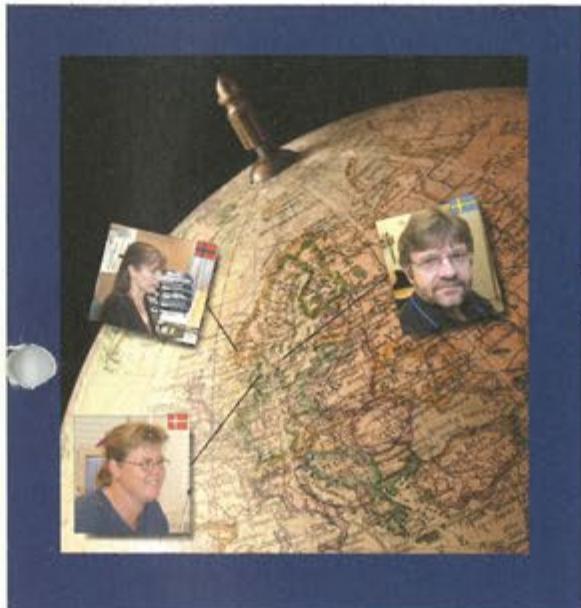


# utposten

Nr. 1 - 2002  
Årgang 31

*Blad for  
allmenn- og  
samfunns-  
medisin*



## Innhold:

Leder: Skandinavisk allmennmedisin	
AV TORGEIR GILJE LID, PEDER OLESGAARD OG JAN STÅLHAMMAR	s 1
Familielæge på Nytorv	
AV ANNA WEIBULL	s 2
Patientmöten och pappersexercis	
AV CHRISTER PETERSSON	s 6
Overlegene i Stavanger – en ny modell for samfunnsmedisinsk arbeid	
AV IVAR HALVORSEN OG OLAV THORSEN	s 14
Risikovurderinger i samfunnsmedisinsk arbeide	
AV GEIR SVERRE BRAUT OG OVE NJÅ	s 17
Hattestativ eller verktøykasse? Et innlegg i debatten om samfunnsmedisinens idégrunnlag	
AV KARIN STRAUME	s 22
Ola Nordmann har aldri vært sykere. Hva kan vi gjøre med sykefraværet?	
AV OLAV RØYNELAND	s 28
Korsryggsmerter	
SVAR FRA AAGE INDAHL	s 30
Faste spalter	
	s 34

# 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

Skogr. 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: Ill. fra AllmänMedicin 1/02.

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:  
PDC Tangen

# Skandinavisk allmennmedisin

**F**innes det en skandinavisk allmennmedisin, eller er våre land så ulike og våre allmennmedisinske virkeligheter så ulike at det er et meningsløst begrep? Danmark har hatt sin fastlegeordning i lang tid, Norge har nettopp, men ikke uten sverdslag, fått sin, og i Sverige har det i den nasjonale handlingsplanen for 2001 nylig blitt slått fast at primærhelsetjenesten er kjernen i helsevesenet. Målet er en primerlege pr. 1500 innbyggere, ganske likt det en har lagt seg på i Norge.

*Vi ser konturene av et felles skandinavisk arbeidsmarked for allmennleger, med større mobilitet enn vi har vært vant med. Norske kommuner har nytt godt av dansk og svensk legeoverskudd, men nå vil Sverige ha flere av sine leger tilbake. Språklig og kulturtelt sett er ikke forskjellene mellom våre land større enn at en slik legeutveksling går relativt smertefritt. De positive bivirkningene av en slik utveksling er et større erfaringsgrunnlag for den enkelte lege, både for den som reiser og for den som får en ny kollega utenfra.*

Allmennmedisinen representerer den mest opprinnelige medisinen, hvor det enkelte menneske med sitt liv, sin kropp og sjel, står i sentrum. Vårt arbeidsfelt er uryddig, til tider kaotisk, umulig å få oversikt over og gripe helt. Våre viktigste arbeidsredskap er språket, blikket og hendene, med andre ord oss selv. Samtidig er vi kjentfolk og førere i det enorme medisinske landskap, men det nytter lite å ha kjentmannsprøven hvis vi ikke evner å forstå hvor pasienten egentlig vil.

Derfor slutter heller aldri fortellingene fra allmennmedisinen å interessere oss. Vi trenger å lese kasuistikk, men også fortellingene om faget, om oss selv. I det nummeret av Utposten som du nå holder i hendene bringer vi en artikkel fra Danmark og en fra Sverige. Den norske artikelen, skrevet av Pernille Nylehn, kunne du lese i julenummeret. Disse artiklene er resultatet av en felles redaksjonssamling for Utposten, Practicus og AllmänMedicin på Utstein Kloster i Norge høsten 2001, forhåpentligvis bare begynnelsen på en framtidig utveksling av faglige artikler og fortellinger om faget. Skandinavisk allmennmedisin er mangefasettert, og større utveksling og større samkvem kan bare berike oss alle.



Kvitsøy

Foto: Torgeir Gilje Lid

Torgeir Gilje Lid  
Utposten  
Norge  
giljelid@online.no

Peder Olesgaard  
Practicus  
Danmark  
peder.olesgaard@dadlnet.dk

Jan Stålhammar  
AllmänMedicin  
Sverige  
jan.stålhammar@pubcare.uu.se

# Familielæge på Nytorg



AF ANNA WEIBULL

Dora fylder 90 år 2. juledag i år. Søren er 94 år og sammen har de om 14 dage krondiamantbryllup. De har været gift i 65 år. De bliver 30 når børn, børnebørn og oldebørn samles i stuen hjemme i det lille rækkehus. 'Tænk at der er kommet så mange mennesker ud af os to...' Dora bager selv det meste, men ikke til festen om 14 dage, det bliver for meget, de får maden fra nærmeste kro. Naboen er inviteret til en anden dag og vennerne en tredje.

Hun har som altid hjemmebagte boller med eget syltetøj og de gode småkager parat til kaffen når jeg kommer, og det gør jeg ca. tre gange om året. Hos Dora kan jeg ikke undslå mig kaffen. Det er aldrig lykkedes i de seks år jeg er kommet i hjemmet.

I dag har jeg kontrolleret blodtryk og puls – Dora har efter en influenza for to år siden et kronisk a-fli – set på en ligtorn og vaccineret dem begge.

Søren er betydeligt plejekrævende efter en blodprop for mange år siden, men hovedet er velbevaret selv om det mest er Dora som fører ordet. 'I dag skal jeg jo punkteres' griner han og rækker armen frem til vaccination.

Da jeg går stikker Dora en fint indpakket pose slik til min søn i lommen på mig og spørger til hvornår jeg tager ham med ud til dem igen, som jeg gjorde for et års tid siden.

*Anna Weibull er praktiserende læge i en 3-mandspraksis på Nytorg 6 i Grenå, en by med ca. 14 000 indbyggere, præget af industri, landbrug og servicefag.*



Besøget varer knap en halv time og er et dejligt livgivende pust i mit liv som familielæge.

Jeg har valgt at bruge en formiddag om ugen til besøg hos ældre eller svært syge patienter. Eventuelle akutte besøg puttes ind før frokostpausen de andre ugedage. Møder med de sociale myndigheder om enkelte patienter lægges også gerne denne formiddag. Min besøgsformiddag giver mulighed for at give enkelte besøg længere tid end tidligere, hvor jeg fordelede besøgene på hele ugen.

Mine besøg i dag har foruden Dora og Søren været til tre ældre patienter og en kvinde i min egen alder, som har en intraktabel ovariecancer.

Jeg er 43 år og har sidset i kompagniskabspraksis i seks år. Vejen til almen medicin gik over først kirurgi, så anæstesi. Valget faldt på almen praksis hovedsagelig på grund af kontinuiteten i patientkontakten, forløbene med familierne og generationerne, derfor var det også naturligt at vælge en praksis i en mindre by med land- og byklientel, og en selv-følge at bosætte mig i lokalsamfundet. En anden grund til valget er vanskeligheden ved at vælge noget fra rent fagligt. Variationen i hverdagen er inspirerende både såvel som en kilde til frustration, når arbejdssporet bliver for stort.

Jeg har to mandlige kolleger, og sammen har vi tre fuldtidsansatte sekretærer/klinikassisterter. Vi har en fast tilknyttet sekretærvinde, en rengøringsdame og en havemand. To til tre gange om året har vi studenter fra Århus universitet i en måned ad gangen, og i seks måneders perioder har vi resselæge i turnus, der er dog ret lange perioder mellem disse.

Vi har i alt ca. 4700 patienter, hvoraf ca. 800 er børn under 16 år. Patienterne kan selv vælge læge når de bestiller en tid, men ved akut lægebehov bliver det den læge som har tid. Som læger er vi meget forskellige, hvilket ofte er en styrke, andre gange en udfordring og tit giver anledning til en god diskussion.

Min almindelige arbejdssdag begynder kl. 8 med telefonkonsultationer i en time. Ind imellem er der tid til at læse post og epikriser og en enkelt kop kaffe med sekretærerne og måske kollegerne, mens vi kigger papirposten, men den er der jo ikke så meget af mere. Journals, epikriser og la-



*Anna med kollegerne Preben Dissing og Mogens Kold samt sekretærerne ...*

boratorieresultater kommer i en lind strøm ind elektronisk. Der er sjældent tid til de store diskussioner om morgenens, men fredag får vi morgenbrød og hygger lidt. Fredag eftermiddag mellem 13 og 13.30 har vi afsat tid til at vi tre læger mødes og får talt om klinik, patienter og os selv, den halve time er højt prioriteret og vigtig for et godt samarbejde i klinikken.

Fra kl. 9 til 12 og igen 13 til 16 har jeg konsultationer. Der er fire i timen plus det løse. Tempoet er ind imellem højt, men det er vigtigt for mig at give den enkelte patient min fulde interesse når de er der. Min evne til at koncentrere mig om den enkelte er afgørende for kvaliteten i mit arbejde, uanset om der er tre minutter til en hals eller en halv time til en nypdaget cancer. Det er også afgørende for min egen livskvalitet og jeg kan tydeligt mærke, hvordan jeg brænder ud efter en ukoncentreret dag. Paradokset i dette er evnen til at respektere tidsplanen både for patienternes og egen skyld.

I vores praksis har vi to uddannede lægesekretærer og en sygehjælper. De udfører alle tre de samme opgaver, bortset fra bogholderiet, som en enkelt har ansvaret for. Der er hver



Venteværelset og sekretariatet er centralt placeret med konsultationsrummene udenom i direkte kontakt med patienterne.

dag en af dem som passer laboratoriet og sygeplejerskeopgaverne. Det er blodprøvetagning, håndtering af urinprøver, EKG-optagelse, spirometrier, de fjerner suturer og skifter sår, skyller ører og giver depotmedicin til visse kroniske patienter. Deres efterhånden mangeårige kontakt til mange af vores kroniske patienter er en meget vigtig funktion i vores praksis.

De to andre passer reception, telefon og skriver henvisning, attestter mm. Alt i alt aflaster de os med meget rutinearbejde, og de sidste par år har det fungeret i en god rytme.

Den tid som måske er sparet ved sekretærernes hjælp bruger jeg gerne på patienterne. Lidt ekstra tid til en ryg eller nakke, eller tid til at diskutere en patient med en af overlægerne på det lokale sygehus. Der har jeg været ansat i ca. tre år og jeg kender de fleste på sygehuset. Der er et godt og lettilgängeligt samarbejde mellem praksis og sygehus. Snart skal vi til årets fælles julefrokost.

Jeg har i mange år interesseret mig for kommunikation. Som reservelæge i praksis tog en Bendix-interesseret ældre kollega mig under sine vinger. Han brugte to timer om ugen på at supervisere mig i samtaleteknik, og hørte på tilmellem af båndoptagelser af mine konsultationer med patienterne. Han grundlagde en interesse for kommunikation

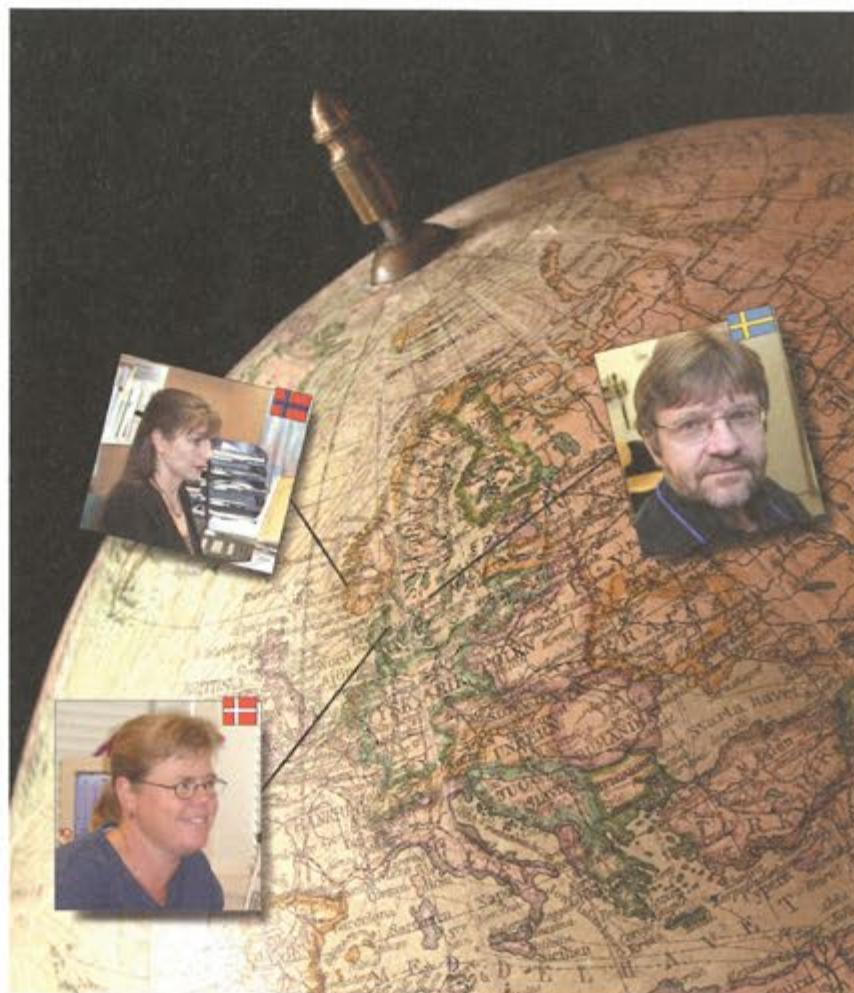
hos mig og det afspejler sig i et flertal kurser i emnet. Især kontakten med den alvorligt syge patient og den terminale patient har været vigtig for mig, måske også fordi min baggrund i anæstesien har givet mig interesse for smertebehandlingens vanskeligheder.

I dag er det næsten mest spændende at arbejde med evaluering af vores kommunikative evner som praktiserende læger. Det gør jeg sammen med to kolleger her på Djursland i forbindelse med et kursus vi har udviklet med Simulerede Patienter. Det giver direkte respons fra patienterne på hvordan du påvirker/virker på patienten i konsultationen. Det er nyt og lærerigt at turde blive kigget i kortene af patienterne!

Det har også medført at jeg er med i et udvalg under Dansk selskab for almen medicin, som arbejder med Personlige Læreplaner (PLP) for praktiserende læger. Hvordan optimerer vi vores fremtidige efteruddannelse? Hvordan ser vi vores blinde pletter? Efteruddanner vi os indenfor områder vi allerede er stærke til? Ja, for mit vedkommende har jeg været til kurser i kommunikation og bevægeapparat nok til pensionsalderen, så der er nok nogle andre ting, som burde vægtes højere, og jeg tror at PLP kan være et middel for mange af os til at sikre bedre kvalitet i vores arbejde.

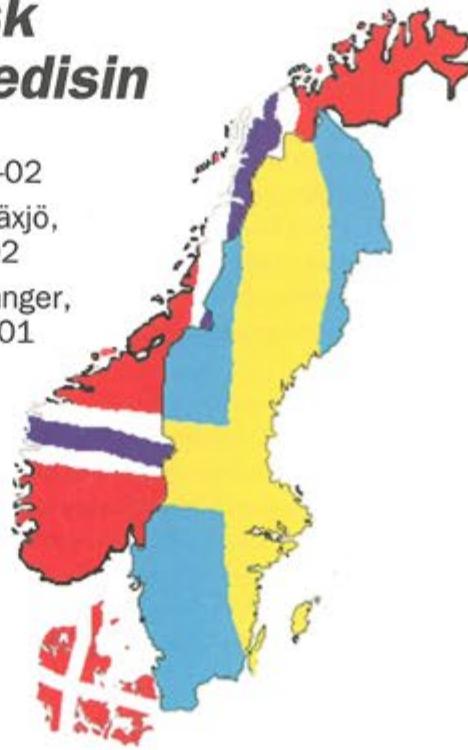
Men når jeg så træder ud af døren ved 16.30-tiden, tager jeg min cykel og på vej op ad den lange bakke hjem har jeg allerede fået dagens patienter ud af tankerne. Det er lige så vigtigt for mig som koncentrationen i konsultationsrummet. Så tænker jeg på aftenens møde i skolebestyrelsen eller min søns fodboldtræning. Måske skal jeg selv på golfbanen en tur, derude er der kun tre timer med bolden, græsset (også det høje ind imellem) harerne og tornfalkene som der er mange af herude, samt samværet med andre golftosser. En gang om ugen spiller jeg l'homme, et gentlemans hazardspil, og en anden dag går jeg til Linedance med et par veninder. Torsdag eftermiddag holder jeg fri, og så når jeg nogle af de ting, der ikke kan udskydes til om aftenen. Jeg laver ofte aftaler som tvinger mig væk fra klinikken efter frokost, så jeg ikke bliver hængende i arbejdet. En god læge skal have en god fritid, og min søn skal også have en mor. Jeg har de sidste par år arbejdet bevidst med at afslutte arbejdssdagen på et bestemt klokkeslæt så jeg forlader klinikken før 16.30 (sådan da!).

Da jeg startede i praksis var min søn fem år og min mand havde en del rejser i forbindelse med sit arbejde. Dengang overvejede jeg meget muligheden for delepraksis og nedsat tid. I dag er jeg glad for min fuldtidspraksis med den frihed det giver at være i et kompagniskab. I fremtiden kunne jeg godt tænke mig at bytte noget af arbejdstiden ud med fx undervisningsopgaver, men jeg tror at min hovedinteresse altid vil være mine patienter og det almindelige klinikarbejde.



## ***Skandinavisk samfunnsmedisin***

- Anna Weibull, Grenå, Danmark, Utposten 1-02
- Christer Petersson, Växjö, Sverige, Utposten 1-02
- Pernille Nylehn, Stavanger, Norge, Utposten 6/7-01



# Patientmöten och pappersexercis

## *– en oktoberdag på vårdcentralen Strandbjörket i Växjö*



«Vaknar till en alldeles vanlig  
måndag i början av oktober 2001.  
Det är gråväder, men varmt för  
årstiden. På cykeln mot jobbet  
vaknar jag till ordentligt. Stäm-  
peluret hälsar mig välkommen.»

AV CHRISTER PETERSSON

Arbetsdagen börjar med kollegial morgonsamling. Spridda rapporter och planer inför veckan. Vår ST-läkare berättar om en 20-årig sprutnarkoman, som hon fått god kontakt med och som vill ha henne som husläkare. Vi diskuterar möjligheter, problem, provtagningsrutiner, smitrisker. Kollega N. berättar att han stack sig på en kanyl i häktet för en knapp månad sedan, när han sydde ett sår på en ung man med hepatitis-C. N känner viss oro för smitta. Det är bara något år sedan en kollega på en annan vårdcentral i staden insjuknade i en fulminant hepatitis C efter en sådan händelse, men sådant är förstås mycket ovanligt.

### Ändrad telefontid

Efter morgonmötet 45 minuters telefontid. Just nu är rutinen den att vi doktorer ringer upp förbokade patienter. Betydligt lugnare än öppen telefontid, som vi hade tidigare. På en timma kunde jag då ha 20 telefonsamtal. Nu blir det sex, sju samtal på 45 minuter plus några samtal till distriktsköterska. Bra för det enskilda samtalet! Dåligt för den som inte får tid. Tyvärr ett uttryck för vår försämrade tillgänglighet under senare år.

