



Innhold:

Leder: Vel møtt!	s 1
ØNSKES ALLE LESERE AV DEN NYE REDAKSJONEN	
Presentasjon av den nye redaksjonen	s 2
Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen	
KRONIKK AV IVAR SKEIE	s 3
Utpostens dobbelttime	
DANIEL HAGA INTERVJUES AV HELEN BRANDSTORP	s 6
Paranoide vrangforestillinger	
AV HARALD G. SUNDE	s 10
Legemisjonen – fortsatt en utfordring	
AV ROLF BERGETH	s 14
Notater fra en trett lege (V) med epikrise	
AV ØYSTEIN HALLRE	s 18
Ingen grunn til panikk! (?)	
AV HARALD SUNDBY	s 22
Helserådet 10 år	
AV EINAR BRÅTEN	s 26
HELSE RÅDET 10 ÅR: – Jubileumskonferansen og tanker hos en av deltakerne	
AV ARNE VASSBOTN	s 29
Svangerskapspermisjon – har jeg råd til det?	
AV INGILD MENES SØRENSEN	s 32
Faste spalter	s 34

UTPOSTEN

Kontor:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25
Mobil: 907 84 632
E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert

Koordinator

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

Helen Brandstorp

Christian VII'sgt. 12, 9012 Tromsø
Tlf. priv.: 77 69 46 91.
Tlf. jobb.: 77 62 60 00
Mobil: 991 52 115
E-mail: helen.brandstorp@unn.no

Tor André Johannessen

Storgt. 10 D 1, 3660 Rjukan
Tlf. priv.: 35 01 40 70.
Tlf. jobb.: 35 08 17 30
Mobil: 901 25 454
E-mail: johannessen@medscape.com

Ola Nordviste

Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 8054 Dep., 0031 Oslo
Tlf. priv.: 22 60 60 92 (Oslo) 61 36 15 10 (Fagernes)
Tlf. jobb.: 24 16 35 63. Mobil: 481 26 6 88
Faks jobb.: 24 16 30 05 (må varsles)
E-mail: oln@shdir.no / nordviste@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik
Tlf. priv.: 61 17 70 03
Tlf. jobb.: 61 13 67 80
Mobil: 917 35 632
Faks jobb.: 61 13 67 50
E-mail: ivar.skeie@c2i.net

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 46
Faks jobb.: 76 11 42 26. Mobil: 916 82 489
E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

Ingvild Menes Sørensen

Prestegården, 7660 Vuku
Tlf.: 74 07 07 08. Mobil: 907 41 034
E-mail: ingmenes@online.no

Forsidefoto: Øystein Hallre

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Vel møtt!

Utposten har fått ny redaksjon. Når vi nå overtar ansvaret for fem nye år, er det med stor respekt for det enestående prosjektet *Utposten* har vært gjennom sine 30 år. *Utposten* har vært – og er – en viktig og særpreget arena i utviklingen av norsk allmenn- og samfunnsmedisin, og det er vårt mål at det fortsatt skal være slik.

Vårt fag står foran store utfordringer. Norsk allmennmedisin gikk i motbakke store deler av nittitallet. Det var rekrutteringstørke, stabile leger sluttet i distriktene, svært mange av veteranene var mer slitne enn de hadde godt av, og det var usikkerhet foran fastlegeordningen. Det var tendens til kollektiv depresjon i faget. På flere måter er denne tendensen snudd. Det rekrutteres igjen, det er få ledige stillinger og fastlegeordningen er på plass. Samfunnsmedisinen sliter noe mer med formen, men mye er i gjære.

Men utfordringene er store. Vil den nye generasjonen fortsette i primærmedisinen? Vil vi klare å stabilisere legedekningen i distriktene? Vil fastlegeordningen fungere slik at den gir trygghet og stabilitet både for lege og pasient? Vil vi kunne opprettholde helsemessige prioriteringer i et helsevesen der stadig mer styres av «marked» og «produksjon»? Er den lokale samfunnsmedisinen en utdøende rase, og hvordan skal samfunnsmedisinen på lokalt nivå utformes i framtida? Kort sagt – hvordan vil norsk primærmedisin se ut om ti–tjue–tretti år? Vi ønsker å være et forum for drøfting av slike spørsmål.

Utposten skal speile det fantastiske mangfoldet som primærmedisinen favner. Vi ønsker stoff som viser nysgjerrigheten, fascinasjonen, entusiasmen, overraskelsene, humoren, gleden, improvisasjonen og samspillet i faget. Men det skal også gjenspeile usikkerheten, tvilen, slitet, frustrasjonen og de dyrekjøpte lærdommene. Vi ønsker et blad som er «tett på» vår faglige virkelighet og et blad som gir innsikt i det særegne i primærmedisinen. Det skal både være «matnyttig» ved å bringe jordnært, praktisk innrettet klinisk stoff, og det skal fortsatt være en sted for faglig og «metafaglig» refleksjon.

Vi ønsker at alle innen primærmedisinen skal kunne føle seg hjemme i bladet. Vi vil spesielt ønske den nye generasjonen primærleger velkommen. Vi ønsker å være et sted der de kan komme til orde. Vi ønsker å være et forum for hele primærmedisinen, både bygd og by, gammel og ung! Og vi vil gjerne vekke interesse også utenfor primærlegenes rekke!

Men for å lage det bladet vi ønsker, trenger vi engasjement fra våre lesere! Vi ønsker at *Utposten* fortsatt skal være en arena for dem som vil «skrive sitt fag». Vi vil at alle som har noe de synes er vesentlig å melde, skal kunne komme fram i våre spalter. Vi vil ha en lav terskel og vi vil beholde den «ikke-vitenskaplige» profilen. Mottoet bør være: Det som er spennende og viktig for meg, er som regel spennende og viktig for andre! Vi ønsker personlige fagmeddelelser, gode kasuistikker, fagartikler og essays, og debatt. En del vil vi «bestille», en del vil vi samle i faste spalter, men det er fritt fram for innsendte innlegg! Vi vil selvsagt gjøre en redaksjonell vurdering, men terskelen skal være lav og takhøyden stor!

Vårt mål er at *Utposten* skal være viktig. Viktig for den enkelte leser ved å bringe stoff til fornying og fordykning, viktig som forum for drøfting av spenningsfeltene i primærmedisinen og viktig som arena for «kollektiv» fagrefleksjon.

Helen Brandstorp Tor André Johannessen Ola Nordviste
Jannike Reymert Ivar Skeie Anders Svensson Ingvild Menes Sørensen

ny redaksjon

fra 2003



Helen Brandstorp

32 år. Ferdig med turnus i Odda og på Dombås sommeren '98. Dro så til kommunelege-damene i Deatnu / Tana hvor jeg har jobbet spesielt med akuttmedisin. Har nå sideutdanning på anestesi ved Universitetssykehuset i Nord Norge, UNN



Jannike Reymert

45 år. Spesialist i allmennmedisin, jobber på Baklandet legekontor i Namsos



Tor André Johannessen

29 år. Starter jobb som vikarlege ved Hallset legesenter medio februar 2003. Er for «fersk» til med sikkerhet å ha pekt ut hvor mine største interesser ligger, men fasineres av allsidigheten i allmennpraksis og tror selv jeg passer best der.



Anders Svensson

40 år, spesialist i allmennmedisin. Utdannet i Sverige. Turnustjeneste i Sør-Troms. Kommunelege i Bø i Vesterålen siden 1995. Faglig interesse: Akuttmedisin, psykiatri, helsepolitikk og (små-)samfunnsmedisin



Ola Nordviste

50 år. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Faglig bakgrunn: Primærlege på Fagernes de siste 21 år, hvorav ca. ti år som helsesjef/ kommunelege I. To perioder som primærlege i Afrika. Faglig interesse: Samfunnsmedisin, distriktsmedisinske sentre, internasjonal medisin, psykiatri.



Ivar Skeie. 51 år, bosatt i Gjøvik.

Cand. med. Oslo 1978. Distriktslege/kommunelege i Snertingdal, Gjøvik kommune 1981-1995. Fra 1995 allmennpraktiker/kommunelege ved Åslundmarka Legesenter i Gjøvik. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Faglige interesser: Infeksjonsmedisin, allmennmedisinsk psykiatri og arbeid med stoffmisbrukere i allmennpraksis.



Ingvild Menes Sørensen

34 år. Arbeider som fastlege ved Vuku legesenter i Verdal. I svangerskapspermisjon fra 15.11.02 og ett år framover. Opptatt av at unge leger må finne seg til rette i allmennpraksis.



En spent og forventningsfull redaksjon ser frem imot fem års arbeid med Utposten.

FOTO: LEIF ARNE HOLME

Stoffmisbruk(ere)

– en utfordring for fastlegen

Det kan være vanskelig for leger – ikke minst allmennleger – å forholde seg til stoffmisbrukere som pasienter. Men to forhold gjør at de fleste av oss likevel ikke har noe valg, fastlegereformen og det faktum at medikamentell behandling har fått en sentral plass i behandling av stoffmisbruk.

I Norge er det mellom 10 og 15 000 heroinmisbrukere, dessuten noen tusen narkomane som i hovedsak bruker andre stoffer, særlig sentralstimulerende midler. Det er mellom 4 og 5000 allmennleger. Det betyr at i gjennomsnitt vil hver allmennlege ha 2–4 tunge stoffmisbrukere på lista si. Noen har ingen, noen har mange, men de fleste vil ha noen. I fastlegesytemet er det pasienten som velger lege, ikke omvendt. Derfor kan ikke legene velge bort denne pasientgruppa, vi må forholde oss til dem. Det er en betydelig utfordring. Alle allmennleger vet at stoffmisbrukere kan være «en pest og en plage» i en allmennpraksis, alle er vi blitt «lurt», alle har vi mislikt «forhandlinger over reseptblokk», de fleste av oss har skrevet ut medikamenter vi egentlig syntes vi ikke burde ha skrevet ut, og vi har blitt skuffet når misbrukerne ikke har gjort som vi sa de skulle gjøre. For noen har dette ført til at de blankt har avvist misbrukerne fra praksisen. Andre leger har havnet i ødeleggende bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig forskrivning av narkotika. Og de fleste har prøvd å navigere så godt de har kunnet i et vanskelig farvann.

Mest til dem med de største behov

De fleste vil sannsynligvis være enige i at vi som leger skal ha størst fokus på de pasienter som har de største helseproblemer. Og i Norge er de tunge rusmisbrukerne en av de gruppene som har den aller største og mest alvorlige sykkeligheten, og en svært overdødelighet i forhold til de aller fleste andre grupper. Store grupper misbrukere lever mer eller mindre permanent under helsemessige og sosiale forhold som kan sammenlignes med krig og katastrofer, og med muligheten for livstruende sykdom og død som en

daglig trussel. Disse gruppene er størst og kanskje mest forkomne i de større byene, men vi finner misbrukere som lever under slike betingelser i de fleste kommuner i landet. De rammes av ymse alvorlige infeksjoner som følge av sprøytebruk, svekket motstandskraft og underernæring, og de lever i stadig fare for overdoser, skader og kriminalitet. Som gruppe er det udiskutabelt at de tunge rusmisbrukerne hører med blant «dem med de største behov».

Samtidig er det viktig å være klar over at ikke alle stoffmisbrukere er like, og slett ikke alle passer inn i elendighetsbeskrivelsen ovenfor. Mange kan til og med gli inn i en allmennpraksis uten særlig store problemer.

Legenes rolle i behandlingen av stoffmisbruk

Behandlingsansvaret for rusmisbruk er i dag forankret i Sosiallovgivningen, og den kommunale sosialtjenesten er den sentrale og koordinerende aktør på det kommunale plan. Da det moderne stoffmisbruket begynte å bre seg i Norge fra midten av 60-tallet, ble behandlingstiltakene i hovedsak ikke bygd opp innenfor det medisinske systemet. Allmennlegene ble ikke sett på som sentrale aktører her, kanskje heller (delvis med rette) som et «problem» ved at de forskrev vanedannende medikamenter til misbrukerne. Misbruk ble ikke sett på som «sykdom», men heller som et sosialt og moralsk avvik.

HIV/Aids-epidemien førte legene inn på rusfeltet igjen, og utover 90-tallet kom medikamentell behandling ved opiatavhengighet på dagsorden. Fra 1998 ble det bestemt at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av opiatavhengige skulle etableres over hele landet.

Dette har ført legene inn i rusbehandlingen med full tyngde. LAR er organisert noe ulikt i ulike deler av landet, med ulik grad av sentralisering, men i dag får om lag halvparten av de vel 1900 i LAR sitt medikament forskrevet av allmennleger. Alt tyder på at tallet på LAR-pasienter/klienter/brukere vil stige og at allmennlegene vil få en mer og mer sentral plass. Dette gjør det nødvendig med en gjennomtenkning av allmennlegenes rolle i behandlingen av mennesker med rusproblemer.

Kan fastlegen takle alle rusmisbrukere som pasienter?

Det er klart at alle, også alle stoffmisbrukere, har rett til fastlege, og de fleste vil bruke denne retten. Det er samtidig klart at denne gruppa har en svær sykkelighet og derfor et stort behov for legehjelp. Men er det dermed gitt at alle stoffmisbrukere vil kunne få den hjelp de trenger i fastlegesystemet?

Etter mitt syn kan det gjøres mye godt og fornuftig legearbeid for denne gruppa, av fastlegene. Men de mest vanskeligstilte i denne gruppa, de som har vanskeligst for å innordne seg i den minimum av disiplin som kreves for å kunne få hjelp på et allmennlegesenter, og de som er mest ustabile og utagerende, vil det være vanskelig å betjene i fastlegesystemet. Mange har erfaring med at det er svært vanskelig å ha rusa og kranglete misbrukere på venterom sammen med gamle og feberunger. Og en del av de mest utslåtte vil ikke klare å oppsøke legesentrene.

Derfor vil det en del steder være aktuelt med lavterskeltilbud til denne gruppa, bemannet med helsepersonell som kan drive oppsøkende og være døråpnere for disse pasientene i forhold til andre deler av helsevesenet. Dette vil være tilbud à la Feltpleien i Oslo, og lignende modeller prøves nå ut flere steder i landet. Disse lavterskeltilbudene skal ikke være et konkurrerende tilbud til fastlegesystemet, men et supplement for dem som ikke klarer å gjøre seg nytte av det.

Respekt og motrespekt

Samtidig kan det være grunn til å se kritisk på helsevesenets egne holdninger overfor denne pasientgruppa. Det står ikke til å nekte for at det har vært, og fortsatt er mye moralisering og utstøtende holdninger versus stoffmisbrukerne i

helsevesenet. Dette er nok nå i ferd med å snu i stor grad, og mange blir flinkere til å se mennesket og pasienten bak klijseen «stoffmisbruker».

Det er min erfaring etter å ha hatt mange stoffmisbrukere som pasienter gjennom mange år, at de møter deg som lege med respekt, dersom du møter dem som pasienter med respekt. Det er snakk om respekt og motrespekt, og legen må gjerne være den første til å vise respekt. I respekt ligger det å ta dem på alvor, ta deres psykiske og somatiske og sosiale problemer på alvor. De har rett på å bli behandlet for sine sykdommer som andre. Og man må også ta deres misbruk på alvor. Det innebærer at man ofte må si nei til å gi dem det de vil ha, fordi det etter vårt legeskjønn ikke vil være god behandling. Men mange av dem vil respektere det, bare vi er tydelige nok. Tydelighet og trygghet på egne holdninger er viktig for ikke å bli trukket inn i misbrukerens kaos.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) – fastlegens rolle

Allmennlegenes rolle i legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige er omdiskutert. Som nevnt er mange allmennleger allerede med i LAR. Alment Praktiserende Lægers forening (APLF) ga høsten 2002 ut et hefte om dette temaet¹. Her drøftes de utfordringer allmennlegene møter i behandling av narkomane, og særlig i LAR. Det advares mot å legge en for stor del av ansvaret for LAR på allmennlegene, og det understrekes betydningen av at LAR skal være basert på tverrfaglig samarbeid som koordineres av den kommunale sosialtjenesten og behovet for oppbygging av en annenlinjetjeneste med spesialiserte rusklinikker på region- og fylkesnivå. Videre påpekes det spesielle ved at legen i LAR ikke har eneansvar for vurdering av om en

¹ Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering, Alment Praktiserende Lægers forening, august 2002



medikamentell behandling skal startes eller avsluttes, fordi dette blir drøftet i en tverrfaglig ansvarsgruppe og til slutt blir endelig vedtatt i regionsenteret for LAR. Det påpekes at «det likevel er slik at en eventuell utskrivning fra et LAR-opplegg er og blir legens ansvar, på samme måte som ved annen medikamentell behandling». Det understrekes at ingen allmennlege skal kunne tvinges til å forskrive substitusjonsmedisin. Og APLF mener videre at utdeling av substitusjonsmedikamentet og taking av urinprøver under kontroll ikke hører hjemme på et allmennlegekontor.

I store trekk er jeg enig i retningslinjene som settes fram i dokumentet. Men jeg vil likevel understreke hvor viktig det vil være at allmennlegene engasjerer seg i LAR. I motsetning til det som ofte er tilfelle i sosialtjenesten, er allmennlegene gjennomgående svært stabile. LAR innebærer bl.a. en omfattende medikamentell behandling med uavgrenset varighet. Den må styres av en lege, og jeg vil hevde at det i svært mange tilfeller vil være naturlig at legen er en allmennlege. Slik sett skiller substitusjonsbehandling med metadon/buprenorfin seg ikke prinsipielt fra annen viktig medisinsk behandling som insulinbehandling eller antikoagulasjonsbehandling. Og nettopp det langvarige lege-pasientforholdet kan gi en god og trygg ramme rundt behandlingen. De fastlegesentra som har engasjert seg i LAR, har i hovedsak opplevd at det ikke er så mye problemer knyttet til behandlingen. Det går mye greiere enn de hadde fryktet på forhånd og tar mindre tid enn de fryktet. De klare rammene i LAR gjør at mange av vanskelighetene i legens forhold til den narkomane ikke finnes her, bl.a. er det ikke grunnlag for «resept-forhandlinger» fordi det i utgangspunktet er klart for begge parter at det ikke skal skrives ut andre A- eller B-preparater.

Hva kan gjøres på et legesenter?

På vårt legesenter har vi også i fire år tatt urinprøver under kontroll og utlevert metadon, noe altså APLF i sitt hefte

mener ikke hører hjemme på et allmennlegekontor. Vår erfaring tilsier at dette kan være en god løsning i noen tilfeller. Det gir en tetthet i kontakten mellom LAR-brukeren og legen som gir trygghet, motvirker manipulering og gir mulighet til å gjøre godt legearbeid. Vi har hatt minimalt med uakseptabel oppførsel fra LAR-brukernes side, og minimalt med negative reaksjoner fra andre pasienter. Utlevering av substitusjonsmedikament fra legesenteret vil være mest aktuelt under opptrapping og med ustabile brukere, der det er viktig med tett oppfølging. Etter hvert kan utleveringen overføres til apotek. På mange legekontorer er det bygningsmessig vanskelig å få til kontrollerte urinprøver på en diskret og etisk forsvarlig måte, og det vil derfor mange steder være naturlig at sosialtjenesten organiserer et system for urinprøvetaking. Vi har i Gjøvik bygd opp en «1/2-linje-tjeneste» i LAR, der ett legesenter har bygd opp spesialkompetanse. Dette senteret har som oppgave å starte, trappe opp og stabilisere nye LAR-pasienter. De av LAR-pasientene som ikke har sin fastlege ved dette senteret, overføres til fastlegen når de er stabilisert på sitt substitusjonsmedikament. Etter vår erfaring bør dette kunne være en brukbar modell for noe større byer som ikke har regionale LAR-sentra.

Konklusjon

Både stoffmisbrukerne og fastlegesystemet er kommet for å bli. Det må vi forholde oss til. Også substitusjonsbehandlingen er etter all sannsynlighet kommet for å bli. Jeg føler meg sikker på at allmennlegene vil komme til å spille en sentral rolle i behandlingen av stoffmisbrukere generelt og i LAR spesielt. Mange vil se på LAR som en viktig og naturlig del av allmennlegens arbeid. Men det er viktig å beholde tverrfagligheten i behandlingen av stoffmisbrukerne, og annenlinjetjenesten på feltet må styrkes. Allmennlegene vil få en mer sentral rolle i førstelinja, og det mener jeg bestemt vil være en styrke.

Ivar Skjeie

UTPOSTENS DOBBELTTIME

AV HELEN BRANDSTORP

«Men i dag kom vi litt galt ut. Skal man jobbe med telemedisin må man ha klart for seg at det er virkemiddel. Har man som utgangspunkt at man må bruke telemedisin på en eller annen måte, bærer det galt av sted. Man må først identifisere problemet og så se hvordan telemedisin kan brukes på problemet».

Utposten møter en blid og imøtekommende kommunelege I fra Alta på Tromsø flyplass. Han er underveis fra et møte. Daniel Haga må være mange timer på reise i løpet av året, men lang reisevei er en vant med nordpå! Haga har vært på «Kick off møte» i Tromsø der tema har vært:

«Hvordan kan telemedisin brukes i forhold til områdene geriatri og lavvolumtjenester, med fokus på det nordligste fylket.» Han forteller engasjert:

Dette er veldig relevante tema for oss i Finnmark. Vi har for eksempel ingen praktiserende spesialist i geriatri i fylket og vanskelig tilgang. Men i dag kom vi litt galt ut. Skal man jobbe med telemedisin må man ha klart for seg at det er virkemiddel. Har man som utgangspunkt at man må bruke telemedisin på en eller annen måte, bærer det galt av sted. Man må først identifisere problemet og så se hvordan telemedisin kan brukes på problemet.

Dette skjedde ikke i dag og det var rimelig frustrerende for oss medisinske fagfolk å måtte jobbe etter en helt annen modell som et privat organisasjonsselskap brukte...

I Alta har Haga stått i spissen for mange telemedisinprosjekt. De begynte så tidlig som i 1992 med øre-nese-hals på grunn av lange ventelister hos spesialist. Det har vært prosjekter for hele helsetjenesten.

Øyenbunnsdiagnostikk av diabetes pasienter er et veldig god eksempel. Det utføres av to av våre sykepleiere. Universitetssykehuset i Nord-Norge trodde ikke det var

mulig å lære opp sykepleiere, men det går godt. Diabetes-pasientene får undersøkt øyenbunnen en gang i året og bildene blir sendt til øyeavdelingen ved UNN. Der ser spesialisten 5-8 billedserier på samme tid som han ville brukt på én pasient. Pasienten slipper å reise, legen er mer effektiv.

Vi har også dialyse som et annet godt eksempel. Hemodialyse har vi drevet med før også, men nå er det bredbånds-oppkobling mellom maskinene på UNN og i Alta. Det betyr at legene ved UNN kan gå inn og lese verdier på maskinen i Tromsø, og har full oversikt. Vi har tre maskiner og fem pasienter som får dialyse. Spesialisten går visitt via videokonferanse én gang i uken mens pasienten ligger i dialysesengen, og legen kan også nåes hver dag. Det er et eksempel på hvordan man kan flytte ut kompetanse for å kunne opprettholde kvaliteten i desentralisert tjeneste. Det betyr enormt for pasienten og samfunnet!

Jeg har også lyst til å fortelle om et prosjekt med hjemmetjenesten som er ferdig, men som vi vil gå videre med. De har journal på bærbar PC som de tar med seg hjem til brukerne. Da vi kjørte dette forsøket ble det bygget opp et eget radionett i Alta som gjorde at hjemmetjenesten kjørte rundt med «Reodor Felgen-antenne» bak på bilen. Den kommuniserte med utplasserte antenner på hoppbakken, Komsafjellet og andre steder. Overalt kunne de skrive inn notat på direkten og de kunne sjekke hvor langt søknader var kommet i prosessen, og for eksempel om hjelpemidler. Alle vedtak ligger inne på datajournalen til hjemmetjenesten. Bilder ble tatt og sendt via nett, reseptbestilling sendt direkte til rette lege. Dette var veldig ryddig... og har gitt inspirasjon videre.

