timer, og tar unna både øyeblikkelig og halvøyeblikkelig hjelp i løpet av dagen. Har vi ikke en ledig time, får vi alltid til en telefon, noen gode råd, og avtale om en dag eller to. Det kan bli travle dager, men det er godt å få ting unna, og vi får mye goodwill i befolkningen fordi vi stiller opp når det trengs.

Kommunen vår er stor i utstrekning, men bitteliten i folketall – 2800 innbyggere fordelt på drøyt 1000 kvadratkilometer. Mange er bønder eller fiskere, men vi har hele resten av spekteret også – akademikere, industriarbeidere, lærere, helsepersonell, dataingeniører. Vi har nesten norgesrekord i antall oldinger, men litt for få av de små. Det fødes bare 30 barn i året her. Jeg er helsestasjonslege en formiddag i uka, og kjenner de fleste av dem ved navn.

*Helsehuset på Hjelmeland.*



Foto: Kåre Lunde/Bygdaposten

Foto: Kåre Lunde/Bygdposten



Sykepleier Synnøve tar prøver før pasienten kommer inn til meg. Etter noen minutter ligger svaret på skjermen.

Så er vi i gang. Først en mann på drøyt femti med prostata-problemer, må opp fire ganger hver natt, nå er han lei. Det blir en lang prat, undersøkelse, blodprøver, vi blir enige om å henvise til urolog. Så en skade utenom programmet, en arbeider fra betongfabrikken som har fått en flenge i fingeren. Neste: en dame med astma, og jeg er allerede forsinket, men det nytter ikke å stresse for da går alt tregere. Etter henne kommer telefon fra ett av problembarna mine, en angstnevrotiker som har brukt opp valiumen sin før tida og fisker etter mer. Hun får avslag for tredje gang denne uka, men parlamenterer seg frem til en time i morgen, – det spørres om jeg klarer å holde skansen da. Så er det en ung dame som vil testes for klamydia, en eldre mann som skal måle blodtrykk, en inr-kontroll. Cytologi på en femtiårig kvinne, snakke litt om klimakterieplager. Så en vond rygg, så en vond hals, et barn med feber, en bronkitt... det går slag i slag. Noen er ute av døra igjen etter fem minutter, noen tar en halvtime. En del går innom laben for å ta en blodprøve før de går.

Vi har et ganske velutstyrt laboratorium, både fordi vi er langt fra byen og fordi det gjør det lettere å jobbe rasjonelt. Vi tar vanlige prøver som CRP, Hb, glukose, SR, men også

Inr, Hba1c, helicobacter hurtigtest, hematogram og diffelling. Det vi ikke kan analysere selv, sender vi med post til sykehuset. Svaret kommer rett inn på skjermen etter noen dager. Mikrobiologi, histologiske preparater og cytologi går også til byen, men der kommer svaret på papir og må scannes inn i journalsystemet vårt. Med tiden håper vi å få alle svar overført elektronisk, også epikriser og røntgenbeskrivelser.

Jeg klarer å arbeide inn forsinkelsen, og merker at skuldrene senker seg et hakk når jeg er ajour. Innimellom pasientene tar jeg et par telefoner, ser gjennom noen papirer, skriver et kjapt brev. Det er alltid nok å gjøre, så det gjelder å utnytte tiden.

John stikker hodet innom for å spørre om noe, og ser på rotet på skrivebordet mitt.

– Du må rydde! sier han.

– Jeg har nettopp ryddet jo, piper jeg. Du skulle sett det før helga!

Sannheten er at det skrivebordet aldri er ryddig, bortsett fra i ferien... og den første timen etter ferien.

Full fart hele formiddagen, plutselig er klokka over tolv, og nå må jeg ha mat. Noen telefoner først – en som trenger sykemelding, en mor som vil ha råd om et barn med feber, en som lurar på et prøvesvar. Så er det nesten lunsj. Jeg rekker en tur på et visst sted, skriver under på en haug med resepter som Synnøve har gjort klar, river med meg radioen og matpakken.

Vi er det eneste legekantoret her, og har ansvaret for legevakt og medisinsk akutthjelp på dagtid – sambandsradioen er alltid på, og følger oss hvor vi går. Heldigvis er det sjelden bruk for den.

Nærmeste sykehus ligger i Stavanger, og dit tar det halvannen time med ordinær transport, altså bil og ferge. Hvis vi skal legge inn pasienter må vi tenke både medisinsk og logistisk: Når går neste ferge? Hvor mye haster det? Kan de ta drosje eller må de ha sykebil, kanskje skyssbåt, må de ha legefølge? Skal vi sette i gang behandling før de reiser? Hvis det virkelig haster, kan vi få luftambulans i løpet av en halvtime... hvis det er flyvær. Er det tåke eller storm, må vi klare oss på annen måte.

Den første tiden jeg jobbet her syntes jeg det var skremmende å tenke på hva som kunne skje, særlig når John var borte og jeg var alene lege i kommunen. Men så venner man



Foto: Pernille Nylén

seg til det. Nå tenker jeg at kommer det en hjertestans eller en ulykke, så får jeg gjøre så godt jeg kan mens jeg venter på assistanse. Heldigvis kommer de sjelden.

Lunsjen er lystig og tverrfaglig. Fysioterapeut, jordmor, helsesøster, tannlege, sosialkontor, hjemmesykepleien, psykiatrisk sykepleier. Alle jobber under samme tak og spiser sammen daglig. Kort vei, lett å samarbeide.

Men lunsjen er bare kos, ikke faglig. Ingen legemiddelkonsulent slipper inn her. De får allernådigst ti minutter etter lunsjen – hvis de i det hele tatt finner fram hit.

Så er det i gang igjen, men i litt roligere tempo. Har man overlevd frem til lunsj, er dagen reddet. Nå kommer en ung dame som vil ha cytologi, en mann med olecranonbursitt, enda en vond rygg, enda en feberunge. Jeg fjerner en føflekk fra skuldra til en mann på førti – kona syntes den så stygg ut. Så en svangerskapskontroll, en førerkortattest, en telefon fra sjukeheimen. Så dagens siste avtale, samtale med en dame i 20-åra. Hun kommer et par ganger i måneden, vi snakker en time hver gang. Hun sliter litt med jobben sin, litt med mannen sin, litt med seg selv, har dårlig selvbilde, engster seg mye ... ingenting jeg kan «kurere», men hun synes det gjør godt å snakke, og sakte men sikkert blir hun tryggere, og finner seg bedre til rette i hverdagen sin.

En kjapp en på tampen, en dame med hoste som fyker innom og vil lyttes på. Ikke noe galt å høre, negativ CRP, men hun er litt pjusk. Skal hun gå på jobben i morgen? Tja. Vi blir enige om at hun prøver, og ringer meg hvis det ikke går.

Så er det å gå gjennom post, ta et par telefoner til, gjøre et halvhjertet forsøk på å rydde i en av papirhaugene. Beundre bildene av Synnøves nye barnebarn. En prat med John om et tilfelle jeg synes er vanskelig.

Så går arbeidsdagen mot slutten, men ikke for alle. Jeg har vakt i dag, fra halv fire til åtte neste morgen. Når siste pasient er ute av døra lempet jeg akutt koffert, legekoffert og medisinkoffert ut i bilen, tar med sambandsradio og nyladet mobiltelefon, melder fra til legevaktsentralene om at det er jeg som har vakt.

Vi har vakt samarbeid med tre nabokommuner, og vakt bare hver tiende dag. Da har vi til gjengjeld et svært distrikt med både fastland og mange øyer, som teller ca. 10 000 innbyggere. Om sommeren kanskje det dobbelte, for Ryfylke er vakkert, og mange kommer hit på ferie.

Vi har egen skyssbåt til vaktene. Den er bemannet med skipper og ambulansemann/matros, og vi har et lite legekontor i båten. Her kan vi undersøke, sy et sår, fjerne fiskekrok fra en finger (en vanlig lidelse om sommeren!), gi inhalasjon på forstøver. Vi kan ta enkle prøver og EKG, og vi har skop og defibrillator. Matrosen er altnuligmann, han skjøtter motoren, fortøyer båten, geleider pasientene om bord, hjelper til med alt fra prøvetaking til resuscitasjon og samband. Og serverer kaffe og bløte vitser.

Vaktene er stort sett ganske fredelige, i hvert fall nå om vinteren. Jeg drar hjem, lager middag, får et par telefoner mens jeg spiser, ingenting som krever tilsyn med en gang.

Utpå kvelden tar jeg en liten runde. Først et sår som må sy her i Hjelmeland, så et barn med vondt i magen på Rennesøy. Vi avtalte først å se det an, men da jeg ringte et par timer senere var han blitt verre, så da er det ut med båten. Siden jeg allerede er på farten, ser jeg på en halsbetennelse, som ellers måtte ha ventet til dagen etter. Jeg bruker drøyt to timer på de to pasientene, inklusive reisen. Klokka er blitt ni. Resten av kvelden får jeg 3–4 telefoner, gir råd, avtaler ny kontakt ved forverring, håper i mitt stille sinn at de ikke ringer igjen, for da må jeg ut midt i natta...

*Nesten hjemme igjen, etter sykebesøk.*

Foto: Pernille Nylén





Foto: Kåre Lunde/Dygdeposten

### En vanlig dag på legekantoret?

Det er legevaktsentralene som tar imot telefoner og for-midler beskjed, men vi snakker med alle pasientene selv, vurderer alvorlighetsgrad, gir råd, avtaler besøk. Ganske mye kan avklares på telefonen, og vi styrer unna en del unødvendige sykebesøk. Det er lange avstander, hver utrykning krever mye tid og ressurser, så vi reiser bare ut hvis det er noe som ikke kan vente til dagen etter. Noen blir fornærmet hvis vi ikke vil se på halsen deres klokka ti om kvelden, men de fleste forstår at vi må prioritere. Legevakten er til for akutt sykdom, ikke et kveldsåpent legekantor.

Jeg kryper til køys litt før tolv, radio og mobiltelefon på nattbordet. Håper jeg får fred. Joda, det får jeg... helt til klokka fire, da hylr sambandsradioen rett inn i øret mitt. Det er legevaktsentralen, jeg får beskjed om å ringe et nummer. På Kvitsøy, den kommunen som ligger lengst borte, helt ute i havgapet. Det er en bekymret far som har en treåring med høy feber. Jeg forhører ham om symptomer, hvor lenge, hvor høy feber, drikker han, tisser han? Og teller på

knappene: Han virker ikke dramatisk syk, og hva vinner vi på at jeg bruker nesten to timer på å reise dit nå? Fint lite. Pappaen får gode råd, og beskjed om å gå til egen lege klokka åtte. Han får direktenummeret mitt – ring endelig tilbake hvis ungen blir dårligere!

Jeg blir liggende våken en stund og gruble på om vurderingen var riktig. Og sovner vel, etter en times tid, men når vekkerklokka ringer halv sju er jeg trøtt som et bybud. Jeg kunne egentlig avspasert de to første timene, men har som vanlig glemt å gi beskjed, så timelista er full fra morgenen av. Det er bare å stå opp. Radioen blir med meg på badet. Det er riktignok sjelden noen ringer så kort tid før kontorene åpner, men så var det den hjertestansen som kunne ...

Så er det kaffen, brødiskiva, matpakken. Jeg våkner etter-hvert.

Det er morgen. Jeg kjører til jobben.

*Etter- og vidareutdanningsprogrammet*

# Sosial aktivitet eller læring for livet?

AV FRODE FØRLAND

Legeforeningen har fått delegert ansvaret frå statlege helsestyresmakter til å ta hand om etter- og vidareutdanninga for legar i Norge, og til å godkjenne spesialistar innanfor dei ulike fagfelt. Det har dei siste åra tilflytt mykje ny kunnskap om kva for læringsformer som er effektive, og kva for tiltak som må til for at kunnskapen skal omsetjast til handling. Enno er det lite nytt å finne i reglar og opplegg for etter- og vidareutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin som indikerer at denne kunnskapen er tatt på alvor.

Det er mange prosjekt og miljø som har bidratt til ny kunnskap på dette feltet dei siste åra. Kristin Prestegård og Otto Bruun Pedersen har i sitt arbeid skildra ulike læringsformer og læringsstilar som dei ulike legane har, og dei tilrår at ein i etter- og vidareutdanning legg opp til strategisk læring, der ein tek større omsyn til individuelle skilnader i opplæringa. (I SATS programmet er gruppeaktivitet, bruk av dataverktøy og tilbakemelding i trygge læringsnettverk vektlagt som pedagogisk faktor. Grunnutdanninga i medisinfaget er drastisk lagt om i tråd med ny pedagogisk kunnskap i retning av problembasert læring. Fleire Cochrane oversikter har tilført ny og oppsummert kunnskap om kva som er effektive metodar i arbeidet med å få legar til å endre praksis. Konklusjonane kan kort samanfata slik. Læringa bør vere paksisnær, adferdsending tar tid og er ein prosess der eigarforhold til prosessen og eigenaktivitet er



*Bjørn Oscar Hoftvedt*

stikkord som fasiliterer læringa, ingen metodar er effektive åleine – det er viktig å ha eit breitt tilfang av metodar for å oppnå endring. Kurs og konferansar er lite effektive som læringsmetodar.

**Bjørn Oscar Hoftvedt** er leiar for pedagogisk avdeling i Dnlf. Utposten tar kontakt for å finne ut kva for tankar som styrer utviklinga sentralt i organisasjonen på dette område.

*Har ikkje Legeforeningen fått med seg det som skjer av utvikling innanfor medisinsk pedagogikk?*

*forts s 9*

## Lykken er en kø på Rema

Folk flest tenker ikke over hvor herlig det er å gå i butikken. Men det er faktisk et privilegium å kunne leve et helt normalt liv. Å kunne sjøre alle de kjedelige tingene. Som å handle til helsen. I stedet for å ligge hjemme med migrene.

IMIGRAN™

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Dr. A. Ormstad  
13/12/00



09090167

gsk

GlaxoSmithKline

IMIGRAN™

sumatriptan

tilbake til hverdagen

**C Imigran "Glaxo Wellcome"**  
**Migranemiddel, ATC-nr.: N02C C01**  
**T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml:** 1 ml innh.: Sumatriptan, succin. aeqv. sumatriptan, 12 mg, natri. chlorid, 7 mg, aqua ad iniekt. ad 1 ml.  
**T NESESPRA 20 mg/løsning:** Hver dose innh.: Sumatriptan, 20 mg, const. q.s.  
**T STIKKPILLER 25 mg:** Hver stikkpille innh.: Sumatriptan, 25 mg, const. q.s.  
**T TABLETTER 50 mg og 100 mg:** Hver tablett innh.: Sumatriptan, succin. aeqv. sumatriptan, 50 mg, resp. 100 mg, lactos, 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg Jernoksid (E 172), Titandioksid (E 171), 100 mg Titandioksid (E 171).  
 Egenkap: Klassifisering: Vaskulær 5HT<sub>1</sub>-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT<sub>1</sub>-reseptoragonist uten effekt på 5HT<sub>2</sub>- og 5HT<sub>3</sub>-reseptorer. 5HT<sub>1</sub>-reseptorer er funnet i hovedsak i om anbefalt personell av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Raskt og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96 %. Nesespray: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15 %. Stikkpiller: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 19 %. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14 %. Proteinbinding: 14-21 %. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et carotidsirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende meka-nisme ved migræne. Selv indoleddkrydret-ivat av sumatriptan uten 5HT<sub>1</sub>- eller 5HT<sub>2</sub>-aktivitet. Utskillelse: I urinen.

**Indikasjoner:** Injeksjonsvæske: Akutte anfall av migræne med eller uten aura. Cluster hodpine. Nesespray, stikkpiller og tabletter: Akutte anfall av migræne med eller uten aura.  
**Kontraindikasjoner:** Hypersensibilitet for innholdsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, ischæmisk hjertesykdom, Prinzmetals angina/koronær sykdom, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på ischæmisk hjertesykdom. Cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske ischæmiske anfall (TIA). Ukontrollert hypertensjon. Avansert nedsatt leverfunksjon. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monoaminoksidasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.