På tråden idag: Olof 94 år med skarpere minne än jag själv. Han lider sedan mer än tio år av en spinal stenos som långsamt får benen att tvina bort. För hundrade gången undrar han om jag inte har något botemedel. Nej, inget botemedel idag heller! Ortopeden avböjde operation för åtta år sedan. Jag har gjort en del för att underlätta hans vardagsliv, bland annat hjälpt honom att skaffa en permobil, som gett honom hygglig aktionsradie i stan. Han är nöjd med sitt fordon, nöjd med sitt boende. Idag vill han även diskutera sin dåliga mage och sin allmänna trötthet.

### Det gungar ständigt

Svea 82-år vill tala om sin yrsel och sin förlamande trötthet. Redan för två, tre år sedan hade hon nått bottenläge. Inget kunde bli sämre, men för varje kontakt sedan dess har hon blivit allt yrare och allt tröttare. För en dryg månad sedan träffade jag henne i full aktion på stadsbiblioteket. Hon gick med käpp, men rörde sig snabbt och målmedvetet och lämnade tillbaka en hel kasse med böcker. Jag är alldeles övertygad om att hon är mycket trött och mycket yr samtidigt som jag inte alls förstår. Jag har gjort alla rimliga och en del orimliga undersökningar, har prövat flera olika SSRI utan minsta effekt, har behandlat med B12 och på begäran Torecan utan effekt. Hennes yrsel är av det diffusa slag som så många gamla lider av och där utredningar aldrig ger något och där verksamma behandlingsmedel saknas. Ett av de otaliga tillstånd, där jag som personlig doktor måste stödja patienten i detta att acceptera, uthärda och ibland göra något bra av en svår situation. Här ställs min professionalitet på sin spets. Svea har idag inget egentligt nytt att komma med. Jag har själv inget nytt att säga, men jag vet att det är viktigt för henne att få ringa. Trots min maktlöshet är jag en livlina eller en fast punkt i hennes gungande värld. Den tanken hjälper mig att säga en del uppmuntrande saker, när samtalets formaliteter är avklarade.

### Hjärntumör avskrevs

Så ringer jag rakt ut i den småländska älgskogen, där en 55-årig man står på pass och väntar röntgenbesked angående sin onda axel. Han blir inte mycket klokare av beskedet (hur ofta blir man det?), men jag kan ge honom några konkreta behandlingsförslag, som han är nöjd med. Nästa samtal går till en mobil på ett fastighetsbolag, där en man med panikängest går omkring och är nästan lycklig över att hans ångest är så mycket mindre än i somras. Då sökte han akut på mottagningen med ett fullt utvecklat hyperventilationssyndrom. Kandidaten som jag handledde den veckan var skärrad. Patienten såg verkligen mycket dålig ut och diverse svåra somatiska tillstånd från hjärtinfarkt till hjärntumör kunde övervägas. Min förtrogenhet den gången ledde till diagnosen, utan onödiga diagnostiska slingerbultar. Zoloft hade utmärkt effekt. Idag diskuterar vi dosen och det näst intill omöjliga att komma till hos psykolog. Just nu gör det honom inte så mycket, eftersom han mår bättre än på åratäl.



Foto: Mats Samuelsson

Det blir ytterligare några samtal. Under telefontiden bara ett par avbrott idag; En kvinna med intermittent förmaksslimmer, som min sjuksköterska tagit EKG på efter elkonvertering. Nu regelbunden sinusrytm. Jag hade tänkt släppa in henne en minut mellan två telefonsamtal och meddela resultatet. Det blir sju minuter eftersom hon har samlat på sig en rad frågor, som hon inte har fått besvarade på lasarettet. Jag borde haft en snabb återbesökstid att erbjuda henne. Det har jag inte. Istället får jag knapra på den dyra telefontiden.

Nästa avbrott: 75-årig kvinna med astma, lätt kärlkramp och diabetes. För andra gången har hon fått en ilsken vaskulit med smärtsam sårbildning på ena benet. I samråd med hudläkare har jag satt in Imurel och Prednisolon. Nu är hon hos distriktsköterskan för såromläggning och vill samtidigt ha sin influensaspruta. Finns det några kontraindikationer? Nej! Jo förresten jag måste nog kolla. Det tar ytterligare några minuter som inte finns. Influnsavaccination är OK! Kanske lite sämre tillslag på grund av den immunosupprimerande behandlingen.

### Inez planterar lökar

Till kaffet kommer jag sent som vanligt och startar följaktligen dagens mottagning tio minuter försenad. Inez 81 år blir ändå glad över att se mig. Hon har sin spinala stenos och

*Christer Petersson trivs på sin mottagning i Växjö, som ligger i landskapet Småland, i södra Sverige.*

sin fladdriga oroskänsla i bröstet, som måhända vid något tillfälle varit uttryck för en lättare hjärtsvikt. I ryggen blir hon bara sämre och sämre. Ändå har hon satt hundratals nya lökar i trädgården under helgen:

- Orkar du det alldelvis själv?
- Javisst!
- Men du har ju svårt att gå längre än 50 meter i taget för din rygg?
- Det är skillnad på trädgårdsarbete och promenader!

Efter den inledande symtomgenomgången vänder alltså samtalet och vi kommer in på sådant hon kan göra trots sina besvär från rygg och hjärta. När hon lämnar mottagningen ser jag henne med andra ögon än när hon kom. Olörliga svårigheter har blivit begränsade möjligheter. Det känns lätt att dela hennes längtan efter vårens liljer och tulpaner och hon behöver inte en enda ny medicin. Istället kan vi minska hennes Sparkal till Sparkal mite.

### Hjärtbok och trygghet

B-E som fyllt 70 år är pensionerad militär. Han har haft två infarkter och by-passopererades akut för drygt ett år sedan. Försämringen skedde strax efter ett rutinbesök hos mig.

När han blev dålig fanns jag inte på vårdcentralen. Han vet att jag inte är där alla dagar, men varje gång vi träffas måste han påminna mig om att jag inte var på plats. B-E är i stort behov av trygghet, fasta rutiner och tät kontroller. Nu har han fått en hjärtbok, som manar till tät kontroller och rapporter till kardiologen i Lund. Det passar honom precis! Själv har jag har svårt för hjärtböcker och kolesterolprover två, tre gånger per år. Särskilt om patienten redan står på maximal behandling och förväntas göra så vad kolestervärdena än visar! En patient av B-E:s sort kommer idag inte undan fyra, fem kardiovaskulära rutinpreparat trots symtomfrihet. Jag vet att han behöver stöd för sina medeciner och sin hjärtbok. Jag ger honom det stödet och hoppas att det är till nytta – inte bara psykologiskt.

### Så olika patienter

Inger är snart 59 år. Hon cyklar till jobbet på skolbespisningen varje dag. Det blir 12 km tur och retur. Två dagar i veckan går hon på hårdjympha. Ändå har hon gått upp lite i vikt och hennes blodtryck kräver en något högre dos Renitec än tidigare. Men hon mår utmärkt och som vanligt tjänar jag in 15 minuter i mottagningsprogrammet därför att allt går så lätt med henne.

*Mot slutet av dagen är Christer ganska trött.*

De där intjänade minuterna förlorar jag omedelbart igen på Eva 82 år. Hennes maculadegeneration gör att hon fått allt svårare att röra sig i stan trots sin rollator. Till rörelseproblemen bidrar hennes andfåddhet, som enligt utredning varken är astma, KOL eller hjärtsvikt. Andfåddheten har blivit mycket värre och hennes heshet har tilltagit och hennes låga ryggsmärter är praktiskt taget outhärdliga. Kortisonsprutten i ryggen förra gången hjälpte inte ett drugg! Hon är starkt klagande i sin framtoning, men jag vet att hon har ett gott grundförtroende för mig och jag försöker hitta en inkörsport även idag. Hennes heshet avtar under samtalet och jag glömmer rentav att undersöka stämbanden, men jag kommer inte undan en röntgen av ryggen. Och det är kanske till och med befogat. Hennes man dog i ett myelom för snart tio år sedan. Den gången satte jag diagnosen på ett ganska tidigt stadium tack vare en röntgad ländrygg. Eva är nöjd med att få röntgas och hon glömmer de andra problemen, som jag inte har löst denna gången heller.

### Löfte om tio minuter

Anna-Lisa är trogen kund på mottagningen. Hon plågas av en ångest som än kallar sig magont än halsont, yrsel eller något annat. Idag är det halsbesvär. Sjuksköterskorna vet hur det förhåller sig. Hon har fått löfte om tio minuter och inget annat än halsen. Jag undersöker henne lugnt och samtalar under tiden. Hon känner sina nerver och är nöjd med de

Foto: Mats Samuelsson



lugnande beskedet. Vi talar visst om annat än halsen, men vi håller tiden och skiljs med ömsesidig respekt för gränserna. Förr trodde jag att man kunde åstadkomma stora, omvälvande ting med patienter som Anna-Lisa. Det tror jag inte längre. Men jag vet att man kan göra små och ibland viktiga saker. Det nöjer jag mig ofta med. Anna-Lisa uppfyller med marginal kriterierna för generaliserat ångestsyndrom, men det tillför inte så mycket att använda det namnet. Viss nytta har hon nog av SSRI, men Efexor har definitivt inte varit bättre än Cipramil.

Sara är 17 år. Hon är orolig för en hudförändring på lärets insida, som hon upptäckt under helgen. Den ser svartröd och otäckt ut! Cancer? Hon vet att man ska söka för hudfläckar, som uppför sig konstigt. Jag finner en liten flikig subcutan blödning troligen utgående från ett hemangiom, men svårt att avgöra pigmenthalt. Hon får återbesök i slutet av veckan med excision om förändringen kvarstår. Det är hon nöjd med. Hon är under nitton och slipper ju att betala för sina läkarbesök.

### Mäns problem

Tobias sökte för en förändring i pungen för en månad sedan. Med all sannolikhet ett spermatocele. Jag beställde ändå ett ultraljud, som jag precis har fått bekräftande svar på. Jag utgår ifrån att han kommer av den anledningen, men Tobias är inte längre intresserad av små ofarliga förändringar i pungen. Nu gäller det livet! Han är 28 år, ingenjör, och har huvudsakligen sysslat med data under senare år. I våras fick han nytt jobb som dataansvarig på ett medelstort företag. Spännande, men svårt! Stora krav. På morgonen visste man aldrig vad dagen skulle bjuda. Han kände sig alltmer plågad och så plötsligt strax före helgen vaknade han mitt i natten med kvävande ångest, hjärtskakning, svettningar. På morgonen sökte han psykologen och fick träffa en psykolog. Hon hänvisade till mig efter helgen och lovade se honom för ytterligare några samtal.

Tobias är en mjuk kille, som det är lätt att tycka om. Nu har han nätt till vägs ände säger han. Självförtroendet är i botten. Han kommer aldrig mer att klara ett ansvarsfullt jobb. Det finns inget annat än reträtvägar och knappast det! Intensivt samtal under 30 minuter. Vi får god kontakt. Jag försöker små trevare för att omdefiniera situationen. Han är med på noterna, men orkar inte just nu.

Sjukskrivningen är självtakta, men den får inte bli alltför lång tänker jag reflexmässigt. Vi bestämmer snart återbesök. Jag ger recept på några Xanor om morgonångesten blir för svår, men känner mig inte mogen för SSRI, som en god vän till honom har föreslagit.



Christer Petersson trivs på sin mottagning i Växjö, som ligger i landstekapet Småland, i södra Sverige.

Foto: Mats Samuelsson

Per närmar sig de sextio. Han är välbehållen, välklädd, för sig som en filmbjälte. Han har tydligt kvinnotypiskt, men hoppar inte över skacklarna. Gift sedan många år. Har egna vuxna barn och tog själv ansvaret för sina äldriga föräldrar in i det sista. Inte en kväll utan att han satt och läste hos sin blinde far. Jag minns det med värme.

Han är mycket sympatisk och menar allvar med sitt husläkarval. Han går inte till någon annan än mig. Om hans hustru tvingas söka akut på lasarettet ordnar han alltid uppföljande konsultationer hos mig för att få bekräftat eller avfärdat. Mycket av våra kontakter på sistone har handlat om den urstarka hustruns underliga symtom, som ingen begriper sig på. Där ligger även jag illa till i Pers ögon. Jag borde rimligen ha diagnosen klar efter så lång tid. Stress kan inte vara en tillräcklig förklaring till allt det dramatiska! Idag ligger hans blodtryck fint. Jag berömmar honom för rökskicket i våras och konstaterar att han har fått ett nytt stort ljumskbräck på höger sida och ett recidiv på vänstersidan. Det blir kirurgremiss efter en stunds vägande hit och dit.

## Oanad SSRI-patient

Sven-Erik slutade supa för tre år sedan. Då var han nästan 70. Dessförinnan hade jag aldrig sett honom vid en konsultation. Han såg brännvinet, som enda ljuspunkten i ett jämngrävt liv med reducerad lungfunktion och en ilsk, missunnensam hustru. Efter en svår exacerbation av sin KOL slutade han så plötsligt att dricka. Och livet blev just så trist, som han hade föreställt sig.

Mesta tiden ligger han till sängs. Han går sällan ut. Redan efter ett hundratal meter säger hans claudicatio ifrån. Andningen har fungerat någorlunda. Inga sjukhusvistelser på flera år. Han sköter sin medicinering, men äter dåligt och tappar vikt. Livet leker inte i ett enda avseende! Han härdar ut och kommer på sina kontroller för att så ska vara. Det slår mig plötsligt när han har gått att han kanske verkligen skulle vara en kandidat för SSRI. Har jag missat en depression, som pågått i åratäl. Jag måste ringa honom och ta upp den tråden!

Magnus fyllde 40 för ett par år sedan. Han har ett förflutet i läkmedelsbranschen och i databranschen. Nu är han lokal säljchef i ett multinationellt företag, där han känner sig mycket liten. Han trivs inte alls! Det är inte lätt att löneförhandla med Paris. Är det därför hans astma har blivit sämre under sommaren?

Det finns en osäkerhet hos honom, som inte funnits där tidigare. PEF-värdet är som vanligt bra, men något sämre än för ett år sedan. Vi talar om livets förtretligheter och han berättar att han är helt inställd på att byta jobb. Jag stöder honom i det beslutet. Medicinskt byter vi hans gamla Inspiryrl mot en långverkande beta2-stimulerare.

## Depression på tredje plats

Så löper mottagningsdagen på. Inga stora överraskningar! Mest välkända patienter, som jag sett under snart tio års tid. Ingen ytter dramatik, men varje livsöde rymmer mycket. Berättelserna griper mig. När jag ska försöka sammanfatta dagen upptäcker jag hur mycket som rör sig kring depression och ångest. På WONCA:s världskonferens i Durban i våras såg jag statistik från flera håll i världen. I många västländer har depression seglat upp som trea på listan över vanligaste diagnoser i primärvården. Bara öli och hypertoni ligger före.

Vad är det som häller på att hända i vårt samhälle och vår kulturmiljö? Och hur har vi lyckats reducera den oerhört komplexa frågan om depression till en fråga om dess kemiska markörer? «Bekämpa PTSD med Seroxat» ropar en av de mera avslöjande annonserna i sammanhanget.

Detta är ett axplock ur en alldes vanlig mottagningsdag med mindre variation än genomsnittet. Avsaknaden av barn, infektioner, skador beror främst på att en kollega dagligen är huvudansvarig för akutfallen. Idag var det inte jag. Lunchen blev knappt 30 minuter lång. Jag hann upp i den närbelägna sjukhusmatsalen. Bra mat, trevligt att träffa alla möjliga kollegor! Kom några minuter sent till första patienten efter lunch, men innan jag kunde börja med henne väntade sex ppt-ordinationer och en bunt recept, som skulle skrivas och skickas.

## Måndag alltid övertid

Vid kl. 17 har jag dikterat dagens sista patient. Då är arbetsdagen egentligen slut, men nu väntar provsvar, remisser, remissvar, intyg, korrespondens, en stor posthög och en fullmatad e-postlista.

Denna delen av jobbet har ökat kraftigt sedan 80-talets början. Alltfler sjukdomar och risktillstånd behandlas utifrån labbvarden. Hur ska jag göra med Elsa 75-år med totalkolesterol på 7,5, triglycerider 2,0 och LDL på 4,7? Hon är smäfet, har hypertoni och en välbehandlad hypotyreos, men inga andra riskfaktorer. Föräldrarna dog tidigt i annat än kärlsjukdom. Herediteten har jag alltså ingen ledning av. Ska jag ge statiner ändå? Kost och motion har vi diskuterat i tio år utan effekt.

Jag väger fram och tillbaka, tar en titt på läkemedelsverkets rekommendationer och beslutar mig för att avstå. Dikterar brev: «Bästa NN! Trots att dina kolesterolvärdet är något förhöjda behöver du i nuläget ingen medicin ...» Jag känner mig inte nöjd! Riskbedömning är svårt. Man kan tycka att redan äldern diskvalificerar för lipidsänkande mediciner, men det finns såvitt jag vet inga studier som säger att äldre män inte har nytta av lipidsänkare. Det saknas studier på området.

Detta är ett av alla fall i pappershögen. Ytterligare flera fall väntar, där slutfrågan blir: behandla eller avstå från behandling, utreda vidare eller avstå från utredning? Många beslut, många brev och några telefonsamtal. Jobbar jag onödig tungt och tidsödande? Hur skulle jag kunna göra detta annorlunda?

## Tungrodda remisser

Så har jag remissvaren, som ska dikteras in från papperssvar till datajournal. En kort sammanfattning med relevanta uppgifter – merarbete i en övergångstid, där lasaretet använder pappersjournal och vi datajournal. Den 30-åriga mannen som sökte mig akut med en hög UVI för några veckor sedan hade en normal urografi och negativ



Sjuksköterskan Agneta Petrén är också föreståndare på vårdcentralen.

Foto: Mats Samuelsson

kontrollodling. Där lägger jag ner utredningen och skriver brev till patienten.

53-årig kvinna med symtomgivande ES hade normalt arbets-EKG och lugnt bandspelar-EKG. Jag nöjer mig med lugnande och förklarande besked. Effekten av antiarrytmika är mättligt god. Sotalol kan till och med vara livsfarligt. För bara några år sedan använde jag det mycket. Nu är det mer eller mindre kontrindicerat i ett fall som detta.

Brev från 176 kg tung 54-åring med diabetes och hypertoni med förfrågan om hälsohemsvistelse. Nej, landstinget har inga pengar för sådant numera! Utlåtande till försäkringsbolag om en av mina svårast sjuka patienter; Eva-Lena 55-år med totalt invalidisering MS, som föll ur listan och bröt lärbenet förra hösten. Mycket besvärlig fraktur, men lätt intygssfall.

Så har jag provsvar på Birgitta med kroniskt, aktiv hepatitis: Leverstatus OK. Hon kan fortsätta med oförändrad prednisolondos. Hon och många andra hinner jag inte ge tid på mottagningen mer än högst sporadiskt. Hon tillhör

gruppen labbpatienter, som sköts så här på övertid med brev och telefonsamtal, utan att egentligen märkas i statistiken.

Från ortopeden får jag svar på den 36-åriga kvinnan jag remitterade dit i vintras på grund av ett mycket smärtsamt L4-syndrom. Hon hade lämnat återbud till besöket, som kom drygt ett halvår för sent. Under den långa väntetiden hade hon hunnit bli besvärsfri. Det visste jag sedan länge. Bra för henne förstås, men väntetiden för bedömning (nio månader) är helt oacceptabel i ett fall med så svår smärta. Från infektionskliniken remissvar på Eskil 65 år, insulinbehandlad diabetiker med uttalad neuropathi och osteiter i båda stortårna. Under större delen av 90-talet har han haft återkommande osteiter med års långa antibiotikakurer. Efter ett sommardopp för några år sedan glömde han sin armbandsklocka i badskorna. Han gick omkring med den flera timmar utan att känna av den. Såren som uppstod ledde till amputation av två tår. För övrigt är båda fötterna intakta. I huvudsak har jag och min diabetessköterska skött honom själva. I kritiska situationer har vi haft god hjälp av infektions- och ortopedkollegor.

## Ung stress

Hur långt ska jag driva utredningen av de båda unga med långdragna magbesvär som sökte förra veckan? Båda är i 25-årsåldern i prestationspressade livssituationer. Ingen av dom har glutenintolerans. Colon irritabile eller IBS är det magra bud jag har att bjuda dem båda. Etiketter som ur orsaks- och behandlingsperspektiv är nästan värdelösa.

I pappershögen finns också remisser från sjukhusklinerna. Idag fyra stycken från medicinkliniken varav tre multisjuka äldre patienter och en ung kvinna med järnbrisstanemi. Var ska jag stoppa in dessa i tidsschemat? En av de gamla har en inklusionskroppsmyosit – en sällsynt, progressiv muskelsjukdom, som jag aldrig hört talas om tidigare. Måste försöka läsa på så att jag inte står helt svarlös, när patient och anhöriga kommer med frågor. När ska jag hinna? På fritiden förstås!

