

Innhold:

Leder: «Riv ned gjerdene» AV FRODE FORLAND OG ELISABETH SWENSEN	s 1
ned gjerdene AV MARTIN BLINDHEIM	s 2
Redd med alt mulig grunn AV ROGER GUNDERSEN	s 6
Egil, født og oppvokst på Stovner AV ERIK JESMAN PEDERSEN	s 12
Når ungdommen inntar arbeidsplassen: Noen trender og utfordringer for arbeidslivet AV ARVID SKUTLE	s 14
Dans med meg, pappa! AV HELGA FLATLAND	s 20
Den perfekte sykdom AV BJØRN HOFMANN	s 22
«Ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det.» AV HILDE BERGERSEN	s 28
Hattestativ eller verktøykasse? INNLEGG AV PETTER ØGAR	s 33
Faste spalter	s 36

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

Koordinator
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
Tlf: 51 52 10 71
Fax: 51 52 61 52
E-mail: giljelid@online.no

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@c2i.net

Elisabeth Swensen

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

Gunnar Strøno

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

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
Tlf: 22 75 05 61
Fax: 22 24 88 68
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemex.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: Cutting Edge Photography

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

«Riv ned gjerdene»

For tida går ein tysk film på norske kinoar, «Eksperimentet». Ideen bak filmen er henta frå eit verkeleg eksperiment som fann stad ved Stanford University i USA for tretti år sidan. Nokre psykologar rekrutterte frivillige, ressurssterke collegestudentar til å spele fangar og fangevaktarar i to veker. Etter seks dagar måtte eksperimentet avbrytast av omsyn til den psykiske helsa hjå deltakarane. I ein artikkel psykologen Philip Zimbardo og medhjelparen Graig Handy skreiv etterpå, oppsummerte dei: «Tross det faktum at fanger og vokterne hadde mulighet for å inngå en hvilken som helst samhandling...så ble møtet mellom de to gruppene negativt, kjennetegnet ved fiendtlighet, krenking og umenneskeliggjøring».

Sjølv om konklusjonane frå dette eksperimentet har størst praktisk relevans for kriminalomsorgen, peikar dei og på ei generell og grusom sanning som alle krigar har prova om att og om att. Framandgjerding av «dei andre», utvisking av deira individuelle identitet, er fyrste steget mot umenneskeleggjing som i sin tur legitimerar overgrep.

Nordmenn har eit schizofrent tilhøve til rus, blir det sagt. Kanskje er diagnosen meir i retning manisk-depressivt. Dei fleste vaksne nordmenn brukar rusmiddel i varierende omfang, men rusen er eit privat og skammeleg tema som me ikkje maktar å forhalde oss rasjonelt til eller integrere i kulturen. Den norske rusen er pervers: Me ligg truleg i verdsliten i talet på synleg rusa personar ved alle festlege lag og offentlege høgtidsdagar. Noreg har fleire overdosedødsfall enn trafikkdrepne kvart år. Dei stakkarane som ikkje maktar å halde rusen innanfor vedtekne grenser, som blir synlege, straffar me ved å støyte dei ut. «Dei andre». Det er ikkje utan grunn at rusomsorgen har plass lågast i det medisinske hierarkiet.

Utposten ville lage eit temanummer om rus. Me måtte diskutere kva som skulle vere Utposten sin bodskap. I redaksjonen finn ein både ideologiske fråhaldsfolk og folk som likar å ruse seg i blant. Me er logisk nok usamde i det meste som gjeld rus, sjølv om det er mange nyanser i debatten. Det me likevel er samde om, er at det er naudsynt med meir kunnskap om korleis ein førebygger skadeleg rusbruk, spesielt hjå unge folk. Og me er samde om at me må arbeide for eit betre helsetilbod både somatisk og psykisk for dei tyngste rusbrukarane.

Martin I. Blindheim, redaktør for bladet rus&avhengighet, har ein artikkel i dette nummeret av Utposten der han mellom anna etterlyser samarbeid mellom profesjonar og vilje til å la rusbrukarane sine faktiske problem sette dagsorden framfor hjelpearane sine eigne ideologiske føringar. For tida arbeider Blindheim som miljøarbeider i Rusmideletaten i Oslo kommune, i dagleg kontakt med dei tyngste rusbrukarane. Forteljingane derfrå handlar ikkje om dei andre, men om oss sjølve som fellesskap.

Frode Forland

Elisabeth Swensen

Riv ned gjerddene

AV MARTIN BLINDHEIM



Martin I. Blindheim er permittert redaktør fra tidskriftet rus&avhengighet.

Han arbeider for tiden som miljøarbeider i Rusmiddel-etaten, Oslo kommune.

Tunge rusbrukere lever i en kronisk livstruende situasjon som helsevesenet ikke tar alvorlig. Taushetsplikt og faggrenser er i dag helsefarlige barrierer for nødvendig samarbeid.

De fleste leger møter daglig pasienter som sliter med rusproblemer. Noen av disse pasientene er ekstremt synlige, de fleste synes ikke i det hele tatt.

De usynlige er alle de som drikker for mye uten at det har gått ut over livet i vesentlig grad, de som overforbruker piller uten at angsten driver dem fra jobben, de som eksperimenterer med illegale stoffer uten at familien eller studiene bryter sammen. Dette er de fleste. Vi vet at dersom de blir fanget opp, kan de med enkle tiltak få vellykket hjelp.

Overfor denne gruppen har legene og helsevesenet store utfordringer på rusfeltet: Tidlig identifisering og hjelp kan spare enkeltindividene og deres omgivelser for store lidelser og samfunnet for store ressurser.

I dette innlegget legger jeg likevel denne gruppen til side, for å si noe om de ekstremt synlige, de tunge rusbrukerne.

Som i 3. verden

Helsetilstanden blant tunge, aktive rusbrukere i Oslo er verre en noen kan forestille seg. For et par år siden opprettet Oslo kommune Feltpleien som et spesialtilbud til denne pa-

sientgruppen. Sykepleier Ingvild Andersen forteller at hun måtte gripe til erfaringer fra verdens fattigste land for å finne lignende sykdomsbilder som de hun møter i sitt arbeid i Feltpleien. Høgskolen i Akershus erfarte det samme da de skulle kartlegge ernærings situasjonen; modeller fra Mali i Afrika var de mest relevante. 3. verden midt i velferdshovedstaden! Tannhelsen er av en slik art at vi må vurdere nøye hva vi serverer slik at beboere uten tenner kan få maten i seg.

Denne befolkningsgruppen lever i en kronisk nær-dødensituasjon der sosiale, somatiske, odontologiske og psykiatriske problemer er vevd tett sammen. Dødeligheten blant stoffbrukerne er 20–30 ganger høyere enn i normalbefolkningen. Blant alkoholistene ligger den 2–5 ganger over. Situasjonen skriker på samarbeid over fag- og «vesen»-grenser. Skillet mellom sosiale tiltak og helsetiltak er om mulig enda mer meningsløst enn tidligere. Taushetsplikten begge sider skjules bak er, slik jeg ser det, en livstruende barriere.

Over- og underforbruk

Tunge rusbrukere, hva enten de bruker legale eller illegale rusmidler, er både overforbrukere og underforbrukere av helsevesenet. En beregning viser at de forbruker tre ganger mer av helseressursene enn deres andel av befolkningen tilsier.

Tunge rusbrukere er kjent – og fryktet – av mange leger. De regnes som en av de aller mest krevende pasientgruppene: De kommer ikke til avtaler, de skremmer andre pasienter, de tar ikke medisiner som avtalt, de forlanger det umulige og de vil helst ha det utført Nå! I tillegg bruker de utallige knep for å få forskrevet avhengighetsskapende medisiner.

Til tross for dette som jeg kaller overforbruket av helsevesenet, er det et større problem at mange sjelden eller aldri søker nødvendig hjelp for en rekke av de somatiske problemene de sliter med. Årsakene til dette er mange. Dårlige erfaringer med helsevesenet er en. En annen er liten evne til å forstå signaler fra egen kropp – hva skyldes sykdom, hva

skyldes abstinenser? En tredje er paradoksalt nok lav smertetoleranse. Skyld, skam og selvdestruksjon er andre viktige forklaringer.

Positive tegn

Opprettelsen av Feltpleietiltak i flere av storbyene har hjulpet på situasjonen og gjør en flott innsats. Men feltpleiene kan aldri få utstyr og ressurser nok til å dekke det legevakt-behovet gruppen har.

Likewise har innføringen av adekvat vedlikeholds- og smertemedisinering uten moralistiske pekefinger ved noen sykehus også hjulpet. Det kan vanskelig understrekes sterkt nok at syke stoffbrukere ikke er kandidater til medikamentfri

behandling. De skal ha romslig medisinerings for abstinenser og smerter slik at de klarer å bli på sykehuset og gjennomføre nødvendig somatisk behandling.

Vi kan også håpe at fastlegeordningen vil tvinge fram arbeidsformer som setter fastlege og rusbrukende pasient i stand til å tåle hverandre og således bidrar til å bedre helsevesenets forhold til de tunge rusbrukerne.

Vi står nå midt i en storstilet utbygging av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Ventelig vil «Bærumsmodellen» der allmennlegen har en sentral rolle, bli innført i mange kommuner. Dette vil bringe en stor gruppe leger i langvarig kontakt med denne pasientgruppa, på en noe



annen måte enn det de er vant til i dag, noe som også vil gi helsevesenet omfattende erfaringer med denne pasientgruppen.

Til sist har vaksinerings mot hepatitt A og B endelig kommet systematisk i gang over hele landet. Dette er et tilbud som bør opprettholdes og aggressivt anbefales overalt helsevesenet møter injiserende stoffbrukere.

Holdningsendring

Tunge rusbrukere kan utvilsomt være svært vanskelige pasienter som setter leger og andre deler av hjelpeapparatet på ekstremt harde prøver. Det de minst av alt trenger, er idealister; slike blir fort utbrent. De trenger realister med et hav av tålmodighet som setter seg oppnåelige mål og tåler å stå i det ubehaget som følelsen av håpløshet medfører.

At tunge rusbrukere er vanskelige pasienter, er ingen unnskyldning for ikke å gi dem nødvendig hjelp. Av alle befolkningsgrupper er det kanskje denne som har mest å hente på et normalisert forhold til helsevesenet.

Det nytter selvfølgelig lite å legge ansvaret for et anstrengt forhold på stoffbrukerne. Leger må gjennom systematisk samarbeid med mer erfarne kolleger og i samtale med pasientene utvikle arbeidsmåter som gjør det mulig å bygge en varig relasjon. En slik relasjon innebærer at både lege og pasient klarer å holde ut med hverandre, men ansvaret ligger først og fremst hos legen. Hun må lære seg å gjenkjenne pasientenes aggressivitet, lære seg å styre utenom stormene og lære seg å legge sitt eget sinne til side.

For å klare dette kreves nye holdninger i helsevesenet. At tunge rusbrukere er mennesker som har et like selvsagt krav på hjelp som alle andre, er dessverre ikke noen selvfølge. I tillegg kreves kunnskap om hvilke helseproblemer rusbrukere strir med og kompetanse i å behandle dem. En aktiv innhenting av slik kunnskap og kompetanse forutsetter på sin side endrede holdninger.

Først og fremst trengs forståelse for at dette er en gruppe mennesker med uvanlig kort tidshorisont som har rus som

det organisatoriske prinsipp i sine liv. Det er nytteløst å forlange og forvente at de skal tilpasse seg et helsevesen som er basert på avtaler, punktlighet og normal bosituasjon. Eller at de skal prioritere medisiner framfor dop.

Sprøyteopplæring

Ett konkret tiltak skal jeg ta med til slutt: Opplæring i sprøytebruk. Abscesser som skyldes bomskudd er en av de største helseplagene sprøytebrukere sliter med. Erfaringen fra Feltpleien og fra Prosjektets kortvarige sprøyteromprosjekt er at mange sprøytebrukere til tross for daglige injiseringer vet svært lite om hvordan sprøyter skal settes for å unngå infeksjoner. Leger og sykepleiere som møter sprøytebrukere i sitt arbeid, kan forebygge mange helseskader ved å ta seg tid til å gi et kortvarig kurs i sprøyteteknikk og sprøytehygiene. Til tross for at det er godt dokumentert at slik opplæring har god effekt, er tiltaket kontroversielt, paradoksalt nok mer kontroversielt enn forskrivning av en rekke vanedannende medikamenter med tvilsom eller påvist negativ virkning.

Uten samarbeid

Et tettere samarbeid med sosialsiden – for eksempel gjennom deltakelse i ansvarsgrupper – er nødvendig for å sikre tunge rusbrukere et godt helsetilbud. De kontakttette skottene som har eksistert til nå, er helseskadelige. Delvis har en på begge sider skjøvet problemet fra seg; det «tilhører» de andre. Delvis har en med mistro ment at de andre ikke har forstått noe som helst av problemet og derved avvist samarbeid.

I den grad noen «eier» rusmiddelproblemer er det pasientene selv. Og de har alt å vinne på at hjelperne klarer å kvitte seg med ideologiske føringer og profesjonsjåvinisme.

MARTIN@RUS.NO

Nultelinja

Det er tidlig morgen. Nattevakta går mot slutten på et lavterskel botiltak i Oslo kommune. De 19 personene som bor her, har alle tunge stoffproblemer.

Innleggelsene

I natt ble N. lagt inn på sykehus, igjen. Allmenn svekket helse; uttørket og avmagret etter noen dagers hardkjør på amfetamin, mistanke om lungeemboli. N. er godt kjent på Legevakta, av ambulanspersonell og på sykehuset. De tar i mot når personalet ikke tør lenger, gir næring intravenøst noen dager og noe å sove på. Så er det tilbake.

S. ble lagt inn i forrige uke. Venter på metadon på somatisk grunnlag. S. er langt framme i køen; har fått dato til avrusning på Akutten og prøver å trappe ned på egen hånd. Ble funnet livløs på golvet for fire dager siden. S. har diabetes, og de på vakt fryktet insulinsjokk og tilkalte ambulanse. Legen la henne inn for underernæring. S. får ikke i seg noe særlig mat uten å være rusa. Får nå næring med sonde og legger litt på seg. Ønsker å bli på sykehuset til innleggelse på Akutten for å være opptrappet på metadon og forhåpentligvis med nokså rene urinprøver.

P. havnet på sykehuset dagen før etter langvarig feber som plutselig blusset opp. Har en svær infeksjon i kroppen etter mange bomskudd. Knapt årer igjen. Blir liggende en stund, stabilisert på metadon, medisinerert med intravenøs penicillin. P. er tvilende til videre medisinerer etter sykehusoppholdet når metadonen seponeres.

Sårskift

For noen timer siden fikk H. hjelp med å skifte på et svært sår på ryggen. De ansatte skal ikke gjøre slikt, men henviser til helsevesenet. Men H. vil ikke til lege, ikke en gang til Feltpleien.

Såret ser bedre ut enn i går natt, mindre hissig rødt. Kanskje en brannskade fra en parafinovn, kanskje utslett etter noe parafinsøl? H. håper at det ikke er noe annet, noe smittomt.

Uten medisin

B. har også fått hjelp, til å skifte på en dyp abscess på halsen, resultatet av et bomskudd en medbeboer satte. Har vært hos Feltpleien og fått plaster og salve med beskjed om å skifte hver dag. Slikt er enklere å få til når noen ser på.

B. har bare hatt to epileptiske anfall denne natta; forrige natt var det flere. Rivotril forskrevet av fastlegen for epilepsi ble tatt av politiet under en razzia for noen dager siden, sammen med Dolcontin også forskrevet av legen.

Fastlegen til B. verken kan eller vil skrivet ut mer Dolcontin og har midlertidig brutt kontakten etter å ha blitt skjelt huden full flere ganger. Når legal medisin tar slutt, må B. injisere heroin. Derfor abscessen på halsen.

Underernæring

C. er merkelig frisk. Med en BMI under 14 for noen måneder siden burde C. vært lagt inn akutt, men ville ikke selv og verken lege eller sosialkontor syntes at tvang var indisert. Institusjonen åpnet i stedet for å gi mat døgnet rundt. De andre beboerne får bare ett lunsjmåltid om dagen, det budsjettet tillater på en kommunal omsorgsinstitusjon.

Friskmeldinga

For litt siden raste P. ut for å gå på jobb. Hadde forsovet seg; med Rohypnol står tida enda mer stille enn med heroin alene. Nå skal hun ut og ta noen turer for å få penger til friskmeldinga, morraskuddet. P falt på isen tidligere i vinter og forstuet foten, skulle brukt krykker i flere uker framover.

– Pass på beinet ditt, roper nattevakta når P. slenger nøkelen inn på kontoret; – jeg orker ikke se deg med krykker igjen. – Pass dine egne saker, roper hun tilbake. – Jeg får flere turer uten krykker!

Blant de som jobber på denne kommunale omsorgsinstitusjonen, er det ingen med medisinsk kompetanse ut over et kurs i livreddende førstehjelp ved overdose. Staben kjenner til det av beboernes somatiske situasjon som de ser og det som beboerne velger å fortelle dem.

REDD,

med all mulig grunn

AV ROGER GUNDERSEN



Roger Gundersen er cand. med. fra 1973. Han driver allmennpraksis i Holmestrand. Han har gjennom de siste årene forskrevet A-preparater til om lag 100 narkomane i strid med forskriftene og med retningslinjene fra Helse-tilsynet. Han ble i forfjor fratatt forskrivningsretten, men vant de påfø-

gende rettssakene, først i Namsretten, deretter i Lagmannsretten, hvor departementets vedtak ble kjent ugyldig. I mellomtiden er forskriftene blitt endret, og han har nå en ny tilsynssak på gang. Hans juridiske rådgiver er professor cand. med., dr. juris Aslak Syse. Artikkelen er en lett bearbeidelse av et foredrag han holdt på årets KROM-seminar på Spåtind.

Etter 4 år i rusfeltet har jeg innsett at uten å tenke sjøl og følge min indre stemme, legeløftets imperativ, kommer jeg ikke langt.

Jeg er redd min fremstilling, som bærer preg av egne erfaringer og opplevelser, adskillige diskusjoner i flere fora, litteraturstudier og avisinnlegg, blir både polemisk, paranoid, og dessuten angstfylt.

For å si det med Odd Børretsen, jeg er REDD, MED ALL MULIG GRUNN.

Jeg er redd, fordi en kronikk levert i Aftenposten kommer helseilsynet i hende før publisering skjer, og foranlediger at de to kronikørere må forsvare seg og sin kronikk overfor samme tilsyn.