Inspirere har vel du selv gjort så det monner som ildsjel bak disse telemedisinprosjektene?

Vi har vært mange, så jeg... Poenget er at hvis du har begynt med dette så spinner det på seg.

Akkurat nå driver vi med et sikkerhetsprosjekt som går på å lage en sikker kommunikasjon mellom hjemmetjenestens og legenes system. Det skal ikke skje en integrering, det må være to forskjellige nettverk. Men det å sende mail og for ek-

sempel reseptbestillinger inn i et lukket nett jobber vi med. Vi lager brannmurer rundt mailingen. KIT i Trondheim og Sosial- og helse departementet er med. Dette er spennende.

Men jeg har hele tiden vært vant til å først identifisere et problem og så se om telemedisin kan brukes!!

Daniel drar på det når vi spør om han har eksempler på prosjekter som ikke er gått så bra. Han vil heller fokusere på at de har vært grundige i vurdering av problemer for telemedisin prosjekt. Men innen disse har de funnet noe telemedisin ikke egner seg til som for eksempel diagnostikk der en må ta og føle på pasientene, svulst på halsen er et eksempel.

Spesialistens evne til å kjenne og vurdere kan ikke overføres digitalt. Spesialisten kan ikke kjenne via mine hender.

Innen for hjemmetjenesten avdekket vi ting. Jobben her er en veldig «alenesom» tilværelse og man har ofte ganske store ansvarsområder. Det brukes mye tid på rapporter og mitt fokus har vært kvaliteten på disse rapportene. Oftest er de muntlige og de tar også mye tid. Kanskje kan man unngå hele møtet. Det er mulig i dag å få lydavspilt det siste notatet på vei i bilen til neste klient. Men treffpunkt er viktig i denne organisasjonen og en må skape andre møtepunkt for hjemmetjenesten, det er viktig for trygghet i faget.

Utposten begynner å forstå at i Alta har en gjort seg verdifulle erfaringer som også andre kan ha glede av. Nasjonalt senter for telemedisin (i Tromsø) har vært med på de fleste prosjektene, så der er det rapporter å få tak i. I tillegg har Alta selv hatt prosjektledelsen på prosjektet om hjemmetjenesten.

Prosjektet om hjemmetjenesten har en egen rapport som er i Alta. Vi hadde ledelsen i samarbeid med ALUT (Alta utviklingsselskap). I rapporten er de organisatoriske implikasjoner beskrevet veldig godt pga at høyskolen i Alta ble med og forsket på dette.

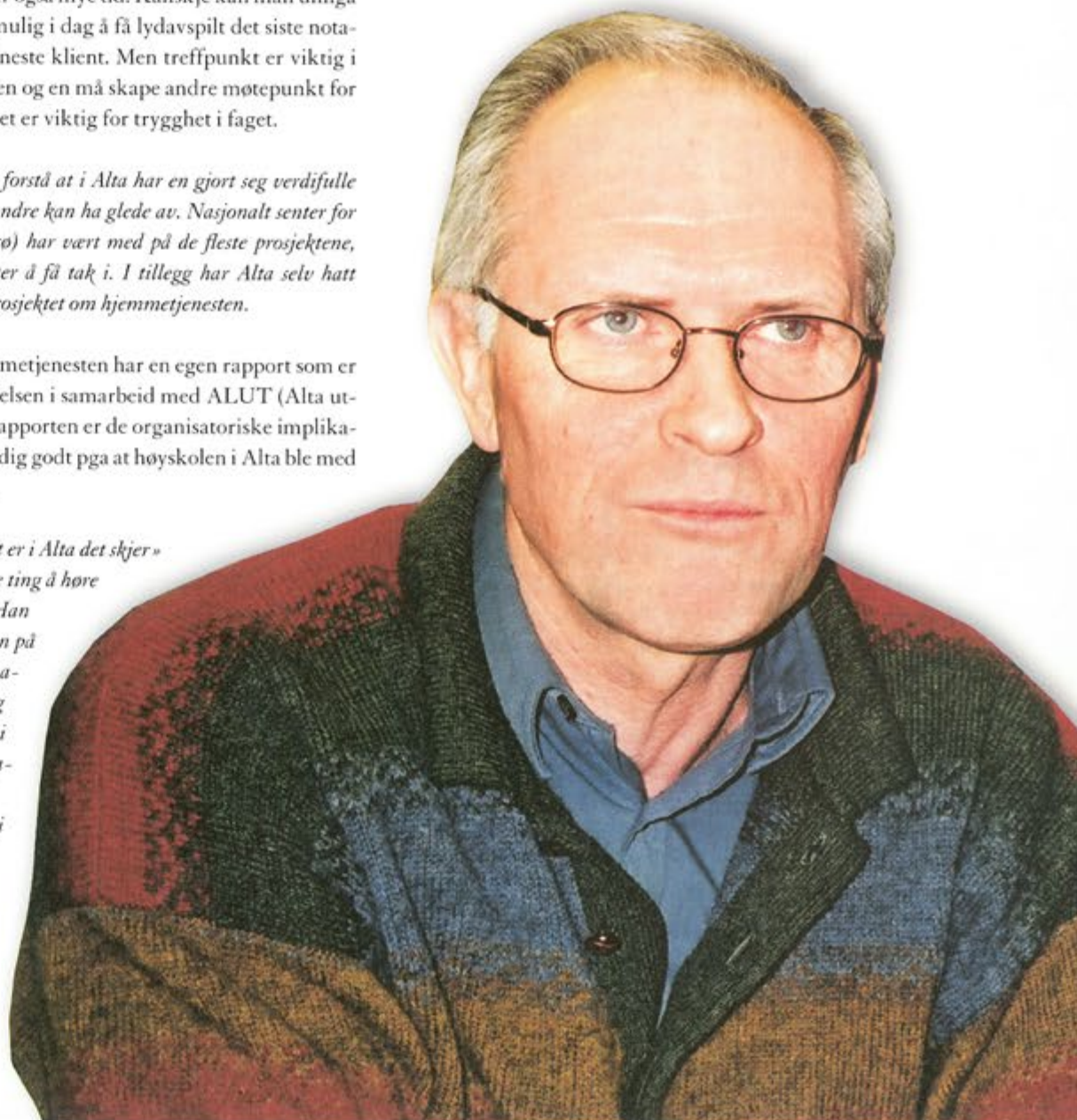
Det høres ut som «det er i Alta det skjer» og det er bare positive ting å høre fra kommunelegen. Han trekker frem størrelsen på ca 17 500 som gir behagelig vaktfordeling og spennende variasjon i det en møter av oppgaver. Den lange avstanden til sykehuset i i Hammerfest har skapt et engasjement i kollegiet.

Vi har ikke problem med å få fastlegene til å delta i daglig vakt og heller ikke med å ha vaktansvar på føde- og sykestue. Vi har 130 fødsler i året. Mange allmennpraktikere vil føle at dette er et for stort ansvar. Mange tror en er alene med ansvaret og det er en jo ikke.

Ellers har vi vært heldig med administrasjonen i kommunen og den politiske ledelsen som har ønsket jobbing med utviklingsprosjekt. Men på grunn av avstand til sykehus er det befolkningen som først og fremst har skapt et «trøkk» mot politikerne for å skape en helsetjeneste lokalt som gir trygghet.

Daniel Haga blir virkelig ivrig når han begynner å snakke om oppbyggingen av poliklinisk spesialistvirksomhet i Alta. På et stort og flott helsesenter er poliklinikkene nært sykestua der det er senger til «gråsonepasientene». Det er de pasientene man kunne ha sendt til sykehus, men også kan legges inn lokalt til behandling.

Det sparer samfunnet for reisekostnader og pasientene for belastningen med lang reising. Men like viktig, så



skaper det en nærmere dialog mellom allmennpraktikerne og spesialistene. At spesialistene har en arena utenfor sykehus gjør noe med måten de tenker og jobber på. Ut i fra et samhandlingsmessig perspektiv er det interessant.

... Så hvordan tenker spesialistene annerledes når de er ute i distriktet?

Når vi reiser på kurs til universitetssykehusene sier spesialistene: «Slik behandler vi hjertesviktpasienter». Når de samme spesialistene kommer til oss, sier de «Slik bør dere gjøre med disse pasientene». De flytter seg mentalt til den pasientpopulasjonen vi forholder oss til. De kan fort få oversikt over hva våre doktorer trenger å lære mer om. Og vi har på den andre siden en kanal inn til spesialistene og kan selv spørre om det vi ønsker mer kunnskap rundt.

Sosial- og helsedirektoratet har kalt kombinasjonen av desentraliserte spesialistpoliklinikk og sykestue for distriktsmedisinske sentre. Haga tror det i fremtiden vil komme flere slike sentre, gjerne interkommunale.

Spesialisthelsetjenesten vil komme ut og etablere slike sentre, og kommunenes engasjement inn blir et daglig driftansvar for sengedelen. I samme senter ser jeg for meg at legevaktsentral og interkommunallegevakt etableres, sammen med røntgen osv. Det ville vært spennende!

Og slike sentre vil være viktige for rekruttering og stabilisering av unge leger?

Ja... det vil skape både en større trygghet, og allmennmedisin trenger også noen utfordringer! Dette vil gi engasjerende utfordringer innen trygge rammer.

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten om gråsonepasientene er spennende og i dette klimaet kan en finne nye behandlingstilbud og behandlingsmåter lokalt, som for eksempel cytostatikabehandling og dialyse. Det er tilfredstillende å ha noe å tilby lokalt og en får da ofte positiv feedback fra brukerne.

Allmennmedisin blir både morsom og takknemlig, men en må ha faglig oppbacking!

Utposten har hatt inntrykk en stund av at «botta er full», men nå kommer Alta legen og sier vi trenger vi noe å strekke oss etter... Han forklarer at den botta som er full er den som fylles med det å sitte med aleneansvar i forhold et ganske vidt spekter av faglig engasjement. Den botta som fylles av fagområder der vi er litt bedre enn våre kolleger er ikke full.

Og der vi kan spre denne kompetansen til et større kollegium gir det engasjement. Nøkkelen ligger i å skape de faglige rammer. Det må ikke oppfattes som et meransvar for noe som andre som har snudd ryggen til.

Allmennmedisinen har sider i seg som kan utvikles. Her kan en tenke seg mange områder som gir et slik potensial. Og det er viktig å huske på at allmennmedisinen handler om de vanlige tingene. Diabetes er et område der en kan strekke seg, organisere diabetesteam for eksempel. Det samme gjelder KOLS/astma, terminal behandling og psykiatri. Dette er eksempler på gode utfordringer i en fremtidig verden med mer desentralisert spesialisthelsetjeneste. Vi må ha ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten – og vi må skape entusiasme! Vi må ikke fokusere for mye på de negative tingene. Arbeidet med innføringen av fastlegereformen har tatt fokus vekk fra en del faglige utfordringer. Det ble veldig mye «ansvar og økonomi». Jeg håper at den biten kommer litt mer i bakgrunnen nå og at de faglige utfordringer over mot aksene de nye foretakene har valgt, kan komme mer frem.

Forholdet til nettopp de nye helseforetakene har Daniel Haga tanker om. Han har offentlig vært bekymret for hvem som er talerør for primærhelsetjenesten inn i maktsentrene. I styret for det regionale helseforetaket Helse Nord (Finnmark, Troms og Nordland) sitter han som eneste representant fra primærhelsetjenesten.

Jeg er fortsatt bekymret for talerørsfunksjonen. I en strukturdebatt tenker jeg på: «Hvordan organiserer vi vår virksomhet? Og har vi sikret at helheten i pasientbehandlingen er i fokus?»

Med en slik problemstilling opplever jeg at vi har manglende likevekt i diskusjonen. Spesialisthelsetjenesten har gjennom sin foretaksorganisering blitt veldig fokusert på å skape sterke beslutningsorgan med fokus på effektivitet og produktivitet. Men så har de i tillegg i sitt styringsdokument fokus på nødvendigheten av samhandling og helhetstenking. I valg av løsninger mangler de en diskusjonspartner som kan se dette fra en annen side.

Haga mener at kommunehelsetjenesten er mer oppsplittet etter innføringen av fastlegeordningen. Fastlegeordningen legger hovedvekten på forholdet mellom lege og pasient på lista. Legens ansvar i systemtenkning og helhetstenkning for kommunen, kommunens innbyggere og regionens innbyggere er ikke tilstede i denne organiseringen. Kommunelege 1 er i vesentlig grad redusert, trekker han frem.

Jeg etterlyser derfor nye strukturer som kan være en diskusjonspartner mot foretakene i organisering av tjenesten. Det mangler også noen som kan gi en kontinuerlig tilbakemelding og evaluering av hvordan tjenesten fungerer.

Jeg er ikke bekymret for samhandling rundt enkeltpasienter. Her er fastlegeordningen i bedring i forhold til før. Jeg er bekymret for om systemene som bygges opp rundt spesialisthelsetjenesten virkelig har det helhets hensynet styringsdokumentet sier det skal ha.

Fra Helse Nord sitt arbeid trekker han frem virkemidler som «Helseting» og «Referansegruppe». Et helseting tenker en seg som et diskusjonsforum knyttet til for eksempel et lokalt sykehus. Der inviteres allmennleger til dialog rundt funksjonen mellom de to nivåene, for eksempel en gang i året.

Vi har også vurdert å sette sammen en gruppe med erfarne kommuneleger fra hele regionen som kan være en referansegruppe for det regionale nivået når de skal organisere og utvikle tjenesten. Det har jeg tro på! Foretakene trenger noen å spille ball med, noen som har bred kunnskap om allmennmedisinen med sine problemområder. Det er tross alt all-

mennmedisinen som genererer største delen av problemene som spesialisthelsetjenesten jobber med. Her er det viktig å ha funksjonelle enheter som gir matching til den sterke organisasjon som foretakene er.

Vi har ikke lykket i noen leire hvis vi ikke har skapt en helhetlig tjeneste. En primærlege i helseforetakets regionale styre kan ikke klare den jobben alene. Her er utfordringer som en ikke så konsekvensene av når de to reformene ble innført.

Det nærmer seg avgang for Altaflyet, men en imponert Utposten redaktør prøver å tenke helhetlig og ber tynt om å få høre litt om medaljens bakside helt på tampen ...

Jeg hadde ikke kunnet jobbet med dette hvis jeg ikke hadde stabile gode kolleger som hadde vært hjemme og gjort jobben. Man må si nei til noe. Jeg har for eksempel ikke fastlegeliste. Jeg har vaktene mine, men som doktor er pasientkontakten den umiddelbare responsen som sier om du er verdt noe. Det har jeg i lang tid måtte velge bort og jeg vet ikke helt konsekvensene av det ennå... det er et valg som koster noe.

**Tenker du KOLS?
Tenker du røykeavvenning?**



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Nå er det er en fryd å gjøre spirometri!

Vi har spirometeret som enkelt og raskt gir en tilstandsrapport på dine pasienter!



- Utviklet av lungeleger
- Gir høy kvalitet på resultatet
- Svært gode rapporter
- Ingen vedlikehold
- Verdens minste
- Sikkert mot smitte
- Enkelt å manøvrere
- Måler ekspirasjon og inspirasjon og Bronchodillatasjon

Ring, fax eller send deres bestilling til:
Eller ta kontakt for mer informasjon om produktet.

Medinor ASA Oslo
Postboks 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 50
Fax: 22 07 65 15

Paranoide vrangforestillinger?

AV HARALD G. SUNDE, født 1957, allmennlege i Kirkenes



ХАРАЛД Г. СУНДЕ
ВРАЧ

HARALD G. SUNDE, LEGE

Vi har begynt å få dem til konsultasjoner på legekantorene. De som har sett mappa si og fått tilgang til oppsamlet materiale hos «overvåkinga», Politiets Overvåkingstjeneste (POT).

Siden 1977 har den enkelte borger hatt innsynsrett i egen pasientjournal. Lovverket som sørger for denne innsynsretten sikrer enkeltmenneskets rettsikkerhet i forhold til helsevesenet.

Kampen for den enkelte borgers rett til innsyn i overvåkingspolitiets mappe, var imidlertid en mer tungrodd prosess.

Lund-kommisjonens rapport ble avgitt i mai 1996. Den avslørte omfattende og systematisk ulovlig overvåking av norske borgere. Som følge av Stortingets behandling av Lund-kommisjonens rapport ble «Midlertidig lov om begrenset innsyn i overvåkingspolitiets arkiver og registre (innsynsloven)» vedtatt i mars 1999 og trådte i kraft den 1. januar 2000. Loven skulle ivareta hensynet til personvernet og den enkeltes rettssikkerhet på den ene side, og hensynet til fellesskapets interesser og rikets sikkerhet på den annen side.

Innsynsloven gir enkeltpersoner en mulighet til å få innsyn i de dokumenter som inneholder opplysninger om dem i overvåkingspolitiets arkiver og registre. Ordningen omfatter perioden fra frigjøringen 8. mai 1945 og fram til Lundkommisjonens rapport ble overlevert til og avgradert av Stortinget 8. mai 1996.

Krigshandlingene i Øst-Finnmark

Under annen verdenskrig brukte nazistene Kirkenes som base for invasjonen av den nordvestre delen av Sovjetunionen. Planen var å erobre Murmansk. De nazistiske okkupasjonsstyrkene nådde imidlertid aldri fram til Murmansk, men satte seg høsten 1941 fast ved Litza-elva, der de i drøyt tre år utkjempet en stillingskrig mot sovjetiske styrker. Høsten 1944 begynte tilbaketog, med Den Røde Hær hakk i hæl. Nazistene brukte den brente jords taktikk for å forsinke de sovjetiske styrkene. Det meste av bebyggelse, helt til Nord-Troms, ble svidd av høsten 1944. De sovjetiske frigjøringsstyrkene rykket fram til Tana-elva, og ble stående i Øst-Finnmark helt fram til høsten 1945. Deretter trakk de seg tilbake til den opprinnelige grenselinjen.

Finnmark etter krigen

På begge sider av den norsk-sovjetiske grensen ble det etter krigen reist monumenter til ære for Den Røde Hærs invasjon og påfølgende tilbaketrekking fra Øst-Finnmark. Et av de største monumentene står i Kirkenes sentrum. Som følge av krigserfaringen som befolkningen hadde opplevd, var sympatien for



12
Myrud, den 3. oktober 1960.

Dok.nr.

20

K o t a t .

HEMMELIG

Ang.: Mulig illegal virksomhet i området ved Skogfoss, lørdag den 1. og søndag den 2. oktober d.d.

Under privat reise til Skogfoss søndag den 2. ds., fikk jeg fra forskjellige hold brakt på det rene at det hadde vært en ganske omfattende virksomhet i området der denne helg.

Det begynte med

Faksimiler av rapporter fra
Politets overvåkningstjeneste

Sovjetunionen og kommunismen i mange år sterk i Finnmark. Ved valget i 1945 valgte befolkningen i Sør-Varanger en kommunist til ordfører. Ved stortingsvalget i 1945 fikk NKPs kandidat over 20 prosent av stemmene i Sør-Varanger, et stemmenivå som holdt seg omtrent uforandret fram til 1960-tallet.

Den kalde krigen

Sympatien for Sovjetunionen og kommunismen holdt seg lenger i Sør-Varanger og i Finnmark enn i resten av landet. Denne sympatien ble imidlertid etter hvert avløst av den kalde krigen, som preget så vel Finnmark som store deler av verden fra slutten av 1940-tallet, og varte med vekslende intensitet til langt utpå 1990-tallet. Som følge av denne stemningsendringen mistet NKP ved valget i 1949 alle de 11 stortingsrepresentantene de hadde hatt siden 1945. I Finnmark, og særlig i grensekommunen Sør-Varanger, ble den kalde krigen spesielt merkbar. Kontakt, eller bare mistanke om kontakt, med slekt, venner eller politiske frender på den andre siden av den norsksovjetske grensen kunne være grunnlag nok til at POT kastet sine granskende øyne på en, under påskudd av å ha med en suspekt spion å gjøre, en person som utgjorde fare for fedrelandet

POLITIETS OVERVÅKINGSTJENESTE
OVERVÅKINGSSENTRALEN

HEMMELIG

OSLO, den 15. juni 1963.

herr politimester G. Haarstad,
Kirkenes.

Dok.nr. 98

Kirkenes, - mottatt pakke fra

Til underretning meddeles at man har mottatt følgende opplysninger om [redacted] og bor [redacted]



Det foreligger ingen opplysninger om at hun har oppholdt seg i [redacted] og det er ikke fastslått når de har lært hverandre å kjenne.

[Signature]
A.J. Bryhn
overvåkingssjef

Fordeling:
Politimesteren i Senja

HEMMELIG

Overvåkingen

Jeg har hørt mange fortelle om overvåkingen i Kirkenes. Fortellingene har vært vanskelig å tro for en som kommer sørfra og ikke har følt historien på kroppen. Det har vært fristende å bruke diagnoser som «paranoide vrangforestillinger» når folk har fortalt om detaljert overvåking av bevegelse, åpning av brev, avlytting av telefonsamtaler osv. Bevisene i form av kilovis med utskrifter av POTs arkiver gjør imidlertid at all tvil feies vekk. Det dreide seg ikke om paranoia hos de som fortalte om overvåkingen; her dokumenteres at et stort antall personer har vært utsatt for massiv overvåking på arbeidsplassen, i fritida, fått avlyttet telefonen og åpnet posten. POT har hatt hjelp av en rekke lokale informanter for å skaffe all denne informasjonen.

De overvåkede kan grovt sette deles i tre grupper:

- 1) Personer med kommunistisk aktivitet/sympati.
- 2) Slektinger (ofte sønner og døtre) av kommunister
- 3) Personer som POT ved en feil har mistenkt å besitte kommunistiske sympatier.

Det som går som en rød strek gjennom rapportene er at det er en rekke feilaktige observasjoner, i tillegg er det meste av informasjon tolket på verst mulig måte. Materialet gjennomsyres av negative beskrivelser av de overvåkedes personlighet.

De overvåkede

Hvordan gikk det med dem som var i overvåkingens søkelys? Mange av dem var, takket være POT, utestengt fra arbeidsplasser og sleit derfor med dårlig økonomi. Mange av dem sleit pga baksnakking i befolkningen (hvem ville ha med suspekte spioner å gjøre?). Hvem kunne de gå til med sin overvåkingsmistanke? Hvem kunne de egentlig stole på? Jeg tror ikke at så mange kom til legen, hva kunne vel legen gjøre for dem? Og hvordan kunne de vite at ikke også legen var en del av overvåkinga?

De fleste løste problemene på sin egen måte. De sterkeste maktet nok presset, men mange sleit med nerver og alkoholisme. Selvmord er også rapportert.

Faksimiler fra Innsynsutvalget.



Innsynsutvalget

Postboks 8891 Youngstorget, 0628 Oslo

Besøksadresse: Møllergata 16, 5 et.
Tlf: 22 24 08 94 - Faks: 22 24 06 29
Mail: innsynsutvalget@jd.dep.no

Vår referanse: [redacted]
Deres dato/ref: 16.02.2001

Oslo, 25.05.2002

INNSYN I OVERVÅKINGSPOLITIETS ARKIVER OG REGISTRE

Det vises til Deres søknad om innsyn i overvåkingspolitiets arkiver og registre av 16. februar 2001.

