

Innhold:

| | |
|--|------|
| Leder: There is no such thing as a free lunch | |
| AV JANNIKE REYMERT OG TORGEIR GILJE LJD | s 1 |
| Legemidlars påvirkning på søvnen | |
| AV TARJEI RYGNESTAD | s 2 |
| Søvn og søvnproblemer | |
| AV BJØRN BJORVATN | s 6 |
| Å være pasienters vitne i rettssalen | |
| AV ANNE LUISE KIRKENGEN | s 12 |
| Om samtalen – fra vuggen til graven | |
| AV JOH. FR. THAULOW | s 18 |
| Møtet mellom lege og pasient | |
| OBSERVASJONER AV NINA MARIANNE LANGFELDT | s 24 |
| Allmennpraksis på portugisisk vis | |
| AV JANNIKE REYMERT | s 27 |
| På vegne av verdens fattige | |
| REFLEKSJONER ETTER WONCA AV ELISABETH SWENSEN | s 30 |
| Rural Health and Global Equity: Am I my brother's keeper? | |
| AV M. K. RAJAKUMAR | s 31 |
| Faste spalter | |
| | s 38 |

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

Klokarskogemoen
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: 24 16 31 10
Fax: 22 16 30 09
E-mail: frode.forland@c2i.net

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: Photo Disc

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

There is no such thing as a free lunch

Legers forhold til legemiddelindustrien er en utømelig kilde til diskusjoner. Debatten har tatt en ny vending i sommer da noen legemiddelfirmaer trakk sin bestilling av stand ved Nordisk kongress i allmennmedisin i Trondheim. Begrunnelsen var at kongressen hadde en prislapp «uten sidestykke», kr 52 500 for fire kvadratmeter i fire dager der de ville ha muligheter for å markedsføre sine produkter for anslagsvis 500 leger. Etterhvert har debatten flyttet fokus fra prisen størrelse til hvilken rolle legemiddelindustrien skal ha i legers videre- og etterutdannelse. Videre har det kommet frem at legemiddelindustriens representanter er lei av å bli behandlet som «spedalske» av leger som mer enn gjerne vil ha pengene deres, men deretter skyr videre kontakt med representantene.

Landsstyremøtet i Den norske lægeforening i Tromsø i juni hadde uavhengig av dette satt av tid til å drøfte forholdet til legemiddelindustrien. I en opinionsundersøkelse gjennomført før møtet ønsket man å vite befolkningens opplevelse av bindinger mellom leger og legemiddelindustrien. Når 34% svarte «i stor grad» og 41% «i noen grad» er det all grunn til å stoppe opp og spørre oss selv: hva betyr det for oss og vårt omdømme i befolkningen?

Legemiddelindustriens agenda er ukomplisert: De skal tjene penger, mange penger. Og det gjør de. Alt de foretar seg handler til syvende og sist om å oppnå høyere inntjening. Det er ingen grunn til å moralisere over det i et kapitalistisk samfunn, enten salget dreier seg om brød, piller eller møbler må vi forholde oss til selgere som det de er: selgere. Om legemiddelindustriens representanter er aldri så joviale kan vi ikke forholde oss til dem som våre kolleger, til det er våre faglige mål alt for ulike.

Lege ønsker høyt faglig nivå på sine kurs og møter. Utad vil vi gjerne flagge at kunnskapen er uavhengig av legemiddelindustrien. Samtidig ønsker de fleste rikelig tilgang på kurs og reiser, gjerne ispedd noe luksuriøst: en finere middag her og et spennende sosialt program der. Vi vet også fra sikre kilder at legemiddelindustrien har sett at sponsing av den nå obligatoriske smågruppbevirksomheten i videre- og etterutdannelsen er en unik mulighet for å komme i nær og direkte kontakt med legene. Sett fra deres synsvinkel er dette sannsynligvis en mye mer lønnsom måte å sponse legene på, mens legeforeningen med dette tiltaket kan erfare

at de utilsiktet har lagt forholdene tilrette for en mer tildekket, men nærliggende kontakt mellom legene og industrien. Vi kan ikke stikke under en stol at disse forholdene har gjort det mulig for legemiddelindustrien å få en god fot innenfor vårt videre- og etterutdannings-system. Kritikken fra industrien om at vi tar pengene men unngår den kontakten firmaene føler de da har betalt for, er ikke uten substans. Den norske legestand har i tillegg påfallende mange i sine rekker som tror seg upåvirkelig av reklamens makt, som om legemiddelindustrien er så naive at de spytter ut betydelige beløp uten å vite at de får det igjen i form av økt omsetning!

De 52 500 kronene debatten i Trondheim startet med, er lommerusk for firmaene. Det underliggende temaet er om firmaene får nok igjen for sine penger i form av kontakt og påvirkningsmuligheter ovenfor legene, eller om de kan benytte sin økonomiske makt på en annen og for dem bedre måte. Den tid er sannsynligvis snart forbi da kursarrangører får pengestøtte fra industrien og så kan la dem stå på gangen og dele ut refleksbrikker og hudkrembokser i pausene.

Det er på høy tid å ta fatt i endel fundamentale spørsmål:

- Vil vi at befolkningen skal stole på at vår kunnskap er etterrettelig og at våre råd gis med pasientenes og ikke legemiddelindustriens interesser for øye?
- Skal videre- og etterutdannelsen i fremtiden være fri og uavhengig?

Dersom industrien nå for alvor bryter tradisjonen med å betale for stands på legeforeningens kurs vil vi nok oppleve et økonomisk tomrom. Da må legeforeningen anstrenges ytterligere ovenfor bevilgning av myndigheter for å bevare norske legers muligheter for videre- og etterutdannelse. Det burde i høyeste grad være i samfunnets interesse at denne utdannelsen er fullstendig frikoblet fra legemiddelindustriens aktiviteter.

Det er trist at det var miljøet bak Nordisk kongress for allmennmedisin som ble rammet av sommerens svarteperspill mellom industrien og legene. Mer enn mange andre har de gått inn for klare og tydelige rammer i kontakten med industrien. Vår faglige frihet og befolkningens tillit til oss er uerstattelig, men kommer ikke gratis. Dette er goder som er vanskelige å bygge opp, men de forvirrer lett. La derfor sommernes debatt stå som en påminnelse om dette.

Jannike Reymert og Torgeir Gilje Lid

Legemidlers påvirkning på søvnen

AV TARJEI RYGNESTAD

Søvnvansker er svært vanlige. Rundt 80% av den voksne befolkningen har årlig minst én kortvarig periode med søvnproblemer, mens rundt 15% lider av kroniske søvnplager. Behandling av søvnvansker er blant annet omtalt i en terapiabefaling fra Legemiddelverket (1).

Søvnen reguleres hovedsakelig av nervesentra og -baner i hjernestammen og pons. Normal søvn kan inndeles i fem faser, der fase 1 til 4 inkluderer stadiene fra lett til dyp søvn der EEG viser økende innslag av lavfrekvente bølger (non-REM-søvn). Den femte fasen, REM-fasen (Rapid Eye Movements) har EEG som ved lett søvn, men samtidig raske øyebevegelser og økt aktivitet i respirasjon, sirkulasjon og det autonome nervesystemet, svingninger i EEG-aktivitet, mens skjelettmuskulaturen er atonisk. Man drømmer hovedsakelig under REM-søvn, som normalt utgjør 20–25% av søvnen. Søvnen skifter syklisk mellom Non-REM og REM-søvn. REM-søvn opptrer omtrent hvert 90. minutt og varer 5–60 minutter (1). Dyp søvn reguleres delvis av serotonerge nervebaner, mens REM søvn reguleres av kolinerge og noradrenerge nervebaner. Det er derfor ikke uventet at medikamenter som virker inn på de ulike nevrotransmitterne systemene kan påvirke søvnen på ulike måter.

Generelt kan man si at sederende medikamenter som sove-medisiner og sederende psykofarmakologiske medikamenter med effekt på histamin- og GABA-reseptorer først og fremst påvirker våkenhet og oppmerksomhet, mens psykofarmakologiske midler som påvirker omsetningen av dopamin, acetylkolin, serotonin og noradrenalin i sentralnervesystemet påvirker drømmeaktiviteten.



Tarjei Rygnestad

Overlege ved Avdeling for legemidler, Seksjon for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital i Trondheim og professor i Klinisk farmakologi ved Det Medisinske fakultet, NTNU.

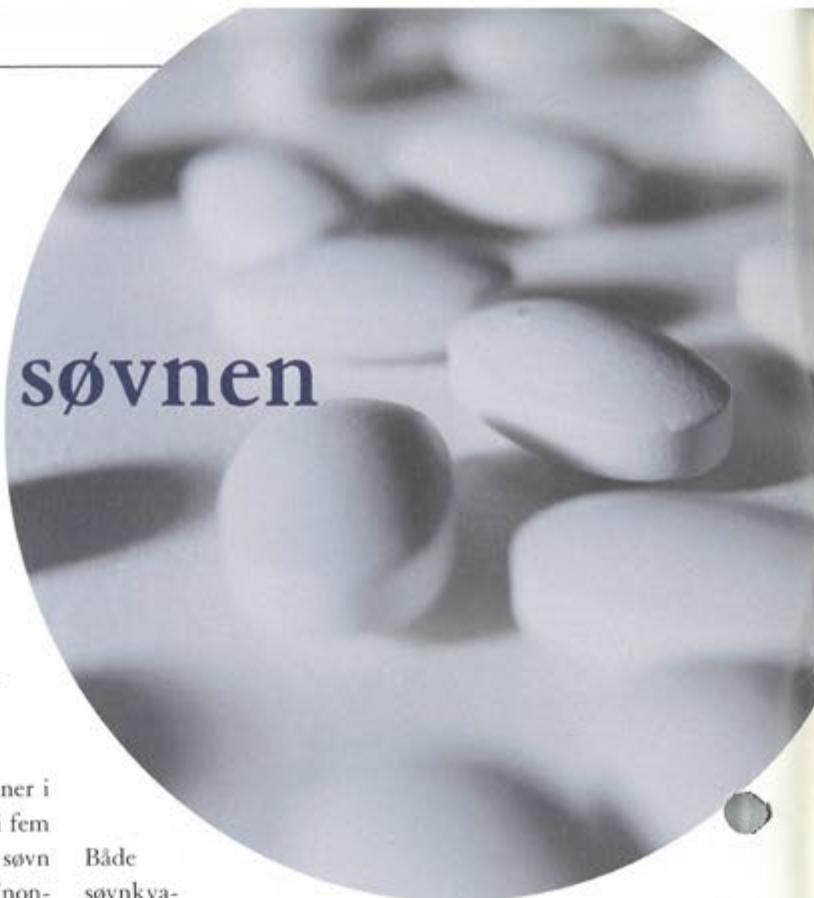
Både
søvnkvæ-
liteten og antall
timer søvn er av

betydning for om man får nok søvn. Undersøkelser tyder på at det er den totale søvntiden som er viktigst, spesielt de første non-REM-REM syklusene, og at dette er viktigere enn hvilke av de 5 søvnfasene som forstyrres. Legemidler og andre substanser kan påvirke søvnen, både ved en effekt direkte på søvnprosessen og indirekte ved en effekt på sykdommer som forstyrre søvnen.

Gjennomsnittlig trenger en voksen person 7–8 timer søvn i døgnet, men det er store forskjeller fra person til person. Behovet varierer også for den enkelte og behovet går paradoksal ned i travle perioder med høy aktivitet.

Sentralstimulerende midler

Denne gruppen består av vanedannende misbruksstoffer som kokain og amfetamin, men også av stoffer som koffein og legemidler som teofyllin og beta2-agonister. Disse substansene har i større eller mindre grad en sentralstimulerende effekt med følelse av økt velvære, bedret konseksjonsevne, øket våkenhet, redusert søvnbehov og redusert appetitt. Det er derfor ikke noen overraskelse at inntak av slike substanser (der koffein er det vanligste) først sørger for søvnproblemer, hovedsakelig innsøvningsvansker. Koffein brytes hovedsakelig ned av leverenzymet CYP1A2, som induseres av blant annet substanser i tobakksrøyk. Dette kan føre til redusert eliminasjon og forlenget effekt av koffein hos personer som slutter å røyke, noe som kan gi søvnproblemer (i tillegg til abstinensproblemene med å slutte å røyke). Legemidler som hemmer CYP1A2 kan øke koffeinkonsentrasjonen fra 50% (ciprofloksacin og p-piller),



2–3 ganger (metoksalen) og helt opp til 5 ganger (fluvoksalin). Dette kan gjøre at man får søvnproblemer etter introduksjon av slike legemidler, til tross for at man tidligere ikke hadde problemer med kaffe og søvn (2).

Sovemedisiner (sedativa og hypnotika)

Salget av sovemedisiner i Norge utgjør 34 DDD/1000 innbyggere/døgn, dvs ca. en døgn dose i måneden per innbygger. Sovemedisiner brukes 2,4 ganger så mye i Oslo som i Finnmark. De vanligste medikamentene er benzodiazepiner (nitrazepam og flunitrazepam) og benzodiazepinlignende (zopiklon, zolpidem) medikamenter. Benzodiazepinene reduserer mengden dyp søvn og REM-søvn. Søvnmeningen øker selv om søvnkvaliteten reduseres noe. De fleste som bruker benzodiazepiner føler at søvnen er forbedret. Effekten kan henge i dagen etter (residualeffekt og «hangover») og de gir også en «rebound»-effekt. Dette siste avspeiler en toleranseutvikling som vanligvis inntrer ved lengre tids bruk og som kan gi abstinens og ytterligere forsterke søvnproblemete når man slutter med medikamentet. «Rebound»-effekten er mest uttalt for de kortvirkende benzodiazepinene, som kan gi innsovningsproblemer og mareritt allerede etter få dagers bruk. Ved lengre tids bruk kan man etter seponering få søvnproblemer og mareritt i 2–3 uker (3). Man bør derfor ha en nedtrappingsplan. Problemene er sannsynligvis noe mindre med de nye benzodiazepinlignende medikamentene (zopiklon, zolpidem), men disse medikamentene er heller ikke problemfrie (4). Det at medikamentene kan være vanedannende, kan gi residualeffekt, gir «rebound»-effekt og at de fleste episodene med søvnproblemer er kortvarig og sekundære gjør at det er god grunn til å være tilbakeholdne med disse legemidlene.

Antipsykotiske midler

Ved schizofreni er både non-REM og REM-søvnen forstyrret. Søvnen er urolig og fragmentert, spesielt ved agiterte psykoser (5). Antipsykotiske medikamenter virker inn på mange ulike transmittorsystemer i hjernen og vil kunne blokkere dopamin D₂-, serotonin-, adrenerge alfa1- og alfa2-, muskarin- og histamin H₁-reseptorer. Dette vil kunne ha mange ulike effekter på søvnen. Aktivering av histamin H₁-reseptorer er vist å være

viklig for våkenhet i forsøksdyr, og antipsykotika med sterkt histaminblokade (f. eks. konvensjonelle høydose-neuroleptika) har sterkt sederende effekter som utnyttes i behandlingen av agiterte psykoser (6). Pga risikoen for alvorlige bivirkninger anbefales det ikke å behandle søvnproblemer med antipsykotika, selv om de har sederende egenskaper. Etter seponering av antipsykotiske medikamenter kan man få en periode med innsovningsproblemer.

Antidepressiva

Mange deprimerte pasienter har søvnvansker, oftest innsovningsvansker og tidlig oppvåkning. De fleste antidepressiva, uansett type, undertrykker REM-søvnen. Unntak fra dette er nefazodon (Nefadar) og bupropion (Zyban). Antidepressiva påvirker mange transmittorsystemer i hjernen, og påvirkningen kan derfor bli forskjellig fra medikament til medikament (7).

Trisykliske antidepressiva.

Mange pasienter som bruker trisykliske antidepressiva har en øking i intense og livlige drømmer og mareritt, noe som har blitt forklart med forstyrrelser av REM-søvnen. Medikamenter som amitriptylin og trimipramin er pga sin potente histaminblokade sterkt sederende, mens medikamenter som nortriptylin og imipramin har mindre sederende effekt. Søvnen bedres raskere enn de andre depresjonsymptomene når man behandler med et sederende antidepressivt medikament, med både kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet totalt sett. Medikamentene har imidlertid en relativt lang halveringstid, slik at det er fare for «hangover» spesielt hos middelaldrende og eldre. Derfor bør man være tilbakeholdne med trisykliske antidepressiva til pasienter som kan få uheldige effekter av betydelig sedasjon, evt bruke et lite sederende alternativ. Sederende medikamenter bør foretrekkes hvis det er betydelige innsovningsproblemer.

Coladrikker og kaffe kan gi innsovningsproblemer. Legemidler med virkestoffene flunitrazepam og nitrazepam har også residualeffekt med økte søvnproblemer hvis man slutter med medikamentet etter en tids bruk.



Selektive serotonin reopptaks-hemmere (SSRI-medikamenter). Denne medikamentgruppen har fått en omfattende bruk de siste årene. De forskjellige medikamentene i denne gruppen har i prinsippet samme virkningsmekanisme. Ulik effekt på søvnen forklares ut fra hvor potent hemmingen av reopptaket av serotonin i presynaptiske nerveterminaler er. Insomni er en relativt hyppig effekt av denne medikamentgruppen, og forekommer hos rundt 25% av brukerne. I tillegg gir SSRI-medikamenter hyppige oppvåkninger og redusert søvnkvalitet. Dette kan være årsaken til 30–40% av brukerne føler seg trette om dagen. Effektene på søvnen kan komme etter en enkeltdose. Etter avsluttet behandling kan man få en abstinenslignende reaksjon som kan gi en forbigående forsterking av søvnproblemene.

Reversible monoaminoksidase hemmere (RIMA)

I Norge representeres denne gruppen av medikamentet moklobemid (Aurorix). Moklobemid har en sentralstimulerende effekt og gir lite sedasjon. Preparatet kan gi innsøvningsproblemer.

Antiepileptika

Epilepsi og søvn virker gjensidig inn på hverandre. Epilepsisykdommen kan i seg selv forstyrre søvnen, og søvnforstyrrelser kan utløse epileptisk aktivitet. Epileptisk aktivitet utløses lettest under non-REM søvn, mens REM-søvn synes å hemme epileptisk aktivitet.

Det er vanskelig å skille effekter på epilepsien fra de effektene medikamentet har på søvnen i seg selv. De fleste studiene som foreligger på dette området er av de eldre medikamentene, mens det foreligger få studier av den stadig voksende listen av nye antiepileptika. Fenobarbital gir sedasjon, som også henger i om dagen. Man utvikler toleranse til effekten, og etter seponering får man «rebound»-insomni og mareritt. Fenytoin kan gi innsøvningsproblemer og reduserer søvnkvaliteten. Valproat er lite sederende og har minimal negativ og muligens en positiv effekt på søvnen. Akutt inntak av karbamazepin forstyrrer REM-søvnen, mens kronisk bruk gir lite søvnforstyrrelser. Lamotrigin kan gi innsøvningsproblemer, mens gabapentin kan gi sedasjon (8).

Litium

Litium øker dyp søvn og reduserer REM-søvn. Litium kan gi sedasjon om dagen, noe man utvikler toleranse til. Etter seponering kan pasienten få en periode med insomni og uro.

Antiparkinsonmidler

Søvnproblemer er vanlige ved parkinsonisme. Dette kan skyldes sykdommen, ledsagende depresjon eller kan være

en medikamenteffekt. Ved Parkinsons sykdom affiseres nevroner som deltar i søvnreguleringen, og antiparkinsonmedikamenter vil også påvirke neurotransmittersystemer som virker inn på søvnen. Hjørnestinen i behandlingen er L-dopa+dekarboksylaschemmer. Dopaminerke medikamenter som L-dopa vil føre til lettere og hyppige oppvåkninger og redusert REM-søvn. Både sykdommen og behandlingen gir altså søvnproblemer. En doseøking vil hos de aller fleste pasientene forverre søvnproblemene.

I den senere tiden har det også vært en del oppmerksomhet rundt bruk av dopaminagonister, trøtthet om dagen og såkalte «søvnfall» (9). Dette forekommer hos 6–7% av pasienter som tar slike medikamenter (10). Det finnes ingen spesifikk behandling for disse tilstandene, men dosereduksjon kan hjelpe.

Andre sedativa

Etanol er sannsynligvis det mest brukte sovemedlet. Det er rapportert at opp til 30% av personer med søvnproblemer bruker etanol som innsøvningsmiddel. En moderat dose kan på kort sikt bedre søvnen hos personer med sterke innsøvningsproblemer, fordi etanol kan ha positiv effekt på noen av forstyrrelsene i søvnmonsteret. Personer uten søvnproblemer vil få dårligere søvnkvalitet av etanolbruk. Hos normale hemmer etanol REM-søvn og øker dyp non-REM søvn. Når etanolen metaboliseres i løpet av natten vil man typisk i siste del av søvnperioden få «rebound»-effekt med økt REM-søvn, økt innslag av lett søvn og oppvåkningsperioder. Ved selv moderat etanolbruk gir dette en liten, men tydelig reduksjon av prestasjonsevne dagen etter. I løpet av 2–3 dagers moderat bruk vil man tilpasse seg etanoleffekten og få mindre påvirkning av søvnen. Når man slutter å bruke etanol vil «rebound»-effekten føre til søvnproblemer med innsøvningsproblemer, økt REM-søvn og lett søvn, noe som kan gi marerittaktige drømmer og hyppige oppvåkninger (11). Kombinasjonen av høy promille og lite søvn er spesielt uheldig.

Nesespray, antihistaminer

Slimhinneavsvellende nesespray kan påvirke søvnen gjennom sin adrenerge sentralstimulerende effekt.

Som nevnt tidligere er aktivering av histamin H1-reseptorer vist å være viktig for våkenhet i forsøksdyr. De «gamle» uspesifikke antihistaminene kunne gi betydelig sedasjon. Nye antihistaminer skal være fri for denne effekten fordi de ikke passerer blod-hjernebarriren. Dette er imidlertid et dosespørsmål, og ved inntak av større doser kan de nye også gi sedasjon. Følsomheten for den sederende effekten av de nye antihistaminene kan også variere fra person til

person. Det synes også å være en viss forskjell mellom de ulike preparatene, der det er antydet at loratadin (Clarityn) gir mindre sedasjon enn cetirizin (Zyrtec) (12).