Jeg er redd, fordi en journalist i Aftenposten, etter først å ha sagt ja takk, sier nei takk til å skrive om hvor bra det går med mine pasienter, fordi det er svært sterke krefter som ikke vil at dette skal komme offentligheten for øre.

Jeg er redd, fordi stadig flere narkomane forsøker selvmord, ikke bare en gang, men flere ganger, ifølge en notis i Dagens medisin. Dette kommer i tillegg til overdoser og eventuelle dødsfall i forbindelse med det.

Jeg er redd, fordi debatten mellom de forskjellige poler er så usaklig og uforsonlig. Pasientene forsvinner i prinsippene, og usaklige beskyldninger florerer. Selv er jeg beskyldt for å gjøre store penger på mitt arbeid med narkomane, og for å fortsette en ulovlig forskrivning (etter at jeg vant en sak i Namsretten).

Jeg er også redd for meg selv, og min legevirkosomhet, etter at jeg i september mottok varsel om tilbakecall av forskrivningsrett og autorisasjon.

Jeg blir også redd når det i en debattsider for leger, Eyr, uttales at det kanskje er riktig å drepe de narkomane. (Eyr 03.01.2002 kl 8 38. Pm)

Jeg blir redd, fordi selv det offentlige monopol, MAR/LAR (Legemiddelassistert rehabilitering), ikke klarer bedre enn at det i Vestfold i 2000 kun var 12 av de 38 klientene som hadde poliklinisk behandling.

Sammenfattet: Debattens temperatur, intensitet og manglende saklighet er skremmende, og det offentlige monopoliserte tilbudet er fullstendig utilstrekkelig.

Rusomsorgen er en sosial omsorg. Jeg forutsetter at lovgivernes hensikt med dette er den beste, men jeg har lurt på om det virkelig er tilfelle, mange ganger.

Det som skjer nå, om ruspolitikken får fortsette i samme spor, er at svært mange narkomane havner i helvete, eller andre steder med varierende temperatur.

Den skadereduksjon som foregår, og har foregått til nå, synes å ha mer preg av å ville redusere skaden for samfunnet, enn å beskytte det enkelte individ. (De narkomane skal vekk fra bybildet, om det er gata i Oslo eller Farmannstorvet i Tønsberg).

Hva bråker vi egentlig for, vi små en alen lange?

For det er vel slik vi allmennleger som står på vår rett til å hjelpe også denne pasientgruppen, oppfattes?

Vi som på tross av trusler og varsler om tilbakekall av forskrivningsrett og autorisasjon, fortsatt bruker A reseptene til å redde liv.

Jo, vi bråker for å redde vår enkelte pasient, først og fremst.

Om vi i tillegg bidrar til en offentlig debatt og synliggjøring av det som jeg oppfatter som myndighetenes og maktpersonenes misbruk av posisjon og tildelte statlige midler, er det sekundært.

Derfor blir vår kamp også en systemkritikk og en fagpolitisk maktkamp.

Jeg gjentar den påstand som ble fremsatt i en kronikk i Dagbladet i fjor, at det ikke kan forventes noen endring i ruspolitikken i Norge før de som stadig sitter sentralt som byråkrater i departement og tilsyn, skiftes ut. Og NB: Dette gjelder dessverre uansett politiske vedtak!

Vi får ingen human/humanistisk rusomsorg før denne kampen er avgjort til den enkelte pasients fordel. Rusmisbrukere er individer og må behandles individuelt. Som leger plikter vi å behandle våre pasienter med barmhjertig-

het, respekt og omsorg. Er det for å unngå at rusmisbrukere behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt at rusomsorgen er plassert under Lov om sosial omsorg?

Det som de siste årene har foregått etter gjentatte politiske vedtak for å humanisere, er, i alle fall sett utenfra, som en episode av nylig avdøde Nigel Hawthornes «Ja vel, Herr Statsråd».

Politikere fatter vedtak, Sosialkomiteen vedtar, Stortinget vedtar. Helsetilsyn og Sosialdepartement lager nye forskrifter, for å omgå de samme vedtakene. Jeg har mange ganger tenkt at det må kjennes underlig for en politiker eller minister som har en mening med sine vedtak, å oppdage at vedtakene nøytraliseres av et manipulerende byråkrati. Hva som foregår er spesielt dokumentert de siste måneder i Aftenposten, av blant annet Ola Henmoes journalistikk, dessuten TV, NY TID etc..

Konsekvensen er at rusomsorgen forblir som den har vært: Umyndiggjørende, nedverdiggende og preget av tvang og trusler.

I saklighetens navn må jeg allikevel si at noen også trenger denne type «hjelp» for å komme videre, men det er kun et fåtall.

Hva har skjedd og hva skjer i Norge, av skadereduserende tiltak?

En kan kanskje si at MAR/LAR er skadereduserende, men i liten målestokk, og til en pris for de godtatte individer som i de fleste tilfelle er svært høy.

NYHET!



The Meditron Analyzer EKG

www.meditron.no

Forsøk med sprøyterom er kvalt i fødselen!

Et eksempel på et effektivt og billig skadereduserende tiltak, er dr T's opplegg i Grenland for et par år siden. Subutex ble utlevert under kontrollerte betingelser til et tyvetalls personer, med brukbar kontroll av sidemisbruk, og med svært god individuell oppfølging i form av samtaler, og tett kontakt mellom terapeut, pasient og arbeidsgiver. Prosjektet ble omtalt i Legemidler og samfunn, som leses av de fleste leger og farmasøyter i Norge.

Etter noe tid ble dr T innkalt til samtale med fylkeslege/-Helsetilsyn, og fortalt at det ville få klare konsekvenser for hans legevirkosomhet, dersom ikke prosjektet ble avsluttet straks. Det ble det, og en av konsekvensene var 4-6 dødsfall blant de tidligere deltakerne i løpet av få måneder.

Tilbake til MAR/LAR. Her er ventelistene lange. Flere hundre står på konkrete lister, mange flere venter i hver sin kommune på at kommunens rusetat skal formidle/sende søknad. Det er ofte ikke sendt inn søknad til LAR, fordi kommunens rusetat vet at det ikke har noen hensikt å søke, det er ikke midler eller plass.

Dessuten har ikke den enkelte kommune kapasitet til å håndtere mer enn et fåtall av denne typen pasienter. Kun toppen av isfjellet er i kontakt med rusetat regelmessig. De andre seiler sin egen sjø.

Kommer man i betraktning i LAR, dvs. har lang nok ruskarriere, lang nok rusfri behandling –det vil si lang nok mislykket institusjonsbehandling (evangeliesenter/kollektiv etc), høy nok alder, og, når en med det man har med seg slår de andre i oppløpet, hva venter så? Jo, minst to uker ute i livet, uten rusmidler, uten medikamenter. (Etter at denne umenneskelighet ble kjent for offentligheten, er regimet mildnet noe). Den som overlever dette, (egentlig uttalt fra LAR: Den som er motivert nok for behandling med legemidler), skal så inn i avrusingsinstitusjon, og trappes langsomt opp til et medikamentnivå som holder rustrang og abstinenser borte. Den som i denne perioden «sprekker», dvs kjøper seg illegalt diazepam eller buprenorfin, kodein, heroin, eller hasj, får prikker på rullebladet og advarsler tildeles. Det som også skjer ved eventuelle sprekker, er at opptrappingen av metadon/subutex stanses, i den tid som LAR finner rimelig. Dette har ingen medisinsk begrunnelse, snarere tvert imot, men er å betrakte som en avstraffelse.

Som dere skjønner, jeg er ingen tilhenger av LAR, men er allikevel forskrivende lege for flere pasienter i dette systemet.

En kommune, Nøtterøy, har ingen leger som vil forskrive metadon/subutex. Alle legene, med kommunelegens vel-signelse, nektet dette i fjor. Derfor er jeg av Nøtterøy kommunes rusetat anmodet om å være forskrivende lege for deres pasienter i LAR. Jeg sa ja, og har nå alle Nøtterøys metadonpasienter som mine faste pasienter, uten å være fastlege for noen av dem..

Hvilken skade skal reduseres, og for hvem?

Dette er kanskje av mange oppfattet som et unødvendig spørsmål, men dessverre, så enkel er ikke dagens norske virkelighet.

Individet står ikke i sentrum, det er åpenbart for alle som følger med. Det er apparatet rundt det offentlige skadereduksjonsarbeid som er prioritert høyest.

Vi må få et Norge som ser på rusmisbrukere/narkomane som de elendige, lidende og syke mennesker de er.

De er også kriminelle. Jeg har ikke tall på hvor mange som sier at de endelig slipper å prostituere seg, stjele, lyve, ødelegge, for å klare hverdagen.

Som en kuriositet må jeg nevne at i 2000 gikk volds og vinningskriminaliteten ned med 10% i Nordre Vestfold, året etter med nye 10%. Det er også et perspektiv verdt å se på?

Sykdom

Jfr. Ninni og Thorvald Stoltenberg, og Sosialministeren som i Tabloid TV nølende gikk med på at dette dreide seg nok om primært syke mennesker. I avisen dagen etter gikk ministeren tilbake på dette, men innrømmet at de når de var narkomane, var de nok syke, men de var vel ikke syke i utgangspunktet?

Unnskyld meg. Om det primært er en sykdom, eller om det skulle skyldes arv eller miljø, er for meg ett fett og revnende likegyldig.

Medline og andre databaser på internet kan gi hundrevis av referanser/tilslag på forespørsel om sammenheng mellom tidlig psykisk sykdom (allerede fra barneår) og rusmisbruk. Det er et tankekor at det i mitt materiale på 100 pasienter de siste 4 år, hvor alle har vært innom psykiatrien, kun er stillet en psykiatrisk diagnose utover «medikament/rusmisbruk» på 4 av pasientene. Det betyr at faginstansene ikke har vært i stand til, eller interessert i, å finne/lete etter annen sykdom enn rusen. Og hvilken diagnose tror dere disse 3-4% har fått? Bipolar sykdom/manisk depressiv lidelse!



ILLUSTRASJONSFOTO

Dette er ikke verst når vi fra internasjonal forskning vet at opptil 90% av rusmisbrukere antas å ha en psykiatrisk sykdom ved siden av rusproblemene. (Jfr. Toronto-New Hampshire.)

Er denne manglende interesse og evne til diagnostisering uttrykk for en dekkoperasjon?

Uten psykiatrisk diagnose kan disse mennesker ikke betraktes som pasienter med de rettigheter det ville medført? Dette underbygger det etablerte syn i departement og tilsyn at narkomane representerer et sosialt problem, og slett ikke noe helseproblem. Forklaring utover dette kan jeg bare gjette meg til. Er norsk psykiatri så dårlig faglig sett, eller slurves det? Kanskje ville det bli for arbeidskrevende også å ta opp disse sosialklientenes helseproblem?

Verden over, ja hva skjer internasjonalt? Frankfurt/Amsterdam/København er nevnt tidligere i debatten. Men, hvem har kjørt bil i Frankrike?

Franske myndigheter tar skadereduksjon på alvor. Man har estimert/forventet at ca. 700 mennesker skulle omkomme i trafikken på franske veier i desember måned, hvor en stor del ville omkomme i jule og nyttårshelgen. Hva gjorde man så? Man innførte gratis kollektivtilbud i nyttårshelgen, i hele Frankrike! I Norge skjer det også noe på denne fronten, stadig færre omkommer i trafikken i Norge.

Men overdosedødsfall reduseres ikke.

1500 utrykninger til overdosetilfelle i Oslo siste år. Fatale overdoser omtrent som tidligere, eller økende. En del over 100 personer dør av overdoser i Oslo i året.

I Norge settes disse menneskene på en venteliste for å komme inn i et byråkratisk system, hvor de til og med må begynne om igjen, om de har vært nyktre på ventelisten og sier nei takk til oppstart av metadon/subutex, og så skulle være utsatt for sprekk og dermed nytt hjelpebehov!

Frankrike: Det er 60 millioner franskmenn, rundt regnet. Et ukjent antall narkomane, som i Norge. Overdosedødsfallene steg himmelhøyt. Hva gjorde man? I regi av blant annet psykiateren dr Auriacombe startet man et skadereduksjonsopplegg som liknet veldig på det opplegget jeg driver, men med betydelig dårligere oppfølging og kontroll. (Ref: The French Experience; France as an open label study. Research and Clinical Forums 1999-21: 9-15).

De franske narkomane, som kanskje oppfattes som pasienter, får utlevert sin dags-, ukes- eller månedsrasjon Subutex på apoteket, har ingen fast avtalt kontroll hos sosialetat, men har kontakt med sin forskrivende lege. Det er det!

Min modell er omtalt av «motstandere» i rusfeltet, som «over stakk og stein modellen». Jeg har ikke hørt at noen norsk fagperson har kritisert den franske modellen. Sosialminister Meltveit Kleppa var til og med på studietur til Frankrike!

Når det gjelder rusomsorg, er det ingen i utlandet som sier «Look to Norway!»! Hva kommer det av, tro?

Subutex er godkjent i 30 land, bare i Norge med rigide restriksjoner. Den franske modellen har reddet hundrevis av liv, hvert år.

Overdosedødsfallene på subutex er lave, og sett i forhold til overdosedødsfall blant pasienter på metadonsubstitusjon, er de negligeable. Det må også tas med her, at det i Norge de siste to år er konstatert 30-40 dødsfall, hvor eneste mulige dødsårsak er metadon, og metadon alene. Hva skyldes dette? Liberal forskrivning av metadon? Nei – Hva så med medikamenter på avveie, jfr Meltveit Kleppa, TV 2.

Something is rotten in this country!

Etter at jeg mistet to unge menn i overdoser i 97-98, ble jeg klar over at jeg kunne ikke neglisjere denne pasientgruppen lengre, og har tatt inn mange pasienter. Jeg får forespørsler fra rusteam i hele Vestfold, dessuten diakonat, KIF, familier og arbeidsgivere, om å ta meg av... bare en til!

Det går selvfølgelig ikke.

Jeg har fått laget et dataregistreringsskjema hvor pasientene registreres, med ruskarriere, fengselskarriere, behandlingsopplegg tidligere, livskvalitet, helseendringer i behandlingsperioden, arbeidskarriere etc, etc.

Når jeg får tid (dvs fred fra tilsynsmyndigheter), og penger (stipend?), skal disse dataene systematiseres og publiseres.

Min utfordring er:

- La rusomsorg bli en oppgave for leger, fastlegen.
- La kommunal psykiatriservice og kommunal sosialtjeneste få midler nok til å fungere som nær samarbeidspartner og støtte for pasienten, dessuten til å gi langvarig terapi.
- Leon-prinsippet var populært i Norge tidligere, hvor er det blitt av?
- Rusmisbrukere skal selvfølgelig også behandles med barmhjertighet, respekt og omsorg, som de individer de er.
- Er ikke den forskning som foregår i Norge vedrørende skadereduksjon nærmest å regne for uetisk? (Vi vet at det finnes bedre måter å gjøre det på, måter som er veldokumentert i utlandet.) Skal vi finne opp kruttet på nytt, også her?
- Vi må samarbeide, ikke slåss, selv om uenigheten er betydelig. Den kampen som pågår må endres fra den makt-kamp det tydeligvis er nå, til en faglig diskusjon, hvor også denne siden krever å bli behandlet med respekt.

Litt om «Modell Gundersen»:

Pasienten tas inn til samtale, evt sammen med den som henviser eller bønnfaller om hjelp, det være seg kone, barn, venner, arbeidskollegaer, KIF, sosialetat, rusetat, avrusingsinstitusjoner som Frelsesarme-drevne blant andre, Kirkens bymisjon, etc, etc.

Det legges en plan, med kort og langsiktig målsetting. Det avtales en kontrakt, muntlig og/eller skriftlig.

Det søkes alltid kontakt med pasientens sosialkontor for å etablere forbindelse, om det ikke eksisterer, og for å komme videre i en rehabiliteringsprosess, med hyppige samtaler. Kommunal psykiatriservice forsøkes koplet inn. Dette er oftest den største bøygen. Kommunene har ikke midler eller mennesker nok til å håndtere/hjelpe flere enn dem de allerede har.

Hear, Visualize



and
document
your
findings



The Meditron Analyzer ECG

www.meditron.no

Medisinering avtales og justeres. Pasientene henvises nesten alltid til psykiatrisk behandling, oftest til offentlig, men andre til private tilbud.

Det avtales hyppige samtaler, hvor det tas stilling til behandlingsalternativer, ramme rundt behandling og kontroll, (liten, men tydelig, vekt på urinprøver, og da som grunnlag for diskusjon om hva som kreves for at eventuelt sidebruk skal endres).

Det er hyppig kontakt med pasienter, familie, arbeidsgiver og andre på telefon. Alle samarbeidspartnere har direkte nummer til min kontorpuvt. Dette gjelder også de av mine pasienter jeg vurderer som risikopasienter.

Det er alltid mulighet for pasient, familie eller offentlig etat/samarbeidspartner å få time på svært kort varsel. Ansvarsgruppemøter kan også avtales på kort varsel.

Dette er et lavterskeltilbud som omfatter ca 100 pasienter gjennom de siste fire år, og som for alle har ført til bedret livskvalitet, bedre helse, økt selvrespekt. Flere er i arbeid eller er studerende, flere har fått ordnet sitt trygdebehov, rehabiliteringspenger, yrkesrettede tiltak eller uførepensjon.

Det som er både oppsiktsvekkende og tragisk, er at dersom forskriftenes intensjon skulle vært rådende, ikke politikernes intensjon, og for ikke å si norsk lov, ville det vært ca 100 mennesker blant mine pasienter som måtte på gata for å kjøpe buprenorfin eller heroin illegalt, for å kunne fortsette å leve et normalt menneskeverdige liv.

Jeg står til disposisjon for enhver som er interessert, for å dele mine erfaringer eller gi råd. Men det største hinderet er fortsatt angsten hos norske leger for å utfordre fylkeslege og Helsetilsyn ved å følge det etiske imperativ, og med det også å hjelpe disse ulykkelige.

Et gammelt sitat av Nic Waal kan være en rettesnor også i dag

«Svært mange mennesker mener noe med hodet og føler noe annet med hjertet. Mange stenger helt av for hva de føler, når de tenker. Det kalles ofte for å være logisk. Men hjertet har også sin logikk. Det sies lett at kvinner tenker med hjertet, som om det var foraktelig. Men hvis vi ikke tenker med hjertet i dag, går verden til helvete.»

AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no



EGIL,

født og oppvokst på Stovner

AV ERIK JESMAN PEDERSEN

Med en slik tittel på CV'en vil jeg som lege praktiserende i den dypeste bedehusjungel på vestlandet med en gang spør om hvor mange overdoser pasienten har hatt. Egils østkantdialekt med fullt narkotikavokabular styrket mine fordommer da han første gang kom til konsultasjon på våren 2000. Seinere gikk det mye bedre med oss begge.

På 11 års dagen fikk han 200 kroner av farmor. Korpsvennen, som bodde i den andre halvdel av den vertikaldelte boligen, fortalte om hasjens megaeffekter og pengene brukte han til en fylt fyrstikkesekke samme dag. Det var hans introduksjon til narkotika. Som 15-åring forsøkte han amfetamin og han var 20 da han satte den første heroinsprøyten. En klassisk misbrukerhistorie. Egil startet på tømrerutdannelse, men fikk aldri svennebrev. Han forsøkte seg også på ingeniørhøgskolen, mest fordi han da kunne få lån i Lånekassen. Ingeniørtittelen fikk han aldri, men lånet fikk han.

Den vårdagen i 2000 fortalte Egil som nå er 37 år at han var trøtt og lei og var svært motivert for metadonbehandling. Det er mange som kommer til kontoret og forteller om sin motivasjon til slik behandling,- forskjellen var at Egil var motivert. Han ville kun ha opplysninger om hvor og hvordan han skulle starte søknadsprosessen. 2 uker seinere kom han tilbake sammen med 2 sosionomer som var interesserte i å hjelpe ham. 4 uker seinere var søknad og alle vedlegg klar. Han var heldig med behandlingstiden på Metadonklinikken i Bergen og fikk oppstartsdato i slutten av mai 2000.

Egil har klart seg bra på subutex og møter alltid opp til avtaler. På papiret ser dette ut som en lykkelig narkotikahistorie,- men det er noe mer.

Som de fleste vet fordrer narkotikamisbruk cash til en hver tid. Denne cashen skaffes for de fleste ikke til veie gjennom hardt arbeid og månedlig lønslipp. Egil har tilbrakt tid i fengsler og han har brukt kredittkort til anskaffelse av omsettbare varer. Han har mange namnsdommer. Etter et år med legemiddellassistert behandling, arbeidstrening med



svært god skussmål ble vi enige om å sende et brev til kreditorene med spørsmål om gjeldssanering/avtaler. Han sendte 25 brev til aktive og passive kreditorer. Han fikk mange brev tilbake. De fleste kom fra kreditorene som han ikke hadde hørt så mye fra, de ble med ett svært aktive når de hørte at det gikk ham godt. Han fikk ingen sanering men noen få utsettelse. Han har nå en samlet namnsgjeld på ca 500 000,- og den stiger hele tiden. Egil lurte på om det er bedre å forbli narkoman.

Mot slutten av august, ca. 3 uker før valget 2001, kom helseminister Tønne på besøk til kontoret. Vi valgte å ha med Egil på dette møte slik at ministeren selv skulle få høre hans problemer og kanskje gi Egil noen råd. Det ble et hyggelig møte som førte til lokalpressens fokus på hans og andres saker. Ministeren poengterte forutsetningene innen denne type behandling med arbeid og fast bolig som viktige elementer. Tilbakeførsel til vanlig arbeid var et mål og Egil fikk en adresseliste med ca 40 håndverkerfirma som han burde kontakte i så måte. Han kontaktet alle 40, og fikk 40 avslag. En gang kriminell, alltid kriminell. Den høsten ble svært vanskelig og Egil hadde flere sprekker og var nær ved å gi opp. Redningen ble at han fikk innvilget attføring slik at han kan få tatt svennebrev og på sikt eventuelt gjøre ferdig ingeniørutdannelsen.

Det mangler idag et opplegg som kan hjelpe misbrukere som skal tilbake til en så normal hverdag som mulig. Jeg tror at vi har glemt at noen av de som er med i legemiddellastostert behandling kan lykkes.

Sett at han klarer det, - vil samfunnet si at han har sonet sin dom? Må han se for seg at alt han får på lønslippen blir fordelt mellom kreditorene? Vil noen i det hele tatt våge å ansette ham, hvor lenge skal han ha kriminell-stempelet i pannen? Er det økonomisk kriminalitet med svarte inntekter som må til for å få et bedre liv?

Er livet som narkoman et bedre alternativ enn et nøkternt, lovydig liv i et økonomisk helvete?

Enkelt, sikkert og nære pasienter
Prøv selv!

Fyll i kupongen, gå til vår hjemmeside www.hemocue.no
eller ring oss på tlf 61 31 40 50.



Ja takk,

- Jeg vil prøve HemoCue Glucose 201 (inkl. 50 kyvetter) en måned uten kostnad.
- Kontakt meg!
- Send mer informasjon!

Navn _____

Stilling _____

Arbeidssted _____

Adresse _____

Postnummer _____

Postadresse _____

Tlf _____ Faks _____

E-post _____

Labkvalitet i hånden

Den nye HemoCue® Glucose 201 gir deg eksakte blodsukkerverdier av høy laboratorie kvalitet. Akkurat som du venter deg av et HemoCue-system. Likevel er den så liten at den ligger bekvemt i hånden. Du tar enkelt med deg Glucose 201 hvor du vil.

La ikke det lille formatet lure deg. HemoCue Glucose 201 har like høy nøyaktighet og presisjon som Klinisk kjemisk laboratorium. HemoCue omtales i NSAM's handlingsprogram for diabetes som det pasientnære alternativ ved diagnostisering.

HemoCue Glucose 201. En stor nyhet i lite format.



Når ungdommen inntar arbeidsplassen: Noen trender og utfordringer

AV ARVID SKUTLE,
Forskningssjef ved Stiftelsen Bergensklubben

En ny generasjon arbeidstagerer med en annerledes livsstil og nye rusmønstre er i ferd med å innta norske arbeidsplasser. Dette skaper nye utfordringer for arbeidslivet. Skal vi tro på avisoverskriftene er bruk av narkotika det altoverskyggende rusmiddelproblemet blant ungdom, og det store spørsmål er hvordan dette nedfeller seg på arbeidsplassen. Fra før har vi Arbeidslivets komité mot alkohol- og narkotikaproblemer, der den synlige alkoholiserende middelaldrende arbeidstageren ofte er hovedfokus. Men hvordan skal man møte 25-åringen som jevnlig speeder seg, røyker cannabis eller slår ut håret på raveparty med ecstasy eller andre hallusinogener.

Rus og ungdom

Før jeg går nærmere inn på arbeidsplassen, vil jeg gi en kort tilstandsbeskrivelse av ungdommens rusmiddelvaner. Tallene er hentet fra undersøkelser om ungdoms (15–20 år) bruk av alkohol og narkotika, som er gjennomført av Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS. Disse jevnlig undersøkelsene har dessverre en del svakheter som gjør at de ikke gir et helt pålitelig bilde av den nasjonale situasjonen, bl.a. pga. at mange unge ikke svarer på spørreskjemaene og at man ikke alltid har kontroll med hvor korrekt de svarer. Men tallene gir likevel en pekepinn på situasjonen.

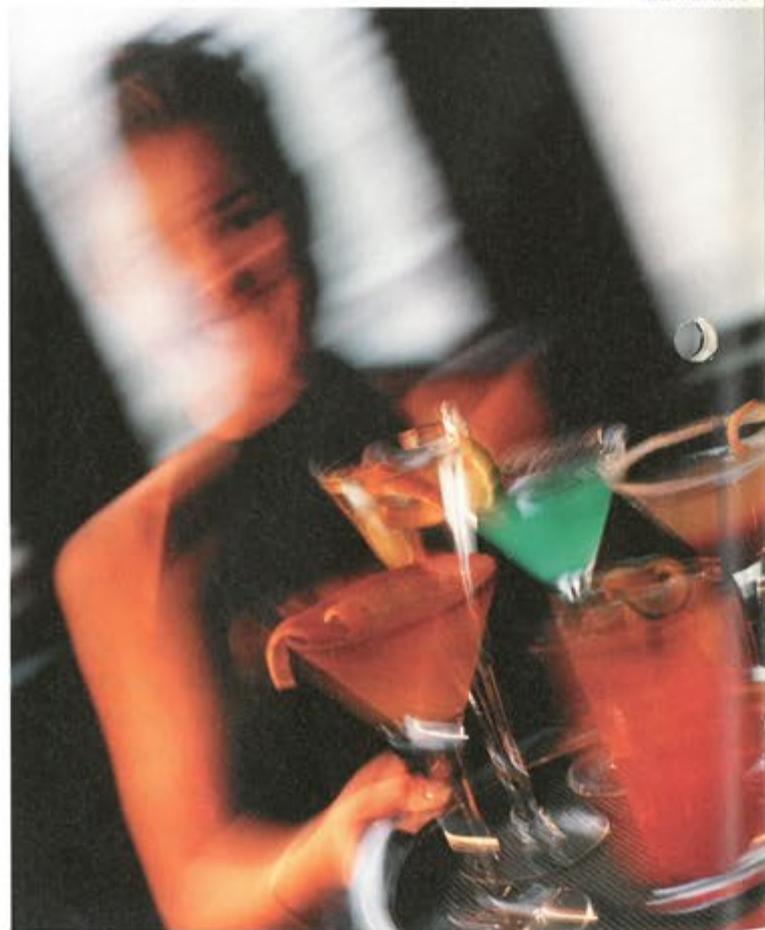
Alkoholforbruket på landsbasis har gått betydelig opp de siste årene, fra vel 3 liter i 1997, til 4,8 liter i 2000 og til 5,2 i 2001. Den største økningen har vært blant de yngste. Fremdeles drikker gutter mer enn jenter, selv om jentene haler innpå. Fra våre egne lokale ungdomsundersøkelser på Vestlandet med svarprosent på mellom 95 og 100 prosent, ser at vi jentene tar igjen og passerer guttene i overgangen fra 15 til 16 år med hensyn til hvor ofte de ruser seg, noe som kan ha sammenheng med jenters inntreden i et noe eldre sosialt nettverk, ofte med eldre gutter. Mot slutten av videregående skole har denne kjønnsforskjellen igjen jevnet seg ut.

Når det gjelder de narkotiske stoffene, så er det gledelig at cannabisbruken på landsbasis er stagnert, etter en drastisk

oppgang fra 95–98. I dag er andelen som noen gang har brukt cannabis ca. 17%. Storbytallene er nok høyere enn distriktene, selv om det også på narkotikasiden går mot en større utbredning i distriktene. Ellers er det noe bruk av ecstasy og amfetamin, men fremdeles relativt små tall: færre enn 5% av ungdommene har noen gang brukt disse stoffene. Den jevnlig brukergruppen er meget liten, selv om pressen prøver å gi et annet inntrykk.

En nordisk rapport som oppsummerer utviklingen på 90-tallet, sier at ecstasy, amfetamin, LSD og kokain har fått innpass i alle nordiske land. Dette er en del av en inter-

ILLUSTRASJONSFOTO



for arbeidslivet

nasjonal trend på 90-tallet. Bruk av heroin og amfetamin har økt en del i Norden, spesielt Finland og Norge, sammenlignet med andre vesteuropeiske land. Men i et europeisk perspektiv er likevel narkotikabruken forholdsvis beskjeden i Norge, spesielt når vi sammenligner oss med Storbritannia og land i Sør- og Mellomeuropa (ESPAD-undersøkelsen 1995, 1999). På siste ESPAD-undersøkelse blant 15–16 åringer var det i Nord Europa mellom 12 og 30% (range fra de ulike landene) som hadde vært tydelig beruset mer enn to ganger siste måned, mens tilsvarende tall fra Syd Europa var fra 3–6%. På en rekke rusindikatorer kom de nordeuropeiske landene betydelig høyere ut, noe som ikke er særlig overraskende. Dette handler om forskjellen mellom rusbegjæret i nord, der rusing er en sentral del av den sosiale helgesammenkomsten. I sør er alkoholbruken, og særlig vinforbruket, en mer integrert del av måltid og lokale skikker, der rusing ikke er målet i seg selv. Dette bildet er imidlertid ikke entydig idet pub-kulturen også har nådd middelhavslandene. Når det gjelder bruk av narkotiske stoffer ser vi i stor grad et omvendt bilde med betydelig mer bruk i sør. Vi kan nesten snakke om det nordlige fylla-beltet, og det sørlige narkobeltet. Midt i mellom kommer Storbritannia som kommer høyt ut på begge statistikker.

Ellers vil jeg understreke at de nasjonale og internasjonale trendene ikke alltid gir et riktig bilde av lokale forhold. Når vi reiser rundt i kommunene og foretar lokale tilstandsbilder i ungdomskulturen, blir vi slått av forskjellene mellom tilgrensende kommuner. Den ene kommunen sliter kanskje med rotfestede rusmiljøer med utbredt stoffbruk, mens nabokommunen er fri for narkotika. Derfor er vi alltid forsiktig med å generalisere rusmiddelsituasjonen for en region. I forhold til planlegging og utvikling av lokale forebyggende tiltak er det selvsagt viktig med et lokalt tilstandsbilde.

Oppsummert kan vi si at den største bekymringen for ungdomsgenerasjonen og den fremtidige arbeidstageren er det kraftig økende alkoholforbruket og rusmønsteret som vi har sett de siste 2–3 årene. Narkotikabruken blant unge må



ILLUSTRASJONSFOTO

vi alltid holde øye med, men heller ikke la oss forføre av store medieoppslag. Nye og mer trendige alkoholvaner, på toppen av en innarbeidet «rus er målet» drikkekultur, ligger i bunn for det vi nå ser. Kreative og mer effektive forebyggende tiltak er viktigere enn noensinne. Hva vet vi så om arbeidsplassen?

Arbeidsplassen og rus

Vi er nå vitne til en nokså motsetningsfull utvikling når det gjelder arbeidsplassen og alkoholbruk (Nesvaag, Ramvi & Tunglund, 1999; Nesvåg, 2001). For det første er det en nokså klar holdning mot enhver bruk av rusmidler på de norske arbeidsplasser. På den annen side ser vi endring av arbeidssituasjoner og betingelser som skaper anledninger for rusmiddelbruk. Dette henger sammen med økende internasjonalisering av arbeidsmarkedet, mer fleksibel arbeidstid og valg av arbeidssted som minsker avstanden mellom arbeid og fritid. Kompetanseutvikling med utstrakt kursing og konferansevirksomhet, mer teambygging og felles sosiale arenaer for de ansatte i gråsonen mellom arbeid og fritid, skaper nye anledninger for rusmiddelbruk, med vekt på alkohol. Ca. 40% av ansattes alkoholforbruk

finner sted i denne gråsonen. Dette paradokset representerer en stor utfordring for arbeidslivet. Samtidig som vi ser store rusrelaterte konsekvenser, er vi og vitne til at alkohol kan bli brukt positivt, som en del av miljøskapingen og etablering av uformelle grupper i og utenfor arbeidsplassen. Et annet paradoks når det gjelder alkohol og arbeidslivet, er at størstedelen av det alkoholrelaterte fraværet skyldes ansatte med et nokså alminnelig norsk alkoholmønster; hovedsakelig drikking i helgene med høyt promillenivå, med endagsfravær som resultat. Den primære målgruppen for preventivt arbeid er derfor alle ansatte, heller enn fokus på spesielle gråsonegrupper.

Det har alltid vært en tradisjon i Norge, i motsetning til kontinentet, å behandle rusmidlene under ett, på grunn av stoffenes felles rus- og avhengighetsskapende egenskaper, med mange muligheter for rusrelaterte konsekvenser på arbeidsplassen: økt sjanse for ulykker, redusert produktivitet, forverring av arbeidsmiljøet og øket sykefravær. Vi regner at i gjennomsnitt har ca. 3% av ansatte på norske bedrifter prøvd narkotika (Nesvåg, 2001). Transportsektoren, varehandel og servicenæringen kommer høyest ut med fra 5–10% som noen gang har prøvd. Flest finner vi blant ansatte i lavinntektsgrupper, blant ansatte med mindre strukturert arbeidssituasjon og som arbeider en del utenfor selve arbeidsstedet. En stor del av de som «oppdages» er i tredveårene eller tidlig førtiårene. Etter en mangeårig bruk av ulike rusmidler skjer det en betydelig forverring av jobbutførelsen og av den helsemessige tilstanden. Dette understreker betydningen av mer effektive forebyggende virkemidler i yngre arbeidstagergrupper.

Bruk av avhengighetsskapende medisiner er et annet vanskelig tema. Det er viktig å skille mellom legal og foreskrevet bruk, bruk av medisiner på en ikke-foreskrevet måte, og illegal bruk: mottatt fra andre, foreskrevet av flere leger med utelukkende rusing som mål. I et europeisk perspektiv ligger vi lavt på forbruk av vanedannende medikamenter med ca. 34 døgndoser pr. 1000 innbyggere, ca. 19% har brukt denne typen medisin siste året (Nesvåg, 2001). Imidlertid er det bare to prosent som angir å ha brukt medisiner på en ikke-foreskrevet måte.

Et europeisk utviklingsprosjekt

Fleire land i Europa ser behovet for utvikling av nye og virkningsfulle modeller for rusforebyggende tiltak på arbeidsplassen. Med noe finansiell EU-støtte, og med faglig støtte fra bl.a. WHO, ILO og flere andre store «tunge» europeiske organisasjoner er det derfor etablert en europeisk prosjektgruppe som skal sette fokus på rusmiddelproblematikk blant ansatte med forebyggende arbeid som viktigste virkemiddel. I samarbeid med arbeidsplassen legges det

opp til en dialog og refleksjon for de ansatte, inklusiv yngre arbeidstagerer, som kan bidra til et høyt og oppdatert kunnskaps- og bevissthetsnivå om rusmiddelproblematikk. Prosjektet koordineres av et italiensk kompetansesenter på arbeidsplass og rus. Stiftelsen Bergensklinikken har inngått en samarbeidsavtale med dette senteret om prosjektet, og vi er i ferd med å prøve ut en alternativ modell for forebyggende arbeid på en større lokal arbeidsplass. Vi håper at et høyt bevissthetsnivå kan bidra til en fortløpende refleksjon og dialog omkring rusmiddelproblematikk og rusmiddelvaner på arbeidsplassen, både for å hindre skader, ulykker og arbeidsfravær, men også for å fremme helse og trivsel. Målet med prosjektet er å få til et enda bedre arbeid med den forebyggende delen av rusmiddelarbeidet. Det skal også bli interessant å prøve ut prosjektet i ulike europeiske land for å se om det kan tilpasses den lokale kultur og lokale forhold.