Deres søknad er nå ferdigbehandlet av Innsynsutvalget. Utvalget har foretatt søk i overvåkingspolitiets arkiver og registre på Dem med følgende resultat i henhold til innsynsloven:

Følgende dokumenter er registrert på Dem i overvåkingspolitiets arkiver og registre i perioden 8. mai 1945 til 25. november 1977:

1. Utskrift fra NCR - dataregister
2. Dokumentliste
3. Registerkort
4. Personalskjema
5. Skriv av 12.02.1953
6. Skriv av 16.02.1953
7. Udatert skriv fra Kirkenes
8. Skriv av 30.03.1953
9. Skriv av 14.04.1953
10. Skriv av 01.03.1954
11. Vedlegg til skriv av 31.12.1954
12. Skriv av 20.07.1955
13. Skriv av 27.06.1956
14. Skriv av 06.04.1957 med vedlegg
15. Skriv av 01.07.1957
16. Skriv av 13.03.1956
17. Udatert skriv
18. Skriv av 05.02.1958
19. Skriv av 14.02.1958
20. Skriv av 22.02.1958
21. Skriv av 20.06.1958
22. Skriv av 17.07.1958
23. Skriv av 29.07.1958

HØRDEIDENSIE
i H. Sikkerhetsinspektors

NOTAT

Dok. 21

2.4.78

SAMBANDET NORGE/SOVJETUNIONEN.

Stålig kilde melder at styremedlem i sambandets avd., Kirkenes, [redacted] født [redacted] går aktivt inn for å verve medlemmer til sambandet. Han er ellers svært skeptisk til ledelsen av Nord-Norges kontoret i Tromsø, og har foreslått at dette flyttes til Kirkenes.

Foreldrene til [redacted] og [redacted] er sambandets steds- og [redacted] på Kirkenes. Han har foreslått at disse fortsatt i innøha dette verv for å ta seg av visumsøknader, pass og grensepasseringer.

[redacted] arbeider også for å arrangere delegasjonsreiser til Sovjet i sambandets regi.



På legekontoret

Vi har begynt å få dem til konsultasjoner. Vi får være glad for at noen går til legen, og ikke velger andre, mer destruktive former for å prøve å bearbeide sine følelser etter at de nå har fått innsyn i sine mapper. Frustrasjon, fortvilelse, sinne, harme, aggresjon, skuffelse, mistenksomhet, apati og søvnproblemer er bare noen av de følelsesmessige reaksjoner de overvåkede føler.

Reaksjonene er sterke, forståelig nok. Belastningen ble stor når de etter mange års nagende, usikker mistanke fikk bekreftet svart på hvitt at det blant arbeidskolleger, arbeidsgivere, naboer, medlemmer i sykkklubben, idrettsforeningen og «vennekretsen» hadde vært en rekke folk som hadde vært angivere til «overvåkinga» sin filial på Politikammeret i Kirkenes. Noen har i ettertid lurt på om det var klokt å be om innsyn i sine mapper, kanskje ville det vært lettere å la det være, å slippe å få vite?

Slik disse menneskene framstår under konsultasjonen må de karakteriseres som «syke» selv om reaksjonen på mange måter er helt naturlig og normal.

Hva nå?

Partisanene fikk sin rettmessige oppreisning av kong Harald gjennom hans tale i Kiberg i 1996. De ulovlig overvåkede har ikke fått noen slik offisiell beklagelse eller unnskyldning fra det offisielle Norge.

I påvente av en slik unnskyldning får vi hjelpe dem på best mulig måte når de kommer til oss på legekontoret.



C Seretide® GlaxoSmithKline
Adrenegikum + kortikosteroid

ATC-nr.: R03A K06

T: 2
T INHALASJONSÆRSØSOL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 25 µg et fluticasone, propion. 50 µg, resp. 125 µg og 250 µg, norfuran (1,1,1,2-tetrafluoretan).
T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 50 µg et fluticasone, propion. 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indisert.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av fluticasone inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnådd kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativ kortikosteroid alone. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved nattlige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen.

Dersom aktuell dosering ikke dekes av preparatet, skrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid. **Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år:** 2 inhalasjoner (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Tilstrekkelig data for behandling av barn under 12 år med inhalasjonsaerosol foreligger ikke. **Inhalasjonspulver:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungisider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksal bronkospasme kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og en bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. Hvis nødvendig, gis et systemisk kortikosteroid i tillegg og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, for eksempel forverring av astma-anfall, infeksjoner, kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk.

Inhalasjonsbehandling kan i sjeldne tilfeller avdekke underliggende eosinofile lidelser (f.eks. Churg Strauss syndrom). Disse tilfellene har stort sett forekommet ved reduksjon i eller opphør av kortikosteroidbehandling. En direkte årsakssammenheng er ikke fastslått. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås hos pasienter med astma, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkludert hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller thyreotoksikose.

Interaksjoner: Forsiktighet ved samtidig administrering av kjente sterke CYP3A4 hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir) da det er sjans for økt systemisk eksponering av fluticasonepropionat.

Graviditet/fødsel: Overgang i placenta: Ikke klart. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (panspalte, forsinket fødsel), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinert av salmeterol og fluticasone skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i melk hos rotte. Det er ikke klart om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: For salmeterol og fluticasonepropionat: Hvert for seg. Heshet, Salmeterol: Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkramper, irritasjon i svelg. Sjeldne (<1/1000): Legemidler som inhaleres kan via uspesifikke mekanismer gi opphav til bronkospasme. Fluticasonepropionat: overfølsomhetsreaksjoner. Det er rapportert noen få tilfeller av ødem i ansikt og svelg. Mulige systemiske effekter er: binyrebarksuppresjon, veksthemning hos barn og ungdom, redusert bentetthet, katarakt og glaukom. Salmeterol: Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, arytmi, Arytmier (inkl. atriefibrer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter.

Overdosering/forgiftning: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Behandling: Antidot er kardioselektiv betablokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med preparatet må avbrytes pga. overdosering av beta-agonistkomponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemiens forsterkes og kaliumbehandling bør overveies. Overdosering med fluticasone er lite sannsynlig. Inhalasjon av fluticasonepropionat i doser som i betydelig grad overstiger anbefalte doser kan føre til forbigående binyrebarksuppresjon. Ved overdosering av fluticasonepropionat kan behandling med Seretide fortsette i laveste effektive dose. Binyrebarkfunksjonene vil normaliseres i løpet av noen dager og dette kan verifiseres med plasmakortisolmålinger.

Episkaper: Klassifisering: Kombinert preparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (fluticasone) og selektiv langtidsvirkende beta₂-

agonist (salmeterol). Virkningsmekanisme: Fluticasonepropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksacerbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodilerende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Absorpsjon: Fluticasonepropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Uetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca 200 pg/ml. Proteinbinding: Fluticasonepropionat: I plasma ca. 90%. Fordeling: Fluticasonepropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Fluticasonepropionat: reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Fluticasonepropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksytsyre metabollitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Fluticasonepropionat: Hovedsakelig via feces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved temperaturer <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemiddelet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Volumetriske inhalasjonskammer kan brukes som hjelpemiddel til inhalasjonsaerosolen. Volumetriske har en enveisventil som hindrer at utåndingsluften kommer inn i inhalasjonskammeret. Høyst 2 spraydoser utløses i Volumetriske og inhaleres derfra, om nødvendig i flere åndedrag. Ved behov gjentas behandlingen.

Rekvireringsregler: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr. 363,90. 25/125: 120 doser kr. 533,40. 25/250: 120 doser kr. 727,30. Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr. 399,40. 3x 60 doser kr. 1129,90. 50/250: 60 doser kr. 530,40. 3x 60 doser kr. 1522,90. 50/500: 60 doser kr. 706,80. 3x 60 doser kr. 2052,10. Priser av 01.2003.

Referanser:

1. M. Kavuru et al. Salmeterol and fluticasone propionate combined in a new powder inhalation device for the treatment of asthma: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. J Allergy Clin Immunol. 2000; 105: 1108-16.
2. G. Shapiro et al. Combined Salmeterol 50 µg and Fluticasone Propionate 250 µg in the Diskus Device for the treatment of Asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161: 527-534.



GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 - Telefaks: 22 70 20 04
www.gsk.no

Legemisjonen

– fortsatt en utfordring

AV ROLF BERGSETH

Legemisjonen slik den vokste fram som en integrert del av misjonsarbeidet på slutten av 1800-tallet, var en fortsettelse av det helhetlige arbeidet misjonærene tok på seg på grunnlag av Jesu omsorg for det hele mennesket. De første misjonærene uten spesiell helsefaglig utdanning tok seg også av folks sykdommer ved siden av mange andre oppgaver som evangelisering, leseopplæring, språkopplæring etc.. Den første misjonslegen i moderne tid var dr. John Thomas, medarbeider til den mer kjente William Carey i Bengal. Senere i 1841 vart det i Edinburgh konstituert et «Medical Missionary Society» med Dr. Parker som den første utsending til Kina (3). Legemisjonen ble en pionerinnsats med oppstart av kurativt og profylaktisk helsetjeneste i områder hvor slikt arbeid ikke fantes. Senere ble dette kalt misjonshelsetjeneste etter som nye grupper helsepersonell kom til.

Misjonshelsetjenesten vil måtte være i stand til å møte det totale mennesket, frelst eller ufrelst, frisk, sykt eller døende, i sin totalitet som skapt i Guds bilde.

Profesjonalitet og kompetanse står for legemisjonæren ikke i motsetning til en omsorg for hele mennesket, ånd, sjel og legeme.



Operasjonsstua ved Gumare District Hospital, Botswana.

I den tiden jeg var lege ved Hôpital Protestant de Ngaoundere, Kamerun var flertallet av de innlagte muslimer. Lange var rekkene som samlet seg til kveldsbønnen på plassen foran sykehuset, ledet av en iman, som trolig også hadde noen av sine egne innlagt på sykehuset. Sykehusets ansatte møttes i kapellet på morgenen før arbeidet startete, og muslimene møttes til sine bønner rett utenfor, om det var ved middagstid eller til kveldsbønn. Det ble ikke på noen måte lagt hindringer i veien for deres trosliv. Det grunnleggende for oss ved sykehuset var mennesket skapt i Guds bilde med lik rett til liv og omsorg uansett tro.

Tiden som legemisjonær gav mange utfordringer, menneskelig, kulturelt og faglig. En tid var vi fire leger med forskjellig nasjonalitet, en kameruneser, en østerrisk, en fransk og undertegnede. Utdannelsen hadde funnet sted i fire forskjellige land, vi var to protestanter, en katolikk og fra en dissentermenighet. Vi kommuniserte helst på fransk, av og til på tysk og engelsk. Blant pasientene var det en masse forskjellige stammespråk (i Kamerun ca 230 forskjellige språk), så vi kunne noen ganger bruke 3–4 tolker for å få tatt opp en anamnese. Kontrasten ble stor da jeg for kort tid siden hadde Tolketjenesten i Oslo som foreleser på smittevernkurs på Soria Moria. Vi brøt vel de fleste reglene for tolkning. Vi ble mer avhengig av å se pasienten og av undersøkelsen, og måtte stole mer på de funnene vi gjorde.

Jeg fikk også øynene åpnet for hvor universell den moderne legevitenskapen er, og at det var mulig å finne tankene bak

Rolf Bergseth



Bosatt på Jæren og gift med Elfrid, 5 barn

Cand. Med. 1980 fra Universitet i Oslo. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

International Child Health og kurs i tropemedisin fra Universitetet i Uppsala. Kombi-lege i Klepp fra 1988 med permisjoner for å være legemisjonær fra 1988–1990 og fra 1992–1994.

Evaluerer av helseprosjekt for Norad, deltagelse i prosjekt for Norad i Botswana fra 1997 til 2003. Opptatt av helsefremmende arbeid og jobber i kommune som er godkjent som Trygge lokalsamfunn. Fra våren 2003 deltagelse i prosjekt innen helsefremmende arbeid skade og ulykkesforebygging.



Kolleger og medarbeidere ved Hôpital Protestant de Ngaoundéré.

diagnose og behandling gjort av vaktlegen, med en helt annen bakgrunn, dagen før, når jeg skulle videreføre behandlingen på visitten neste dag. Ikke konflikt fritt, men vi ordnet opp i det.

Laboratoriet var noe enklere enn på et norsk allmennlegekontor. Blodprosenten var mer pålitelig i handflaten og konjunktiva enn den målte. Vi var flinkere med mikroskopet og dessuten var et enkelt røntgenapparat til god hjelp. Ultralydapparatet var klinikerens hjelpemiddel, noe det skulle ha vært i Norge også, da ikke som erstatning for røntgenlegens undersøkelser, men som supplement til stetoskop og palpasjon/perkusjon.

I Kamerun da og nå, er både Gud og Djevlen mer med i menneskets bevissthet enn i vår del av verden. Forundringen er stor når en kollega vil skille seg fra kona si fordi han mener hun driver med trolldom eller når sykepleieren i bibelgruppa forteller om livet fra landsbyen hvor folk står opp igjen fra de døde.

Den som tror at psykosomatikken er fraværende i den kliniske hverdag i Kamerun tar feil. Jeg tror nok at man der gjøre færre undersøkelser mellom hver alvorlig sykdom, enn i en norsk allmennpraksis, men injeksjoner med B₁₂ (også rød farge) og store røde vitamintabletter har god virkning på mange lidelser.

Det er ikke så lett å vite hvordan man skal takle en sykehistorie som går ut på at denne personen er syk fordi noen har kas-



Aidsplakat fra Botswana.

tet trolldom på personen. Man kan bli mye syk av en slik opplevelse. De somatiske funnene er små og den vestlige lege forstår lite, heller ikke er det hjelp å finne Cochranes database.

For en allmennpraktiker og samfunnsmedisiner med sans for folkehelse, ble innsatsen størst innen mors helse og barnas helse. Komplikasjonene omkring svangerskap og fødsel var mange, og lidelsene store. Utfordringen var ved en enkelt konsultasjon (var man heldig så kunne man få de en gang til undersøkelse, da de kom for å vaksinere fjorårsbarnet) å finne de som kunne få komplikasjoner i svangerskap/fødsel, og som skulle følges mer før fødsel og som burde føde ved en sykestue/sykehus.

Underernærte barn gav utfordringen til å starte et ernæringscenter hvor barnet fikk mat i en periode og moren ble gitt ernæringsopplæring med de matsortene hun hadde til rådighet i landsbyen. Man fortvilte i meslingeepidemiene med stor barnedødelighet, og lovpriste vaksinen da man så hvordan epidemien hoppet over de landsbyene som hadde latt seg vaksinere (landsbysjefens innstilling bestemte dette). Skulle kommunelegene i Norge hatt større makt og autoritet? Gråten satt i halsen når faren tok barnet med seg hjem for å dø med den forklaringen at det ble for dyrt med et barn som stadig var sykt. De fikk heller få et til og håpe det ble sterkere. «Survival of the fittest på nært hold.»

Menneskets likeverd i Guds øyne understrekes ved alterringen når den leprøse mottar kalken med et beger klem



Laboratoriet ved Gumare District Hospital, Botswana.

mellom handflatene. Fingrene er borte, føttene er deformerte, likeså nesen og disse menneskene er fortsatt blant de fattigste. Her har misjonshelsetjenesten gjort et stort pionerarbeid.

Kommunikasjon er blitt gjort til eget fagområde og her gjør man nok mange feil. Beskrivende er fulanilæreren (fulanere = en stolt og stor stamme i Sahelbeltet som stort sett er muslimer) min som forteller historien om amerikaneren (les nordmannen). Når fulaneren kommer på besøk begynner han å rope langt ute i gardsrommet og det tar mange minutter før man har fått hilst ferdig, og da fått høre nytt om kona, barna, avlingen, dyra etc. Så kommer de til ærendet sitt. Da de kom på denne måten til amerikaneren, kommer denne fort ut i døra og spurte: «What do you want?». Dette var en så uvant måte å bli møtt på, at de ikke fikk seg til å komme fram med det ærendet de hadde. Det er vel temmelig sikkert at vi mister mye nærhet i vår raske og overfladiske væremåte.

Selv om kommunikasjon er vanskelig, bygger empati og sann kjærlighet til nesten bro over store barrierer. Det opplevde man gang på gang i landsbyene når man tok seg tid til å snakke og tøyse litt med barna, selv om de trolig ikke forsto mye av det vi sa.

Legemisjonen eller misjonshelsetjenesten er på vei ut, på samme måten som de diakonale institusjonene i Norge etter hvert er overtatt av staten. Det er etter hvert få leger og andre helsearbeidere som sendes ut. Det Norske Misjonsselskap (det nest største i Norge) har høsten 2002 ingen leger i sin tjeneste og tallet på andre helsearbeidere er sterkt nedadgående. Årsakene er mange. Det er manglende rekruttering blant norske leger (trolig ikke viktigste), institusjonene ute er dyre i drift og kostbare for misjonen, helsetjenesten i landene bygges opp statlig og noe konkurranseforhold er ikke ønskelig.

Godene på vår klode er fortsatt feil fordelt og mange er de som lider. Selv om legemisjonæren er på vei ut, spørres det fortsatt etter helsearbeideren som kan vise seg som neste for den som lider. Muligheten for de som ønsker utfordringer ikke bare faglig, men også menneskelig, er i dag mer differensiert enn tidligere, da det nå også er mulig å arbeide i mange forskjellige organisasjoner. Gevinsten for de som tar utfordringen er oftest mye større enn innsatsen.

Spjelkematteier fra Hôpital Protestant de Ngaoundéré.



AFU: Vurdering av forsøksprotokoll fra farmasøytisk industri

«Screening of secondary illnesses and treatment of patients with type 2 diabetes in Norway» fra Pfizer.

Dette er en studie med stor relevans for norske allmennpraktikere. Diabetes type 2 er en vanlig sykdom i norske allmennpraksiser, og kontroll og oppfølging blir i stor grad håndtert av 1. linjetjenesten. Å beskrive forekomst av komplikasjoner og håndteringen av dem i forhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer for diabetes kontroll, vil gi nyttig kunnskap av verdi både for pasientgruppen, allmennpraktikere og fagmiljøene som utarbeider kliniske retningslinjer.

Allmennmedisinsk forskningutvalg (AFU) vil gjerne anbefale norske allmennpraktikere å delta i denne studien, hvis protokollen blir endret i hht til de kritiske merknadene som AFU har redegjort for. AFU har bedt om nærmere redegjørelse og endring hva gjelder journalinnsyn, publiseringsrettigheter og tiltak mot seleksjonsbias.

NOBILIGAN® RETARD

Tramadol



Lav risiko for misbruk og avhengighet*



Enklere med depottabletter



Indikasjon: moderat smerte

Nobiligan «Grünenthal»
Nobiligan Retard «Grünenthal»
Analgetikum

ATC-nr: NO2A X02

B DEPOTTABLETTER 100 mg, 150 mg og 200 mg: Nobligan Retard:

Hver depottablett inneholder: Tramadol, hydroklorid, 100 mg, resp. 150 mg og 200 mg, lactos, monohydrat. Fargestoff: 100 mg: Titandioksid (E171), 150 mg og 200 mg: Titandioksid (E 171), kinolingult (E104), jernoksider (E172).

KAPSLER 50 mg: Nobligan: Hver kapsel inneholder: Tramadol, Hydroklorid, 50 mg, const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E132), jernoksider (E172), titandioksid (E171).

Indikasjoner: Moderate smerter.

Dosering: Depottablettene og kapslene sveiges hele med tilstrekkelig væske. Kan tas uavhengig av måltider. Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. **Depottabletter: Voksne og barn over 14 år:** Vanlig startdose er 100 mg 2 ganger daglig, morgen og kveld. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig, kan dosen justeres opp til 150 mg eller 200 mg 2 ganger daglig. Maksimal døgndose er 400 mg. Depottablettene skal ikke deles eller tygges.

Kapsler: Voksne og barn over 14 år: 50 mg (1kapsel) 3 ganger daglig. Kan ved behov økes til 100 mg (2 kapsler) 4 ganger daglig. Ved akutt smerte er startdosen 100 mg oftest nødvendig. Nedsatt lever eller nyrefunksjon: Ved lever cirrhose eller svært nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <5 ml/min) kan elimineringen av tramadol og dens aktive metabolitt forlenges, og intervallet mellom dosene bør økes til det doble. **Barn:** Skal ikke brukes til barn under 14 år. Depottabletter: Geriatriiske pasienter: Dersom nedsatt lever- eller nyrefunksjon ikke er klinisk påvist, er det vanligvis ikke nødvendig med dosejustering hos eldre pasienter (opptil 75 år). Hos eldre pasienter (over 75 år) kan eliminasjonstiden være forlenget. Doseintervallene skal forlenges individuelt, i samsvar med pasientens eliminasjonstid og behov, dersom dette er nødvendig. **Nedsatt lever og nyrefunksjon:** Anbefales ikke til pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon og/eller leverinsuffisiens. For pasienter med moderat nedsatt nyre og/eller leverfunksjon kan en forlengning av doseintervallene overveies.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Akutt forgiftning av alkohol, hypnotika, analgetika, opioider eller psykofarmaka og til pasienter som får monaminoksidasehemmere (MAO), eller som har tatt slike i løpet av de siste 14 dagene.

⚠ Forsiktighetsregler: En skal utvise spesiell forsiktighet ved behandling av pasienter som er avhengige av opioider, pasienter med kranieskader, pasienter som er i sjokktilstand eller som av ukjente årsaker har nedsatt bevissthet, pasienter med forstyrrelser i åndedrettsenteret eller åndedrettsfunksjonen og ved tilstander med forhøyet intrakranielt trykk. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter som er følsomme for opiat. Krampor er rapportert hos pasienter som er behandlet med tramadol innenfor de anbefalte doseringsnivåer. Risikoen kan øke dersom doseringsnivået overskrider den anbefalte daglige dose (400 mg). Tramadol kan også øke risikoen for krampor hos pasienter som tar andre krampettersknedsettende medikamenter. Pasienter med epilepsi eller med risiko for krampetallfall bør kun unntaksvis behandles med preparatet. Tramadol er svært avhengighetsskapende. Toleranse, psykisk og fysisk avhengighet kan utvikles ved langtidsbruk. Ved bruk til pasienter med tendenser til rusmisbruk eller -avhengighet skal preparatet kun administreres i korte perioder og under nøye medisinsk kontroll. Stor forsiktighet må utvises ved samtidig bruk av MAO-hemmere og i 2 uker etter slik behandling. Tramadol er ikke egnet som erstatningsmiddel for opioidavhengige pasienter. Selv om tramadol er en opioidagonist kan preparatet ikke hemme morfinabstinsens. Legemidlet kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

Interaksjoner: Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig administrering av tramadol og andre sentralt virkende legemidler inkl. alkohol, kan potensere effektene på det sentrale nervesystemet (CNS). Samtidig eller tidligere administrering med amfetidin (enzym hemmer) gir sannsynligvis ikke klinisk relevante interaksjoner. Samtidig eller tidligere administrering av karbamazepin (ensyminduser) kan redusere den smertestillende effekten og forlorte virketiden. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har en blandet agonist/antagonistprofil (for eksempel buprenorfin, nalbuphin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Ved samtidig administrering av selektive serotoninreopptakshemmere, trisykliske antidepressiva, psykofarmaka og andre krampettersknedsettende midler, kan tramadol indusere og øke risikoen for krampor. Legemidler som inhiberer enzymet CYP 3A4, som ketokonazol og erytromycin, kan inhibere metabolismen av tramadol og ev. også den aktive metabolitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrer studier viser ikke reproduksjonstoksiske effekter. Siste timene før forventet fødsel skal preparatet bare brukes hvis fordelen oppveier en mulig risiko, fordi det kan gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Overgang i morsmelk: Mengden tramadol som går over i morsmelk er ca. 0,1% av morens dose. Det er mulig at barn som ammes påvirkes. Preparatet bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Mest vanlig er kvalme og svimmelhet (over 10%). Det er rapportert en rekke tilfeller av levertoksitet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, desorientering. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Kløe hud utslett. Sjeldne (>1/100): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfatelsesevne og aktivitetensnivå.