Antimalariamidler

Mefloquin (Larium) brukes som malariabehandling og profylakse. Som profylakse doseres det en gang i uken. Mefloquin er kjent for å kunne gi innsovningsproblemer og mareritt er hyppige, spesielt de første dagene etter inntak.

β-blokkere, tyroksin, p-piller, kardiovaskulære medikamenter og kortikosteroider

Betablokkere kan gi innsovningsproblemer og mareritt, hyppigere med ikke selektive enn selektive og vanligere ved høye doser. Tyroksinbehandling kan gi søvnproblemer, noe som er en doseavhengig bivirkning. Innsovningsproblemer er en sjeldent bivirkning av p-pillebruk, men kan bli plagsomt for personer som på forhånd har søvnproblemer. Captopril (ACE-hemmer), verapamil (kalsium-blokker) og amiodarone (antiarytmikum) kan alle gi mareritt. Kortikosteroider kan pga sin sentralstimulerende effekt gi innsovningsproblemer, noe antiflogistika (NSAIDS) også en sjeldent gang kan gi.

Naturmidler

Slankepreparater og stimulerende preparater vil på grunn av sin sentralstimulerende effekt kunne gi søvnproblemer, noe som er en doseavhengig effekt. Det er også antydet at overdreven bruk av ginseng kan gi søvnproblemer (13). Sentralstimulerende medikamenter som slankemiddel er ikke registrert i Norge, men kan relativt lett kjøpes via Internett.

Konklusjon

Mange substanser, vesentlig psykofarmaka, kan forstyrre søvnen. Dette gjelder også medikamenter som brukes i behandling av søvnproblemer, der man kan få betydelige problemer med innsovningsvansker og mareritt etter seponeering. Utredningen av søvnproblemer må inkludere en medikamentanamnese og inkludere bruk av naturmidler, som også kan forstyrre søvnen.

Litteratur

1. <http://www.legemiddelverket.no/terapi/publisert/sovn/sovn.htm> (08.08.02)
2. Spigset O. Farmakologiske effekter av koffein. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3080-1
3. Pagel JF. Medication effects on sleep. Dent Clin North Am 2001; 45: 855-65.
4. Prescrire International 2001; 10: 15
5. Keshavan MS, Reynolds CF, Kupfer DJ. Electroencephalographic sleep in schizophrenia: a critical review. Compr Psychiatry 1990; 31: 34-47.
6. The amino acid neurotransmitters and histamine. I Feldman RS, Meyer JS, Quenzer LF: Principles of neuropsychopharmacology. Sinauer Associates Inc, Sunderland Massachusetts, 1997, 391-454.
7. Winokur A, Gary KA, Rodner S, Rae-Red C, Fernando AT, Szuba MP. Depression, sleep physiology, and antidepressant drugs. Depression and Anxiety 2001; 14: 19-28.
8. Placidi F, Scalise A, Marciani MG, Romigi A, Diomedi M, Gigli GL. Clinical Neurophysiology 2000; 111 Suppl 2: S115-S119.
9. Larsen JP, Tandberg E. Sleep disorders in patients with Parkinson's disease. CNS drugs 2001; 15: 267-75.
10. Homann CN, Wenzel K, Suppan K, Ivanic G, Kriechbaum N, Crevenna R, Ott E. Sleep attacks in patients taking dopamine agonists: review. BMJ 2002 Jun 22; 324: 1483-7.
11. Roehrs T, Roth T. Sleep, sleepiness and alcohol use. Alcohol Res and health 2001; 25: 101-9.
12. Mattila MJ, Pakkaari I. Variations among non-sedating anti-histamines: are there real differences? Eur J Clin Pharmacol 1999; 55: 85-93.
13. Shannon M. Alternative medicines toxicology: review of selected agents. Clinical Toxicology 1999; 387: 709-13.



Søvn og søvnproblemer

AV BJØRN BJORVATN

Søvn er noe alle trenger. De som har opplevd en natt med dårlig søvn, vet hvordan det kan påvirke humør, konsentrasjon og yteevne. Behovet for søvn varierer imidlertid fra person til person. Det er derfor viktig å ikke vurdere en pasients søvn utfra hvor mange timer han/hun sover. Søvnkvaliteten, det vil si mengden av dyp søvn, er vel så viktig som antall timer. Generelt sett gjelder regelen at hvis man er uthvilt på dagtid, så får man tilstrekkelig søvn. Dette betyr at enkelte mennesker klarer seg med færre enn seks timers nattesøvn, mens andre må ha ni timer eller mer. Vi mennesker er forskjellige på mange måter, både når det gjelder høyde, vekt, utseende, og også når det gjelder behovet for søvn.

Søvnstadier

Gjennom natten varierer søvndybden betraktelig. Grovt sett deles søvnen inn i to hovedstadier. Det ene stadiet, kalt NREM søvn, består av karakteristiske søvnspindler og langsomme hjernebølger i varierende grad. Særlig den dypeste av denne søvnen (deltasøvnen) blir regnet som viktig for å fungere bra neste dag. Denne søvnen har vi mest av tidlig på natten. Det andre søvnstadiet, kalt REM søvn, skiller seg fra annen type søvn. Her er hjernebølgene nesten som under våkenhet, men samtidig er muskulaturen i sin mest avslappete fase. I tillegg sees karakteristiske hurtige øyebevegelser i dette søvnstadiet. De fleste drømmene opptrer i REM søvnfasen, men man kan også drømme i NREM søvn. Med tanke på funksjonsnivå neste dag regnes REM søvn som mindre betydningsfull enn den dype deltasøvnen.

Søvnregulering

Søvn lengde og dybde reguleres av et samspill mellom ulike faktorer. Sentralt her står *homeostatisk faktor*, *cirkadian faktor* og *vaner/atferdsfaktorer*. Det er slik at søvn lengden ikke bestemmes av hvor lenge det er siden man sov sist. Døgnrytmen (*cirkadian faktor*) bestemmer i hovedsak hvor mange timer man sover, og hvor trett man er når man legger seg. Dette betyr at søvn lengden varierer betydelig etter



Bjørn Bjorvatn

Førsteamanuensis ved seksjon for allmennmedisin, Ulb (50%), fastlege ved Ulriksdal legesenter (50%). Arbeider også ved Bergen søvnssenter, behandlingscenter for pasienter med alle former for søvnproblemer. Doktorgrad i søvnforskning fra 1995 (dr. med)

når på døgnet man legger seg, nesten helt uavhengig av hvor lenge man har vært våken. Antall timer i våken tilstand bestemmer imidlertid hvor dypt man sover. *Homeostatisk faktor* bygger seg opp mens man er våken, og søvnen blir dypere (mer langsomme deltabølger) jo lenger det er siden man sov sist. Samspillet mellom den homeostatiske og cirkadiane faktoren er derfor vesentlig for hvordan søvnen reguleres, og denne forståelsen benyttes i moderne behandling av søvnproblemer. *Vaner og atferdsfaktorer* regulerer også hvordan og når man sover. Sengetiden er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med når man er trett. Faktisk viser forskning at man er mindre trett om kvelden enn tidligere på dagen, som for eksempel sent på ettermiddagen. Likevel legger man seg stort sett til samme tid hver kveld, fordi man vet at man trenger et visst antall timer med søvn for å fungere neste dag. Søvnen er veldig avhengig av slige faste vaner. For å understreke betydningen av atferdsfaktorer kan vi tenke oss en nattarbeider. Midt på natten tilsier både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren at han/hun burde sove, likevel klarer nattarbeideren å holde seg våken, ved hjelp av ulike atferdsfaktorer, som for eksempel inntak av kaffe, bevegelse, samtale med andre osv. Atferdsfaktorer, eller mangel på sluke, kan også forklare at enkelte kan sovne under en kjedelig forelesning i et mørkt rom klokken ti om formiddagen, selv om både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren tilsier at det skulle



være lett å holde seg våken. Redusert input til hjernen, og dermed redusert aktivering, forklarer den uimotståelige trettheten i slike sammenhenger.

Behandling av søvnproblemer

Søvnproblemer kan skyldes flere faktorer. Det er derfor viktig at pasienter som lider av dårlig søvn gjennomgår en grundig utredning for å avdekke mulige årsaker. Finnes en sannsynlig bakenforliggende årsak til søvnvanskene rettes behandlingen i hovedsak mot denne. Hvis en pasient for eksempel har søvnproblemer og depresjon, konsentreres behandlingen om depresjonen. Ofte forsvinner søvnproblemene når den bakenforliggende årsaken behandles. Det er imidlertid ikke alltid like lett å finne en årsak til søvnvanskene, eller årsaken har forsvunnet, bare symptomet er igjen.

Det er viktig å skille mellom akutte søvnproblemer og problemer som har vart i flere måneder/år. Sovemedlærer effektive og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode, dvs i 1–2 uker. Kanskje vil en kortvarig hypnotika-kur være nok til å snu en vond trend. Hypnotika gjør imidlertid ikke noe med årsaken til at søvnen er dårlig. Det er derfor viktig å finne årsaken, og gjøre noe med denne. Ved langvarige søvnproblemer bør hypnotika unngås. Effekten av hypnotika avtar vanligvis ved langvarig bruk, noe som kan medføre behov for høyere doser. Det er fare for avhengighet ved de fleste hypnotika. Den viktigste grunnen til å unngå langvarig bruk av hypnotika er at sovemedlærer ikke løser søvnproblemene. Ofte har pasientene fremdeles søvnvansker, og nå i tillegg et nytt problem, nemlig avhengighet av hypnotika. Nyere forskningsdata kan faktisk tyde på at langvarig bruk av sovemedlærer kan opprettholde og forverre søvnproblemene.

Mange pasienter som står på hypnotika prøver på egen hånd å sove uten tabletter. Ved å kutte sovemedisinene brått, forverres nesten alltid søvnproblemene. Dette fører til at mange pasienter tror at sovemeddelet fremdeles har en gunstig effekt på søvnen. Sannheten er imidlertid at den forverrede søvnen er et resultat av at hjernen er blitt avhengig av preparatet. Sovemeddelet må reduseres gradvis for å unngå dette problemet, og flere pasienter rapporterer at de føler søvnen blir bedre etter hvert som dosen reduseres.

Ikke-medikamentell behandling av langvarige søvnproblemer

Ved kronisk insomni er det viktig med en grundig anamnese. Finner man ikke en åpenbar årsak til plagene,

bør ikke-medikamentell søvnbehandling være førstevalg. Forskningsresultater viser at over 80% får bedre søvn og fungerer bedre på dagtid etter slik strukturert ikke-medikamentell behandling. Denne behandlingen er blant annet basert på læringspsykologiske prinsipper, og går ut på å regulere tiden som tilbringes i sengen, og understreke betydningen av at sengen kun skal benyttes til å sove i. For å oppnå best mulig effekt er det viktig at behandlingen tilpasses hver pasient individuelt. Nøye registrering av søvnen fra uke til uke er av stor betydning. På den måten kan behandlingen justeres etter behov. Til slik søvnregistrering benyttes ofte søvndagbøker, hvor pasientene noterer tidspunkter for sengetid, antall oppvåkninger i løpet av natten osv. Her følger en oversikt over de best dokumenterte behandlingsformene:

Stimulus kontroll behandling

Stimulus kontroll behandling går ut på å korrigere uheldig søvnatferd, og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Pasienten får et sett med instruksjoner som skal følges nøyaktig. Det understrekkes at sengen skal brukes til å sove i. Får man ikke sove i løpet av kort tid (for eksempel innen 15 minutter), skal man stå opp, gå ut av soverommet, og ikke returnere til sengen før man igjen er søvnig. Tidspunktet for å stå opp om morgen er bestemt på forhånd, og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten reelt får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som klarer å følge instruksjonene. Behandlingen er krevende, og ofte sees en forverring av søvnplagene de første 1–2 ukene før bedring inntrer. Det er viktig å forberede pasienten på dette. En meta-analyse basert på 59 forskjellige behandlingsundersøkelser med over 2100 pasienter viste at stimulus kontroll behandling er den mest effektive behandlingsformen ved kronisk insomni. Resultatene av slik behandling viser at rundt 80% av pasientene rapporterer bedre søvn. Effekten av behandlingen vedvarer også etter avsluttet behandling. Stimulus kontroll behandling har også vært prøvd ut i allmennpraksis. Seks allmennpraktikere i Canada deltok i en undersøkelse etter et tre timers opplæringskurs. Resultatene viste at 80% av pasientene reduserte søvnlatensen, og forbruket av hypnotika ble redusert.

Søvnrestriksjon

Mange pasienter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove, og iallfall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt 5 timers nattesøvn ligger i sengen i 9–10 timer. Dette ansees som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnvanskene. Søvnres-

triksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen til den tiden pasienten reelt sover. Man benytter søvndagbok til å regne ut hvor lang tid pasienten sover. Det anbefales at tid i sengen uansett ikke reduseres til under 4–5 timer. Hvis den utregnede søvn lengde per natt er på 5 timer, begrenses pasientens tid i sengen til 5 timer, f.eks. fra kl. 02 til kl. 07. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon basert på endringer i en parameter som kalles søvneffektiviteten (total søvntid dividert på tid i sengen, oppgitt i prosent). Hvis søvneffektiviteten er over 80–85%, økes tid i sengen, mens hvis verdien er under 80%, fortsetter man gjerne uendret. Økningen i tid i sengen er gjerne 15 minutter per uke. Oppfølgingen skjer ved hjelp av søvndagbøker. Som man kan forstå er behandlingen krevede for pasienten. Ofte forverres søvnen initialt, før bedring inntrer. Det er viktig å forberede pasienten på dette. Resultatene av søvnrestriksjon er på nivå med resultatene fra stimulus kontroll behandling.

Sammenfatning av ikke-medikamentell søvnbehandling

I egen praksis har jeg god erfaring med en kombinasjon av stimulus kontroll behandling og søvnrestriksjon. Man kan forvente en betydelig forbedring av søvnen ved slik strukturert ikke-medikamentell behandling. En motivert pasient er en forutsetning. Slik behandling er derfor vanskelig å gjennomføre hos pasienter som kun kommer på kontoret for å få hypnotika, og som ikke er interessert i egeninnsats. Da er det viktig med grundig informasjon om ulykker ved langvarig hypnotika-bruk, samt å motivere pasienten for annen type behandling. I en nylig publisert randomisert kontrollert undersøkelse sammenliknet forfatterne effekten av farmakoterapi og atferdsterapi (kombinert stimuluskontroll, søvnrestriksjon, søvnhygiene og kognitiv terapi) hos pasienter over 55 år med kronisk insomni. Både farmakoterapi og atferdsterapi var effektive initialt, men den positive behandlingseffekten vedvarte kun for gruppen som fikk atferdsterapi. Her var oppfølgingstiden på to år.

Lysbehandling

Døgnrytmen reguleres av ulike faktorer, men lys har størst innvirkning. Det er påvirkning av lys som i hovedsak gjør at vi omstiller oss til en ny døgnrytme etter reiser til f.eks. USA. Lyset virker via retina direkte på nucleus suprachiasmaticus i hypothalamus, kjernen som er vår biologiske klokke. Tidspunktet for lyseksposering avgjør i hvilken retning døgnrytmen påvirkes. Lyseksposering om kvelden

vil skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgen vil gjøre. Det er derfor det er viktig å vite hva slags lidelse/plager som skal behandles. Lys gitt før sengetid forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, med det resultat at man sover lenger om morgen. Effekten på døgnrytmen er størst jo nærmere sengetid lysbehandlinga gis. Lys gitt etter oppvåkning skyver døgnrytmen andre veien og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag.

Behandling med lys er aktuelt ved døgnrytmeforstyrrelser, slik som forsinket søvnfasesyndrom, for tidlig søvnfasesyndrom, skiftarbeid og jet lag. Det er få bivirkninger ved lysbehandling. Enkelte kan klage over ubehag i øynene og hodepine de første dagene på behandling. Det er ikke rapportert om alvorlige skader på øynene, men ved øyesykdommer bør man kontakte øyelege før behandling igangsettes. Lysbehandling anbefales ikke ved manisk-depressiv sinnslidelse fordi behandlingen kan utløse hypomania/mani.

Melatonin

Melatonins effekter er under utforskning, og foreløpig er det usikkert hvilken betydning hormonet har i sykdom og helse. Det vi vet er at melatonin påvirker nucleus suprachiasmaticus. Det betyr at melatonin kan være et effektivt behandlingsalternativ til lysbehandling ved døgnrytmeforstyrrelser. Effekten av melatonin på døgnrytmen er 12 timer faseforskjøvet i forhold til lys. Det betyr at når lys anbefales etter oppvåkning (som ved forsinket søvnfasesyndrom), anbefales melatonin om kvelden. Det er uklart om melatonin er en like sterk døgnrytmeregulator som lys. Noen pasienter foretrekker melatonin fordi det er lettere å administrere, mens andre er redde for mulige langtidsbivirkninger av hormonet. Man kan også kombinere lys og melatonin i behandlingen av døgnrytmeforstyrrelser.

Kort om hypnotika

Det finnes to hovedgrupper av hypnotika: benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater. Ved søvnvansker vil jeg anbefale benzodiazepinliknende preparater (imovane, zopiklone, stilnoct), fordi disse medikamentene har færre ulykker enn benzodiazepinene. Dette skyldes blant annet at virketiden er kortere, og dermed slipper man blant annet «hangover». Det ser også ut til at benzodiazepinliknende preparatene gir mindre avhengighet og



misbruk. Indikasjonen for hypnotika er akutte, forbigående søvnvansker.

Når det gjelder andre preparater som foreskrives ved søvnvansker (antidepressiva, antihistaminer og neuroleptika) er dokumentasjonen på søvneffekter mye dårligere. I tillegg gir disse medikamentene ofte «hangover». Fordelen er at preparatene ikke er vanedannende. Jeg vil imidlertid ikke anbefale disse ved behandling av søvnvansker, hvis ikke det foreligger spesielle grunner til det, som f.eks. depresjoner o.a.

Ved valg av sovemedisin er det også viktig å se på hvilket problem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Sovemedler med svært kort virketid kan være dårlig egnet i slike situasjoner. Ved all medikamentell søvnbehandling bør man som hovedregel benytte lavest mulig effektive dose i kortest mulig tid. Ved bruk av sovemedisiner over lang tid bør man prøve å redusere/seponere.

Spesifikke plager/diagnosenter:

Insomni

Med insomni menes utilstrekkelig eller inadekvat søvn som resulterer i nedsatt funksjon på dagtid. Insomni kan bestå av innsovningsproblemer, urolig nattesøvn og/eller tidlig morgenoppvåkning, eller at søvnkvaliteten er dårlig. Man regner at insomni skyldes psykiske lidelser, og da særlig depresjoner, i rundt halvparten av tilfellene. Andre årsaker til insomni kan være døgnrytmeproblemer, smerter, hjerte- og lungeproblemer, stoffskiftelidelse, nocturi, alkohol- eller stoffmisbruk, «bivirkninger» av ulike medikamenter, og periodiske beinbevegelser under søvn (PLMS). Finner man en bakenforliggende årsak til insomnien, rettes behandlingen mot denne. Hos mange pasienter finner man imidlertid ingen åpenbar årsak til søvnplagene, og disse får diagnosen primær insomni. Mellom 1% og 5% av befolkningen ser ut til å lide av kronisk primær insomni. Denne tilstanden behandles mest effektivt ved hjelp av ikke-medikamentell terapi, slik som stimulus kontroll behandling og søvnrestriksjon. Sovemedisiner anbefales ikke ved kronisk insomni, fordi effekten er omdiskutert, og farene for bivirkninger og avhengighet av medisinene er stor.

Søvnnapné – snorkesyke

Søvnnapné kjennetegnes av gjentatte pustestopp eller ned-satt luftstrøm uten fullstendig pustestopp under søvn. Dette ledsages ofte av høy snorking. Pasientene klager i hovedsak over sterkt søvnighet på dagtid, selv om antall timer med søvn kan synes normal. Dette skyldes at søvnen er av dårlig kvalitet pga pusteproblemet. Innsovningstiden er ofte

kort. Andre symptomer er hodepine og munntørhet, spesielt om morgen. Forekomsten av søvnnapné ligger på rundt 3% av den voksne befolkning. Hvis man plages av dagtidstretthet og høy snorking bør man utredes med tanke på denne tilstanden. Søvnnapné kan være en alvorlig lidelse, som kan påvirke blant annet hjertet. De fleste utredes ved ØNH- eller lungeavdelinger. Behandlingen er avhengig av symptomer og funn. Vektredusjon er viktig ved overvekt. Mange søvnnapné-pasienter behandles med operasjoner i svelget eller med CPAP-behandling. CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) betyr at pasientene ligger med en ansiktsmaske som er koblet opp til en maskin som gir en jevn luftstrøm. Denne luftstrømmen gir et lite overtrykk i svelget, og dette hindrer at de øvre luftveiene klapper sammen under søvnen.

Narkolepsi

Narkolepsi er en alvorlig nevrologisk lidelse som kjennetegnes blant annet av ekstrem dagtidstretthet. Lidelsen kan være arvelig. Forekomsten i befolkningen varierer fra 0,02% til 0,18%. Det betyr at flere tusen nordmenn kan lide av denne sykdommen. Mange av disse er ikke diagnostisert. Symptomene starter vanligvis i ungdomsårene, men det er ikke uvanlig at det går 20 år fra det første symptom opptrer til diagnosen stilles. Det klassiske narkolepsisyndrom består i hovedsak av fire symptomer:

- Ekstrem søvnighet på dagtid. Pasientene kan plutselig og uten forvarsel sovne. Søvnen kan være kortvarig, eller vare i mange minutter.
- Anfall med tap av muskelspenning (= katapleksi), i en eller flere muskelgrupper. Anfallet kan arte seg som en liten svikt i knærne eller hakeslepp, eller kraftigere slik at pasienten mister all muskelkraft og faller om. Anfallene utesløses gjerne i forbindelse med følelsesmessige situasjoner.
- Hypnagogic hallusinasjoner. Dette er svært livlige drømmer under innsovning eller under oppvåkning. Drømmene er ofte skremmende.
- Søvnparalyse. Ved oppvåkning etter en søvnperiode føler man seg helt lammet i alle muskler. Man kan verken snakke eller bevege seg. Anfallet går over etter maksimum ti minutter, og oppleves ofte som svært skremmende.

Narkolepsi-pasienter kan også ha andre symptomer, som for eksempel hyppige mareritt og konsentrationsvansker. Symptomene varierer sterkt fra pasient til pasient. Er det mistanke om narkolepsi skal pasienten henvises til videre utredning ved et søvnsenter eller en nevrologisk avdeling. Det er nødvendig med avansert søvnregistrering for å ute-lukke andre årsaker til dagtidstretthet. Behandlingen er ofte medikamentell.