**Bivirkninger:** Injeksjonsvæske: Den mest vanlige bivirkningen er forbigående smerte på injeksjonsstedet. Stikking/brennende følelse, opphovning, erytem, merke og blødning har også vært rapportert. Nesespray: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesesprøyen er sprøyens smak. Mindre hyppig er lett, forbigående irritasjon eller brennende følelse i neseløveg, eller neseløsing. Hyppig (> 1/100): Gastrointestinale: Kvalme og oppkast. Neurologiske/Psychiske: Svimmelhet, sirkulatoriske: Forbigående blodtrykk-svingning (10 mm Hg). Rødme. Øvrige: Smerte, irritering, varme, tyngde, trykk eller stramminger i deler av kroppen, trøtt, bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Tretthet, døsighet og matthet. Mindre hyppig: Hud: Utslett. Endringer i leverfunksjonsparametre. Sjeldne (< 1/1000): Neurologiske/Psychiske: Epileptiforme anfall. Sirkulatoriske: Blodtrykkstøt, bradykardi, takykardi og hjertebrust. Kortvarig økning i perifer karmotstand. Spasmer i koronararteriene, ischæmisk kolitt, Raynaud fenomener. Gyn: Flimmer, dobbeltsyn, nystagmus, scotoma, nedsatt syn. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Sumatriptan har vært assosiert med forbigående symptomer som trykksmerter og stramminger, også i halsregion. Disse kan føles intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller være forårsaket av koronarvaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migræne. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter med hypertensjon som mistenkes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høyt blodtrykk (kontrollert), da blodtrykkstilpning og økt vaskulær motstand er rapportert hos et fåtall pasienter. Det har vært rapportert slapphet, hyperrefleksi og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv serotoninopptakshegger (SSRI) og sumatriptan. Pasienter bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indisert. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampersterkeleken. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike kryssreaksjoner, men forsiktighet bør utvises før bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 5 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan oppstå som et resultat av migræne eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring, betjening av maskiner o.l. Pga. begrenset erfaring, bør sumatriptan innvi videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsk innen normal spontan forekomst er rapportert.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos mennesker og doser som har gitt fosterdød i dyreforsk. Bruk under svangerskap fra ridet derfor. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk. Amning bør unngås de første 24 timer etter behandling.  
**Interaksjoner:** Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og SSRI (se Forsiktighetsregler). Dosering: Til behandling av akutte anfall av migræne og cluster hodpine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. Cluster hodpine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske: Dosering, se tabell. Migræne: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske, nesespray, stikkpiller og tabletter: Dosering, se tabell. For tabletter er anbefalt startdose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespray kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved bivirkninger. Injeksjon eller nesespray bør brukes hvor raskt innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrænehodpine. Sumatriptans effekt er imidlertid uafhørig av hvor lange anfallet har vært når behandlingen starter. Dersom symptomene lindres av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for tid mellom doser. Dersom effekt av første dose uteblir, er det lite sannsynlig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migræneanfallet. Imigran kan imidlertid forskes ved neste anfall. Injeksjonsvæske: Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bør lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan. Tabletter: Tabletten sveiges hele med et 1/2 glass vann.

**Vanlig dosering**

	Vanlig dosering	Maks. dagdose	Tid mellom dosene
<b>Injeksjonsvæske:</b>			
Migræne:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodpine:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
<b>Nesespray:</b>	1 dose (20 mg) i det ene neseboret	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
<b>Stikkpiller:</b>	1 stikkpille (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
<b>Tabletter:</b>	1 tablett å 50 mg ev. 100 mg	300 mg	Min. 2 timer

**Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys. Nesesprøyen og stikkpiller oppbevares ved 2-30°C.  
**Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: Med GlaxoPen: 2 x 0,5 ml kr 528,60. Refill: 2 x 0,5 ml kr 581,20, 4 x 0,5 ml kr 1341,60. Nesespray: Endosebøddere: 6 doser kr 610,40, 18 doser kr 1762,80. Stikkpiller: 6 stk. kr 334,60. Tabletter: 50 mg: Eppac: 6 stk. kr 340,80, 12 stk. kr 647,50. 100 mg: Eppac: 2 stk. kr 247,10, 6 stk. kr 615, 18 stk. kr 1804,70.  
 T:36

Priser av 12.02.2001. Preparatorantall: Imigran 29.02.2000

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

Jo-da, og vi har selv bidratt til å fremme forskning og metodeutvikling på dette område. Det har foregått mye bra utviklingsarbeid på det pedagogiske området i Legeforeningens regi, men endringsarbeid tar tid, og mye av ansvaret for kurs, etter- og videreutdanning er desentralisert. Vi må være klar over at dette arbeidet gjøres på fritid uten store honorarer. Å endre kurs som kanskje har vært arrangert på samme måte i mange år, kan være vanskelig.

*Det verkar som om kurs og konferansar enno står sterkt i etter- og vidareutdanninga, kan det vere slik at ein del er meir opptekne av at kurs blir gjennomførte og at timar vert talde enn av innhaldet i undervisninga?*

Fortsatt mener vi at mange kurs er gode og har livets rett, forøvrig er det nok slik at det er lettere å forsette med de gamle kjente metodene enn å prøve seg fram med nye. Nybrottsarbeid krever mye energi.

*Når det er kjent at kurs der forelesningar og einvegskommunikasjon er hovudingrediens ikkje har særlig effekt, kvifor held då Legeforeninga framleis på med dette i så utstrakt grad?*

Vi prøver stadig å gi ny input til kursledere og komiteer – blant annet arrangerte vi en konferanse (nok eit kurs...) for spesialitetskomiteene og andre som arbeider med legers videre- og etterutdanning i januar i fjor med temaet «Alternativ til tradisjonelle kurs i spesialistutdanningen». Her tok vi for oss kursets rolle i forhold til andre elementer i spesialistutdanningen og vi så på sammenhengen mellom valg av undervisningsmetode, læringsmål og innholdet i det som skal læres. Dette ble utdypet i flere arbeidsgrupper som bla. jobbet med internett i spesialistutdanningen, kolleganettverk som læringsmetode og bruk av simulering og modeller i spesialistutdanningen.

*OK – ta dette siste. Legeforeninga var jo godt i gang med noko av dette gjennom etablering av «Kompetansesenter for kliniske ferdigheter blant allment praktiserende leger» i Bergen. Kvifor blei dette nedlagt når det var positivt evaluert og godt i gang?*

Vi så dette kvalitetsprosjektet som et nyttig tiltak, der det skjedde mye bra metodeutvikling. Hensikten var dog at kursene som ble utviklet i Bergen skulle kunne spres til flere fylker og kurskomiteer. Det skulle lages kurspakker som andre kunne ta over og bruke. Dette skjedde i for liten grad, og så gikk Kvalitetsfondet tomt for penger og Universitetet i Bergen var ikke interessert i å ta over prosjektet. Jeg tror forøvrig at mye av det som har vært gjort de siste årene både fra SATS og Kompetansesenteret har funnet veien til ulike aktiviteter i videre- og etterutdanningen, ikke i rein form, men integrert i andre kurs og andre aktiviteter.

*Mange meiner at «Mester-Svenn-læring» er ein god metode for å lære praktiske teknikkar, også i allmenmedisin. Er denne metoden innlemma i spesialistutdanninga?*

Til en viss grad kan denne form for veiledning benyttes – gjennom gjensidige praksisbesøk og obligatoriske veiledningsgrupper brukes denne formen – om enn på en noe tilpasset måte. I sykehus er dette mer satt i system gjennom opplæring i kirurgi og andre ferdighetskrevede spesialiteter. Men etter mitt syn har metoden også sin svakhet, helst bør det være slik at svennen går forbi mesteren i kunnskap og ferdigheter når man kommer til et visst nivå. Kandidaten må derfor også benytte andre metoder for å utvikle seg, og til kritisk å kunne reflektere over egen praksis. Veiledning må ta utgangspunkt i det som er relevant for kandidaten. EØS tilpasningen vil sannsynligvis gjøre det nødvendig at alle leger inngår i et system med 1 til 1 veiledning i 3 år før man får anledning til å praktisere selvstendig på trygdens regning fra år 2006. Ett av disse årene må være i sykehus.

*Allmennedisin er den første spesialiteten som har innført resertifisering – kan vi regne med at dei andre kjem etter på dette området?*

Jeg tviler på det. Årsaken er igjen at vi må tilpasse oss EU-systemet. I Europa går det mer mot å se på det reelle innholdet i tjenesten, enn å stille formelle krav for godkjenning. Spesialistutdanningene tar utgangspunkt i de læringsbehovene spesialistkandidaten har. En norsk spesialist i allmennmedisin kan godkjennes i Sverige. En svensk spesialistgodkjenning blir godkjent i Norge. Sverige har ingen planer om å innføre resertifisering – på den måten kan i dag en norsk spesialist i allmennmedisin også unngå dagens formelle krav.

*Har du nokon visjonar for etter- og vidareutdanninga i Norge?*

Jeg ser lyst på framtida. Dagens leger blir utdannet fra universiteter som bruker helt andre pedagogiske metoder enn for få år siden. De vil ikke godta passive kurs som læringsform i spesialistutdannelsen heller. Vi prøver å påvirke, men som kjent kan man bare lede hesten fram til brønnen – man kan ikke tvinge han til å drikke. Allmennmedisinsk etter- og videreutdanning er i fronten på metodesida i Norge. Olav Rutle var en foregangsmann på dette feltet, og sporene etter han er fremdeles tydelige. Legeforeningen arbeider videre etter mange av de samme ideene. I dag kan vi også tilby interaktive kurs for allmennleger på nettet. Disse kan tas når man har tid og anledning, og teller fullt ut i utdannelsen.

Og Utposten er samd i at det er vel vert eit forsøk.

Dei fire aktuelle kursa er:

- **Informasjonssøking ved hjelp av Internett** (godkjent kurs tellende 6 timer til samtlige spesialiteter)
- **Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger** (godkjent kurs tellende 5 timer/ poeng til samtlige spesialiteter)
- **Spirometri** (godkjent kurs tellende 5 timer til spesialiteten allmennmedisin og 6 timer til spesialiteten arbeidsmedisin)
- **24-timers blodtrykkmåling** (godkjent kurs tellende 5 poeng til spesialiteten allmennmedisin, 6 timer i indremedisin, og 7 timer i hjertesykdommer)

Gå inn på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) og klikk på Utdanning og kurs, og vidare i venstre marg på LUPIN, så kjem du til rett adresse.

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)

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

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....



# Pasientsentrert kommunikasjon i tiltaksfasen

## *En mulighet for smågruppeundervisning*

AV INGER MARIE STEINSHOLT



### **INGER MARIE STEINSHOLT**

Født 1946

Cand med Oslo 1973

Turnustjeneste Tromsø

Allmennpraksis Mortensnes Helse og Sosialsenter 1976-78

Allmennpraksis A/S Legekontoret, Kongsberg fra 1978

Godkjent spesialist allmennmedisin 1986

Redaksjonskomitemedlem Utposten 1986-91

Medlem Publiseringutvalget NSAM 1989-93

Forfatter *Røntgenboka – bildediagnostikk i allmennpraksis* 1992

Amanuensisvikariat Institutt for allmennmedisin 1998-99

Praksislærer ved Universitetet i Oslo

Planlegger veiledningsgruppe i allmennmedisin fra 2002.

Adr: A/S Legekontoret, 3616 Kongsberg

Tlf privat 32 76 55 37, jobb 32 73 28 32

Fax privat 32 76 55 37, jobb 32 73 53 75

E-mail: [ingems@samfunnsmed.uio.no](mailto:ingems@samfunnsmed.uio.no)

De nye reglene for opprettholdelse av spesialitet i allmennmedisin legger stor vekt på smågruppearbeid. Gruppene kan selv velge tema, og det er mange muligheter, bl.a. har Legeforeningen lagt ut en idekatalog på nettet om aktuelle emner.

De siste par årene har jeg, ved siden av min allmennpraksis, hatt et allmennpraktikerstipend for å tilrettelegge et australsk undervisningsopplegg for studenter for norske forhold. Opplegget går ut på å anvende pasientsentrerte prinsipper i konsultasjonens tiltaksfase. Tiltaksfasen er definert som den del av konsultasjonen som foregår når diagnosen er stillet, eller problemet beskrevet så godt det lar seg gjøre. Jeg opplevde selv at å anvende disse prinsippene gav en ny og positiv vinkling i mine konsultasjoner.

Jeg tror dette opplegget kan egne seg godt for smågruppeundervisningen i etterutdannelsen, og synes det bør bli kjent blant norske allmennpraktikere. Jeg vil derfor i denne artikkelen presentere opplegget grundig.

### **Om pasientsentrert metode**

Begrepet pasientsentrert metode vil jeg tro er kjent for de fleste. Det innebærer at pasientens følelser, forventninger, forestillinger og forutsetninger blir tillagt vekt. Selve begrepet ble først anvendt av den engelske psykiater Michael Balint (1). Metoden ble utviklet og beskrevet av dr Levenstein, en sørafrikansk allmennpraktiker, i samarbeid med McWhinney og hans gruppe i Canada (2). Andre var inne på de samme tankene; som Byrne and Long (3) og gruppen rundt Pendleton i Oxford (4).

Selv om mange av oss av den litt eldre garde ikke lærte noe om dette i studietiden, har vel disse prinsippene tilflytt oss på ymse vis; ikke minst takket være Kirsti Malteruds banebrytende doktorarbeid fra 1990 (5). Flere artikler om emnet er publisert i sentrale kilder for norske allmennpraktikere. (6, 7, 8). For de fleste av oss vil jeg anta det er vel integrert å ta med de pasientsentrerte prinsippene i konsultasjonens innledende faser.

## FAKTARUTE 1: 5.punktlista for pasientsentrert tiltaksfase

Skal ivaretaes i rollespillet

### KORTVERSJON

1. Fortell pasienten hva du mener dette er og hvorfor du mener det
2. Kartlegg pasientens følelser, forestillinger om diagnosen
3. Kartlegg pasientens forestillinger, forventninger om behandling
4. Lag tiltaksplan i samråd med pasienten. vektlegg ressurser.
5. Oppsummering – avslutning

**UTDYPNING** (eksempler på hvordan det kan utdypes, passer ikke alltid!)

1. *Hva er det pasienten feiler?*  
Prøv å forklar enkelt hvordan du er kommet fram til diagnosen. Sjekk at pasienten faktisk har oppfattet hva du mener det dreier seg om.
2. *Kartlegg pasientens følelser og forestillinger om diagnosen*  
Vet du noe om dette fra før?  
Har du tanker om hvorfor du har fått det nå?  
Er du bekymret over dette?  
Er det noe spesielt du ønsker å vite?
3. *Kartlegg pasientens forestillinger og forventninger om behandling*  
Vet du noe om hva man kan gjøre med dette?  
Hva tenker du vil være den beste behandlingen for deg nå?
4. *Lag tiltaksplan – vektlegg ressurser*  
Kan du gjøre noe selv?  
Bør du bruke legemidler, evt hvilke?  
Hva pleier du å gjøre for å ta vare på helsen?
5. *Oppsummering – avslutning*  
Hva er vi blitt enig om?  
Hvordan kan dette best følges opp videre?  
Er du fornøyd?

### VIKTIGE OBS MOMENTER:

- Vær i dialog!
- Pass på at det ikke blir forhør av pasienten!
- Er pasienten mottakelig? (innstilt på informasjon, ikke i følelsesmessig kaos)
- Hvilke behov har denne pasienten i dag?
- Ikke for mye informasjon (ikke gi mer informasjon enn at pasienten får det med seg)
- Gjennomførbart? Er opplegget dere blir enig om gjennomførbart for pasienten?

### Pasientsentrert metode i tiltaksfasen

Når det gjelder tiltaksfasen oppdaget jeg i arbeidet med dette at i hvert fall jeg i mye mindre grad har vært opptatt av hva slags forestillinger pasienten har. Stiller jeg diagnosen diabetes eller hypertoni, har jeg vært mest opptatt av å informere pasienten om det jeg har lært han bør vite. Men stilt overfor disse prinsippene ble jeg oppmerksom på det helt selvsagte: at når jeg sier til en pasient «du har fått sykdom», farer det tusen tanker gjennom hodet hans. Disse tankene vil være forskjellige fra pasient til pasient. Å ta utgangspunkt i dette synes å være et veldig godt utgangspunkt for hvordan man bør håndtere dette videre.

Det er interessant at dette er de samme prinsippene som anvendes ved problembasert læring. Denne metoden er ikke uten grunn tatt i bruk i studentundervisning de senere år. Læring foregår ved at man integrerer enkelte nye elementer inn i det man vet fra før. Slik fungerer det selvfølgelig også for pasientene.

### Beskrivelse av opplegget

Opplegget går ut på å innøve pasientsentrert tankegang i tiltaksfasen ved hjelp av rollespill. Det opprinnelige konseptet har slike rollespill for tiltaksfasen for ca 50 tilstander. Disse favner vidt, fra det helt enkle som migrene og blærekatarr, til sammensatte problemer som alkoholmisbruk og mulig barnemishandling. To av gruppedeltakerne spiller lege og pasient, de andre er observatører.

En liste over punkter som det er aktuelt å ivareta i en tiltaksfase fungerer som en sjekklister for legen. Opprinnelig var denne lista ganske omfattende med 10 punkter. Under utprøvingen fant vi at den ikke bør være for lang, fordi det må være mulig å ha den i hodet. Den er derfor redusert til 5 punkter, med noen «obs-elementer» som man erfaringsmessig fort kan gå i vannet på (faktarute 1). Det er ikke meningen at lista skal følges slavisk, men at den som spiller legen skal ha den i hodet og bruke det som er naturlig i den foreliggende situasjon.