Sentralt nervesystemet: Muskelsvakhet, krampetallfall. Sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urinretensjon). Øvrige: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (åndenød, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjokk. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tilvænningsrisiko foreligger.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Misse, brekninger, kardiovaskulær kollaps, bevissthetsforstyrrelser/koma, krampetillstander og respirasjonsdepresjon.

Behandling: Akutt behandling skal, avhengig av symptomene, foretas for å holde luftveiene åpne (aspirasjon), opprettholde respirasjonen og sirkulasjonen. Månen skal tømmes ved brekninger (dersom pasienten er ved bevissthet) eller ventrikkel skylling. Nalokson kan anvendes til bedring av respirasjonsdepresjonen. Krampetillstander kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum ved hemodialyse eller hemofiltrasjon.

Pakninger og priser pr sept 2002:

Nobiligan: Kapsler: Enpac: 20 stk. kr. 77,30, 100 stk. kr. 208,90.

Nobiligan Retard: Depottabletter:

100 mg: Enpac: 20 stk. kr. 128,60, 100 stk. kr. 442,20.

150 mg: Enpac: 20 stk. kr. 170,70, 100 stk. kr. 628,00.

200 mg: Enpac: 20 stk. kr. 204,30, 100 stk. kr. 812,80.

* Preston et al, Drug and Alcohol Dependence 1991, 27, 7-17

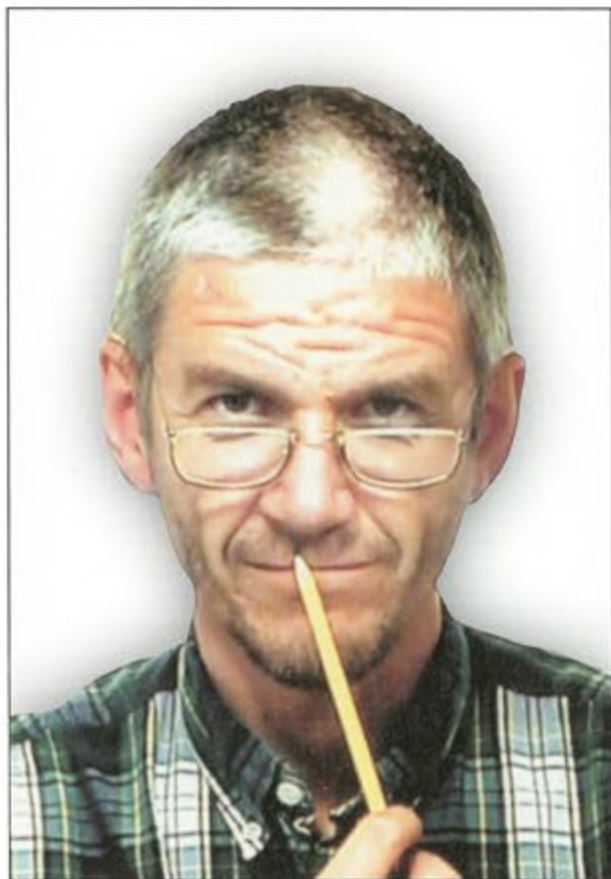
* Richter et al, Arzneimittel-Forschung / Drug Research 1985, 35, 11, 1742-4

PHARMACIA

www.pharmacia.no

Notater fra en trett lege (V) med

Utposten har i nr 3, 4 og 6/2000 trykket tre innlegg fra kollega Øystein Hallre: «Notater fra en trett lege». Vi fikk følge ham fra erkjennelsen om at han måtte sykemeldes fra sin praksis som allmennlege til han bestemte seg for å selge praksisen og slutte som fastlege. Vi har nå fått «epikrisen», og mange med oss har sikkert vært spent på hvor veien gikk videre for vår kollega. Vi vil rette en stor takk til Øystein Hallre som så åpent og ærlig har delt sin tanker og problemer med oss og ønsker ham lykke til videre!



En dag i juni 2002

Så er det over. Jeg er både lettet og tilfreds. Jeg er tung i beina og trett i hodet. Men denne slitenheten går over etter en god natts søvn. Jeg setter lege koffertene inn i bagasjerommet og lukker bakdøra. Setter meg inn i bilen og skrur på Ni-timen. Sola er godt oppe. Landskapet er saftig grønt. Heggen blomstrer. I grøftkantene lyser det livskraftig gult i løvetann. Jeg skal hjem fra en kveld og natt på Legevakten.

Det er tre år siden jeg ble sykemeldt for utbrenthet nå. Først et halvt år hundre prosent og så et halvt år femti prosent. Det er to år siden jeg ble friskmeldt. Skjønt frisk og frisk. Jeg følte meg ikke særlig sterk eller avklart. Men jeg fungerte. Godt nok til å drive videre til jeg kunne få solgt praksisen. For jeg hadde bestemt meg: Jeg ville langt vekk fra kontoret, pasientene og legeyrket.

I år med psykoterapi hadde gjort meg kjent med de dypere lagene i mine tankemønstre og mine følelser. Jeg snakket uoppfordret om meg og mitt. Psykiateren lyttet og repeterte for meg det jeg fortalte. Løftet det opp. Så litt på det, snudde det litt rundt og belyste det fra en annen vinkel. Prøvde å tolke det. Og han dreide meg stadig mot det ubehaget jeg følte for legearbeidet. Dette var godt pakket inn. Jeg gikk hele tiden utenom det. Men han tok meg tilbake – omtrent som man tar en hund som har drit på teppet og styrer snuten dens ned i den ubehagelige bæsen. Samtidig undret han seg over hvordan jeg på samme tid kunne drive fritidsaktivitetene kun utifra lyst. Med et vanntett skott mellom arbeid og fritid. En tydelig dikotomi. Gjøre plikta om dagen og det morsomme ellers.

«Du må slutte å engasjere deg sånn i pasientene dine!» Sjefpsykiateren sitter foroverlent og ser intenst på meg. Vi har første evalueringsmøte litt ut i behandlingen i prosjektet: «I års psykoterapi – hvilken effekt?» Jeg tenker: «Hva mener han med det?»

Jeg setter bilen i garasjen. Henter avisen, går inn og setter over kaffen. De andre er gått på jobb og skole. Jeg smører tre skiver. Syltetøy på den siste.

Hvorfor gjorde jeg aldri opprør mot autoritetene og styrte utviklingen helt etter min egen lyst? Jeg var tilbake til begynnelsen på det hele: grunnlaget for valget av medisinstu-

Jeg forstår min far og min samtid i det avgjørende øyeblikk: det var det beste de kunne si til meg som ung mann. Jeg bebreider heller ikke meg selv. Jeg spilte etter aller beste evne med de kortene jeg hadde på hånden. Nei, det viktigste for meg er å fokusere på videreutvikling med de kortene jeg har nå!

Og så kommer jeg til det vanskelige: jeg synes ikke medisin er noe spennende fag lenger. Det er kinkig å si dette, men det er så mye annet som er ti ganger mer fengende. Jeg får Tidsskriftet, men leser det ikke. Jeg var stinn av teoretisk lærdom da jeg gikk ut fra studiet og hadde ingen lyst til å lese mer. Jeg ville lære allmennmedisin i allmennpraksis. Jeg dro på kurs og fikk Spesialiteten. Jeg leste alle epikriser. Og jeg leste *Utposten* innimellom. Men jeg leste sjelden/aldri Tidsskriftet. Jeg nevnte det for kollega Leif R. mens vi stod ved urinmikroskopet på distriktslegekontoret straks etter turnustjenesten. Han så på meg. Jo, det gjorde han regelmessig. «Jeg vil ikke risikere å sitte igjen lei og utbrent om 20 år.»

Var det så enkelt?

Jeg skruv av orgelet og setter meg ved kjøkkenbordet. Jeg finner Aschehougs Norgeshistorie og Snorres Kongesagaer og slår opp ved bokmerket. «Så tok Harald Hardråde og mennene hans dei to galeiane og rodde inn i Sjøvidarsund (Bosborrus). Då dei kom der som det låg jarnlekkjer tvers over sundet, sa Harald at dei skulle setja seg til årane på bae galeiane. Men alle dei som ikkje rodde, skulle springa atterut med skinnsekkane sine. Såleis rende galeiane opp på jarnlekkjene. Men så snart dei stod fast og dei ikkje gikk lenger, bad han alle i hop springa fram. Då stupte galeien til Harald framover og glei ned av jarnlekkja, men den andre sprakk medan han rei på lekkja og mykje folk kom bort.»

Jeg lyste ut driftstilskuddet og sa opp stillingen med virkning fra 1. sept 2000. På Helsekontoret i kommunen viste de forståelse og ville støtte meg så sant noen kom og overtok driften av kontoret. Jeg visste innerst inne at jeg ikke ville tilbake til praksisen. Den dro meg bare ned. Ikke volumet, men innholdet. Jeg måtte videre. Jeg ville utvikle meg. Vikle meg ut av det jeg hadde viklet meg langsomt inn i. Men det er vanskelig å få tankene til å gå de nye veiene. Du forlater ikke med letthet noe du er grodd fast i. Et daglig handlingsmønster som sitter i ryggmargen. En verden som du tror skal være sann. Jeg gikk to skritt fram med pågangsmot og ett skritt tilbake med vegring. Vil jeg dette? Tørr jeg satse på å gjøre noe helt annet? Vil jeg klare meg?

Og så møtte jeg motgang. Flere viste interesse for å overta, men trakk seg etterhvert. Og den som ble igjen, ville legge

ned kontoret og flytte driftstilskuddet til en annen del av kommunen. Det ville ikke kommunen. De ville lyse ut på nytt. Jeg var sliten. Kontoret kokte hver dag. Jeg følte jeg var kommet fra liggende til knestående stilling, men måtte kjempe alt igjennom selv. Jeg var så tung. Jeg ville bare vekk! Drite i om kontoret ble lagt ned! Kommunen firte ikke. Jeg tenkte på mine ansatte og de trivelige pasientene. Jeg prøvde å finne mellomløsninger: jobbe halvparten selv, få inn en kollega. Ev. jobbe aleine videre inn i Fastlegeordningen og selge deretter.

Psykiateren ser granskende på meg: «I din tenkning og argumentasjon kommer du stadig med: hva er de andre, kollegene, de ansatte, pasientene, kommunen tjent med...? Hva er du mest tjent med?!» Jeg hører hva han sier, men er så sliten. Der er så enkelt å bare gå tilbake og åpne døra, la pasientene strømme inn, trykke på knappene, la alt gå på ryggmargsrefleksene i dette gamet som jeg kan så godt.

Jeg går ut og tar en rask tur oppover åsen bak huset. Jeg går fort og blir varm. Setter meg ned og ser utover vann, skog og fjell. Ser opp og lar lyset flomme inn. Det er så herlig!

Jeg måtte ha et pusterom. Jeg reiste med kona mi i svarteste november 2000 til Caribien en uke. Og palmesuset, varmen, den ledige rytmen, havets uendelige muligheter og avstanden til mine motbakker gjør at jeg ser klart: det er bare en vei! Du skal vekk fra allmennpraksis og gradvis over i det som ligger ditt hjerte nærmest: nemlig formidling. Bruke ord, toner og bilder til å formidle hverdag, historier og stemninger. Dersom jeg tar en legevakt i uken, får jeg nok penger til å klare meg og frigi nok tid til mitt nye liv og virke. For jeg er fortsatt svært interessert i menneskene og alle deres historier – unntatt sykehistorien. Den kan jeg, og jeg har den langt opp i halsen.

Vi har det andre møtet for å evaluere psykiatriprosjektet. Jeg lener meg forover mot sjefpsykiateren: «Jeg har tenkt mye på det du sa siste gang, nemlig dette med å slutte med å engasjere meg sånn i pasientene. Jeg har derfor bestemt meg for å slutte med... pasientene.»

Fastlegereformen blir vedtatt, og legene hopper ned fra gjerdet. Det kommer en doktor som overtar praksisen og kjøper meg ut 1. februar 2001! Jeg går til banken og betaler ned alle lån. Jeg er fri! For en følelse! Foran meg ligger en lys og spennende, men litt usikker framtid.

Som en overgang arbeider jeg tre måneder som assistentlege på medisinsk avdeling på Ringerike Sykehus. Meget trivelig og inspirerende kollegialt fellesskap. Stappfullt av

alvorlige sykdommer og triste skjebner. Og møte med et fagfelt som føles svært fremmed.

Jeg svinger aleine inn i heisen. I det store speilet ser jeg en gråhåret mann med briller, hvit frakk og stetoskop i lomma. Jeg blir stående forundret og se på han med hodet litt på skakke: «Hvem er du? Hva gjør du her?»

Etter lufteturen spiser jeg litt cornflakes og går etterpå ned i mitt nyinnredete og stappfulle hjemmekontor tilhørende «Hallre Frilans Produksjon» – et enkeltmannsforetak registrert i de solide bygningene i Brønnøysund. På dataen ligger det bilder fra hverdagen til legene på den medisinske avdelingen. Jeg tenker å lage en fotodokumentar. Det ligger bilder av en kvinnelig glassblåserlærling og hennes hverdag. Kan det bli en bok om noen år? Det ligger et Evert Taube potpourri som et voksenkorps har bestilt. Det ligger flere arrangementer for sangkvartett og komp. I kveld skal vi ha siste øvelse før opptreden om noen dager.

Jeg har fått tilbake gløden. Det er ingen daglig kontakt med det tidligere store rommet inni meg med all pasientlidelsen og min egen utbrente følelse. Men jeg får vondt inni meg når jeg hører om noen som er rammet av sykdom eller ulykke. Riktignok blir jeg fortere sliten enn jeg kan huske jeg gjorde før. Men hvor mye livskraft er forresten adekvat

for en femtiåring? Og seksuallivet? Jo takk, heller lørdag midt på dagen enn lørdag natt.

Jeg har fått tilbake humøret. Jeg ler mer. Jeg kan okke og ølje meg, ja hyle over innslag i Dagsrevyen – i stedet for bare å sukke. Og framfor alt: jeg gleder meg til framtida. Gleder meg til å stå opp hver dag og komme i gang. Ferie er vel å bra, men å få komme i gang med hverdagen er hakket bedre.

Vi spiser middag og møter hverandre etter hver vår hverdag. Vi er alle i vår egen forestilling med våre replikker og sceneanvisninger. Jeg spiller i stykket «Veien videre.»

EPIKRISE (kirurgisk versjon)

51 år gammel spesialist i allmennmedisin som i sin tid inn gikk et fornuftsektekap med sitt yrke og som har gått helt tom av mangel på lidenskap. Drevet mye trøste- og bærevirksomhet siste 20 år. Etter ett års ombygging av egne tankemønstre, har han forlatt gammel virksomhet og staket ut ny kurs for de nærmeste år basert på litt legevaktsarbeid og mye aktivitet i eget produsentforetak som han håper kan vokse til et levebrød. Skrives ut i velbefinnende med avtale om årlige kontroller med fundering over det essensielle spørsmålet: «Kjære deg! Hvordan trives du med arbeidet ditt – egentlig? Hva drømmer du om?» Øystein Hallre

LEDIGE STIPENDIER

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2003

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 2003. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf. 22 85 06 55, fax 22 85 06 50 eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 1. april 2003. Søknader som er poststemplett etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning. Søknadsskjema kan også lastes ned fra flg web-adresse:

<http://www.uib.no/isf/nsam/afu>

Ingen grunn til panikk! (?)

Bekymringer om helsevesen og angstens vesen

AV HARALD SUNDBY

Stein Erik R. var 52 år, gift, 2 barn, variert yrkesbakgrunn. Snekker, avløser, anleggarbeider, tømmerhogger, sagbruk. Typisk på alle måter for bygdas menn.

Men nå så det til å bære rett mot arbeidsledighet og dagpenger. Dette innledet en periode med mange legebesøk. Det startet i ryggen. Og det ble mer. Stadig ø.hj. kontakter hos mange av bygdas leger. På ett år to helikopterturer til byen med brystsmertter. Raskt ut derfra; det var ingenting.

– Nå vet jeg ikke hvor det bærer, dr. Sundby!!

Jeg sovner nesten aldri, og hvis jeg sovner våkner jeg igjen etter en eller to timer. Det kjennes som om jeg ligger 20 cm over madrassen, det er som å kjøre karusell. Jeg svetter som en fontene. Magen har slått seg helt vrang. Forrige dagen måtte jeg opp å spy. Jeg eier ikke matlyst. Nå må jeg pinadø ha hjelp her!

På dette tidspunktet hadde diagnosen etablert seg i mitt hode, med det jeg opplevde som høy presisjon.

– Har du hatt noen angstplager før, Stein Erik?

– Angst, Sundby? Nei, det har jeg heldigvis vært forskånet for. Hadde jeg fått angst i tillegg til dette her hadde det blitt for mye for meg. Da hadde jeg hoppa i elva. Garantert!



Harald Sundby

Utdannelse fra universitetet i Trondheim 1990. Jobbet 4–5 år i distriktspraksis, mest Selbu Kommune. 4 år indremed. Avd. St. Olav. Fastlege ved Kalvskinnet Legesenter i Trondheim sentrum fra august -02. Gift, 4 barn. Spes. i allmennmedisin -02. Spesialist i Sør-Trøndermedisin

Nyttårsleite: Tid for refleksjon og en aldri så liten statusrapport.

Erkjennelse 1: Det er ikke til å komme utenom; jeg har holdt på som lege en god stund nå. Over ti år, tro det den som vil.

Erkjennelse 2: Det har vært for det meste spennende. For en artig jobb i grunnen!

Vanskelige jobber er vanskelige

Av og til er det sånn når du er på kurs at det virkelig går ett og annet lys opp. Oftest ikke bare fordi du har lært masse helt nytt. Ofte slik at du får bekreftet og bevisstgjort arbeidet ditt på en fruktbar måte. Det viste seg at du delte dine erfaringer om diagnoser, behandlinger og kliniske utfordringer med nesten alle de andre. Fra slike vellykkede kurs kommer du først og fremst hjem med økt trygghet. For du har fått bekreftet at det du opplever som vanskelige vurderinger i jobben din er vanskelige først og fremst fordi de faktisk er vanskelige. For alle. Og ikke fordi du kan alt for lite.

Anne K.

Det hadde vært et av de aller mest nyttige kursene jeg noensinne hadde vært med på. Tema: «Kognitive strategier i behandling av angstlidelser». Den psykologen (Tore Stiles) var virkelig en fornuftig og morsom mann. For meg en viktig forløsning og bevisstgjøring av ulmende psykologisk innsikt opparbeidet gjennom den gang 3–4 år i frontlinjen.

Nesten pussig da med Anne K., allerede som nr. to på lista dagen etter. Hun var ny for meg, og hadde panikkangstsyndrom. Akkurat den dagen forsto jeg det etter 2 minutter. Fra da av hadde jeg hadde hele opplegget klart, med

den tålmodighet som bare en sterk diagnostisk trygghet kan gi. Anne K. måpte mang en gang. «Du forstår meg bedre enn jeg forstår meg selv!» Og hun mente det bare positivt. Tilliten ble bunnsolid. Ingen tvil om det.

Det å kunne være med pasienter i avdekking av angst, til et slags forståelig og ikke fullt så irrasjonelt uttrykk for et eller annet er spennende saker. Typisk psykologjobb? Vel så typisk allmennpraktikerjobb, spør du meg. Heldigvis.

For Anne K dreidde det seg om «full pakke». Hjerterbank, åndenød, kvelnings-fornemmelser, kvalme, ofte oppkast. Ofte flere anfall hver dag. Bare datteren på 25 år visste litt om hvordan det var fatt.

Hun var på rask vei nedover. Angsten økte, kontrollen svant, svartsynet meldte seg sterkt. Anfallene hennes dreidde seg ikke så mye om egen helse, men mest om at noe skulle skje de to barna. De var i 20-årene nå. Når hun plutselig nesten *visste* at noe kom til å gå galt, på sønnens kjøretur til byen, eller på datters helgetur med venner på hytta, da kom panikken. Så kom det etter hvert opp ren og naken dødsangst for egen del også. Kroppen følte i oppløsning. Så gikk hun ut og spydde, eller satt seg ned i 10–20 minutter, og så var det over. Og, altså, ikke et ord om dette til noen. Topp hemmelig panikk-angst. Fram for alt; la ikke dette gå ut over barna. Ingen restriksjoner på dem.

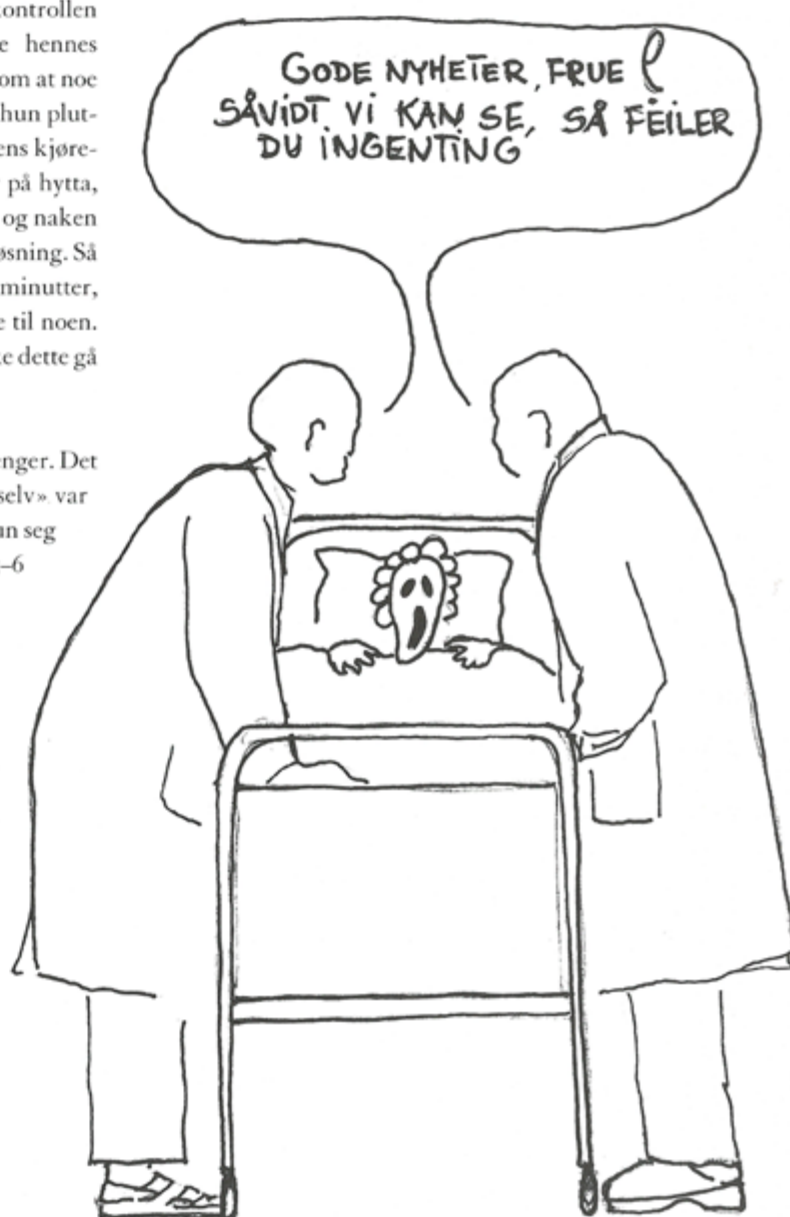
Anne K. hadde greidd seg alene lenge, men ikke lenger. Det å møte noen «som forsto henne bedre enn henne selv» var veldig virkningsfullt. Etter to-tre samtaler følte hun seg ganske trygg på hva dette egentlig var. Etter 5–6 konsultasjoner avsluttet vi. Hun hadde fått bortimot kontroll. Hun var definitivt ikke angstfri, men kursen var ikke lenger rett mot selve sentrum av helvete. Vi hadde fått penset dette over på et annet spor, og skiltes med gjensidig respekt.