Forsinket søvnfasesyndrom

Forsinket søvnfasesyndrom er en døgnrytmelidelse som kjennetegnes av at hele søvnfasen er forskjøvet til et senere tidspunkt. Pasienter med denne lidelsen har vanskelig for å sovne om kvelden, og ligger gjerne våkne til klokken to eller senere. De har imidlertid ingen problemer med å opprettholde søvnen, og søvnlengden er normal, slik at de (hvis de ikke vekkes) sover til langt ut på dagen. Problemet oppstår hvis jobb, skole o.a. krever at pasienten må stå opp i 7–8-tiden om morgen. Denne lidelsen er spesielt vanlig i ung alder, og de fleste pasienter er 15–25 år. Forekomsten varierer sterkt etter hvilke kriterier man benytter for å stille diagnosen. Tallene varierer fra 0,17% til 7%. Diagnosen forsinket søvnfasesyndrom benyttes kun hvis pasienten ikke klarer å normalisere døgnrytmen på egen hånd, og sliter med innsovningsproblemer og tretthet på dagtid. Man regner med at den biologiske klokka går langsommere enn normalt hos pasienter med forsinket søvnfasesyndrom. De mest effektive behandlingsalternativene ved forsinket søvnfasesyndrom er lysbehandling og melatonin. Behandlingstidspunktet tilpasses hver enkelt pasients døgnrytme, noe som synes å være avgjørende for effekten.

Periodiske beinbevegelser under søvn (PLMS)

PLMS kjennetegnes av gjentatte, stereotype beinbevegelser under søvn. Disse beinbevegelsene forstyrre søvnen, og kan gi hyppige oppvåkninger. Pasienten er oftest ikke klar over sine søvnforstyrrende beinbevegelser, men klager over dårlig søvn. Enkelte våkner opp med leggkramper. Ektefelle eller andre kan av og til fortelle om observerte nattlige rykninger i beina til pasienten. Pasientens hovedplage er økt søvnighet på dagtid. Det diskutes hvilken betydning slike beinbevegelser har, og hos enkelte kan beinbevegelsene være uten klinisk betydning. PLMS er tydelig assosiert med det mer kjente restless legs syndromet, et syndrom som gir kribling eller smertefølelse i beina i våken tilstand. Pasienter med restless legs, søvnproblemer og dagtretthet bør utredes med tanke på PLMS. Diagnosen PLMS stilles ved avansert søvnregistrering, og behandlingen er medikamentell.

Parasomnier

Parasomnier er en samlebetegnelse på en rekke motoriske fenomener under søvn. Slike forstyrrelser sees hyppigst hos barn, og opphører vanligvis ved puberteten, men hos noen vedvarer plagene også i voksen alder. Forstyrrelsene kan forklares som en ufullstendig oppvåkning med varierende grad av fysisk aktivitet, og mer eller mindre meningsfylt oppførsel samtidig som personen ikke er kontaktbar, og altså fortsatt sover. De vanligste formene er søvnkjengeri, snakking i søvne, nattlige skrekkanfall, ufullstendig opp-

våkning med forvirring, søvnrelatert spising og ufrivillig urinavgang under søvn. De forekommer som regel tidlig på natten i forbindelse med overgangen fra første periode med dyp søvn til mer overfladisk søvn. Det er uvanlig at barnet husker noe av hendelsen neste dag. Det er sjeldent nødvendig med annen behandling enn å berolige foreldrene med at dette er ufarlig, og at barnet vil vokse det av seg. Ved søvnkjengeri er det viktig å vurdere tiltak for å forhindre skader, f.eks. ved å låse dører og vinduer. Det anbefales å ikke vække barnet. Disse parasomniene øker ved søvnmanget, sannsynligvis fordi dette medfører økt mengde av den dype søvnen. God søvnhygiene er derfor viktig.

Referanser

- Bjorvatn B. Langvarige søvnvansker – kan de behandles? Tidsskrift for Den norske lägeforening, 2000, 120: 579-82.
 Czeisler CA, Dijk D-J. Use of bright light to treat maladaptation to night shift work and circadian rhythm sleep disorders. J Sleep Res 1995; 4: 70-3.
 Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. JAMA 1999; 281: 991-9.
 Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994; 151: 1172-80.
 Ursin R. Søvn. En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer. Oslo, Cappelen Akademisk forlag 1996. 170 s.



En allmennmedisinsk erfaring:

Å være pasienters

AV ANNE LIUSET KIRKENGEN

Som følge av et langt primærlegeliv og som bivirkning av systematisert nysgjerrighet har jeg tilegnet meg en form for særkunnskap. Jeg mener å ha forstått noe om hvordan krenkelse, avmakt og ydmykelse kan gjøre mennesker syke. Mer presist sagt har jeg prøvd å oppnå en dypere forståelse av det patogene potensiale i slike menneskelige erfaringer.

Som forskningsansats valgte jeg en eksistensiell marginalefaring som omfatter både avmakt, krenkelse og ydmykelse, nemlig seksuelt misbruk i barndommen. Ved å gå til mennesker med en erfaring fra kanten av det eksistensielt tålelige – som det å bli gjort «hjemløs» i barndommen representerer – kunne jeg studere de generelle mønstrene som kjennetegner det som fenomenologiske filosofer kaller Unheimlichkeit, uhjemmelighet, hjemløshet. Samtidig fikk jeg innsikt i de spesielle særpregene som kjennetegner den enkelte krenkede personens tap av hjemmefølelse, det vil si av trygghet i egen familie, eget hjem, egen venneflokk, eget naboskap og den egne kroppen.

Legelivet, nysgjerrigheten og innsikten har tilsammen hatt flere bivirkninger. En av disse er at en stadig større gruppe krenkede mennesker – mest kvinner, men også stadig flere menn, har funnet frem til min praksis. En annen bivirkning

er at min deltagelse i deres behandling gjør meg delaktig i en erkjennelsesprosess omkring langtidsfølgene av det de har opplevd. Erkjennelsen fører av og til med seg at de skadde personene bestemmer seg for å anmelde sin(e) overgriper(ere). Slik er jeg, i rollen som et sakkyndig vitne, blitt involvert i såvel strafferettelige som sivilrettelige vurderinger av mine pasienters anklager.

Sakkyndig vitne i en straffesak i byretten

Gjennom medisinstudiet var jeg ikke forberedt på rollen som sakkyndig vitne, slik den er definert gjennom reglene som kjennetegner en juridisk prosedyre. Den første saken jeg ble innkalt til som vitne handlet om en klage fra en av mine unge, kvinnelige pasienter. Klagen var rettet mot Skolesjefen i Oslo. Den gjalt seksuelle overgrep over flere år i rammen av undervisningen på en barneskole. Overgriperen var en lærer som nå var død. Overgrepene hadde omfattet alle former for kroppslig kontakt inkludert vaginalt samleie, og de hadde funnet sted under gymnastikk timer og svømming i skolens lokaler, eller under aktiviteter etter skoletid under lærerens ansvar. Min pasient hadde vært en av en gruppe elever som denne læreren hadde «begunstiget» med spesiell oppmerksomhet fordi de var flinke og ivrig i idrett. Særlig under aktivitetene etter skoletid hadde disse barn «fått lov» til å gjøre ting som ikke inngikk i de



Anne Luise Kirkengen

spesialist i allmennmedisin og har vært solopraktiker siden 1975 på samme sted i Oslo; er fastlege for 900 pasienter; har tatt en medisinsk doktorgrad i 1998 (helsefølger av seksuelle overgrep i barndommen), og har utgitt en bok om dette emnet i 2001.

vitne i rettssalen

vanlige øvelser, slik som å skli naken på en grønnsåpe-bane i gymnastikksalen.

Barnas fortellinger om slike «privilegier» hadde i sin tid aktivisert foreldre til å fremføre både skriflige og muntlige bekymringsmeldinger til skolens ledelse. Men der hadde man avvist henvendelsene som ubegrundet. Selv et foreldremøte hadde strandet på at rektor hadde avvist foreldrenes mistanker om ureglementert undervisning, ja endog misbruk av barn gjennom en av skolens ansatte.

Jeg bevitnet min pasients omfattende skadethet ut fra min almenmedisinske vurdering. Rettens sakkynlige var to ledende fagpersoner innen norsk barne- og ungdomspsykiatri. De godtok min argumentasjon og mine skadebelegg til tross for at det i en tradisjonell medisinsk forstand ikke fantes bevis av en vaginal voldtekts mer enn ti år etter at den faktisk hadde skjedd. Bevisene lå nemlig i barnets og tenåringens utvikling og hennes væremåter, og ikke minst i den unge kvinnens nåværende, omfattende helseproblemer og komplette funksjonssvikt. I en fenomenologisk tolkning av hennes sykdomshistorie fremkom nemlig en logikk: hennes synlige måter å skade seg selv speilet de skjulte måter med hvilke læreren hadde skadet henne.

Hun fikk medhold i sin klage og fikk tilkjent en opprensning.

Sakkynlig vitne i en injuriesak i lagmannsretten

Den neste saken jeg ble involvert i handlet om en klage fra en kvinne mot en mannlig medstudent, begge medlemmer av et kull av studenter på en høyskole. Kvinnen hadde følt seg presset til å anmeldte mannen for voldtekts i hennes leilighet natten etter at kullet hadde feiret en eksamen. Hun hadde hevdet at hun hadde gått alene hjem, at mannen hadde fulgt henne, kommet inn i hennes leilighet og nektet å gå til tross for at hun hadde anmodet ham om det. Så hadde han gjort stadig mer intense tilnærminger. Hun hadde mistet bevisstheten men hadde forstått at hun var

blitt voldtatt da hun våknet igjen, men uten å kunne huske detaljer. Hun hadde omgående ringt til en venninne og fortalt hva som hadde hendt. Hun hadde ringt en allmennlege og fått time samme dagen. Hun var blitt godt mottatt og henvist til nærmeste gynekologiske poliklinikk for dokumentasjon – men hun hadde ikke klart å reise dit.

I det neste studieåret, med sin medstudent daglig i nærheten, hadde hun følt seg konstant i alarm. Snart hadde hun fått helseplager hun aldri hadde hatt før, og store problemer med hukommelse og konsentrasjon. Studiene var blitt slitsomme. Rykter hadde begynt å versere og hun var blitt satt under press av kullkolleger. Da hadde hun gått til anmeldelse. Mannen hadde ikke benektet samleie, men hadde derimot hevdet at hun hadde samtykket. På dette grunnlaget anmeldte han sin anklager for injurie. Lagmannsretten ga ham medhold.

Min medisinske begrunnete fremstilling av hennes omfattende helseproblemer som klare dokumenter av overgrep, ble avvist av retten. Fenomener som avspalting av traumatiske minner, flash-back opplevelser utløst av triggere, unnårelser og fobier, mareritt, angst og panikkanfall i visse sosiale situasjoner, kroppslig avverge fremkalt av sensorimotoriske assosiasjoner – alt det som kjennetegner virkningen av overgrep, ble ikke tillagt gyldighet som bevis.

Denne saken gjorde tydelig for meg at rettsvesenet vektlegger ny medisinsk kunnskap på ulik måte med henblikk på hva som tillegges forensisk evidens. Begrep som dissoisasjon, flash-back og sensorimotoriske triggere er for lengst integrert i traumatologiens vokabular. Nevrofisiologens utforskning av endringer langs hypotalamus-hypofyse-binyrebark-aksen utløst av eller knyttet til traumatisk erfaring gir nesten så «harde data» som genetisk granskning. Da jeg i rettssalen brukte begrepet «avspalting» spurte en av meddommerne rettens formann hva det var jeg hadde sagt. Formannen ristet på hodet. Det ble ikke flere spørsmål til dette tema. Da jeg beskrev flash-back som et erindringsglimt som stammer fra en helt bestemt, autentisk men ikke

gjenkallelig kontekst, spurte en av dommerne om den anklagedes angivelige indre bilder kunne tilhøre en helt annen situasjon enn angeldende. Da jeg svarte at det var lite trolig fordi bildene «passet» inn i én bestemt sammenheng, vendte han seg til en meddommer og hvisket hørbart «hun forstår ikke spørsmålet», hvorpå meddommeren nikket – og skiftet emnet.

Sakkyndig vitne i en erstatningssak i byretten

I den tredje saken jeg vil beskrive ble jeg involvert på vegne av en kvinnelig pasient jeg hadde kjent i mange år. Hun hadde vært langtidssykemeldt før hun konsulterte meg for første gang. Det var hennes kvinnelige terapeut som hadde bedt henne ta kontakt med meg. Hensikten med pasientens henvendelse var et behov for medisinsk utredning og behandling og en begrunnelse for medisinsk rehabilitering. Mens hun var under parallel oppfølging hos terapeuten og meg, ble det tydelig at hun ikke kunne komme tilbake til sitt tidligere yrke og at hun ville søke om yrkesrettet attføring. Pasienten hadde en betydelig kompetanse i et helsefag, men det virket som om hun var kommet i tvil om biomedisinens moralske substans. Hun syntes ikke å kunne identifisere seg med faget sitt lengere. Min erklæring til Trygdeetaten handlet om dette, og jeg argumenterte med utbrenthet i forhold til omsorgsfunksjon. Mens søkeren ble behandlet, arbeidet hun videre med terapeuten sin som informerte meg om betydelige fremskritt. Noen måneder senere ble søkeren avslatt. Innen da hadde hun betrodd til sin terapeut at hun var blitt seksuelt misbrukt under dekke av terapi av en psykiater som hun hadde konsultert i flere år. Da hun anket avslaget

ba hun meg om en erklæring som handlet om disse år med «terapi» som hadde endt med et sammenbrudd. Denne informasjonen gjorde begripelig hva som hadde utløst hennes paniske flukt fra medisinfaget: hun var forut for å oppsøke sin nåværende terapeut blitt head-hunted til et team under ledelse av en mannlig psykiater. Og selv om tilbuddet var ytterst smigrende faglig sett, utløste det en krise som kunne avleses både av hennes helseproblemer og frekvensen i sykemeldinger fra denne tiden av.

To år senere bestemte kvinnen seg for å anmeldte sin tidligere psykiatriske behandler. Politiet fant flere klager på samme lege, om enn foreldede. Noen av disse tidligere klagerne var beredt til å vitne mot den samme psykiateren for seksuelt misbruk under behandling. Det ble berammet en straffesak med min pasient som klager. Men saken ble avlyst fordi anklagedes forsvarer hadde påpekt at den mest fornærmede handlingen min pasient hadde gitt til protokoll, hadde foregått før en viss dato. Qua dato var den blitt foreldet med henblikk på strafferettlig forfølgelse. Ergo fantes ingen straffesak lenger. Derfor rådet bistandsadvokaten å gå til sivil søksmål om erstatning for voldsskade.

I denne saken var jeg innkalt som medisinsk sakkyndig vitne i min rolle som klagerens lege gjennom de senere år. Anklagedes advokat, en skarpskodd jurist, hadde funnet det taktisk riktig å så tvil om både min faglige hederlighet og om korrektheten av min medisinske fremgangsmåte. Jeg var uforberedt på et forhør der jeg gradvis kom til å fremstå som en lege som ikke bruker diagnosesystemet på



ILLUSTRAKSJONSFOTO

en korrekt måte i sine erklæringer og som ikke bedriver sitt fag lege artis. Opplevelsen av at det plutselig var meg som var «anklaget» var en sjokkerfaring som fremdeles har sin ettervirkning.

Min pasient fikk medhold i at hun var blitt påført en skadelig og krenkende «behandling», men retten fant at hun selv burde ha skjønt dette umiddelbart etter at hun brøt sammen og sluttet å konsultere psykiateren. Hennes klage handlet følgelig om et foreldet forhold. Og hennes tidligere terapeut ble frikjent på grunn av denne foreldelsen av forørig straffbare handlinger.

Er visse typer faglig kyndighet en menneskelig belastning?

Siden den sistnevnte saken har jeg opplevd å bli oppnevnt som rettens medisinske sakkyndige i en straffesak mot en allmennmedisinsk kollega, anklaget for seksuelt misbruk av flere kvinnelige pasienter. Oppnevnelsen skjedde på anmodning av Statens Helsetilsyn. Den rettsmedisinske kommisjon fant, etter nesten syv måneders vurderingstid, at min analyse av de meg forelagte dokumenter ikke var i samsvar med kravene til en sakkyndig erklæring i en straffesak mot en kollega. Denne vurderingen ble bekjentgjort en uke før saken begynte.

Jeg ble omgående avsatt som sakkyndig på bakgrunn av denne «underkjenningen», som det het i rettens begrunnelse. Siden Den rettsmedisinske kommisjon ikke har mandat til å underkjenne sakkyndige rapporter, har Loven ikke forutsett en slik situasjon. Det avskar meg følgelig, i kraft av en manglende ankeinstans, fra å kunne klage på

denne avgjørelsen. Jeg ble derfor stående som en fagperson som ikke hadde gjort en kvalifisert analyse. En slik autorisert avsløring av ufaglighet medfører dårlig rykte eller offentlig skam.

Det fantes følgelig ikke en medisinsk kyndig person i retten for å vurdere indikasjonen for visse dokumenterte handlinger i forbindelse med allmennmedisinske undersøkelser, behandlinger og forskningsformål. Retten fant legen skyldig i «kynisk utnyttelse» av sine kvinnelige pasienters sårbarhet, tillit og avhengighet. Anklagede har anket dommen.

Dommen er også anket i den tredje av de foran nevnte sakene, men i dette tilfelle av saksøkeren, det vil si min pasient. Hun ringte meg nylig for å fortelle at jeg ville bli innkalt på nytt – som hennes vitne. Det første jeg spurte henne var om jeg ville møte den samme forsvarsadvokaten. Da hun bekrefet det, kjente jeg at jeg fikk smerter i maveregionen. Denne advokaten har nemlig sittet på min høyre skulder siden vårt foran beskrevne møte. Når jeg gjør journalnotater hører jeg ham spørre: Er dette korrekt? Samsvarer det med klassifikasjonssystemet? Er det den rette diagnosen? Tolker du riktig?

Jeg er nå blitt en lege som tenker etter hver konsultasjon og ved hvert journalnotat: kan jeg forsvare det jeg her skriver overfor en advokat som vil bevise mine faglige mangler.

Og verre skal det nok bli. Den neste saken hvor jeg skal bevitne en kvinnelig pasients varige skadethet gjelder to isolerte overgrep av samme person for mange år siden. Den er berammet til tidlig i høst. Den kaster en skygge over sommeren.

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: rmtrove@online.no

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

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed





To problemer...

Hos eldre menn er benign prostatahyperplasi (BPH) det vanligste urologiske problem og hypertensjon den vanligste kardiovaskulære tilstanden¹⁾. 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 tablet inneholder doxazosin, mesilat, aequivalenter doxazosin, 4 mg, resp. 8 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E172), titanidoksid (E171).

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

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk alfa1-reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksredusjon i 24 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdosering er det liten foskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis aleose eller i kombinasjon med tiarid, betablokker, kalium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi (BPH) symptomatisk ved selektiv alfa-adrenoreceptorblokkade i glatt muskulatur i strooma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter er klinisk insignifikante. Effektstudier indikerer at pasienter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottabletter som med 1 mg, 2 mg og 4 mg konvensjonelle tabletter. Doxazosin har en positiv effekt på lipidene og en beskjeden økning av rationelle HDL/totalkoleserol er sett. Den kliniske verdien av dette er ikke fastslått. In vitro studie viser antioksyderende egenskaper.

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

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

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

INDIKASJONER: Hypertension. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

KONTRAINDIKASJONER: Kjenner overfølsomhet overfor quinakoliner eller øvrige innholdsstoffer. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsevirring, esofagusostruksjon eller enhver grad av redusert lumenidiameter i gastrointestinaltraktus.

BIVIRKNINGER: Vanligst er bivirkninger av postural type (sjeldent med synkopé) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, perfiser ødem, asteni, sommolepsis, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diarré, kvalme, oppkast og gastroenteritt), munnsårhets, ryggsmerte, hystismerte, postural hypotensjon, palpitasjon, takykardi, myalgi, bronkit, hoste, pruritus, urinkontinens, cystitt og rhinitis. For konvensjonelle tabletter er i tillegg følgende rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med alfa1-blokkere. Tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner, hudosletti, trombocytopeni, purpura, neseblødning, leukopeni, hematuri, cholesterols, hepatitis, gultot, gulsort og umormale leverfunksjonsproblemer og tåkesyn er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert, men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom: Takykardi, palpitasjon, brystsmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier. Bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarer den for konvensjonell tablet. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletten signifikant lavere enn for konvensjonelle tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg konvensjonell tablet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienten må informeres om at doxazosin er omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Det somme skallet utskilles og kan sees i frises. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylaksje 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 lettare hypertension er spesielt velegnet for behandling med alfablokker³⁾. Carduran (doxazosin) gir minimal effekt på blodtrykket hos normotensive BPH-pasienter, mens blodtrykket hos hypertensive reduseres signifikant¹⁾

CARDURAN CR® DOXAZOSIN

forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesviktet før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøy i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Doxazosin skal administreres med forsikrighet til pasienter med nedslatt 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 beniga prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. For behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøy med digital rektal eksammasjon, 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. Føsok hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt. Dyreforsøk med høye doser har vist redusert føtal overlelse. Bruk under graviditet bør unngås. *Overgang i morsmilk:* Dyreforsøk indikerer akkumulering i brystmelk. Overgang i human morsmilk er ukjent. Preparatet bør derfor ikke brukes under amming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan tas sammen med tiaziddiureтика, furosemidi, beta-blokkere, ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler, antibiotika, perorale hypoglykemiske legemidler, urinsjørende medikamenter eller antikoagulerende midler.

DOSERING: *Depottablettene må sveles hele og skal ikke tygges, deles eller knuses.* Tas med vann, og kan tas med eller uten mat. Vanligste dose er 4 mg 1 gang daglig. Ved behov kan dosen øktes 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 nedslatt nyrefunksjon. Ved nedslatt leverfunksjon, se Forsiktigheitsregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Inntrer hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indiskret på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER:

| | | | |
|-------|---------------------------|-------|-----------------------------|
| 4 mg: | Enpac: 28 stk.: kr 226.20 | 8 mg: | Enpac: 98 stk.: kr 1.179.90 |
| | 98 stk.: kr 713.00 | | Endos: 50 stk.: kr 618.70 |
| | Endos: 50 stk.: kr 380.40 | | |

*Basert på SPC godkjent av Legemiddelverket 4.12.2000. T: 12
Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi.*

- Ref. 1. Steven A.Kaplan, Norman M.Kaplan. Urology 1996; 48(4): 541-550
- 2. Robert M.Guthrie, Richard L.Siegel. Clinical Therapeutics 1999; Vol.21, No.10: 1732-1748
- 3. Trygve Talseth, Hans Hedlund. Tidsskr nor Lægeforen 1997; nr.3, 117: 389-93.