Prosjektmodellen er basert på et nært samarbeid med topp og bunn i arbeidslivet: ledelsen, fagforeningene, tillitsvalgte, verneombud, helse, miljø og sikkerhetsansatte, og andre som arbeider spesielt med rusmiddelproblematikk. Arbeidsplassen er en ressurs der man kan utvikle i fellesskap ulike typer av forebyggende tiltak. Det går an å tenke seg en sekstfasert utviklingsmodell med følgende innhold:

- *Starte med en liten lokal undersøkelse:* Hva er behovene? Hvilken type kunnskap og kompetanse etterspørres? Hvordan opplever man rusmiddelsituasjonen? Samfunn, arbeidsplass, lokalt, en selv. En slik «research» gir et godt grunnlag for videre planlegging.
- *Informasjon.* Hva trengs av informasjonsmaterieill? Hva har man? Nyere og mer spennende vinklinger på informasjonen?
- *Trening.* Dette involverer noen få utvalgte ansatte eller ansatte som engasjerer seg i temaet. Innholdet fastsettes gjennom diskusjoner internt.
- *Etablering av en lokalt forankret arbeidsgruppe.* Mål: Se på virkemidler i andre land, lære av andres erfaringer, ha dialog med eksterne konsulenter, andre fagforbund og andre bedrifter i utlandet.
- *Evaluering.* En oppfølging av den innledende undersøkelsesrunden. Hva har man lært? Hva har man oppnådd i bedriften? Evalueringsmetoden blir utarbeidet på grunnlag av tilsvarende undersøkelser i andre land, i samarbeid med lokal arbeidsplass.
- *Formidling av erfaringer og resultater.* Det er viktig at andre norske bedrifter blir orientert om modellen, virkemidlene, og om de erfaringer som er blitt gjort.

Dette er grovt beskrevet modellen det arbeides etter. Grunnplanen i bedriften er viktig å få med seg, slik at pro-



ILLUSTRASJONSFOTO

sjektet organiseres mer som en «bottom-up»- enn som en «top-down»-modell. Selv om modellen er velprøvd og godt evaluert i andre land, for eksempel Italia, er det viktig å se hvordan den kan fungere i Norge. Modellen må tilpasses våre forhold og våre behov så langt som det er mulig, og dette er noe vi må finne ut av gjennom en videre dialog. Flere grupper av ansatte vil være i fokus, men målet er likevel å kunne nå spesielt de yngre arbeidstagerne.

Rusforebyggingen bør ha et langsiktig perspektiv. De unge er en selvsagt målgruppe fordi de er sårbare, både for seg selv og i forhold til arbeidslivet på sikt. Å etablere seg som arbeidstager med nyere og aktive rusvaner kan over tid få uante konsekvenser, både helsemessig og arbeidsmessig. Bedriften må være føre var, og legge grunnlaget for at ungdommen får en god start på arbeidskarrieren, uten mandagsfravær og forkorting av arbeidsuken, uten kjedsomhets- og konsentrasjonsvansker, rusrelaterte fysiske og psykiske plager. Vi må av og til spørre oss om vi har en moralsk rett til å påvirke andre menneskers atferd og rusvaner. Mange av gruppene vi henvender oss til har ofte ikke bedt om hjelp. Men gjennom en reflektert dialog med andre arbeidstagerne kan man øke bevisstheten om et annet livstil-alternativ. Filosofien i det beskrevne prosjektet er at de yngre arbeidstagerne ikke skal pådyttes et budskap, men at

de skal få større innsikt i rustemaet og at det er de selv som må foreta valgene.

Rusforebygging på arbeidsplassen kan bety at de mer eller mindre «synlige» misbrukerne får mindre oppmerksomhet. Men det trenger ikke være slik i praksis. Arbeidstagerne med alvorlige rusproblemer må selvsagt få et fortsatt hjelpe- og habiliteringstilbud. Men den forebyggende profileringen henvender seg til andre og større grupper, og da spesielt de unge, uten avhengighetsproblemer. Det er helt nødvendig at denne profileringen skjer på en engasjerende, gjenkjen-nende og ikke-stigmatiserende måte. Derfor bør de forebyg-gende tiltakene planlegges og iverksettes som en integrert del av bedriftens øvrige helse- og sosialpolitikk, gjennom AMU, bedriftshelsetjeneste, og gjennom fagforeningene.

Referanser

- Nesvaag, S. (2001): Arbeidsliv og rusmiddelbruk. Statusrapport.
- Nesvaag, S., Ramvi, E. & Tunngland, E. (1999): Arbeidslivet i for- andring. Nye rammer for alkoholbruk. (Working Life in Transition. New Frames for Alcohol Use). Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift Vol 16 No 3: 191-202
- The 1995 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 26 European countries
- The 1999 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in European countries



To problemer...

Hos eldre menn er benign prostatahyperplasi (BPH) det vanligste urologiske problem og hypertensjon den vanligste kardiovaskulære tilstand¹⁾

Det er estimert at 25% av alle menn over 65 år har samtidig hypertensjon og BPH²⁾

CARDURAN CR "Pfizer" ATC-nr.: C02C A04 Selektiv alfa₁-blokker

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Doxazosin, mesil. aeqv. doxazosin, 4 mg, resp. 8 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv alfa₁-blokker. Senker perifer kårnøtstand samt relaksere glatt muskulatur i prostata som medfere forbedret urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk alfa₁-reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer kårnøtstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrycksreduksjon i 24 timer. Etter innstillt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis alene eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi (BPH) symptomatisk ved selektiv alfa₁-adrenoseptorblokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blæreballs. Blodtrycksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effekstudier 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 lipidene og en beskjeden økning av rationen HDL/total kolesterol er sett. Den kliniske verdien av dette er ikke fastslått. In vitro studie viser antioksyderende egenskaper.

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

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

Metabolisme: Mindre enn 5% skilles ut i uforandret form. Metaboliseres primært av O-demetylering og hydroksylering.

INDIKASJONER: Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

KONTRAINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet overfor quinazoliner eller øvrige innholdsstoffer. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsnævring, øsofagusobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinatraktus.

BIVIRKNINGER: Vanligst er bivirkninger av postural type (sjelden med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, perifer ødem, asteni, somnolens, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast og gastroenteritt), månøtørrhet, ryggsmerte, brystsmerte, postural hypotensjon, palpitasjon, takykardi, myalgi, bronkitt, hoste, pruritus, urinkontinens, cystitt og rhinitt. For konvensjonelle tabletter er i tillegg følgende rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Isolerne tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med alfa₁-blokkere. Tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner, hudutslett, trombocytopeni, purpura, neseblødning, leukopeni, hematuri, kolestasis, hepatitt, gulsot og unormale leverfunksjonstester og tilkessyn er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert, men disse kan generelt ikke skjelles fra underliggende sykdom: Takykardi, palpitasjon, brystsmerte, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier. Bivirkningsprofilen for depottableten tilsvare den for konvensjonell tablett. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletter signifikant lavere enn for konvensjonelle tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottableten som 1 mg konvensjonell tablett.

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 profylakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker 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 alfablokker¹⁾. Carduran (doxazosin) gir minimal effekt på blodtrykket hos normotensive BPH-pasienter, mens blodtrykket hos hypertensive reduseres signifikant²⁾

CARDURAN CR[®]

DOXAZOSIN

forsiktighetsregler 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 hjertesvikt før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på eventuell forverring. 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. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Sikkerhet 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 morsmelk:* Dyreforsøk indikerer akkumulering i brystmelk. Overgang i human morsmelk er ukjent. Preparatet bør derfor ikke brukes under amming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan tas sammen med tiaziddiuretika, furosemid, beta-blokkere, ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler, antibiotika, perorale hypoglykemiske legemidler, urinsurgjerende medikamenter eller antikoagulerende midler.

DOSERING: *Depottablettene må svelges 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 Forsiktighetsregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Innter hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert 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
	Endos: 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

Dans med meg, pappa!



AV HELGA FLATLAND

Helga Flatland
f. 1984.
Skoleelev,
Skien videregående skole

Jeg ler. Fargene er pene. Jeg vil ha alle fargene. Spise dem opp, eller bare forsvinne i dem. Musikken er nydelig. Jeg nikker sakte med. Strekker armene mot tonene som strømmer mot meg, vil ta i mot. Beveger meg i takt med musikken, jeg er musikken! Plutselig er Synne her. Synne er pen. Jeg vil klemme Synne. Men hun vil ikke, jeg smiler til henne. Hun må da bli med på dansen. Hun sier noe, men jeg hører ikke hva hun sier, hører bare at stemmen er pen. Jeg vil at Synne skal danse med meg, og drar henne opp på dansegulvet. Jeg har aldri hatt det bedre. Alt er bra. Alle er snille og pene, jeg er nydelig i kveld... Jeg danser videre... Musikken bærer meg og fanger meg i en herlig rytme. I kveld føler jeg at jeg virkelig lever. Dette er livet. Så enkelt kan jeg få det så bra! Har aldri følt en større lettelse... Jeg er Gud, Jesus, Jomfru Maria og Den Hellige Ånd på en gang. Jeg er best!

«Sigrid... du, jeg må snakke med deg» Synne kommer til meg på skolen. Jeg nikker motvillig. Føler meg uvel. Har en anelse om hva dette handler om. Jeg ser ned i boka jeg leser i.

«Du vet Simen og de... jeg tror kanskje det er lurt om du ikke er så mye med de folka...» Jeg ser at Synne prøver seg fram, vet ikke helt hvor langt hun kan ta det enda. Er forsiktig. Jeg blir irritert. Tar meg sammen.

«Å?» spør jeg, enda jeg vet hva hun mener. Synne sukker, jeg skjønner at hun hadde håpa at jeg skulle forstå hva hun snakka om. Det er klart jeg forstår det, men hun skal ikke slippe så lett unna. Skal få forklare seg ordentlig. Jeg merker at jeg vil at hun skal få lide litt for hva hun sier, vil at hun skal føle seg dum.

«Ja... du vet. Det er greit en gang. Men du har jo vært med mange helger på rad nå...» Synne biter seg i leppa. Jeg ser interessert på henne... Det ser ganske vondt ut. Orker ikke tenke på det Synne sier. Orker ikke forklare meg. Hun har ikke vært der hvor jeg har vært, og derfor er det umulig å få

henne til å skjønne... Ferdig med det. Jeg bare ser på henne, smiler og spør om hun har gjort naturfagleksa. Synne rister på hodet. Jeg vet ikke om det betyr at hun ikke har gjort den, eller om det er fordi hun er oppgitt over at jeg ikke svarer på det hun spør om.

«Du må skjerpe deg nå, Sigrid!! Jeg kommer til å ringe moren din hvis du ikke slutter med det tullet her!!» Synne er på gråten av fortvilelse. Jeg blir enda mer irritert. Jeg lukker boka jeg sitter med i fanget, retter meg opp og ser på henne. Dette blir for dumt. Jeg skjønner virkelig ikke hva hun bekymrer seg for. Når ble Synne så prektig? Hun var jo med første gangen vi tok hver vår Prince Mild av foreldra hennes. Hun hørte jo på med beundring i blikket når jeg fortalte om mitt nye bekjentskap med Simen og hasj. Dette er jo ikke så mye verre. Det er faktisk ikke verre i det hele tatt, tvert i mot er det bedre. Mye bedre. Men jeg har på følelsen av at det ikke er så lett å forklare det for Synne. Det at hun truer med å ringe foreldra mine tar jeg ikke så tungt. Det kommer ikke Synne til å gjøre. Hun er ikke så tøff... eller så feig.

Mammas stemme. Pappas stemme. Mammas gråt. Pappa som trøster. Jeg hører alt sammen. Jeg lurar litt på om de virkelig tror at jeg ikke hører, eller om de egentlig vil at jeg skal høre det de sier. Jeg ligger på senga. Ser i taket. Teller systematisk de mørke kvistene. Taket burde males. Det er ikke noe fint med kvister.

Synne har ringt.

Jeg er forbausende rolig. Skjønner det ikke helt selv. Jeg burde få dårlig samvittighet av mammas gråt og pappas bekymra stemme. Men jeg får ikke det. Jeg kjenner bare en slags triumferende følelse over å ha såra dem. Og ikke en gang den følelsen får meg til å få dårlig samvittighet.

Men jeg bekymrer meg litt. Bekymrer meg for at de skal ta fra meg det jeg omhyggelig har bygd opp rundt meg selv. En mur. En usynlig mur som beskytter mot tanker og følelser som ikke skal være der. Som følelsen av å bare være. Ikke leve. Det var sånn det var før. At jeg bare var der. Skole, lekser, venner, sove. Ikke noe å se fram til, ikke noe å glede seg til. Jeg sank på en måte ned i min egen misnøye med tilværelsen. Og jeg kom meg ikke opp igjen... ikke før jeg ble kjent med Simen. Han viste meg nye veier. Ut av virkeligheten vil noen si. Jeg kaller det inn til Livet. Det er da jeg lever et liv jeg trives med. Det er da jeg virkelig har det

bra. Og da spiller det ikke så stor rolle om ikke alt fungerer ellers. Da vet jeg at jeg har en utvei. Jeg vet at jeg har en måte jeg kan få det bra på. En måte jeg kan leve på...

126 kvister har jeg kommet til når pappa kommer inn og forstyrrer. Jeg blir irritert. Har sagt klart i fra at de skal banke på før de kommer. Han kremter litt. Jeg holder kvist nummer 127 med blikket for å ikke glemme hvor den er. Pappa spør om jeg kan se på han. Det kan jeg ikke. Jeg hører på skritta hans at han er irritert. Han går med små, raske steg rundt på rommet mitt. Jeg gir opp kvisten med et sukk og ser på han. Jeg ser bare ryggen hans. Skjønner at han ser på bildet av meg som 2-åring i barnevogna. Jeg kan kjenne på meg hva han tenker; «Hvordan kunne den lille gojenta vår bli slik!?» jeg fnyser ved tanken. Blir irritert igjen.

«Det er rart...» begynner pappa. «...hvordan man planlegger alt. Hvordan man skal bli. Ikke bare som egen person. Men i de forskjellige rollene. Som ektemann, som kollega, ikke minst som far. Også blir ingenting som man planlegger...» fortsetter han, mens han ler litt for seg selv. Jeg blir overraska. Det er rart å høre pappa snakke sånn...

Han setter seg på sengekanten. Spør om jeg skjønner hva han snakker om. Jeg nikker litt. Men jeg skjønner det ikke. Ikke helt. Jeg skjønner at jeg ikke ble som han planla. Jeg grøsser litt, det er en ekkel tanke. Han ser på meg. «Jeg tenker på hva jeg gjør feil, jeg, Sigrid» sier han litt svakere. Jeg blir nervøs og urolig. Merker at jeg trommer nervøst med fingertuppene ned mot dyna, men slutter fort før pappa legger merke til det. Hadde jeg fått kjeft hadde det vært mye greiere, da kunne jeg ha kjefta tilbake. Blitt sinna. Jeg kan ikke det nå. Han skylder på seg selv. Jeg vil rope at det ikke er sånn. Det er jo ingens skyld! Er det vel?

Jeg begynner å lure på om han gjør dette for at jeg skal få dårlig samvittighet. Men det virker ikke sånn. Pappa virker sliten. Lei seg på en ekkel måte. Jeg vrir på meg. Vil bryte stillheten som har oppstått. Pappa ser det. Han klapper meg litt klosset på handa før han sier at vi skal prate mer senere. Alle tre. Jeg nikker. Pappa går. Plutselig kjenner jeg at jeg vil at pappa skal være her. At han skal sette seg ned igjen. Prate med meg. Hva som helst egentlig, jeg vil bare at han skal være her med meg. Men jeg sier ingenting. I det pappa lukker døra forsiktig kjenner jeg tårene svi i øynene. Jeg blunker for å holde tårene tilbake og svelger klumpen med gråt som har satt seg i halsen. Vil ikke være så svak.

Mamma gråter. Igjen. Hun gråter mye. Jeg hører det når jeg har lagt meg. Dempede stemmer og mammas gråt. Vi bor i et lytt hus. De krangler. Om meg. Hva som er lurt å

gjøre. Det går kaldt nedover ryggen min når jeg hører de kranglene. Hva skal de gjøre?

Ting er forandra nå. Simen vet hva som har skjedd, han trekker seg unna. Redd for hva som kan skje. *Jeg er redd.* Redd for det som kan komme nå. Hva skal jeg gjøre? Mamma sier at jeg er heldig som ble oppdaga nå... i tide. Hun er så dramatisk. Pappa sier jeg burde snakka med han. Han er redd for følelsen av skyld som han åpenbart har. Han har begynt å male taket på rommet mitt. Synne sier jeg er feig... som rømmer fra problemene. Hun skjønner det fremdeles ikke, og jeg orker ikke prøve å forklare mer. Jeg vet ikke hva jeg mener eller syns. Jeg er i det hele tatt veldig forvirra.

Synne ser på meg. Ser etter uttrykk i ansiktet mitt. Ser etter bekræftelse på at jeg ikke er sur. På at det er greit. *Jeg vil være sur.* Vil være forbanna. Men jeg er ikke det. Jeg blir forundra over det selv. Alt er ikke greit, men jeg er ikke sint. Synne vil forsvare seg. Sier at hun ikke mente noe vondt med det. Jeg vet det. Hun sier at hun gjorde det hun trodde var best. Jeg vet det også. Jeg må ikke tro at det er så lett å være den som står på sidelinjen og ser på. Jeg tror ikke det.

Synne snakker og snakker. Hun er så oppsatt på at hun ikke har hatt det så lett hun heller. Plutselig virker det som om hun bebreider meg. At hun har rett til å være sur på meg. Jeg orker ikke forholde meg til det. Ikke nå. Føler at det blir mye mas. Synne som maser. Mamma og pappa som maser på en annen uforklarlig måte. Men alt handler om skyld. Hvem som har skylda for hva. Jeg ser at de er redde. Redde for at de skal ha gjort noe som gjør at de kan klandres for at jeg har blitt som jeg har blitt. Men det er ingen som spør meg. Jeg hadde ikke visst hva jeg skulle svart uansett. Men hvorfor spør de ikke? Jeg føler at dette ikke lenger handler om meg. Jeg vil så gjerne si at det ikke er noens skyld. At det bare har blitt sånn og at jeg er lei meg og trenger noen som kan holde kjeft og være glad i meg uansett.