Det tok bare en uke før hun var der igjen. Jeg hadde hørt ryktene allerede, så jeg var forberedt. Hennes sønn var omkommet i en trafikkulykke.

Tilliten var som sagt som betong, og et fundament for at vårt samarbeid fortsatte minst like funksjonelt og positivt. Anne K sørget bortimot helt normalt. Det var en svært intens sorg. Men angsten ble det mindre av. Jeg tror hun hadde det verre ved vårt første møte, da hun kom med angst, enn ved vårt neste møte, da hun kom med sorg.

Diagnose: Ingenting

I en senere og litt villfarene fase av min yrkeskarriere ble det indremedisin på et av landets regionsykehus i samfulle fire år. Som forløst angstdiagnostiker fra allmennpraksis, med økende sans for *bekymringer* som en del av helsehverdagen, ble jeg ganske fort forvirret. Ingen steder er den diagnostiske prosess tatt mer på alvor enn nettopp på Medisinsk Storavdeling. Din inngangsbillett til Mottakelsen vil ofte være: Pustevansker/synkope/ brystmerter/hjerterbank/you name it. Men hvis dine plager ikke lar seg verifisere som indremedisinske i den diagnostiske prosess? Da feiler du dessverre mest sannsynlig *ingenting* når du drar derfra etter to eller tre dager. Som i tilfellet med Stein Erik R. etter helikopterturene. Da kan dynamikken være satt for helserei-



ser i helt gal retning. Undersøkelser har vist at ca. 30–50 prosent av pasientene innlagt med diagnosen «brystsmerter/hjertebank med mer» egentlig har panikkangstsyndrom. Av de ca. 230 indremedisinske undervisningsmøtene jeg deltok på i løpet av fire år dreidde ett eller to møter seg om forskjellige psykiatriske tilstander

Olbert B

Nattevakt på gastromedisinsk seksjon. Den nye pasienten fra mottakelsen var Olbert B. Han var en enkemann på 92 år, og var innlagt ø.hj. pga. synkope og magesmerter. Eller omvendt. Normal blodprosent, lett hypocapni, ingen andre blodprøver forelå foreløpig. Tentativ diagnose: Ulcus?

Nattsøster Kristin har god teft, og rapporterte: «Engstelig kar. Dårlig hørsel, men synet er godt». Tok en prat med mannen. Han virket ganske ille plaget under dyna. Heldigvis god tid på vakta. Ja vel, altså ned på stolen, fram med handa, et godt smil. Tillit! Trygghet!

– Olbert, jeg vet ikke hva du feiler ennå, men dette kommer sikkert til å gå bra. Blodtrykket ditt er finfint, og det romler fint i magen din. Dette finner vi ut av, og du skal bli bra. Hvor lenge har du hatt disse magesmertene forresten?

På innleggelsesskrivet stod det «i noen timer» på rapporten fra mottakelsen «de siste to dager». Skader ikke å spørre om sånt en gang til.

– Jo, det skal jeg si deg, gutt. Jeg har hatt vondt i magen siden mai 1958!

– Jøss, det får en si. Hvordan husker du dette så akkurat, Olbert? Nærmest på datoen, nå etter 42 år!

– Jo, det skal jeg si deg, gutt. Faren min døde den våren, av magekreft.

– Ja vel, av magekreft? (Brølte legen.)

– Nettopp. Og det siste han sa til meg var: Pass deg for magen din gutt! Den tok knekken på meg!

Og dette viste seg utrolig nok å være årsaken til Olbert Bs øyeblikkelig hjelp innleggelse den kvelden 42 år etterpå. Vi trodde en stund Olbert B. hadde magesår. Olbert B. selv trodde han hadde *banesår*. Jeg tror det ble et vellykket sykehusopphold for ham. Kanskje for første gang på 42 år fikk Olbert B snakket seg ordentlig ferdig om sine mageanliggender. Det tok til sammen 12 minutter.

Ingen grunn til panikk, doktor

Av alle de klinisk kjente «store imitatorer» jeg lærte om, er det en annen tilstand jeg virkelig ofte har hatt nytte av å være bevisst på, i alle de delene av helse-Norge jeg har jobbet.

Spørsmål 1: Gjett hvilken? (Tips: Det er ikke TBC og ikke lues.)

Spørsmål 2: Hvorfor oversees da angstrelaterte tilstander så ofte, både her og der? (Tips: Hva var nå alt dette med benektning, fortrenkning, projisering, rasjonalisering og intellektualisering?)

I indremedisinsk mottakelse traff jeg forresten Anne K igjen en morgen. Hun på vei inn for ACB operasjon, ustabil angina de siste månedene. Jeg på vei hjem fra nattevakt. Det ble et kort møte, men igjen med gjensidig respekt.

– Det er skjebnen som er ute og lufter seg igjen, fru K?

For vi hadde nemlig hatt den tonen, masse rå galgenhumor og ganske stor grad av åpenhet.

– Ingen grunn til panikk, dr. Sundby. Dette skal gå bra!

Hva var dette? Var ikke dette litt opp ned? Fru Anne K. kjente og forsto meg nok godt etter hvert. Bedre enn jeg forsto meg selv?

Tro meg på min vurdering: for Anne K. var angsten et rent helvete, sorgen tung, tung, men likevel håndterlig på en annen måte. Hjertelidelsen, derimot, var nesten ingenting.

Alexitymi

Dette var noen betraktninger om angsten der ute. Nevnte jeg også dens av og til nesten klisjeaktige vesen? Som allmennpraktiker har livet i alle fall lært meg å ta folks bekymringer på alvor. Og deres angst på stort alvor. Dette er ingen genial innsikt. Den mangler like fullt alt for mange steder. Som leger greier vi neppe å gjøre våre pasienter så veldig mye tryggere enn vi selv er. Her er det mye å ta fatt i for noen og enhver.

Hvordan det gikk med Stein Erik R?

Det tok sin tid. Rygg, mage, hjerte, hodepine. Omsider, etter tolv år, lot han seg frivillig legge inn på psykiatrisk avdeling. Det var etter fire innleggelser på Indremedisinsk avd. samme høst, og han var virkelig helt nedkjørt. Han kom seg langsomt til hektene igjen, og faktisk tilbake i annen jobb. Men angst vet han ennå ikke hva er. Så psykiaterne vil ikke se ham mer, og ikke vil han se dem heller.

De synes ikke de kommer noen vei, noen av dem. Jeg er blitt fastlegen hans igjen, og ser ham av og til. Det fungerer fint. Om han enn har vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt om seg og sitt; jeg tror jeg forstår ham likevel. Og fordi jeg er en litt erfaren allmennpraktiker, har vært på et bra kurs om angst, og dertil har sett denne pasienten i alle mulige og umulige kliniske situasjoner, er det ganske lett for meg å respektere ham slik han er. Uten denne respekten kommer

man ingen vei med Stein Erik R. Slike ting, folkens, må det være lov for oss å være litt stolt av!

Psykiaterne skal i rettferdighetens navn ha sitt. De gjorde viktige diagnostiske avklaringer. De mener han har alexitymi; manglende evne til å ha kontakt med og til å uttrykke sine følelser. Akkurat det tror jeg Stein Erik R. så sannelig ikke er alene om å mangle i denne vår, akk, så utrygge verden.

NSAM 20 ÅR!

Vi feirer med bursdagsfest, emnekurs, tenkedugnad og årsmøte

I ÅLESUND – RICA PARKEN HOTEL, TORSDAG 27.03.03 TIL LØRDAG 29.03.03

Klinisk Emnekurs med ny vri – KOLS fra første til siste host –

Godkjent med 15 timer.

Antall deltakere: 50

Vi følger en pasient fra de første symptomer, gjennom hele sykdomsforløpet til terminalstadiet. På kurset gestaltes hun av en profesjonell skuespiller.

Deltakerne fordeles på grupper og de får hver sin pc med Winmed journal og NEL.

Gruppene blir presentert typiske og krevende problemstillinger, noen overraskelser, i forløpet av pasientens liv og sykdom som utgangspunkt for problemløsning, erfaringsutveksling og læring. I journalen kommer epikriser, labdata, spirometrikurver m.m. slik virkeligheten faktisk kan være.

Vi har invitert erfarne veiledere som vil følge og kommentere diskusjonene

Målet er å dele erfaring og å øke kunnskapsnivå på det aktuelle feltet, dessuten å illustrere viktigheten av å ta ledelsen og å prioritere tid og ressurser, egne og andres, slik at de som trenger mest, får mest (jfr. «Plakaten» og de 7 teser!), og ikke minst: Å ha det litt moro!

Diskusjon om fagets innhold. Leger og industrien – «Lommer uten grenser?» Når er påvirkningen egentlig utilbørlig?

Godkjent med 15 timer.

Valg og bruk av legemidler påvirkes i stor grad av industriens egen markedsføring. Markedsføringen er omfattende, gavmild og effektiv. Når er den utilbørlig og når er den direkte ulovlig?

Vi har invitert 5 meget sentrale innledere og en profesjonell debattleder.

Torsdag: Emnekurs 0900–1800

Fredag: Emnekurs 0800–0845

Leger og industrien 0900–1445

Årsmøte 1500–1800

Bursdagsfest 1900–

Lørdag: Emnekurs 0830–1200

Kursavgift: Emnekurs kr 1000.–,

Fagets innhold kr 500.

Påmeldingsfrist: 7.mars 2003

Påmelding og bestilling av flybilletter:

VIA Tours v/Nadja Ben-Shams, tlf. 23 15 04 60

E-mail: nadja.ben-shams@via.no

NB! Din påmelding blir endelig registrert først når du har returnert påmeldingsskjema du vil få tilsendt.

Helserådet 10 år



Einar Bråten

Utdannet 1984, fra 1986 allmennpraktiker, bedriftslege og aidslege (informasjon) i 2 år, helsesjef i Kongsberg kommune fra 1988 til 1999, prosjektleder for Rådgivningsprosjektet i Helsetilsynet i 1999–2001, fra 2002 kommunelege i Øvre Eiker kommune, 100% stilling. Er lykkelig ansatt som heltids samfunnsmedisinere i en kommune som etterspør samfunnsmedisinske vurderinger.

Livet er egentlig sammen med familien, tre katter, et marsvin og tre høner, ubetalt familiær drosjesjåfør, interesserer meg for friluftsliv, jakt, skurr på bil, har veteranhus (en livsstil), datainteressert, blues entusiast og musikkavhengig, med sterk hang til kulturelle utsekelser.

AV EINAR BRÅTEN

En time før Jubileumskonferansen startet kom jeg til konferanselokalene hos KS i Oslo. Lettere forfjamsset over at togene til NSB var helt i rute ble jeg plassert i en god lenestol med en kopp kaffe av en hyggelig KS medarbeider. Hvorfor går man egentlig på 10 års jubileum? Det var tid nok til å gruble litt alene i foajeen.

Jeg har lest «Helserådet» siden det startet opp som MFAL-rapport i 1993. Hele tida har Anders Smith vært redaktør. Et imponerende «fritidsarbeid» som i seg sjøl er grunn godt nok til å møte opp. Mange personer har bidratt med innlegg til bladet og slike konferanser er et viktig møtested for oss samfunnsmedisinere som til vanlig er så spredt. En god mulighet til å møtes igjen. Viktigste grunn var nok allikevel programmet for her var det mange spennende og aktuelle temaer!

Selvfølgelig ble det mange kjente ansikt. Sammen med foredragsholdere var det til sammen ca 55 som hørte Anders Smith gå gjennom historien til helserådet fra den spede begynnelse fram til i dag. Fra å være ett A4 ark i 1993 til fire A4 sider i dag og egne nettsider med arkiv over alle utgaver – fremdeles er avisa like aktuell.

Før jeg visste ordet av det stod jeg ved talerstolen sjøl og takket Anders for 10 år med idealistisk redaktørarbeid! Nede på stolen igjen håpet jeg bare at jeg hadde klart å takke han godt nok på vegne av alle oss som leser bladet og kjenner nytten av innholdet i hverdagen.

Hans Ånstad som de fleste kjenner, som avdelingsdirektør i Helsedepartementet, var innbudt til å snakke om Stortingsmelding nr 16; «Resept for et sunnere Norge» og sette denne opp mot Folkhelsemeldingen han sjøl var med på å legge fram for 10 år siden. Ånstad er blitt pensjonist, men det var ikke noen sliten samfunnsmedisinere som la fram



Anders Smith, en pioner i nettverksarbeid for samfunnsmedisinere



Hans Ånstad: trening på grønn resept er noe tull – høyrevridd helsepolitikk

sine meninger. Han brukte mest tid på å gå gjennom regjeringens resept for at vi skal få et sunnere folk og sparte ikke på kruttet.

Meldingen legger vekt på at vi alle har ansvar for å ta vare på vår egen helse og at Helsevesenets kapasitet til å forebygge ikke er godt nok utnyttet. Kanskje den går litt for langt i å legge ansvar for egen helse på hver enkelt, problematiserte Ånstad. Friskere ble det da han gikk inn på meldingens mål om å halvere antall unge som røyker. Hvorfor er avgiftspolitikken bare så vidt nevnt når vi veit at den er en viktig faktor hvis man vil dempe både røyke- og alkoholforbruket?

Meldingen legger mye vekt på å vise at de sosiale ulikheter i Norge er store og økende.

«Man kunne vært mye mer tydelig på hvordan man skal sikre at disse ujevnhetene utjevnes» sa Ånstad. Videre sammenlignet han Folkehelsemeldinga fra 1993 med den nye og pekte på en grunnleggende forskjell; i 1993 var man opptatt av forebyggende tiltak rettet mot befolkningen mens man nå er mer opptatt av forebyggende tiltak til risikogrupper. Høyrevridd helsepolitikk sa Hans Ånstad som i neste åndedrag la til at ordningen med trening på «grønn resept» var noe tull. Det var temperatur og engasjement i hans gjennomgang som også ga engasjement i diskusjonen som fulgte etter innlegget.

Helse, miljø og mat – tre retter på samme fat? Er en kjent overskrift for de som har fulgt med siden «Bodø-erklæringen» i 1997. Anders Smith gikk gjennom likheter og forskjeller innen helsevern, miljøvern og matvern. Han var glad for at de hadde fått gehør for tankene med interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern med utgangspunkt i det nye Mattilsynet.

I diskusjonen snakket Birger Willumsen om mulighetene kommunene har for å reorganisere laboratoriene som bare er utelatt i omorganiseringen av Næringsmiddeltilsynene. Øystein Lappegard pekte på at ikke alt innen samfunnsmedisin kan legges til en interkommunal enhet og foreslo at man laget kompetansesentre for kommunelegene lagt til det lokale Mattilsynet.

Etter det var nok de fleste mest opptatt av å stille sulten enn å føre tilsyn med den. Etter lunsjen kom det ene innlegget etter det andre med aktuelle emner svært kort beskrevet slikt:

Hans Støen er miljøvernleder i Bærum kommune og hadde synspunkter på hvordan det ser ut til å gå med det kommunale miljøvernarbeid.

- Miljø- og helseutfordringer har i vår del av verden primært sine røtter i livsstil, forbruksmønster og sosioøkonomiske drivkrefter.
- Vi må bli dyktigere til å kompensere for begrensninger knyttet til markedsøkonomisk styring og tenking.
- Vi må finne fram til rasjonelle løsninger på komplekse, felles problemer som; alliansebygging, partnerskap, nettverk på tvers av fagprofesjoner.

Knut Rønning fra landbruksdepartementet gikk gjennom bakgrunn for og hensikten med å omorganisere næringsmiddeltilsyn, landbrukstilsyn og dyrehelsetilsyn til et statlig Mattilsyn. Hovedmålet er at rettsikkerheten skal ivaretas likt overalt i landet samtidig med at beslutning skal skje desentralt på bakgrunn av god samforståelse av regelverket. Landet deles inn i åtte regioner med 50–75 lokale Mattilsyn. Antallet er enda ikke avgjort.

Diskusjonen rundt utfordringene kommunene står overfor i kjølvannet av denne omorganiseringen kunne tatt resten av døgnet med så mange taletrengte deltakere.

Karl Gunnar Sanda geleidet oss videre med forskning på om interkommunale ordninger er veien å gå i framtida. Han satte opp en skala av samarbeid mellom kommuner fra kontakt i enkeltsaker gjennom uformelle nettverk, interkommunalt samarbeid i enkeltsaker, helhetlig kommunalt samarbeid om kjerneområder til kommunesammenslåing. Det finnes få kommuner som har et helhetlig kommunalt samarbeid mens de beste resultatene var fra enkeltsaksområder som Næringsmiddeltilsyn og legevakt.

Ole Johan Bakke var en sterk tilhenger av det interkommunale samarbeidet innen miljørettet helsevern men gjerne også utvidet til et «samfunnsmedisinsk kraftsenter» siden den samfunnsmedisinske kraften etter hvert renner ut av hver enkelt (små)kommune. Han viste til eksempel fra Vestfold som burde kunne bli vellykket bare de økonomisk hardt pressede kommunene fortsetter sitt tidligere engasjement.

Anders Smith avsluttet jubileumskonferansen, men da satt dessverre referenten på nok et presist NSB-tog tilbake til Bergstaden Kongsberg. Idet vi tordnet gjennom Liertunnelen i et proppfullt pendlertog tenkte jeg på den gamle bergmannshilsenen; «Glück auf» og mente Anders Smiths fortsatte redaktørarbeid og ikke om vi kom ut av tunnelen i god behold.

KURS NR.: B-1770

Don't tell us – show us

Kurs for praksislærere og andre som veileder leger på allmennlegekontor
27.05 – 28.05.2003

Målgruppe: Allmennleger som er praksislærere for medisinerstudenter, allmennleger som er veiledere for turnusleger eller spesialistkandidater i primærhelsetjenesten og allmennleger som er veiledere for egne pasienter.

Kurset er søkt godkjent med 16 timer som emnekurs i fagområdet veiledningspedagogikk i allmennmedisin videreutdanning, og som valgfritt kurs i fagområdet veiledningspedagogikk i etterutdanning i allmennmedisin.

Læringsmål: Utvikle deltakernes kunnskaper, ferdigheter og iderikdom knyttet til egen legerolle, samt i veilederrollen av studenter og leger i allmennpraksis.

Innhold: Hvordan kan man analysere konflikter og faglige dilemmaer på kreative måter? Vi tar i bruk Forumspill som pedagogisk metode og som endringsmetode i egen praksis. Vi supplerer med enkle teatertechnikker for å utvide vårt pedagogiske repertoar. Kurset bygger på pedagogen og teatermannen Augusto Boal sine teaterformer Bildeteater og Forumteater, og består av vekslende mellom plenum og gruppearbeid.

Kurssted: Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen.

Kurskomite: Fylkeskoordinatorene Per Stensland, John Nessa og Janecke Thesen sammen med høyskolelektor Mette Bøe Lyngstad, Høgskolen i Bergen.

Påmelding til: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Det medisinske fakultets sekretariat, 5020 Bergen-Universitetet.

Påmelding E-post:
koordinatorkontoret.bergen@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 15. april 2003

Antall deltakere: 30

Antall kurstimer: 16

Kursavgift: 1000

Kursavgift ikke-leger: 2000

Andre opplysninger: Vi krever ingen forberedelse denne gang. Bergen vil på denne tiden være festspillpyntet og full av glade festspillgjengere. Det lønner seg derfor å være rask med påmelding og hotellbestilling dersom du vil være sikret plass. Praksislærere ved Universitetet i Bergen vil bli prioritert.

- TEMAOVERSIKT: Tirsdag 27. mai.** Lunsj kl 1200–1300.
- Kursstart kl 1000 slik at alle på Vestlandet rekker fram.
 - Hvorfor bruke kreative arbeidsformer (teatertechnikker) i veiledning? En historie fra en legeskonferanse i London.
 - Kort introduksjon om Augusto Boal og hans filosofi.
 - Innledende øvelser og rollespill.
 - Stikkord knyttet til problemstillinger og stikkord fra praksis.
 - bildene lages i grupper, presenteres i plenum
 - ulike måter å gi liv til bildene på
 - Brainstorm på aktuelle situasjoner fra legekontoret.
 - **Bildeteater:** En kreativ arbeidsmetode for å belyse et aktuelt tema.
 - **Forumspill:** En invitert legegruppe introduserer/demonstrerer formen.
 - **Forumspill som et språk til å forstå og utforske sin virkelighet:** Gruppearbeid rundt et selvvalgt tema. Gruppene får veiledning underveis.

Slutt kl 1800.

Kl 2000 samles vi på et av Bergens bedre etablissementer til festmiddag og utdeling av praksislærerprisen.

Onsdag 28. mai. Lunsj kl 1200–1300.

- God morgen kl 0800. Plenum.
- Visning av forumspill. Plenum
- Hvordan bruke kreative arbeidsformer i veiledning til hverdags? Plenum.
- Slutt kl 1600.

Helserådet 10 år:

– Jubileumskonferansen og tanker hos en av deltakerne

AV ARNE VASSBOTN

Å arbeide som samfunnsmedisiner i små og mellomstore kommuner kan gi følelse av ensomhet og faglig isolasjon. Om ikke en ørkenvandring så i alle fall vandring i et landskap som noen ganger oppleves som tørt. Konferansen i forbindelse med Helserådets 10-års jubileum 15. januar, berørte sentrale samfunnsmedisinske tema og gav meg en følelse av å komme til et vannhull.

Et slikt møte gjør det naturlig å se bakover, vurdere dagens tilstand og etter evne tenke fremover.

Hans Ånstad kommenterte Stortingsmedling nr 16 om folkehelsepolitikken. Han trakk frem samfunnsmedisinernes faglige isolasjon og viste til den feilen sentrale myndigheter gjorde i tiden etter 1984. Da overtok kommunene ansvaret for det som tidligere hadde vært distriktslegenes og statslegenes oppgaver. Staten forutsatte at Kommunenes Sentralforbud skulle overta jobben med å gi faglig veiledning til kommunelegene. KS hadde selvsagt ikke noe apparat som var i stand til å ivareta slike oppgaver og fikk det heller aldri. Det er lett å være enig med Hans Ånstad i at noe av samfunnsmedisinens svekkede posisjon og sviktende rekruttering i kommune-Norge må tilskrives dette.

Et hovedproblem har vært at deler av den fagkunnskap man som samfunnsmedisiner har behov for å skaffe seg ikke er lett tilgjengelig. Allmennmedisinere kan abonnere på 2-3 anerkjente tidsskrifter og få en følelse å være rimelig godt oppdatert. Samfunnsmedisinere har ikke den muligheten. For den enkelte nytilsatte samfunnsmedisiner kan dette gjøre de enkleste saker svært utfordrende.

Når det gjelder utviklingen av samfunnsmedisinen generelt, og miljørettet helsevern spesielt, kan betydningen av det arbeidet Anders Smith har gjort ved å utgi Helserådet



Arne Vassbotn

Medisinstudium i Groningen, Nederland. Ferdig 1967. Ellers arbeidet som allmennpraktiker, samfunnsmedisiner og helseadministrator i Sortland i ca 35 år. Kommunelege i Sortland. Spesialist og veileder i allmennmedisin og samfunnsmedisin, også interesserert veiledning og undervisning av turnusleger og medisinstudenter.

vanskelig verdsettes høyt nok. Publikasjonen har kontinuerlig medvirket til opplysning og inspirasjon for samfunnsmedisinere over hele landet.

Bruken av elektronisk mail har nå gitt en gjennomgripende endring av kontaktmulighetene våre. Både når det gjelder allmennmedisin og samfunnsmedisin har vi sett at diskusjonsgruppen «Eyr» holder på å bli vår viktigste informasjonskanal når det gjelder hjelp til løsning av alskens småproblemer. Vi ser at også store prinsipielle problem egner seg godt for denne typen drøfting og avklaring.