For hver pasient er det laget en bakgrunnsinformasjon (faktarute 2, eksempel lumbago). Legen og pasienten får hver sin detaljerte beskrivelse av situasjonen (faktaruter 3 og 4). For hver tilstand som skal spilles, er det dessuten utarbeidet en enkelt medisinsk informasjon (faktarute 5). I det opprinnelige opplegget var dette tenkt som en informasjon som skulle gis ut til pasienten. I vårt opplegg har den vist seg bedre egnet som en kort repetisjon for «legen» om de viktigste sider ved tilstanden. Spesielt studentene gav uttrykk for at det var lettere å spille legerollen når de mest basale medisinske fakta er lett tilgjengelige. Men også i utprøvingen blant allmennleger mente de fleste at dette var en

**FAKTARUTE 2: Bakgrunnsinformasjon om pasienten – lumbago**

NAVN: Jan Borge  
 ALDER: 34 år  
 SOSIALT: Samboer i 2 år, bor i 3-roms leilighet. 1 sønn (10 år) fra tidligere forhold bor hos moren. Skal snart gifte seg igjen.  
 YRKE: Utdannet blikkenslager. Jobber nå som sjåfør/montør i et ventilasjonsfirma.

SYKDOMMER I SLEKTEN: Far operert i ryggen 43 år gammel. Ellers frisk slekt.  
 TIDLIGERE SYKDOMMER: Stort sett frisk.  
 ALLERGIER: Ingen.  
 STIMULANTIA: Røker 1 pk tobakk i uka. Noe øl i helgene.  
 MEDISINER: Ingen faste.  
 SPESIELLE HELSEPROBLEMER: Ingen.

**FAKTARUTE 3: Situasjonsbeskrivelse til legen – lumbago**

Pasienten klager over korsryggsmerter som oppsto akutt for 3 dager siden da han løftet forkjært. Han forteller at han oppsøkte legevakta med en gang, fikk noen tabletter og beskjed om at det ville gå fort over. Men nå har han måttet være hjemme fra jobben og er bekymret og litt aggressiv fordi han ikke er blitt noe bedre. Han krever skikkelig undersøkelse og behandling så han kan bli bra så fort som mulig! Han har insistert på å få akutt time hos deg i dag og kommer nå til det.

**UNDERSØKELSE**

Pasienten beveger seg forsiktig og holder ryggen i en stiv stilling. Du finner noe nedsatt bevegelse i ryggen spesielt ved framoverbøyning, og smertene framprovokeres i ytterstillingene. Bekkenet er rett. Det er ingen skoliose. Lasgues prøve med venstre ben gir noe smerter i ryggen ved ca 45 gr, men ingen utstrålende smerter til benet. Med høyre ben angir han ingen spesiell smertereaksjon. Med pasienten i buklee finner du lite trykkømheter over ryggtaggene, men det er stramme og palpasjonsømme muskler i lumbalavsnettet, mest på venstre side. Normale reflekser og kraft/sensibilitet. Bevegelse i hofteleddene virker normal. Du konkluderer med at dette er en akutt lumbago og at det neppe er noe prolaps. Rollespillet starter når du skal informere pasienten om dette.

**OPPGAVE**

Gjennomfør konsultasjonens tiltaksfase og anvend de 5 punktene. Gi generelle råd om takling av smerter, ergonomi og livsstil. Avklar om pas trenger analgetika og forskriv det eventuelt. Hva med sykemelding? Ville du rekvirere supplerende undersøkelser?

nyttig påminnelse. Enkelte fant det naturlig å gi den til pasienten under rollespillet.

Det opprinnelige opplegget inneholdt også detaljert medisinsk informasjon om diagnostikk og behandling av tilstanden. Vi har funnet det mer hensiktsmessig å vise til anerkjent norsk konsensus som regelmessig oppdateres i Norsk

Legemiddelhåndbok. Dette kan man altså med fordel repetere før man skal spille rollespillet.

Rollespillet skal ta maksimalt 15 minutter. Deretter skal det være en evaluering på ca 15 minutter. Alle gruppedeltakerne får en mal for denne evalueringen (faktarute 6). Denne utviklet vi med basis i elementer hentet fra Silvermann (9) og kommunikasjonsundervisningen i Bergen (10). I studentsammenheng ledes evalueringen av en lærer (veileder). I en etterutdanningsgruppe kan dette sannsynligvis med fordel gå på omgang. Alle deltakerne må få spille lege og pasient. En gruppestørrelse på 6–8 antas passende. Hvis man er 8 deltakere vil en slik gjennomgang kreve 8 rollespill og 4 timer. Man kan møtes flere ganger, spille flere tilstander, og om ønskelig prøve ut flere teknikker.

**Erfaring fra kurs for allmennpraktikere**

I november 00 deltok åtte erfarne allmennpraktikere på et dagskurs med dette opplegget ved Primærmedisinsk uke. Innledningsvis ble det presentert en video hvor tiltaksfasen var spilt inn for samme tilstand på to forskjellige måter, en meget pasientsentrert, og en meget legesentrert. Deretter ble det spilt rollespill i tiltaksfasen med etterfølgende diskusjon for åtte tilstander, slik at alle fikk spille både lege og pasient. Tilstandene som ble spilt var cystitt, allergisk rhinitt, lumbago, migrene, tykktarmskatarr, hypertensjon, angstanfall og atopisk eksem. Deltakerne vurderte opplegget som meget nyttig. Fem svarte at dette var annerledes enn slik de pleide å gjøre det. Man så også potensialer for videreutvikling og forbedring. Forslag som kom fram var:

- å spille om igjen noe som man i evalueringen kom fram til ikke hadde fungert helt godt
- «legen» kunne prøve flere måter å utforme tiltaksfasen på i rollespillet, for å bevisstgjøre seg kontraster på samme måte som i innledningsvideoen
- videooptak av rollespillet

Vi diskuterte også nytten av nøkkelspørsmål i tiltaksfasen. Interessant var det å observere at «ressursspørsmålet» til Malterud og Hollnagel «Hva gjør du for å holde deg så frisk» (11) utløste positive prosesser.

#### FAKTARUTE 4: *Situasjonsbeskrivelse til pasienten – lumbago*

For 3 dager siden fikk du akutte korsryggsmerter i det du løftet en tung kasse. Du sto vrient til og måtte både bøye og vri ryggen for å få tak. Du har aldri tidligere hatt vondt i ryggen, og har alltid sagt og trodd at du har en sterk rygg i motsetning til faren din som du husker hadde store og langvarige plager. Derfor ble du ganske engstelig og oppsøkte straks legevakta der du bor. Legen undersøkte deg og fortalte at det ikke var noe alvorlig galt med ryggen din. Du fikk resept på noen tablettar som du skulle bruke de første dagene. Men ryggen har vært svært vond hele tiden, særlig når du sitter, men også når du går. Best er det å være helt i ro. Du gikk derfor innom den faste legen din i går og insisterte på å få time i dag. Legen har nå undersøkt ryggen din, og rollespillet starter når denne undersøkelsen er avsluttet.

#### HVORDAN ROLLEN KAN SPILLES

Engstelig for dette, bekymret for framtiden hvis ryggen ikke blir bra. Litt aggressiv. Overbevist om at det må være noe skikkelig galt fatt og at noe må gjøres straks. Vil ha ordentlig undersøkelse ( røntgen).

#### SPØRSMÅL DU KAN STILLE

Kommer jeg til å bli helt bra igjen?  
 Hvor lang tid vil det ta? Blir jeg bra til bryllupet?  
 Er det ikke nødvendig å ta et røntgenbilde- så man kan se hva det er?  
 Bør jeg gå til kiropraktor eller fysioterapeut?  
 Kan det utvikle seg til å bli en kronisk dårlig rygg som min far hadde?

En uhøytidelig «etterundersøkelse» fire måneder etter kurset der seks av deltakerne svarte, viser at de fortsatt opplever at kurset var nyttig, og at det har ført til i hvert fall en viss endring i egne konsultasjoner. Videre var det stor enighet om at opplegget egner seg godt for smågruppeundervisning. Flere uttaler at denne tankegangen bør komme inn så tidlig som mulig i legekarrieren; da det er vanskelig for «innbarkedede» primærleger å endre stil, og det blir også vektlagt at trening på disse prinsippene over tid sannsynligvis ville øke utbyttet av metoden.

#### Hvorfor pasientsentret metode?

Er det en fordel med pasientsentrert metode? Blir pasientene mer fornøyd, blir etterlevelsen bedre, blir helsetilstanden bedre? Det vil kanskje forundre at forskningen på dette området har til dels motstridende resultater og konklusjoner (6). Men det er vanskelig å gjøre gode og gyldige undersøkelser om dette. F eks kan jeg trekke fram en undersøkelse (12) som laget videovignetter med legesentrert og pasientsentrert stil for flere kliniske tilstander. Disse ble så presentert for tilfeldig utvalgte pasienter som skulle si hva de foretrakk. Legesentrert stil kom best ut i flere sammenhenger, men den pasientsentrerte stilen var uhyre deltakert og omstendelig selv for bagatellmessige ting. Jeg tror også jeg kunne bli litt irritert hvis jeg kom til legen for å få hostesaft og sykemelding, og ble presentert for masse spørsmål om hva jeg mente, trodde og følte.

Min egen erfaring er at dette opplegget har gitt meg – og jeg tror mine pasienter, mye av praktisk nytte, og gjort konsultasjonene mye mer spennende og interessante; også for meg

#### FAKTARUTE 5: *Enkel medisinsk informasjon – lumbago*

**HVA ER LUMBAGO?** Det er smerter i korsryggen som kan oppstå plutselig eller utvikle seg gradvis over noen dager. Av og til kommer det i forbindelse med en uvant brå bevegelse i ryggen.

**HVA ER ÅRSAKEN TIL LUMBAGO?** Det er mye usikkerhet rundt dette. Delvis skyldes det nok småskader i musklene, men mer betydelig smerter kommer antakelig også fra leddforbindelsene i ryggen. Noen ganger skyldes smertene press på en nerverot.

#### HVILKE SYMPTOMER GIR LUMBAGO?

Vanligvis intense korsryggsmerter som bedres av hvile. Hvis smertene skyldes press på en nerverot vil man som regel få utstrålende smerter til det område nerveroten brer seg ut i, som regel nedover i det ene benet. Disse smertene forverres som regel ved bruk av bukplassen. Det er dette vi kaller ischias.

**HVORDAN UTREDES LUMBAGO?** Vanligvis er det ikke nødvendig med utredning utover en vanlig undersøkelse hos legen. Røntgenbilder eller blodprøver vil ikke gi informasjon av betydning for forløp eller behandling. Hvis smertene varer mer enn ca 6 uker vil man oftest ta røntgenbilde og/eller CT, litt avhengig av forhistorien til pasienten.

**HVILKEN RISIKO MEDFØRER LUMBAGO?** De aller fleste mennesker får dette før eller siden. Man vil nesten alltid bli bra spontant selv om det kan ta litt tid. Det gjelder også de med ischias. De fleste er i arbeid igjen innen 6-8 uker. Man kan få det igjen senere. Hvis man følger enkle regler for ryggbelastning og holder seg fysisk aktiv er sannsynligvis faren for dette mindre.

**HVILKEN BEHANDLING ANBEFALES?** Det beste er å holde seg i så normal aktivitet som mulig. Sykemelding anbefales bare hvis det er helt nødvendig pga smertene. En kur med betennelsesdempende medisiner vil i mange tilfel-

selv. Noe mer tidkrevende tror jeg nok det er, men jeg opplever at dette er en hensiktsmessig bruk av tid. Og med den nye pasientrettighetsloven, en samfunnsutvikling med mer velorienterte pasienter osv, er det ikke tvil om at vi allmennpraktikere må ha en bredt armamentarium når vi skal møte våre pasienter. Å endre stil i forskjellige situasjoner er ikke lett, men jeg tror at vi må bli dyktigere til å tilpasse vår legestil etter pasientens behov. Pasientkommunikasjon er sammenliknet med trinnene i en dans; først må man øve inn grunntrinnene, men etter hvert blir man dyktigere og sikrere, og når man er blitt riktig dreven kan man improvisere og briljere (10). Jeg tror at et gruppeopplegg med denne metoden vil være nyttig og morsomt for svært mange av oss.

*De som har lyst til å prøve dette opplegget er hjertelig velkommen til å ta kontakt med meg! Jeg håper jeg har gjort riktig mange nysgjerrige på dette!*



ler være en fordel. Man bør gjenoppta normal aktivitet så snart som mulig. De aller fleste blir bra i løpet av få uker. Hvis det varer utover 6-8 uker er videre utredning og vurdering for operasjon aktuelt. Akutt operasjon er aktuelt en sjelden gang: v/ problem med blære/tarmfunksjonen, hvis man får tydelige lammelser av kraften i bena eller hvis svært sterke smerter vedvarer utover et par døgn.

#### **HVORDAN KAN MAN FOREBYGGE LUMBAGO?**

Det er antakelig en fordel å drive jevnlig fysisk aktivitet uten å overdrive. Man bør også følge enkle regler for hvordan man skal bruke kroppen i det daglige. Langvarig stillesitting bør unngås. Men mye er uklart på dette området – f.eks har man ikke klart å vise at pasienter som går på såkalt «ryggskole» hvor de lærer mye om bruk av ryggen, har mindre tilbakefall enn andre. Det ser ut som det er viktig å være sikker på at man skal holde seg bra, at man ikke er overforsiktig, og lever normalt.

#### **BØR LUMBAGO KONTROLLERES?**

Nei, ikke ved normal tilfriskning.

#### **Referanser**

1. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis. A study of repeated prescriptions in general practice. London: Tavistock Publications, 1970.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
3. Byrne PS, Long BLE. Doctors talking to patients. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.
4. Pendleton D, Schonfield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. London: Oxford University press, 1984.
5. Malterud K: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano, 1990.
6. Meland E, Schei E, Bærheim, A. Pasientsentrert medisin, en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 2253-6
7. Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The patient-centered interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 8-13
8. Mabeck CE. Patient-centrert medisin i et spændingsfelt mellom naturvidenskap og fænomenologi. Medicinsk Årbog 1995. Munksgaard, København.
9. Silvermann J, Kurtz S, Draper J. Skills for communication with patients. Radcliff Medical Press, 1998.
10. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 2258-62
11. Malterud K, Hollnagel H. Womens' self-assessed personal health resources. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 163-68.
12. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. BMJ 2000; 321: 867-71

#### **FAKTARUTE 6:**

#### **Mal for evaluering av rollespill**

De som spiller kan markere TIME OUT ved behov.

Den som spiller legen evaluerer først hva han/hun syntes gikk bra / ikke gikk så bra

Deretter pasienten, hvordan opplevdes det, hva opplevdes bra/ ikke så bra.

#### *Deretter i plenum:*

Ble tiltaksfasen godt ivaretatt?

Ble punktene tatt med i den grad det var naturlig?

Ble obs-momentene tatt hensyn til i rimelig grad?

#### *Regel for tilbakemeldinger*

Vær konkret, med referanse til den spesielle situasjon.

Vær konkret på det du mener kunne gjøres annerledes, kom med forslag, si noe om hvordan du tror det kunne fungert bedre.

Fokuser også på positive elementer

Begrens negative tilbakemeldinger til forhold som kan endres.

#### *Når du mottar tilbakemeldinger:*

Lytt – ikke forbered forsvar

Se på det som kommer fram som forslag,

vurder om du tror det har noe for seg.

Tilbakemelding sier like mye om den som kommer

med det som om deg. Det er ingen fasit!

# «Sandheden – Sandheden, om den saa skal føre til Helvede!»

## *Inntrykk fra en Garborgkonferanse*

AV MERETE JOHANSEN OG TONE SKJERVEN

*Stødt er de mannfolk så kloke.  
Og stødt so kjem de i beit.  
Og all ting fær de i floke  
med alt det de veit og veit*

Denne strofen fra Garborgs «Haugtussa» hadde fylkeslege Geir Sverre Braut valgt som motto for konferansen om psykisk helse, samfunnsforståing og skjønnlitteratur som gikk av stabelen i Stavanger 27. og 28. september – i anledning Garborgåret. Vi dro dit. Vi kjørte gjennom høstgule bygder i Telemark, og videre langs en spøkelsesaktig, mørklagt riksvei 13 til Stavanger, mens vi fantaserte om troll og trolldom.