Life is our life's work

Postboks 3, 1324 Lysaker, Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99

www.pfizer.no

Om samtalen

– fra vuggen til graven

AV JOH FR. THAULOW

Når denne artikkelen omhandler samtalen som fenomen og begrep, er det blant annet fordi samtalen som kulturbærer og verdiskaper synes å bli mindre viktig i vår stadig mer omfattende IT- og bildeskjerm-tilværelse. Samtidig som denne forandringen viser seg å kunne føre til ganske markante mentale og sosiale problemer.

I et stort tysk vitenskapelig arbeid om «Die Kunst der Erziehung» – om oppdragelsens kunst – fra 1996, listes det opp en lang rekke mentale og sosiale avvik hos tyske barn og ungdom. Disse settes i klar forbindelse med en sviktende samtale-evne i familiene, mellom barn og foreldre. (Personlig meddelelse. Guttorm Fløistad.)

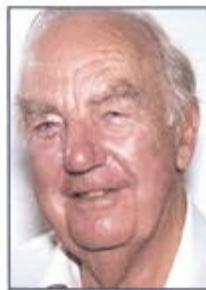
Travle arbeidende foreldre med liten tid og overskudd til hjemmet fører med seg at barn ikke får tilstrekkelig anerkjennelse og bekrefteelse av foreldrene, og dermed ikke tilstrekkelig følelse av å være av verdi. Dermed søker de annet fellesskap utenom hjemmet, det være seg positive klubbsammenhenger eller destruktive ungdomsbander. Eller en ukritisk data-tilværelse.

14 år gamle tyske barn anno 1996 har tilbrakt 14 000 timer i skolen, mens de har sittet ordløse hele 180 000 timer foran bildeskjermen. En slik tiltagende enveissituasjon med digitalt dataspråk og tekstmeldinger som hovedinnhold, fører med seg manglende kunnskap om det talte ord. Barna blir henvist til andre uttrykksmidler enn det som forekommer i den fellesskaps-skapende samtalen. Det blir lett til utagering, det vil si allehåndte handlinger som erstattning for ord og tanker.

Først om samtalen generelt, om samtale – *kunsten*. Dernest noe om de *ulike betegnelsene* vi har på det å snakke sammen, og til slutt om samtalen i de ulike *livsfasene*, fra vuggen til graven.

Samtalekunsten

Å samtale – i den gode samtale – er en kunst. En vanskelig kunst. Kunst er det man ikke kan, for hvis man kan det er



Joh. Fr. Thaulow

Forfatteren, født i 1921 – er psykiater og psykoanalytiker, har skrevet mange artikler om lege-pasient-forholdet, de siste årene med økende fokus på samtalen som fenomen og mellom-menneskelig møteplass.
Han har i en årekke vært tilknyttet psykiatrisk avdeling, Lovisenberg, som avd. overlege og senere sjeflege samme sted. Etter oppnådd pensjonsalder privat psykoterapi-praksis, og undervisning som hovedvirksomhet.

det jo ingen kunst. Den gode samtalen grunnlag er å lytte til den andre, vente tilstrekkelig til at ordene har sunket ned i deg, for så å gi ditt svar, gjerne med et nytt spørsmål. Med andre ord en venting som ofte oppleves pinlig i en vanlig sosial situasjon.

Forfattere og filosofer kan være oss til hjelp i å forstå samtale-kunsten. Herman Hesse skriver i sin bok om Siddartha – brahmanens vakre og kloke sønn, som gjennom sin opplevelser i templet kunne og visste alt, men som likevel følte at det var noe grunnleggende han manglet. Han bega seg på en lang og omflakkende reise i Buddhas verden, og traff til slutt den gamle fergemannen ved elven som «forsto som få å lytte. Uten at han (fergemannen) hadde sagt ett ord, følte Siddartha hvordan fergemannen hadde tatt hans ord inn i seg, stille, åpent, ventende, uten å miste noe, uten å vente med utålmodighet, uten å skyte inn verken ros eller daddel, han bare lyttet. Siddartha folte hvilken lykke det er å bekjenne seg til en slik tilhører, senke sitt eget liv, sin egen søken, sin egen smerte ned i et slikt hjerte.» (1).

Nå er det kanskje mest i mitt eget fagområde – psykoterapiens – at disse refleksjonene har full gyldighet. Men likevel – kanskje til ettertanke i enhver samtale.

Et såkalt klinisk eksempel: En ulykkelig dame oppsøkte en god, gammel gynekolog. Etter en rutinemessig undersø-

kelse brast alle hennes sorger og bekymringer ut av henne – gynekologen lyttet. Til slutt sa hun: «men dette kan vel ikke De gjøre noe med, doktor». Han svarte: «Men nå er vi to om det». En enkel bemerkning hun aldri glemte – og som hun bar i hjertet sitt.

Hvis man skal finne det sted hvor den andre er, slik gynekologen gjorde det, med den ulykkelige damen – som tydelig var ensom med sin ulykke, er det klokt å lytte til hva Søren Kierkegaard sier i i sin berømte epistel fra 1895 «Til ettertanke»: «At man, naar det i Sandhed» – sier han – «skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der hvor *han* er og begynde der.» Og det gjøres best ved å vente og lytte. Først finne ut hva den andre mener, respektere ham og hans meninger. Først da kan man i en dialog formidle en forandring som begge kan følge med i. Da kan samtalen bli en prosess – og ikke et produkt, dersom vi nå liker prosessen bedre enn produktet.

Siddartha lærte tre grunnleggende forhold av fergemannen. Det ene var å vente, det andre var å tenke, det tredje var å faste. Siddartha og Kierkegaard sier det samme om samtalekunsten fra hvert sitt ståsted.

Hvis vi *venter* oppmerksomt og tålmodig, får den andre sjansen til å forklare *seg*, før vi forklarer *ham*. Dette skaper rom for den andre, noe som er viktig for oss alle, ikke bare for mennesker med mentale vansker – som kanskje aldri tidligere har opplevet et rom for seg.

Det andre han lærte var å *tenke*, det vil i denne forbindelsen si at vi må prøve å forstå. Det er ikke gjort i en håndvending. Vi må la tankene våre så å si tumle rundt i hodet en stund, slik at de kan bli renset for våre eventuelle fordømmer og forventninger. Skal vi oppnå en god dialog må vi legge til side «jeg-vet-best» holdningen som vi så lett griper til.

Kierkegaard sier: «Jeg maa forstaa mer enn ham – dog vel først og fremmest aa forstaa det han forstaa. Naar jeg ikke gjør det, hjelper min mer-forstand ham slett ikke. Da er det fordi jeg er forfengelig og stolt, og egentlig vil beundres av ham. Det å hjelpe er ikke aa herske, men aa tjene, det at være villig til inntil videre at finde seg i at have uret, inntil man forstaa hva den andre forstaa.»

Det tredje han lærte var å *faste*. Ikke i materiell forstand, men i betydningen avstå fra tilfredsstillelse på den andres bekostning. Slik det er lett å gjøre hvis vi er oppslukt av et fag, av en teori. Da kan det bli fritt frem for subjektivitet, fordømmer og kjepphester. Kjepphester rider man



ILLUSTRASJONSFOTO

som kjent best alene. Det er fristende å imponere og triumfere både åpent og fordekt – når vi såkalt «vinner» en diskusjon.

Etter denne mer filosofiske eller teoretiske innledningen kan det være på sin plass å gå over til en mer jordnær og praktisk orientert fortsettelse.

Samtalebetegnelser

Vi har et mangfold av betegnelser på samtaler. Vi pludrer, skravler, prater, vi snakker, vi konverserer og vi samtaler. Det er fristende å gradere disse langs en verdiskala, hvor pludring graderes lavest og samtale høyest. Men da overser vi at pludring med et spebarn kan være minst like forpliktende og virksomt som de voksnes alvorsfylte samtale.

Norsk riksmålsordbok (2) sier om det å *pludre*: «småprate uforpliktende og fortrolig». Pludre gjør vi med barn som ennå ikke har fått ord, og vi får babbling som gjensvar. Det er fortrolighet på sitt fornemste. Jeg er ikke enig med ordboksforfatteren i at pludring er uforpliktende. Tvert om, men det kommer jeg tilbake til.

Om å *skravle* sier ordboken at det er «høyrøstet, tomt og innholdsløst snakk, særlig om ting som en ikke forstår eller helst burde tie med – særlig hos kvinner». Noe jeg så av gjort kommer tilbake til.

Prate defineres som en «gemyttlig samtale, bland gode venner passiarer vi i en tvangsfri samtale». (2) Dette er av umiselig verdi i vårt dagligliv, men kanskje mer tvilsomt i faglige sammenhenger. Prater vi gemyttlig med legen for eksempel?

Vi bruker ofte ordet snakke, og det i en nesten uendelig rekke av sammenstillinger. Vi kan snakke *bort*, snakke *bak ryggen*, snakke *over hodet på*, snakke *til* – snakke *med* og snakke *om*.

Om ordet *snakke* sier Etymologisk ordbok (3) at den skotske opprinnelsen for ordet «*snak*» er å «smekke med kjevene». Grunnbetydningen både i svensk og germansk språk er å frembringe en «*skrapende eller snøftende lyd*». Ikke desto mindre kan vi bruke ordet snakke også i mer positiv betydning. Vi snakkes. Vi får snakke mer om det. Ordet snakke har med andre ord et mangfold av meningsinnhold og et vidt spekter av bruksområder. Det er nok mange profesjoner hvor den ene part opplever den annen som «smekker med kjevene» og kommer med «snøftende lyder». Jeg tror at vi leger, og mange andre profesjonelle – trenger å trenne oss på hvorledes snakket vårt oppleves av den andre.

Ordet *konversere* stammer fra det latinske *conversari* (4): å omgås med. Konversasjonen er ofte innledningen til noe annet. Vi starter for eksempel med å konversere om det som alle snakker om, men som vi har et uforpliktet forhold til og ute av stand til å gjøre noe med; nemlig været. Eller noe annet av allmenn interesse, som en slags overtyre til noe mer personlig.

Når vi *konverserer* er det i henhold til Riksmålsordboken å føre «en selskapelig samtale om emner av mer allmenn interesse som ofte ikke har annet mål enn å fylle tiden.» Det er fristende å tenke seg konversasjonen som et slags mellommenneskelig krydder som vi kan glede oss over på en uforpliktende måte, men som også kan være innledningen til en dialog om mer engasjerende emner.

Når vi *diskuterer* har det en litt annen klang i retning av meningsutveksling mellom likeverdige, noe som har til hensikt at partene kan bli litt klokere. Pussig og tankevekkende er den latinske ordopprinnelse *discutere* som betyr «riste fra hverandre». Når vi diskuterer er det kanskje nettopp det vi gjør: sette sammen gamle argumenter på nye og konstruktive måter.

Ordet *samtale* vurderer vi ofte som det høytideligste, det mest forpliktende for begge parter. Det indikerer likeverdigheit, et samvær mellom to parter som forplikter seg til hverandre.

Men ordet «*sam*» har som grunnbetydning «sammen med». «*Communicatio*» er i den latinske ordbok en (3) oversatt med «det at gjøre noget felles, give del i noget». Viktige elementer i all kultur og samfunnsdannelse, hvor det å finne sammen i et samfunn er av overordnet verdi.

Forstavelsen *sam* «uttrykker fellesskap, når innbyrdes forbindelse, innbyrdes overensstemmelse eller harmoni» – i henhold til Riksmålsordboken.(2) Et fellesskap uansett aldersforskjell. Enten det gjelder samtalen mellom barn og oldinger eller mellom jevngamle. Uansett foreligger det jo et personlig og gjensidig forhold mellom to levende og opplevende mennesker. Sagt med andre ord: samtalen er det grunnleggende og ønskede middel og mål i alle mellommenneskelige forhold.

Tale er avledet av det engelske «*tale*», som i mange sammenhenger betyr eventyr og fortelling.(2) En fortelling, det å fortelle, skjer innenfor en gjensidig forpliktende situasjon, hvis det skal bli fortelling og ikke bare snakk. Fortelling krever ikke bare en seriøs og emosjonelt engasjert forteller, men også en part som er engasjert lyttende. Tenk på

barnet som taust og spent har lyttet seg gjennom et eventyr, og som spontant utbryter «fortell mer da morfar!» ved eventyrets slutt.

Disse ulike måtene å formidle ord preger og preges av de ulike livsfasene våre.

De fasene jeg har valgt er livmorfasen, spedbarnets, småbarnets, puberteten den voksne alder, og dødsleie-fasen.

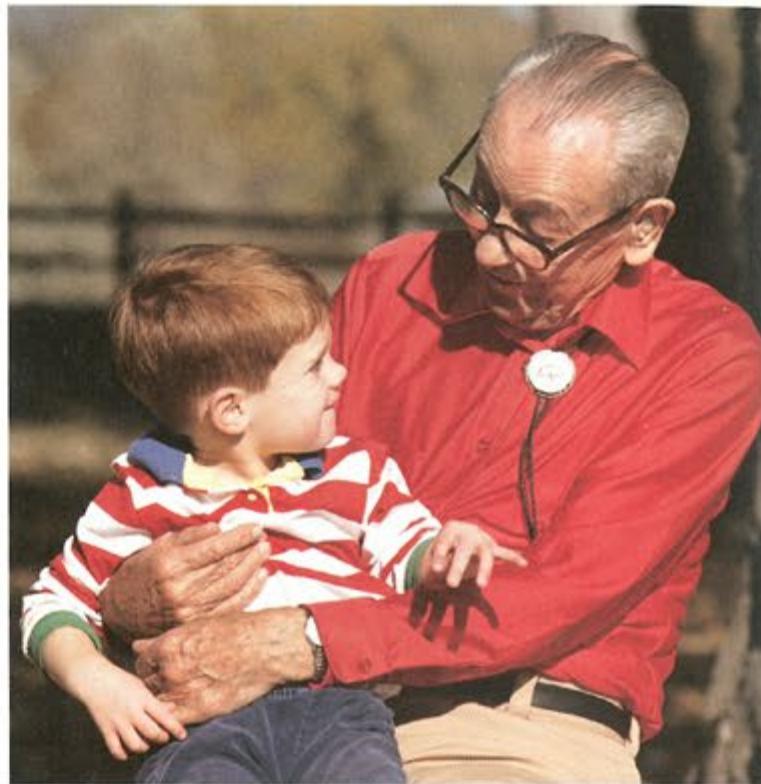
Livmorfasen. Det er enfoldig å tenke at fosteret ikke erkjenner og «lager» lydene fra mors og fars stemmer allerede i fosterlivet. Det er fascinerende å tenke at en far som synger for fosteret sitt, allerede har etablert en gjenkjennbar kontakt. Det er nærliggende å konkludere med at vi som foreldre må være klar over vår delaktighet og ansvar for samspillet – også lenge før ordene har fått sin endelig form og betydning.

I spedbarnsfasen er det fascinerende lett å se at spedbarnets blikk allerede tidlig møter ditt eget. Vi kan undres på hvorfor. Det er ikke så selvsagt at spedbarnets første uartikulerte lyder på en like underlig og fascinerende måte møter våre egne. Hvis man først blir opptatt av dette møtet, er det en kontakt som griper dypt – når vi opplever at det virkelig går an å «snakke» med et spedbarn. Hvor smilet sprudler frem hos begge parter når lydene gjentas – om og om igjen. Det er en forløper for den litt senere alders umettelige trang hos småbarnet til å foreta de samme handlingene om og om igjen – til mulig utmattelse for besteforeldrene. I begge tilfeller foregår det en uvurderlig trening eller opplæring i samspill og samvær med andre mennesker

Braatøy – mannen som noterte seg så mangt – hevdet at hvis han kom i sykebesøk til en liten unge som skrek og var redd, så tok han ungen på armen og etterfulgte ungens respiration. Da roet ungen seg (personlig meddelelse). Prøv selv! Det å bli møtt – bli hørt og sett – og få respons – er viktig for oss alle, uansett alder.

Konklusjonen på disse små betraktingene om spedbarnsfasen er at det allerede her legges et grunnlag for den gode samtale i de senere fasene hvor ordene oppdages, utprøves, tar form og får innhold.

Småbarna kan umiddelbart knytte seg trygt til en person – men kan vendte seg spontant bort fra en annen. Der hvor de voksne prøver å legge an et småbarnspråk – det vil si å gjøre seg kunstige, så vender ungen seg bort. Hvor intensjonen er å være på like fot, blir det paradokslt nok til det stikk motsatte. Der hvor den voksne rolig og trygt bruker sin naturlige talemåte – men med forståelige ord, trygger



ILLUSTRASJONSE

det ungene. Jeg tenker meg at tilgjørheten, det som kommer fra det man tror om den andre, virker forstyrrende. Mens det naturlige og spontane og ikke forutinntatte – virker betryggende og kontaktskapende. Når man som bestefar kan være sammen med småbarnebarna – uforstyrret av oppdragerbyrden – er det et eventyr å delta i ungenes stadig utvidede og eksperimenterende bruk av ord.

Å bli tatt på alvor allerede i småbarnsfasen er like nødvendig som det kan være vanskelig. Ordet trassalder bruker vi ofte i negativ betydning. Ikke desto mindre er det nettopp her i trassalderen det første grunnlaget legges for det tilhørende menneske. Og med tilhørig mener jeg et menneske som alltid føler seg inkludert. Som blir tatt på alvor.

En definisjon på puberteten er «den perioden i livet hvor foreldrene begynner å bli vanskelige.» Og slik må det være i en fase hvor det tilhørende skal manifestere seg for annen gang. Foreldre må oppleves som vanskelige, blant annet fordi ordene – som i trassalderen – brukes i den gode grensesettings tjeneste. Ordene kan også her bidra til å forme tilhørende personer hvis de ikke brukes til å skyve bort – isolere, men inkludere. Det kan bidra til at barna ikke utvikler seg til de enten ekstremt avhengige eller ekstremt selvstendige, men til den trygt tilhørende.

Første gang barnas grenser settes på prøve for begge parter er med andre ord i «trassalderen», annen gang er i puberte-



ILLUSTRASJONSFOTO

ten, en fase hvor det kan være både viktigere og vanskeligere enn ellers å bevare samtalet, den inkluderende dialogen.

Møtet rundt måltidet er av avgjørende betydning her. Familiemåltidet skal være hellig. Det er den arenaen hvor den uvegerlige konfrontasjonen mellom generasjonene lett bør og kan utspille seg. Måltidet er ordenes møtested, der er det møteplikt, men ikke minst møterett. Det er der både voksne og unge kan bli sett og hørt, hvor de kan erfare å bli lyttet til – bli tatt på alvor og respektert for sine meninger uansett uenighet. Selv om de unge velger å være tause eller utebli, så skal foreldrene standhaftig holde på måltidet - slik at uteblivelse kan bli til et savn. Gjensidig utelukkelse er krenkende, kanskje mer krenkende enn vi oppdager i øyeblikket. Den kan lett bli møtt med taushet, gjensidig sinne og isolasjon.

Oftest kan det være tungt å få en samtale i gang ved middagsbordet, særlig når foreldrene er spente på hva som hendte eller særlig ikke hendte på gårdsdagens fest – for eksempel. Kanskje det er erfaringen som psykoterapeut som har fått meg til å løse å spørre – og heller være stille avventende. Da kommer ordene og fortellingen om gårdsdagens fest ofte av seg selv.

Grunnlaget kan bli lagt for den mer avanserte form for samtale, for meningsutvekslingen i den neste fasen jeg har valgt – mellom ulike, men likeverdige voksne partnere.

I den voksne alderen er vi henvist til ulike former for kommunikasjon. Et problem er selvsagt at det å lytte lett blir erstattet av tomme ord og prat i en eller annen negativ form. I dagliglivet – men kanskje spesielt i dagens situasjon med så mye kritikk av legers forhold til pasienter – synes det som det å lytte kan være en slags gjennomgående mangelvare. Det blir lett mye snakk, snakk fra legen, kanskje opplevet av pasienten som «skrapende eller snoftende lyd». I vår IT-tidsalder blir lett lyttingen og responsen borte bak skjermen.

Kvinner og menn forholder seg konstitusjonelt stort sett forskjellig til det å kommunisere. Vi menn har lett for å snakke nedsettende om kvinnenes skravling og såkalt innholdslos snakk. Vi menn snakker sak. Kvinner om opplevelser. Spørsmålet er imidlertid: hvem fører den mest givende samtale? Kategorisering og diagnostisering fører oss av og til galt avsted. Hva er det som gjør at jenteklubber holder sammen i et langt liv, det ringes til hverandre i lange samtaler og utøves en klar omsorg for hverandre på tross av det «innholdslose snakket». I alle fall representerer det et spesiell form for samvær, som ofte viser seg å være vel så holdbart og kontaktskapende som livslange guttekubber med spesielle formål. Hvor ofte ringer vi menn til hverandre uten at det dreier seg om sak? Det er fristende å fantasere at skravling bygger på en slags arkaisk tilhørighet, hvor fellesskapet er den bærende kraft.

Som siste fase stilte jeg opp det jeg kalte **dødsleie-fasen**. I gammel tradisjon het det seg at å synne liket var viktig. Det å finne igjen den savnede, om enn aldri så død, er viktig. En annen seremoni som også er viktig for et fellesskap og et godt minne, er å våke over den døde. Det er en betagende skikk å våke med tente lys den første natten etter av noen i familien eller vennekretsen er død. Den samtalen som da kan utspille mellom de pårørende og etterlatte er høytidelig i ordets beste forstand. Det er forsoningens og minnenes tid. Både en avslutning og en fortsettelse av noe som ellers ville fått en abortiv slutt. «Du pappa – skal morfar ha med seg stokken sin i graven tror du» – er en bemerkning som ikke glemmes. Vi snakker så faglig kjølig om et sorgarbeid, her tror jeg vi ser det fremført i levende liv.

