

Innhold:

Leder: Rusmedisin Av IVAR SKEIE	s 1
Utpostens dobbelttime. Intervju med Marie Barlindhaug Av HELEN BRANDSTORP	s 2
«Hvordan gjør vi det i praksis?» Legemiddel- assistert rehabilitering av opiatmisbrukere Av IVAR SKEIE	s 6
Demensdagene 2003 – ettertanker Av MARI KRISTIN JOHANSEN	s 12
Synspunkter på diagnostisering av aldersdemens	s 15
Jesperudhuset – et rehabiliterings- og aktivitets- senter i bydel Stovner, Oslo Av ANNE GRETE ORLIEN	s 17
Persona non grata. Asylsøkermedisinen som all- mennmedisinsk ekstremsport Av HARALD SUNDBY	s 21
Norsk allmennmedisin sett fra et utenlandsk perspektiv Av DINO SCHLAMP	s 25
Partisansykehuset Franja i Slovenia. «Dø om så det gjelder» Av ELISABETH SWENSEN, PER STENSLAND OG BJØRN GJELSVIK	s 30
Statusrapport frå Sogn og Fjordane: Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesta – alltid ei utfordring Av PETTER ØGAR	s 33
Kvantesprang i kvalitet i helsevesenet, eller hvordan få leger til å endre atferd Av KJELD MALDES	s 37
Vold og trusler på legekontoret Av JANNIKE REYMERT	s 39
Faste spalter	s 40

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

Lyngveien 11, 9845 Tana
Tlf. priv.: 79 82 82 91
Tlf. jobb.: 78 92 55 00
Mobil: 991 52 115
E-mail: helenbra@hotmail.com

Gunhild Felde

Prahlsvei 34, 5035 Bergen
E-mail: gunhild.felde@senswave.com

Tor André Johannessen

Kleistgt. 6, 7018 Trondheim
Tlf. priv.: 73 51 74 66
Tlf. jobb.: 72 55 71 60
E-mail: toran-j@online.no

Ola Nordviste

Sigbj. Obsthellers v 8, 0782 Oslo
Tlf. priv.: 22 49 00 81
Tlf. jobb.: 66 90 86 78
Mobil: 481 26 688
E-mail: 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: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumstjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb: 76 11 42 10
Faks jobb: 76 11 42 46. Mobil: 416 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: Petter Øgar

Layout/ombrekning: Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk: PDC Tangen

Rusmedisin

Utposten har det siste året gjennom en serie artikler satt rusmedisin og ulike sider ved forholdet mellom stoffmisbrukere og helsevesenet i fokus. Dette har vi gjort fordi vi ser på disse spørsmålene som viktige, og fordi vi tror mange allmennleger oppfatter dette som en vanskelig og lite lystbetont del av jobben. Men – som vi har påpekt flere ganger – vi kan ikke velge oss bort fra disse pasientene i fastlegesystemet. Og – som vi også har påpekt – denne gruppas sykelighet og behov for god medisinsk hjelp er større enn hva gjelder de aller fleste andre grupper i det norske samfunnet. Det er derfor stort behov for kompetanseheving for allmennlegene på dette feltet.

Stoffmisbruk er en utfordring for hele helsevesenet, både førstelinja og sykehusvesenet, og for hele rusomsorgen. Det synes å være brei enighet om at dette skal være en prioritert sak for helsevesenet. Som en del av den statlige overtagelsen av sykehusene, er nå Rusreformen gjennomført. De regionale helseforetakene har fra 1. januar 2004 overtatt fylkeskommunenes ansvar for behandling av rusmiddelmissbrukere. De fylkeskommunale institusjonene og fylkeskommunenes avtaler med private institusjoner er overtatt av Staten ved helseforetakene. Det er nå helseforetakene som har ansvaret for spesialfunksjoner som avrusning, utredning og spesialisert helse- og sosialfaglig behandling.

Det vil vise seg om dette fører til større endringer i det praktiske arbeidet med rusmisbrukere. Som før vil primæransvaret ligge i kommunene, på sosialtjenesten og den kommunale helse-tjenesten. I de fleste kommuner vil fastlegesystemet være den naturlige plass for primære helsetiltak for rusmiddelmissbrukere. Men i en del store og middelstore byer, er det gjort gode erfaringer med lavterskeltilbud utenfor fastlegesystemet, slik som Feltpleien i Oslo. Disse tiltakene spiller en viktig rolle for de mest utslåtte misbrukerne som ikke er i stand til å gjøre seg nytte av fastlegesystemet. Men det er viktig at dette ikke må bli ei «sovepute» for fastlegene, det er helt klart at det er fastlegen som har hovedansvaret for misbrukerpasientene på lista, på lik linje med andre pasienter. En praktisk endring som følge av Rusreformen er at fastlegen nå, i tillegg til sosialtjenesten, får henvisningsrett til spesialisert behandling i helseforetakene. Retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) forblir uendret.