Fant vi sannheten i Stavanger? Vi fikk vel en flik av en forståelse av noen sammenhenger som vi ikke hadde sett før. Et drypp av innsikt som la seg inntil det gamle og utvidet horisonten litt. Men, som fylkesmann Tora Aasland sa noe om i innledningen: vi sier helst ja til det som stemmer med våre egne oppfatninger og erfaringer, det er vanskeligere å ta til seg informasjon som ikke så lett faller på plass i egen erfaringsverden. Det må kreve både vidsyn og forståelse tror vi, og kun med et vidåpent sinn kan man makte å se de store sammenhengene. For, som Garborg har sagt «Dei store samanhengane kan ein ikkje rekkje å røyne seg til, dei må ein sjå.»

«Å kommunisere er å forstå samfunnet og uttale seg», sa Aasland. Vi har en klar opplevelse av at det var det denne konferansen bød på, gjennom en variasjon av tema og innfallsvinkler. Vi skal her forsøke å gjengi hovedtrekkene i de fortellingene vi lyttet til gjennom to helstøpte dager.

### **Må man være gal for å være virkelig kreativ?**

Først ute var psykiater Trond F. Aarre fra Nordfjord med foredraget «Frå Garborg til Gaustad. Psykiatri eller litteraturvitenskap?» Han har interessert seg for sammenhengen mellom kreativitet og psykisk sykdom. Han tok utgangs-

punkt i livet til Arne Garborg, en gutt som vokste opp med en far som tok ende på livet sitt, angivelig fordi Arne ikke ville ta over farsgården. Faren til Arne forgrublet seg på fortapelsen og mente han hadde syndet mot Den hellige ånd. Faren etterlot seg et sett gener som Arne fikk merke virkningen av i sitt liv. «Det interessante er at vi i dag står og hyller en pasient som unnslett oss», sa Aarre. «Han kunne jo ha ringt...»

Vi har en tendens til å opphøye melankolien til noe kunstnerisk og kreativt. Allerede Aristoteles stilte spørsmål om hvorfor folk var så opptatt av at kunstnere var gale. Aarre ramset opp en rekke diktere og kunstnere som har lidd eller lider av alvorlig stemningslidelse. Det kan ikke være rene tilfeldigheter, dessuten skal det visstnok være vist i vitenskapelige studier at det er en overvekt av stemningslidelser hos kreative personer. Spørsmålet er da bare om kreativitet fører til stemningslidelser, eller vice versa, eller om kreativitet og stemningslidelser har en felles årsak. Aarre mente å ha belegg for det siste.

Han var opptatt av den lidelsen disse menneskene går gjennom. Kanskje må man skape for å komme seg ut av helvete. Filosofen Jean Paul Sartre skal ha sagt at genialitet ikke er en gave, men en utvei i en desperat situasjon. Slik sett vil kunst og kreativitet kunne forstås som helbredende i en viss forstand. Garborgs diktning kan være et eksempel på dette. Slik gikk det kanskje også til at han unnslett oss, men ikke uten svær lidelse.

Aarre ga oss flere eksempler på den romantiseringen av sykdom og lidelse som vi kan oppleve i møte med kunstnere. G.F. Händel satt visstnok hjemme hos sin mor og

skrev utkastet til verket «Messias» på 21 dager i et ustyrlig sinne. Noen har ment at Händels oppgave i livet var å være syk. Hvis han hadde fått behandling, ville vi ikke fått verkene hans. Men er dette riktig? «Selv om diktere er syke, er de ikke alltid best når de er syke», sa Aarre og viste til verk som Strindbergs «Inferno» og Nietzsches «Ecce Homo». «Galskapen skinner igjennom, det er ikke god diktning.» Kunstnere kan jobbe bra i hypomane perioder, men det kan være langt mellom disse. I depresjonens mørke er det ikke mye kreativitet. Hvis man stabiliserer stemningslidelsen vil personen kunne jobbe kreativt mer jevnt. Slik vi forsto Aarre bør vi være forsiktige med å romantisere lidelsen. Personer med stemningslidelser har det best når de får stabilisert sin sykdom, også med kunsten.

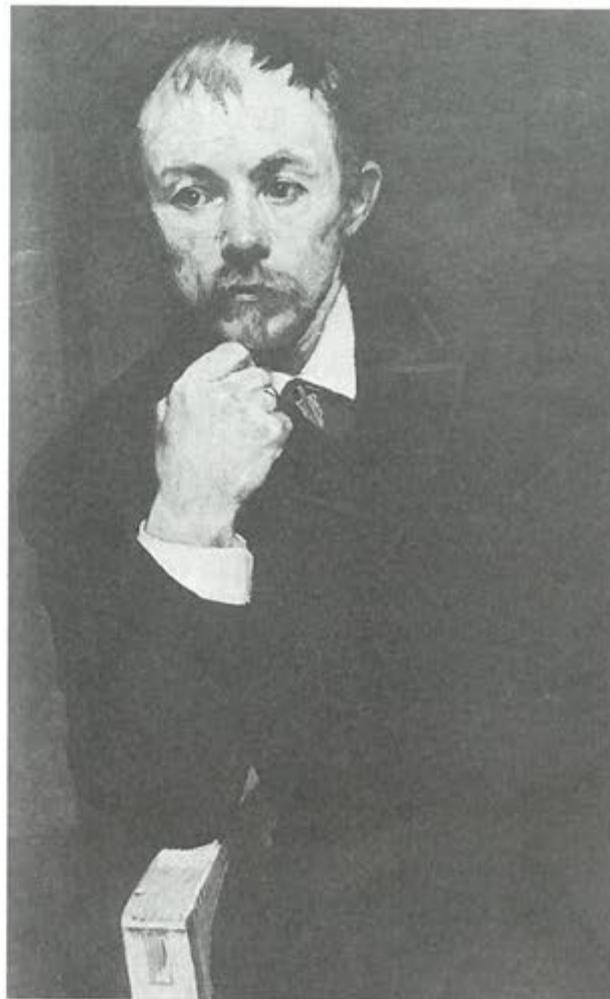
### Den forståelige galskapen

Litteraturviteren Anne Elise Winterhus leste et brev som hun hadde skrevet til sin psykisk syke bror. Brevet omhandlet deres felles oppvekst. Hun tok et skarpt oppgjør med den fortelse av viktige livstema som de opplevde i barndomshjemmet. «Var det det vi lærte», spurte hun i brevet: «at bare gjennom å tie kan en verne om det verdige?» Hun spurte videre, «hva gjør vi med det vi ikke forstår eller tåler i oss selv og i andre? Hva gjør vi med skammen? Skam og fortelse lever i ekteskap med hverandre», sa hun. «Tror vi at det som ikke nevnes ved navn ikke finnes? Vi ble opplært til å være statister i eget drama, vi skulle gå ut i verden og late som ingen ting, men den dype og infiserte skammen tok fra oss muligheten til livsglede. I stedet kom depresjon som sjelens gråt, og angsten som sjelens protest mot det inntengte.»

Hvordan kan man da bevege seg fra soning til forsoning, fra meningsløshet til mening? Broren ble syk, selv har hun søkt hjelp i litteraturen. «Kunstnerens sensibilitet gir mulighet til å kjenne, gjenkjenne og erkjenne.» Litteraturen og kunsten blir brobygger mellom ens inntengte forbudte landskap og livet. Hun brukte Jon Fosses diktning til å belyse sitt budskap. «Møtet er berøring, mennesket blir til i relasjon. Intellektuell forståelse skaper avstand, men faren er at vi dermed tror at vi har avstand», sa Winterhus med en liten snert til helsevesenet og psykiatrien. «Vi må fortelle våre egne historier.»

### Mørkets sangerske

Jan Erik Vold snakket om at vi trenger de store fortellingene idet han viste til Gunvor Hofmo (1921–1995) sitt liv, med referanser til sin bok om henne «Mørkets sangerske». Gjennom en poetisk beskrivelse ga han oss et lite innblikk i hennes liv og skjebne gjennom en dikters respektfulle og medfølende blikk. Han ga en liten honnør til norsk psykiatri da han bemerket at «de lot henne i fred.» Hun var inn-



lagt ved Gaustad psykiatriske sykehus i 16–17 år. «Sjelen slumret bare», sa han om hennes tilstand i de årene, «og som et under våknet hun igjen.»

Hofmos poesi beskrives som «et vindu i en mørk tid.» Hun vokste opp på østkanten i Oslo i en Grüneløkkagård sammen med to eldre søsken og foreldrene. De bodde i øverste etasje i en leilighet på 20 - 30 kvadratmeter. Gjennom store flater og detaljerte skildringer fikk vi innblikk i Hofmos liv. Ytre begivenheter knyttet til krigsårene ble kontrastert med en dyptloddende studie av krigsårenes betydning for den unge jenta. Vold beskrev hvordan hun møtte realitetene i det Europa hun levde i fra hun var en livat jente i barneårene, gjennom avgjørende møter med sinnets sammenbrudd, til hun igjen gjenvant sin aktivitet som poet. Sentralt i poesien står Hofmos nære vennskap med den jødiske kvinnen Ruth Maier. Sorgen over tapet av Maier som ble henrettet i en tysk konsentrasjonsleir, danner en understrøm i Hofmos poesi. Vold følger dikteren innover i et stummende mørke og utover i en motivisk klarhet. «Mitt livs nærsynthet. Alle de blinde fikk syn gjennom deg. Alle de stumme fikk ord gjennom deg.» (Hofmo). (forts. s. 20)

# SJUTTESER FOR ALLMENNEMEDISIN

En oppsummering av NSAMS tenkedugnad 2000- 2001.

Vår samtid anno 2001 preges av økende muligheter for medisinsk behandling, men også av kommersialisering og medikalisering, rettighetstenkning og økt forbrukerbevissthet.

En ny beskrivelse av faget **allmenntilleggsmedisin** i fastlegeordningen skal

- KLARGJØRE LEGENS ANSVARSOMRÅDER
- FREMME FORSVARLIG BRUK AV MEDISINSK TEKNOLOGI OG MEDIKAMENTER
- GI BASIS FOR INNHOLD I GRUNN-, VIDERE- OG ETTERUTDANNING
- SKAPE REALISTISKE FORVENTNINGER TIL HELSETJENESTEN
- SIKRE FAGLIG IDENTITET OG TRYGGHET FOR LEGEN.

## HOLD LEGE-PASIENTFORHOLDET I HEVD!

Allmenntilleggsmedisins sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

## GJØR DET VIKTIGSTE!

Allmenntilleggsmedisinerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

- **fortolker av pasientens symptomer og plager**; skiller ut de som har behandlingstrenghende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke

- **velleder og lærer:** hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres
- **vitne og ledsager:** følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

## GI MEST TIL DEM SOM HAR STØRST BEHOV!

Forventningene til allmennmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader, hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

## BRUK ORD SOM FREMMER HELSA!

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

## SATS PÅ ETTERUTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

## BESKRIV PRAKSISERFARINGENE!

Å forebygge sykdom og uheile er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

## TA LEDELSEN!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekontoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

# NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

www.nsb.no/for/eng

## Psykosens beskyttelse

I psykiater Svein Haugsgjerds foredrag «Uro i tiden, uro i sjel og sinn», stilte han seg spørsmål om hva Gunvor Hofmos stemme har å fortelle oss som arbeider i psykiatrien. Han syntes at hun på en sjelden måte dokumenterte hvordan indre smerte til slutt førte til et psykotisk gjennombrudd. Haugsgjerd møtte henne da han arbeidet som assistentlege ved Gaustad sykehus. Han fortalte om denne kvinnen, hvordan hun en dag gikk til sin terapeut og sa at hun ikke lenger ville hygge poteter i åkeren sammen med de andre pasientene. Terapeuten foreslo at hun kunne begynne å dikte igjen og ga henne en stol og en pult i et hjørne ved et vindu i stuen. Her arbeidet hun resten av tiden på Gaustad.

Haugsgjerd hadde fokus på Hofmos lidelse som en psykose, psykosens beskyttelse mot noe uutholdelig. «Det er også en måte å likvidere sin egen vilje til å kommunisere med sitt indre og å møte andre med et skjold av symptomer. Dermed mistet hun også sin mulighet for å bli forstått og gjenkjent av andre. Sammenbruddet kan sees som en engel som beveger seg bakover med ryggen til framtiden og ser bakover før den kommer videre», sa han. Haugsgjerd mente at nøkkelen til forståelsen av hennes sammenbrudd ligger i hennes tap av venninnen Ruth Maier. Hun var hennes livs kjærlighet. Hun ble hennes alter ego og muse. «Det er ingen hverdag mer, bare sorte lik i røde klær. Alt vi fornermer er de dødes åndedrag.» (Hofmo). Haugsgjerd viste til at Hofmo senere ikke var i stand til å stå noe menneske nær. Hun forsøkte få gitt ut sin venninnes dagboksnotater og dikt, men lyktes ikke og følte at hun sviktet sine mål om å være sin venninnes talsmann. Hun opplevde intens selvkritikk etter dette. Det senere forholdet til dikteren Astrid Tollefsen beskrives som et blekere forhold. Haugsgjerd mente at stridigheter og brudd i relasjonen til slutt utløste det psykotiske sammenbruddet.

## Tro og trolldom – eller vrangforestillinger

«Visjoner og virkeligheter. Med Haugtussa som guide i møte med fremmede kulturer», var tittelen på foredraget til psykiater og forfatter Mette Nygård. Nygård hadde sitt fokus på en psykologisk forståelse av religiøse erfaringer og kulturelle aspekter av disse. Kulturen preges av visjoner som psykologiske fenomener og syner som religiøse erfaringer. Hun viste til at det i flere deler av verden eksisterer tro på en åndelig verden parallelt med den verdslige verden. Våre erfaringer er at pasienter oppsøker healere, irislesere, etc for å søke svar og hjelp for sine plager. Troen på forhekseleser og «det onde øyet» er der fortsatt. Troen på krefter utenfor vår verden finnes i alle kulturer. Ut fra et psykologisk perspektiv kan trolldom forstås som psykologisk forsvaret og overtro. I «Haugtussa» fra 1885 skrev Garborg om

Veslemøys utenomjordiske krefter. Nygård ga en analyse av Veslemøy og tenker seg at hun kanskje fikk en tryggere verden å forholde seg til når hennes søster viste seg for henne som gjenferd og fortalte om Veslemøys livsløp. Hun hadde en evne til å se inn i den andre verden, noe som vi i dag ville kalle «uvanlige sanseopplevelser».

I dag er trolldom et forskningsfelt. Et fellestrekk ved fenomenene som omhandler trolldom, er at trollmannen nettopp ser klarere i dempet belysning, dette sammen med ranglelydene gjør at mediet lettere kommer i transe. I Nygård's utlegning av teksten om Veslemøy er det nettopp to fenomener som går igjen. Det ene er at når Veslemøy ser inn i den andre verden er dette sanseopplevelser som hun har om kvelden, natten eller tidlig morgen. Opplevelsene kan også oppstå i tussmørke, tåke eller i snøstorm. Et annet fenomen er at opplevelsene ofte er knyttet til lyder.

Nygård viste til flere erfaringer med pasienter fra andre kulturer. En av pasientene kom til henne fordi han ikke fikk sove, en liten gutt viste seg for ham om natten. Det viste seg at han som ung soldat hadde deltatt i et overfall og skutt en liten gutt i magen. Etter dette deserterte han. Denne mannen hadde vokst opp i en kultur med en arkaisk religiøsitet som han som voksen tok avstand fra. I hans religion ville det blitt forlangt gjengjeldelse for en slik handling. Han hadde ikke lenger noen ritualer å forholde seg til som kunne hjelpe ham. Han forsøkte å sone ved å vaske eller skade den hånden som han hadde drept gutten med, uten at dette hjalp ham.

Gjennom flere historier understreket Nygård viktigheten og nødvendigheten av å forholde seg til andre kulturer og andre forståelser av tilværelsen. Dersom leger og andre behandlere ikke forholder seg til pasienters tro kan vi risikere å frarøve oss muligheten til å oppdage dynamikken i lidelsen og pasientenes forestillinger. Selv om pasienten ikke snakker om det, kan troen på trolldom allikevel være en bakgrunnstro som kan forklare dynamikken i symptomene, f.eks kan trolldom fungere som forklaringsmodell ved impotens eller senilitet. Pasientene vil alltid uttale seg på sine premisser. Det er viktig å skille mellom tro på trolldom og psykotiske vrangforestillinger.

Som verdi kan trolldommen kan ha en funksjon som innflytelse på moralen, slik at man unngår umoralske handlinger, sa Nygård. Hun viste til at skyld og skam på den ene siden, og frykt for trolldom på den andre, er innen det samme aspekt og er kulturelt betinget. Hun avsluttet med en omskrivning av Freud da han på sin tid uttalte seg om det kvinnelige. «Hvis dere vil vite mer om kvinnelighet enn det jeg til nå har sagt, så vent på vitenskapen, gå til dine egne erfaringer, eller hør på dikterne.» Nygård sa nå det samme

om temaet troldom: «Hvis du vil vite mer om troldom, vent på vitenskapen, gå til dine egne erfaringer eller hør på dikterne.» Dette landet hos oss som en spennende oppfordring til å lytte til meningen i andres og egne erfaringer og historier, enten det handler om religiøsitet eller troldom.