Hvis vi har opparbeidet en respekt for dialog-prosessen – så er samlingen rundt kisten kanskje en selvsagt fortsettelse og naturlig avslutning. «Tror du mormor hører oss nå?»

Litteratur.

- 1) Herman Hesse. Siddartha. Gyldendals Laterne-bøker 1998
- 2) Norsk Riksmaalsordbok. H. Aschehoug & Co. Oslo 1937
- 3) Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstrøms antikvariat. Oslo 1991
- 4) Latinsk ordbog. J.W. Cappelens forlag. Christiania 1887

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

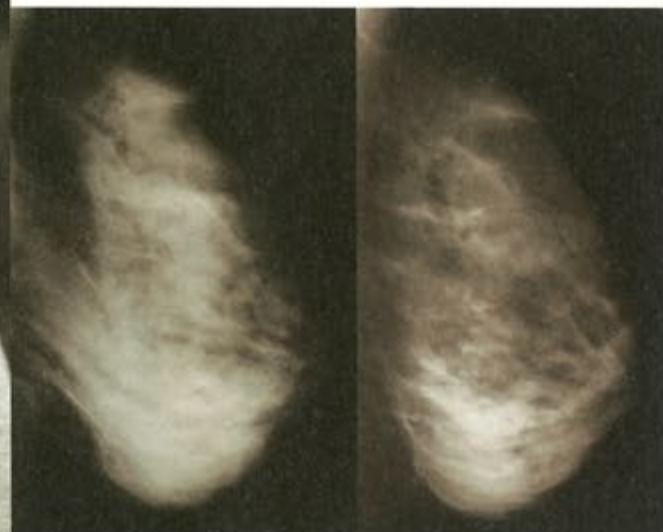


Okt mammografisk tetthet gjør det vanskeligere å stille en korrekt diagnose hos kvinner som bruker østrogenbehandling eller «Hormone Replacement Therapy», HRT.^(3,4)

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).



Organon as

Postboks 324

1372 Asker

Teléfono 66 76 44 00

Telefax 66 76 44 01

www.organon.no

Livial® – vevsspesifikk behandling
for postmenopausale kvinner.

Møtet mellom lege og pasient

*Et amatørstudium basert på egne observasjoner
(i rollen som pasient) av de leger jeg har møtt.*

AV NINA MARIANNE LANGFELDT

Med stor interesse har jeg som pasient lest *Håndbok for spesialistutdanningen i allmenmedisin*, en «bibel» på 482 sider som jeg ikke kunne motstå fristelsen til å kjøpe da jeg fant den på salg for 50 kroner.

Det som interesserte meg mest, var hva allmennleger lærer i sin utdanning om «møtet mellom pasienten og legen».

Selv har jeg ofte opplevd at med en gang jeg møter et menneske som er lege og som definerer meg som pasient, så skjer det noe spennende.

Dette mennesket, altså legen, oppfører seg, snakker og reagerer på spesielle måter som kan virke svært påfallende, unaturlig og merkelig.

F.eks. har mange leger for vane å forsøke å øve kontroll over de musklene i ansiktet som hos folk flest responserer på følelsesmessige stimuli. Et eksempel på dette er smilemusklene.

For hva skjer hvis man sier noe viktig til en lege og selv beholder en grav alvorlig mine? Antagelig vil man da oppleve at legen tydelig strever med å beholde et like alvorlig ansiktssuttrykk. Det kan faktisk være ganske artig å sitte der med god kontroll over egen smilemuskulatur og studere hvordan legen studerer en for å finne ut om pasienten tillater ham å smile, eller om en slik reaksjon vil være upassende. Kanskje vil pasienten i denne situasjonen observere at legen desperat kjemper for å skjære et

smil, eller hvordan vedkommende nærmest trekker sitt eget smil tilbake når pasienten ikke smiler.

Jeg har undret meg på om denne generelt hyppig forekommende mimikkmanipulasjonen blant leger, er noe de blir bevisst opplært til under medisinstudiet eller om slike forsøk på pasienttilpasset kontroll over ansiktsmuskulaturen oppstår som en naturlig reaksjon etterhvert som legen har gjort seg erfaringer med at enkelte pasienter kan ta det ille opp der som legen viser adekvat og naturlig anksstmimikk, mimikk som samsvarer med legens egne følelser, men ikke med de følelser pasienten mener at legen bør utvise i situasjonen? (Det hadde vært interessant om en lege kunne svare meg på det).

Andre observasjoner jeg har gjort av påfallende og for meg som pasient ubehagelig oppførsel hos leger er bl.a. det de betegner som konsultasjonsteknikker. Disse teknikken har bl.a. til hensikt å skape en god dialog mellom legen og pasienten og styre tidsbruken på en slik måte at legen på kortest mulig tid får pasienten til å gi de opplysninger som legen tror det er viktig å skaffe til veie.

Som pasient har det innimellom frustrert meg at leger kan la meg snakke og snakke, mens de bare sitter tause og mer eller mindre mimikk-løst lyttende, for så plutselig å komme med et spørsmål eller en kommentar til noe jeg selv finner helt uventet, uten noen forklaring, bare med en forventing om at jeg skal svare på spørsmålet. Det jeg som



Nina Marianne Langfeldt

Født i 1965. Hun er utdannet cand. mag i samfunnsvitenskap (UiO), med psykologi, sosiologi og kriminologi i fagkretsen. Tilleggsutdanning i juss, psykiatri/sosialmedisin og etikk. Journalistkurs. Nina Marianne Langfeldt har gjennom livet vært mye syk. Gjennom sin syke-historie har hun hatt en del kontakt med leger av forskjellige spesialiteter. I denne artikkelen gir hun et lite innblikk i noen av de observasjoner og refleksjoner hun har gjort seg om lege/pasient relasjonen i sin rolle som pasient.

pasient mener er vesentlig og finner relevant at legen skal interessere seg for møtes bare med høflig taushet. Slik taus og nesten mimikklos lytting har jeg ihvertfall i startfasen av en lege/pasientrelasjon opplevd som svært frustrerende. Som pasient har jeg opplevd legen som et menneske og hatt et naturlig (?) behov for å finne ut «hvem» jeg snakker med. Jeg opplever det veldig frustrerende å bare sitte der og føle meg som et observasjonsobjekt...

Etterhvert som jeg har hatt mer omfattende kontakt med den enkelte lege, har jeg lært meg å fortolke ikke-verbale signaler fra legen og erfart at enkelte leger kan ha like mange måter å forholde seg tause på – som eskimoene har ord for sno. Når pasienten etterhvert blir kjent med hva legens 43 forskjellige måter å forholde seg taus på egentlig betyr, oppleves ikke tausheten så frustrerende lenger. Tvertimot blir legens taushet svært megetigende for meg som pasient. Mine pasient-monologer omformes i min perspektjon til en dialog med legen. Mens legen sitter der og tror han er taus og lyttende, fortolker jeg som pasient legens minste mimiske ansiktsbevegelse, hans/hennes kroppspråk, blikkbevegelser, pupillstørrelse, åndedrettsavvik, kropps-holdning m.m. Om jeg som pasient oppfatter og fortolker disse fenomenene korrekt får vel verken legen eller jeg noen gang vite. Men at det leger antagelig oppfatter som pasientmonologer, i virkeligheten ofte er en dialog der legen kommuniserer uten ord, det er jeg helt sikker på. Jeg tror at pasienter stort sett oppfatter legers taushet som «talende». Men vet legen selv hva han «sier»? Kjenner leger flest tilstrekkelig til sine egne ikke-verbale uttrykksformer? Og er vi som pasienter kompetente til å fortolke legers ikke-verbale språk korrekt? Kan legers taushet føre til mer ubehag for pasienten og større grad av feiltolkninger og misforståelser enn «klare ord»?

Et tema jeg som pasient synes er viktig, men som overhodet ikke nevnes i *Håndbok for spesialistutdanning i allmennmedisin* er «bivirkningene» som kan oppstå ved bruk av adferds- og mimikkmanipulasjon og konsulentsteknikker. Slike teknikker er sikkert hensiktsmessige og nyttige i mange situasjoner. Men vet allmennleger og psykiatere nok om hvordan pasienter flest og den spesifikke pasient oppfatter og responderer på bruk av slike teknikker?

Hos meg selv har jeg merket at jeg kan bli usikker, engstelig, frustrert eller irritert når jeg merker at en lege prøver ut sine konsulentstekniske ferdigheter på meg – alltid uten å informere meg om dette først. Da tenker jeg; forstår ikke leger at pasienter oppfatter at de bruker disse teknikkene og at bruk av konsulentsteknikker kan være plagsomt? Personlig foretrekker jeg ihvertfall en lege som oppfører

seg «normalt» og heller «tråkker litt i salaten» innimellom, fremfor en lege som tydelig over seg på å internalisere og prøve ut fiffige kommunikasjonsteknikker. Hvis leger føler det er hensiktsmessig eller nødvendig å benytte seg av slike teknikker overfor pasienten, mener jeg det bør være en selvfolge at pasienten blir informert om dette på forhånd, forklart årsaken og hensikten. På samme måte som leger forhåpentligvis har for vane å informere pasienten om hva han/hun skal foreta seg ved somatiske undersøkelser, bør det etter min mening være en like stor selvfolgelighet at dette også gjøres ved andre typer arbeidsoppgaver som legen utfører, f.eks. anamneseopptak, diagnostiske vurderingssamtaler osv. Her mener jeg de fleste leger har et stort potensiale for forbedring.

Jeg undres på om det å benytte seg av tillærte kommunikasjonsteknikker i enhver konsultasjonsituasjon gjør at allmennleger/psykiatere opplever seg selv som mer profesjonelle enn om de unnlater å bruke slike teknikker? Eller om de opplever at bruk av slike teknikker oppgraderer deres faglige status eller hever kvaliteten på arbeidet de er satt til å utføre?

Hvorfor har jeg aldri møtt en lege som oppfører seg helt «normalt»? Hva tror leger ville skje dersom de oppførte seg slik overfor pasientene som de har for å vane å gjøre overfor andre folk? Har leger flest tenkt over eller har de kunnskap om hvilke feilkilder og bivirkninger bruk av forskjellige former for adferds-, mimikk- og konsulentsteknikker kan medføre i deres mulighet til korrekte observasjoner og for tolkninger av pasientens kommunikasjonsformer, adferd, oppførsel m.v.?

F.eks. «speiling». Er leger klar over at pasienter bevisst eller ubevisst lett tar i bruk den samme type adferdsmanipulering eller kommunikasjonsteknikk som han selv? Er leger i stand til å fortolke mimikkmanipulasjon hos pasienter han ikke kjenner særlig godt? Er leger istrand til å forstå i hvilke grad pasientens responser på et legeindusert stimuli (altså f.eks. bruk av en konsulentsteknikk) er et utslag av sykdomsrelaterte reaksjonsmønstre hos pasienten, f.eks. psykiatri – eller et utslag av at pasienten blir frustrert, irritert, engstelig e.l. over det han opplever som merkelig oppførsel hos legen?

I hvilken grad er allmennleger og psykiatere kompetente til å observere sin egen adferd og hvordan denne påvirker pasientens reaksjoner? Klarer leger å differensiere mellom pasientens reaksjoner på legens bruk av konsulentsteknikker/manipulert adferd og andre observerbare reaksjoner som pasienten måtte utvise?

(fort. neste side)

Profesjonsutdanning i «lege- og psykiaterkunnskap»

Når allmennpraktiserende leger nå kan få ta sin «spesialistutdanning» innebærer det antagelig at statusen for denne viktige, men kanskje ikke mest prestisjetunge karriereveien er blitt hevet noe.

Dette kan være positivt for pasientene bl.a. ved at vi får faglig bedre kvaliferte leger i primærhelsetjenesten og at legene selv med økt kompetanse i sitt fag opplever arbeidsoppgavene som mer interessante.

Men kanskje har spesialistutdanningen i allmennmedisin (og psykiatri) ført til rekruttering av mer karriereorienterte individer, det vil si leger som er mer opptatt av egen karriere og selvtvikling enn av selve legegjeringen de er satt til å utføre? Kanskje vil spesialistutdanningen i allmennmedisin øke den psykologiske distansen mellom legen og pasienter flest? Kanskje vil vi som pasienter i enda større grad oppleve at legene ikke har tatt sin utdannelse utfra et selvoppofrende kall om å hjelpe sine medmennekser, men snarere tvert imot – nemlig at vi som pasienter har som kall og livsoppgave å imøtekommme og så godt som mulig forsøke å tilfredsstille våre legers behov for selvtvikling og faglig interessante arbeidsoppgaver. For hva er vel en pasient som legen finner faglig uinteressant og kanskje ikke en gang liker? En tidsrøver – en person som stjeler av den tiden legen gjerne ville brukt på faglig interessant arbeid med faglig interessante og sosialt stimulerende mennesker...

I så fall er ikke leger noe særlig annerledes enn de fleste andre yrkesgrupper i dagens samfunn. Dersom leger i like stor grad som andre yrkesutøvere setter sine egne behov i sentrum for sin yrkesutøvelse, så er det ikke nødvendigvis noe galt i det. Men det innebærer at ansvaret for pasientens interesser i større grad må ivaretas av pasienten selv. Noe som i sin tur kanskje fordrer at vi som pasienter må tildegne oss mer kunnskap om vår pasientrolle, og hva vi kan forvente oss av våre behandlere og av helsevesenet generelt. Hvis vi som pasienter lærer å forstå leger bedre, vil vi mer aktivt kunne bidra til å ivareta våre egne behov i lege/pasientrelasjonen og skape fruktbare samarbeidsrelasjoner med våre behandlere.

Hva med en ny profesjonsutdanning i «lege- og psykiaterkunnskap»? Kanskje er det et reelt behov for «autoriserte pasientveiledere» som kan kurse oss i hvordan vi skal bli «gode pasienter» og samtidig ivareta våre egne behov på en best mulig måte?

C Livial® «Organon»

Syntetisk steroid med vevsspesifikk effekt. ATC-nr G03D C05

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

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Forebyggelse av knokkelmineraltap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjente eller mistenkede hormonavhengige tumorer. Kardio- eller cerebroaskulære forstyrrelser som trombotefibitt, tromboemboliske lidelser eller slike tilstander i anamnesen. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlige leverfunksjons-forstyrrelser. Graviditet.

Bivirkninger: Hyplige (>1/100): Urogenitale: Gjennombruddsblødninger eller spotting initiat. Øvrige: Hodepine, edem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Sentralhervesystemet: Depresjon, Hud: Kløe, utslett. Urogenitale: Utflokk. Øvrige: Brystspenning, vektkning, svimmelhet, migræne, hirsutisme.

Forsiktigheitsregler: Grundig generell og gynækologisk legeundersøkelse bør foretas før behandlingen starter og ca. 1 gang pr. år. Risiko og nytte av behandlingen bør veies mot hverandre hos kvinner som har eller har hatt leveresykdom eller lipid- og lipoproteinforstyrrelser. Behandlingen bør seponeres ved tegn på tromboemboliske lidelser, ved unormale leverfunksjonsprøver eller guisot. Initiale vaginalblødninger eller spotting kan skyldes resterende effekt av endogene eller eksogene østrogener. Blødning som oppstår etter tre måneder behandling eller vedvarende blødning krever adekvat diagnostikk. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt.

Graviditet/Arming: 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 teratogen i kaniner. Tibolon er kontraindsett ved graviditet. Overgang i morsmilk: Opplysninger mangler. Tibolon bør ikke brukes ved arming.

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 tablet daglig kontinuerlig. Kvinner som går over fra et østrogenseksvenspreparat 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, brekringer og evt. vaginalblødning hos kvinner. Behandling: Symptomatisk.

Pakninger og priser: Kalenderpakning:

28 stk. kr 221,40 – 3 x 28 stk. kr 594,00

(D8/99)

Referanser:

- 1) Erel CM, Eter K, Akman C, Ersavastı G, Altıg A, Seyiscoğlu H, Ertegun 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 PV, 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.

Allmennpraksis på portugisisk vis



AV JANNIKE REYMERT

Praksisbesøk i nabopraksisen kan sikkert avsløre mange ulikheter i allmennmedisinsk virksomhet, men i jakten på de store forskjellene valgte medarbeider Tove Rutle og jeg Portugal som reisemål da vi skulle prøve ut ideen med praksisbesøk. Portugal er EUs andre fattigste land, det er bare 26 år siden de ristet av seg diktaturstyret og med den katolske kirke som en sterk aktør i samfunnslivet trodde vi det måtte være mye spennende å observere på portugisiske allmennlegekontorer.

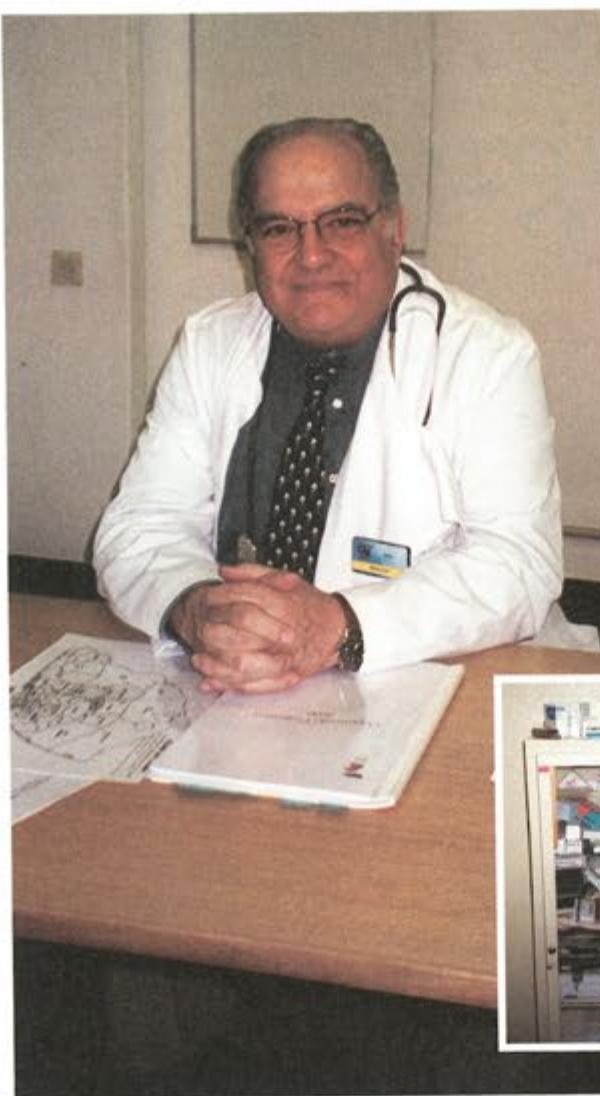
Norge har en spesiell plass i portugisisk allmennmedisinsk historie. Etter revolusjonen 25.4.74 bad den portugisiske regjering bl a om bistand innen helsesektoren. (Dette var for øvrig en så fredelig revolusjon at folket fylte soldatenes geværlospistol med nelliker som takk for en ublodig, men nødvendig slutt på diktaturet, derav det merkelige begrepet nelli-revolusjonen!). På oppdrag fra NORAD hadde de norske legene Christian Borchrevink og Peter F. Hjort muligheten til å påvirke bistandstypen. Betydelige beløp ble stilt til disposisjon. Portugiserne ønsket et universitetssykehus i Coimbra, mens den norske delegasjonen prioriterte å styrke primærhelsetjenesten i et underprivilegert område, Villa Real-distriktet nord-øst i landet. Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo, med Herman Anker som hovedansvarlig, fikk så oppdraget med oppfølging og videre rådgiving. På denne måten fikk portugiserne et kraftig løft i en tid da allmennmedisinen hadde vind i seilene i store deler av Europa. Portugal som nasjon klarte på overraskende få år å heve seg opp fra fattigdom og stagnasjon til å bli en moderne stat med sterkt økonomisk vekst, noe som helt klart bidrog til gode kår for allmennmedisinens framvekst.

Vi skal ikke påstå at det vi fant av allmennmedisinsk praksis på vårt besøk er et direkte resultat av norsk innsats, men likheten med norske forhold var påfallende og langt mer iøyenfallende enn forskjellene i de tre legepraksisene vi fikk besøke. Det var den portugisiske legeforeningen som på forhånd hadde laget avtaler med disse legekontorene for oss.



Dr. Marina Silvestre på sitt legekontor nord for Lisboa.

Dr Marina Silvestre jobber på et lite, noe forfallent legekontor et par mil nord for Lisboa i et svært så landlig distrikt. Akkurat som i Norge har de et fastlistesystem med 1500 mennesker på lista som norm. Lønna er god, men uavhengig av listestørrelsen. Legene har ikke mulighet til selv å bestemme listestørrelsen, antall mennesker som bor i distriktet delt på antall leger avgjør listestørrelsen. Når kolleger slutter må de gjenværende ta over dennes liste uten noen økonomisk kompensasjon. Arbeidstida er satt til 42 timer pr uke. Allmennleger er ansatt av staten og strever endel med et byråkratisk helsevesen der beslutningstagerne er



Dr. Carlos Mendez Leal fortalte åpenhjertig om de utfordringer og erfaringer han som lege har hatt siden revolusjonen i 1974.

svært lite villige til å ha dialog med legene som jobber på grasrotnivå. Marina og de andre legene vi snakket med ble tydelig misunnelige på vårt system der legene selv organiserer sine egne praksiser og har den økonomiske styringa.

Marina trivdes i jobben, hun følte glede over å drive faglig selvstendig praksis og vårt inntrykk var at hennes konsultasjoner til forveksling var like norske allmennlegers måte å drive konsultasjoner på.

Datamaskinene glimret med sitt fravær på Marinas kontor, men staten var såvidt i gang med å innføre og finansiere datajournaler på alle legekontorer. I ekspedisjonen derimot var alt registrert på data for at kontoret kunne føre statistikk på alt som foregikk. Antall konsultasjoner (dog ikke diagnoser), hjemmebesøk mm ble nøy registrert, og tall herfra ble sendt til sentrale myndigheter som nøy kontrollerte at legene jobbet for lønna si! Alle legene vi traff ble svært forbause over at vi ikke førte statistikk på kontorene våre, at hele vår innsats på dette området er frivillige innsendinger til SIFF om smittsomme sykdommer ble møtt stor undring.