ILLUSTRASJONSFOTO



Den perfekte sykdom

AV BJØRN HOFMANN

«Den perfekte sykdom» lar seg påvise ved en avansert teknologisk test. Likesom årsaken er komplisert, er behandlingen enkel: ro og hvile til sykdommen går over av seg selv. Diagnosen gir pasienten muligheten til å forklare sine plager for seg selv og for sine omgivelser. Behandlingen skader ikke, men er hippokratisk helende. Dette er historien om opprinnelsen og utbredelsen av «den perfekte sykdom» og om hvordan den ble utryddet på noen få uker av media.

To grunnleggende utfordringer

Det moderne helsevesenet synes å stå overfor en rekke utfordringer. Noen av disse synes å være av mer grunnleggende art. To slike fundamentale utfordringer karakteriseres av forholdet mellom det å ha en sykdom og det å være syk. Tilfeller der helsevesenet påviser en sykdom uten at personen selv føler seg syk og situasjoner der personen føler seg syk, men der man ikke kan påvise noen sykdom, representerer kunnskapsmessige og verdimessige utfordringer. Prediktiv testing er et eksempel på den første typen. Ved tilfeller av påvist sykdom uten at personen er syk, har den medisinske kunnskap frigjort seg fullstendig fra personens erfaringer, opplevelser og oppfatning av egen situasjon (1). Dette er et brudd med det tradisjonelle moralske grunnlaget for medisinsk aktivitet: et lidende menneske som søker hjelp hos den kyndige og hjelpsomme.

Det er likevel ikke denne utfordringen som er tema her, men den andre: situasjoner der mennesker er syke, men der man ikke kan påvise noen sykdom. Jeg ønsker å vise hvordan også slike situasjoner utfordrer medisinen kunnskapsmessige og moralske grunnlag.

Om å være syk uten å ha en sykdom

I en situasjon der en person klart gir uttrykk for at vedkommende føler seg dårlig og har fysisk smerte, men der



Bjørn Hoffmann er sivilingeniør i fysisk elektronikk og biomedisinsk teknikk fra NTH i 1989. Han har vært leder for Medisinsk-teknisk avdeling ved Lillehammer fylkesykehus fra 1989–1992 og 1995–1998. Hoffmann har vært forsker ved Televerkets forskningsinstitutt i Tromsø 1993–1994, og er nå stipendiat ved Det medisinske fakultet i Oslo.

man ikke kan finne noen sykdom finnes det minst tre alternativer. For det første kan det være at personen ikke er godt nok undersøkt, det vil si at personen ikke har fått den rette undersøkelsen eller at (den rette) undersøkelsen ikke er utført korrekt eller har gitt feil svar (falsk negativt funn). For det andre kan det være at vi ikke har nok kunnskap. Personen kan ha en ukjent og kanskje sjelden sykdom som vi enda ikke kan diagnostisere, men som det om noen år vil ha metodikk for å kunne påvise og behandle. For det tredje kan det være at det som plager pasienten ikke lar seg påvise med allverdens nåtidig og fremtidig diagnostisk metodikk. Det som er felles for de tre tilfellene er at de er preget av manglende kunnskap. Den første muligheten skyldes manglende kunnskap om rett metodikk, den andre manglende medisinsk kunnskap generelt, og den tredje skyldes manglende kunnskap om grenselandet mellom medisinsk kunnskap og personkunnskap.

Det første tilfellet, der man ikke kan påvise noen sykdom fordi personen ikke er godt nok undersøkt, er høyst relevant. Det resulterer i en rekke diagnostiske tiltak for «å være sikker» og for «ikke å overse noe». Det har også gitt opphav til en massiv kritikk av moderne medisin for å overbehandle og å sykeliggjøre mennesker og for å juridifisere medisinen (2–4). Selv om denne versjonen av mang-



lende sykdomspåvisning er viktig, er den prinsipielt sett mindre interessant. Problemet er løsbart ved god diagnostikk.

De to siste alternativene, derimot, representerer langt mer grunnleggende utfordringer. Det andre tilfellet av personer som oppfatter seg som syke uten påviselig sykdom utfordrer medisinenes kunnskapsgrunnlag. Hvordan skal vi skaffe kunnskap om tilfeller der vi i dag ikke vet? Hvordan skal vi eksempelvis skille tilfeller der vi ikke har nok kunnskap fra de «innbilt syke», for å bruke en betegnelse fra Molière? Dette utfordrer oss også moralsk: Hva skal vi gjøre? Hvordan kan vi hjelpe dette mennesket? Er det en spesiell grunn til at vi ikke vet noe om tilfeller som dette?

Tilsvarende er det med det tredje tilfelle der pasientens (fysiske) plager skyldes andre ting enn det som normalt regnes til medisinenes domene. Hvordan skal vi tilegne oss kunnskap om slike tilfeller? Hvor langt kan medisinen gå i forhold til menneskers private sfære? Også her møtes kunnskapsmessige og moralske utfordringer.

Mens tilfeller der vi mangler medisinsk kunnskap er svært interessante – «dette kan være et ekstremt sjeldent tilfelle», «her er vi på sporet av noe nytt» – er tilfeller som har helt

andre årsaker enn de som regnes til de medisinske derimot uinteressante – «nok en person med diffuse plager som er misfornøyd med tilværelsen». Problemet med de ulike typene av situasjoner der pasienter er syke, men ikke har noen sykdom, er at det er vanskelig å skille mellom dem. Det finnes ingen fasit, vi kan ikke vite hva vi ikke vet, eller hva vi kommer til å vite. Vi kan heller ikke avgjøre hva mennesker «egentlig» erfarer og føler, selv om noen synes å insistere på nettopp dette (5,6).

Problemet er at leger i mange sammenhenger tvinges til å skille mellom slike situasjoner og derved fungerer som dommere over menneskers integritet. Mange vil hevde at man reflekterer lite over denne dømmende makt og over den medisinske kunnskaps begrensning og at det er to av grunnproblemene i kommunikasjonen mellom lege og pasient i det moderne helsevesenet.

Men hvordan møter legen så situasjoner der pasienten tydelig er syk, men der legen ikke kan påvise noen sykdom? En mulighet som har vært lite påaktet er å påvise den perfekte sykdom. Jeg skal forsøke å belyse noen av disse problemstillingene ved kort å referere en interessant debatt som verserte med friske stormkast og ditto fraspark i lokalmediene for indre østland.

Historien om den perfekte sykdom (som forsvant)

Historien utspiller seg i Gudbrandsdalen fra midten av august 2000 og frem til «den perfekte sykdoms» ublidelige død i februar 2001. I august 2000 dukket det opp en artikkel i Gudbrandsdølen Dagingen (GD) der en pasient står frem og beskriver generelle tretthetssymptomer og at hun i perioder er svært sliten. Etter lang tid med prøver og undersøkelser finner legen diagnosen: kvinnen har TWAR. Leserne blir gjort kjent med en svært smittsom bakteriell luftveisinfeksjon, som arter seg som en kraftig forkjølelse som ikke går over. Det tar lang tid å bli kvitt sykdommen og det synes som om det bare er tiden, ro og hvile som hjelper. Pasientens lege forklarer også at det finnes spesielt mange tilfeller av TWAR i Oppland, at sykdommen arter seg svært forskjellig hos pasienter, er vanskelig å diagnostisere og at den trolig er underdiagnostisert (GD 04.08.00).

Med dette oppslaget har «den perfekte sykdom» gjort sin inntreden i det offentlige rom. Fram til dette punkt har diagnosen gitt pasientene en teknologisk bekreftet forklaring på deres uønskede situasjon både overfor dem selv og andre. De kan legitimere at de ikke gjør sin «samfunnsplikt» (å arbeide), får legehjelp og mottar økonomisk støtte (sykepenger). Legen har på sin side funnet en forklaring, en diagnose, en kategori. Behandlingen er enkel, virkningsfull og ufarlig. Med andre ord har legen funnet løsningen på den vanskelige situasjonen jeg beskrev innledningsvis – han har funnet den perfekte sykdom. Medieoppslaget er dog begynnelsen på slutten, for her starter sykdommen sitt korte og turbulente offentlige liv.

Dementiet

Det følger så en rekke radio- og TV reportasjer der hovedspørsmålene dreier seg om diagnosen og om utbredelsen. Man frykter at det kan dreie seg om en epidemi. Statens institutt for folkehelse kobles inn og avkrefter at Oppland har flere tilfeller av TWAR enn ellers i landet. Lokalsykehusets infeksjonsspesialist avviser også i et intervju at det kan dreie seg om en epidemi (GD 19.01.01).

Man søker også svar hos fylkeslegen, men fylkeslegen avviser at han har myndighet til å avgjøre hva TWAR er og ønsker generelt den faglige debatten velkommen. Han understreker at dette ikke er en tilsynssak (GD 19.01.01).

Det følger også to oversiktlige artikler ved to av overlegene ved det lokale sykehus. I den ene gjør en spesialist i infeksjonsmedisin rede for sykdommen *Chlamydia pneumo-*

niae, testmetodikk, utbredelse og konkluderer med at sykdommen er vanlig, stort sett er ufarlig og at man bør unngå å teste for mye for TWAR (GD 18.01.01).

I den andre artikkelen gjør en overlege i mikrobiologi rede for sykdomsbilde, diagnostikk, problemer med antistoff og falsk positive tester. Det påpekes at det store antall tester synes å være påvirket av mediaoppslag. Også denne artikkelen avviser at det er noen epidemi, men den avslutter med å understreke at «pasientenes sykdom og plager kan likevel være helt reell, men det er altså ikke i dag mikrobiologisk grunnlag for å si at *Chlamydia pneumoniae*-bakterien er en sikker årsak til mange av disse tilstandene.» (GD 23.01.01) Medienes diagnose: kommunelegen er syk

En kommentarartikkel i GD oppsummerer på mange vis debatten (GD 13.01.01). Her reises følgende spørsmål: Er det slik at TWAR gir en så alvorlig svekket allmentilstand at pasienter må sykmeldes i måneder og år? Er det bare en lege som tar dette alvorlig, mens alle andre neglisjerer problemet? Det vil si, har man en uoppdaget epidemi i Lillehammer-området? Og sist men ikke minst: er TWAR en sykdom på lunge eller på sjel?

Kommentarartikkelen gir ingen svar på disse spørsmålene, men skribentens diagnose av situasjonen er klar: kommuneoverlegen er ingen tillit verdig. Dersom det var en twar-epidemi i og rundt Lillehammer, skulle kommuneoverlegen ha grepet inn for lenge siden, men dersom det derimot er en enkelt lege som vedvarende stiller feil diagnose, så er dette også kommunelegens ansvar. Epidemi eller ikke, sykdom på sjel eller legeme – kommuneoverlegen har vært unnfalende.

Mental mote

Hva dreier så dette seg om dersom det altså ikke er en epidemi med bakteriesykdom? En av avisoverskriftene påstår at «TWAR er blitt mote» og en sykehuslege uttaler at det her dreier seg om en «mental epidemi» (GD 19.01.01). Man synes å være mer og mer overbevist om at det ikke er lungene som er årsaken til sykdommen hos TWAR-pasientene.

Dette gjør at en rekke pasienter skriver i avisen og forteller om sin sykehistorie og viser til at de er mentalt friske, har trygg familie og fast jobb. Diskusjonen om psyke og soma gjorde at mange følte at man reiste spørsmål ved deres redelighet. Mannen til en TWAR-pasient skriver at han mener det er uheldig at uttalelser fra leger trekker i tvil i hvilken grad pasientene er syke. «Jeg er helt sikker på at jeg kjenner min kone gjennom 16 år bedre enn de fleste. Det er ingen tvil om at hun er syk.» (GD 24.01.01).

Tilsvarende følte mange pasienter sin identitet truet. I en kronikk går to pasienter i polemikk med sykehuslegene og forsvarer at det dreier seg om en epidemi, at diagnosen er lett å stille, at den kan få alvorlige konsekvenser og at den kan behandles med antibiotika. De reiser spørsmål om legene egentlig vet hva TWAR er, om testmetodikken er god nok, om rapporteringsrutinene er gode nok og om noen har interesse av at fakta ikke kommer frem i saken (GD 25.01.01).

Kort tid etter går de ut og danner en TWAR-forening og understreker at de har TWAR. «Jeg ber ikke om unnskyldning for at jeg er dårlig. Jeg forlanger å bli respektert som syk» uttaler en av stifterne. Medlemmene av foreningen ønsker å vise at det faktisk dreier seg om en epidemi på Lillehammer. De ber om at alle tilfellene skal granskes for å få klarhet i forholdene. De avviser også at det er mental påvirkning som har gjort dem syke, at TWAR er en motesykdom og at de er hypokondere (GD 27.01.01).

Legen alene

Avisen offentliggjør resultatene av en rundspørring blant allmennlegene i Lillehammer om hvor mange TWAR-tilfelle de har (GD 19.01.01). Den legen som har hatt flest tilfeller føler seg uthengt. «Jeg har aldri gjort pasienter sykere enn de er» uttaler han til avisen. Legen etterlyser mer åpenhet og nysgjerrighet i medisinske kretser og føler at han står helt alene på barrikadene for pasientene. Han frykter at den mistenkeliggjøringen som han opplever bare vil gå ut over pasientene (GD 19.01.01).

Kommuneoverlegen på sin side reagerer kraftig på at legen har gått direkte ut i media og skaper engstelse for en epidemi uten å ha kontaktet smittevernlegen i kommunen. Han påpeker også at kommuneoverlegen ikke har faglig ansvar for den enkelte lege og at det er fylkeslegen som har tilsynsmyndighet. Han ber derfor fylkeslegen om å se nærmere på saken.

Selvbestemt sykdom

I et leserinnlegg går en debattant hardt ut og mener at TWAR-diagnosen bør være selvbestemt (GD 02.02.01). Skribenten anbefaler å gi fri tilgang til saksbehandlere på trygdekontoret, slik at man «slipper omveien om mistenksomme og kunnskapsløse leger». Så lenge diagnosen synes usikker og behandling likevel ikke er annet enn langtids-sykemelding, så er det liten grunn til å beslaglegge uvitende legers tid. TWAR er og bør behandles som en motesykdom.

Fylkeslegens løsning

Etter ytterligere innlegg fra TWAR-foreningen og andre, samt møter med de impliserte parter, kommer det en pressemelding fra fylkeslegen. Fylkeslegen slår fast at det ikke

er noen TWAR-epidemi på Lillehammer (GD 21.02.01). Derimot er det en unormalt stor pågang av tester. «Forklaringen er trolig at en enkelt lege i Lillehammer har en annen diagnostisk praksis enn det som er vanlig.» heter det i pressemeldingen. Legen møter ikke noen form for reaksjoner fra fylkeslegens side. Etter dette legger debatten seg, diagnosen dør og «den perfekte sykdom» utånder stille.

Lærdommen som kan trekkes av TWAR-debatten i de post-olympiske egne er omfattende, både i forhold til konkrete hendelser, men også på et mer overordnet plan.

Kjønnsykdom i halsen

Debatten bekrefter med ettertrykk at diagnoser handler om mer enn helsebringende klassifisering. De kan også være belastende betegnelser. Mens den medisinske taksonomi er ryggraden i forsøket på systematisk å hjelpe lidende mennesker, er den også av betydning for menneskers identitet og selvfølelse. Det er kjent at ulike sykdommer har ulik status, på samme måte som forskjellige spesialiteter har det (7). Hjerterinfarkt gir større status enn fibromyalgi.

I utgangspunktet var TWAR en teknologisk påvisbar bakterieinfeksjon med opphav i luftveiene og som kunne ramme hele kroppen. I det øyeblikket TWAR ble gjenkjent som «Chlamydia pneumoniae» fikk «den perfekte sykdom» sitt bane-sår. Betegnelsen «chlamydia» assosierte for sterkt til kjønnsykdom av lavere rang.

Når kommuneoverlegen så foreslår også å «bruke betegnelsen luftveischlamydia om sykdommen istedenfor den belastende TWAR-betegnelsen» overser han to viktige ting. Selv om «TWAR» har blitt en belastet betegnelse blant helsepersonell, så har den ikke nødvendigvis det i befolkningen. Selv om det har foregått en debatt i media, der det blir mer enn antydnet at twar er en mental motesykdom, så må befolkningens skepsis til helsevesenet og deres sympati for lidende pasienter som endelig har fått sin diagnose ikke undervurderes. For det andre er det ikke sikkert at «luftveischlamydia» er mindre stigmatiserende enn «TWAR».

Diagnose, identitet og sosial status

«Den perfekte sykdoms» lidelseshistorie viser med all tydelighet at diagnoser er knyttet til identitet. De er ikke bare en medisinsk faglig terminologi som rent pragmatisk letter kommunikasjonen mellom fagfolk, som er handlingsveilevende eller som er generaliserende og rettferdig ved at like tilfeller behandles likt og ulike tilfeller behandles ulikt. Diagnosen representerer et språk som (til en viss grad) gjør det mulig å forklare pasienten den situasjon han eller hun opplever som uønsket. Slik er den også en måte pasienten kan forklare sin egen situasjon for seg selv og andre på. Ved-

kommende kan legitimere hvorfor han eller hun ikke gjør det som oppfattes som sin samfunnsplikt (å arbeide), at vedkommende har rett på medisinsk oppmerksomhet og økonomisk støtte (sykepenges). I tillegg til dette kommer den nevnte sosiale status, som avhenger av diagnosens karakter. Teknologisk detekterbare diagnoser synes å ha langt høyere status enn diffuse symptombilder med uklar etiologi og lite behandlingstilbud (8).

Medias effektive kur av «den perfekte sykdom»

Debatten avslører også medias rolle i det store helsespillet. Media brakte en rekke fakta i saken. De forklarte at TWAR var *Chlamydia pneumoniae*, som ble ansett som en vanlig forkjølelseslignende tilstand. Derved endret de sykdommens status og sådde tvil om dette var en somatisk sykdom. Avisdebatten fikk også tydelig frem hvor nært diagnoser er forbundet med identitet, tilregnelighet og etterrettelighet. Media gikk ikke alltid i dybden. Beskyldningene mot kommuneoverlegen var grove og grunnet i uvitenhet. Et minimum av «research» ville ha unngått den verste polemikken, men det er ikke sikkert at det var et mål i seg selv. Det synes likevel uomtvistelig at media sørget for at saken havnet hos fylkeslegen (kronikk i GD 13.01.01).

Mediadebatten fremhevet også et viktig og vanskelig dilemma: hvor åpen kan debatter om enkelt diagnoser og enkelttilfeller være uten å skape skadelig usikkerhet, mistillit og diagnostisk «identitetskrise»? Manglende kommunikasjon mellom de ulike faglige nivåene gjorde at debatten ble flyttet til en arena aktørene ikke behersket, media. Her var det andre aktører som viste seg langt mer drevne. Komplikasjonene ved å føre faglige debatter i media understrekes også av den etter hvert svært kjente «Bærumssaken». Balansegangen mellom åpenhet og hensyntagen er svært vanskelig.