### Melankolien som grunnlag for det skapende

Dette var overskriften på litteraturviter Kjersti Bale sitt foredrag. Hun tok oss med i en kunnskapsmessig heseblesende gjennomgang av melankoliens mangfoldige uttrykk og nedslag i kunst og litteratur fra antikken til moderne tid.

Foredraget var basert på hennes doktoravhandling fra 1996:

«Out of my weakness and my melancholy»-

Melankoli som litterær konfigurasjon.

Noe av hovedbudskapet, slik vi forsto det, var at språket gir oss muligheter til å skape tilknytning, mening og sannhet som vil virke lindrende på melankolien. Hun henviste til den franske litteraturteoretikeren, lingvisten og psykoanalytikeren Julia Kristevas avhandling «Sort sol. Depresjon og melankoli». Kristeva mente at litteratur og kunst nettopp har denne muligheten til å skape tilknytning, lindring og tilhørighet ved at det knyttes affekt til språket. Dette hjelper melankolikerer som har trukket seg tilbake fra omverdenen, til å knytte bånd til verden igjen.

Kunsten og litteraturen hjelper oss også til å forstå melankoliens særtrekk. Dessuten har melankolibegrepet selv en språklig fortelling. Det knyttes noe mer positivt til melankolibegrepet enn til depresjon. Aristoteles påpekte at unnaksmenneskene innen politikk, litteratur, filosofi etc, var melankolske. Under renessansen nådde den kulturelle forestilling om forbindelsen mellom melankoli og usedvanlig evnerikdom sitt høydepunkt. Melankolien var knyttet opp mot den sorte gallen som måtte tempereres for at individet skulle holdes i balanse. Musikk og kjærlighet var visstnok ypperlige virkemidler i den sammenheng. Selv 1800-tallets psykiatri som prøvde å kaste av seg den tidligere kulturhistorien med hensyn på melankolien for å bli mer vitenskapelig, måtte gå til litteraturen. Freud viste således til Shakes-

peares «Hamlet» idet han undret seg over hvorfor man måtte bli syk for å oppnå selverkjennelse.

Senere samme dag, da Berge Furre stod på talerstolen og snakket om de fattiges protest; «Gi oss i dag vårt daglige brød», kom det et utrop fra salen: «Måtte du aldri dø!» Utropet hadde et dypt meningsinnhold. Bale sitt budskap om at språket får mening gjennom at det knyttes affekt til det, ble her vist i praksis!

### Fra dekadanse og dødsdrift til postmodernisme og narsissisme

Professor i idehistorie Trond

Berg Eriksen hadde et fore-

drag om Nietzsche og

Garborg. Slik vi forsto

det ville han kaste lys

over sammenhen-

gen mellom tidens

forvirring og indi-

videts forvirring

gjennom en ana-

lyse av Garborgs

forståelse av Ni-

etzsche. Garborg

interesserte seg for

Nietzsche og for-

søkte å forstå deka-

dansbegrepet slik det

ble forstått i den tid de

levde. Berg Eriksen satte nå

temaet på dagsordenen ved å

sammenligne 1890-årene med 1990-

årenes tidsånd.

“ Ved overgangen til  
ett nytt århundre i  
år 1900 fryktet man at Vårherre  
skulle komme tilbake og dømme  
levende og døde. Ved overgangen til  
år 2000 frykter man at Vårherre aldri  
skal komme tilbake og dømme  
levende og døde. ”

Berg Eriksen

Berg Eriksen snakket om at 1890-årenes nihilisme ble synlig gjennom Hans Jæger og Kristianiabohemen. De ble oppfattet som 1890-årenes dekadente, de representerte rus, hor og forfall. Allikevel var de kanskje de siste som kunne synde slik at det førte til utstøtelse, sa Berg Eriksen. Dette representerte den tids behov for opprør og opprydning. Den dekadente litteraturen krevde regnskap. «Du skal skrive ditt liv» og «du skal ta ditt liv», sa Jæger.

Verken Garborg eller Nietzsche var selv dekadente. Nietzsche sa at det som kjennetegnet dekadansen var at kraften til å holde alle deler sammen var forsvunnet. De hadde begge et fellestema i sin verdibakgrunn; «All coherens is gone», spesielt uttalt var temaet tilstede i Garborgs roman «Trætte Mænd». Berg Eriksen viser til at denne boken er en fortelling om en roman som ikke fullføres, kraften til å gjøre noe ferdig er forsvunnet. «Trætte Mænd» kan ses på

som Garborgs reaksjon på Nietzsches forståelse av dekadansen. Nietzsche så på dekadansen som en «sykdom», der ulike deler løper hver sin vei. Han sammenlignet den med en sykdom der de ulike kroppsdelene lever sitt eget liv. Berg Eriksen påpekte at slik sett var ikke Jæger noen virkelig dekadent. Han kunne følge en tanke helt ut. Han skrev bøker. Han gjorde seg ferdig.

Hos den dekadente blir framtidstroen borte, kjønnnet det sentrale livstema, selvmordet og destruktivitet eneste utvei. Mystikk og religiøs sentimentalitet var erstatningsleder. Verden ble holdt på avstand gjennom ironi. Galskap og vanvidd smittet over til en hel tid. Forbindelsen mellom tanke og følelse ble oppløst. Teologien var i ferd med å forsvinne.

Slik Berg Eriksen presenterte det ga Nietzsches liv opphav til studiet av geniet og de romantiske studier av galskap. Garborg studerte Nietzsche, han ville forstå sammenhengen mellom liv og lære og fant et etisk intakt menneske, og han fant Nietzsches studie av tidens dekadanse. Han fant at Nietzsche var en krisetenker. Han prøvde å overvinne nihilismen ved å sette det skapende mennesket i Guds sted. Han ville at postnihilismen skulle være kreativ og ikke reaktiv. Nietzsche ville at normer og sannheter måtte settes av livsviljen selv, og hadde fokus på kunstens frigjørende evne. Han angrep kristendommen og mente at filosofene må skape nye bilder av livet. Det handlet om tro på menneskets livgivende krefter. Den dekadente var født til undergang, mente Nietzsche. Nietzsche tok avstand fra dekadansen, forsøkte å vende negativt til positivt. Nietzsche ville bekjempe dekadansen ved å skape det oppreiste mennesket i en gudløs verden.

På 1990-tallet ved overgangen til et nytt århundre imponeres vi sannsynligvis ikke lenger av bohemens synder. Berg

Eriksen hevder at nihilismen er blitt hele folkets eiendom. Begrepet synd er borte, nå angrer man ikke sine synder, men angrer for det man ikke har syndet. 1990-årene viser postmoderne posører av et billigere stoff, de løper linjen helt ut. Det er ikke lenger dødsdriften, men narsissismen som regisserer våre posørers undergang.

Disse tankene forandrer seg på 1890-tallet mener Berg Eriksen slik vi skjønte det. Nå er det fremveksten av helte dyrkelsen og de subjektive allmaktsfantasier som dominerer. Berg Eriksen poengterer at en slik utvikling gjør at troen på mennesket og tilliten til demokratiet avtar, og fantasiene om overmennesket øker.

Postmodernismens verdikrise er ulik 1890-årenes desentrering av verdier. Det var de store fortellingenes forfall. Nietzsche og Garborg hadde en sjelden innsikt, de er nå blitt klisjeer. «Ved overgangen til ett nytt århundre i år 1900 fryktet man at Vårherre skulle komme tilbake og dømme levende og døde. Ved overgangen til år 2000 frykter man at Vårherre aldri skal komme tilbake og dømme levende og døde.» (Berg Eriksen).

### Sluttord

Det var enda flere foredrag, men vi har valgt ut de som vi selv hadde mest utbytte og glede av. Arrangørene ville at konferansen skulle være en festforestilling og at vi skulle gå mer sultne hjem enn da vi kom. Begge deler oppnådde de til fulle. Kjersti Bale sin bok «Om melankoli» er innkjøpt, og nysgjerrigheten på Garborgs litteratur er forsterket. Interessen for forskning på temaet trolldom og eventyr er befestet, og Nietzsche har fått en oppreisning. Ikke minst - vi har fått bekreftet at vi stødt kjem i beit med alt det vi trur vi veit.

I diskusjonen til slutt foreslo Jan Erik Vold at neste konferanse burde handle om gleden. Vi drar dit også!

### Korsryggmerter – en funksjonell forstyrrelse?

*Hr. redaktør!*

Under ovennevnte overskrift i nr. 5, 2001 fant jeg et interessant intervju med dr. Aage Indahl. Når det gjelder lumbago, knytter han helt klart patofysiologien til degenerative forandringer i mellomvirvelskivene, spesielt annulus fibrosus. Det synet støtter jeg fullt og helt. men overskriften må jeg si meg svært uenig i. Fra et medisinsk studium for mer enn 30 år siden husker jeg godt at vi ble lært at smerter som man ikke finner noen biologisk forklaring på, kalles «funksjonelle» og må forstås via psykologiske/psykiatriske mekanismer. våre studenter forteller at dette synet fortsatt formidles av lærerne. I Taber's Cyclopedic Medical Dictionary finner jeg: «functional disease: general term for inorganic disease...». Den vinkling som overskriften gir når det dreier seg om et så alvorlig helseproblem som ryggmerter,

anser jeg som svært uheldig, ikke minst i lys av det som kommer til uttrykk vedrørende patofysiologien for korsryggmerter i intervjuet med Indahl. Som diagnostikere står vi leger ofte overfor pasienter som har plager som vi ikke finner årsaken til gjennom klinisk undersøkelse og supplerende prøver. Vi har da tre muligheter; vi kan mistro pasienten, vi kan tolke det hele som «psykisk», eller vi kan trekke våre diagnostiske hjelpemidler i tvil og skylde på dårlig diagnostisk sensitivitet. Etter mitt syn, og også ut fra intervjuet med Indahl, synes det siste å være tilfelle, ikke at det foreligger noen «inorganic disease».

*Knut Laake*

Geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus

*Verdas helseorganisasjon feira 50 årsdagen med ein jubileumssesjon i 1998. Til dette jubileet kom det statsleiarar frå heile verda. Noreg hadde spesiell interesse av dette møtet, for på den ordinære delen av sesjonen vart Gro Harlem Brundtland vald til generalsekretær. Det var derfor ein stor norsk delegasjon til stades.*

*Nokre av dei som kom heim, fortalde at det var éin tale som skilde seg ut, og som hadde gjort eit djupt inntrykk. Medan dei andre statsleiarane stort sett heldt festalar, gjekk Fidel Castro rett på sak. Han sette fingeren på hovudproblemet i verda i dag.*

*Vi vart nyfikne. Begeistringa for Castro kom frå folk vi elles hadde trudd stod langt frå Castro i politisk syn. Etter mykje strev klarte vi til slutt å få tak i talen. Omtrent samstundes kom Sosialkomiteen heim frå vitjing på Cuba. No fekk vi oppleve John Alvheim og andre snakke i høgstemde ordelag om det dei hadde sett. Vi bestemte oss derfor for å reise til Cuba for å intervjue Castro sjølv.*

*Castro sluttar talen sin slik: «Verda kan også kjempe og vinne.» Vi ønskte å spørje Castro om korleis han ser denne kampen for seg. Kva råd har den siste sosialistleiareren i verda til verdas folk? Korleis skal verda kjempe og vinne? Hendingane denne hausten viser vel tydeleg at verda treng råd.*

*Castro er ikkje lett å kome innpå. Vi har prøvd mange vegar for å få til eit intervju, men vert støtt stogga før vi når dei indre gemakka. Det har teke tid, men vi trykkjer no talen som han er.*

*Talen er omsett frå spansk av Helge Bjørlo.*

*Gunnar Strøno*

## Tale halden av Dr. Fidel Castro Ruz, President i Republikken Cuba, på jubileumssesjonen for 50 årsdagen for stiftinga av Verdas Helseorganisasjon (VHO) i Nasjonspalasset, Genève, Sveits, 14. mai 1998.

Eksellensar, Styret i VHO, distingverte utsendingar



Ære til Verdas helseorganisasjon som saman med UNICEF reddar livet til fleire hundre millionar born og millionar av mødre, som lettar lidningane og reddar mange andre menneske frå døden. Desse to institusjonane, i lag med FAO, FN sitt program for utvikling, UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development), Verdas matvareprogram, Verdas befolkningsfond, UNESCO og andre organisasjonar som er så kritiserte av dei som ønskjer å gå til åtak på dei edle ideane som inspirerte til danninga av FN, har gjort sitt for på ein avgjerande måte å skape eit universelt samvit om dei store problema verda slit med i dag og dei store utfordringane vi har framføre oss.

Dersom verdsøkonomien, slik velrenommerte analytikarar hevdar, vart seks gongar større, og produksjonen av varer og tenester auka frå mindre enn fem tusen milliardar dollar til meir enn 29 tusen milliardar frå 1950 til 1997, kvifor døyr då framleis kvart år 12 millionar born under fem år, det vil seie 33 tusen dagleg, der det store fleirtalet kunne vore redde? Ikkje nokon stad i verda, ikkje i noko folkemord, ikkje i nokon krig

blir så mange drepne i minuttet, i timen og om dagen som det som svolten og fattigdommen tek livet av på planeten vår 53 år etter at FN vart danna.

Ungane som døyr, og som kunne vore redda, er i nesten eit hundre prosent av tilfella fattige, og av dei som overlever er det kvart år 500 tusen som blir blinde av mangel på ein enkel vitamin som kostar mindre årleg enn ei pakke sigarettar. Kvifor er 200 millionar barn under fem år underernærte? Kvifor arbeider 250 millionar barn og ungdommar? Kvifor går ikkje 110 millionar barn i grunnskolen og 275 millionar er utanfor vidaregåande skole? Kvifor blir to millionar jentebarnprostituerte kvart år?

Fordi i denne verda, som årleg skapar varer og tenester for nesten 30 tusen milliardar dollar, bur 1300 millionar menneske i absolutt fattigdom. Fordi dei har mindre enn ein dollar dagen å leve for, medan det er andre som mottar ein million dollar om dagen. Fordi 800 millionar manglar dei mest elementære helsetenester. Fordi av dei 50 millionar menneske som kvart år døyr på jorda vår, både barn og vaksne, døyr 17 millionar, det vil seie nesten 50 000 kvar dag, av infeksjonssjukdomar som nesten alle kunne vore lækte av, eller enda betre, ha unngått, for ein pris som av og til er mindre en ein dollar per person.

Kor mykje kostar eit menneskeliv? Kor mykje kostar den urettvise og utolege økonomiske verdsordninga for menneskeslekta? 585 000 kvinner døyde i 1996 i løpet av svangerskap eller fødsel, 99 prosent i den tredje verda. 70 000 døyde etter abort under uhygieniske omstende, 69 000 av dei i Latin-Amerika, Afrika og Asia.

Bortsett frå ein avgrunn av ulikskap i levestandard, så lever folk i dei rike landa gjennomsnittleg 12 år lenger enn i dei fattige landa. I enkelte land er skilnaden i levealder mellom dei rikaste og dei fattigaste på mellom 20 og 35 år.

Det er svært trist å tenke på at når det gjeld tilhøva for mødre og barn, trass i innsatsen frå VHO og UNICEF, så døyde det i dei siste femti åra 600 millionar barn og 25 millionar mødre som kunne ha overlevd. For at det ikkje skulle ha skjedd, måtte vi ha hatt ei meir rasjonell og rettvis verd. I den same etterkrigstida vart det investert meir ein 30 tusen milliardar dollar i militære kostnader. I følgje oppgaver frå Dei Sameinte Nasjonane ville kostnadene med å gi alle tilgang til grunnleggjande helsetenester vere på 25 milliardar dollar årleg. Det svarar til 3 prosent av det som i dag går til militære kostnader. Og i dag er det ingen kald krig.

Handelen av våpen som er laga for å drepe, får halde fram, og medisinane som er laga for å redde liv, blir stadig dyrare.

Marknaden for medisinar kom i 1995 opp i 260 milliardar dollar. Dei rike landa, med 14,6 prosent av folketallet i verda, 824 millionar menneske, brukar 82 prosent av medisinane. Resten av verda, 4815 millionar brukar berre 18 prosent. Prisane gjer medisinane i røynda uopnåelege for den tredje verda, med unntak for dei privilegerte i desse landa. Kontrollen over patentar og marknader som dei store multinasjonale selskapa utøver, gjer dei i stand til å auke prisane til meir enn 10 gonger produksjonskostnadene. Ein del av dei nyaste antibiotika har ein pris som er 50 gonger produksjonskostnaden.