Tett opp til en av Lisboas mest trafikkerte hovedveier traff vi dr. Carlos Mendez Leal. Han hadde fyllt 65, virket fullstendig utkjørt og betrodde oss at han knapt orket denne jobben stort lenger etter sine to coronar bypass operasjoner. Blek og svettende satt han i over en time og pratet med oss, vi holdt pusten for at han ikke skulle få behov for akutt medisinsk hjelp mens vi var der. Kontoret hans fløt over av reklameartikler, Zomig papirholder, en kalender reklamerte for Seroxate og en prøvepakning Oversterin tabletter lå opp i en hylle sammen med mange andre prøvepakninger. Dr Carlos Mendez Leal husket meget godt NORADs innsats og det norske bidraget tidlig på 80-tallet. Legesenteret som han hadde hatt hovedansvaret med å bygge opp, var bygd som en direkte inspirasjon herfra. Riktig nok har nok intet norsk legesenter hatt en størrelse som dette: 60–70 leger jobbet i gedigen en tre-etasjes praksis med over 72 000 pasienter på fellesliste! Alle som bodde i denne bydelen hadde rett på listepllass ved kontoret, og siden dette var en fattig bydel med mange (ofte uregistrerte) innvandrere var det tungt å drive allmennpraksis på denne formidable lista. Bygget som sikkert var nytt og moderne tidlig på 80-tallet, virket direkte fattigslig med enkle stålørstoler stilt opp i rekke utenfor

hvert legekontor. Brunfargen som også var moderne her til lands for 25 år siden, gav hele senteret et dystert preg. Legesenteret hadde egne lokaler for diabeteskontroller, barnekontroller og fotklinikk samt undervisningsrom for medisinstudenter. Leger i full stilling jobbet ca 50 timer pr uke, med over 30 konsultasjoner pr dag.

Dr Leal var en revolusjonenes sønn som fortalte at han i sin tid hadde hatt stor tro på oppbyggingen av Portugal etter revolusjonen. Han hadde vært sentral i arbeidet med oppbyggingen av allmennmedisinsk virksomhet og på tross av nellikene var situasjonen så spent de første årene at han hadde pistol i jakkelomma på møtene med myndighetene! Det var leit å høre hans desillusjonerte holdning til legeyrket idag. Fra å ha drevet foregangsvirksomhet med høy standard følte han nå at han var en slave staten utnyttet til siste trevl uten at han hadde noen mulighet til å videreutvikle seg selv eller faget. Legemangel og streng regulering av legemarkedet gjorde at legene ble pålagt langt større arbeidsbyrde enn det som var forsvarlig for å drive en god allmennpraksis. Det er beregnet at Portugal i 2015 vil mangle



3500 leger og allerede nå var bruken av spanske vikarer helt nødvendig for å dekke legebehovet. (Det er pussig at nabolandene alltid har vikarer å sende, de spanske legene hadde dessuten ofte ikke-europeisk bakgrunn, akkurat som våre svenske vikarer.)

12 mil øst for Lisboa, på grensa til Spania ligger den idylliske middelalderlandsbyen Marvão 800 m.o.h. i et tynt befolkert distrikt. Med et innbyggertall på 350 var det svært overraskende å finne et legesenter med tre ansatte leger her. I hele distriket bodde det dog 9000 mennesker, og siden byen i tidligere tider hadde vært et sentrum for distriket hadde legekontoret tilhold her «av gammel vane». Legene betjente både hovedkontoret og ikke mindre enn 6 utekontorer, så her drev man distriktsmedisin i ordets rette forstand. Distrikten i Portugal var svært preget av fraflytting, 18% av listepasientene er over 65 år og mange av dem er analfabeter. Arbeidsledigheten er høy og ungdommen flyttet til Lisboa og andre storbyer. Ingen av legene som jobbet her trodde på annet enn nedbygging av distrikten og at de selv jobbet i en større by i nær fremtid.

Noe av det vi var spente på, var den katolske kirkes innflytelse på legenes familierådgiving. Legene ble forbløffet over at vi spurte om dette, selvfølgelig hadde den katolske kirke innsett at moderne kvinner ikke ville ha store barnekull! Vår tenkte konflikt mellom kirken og legene viste seg altså å være en teoretisk overlegning uten rot i virkeligheten. Vi burde jo ha innsett det på forhånd, portugisiske kvinner

får rundt regnet to barn hver, akkurat som andre europeiske kvinner. Det er utrolig hvordan tingene ordner seg på tross av ulike maktforhold og regler i et samfunn! Bruken av spiral var noe mindre utbredt enn i Norge uten at vi fikk noen forklaring på det, det virket mest som p-pillen ble foretrukket fordi den var enklest å forholde seg til. Kvinnen hadde også mulighet for å få utført abort, om enn på en noe tilslørt måte: Spanske klinikker annonserte stadig i avisene med tilbud om «gynekologiske undersøkelser» til ca 800 Euro (litt under 6000 kroner). Alle visste at disse kliniklene i virkeligheten utførte provosert abort, jfr den høye prisen. Legene hadde inntrykk av at kvinnene stort sett klarte å ordne seg økonomisk og praktisk til å få utført sine abort-inngrep på disse kliniklene, og at man på den måten hadde så godt som fri, men langt fra gratis abort i Portugal.

En artig, men ikke helt gjennomført praksis var bruken av helse-ID-kort. Hver portugiser hadde et slikt kort med personlige opplysninger og en magnetstripe som ble lest av helsecenterets avlesingsmaskiner. Der fikk man fram opplysninger om diagnoser, tidligere sykehusopphold, næværende medikasjon mm. Planen var at man med dette kortet kunne hente opp nytte opplysninger om hver enkelt innbygger ved ethvert legekontor og sykehus i hele landet. Ideen imponerte oss, men vi fikk inntrykk av at systemet ikke var så gjennomført enda at man hadde fått den helt store nytten av det. Og det gjenstår å se om det er mulig å oppdatere informasjonen så godt at systemet er brukbart i virkeligheten.

Glimt fra middelalderbyen Marvão 12 mil øst for Lisboa.



På vegne av verdens fattige

Refleksjoner etter WONCA World Congress on Rural Health, Melbourne, mai 2002.

AV ELISABETH SWENSEN

Utposten har tidligere skrevet om «the rural health movement» (nr. 7/8-99 og 6-2000), og Utpostens forrige nummer var i stor grad viet den hjemlige distriktsmedisin. Begrepet «movement» er ikke tilfeldig brukt. Som NSAMs utnevnte representant til den internasjonale «rural health»-arenaen og etter hvert direkte utnevnt medlem av The WONCA Working Party on Rural Health (Wonca Rural) har jeg hatt god anledning til å føle den globale distriktsmedisin på pulsen. Roger Strasser, australsk professor i allmennmedisin og leder i WONCA Rural, har rett når han sier at dette miljøet er det mest aktive og sannsynligvis for tiden det mest spennende innenfor WONCA. Spennende i betydningen «kreativt», men også fordi selve fagfeltet har i seg spenninger og potensielle konflikter som springer ut av diskusjonen om fagets plass i den virkeligheten det skal tjene. Selv vet jeg ikke om andre faglige arenaer der de store politiske spørsmålene står på dagsordenen i samme grad.

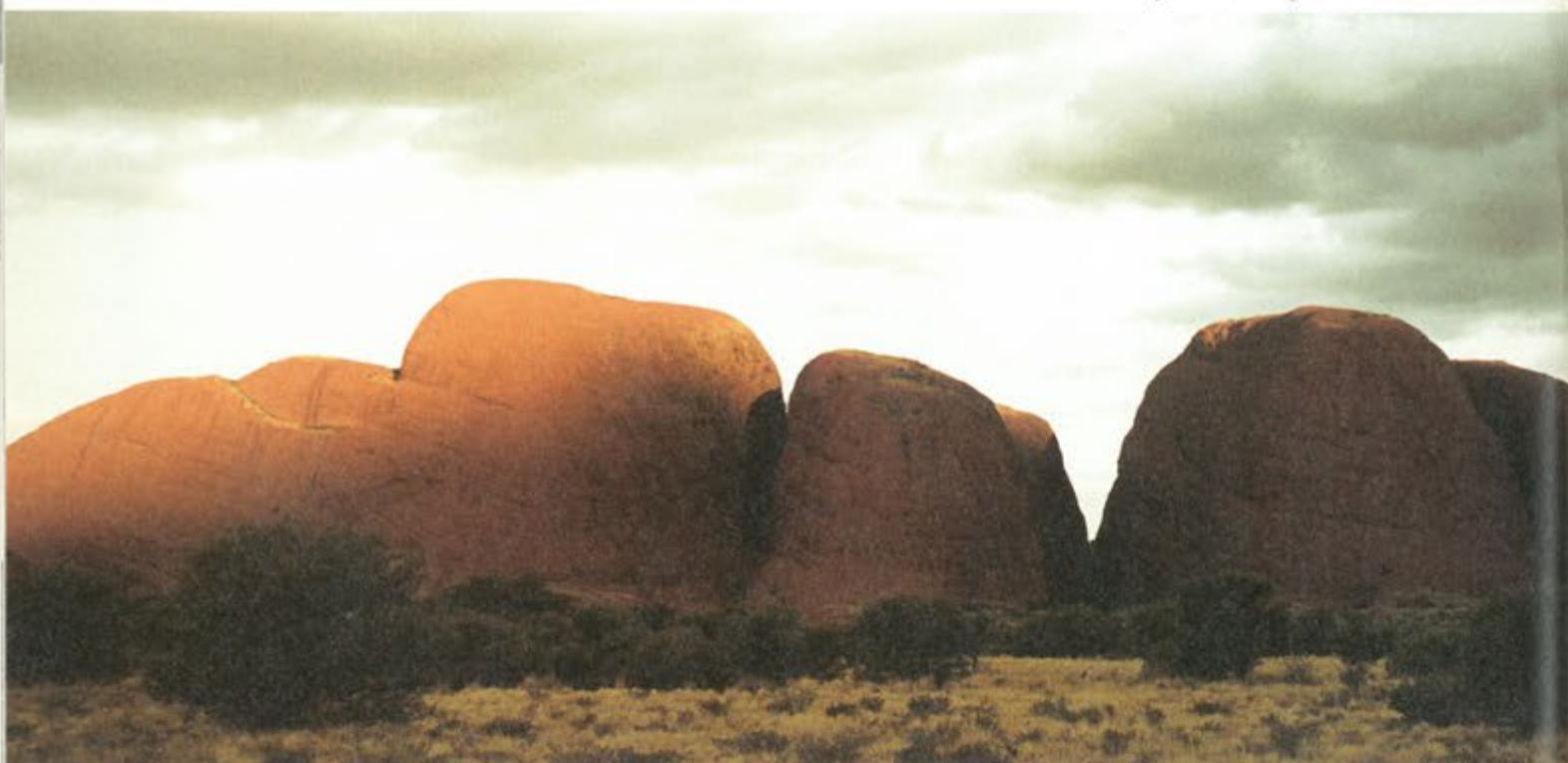
WONCAs verdenskongress om utkanthelse, «rural health», ble avholdt for femte gang i Australia i mai i år. I forkant av kongressen arrangerte WONCA og WHO sammen en såkalt «co-sponsored conference» ved Monash University i Traralgon utenfor Melbourne, der målsettingen var å komme frem til en handlingsplan for «Health for All Rural People». Arrangørene oppsummerte konferansen som vellykket. De rette papirene ble produsert og Monash Univer-

sity fikk posisjonert seg i forhold til WHO slik de ønsket. Konferansens undertekst var et aggressivt angrep fra representanter fra den fattige verden mot det de oppfattet som en australisk oppvisning av definisjonsmakt. På selve verdenskongressen umiddelbart etter var misnøyen åpenbar med måten kongressen ble avholdt på. Prisen for å delta, bo og være med på de sosiale arrangementene utelukker i seg selv de fleste fra den tredje verden, noe som selvsagt avspeiles på deltagerlisten. Det sier en del at hele den pakistanske delegasjonen reiste hjem i protest mot prisnivået.

Foreløpig ulmer det. Typisk nok skjer dette opprøret først i «rural»-miljøet, men det angår hele det internasjonale fagmiljøet. For oss som er ansvarlige og lar oss representere til WONCA og tilsvarende organisasjoner er det et helt brennende spørsmål hvordan vi møter den berettigede kritikken om å oppdre «på vegne av». WONCA Rural har gjort et viktig arbeid med å sette politiske spørsmål på dagsordenen. Herfra er det umulig å gå videre uten å sørge for at den verden man snakker om også er deltagere i prosessen.

«There are two worlds of rural health» åpnet M K Rajakumar fra Malaysia sitt plenumsforedrag under årets verdenskongress. Endelig! Jeg kjente at jeg skvatt til i takknemlighet.

Katja Tuta (the Olgas) i Australia.



Rural Health and Global Equity: Am I my brother's keeper?

PLENUMSFOREDRAG VED THE 5TH WONCA WORLD CONGRESS ON RURAL HEALTH

Dr. M. K. Rajakumar fra Malaysia er en nestor innen WONCA og spesielt opptatt av «rural health». Han er lege, politiker, organisasjonsmenneske og filosof. Det er umulig å liste opp alle de verv og ærestitler han har hatt både i sitt hjemland og internasjonalt. Det viktigste er at han er en sjeldent klok mann som det er en ære å ha møtt og en stadig glede å lytte til. I Melbourne holdt han et plenumsforedrag som Utposten har fått lov til å trykke i sin helhet. Det er vi takknemlige for.

“...close to 1,000 million rural dwellers had income and consumption levels below nationally defined poverty lines. Two-thirds were in Asia and more than one-fifth in sub-Saharan Africa.”

David Satterthwaite,
Int. Inst. for Environment and Development
(US Dept. of State)

There are two worlds of rural health. In one, the targets are a better quality of life and longevity. In the other, it is subsistence and survival. This other world is not represented at meetings such as ours. Do we have an obligation to make our deliberations relevant also to the health needs of this poorer rural people who are a majority of the world's population? Does the medical profession have a special burden of responsibility to be concerned about inequity and poverty? Do rural doctors in wealthier communities have a duty to show that they care for this other rural people? The time is opportune for an initiative on rural health where rural doctors and health centres in wealthier countries put out their hands to

work with rural doctors in poor countries to help impoverished communities. This conference, following on our Durban resolution, could change good intentions into good deeds.

This meeting is for me also a renewal of many old friendships with people I respect and admire. I have travelled to Melbourne because rural physicians are the best audience that I have access to, with whom I can share my concerns about the world we live in. I am grateful for the opportunity to speak to you, and for the helpfulness of everyone I have related with in planning my visit.

I shall begin by speaking of the very diverse worlds of rural health, of the extreme poverty and bad health of our fellow human beings who live in the rural areas of poor countries. Then I discuss the indifference of rich countries, and the recent enthusiasm to fight poverty. I argue that physicians have a special responsibility, and that rural doctors are uniquely fitted to respond and be involved. Finally, I go back to the Durban Declaration where we pledged ourselves to a Global Initiative to Achieve Health for All Rural People.

Most of the people of the world live in the rural areas of poor countries. Less than a quarter of people in developed countries are in rural areas, whereas over three fourths of the poorer countries are rural people.

“The failure stems in large part from a misconception that the main poverty problem has moved from the countryside to the burgeoning megacities of the developing world. 75% of the world's poor live in rural areas...making their living in farming or farm labour.”

Fawzi H. Al-Sultan,
President International Fund for
Agricultural Development, a Rome-based UN
specialized agency charged with combating rural hunger and
poverty in the developing world.

The end of the "cold war" also marked the end of competition to win the heart and minds of the people of the developing countries. The world entered a period of malignant neglect, increased poverty coinciding with great prosperity in developed countries. There was talk of "compassion fatigue", even before compassion was exercised. The very thought of helping poor people was tiring. The rural people of poor countries suffered most.

These poor rural people do not travel – except as refugees fleeing war, and then nobody wants them. When they flee to cities, they form an unwelcome underclass who are in the city, but not of it. When they seek to flee to other lands, they are received like criminals. The modern state, emerging barely two centuries ago, set about closing its frontiers.

We now look fearfully at the hungry outsider at our shores, and politicians know that they will never fail, when they manipulate fear and hate for their private purposes. For the first time in human history, people can no longer move freely across the face of the earth. An iron curtain has descended between rich and poor countries.

"Two nations between whom there is no intercourse and no sympathy; who are ignorant of each other's habits, thoughts and feelings, as if they were dwellers in different zones or inhabitants of different planets; who are formed by different breeding, are fed by different food, are ordered by different manners, and are not governed by the same laws..."

THE RICH AND THE POOR.

from Benjamin Disraeli's novel
Sybil, published in 1845

Nor can the rural poor sell their produce to rich countries. Unexpectedly, it is a leader of French farmers who speaks up for them. Within countries too, the gap between rich and poor has widened, and in each country, the rich constitute a separate nation. For most of us present at this meeting, the

issues in health concern quality of life and longevity. For the absent majority in the rural areas of poor countries, the issue is subsistence and survival. Benjamin Disraeli saw two nations within industrialising Britain in the 19th century, and we have entered the 21st century with the ugly division of rich and poor entrenched across the earth.

"Support a delegate and potentially help a nation [...] assist in bringing major innovations in rural health to other countries."

Official Newsletter
5th WONCA World Conference on Rural Health

Our conference addresses problems of rural health, but can we avert our eyes from the rural majority of the world that live in poor countries. Although the organisers of this meeting have made a special effort to get poorer physicians to attend, they are not represented here.

Their voices are not heard, so we have to speak up on their behalf. The collective wisdom we have inherited in the scriptures of our separate gods, all teach us that we will be judged by how we treat fellow human beings. This is a cynical age we live in, and people need additional arguments as well as the power of example to be kind and charitable to fellow human beings.

Our biological inheritance has provided us the gift of altruism, a vital element in the survival of our species. The spiritual dimension with which we are endowed has enabled the emergence of civilisation, and recognises that caring for others, to make sacrifices for the stranger in need, are what makes us human. This is our feminine inheritance.

I despair of changing the masculine culture of testosterone-driven violence that is taking humanity, like so many Gaderene swine, to the slopes of our own destruction. If large numbers of women too were to abandon the virtue of caring that makes us human, then all is lost.

This is a difficult message in an age of possessive individualism. Humanity has slowly moved to destroy the qualities that make us human. The extended family, in which every child had access to two grandparents in addition to their parents, has dissolved into the nuclear, working family, and now the single parent family.



Leder i EURIPA John Wynn-Jones (t.v.), M.K. Rajakumar og leder i WONCA Working Party on Rural Health, Roger Strasser.

We live in a harsh, unforgiving world, and people have withdrawn into the desperate, lonely, mistrustful pursuit of personal interests. The initiative has passed to politicians who can successfully feed on our fears, and appeal to the worst elements in our nature. The rest are silent.

In rural life, there remains the chance to preserve some of the human qualities of fellowship and caring for each other, and to keep the family as a meaningful experience in our lives. This conference provides us with an opportunity to make caring part of our real life by helping the stranger in need.

Do physicians have a special responsibility to act on poverty and inequity? There is a collective consensus of every one of our associations that we do have a special responsibility, but individually we are trapped in a world whose only currency is money.

When I spoke on this vein at our first meeting in Shanghai, an Australian doctor in the audience later murmured in my hearing, that he just wanted to look after his own patients. I am sure there are days most of us could empathise with that sentiment. We are in many ways a demoralised profession. Struggling to practise good medicine in an unsupportive environment, we sometimes find the heavy burden of ethics and ideals to be just too much to bear.

Physicians are not people of special virtues, indeed some are tradesmen with medical degrees. We are selected mainly for our ability to pay for access to a medical school, and to pass examinations that tax the memory.

What makes us special is our work that moulds and tempers us, that requires us to care for others, and the expectations of our patients who could not accept our care unless they trusted us to care for people like them.

There has been a change of political climate that favours the task of eliminating poverty. There are now allies for us than ever before. The United Nations made a Millennium Declaration in September 2000 pledging "to spare no effort to free our fellow men, women and children from the abject dehumanizing conditions of extreme poverty, to which more than a billion of them are currently subjected."

Nothing much happened, then a year later on 11 September 2001, that we witnessed that awful act of barbarism. The climate for aid changed. At a UN meeting in Monterrey, Mexico, the rich nations of the world offered greatly increased funding to fight poverty.

Sad to say, it was not a reawakening of love and caring, or a renewal of Christian charity; fighting poverty, they explained, was the "best way to fight terrorism". They would

do the right thing, but for the wrong reasons. It was left to ecumenical groups to cry out that the heart of the matter was justice.

The meeting was coordinated by the World Council of Churches (WCC) in cooperation with the Lutheran World Federation (LWF).

The makings of a global alliance against poverty are now visible, and we are in a position to contribute. The WHO is also an ally. Over two decades, we have succeeded in persuading them that family doctors are essential allies in bringing health to all the people of the world. Now they have decided to pay more attention to poverty, "attempting to approach health as a means of combating absolute poverty." Perhaps we can help them generate more enthusiasm for this task.

This is a historic opportunity for the professions of medicine to demonstrate to the world that we our tradition extends beyond our consulting rooms. There is an upswell of passion and idealism all over the world, in horror at the direction that politicians are driving the world.