På mange måter var det også media som fikk stoppet «epidemien» (av tester), som reduserte prevalensen og som kurerer en rekke tilfeller av twar. Diagnosen gikk fra å være ukjent og med rimelig høy status til å bli usikker og heller tvilsom.

Helsevesenets autonome aktører

Mediadebatten satte også søkelyset på ansvarsforholdet mellom de ulike aktørene i helsevesenet. Den viste at forholdet mellom den enkelte lege, kommuneoverlege og fylkeslege er sammensatt. Dessuten avslørte den at kommunikasjonen mellom legene i kommunen, mellom sykehuslegene og pri-

mærlegene, mellom kommuneoverlegen og primærlegene og disses forhold til fylkeslegen ikke var optimal i alle sammenhenger.

Det fremkom også at sykehusets leger, som informerte både ryddig og saklig, til dels manglet forståelse for primærlegens utfordring i å håndtere situasjoner der personer er syke, men der det er vanskelig å påvise en sykdom.

TWAR-debatten demonstrerer med all tydelighet også den diagnostiske dynamikken. Pasienter etablerer raskt interesseorganisasjoner og forsvarer sine interesser på en skarp-skodd måte. De utfordrer helsevesenet ved å skolere seg godt, skor seg bra på helsevesenets svake sider (kommunikasjon og faglig samhandling) og bruker media på en effektiv måte.

Avslutning: ikke bare en sykdom

Historien om TWAR-sykdommens vekst og fall i og rundt Lillehammer er et glimrende eksempel på hvor mange faktorer og interesser som spiller inn ved fastsettelsen av diagnoser. Den viser kompleksiteten i hvordan vi fastsetter og bruker sykdomsenheter. Dette dreier seg ikke bare om vitenskapelig fastsatte diagnosekriterier. Her synliggjøres betydningen av pasienters livssituasjon, forventninger til primærlegene, helsemyndighetenes rolle, medias betydning, pasientgruppers interesser, diagnosenes mangslungne symbolske betydning, men sist men ikke minst hvor hjelpeløse og utfordret vi er i situasjoner der folk er syke, men vi ikke kan finne noen sykdom.

Litteratur

- Hofmann B. On the value-ladenness of technology in medicine. *European Journal of Medicine, Health Care and Philosophy*. 4(3): 335-345, 2001.
- Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars, 1975
- McKeown T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- Le Fanu J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Little Brown, 1999.
- Ryle G. *The concept of mind*. London: Hutchinson, 1949.
- Wittgenstein L. *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell, 1953.
- Album D. [The prestige of diseases and medical specialities]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127-33.
- Hofmann B. The technological invention of disease. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2001;27:10-19.

Hormonsubstitusjon som gir mindre mammografisk tetthet ^(1,2)

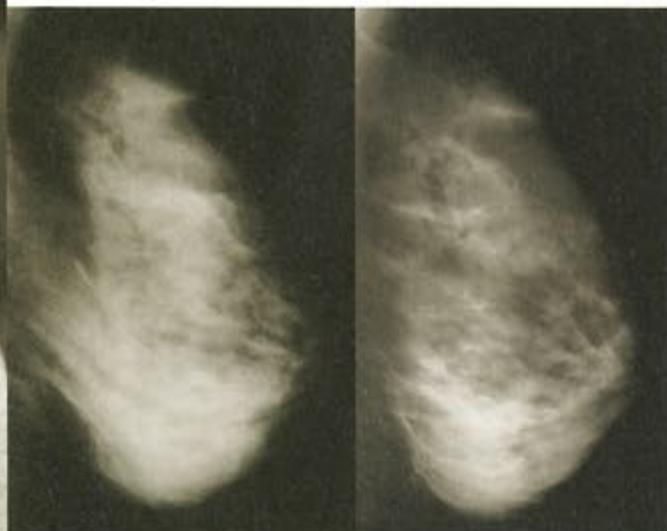


Økt mammografisk tetthet gjør det vanskeligere å stille en korrekt diagnose hos kvinner som bruker østrogenbehandling eller «Hormone Replacement Therapy», HRT. ^(3,4)

For å unngå problemet med mammografisk tetthet og påfølgende usikker diagnostikk, kan Livial[®] (tibolon) være løsningen.

Undersøkelser har vist at Livial[®] gir mindre mammografisk tetthet enn konvensjonell HRT. ^(1,2)

For referanser og preparatomtale se annet sted i bladet.



Mammogram 1

Mammogram 2

Figuren viser et østrogenpåvirket mamma, (mammogram 1) og et ikke-østrogenpåvirket mamma (mammogram 2).

Livial[®]
tibolon



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

Livial[®] – vevsspesifikk behandling for postmenopausale kvinner.

«Ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det»

– psykiske reaksjoner på funksjonstap

AV HILDE BERGERSEN,
Spesialpsykolog ved Sunnaas sykehus

Hvilke psykiske reaksjoner oppstår hos en som opplever å bli funksjonshemmet?

Jeg vil dele noen tanker og erfaringer fra fire års praksis som psykolog ved Sunnaas sykehus, avdeling for hjerneslag.

En pasient strevde under hele oppholdet på Sunnaas, med å klare å se for seg ei framtid uten arbeid og førerkort. Han hadde levd for jobben og familielivet var ikke så lett. Funksjonshemmingen hans var ikke så stor, men han opplevde tapet som stort, og gråt ofte.

En annen pasient hadde fått et større hjerneslag, men sa i første samtale at han hadde bestemt seg for at det som hadde skjedd, skulle føre til personlig vekst og at han arbeidet med å tenke «lurt», dvs. positivt. Under oppholdet kom han stadig tilbake til hvor viktig han hadde oppdaga at nært vennskap var for å oppleve livet som godt – mye viktigere enn jobb og penger.

Det har vært vanlig å tenke at psykiske reaksjoner kommer i ulike faser som følger en nokså fast rekkefølge, som begynner med sjokk, forvirring og benekting, så sterke følelser som angst eller sinne, så gradvis mer innsikt med depresjon og sorg som gradvis bearbeides, og til slutt kommer man ut på den andre siden med en aksept av det som er skjedd og evne til å leve videre med tapet. For mange har prosessen vært omtrent sånn, men det har også oppstått noen myter som lever videre selv om de ikke stemmer så godt når man ser nærmere etter (C.B. Wortman: «The myths of coping with loss», *Journal of consulting and clinical psychology*, 1989, vol.57, 349–357). Disse mytene er:

- Sorg eller depresjon er psykologisk nødvendig etter et alvorlig traume eller tap.
- Det er nødvendig for den psykiske helsa, å bearbeide tapet ved å snakke mye om det eller aktivt tenke på det.
- «Tiden leger alle sår» – opplevelsen av tap blir svakere over tid.
- Tapet vil til slutt bli akseptert.

Undersøkelser tyder på at påstandene gjelder en del, men ikke for et overveiende flertall. Mennesker er ulike og måten å reagere på i en krisesituasjon og over tid, er heller ikke ens for alle. Hvert menneske – pasient eller pårørende – skal få lov å sørge eller ikke sørge på sin egen måte, i sitt eget tempo. Vi som er rundt, får forsøke å forstå og møte folk der de er og hjelpe og støtte så godt det er mulig.

«Den bio-psyko-sosiale modellen»

En alternativ modell for å forstå hvilke psykiske reaksjoner som oppstår hos et menneske som opplever å bli funksjonshemmet, er «den bio-psyko-sosiale modellen». Denne modellen tar bedre hensyn til at individuelle og kontekstuelle forhold vil innvirke. Biologiske faktorer som den konkrete, fysiske skaden, medfødt sårbarhet for å reagere med ulike lidelser ved belastninger, samt personens temperament vil innvirke. Livshistorie og personlighet vil spille inn. Likeledes vil kulturen og sammenhengen man lever i – nettverk, økonomi, praktisk hjelp, sosiale tilleggsbelastninger, tilrettelegging, forventninger osv. – bidra.

Hjerneslag er blant de skader som kan ramme både fysisk funksjon, kognitiv funksjon (tenkeevne, hjernens informasjonsbearbeiding) og personlighet. Jeg vil trekke fram noen eksempler på psykiske reaksjoner ved hjerneslag og se litt på hvordan både den fysiske skaden og premorbide, psykologiske faktorer kan ha hatt betydning. Først litt primært om betydningen av den konkrete hjerneskadens.

Biologi

Kognitiv svikt

At man tenker langsommere, lærer seinere, husker dårligere, ikke kan ha så mange baller i luften, blir fortere sliten i hodet, tenker enklere eller mister språket, vil i større eller mindre grad også påvirke samspillet, kommunikasjonen og selve forholdet til de nærmeste. En nevropsykologisk undersøkelse kan være en hjelp til å forstå hvilke forandringer som har skjedd. Da er det lettere å unngå misforståelser og klare å ta hensyn på den riktige måten slik at det blir bedre for alle parter. Nettopp det at man ikke kjenner seg helt igjen, og ikke forstår hva som egentlig har skjedd, kan være med å øke usikkerheten hos pasienter som

har fått en hjerneskade og hos de pårørende. Informasjon er derfor viktig.

Mange kan fortelle at de er blitt mer sårbare, fått lavere frustrasjonstoleranse, etter skaden. De tåler mindre bråk, blir fortere slitne, klarer ikke så mange inntrykk og noen kan bli irritable. To ganger har tidligere pasienter, lenge etter at de var uskrevet fra Sunnaas, ringt meg og fortalt hvordan dette har vært vanskelig i familier med tenåringsbarn. En far ringte og fortalte at han merka at han var blitt en kjefete grinebiter og han visste ikke hva han skulle gjøre med det. Det kan skje alle med tenåringsbarn, men her merka personen en forandring hos seg selv.

Personlighetsendring

«Jeg savner hissigproppen min...!», sa ei kone. Mannen hennes hadde fått et hjerneslag som hadde gjort ham følelsesmessig avflata. Han viste verken begeistring eller raseri lenger. Andre opplever personlighetsforandringen som positiv. Kona til en annen av våre pasienter beskrev mannen som mer spennende og levende etter slaget. Før hadde han vært en taus type. Hjerneslaget hadde svekka impuls kontrollen hans og evnen til selvkritikk, og nå var han friere i samtaler. Han prata med folk i selskaper og minte henne om slik han var den gang hun traff ham, og hun opplevde å være litt nyforelska. Men det skjer ikke alltid slike positive endringer.

Noen ganger kan skaden gjøre at de personlighetstrekkene som var der fra før, blir enda tydeligere. Vi hadde en pasient som fikk forstyrret tidsfølelse. Han ble veldig rastløs. Han fikk også forstyrret evne til å være oppmerksom, systematisk og nøyaktig. Det gikk stadig litt for fort unna slik at han gjorde mye feil og derfor trengte mye hjelp. Sønnen hans fortalte at farens motto hadde pleid å være: «Det er det samme når det skjer, bare det skjer nå!» Det var tydelig at faren alltid hadde vært både effektiv og utålmodig, men nå hadde hjerneskaden forsterka dette trekket slik at det var blitt farens største problem i rehabiliteringa.

Personlighetsforandringer er nok det som for de pårørende ofte kan være det verste. Det er som det mennesket som du var glad i er borte, og det er kommet et nytt som det kanskje til og med kan være vanskelig å like. Den gamle kommunikasjonsrelasjonen, humoren og samspillet fungerer ikke lenger. Selve relasjonen, det nære forholdet, kan være trua.

Selv om det fins mange typer og grader av funksjonshemninger, er det noe i den gamle klisjeen: «Det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det...» Hva som er skadet og hvor mye kan være mindre viktig for hvordan du reagerer, enn «hvordan du tar det», altså hvordan du tolker

og mestrer den situasjonen som er oppstått – det psykologiske.

Psykologi

Psykiske reaksjoner på funksjonshemning påvirkes av personligheten og av livet du har levd til nå.

Den som har vokst opp med mye kjærlighet, omsorg, god nærhet, som har fått bygd opp et godt selvbylde gjennom livet, står psykologisk bedre rusta enn en som har opplevd å få for lite av dette, eller som kanskje til og med har vært utsatt for det motsatte. Man får innsikt i livet etter store påkjenninger. Men alle «vokser» ikke, selv om noen sier at de har lært mer om takknemlighet og ser proporsjoner bedre. Man må lære å leve med en ny realitet.

I den første samtalen med hver pasient, spør jeg om livet så langt har vært et godt liv eller om dette kom på toppen av andre, traumatiske hendelser – enten tidligere i livet eller nå. «Parallele stressorer» kan være at ulykka eller sykdommen kom samtidig med at firmaet ble slått konkurs, en skilsmisse, en opprivende arvesak. Det kan gjøre at de psykiske konsekvensene av ulykka eller sykdommen blir større.

I mitt første møte med en pasient, spør jeg også alltid hvordan de opplever å ha det følelsesmessig for tida og hvilke reaksjoner de har hatt på det som er skjedd. En pasient begynte da å fortelle om noe som skjedde da hun var sju år gammel. Først stussa jeg litt på dette tilsynelatende spranget i tema, men jeg lot henne fortelle om det hun tenkte på. Da hun var sju år døde faren hennes. Det var faren som hadde vært den nære, foreldrefiguren for jenta. Mora hadde aldri klart å være følelsesmessig nær. Hun var opptatt av jobben sin. Da faren døde, var mora dessuten gravid og fikk mer enn nok med både å takle sin egen sorg og så være spedbarnsmor. Den lille sjuåringen følte seg alene, utsatt og redd. Denne perioden tidlig i livet var blitt levende for henne nå etter at hun hadde fått slag. Det var akkurat sånn hun følte seg nå: alene, redd og utsatt.

«Analoge stressorer» kan slik ofte føre til at tidligere traumer, vonde minner, kan bli levende igjen når det skjer noe nytt og traumatisk, slik som det å bli funksjonshemma kan være. Også dette kan forsterke den vonde opplevelsen, forverre den psykiske reaksjonen. Men hvis man får snakket om det, kan det bearbeides og legges lengre bak. Det er aldri for sent å få trøst i livet.



De fleste av oss har selv opplevd «regresjon» – at vi, når vi blir syke, kan føle oss som barn igjen. Den som vanligvis er den sterke og voksne, kan oppleve å bli litt liten igjen. Vi bærer ubevisst, nærmest i kroppen, et minne fra langt tilbake, en forestilling om hvordan det er å være liten, svak og avhengig av andre. For mange er det et trygt minne: noen tar vare på meg, bærer meg, trøster. Det er ikke farlig at jeg ikke har kontrollen nå. For andre er dette dramatisk motsatt. De kan oppleve sterk angst når de mister kontrollen. En ung mann fikk etter slaget nedsatt syn og dårlig balanse – to ting som begge ga ham mindre kontroll; han var redd for å falle og han så ikke så godt hvem som kom og gikk. Han var uvanlig engstelig og mye av behandlingen vår gikk ut på å skape trygghet og forutsigbarhet.

Sammen med personligheten henger ofte også måten man pleier å møte stress og motgang i livet. De som har pleid å takle ubehageligheter og smerte ved å unngå eller benekte det, fortsetter gjerne med det. De som har pleid å «ta tyren ved hornene», fortsetter gjerne med det. Det har vært ment mye om hva som er riktig eller gal mestring, men det kan likevel se ut til at det å gå aktivt inn i problemene og forsøke å løse dem, fungerer bedre i det lange løp, enn alltid å unngå ubehaget, prøve å tenke på noe annet eller nekte å innse det som er skjedd. I virkeligheten bruker likevel de fleste av oss begge metoder og ofte samtidig.

Håp og benekting

Den første tida, etter ei krise, kan være prega av følelsemessig kaos og benekting. «Dette er ikke virkelig. Dette har ikke skjedd. Det kommer til å gå over... ganske snart...» Fra Freud og de gamle psykoanalytikerne, er vi vant til å tenke at benekting er feil. Nå tenker vi mer at benekting kan være helt nødvendig.

En språkforsker fikk et stort hjerneslag i nettopp språkområdet i hjernen. Vi forsto at hun aldri mer ville kunne forelese eller skrive artikler slik som før, men både hun og ekte mannen arbeidet hardt med dette som mål.

Noen ganger tviholder pasientene på et håp som gjør at de klarer å holde ut. Hvis vi i helsevesenet går inn i en kamp om virkelighetsforståelse da, risikerer vi å skyve mennesket fra oss. Da hjelper det ikke om pasienten senere skulle skjønne at det var vi som hadde rett. Vi som arbeider i helsevesenet, bør ha større respekt for håpet som en livgivende kraft.

Mening, tro og sammenheng

Mennesker har behov for å skape mening og sammenheng i livet. Vi må finne vår vei og vår måte hver og en av oss, en-

ten vi er funksjonshemma eller ikke. For noen kan det å bli funksjonshemma, røre ved store og eksistensielle spørsmål. Flere enn vi tror kan ha religiøse tanker. En pasient hadde hatt store språkvansker, men hadde lært seg å snakke ganske bra. Han var en tøff kar, men blid og omgjengelig og han banna mye. Han fortalte at det verste etter slaget, var at han ikke lenger kunne be Fadervår. Han hadde mista språket og huska ikke orda. Hele livet hadde han bedt Fadervår under dyna, uten at noen hadde visst om det.

Noen sliter med tanker om at det er en straff, fra Gud eller kanskje mer diffust: fra skjebnen. Kanskje har de også fantasier om hva det er en straff for, og de kan føle straffen er fortjent eller urettferdig. Noen ganger kan pårørende eller pasienten selv gå med tanker om skyld. Det kan være objektive grunner til det eller det kan være helt ubegrunna, men like plagsomt. «Jeg skulle ha insistert på at de brukte bilbelte...» «Jeg burde ikke ha...»...ett eller annet.

Det kan også være manglende kunnskap om sykdommen eller skaden. En kone ringte meg og ba meg hjelpe mannen hennes å forstå at det ikke var hagen eller luking som hadde gjort at han fikk slag, selv om det var der han var da det skjedde. «Realitetsorientering» betyr at man hjelper folk å skille det som er virkelig og mulig fra det som er vrangforestillinger eller misforståelser. Dette behøver ikke kollidere med håpet.

Kropp og selvtilit

Det banker på kontordøra og en traust, flott kar triller inn. Han har vært på flere permer hjemme og skal nå snart skrives ut og flytte hjem til kona. Barna er flyttet hjemmefra. Han er delvis lam i venstre arm og ben, og har beholdt en bra kognitiv funksjon. «Er det noe du vil snakke om?», spør jeg. «Jeg er ikke mann lenger!», buser han ut og ser trist ut. For ham viste det seg å handle om at han følte han ikke var verdig som seksualpartner for kona si, når han ikke lenger hadde full førlighet. Han visste ikke hva hun følte nå – om hun ønsket å ta opp igjen seksuallivet.