Det klagas på goda grunder över att alltför många, tungt sjuka patienter remitteras ut till oss från sjukhusmottagningarna. Klagomålen beror främst på att vi inte har några tomma luckor i våra tidböcker. Själv tycker jag att de allra flesta remisserna från sjukhusen är motiverade. Det är resurserna som saknas! Här upplever jag ett skriande behov av avgränsat uppdrag. Jag behöver tid att ta hand om de patienter som är mina och jag kräver i gengäld av sjukhusspecialisterna att de snabbt ska ställa upp, som konsulter för mina patienter – inte att de tar över patienterna och blockrar sina egna mottagningar med onödiga återbesök.

Helst skulle jag vilja ha mina personliga specialister, som en slags tids- och kvalitetsgaranti. Jag tror att detta vore fullt

möjligt att genomföra om primärvården verkligen vore basen i sjukvården. I liten skala är vi många som har goda erfarenheter i den vägen.

## En halvtimmes e-post

När pappershögen är avklarad väntar dagens e-post. Idag medellång. Jag läser och slänger. Stannar upp vid några särskilt intressanta e-brev. Fortsätter dialogen om evidensbaserad medicin med en kollega från Norrbotten. Vi har utväxlat egna och andras artiklar på ett sätt som hade varit omöjligt före e-post-eran. I studierektorsnätverket gör jag ett litet inlägg angående finansiering av ST-tjänster, byter några korta e-brev med kollegor om hur vi ska ta oss till SFAM-mötet i Helsingborg, årsmötet. Tar mig an en artikel till Läkartidningen och en projektdiskussion angående UVI och coliresistens i primärvården, avtalar tid med några kollegor för att planera utbildning om smitta i förskolan.

Att läsa och besvara e-post tar 20-30 minuter. Mycket informationstäta minuter, som ger mycket och tar en hel del energi. Ett arbete som fortfarande inte riktigt räknas. Det är sådant man ofta gör utanför arbetstiden.

När klockan är 19 cyklar jag hemåt i höstlig duggregn. Ett par timmars övertid är regel på måndagar. Det går an för mig som har utflugna barn, men är betydligt knepigare för småbarnsföräldrar. Jag är nöjd med dagen även om den blev lång. Tröttheten känns i hela kroppen.



## Vurdering av forsøksprotokoll EFFEKT OG SIKKERHET AV SYMBICORT TURBOHALER SAMMENLIGNET MED SERETIDE DISKUS HOS PASIENTER MED ASTMA

Allmennmedisinsk forskningsutvalg har vurdert denne studien som sammenligner to kombinasjonspreparater for inhalasjon hos pasienter med astma.

De aktuelle medikamentene som skal undersøkes har fått stor anvendelse i behandlingen av astma, og problemstillingen som skal belyses etter denne protokollen vil ha betydelig interesse for allmennpraksis. 15 lungeleger og 25 allmennpraktikere inviteres til å delta i studien, antall pasienter som skal inkluderes er 750, hvorav 375 i Norge.

Tre ulike behandlingsregimer skal sammenliknes. Hensikten er å undersøke effekt og sikkerhet av et fleksibelt behandlingsoppligg med varierende dosering Symbicort sammenliknet med en høyere fast dosering av Symbicort og en høyere fast dosering av Seretide.

Ved behandling i AFU fant man at studien i hovedtrekk tilfredsstiller de krav som AFU stiller til prosjekter som gjennomføres i allmennpraksis. AFU har bedt om enkelte justeringer, som at allmennpraktiker kommer med i prosjektledelsen, samt en mindre justering i pasientenes samtykkeerklæring. Forutsatt at disse justeringene blir foretatt finner AFU at studien kan godkjennes, og kan anbefale norske allmennpraktikere å delta i den.

# WE WANT YOU

to come to

## 12. Nordiske kongress i allmennmedisin i Trondheim, Norway

### September 4. - 7. 2002

#### FORSKER DU?

- Meld på et abstract
  - Elektronisk
- Skandinavisk eller engelsk
- Frist: 1. mars 2002

#### DOING RESEARCH?

- Submit an abstract
- Electronically
- Scandinavian or English
- Deadline: March 1<sup>st</sup> 2002

#### INTERESSERT I FAGETS INNHOLD?

- Meld deg som deltager - før
  - 1. april 2002 - ordinær pris
  - 1. juni 2002 - ekstra avgift
- Skandinaviske og engelske sesjoner

#### INTERESTED IN THE CONTENT OF FAMILY PRACTICE?

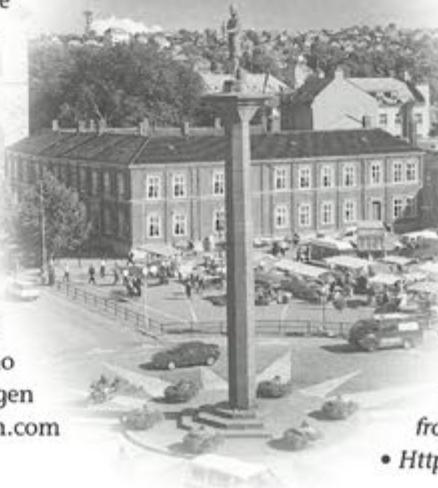
- Enter the conference within
  - April 1<sup>st</sup> 2002 - ordinary price
  - June 1<sup>st</sup> 2002 - extra cost
  - Scandinavian and English sessions

#### ØNSKER DU MER INFORMASJON?

Om Trondheim  
<http://www.trondheim.com>

#### Steder for pre- og post kongresssturer:

- Til Røros
- [Http://www.roros.kommune.no](http://www.roros.kommune.no)
- Hurtigruten Trondheim - Bergen
  - [Http://hurtigruten.com](http://hurtigruten.com)



#### DO YOU WANT MORE INFORMATION?

about Trondheim  
<http://www.trondheim.com>

#### Places for pre-and post- congress tours:

- Røros
  - [Http://www.roros.kommune.no](http://www.roros.kommune.no)
- The Norwegian coastal voyage from Trondheim to Bergen
  - [Http://www.hurtigruten.com](http://www.hurtigruten.com)

Invitasjon og komplett program sendes allmennpraktikere i Sverige, Danmark, Finland, Island, Norge og Baltiske stater ultimo 2001.

Invitation and complete program will be sent to general practitioners in Sweden, Denmark, Finland, Iceland, Norway and the Baltic nations ultimo 2001.

#### VELKOMMEN TIL TRONDHEIM!

#### WELCOME TO TRONDHEIM!

Nordisk kongress 2002: <http://www.medisin.ntnu.no/ism/nordisk2002>  
NSAM: <http://www.uib.no/isf/nsam> - E-mail: [nordisk.kongress@medisin.ntnu.no](mailto:nordisk.kongress@medisin.ntnu.no)



**NSAM**

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

# Overlegene i Stavanger –

## *en ny modell for samfunnsmedisinsk arbeid*

OVERLEGENE IVAR HALVORSEN OG OLAV THORSEN, STAVANGER KOMMUNE

Helt siden kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten i 1984 har det vært delte meninger om hvordan man best organiserer det samfunnsmedisinke arbeidet. Hovedspørsmålet har vært om kommuneoverlegen skal være både administrativ leder og medisinskfaglig rådgiver, eller bare det siste. Dernest har meningene vært delte om kombilegen (med et av beina i allmennmedisin) har livetsrett, eller innebærer et kronisk overstrek, til skade for utøvelsen av begge fagene.

Stavanger har gjennom årene prøvd de fleste modeller. Kommunale omorganiseringer har gitt nye utfordringer. De tilpasningene som vi har foretatt ser imidlertid ut til å ha styrket både rekrutteringen og tilfredsheten med arbeidet. Dagens modell for samfunnsmedisin i Stavanger innebefatter en rendyrking av en av hovedlinjene etter 1984: Samfunnsmedisineren som medisinskfaglig rådgiver helt uten administrativt ansvar, samt en sterk satsering på kombilegen. Tidens trend for organisering av kommunene har faktisk gjort denne modellen mer gangbar med tiden. Vi vil gjerne dele våre erfaringer så langt.

### Historikk

*Samfunnsmedisineren i Stavanger har gjennomlevd omrent de samme strømninger og svingninger som kollegene ellers i landet:*

**Før 1984** Helsedirektørens forlengede arm  
Stadsfysikus var øverste leder for byens helseråd.

**1984–94** Samling av helse- og sosialtjenesten.  
Helsesjefen leder helseavdelingen (leger, fysioterapeuter, helsestøstre). Han er medisinskfaglig ansvarlig, og administrativ leder, men helse- og sosialsjefen er sjefen. I glansdagene på slutten av 80-tallet var der 2 andre heltids samfunnsmedisinere i helseavdelingen.

**1994–97** Desentralisering, helse- og sosialtjenesten ut til folket, i distrikter.

Helsesjefen blir rådgiver i kommunaldirektørens stab. 7 bydelsoverleger, fastlønnede kombileger, linjeledere for eget legesenter, medisinskfaglig rådgiver for lokal helse- og sosialsjef.

**1998–00** Privatisering av legetjensten  
når samfunnsmedisinerne.

Bydelsoverlegenes kurative tjeneste blir privatisert. Rendyrking av lokal medisinskfaglig rådgivning uten administrativt ansvar, 7 leger med 1/3 stilling hver. Helsesjefstillingen utlyses 3 ganger, uten resultat; legevaktsjef og en bydelsoverlege fylder hullet på deltid.

### Ny modell

Fra nyttår 2001 innførte Stavanger en ny modell, med utstrakt desentralisering av makten. Man opprettet selvstendige «virksomheter», der virksomhetslederne har betydelige fullmakter. Neste nivå opp er Rådmannen, ved Kommunaldirektøren for Oppvekst og levekår. Hvert sykehjem, hver sone innen hjemmebaserte tjenester, hver skole og barnehage mm ble en selvstendig virksomhet. De sju lokale helse- og sosialsjefene sitter igjen med helsestasjon/skolehelsetjeneste, sosialtjeneste, barnevern, kommunal fysioterapi, ergoterapi og psykiatrisk sykepleietjeneste i sin virksomhet.

Bydelsoverlegene og helsesjefen fikk gehør for et ønske om å få danne en sentral, sterk medisinskfaglig avdeling i direktørens stab. Vi strøk bydels- fra tittelen, men hver overlege har beholdt et lokalt rådgiveransvar, for alle virksomhetene i «egent» distrikt. Vekten ble imidlertid flyttet, fra lokalt arbeid til mer overordnede sentrale oppgaver, fra å gjøre og kunne litt av alt, til en større spesialisering og fordypning.

Vi har nå delt ut ansvar for de større samfunnsmedisinske områdene. Hver overlege har sitt felt, som rusvern, barn- og ungdom, eldreomsorg, epidemiologi, katastrofemedisin og psykiatri. Hver av legene blir på denne måten «spesiallege» for hvert sitt samfunnsmedisinske felt. Fordelingen skal være fleksibel, det kan godt være at man involveres i et prosjekt innen en kollegas ansvarsområde. Etter en tid vil en omfordeling kanskje synes naturlig. Vi har ikke knyttet et spesifikt ansvar til den enkeltes stilling.

*Helsejef og overleger, unntatt fotografen.*

Foto: Torgeir Gilje Lid

For tiden består legesiden av 40% helsejef med koordineringsansvar (legevaktsjefen), 33% helsejef med ansvar for legetjensten (en overlege/fastlege), 40% smittevernlege (daglegevaktslege) og 6 overleger (fastleger) i 33% stilling. En halv stilling som eldremomsorgsoverlege står ubesatt. Alle overlegene møtes hver onsdag i vårt kontorfellesskap sentralt i Stavanger, like ved Sentraladministrasjonen, hvor helsejefen og kommunaldirektøren sitter. Vi har da anledning til kollegialt samvær, faglige drøftinger og teamarbeid. Den øvrige tiden disponerer den enkelte, til møter, lokalt arbeid etc.

### Bra for legene, men hva med de andre?

Direktøren for Oppvekst og levekår har et enormt oppgavespenn. Alle skoler, barnehager, deler av fritidssektoren, konfliktrådet, flyktningeseksjon samt hele helse- og sosialtjenesten sorterer under en og samme direktør. Økonomi og plan er organisert under andre direktører. Det sier seg selv at hver virksomhetsleder må ta et stort ansvar for sin del av tjenesten.

Direktøren har en stab med fagkonsulenter, som i hovedsak skal være rådgivere og utviklere for virksomhetene. I den grad det trengs sentral samordning må dette også ivaretas med fagstabens medvirkning. Der er ikke tradisjonelle

kommandolinjer fra disse sentrale fagmedarbeiderne overfor de lokale virksomhetene.

Dermed er det plutselig rådgivning og premissleveranse som er oppgavene og metodene for også de andre faggruppene som vi samfunnsmedisinere forholder oss til. Her er legene faktisk nå etterhvert på hjemmebane. Jo lengre man har vært samfunnsmedisiner i Stavanger, jo mer trivs man på at veien til innflytelse ikke går gjennom å ha lederransvar i en linje, men kunne levere gode faglige premisser. Innflytelsen blir personlig med årene, og bygger langt på ei på faglighet, ikke på posisjon. Det trives de fleste godt med. Og det er forenlig med en deltidstillting.

### Erfaringer

På et heldagsseminar for overlegene i november gjennomgikk vi denne modellens fordeler og ulemper etter ca 10 måneders drift. Alle var enige om at denne måten å jobbe på var bedre enn den gamle modellen, og flere ga klart uttrykk for at det var helt uaktuelt for dem å jobbe etter den gamle modellen. Fordelene ligger først og fremst i det faglige fellesskapet og utveksling av erfaringer og synspunkter på aktuelle problemstillinger eller faglige utfordringer i framtida. Alle planer for byen som gjelder overlegenes fagområder kan tas opp til diskusjon og vurdering, og



Foto: Olav Thorsen

Sol og vindstille, og overleger på tur.

grunnlaget for å gjøre en kvalitativt god samfunnsmedisinsk faglig jobb er vesentlig styrket.

Overlegene, som er fastleger for 1000-1800 borgere i tillegg, slites selvfølgelig mellom krav fra to kanter. Det å ha en deltidssstilling med utstrakt fleksibilitet, og en helt annen arbeidsform, oppfattes som såpass kjekt at det er verdt det. Man merker at utstrakt bakkekонтакт fra kurativt arbeid gir en helt spesiell forutsetning for å se sammenhenger og svikt i systemer.

De fleste holder likevel et vaksomt blikk på alle tendenser til økt møtevirksomhet. Mye av arbeidsgleden ser ut til å være knyttet til det å se håndfaste resultater, få noen suksesser. Med 1/3 stilling har man lite å gå på, og må økonomisere strengt med tiden.

Vi ser at en helsesjef på heltid hadde vært en klar styrke, siden vi er så mange kombi-leger. Vi mangler den som kan være tilstede i mange nok sammenhenger, og som kunne ha koordinert og markedsført oss mer enn vi får til i dag.

### Veien videre

Legene tilhører fortsatt en gruppe i direktørens stab, medisinsk-faglig avdeling. Samhandlingen med andre grupper skal bli bedre, og måten vår by vil gjøre det på kan eksemplifiseres: Det har nylig blitt tydelig at byen trenger å se med friskt blikk på forholdene for utsatte barn og unge. Ingen faggruppe kan gjøre det alene. Ressursene som brukes i dag er store, aktørene er mange og effektene er vanskelige å se. Direktøren nedsetter da en arbeidsgruppe. Siden det finnes medisinske sider ved en slik problemstilling vil en eller to av

overlegene delta. Vår gruppens innspill må knytte seg til vårt medisinske kunnskap. Feiler barna noe? Hvordan finner vi i så fall dette ut, og hva kan gjøres? (Tverrfaglig, men på egne faglige premisser).

Hvert vesentlig område innen direktørens ansvarsfelt vil etter hvert få sin arbeidsgruppe. Tverrfaglige arbeidsformer blir dermed en del av vår hverdag videre. Vi beholder vårt faglige miljø, men jobber kanskje mindre isolert, med større mulighet til «å se resultater gjennom andres innsats» (– slik ledere gjerne vil). I våre interne diskusjoner om framtida kommer det fram at jo lengre fartstid man har, jo mer lyst ser man på slike arbeidsformer. At det ikke behøver å dreie seg om tap av tid og innflytelse, men om å få gode arenaer og albuerom.

Vi merker et økende behov for å kunne bidra med tyngre erfaringer, av typen: hva virker? hva er gjort fra før? Internett-tilgangen er sikret, og en av oss har skaffet seg god søkerfaring i Cochrane-databasen og andre kjekke steder.

Vi håper også å organisere en del av arbeidet på en slik måte at det kan bli små artikler og oppsummerte erfaringer av det. Den første pasientflytundersøkelsen sammen med vårt sykehus er ferdig, den andre er på gang. En liten pilotstudie for å telle opp hvor mange ordentlig syke som venter på sykehjemsplass er ferdig. Ventetiden hos fastlegene er kryssekoblet med listelengden (ingen sammenheng funnet). Det gjenstår å se om den lille tiden vi har til rådighet kan gi mulighet til å løfte slikt arbeid utover den helt lokale interessen.

# Risikovurderingar i samfunnsmedisinsk arbeid



AV GEIR SVERRE BRAUT, (f. 1955), fylkeslege, spesialist i samfunnsmedisin, Fylkeslegen i Rogaland



OVE NJÅ, (f. 1963) førsteamannusis, sivilingeniør, dr. ing., Høgskolen i Stavanger

Denne artikkelen handlar om ein noko lettbeint, men likevel brukbar modell for vurdering av risiko i planlegging av ulike tiltak og tenester i lokalsamfunnet. Føremålet er å gje eit inntrykk av ein framgangsmåte for vurdering av risiko som kan vere eit hjelpemiddel ved prioritering av knappe ressursar til førebyggjande tiltak, utforming av beredskapstiltak eller val mellom ulike alternative utformingar av tenester og tiltak.

## Kva er risiko?

Risiko er eit ord som krev ei viss forklaring. Innanfor medisinske fag er det vanleg å oppfatte risiko som sjansen for at ein gitt sjukdom eller skade skal opptre.

Det vesentlege med risikoomgrepet er at det er framtidsetta. Det handlar om det usikre knytt til korleis framtida blir. Det vanlege i risikoanalyse er å fokusere på negative uønskte utfall som ein kan planleggje barrierar mot. Risikoanalyse handlar då om å gje eit overslag over ulike uønskte utfall kombinert med det usikre om dei vil opptre eller ikkje. Uønskte utfall kan vere skade, sjukdom, miljø-påverknader m.v.

Den følgjande teksten presenterer ein forenkla framgangsmåte for risikovurderingar av tiltak og tenester i lokalsamfunnet. Han byggjer på allment aksepterte metodar innanfor risikoanalysefaget, men er sterkt tilpassa den kommunale kvarldagen. Sjå gjerne på eigen saksbehandlingspraksis i forhold til vår framgangsmåte for risikovurderingar, og tenk gjennom skilnadene.

## Første steg – Skal ei risikovurdering gjerast?

Dette kan høyast uproblematisk ut, men i praksis er det slett ikkje det. Det kan ofte vere eit politisk verdival å ta stilling til om ei risikovurdering skal gjerast; dels fordi sjølv vurderinga vil krevje ressursar og medverknad frå mange fagmiljø, og ikkje minst fordi resultatet og kanskje også arbeidet med vurderinga vil medføre vegval av politisk art.

Kort sagt: Ei slik vurdering bør ikkje gjerast dersom ein ikkje har høve til å føreta reelle val som kan påverke risiko!

## Andre steg – Systemet må avgrensast

Når ein har ein situasjon der det skal gjerast ei slik vurdering, må ein først lage ein omtale av det systemet som skal studerast. Systemet må avgrensast tydeleg, men likevel slik at relevante påverknader utanfrå kjem godt fram.

Det kan vere eit fysisk system, som ein bygning eller eit bystadsområde. Då vil teikningar og kart vere gode hjelpe middel i arbeidet med å vise systemet. Men det kan også vere ei teneste, som legevaktstenesta i kommunen. Då vil organisasjonskart og prosedyreskrifter vere aktuelle hjelpe middel. Eit tredje døme kan vere endringar i offentlege godkjeningar og tilbod, som etablering av vinmonopolutsal i kommunen eller endra skjenketider. Då vil systemet vere kommunen, kommunalt tenestetilbod og nærings- og fritidstilhøve i kommunen. Kart, kommunale og regionale planar og situasjonsanalysar kan vere gode hjelpe middel.