Men menneskeslekta held fram med å vekse. Vi er no nesten 6 milliardar, og veks med 80 millionar årleg. Det tok to millionar år å nå den første milliard. Det tok hundre år å bli ein milliard til, medan den siste milliard tok berre 11 år. Om femti år vil det vere 4 milliardar fleire innbyggjarar på planeten vår.

Gamle sjukdomar har dukka opp på nytt, og det oppstår nye; AIDS, ebola, hantavirus, encefalopatia spongiforme bovina. Meir enn 30 i følgje spesialistane. Enten får vi bukt med AIDS, eller så gjer AIDS ende på mange land i den tredje verda. Ingen fattig AIDS-sjuk kan betale 10 000 dollar årleg som er det behandlinga i dag kostar som gjer livet lengre, utan å kurere sjukdomen.

Klimaet endrar seg, hava og atmosfæren blir varmare, lufta og vatnet blir ureina, jordsmonnet eroderer, ørkenane veks, skogane blir borte, det blir mindre vatn. Kven skal redde arten vår?

Dei blinde og ukontrollerbare marknadslovene? Den nyliberale globaliseringa? Ein økonomi som veks av seg sjølv og for seg sjølv lik ein kreftsvulst som fortærer mennesket og øydelegg naturen? Dette kan ikkje vere den rette vegen. Eller det er det berre for ein kort periode i historia.

Mot dette kjemper Verdas helseorganisasjon heroisk vidare, og den har, i tillegg, plikt på seg til å vere optimistisk.

Som kubanar og som revolusjonær, deler eg denne optimismen. Cuba med ein barnemortalitet på 7,2 for kvar 1000 levandefødde i det første leveåret, med ein lege per 176 innbyggjarar, som er det høgste i verda, og med ein forventet levealder på tett under 75 år, oppfylte alt i 1983 målsettinga som var sett for år 2000 med eit helseprogram for heile folket. Trass i handelsblokaden som vi har lidd under i snart 40 år. Trass i å vere eit fattig land i den tredje verda. Forsøket på folkemord mot oss gjorde at vi mangedobla innsatsen og viljen til å overleve. Verda kan også kjempe og vinne.

Mange takk

# Ein allmennmedisinsk entreprenør

SAMTALE MED TELLEF FOSSLI VED FRODE FORLAND

Eg dreg attende til bygda der eg sjølv gjekk kommunearbeidarskulen i mine ni første legeår – for å møte ein kollega som har gått mot strømmen då dei aller fleste andre gjekk med – og inn i ei økonomisk lukrativ fastlegeordning. Han har etablert sin eigen heilt private praksis, utanfor alle ordningar og offentlege støttetiltak milevis unna næraste tettstad, i bygda Nissedal i Vest Telemark. Her driv han eit sant kombibruk, litt jord- og skogbruk, litt som maskinentreprenør, og sommarstid som turistvert på eigen campingplass, men mest som doktor. Eg er lege med høgrehanda, seier han.

Tellef Fossli heiter mannen, f. 1955, cand. med. Oslo 1983. Etter turnus starta han ei lovande forskarkarriere på Rikshospitalet med tema vekstregulering innanfor molekylærbiologi. Han snusa litt på kirurgi og indremedisin før han vart lokka ut att i allmennmedisin, tilbake til eiga heimbygd. Her var han kommunelege i 7 år, berre avbrote av kortare periodar med etter- og vidareutdanning, fram til han i 1996 sa opp i frustrasjon over den dårlege personalforvaltninga og helsepolitikken som det offentlege stod for. Så var han 3 år overlege ved Attføringscenteret i Rauland, (ein stad han meiner at alle allmennlegar burde ha jobba) – for så frå hausten 2000 å starte opp sin eigen private praksis på garden der han har vakse opp.

Han tek imot meg i sin nyinnreda praksis i det som før var butikken i Nordbygda, i eit hus kloss inntil vegen. Det meste av arbeidet med å ominnreie huset har han gjort sjølv. Riksvegen går gjennom gardstunet der barndomsheimen, campingplass og uthus ligg på eine sida, garasje og den nye praksisen ligg på andre sida. I huset er det praksis i første

*Huset ved vegen, før butikk, no legepraksis.*



etasje, eigen bustad i andre og gjesterom i tredje. I vindfanget står det diverse verktoy, fjellski, barnevogn, og slikt som ein finn i gangen på ein gard. Alt bygningsarbeid er ikkje ferdig enno, unnskylder han. Så kjem vi inn i ein open, lys gang med ein liten resepsjon rett imot. Alt er nytt og smakfullt innreidd med duse fargar og parkettlagde golv, eit toalett med fliser som på det finaste hotell. Til venstre eit venterom med gode stolar og duk på bordet. «Fjell og vidde» og «Helsenytt for alle» ligg på bordet. Ved sida av resepsjonen er det eit laboratorium, med vanleg utstyr for eit legekontor, til høgre eit mindre rom for samtale, igjen med mjuke stolar, duk på bordet, eit fruktfat og eit vakkert skrivebordsmøbel med ein bærbar PC. Vi sit gjerne saman her første gongen ein pasient kjem, seier Fossli. Då set eg av frå 1 til 3 timar, for å få eit skikkeleg grunnlag for å bli kjent med pasientane. Mange kjem med samansette problemstillingar, der problema både er knytta til kropp og sjel, arbeid og familiesituasjon. Ein del er også henvist frå andre. I slike situasjonar er det i første omgang tid som er det viktigaste verktøyet for å kunne vere til hjelp.

*Dr. Fossli les «Helsenytt for alle» på venterommet.*

*Kvifor har du etablert deg på denne måten?*

Eg dannar mitt bilde av verda og helsetenesta ut frå det som eg har sett og erfart, og mitt inntrykk er at den offentlege allmennlegetenesta i kommunane har svikta fundamentalt når det gjeld kontinuitet i lege- pasientforholdet, kommunikasjon og tid. Kven har ansvaret for kvalitetssikringa her? Det offentlege har plikt til å sørge for at det er nokon i stillingane. Det klarer dei til ei viss grad, men det er ikkje sikkert at det er nokon der som kan lytte og forstå sjølv om det fysisk er nokon der. Utsifting og gjennomtrekk i legestillingane i Vest-Telemark har vore formidabel i dei siste 5–10 åra. Grunnane til dette veit vi ein del om, men lite blir gjort for å betre på situasjonen, seier Fossli.

Mange, særleg eldre i bygdene, opplever at dei ikkje blir forstått av legar som kjem frå Danmark, Tyskland eller endå leger borte frå. Folk gir opp å forklare seg, reiser heim att og grin, sier Fossli. Det handlar ikkje berre om språk, det handlar like mykje om å ha tid, interesse og forståelse for dei problemstillingane som pasientane kjem med. I den nye fastlegeordninga, er det ein sterk økonomisk stimulans til å ha mange pasientar på listene, til å ha mange pasientar kvar





Tellef Fosli viser stolt fram delar av maskinparken.

dag og til å ta prøver som gjev eigne takstar. Dagens medisin er også blitt for teknifisert. Desse tinga styrer legane bort frå dei pasientane som kanskje treng tenestene mest, dei med samansette psykososiale og psykosomatiske problemstillingar. Frå mi tid som overlege på Attføringscenteret i Rauland har eg til fulle sett korleis mange, også spesialistar i allmenmedisin, let vere å setje seg inn i og utrede denne type problemstillingar.

Det har vore jobba mykje med kvalitetssikring av legetenester både med tanke på laboratorie, journalføring, IT-systemer og IK-systemer osv., men det hjelper lite når fundamentet ikkje er på plass, - ein lege som er der, kjenner deg og historia di og har tid når du treng det. Min filosofi er at eg gjerne vil vere ein lege som tar dei gamle KOPF-idealane på alvor (kontinuerleg, omfattande, personleg og forpliktande). Mi erfaring tilseier at eit slikt nært forhold til pasientane ikkje treng bli noko større belastning enn det å vere

i eit offentleg system der ein kjenner frustasjonen over alt ein skulle ha gjort og alt ikkje får gjort. Og så er eg vel litt sta, og ønskjer ikkje å bli styrt av byråkratar, legg han til.

#### *Korleis møter du pasientane?*

Eg tenkjer at kvar pasient treng ei individualisert tilnærming. Dei er mine oppdragsgjevarar, eg er ein rådgjevar eller konsulent. Journalen skal pasienten sjølv bere med seg, - eg har berre ein kopi. Den arkiverer eg forresten på namn, og ikkje på fødselsnummer. Når folk har presentert seg med namnet sitt på telefonen er det nok - dei er ikkje eit nummer i mitt system. Det er få som heiter nett det same i små bygder, i så fall nyttar dei vanlegvis ein mellombokstav for å skilje. Eg trur at slike enkle ting som omgjevnader, haldning og tid til pasientane er mykje av grunnen til at såkalla alternative terapeutar får kundar, og at kundane opplever at dei får hjelp. Når eg tilbyr dette i tillegg til at eg har

heile det skulemedisinske arsenalet av utredning og behandling å spele på, er potensialet stort. Mange pasientar går i dag til alternative terapeutar, og eg har vanlegvis ikkje motforestillingar mot det når skulemedisinen ikkje har noko å tilby, slik det ofte kan vere for kvardagslivets plager. Går du til psykiatrien spør dei mest om seksuelle overgrep og barndomsopplevingar, og mange opplever å få lite hjelp til å leve i kvardagen.

Når eg henviser til spesialist eller sjukehus, vil eg vite kven pasienten kjem til, både fagleg og personleg. Vidare vurderer eg nøye kvaliteten på epikrisene eg får tilbake. Fritt sjukehusval har nok gjort det lettare for meg å hjelpe pasientane mine til god service også i 2.linjetenesta, men mykje står endå att.

*Du viste meg gjesteleiligheten i øvste etasje – skal pasientar også få bu her?*

Nei, eg har ikkje planar om det. Det er meint å vere ein stad der ambulerande spesialister kan kome for å drive praksis kombinert med ei frihelg i vakre naturomgjevnader i Vest-Telemark. Eg har førebels samarbeid med fysikalsk medisin, nevrolog og psykomotorikar, men ønskjer og å knytte til meg ambulerande tenester frå gynekolog og kardiolog. Då samlar eg opp eit høveleg knippe pasientar og spesialisten vurderer desse pasientane saman med meg. Slik får eg rettleiing, etter- og vidareutdanning med på kjøpet, og kan kanskje også gje spesialisten litt input frå allmenntmedisin? I desse dagar blir utstyr for Holter-monitorering, arbeids-EKG, spirometri og 24-timars blodtrykksmåling installert ved kontoret, og ultralyd vil vere på plass om ikkje så lenge. Elles driv eg og litt småkirurgi. Eg er van med å bruke hen-

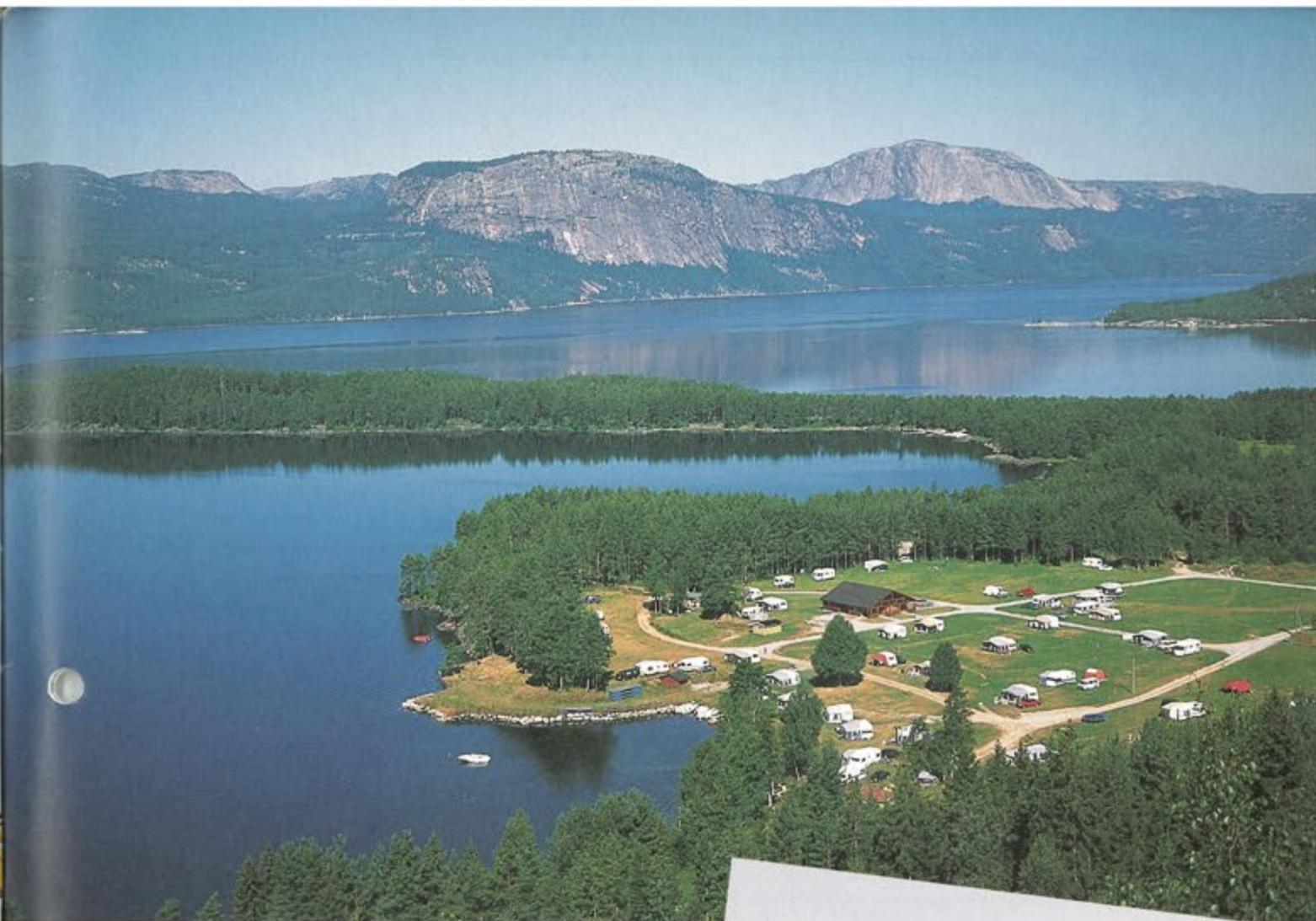
dene i vedlikehald av bygningar og maskiner som treng reparasjon (traktor, anleggsdumper, to gravemaskiner, mm), men litt finare snitt er og stimulerande og nyttig. Elles tilbyr kontoret reisevaksiner etter at helsestasjonen i kommunen la ned denne servicen for bygdefolket.

*Går dette rundt økonomisk?*

Det er det for tidleg å svare på – du får kome att om eit års tid. Sambuaren min, Tone, er kompanjong og assistent (medbrakt bioingeniør frå forskningslaben i Oslo). Eg leiger ikkje anna hjelp, og reknar med at det kan gå rundt med 5–600 faste kundar. (Utdrag av prisliste, sjå eigen boks). Eg gjer ikkje dette for å sko meg økonomisk, då ville fastlegeordninga truleg ha vore eit betre alternativ. Eg har tatt eit verdival der fagleg frihet og utvikling betyr meir enn



*Var det destruksjon – eller reparasjon, du sa?*



Oversiktsbilde over Nisser og Vik Camping

lønn. Etter å ha budd og trivst med 10 års anonymitet i Oslo, valde eg å flytte attende til distriktet og busette meg og leve i mitt eige grannelag, med naboane som pasientar og med jord, skog og familie rundt meg. No styrer eg dagane sjølv, og opplever ein frihet som gjer godt for kropp og sjel. Men at det er dobbelt så langt frå byen til distrikta som omvendt, blir fort klart når ein bur i distriktet. Politikarane må legge til rette for at det vert mogleg med tekniske løysingar og kommunikasjonar å ha eit like godt servicetilbod her som i Oslo. Mitt bidrag til distriktpolitikken er å tilby folk i distriktet eit topp moderne legekontor med tid, stabilitet og service der dei bur. Kvifor skulle ikkje det la seg gjere i distriktet like godt som i byen – spør Fossli ettertenksomt.

Vi går ein tur ned til Nisser og rundt området ved campingplassen. Her går vi forbi ei gravemaskin, og eg får ei rask innføring i arbeidet med å skifte belte på denne. Det er lav haustsol, gule tre og blankskura berg speglar seg i vatnet. Her ute på odden vil eg bygge mitt eige hus om eg eingong får råd. Omgjevnadene verkar inn på folk, seier Tell, som han vert kalla i bygda.

Eg skjønar godt at han vil bygge her, vakrare tomt kan ein knapt finne, tenkjer eg.