Bekymringen hos de kvinnelige pasientene jeg har snakka med, har oftest vært om de fortsatt er seksuelt tiltrekkende.

Det sosiale

Kultur påvirker også hvordan mennesker forstår og tolker funksjonshemming og hvordan det skal takles – Er det en straff, en skam? Skal det holdes skjult? Er det familien som skal ta hånd om alt? Hvilke følelsesuttrykk er det lov å vise og hvilke forventes? Her kommer også inn hvor mye og god praktisk støtte den funksjonshemmede og pårørende får fra hjemmetjenesten og fra samfunnet ellers. Hvor godt

er det lagt til rette for funksjonshemmede i samfunnet der du bor? Slike ytre ting påvirker også hvor godt man kan leve med sin funksjonshemning eller leve sammen med en funksjonshemmet.

Jeg treffer mange tapre ektefeller, særlig kvinner, som er fast bestemt på å stille for ektefellen sin slik at han skal slippe å komme på sykehjem. Det er sterkt å se så mye praktisk kjærlighet. Pårørende advares ofte mot å slite seg ut. «Men hvis jeg noen gang skal slite meg ut, så er det nå, for dattera mi!», sa hun som i dag er sjefpsykolog på Sunnaas, den gang dattera hennes var ramma av en alvorlig lidelse.

Likevel hender det jeg advarer: Man kan strekke seg lenge. Og i den akutte fasen, kreves det ofte veldig mye av de pårørende. Men så må man over på en puls som kan holde resten av livet, resten av samlivet. Det harde omsorgsarbeidet, som man tar på seg fordi man er glad i, kan til slutt skape følelsesmessige problemer.

Noen tror at det å beholde den funksjonshemmede hjemme, er selve beviset på kjærligheten. Ei som arbeidet i hjemmetjensten, fortalte meg om en slagrammets kone. I mange år nektet hun å ta imot hjelp med mannen, som trengte mye hjelp. De fikk bare vaske huset. Til slutt klarte ikke kona mer. Mannen kom på sykehjemmet, men denne kona, fortalte hun, kom aldri på besøk til mannen sin. En del – jeg tror dette også særlig gjelder kvinner – er også redd for å bli dømt av andre eller av seg selv, som en dårlig kone eller mor eller datter.

Noen trenger mye støtte utenfra for å klare å gi fra seg den daglige, fysiske omsorgen. Men den støtten bør nok en del få. I en undersøkelse av pårørendes psykiske helse, kom det fram at det var mindre depresjon blant dem som fikk god hjelp fra hjemmetjenesten. Her var det nok mer tilbudet det sto på, enn evnen til å ta imot. Jeg pleier å råde folk til å ta imot all den hjelp de kan få, helt fra starten av, og så heller trappe ned etter hvert om det faktisk viser seg å være mer enn de trenger. Men det kan være vanskelig å få fremmede inn i sitt eget hjem og det krever at man får til et brukbart samarbeid.

Det er vel kjent at sosial støtte, altså folk som viser at de bryr seg, er viktig ved alle livspåkjenninger. Derfor er det viktig å ta vare på de gode vennene. Noen vegrer seg mot kontakt fordi de ikke orker å forholde seg til de andres reaksjoner. Funksjonshemmede og deres pårørende opplever dessverre at kunnskapsnivået blant folk flest er ganske lavt. Du kan møte holdninger og spørsmål som oppleves provoserende, irriterende eller ydmykende. En pasient hadde vært

hjemme på perm ei helg. Kona og han hadde tatt med rullestolen og dratt til et stevne som var i bygda. Pasienten så mange han hadde lyst til å hilse på – Det var så lenge siden sist – men nå gikk mange av dem i en bue omkring ham. «Jeg hadde lyst til å fortelle dem at det ikke er smittsomt», sa han på pasientmøtet, mens han tørka tårene.

Noen strever for å opprettholde en fasade. De vil ikke andre skal vite hvor tungt de sliter. De kan ha vanskelig for å takle sine egne følelser og være redd for spørsmål om hvordan de egentlig har det. Folk viser likevel ofte forståelse hvis man tør å åpne seg.

Avslutning

Svært ulike psykiske reaksjoner kan oppstå etter et hjerneslag. Dette vil påvirkes av medfødte og ervervede trekk ved individet og av trekk ved kulturen og samfunnet. Jeg har her trukket fram noen eksempler på hvordan livshistorie og personlighet har innvirket på pasientens psykiske reaksjoner.

Vi hjelperne må respektere forskjelligheten og forsøke å møte mennesket der det er og være lydhør for hva slags hjelp den enkelte trenger og ønsker å ta imot – informasjon, utfordring, emosjonell støtte, praktisk hjelp. Og vi som forsøker å hjelpe, må ha respekt for håpet.

Følgende sitat fra Cora Sandel i boka om «Alberte og Jakob», tenker jeg ofte på i jobben min.

«Håpet er en nøysom plante. Det skyter nye skudd i det dunkle for hver gang det blir ribbet. Å utrydde håp er en lang historie, kanskje umulig. Det lever av ingenting – som det gule lavet på stenen. Det lever på tross av!»

Forslag til litteratur

- Bergh, Steinar & Fasting, Aase Frostad (red.) (2001): *Følelser er fakta*. Funksjonshemmedes studieforbund, Oslo.
- Bøe, Jan Bjarne (1994): *Mellom vilkår og vilje*. Funksjonshemmede forteller. Psykiatrisk Opplysningsfond Forlag, Stavanger.
- Finset, Arnstein (1990): *Hodeskade. Virkninger og behandling av ulike typer hodeskader*. Cappelen.
- Sidselrud, Finn (1992): *Mennesker med funksjonshemming. Kriser – vekst – samliv – seksualitet*. Cappelen / Norges handikapforbund.
- Sundet, Kjetil & Reinvang, Ivar (1988): *Afasi. Når språket svikter*. Aschehoug / Norsk fjernundervisning.
- Schanke, Anne-Kristine (2001): Rehabilitering – den personlige forvandlingen. *Gerontologiske skrifter*, nr. 10.
- Wortman, Camille B. & Silver, Roxane Cohen (1998): The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, No. 3, 349–357.

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

UTPOSTEN Bladet for samfunn og allmenntidning 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

Hattestativ eller verktøykasse?



AV PETTER ØGAR

Petter Øgar
er spesialist i
Samfunnsmedisin

Karin Straume har lest min artikkel i Utposten om Samfunnsmedisineren – politiker eller fagperson (1) og fått klem i epigastriet (2). Det kan være tøft å stå for egne synspunkter, men det virker i alle fall meningsfullt. Langt verre er det å bli tillagt og angrepet for meninger en ikke kjenner seg igjen i. Slik sett fikk også jeg klem i epigastriet etter å ha lest Straumes debattinnlegg.

Straume spør: *Hva slags fag er dette, hvis det viktigste vedskapet er et hattestativ? Hvis den viktigste utfordringen er å holde orden på hvilke roller man til en hver tid beklær?* Jeg har ikke registrert at noen har definert dette til å være samfunnsmedisinens viktigste utfordring nå. Samfunnsmedisinen i dag har langt større utfordringer, blant annet knyttet til utviklingen av det faglige innholdet og en rikholdig verktøykasse. Slik sett er sikkert ikke artikkelen min det mest matnyttige samfunnsmedisinerne trenger nå, men det er litt underlig nærmest å bli skyteskive for ikke å ha skrevet om noe annet.

Ingen er verdinøytrale. Vi er alle et produkt av våre erfaringer – også i våre faglige vurderinger. Det er det viktig å vedkjenne seg. Et av mine poenger er at våre frihetsgrader som fagpersoner er begrensede. Normalt er de begrenset av de verdsett og rolleforutsetninger som er fattet på demokratisk vis i samfunnet.

Jeg er helt uenig i at de yrkesetiske elementene for samfunnsmedisinen som jeg har beskrevet er så «verdi-nøytrale» som Straume hevder. I mitt arbeid utfordres jeg daglig i forhold til å etterleve dem. I tillegg til samfunnets generelle sentrale verdinormer, er noen av de viktigste verdinormene i helsetjenesten uttrykt i kravene om likeverdige tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, sosioøkonomiske status, prioriteringskriteriene som er nedfelt i pasientrettighetsloven og kravet til høy faglig standard. Det er ikke vanskelig å finne eksempler på at disse verdiene utfordres i dag, og det er samfunnsmedisinerens oppgave å dokumentere og synliggjøre dette.

I de skjønnselementene jeg nevner gjenkjenner Straume prinsipper for juridisk og forvaltningsmessig skjønn, men kan ikke finne det kliniske skjønn. I tråd med dette skriver hun senere: *Jeg leser som en understrøm i artikkelen at det finnes én sann og gyldig kunnskap og ett riktig svar hele tiden. Er det bare kunnskapen som er frambragt ved randomiserte og kontrollerte forsøk, som kan brukes?*

Hun bør lete bedre. Hvis det var dette jeg mente, hva skulle en med skjønn da? På NSAM-seminaret på Røros i 1999 holdt jeg et innlegg med tittelen: *Kvifor er nokre menneske friske og andre sjuke – og kva tyder dette for helsearbeidarar?* (Publisert i Trygd og arbeid nr. 11/12 1999). Her sa jeg blant annet: *Flere sider ved samfunnsmedisinen er slik at den nødvendigvis ofte vil og må operere i det politiske grenseland. Samfunnsmedisinen skal bl.a. frambringe kunnskap om forholdet mellom ulike levekår og helse og legge denne kunnskapen fram som faglige premisser i beslutningsprosesser. Men avgjørelser som påvirker levekår handler ofte om fordeling av goder og verdivalg. Det er politikk.*

Videre vil kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand ofte være umulig eller meningsløst å oppfylle for samfunnsmedisineren. Det er fortidens risikofaktorer vi vet noe om. Dagens miljøfarer som påvirker folks framtidshelse kan vi ofte ikke ha sikker kunnskap om. Den vitale samfunnsmedisin må våge å leve med den usikkerhet og kontrovers som følger av fore-var-prinsippet. Skjønnsutøvelse blir i denne situasjonen et sentralt element og en viktig ferdighet. Men med det blir den politiske grensegangen ennå vanskeligere for få skjønner mer og bedre enn politikkerne. Tydeligere tror jeg ikke jeg er i stand til å si det.

I motsetning til Straume mener jeg at utøvere av samfunnsmedisin trenger både bevissthet og ferdighet i forhold til roller og en rikholdig faglig verktøykasse, men hun er selvfølgelig fri til å velge å sette hattestativet på loftet og være seg selv i fri dressur.

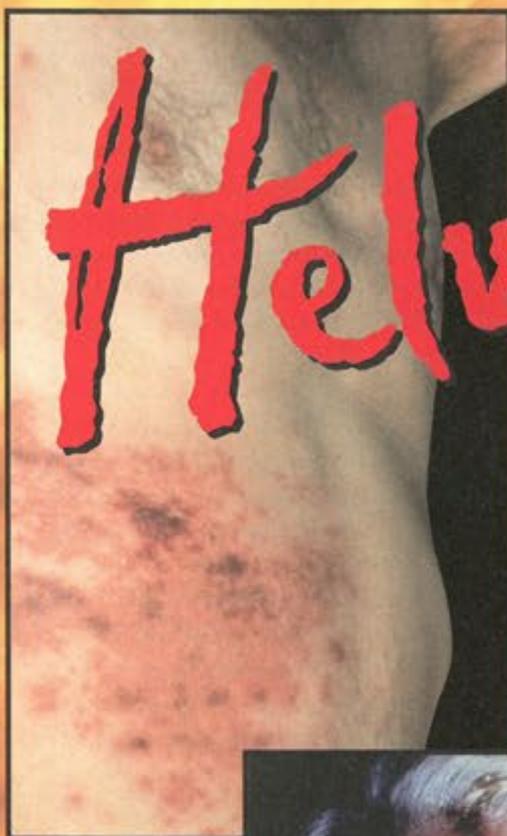
Sogndal 11.03.02

Petter Øgar

Referanser

- Øgar P. Samfunnsmedisineren – politiker eller fagperson? Utposten 2001; 30: 16–18.
- Straume K. Hattestativ eller verktøykasse? Utposten 2002; 31: 22–24.

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*

VALTRESX[®]
VALACICLOVIR

*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.



- mindre helvetesild, og mindre risiko for komplikasjoner*

Valtrex Glaxo Wellcome

Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05AB11

TABLETTER 250 mg og 500 mg:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

aciclovirs eliminasjonsvei på grunn av risiko for økt 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 gis samtidig.

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

Dosering: *Herpes zoster-infeksjoner:* 2 tabletter à 500 mg 3 ganger daglig i 7 dager. *Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets frembrudd og senest innen 72 timer. Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus:*

Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. *Primærinfeksjon:* 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. *Residiverende infeksjon:* 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. *Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter):* 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager.

Supprimerende behandling av Herpes genitalis: Pasienter med normalt immunforsvar: 1 tablett à 500 mg 1 gang daglig. *Pasienter med 10 eller flere residiv årlig, kan ha ytterligere effekt ved å fordele døgndosen på 2 doseringer, 250 mg 2 ganger daglig.*

Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar: 1 tablett à 500 mg 2 ganger daglig. *Profylakse mot CMV-infeksjon og -sykdom ved nyretransplantasjon:* Voksne og barn over 12 år: 2 g 4 ganger daglig. Behandlingen innsettes så tidlig som mulig etter transplantasjon. Dosen bør justeres i henhold til 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:		
<i>Behandling av infeksjon</i>	500 mg 2 ganger daglig	500 mg 1 gang daglig
<i>Supprimerende behandling:</i>		
<i>Normalt immunforsvar</i>	500 mg daglig fordelt på én eller to doser	250 mg daglig
<i>Nedsatt immunforsvar</i>	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 doseinntak 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 (tlf. 22 59 13 00). Pasienter har inntatt enkelt doser på opptil 20 g aciclovir, som kun delvis absorberes fra gastrointestinaltraktus, vanligvis uten toksiske effekter. Tilfeldige, gjentatte overdoser av peroral aciclovir over flere dager, har vært assosiert med gastrointestinale effekter (som kvalme og oppkast) og neurologiske effekter (hodepine og forvirring). Behandling: Ved symptomgivende overdosering kan aciclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

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

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

Priser av 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

ORD OM ORD

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

Amazonas

Kan navnet på verdens mest fiskerike og vannrike elv ha noe med et medisinsk uttrykk å gjøre? Smak på ordet! Ta bort en a: mazo... Hvilket organ har et navn som minner? Obs: Forsøk på å finne en synlig likhet mellom elva og organet er et blindspor!

Etter at spanjolene inntok denne delen av Brasil fikk elva det spanske navnet Rio Santa Maria de la Mar Dulce (St. Marias elv til havet det milde, vennlige). Noe senere fikk elva sitt nåværende navn av den spanske eventyren Francisco Orellana som kjempet mot tapuyrene i 1541. Kvinnene i denne stammen deltok i kampene sammen med mennene, og dette minnet ham om amasonene i gresk mytologi, et krigersk folk av bare kvinner. Disse kvinnene hadde omgang med menn bare en gang i året (snakker om å ta «skjeen» i egen hånd!). Guttebarn født som følge av dette, drepte man umiddelbart mens pikene fikk vokse opp. Hvor de etterhvert hentet menn fra når de hadde behov for dem den ene gangen i året sier historien intet om. Amasonene deltok bl a i trojanerkrigen. De var dyktige bueskyttere, og nå nærmer vi oss forklaringen på ordet Amazonas. Kvinnebrystet er jo med sin sentrale beliggenhet en hemske for dem som vil bli gode bueskyttere, og amasonene brant eller skar av sitt høyre bryst for å kunne spenne buen bedre (se nederst til høyre på bildet). Mazos, senere mastos er gresk og betyr bryst. Amasone er altså en uten (a) bryst. Kvinnelige krigere har så fått betegnelsen amasoner, enten de stilte med et eller to bryst.

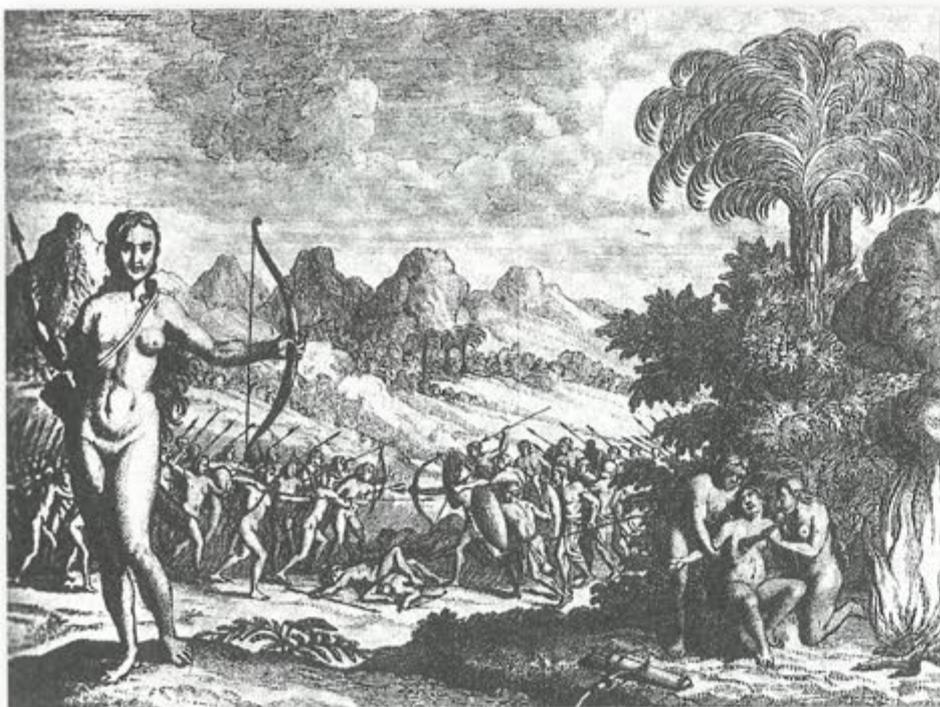
Ordet mamma kan være avledet av ordet for kvinnebryst, det er jo ved mors bryst barnet for første gang sanser hva en mamma etter naturens lover kan gi av trygghet og betingelsesløs kjærlighet. Mange mener imidlertid at ordet mamma er oppstått fordi det består av de første lydene et barn klarer å lage og som da av foreldrene oppfattes som det første ordet barnet bevisst uttaler. Pappa skal da ha oppstått på samme vis. Kanskje har det seg da slik at ordet for kvinnebryst er en avledning av ordet mamma? Amme er et ord man regner som et «barneord» for den som faktisk gav barnet bryst (i endel tilfeller var jo ikke det barnets biologiske mor). På oldnorsk betød «amma» bestemor, kanskje fordi hun hadde mer tid til kos og dermed ofte fungerte som barnets «kose»-mamma?