Dersom ein står mellom val av ulike system, må omtalen av systemet gjerast for kvart system for seg. Det er viktig at store og kompliserte system blir vist med sine undersystem og jamvel sine einingar og komponentar slik at det blir synleg kor dei er avhengige av kvarandre og kva som er sårbar punkt eller funksjonar.

Analysen er orientert om framtida, og det er difor nødvendig å avgrense tida eller perioden som studerast. Er det ein enkel tidsavgrensa operasjon, eller gjeld analysen tiltak som skal fungere i fleire tiår?

Ein slik grovanalyse som vi føreslår her må nyttast til å vurdere risiko utan å gå for mykje i detalj. Det er betre å tilrå ei konkret djupanalyse som eit vidare tiltak enn å øydsle ressursar på uvesentlege detaljer.

### Tredje steg – Aktuelle tilstandar i systemet

Med utgangspunkt i omtalen av systemet sin normale, forventa funksjon, må ein gå systematisk gjennom dette for å identifisere ulike andre tilstandar som kan oppstre i systemet. Dette kan ein gjere på mange måtar. Prinsipielt sett kan ein anten starte med alle aktuelle påkjennningar på systemet og analysere kva kvar av desse kan føre til. Eller ein kan identifisere alle svikttypar eller avvik som kan oppstå på undersystem eller einingar og komponentar, og sjå på kva som kan vere årsakene til desse og kva for verknad det har på andre delar av systemet.

Då får ein etter kvart ei liste over aktuelle uønskte hendingar og årsakene til desse. Hendingar, årsaker og verknader bør vere storleikar som kan observerast. Ei forklaring som til dømes at noko hender på grunn av ein organisatorisk mangel er ikkje god. Då er det til dømes betre å identifisere kva for informasjon som ikkje vert kommunisert mellom ulike aktører. Altså bør ein vere spesifikk i omtale sine.

### Fjerde steg – Gradering av dei uønskte hendingane

For kvart system for seg må ein gjere ei vurdering av kvar av dei uønskte hendingane. Denne vurderinga er så å seie kjernen i risikovurderinga. Då er poenget å gradere hendingane etter oppfatning om sjanse (sannsynlegheit) for at kvar av dei skal inntre og følgjene (konsekvensane) av kvar hending.

I beste fall kan denne graderinga bygge på kunnskapar om kvantitative data, slik som til dømes skadeinsidens. Men det er sjeldan at ein har tilgang til særleg mange kvantitative relevante data, så oftast må ein i den praktiske kvar dagenlite på "ekspertvurderingar". Det er difor viktig at ein sikrar deltaking frå alle aktuelle personar og instansar i arbeidet med risikovurderingar. Denne deltakinga vil også sikre legitimitet til resultatet av vurderinga. Det kan også vere lurt å drøfte vurderinga med andre utanforståande som sjølv har røynsle frå slike vurderingar eller t.d. drift av dei aktuelle systema.

Det å knyte sannsynlegheit til ei hending, eller gje eit overslag over ei sannsynlegheitsfordeling for ein storleik (til dømes tal smitta personar) er utfordrande. Det er nødvendig med eit visst kjennskap til sannsynlegheitsteori.

Ein brukbar teknikk er å skaffa seg ei oversikt over liknande hendingar (referansar) med tilhøyrande overslag over sannsynlegheit. Desse kan nyttast til samanlikning og gje grunnlag for overslag som er relevante for den aktuelle hendinga (eller storleiken). Legg likevel merke til at det er analysegruppa si vurdering av uvisse kring hendinga som blir uttrykt med sannsynligheten.

I dette vurderingsarbeidet er det ofte nyttig å bruke ei matrise til hjelp under vefs. Den enkleste varianten kan vere slik:

Sannsynlegheit	Konsekvens	LITEN T.d. skade utan behov for behandling	LITEN T.d. skade utan behov for behandling	STOR T.d. alvorleg eller dødeleg skade
	LITEN T.d. sjeldnare enn kvart 10. år			
MIDDEL T.d. mellom årleg og kvart 10. år				
STOR T.d. årleg eller oftare				

I matrisa har vi skravert nokre ruter. Desse rutene inneholder dei verste kombinasjonane av sannsynlegheit og konsekvens. Dei representerer ei tilråding om at risiko der ikkje kan akseptast.

### Femte steg – Vurdering av dei uønskte hendingane

Ideelt sett bør ein leggje tydeleg uttrykte kriteria til grunn for kva som kan akseptast, t.d. ingen alvorleg eller dødelege skadar, skadar med lett behandlingsbehov inntil årleg og skadar utan behandlingsbehov årleg eller oftare.

I praksis er det vanskeleg å vere så prinsipiell. Når ein har spesifikke uttrykte kriteria kan dette påverke, medvete eller ikkje, korleis analysen blir gjennomført. Det kan fort dreie seg om ein eksersis som får som mål å nå risikoaksept. Difor blir det ofte nødvendig å gjere ei kvalitativ vurdering av kvar einskild hending for seg.

### Sjette steg – Føreslå tiltak eller gje ei samla framstilling av eigenskapane ved ulike system

Alt som er gjort fram til no må deretter samlast. Føremålet er å føreslå førebyggjande tiltak eller aktuelle beredskaps-tilbak i eit system, eller å framstille eigenskapane ved ulike system samla, slik at det kan danne grunnlag for etterføl-

gjande val. Framstillinga av dette kan gjerne vere skjematiske. Det kan lett samanlikninga mellom dei ulike vala som kan gjerast.

På dette steget blir det ofte nødvendig å trekke inn kostnader og nytteverknader ved ulike alternativ. Risikoreduksjon er nytteverknader som naturleg må med. Skilnader i primære og sekundære forventa verknader av løysingar bør også vurderast, sjølv om dei ikkje naturleg fell innunder risikoanalysen. Nærleggjande er sjølv sagt dei økonomiske verknadene av tiltaka eller løysingane, men andre verknader kan vere like viktige.

Det kan også vere aktuelt å sjå nærmere på andre forhold enn eigentleg risiko som dreg i den eine eller den andre retninga. Døme på dette kan vere ikkje-kvantifiserbare forhold til dømes knytt til estetikk, trivsel, fridom, fleksibilitet og (kan skje paradoksal nok) oppleving av nærliek og omsorg.

### Sjuande steg – Det endelege valet

Då er vi til slutt ved det endelege politiske valet. Dette er arenaen for dei som har legitimitet til å fatte vedtak. Då skal dei kunne sjå kva som er teke med i risikovurderinga og kva som er halde utanfor. Dei skal også kunne vurdere kostnadene opp mot kva risiko ein kan rekne med, og opp mot andre verdifulle eigenskapar med det aktuelle systemet (tenesta, bygget, lokalsamfunnet eller kva det no måtte vere ein har analysert).

### Konklusjon

Den omtala framgangsmåten er ikkje noko anna enn ei strukturering av god saksframstilling ut frå eit ønskje om å gjere ulike forhold knytt til risiko tydelege for dei som skal fatte dei endelege vedtaka.

Den er i samsvar med den modellen for risiko- og sårbarheitsanalysar som Direktoratet for sivil beredskap har marknadsført overfor kommunane dei seinare åra. Bodskapen vår er at denne tenkinga også kan vere aktuell i den meir jamne saksbehandlinga i offentlege verksemder, ikkje berre som skippertak når det blir kravd av utanforstående. Det er også eit poeng for oss at vurderinga blir gjennomført av dei som har bruk for henne i sitt eige arbeid, og at det er opning for deltaking frå alle som har relevante innspeil til risikovurderinga. Val av arena for slik deltaking er viktig for å få ei god analyse, det vil seie at idelet om kommunikativ saksbehandling også gjeld for risikoanalyseprosessen. Vi trur også at ein gjennom å nytte slike framgangsmåtar som dette får øving i å tenkje stokastisk (der uvisse er knytt til utfallet), i motsetnad til deterministisk (der endeleg utfall er føresieleg). Det er liten grunn til å tru at vi nokon gong kjem i den situasjonen at all risiko kan elimineraast, men det er eit vesentleg mål å vite korleis risikobiletet er for å kunne redusere eller fjerne den risikoen som vi ikkje ønskjer å ta. Det er sløsing og mangel på effektivitet å nytte knappe ressursar til førebyggjande tiltak utan å relatere dette til kvalifiserte tankar om kor ressursane gjer mest nytte for seg.

### Aktuell litteratur for kortare eller lengre vidarekomme

- Aven, T. How to Approach Risk and Uncertainty to Support Decision Making (Kjem ut på Wiley 2002).
- Direktoratet for sivil beredskap. Rettleiar for kommunale risiko- og sårbarheitsanalysar. Oslo: Direktoratet for sivil beredskap, 1994 (Kjem snart i ny utgåve).
- Natvig B. Hvordan tenkte Thomas Bayes? Utposten 1997;26(8):348-56.
- Perrow C. Normal accidents. Living with high-risk technologies. Princeton: Princeton University Press, 1999.
- Shrader-Frechette, K. S. Risk and Rationality. Philosophical Foundations for Populist Reforms. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1991.
- Waring A, Glendon I. Managing risk. Critical issues for survival and success into the 21st century. London: Thomas Learning, 1998.

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergv. 32 - 2050 Jessheim

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

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

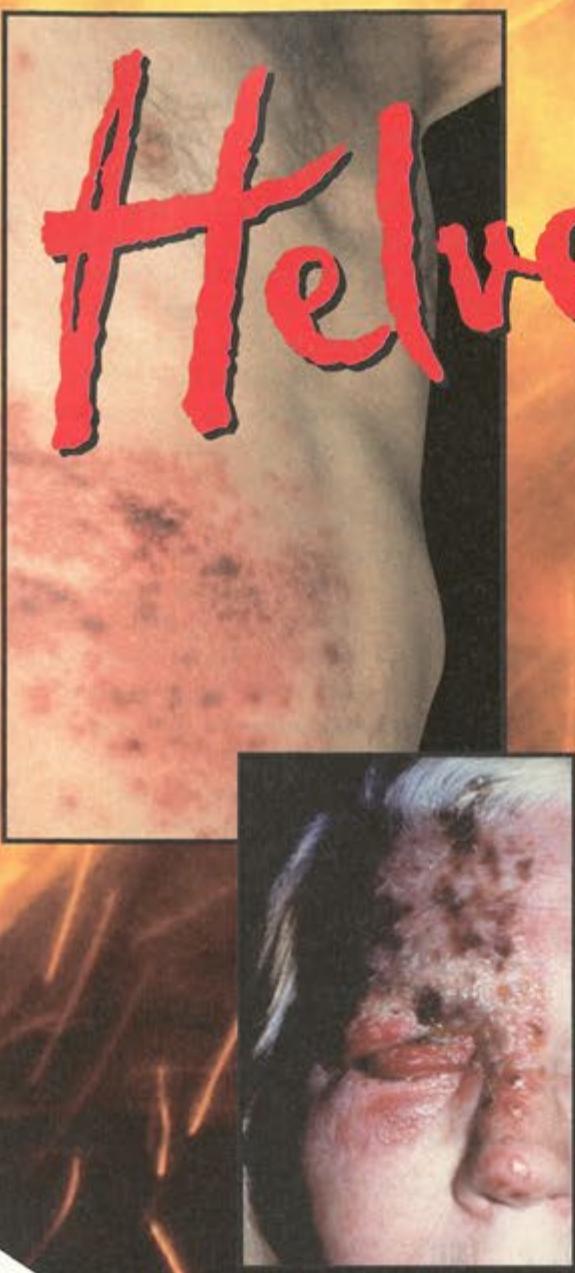
Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....





**VALTREX®**  
VALACICLOVIR

# Helvetesild

## Tør man la være å starte behandling?

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

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

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

# VALTREX®

VALACICLOVIR

- mindre helvetsild, og mindre risiko for komplikasjoner\*

## C Valtrex Glaxo Wellcome

### Antiviralt middel.

#### TABLETTER 250 mg og 500 mg:

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

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

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

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

**Indikasjoner:** Akutt tilfelle av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforlopp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner inkludert primær og residivende Herpes genitalis. Supprimerende behandling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. Profylakse mot cytomegalovirus (CMV)-infeksjon og -sykdom i forbindelse med nyretransplantasjon.

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

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

**Forsikrighetsregler:** **Hydryring:** Pasienter med risiko for dehydrering bør holdes godt hydret, særlig eldre og pasienter med lav kreatinin clearance. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosestilling gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumuleringsrisiko (se Dosering). Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydret. **Bruk av høye doser valaciclovir ved nedsatt leverfunksjon:** Det mangler data for bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) hos pasienter med lever-sykdom. Forsikrighet bør derfor utvises hos denne pasientgruppen.

**Graviditet/Amming:** Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. En mindre retrospektiv studie på gravide som ikke systemisk behandling i 1. trimester viste ikke økt risiko for fosterhader. Bruk under graviditet bør ungås hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. **Amming:** Den aktive metabolitten aciclovir går over i morsmælk. Aciclovir er målt i morsmælk i koncentrasjoner fra 0,6–4,1 ganger plasmakonsentrasiøn. Etter inntak av aciclovir 200 mg 5 ganger daglig peroralt, er maksimal plasmakonsentrasiøn ved steady state gjennomsnittlig 3,1 mikromolar (0,7 µg/ml). Dette vil kunne eksponere det diende barn for en doigndose på opp til 0,3 mg/kg/dag. Halveringstid for aciclovir i morsmælk er den samme som i plasma; 2,8 timer. Forsikrighet bør derfor utvises ved bruk av Valtrex ved amming. Døgndosser på 30 mg aciclovir per kg intravenost brukes imidlertid til behandling av neonatal herpes simplex.

**Interaksjoner:** Aciclovir elimineres hovedsakelig uforandret i urin ved aktiv renal sekresjon. Andre legemidler somgis samtidig, og som konkurrerer med denne mekanismen, kan øke plasmakonsentrasiønen av aciclovir. Etter inntak av 1 gram valaciclovir, eker cimetidin og probenecid AUC for aciclovir med 20% respektivt 40% ved å redusere renal clearance. Dosestilling anses imidlertid ikke å være nødvendig på grunn av aciclovirs brede terapeutiske index. Ved bruk av høye doser valaciclovir (8g/dag) ved CMV-profylakse, må forsikrighet utvises ved samtidig inntak av legemidler som konkurrerer med

aciclovirs eliminasiønsvel på grunn av risiko for økt plasmanivå av en eller begge legemidlene eller deres metabolitter. Økt plasma-AUC for aciclovir og den inaktive metabolitten av mykofenolatmofetil, et immunosuppressivt middel brukt ved transplantasjon, er sett når legemidlene blir samtidig.

Forsikrighet må utvises dersom høy dose valaciclovir blir samtidig med legemidler som påvirker nyrenes fysiologi (for eksempel ciklosporin, tacrolimus). Nyrefunksjonen bør i slike tilfeller følges nøye.

**Dosering:** **Herpes zoster-infeksjoner:** 2 tabletter á 500 mg 3 ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør inntbes så snart som mulig etter utslettets fremsprutt og senest innen 72 timer. **Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus:** Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen inntsettes så tidlig som mulig i sykdomsforlopet, eller helst i prodromalstadiet eller når lesiaene begynner å vise seg. **Primærinfeksjon:** 1 tablette á 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. **Residiv:** 1 tablette á 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. **Supprimerende behandling av Herpes genitalis:** **Pasienter med normalt immunforsvar:** 1 tablette á 500 mg 1 gang daglig. **Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:** 1 tablette med 10 eller flere residiv årlig, kan ha ytterligere effekt ved å fordele dobbendosis på 2 doseringer, 250 mg 2 ganger daglig. **Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar:** 1 tablette á 500 mg 2 ganger daglig. **Profylakse mot CMV-infeksjon og -sykdom ved nyretransplantasjon:** Voksne og barn over 12 år: 2 g 4 ganger daglig. Behandlingen inntsettes så tidlig som mulig etter transplantasjon. Dosen bør justeres i henhold til kreatinin clearance (se dosering ved nedsatt nyrefunksjon). Varighet av behandling er vanligvis 90 dager, men hos høyrisiko-pasienter kan det være nødvendig å utvide behandlingstiden. **Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:**

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

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatinin clearance < 15 ml/minutt, med dobbentak etter at hver dialyse er gjennomført. Kreatinin clearance bør følges jevnlig, spesielt i perioder hvor nyrefunksjonen endres raskt, for eksempel etter en transplantasjon. Valaciclovirdosen bør justeres deretter.

**CMV-profylakse:** Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør dosen justeres i henhold til tabellen nedenfor:

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

**Overdosering/Forgiftning:** Det foreligger få opplysninger om overdosering med valaciclovir. Kontakt evt. Giftinformasjonssentralen (tel. 22 59 13 00). Pasienter bør inntatt enkeltdosser på opp til 40 aciclovir, som kun delvis absorberes fra gastrointestinaltraktus, vanligvis uten toksiske effekter. Tilfeldige, gjentatte overdosser av peroral aciclovir over flere dager, har vært assosiert med gastrointestinale effekter (som kvalme og oppkast) og neurologiske effekter (hodepine og forvirring). Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan aciclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

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

**Pakninger og priser:** 250 mg: Engpac: 60 stk. 892,50. 500 mg: Engpac: 10 stk.

kr 336,50, 30 stk. kr 892,50, 42 stk. kr 1235,80.

Priser av 08.2001  
Preparatomtale av 04.04.2001



GlaxoSmithKline

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

# Hattestativ eller verktøykasse?

*Et innlegg i debatten om samfunnsmedisinens idegrunnlag.*

AV KARIN STRAUME f.1951, cand.med 1977. Spesialist og veileder i allmennmedisin.  
Skriver i denne forbindelse i egenskap av (akk, så langtrukken!) utdanningskandidat i samfunnsmedisin.

Som utdanningskandidat i samfunnsmedisin, strever jeg med å få tak på fagets kjerne og egenart. I allmennmedisinen fikk jeg være med på oppvåkningen av faglig selvbevissthet og paradigmeskifte på 80-tallet. Til samfunnsmedisin kom jeg da toget var gått. I hvert fall gav mange av entusiastene fra -84 inntrykk av at deres tog var gått. Noen hadde hoppet av, mens andre satt trofaste, men litt tattafe igjen på perrongen og ventet på at noen skulle fortelle dem når neste tog kommer.

I veiledningsgruppa vår blomstrer den anvendte samfunnsmedisin, men selve idegrunnlaget er det vanskeligere å få tak på. Derfor kaster jeg meg begjærlig over artikler som annonserer at de har tenkt å si noe om dette. Med store forventninger leste jeg derfor Petter Øgars artikkel i Utposten nr.6/2001 om Samfunnsmedisineren - politiker eller fagperson? Artikkelen er så klok og forstandig, så besnærende analytisk og uangripelig logisk. Hvorfor sitter jeg da igjen med en beklemmende følelse dypt i epigastriet?

Jeg tror det må være hattestativet. Hva slags fag er dette, hvis det viktigste redskapet er et hattestativ? Hvis den viktigste utfordringen er å holde orden på hvilke roller man til en hver tid bekler? I allmennmedisinen snakket vi mye om verktøykasse; at spesialistutdanningen skulle hjelpe oss å utvikle noen allmennmedisinske arbeidsteknikker vi kunne ha med oss i verktøykassa. Men hattestativ??

## Samfunnsmedisinsk yrkesetikk

Det butter imot helt fra begynnelsen, fra selve verdigrunnlaget. Øgar skriver: «Sentrale elementer i en samfunnsmedisinsk yrkesetikk bør være:

- Faglig redelighet
- Åpenhet på hvor det faglig dokumenterte slutter, og det faglige skjønnet begynner
- Høy faglig standard
- Faglig og politisk uavhengighet
- Valg av faglig innsats etter definerte prioriteringskriterier. Her trenger vi en betydelig bevisstgjøring, kanskje et samfunnsmedisinsk 'Lønning-utvalg'
- Overholdelse av de roller vi er tillagt av samfunnet.»

Alt dette er uangripelige og viktige verdier, men er dette alt? Hvor blir det av verdier som ivaretar forståelsen for og forpliktelser overfor det samfunn og den befolkning vi skal betjene? Og den tradisjonelle medisinske etikken: Har den ikke lenger noen relevans når vi forholder oss til befolkninger og ikke til enkeltindivider?