### Dr. Fossli - kva dei vanlegaste tenestane kostar

#### A. Abonnement

500 kr. pr. år for enkeltpersonar  
1400 kr. pr. år for familiar (foreldre og born under 18 år)

#### B. Bruk av kontoret

	med arb.	uten arb.
Telefonisk henvendelse til lege (i telefonid)	gratis	100 kr.
Kort konsultasjon hos allmenpraktiker (inntil 10 min.)	150 kr.	250 kr.
Ordinær konsultasjon hos allmenpraktiker (30 min.)	350 kr.	480 kr.
Spesialistvurdering	684 400 kr.	684 600 kr.
Heimebesøk av allmenprakt. lege	684 500 kr.	
Kort vurdering/behandling hos sjukepl.	684 50 kr.	684 100 kr.
Konsultasjon hos spes. sjukepleiar, fysioterapeut, jordmor etc.	684 250 kr.	684 350 kr.

Ved hov. stasjon konsultid kjen 25% tillegg. Hov. nattetid (kl.23 - kl.08) dobbel takst.

#### C. Div. undersøkelser og behandlingar

(eks. 24-t blodtrykksregistrering, belastningstest av hjarte, lungefunksjonsmålingar, småkirurgi etc.)

Kontakt kontoret for nørrare informasjon

## Kommentar:

# Gamle og nye retningslinjer for ryggbehandling – en oppklaring

AV PROFESSOR DR.MED. EVEN LÆRUM, LEDER NASJONALT RYGGNETTVERK – FORMIDLINGSSENHETEN

### Eksisterende retningslinjer

I forrige nummer av Utposten ble det satt fokus på rygg gjennom flere temaartikler og presentasjon av retningslinjer og råd for undersøkelser. I en av artiklene ble Nasjonalt Ryggnettverk presentert, og det ble orientert blant annet om at nye tverrfaglige retningslinjer for akutte korsryggsmerter er under arbeid. For å oppklare eventuell forvirring i forhold til retningslinjene utarbeidet av hhv. nevrolog Finn Ø. Rasmussen og dr. Gunnar Strøno i forrige nummer av Utposten og Nasjonalt Ryggnettverks nye retningslinjer vil det her bli redegjort for tanken bak og arbeidsprosessen med de kommende tverrfaglige kliniske retningslinjene for håndtering av akutte korsryggsmerter.

Retningslinjene som ble presentert i Utposten nr. 5 er utarbeidet av enkeltpersoner, og målgruppen er allmennleger. Retningslinjene er for det meste basert på og til dels oversatt fra andre lands retningslinjer publisert for noen år siden, hovedsakelig amerikanske kliniske retningslinjer for akutte ryggsmertter fra 1994 [1,2] og britiske retningslinjer for bruk av radiologi fra 1998 [3]. I tillegg er enkelte nyere studier og systematiske oversikter lagt til grunn og supplert med forfatternes egne erfaringer. (Den separate framgangsmåten for klinisk undersøkelse av rygg oppgir ingen dokumentasjon.)

### Nye tverrfaglige retningslinjer

En av Nasjonalt Ryggnettverks målsetninger er å forbedre det *tverrfaglige* samarbeidet innen ryggomsorgen. I tråd med dette ble det besluttet å utarbeide tverrfaglige kliniske retningslinjer for håndtering av akutte korsryggsmerter. Dette har blitt gjort av en arbeidsgruppe bestående av personer med ulike profesjoner og spesialiteter: allmennleger, kiropraktor, fysioterapeuter, nevrokirurg, radiolog og nevrolog.

Nasjonalt Ryggnettverks kommende retningslinjer vil bygge på mye av den samme dokumentasjonen som de eksisterende retningslinjene legger til grunn, da man her bl.a. også har tatt utgangspunkt i de britiske retningslinjene fra 1999[4], som igjen bygger på de amerikanske retningslinjene fra 1994. De nye tverrfaglige retningslinjene vil imidlertid også inkludere oversikter og kunnskap publisert til og med desember 2000.

Videre er rapporten «Retningslinjer for retningslinjer» fra 1998 [5] brukt som veileder i arbeidsprosessen for de nye tverrfaglige retningslinjene. Det er brukt definerte kriterier for søk, utvelgelse og vurdering av litteratur slik at prosessen bak retningslinjene er transparent.

### Metode og målgrupper

Hovedforskjellene mellom de foreliggende og de kommende retningslinjene dreier seg altså både om *metode* for utarbeidelse og *målgruppene* for retningslinjene. Bred tilslutning til de nye retningslinjene er et viktig utgangspunkt for å få til en omfattende implementering. Dette skal sikres ved å sende retningslinjene på høring i en meget bredt sammensatt referansegruppe. Målgruppen for de endelige retningslinjene er primærleger, fysioterapeuter og kiropraktorer, samt andre som deltar i vurdering og oppfølging av ryggpasienter. Målsetningen er at de nye retningslinjene skal bidra til større grad av samhandling mellom ulike profesjoner, og at ryggpasientene skal møte et mer enhetlig og velfungerende tverrfaglig behandlingsapparat innen ryggomsorgen.

Retningslinjene er per i dag inne i den siste utarbeidelsesfasen, og vil foreligge i første utgave ved årsskiftet. De vil da bli distribuert til primærleger, fysioterapeuter og kiropraktorer, og vil være tilgjengelige på internettetsiden [www.ryggnett.no](http://www.ryggnett.no). Retningslinjene skal revideres med jevne mellomrom, første gang i 2004.

### Referanser

1. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R, Haldeman S et al. Acute low-back problems in adults. Clinical practice guideline no.14. AHCPR Publication no. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
2. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R, Haldeman S et al. Acute low-back problems in adults: Assessment and treatment. Quick reference guide no.14. AHCPR Publication no. 95-0643. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
3. RCR Working Party. Making the best use of a Department of Radiology: Guidelines for doctors (fourth edition). London: The Royal College of Radiologists, 1998.
4. Waddell G, McIntosh A, Hutchinson A, Feder G, Lewis M. Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1999.
5. Retningslinjer for retningslinjer. Rapport til Helsedirektøren: Prosess og metode for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. IK 2653. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.

## KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

UTPOSTEN Bladet for samfunn og allmenmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	<i>Materiell frist</i>	<i>Utsendelse</i>
Nr. 1	30. januar	Ultimo februar
Nr. 2	6. mars	Primo april
Nr. 3	18. april	Ultimo mai
Nr. 4	15. mai	Ultimo juni
Nr. 5	28. august	Ultimo september
Nr. 6	25. september	Ultimo oktober
Nr. 7/8	30. oktober	Primo desember

### ANNONSEPRISER

STØRRELSE:	4-FARGER	SORT/HVITT	1 FARGE	2 FARGE
1/1	kr 10 800,-	kr 6 200,-	kr 7 600,-	kr 8 900,-
1/2	kr 7 300,-	kr 3 900,-	kr 4 600,-	kr 5 400,-
1/4	kr 5 900,-	kr 2 500,-	kr 4 400,-	kr 4 900,-

1/1 side på siste omslagsside kr 14 500,-

Løst bilag koster kr 10 500,-. Klebet bilag kr 11 400,- pluss kr 0,95 pr.eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer blir den siste annonsen gratis!

### TEKNISK

*Annonseansvarlig:* Tove og Karianne Rutle  
RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 JESSHEIM  
Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25  
E-mail: rmrtove@online.no

*Materiell:* Elektronisk.

*Format:* A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

*Raster:* 48 – 60 linjer

*Trykkeri:* PDC Tangen, 1930 AURSKOG. Tlf.: 63 86 44 00

*Kontaktperson:* Morten Hernæs. Tlf.: 63 86 44 63

E-mail: morten.hernes@pdctangen.no

# Trening for pasienter med korsryggsmarter

Vi leste med interesse og etter hvert stor forbauselse innlegget *Korsryggsmarter – en funksjonell forstyrrelse i Utposten*, nr 5, 2001, hvor Gunnar Strøno intervjuet Aage Indahl. Som alltid er Aage Indahl slagferdig og morsom i sin måte å formidle sitt budskap. Det kan være fristende å bruke spissformuleringer og forenklinger for å nå fram, men skal man sammenfatte forskningsresultater, må det gjøres nyansert og med respekt for det arbeidet som ligger bak. Indahls påstand om at trening ikke hjelper for å redusere smerte og fremme funksjonsevne ved ryggplager, er etter vår mening direkte misvisende og undergraver kunnskap som er framkommet gjennom en rekke klinisk kontrollerte forsøk i de senere år.

Det å avdramatisere tilstanden overfor pasientene på grunnlag av en grundig undersøkelse og utredning har, som Indahl påpeker, vist seg å være viktig for å unngå unødig funksjonsnedsettelse og sykemelding. Dette støtter hans egne forskningsresultater opp om (1). Det synes som selve innholdet i informasjon og råd, såvel som måten det blir formidlet på, er viktig for hvordan plagene fortolkes. Alt dette kan danne grunnlag for hvordan pasienter lever med sine ryggplager. Retningslinjer for informasjon og råd ved uspesifikke ryggplager for å unngå unødig sykeliggjøring, er godt redegjort for i boken *The back pain revolution* av Waddell (2). Det vil imidlertid være av stor verdi å ha tilgang på en fullstendig beskrivelse av hvordan Indahl selv undersøker og behandler, og kommuniserer med pasientene.

I en nylig publisert reviewartikkel av vanTulder et al (3) konkluderer forfatterne med at det er sterke holdepunkter for at treningsterapi og konvensjonell fysioterapi er mer effektivt enn vanlig behandling hos primærlege ved langvarige ryggplager. Effekt ble dokumentert ved minst ett av følgende fire resultatmål: smertelindring, subjektiv opplevelse av forbedring, selvrappertert funksjonsforbedring og tilbakeføring til arbeid. Det er imidlertid få holdepunkter for at trening har effekt ved akutte ryggplager. Flere intervensjonsstudier illustrerer verdien av kunnskap om og erfaring med trening. Lindström et al (4) og Klaber Moffett et al (5) viste ved randomiserte, kontrollerte studier at pasienter med langvarige ryggsmarter som deltok i fysiske treningsopplegg hvor det samtidig ble fokusert på avdramatisering av plagene og med uttalt fokus på gjenvinning av funksjonsevne og arbeidsevne, fikk mindre smerte, bedre funksjonsevne og mer arbeidsforhet enn kontrollgruppen, som enten fikk tradisjonell behandling av leger og fysioterapeuter (4) eller kun råd og veiledning for å avdramatisere plagene (5). Det er således vist at fysisk trening kan bidra til å fremme funksjonsevnen. Sannsynligvis er det mest betydningsfulle at pasientene får erfare at de tåler å bruke kroppen og at de til og med har godt av det. Et treningsopplegg som gjør at pasientene kan anstrenge seg fysisk uten at bevegelsene provoserer smerte, kan bidra til opplevelse av mestring. Det er også kjent at pasienter med langvarige ryggplager ofte er dekondisjonerte, og at mange derfor trenger et tilpasset treningsopplegg for å komme i alminnelig god form. For enkelte er det også verdifullt i perioder å ha oppfølging av fysioterapeut, enten individuelt eller i gruppe, for å komme i gang med og opprettholde motivasjonen til å trene og være fysisk aktiv. I de tilfeller Indahls opplegg forfeiler og pasienten ikke oppnår å bli bedre, kan det resultere i urimelig og tyngende belastning på pasienten selv.

Indahl påpeker i intervjuet at det ikke er holdepunkter for at ett enkelt treningsopplegg er bedre enn et annet. Denne påstanden er i samsvar med konklusjonen i reviewartikkelen til vanTulder et al (3). Problemet med de fleste intervensjonsstudier innen ryggforskning er imidlertid at de er utført hos en uensartet gruppe pasienter. Hvorvidt det er holdepunkter for at de enkelte pasientene trenger en spesiell intervensjon, er ofte ikke utredet på forhånd og brukt som inklusjonskriterium i studien. At det blir såkalt negative behandlingsresultater fra slike studier, er ikke overraskende.

I de senere år er det imidlertid publisert studier som viser lovende resultater av spesifikke treningsopplegg. Dette gjelder spesielt stabiliserende trening av muskler som virker inn på de spinale bevegelsessegmentene: mm. multifidus og transversus abdominis. Slik trening er vist å føre til mer langvarig smertelindring og bedre funksjonsevne ved spondylyse og spondylystese enn tradisjonell behandling (6), og har også vist å motvirke tilbakefall av ryggplager hos pasienter som har slike plager for første gang (7). Likeledes har stabiliserende trening sammen med manuell terapi, samt informasjon og råd for å avdramatisere plagene, vist bedre resultater over tid når det gjelder smertelindring og opplevd funksjonsevne, enn når det kun ble gitt informasjon og råd (8).

Det er således mange holdepunkter for at fysisk trening hjelper ved langvarige ryggplager når det gjelder å få redusert smerte og få bedret funksjonsnivået. Derimot har ikke trening alene vist å ha effekt på sykefraværet. Det blir derfor for enkelt og unyansert å si at trening ikke hjelper. Det er påfallende at Indahl kun refererer til seg selv i intervjuet i *Utposten*, spesielt ettersom hans studier ikke tilsikter å undersøke hvorvidt trening hjelper.

## Med vennlig hilsen

Førsteamanuensis, dr.philos. Liv Inger Strand og professor, dr.philos. Anne Elisabeth Ljunggren, begge Seksjon for fysioterapivitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, og doktorgradstipendiat, cand. scient. Kjersti Storheim, Norges idrettshøgskole.

## Referanser:

- (1) Indahl AA, Haldorsen EH, Holm S, Reikerås O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998; 23:2625-30.
- (2) Waddell G. *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- (3) van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000; 25(21):2784-96.
- (4) Lindström I, Öhlund C, Eck C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992; 72(4):279-90.
- (5) Klaber Moffett J, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewellyn-Phillips H, Farrin A et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *BMJ* 1999; 319:279-83.
- (6) O'Sullivan PB, Phytty GD, Twomey LT, Allison GT. Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylyolysis or spondylyolsthesis. *Spine* 1997; 22(24):2959-67.
- (7) Hides JA, Jull GA, Richardson CA. Long-term effects of specific stabilizing exercises for first-episode low back pain. *Spine* 2001; 26(11):E243-E248.
- (8) Niemistö L, Lahtinen-Suopanki T, Lindgren KA, Hurri H. A randomized controlled trial of manipulation combined to stabilizing exercises for chronic low back pain. Abstracts: International society for the study of the lumbar spine. 28th annual meeting, Edinburgh, Scotland 2001.

# Working class hero

Historier fra  
virkeligheten

Dette er en liten historie om profesjonalitet i hverdagen. (Kan også leses som skisse til en romantisk komedie, alternativt som innlegg for situasjonsbetinget røyking.)

På veg til årets Nidaroskongress kjørte jeg av vegen og ble liggende med hjulene i været (bilen, altså). Jeg hadde dårlig tid til flyet, holdt for høy fart og fikk som fortjent. Selv var jeg mirakuløst hel, bortsett fra et ille tilredt selvbilde og ditto bil. Den var til alt overmål ikke min.

Når nøden er størst står snille menn i kø. (Erfaringsbasert kunnskap.) To prakteksemplarer hjalp meg ut av vraket og overtok ledelsen. En av dem ringte etter kranbil.

Gul NAF-bil med vinsj&rsant kom etter 15 minutter. Ut steg en svært oljeflekkete, ganske ung mann. Han tok et raskt overblikk over situasjonen:

– Er det du som er sjåføren?

Jeg kjente at jeg rødmet av skam: Dum dame med veltet bil – og Burberryfrakk! Før jeg rakk å stotre frem min ubehjelpelige forklaring sa han med hyggelig stemme som oste av sakkunnskap (og slik at den lille gruppen av tilskuere til tablået fikk med seg hvert ord):

– *Alle* kjører ut i denna svingen.

Hvor tar en ung mann slikt fra? NAFs prosedyrebok?

Så, etter å ha forsikret seg om at ingen var skadet:

– Du fryser. Sett deg inn i bilen min. Det ta'kke lang tid.

Det tok under et kvarter å snu vraket og manøvrere det opp på henger. Deretter i taus marsj mot nærmeste bilverksted (som lovmessig er plassert minst to mil motsatt av den retningen man hadde tenkt seg.) Helten plukket frem en tyvepakning sigaretter fra brystlomma og bød meg:

– Røyker du?

– Mnæi, nja...

Han skar igjennom med selvfølgelig autoritet:

– Du trenger i alle fall en røyk nå.

Enda en vidunderlig NAF-prosedyre?

– Hvor skal du? spurte han.

– Til Gardermoen, jeg skulle rekke et fly. Jeg skulle egentlig på et kurs, men....

– Jeg kan kjøre deg til bussen. Bilen trenger du ikke tenke på nå. Alt det ordner du når du kommer tilbake. Jeg pleier å si til folk at de skal gjøre det de hadde tenkt selv om de har hatt et uhell med bilen. Det var et ektepar som kjørte ut omtrent her for ei ukes tid sida. På veg til Syden. Så kjørte de av vegen og smadra bilen skikkelig. Men ingen var skada. Kona ville dra hjem igjen. Men da sa jeg: reis til Syden og kos dere. Det er da bare en bil. Og de dro. Etterpå takka de meg.