Jannike Reymert

Kilder:

Johan H. Rossbach: Polydoras bok. Pax forlag AS, Oslo, 1997.

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





«Trekk den ut!»

Fra en travel allmennpraktikers hverdag

Jeg har jobba noen år i en privat legepraksis i en middels stor kremmerby sør i landet. Jeg slutta sist høst. Det er ikke bare, bare å være lege i en middels stor kremmerby.

Vi leide et lite hyggelig enetasjes hus i en stor eplehage. Huset lå litt rart plassert på tomta, helt opptil gjerdet til naboen. Fra soveromsvinduet vårt var det bare et par tre meter bort til salatbedene hans. Naboen var en stor møbelhandler og dessuten forstander i den lokale pinsemenigheten. En meget from, men streng mann.

Kona mi har en sjelden gang migreaneanfall. De er svært kraftige, og hun blir aldeles satt ut, nærmest psykotisk av smerte. Det er spesielt vanskelig fordi vi har småbarn hjemme. Det eneste som hjelper er en injeksjon av Primperan mot kvalmen. Av og til må jeg også gi henne Petidin.

En varm og vakker dag sist sommer ringte hun meg på kontoret. Hun hadde anfall. Jeg måtte komme hjem straks og gi henne en sprøyte. Det var naturligvis ikke så greit, jeg lå som vanlig etter skjemaet, og venterommet var fullt av svette og ampre pasienter. Jeg sa at hun fikk vente noentimer, men hun var hysterien nær. Jeg måtte bare gi meg. Jeg grep kofferten og strena ned på drosjeholdeplassen, bra irritert og amper sjøl. Det var en kort kjøretur. Jeg ba sjåføren vente ved porten, og småløp de 30 meterne opp til huset. I farten nikka jeg kort til naboen, som sto og lukte i salaten.

Kona lå på soverommet. Vinduet sto åpent, med de lette gardinene for.

Følgende skjedde:

«Dra ned buksa!»

Litt stønning fra den syke. Idet jeg kjørte Primperansprøyta inn i skinka på henne, skrek hun til:

«Au, Håkon, det gjør vondt! Ikke gjør det! Trekk den ut! Trekk den ut!»

«Hold kjeft!»

Så et raskt smask på kinnet, og «det var vel godt, vennen min», før jeg hasta ut i drosjen, som sto med motoren i gang.

I drosjen kom jeg i tanke på at naboen hadde sett litt rar ut da jeg dro.

Sant og si tror jeg at han var full av beundring.

Lyrisk

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 Lyriskspalten. Velkommen og lykke til!

Tone Skjerven – lagleder

Då eg fekk utfordringa av Reidun Kismul tenkte eg straks på eit dikt av Morgenstern som heiter Fisches Nachtgesang. Eg synest det er eit veldig morosamt dikt, og eg tenkte det kunne passe sidan eg arbeider i eit øyrike. Kollegane eg testa det på vart derimot redd eg kanskje ikkje hadde heilt godt av å opphalde meg på Lurøy då dei såg det. Det hadde også bydd på grafiske utfordringar, så eg fann det best å velje eit anna.

Eg vart kjend med litteraturen til Bertold Brecht då eg budde eit år i Berlin. Eg kjenner best til teaterstykkka hans, men eg har vald eit av dikta hans som syner kor viktig det er med mangfald. Her er det i ei omsetjinga av Olav H. Hauge.

Gartnaren rettleider

Hagen min lærer meg –
 dette vesle riket av bed og rabattar
 at endåtil den edle rosa frå Milet
 som veks for sterkt treng skjering
 skal ho trivast. Ho lyt òg finna seg i
 at kål og løk og alle slag grønsaker
 av lægre avstamming, men heller nyttige,
 fær vatn ved sida av.
 Hagen vilde forkomast tenkte ein
 berre på den kongelege rosa.



Eg vil utfordre Gunhild Felde som no arbeider i Melbu i Vesterålen.
 Ho var turnuslege etter meg på Lurøy.

Hilsen Maria Hellevik

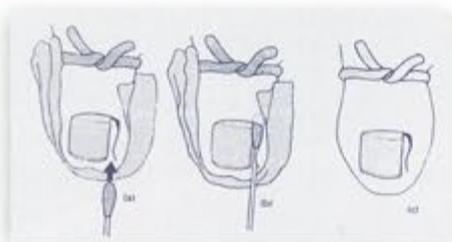
Hverdagstips og gode håndgrep

Segmental neglerots-ablasjon med 80% fenol

De to siste årene har jeg fått mer tro på mine evner som neglerotso- peratør: en kollega på kontoret viste en dag stolt frem en nyinnkjøpt bok i småkirurgi der kauterisering med fenol ble anbefalt fremfor å skrape bort negleroten med skarp skje. Til nå har ingen av disse pasientene kommet og klaget, og jeg tillater meg å regne med at det skyldes vellykket resultat.

I boka er metoden beskrevet som følger:

Denne operasjonen er ikke en steril prosedyre og kan gjøres selv om det er rikelig med granulærsvæv og puss tilstede. I slike tilfeller er operativt



inngrep langt å foretrekke fremfor forsøk på antibiotikabehandling for kirurgisk inngrep. Ingen utsettelsesmulighet på det grunnlaget altså! Skrid til verket allerede ved første konsultasjon. Dårlig tid er også dårlig unnskyldning, dette går mye raskere enn tidligere omtalt skrapping med skarp skje. Man bør bruke beskyttelsehansker og være svært nøye med at det ikke søles fenol da det er et etsende stoff.

Ledningsanestesi med Xylokain uten adrenalin legges før man an- legger en turniké, enten med en strikk og arterieklemme eller mer elegant: klipp ut en lillefinger av en engangshanske, klipp også av toppen og rull den elegant nedover tåa (omvendt prosedyre av hvordan en kondom tres på). Man fjerner så 1/5 av neglens mediale eller laterale del, eventuelt begge, men behøver ikke skjære ned mot rota slik det er anbefalt når man skal nå ned til negelrota med skarp skje. For å beskytte frisk hud mot fenol legges en bandasje fuktet med metylert sprit rundt tåa som ei hette. Og så kommer «rosinen i pølsa»: en Q-tips dyppet i 80% fenol stikkes ned i dypet mot negle- rota og holdes der i 5 minutter. Når Q-tipsen fjernes vil vevet være grått og knapt blø. Man tørker så med spritkompressen rundt såret. Det legges tørr bandasje, og da dette ikke skal syes vil smertene da- gene etter inngrepet være betydelig mindre enn etter vanlig opera- sjon. De fleste vil trenge en tørr kompress over såret 1–2 uker etter inngrepet.

Jannike Reymert

Kilde:

Vija Sodera: Minor surgical procedures. Cambridge University Press. 1994.

C Livial® «Organon»

Syntetisk steroid med vevsvespessk effekt. ATC-rr G03D C05

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Tibolon 2,5 mg, laktose- monohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmeno- pausale kvinner. Forebyggelse av knokkeldmineraltap hos post- menopausale kvinner som er spesielt disponert for osteo- porose.

Kontraindikasjoner: Kjente eller mistenkte hormonavhengige tumorer. Kardo- eller cerebrovaskulære forstyrrelser som trom- boflekk, tromboemboliske lidelser eller slike tilstander i anam- nesen. Vaginalblødning av ukjent årsak. Avrørlige leverfunk- sjonsforstyrrelser. Graviditet.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Gjennombruddsblødninger eller spotting initialt. Øvrige: Hodepine, ødem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Sentralnervesystemet: Depresjon. Hud: Kløe, utslett, Urogenitale: Utlød. Øvrige: Brystspenning, vektøk- ning, svimmelhet, migrene, hirsutisme.

Forsiktighetsregler: Grundig generell og gynekologisk legeun- dersøkelse bør foretas før behandling starter og ca. 1 gang pr. år. Risiko og nytte av behandlingen bør veies mot hverandre hos kvinner som har eller har hatt leversykdom eller lipid- og lipoproteinforstyrrelser. Behandlingen bør seponeres ved tegn på tromboemboliske lidelser, ved unormale leverfunksjonstester eller gulsott. Initiale vaginalblødninger eller spotting kan skyldes resterende effekt av endogene eller eksogene østrogener. Blødning som oppstår etter tre måneders behandling eller ved- varende blødning krever adekvat diagnostikk. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: De farmakologiske effektene til tibolon indikerer at substansen kan være skadelig for fosteret. Tibolon er vist å gi postimplantasjonsavstøtninger i dyreforsøk og å være teratogent i kaniner. Tibolon er kontraindi- sert ved graviditet. Overgang i morsmelk: Opplysninger mang- ler. Tibolon bør ikke brukes ved amning.

Interaksjoner: Fordi tibolon kan øke den fibrinolytiske aktivitet kan effekten av antikoagulantia forsterkes. Slik effekt har vært påvist med warfarin.

Dosering: Behandlingen bør ikke starte tidligere enn 1 år etter menopause. 1 tablett daglig kontinuerlig. Kvinner som går over fra et østrogensekvenspreparat anbefales å starte behandlingen etter at progestogenfasen er fullført. Symptomlindring oppnås vanligvis i løpet av få uker, men best resultat oppnås når behandlingen fortsetter i minst 3 måneder.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering kan forårsake kvalme, brekninger og evt. vaginalblødning hos kvinner. Behandling: Symptomatisk.

Pakninger og priser: Kalenderpakning:

28 stk. kr 221,40 – 3 x 28 stk. kr 594,00 (08/99)

Referanser:

- 1) Erel CM, Elter K, Akman C, Ersavestli G, Altug A, Seyisoglu H, Ertungealp E. Mammographic changes in women receiving tibolone therapy. Fertil Steril 1998; Vol 69, No 5: 870–75.
- 2) Valdivia I, and Ortega D. Mammographic density in Postmenopausal Women Treated with Tibolone, Estriol or Conventional Hormone Replacement Therapy. Clin Drug Invest 2000; 20 (2): 101–07
- 3) Rosenberg RD, Hunt WC, Williams MR, Gillard FD, West PW, Kelsey CA, et al.: Effects of age, breast density, ethnicity, and estrogen replacement therapy on screening mammographic sensitivity and cancer stage at diagnosis: review of 183,134 screening mammograms in Albuquerque, New Mexico. Radiology 1998; 209:511–18.
- 4) Kavanagh AM, Mitchell H, Giles G. Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. The Lancet 2000; Vol 355: 270–74.

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyer. RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene Sør, Vest, Midt-Norge og Nord-Norge, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80

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

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

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

RELIS Sør har nå flyttet inn i nye lokaler. Ny adresse er: Rikshospitalet, RELIS Sør, Forskningsveien 2, 0027 OSLO. Tlf., faks og e-mail er som før.

Risiko ved bruk av warfarin tidlig i svangerskap

Spørsmål til RELIS En kvinne som nylig har født er blitt satt på behandling med (warfarin) etter dyp venetrombose. Hva vet man om risiko for foster tidlig i svangerskapet (første 10–12 uker) dersom hun blir gravid på nytt under behandlingen?

Warfarin er en peroral antikoagulant av kumarintype og virker ved å blokkere syntesen av vitamin K-avhengige koagulasjonsfaktorer i lever.

Flere oppslagsverk grupperer legemidler i forhold til risiko for foster. Warfarin er klassifisert som et legemiddel som har gitt eller forventes å gi økt forekomst av fostermisdannelser eller andre former av varige men, men hvor risikoen kan være akseptabel, for eksempel ved livstruende situasjoner eller der ingen annen behandling er effektiv (1,2). Spontanabort, dødfødsel, prematuritet og blødning forekommer. Warfarin kan påvirke fosteret på flere måter og gi såkalt fetalt warfarinsyndrom, som er kjennetegnet med nasal hypoplasi og eventuelt abnormale kalsifiserte epifyser og hypoplasi av ekstremitetene. Som et ledd i dette syndromet kan det også blant annet ses øyedefekter, utviklingsretardasjon, skoliose, hørselsproblemer, medfødt hjertesykdom og død. Vitamin K's rolle for proteiner som inngår i ossifikasjonsprosessen kan være av betydning for noen av disse effektene. Sentralnervøse bivirkninger kan skyldes intrakraniell blødning med arrdannelse som sekvele (3). Den mest kritiske perioden for warfarinpåvirkning synes å være uke 6–9 (2) eventuelt inntil 12 uker (3) etter konsepsjon. De fleste tilfeller av skader er sett hos fostere som ble påvirket i denne perioden.

I en oversiktsartikkel som omfatter 186 studier hvor til sammen 970 gravide fikk warfarin, så man en insidens av warfarinembryopati på 4,6% (3). I en annen prospektiv studie med 72 gravide som var antikoagulert med warfarin på grunn av hjerteklaffprotese, var insidensen av embryopati hele 25%. Det diskuteres om en lavere intensitet av antiko-

gulasjon kan redusere risikoen for fosterpåvirkning, da studier har vist færre tilfeller av embryopati i slike tilfeller (3,4).

Cotrufo og medarbeidere (5) har nylig publisert en undersøkelse av 52 pasienter med klaffeprotese som gjennomførte til sammen 71 svangerskap under warfarinbehandling. Av disse graviditetene var det til sammen 30 som ble klassifisert som «poor outcome». Blant dette var spontanabort (23 tilfeller), dødfødsel (5 tilfeller) eller embryopati (2 tilfeller). I 27 av tilfellene hadde mor fått en daglig warfarindose på 5 mg eller mer, og resultatene tyder på at risikoen kan være doseavhengig. I hele materialet var forekomsten av embryopati på 5,5%.

Konklusjon

Warfarin kan være teratogent. Ulike typer fosterskader er sett, også sentralnervøse. Fetalt warfarinsyndrom kan forekomme, spesielt ved eksponering tidlig i svangerskapet. Forekomsten varierer og kan avhenge av dosering. Et vanlig estimat er i størrelsesorden 5–10%. Bruk av warfarin under svangerskap kan være nødvendig i noen tilfeller. For denne pasienten er behandlingen tidsbegrenset til noen måneder og hun bør unngå å bli gravid i denne perioden.

Kirsten Kilvik Viktil, rådgiver, cand.pharm*
Tone Westergren, leder, cand.pharm

Referanser

1. FASS Läkemedel i Sverige 2001: 1572.
2. Briggs GG et al, editors. Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk 1998; 5th ed.: 261–3.
3. Dukes MNG, Aronson JK editors. Meyler's Side Effects of Drugs 2000; 14th ed.: 1174.
4. Friedman JM, Polifka JE, editors. The Effects of Drugs on the Fetus and Nursing Infant 1996: 627–9.
5. Cotrufo M et al. Risk of Warfarin During Pregnancy With Mechanical Valve Prostheses. Obstet Gynecol 2002; 99: 35–40.

* Ni: Diakonhjemmets sykehusapotek, Oslo

Allergi i øynene begynner med A og ender med

ZADITEN
ketotifen 0,25 mg/ml

Produktomtale: Preparatnavn: Zaditen*

Antiallergikum ATC-nr.: S01G X08. Reseptpliktig, gruppe: C. Legemiddelform: Øyedråper; Øyedråper i engangspipetter. **Styrke:** 0,25 mg/ml. **Deklarasjon:** ketotifenfumarat 0,345 mg/ml æqvt. ketotifen 0,25 mg/ml. **Egenskaper:** Klassifisering/ Virkningsmekanisme: Ketotifen er en histamin H1-reseptor antagonist. In vivo dyrestudier og in vitro studier tyder på ytterligere aktivitet som mastocellestabilisasjon og hemming av infiltrasjon, aktivering og degranulering av eosinofiler. **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av sesongbetont allergisk konjunktivitt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor ketotifen eller noen av de andre innholdstoffene. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Syn: brønnende eller stikkende følelse på øyet. Punktformede epiteldefekter på hornhinnen. **Systemiske bivirkninger:** Mindre hyppige: Hodepine, søvnløshet, allergisk reaksjon. Hud: utslett, eksem, ølveblest. Syn: Sløret syn kan oppstå ved indrypping, tørre øyne, øyelokkforstyrrelse, konjunktivittliknende øyesmerter, fotofobi, subkonjunktival blødning. Øvrige: munntørhet. **Forsiktighetsregler:** ZADITEN øyedråper i dråpeflasker inneholder benzalkoniumklorid som konserveringsmiddel. Konserveringsmidlet kan avleires i myke kontaktlinser; derfor bør ZADITEN øyedråper i dråpeflasker ikke brukes mens pasienten har på seg slike linser. Linsene bør fjernes før drypping og de bør ikke settes inn igjen før det har gått minst 15 minutter etter drypping. Zaditen øyedråper i engangsbeholdere inneholder ikke konserveringsmiddel. **Varseltrekkant:** Nei. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Det finnes ingen adekvate data om bruk av ketotifen øyedråper hos gravide. Dyrestudier med bruk av toksisk oral dose til morsmelk viste økt pre- og postnatal dødelighet, men ingen misdannelser. Systemiske nivåer av ketotifen etter okulær bruk er mye lavere enn vil sannsynligvis ikke gi målbar mengde i morsmelk. ZADITEN øyedråper kan anvendes under amning. **Interaksjoner:** Ved samtidig behandling med andre øyepreparater, må det være et opphold på minst fem minutter mellom hver drypping. Bruk av perorale legemiddelformer av ketotifen kan potensierte effekten av CNS depressiva, antihistaminer og alkohol. Selv om dette ikke er blitt observert med ZADITEN øyedråper, kan slike effekter ikke utelukkes. **Dosering:** 1 dråpe i hvert øye 2 ganger daglig. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdose har blitt rapportert. **Oppbevaring og holdbarhet:** I uåpnet flaske: 2 år. Etter åpning: 4 uker. **Pakninger og priser (pr. januar 2002):** 5 ml dråpeflaske kr. 144,50; 20 x 0,4 ml engangsbeholdere uten konserveringsmiddel kr. 175,60; 60 x 0,4 ml engangsbeholdere uten konserveringsmiddel kr. 428,50.

PHARMACIA

Hjerte/kar