Et tanke-eksperiment: La oss forsøke å besvare de spørsmålene Øgar stiller om hvor lydige vi skal være mot forvaltingen, ved hjelp av de yrkesetiske elementene han har listet opp:

«I hvilke situasjoner er det riktig å gå ut mot og kritisere samfunnets lovlig fattede kjøreregler? I hvilke situasjoner er det riktig å gå offentlig ut mot de overordnede beslutninger, og i hvilke situasjoner er det riktig å bryte kjørereglene og utøve en form for sivil ulydighet?»

Jeg greier ikke å finne svar på dette verken ved faglig redelighet, høy faglig standard eller noen av de andre elementene som er listet opp ovenfor. Spørsmål av den typen krever en vektning av forskjellige verdier opp mot hverandre: Hvor må lojaliteten mot de politiske beslutningene som kommunestyret har fattet, vike for hensynet til de befolknings-grupper som blir påført uhelse av disse beslutningene? Hvor langt skal min lojalitet mot storsamfunnet strekkes, når dets markedsliberalisme knekker mitt lokalsamfunn?

Med en så «verdi-nøytral» yrkesetikk som den Øgar beskriver, blir det vanskelig å svare på disse spørsmålene. Han later til å forutsette at det går an å være verdinøytral og upåvirket av personlige opplevelser i sine faglige beslutninger. Våre verdier preger våre valg, men vi kan til en viss grad velge hvilke verdier som skal prege oss. En helt «ren» og «upolitisk» samfunns-medisinsk profesjonsetikk, vil ikke kunne gi oss den nødvendige hjelp i vektingen av verdier opp mot hverandre. Å overlate denne vektingen til den enkelte utøvers private verdivalg, er en dårligere løsning enn å lage en litt mer verdiladet yrkesetikk. Som samfunnsmedisiner må vi ha lov til å bringe med oss elementer fra vår

medisinske profesjonsetikk også når vi utøver våre samfunnsmedisinske oppgaver.

### Samfunnsmedisin – en medisinsk disiplin?

For samfunnsmedisinen er vel fortsatt en medisinsk disiplin? Jeg forstår at jeg ikke kan ta med meg min individrettede tankegang og alle mine kliniske arbeidsmetoder over til samfunnsmedisinen. Men jeg må da kunne ta med meg noen? Jeg forstår at jeg må lære meg en del nye arbeidsmetoder og sette meg inn i nye (politiske og forvaltningsmessige) måter å tenke på. Men kan jeg ikke ta med meg noe annet fra den øvrige medisinen enn et snevert, evidensbasert kunnskapstilfang? Ingen arbeidsmetoder, intet erfahrungsgrunnlag, ingen verdier?

Når Øgar beskriver kjennetegnene ved den gode (samfunnsmedisinske?) skjønnsutøvelsen, gjenkjenner jeg gode prinsipper for juridisk og forvaltningsmessig skjønn. Men det kliniske skjønnet, det som vi er opplært i og har lang trening i, har det ingen plass? Jeg forstår at saksframlegg for kommunestyret må være best mulig faglig underbygget, og at impulsive handlinger har liten plass i forvaltningen og det politiske systemet. Men av og til må vi handle uten å ha alle kortene på bordet og uten tid til å kvalitetsvurdere alle premissene - også i samfunnsmedisinen. Vi ville bli ganske impotente i hastesaker i smittevern og miljørettet helsevern, hvis vi bare kunne utøve skjønn etter de kriteriene som Øgar lister opp.

Men medikaliseringen, da! Hvis vi tar med oss vår medisinske tankegang og arbeids-metoder inn i det samfunnsmedisinske arbeidet, kan vi ikke da komme i skade for å medikalisere samfunnet? I et håp om å holde liv i den videre debatt, våger jeg meg fram på med en dristig påstand: Det er ikke vi medisinere, men noen av dem som benytter seg av våre tjenester, som har vært de sterkeste drivkraftene i medikaliseringen: Det er trygdeverket som skal ha oss til å stempe folk som syke, fordi samfunnet har satt det som krav for en rekke ytelsjer. Det er forsikrings-selskaper og en rekke andre instanser som krever våre atester i hytt og pine. Det er legemiddelindustrien som skal ha oss til å behandle normale psykiske reaksjoner med medikamenter. Medikaliseringen er et framtrædende, men langt fra det eneste, eksempel på ekspertsystemenes betydning i det moderne samfunn. Tilsvarende fenomener finnes innenfor de fleste livs- og samfunnsområder; jussen, barneoppdragelsen o.s.v. Men medikaliseringen er liksom litt ekstra ekkel, for den er vår skyld.

Jeg har hatt stor glede av en del sosiologiske tanker og teorier i mitt kliniske arbeid (men ingen har hittil beskyldt meg for å «sosiologisere» mine pasienter av den grunn). På

samme måte må vi kunne ta med oss medisinsk tankegang og tilnærningsmåter inn på samfunns-fagenes banehalvdel. Nettopp dette er noe av det spennende ved samfunnsmedisinen; her møtes mange forskjellige fag og ulike typer kompetanse. Hvis vi hadde våget å la disse flyte fritt i en herlig blanding (jam session?) og ikke være så «rene» og ta av og på oss hatter hele tiden; skal tro hva som kunne kommet ut av det?

### Et positivistisk kunnskapssyn?

Jeg leser som en understrøm i artikkelen at det finnes én sann og gyldig kunnskap og ett riktig svar hele tiden. Det gjelder bare å finne fram til det. Kunnskapen skal være evidensbasert og kvalitetsvurdert. Fra allmenn-medisinen er jeg vant til at bare én form for kunnskap lar seg beskrive på denne måten, den som kalles «påstandskunnskap». De to andre kunnskapsformene «ferdighetskunnskap» (de faglige ferdigheter vi tilegner oss med årene) og «fortrolighetskunnskap» (all den «tause» kunnskapen vi har fordi vi er fortrolige med det feltet og de menneskene vi arbeider med), er like viktige i vårt daglige arbeid.

Men hvor blir det av den tause kunnskapen i samfunnsmedisinen? All den oppsamlede erfaringenkunnskapen om det lokalsamfunnet og den befolkningen vi arbeider med, kjennskapet til de politiske irrgangene i kommunen og spillereglene i det politiske systemet, det kliniske blikket for rådmannens dagsform og hvilke medarbeidere som samarbeider dårlig. Er ikke denne kunnskapen gyldig i samfunnsmedisinen? Er det bare den kunnskapen som er frambragt ved randomisert og kontrollerte forsøk og med en akseptabel p-verdi, som kan brukes?

En som står meg nær, opplevde dette som en eksistensiell krise i faget for noen år siden. Hans lille kommune ble offer for konjunkturene. Arbeidsledigheten skjøt i været, sjarkene måtte selges og folk måtte forlate gård og grunn. Og de ble syke. Hva hadde faget å hjelpe ham med? «Få dem til å slutte å røyke, legge om kostholdet og slutte med kokekaffen, så vil sykeligheten gå ned, det har vi godt dokumentert kunnskap om». Men ingen kunne fortelle ham hvordan du får mennesker som har mistet håpet om morgendagen, til å slutte å røyke og legge om kosten. Og faget hadde ingen veiledning å gi ham i hvordan han kunne utnytte sin dyptgående kunnskap om dette samfunnet og menneskene der, til deres livsverdier, håp og lengsler. Og ingen kunne henvisse ham til noen evidensbasert kunnskap om hvordan man takler kollektiv fortvilelse.

Som medisinere har vi mye naturvitenskaplig kunnskap, men vi vet også mye om lidelse. Vi vet noe om hvordan folk lider og hvorfor de lider. Kan denne lidelsen brukes til å

forbedre samfunnet? Som klinikere har vi ofte nok med å lindre lidelsen hos den ene, men som samfunnsmedisiner kan vi kanskje bruke summen av all lidelsen som en drivkraft til å forandre samfunnet? Våre forgjengere gjorde det. Virchow hevdet at politikk ikke er annet enn medisin i stor målestokk, og var med på å legge grunnlaget for den storstilte forebyggende innsatsen som bl.a. vår Sundhedslov var uttrykk for. Nå er de gamle infeksjonssykdommene nedkjempet og koblingen mellom medisin og politikk er ikke stueren lenger. Men lidelsen, den er der.

### Konklusjon

Jeg vil selvfølgelig ikke at samfunnsmedisinen skal bli et «synse»-fag der hver enkelt kan ri sine personlige

kjeppester under faglighetens fane. Men den må heller ikke bli så ryddig at den ikke kan brukes som annet enn et arkivsystem. Den må ha et solid faglig fundament, som bygger på faktakunnskaper fra mange forskjellige fagområder, ferdigheter og den enkelte samfunnsmedisiners fortrolighets-kunnskap om sitt lokalsamfunn og sin befolkning. Og den må bygge på en yrkesetikk som forener det beste fra den medisinske etikken med god forvaltningskikk o.s.v. Kan jeg få sette hattesatavet på loftet og være meg – helt barhodet? Og kan noen hjelpe meg å fylle verktøy-skriinet med gode medisinske, samfunnsfaglige, juridiske og-hva-det-måtte-være redskaper, så jeg kan være med å forandre mitt lille samfunn til beste for de menneskene som bor her?

## LEDIGE STIPENDIER

### Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2002.

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utslyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 2002. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiaterne forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkeres som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan teller i etteruddanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendumidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søkeradsskjema og veileding for aktuelle søkeres som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf. 22850655, fax 22850650 eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. mars 2002. Søknader som er poststemplet etter søkeradsfristen blir ikke tatt i betragtning. Web-adresse: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu>

### NSAM - Allmennmedisinsk forskningråd

lyser ut fem stipendmåneder for 2. halvår 2002 til forskning om Fastlegeordningen. Midlene er stilt til disposisjon for stipender til småskalaforskning om fastlegeordningen. **Søknadsfristen er 15. mars -02.** Hvert enkelt stipend blir på maksimalt 3 måneders varighet. Det vil bli halvårslige tillegg av til sammen 30 stipendmåneder å kr 23 000 med kr 3000 i driftsmidler per måned. Søknadsskjema kan hentes på NSAM/AFUs hjemmeside: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu/>

NFR peker på noen forskningstema som vil være av spesiell interesse:

- Legedekning
- Legevakt
- By-land perspektivet
- Tilgjengelighet på dagtid
- Akutthjelphensjon på dagtid
- Henvisninger og samarbeid med 2. linjetjenesten
- Samarbeid med andre kommunale helsearbeidere
- Forholdene for kronikergrupper
- Endringer av kontaktmønster for ulike grupper

Andre forskningstema kan være aktuelle, men NFR ved evalueringssgruppen vil ha et overordnet ansvar for at prioriterte forskningsemner blir belyst.

### Tildeling av ALLMENNPRAKTIKER-STIPEND for 1. halvår 2002

#### Oslo

Arne Westgaard fikk tildelt 1 måned for sitt prosjekt «[www.legevakten.no](http://www.legevakten.no) – Legevaktmedisin på internett»

Tarig T.M.Salah fikk tildelt 1 måned for sitt prosjekt «Tuberkulose og HIV-infeksjon»

Lars B Rasmussen fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «En test av metode til utprøvning av et ayurvedisk (indisk medisin) produkts effekt på moderat forhøyet kolesterol.»

Bjørg Hjerkinn fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «Oversikt over brukere av Forsterket Helsestasjon»

#### Bergen

Anne Ruud fikk tildelt 4 måneder for sitt prosjekt «Motorikk hos gutter med AD/HD»

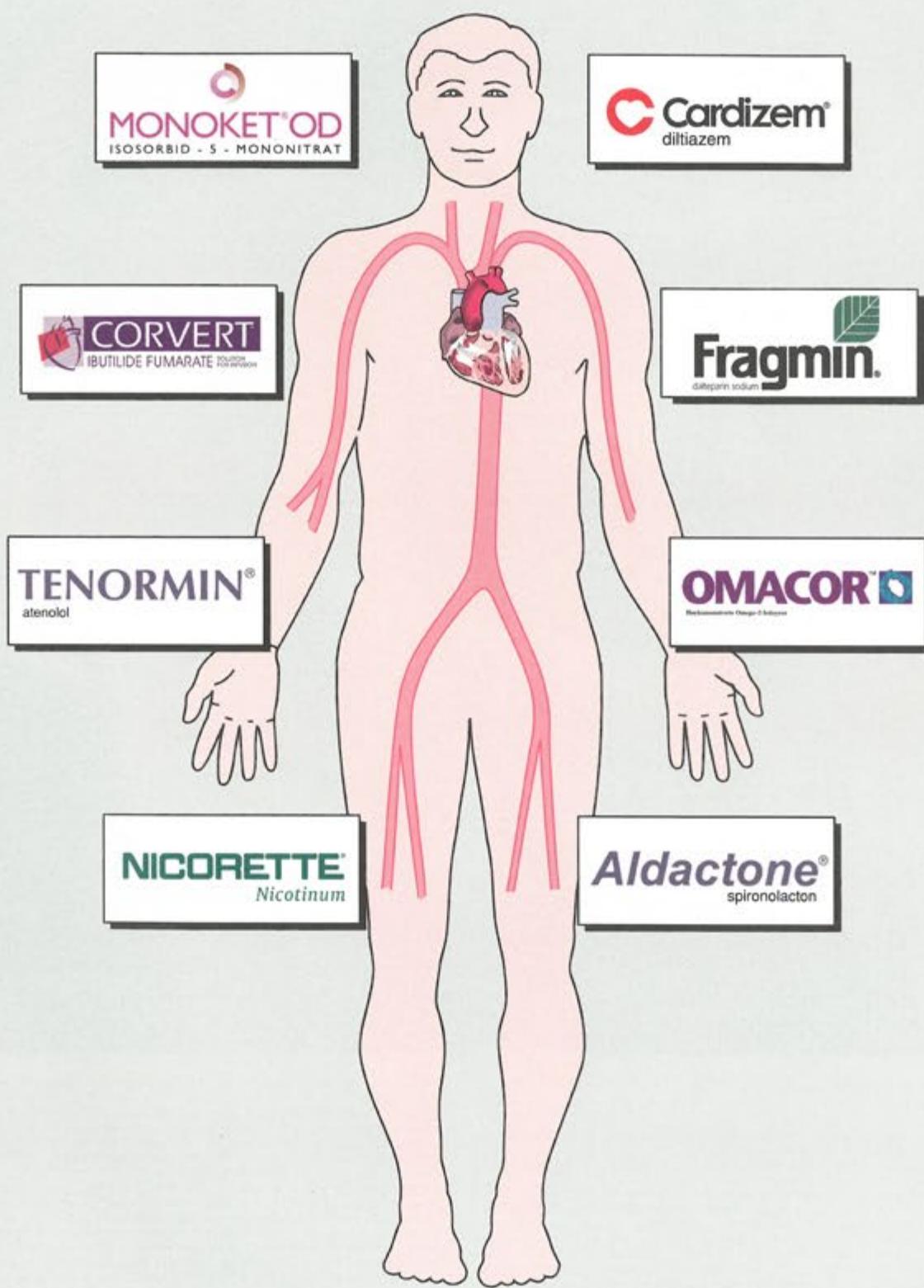
#### Tromsø

Tor Anvik fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «Kanskje er det pasienten som har rett?»

**NSAM**

# PHARMACIA

## Hjerte/kar





## To problemer...

Hos eldre menn er benign prostatahyperplasi (BPH) det vanligste urologiske problem og hypertensjon den vanligste kardiovaskulære tilstanden<sup>1</sup>. Det er estimert at 25% av alle menn over 65 år har samtidig hypertensjon og BPH<sup>2</sup>.

### CARDURAN CR "Pfizer" ATC-nr.: C02C A04

Selektiv alfa1-blokker

**DEPOTTABLETTER** 4 mg og 8 mg: Hver tablet innneh.: Doxazosin. mesil. aeqv. doxazosin. 4 mg, resp. 8 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E172), titanoksid (E171).

**EGENSKAPER:** Klassifisering: Selektiv alfa1-blokk. Senker perifer karmotstand samt relakserer glatt muskulatur i prostata som medfører forbedret urinpassasje.

**Virkningsmekanisme:** Selektiv og kompetitiv postsynaptisk alfa1-reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dosis daglig gir klinisk adekvat blodtrykksreduksjon i 24 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gi alemt eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi (BPH) symptomatisk ved selektiv alfa1-adrenozeptorblokade i glatt muskulatur i strøma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effektstudier indikerer at pasienter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottabletter som med 1 mg, 2 mg og 4 mg konvensjonelle tabletter. Doxazosin har en positiv effekt på lipoproteiner og en beskjeden økning av rationen HDL/totalkolesterol er sett. Den kliniske verdien av dette er ikke fastslått. In vitro studie viser antioksyderende egenskaper.

**Absorpsjon:** Depottabletten gir en jevnere plasmaprofil enn konvensjonell tablet. Maks. serumkonsentrasjon når etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablet i samme dose. Etter 24 timer er "trough"-nivå tilnærmet like for begge formuleringene. Peak/trough-ratio for Carduran CR er mindre enn halvparten av konvensjonell doxazosin tablet.

**Proteinbinding:** Ca. 98%. Halveringstid: Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. Hos personer med moderat nedslatt nyrefunksjon ga en enkelt dose doxazosin en økning av AUC på 43% og en nedgang i tilsynelatende oral clearance på 40%.

**Metabolisme:** Mindre enn 5% skiller ut i uforandret form. Metaboliseres primært av 0-demetylering og hydroksylering.

**INDIKASJONER:** Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

**KONTRAINDIKASJONER:** Kjent overfølsomhet overfor quinazolinler eller øvrige innholdsstoffer. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsnøring, øsofagousobstruksjon eller enhver grad av redusert lumesdiameter i gastrointestinaltraktus.

**BIVIRKNINGER:** Vanligst er bivirkninger av postural type (sjeldent med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, perifert ødem, asteni, somnolem, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast og gastroenteritt), muntrørbet, ryggsmerte, brystsmerte, postural hypotension, palpitasjon, takykardi, myalgi, bronkitt, hoste, pruriitus, urinkontinens, cystitt og rhinit. For konvensjonelle tabletter er i tillegg følgende rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Isolerete tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammensheng med alfa1-blokkere. Tilfeller av allergiske legemiddelfreaksjoner, hodutsett, trombocytopeni, purpura, neseblødning, leskopeni, hematuria, cholestasis, hepatitt, gulset og unormale leverfunksjonstester og tåkesyn er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert, men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom: Takykardi, palpitasjon, brystsmerten, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier. Bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarer den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirknninger for depottabletter signifikant lavere enn for konvensjonelle tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottabletten som 1 mg konvensjonell tablet.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Pasienten må informeres om at doxazosin er omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Det tomme skallet utskilles og kan sees i feces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv protetylase mot angina-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokk til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige

**...En løsning**

Pasienter med BPH og samtidig lettere hypertensjon er spesielt velegnet for behandling med alfablokker<sup>1)</sup>. Carduran (doxazosin) gir minimal effekt på blodtrykket hos normotensive BPH-pasienter, mens blodtrykket hos hypertensive reduseres signifikantert<sup>1)</sup>.

# CARDURAN CR® DOXAZOSIN

forsikrigsregler ved seponering av betablokker iaktas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesviktens for doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøyde i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Doxazosin skal administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. For behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøyde med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifikt antigen (PSA) for øm mulig å avdekke prostatacancer.

**GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Sikkert ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt. Dyreforsøk med høye doser har vist redusert føtal overlevelse. Bruk under graviditet bør unngås. *Overgang i morsmell:* Dyreforsøk indikerer akkumulering i breystmek. Overgang i human morsmell er ukjent. Preparatet bør derfor ikke brukes under amming.

**INTERAKSJONER:** Doxazosin kan tas sammen med naziddiureтика, furosemid, beta-blockere, ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler, antibiotika, perorale hypoglykemiske legemidler, urinsørgjørende medikamenter eller antikoagulerende midler.

**DOSEERING:** *Depottablettene må sveles hele og skal ikke tygges, deles eller knuses.* Tas med vann, og kan tas med eller uten mat. Vanligste dose er 4 mg 1 gang daglig. Ved behov kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. anbefalt dose er 8 mg 1 gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se Forsikrigsregler.

**OVERDOSEERING/FORGIFTNING:** Imidlertid hypotension, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indiskert på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

**PAKNINGER OG PRISER:**

4 mg:	Enpac: 28 stk.: kr 226,20	8 mg:	Enpac: 98 stk.: kr 1.179,90
	98 stk.: kr 713,00		Endos: 50 stk.: kr 618,70
	Endos: 50 stk.: kr 380,40		

Basert på SPC godkjent av Legemiddelverket 4.12.2000. T: 12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi.