Elektronisk lagring av medisinske data av mange slag skjer i økende grad i sentrale baser. Et eksempel er «GRUK». Utredninger, planer og liknende som enkelte samfunnsmedisinere har lagt mye arbeid i kan nå ligge på nettet som mal og til inspirasjon for andre.

Ute i kommunehelsetjenesten er faglig ensomhet stadig den største utfordringen for samfunnsmedisinen. Det er viktig å ha god kontakt med næringsmiddeltilsyn, teknisk etat, kulturkontor og alle øvrige kommunale, fylkeskommunale og

statlige etater, men et samfunnsmedisinsk nettverk med andre leger er avgjørende for god kvalitet på arbeidet.

Vesterålen er et rimelig godt avgrenset område med ca 32000 innbyggere lengst nord og vest i Nordland. Vi har fem kommuner med like mange samfunnsmedisinere som alle også er fastleger. Vi har i mange år hatt et kommunelege I-forum som har kommet sammen ca en gang pr. måned for å arbeide med saker av felles interesse.

Kommunelege I-forum i Vesterålen har i det siste har vært opptatt av å bedre samhandlingen mellom 1. og 2. linje tjenesten. Vi arbeider for å få best mulige tilbud til befolkningen og for å få større aksept for vår rolle som premissleverandører. Vi har også forsøkt å påvirke sentrale myndigheter gjennom møter med helseminister og administrative myndigheter i hans nærhet. Forumet har også vært pådriver og tilrettelegger når det gjelder å ta i bruk nye former for informasjonsteknologi. Spesielt har vi sammen med Nord Norsk Helsenett arbeidet for å få ei sterk utvikling når det gjelder å ta i bruk IT-løsninger både i sykehus og i primærhelsetjeneste og spesielt mellom tjenestene.

Et slikt regionalt samfunnsmedisinsk nettverk er også vanlig i andre deler av landet, for eksempel i Kristiansand der samfunnsmedisinske oppgaver er oppdelt på flere leger. Fastlegeordningen og forskjellen i avlønning mellom leger i privat drift og på fast lønn, har sikkert vært av betydning for deling av oppgaver mellom flere leger. I den senere tid er jeg imidlertid ikke sikker på at dette er hele forklaringen. Det er mulig at «kombinasjonsdokteren» ikke er den utdøende rase vi alle tok for gitt for noen år siden.

I mindre og mellomstore kommuner må kommunelegen ta ansvar for rekruttering av nye leger og stabilisering av de leger en alt har rekruttert. Veiledning av studenter, turnusleger og spesialistkandidater blir en viktig del av oppgavene til kommunelege I og då er det viktig å ha i alle fall et par tær i klinisk praksis. Klinisk og samfunnsmedisinsk kunnskap kan i slike sammenhenger berike hverandre.

En av oppgavene for en kommunal samfunnsmedisin er å være medisinsk faglig rådgiver. Jeg oppfatter dette som en av samfunnsmedisinerens mest givende oppgaver. Jeg har reint administrativt ansvar bare for leger, fysioterapeuter, jordmor og helsesøstre, men rollen som medisinsk faglig rådgiver gir meg mulighet til å påvirke hele helsetjenesten og hele kommunen. En omsorgstjeneste uten medisinsk faglig innspill gir for eksempel neppe de gode løsningene.

Ennå er mange av de tidligere distrikts- og statslegene i funksjon som samfunnsmedisinere. Overgangen fra statlig

til kommunal stilling var for mange sterkt uønsket. På veien fram til dagens situasjon har vi mistet helserådsordførersfunksjonen og det såkalte medisinsk faglige ansvar. Mange samfunnsmedisinere synes fortsatt å lengte tilbake til mer formell makt og myndighet og synes at det er et tap at vi ikke lenger er medisinsk faglig ansvarlig.

Anders Smith kom i et av sine innlegg inn på forskjeller mellom norske samfunnsmedisinere. Slik jeg oppfattet det beskrev han to typer: en som så tungt og mørkt på situasjonen og syntes de var fratatt det meste av sine virkemidler, og en optimistisk samfunnsmedisinere som synes det meste er bra ute i kommunene og i landet.

Jeg ønsker å regne meg med blant de optimistiske samfunnsmedisinere som har glede av jobben sin. Jeg savner ikke tiden som helserådsordfører med dobbelstemme. Den eneste begrensning jeg opplever ligger i egen mangel på kraft og oppfinnsomhet.

De viktigste egenskapene en samfunnsmedisinere bør ha er evne til å se at han er omgitt av flinke medarbeidere i både egen tjeneste, og i samarbeid med andre etater. Jeg ønsker at jeg skal evne å se at politikerne gjør så godt de kan ut fra sine forutsetninger som politikere. Jeg ønsker å leve i fred med at de noen ganger overprøver mine forslag og at de også av og til overprøver meg for så å komme med løsninger som er bedre enn de jeg tilrådte.

I forsøk på å inspirere allmennmedisinere har jeg noen ganger sitert Sir William Osler som skal ha sagt:

«Have no higher ambition than to become an all-round family doctor, whose business in life is to know how to treat it.»

Jeg tilføyer fra meg selv følgende utsagn rettet til dagens samfunnsmedisinere:

«Ha ingen høyere ambisjoner enn å være en god medisinsk faglig rådgiver som kan gi råd på en slik måte at de blir fulgt.»



1993–2003

HELSE RÅDET

FORKJØLELSESSÅR

Få smilet tilbake
med Zovirax® krem! (aciclovir)



... når herpes labialis
er problemet.

C ZOVIRAX krem "GlaxoSmithKline"

Antiviralt middel. ATC-nr.: D06B B03
KREM 5%: 1 g inneh.: Aciclovir, 50 mg, propylenglykol, hvit vaselin, cetostearylalkohol, flytende parafin, poloxamer 407, natriumlaurylsulfat, rensert vann til 1 g.
EGENSKAPER: *Klassifisering:* Acyklisk nukleosid med god løselighet i alkaliske vannløsninger. *Spesifikk antiviral effekt in vitro mot Herpes I og II.* Toksisiteten mot infiserte patedyrceller er lav. *Virkningsmekanisme:* Aciclovir fosforyleres til den aktive metaboliten aciclovirtrifosfat i den herpesinfiserte cellen ved tilstedeværelse av Herpes simplex-kodet tymidinkinase. Aciclovirtrifosfat forhindrer viral DNA-syntese ved å fungere som substrat for og hemmer av herpesspesifikk DNA-polymerase. Normale cellulære prosesser i ikke-infiserte celler påvirkes bare i ubetydelig grad.

INDIKASJONER: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.
KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for aciclovir eller øvrige innholdsstoffer.

BIVIRKNINGER: Forbigående brennende følelse eller stikking etter påføring. Mild uttørring eller avflassing av hud har vært sett hos 5% av pasientene. Erytem og kløe har vært rapportert. Kontaktdermatitt har i sjeldne tilfeller vært rapportert. I sensitivitetstester har dette for det meste vært forårsaket av hjelpestoffer i krembasen og ikke aciclovir.

FORSIKTIGHETSREGLER: Zovirax krem bør ikke påsmøres slimhinner, for eksempel i munnen, øynene eller vagina, da kremen kan irritere. Særlig forsiktighet må utvises for å unngå feilbruk av kremen i øynene.

GRAVIDITET/AMMING: Bør kun brukes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Det er bare påvist teratogen effekt i noen tester og bare hos rotte

etter meget høye subkutane doser. *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. *Overgang i morsmelk:* Aciclovir er påvist i morsmelk i konsentrasjoner som kan påvirke barnet.

DOSERING: *Behandling av Herpes labialis:* Voksne og barn: Kremen påsmøres hver 4. time i den våkne delen av døgnet, dvs. 5 ganger daglig. Behandlingen bør vare i 5 dager. Dersom såret ikke er tilhelet kan behandlingen utvides til 10 dager. Kremen bør påsmøres så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Behandling av residiv bør påbegynnes allerede i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg.

PAKNINGER OG PRISER:
Krem: 2 g kr. 65,10. 5 g kr. 100,60

Basert på SPC Zovirax Krem 14.12.2001
Priser av 01.2003



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

SVANGERSKAPSPERMISJON

– har jeg råd til det?

Jeg er ung (?) (34 år) og ganske nyutdannet. Jeg har min praksis og min inntekt. Jeg håper at jeg skal holde meg frisk, være flink doktor og skjøtte den daglige driften av kontoret mitt. Men en eller annen gang vil det også kunne ramme meg – den vanlige hverdagen får et avbrekk. Dette er ikke nødvendigvis bare en negativ opplevelse, men den får økonomiske konsekvenser. For en stor del av dagens nyutdannede leger er det de første årene statistisk sett større sannsynlighet for at avbrudd i praksis vil skyldes svangerskapspermisjon enn sykdom. Vi får flere kvinnelige leger, og kanskje er det flere fedre som ønsker å ta sin del av svangerskapspermisjonen. I stillinger med fast lønn er slike avbrudd en sak som ordnes greit mellom arbeidstaker og arbeidsgiver ved hjelp av folketrygden. Så er det nå engang sånn at langt de fleste allmennleger eller fastleger har avtaler der de i en eller annen form jobber som selvstendig næringsdrivende. Som egen arbeidsgiver er det straks litt mer å passe på. Om avbruddet i praksis skyldes hyggelige eller mindre hyggelige «begivenheter», er det viktig å vite at en har økonomisk sikkerhet. For mange «ferskinger» kan det føles som en skog av regler å sette seg inn i når en skal få oversikt over hva man må gjøre for å sikre og forsikre seg mot tap av inntekt.

Som nytiltrådt medredaktør i Utposten med tittel «mor» mer enn «lege» om dagen, har det vært nærliggende å nøste litt i dette her. Med hjelp fra Einar Espolin Johnson i SOP har «skogen» vist seg å være langt mer oversiklig enn man først trodde.

På spørsmål om hva legeforeningen kan stille opp med for leger som blir syk eller går ut i svangerskapspermisjon, får vi et svar på tre bokstaver – SOP. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger ble opprettet etter forhandlinger mellom Den norske lægeforening og Sosialdepartementet så langt tilbake som i 1965.

SOP yter økonomisk støtte til leger som opplever avbrudd i driften av sin private praksis pga sykdom og permisjon i forbindelse med fødsel eller adopsjon. Videre sikres ordningens medlemmer og deres etterlatte pensjoner svarende til pensjoner i Statens Pensjonskasse for det lønnsstrinn som gjelder for overleger i statens lønnsregulativ, for tiden lønnsstrinn 60. Ved en leges død yter SOP engangsstønning til legens etterlatte.

Det første jeg må vite er at jeg er medlem i SOP. Det er jeg automatisk hvis jeg driver eller har drevet legevirksomhet i Norge, og har vært medlem av folketrygden i minst tre år. Så må jeg sørge for at jeg har en driftsform som omfattes av SOP da visse spesielle forhold kan gjøre at jeg faller utenom. Legeforeningen har egne skjemaer for søknad til SOP, og jeg må søke om ytelsen innen seks måneder fra jeg har gått ut i sykemelding eller svangerskaps-/adopsjonspermisjon.

Det neste som blir interessant er hvordan regnestykket går opp når jeg skal svare for utgiftene mine både til praksis og det daglig liv når ikke den faste inntekten kommer inn. Som medlem av folketrygden uten ekstra forsikringer vil jeg ved sykdom og svangerskapspermisjon få utbetalt $\frac{1}{3}$ av 6G (grunnbeløpet i folketrygden). Dette vil alltid ligge i bunn, men er for de fleste langt fra nok til å dekke opp for den daglige omsetningen. Det er her vi har bruk for SOP og trenger å vite noe om hvordan ytelsene derfra er bygget opp. Kort sagt er SOP ment å skulle dekke opp for differansen mellom folketrygdens utbetalinger og den reelle praksisinntekten.

Espolin Johnson hjelper oss gjennom detaljene i regelverket. – For å beregne kompensasjonsbehovet tar SOP utgangspunkt i *brutto praksisinntekt*; summen av basisgodtgjørelsen (per kapita tilskudd), egenandeler fra pasienter og trygderefusjoner. Det vil si all inntekt fra kurativ virksomhet. SOP deler så opp ytelsen i to komponenter, nemlig *utgiftskompensasjon* og *inntektskompensasjon*. Sistnevnte skal som navnet sier dekke opp for inntekten, det man normalt har å rutte med når utgiftene er trukket fra. Dette beregnes til 50 prosent av brutto praksisinntekt (se over). Inkludert utbetalingene fra folketrygden vil denne delen kunne utgjøre opptil *maks 12 G* som i 2003 er kr 650 040,–.

– I prinsippet skal det være en vikar i praksis når legen går ut i permisjon/blir syk, og denne vil ofte kunne ta over *utgiftene*. Men en sykdomsstart er aldri et planlagt tidspunkt, og et svangerskap (planlagt eller ikke planlagt) munner ut i en fødsel enten vikaren er på plass eller ikke. I slike tilfeller kan legen ha behov for å få dekket opp for utgifter i praksis. Utgiftskompensasjonen forutsetter nemlig at legen har ansvar for å dekke sine løpende praksisutgifter under sykefraværet/permisjonen. Så lenge basisgodtgjørelsen fortsatt til-



faller legens praksis, vil denne regnes inn som en del av «kompensasjonen». Utgiftene beregnes til 40 prosent av praksisinntekten og maks kr 576 900,- (2003-beløp). – Og hvorfor bare 40 prosent? – Fordi man regner med at ca 10 prosent av utgiftene vil falle bort som følge av at man ikke driver praksisen selv. I rene tall vil dette si at ytelsene i SOP kan generere sykehjelp for en brutto årsumsetning på inntil 1,4 mill.

– I folketrygden kan jeg velge om jeg vil ha svangerskapspermisjon i 42 uker med 100 prosent inntekt eller 52 uker med 80 prosent inntekt (begge inkludert fire uker til far). I SOP går de kun ut fra 100 prosent dekning, og jeg får utbetaling i maks 38 uker (som mor, de resterende fire uker til far må hans arbeidsgiver/folketrygden ta seg av). Om jeg ønsker lenger permisjon, blir det en sak mellom meg og avtalepartner (kommunen), og jeg må selv fordele utbetalingene. Hvis det er far som er lege, får han maks utbetalingstid på 33 uker. Men OBS! Når far tar ut svangerskapspermisjon har han ikke rett på utgiftskompensasjon. Det forutsettes at han har skaffet seg vikar eller dekker opp sine utgifter på en liknende måte. Ved adopsjon er tidsperioden for utbetaling satt til maks 35 uker.

Jeg nyter min svangerskapspermisjon videre, men tenker at jeg en gang kan bli syk. Selvfølgelig har legeforeningen tenkt på det også da de forhandlet om SOP. Når vi ser på fordelingen av utbetalingene, sier Johnson, er det her vi har den største potten. Hakk i hæl følger gruppen av alderspen-

sjoner og uførepensjoner. Beregningene for utbetaling ved sykdom har vi allerede snakket om (se over). Utbetalingene starter først hhv etter 14 eller 7 dager avhengig av om du har basisgodtgjørelse/driftstilskudd eller ikke. Ytelsen forutsetter også at du er minst 50 prosent arbeidsufør. Utbetalings-tiden er maks 365 dager. Ved behov utover dette har en mulighet for utbetaling av uførepensjon, som varig ytelse eller for en kortere rehabiliterings- eller attføringsperiode. Utbetalingen her er lavere enn for det første året og utgjør totalt (inkl folketrygd, tjenstepensjon og SOP) maks 90 prosent av pensjonsgivende inntekt året forut for uførhetens inntreden (i 2003 maks kr 297 858,-).

Vi skal ikke glemme at en dag er det på tide å legge inn årene etter endt yrkeskarriere. Da bidrar SOP også i alderspensjonen, tidligst ved fylte 67 år. Full pensjon utgjør i 2003 kr 297 858,-, dette som en samordning med folketrygd og annen tjenstepensjon. Full opptjeningstid er 35 år.

Så får vi huske på tampen at har vi vært syk ett år sammenhengende, er det en karenstid på 26 uker før ny utbetaling. Når det gjelder svangerskap....? SOP stiller opp. Karens-tiden får du sette sjøl....

Ingvild Menes Sørensen

Les mer; www.legeforeningen.no link; medlemsfordeler og tilbud.



anmeldelser

FASTLEGEN

Det er over ti år siden Magne Nylenna gav ut boka «Å drive praksis», og med innføring av fastlegeordningen var tiden moden for en oppdatert «oppskriftsbok» for drift av allmennlegekontorer. Gisle Roksund og medarbeidere har gjort et grundig arbeide for å beskrive alle feltene en fastlege må ha oversikt over for å sikre at legekontoret drives forsvarlig.

Bokas innledes med drøfting av meningen med det vi driver med og oppfordrer til å sette arbeidet vårt i riktig perspektiv: «Når jeg får følelsen av å ha hjulpet en person litt på vei, fått et anerkjennende smil, en takk og ei varm hand, da synes jeg det er godt å være doktor!» skriver Gisle Roksund og det er vel akkurat en så enkel -og så vanskelig- målsetting vi bør ha: Et legekontor der det er rom de gode følelser!

Kapitlene som følger er fullpakket med tungt stoff og blir fort litt overveldende. 60 sider med jus og økonomi er ikke akkurat noe man leser på senga for å roe seg ned etter en travelt arbeidsdag! Kapittelet om internkontroll og praktiske forhold på arbeidsplassen er også temaer som krever høy konsentrasjon. Tross disse tunge temaene er boka velskrevet og oversiktlig, selv om lay-outen kunne gitt litt mer plass for luft mellom underkapitlene. Forfatterne kan ikke lastes for alt stoffet de har tatt med, tvert imot er det prisverdig at de har klart å lage en bok som dekker temaet så fullstendig. Alt stoffet behøver jo ikke bli lest med en gang, men det er fint å vite at det står samlet mellom disse permene den dagen vi av en eller annen grunn har behov for å lese det som er viktig om et eller annet emne.

Noe vil alltid savnes i en bok som denne. Jeg savner noe om utbrenthet og ikke minst hvordan legene kan legge forholdene til rette for å forhindre at vi slites ut i jobben. Mange kolleger har funnet seg små prosjekter utenfor legekontoret for å bringe mer liv inn i hverdagen, og det kunne stått noe om dette som inspirasjon til de som begynner å kjenne seg trette i hverdagen (og kanskje ikke minst til de som ikke er kommet så langt). Forholdet til legemiddelindustrien kunne kanskje også vært mer problematisert.

Boka bør kjøpes og leses av kolleger på alle norske fastlegekontorer, den egner seg utmerket som utgangspunkt til møter i smågrupper, og fylkeslegene vil sikkert gi en ekstra stjerne til dem som bruker boka aktivt i sine internkontroll



Gisle Roksund (red.)

FASTLEGEN

Praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer.
Allmennpraktikerserien
Universitetsforlaget
225 sider
Kr 378,-

systemer. Jeg skulle gjerne visst om forfatterne har gjort seg noen tanker om oppdatering. Mange forhold som er drøftet i boka, endrer seg så raskt at det ikke bør gå ti nye år før vi får tilført fornyet kunnskap på dette området.

Mottoet vi finner på siste side tror jeg derimot ikke har gått ut på dato selv til den utgaven som kommer ut i neste århundre:

«Lær noe nytt hver uke!» og «Finn noe å le av hver dag!»