We naturally belong with those people who are struggling to build a better world. There are innumerable ways in which we could help, individually or collectively. The

International Conference on
Financing for Development in 2002:
Ecumenical team gives priority to

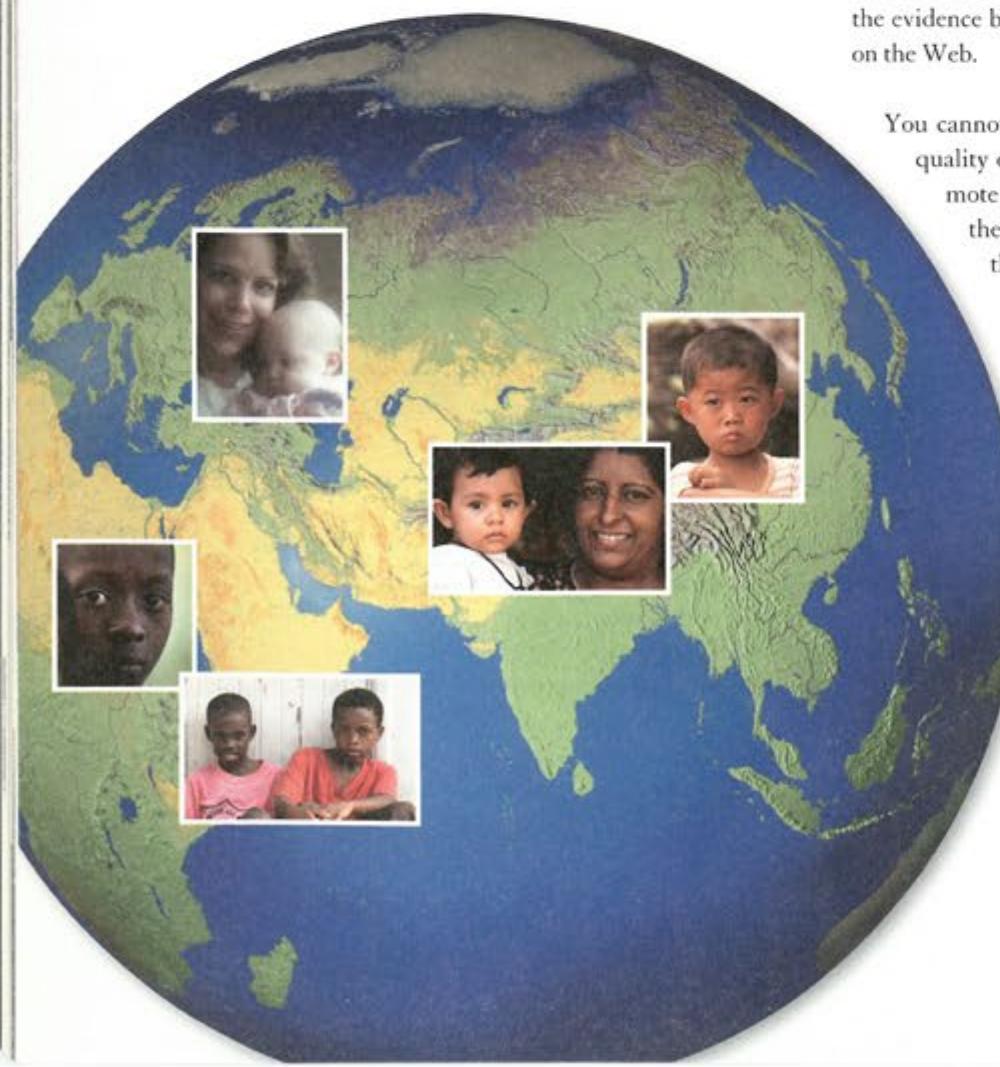
*"transformation of
the international financial system
'...the heart of the matter'
is justice rather than monetary
questions. Current models
of development must be
subjected to critique
because 'a moral
vision calls for full
participation of all
communities, especially
those marginalized
by poverty and
disempowerment',"*

the team said.

British Medical Journal, in a remarkable act of generosity, offers free access online. Richard Smith now campaigns for the evidence base of medical practice to be freely available on the Web.

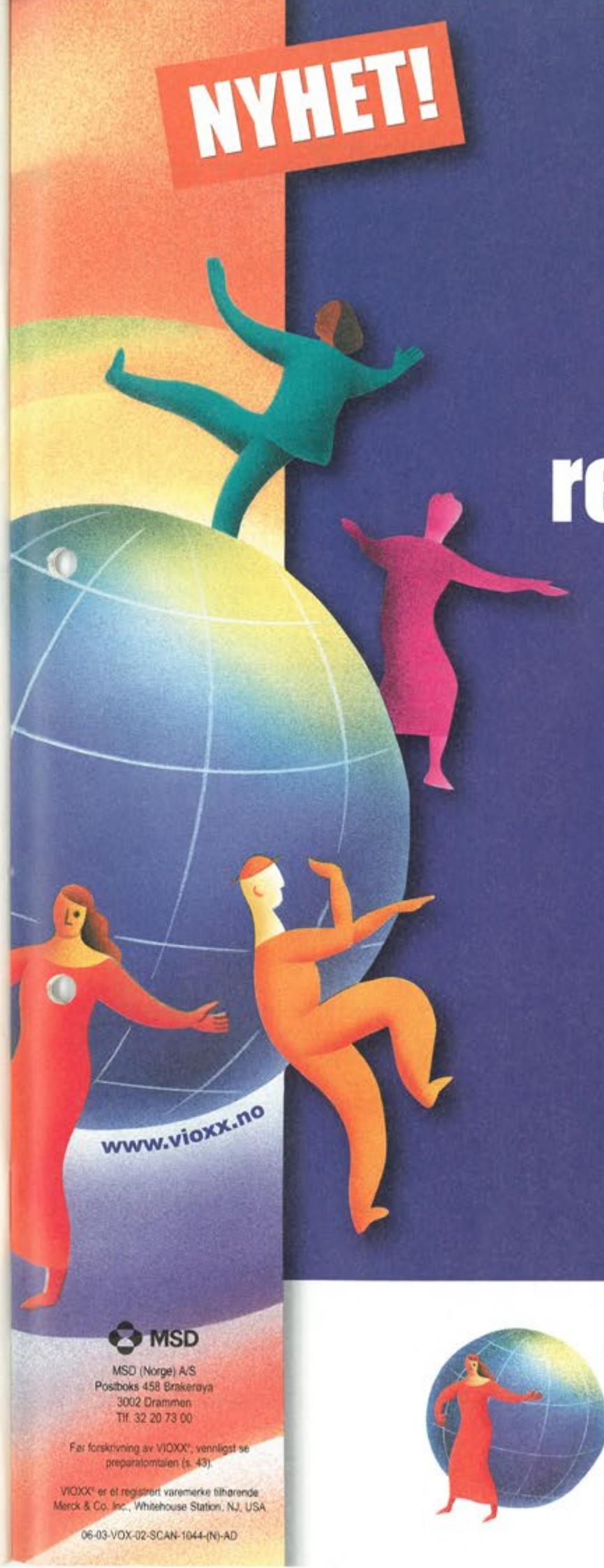
You cannot imagine the difference it can make to the quality of care provided by a lone physician in a remote practice. We could all contribute a tithe for the rural poor in another country, but surely there will be some in this audience who have time and space in their lives to come forward to lead us all in a great endeavour - to make a small difference to the vast problems of man-made suffering and the inequity of man to man, but a vast difference in the lives we touch.

I believe there are many of you who want to help, if only there was a way they could relate to a greater enterprise to channel their contribution. In giving a bit of ourselves to help a stranger in a faraway land, we bear testimony to our own humanity, we save ourselves.



NYHET!

Nå også
refusjon på
§ 9.17



MSD (Norge) A/S
Postboks 458 Brakerøya
3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00

Før forskriving av VIOXX®, vennligst se
preparatomaleten (s. 43).

VIOXX® er et registrert varemerke tilhørende
Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA

06-03-VOX-02-SCAN-1044-(N)-AD



VIOXX®
(rofecoxib, MSD)

Effektiv. Enkel - EN gang daglig

MESTRING AV DEPRESJON

VEILEDER I FORSTÅELSE
OG BEHANDLING AV
STEMNINGSLIDELSER

Norsk Psykologforening

TØNSBERG FERD KOMMUNES PUBLIKASJONER 2002



Mestring av depresjon

Tusener av personer i Norge rammes hvert år av depressive lidelser. I tillegg rammes, familie, venner og kolleger. En stor del av sykemeldingene i arbeidslivet skyldes depressive lidelser. Bare om lag halvparten får behandling. I Verdens Helseorganisasjon rangeres depresjon som nummer fire på listen over lidelser som utgjør den største samfunnsmessige byrden.

Manglende kunnskap både hos helsepersonell og folk flest er årsaken til at mange ikke får den hjelpeburde ha fått, mener Norsk Psykologforening. Nå har foreningen utgitt en 70 siders veileder i forståelse og behandling av depressive lidelser. Den er rettet mot alt helsepersonell og andre som isitt arbeid møter mennesker med depressive lidelser.

Ny forskning viser at tilbakefall er vanlig. Den gode nyheten er at vi har livreddende kunnskap. Behandling hjelper. Vi vet mye om forebygging, og har kunnskap om hvordan unngå tilbakefall, ikke minst gjennom selvhjelp. Målet med veilederen er å sikre best mulig utnyttelse av kunnskap og erfaring, og samtidig sikre at ny kunnskap tas i bruk. God behandling vil ofte kreve kombinasjoner av flere faglige tilnæringer

I alt 80 psykologer, psykiatere og andre fagfolk har på tvers av faglig ståsted bidratt i denne faglige dugnaden. Veilederen gir et oppdatert og helhetlig bilde av det vi nå vet om omfang, årsaker og behandling. Sentralt er pasientens selvbestemmelse og aktive samarbeid med behandlerne. Også brukerne og organisasjoner har vært inne og påvirket fremstillingen. – Vi må stå samlet for å sikre gode resultater, sier Gro Harlem Brundtland i sin innledning.

Mestring av depresjon. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser kan kjøpes ved henvendelse til Norsk Psykologforening: 23 10 31 30, på e-post tnpf@psykol.no <<mailto:tnpf@psykol.no>>, på faks 22 42 42 92, eller via våre hjemmesider www.psykol.no <<http://www.psykol.no>>. Pris kr. 100,- pluss porto og ekspedisjonsgebyr.

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2002

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

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

ANNONSEPRISER

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

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

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

TEKNISK

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

Materiell: Elektronisk.

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

Raster: 48 – 60 linjer

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

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

E-mail: morten.hernes@pdctangen.no

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!

Alkali

Begynnelsen av dette ordet *al-* er arabisk og tilsvarer det engelske *the*, altså den bestemte artikkel. Tidligere har vi omtalt alkohol, som også har forstavelsen, *al-*. *Kali* kommer av det arabiske *qalīy* som betyr aske av brente, saltvannsplante. Opprinnelig fremstilte man sodaholdig, altså basisk, aske ved å brenne visse havplanter i leirpotter og asken ble derfor kalt pottaske. Da man senere med kjemiske analyser kunne påvise at kalium var en hovedbestanddelen i denne asken, gav engelskmennene stoffet likegodt navnet *potassium*, en slags forfinet vri på ordet pottaske. På norsk bruker vi ordet *kalium* som svarer til det internasjonalt brukte symbolet K.

Kretinisme

Av en eller annen grunn er dette et ord jeg husker godt fra studietida. Det er en fullstendig meningslös disponering av hjernekapasiteten, jeg har aldri sett noen med denne tilstanden i virkeligheten, og den er vel ikke en gang en medisinsk kuriositet i våre dager. Kretinisme er en tilstand hos barn med intelligensdefekter og dvergvekst på grunn av medfødt hypothyreose.

Selv om ordlikheten er stor, er det overraskende å høre at ordet, som kommer fra gammelfransk, er avledet av ordet kristen. Etymologisk er dette altså en skikkelig godbit. Hvordan kan kristendommen og medfødt hypothyreose ha noe felles?

Historien bak ordet er som følger: Arianerne (en kristen sekt som fornekket Kristi guddom, og mente sonnen var skapt av Faderen og ikke sidestilt med ham) ble forfulgt i Frankrike og søkte tilflukt i noen avsidesliggende daler i Pyreneene der de så unngikk all kontakt med omverdenen. Kostholdet ble deretter, og da bl a preget av iod-mangel. Blant sektens medlemmer ble det etterhvert født mange barn preget av hypothyreose, med dvergaktige kropper og lav intelligens. En kjent sveitsisk lege med det fantastiske navnet Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), også kjent under navnet Paracelsus, var den første som så sammenhengen mellom voksne med struma og kretinisme blant deres barn. Og han så da også det påfallende i høy forekomst av tilstanden og deres spesielle kristne tro selv om han vel neppe skjønte hvor forbindelsesleddet lå.

Det er nå nærliggende å fundere på om begrepet *kreti* og *pleti* også har samme opprinnelse. Det ville nok føltes tungt for kristenheden siden disse ordene beskriver «all verden pakk». Det er da heller ikke slik det forholder seg. Selv om de etymologiske ordbøkene sier litt forskjellig er den mest sannsynlige forklaringen på begrepet at det betegnet Davids livvakter: *Krethi* var skarpretttere som opprinnelig kom fra Kreta, *plethi* løpere som ofte var filistere, et indo-europeisk krigerfolk fra Lilleasia som ble slått av isrealerne under kong Saul og kong David. Tyske forskere derimot mener å ha funnet ut at ordet *kheti* rett og slett betød å henrette og *plethi* så betød å løpe, og at disse personene fikk sin betegnelse fordi deres oppgave var å være budbringere for kong David og å fullbyrde dødsdommer. Om de kommer fra Kreta og Filistea er da mer uklart. Den negative ladningen begrepet har idag kan jo da forstås ut fra disse menneskenes gjøremål selv om det sikkert ikke var forbundet med høy status å komme fra Kreta og Filistea heller.

Jannike Reymert

Kilde

Hjalmar Falk og Alf Torp: Etymologisk ordbog. Bjørn Ringstoms Antikvariat. 1994.

Ivar Tryti: Språkets ville vekster. Aschehoug. 1997.

William S. Haubrich. Medical meanings. American College of Physicians. Philadelphia. 1997.

Caplex. Cappelens leksikon. 1997.



Tvillingsøstre, jenta til høyre har kretin

Lyrikkspalten

En Lyrisk stafett

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

Tone Skjerven – lagleder

Det er rart at så mange mennesker har tenkt og følt nesten likt som meg...!! Noen ganger når jeg leser dikt så kjenner jeg at ordene snakker direkte til meg, nesten som jeg kunne ha sagt det selv. Det vekker gjenkjennelse, særlig der ord ofte er utilstrekkelige.

Takk til Petter som sender meg av gärde på neste etappe. Jeg vil følge ditt innspill ved å dvele ved det mellom-menneskelige. Vi møter så mange underveis i livet. Mennesker som betyr noe der og da, mennesker som setter uslettelige spor. Alle vi møter forandrer oss litt, noen som river oss ned, noen som bygger oss opp. Det beste er når vi møter de som lar oss få være oss selv, og som allikevel er der.

Diktet jeg har valgt er «Nærhet» fra Stein Mehrens diktsamling CORONA, med undertittel «Formørkelsen og dens lys».

Dette diktet ble lest på radioen midt på 80-tallet og jeg ble så betatt at jeg kjøpte diktboken straks. Hvorfor jeg ble betatt?? Fordi den rørte ved noe i meg, satte ord på at nærhet og avstand er avhengig av hverandre.

Jeg slipper heldigvis å tolke dikt med jamber og troeker, rim og verselinjer.

Jeg vil la dette diktet tale for seg selv, og kanskje rører det ved flere??

Nærhet

*Jeg kan bære din sorg
et stykke på veien
og åpne min glede i din
Men jeg kan ikke leve ditt liv
eller dø din død*

*Vi kan bytte blikk
og kjærtregn, Veksle ord
og krefter mellom oss
Men du er ikke meg
og jeg er ikke deg*

*Derfor kan vi finne frem
til hverandre, for å være
oss selv hos hverandre
en liten stund i tiden*

Stein Mehren

Som neste deltager i lyrikk stafetten utfordrer jeg Bente Gjølstad, Moss.

Hilsen Solvi Ruud Hagen

Gode kameratar

*Historier fra
virkeligheten*

Han hadde kome på lista same dagen – som øbj..., skade i fot, stod det i boka. Inn kom ungguten – kanskje 15 år, haltande, hinkande frå venterommet til stolen på kontoret. Han kunne berette om ein råtass på fotballkampen dagen før som hadde kvesta han grundig. Han måtte berast av banen og var ikkje i stand til å gå på foten dagen etter.

Det var liten hevelse å sjå, ingen misfarging, ingen stukningsømhet, men han hoppa til i smerte ved palpasjon nokre stader nær ankelen. Ikkje heilt samsvar mellom funn og symptom, tenkte eg, men det var tydeleg at guten hadde vondt. Eg såg ikkje nokon grunn til å sende han til vidare utredning i første omgang, men instruerte han i taping av ankelen og bruk av støttebandasje nokre dagar. Dette går over, var mitt gode råd. Han var forsåvidt nøgd med den meldinga, men han hadde jobb som gåande avisbud etter skuletid kvar dag, og måtte ha ei sjukmelding for nokre dagar, i tillegg måtte han ha ei melding til trenaren på fotball-laget om treningsfritak pga skaden, elles ville han bli tatt av laget.



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

Eg kjende meg litt oppgit over formalia som ikkje lenger berre gjeld skule og arbeid, men no også fritidsaktivitetar – men etter litt parlamentering skreiv eg ei sjukmelding for 5 dager, og ga han med ein kopi til fotballtrenaren. Pengar hadde han ikkje, så han hinka til legesekretæren og fekk ein giro i handa.

Han var ikkje meir enn så vidt ute av døra før legesekretæren ropte meg tilbake til resepsjonen, ho peika ut vårt einvegsinduge – der sprang han avgarde mot kameratflokk, lett på foten som ein kalv, med sjukmeldinga triumferande heva over hovudet. Dei andre flokka seg rundt han og stemninga var tydeligvis høg.

Lurt for open scene. Eg kjende meg ille ved. «Vi må hente han inn att», og Irene sette ut døra og ropte. Flokken stilna og stivna – han såg først på henne ein augneblink, så på dei andre – nølte litt, og så la han til palings, endå lettare på foten, med sjukmeldinga flagrande i neven. Sint og opprørt sette eg meg tilbake på kontoret og fortsette på journalnotatet. Dette skulle han ikkje få sleppe unna. Her skulle både arbeidsgjever, trygdekontraktor og fotballtrenar få beskjed.

Mens eg skreiv hørde eg brått mange høglydte stemmer frå venterommet, og der sto Irene med heile gjengen rundt seg – minus den skuldige. Gutar i alle verdas fargar. «Blir han meldt til politiet, miste han jobben, vær så snill – ikke meld fra til skolen – dere skjønner vi skal på leirskole, og han får ikke fri fra treninga og avisbudjobben, de sier at hvis han ikke har sykemelding, mister han jobben og blir satt ut av laget. Vi skal få han inn igjen».

Og bak nærmeste hjørne stod guten og holdt utkikk med situasjonen. Etter lange runda, og med ein kamerat i politimessig grep i kvar arm, kom han duknakka tilbake. Igjen inn på mitt kontor. Der fekk han ei alvorstyngd lekse eg vonar han seint vil gløyme, men også hjelp til å finna ei anna løysing for det aktuelle problemet han hadde kome opp i.

Det er ikkje berre spøk å ha ambiasjonar på banen, å skulle skaffe penger til leirskule ved eiga kvelds-jobbing og samstundes få tid og formalia på rett plass for ein 15-åring med språkvanskjar i Stor-Oslo.

Frode Forland



KLINISK - EPIDEMIOLOGISKE LÆRESTYKKE

Steinar Hunskår (f.1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og spesialist i allmennmedisin. Han er redaktør for boka «Allmennmedisin» som kom i 1997. Ved Seksjon for allmennmedisin har dei vektlagt klinisk epidemiologi, EBM og kritisk litteraturvurdering i undervisninga si, og Hunskår vil med ujamne mellomrom gje eksempel for leserane av UTPOSTEN.

Hemokromatose

genotype og fenotype er ikkje som Knoll og Tott

Hemokromatose er ein autosomal recessiv sjukdom som gjennom auka jernabsorpsjon gir opphoping av jern, spesielt i lever, hjerte, hypofyse, gonader og pankreas. Hos minst 80% av pasientane skuldast hemokromatose ein mutasjon i genet HFE på kromosom 6. I Norge er ca 0,5% av befolkninga homozygote for denne mutasjonen (genotype), men det er usikre anslag for kor mange av desse som vil utvikle klinisk hemokromatose (fenotype), og som dermed treng behandling for å unngå komplikasjoner.

Sekundær hemokromatose (10–20% av pasientane) er eit samleomgrep for fleire tilstandar som kan føre til jernavleiringar. Blodsjukdommar (talassemi), auka jerninntak (jerntablettar, blodtransfusjonar) og metabolske sjukdommar er nokre eksempler.

Tidlege symptom på hemokromatose er asteni og artralgiar (hyppig affeksjon av MCP-ledd). Hypofyseskade kan gje nedsett libido og impotens hos menn og amenore hos kvinner. Seine manifestasjonar er levercirrhose, diabetes mellitus og kardiomyopati. Familianamnesen er viktig.

Ved mistanke om hemokromatose måler ein transferrinmetning, s-ferritin og leverenzym. Ungdom og fertile kvinner med hemokromatose kan ha normalt s-ferritin, men og eldre be-tydelig auka verdiar, ofte > 5000 µg/l. Høg s-ferritin (> 200 mg/l) og transferrinmetning (> 50% hos kvinner og > 60% hos menn) gir grunn for vidare utredning. Det er avgjerande at prøvene er fastande, og ein bør ha 2–3 prøvesett med nokre vekers mellomrom. Hemokromatose diagnostiserast endeleg med ein gentest som påviser mutasjon (C282Y) i HFE-genet. Testen har en sensitivitet

på ca 80% og er 100% spesifikk i forhold til genotypen, men prediksionsverdien i forhold til framtidig klinisk sjukdom er truleg låg. Pasientar med prøvesvar som tyder på hemokromatose bør henvisast. Ved positiv gentest bør det tilrådst testing av søsken og barn over 15 år og eventuelt foreldre.

Tidleg diagnose (før jernoppoping og vevsskade) gir normale leveutsikter, men ein del av symptomata responderer dårlig på blodtapping. Dei mest alvorlege komplikasjonane på lang sikt er levercirrhose, diabetes mellitus og kardiomyopati. Det er auka risiko for hepatocellulært karsinom hos dei med cirrhose.

Så langt standardomtalen av sjukdommen. Men det er vel ikkje berre eg som har pasientar på kontoret som vil måle jernlager, fordi dei har lese om denne farlege sjukdommen som mange har utan å vite om det, eller har hørt oppforingar frå pasientforeningar om å teste seg – i dag. Det har og vore kampanjar for å innføre screening av sjukdommen. Det vert hevdta at sjukdommen er sterkt underdiagnosticert, «ikkje tatt på alvor», men på grunn av ufullstendig kartlegging av det naturlige forlopet, er graden av dette ukjent. Sjukdommen er ofte asymptotisk til menn er 30–40 år, kvinner 50–60 år.

Hemokromatose er en sjukdom som teoretisk eignar seg for screening med gentest. Studiar som skal evaluere dette er i gong i fleire land, men forebels tilrår ein ikkje masseundersøkingar av friske. Mange kriterier skal oppfyllast før ein screeningtest er dokumentert effektiv. Problemet med hemokromatose er at vi har vist kor mange som «har den»

T 17,35

T Deklarasjon: TABLETTER 12,5 mg og 25 mg: Hver tablet inneh.: Rofecoxib 12,5 mg, resp. 25 mg, laktosemono-hydrat (resp. 39,95 mg og 79,34 mg) og hjelpestoffer. Fargestoff: gult jemoksid (E 172).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av artrose eller revmatoid artritt.