Ref. 1. Steven A. Kaplan, Norman M. Kaplan. Urology 1996; 48(4): 541-550  
2. Robert M. Guthrie, Richard L. Siegel. Clinical Therapeutics 1999; Vol.21, No.10: 1732-1748

3. Trygve Talseth, Hans Hedlund. Tidsskr nor Lægeforen 1997; nr.3, 117: 389-93.



*Life is our life's work*

Postboks 3, 1324 Lysaker. Tlf: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99  
www.pfizer.no

# Ola Nordmann har aldri vært sykere. Hva kan vi gjøre med sykefraværet?



AV OLAV RØYNELAND

Jeg er etter hvert blitt en eldre kollega (60). Jeg har jobbet som lege i primærhelsetjenesten i Telemark siden 1971. Etter den siste valgdebatten og den siste avtalen mellom LO og NHO om hvordan sykefraværet skal reduseres med 20%, føler jeg behov for å basere ut min frustrasjon over hvordan samfunnet angriper det høye sykefraværet vi har i Norge. Selvfølgelig har jeg en bedre løsning, og jeg vil nedenfor argumentere for den.

Selv har jeg bakgrunn som distriktslege i en utkantkommune (15 år), som helsesjef i en bykommune (3 år) og som bedriftslege og konsernlege (12 år) i et internasjonalt petrokjemisk kap. Nå er jeg allmennpraktiker, pensjonist og rådgivende trygdelege med 20 timer i uka. Grunnen til å liste opp dette, er å presentere noe av den erfaringen jeg har fått, og bakgrunnen for hva jeg nedenfor skriver.

Opp gjennom årene har jeg sett sykefravær som et symptom på samfunnets helse. Mange vil hevde at den norske nordmann aldri har vært friskere eller hatt det bedre enn i dag. Jeg reiser et spørsmål ved dette utsagnet, og vil provokativt hevde at Ola og Kari aldri har vært sykere enn de er i dag. Og det utvikler seg i gal retning. Jeg har derfor ikke noen tro på at 600 nye byråkratstillingene i trygdeverket som er etablert fra 2002 som ledd i avtalen mellom LO og NHO (inkluderende arbeidslinje), vil redusere sykefraværet.

Min erfaring er at Ola og Kari har et svært ryddig forhold til det å gå på jobb. De aller fleste er samvittighetsfulle arbeidstakere som ønsker å være nyttige samfunnsborgere. Den ene prosenten som faller utenfor denne gruppen, har fått langt større oppmerksomhet enn de fortjener og spiller en helt marginal rolle i statistikken. De er oftest kjent i miljøet og kan håndteres av en oppegående personalavdeling.

Når vi leger sykemelder en person, er det etter min erfaring alltid en god grunn til det. Vel er det pasienten som gir premissene for sykemeldingen, men vi har sjeldent grunn til å være uenig. Senere i forløpet er det ofte andre grunner enn den primære som hindrer den sykemeldte i å komme tilbake i arbeid.

Peter F. Hjort er en av de guruer i norsk medisin som jeg ofte har tydd til. På 70-tallet spådde han utviklingen av sykdomspanoramaet fra de tradisjonelle lidelsene vi lærte om på doktorskolen til hjerte-kar epidemien. Han forespeilte oss SAM-sykdommene som fremtidens epidemi. Slik jeg ser det, er vi i dag midt i denne epidemien. Samfunn, sam-

arbeid, samliv, arbeid og miljø i videste forstand spiller den samme rollen som sykdomsfremkallende faktorer i dag, som tuberkulose og polio gjorde i gamle dager. I dag lider folk av stressrelaterte lidelser og av symptomer pga. manglende mestring av jobb og samliv. Vi mennesker har behov av forutsigbarhet, men dagens omstillingstakt i arbeidsliv og samfunn fratar oss denne nødvendige forutsigbarheten når vi skal planlegge våre liv.

Arbeidslivet tror jeg er den viktigste enkeltfaktoren til det økte sykefraværet. Årsaken ligger hos arbeidsgiver, men ikke minst hos arbeidstakerne selv. Når «Per» har redusert funksjon, foretrekker han å bli sykemeldt fremfor å tilpasse arbeid og funksjon. Han vet nemlig at kollegene helst ser han blir sykemeldt, for da får de en vikar som gjør at det blir mindre arbeid for dem, eller de får mer overtid /betaling. Arbeidsleder tenker på samme måten. Med vikar eller overtid får han jobben gjort. Da er det forståelig at Per ikke kommer tilbake i arbeid før han er 100% produktiv. Aktiv sykemelding har rettet noe på dette. Kulturen innad i et arbeidslag er derfor viktig for sykefraværsstatistikken.

Som rådgivende lege leser jeg sykemelding 2, og det er påfallende hvor ofte legen beskriver konflikt på arbeidsplassen som bakenforliggende årsak til sykdom. Den største delen av dette forblir skjult for arbeidstilsynet.

Depresjon, utbrenhet, tretthet og muskel/skjelett angis som årsak eller diagnose. Men dette er i realiteten bare et symptom på en sykdom i omgivelsene.

Jeg jobbet en god del med ledelse i tiden som bedriftslege, og jeg mener selv at dette bidrog til at fraværet i min bedrift (600 ansatte) var rundt 3,2–3,7%. Toppledelsen innså at sykefraværet var et symptom på organisasjonens helse, og de var opptatt av å redusere fraværet ved å forbedre arbeidsmiljøet, forbedre ledelsen og stimulere attføringsarbeidet. «24-timers-mennesket» ble innført som et begrep. Det betyr at arbeidsgiver og kolleger skal føle ansvar for hverandre også utenfor arbeidstid. Det var flere som tok i mot støtte fra bedriften når de ble rammet av personlige katastrofer. Arbeidsplassen har og bør enda mer overta noe av omsorgsfunksjonen som storfamilien hadde i gamle dager. Friske arbeidstakere er mer produktive og billigere enn syke.

Mitt inntrykk er at kravet til effektivitet er så stort at enkeltmennesket jobber med maksimalt tempo hver dag og hele dagen. Vi vet at det klarer vi ikke lenge. Vi må ha perioder der vi henter oss inn igjen, for så en periode igjen å yte maksimalt. I dag er det færre av oss som går hjem fra jobb med tomt skrivebord. Det er alltid noe som ligger igjen og venter på oss, og som vi vet at andre igjen venter på. Det

er det vi ikke får gjort, som stresser oss. Det er ikke alle som har lært prioriteringens kunst.

Arbeidsredskapene våre har forandret seg fra skrunøkkel til PC med stadig nye programvarer og oppdateringer. Ergonomien har ikke utviklet seg i samme tempo. Ikke før mestrer vi den ene programvaren, før neste oppdatering er en realitet. Færre av oss opplever mestring og derved trivsel i arbeidslivet. Det blir A-variantene av oss som klarer å stå løpet noe lenger enn B-variantene. Mens C-varianten allerede er sykemeldt for muskel-skelett plager eller depresjon pga. manglende mestring, langvarig stress og følelse av tap. Vårt eneste fangnett for de som faller av lasset, er sykemelding og senere uføretrygd.

Internasjonalisering og «turnover» av kompetanse har utviklet seg formidabelt. Den jobben du blir utdannet til, må du bytte og lære om kanskje både to og tre ganger før du endelig kan flykte inn i pensjonistens rekker. Da er presset endelig borte, trass i at du likte arbeidsplassen, jobben og kollegene godt. Men du orket ikke tempoet, presset og tap av ansikt når du ikke var like mye på høyde som de yngre. Individets verdighet, selvrespekt og plass i gruppens sosiale hierarki er viktige nærværsfaktorer.

Kari er til 70% deltakende i arbeidslivet og opplever de samme kravene som Ola. Men hun har og føler nesten det samme ansvaret for barna og familien som tidligere hjemmeverende mødre. Vi gutta har ikke klart å følge denne utviklingen. Det kan være en bidragende årsak til flere samlivsbrudd og høyere travær hos kvinner.

Husleiene er høye, barnehagene er dyre, og kravene på jobben gjør at 8 timers arbeidsdag er noe de fleste ser som en drøm. Jobbens krav tilslirer at flere både kvinner og menn jobber både 8 og 10 timer daglig. Reisevirksomheten gjør ikke dette mindre. Vår hjemlige base og fundament smuldes mer og mer bort. De som hevder at vi aldri har hatt mer fritid, kjenner ikke hele sannheten.

LO stimulerer til denne utviklingen. De godtar lønnssystemer som stimulerer til økt arbeidstid og sterkere konkurranse mellom kolleger. Solidariteten brukes bare i festtaler, mens konkurransen mellom likemenn er virkeligheten. Etter hvert er det færre som makter å følge med. De som faller fra blir sykemeldt.

Arbeidslivet har kanskje aldri vært mer brutal og ekskluderende enn det er i dag.

### Hva kan vi gjøre?

Jeg er vel kommet til at ledelse i sin bredeste betydning er den viktigste terapeuten som virkelig kan skape en friskere organisasjon. God ledelse kan motivere og stimulere, støtte og utfordre, hjelpe og delta når livet er vanskelig i og utenfor arbeidstiden. God ledelse kan stimulere til kontinuerlig opplæring i en helt annen divisjon enn vi har vært vant til, slik at flere føler mestring. Man henter ferdig utdannede fra skoleverket og slenger dem til trygdeverket når de ikke lenger holder mål. Det må bli slutt på den bruk og kast av

mennesker og kompetanse arbeidslivet i dag driver med. Noe brutal talt sagt, men dere forstår meningen. Gjennom kontinuerlig kompetanseutvikling kan de ansatte lære mestring og prioritering. Det vil gi trivsel og lavere travær.

Det er den nærmeste avdelingsleder /arbeidsleder i den enkelte virksomhet som kan pleie og vedlikeholde den menneskelige maskin slik en ansvarsfull maskinist pleier sin motor. Han oljer og smører. Lytter til lyden og tilpasser tur-tallet. Passer på at den ikke går varm. Han foretar regelmessig forebyggende vedlikehold og venter ikke på at noe skal gå galt. Slik må den moderne leder også pleie sine medarbeidere i arbeid, men også vise interesse for fritidens problemer.

*Slike ledere kan vi bare utvikle om toppledelsen har samme forståelse og mål for moderne lederskap.*

Valgets sykelønnsdebatt viste meg at politikere på høyt nivå ikke får informasjon om hva som er dagens problem. Jeg tror dere er enige med meg når jeg hevder at det er ikke traværet mellom 1–30 dager som er det store problemet. Det er sykefraværet lengre enn 30 dager som er utfordringen. Det er mer de tradisjonelle lidelsene som er årsaken til det korte traværet. Vi forandret på egenmeldingsprosedyrerne i min bedrift, og korttidsfraværet gikk ned. Langtidsfraværet utgjorde imidlertid 50% og mer av det totale traværet, men representerer bare 5% av syketilfellene. Psykosomatiske og psykiatriske lidelser var ca. 60% av årsakene til langtidsfraværet. Jeg vet at dette er representativt for traværsmønsteret på landsbasis.

Jeg mener også at vi må forandre dagens sykelønnsordning, men ikke slik politikerne synes å ønske. Jeg vil beholde dagens sykelønn for den ansatte, men forandre utgiftsfordelingen mellom stat og arbeidsgiver. Egenmeldingsperioden bør være en pool på ca. 16 dager per år, som kan fordeles på 4 ganger. Utgiftene bør dekkes av Folketrygden i sin helhet ved sykefravær fra første til 30. sykedag. Derefter må arbeidsgiver dekke 1/3 av lønnsutgiftene til en løsning er funnet. Dette vil stimulere utviklingen av attføringsarbeid og nærværsfaktorer. Dette bør være hovedregelen, men et utvalg hvor arbeidsgiver, RTV og a-etat deltar, bør kunne vedta unntak fra denne regelen etter gitte retningslinjer. Rent økonomisk tror jeg verken arbeidsgiver eller stat vil tape på en slik omlegging. I dag betaler arbeidsgiver 50% av utgiftene til alt sykefravær i arbeidsgiverperioden, mens staten tar resten og de etterfølgende uføretrygder. Jeg tror staten i dag stimulerer til eksklusjon av arbeidslivet ved dagens sykelønnsordning, og taper mest økonomisk.

«Mitt konsern» har en bedrift i Portugal med 700 ansatte og 1,2% sykefravær over flere år, mens Portugal som nasjon har ca 6%. Jeg hadde glede av å studere dette fenomenet. Nærværsfaktorer som godt arbeidsklima og økonomiske stimuli for nærvær i arbeidslaget, var viktige faktorer. Det latinske sinnelaget skal heller ikke undervurderes. Jeg tror det er fullt mulig å redusere traværet til nærmere 2% i Norge med dagens velferdsordninger for arbeidstaker.

# Korsryggsmerter

SVAR FRA AAGE INDAHL

*I Utposten nr 5/2001 var det et intervju med meg om patofisiologien og behandlingen av korsryggsmerter. Intervjuet førte til reaksjoner som var trykt i Utposten nr 7-8/2001.*

Svar til Liv Inger Strand, Anne Elisabeth Ljunggren og Kjersti Storheim, som skrev om trening av ryggpasienter.

Det var da svært til skriverier om noe det ser ut til at vi er enige om, nemlig at trening for akutte ryggsmerter, det vil si i løpet av de første 3 månedene, ikke har påviselig effekt. Videre om at trening kan ha noe å si for kroniske ryggsmerter, for å komme i gang og bedre funksjonen.

Nå var artikkelen i Utposten et intervju med undertegnede. Det blir da naturlig at en fokuserer på hva intervjuobjektet har gjort og mener. Det var med andre ord ikke en vitenskapelig artikkel som fokuserte på trening, og heller ikke en artikkel med referanser. Intervjueren har ført opp mitt doktorgradsarbeid som referanse, og det synes jeg er nokså naturlig i et personlig intervju.

Innsenderne ytrer ønske om en full oversikt over det jeg gjør med pasientene. Det lyder noe underlig. Jeg vet ikke om noen andre som har utgitt en fullstendig beskrivelse av hvordan de undersøker og behandler. Hvis forfatterne er interessert i dette ut fra et ønske om å lære, er de hjertelig velkomne til å hospitere.

For å forsøke å være mer presis, så er det korrekt som inn-skriverne hevder, at det finnes få holdepunkter for at trening har noen effekt ved akutte ryggsmerter, det vil si i løpet av de 3 første månedene. En behandling som ikke har påviselig effekt i tilstandens første 3 måneder, kan neppe kalles en spesifikk behandling av tilstanden. Studier som viser en positiv effekt av trening, har som oftest en passiv kontrollgruppe. Når trening sammenlignes med kontrollgrupper med aktive tiltak, faller effekten vanligvis bort (personlig meddelelse fra van Tulder). Med andre ord ser det ut til at den effekten som påvises, er en generell effekt av å stimulere til aktivitet, og ikke en spesifikk behandling for ryggsmerter. Fysisk aktivitet ser ut til å ha samme effekt på en rekke smertetilstander av ulikt opphav.

Når det gjelder de nye rapportene fra Australia, fra Paul Hodges gruppe, er det for tidlig å si om dette kan vise seg å være en effektiv behandling. Alle nye behandlingsformer ser ut til å ha effekt til å begynne med. Denne behandlingen blir beskrevet som «stabiliserende trening». Det er imidlertid et stort problem at begrepene «stabilitet», «instabilitet» og «stabiliserende øvelser» ikke har noen klare definisjoner og ikke er målbare størrelser. De er med andre ord begreper innenfor en «filosofi», og dette er det vanskelig å forholde seg til. Forsøk på å måle bevegelsen mellom spinale segmenter hvor en mistenker «instabilitet», har vist at det gjennomgående er mindre bevegelse hos de «instabile» enn hos friske. Dette ser også ut til å være tilfelle hos de med spondylolyse med spondylolisthese.

Det som virkelig bekymrer meg, er at vi ikke har noen virkelig effektive behandlingsmåter. Faren ved å forsøre lite effektive metoder er at det skapes et inntrykk av større effektivitet enn faktum er. Dette kan være til hinder for at det settes nok fokus på å finne fram til nye og mer effektive tiltak. Hensynet til pasienten bør komme foran forsøret av behandleren.

Svar til Knut Laake,  
som skrev om begrepet «funksjonell forstyrrelse»

Jeg er enig i at det er viktig med presise formuleringer. Min avhandling beveger seg i grensesirklet mellom patofisiologi og kognitive funksjoner. Jeg interesserer meg for hvordan refleksmekanismer kan påvirkes av hva vi tror og gjør. «A functional disturbance», som er undertittelen i min avhandling, henspeiler på nevrofisiologiske forstyrrelser som også påvirkes av kognitive funksjoner. Det er derfor ikke det samme som en «funksjonell lidelse» eller «functional disease». Jeg har ikke fått slike tilbakemeldinger på tittelen i min avhandling tidligere. At benevnelsen «funksjonell forstyrrelse» også er overtatt av psykiatrien trodde jeg ikke, men jeg har da heller aldri forstått hvorfor psykiatrien kunne benytte seg av betegnelsen «funksjonell lidelse». Det er mulig at undertittelen kunne oversettes med «funksjons-forstyrrelse».

## Ultralyd Symposium

**26. Årsmøte for Norsk Forening for Ultralyd-Diagnostikk  
(11) 12.–13. april 2002 i Bergen**

Programmet 11. april er primært lagt opp for jordmødre, men leger og andre interesserte er også velkomne.

### 11.april

**Sesjon 1: Undersøkelse av det normale fosterhjertet**

11.00–11.15 Praktisk demonstrasjon (på storskjerm)

11.30–12.30 Praktiske øvelser for deltakerne

**13.30–14.45 Sesjon 2: Frie foredrag**

15.15–16.00 **Sesjon 3: Oppfølging av utviklingsavvik**

Prosedyrer ved funn av utviklingsavvik; Evaluering av rutiner

### 12.april

09.00–10.00 Registrering

**Sesjon 1-Nefrologi**

10.15–11.00 Ultralyd-Doppler ved nyrearteriestenose

11.00–11.30 Ultralyd ved nefritter

11.45–12.05 Ultralyd diagnostikk ved tumores i nyrene.

12.05 – 12.30 Urolithiasis. Funn ved ultralyd.

12.30–12.45 Oppfølging av TX-nyrer vha ultralyd. Rejeksjon?

12.45–13.00 Nyreundersøkelse hos gravide

**Sesjon 2**

**A: Rutineundersøkelse av foster i 2.trimester**

14.00–14.15 Grunnlaget for undersøkelsen

14.15–14.30 Informasjon til den gravide før undersøkelsen

14.30–15.00 Praktisk demonstrasjon på storskjerm

15.00–15.15 Hvordan skal spesialistkandidatene lære undersøkelsen?

15.15–15.30 Rutineundersøkelsen i spesialistpraksis

**B: Gastroenterologi**

14.00–14.30 Inflammatorisk tarmsykdom. Diagnostikk og oppfølging vha ultralyd.

14.30–14.45 Hydrosonografi av tarm.

14.45–15.00 Ultralyd ved coeliaki.

15.00–15.15 Ultralyd ved motilitetsforstyrrelser i magesekken.

15.15–15.30 Endosonografi av subepiteliale tumores i GI-traktus.

**Sesjon 3 Diagnostikk av sykdommer i blodkar**

16.00–16.20 Ultraldyddiagnostikk ved patologi i aorta.

16.20–16.40 Ultraldyddiagnostikk ved dyp venetrombose.

16.40–17.00 Ultraldyddiagnostikk av halskar fokusert på stenose/slagnas.

**13.april Sesjon 1: Doppler undersøkelser**

08.30–09.00 Doppler fysikk, - Hva skjer egentlig?

09.00–09.30 Doppler-teknologiens muligheter og begrensninger

09.30–10.00 Vebs-Doppler. Strain Rate Imaging

**Sesjon 2: Ultralyd bilde-forståelse og anvendelse**

10.30–11.00 Venøs Doppler fysiologi

11.00–11.30 Ultralyd-artefakter, venn eller fiende?