Jannike Reymert

DEPOTTABLETTER 150 mg, 200 mg og 300 mg: Tramagetic® OD: Hver depottablett inneholder: Tramadolhydroklorid 150 mg, resp. 200 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171). DEPOTTABLETTER 75 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Tramagetic® Retard: Hver depottablett inneholder: Tramadolhydroklorid 75 mg, resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 75 mg: Indigotin (E 132), jernoksider (E 172), titandioksid (E 171), 100 mg: Titandioksid (E 171), 150 mg og 200 mg: Jernoksider (E 172), titandioksid (E 171). KAPSLER, harde 50 mg: Tramagetic®: Hver kapsel inneholder: Tramadolhydroklorid 50 mg tilsv. tramadol 43,92 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171). **Indikasjoner:** Moderate smerter. **Dosering:** Dosen bør justeres i forhold til graden av smerter og følsomheten hos den enkelte pasient. Pasienter som allerede behandles med tramadol tabletter eller kapsler, kan behandles med depottablettene ved at man starter med den styrken som ligger nærmest i forhold til den totale dagdosis pasienten allerede står på. Det anbefales at pasienten titreres langsomt til høyere dose for å minimalisere forbigående bivirkninger. Behovet for langtidsbehandling må vurderes med jevne mellomrom. Maks. dagdose er 400 mg. Tramagetic® kapsler: Voksne og barn >14 år: 50 mg (1 kapsel) 3 ganger daglig. Kan ved behov økes til 100 mg 4 ganger daglig. Ved akutt smerte anbefales en initial dose på 100 mg. Kapslene svelges hele. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Ved levercirrhose eller svært nedsatt nyrefunksjon kan elimineringen av tramadol og dens mest aktive metabollitt forlenges, og intervallene mellom dosene bør økes til det doble. Tramagetic® OD: Bør tas med 24 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som gir smertelindring i 24 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. Voksne og barn >14 år: Vanlig startdose er 150 mg i døgnet. Eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon: En startdose på 150 mg anbefales. Dosertitrering oppover, til smertekontroll nås, må skje under nøye overvåking. Tramadol anbefales ikke til pasienter med sterkt nedsatt nyre- eller leverfunksjon (kreatininclearance (10 ml/min). Tramagetic® Retard: Bør tas med 12 timers intervaller. Den korrekte dosen er den som gir smertelindring i 12 timer uten eller med tilfelle bivirkninger. Voksne og barn >14 år: Vanlig startdose er 75 mg 2 ganger i døgnet. Eldre (over 75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon: En startdose på 75 mg 2 ganger i døgnet anbefales. Depottablettene svelges hele og må ikke tygges. Preparatet anbefales ikke brukt til barn <14 år, siden sikkerhet og effekt ikke er etablert.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tramadol eller noen av hjelpestoffene. Akutt forgiftning og/eller overdosering med alkohol, hypnotika, sentralt virkende analgetika, opioider, psykofarmaka eller andre stoffer med virkning på CNS. Tramadol skal ikke tas til pasienter som får monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere) eller som har fått dette de siste 2 ukene. Forsikthetsregler: Pasienter som har eller har hatt epilepsi eller tendens til kramper skal bare unntaksvis behandles med tramadol. Forsiktighet ved hodeskader, ved forhøyet intrakranielt trykk, alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, tendens til krampeanfoll og utvikling av sjakk. Forsiktighet tilrådes ved behandling av pasienter med forstyrrelser i åndedrettssenteret eller åndedrettsfunksjonen eller ved samtidig behandling med sentraldepresende legemidler på grunn av respirasjonsdepresjon. Risiko for tåvning og misbruk foreligger. Forsiktighet bør iaktas ved lang tids bruk og hos pasienter med stoff- eller alkoholmisbruk i anamnesen. Tramadol er ikke egnet som substitutt ved opioidavhengighet. Det undertrykker ikke abstinenssymptomer av morfin. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Tramadol skal ikke kombineres med MAO-hemmere. Samtidig behandling med tramadol og andre sentralt virkende legemidler, inkl. alkohol, kan potensierte CNS-depressive effekter. Samtidig eller tidligere behandling med karbamazepin kan redusere den analgetiske effekten og virketiden av tramadol (dosejustering kan være nødvendig). Tramadol kan gi kramper og øke risikoen for kramper ved samtidig bruk av selektive serotoninopptakshemmere (SSRI), trykkløslige antidepressiva, psykofarmaka og andre stoffer som serker kramperisikoen. Tramadol bør ikke kombineres med preparater som har blandet agonist/antagonistprofil (f.eks. buprenorfin, pentazocin), da tramadols smertestillende effekt i slike tilfeller teoretisk sett kan reduseres. Legemidler som inhiberer enzymet CYP3A4, som ketokonazol og erytromycin kan hemme metabolismen av tramadol (N-demetylering), og sannsynligvis også metabolismen av den aktive O-demetylerede metabollitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. Samtidig behandling med legemidler som inhiberer enzymet CYP2D6, som f.eks. kinidin, kan øke konsentrasjonen av tramadol og minske konsentrasjonen av den aktive O-demetylerede metabollitten. Den kliniske effekten av en slik interaksjon er ikke studert. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Siste timene før forventet fødsel kan preparatet gi neonatal respirasjonsdepresjon hos barnet. Preparatet med opioidvirkning gitt over lang tid under graviditet har gitt neonatal abstinens. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ca. 0,1% av mors dose utskilles i morsmelk. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Mest vanlige bivirkninger er kvalme og svimmelhet (over 10%). Hyppige (1/100): Gastrointestinale: Munn tørrhet, kvalme, oppkast, forstoppelse. Øvrige: Svimmelhet, svette, hodepine, døsighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré. Hud: Kløe, hudutslett. Sjeldne (1/1000): Psykiske: Humørsvingninger, forandringer i oppfattelesvevne og aktivitetsnivå. Sentralnervesystemet: Muskelsvakhet, krampeanfoll, sirkulatoriske: Hypotensjon, takykardi, synkope, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Blæretømmingsforstyrrelser (urinretensjon). Øvrige: Appetittforandringer, allergiske reaksjoner (åndenød, bronkospasmer, angioneurotisk ødem), anafylaktisk sjakk. Det er rapportert noen tilfeller av levertoksisitet. I sjeldne tilfeller er det observert psykiske reaksjoner i form av forvirring og hallusinasjoner. I sjeldne tilfeller er det observert abstinenssymptomer ved seponering. Tåvningssjakk foreligger. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Misse, brekninger, kardiovaskulær kollaps, sedasjon og koma, krampeanfoll og respirasjonsdepresjon. Behandling: Nalokson kan anvendes til behandling av respirasjonsdepresjon. Krampeanfoll kan kontrolleres med diazepam. Tramadol elimineres kun i liten grad fra serum med hemodialyse eller kemosorpsjon. Venetrikstømming kan benyttes for å fjerne ubesorbert depottablett. **Egenskaper:** Klassifisering: Tramadol er et sentralt virkende analgetikum. Virkningsmekanisme: Tramadol er en ikke-selektiv agonist på μ , δ og κ -opioidreseptorer med en høyere affinitet til μ -reseptorer. Andre mekanismer som kan medvirke til den analgetiske effekten er inhibering av Ca^{2+} -gjennomslipp ved noradrenalin og økning av serotoninfrigivelsen. Absorpsjon: Absorberes nesten fullstendig. Biotilgjengeligheten er ca. 70%. Påvirkes ikke av mat. Maks. serumkonsentrasjon nås etter 1-2 timer for Tramagetic® kapsler, etter ca. 5 timer for Tramagetic® Retard og ca. 6 timer for Tramagetic® OD. Depottablettene har lineær kinetikk, mens kapslene har ikke-lineær kinetikk. Depottablettene gir derfor en mer forutsigbar plasmakonsentrasjon og enklere dosertitrering. Proteinbinding: ca. 20%. **Halveringstid:** Tramagetic® OD: Ca. 16 timer. Tramagetic® Retard: Ca. 12 timer og Tramagetic®: Ca. 6 timer. Hos eldre (>75 år) og pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon kan halveringstiden være forlenget. Metabolisme: Tramadol metaboliseres ved "first pass"-metabolisme til bl.a. O-desmetyltramadol, som er en farmakologisk aktiv metabollitt. Utskillelse: Tramadol og dets metabollitter utskilles hovedsakelig renal. **Pakninger og priser:** 1.12.2002: Tramagetic® OD: Depottabletter: 150 mg: 20 stk. kr. 221,90, 100 stk. kr. 786,60, 200 mg: 20 stk. kr. 234,30, 100 stk. kr. 909,60, 300 mg: 20 stk. kr. 322,20. Tramagetic® Retard: Depottabletter: 75 mg: 20 stk. kr. 130,40, 100 stk. kr. 416,90, 100 mg: 20 stk. kr. 133,70, 100 stk. kr. 472,80, 150 mg: 20 stk. kr. 180,50, 200 mg: 20 stk. kr. 256,70. Tramagetic®: Kapsler: 50 mg: 20 stk. kr. 74,60, 100 stk. kr. 205,10.



Tramagetic® OD Når paracetamol og NSAID's ikke er nok

- Mindre avhengighet enn kodein¹⁻⁴
- Mindre obstipasjon enn kodein⁵⁻⁸
- 1 tablett daglig

TRAMAGETIC® OD 150 mg

20 depottabl.

Tramadol, hydroklorid.

Vnr 00 23 53

Depottablettene svelges hele med et halvt glass vann.

Skal ikke knuses.

Skal ikke oppbevares over 30°C.

Oppbevares stiligegelig for barn.



Tramagetic® OD
Pasientvennlig behandling
ved moderate smerter

NYCOMED

1) Keup W. SAWS 1976:1990: Lambertusverlag 1993 2) Cicero TJ et al. Drug Alcohol Depend 1999 Nov; 1:57(1):7-22 3) Cossmann M et al. Drugs 1997; 53 4) Terapieförelse: Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander. Statens legemiddelverk, publikasjon 2002:3 5) Chughtai IM et al. Anesth Analg 1998; 87: 445-9 6) Budd K. Drugs 1994; 47 Suppl 1: 33-8 7) Wilder-Smith et al. Br J Clin Pharmacol; 1997:71-75 8) Mullican MD et al. Clin Ther 2001 Sep; 23(9): 1429-45 Suppl 2: 50-62
Nycomed Pharma AS, P.O. Box 205, N-1372 Asker, tlf. 66 76 30 30, telefax 66 76 36 36

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Tusen takk til min gode venninne Margrethe som sendte stafettpinnen videre til meg. Hun er en trofast venn og ler alltid av vitsene mine. Det liker jeg.

Jeg er romantisk anlagt og faller gjerne for kjærlighetsdikt. Nå er jeg også så heldig at jeg ble mor for tredje gang for få uker siden. Det gjør meg full av undring over kjærlighetens kraft i en verden som så ofte er kald og kynisk. Muligens er det en viss hormonell påvirkning også... Vel, vel, her er mitt valg av dikt.

Videre utfordrer jeg Siri Brelín i Halden.

Hilsen Karoline van der Hagen

Sej till om jag stör

Sej till om jag stör, sa han när han steg inn.

Så går jag med det samma.

Du inte bara stör, svarade jag.

Du rubbar hela min existens.

Välkommen.

Eva Kilpi

NORSK SELSKAP FOR ALLMENNMEDISIN

– Korttidsstillinger ved kreftavdelingene for allmennpraktiserende leger

Den Norske Kreftforening har for år 2003 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger a 3 måneder for allmennpraktiserende leger ved de onkologiske avdelingene på Det norske radiumhospital (2), Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet, og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktikeren og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen målbeskrivelse.

Stillingen er lønnet i lønnstrinn 49. Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin.

Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klinisk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås hos de respektive avdelingsoverleger.

En kortfattet begrunnet søknad (på vanlig brevark) med påføring av eksamensår og årstall for godkjent spesialitet, samt angivelse av ønsket tjenestested sendes:

NSAMs sekretariat, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Historier fra virkeligheten

Sopp i munnen – Sodavannets helbredende effekt

Der er mange gode svenske kolleger som vært innom legekantoret hos oss gjennom årenes løp. Der er forbrødring i sjel og hjerte, men der er nok av og til forbistring i språk..

En av mine venner har nettopp fått en nydelig datter. Jenta fikk, som mange andre små babyer, sopp i munnen – trøske – candida.

Mora syntes at jenta var plaget av dette, i hvert fall såg det stygt ut og ho søkte lege. Hun gikk til den svenske vikar legen og viste fram jenta.

«Flickan har svamp i munnen» sa legen. «Du får försöka skölja munnen med sodavatten».

«Sodavatten?» sa mora.

«Ja, det brukar hjälpa» sa den hyggelige svenske legen og sendte jenta hjem.

Etter tre dager var Linda og jenta på besøk hos meg og mora fortalte fortvilt at jenta ikke blitt noe bedre.

«/E har nå skylt med grape soda i tre daga, og ho blir ikkje no bedre, ka ska æ gjør?»

Ho fikk Mycostatin av meg.....

Min svenske kollega som nå er fast ansatt, er for øvrig i gang med en ordbok i Bøfjaeringsk» for svenske vikarleger.

– Skål for brødrefolkens språkfelleskap – i sodavatten, eller i champagne, for å unngå misforståelser.

Anders Svensson



Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Tusen takk til min gode venninne Margrethe som sendte stafettpippen videre til meg. Hun er en trofast venn og ler alltid av vitsene mine. Det liker jeg.

Jeg er romantisk anlagt og faller gjerne for kjærlighetsdikt. Nå er jeg også så heldig at jeg ble mor for tredje gang for få uker siden. Det gjør meg full av undring over kjærlighetens kraft i en verden som så ofte er kald og kynisk. Muligens er det en viss hormonell påvirkning også... Vel, vel, her er mitt valg av dikt.

Videre utfordrer jeg Siri Brelvi i Halden.

Hilsen Karoline van der Hagen

Sej till om jag stör

Sej till om jag stör, sa han när han steg inn.

Så går jag med det samma.

Du inte bara stör, svarade jag.

Du rubbar hela min existens.

Välkommen.

Eva Kilpi

NORSK SELSKAP FOR ALLMENNMEDISIN

– Korttidsstillinger ved kreftavdelingene for allmennpraktiserende leger

Den Norske Kreftforening har for år 2003 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger a 3 måneder for allmennpraktiserende leger ved de onkologiske avdelingene på Det norske radiumhospital (2), Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet, og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktikeren og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen målbeskrivelse.

Stillingen er lønnet i lønnstrinn 49. Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin.

Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klinisk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås hos de respektive avdelingsoverleger.

En kortfattet begrunnet søknad (på vanlig brevark) med påføring av eksamensår og årstall for godkjent spesialitet, samt angivelse av ønsket tjenestested sendes:

NSAMs sekretariat, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Historier fra virkeligheten

Sopp i munnen – Sodavannets helbredende effekt

Der er mange gode svenske kolleger som vært innom legekontoret hos oss gjennom årenes løp. Der er forbrødring i sjel og hjerte, men der er nok av og til forbistring i språk..

En av mine venner har nettopp fått en nydelig datter. Jenta fikk, som mange andre små babyer, sopp i munnen – trøske – candida.

Mora syntes at jenta var plaget av dette, i hvert fall såg det stygt ut og ho søkte lege. Hun gikk til den svenske vikar legen og viste fram jenta.

«Flickan har svamp i munnen» sa legen. «Du får försöka skölja munnen med sodavatten».

«Sodavatten?» sa mora.

«Ja, det brukar hjälpa» sa den hyggelige svenske legen og sendte jenta hjem.

Etter tre dager var Linda og jenta på besøk hos meg og mora fortalte fortvilt at jenta ikke blitt noe bedre.

«Æ har nå skylt med grape soda i tre daga, og ho blir ikkje no bedre, ka ska æ gjør?»

Ho fikk Mycostatin av meg.....

Min svenske kollega som nå er fast ansatt, er for øvrig i gang med en ordbok i Bøfjaeringsk» for svenske vikarleger.

– Skål for brødrefolkens språkfelleskap – i sodavatten, eller i champagne, for å unngå misforståelser.

Anders Svensson





Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80 • RELIS Øst (Ullevål US) tlf: 23 01 64 11 • RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60
RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58 • RELIS Nord-Norge (Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

Bedret legemiddelovervåking i Norge Ny rolle for RELIS – nye rutiner for leger

Fra 1. januar 2003 skal leger sende meldinger om bivirkninger til

RELIS i egen helseregion, og ikke som tidligere til Statens legemiddelverk.

Fra samme dato vil vurderingen av bivirkningene og

tilbakemelding bli utført ved RELIS-sentrene.

En av hjørnesteinene i legemiddelovervåking er spontanrapportering av bivirkninger som blir oppdaget i klinisk praksis. I Norge har leger meldeplikt for visse bivirkninger. Dette gjelder dødelige eller livstruende bivirkninger, bivirkninger som har gitt alvorlige følger, samt uventede eller nye bivirkninger (1). I tillegg er det av stor interesse å få meldt bivirkninger som er knyttet til legemidler som er under særlig overvåking (2) og nye legemidler, samt problemer ved seponering av legemidler og reaksjoner på grunn av overdosering eller feilbruk av legemidler. En mistanke om en bivirkning er nok for å melde; man trenger ikke være sikker på at et symptom eller et funn virkelig er en bivirkning før man melder.

Inntil nå har Statens legemiddelverk vært ansvarlig for å ta imot meldinger om bivirkninger, men denne ordningen har hatt svakheter. Det har vært lang avstand fra legene til Legemiddelverket, og Legemiddelverket har hatt begrensede muligheter for til å følge opp enkeltsaker. Videre har Legemiddelverket hatt for små ressurser til å kunne drive undervisning og forskning innenfor dette området.

Det forekommer en betydelig underrapportering av bivirkninger. Sett under ett meldes i størrelsesorden 1–10 prosent av alle bivirkninger, mens maksimalt bare hver tredje dødelige bivirkning meldes. En spørreskjemaundersøkelse

som RELIS Midt-Norge utførte, viste at hele 43 prosent av de spurte legene aldri hadde rapportert en bivirkning. En av de viktigste årsakene var at de var usikre på om symptomet eller funnet virkelig var en bivirkning. Budskapet om at bivirkninger skal meldes allerede ved mistanke synes derfor ikke å ha nådd frem. Andre årsaker som manglende meldeskjema, at man glemmer å melde, at man har manglende kunnskap om regelverket og at man er usikker på sin egen rolle i bivirkningsrapporteringen tyder på at styrking av bivirkningsarbeidet i regionene og økt informasjonsaktivitet kan sikre flere og bedre meldinger.

Vårt håp er at regionalt bivirkningsarbeid vil gjøre veien fra melder til mottaker kortere slik at terskelen for å rapportere en bivirkning reduseres. I land der man allerede har gjennomført ordninger med regionalt bivirkningsarbeid, som Frankrike og Sverige, har det vist seg at dette førte til flere meldinger, bedre meldinger og økt forskningsinnsats. Det vil bli lagt stor vekt på raske og informative tilbakemeldinger fra RELIS-sentrene, samtidig som kapasiteten til undervisning og forskning på området vil øke. For å sikre en god oversikt, vil alle norske bivirkninger fortsatt bli lagret i en sentral database lokalisert hos Legemiddelverket. Legemiddelverket vil fortsatt ha ansvaret for å ta imot rapporter fra legemiddelindustrien, samt å formidle nasjonale bivirkningsdata til internasjonale samarbeidspartnere som

WHO-senteret i Uppsala og det Europeiske legemiddelkontoret (EMA) i London.

RELIS (3) har vært i drift ved alle regionsykehus i flere år, og har et nært samarbeid med de klinisk farmakologiske avdelingene ved sykehusene. Denne relasjonen vil bli utnyttet også i forbindelse med bivirkningsarbeidet. Fra tidligere har spørsmål om bivirkninger utgjort mer enn 20 prosent alle henvendelsene til RELIS, og de klinisk farmakologiske avdelingene har også arbeidet med bivirknings-spørsmål. Det finnes således allerede nå en relativt bred erfaring med utredning av bivirkningsproblemer i disse miljøene. Vi håper at nyordningen både vil føre til flere og til bedre bivirkningsrapporter og til et større fokus på bivirkninger generelt, noe som også vil komme enkeltpasienter til gode.

*Olav Spigset, overlege,
RELIS Midt-Norge, Avdeling for legemidler,
St. Olavs Hospital*

*Steinar Madsen, avdelingsoverlege,
Seksjon for legemiddelovervåking,
Statens legemiddelverk*

Referanser

1. Forskrift om meldeplikt for visse bivirkninger mv. ved legemidler. FOR 2000-12-21 nr 1380.
www.lovdata.no/for/sf/hd/xd-20001221-1380.html
2. Statens legemiddelverk. Legemidler under særlig overvåking.
www.legemiddelverket.no/bivirk/observasjonslista.htm
3. RELIS. www.relis.no

– Fra 1. januar 2003 skal meldinger om bivirkninger sendes til RELIS, og ikke til Statens legemiddelverk

– Det meldeskjemaet som brukes i dag, kan fortsatt benyttes. Skjemaet er blant annet tilgjengelig på Internett på adressene www.legemiddelverket.no/bivirk/bivirkningsmeldeskjema.htm og www.relis.no (klikk på «Bivirkninger» til venstre på siden)

Tildeling av allmennpraktikerstipend for 1. halvår 2003

For 1. halvår 2003 var det 14 søkere som søkte om tilsammen 29 stipendmåneder. AFU hadde 20 måneder til disposisjon.

OSLO

Eelco Boonstra ble tildelt 1 måned for prosjektet «Kvalitet av medikament forskrivning relatert til diagnose i primærhelsetjenesten i Botswana»

Per Steinar Steinsvoll ble tildelt 2 måneder for prosjektet «Sykehjem gjennom 25 år»

Hans Braadland ble tildelt 1 måned for prosjektet «Legejournalen som arbeidsredskap for tidlig diagnostikk av mentalsvikt»

Gunnar Moulund ble tildelt 1 måned for prosjektet «Hvor mange av pasientene med forhøyet serum-ferritin i allmennpraksis har hemokromatose?»

Hans Petter Asser ble tildelt 1 måned for prosjektet «Hvor mange av pasientene med forhøyet serum-ferritin i allmennpraksis har hemokromatose?»

Else Lien ble tildelt 3 måneder for prosjektet «Helsetjenestebruk blant innvandrere»

Erling Iveland ble tildelt 1 måned for prosjektet «Sykebesøk på dagtid i Oslo»

Ivar Mediås ble tildelt 2 måneder for prosjektet «Ultralyd i allmennpraksis»

Ståle Onsgård Sagabråten ble tildelt 1 måned for prosjektet «Trombolyse ved hjerteinfarkt»

BERGEN

Thomas Mildestvedt ble tildelt 3 måneder for prosjektet «Psykisk helse og motivasjon. Autonomistøtte og livsstilsendring»

Lars Johan Lysen ble tildelt 2 måneder for prosjektet «Helsetjenester for nordmenn i Spania»

Sverre Rørtveit ble tildelt 2 måneder for prosjektet «Hjertestartarprosjektet i Austevoll. Utplussing av halv-automatiske eksterne defibrillatorer til opplært lekpersonell.»

Tildeling av NFR-stipend for forskning omkring fastlegeordningen, 1. halvår 2003.

Hogne Sandvik ble innstilt på 1 måned for sitt prosjekt: «Legevaktssøkning i fastlegeordningen»

Bjørnar Nyen ble innstilt på 2 måneder for sitt prosjekt: «Erfaringer med fastlegeordningen. En kohortundersøkelse blant norske fastleger»

Gunvor Eikeland ble innstilt på 2 måneder for sitt prosjekt: «En studie av hensiktsmessigheten av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved St Olavs Hospital»

Mange «højdare» på **Diabetesforum**



tekst **VANJA GRUT JOHNSEN**

Tema for årets nasjonale møte er «Diabetes i Norge i dag» og målet er å gi helsepersonell som jobber med diabetes både inspirasjon og faglig påfyll.

Det foregår mye godt diabetesarbeid i Norge i dag og listen over foredragsholdere og seminarledere er fylt med den ypperste kompetansen innen diabetes i Norge. Fra USA kommer opplæringsguru Robert M. Anderson som er selve opphavet til uttrykket «empowerment», selvstendighetsgjøring av personer med diabetes.

Seminar som passer for deg?

Diabetesforum 2003 starter torsdag 8. mai med emnekurs for leger i allmennpraksis, indremedisin, pediatri og geriatri. I tillegg til emnekurset for leger er det 7 forskjellige fagseminarer for forskjellige helsepersonellgrupper.

Godkjenning

Det er søkt Den norske lægeforening om godkjenning av 20 tellende timer i henhold til spesialistreglene for allmennmedisin, indremedisin, pediatri og geriatri på emnekurset samt hele programmet for Diabetesforum.

Parallelle seminarer

Fredag 9. og lørdag 10. mai er det fritt fram til å velge mellom 21 forskjellige parallelle seminarer med svært variert program. Temaene strekker seg fra diabetes og psykiske lidelser til læring og mestring, og du kan møte eksperter

innen diabetes og svangerskap, innvandrere, erektil dysfunksjon og tablettbehandling ved type 2. I tillegg kan du fordype deg i senkomplikasjoner og forebygging av diabetes eller høre nyheter om forskning på diabetes.

Paneldebatt om overvekt

Et av høydepunkter kommer til å bli paneldebatten fredag ettermiddag om ernæring og overvekt. Paneldeltakerne vil bestå av de mest profilerte i landet på dette området.

Overlege Fedon Lindberg har vært og er i vinden med sine bøker og behandlingsopplegg basert på Glykemisk Indeks. Professor Kaare Norum har gått ut og kritisert dette opplegget, mens Grete Roede sverger til kaloritelling og tradisjonelt norsk kosthold. Sigmund Anderssen fra Idrettshøgskolen vil bidra med argumenter for fysisk aktivitet. I tillegg kommer divisjonsdirektør Gunn-Elin Bjørneboe fra Sosial- og helsedirektoratet, professor Jakob Jervell og klinisk ernæringsfysiolog Anne-Marie Aas. Denne debatten vil du vel nødig gå glipp av?

Nyheter, endringer og generell informasjon vedr. Diabetesforum finner du på www.diabetes.no

Har du noen spørsmål vedr Diabetesforum eller ønsker du å få tilsendt program? Ring da til Norges Diabetesforbund v/Liv Nordby tlf 23 05 18 19 eller send en e-post til: liv.nordby@diabetes.no

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Virkelighetstilpasset neurologisk underøkelse

Orienterende neurologisk undersøkelse heter det så fint i bøkene. Det jeg husker fra medisinstudiet var at en neurologisk undersøkelse var en langdryg historie som krevde full oppmerksomhet i minst 30 minutter. Og det er som alle vet sjelden gjennomførbart i en såkalt travel praksis. (Og neppe i en ikke travel praksis heller, for den saks skyld).

Så jeg har modifisert den orienterende neurologiske undersøkelsen noe (= mye). Den er fortsatt orienterende og fortsatt neurologisk, men kan gjennomføres på 2 minutter og 15 sekunder. (Jeg målte på siste vakt). Om den er forsvarlig lar jeg leseren vurdere. Jeg legger ut mitt hode på hoggstaben og håper det går bra.

Jeg gjør følgende:

Pasienten sitter i stolen

1. Øyebevegelse (Følg finger – H formet)
2. Pupillereaksjon med lampe

3. Se halsen: si AAAA- halsbevegelse og tunge bevegelse
4. Plystre (eldre damer klarer sjelden det, av og til lurar jeg på om det er noe Bøfjæringer helt enkelt ikke lærer i ungdommen)
5. Rynke pannen og «grimasere»
6. Finger-nesetipp-prøve sittende i stolen
7. Tromme med hendene mot knærne og deretter annen- hver gang dorsalside av hånden mot kne
8. Reflekser i armer (biceps, triceps, brachioradialis)
9. Romberg + skjerpet Romberg (stå med føttene sammen og lukke øynene)
10. Gå til benken og sette seg med bena hengende utfor kanten
11. Test achilles og patellar reflekser
12. Ligg på benk og teste Babinski

Dette tar drøyt to minutter, og bør utelukke alvorlig neurologisk patologi.