Da han satte meg av på bussholdeplassen så han på klokka:

– Bussen kommer fire over halv, du har akkurat tid til en kopp kaffe. På hjørnet av hotellet der (han pekte) er det en kaffebar. Ha det.

*Eliabeth Swensen*

*Melankolsk PS:*

Hvis dette hadde vært en amerikansk film, gjett åssen den hadde sluttet...

# 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!

## Rektum

Ordet rektum betyr rett, rett og slett! Enhver lege som har erfaring med rektoskopi kan undres på hvorfor denne faktisk ganske kronglete kanalen kan få et slikt navn. Foklaringen på det er at man satte navn på de ulike kroppsdelene lenge før man fikk kirkens velsignelse til å undersøke menneskelig. At organene på dyr var nokså likt plassert var en kjent sak. I motsetning til mennesket hadde de dyrene man til da hadde studert nokså rett rektum, derav navnet.

## Klimakterium

Kan dette ordet ha noe med *klima* å gjøre? Overgangsalderen føles jo for mange som et lokalt og heftig klimaskifte. Det greske *klimakterikos* var et trappetrinn eller stigetrinn og kunne da brukes til å beskrive en forandring der man enten gikk opp- eller nedover. Grekerne hadde det syn at et menneskes liv hadde 5 klimakteriske perioder, hver i en alder der tallet kunne divideres med 7: 7., 21., 49., 63. og 77. leveår var slike vendepunkter, det 49. markerte med sine hetetokter bortfall av reproduktiv evne. Personlig synes jeg det mest uforståelige her er hvilke forandringer som skulle kjennetegne 63. og 77. leveår bortsett fra at det jo faktisk ligger nær opp til dagens reelle pensjonsalder og for mange alderen for å bli skikkelig gammel.

I avledningen *klima* har man lagt inn betydningen helning (en stige heller jo litt!), himmelretning, geografisk beliggenhet, men hvor kom værphenomenet inn i bruken av det ordet? Se *det* sier mine ord-bøker intet om, men opprinnelsen er altså den samme som i klimakterium.

Også ordet *klinikk* har samme opprinnelse, på gresk betød *kline* å helle, lene seg og ble betegnelsen på seng. *Klinikè tèkhnè* ble da betegnelsen på medisin for sengeliggende. Man skulle umiddelbart tro at en poliklinikk da var et sted med mange senger (hvis «poli» kan være en omskriving av «poly»), men den gang ei. «Poli» kommer fra det greske *politikà* som betyr statsforretninger, stat og by var ensbetydende begreper i det antikke Hellas. *Politikk* (statskunst) og *politi* er også avledet av dette ordet, politi fikk forresten sin nåværende betydning av ordet først etter 1700-tallet, før det betød det regjering, statsforvaltning.

*Klient* var opprinnelig en som stod i et tvungent avhengighetsforhold til noen, altså en som lente seg på andre for å klare seg. Med ordet *klimaks* er vi tilbake til betydningen stige, i betydningen oppover, selv om vi idag vel mener at klimaks er idet man når toppen av stigen (og før man detter ned igjen!), det være seg karrierestigen eller andre oppturer av ymse slag.

Jannike Reymert

### Kilder:

1. Johan H. Rossbach. Levende ord. Pax forlag. 1996.
2. William S. Haubrich. Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia, Pennsylvania. 1997.

# 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

Hei.

Takk til Morten Bain i Svolvær for stafettspinnen.

Jeg vil bidra med følgende dikt av Jan-Magnus Bruheim fra diktsamlinga «Ved kjelda» (1972):

### *Togn og tale.*

Tider til å tala –  
til å teia.  
Som mannen  
søker møy,  
slik søker  
tanken ord.  
Å, det er  
sølestunder  
når dei finn i hop.

Still, lukkeleg  
er kvar ei  
skapningsstund.  
Eit heilagbrot  
å bruke ord  
og rivi togni sund.

Diktet sier meg noe om viktigheten av å gi rom for stillheten. I mitt daglige virke på kontoret erfarer jeg relativt ofte at meget vesentlig informasjon kommer fram dersom jeg gir rom for refleksjon i stillhet sammen med pasienten.

Vi overøses av informasjon og sanseintrykk i de fleste sammenhenger vi befinner oss; stillheten som rekreasjonskraft og potensiale for kreativitet i vid fortstand er blitt en stadig sjeldnere opplevelse og for mange mennesker noe man ikke oppsøker.

På mange måter mister vi også sansen for ordet fordi vi omgir oss med en larmende mengde av dem.

Jeg utfordrer kollega og studievenninne Reidun Kismul i Mosjøen.

*Hilsen Karin Breckan*

## EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.  
Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg  
Tlf. j.: 56 15 74 00 Tlf.p.: 56 14 11 33, Fax: 56 15 74 01  
E-mail: john.leer@isf.uib.no

## *Den store forskjellen?*

Hun følger ham alltid til konsultasjonene.  
Pågående, kontrollerende og litt underkjennende.  
De første årene følte jeg meg uvel foran og under hvert møte.  
Nå er det blitt spennende.  
Hva vil vi komme fram til i dag? Hva tenker hun om *ham*.  
Hva skal til for at han melder seg inn og motsier den dominerende? Hvem er egentlig på lag med hvem? Hva kan vi oppnå?  
I dag var de her igjen.  
Det hele var en fryd!

Hvorfor skriver jeg om dette i edb-spalten?  
Uten EPJ (elektronisk pasientjournal)  
vil et slik møte lett kunne bli kaotisk.  
Hun – den dominerende – skal hele tiden sjekke, kontrollere  
og finne ut om jeg har oversikt over ektefellens lidelseshistorie,  
undersøkelser og sykdomsforløp.  
Hva var Kolesterolverdien i 1997?  
Hva mente sykehuslegen om hjerteinfarkt i 1984?  
Fikk han resept på Albyl-E i juli?  
I dag er det en fot. Flebitt.  
*Hun* hadde DVT etter hofteoperasjon for flere år siden.  
Er jeg nå så helt sikker på at det bare er en flebitt?  
Det er virkelig en fryd.

*Askøy 30.01.2001.  
John Leer*

# Østrogenbehandling

kan svekke påliteligheten i mammografiundersøkelser

**Mammografiundersøkelser av kvinner er et svært verdifullt hjelpemiddel for å oppdage brystkreft på et tidlig stadium.<sup>1</sup> Hormonerstatningsterapi i overgangsalderen kan imidlertid bidra til å redusere oppdagelsesprosenten, men denne uheldige tilleggseffekten er avhengig av valg av preparat.<sup>2</sup>**

I løpet av 2003 vil alle norske kvinner mellom 50 og 69 år få tilbud om regelmessige mammografiundersøkelser.<sup>1</sup> Dette er et nasjonalt program for å oppdage kreft på et tidligst mulig stadium, slik at omfanget av eventuelle inngrep kan reduseres og muligheten for helbredelse kan økes.

## Hvit på mørk bakgrunn

Når kvinner kommer i overgangsalderen forsvinner mye av kjertelvevet og blir delvis erstattet av fettvev. Ved mammografi fremstår slike bryst som mørke. En kreftsvulst fremstilles som en hvit flekk, og vil derfor være enkel å påvise med stor grad av sikkerhet. Kjertelvevet er hvitt, og en hvit kreftsvulst vil derfor være mye vanskeligere å påvise hos kvinner med rikelig kjertelvev, som f.eks. etter hormonerstatningsterapi.

## Lettere overgangsalder

De aller fleste kvinner i overgangsalderen har stor glede av hormonerstatningsterapi (HRT), og i dag bruker ca. 140 000 norske kvinner slike preparater. Dette er en tidobling siden 1990. HRT reduserer plagene knyttet til overgangsalderen, og har i tillegg en positiv effekt i forhold til utviklingen av beinskjørhet (osteoporose).

## Uheldig tilleggseffekt

– Det viser seg imidlertid at tradisjonell HRT har en sideeffekt som reduserer sensitiviteten ved mammografiundersøkelsene på grunn av ovennevnte forhold, forteller seksjons-overlege dr. med. Per Skaane ved Brystdiagnostisk senter ved Ullevål Sykehus. Tradisjonell HRT får brystvevet til å endre seg, slik at brystvevet vises som relativt lyse felter på røntgenbildet. Dette kaller man økt mammografisk tetthet. Muligheten til

å skille mellom hvite kreftsvulster og friskt, hvitt vev blir da vanskeligere.

## Stor anlagt undersøkelse<sup>3</sup>

– Disse effektene av HRT på sensitiviteten ved mammografiundersøkelser er undersøkt i en australsk studie som omfatter nesten 104 000 kvinner fra 40 år og oppover. Resultatene av studien, som nylig ble publisert, viser at sensitiviteten over en toårsperiode var lavere blant de som brukte HRT enn de som ikke gjorde det. HRT-brukerne var mer utsatt for både falsk positiv og falsk negativ diagnose.

## HRT er ikke HRT

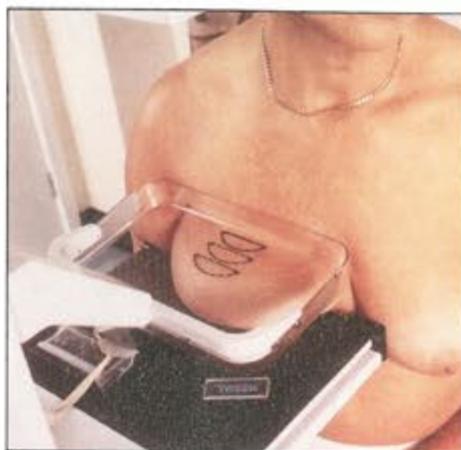
– De preparatene som i dag brukes baserer seg på de to kvinnelige hormonene østrogen og progesteron og på stoffer som gir tilsvarende effekt som disse hormonene. Det er imidlertid stor forskjell mellom preparatene når det gjelder østrogen effekt på bryst og dermed også effekt på mammografisk tetthet, sier overlege Lars Ottestad ved Radiumhospitalet. Studier viser at ulike medikamenter gir ulik påvirkning på mammografisk tetthet, og at det derfor er mulig å oppnå fordelene med behandlingen uten å redusere muligheten til å få pålitelige resultater fra mammografiundersøkelser.<sup>2,3</sup> ■

## Referanser:

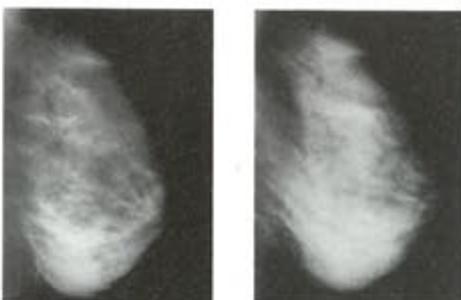
1.: Furebotten Iversen B. Mammografi-screening i Rogaland. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:3241-5

2.: Persson I et al. Effect of Estrogen and Estrogen-Progestin replacement Regimens on Mammographic Breast Parenchymal Density. J Clin Oncol 1997; 15: 10: 3201-7

3.: Kavanagh AM, Heather M et al. Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. Lancet 2000; Vol 355: 270-74



Nå er det mulig å oppnå fordelene med behandlingen uten å redusere muligheten til å få pålitelige resultater fra mammografiundersøkelser.



En kreftsvulst kan være vanskeligere å påvise hos kvinner som bruker hormonerstatningsterapi.



Organon as  
Postboks 324  
1372 Asker  
Telefon 66 76 44 00  
Telefaks 66 76 44 01  
www.organon.no

# Nyhet!

 **tramagetik<sup>®</sup> OD**  
tramadol hydrochloride ONCE DAILY

REG. 1985, SEPTEMBER 01

## Nytt alternativ ved moderate smerter



### Tramadol en gang daglig \*)

- 24 timer smertelindring
- Jevn, forutsigbar plasmakonsentrasjon
- Kan kombineres fleksibelt med paracetamol og NSAIDs

\*) Tilgjengelig som Tramagetik Retard ved ønske om to daglige doser.

**B** Tramagetik OD «Nycomed Pharma»  
Tramagetik Retard «Nycomed Pharma»  
Analgetikum

ATC nr.: N02A X02

**DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Tramagetik OD:** Hver deppottablett inneholder: Tramadolhydroklorid 150 mg resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E171).

**DEPOTTABLETTER 75 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Tramagetik Retard:** Hver deppottablett inneholder: Tramadolhydroklorid 75 mg resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, laktosemonohydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: 75 mg: (titandioksid E171, jernoksid E172, indigotin E132), 100 mg: (titandioksid E171), 150 mg og 200 mg: (titandioksid E171, jernoksid E172).

**Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på  $\mu$ -,  $\delta$ - og  $\kappa$ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til  $\mu$ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av gjenopptak av noradrenalin og økning av serotoninfrigivelsen. Absorpsjon: Tramadol absorberes nesten fullstendig. Biotilgjengeligheten er ca. 70 % etter oral administrasjon. Mat påvirker ikke biotilgjengeligheten eller den forlengede absorpsjonstiden. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter ca 5 timer for Tramagetik Retard og ca. 6 timer for Tramagetik OD. Tramadol har første passasje metabolisme. Virkestoffet tramadol har ikke-lineær farmakokinetikk mens fasetting av tramadol fra deppottabletter har vist lineær farmakokinetikk. Sammenlignet med tablett og kapsler med umiddelbar fasetting av tramadol gir tablett med langsom fasetting derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosetilrette. Proteinbinding: ca. 20 %. Halveringstid: For tramadol ca. 6 timer, for Tramagetik OD ca. 16 timer og for Tramagetik Retard ca. 12 timer p.g.a. forlengede absorpsjon. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlengt. Metabolisme: Tramadol metaboliseres til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig renal.

**Indikasjoner:** Moderate smerter.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke gis til pasienter som får monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste to ukene.

**Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10 %). Det er rapportert en rekke tilfeller av levertoksitet. Hyppige (>1/100): Allmenne: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Gastrointestinale: Munn tørrhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, magesmerter, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Allmenne: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (lindene, bronkospasmer, angionevrotisk ødem), analytisk sjokk. Kardiovaskulære: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfatningsnivå og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakheter, krampeanfoll. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urinretensjon). I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tåverningsrisiko foreligger.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til kramper skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakraniell trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfoll og utviking av sjokk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsentret eller åndedrettsfunksjonen eller ved

samtidig behandling med sentralt virkende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for sløvning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iakttas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparat med opioidvirkning gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparat med opioidvirkning gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning.

**Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inklusive alkohol, kan potensierte CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virkeltiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramper og øke risikoen for kramper ved samtidig bruk av selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI), trykkløse antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som serker krampefremkallen. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buprenorfin, nalbupin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetylerede metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert.

**Dosering:** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerte og følsomheten hos den enkelte pasient. Pasienter som allerede behandles med tablett eller kapsler med umiddelbar fasetting av tramadol, kan behandles med deppottabletten ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagdosen pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres forsiktig til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maksimal døgndose er 400 mg.

**Tramagetik OD:** Bør tas med 24 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig startdose er 150 mg i døgnet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstiden kan være forlengt slik at dosejustering kan bli nødvendig. En startdose på 150 mg anbefales. Dosejustering oppover, til smertekontroll nås, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance < 10 ml/min). **Barn under 14 år:** Anbefales ikke, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert hos barn. **Tramagetik Retard:** Bør tas med 12 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som sikrer smertelindring i 12 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. **Voksne og barn over 14 år:** Vanlig startdose er 75 mg 2 ganger i døgnet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** En startdose på 75 mg 2 ganger i døgnet anbefales. **Deppottabletten sveiges hele og må ikke tygges.**

**Overdosering:** Symptomer: Mose, brøkninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampeanfoll og respirasjonsdepresjon. Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, foretas for å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sirkulasjonen. Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampeanfoll kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Venetrikkeløsting kan benyttes for å fjerne uabsorbert deppottablett. **Pakninger og priser (23.5-01): Tramagetik OD: Depottabletter: Enpac: 150 mg: 20 stk. kr. 221,90, 100 stk. kr. 788,60, 200 mg: 20 stk. kr. 234,30, 100 stk. kr. 909,90, 300 mg: 20 stk. kr. 322,20.**

**Tramagetik Retard: Depottabletter: Enpac: 75 mg: 20 stk. kr. 130,40, 100 stk. kr. 416,90, 100 mg: 20 stk. kr. 133,70, 100 stk. kr. 472,80, 150 mg: 20 stk. kr. 180,50, 200 mg: 20 stk. kr. 256,70.**

Nycomed Pharma AS  
Postboks 205, 1372 Asker  
Telefon 66 76 30 30 Telefaks 66 76 36 26

NYCOMED