11.15–12.00 Presentasjon av ultralydbilder og video

i MS PowerPoint

13.00–14.30 Frie foredrag

14.45–15.45 Praktiske demonstrasjoner

15.45–16.00 Visjon og Virkelighet

**Godkjenninger:** Allmennmedisin Videreutdanning: Emnekurs: 15t i fagområde radiologi. Etterutdanning: Klinisk emnekurs: 15t i fagområde radiologi. Fødselshjelp og kvinnesykdommer (15t), Generell kirurgi (10t), Fordøyelsessykdommer (6t), Nyresykdommer (15t), Radiologi (15t)

**Arrangør:** Norsk Forening for Ultralyd-Diagnostikk

**Kurssted:** Bergen Kongress Senter.

**Påmelding til:** Team Congress AS, Postboks 594,

2603 Lillehammer, tlf. 61 24 70 70, fax 61 24 70 71.

**Internett:** <http://www.teamcongress.no/nfud2002>

**Antall kurstimer:** 15

**Kursavgift:** Kr. 1.000,-



AstraZeneca AS

Hoffsveien 70 B

Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO

Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01

[www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)



**Beskytter  
mot solen,  
men ikke  
mot malaria!**



**Husk Malarone®  
når en skal til tropene!**

*Enkel og effektiv beskyttelse  
mot *P. falciparum*-malaria.<sup>1</sup>*

# Malarone®

atovakvon / proguanil

## C Malarone «Glaxo Wellcome»

Antimalariamiddel

ATC-nr.: P01B B51

**Tabletter 250 mg/100mg:** Hver tablet inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, Poloxamer 188 BP, Cellulose, mikrokristallinsk Ph.Eur., Hydroxypropylcellulose, lavsustituert USNF, Povidon K30 Ph.Eur., Natriumstivelseglykolat Ph.Eur., Magnesiumstearat Ph.Eur., Hydromellose Ph.Eur., Titandioksid Ph.Eur., Rødt jernoksid E172, Makrogol 400 Ph.Eur., Makrogol 8000 USNF.

**Egenskaper:** Kombinasjonspreparat bestående av atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizenter i blodet og er også aktiv overfor hepatiske schizenter av *Plasmodium falciparum*. **Virkningsmekanisme:** Virkestoffene atovakvon og proguanilhydroklorid griper inn i ulike synteseseveier for pyrimidin, som er nedvendig for replikasjon av nukleinsyre. Atovakvon er en selektiv og potent hemmer av elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier. En av virkningsmekanismene til proguanil, via dets metabolitt cycloguanil, er hemming av dihydrofolatreduktase, som forhindrer deoksithymidylatsyntesen. Proguanil har også antimalarialaktivitet uavhengig av dets metabolisme til cycloguanil, og proguanil, men ikke cycloguanil, kan forsterke atovakvons evne til å bryte sammen mitokondriens membranpotensiale hos malariaparasitter. **Mikrobiologi:** Atovakvon er en potent hemmer av *Plasmodium* spp (*in vitro* IC50 overfor *P. falciparum* 0,23-1,43 ng/mL). Atovakvon er ikke kryssresistent med andre antimalariamidler som brukes i dag. Proguanil hemmer *Plasmodium* spp (*in vitro* IC50 mot ulike *P. falciparum*-stammer på 4-20 ng/mL) via hovedmetabolitten cycloguanil. I *in vitro* studier på *P. falciparum* viser kombinasjonen av atovakvon og proguanil synergistisk effekt. Denne forsterkede virkningen er også vist i kliniske studier, hos både immune og ikke-immune pasienter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svart lipofilt med lav vannoploselighet. Fetholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgraden og hastigheten, og dermed øker AUC 2-3 ganger og Cmax 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig uavhengig av samtidig matintak. **Distribusjon:** Atovakvon har hoy proteinbindingsgrad (> 99%). Distribusjonsvolumet for atovakvon er 0,62 + 0,19 L/kg. Proguanil er 75% proteinbundet. **Metabolisme:** Det er ikke vist at atovakvon metaboliseres og det er ubetydelig utskillelse av atovakvon i urinen. Det meste (> 90%) utskilles uforandret i feces. Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert, og mindre enn 40% utskilles uforandret i urinen. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylibuanid utskilles også i urinen. **Utskillelse:** Halveringstiden for atovakvon er ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Halveringstiden for proguanil og cycloguanil er ca. 12-15 timer hos både voksne og barn.

**Indikasjoner:** Profylakse mot *Plasmodium falciparum*-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av *Plasmodium falciparum*. Siden Malarone er effektiv mot både legemiddelfolsomme og legemiddelresistente stammer av *P. falciparum*, anbefales preparatet spesielt som profylakse og behandling av *P. falciparum*-malaria hvor det forekommer resistens overfor andre antimalariamidler. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler bor tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere WHO og retningslinjer fra helsemyndigheter.

**Kontrollertindikasjoner:** Kjent overfølsomhet overfor atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdsstoffe. Malarone er kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance < 30 mL/min). **Bivirkninger:** Ettersom Malarone inneholder atovakvon og proguanilhydroklorid kan man forvente bivirkninger assosiert med hvert av disse stoffene. Ved doser som brukes til både behandling av og profylakse mot malaria, er bivirkningene vanligvis milde og av begrenset varighet. Det er ingen tegn på ytterligere toksisitet ved samtidig inntak av atovakvon og proguanil. I kliniske studier for profylakse mot malaria, var de hyppigst rapporterte bivirkninger, uavhengig av årsaksammenheng: hodepine, magesmerter og diaré, og de ble rapportert av en like stor andel individer som fikk Malarone eller placebo. I kliniske studier for behandling av malaria, var de hyppigst rapporterte bivirkninger, uavhengig av årsaksammenheng: magesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste, og ble generelt rapportert av en like stor andel pasienter som fikk Malarone eller antimalariamidlet som ble brukt for sammenligning. Sammendrag av unødvendte hendelser assosiert med Malarone, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod og lymfe: Anemi, nøytropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Endokrine og metabolske: Anoreksi, hyponatremi. Gastrointestinal: Magesmerter, kvalme, oppkast, diaré, mageintoleranse, sår i munnen, stomatit. Lever, gall og pankreas: Forhøyede

## Enkelt som malariaprofylakse:

**Malarone®: 1 tablet daglig.**

**Tas 1 dag før innreise i et risiko-område, under hele oppholdet og fortsetter i kun 7 dager etter utreise fra området<sup>1</sup>.**

leverenzymverdier, forhøyede amylasenivåer. Data fra kliniske studier for Malarone indikerer at abnormiteter i leverfunksjonstester var reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. **Nedre luftveier:** Hoste. **Neurologi:** Hodepine, sovnloshet. **Ikke-stedsspesifikt:** Feber, angioedem. **Hud:** Utslett (inkludert urticaria), hårtap.

**Forsiktigheitsregler:** Sikkerhet og effekt av Malarone som profylakse til pasienter under 40 kg er ikke klarlagt. Personer som tar Malarone som profylakse eller behandling mot malaria bør ta en ny dose dersom de kaster opp innen 1 time etter dosering. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men diaré eller oppkast var ikke assosiert med nedsett effekt i kliniske studier med Malarone som malariprofylakse. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Sikkerhet og effekt av Malarone ved behandling av malaria hos barn under 11 kg er ikke klarlagt. Malarone har ikke blitt undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitaemia, lungedemp eller nyresikt. Residiv oppstod ofte når *P. vivax*-malaria kunne ikke bli behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktiv overfor hypnozoiter. Dersom residiv oppstår etter infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance < 30 mL/min). **Graviditet og amming:** Graviditet: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Studier på dyr har ikke gitt indikasjoner på teratogen potensiale av kombinasjonen. Enkeltkomponentene har ikke vist noen effekter på fødsel, pre- og postnatal utvikling. Maternal toksisitet ble sett hos direkte kaniner under en teratogenitetstudie. Bruk av Malarone under graviditet bør kun overveies dersom de forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for føstret. Proguanilkomponenten i Malarone virker ved å hemme parasittens dihydrofolatreduktase. Det er ingen kliniske data som indikerer at folat-suppliment reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertili alder som behandles med folat tilskudd for å forhindre nevralromisdannelse hos foster skal fortsette med slik behandling mens de tar Malarone. Amming: I en studie på rotter var atovakvonkonsentrasjonen i melk 30% av plasmakonsentrasjonen. Det er ikke kjent om atovakvon skiller ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Malarone bør ikke tas av kvinner som ammer.

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasma-konsentrasjonen av atovakvon. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsetter atovakvon-nivået med hhv ca. 50% og 34%. Atovakvon har hoy proteinbindingsgrad ( $> 99\%$ ) men fortenger ikke andre lege-midler med hoy proteinbindingsgrad *in vitro*. Signifikante interaksjoner som skyldes konkurransen om proteinbindeanser derfor lite sannsynlig.

**Dosering:** Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller et melkeprodukt og til samme tid hver dag. Dersom oppkast forekommer den første bmen etter inntak, bør ny dose tas. **Profylakse:** 1 tablet daglig til personer > 40 kg. Profylaksen påbegynnes 24 til 48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og fortsetter i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malaria-endemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av Malarone fastslått i studier på inntil 12 ukers varighet. **Behandling:** **Dosering til voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Dosering til barn:** 11-20 kg: 1 tablet 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 31-40 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. > 40 kg: Doser som for voksne. **Pakninger og priser:** 12 stk. kr 352,70.

Basert på preparatomtale (SPC) godkjent 03.05.01  
Priser av 01.04.01

1) Preparatomtale 23.05.01



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo  
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04  
www.gsk.com





## Testikkel

Dette latinske ordet betyr vitne. Og da er det bare å la fantasien blomstre: Hva vitner testikler egentlig om? Man kan selvsagt tenke seg at testiklene vitner om at mannen er reproducerbar, en viktig egen-skap både for den enkelte mannen og for samfunnet. Men nei, ordets opprinnelse er noe annerledes: Når en mann avgav et vitneutsagn i en viktig sak i antikken, la han naturlig nok ikke hendene på Bibelen. Han stakk derimot ganske enkelt hendene ned i buksa (fortrinnsvis, men ikke alltid i sin egen!), grep resolutt fatt i testiklene og sverget så sin ed.

Dette er bl.a. beskrevet i 1.Mosebok, 24. kapittel der Abraham skal sende ut sin mest betrodde tjener for å finne en hustru til Abrahams sønn Isak. I annet vers sa han til tjeneren: «Legg din hånd under min lend...». Og i 9. vers «la tjeneren sin hånd under Abrahams, sin herres lend og lovet ham dette med ed».

Ifølge en engelsk lov av 1676 måtte enhver som skulle tiltre et offentlig embete avlegge en *test* (= prøved) for å bedyre at han ikke var hemmelig katolikk. Dette var jo rett etter at katolikkene var fordrevet fra England, og angst for katolikkene var større enn angst for kommunister på 1950-tallet. Det er ikke noe som tyder på at disse menn måtte stikke hendene ned i buksa når de avla denne testen, det er ikke så lett å se for seg en anständig engelskmann gjøre slikt i all offentlighet! Det skulle vært artig å vite når man gikk over fra å legge hendene på testiklene til det mer «anständige» å legge dem på Bibelen.

Ordet *test* kommer av det latinske *testa* som betyr noe forvirende både murstein, teglstein, mugge, krukke. Ordet kan altså henføres både på sekken testiklene ligger i og selve testiklene som i denne sammenhengen da må sammenliknes med murstein. De tidligste kjemikere foretok sine eksperimenter i leirkrukker, kalt *testum*, der de bl.a. varmet opp ulike væskeblandinger for å se hvilke reaksjoner som skjedde, og da foretok man en *test* av innholdet. *Testa* var også betegnelsen på brent leirk og fikk seinere betydningen kránum, hodeskalle. Derav det franske ordet *tête*. Aksen over den første c'en i dette ordet er et tegn på at det er utelatt en s like etter (så lærte vi litt fransk i samme slengen!) *Testamente* har også samme opprinnelse, den bibelske varianten av dette ordet med Det gamle og Det nye testamente henleder på at Gud inngikk to forskjellige pakter med menneskene, jfr. 2. Kor, 3f, Gal 3, 15 f. Hvem som holdt på hvilke testikler under disse paktinngåelsene sier historien intet om.

Når temaet er testikler kan jeg ikke dy meg for å komme med en fantasifull trøndersk etymologisk tolkning. Det var trønderen som hadde vært på skøyteløp i 25 minusgrader og sett Hjallis gå inn til nok enn seier. Dessverre forfrøs han sine edlere deler og måtte oppsøke doktoren for å få hjelp. Legen gav ham så det gode råd å kjøpe seg en flaske whisky og drikke en ikke nærmere angitt mengde av stoffet. Vel hjemme med whiskyflaska sier trønderen til seg selv: «Jammen har doktoren rett! Her står det: Ballan tine!»



Jannike Reymert

### Kilder:

William S. Haubrich: Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia, Pennsylvania.1997.  
Politikens Ord med hisotoria. Politikens forlag. København.1997.

*Eksempel på mann som lot seg begeistre over legens råd, og det ser jo ut som det virket!*



## Liker De Kjærstad?

Det er sagt og skrevet mye om hvor fint det er å arbeide lenge på samme sted, om det nære kjennskapet til pasientene og alt det der. Her er en historie om det som kanskje kan kalles nærblindhet. Heldigvis også om å bli seende.

Jeg er glad i å lese. Ofte havner jeg i samtale med pasienter om bøker vi har hatt en felles opplevelse av, ikke sjeldent med direkte relevans til innholdet i konsultasjonen. Slik har nok mange kolleger det. Så er det selvsagt noen pasienter man ikke snakker litteratur med...

Aina er en av de jeg har hatt jevnlig kontakt med i snart ti år. Jeg arvet henne fra min forgjenger. Hun er en litt tung dame – i alle betydninger av ordet – på snart femti år. Journalen hennes er tykk av triste opplysninger, de vanlige tingene: vanskelig oppvekst, manglende skolegang, smørter, nerveproblemer i form av angst - og trygd. Aina kan ikke kalles asosial, men lever tilbaketrukket alene i huset der foreldrene bodde. Hun har hatt en liten vaskejobb ved siden av trygden. Den skjøtter hun samvittighetsfullt. Så har hun en hund som hun er svært glad i. Til meg kommer hun for å få nødvendige medisiner og en somatisk sjekk i ny og ne. Hun er hyggelig å snakke med, men litt sjener. Jeg har pleid å spørre etter hunden og om jobben hennes. Hunden har det alltid bra, og hun liker fortsatt jobben. Takk for i dag. Aina er i alle fall ingen vanskelig pasient.

For et års tid siden skjedde det noe. Hun fikk isjas. Ingen stor dramatikk, men det var klart for oss begge at hun ikke kunne vaske på noen uker. «Det blir kanskje lange dager for deg nå,» sa jeg. «Ja, eg får skaffe meg meir å lesa på,» sa Aina. «Hva leser du helst da?» spurte jeg, og så for meg voksende bunker med «Familien» og «Norsk Ukeblad». Det ble en pause. «Eg likte ganske godt sjølvbiografien til Doris Lessing» sa Aina, «men eg syntes ikkje ho skulle reist frå ungane.» Ny pause. «Men ho måtte kanskje...»

Vi fikk en interessant liten diskusjon om kvinnens handlingsrom i lys av Doris Lessings forfatterskap. I høst skulle Aina fjerne et par føflekker, og da fikk vi anledning til å gå dypere i materien. «Hva leser du nå da?» spurte jeg på slutten av konsultasjonen (som for ett år siden, men ganske sikkert i et annet tonefall). «Eg driv på med Jan Kjærstad. Likar du han?»

# Lyrikkspalten

## 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

Karin Breckan i Bodø utfordret meg i lyrikkstafetten. Takk, Karin. Jeg skal med glede hente frem et dikt. Det handler om noe som har oppattet meg mye de siste tjue årene, nemlig: hvordan gradvis gi slipp på barna, for så å klippe snora helt. Dette temaet synes jeg er spennende, nifst, morsomt og lærerikt. Barna, som etter hvert regner seg som voksne, vil ut i verden og finne ut av livet og alt det der. Vi må håpe at de har nok ballast med seg, vi må tro at de klarer å gjøre ting på sin måte, gjøre sine valg, som det så greit heter. Vi kan ikke gi dem noen oppskrift, knapt noen råd som holder. Mange lyrikere har prøvd å fortelle oss dette før. Ingen har sagt det så flott som Laila Stien.

## Til EllenAnna

Fly jente fly.  
Du er en fugl  
og jeg har sett verden  
i dine trassige øyne.

Fly når de kommer  
i store klebrige flokker  
av gammel fornuft.  
Du huser ferske tanker  
bak din steile panne.

Fly før vingene visner  
under glatte vaner,  
stivner under krav  
om smilende overgivelse,  
lammes  
av høflige håndtrykk.

Fly jente fly  
fra våre finmaskede nett.  
Spre dine tanker  
som kvasse piler,  
gylne aks.  
Beskytt din panne, din trass.  
Fly.

Vi holder oss i Nordland litt til. Utfordringen går til Maria i veiledningsgruppen, - vestlendingen Maria Hellevik på Lurøy.

Hilsen Reidun Kismul.

# EDB @ S P A L T E N

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

## *Før i tiden var alt så...*

I papirjournalenes tid med letthåndterlige A5-mapper var det en enkel sak å ta journaler med i sykebesøk og kollegamøter (hvis journalene ikke hadde rotet seg bort i en bunke eller var feiarkivert da...).

Etter at EPJ (elektronisk pasientjournal) tok over som doukemtasjonsverktøy i allmennpraksis har det vært vanskeligere å ta journalen med utenfor kontoret. Bunker med journalutskrifter er ikke særlig oversiktlig eller hensiktsmessige. Bærbar datamaskiner har vært dyre, tunge, trege og klumpete, og systemer for journaloppdatering fra og til ekstern maskin eller on-line-forbindelse til hovedlageret oftest trege og upålitelige.

Har de siste 20 årene med EPJ egentlig vært et tilbakeskritt?

Nå løsner det imidlertid.

Vi har fått rimelige laptops på litt over en kilo, håndholdte datamaskiner (PDA) og programvare som lar oss jobbe mot en server via mobiltelefon, analog telefonlinje, ISDN eller internett.

Terminalserver med forskjellige klienter er utmerket verktøy for en PDA med mobiltelefon, Card-phone eller en liten laptop med samme utstyr. Du kan ringe opp serveren i sykebesøk og på reise eller hjemmefra og EPJ-programmet responderer med samme hastighet som når du sitter på kontoret.

Epikriser, Lab-svar, Rtg-svar kommer etter hvert elektronisk og kan legges direkte i EPJ. Om kvaliteten fra avsender er bra er dette en utmerket tjeneste som også sparer allmennpraktikeren for skrivearbeid og arbeidstimer for kontorpersonalet.

MEN en del avsendere har frekkhetens nådegaver:

De mener at nå skal mottaker betale «porto» for epikriser!

Det er en selvfølge at mottaker selv holder både briller og leselys – men vi har vel ikke tradisjon for at mottaker også skal betale avsenders briller, skriveutstyr, skrivepapir, konvolutt og porto?

Mottrekket fra allmennpraktikerne blir vel å ta betalt for henvisningene – og i foretakenes ånd selger vi kanskje henvisningene til de som betaler mest ??

Dette er mest tankespinn i en periode med forpostfektninger før det er etablert rutiner og avtaler på sentralt nivå

Det skal sikkert finne sin løsning...

Askøy 27. januar.2002.

John Leer

# Nytt NSAM-styre klart til dyst!

Det påtropende NSAM-styre hadde sin første samling i Hurum i midten av januar. Cecilie Daae fra Oslo ble valgt til nestleder, styremedlemmer er Reidun Kismul, Mosjøen, Aslak Bråtvæit, Finnøy, Guri Rørtveit, Bergen, Gisle Schmidt, Oslo, og Harald Kamps, Trondheim.

Foruten ordinært styremøte, gikk tiden i Hurum med til å planlegge arbeidet i denne valgperioden.

Våre tanker om de viktigste utfordringene for Selskapet har vi samlet i en stikkordsmessig programerklæring:

NSAM 2002 vil gjøre sitt til at: allmennmedisin gjør seg gjeldende i fag- og samfunnsdebatten  
– i fagtidsskrift og andre media

Vi vil delta tett på fag- og helsepolitisk debatt og vi vil markere vår egen dagsorden. Vi vil utvikle en aktiv mediestrategi der styret og andre interesserte NSAM-medlemmer er aktører. Dette vil være en fast post på våre styremøter.

Allmennmedisin utvikles og utøves på fagets egne premisser  
– uten påvirkning av kommersielle aktører.  
– og med forståelse og respekt for økonomiske incentiver

Vi er bekymret for den tette forbindelse mellom først og fremst legemiddelindustri, men også andre kommersielle aktører, og allmennleger. Vi vil arbeide for å bygge så sikre «brannmurer» som mulig mellom partene.