Anders Svensson

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

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

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker

Legevakt ca 8 år siden. En av mine egne pasienter (kvinne 37 år, gift, somatisk og psykisk frisk) ringer klokka 22 og sier hun har fått så veldig vondt i halsen, mest utvendig på den ene sida. Jeg vet ut fra tidligere erfaring at dette er en pasient som ikke overdriver. Jeg er ute på besøksrunde og velger å reise hjem dit.

Ved undersøkelsen er hun eksessivt utvendig øm ved palpasjon av en glandel under venstre kjevevinkel. I svelget er det normale forhold ved inspeksjon. Hun er moderat febril, virker sirkulatorisk stabil (uten at BT ble målt ved dette besøket). Hun virker påfallende stresset og anspent, men er mentalt adekvat. Jeg oppfatter situasjonen som en lymfadenitt, gir penicillin tabl. 660 mg 1+1+2, og reiser.

Kl. 04 ringer mannen og sier kona er blitt mye verre, jeg får snakke med henne, hun sier det er enda vondere, og hun har noe pusteproblem når hun ligger ned. Vi blir enige om at de skal komme ned til legevaktkontoret (som ligger på Gjøvik sykehus), 3 mil fra pasientens hjemsted. Jeg ser henne ca. kl 05. Hun klarer da så vidt å gå ved egen hjelp, har hevelse fra venstre mandibula til clavicula, er eksessivt øm i hele dette området (rykker til da jeg så vidt berører) og er enda mer anspent. BT ca. 110/80, puls ikke målt. Jeg legger henne direkte inn på ØNH-avd i sykehuset med spørsmål om alvorlig streptokokkinfeksjon.

Ved innleggelsen er CRP < 10. Pas. legges på intensiv, ca kl 08 får hun BT-fall/sjokk, og opereres kort tid etter for

bakteriell fasciitt på halsen, og må gjennom 3-4 operasjoner i løpet av en ukes tid. Hun kommer seg og får ikke men etter sykdommen. Det var ikke oppvekst i bakterielle prøver, sannsynligvis pga. de to mill IE penicillin jeg hadde gitt henne om kvelden. Klinisk forelå det en sannsynlig streptokokk-fasciitt («kjøtteter»).

Hva lærte jeg?

- 1) Hvor viktig det er å være lydhør når pasient/pårørende kontakter om forverring av situasjonen.
- 2) Hvor raskt en situasjon som virket relativt ufarlig kl 22, endrer seg til livstruende systemisk infeksjon i løpet av 8-10 timer. Dessuten at jeg er blitt «sensibilisert» på tidlig identifisering av alvorlige infeksjoner, som påfallende stresset pasient, tegn til sirkulatorisk stress (høy puls før BT fall).
- 3) At CRP kan lure oss ved rask forverring av alvorlig infeksjon, den hadde ikke rukket å stige.

Hvorfor lærte jeg spesielt mye:

Situasjonen var dramatisk, pasienten ble livstruende syk, det gikk heldigvis bra. Hadde jeg ikke reagert på/avvist den andre henvendelsen om natta, kunne pasienten ha dødd. Det kan være kort vei mellom å være «helt» som redder en alvorlig syk pasient, og en «skurk» som ikke gadd å se på pasienten da mannen ringte på nytt.

Ivar Skeie, fastlege, Gjøvik

Abonner på
UTPOSTEN

se kupong
s. 41

NSAM – Norges forskningråd

lyser ut fem stipendmåneder for 2. halvår 2003 til forskning om Fastlegeordningen. Midlene er stilt til disposisjon for stipender til småskalaforskning om fastlegeordningen.

Søknadsfristen er 1.april -03. Hvert enkelt stipend blir på maksimalt 3 måneders varighet. Det vil bli halvårslige tildelinger av til sammen 30 stipendmåneder à kr 23 000 med kr 3000 i driftsmidler per måned. Søknadsskjema kan hentes på NSAM/AFUs hjemmeside:
<http://www.legeforeningen.no/nsam>

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

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

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

AFU: *Vurdering av forsøksprotokoll fra farmasøytisk industri*

Effektstudie av Symbicort brukt både som fast medisin og ved behov i behandling av moderat astma. Effekten sammenlignes med bruken av Seretide som fast medisin og Ventoline ved behov i en åpen randomisert design organisert som en multisenterstudie av Astra Zeneca.

Spørsmålet er om det er gunstigere å bruke Symbicort (kombinasjon av inhalasjonssteroid og langtidsvirkende beta2 agonist med relativ raskt innsettende effekt) både fast morgen og kveld og i tillegg ved behov enn ved Seretide (kombinasjon av inhalasjonssteroid og langtidsvirkende beta2 agonist) som fast medisin og Ventoline (hurtigvirkende beta2-agonist) ved behov. Tanken er at man ved å få et ekstra påfyll med inhalasjonssteroider når man tar ved-behov-medisin vil kunne kupere den forverringen av astmaen som (sannsynligvis) har utløst den økte bruken av ved-behov-medisin.

Spørsmålstillingen er interessant, men AFU har funnet betydelige svakheter ved studiens design. Det tas ikke hensyn til at mange pasienter som står på Seretide/Ventoline blir instruert av legen om å øke Seretide-dosen ved økende symptomer. I studien legges det opp til at pasientene i Seretide/Ventoline-gruppen bare kan endre den faste medisin hos legen. Sammenligningsgrunnlaget blir dermed ikke «best available practice». Enda mer betenkelig er det at man går på akkord med metodologiske prinsipper og sammenligner forsøksbehandlingen med Seretide/Ventoline i en åpen design, i stedet for med Symbicort/Bricanyl i en dobbel blind design.

AFU kan derfor ikke anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien.

ELIN ANDERSEN

STILLING KOMMUNELEGE 1 ARBEIDSSTED LOPPA KOMMUNE I VEST-FINNMARK



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

«Debuterte» i finnmarkssammenheng med turnus i Unjarga-Nesseby i østfylket, deretter rett til LoppHAVet som ung og uerfaren kommunelege 1

Opprinnelig fra Hamar, studert i Oslo. Sykehusturnus i Drammen. Samboer, 2 smågutter hvorav den ene nå snakker finnmarsk.

Tidligere pasjonert øl-hund, nå rehabilitert til fjellgeit om sommeren, bokorm om vinteren.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Første hjemmebesøk under turnustid i Nesseby, en gammel sjøsme med nærsynkope og brystmerter. Jeg troppet opp med ambulanse og alskens moderne utstyr. Stuen var full av den syke og den sykes slektninger som alle ventet på Lægen/«doavttir», og det slo meg da jeg gikk over dørstokken at det faktisk var meg!

Hva gir deg mest glede i jobben?

Møte folk på godt og vondt, komme bak sykdommen og se livshistoriene utfolde seg.

Utekontordager og flotte turer på LoppHAVet med legebåten og mannskap. Det gir et fantastisk avbrekk i en ellers hektisk kontorhverdag.

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag?

Å ha hjemmeværende samboer / pappa (alltid varm middag) + turnuslege med disponibel bil (alltid kald Lada)

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg klarer å yte legetjenester til rask avklaring av akutte situasjoner, og når jeg bryter ned noe av den iboende frykt for legen som enkelte pasienter med metabolsk syndrom har, for deretter langsomt å se kolesterol, HbA1C, blodtrykk og vekt synke.

Når lo du på jobben sist?

Jeg ler generelt mye i Loppa, særlig under lunch med Jorid. (sekretær)

Hvilket ord i den medisinske hverdagen er du mest lei? Hvorfor?

Tendinitter og myalgier. Etter en fortid som aktiv løper har jeg fått nok av kroppens kjedsommelige ekstremiteter. Jeg holder meg helst til de indre organers hemmeligheter.

Hva ville du gjøre annerledes hvis du startet en ny praksis/ i en ny jobb?

Ideelt sett skulle jeg ha vært en mer organisert og tydelig leder fra starten: Det ville ha spart personalet på kontoret for mange grå hår.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Storrøykende psykiatrisk pasient med selvironi og i tillegg massive medisinske komplikasjoner. Pasienten som bare MÅ ha en siste rullings før innleggelse for eksaserbasjon av sin KOLS.

Hva gjør du om fem år?

Helt sikkert gynekologi eller indremedisin, eller kanskje anestesi? Eller allmennmedisin? Men hvor? Hvilket land? Loppa? Spesialist innenfor tosomhet og sjøsprøyts

innvirkning på sinnets munterhet på Brynilen? (Brynilen, også kalt Andsnæs, er en liten plass i havgapet. Red anm)

Hvilken person i norsk helsevesen kunne du tenkt deg å bli stående fast i skiheisen med? Og hvorfor?

Rettsmedisineren professor Torleif Rognum! På grunn av min morbide interesse for løste og uløste krimaker. Før jeg dør skal jeg ha skrevet den perfekte krim. Også på grunn av min store beundring for hans fag, og det at han setter søkelyset på barns rettsikkerhet gjennom sitt arbeid.

Du er helseminister for én dag – hvilke to oppgaver ville du løse først?

Kriminalisert salg og bruk av sukkerholdige varer! Deretter brukt de enorme summene som anvendes i den vestlige verden på behandling av livsstilssykdommer til et mer rettferdig helsevesen globalt.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

All litteratur som understøtter forrige svar.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Diagnostikk og behandling på et lavest mulig nivå, ta «faget» tilbake. Etablere tillit til førstelinjetjenesten.

Hva håper du at du skal gjøre før du blir gammel?

Generelt: Redde verden etter at Loppa er reddet.

Spesielt: Skrive en svinsk god krim og arbeide som lege utenfor Norge.

Ønsker dine venner at du skal bli mer rampete eller mer skikkelig?

Jeg er vel egentlig en ramp som har skikket meg nogenlunde med tid og ansvar. Så svaret må bli mer skikkelig.





Disse sidene i Utposten blir en stafett fra de 4 allmennmedisinske seksjonene. Siden vil inneholde: Informasjon om forskning, undervisning, prosjekter og annen aktivitet på instituttene som vi tror kan være av interesse for allmennpraktikere på grasrota og andre lesere av Utposten.

Smått om stort

Vi har nylig opplevd billegsal av reseptpliktig medisin på apoteket. Etter ein storstilt mediekampanje fekk tobakksbrukarane tilbod om billeg tablettbehandling, sjølv om det er forbod mot legemiddelreklame i Norge. Røykeslutt er eit godt føremål, og bruk av ulike hjelpemiddel aukar sjansen for vellukka resultat, men denne saka viste også at nokre prinsipp står for fall.

EU-kommisjonen har foreslått at det skal vere tillatt å reklamere for legemiddel direkte til forbrukarane, i første omgang for legemiddel mot astma, diabetes og aids. Legemiddelindustrien vil ha full reklamefridom, slik som i USA og New Zealand. Men spora derfrå skremmer. I gjennomsnitt får ein sjå 10 reklameinnslag for reseptpliktig medisin kvar kveld på amerikansk TV. I hovudsak er det dei dyre bestselgarane, og dei 50 mest reklamerte preparata står for halvdel av veksten i legemiddelsalet. Forbrukartestar har vist at reklamen ofte er usann, overdriven eller underslår bivirknader. Direkte reklame fører til kunstig forbruk, sjukdomsangst og auka legesøkning. Vi treng ingen av delene.

I sommar var det sterk vind og høg sigarføring i spørsmålet om kva enkelte meiner legar tydelegvis *ikkje* kan brukast til, nemleg som leiingar. Litt i le av dette har vi hatt eit par eksempel på kva enkelte meiner allmennpraktikarar *kan* brukast til, som uttrykk for nærmast grenselaus tillit, men fagleg naivt.

Først var det saka der enkelte militære sjefar ville at lokale legar skulle kikke gjennom lister over medlemmer i Heimevernet, og så sette kryss ved dei som legen meinte ikkje burde ha våpen heime. Taushetsplikt, dokumentasjon og etikk var ikkje tema som var gjennomdrøfta på førehand. Forslaget vart trekt tilbake, men er no til utgreiing i ei litt finare form i forsvarsleinga: Fastlegane kan bli bedt om å skrive attest til dei som skal ha våpen i framtida.

Det er blitt tilrådd av krisesenterrørsle og enkelte helsearbeidarar at helsestasjonslegane bør sjekke underlivet til alle jenter før dei startar på skulen for å finne dei har vore utsett for seksuelt misbruk. Berekningar av prevalens og utsagnskraft viser at underlivskontroll av småjenter er ubrukeleg som screeningtest for seksuelt misbruk. Nesten «alle» av dei som har «skader» kan *feilaktig* bli mistenkt for seksuelt overgrep, med alle dei komplikasjonar det medfører for barn og foreldre.

Av og til skal ein takke for tilliten – men så svare nei takk!

Steinar Hunskaar

Kroniske smerter – praktisk hjelp

I en ny bok med tittelen *Chronic myofascial pain. A patient centered approach* blir det fokusert på kroniske smerteplager som et viktig folkehelseproblem. Redaktører er Kirsti Malterud og Steinar Hunskaar.

Kroniske smerter gir nedsatt livskvalitet og redusert funksjonsevne for mange mennesker. Når pasienten har plagsomme symptomer uten at legen finner ut hva som er galt, kan lege-pasientforholdet bli preget av konflikter og forhandlinger om hvem som egentlig har rett. I denne boka presenteres nyere kunnskap om hvordan akutt smerte kan vokse seg fast og bli til kronisk smerte, og hvilke forhold som kan bidra til utvikling av smertefulle helseplager. Boka inngår i en serie av fagbøker for allmennpraktiserende leger som bygger på den pasientsentrerte kliniske metoden, der pasientperspektivet står sentralt. Norske, svenske og amerikanske forfattere har bidratt med kapitler om problemets omfang, om smertefysiologi, om diagnostikk og behandling, men først og fremst praktisk kunnskap om hva slags helsehjelp som er god hjelp for pasienter med langvarige og invalidiserende plager.

Bidragssytere fra UiB er Per Stensland, Alice Kvaale, Arne Tjølsen, Terje Alrek, Kirsti Malterud og Steinar Hunsbår. De to sistnevnte har også redigert boka, som er utgitt på engelsk av forlaget Radcliffe Medical i Oxford/UK.

Steinar Hunsbår og Kirsti Malterud

Elektrostimulering ved urininkontinens

Cand.med Solfrid Indrekvam disputerte 29. november 2002 for dr.med. graden med avhandlingen: «Electrical stimulation in female urinary incontinence. A national cohort based on a Norwegian reimbursement system.» Vi gratulerer.

Avhandlingen rapporterer fra en studie som omfattet alle kvinner som ble behandlet hjemme med elektrostimulering i Norge i løpet av 1992–1994. I løpet av to år ble 3198 kvinner behandlet for ulike typer urininkontinens, gjennomsnittsalder var 53 år. Av de 645 legene som rekvirerte stimulatorer, arbeidet 65 prosent i allmennpraksis. Imidlertid ble 70 prosent av stimulatorene rekvirert av leger som arbeidet i sykehus eller praktiserende spesialister. En tredjedel ble mye bedre og mer enn halvparten hadde noen bedring i følge pasienter og leger. Antall inkontinensepisoder, mengde lekkasje og bruk av inkontinensbind ble alle redusert. Behandlingsresultatet syntes å være sterkt avhengig av at behandlingen aksepteres og gjennomføres. De fleste bivirkningene var milde og relatert til lokalt ubehag. Effekten bør imidlertid stadfestes bedre ved kontrollerte studier.

Solfrid Indrekvam er cand.med fra Bergen i 1990. Doktorgradsarbeidet er utgått fra Seksjon for allmennmedisin, og er finansiert av UiB, Rikstrykdeverket og Norske kvinners sanitetsforening. Prof. Steinar Hunsbår har vært veileder. Indrekvam er for tiden ansatt ved Haraldsplass Diakonale sykehus.

Steinar Hunsbår

Studentundervisning

Vi underviser i det vesentligste voksne mennesker, inkludert viderekomne medisinstudenter. Voksne mennesker viser til en viss grad sider ved seg som modenhet, uavhengighet, egne læringsmål, ønske om å medvirke i læreprosessen og en utviklet identitet. Typisk for voksenlæring er:

- Voksne har behov for å vite hvorfor de trenger å lære noe
- Voksne føler seg ansvarlig for egne valg
- Voksne kommer til læresituasjonen med varierte og verdifulle erfaringer
- Voksne konsentrerer seg om å lære det de trenger å vite
- Voksne responderer mer på interne enn eksterne motivatorer

Vår hovedtermin ligger i det siste halvåret av medisinstudiet. Der er studentene i en spennende posisjon mellom å være viderekomne ungdom og voksne. Om de heller til den første eller den andre muligheten avhenger av hvordan vi møter dem og samspiller med dem. Vi statser mye på å samspille med dem som voksne, først og fremst ved å la store deler av undervisningen vår være dialogbasert. Vi samspiller aktivt med deres faglige tanker og meninger i den konkrete undervisningen, og avhengig av undervisningstype lar vi dem definere egne læringsmål for den videre læringsprosessen.

For å oppnå dette har vi først og fremst delt kullet på 150 studenter i fire for å få mindre grupper. I en del av undervisningen har vi mindre grupper. I konsultasjonskurset (16 studenttimer) lar vi dem definere og bearbeide egne læringsmål, og aktiviserer dem til å gi strukturert tilbakemelding til hverandre. Det meste av teoristoffet henter vi frem ved demonstrasjoner, gruppeøvelser og plenumsdebatter heller enn ved forelesninger.

I EBM-kurset (8 studenttimer) motiveres studentene til å stille spørsmål ved medisinsk kunnskap. I dialog med lærer aktiviseres de til å bearbeide diagnostiske og terapeutiske tiltak ut fra beste eksisterende kunnskap, og de lærer seg forskjellen mellom narrativt basert og EBM-basert ekspertise.

I klinisk undervisning har vi eksempelvis nylig fått gode tilbakemeldinger på å undervise provosert abort ved å la studentene diskutere selekterte kasi fremfor å forelese. Mange av våre andre undervisere bruker liknende strategier.

Vi utfordrer dem også til å ta ansvar for egen læring ved å tilby dem å lage oppgaver til egen skriftlig eksamen. I denne prosessen lærer de ved å skrive allmennmedisin som fag, og de stresser mindre til i alle fall en av eksamenen slik at de kan konsentrere seg mer om den læresituasjonen vi legger opp til. Kostnaden er at studentene på gruppenivå bedrer karakterene sine med snitt 0,5 på en skala fra 6 til 12. Det kan vi leve med.

På mange måter har utplasseringen vår en ideell plassering helt på slutten av studiet. Studentene er på topp når det gjelder teoretisk kunnskap, men de har store vansker med å applisere kunnskapen i en klinisk situasjon. Våre praksislærere er i en unik situasjon med mulighet for å fasilitere studentenes kompetanseutvikling ved økte ferdigheter i helhetlig klinisk anvendelse av medisinsk teori. Ulempen slik noen studenter opplever det med en slik studieplanmessig plassering er at det tar tid fra eksamenslesende studenter i en presset termin.

Ved høstens evaluering anga studentene at de var generelt svært fornøyd med undervisningen, og følte at de satt igjen med en klinisk allmennmedisinsk tenkemåte. Studentene opplevde foreleserne som engasjerte, velforberedte og «to-the-point», viktig i et alt for travelt semester. Underviserne viste også en antiautoritær stil, med aktiv invitt til faglig dialog og refleksjon. De opplevde at undervisningen var praktisk rettet, og de fikk innsikt både i bruk av diagnostisk og terapeutisk verktøy og den sifingsfunksjon som allmennpraktikeren har. EBM-kurset og EBM-tankegang som gjennomsyrrer mange av forelesningene, økte studentenes forståelse av hva som er dokumentert og hva som ikke er det. En student skrev ved hovedevalueringen vår (slike studenter skulle vi hatt flere av):

– «Undervisningen har på mange måter vært den mest akademiske og vitenskapelige på studiet, i motsetning til hva jeg trodde på forhånd.»

Vi arbeider videre med å utvikle undervisningen vår. Dette blir en inspirerende utfordring spesielt nå i vår, med mange i vår faste stab i permisjon, og med nye spennende kolleger inn på vikarmidler.

Anders Børheim

Ny undervisning – inspirasjon fra Danmark

Seksjonen utvikler stadig nye undervisningselementer. Vi har innledet samarbeid med Nakke- og ryggpoliklinikken om et fire timers kurs om kroniske muskel-skjelettsmerter for fjerdeårsstudentene. TERM-modellen ble utviklet i Manchester på slutten av 80-tallet og videreutviklet i Århus. Nylig var Anders Børheim og Eivind Meland invitert til et opplærings-verksted for danske allmennpraktikere.

Metoden er dels basert på kognitiv atferdsmodifiserende metode, men vel så meget på humanistisk medisin og pasientsentrert klinisk metode slik vi kjenner den fra andre internasjonale læresteder. Ferdighetene som trengs for en slik konsultasjonsteknikk ble lært inn i form av mikroferdigheter hvor utgangspunktet for forhandlinger med pasienten var at en hadde gjort seg godt kjent med pasientens symptomer, pasientens forståelse av symptomene, hvordan symptomene var relatert til pasientens hverdag og dagliglivets stressorer og hvilke emosjonelle kvaliteter som var forbundet med helseplagene. Empati i betydningen følelsesmessig gjensvar og innlevelse var en av de ferdighetene som var gjenstand for innøving. Det var tydelig i modellen hvilken betydning styrkende tiltak og fremme av selvmotive-

ring hadde. Kartleggingen av den enkeltes mestringsforventning og betydningen av å ta utgangspunkt i ressurser og mestringskompetanse ble understreket. To spennende kursdager med stor relevans for vår egen kommunikasjons- og konsultasjonsundervisning!

Eivind Meland

PRAKSISLÆRERKURS: Møte med engelsk allmennmedisin

Målgruppen for kurset i mars 2002 var allmennpraktikere som mottar eller som ønsker å motta student utplassert fra UiB. Målsettingen var å møte fremstående og inspirerende representanter for engelsk allmennmedisin, personer som står oppe i og er opptatt av så vel praksis som teoriutvikling i faget. Vi ønsket å diskutere studentundervisning, spesielt undervisning i pasientsentrert medisin, og faglige utviklingslinjer slik de oppfattes i England. Kurset ble arrangert i lokalene til The Royal College of General Practice, et hus som er bærer av faglig historie og som deltakerne satte pris på å bli introdusert til.

Programmet inneholdt møter med 4 universitetslærere og allmennpraktikere: Professor Trisha Greenhalg er kjent som underviser og forfatter av bøker og artikler om evidence based medicine og narrative based medicine. Senior lecturer Anita Berlin har vært medansvarlig for oppbygging og drift av et anerkjent godt undervisningstilbud i allmennmedisin ved Imperial College University. Professor emeritus Marshall Marinker er kjent gjennom mange år som en inspirerende og provoserende lærer og forfatter med et humanistisk budskap. Allmennpraktiker Iona Heath er medlem av redaksjonskomiteen i BMJ og har erfaring som underviser og artikkelforfatter med spesielt øye for sosial ulikhet og helse.

I kursprogrammet hadde hver innleder ansvaret for en formiddag. Ettermiddagene samt siste kursdag var avsatt til gruppearbeid for felles refleksjon og bearbeiding av inntrykk for tilpasning til egen virkelighet. Det var et omfattende og variert sosialt felles tilbud på kveldstid. Kurset hadde 30 deltakere og evalueringen skriftlig og muntlig er overstrømmende positiv. Nytt utenlandskurs i 2004 tenkes i Nord-Amerika eller Australia.

Praksislærer kurset i 2003 arrangeres i Bergen under festspillene, i tiden 27. og 28. mai. Merk datoene, og vær velkomne!

John Nessa, Per Stensland og Janecke Thesen



Foto: Massimo Leardini



VIAGRA
(sildenafil) 

Seretide® gir overlegen astmakontroll^{1,2}



Mer liv. Mindre astma.