Dosering: **Voksne:** Artrose: Anbefalt startdose er 12,5 mg en gang daglig. Noen pasienter kan ha tilleggseffekt ved å øke dosen til 25 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Revmatoid artritt: Anbefalt dose er 25 mg en gang daglig. Det ble ikke sett signifikant tilleggseffekt ved å øke dosen til 50 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Kan tas med eller uten mat. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises når den daglige dosen økes fra 12,5 mg til 25 mg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig hos artrosopasienter med kreatinineclearance 30-80 ml/min. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrosopasienter med kreatinineclearance 30-80 ml/min. Nedsatt leverfunksjon: Hos pasienter med mild leverinsuffisians (Child-Pugh score 5-6) bør ikke den lavest anbefalte dose på 12,5 mg en gang daglig overskrides. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrosopasienter med mild leverinsuffisians, og anbefalt dose er ikke fastslått. **Barn:** Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt magesår eller gastrointestinal blodning. Inflammatorisk mage/tarmsykdom. Moderat eller alvorlig leverinsuffisians (Child-Pugh score større enn lik 7). Beregnet kreatinineclearance <30 ml/min. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitis, nasale polypes, angioneurotisk edem eller urticaria ved bruk av acetylsalicylsyre eller andre ikke-steroide antinfiammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amming.

Forsiktighetsregler: Redusjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennombleddning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømming og nedsatt nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsatt nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrhose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikeldysfunksjon, hypertensiøn eller edem. Behandling med rofecoxib bør startes med laveste anbefalte dose hos disse pasientene. På grunn av manglende effekt kan Vioxx ikke benyttes i stedet for acetylsalicylsyre ved kardiovaskulær profilaksje. Fordi rofecoxib ikke hemmer trombocyt-aggregasjonen i terapeutiske doser, må behandling med antiaggregansmidler ikke avbrytes. Dersom det er indiskret, bør slik behandling vurderes hos pasienter med risiko for eller tidligere gjennomgått kardiovaskulær eller trombotisk sykdom. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen artrosopasienter behandlet med rofecoxib, perforasjoner, ulerasjoner eller blænderinger (PUBs). Pasienter med PUB i anamnesen og pasienter eldre enn 65 år så ut til å ha høyere risiko for PUB. Uavhengig av PUBs, økte risikoen for gastrointestinale symptomer ved doses over 25 mg. Ved vedvarende unormale leverfunksjonsverdier (tre ganger øvre normal grense) bør preparatet separeeres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Barn: Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

Interaksjoner: Protonpumpen bør følges neye når behandling med rofecoxib startes hos pasienter som bruker warfarin eller lignende substanser, p.g.a. mulig økning i protonpump på opp til 8%. Det er rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som ført til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen tilfeller resultert i at den antikoagulerende effekten opphørte, hos pasienter som ikke klarte klinske doser rofecoxib sammen med warfarin. I steady state hadde rofecoxib 50 mg en gang daglig ingen effekt på den trombocytaggregasjonshemmende effekten av en lav dose (81 mg en gang daglig) acetylsalicylsyre. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalicylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. I interaksjonsstudier har rofecoxib ikke vist nogen klinisk relevante effekter på farmakokinetikken for prednisolon eller orale antikonsepsjonsmidler (etinylastradio/morendron 35/1). Kan gi beskjeden hemming av CYP1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin, lacrin og zileuton) og legemidler som er substrat av CYP3A4. Adekvat oppfølging av plasmakoncentrasjonen av teofyllin bør vurderes når behandling med rofecoxib startes eller endres hos pasienter som bruker teofyllin. Metabolisering av cytochrome P450 (CYP) når stoffer som induserer CYP er tilstede. Plasmakoncentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av 25 mg dose bør vurderes når rofecoxib også sammen med substanser som induserer hepatisk metabolisme. Innakt av ketokonazol (som er en potent hemmer av CYP3A4), påvirket ikke farmakokinetikken for rofecoxib. Cimetidin og articiclid hadde ingen klinisk relevant påvirkning på farmakokinetikken for rofecoxib. Det er ikke observert interaksjon med digoxin. Se også Interaksjonsstabell i Felleskatalogen.

Graviditet og amming: Graviditet: Bruk av rofecoxib er kontraindiceret i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib, som andre preparater som hammer prostaglandinsyntesen, kan føre til nedsatt nyaktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus. (Se Kontraindikasjoner.) Bruk av rofecoxib hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Rofecoxib bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppover den mulige risikoen for fosteret. Som for andre legemidler som hammer COX-2 anbefales ikke rofecoxib til kvinner som planlegger å bli gravide. Amming: Det er ikke kjent om rofecoxib utskilles i morsmelen hos mennenesker. Rofecoxib skiller ut i melken hos røtter. Kvinner som bruker rofecoxib bør ikke amme (Se Kontraindikasjoner.)

Bivirkninger: **Hypprise (> 1/100):** Blod: Senking av hematokrit. Gastrointestinale: Helsbrann, ubehag i epigastriet, diarré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensiøn. Øvrige: Ødem/væskenetrerings, magesmerter, svimmetter. **Mindre hypprise:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erythrocyter og leukocyter. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnenhulen, brekkninger, gassdannelse, oppblåst mage, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hjert: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftveier: Dyspne. Metaboliske: Vekttekning. Muskel-skjelletsystem: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, sovnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. Urogenitale: Økning i BUN og serum kreatinin, proteinuri. Øvrige: Aslen/fretthet, brystsmert. **Sjeldne (<1/1000):** Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angio-edem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner. Følgende alvorlige bivirkninger har blitt rapportert i forbindelse med bruk av tradisjonelle NSAIDs og kan derfor ikke utelukkes for rofecoxib: nefrotoksisitet inkludert interstittel nefritt, nefrotisk syndrom og nyresvikt; leverfokalitets inkludert leveresvikt og hepatt; gastrointestinal toksisitet inkludert perforasjon, ulerasjon og blænding; toksisitet relatert til hypervolumi inkludert hjertesvikt; og venstre ventrikelsvikt; bivirkninger i slimbinne-hud og alvorlige hudreaksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Enkeltdoser opp til 1000 mg og doser opp til 250mg/dag i 14 dager gir ingen signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose igangsett vanlige statistikk f.eks. tverring av uabsorbert materiale fra magetarmkanalen, klinisk overvåkning og igangsetting av symptomatisk behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseseres ved hemodialyse. Det er ukjent om rofecoxib kan dialyseseres ved peritonealdialyse.

Egenskaper (farmakologiske): Klasifisering: ikke-steroid antinfiammatorisk middel. Selektiv hammer av cyklo-oxigenase-2 (COX-2). Virkningsmekanisme: Rofecoxib hammer dannelsen av prostaglandiner ved å hamme COX-2 som påvirker av proinflammatoriske stimuli. COX-2 antas å ha hovedansvaret for syntesen av mediatorer for smerte, infiammasjon og feber. Ingen hemming av COX-1 i kliniske doser. Blodplatefunksjonen er opplivret og prostaglandinenes beskyttende effekt på mageslimmhinne opprettholdes. Den kliniske effekten er sammenliknbar med de høyeste dosene av tradisjonelle NSAIDs. Hos pasienter med revmatoid artritt førte 25 mg rofecoxib en gang daglig til signifikant forbedring i sykdomsrelatert respons, inkludert vurdering av smerte og funksjonsdyktighet. Den gunstige effekten vedvarte i de 12 uker lange placebokontrollerte periodene. Dosering med 50 mg en gang daglig ga ingen signifikant tilleggseffekt i forhold til dosering med 25 mg en gang daglig. Incidensen av gastrointestinale bivirkninger var signifikant lavere hos revmatoid artritt pasienter behandlet med rofecoxib 50 mg en gang daglig (to ganger anbefalt maksimal dose) enn hos pasienter behandlet med naproxen 500 mg to ganger daglig. Absorpsjon: Biotilgjengelighet ca. 93%. Ved "steady-state" (25 mg dose) C_{max} 0,305 mikrogram/ml, T_{max} ca. 2 timer og AUC_{0-24} 3,87 mikrogram·timel. Hos pasienter med moderat leverinsuffisians (Child-Pugh score 7-8) øker AUC med ca. 69%. Systemisk eksponering er ca. 30% større hos eldre. Proteinbinding: Ca. 85%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 100 liter. Halvveisstid: Ca. 17 timer. "Steady state" nås innen 4 dager med 25 mg en gang daglig. Akkumulasjonsratto ca. 1,7. Plasmapraktisk ca. 120 minutt for en 25 mg dose. Metabolisme: Hovedsakelig i lever. Utskillelse: Ca. 72% i urin og 14% i fauces.

Pakning og priser: 12,5 mg: 98 stk empac kr. 1156,90, 50 stk endos kr. 807,00, 28 stk empac kr. 354,90, 7 stk empac kr. 109,20, 30 stk HDPE boks kr. 377,80, 100 stk HDPE boks kr. 1 179,90. 25 mg: 98 stk empac kr. 1192,40, 50 stk endos kr. 625,10, 28 stk empac kr. 365,10, 7 stk empac kr. 111,80, 30 stk HDPE boks kr. 388,70, 100 stk HDPE boks kr. 1 216,10.

Oppdatert juli 2002

Felles for refusjon av coxib på §9 er at minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:

- Pasienten har tidligere hatt et behandlingsstregende magesår eller annen alvorlig gastrointestinal bivirkning
- Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinal bivirkninger
- Pasienten har betydelig nedsatt allmenntilstand

(genotypen), men ikke kor mange som «får den» (fenotypen), og på toppen; kor mange av dei som får den, som får symptom eller komplikasjoner. Anslaga for penetrans (andenfenotype av alle med genotype) har variert fra 10–70%. Dette har stor betydning for prediksionsverdien av ein test. Ei ny befolkningsbasert studie av 41 000 personar i USA antydar no at penetransen er under 1%! Dersom dette vert stadfesta i andre populasjoner, bør vi gløyme gen-testen som mogeleg screeningundersøkelse for hemokromatose. Eller vi kan velje medikaliseringslösinga; screeene alle og så følgje ein halv prosent av befolkninga (25 000 personar) med regelmessige blodprøver for å sjekke at dei ikke har fått sjukdommen (sjansen er kanskje altså under 1%). Det kan det jo bli både fornøgde pasientar og trøng for fleire fastleggar av.

Steinar Hunskår

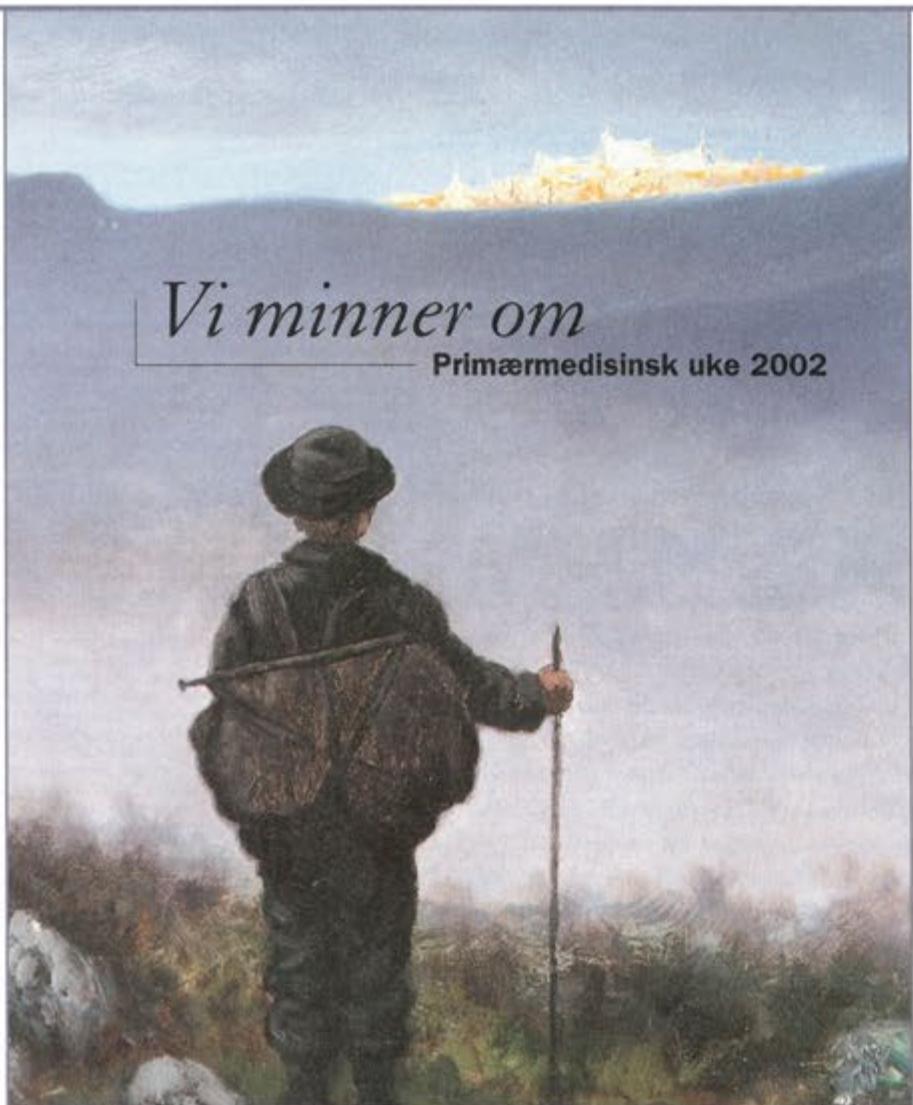
Litteratur

Beutler E, Felitti VJ, Koziol JA, Ho NJ, Gelbart T. Penetrance of 845G-A (C282Y) HFE hereditary haemochromatosis mutation in the USA. Lancet 2002; 359: 211-8.
Norsk hemokromatosesforbund. Hemokromatose – en medisinsk utfordring. Oslo: Norsk hemokromatosesforbund, 2001.
Wisloff F. Bruk av blod fra hemokromatosespasienter. Tidsskr Nor legeforen 2001; 121: 1448.

Steinar Hunskår

(f. 1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og spesialist i allmennmedisin. Han er redaktør for boka «Allmennmedisin» som kom i 1997. Ved Seksjon for allmennmedisin har dei vektlagt klinisk epidemiologi, EBM og kritisk litteraturvurdering i undervisninga si, og Hunskår vil med ujamne mellomrom gi eksempler for lesarane av UTPOSTEN.





Vi minner om

Primærmedisinsk uke 2002

**VELKOMMEN til
«Fra soloppgang til solnedgang
– fra øst til vest i livet»**

Primærmedisinsk uke 2002, Soria Moria i Oslo

Aplf, NSAM og OLL inviterer til primærmedisinsk «happening»
i tiden 28. oktober til 1. november 2002

Det vil bli 26 forskjellige kurs, hvorav 13 er emnekurs.
Det blir Forskningsdag og Olav Rutles minneforelesning,
i tillegg til et flott sosialt og kulturelt program.

Program er sendt ut, og du kan søke på
www.teamcongress.no/pmu2002

**Enkelt, sikkert og nære pasienten.
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 kryvetter) 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 laboratoriekvalitet. 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.

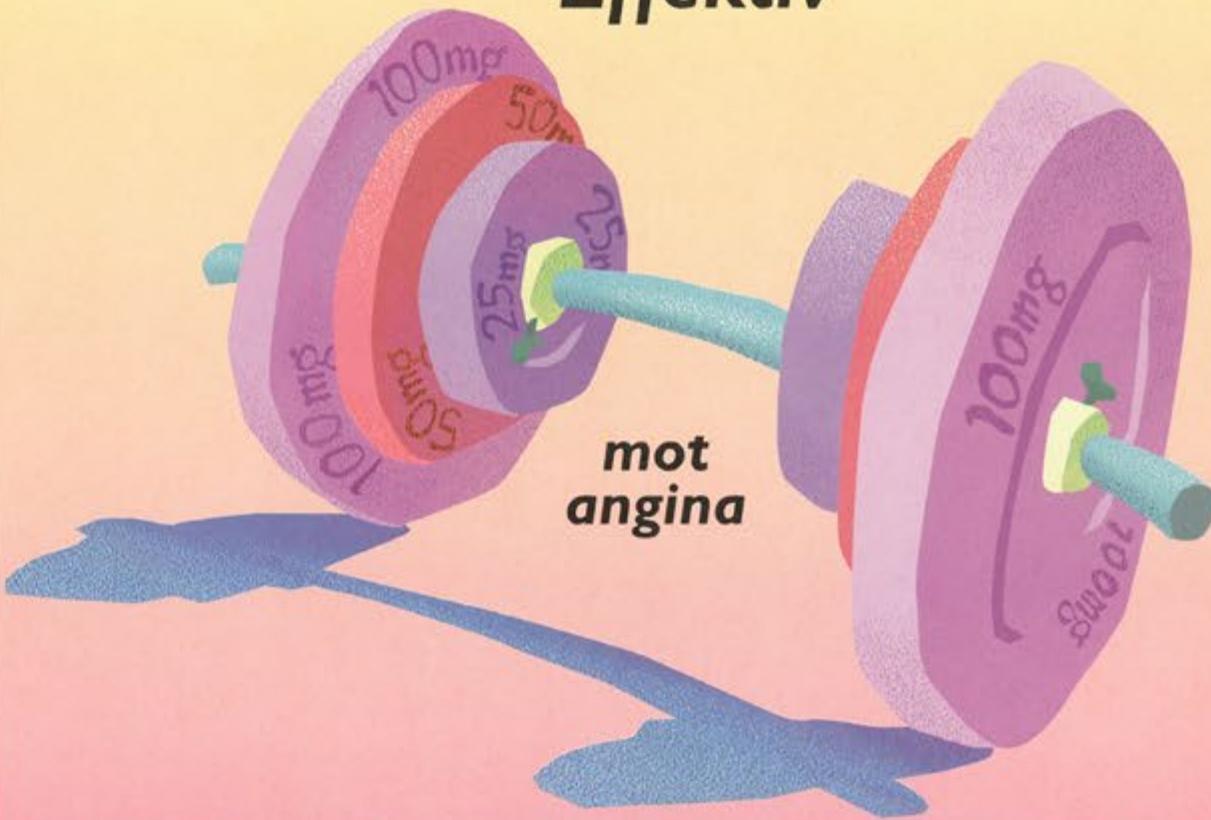




MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

Effektiv*



MONOKET OD "Pharmacia"

Nitropreparat.

ATC-nr:C01DA14

T:12

DEPOTKAPSLER, hårde 25 mg, 50 mg og 100 mg: Monoket OD: Hver depotkapsel inneholder isosorbidmononitrat 25 mg, resp. 50 mg og 100 mg; laktose 7 mg, resp. 13 mg og 27 mg; hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Profylaks mot angina pectoris.

Dosering: Depotkapsler: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 75 mg og opp til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene.

Kapslene sveiges hele sammen med et 1/2 glass væske.

Kapslene kan preses men må ikke tygges. Ved profilaktisk behandling er det viktig at legemidlet doseres på faste tidspunkter.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nitrater og relaterete organiske nitratforbindelser. Alvorlig hypotensjon og hypovolämia. Hjertelemponade. Konstriktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati, fikt intrakranial trykk. Samtidig behandling med sildenaflati.

Forsikrighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved arteriell hypotensi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjonen av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypotensi og ubalanseert ventilasjon/perfusion pga. lungeskadom eller iskemisk hjertebein skal behandles med srs rskilt forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebra iskemi kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusion og føre til nedgang i arterielt partisk oksygentrykk.

Nitrater kan gi blodtrykksfall og kraftig reduksjon av minuttvolym hos pasienter med aortastenosje og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedslatt nyre eller

leverfunksjon p.g.a. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleranseutvikling eller avtagende effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirkende nitrater, inkludert transdermale systemer. Nitratfrie intervaller p. 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleranseutvikling.

Br. seponering/redraping bør umg s.p.g.a. risiko for angina pectoris antall og overlappende behandling bør igangsettes. **Interaksjoner:** Ved samtidig bruk med sildenaflati kan det oppstå betydelig blodtrykksfall, noe som kan gi alvorlige bivirkninger som synkope eller hjerteinfarkt hos disponerte pasienter. Samtidig behandling med vasodilatatorer midler, kaliumantagonister, ACE-hemmer, betabloktere, diuretik og andre antihypertensiva kan potensiere den blodtrykksenkende effekten. Ved samtidig bruk av tricykliske antidepressiva og alkohol kan den blodtrykksenkende effekten potensieres. Isosorbidmononitrat kan ikke biotilgjengeligheten av dihydrotetrahydrofuran kan koronær artenesykdom kan dihydrotetrahydrofuranen effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronær vaskokontriksjon. Muligheten for at samtidig bruk av acetylsalysyme og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes. (C01DA nitrater)

Graviditet og amming: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er ustrekkelig. Dynestudier er heller ikke tilstrekkelige til å utrede eventuelle reproduksjons-toxisiske effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordele oppveier en mulig risiko.

Overgang i morsmeik: Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Bivirkninger: De fleste bivirkningene er doseavhengige. Ved behandlings begynnelses oppst Hoddepine hos ca. 25% av pasientene. Dette skyldes preparatets vasodilatatorende effekt og forsvinner vanligvis i løpet av en uke. Hypotensi (> 1/100). Gastrointestinale: Uvetnethet, lese, Sirkulatoriske: Hypotensi, blodtrykk, svikt, svimmelhet, dømning.

Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekkinger, diar. Sjeldne (< 1/1000): svikt, Besvismesse, Sirkulatoriske: Methemoglobinemi.

Overdosering: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: 1.v. tilførsel av ascorbinsyre eller metyleneblå støttses. Oksygentilførsel. For svrig vanlig generell behandling. (F-74d metiytonin)

Pakning og priser pr. Juni 2002:

Monoket OD Depotkapsler:

- 25 mg: Endose: 49 stk. kr 141,80. Enpac: 14 stk. kr 56,40, 96 stk. kr 209,00
- 50 mg: Endose: 49 stk. kr 181,10. Enpac: 14 stk. kr 74,40, 96 stk. kr 334,40
- 100 mg: Enpac: 98 stk. kr 549,80

T:12: Receptgruppe C.

Dato: Juni 2002

*Zwinderman et al, Journal of Vascular Diseases

1999, 50, 12, 963-969

Ahmadinejad et al, Eur Heart J 1988, 9A, 135-139

PHARMACIA

Lilleaker veien 2B 0283 Oslo