Vi vil ha et våkent blikk på normaltariff og andre økonomiske incentivordninger som kan true fagets integritet og skape mistillit til legenes utøvelse av fag og forvalterrolle.

Allmennlegen inviteres og stimuleres til å påvirke utviklingen av faget

- gjennom refleksjon om «Plakaten» og de 7 teser slik at
- det blir samsvar mellom fagets muligheter, pasientenes behov, helsevesenets rammer og samfunnets prioriteringer.

Vi vil aktivt bruke «Plakaten» (se s. 40) og de 7 teser i de fora der allmennleger møtes til faglig debatt og fagutvikling.

Plakaten vil stå sentralt i vårt rekrutterings og profileringarbeide.

Allmennlegen kan skaffe seg relevant kunnskap og ferdigheter gjennom

- kurs
- veileddning
- internasjonal og nasjonal hospitering (Hippocratesprogrammet)

I egen regi og i samarbeid med spesialitettskomite og lokale kurskomiteer vil vi utvikle kurs og møteprogram i «Plakatens ånd», med relevant og nyttig innhold.

Rekrutteringsaspektet vil stå sentralt i våre arrangementer. Vi vil delta aktivt for å få etablert kollegabasert læring i smågrupper.

Vi vil i samarbeid med spesialitettskomiteen delta i utvikling og gjennomføring av grunnkurs i videreutdanningen.

Allmennmedisin framstår som attraktivt karrierevalg slik at

- faget rekrutterer tilstrekkelig med kompetente unge kolleger



Gisle Schmidt, Cecilie Daae, Reidun Kismul, Anna Stavdal, Aslak Bråtvæit, Guri Rørtveit, Cecilie Daae og Harald Kamps.

Rekruttering av unge, kompetente kolleger er avgjørende for at allmennmedisin skal bevare sin rolle som fundament i helsetjensten

Vi vil arbeide med rekruttering som et hovedsatsingsområde. Vi vil utveksle erfaringer med våre nordiske søsterorganisasjoner, og utvikle samarbeidet med dem, slik vi allerede har etablert et nært samarbeid DSAM og yngres avdeling FYAM.

Hippocrates er et europeisk allmennlege-utvekslingsprogram for spesialistkandidater. Allmennleger besøker og arbeider i andre lands allmennlegetjeneste. Programmet er godt i gang på kontinentet. Vi vil arbeide for å innlemme Norge i dette programmet.

Om noen lurer på hva Plakaten og de 7 teser er, er Utpostens julenummer 2001 til hjelp, der er Plakaten gjengitt som midtside. Alle NSAM-medlemmer fikk Plakaten med medlemsbrevet i desember. Fortsatt i tvil om hva det dreier

seg om? NSAM-medlemskap er svaret: alle nye medlemmer får Plakaten tilsendt!

Vi innkaller også til ekstraordinært årsmøte i forbindelse med vårens NSAM-kurs. Det går av stabelen 10.-12. april på Leangkollen i Asker. På årsmøtet vil vi foreslå endring av NSAMs lover slik at funksjonsperioden for styre og utvalg endres i tråd med Legeforeningens forøvrig. Innkalling til årsmøtet kommer med det første til alle NSAMs medlemmer.

Vårkurset i år er et klinisk emnekurs i diabetes, hvor vi skal se på hvordan vi kan bygge bro fra Plakatens 7 teser til den kliniske hverdagen og bruk av handlingsprogrammet for diabetes.

Kurset annonseres i Tidsskriftet og ved utsendelse til alle medlemmer.

*Anna Stavdal, leder*

# S.JU TESER FOR ALLMENN MEDISIN

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 **allmennmedisin** i fastlegeordningen skal

- KLARGJØRE LEGENS ANSVARSMÅRÅDER
- 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.

## 1 HOLD LEGE-PASIENTFORHOLDET I HEVD!

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

### GJØR DET VIKTIGSTE!

Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

- **fortolker av pasientens symptomer og plager**; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forsøker pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke
- **veileder 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.

## 2 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.

## 3 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.

## 4 SATS PÅ ETTERUTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viden, 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.

## 5 BESKRIV PRAKSISERFARINGENE!

Å forebygge sykdom og uhelse 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.

## 6 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.

UTPOSTNR. 1 • 2002

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

www.vib.no/nsam

# KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

UTPOSTEN Bladet for samfunn og allmennmedisin 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



## Gu for første gang...

Ung jenter gruer seg naturlig nok ofte til gynekologisk undersøkelse, dels for å blotte sitt underliv og dels fordi de er redd det vil gjøre vondt. For mange gjør det også vondt, og verst er det for de reddeste og de som har negative underlivserfaringer fra tidligere.

Jeg har en eller annen gang lært et lite knep som gjør undersøkelsen mindre smertefull for disse jentene, forsåvidt også for de mer erfarte, men engstelige kvinnene.

Som alle lærebøker beskriver, må det selvfølgelig legges til rette for en trygg og rolig situasjon, og kvinnen må forklares hva som skal skje. Jeg har liten tro på å oppfordre henne til å slappe av, prøv selv å slappe av på kommando når du er engstelig!

Jeg bruker derfor å si at «det ikke er så lett å slappe av nå, det er naturlig at du er redd, men prøv å tenk med meg: Skjeden din er som en strikk med knipemulighet i tillegg. Når du er redd kniper du igjen og det gjør skjeden trang. Da gjør det vondt å få inn spekelet, men når du en gang skal føde et barn åpner skjeden seg til å gi plass til et helt barnehode som jo er mye større enn spekelet her. Hemmeligheten er at når du presser nedover er skjeden så lurt laget at «strikk'en» utvider seg!. Prøv nå å trykke hardt utover, innbill deg at du trykker ut et barn. Trykk kraftig hele tiden, prøv å presse spekelet ut av skjeden».

Rent fysiologisk er jo dette riktig, men psykologisk tror jeg også det å koncentrere seg om å trykke tar bort angst, oppmerksomheten flyttes bort fra angst.

De som ikke klarer dette kan prøve å trykke som om de skal få ut avføringen (naturlig sjenanse gjør at de ikke gjør det helt naturtro!), endel kvinner gjenkjenner da hva det er å trykke nedover mot perineum.

*Jannike Reymert*

# ?RELIS

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

RELIS er forløpig opprettet i helseregionene Sør, Vest, Midt-Norge og Nord-Norge, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80

RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

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

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

## *Selektive serotoninreopptakshemmere og graviditet/amming*

### *Spørsmål til RELIS*

RELIS får regelmessig henvendelser om bruk av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) ved graviditet og amming. Nedenfor finnes et sammendrag basert på tidligere utredninger. Det er ingen gode holdepunkter for at bruk av SSRI i svangerskapet medfører strukturelle misdannelser. Antall gravide kvinner inkludert i epidemiologiske studier er imidlertid for lavt til at en økning i forekomsten av slike misdannelser kan utelukkes. Dersom bruk av SSRI under graviditeten anses som nødvendig, anbefales valg av fluoksetin, ettersom dette lege middelet har den mest omfattende kliniske dokumentasjonen. Det samme gjelder for bruk av SSRI ved amming. Dersom medikamentell behandling startes post partum vil paroxetin og sertraline også være rasjonelle valg.

### **SSRI og graviditet**

Legemidler som ikke er studert for teratogene effekter gitt under graviditet eller hos diende barn av mødre som behandles med gitt legemiddel vil alltid ha graviditet og amming som kontraindikasjon i oppslagsverk. Dette skyldes ikke nødvendigvis kjent teratogen/fosterskadelig effekt eller kjent effekt på barn av ammende mødre under behandling, men mangl på dokumentasjon. Det finnes ingen gode holdepunkter for at SSRI i svangerskapet medfører strukturelle misdannelser (1,2). Det generelle bildet er betryggende, men effekten av SSRI under graviditet og/eller amming er bare studert hos et begrenset antall kvinner. Publiserte resultater kan derfor ikke tas til innlekk for at det ikke kan være en kausal sammenheng mellom bruk av SSRI og sjeldent forekommende skadelige effekter hos foster/barn eller CNS-skader som kan komme til uttrykk senere (3). Bruk av SSRI under graviditet er best studert for fluoksetin (4-6). En oppfølgingsstudie har ikke gitt holdepunkter for at eksponering for fluoksetin in utero påvirker barnas mentale utvikling (7). Det kan ikke sies noe sikkert om eventuelle doseeffekter, og det generelle rådet er derfor å bruke lavest mulig dose.

Ulike selvbegrensende symptomer hos nyfødte kan muligens forekomme ved bruk av SSRI sent i svangerskapet (6,8,9). Disse debuterer innen de første dagene etter fødselen, og kan vedvare inntil en måned post partum. Karakteristiske symptomer er irritabilitet, konstant gråting, skjelving, økt muskeltonus, kramper, spise- og søvnforstyrrelser. I to studier har man funnet at bruk av fluoksetin i siste trimester gir økt forekomst av komplikasjoner (6,8), mens andre ikke har funnet en slik økning (9). Forfatterne av sistnevnte studie har anbefalt at legemiddelterapien bør fortsettes uten endringer rundt fødselen (9).

### **SSRI og amming**

SSRI og deres metabolitter utskilles i varierende grad i morsmelk. Studier har vist at fluoksetin og citalopram utskilles i størst grad, mens det er mi-

nimal overgang av paroxetin og sertraline (10-12). Dette kan være et godt argument for å anvende sistnevnte substanser dersom behandlingen startes etter fødselen. Om behandlingen er påbegynt før fødselen er det ingen indikasjon for å bytte preparat. Også ved amming gjelder at den mest omfattende kliniske dokumentasjonen foreligger for fluoksetin, og totalt sett er tilgjengelige data betryggende (13). I en ny studie ble det målt minimale konsentrasjoner av fluoksetin og norfluoksetin i serum hos diende barn av mødre som brukte 20 mg fluoksetin daglig (14).

### Konklusjon

Det er ingen gode holdepunkter for at bruk av SSRI i svangerskapet førårsaker spesifikke strukturelle misdannelser. Antall gravide kvinner inkludert i epidemiologiske

studier er imidlertid for lavt til at en økning i forekomsten av slike misdannelser kan utelukkes. Ettersom fluoksetin har den mest omfattende kliniske dokumentasjonen anbefales at dette legemiddelet velges fremfor andre, dersom bruk av SSRI under graviditeten anses som nødvendig. Det samme gjelder for bruk av SSRI ved amming. Dersom medikamentell behandling startes post partum vil paroxetin eller sertraline også være rasjonelle valg.

*Erik Pomp<sup>1</sup>, Pål-Didrik Hoff Roland<sup>2</sup> og Ane Gedde-Dahl<sup>1</sup>  
RELIS Vest<sup>1</sup>, Haukeland Sykehus, Bergen og RELIS Midt-Norge<sup>2</sup>, Avd. for legemidler, St. Olavs Hospital HF, Trondheim.*



### Referanser

1. RELIS database 2001; sp.nr. 732, RELIS Midt-Norge.
2. RELIS database 2001; sp.nr. 1753, RELIS Vest.
3. RELIS database 2001; sp.nr. 288, RELIS Nord-Norge.
4. Addis A, Koren G. Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a meta-analytical review of epidemiological studies. *Psych Med* 2000; 30: 89-94.
5. Goldstein DJ, Sundell K. A review of the safety of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy. *Hum Psychopharmacol* 1999; 14: 319 - 24.
6. Anonymous. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and pregnancy: many unanswered questions. *Prescr Int* 1999; 8: 157-9.
7. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Gardner HA, Theis JG, Kulin N, Koren G. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Eng J Med* 1997; 336: 258-62.
8. Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikvam A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective reuptake inhibitors. *Acta Paediatr* 2001; 90: 288-91.
9. Cohen LS, Heller VL, Bailey JW, Grush L, Ablon JS, Bouffard SM. Birth outcomes following prenatal exposure to fluoxetine. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 996-1000.
10. Nordeng H, Bergsholm YK, Bohler E, Spigset O. Overgang av selektive serotoninreoptakhemmere til morsmelk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 2 (121): 199-203.
11. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, Widawski M, Wertheimer A, Brunhuber MV. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 163-6.
12. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (10): 1631-7.
13. Pomp EFO, Gedde-Dahl A. Fluoksetin - trygt under graviditet og amming. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 9 (121): 1156-7.
14. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, Mintz J, Hwang S, Hostetter A, Suri R, Leight K, Fukuchi A. Fluoxetine and norfluoxetine concentrations in nursing infants and breast milk. *Biol Psychiatry* 2001; 50 (10): 775-82.

# To gode forslag til behandling av tørre øyne



Viscotears®

**Viscotears® og Oculac®**  
er Norges to mest solgte  
legemidler til behandling  
av tørre øyne.<sup>2</sup>



Oculac®

Oculac® dråper inneholder  
viktige salter for øyet og er godt  
egnet til behandling av milde,  
moderate symptomer.

Gelformuleringen gir Viscotears®  
lengre virketid på øyet<sup>1</sup> og  
anbefales ofte til behandling av  
mer alvorlige symptomer.

Enten det dreier seg om milde  
komfort plager eller alvorlige symp-  
tomer på tørre øyne er begge  
gode forslag til behandling.

Ref. 1: Marquardt, R., Mbl. Augenheilk., 1986; 189: 254-257  
Ref. 2: Farmastat, salgsstatistikk november 2001, gruppe SOIKO

**Forbrukeropplysninger Viscotears® (carbomer) og Oculac® (povidon)**

**Anvendelse:** Til nedslatt tåre- eller slømproduksjon i øynene. Dosering: 1 dråpe 3-4 ganger daglig eller etter behov. **Forsikrigheit vedrørende bruk og bivirkninger:** Oculac® i endosebeholdere uten konserveringsmiddel kan benyttes samtidig med kontaktlinser. Ved bruk av Viscotears® eller Oculac® i 10 ml plastflaske bør kontaktlinse ne først settes på igjen 30 min etter drypping. Det kan forekomme en lett forbipiggende svit, tilklistring av øyelokk og sloret syn like etter inndryppingen. **Pakninger pr. januar 2002:** Oculac® 10 ml, Oculac® 20 x 0,4 ml endosebeholdere (uten konserveringsmiddel). Viscotears® tube 10 g, Viscotears® tube 3 x 10 g, Viscotears® 30 stk. endosebeholdere (uten konserveringsmiddel). Selges reseptritt på apoteket.

Novartis Norge AS  
Ophthalmics, Pb. 257 Økern, 0510 OSLO

NOVARTIS  
OPHTHALMICS

**Nyhet!**

PRO TEC SEPTIMER 2011

# Nytt alternativ ved moderate smerter



## Tramadol en gang daglig \*

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

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

**B Tramagetic OD »Nycomed Pharma»**

Tramagetic Retard »Nycomed Pharma»

Analgikum

ATC-nr.: N02A X02

**DEPOTTABLETTER** 150 mg, 200 mg og 300 mg: Tramagetic OD: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 150 mg resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonhydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: Titandeksid E171.

**DEPOTTABLETTER** 75 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Tramagetic Retard: Hver depottablett inneholder Tramadolhydroklorid 75 mg resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, laktosemonhydrat og hjelpestoffer. Fargestoff: 75 mg (titandeksid E171, jemoksider E172, indigom E132), 100 mg: (titandeksid E171), 150 mg og 200 mg (titandeksid E171, jemoksider E172).

**Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på  $\mu$ -,  $\delta$ - og  $\kappa$ -opiodreceptorer med en høyere affinitet til  $\mu$ -receptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibisjon av gjennopptak av noradrenalin og økning av serotoninutfriggingen. Absorpasjon: Tramadol absorberes nesten fullstendig. Biologigjeldigheten er ca. 70 % etter oral administrering. Mat påvirker ikke biologigjeldigheten eller den foreløpig absorpsjonsdelen. Maksimal plasmakonsentrasjon oppnås etter ca 5 timer for Tramagetic Retard og ca. 6 timer for Tramagetic OD. Tramadol har første passasje i metabolismen. Virkestoffet tramadol har ikke-lineær farmakokinetikk mens innsætting av tramadol fra depottabletter har visst lineær farmakokinetikk. Sammenlignet med tabletter og kapsler med umiddelbar innsætting av tramadol gir tabletter med langsom innsætting derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosisretting. Proteinbinding: ca. 20 %. Halveringstid: For tramadol ca. 6 timer, for Tramagetic OD ca. 16 timer og for Tramagetic Retard ca. 12 timer p.g.a. forlenget absorpsjon. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboliseres til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabolitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabolitter utskilles hovedsakelig rennt.

**Indikasjoner:** Moderate smerter.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forløftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virking på CNS. Tramadol skal ikke ges til pasienter som får monoaminoksydasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dem fra siste to ukene.

**Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10 %). Det er rapportert en rekke tilfeller av leverøsksositet. Hypotone (>1/100): Allmenne: Svimmelhet, svevete, hodepine, døsighet. Gastrointestinale: Munnenhet, krampe, oppkast, forstoppling. Mindre hypotone: Gastrointestinale: Dypsepal, mageproblemer, diaré. Hud: Klat, hudutslett. Sjeldne (<1/1000): Allmenne: Appetitforandringer, allergiske reaksjoner (åndeanfall, bronkospasmer, angionevrotisk aden), anafylaktisk spikk, Kardiovaskulære: Hypotension, takykardi, synkope, hypertensjon.

**Psykiske:** Humersvingninger, forandringer i oppfatningsseverne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvikt, krampeanfall. Sym: Tåkesyn. Urogenitale: Blæststømmingsforstyrrelser (urinretensjon). I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert astinensisymptomer ved seporering. Tilvensningsrisiko foreligger.

**Forsiktigheitsregler:** 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 krampeanfall og utvikling av spikk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettsseansen eller åndedrettsfunksjonen eller ved

samtidig behandling med sentraldempende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tilvenning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør tilkassas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholsmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke astinensisymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjenne bille eller bruke maskiner.

**Graviditet:** **Amming:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før førentelet lades inn preparater med opioidvirking gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparater med opioidvirking gift over lang tid under graviditet har gitt neonatal astinensis. Preparater skal bare brukes under graviditet hvis fordelen oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmilk: Ca. 0,1 % av morens dose utskilles i morsmilk. 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 potensiere CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virkningen av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramper og øke risikoen for kramper ved samtidig bruk av selektive serotonin neoptektahemmere (SSRI), trisyklike antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som senker krampetensenken. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buperorfirin, nalfurin, pentazocin), da tramadol smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketoconazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og samtidigvis også metabolismen av den aktive O-demetylerte 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 tabletter eller kapsler med umiddelbar innsætting av tramadol, kan behandles med depottabletter ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagdose pasienten allerede har. Det anbefales at pasienten tilpasses langsommere til høyere dose for å minimalisere forbiprasende bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maksimal dagdose er 400 mg.

**Tramagetic OD:** Bar tas med 24 timers intervaller. Den komiske dose er den som sikrer smertelindring i 24 timer uten eller med tilsvarende bivirkninger. Voksne og barn over 14 år: Vanlig standdose er 150 mg i daginet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** Halveringstidene kan være forlenget slik at dosejustering kan bli nødvendig. En standdose på 150 mg anbefales. Dosestyring oppover til smertekontroll når ikke under nøyde overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatinindikearance < 10 ml/min). Barn under 14 år: Anbefales ikke, siden sikkerhet og effekt ikke er establisert hos barn. **Tramagetic Retard:** Bar tas med 12 timers intervaller. Den komiske dose er den som sikrer smertelindring i 12 timer uten eller med tilsvarende bivirkninger. Voksne og barn over 14 år: Vanlig standdose er 75 mg 2 ganger i daginet. **Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon:** En standdose på 75 mg 2 ganger i daginet anbefales. **Depottablettene svælges hele og må ikke tygges.**

**Overdosering:** Symptomer: Misra, bremklinger, kardiovaskulær kolaps, sedasjon og koma, krampeanfall og respirasjonsdepresjon. Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, foretas for å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sirkulasjonen. Nasalson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampeanfall kan kontrolleres med diazepam. Tramadol eliminieres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller hemofiltrasjon. Venriketetamming kan benyttes for å fjerne ubasert depottablett.

**Pakninger og priser (23/5-01):** **Tramagetic OD:** Depottablettene: **Empac:** 150 mg: 20 stk. kr. 221,90, 100 stk. kr. 795,60, 200 mg: 20 stk. kr. 234,30, 100 stk. kr. 909,60, 300 mg: 20 stk. kr. 322,20.

**Tramagetic Retard:** Depottablettene: **Empac:** 75 mg: 20 stk. kr. 130,40, 100 stk. kr. 416,60, 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.