Men utviklinga på dette fagfeltet vil ikke bare dreie seg om organisering, men også om kvalitet. Og kvalitet dreier seg om kompetanse, – og ressurser. Og dermed om kommunal og statlig økonomi og sparepolitikk. Det har de siste år vært mye fokus på LAR. Men i rusfeltet er det viktig å kunne ha flere tanker i hodet samtidig. Det behøver ikke være noen motsetning mellom LAR og medikamentfri behandling, og slik behandling bør fortsatt prioriteres. Og det bør ikke bli slik at medikamentet (metadon eller buprenorfin) blir det eneste tiltaket i rehabiliteringa, den sosiale delen er like viktig. En del fryktet at LAR ville utvikle seg til å bli en «billig» behandlingsform som ikke ville legge vekt på sosiale tiltak og støtte. Bare prioritering av ressurser til den sosiale rehabiliteringa vil hindre at det slår til. Jeg har argumentert for at LAR også bør være en mulighet for pasienter som ikke oppnår «full» rehabilitering, og at «skadebegrensning» i seg selv kan være en riktig målsetting. Men det betyr ikke at innsats for sosial rehabilitering blir mindre viktig, bare at ikke alle kan «rehabiliteres» (eller kanskje rettere «habiliteres») like langt.

Derfor må behandling av stoffmisbrukere – fra tiltakene som retter seg mot tenåringene som begynner å skli ut til omsorgen for de eldre og slitne – være tverrfaglig og prioriteringen må gjenspeiles i kommunenes og helseforetakenes budsjetter. Men fastlegene har og vil få en sentral plass i det totale behandlingsapparatet på dette feltet.

Ivar Skeie

Utpostens dobbeltime

kommunelege 1

Marie
Barlindhaug

i Lebesby kommune

INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Marie er ei fresk dame, – ganske enkelt!

Hun er nord fra, og hun er egentlig en by-

dame,- oppvokst i Tromsø. Når man treffer

Marie Barlindhaug, er det litt forvirrende at

hun skifter klesstil fra gang til gang. Det er

ut fra kleskoder umulig å sette henne i bås.

Hun liker simpelthen å kle seg, kle seg

litt ut og være kreativ på den måten.

Forandring fryder, og det viser seg å

gjelde for Marie også som fagperson. Klesbyttene er altså

ikke et tegn på forvirring hos henne. Den unge kommunelegen er i tillegg til å være sjef ute i havgapet. Finnmarks representant i OLL (offentlige legers landsforening). Er hun den yngste tillitsvalgte der med sine 31 år? Hun er klart i mot OL, og hun har mange andre klare meninger. Marie Barlindhaug uttaler seg gjerne om hennes generasjon leger, – de unge legene som beskyldes for å være kravstore, feige og lite idealistiske... Selv om Maries valg av arbeidssted kan antyde at hun ikke er representativ for sin generasjon, så kan nok mange unge leger kjenne seg igjen i svarene hennes. Kanskje er hun bare ekstra bevisst og får klare tanker av den friske, salte luften?

Kan du si noe om beskyldningene om at vi unge leger er reddere enn før, at vi ikke tør noe? Det påstås at vi skal helgardere oss bestendig og ha urimelig stor tilgang på bakvakter.

Jeg tror ikke vi er reddere! Som eksempel får jeg bruke min egen studie – og turnustid. Når jeg var student i praksis, brukte jeg veiledere og bakvakt veldig aktivt fordi jeg hadde muligheten til det. Det ble en form for sjekking. Først gjorde jeg opp min egen mening, og så spurte jeg. Jeg hadde «lavterskel mulighet» til å diskutere mine tanker. Dette er et viktig verktøy i læring, tenker jeg. Det har gjort at jeg nå etterpå føler meg mye tryggere på de avgjørelsene jeg gjør. Som turnuslege var jeg jo under opplæring, nesten som en lærling, så jeg brukte den muligheten som lå i den kontrakten. Jeg brukte den ikke alltid fordi jeg følte behov for det, men fordi det var et verktøy jeg kunne bruke til min egen utvikling.

Så du var ikke redd for å ringe eller redd for å forstyrre?

Når folk sier at det bare er å ringe, så tror jeg på det. Jeg hadde turnus i Nordkapp kommune, og det var alltid en

bakvakt de første tre måneder. Etter det kunne jeg ringe hvem som helst av kommunelegene. Slik gjør jeg det med min turnuslege nå. Turnuslegen her får ringe når som helst. Det er klart jeg ikke synes det er morsomt å bli vekket midt på natten, men har jeg først lovt noe, så står jeg for det. Det regner jeg med gjaldt for de som gav et tilbud til meg tidligere også. Dessuten har jeg fått høre fra bakvakter på sykehus at de følte de hadde et mye bedre samarbeid dersom de ble spurt om ting enn om de ikke hørte noe fra turnuslegen.

Det er to måter man kan drive «lærlingvirksomheten» på. Enten kan man prøve og feile og lære gjennom sine feil, eller så kan man ha en veileder som følger med. Kanskje har det vært et skifte fra den første modellen til den andre? Prøver og feiler vi mindre?

Det kan godt hende at det har vært et skifte. Men jeg tror ikke vi prøver mindre, jeg tror heller vi feiler mindre,- fordi vi diskuterer det vi har lyst til å prøve før vi gjør det. Slik feiler vi mindre. Jeg opplever ikke at jeg ikke tør, men jeg liker bedre å diskutere valgene mine. Har man tid til det, så tenker to hoder bedre enn ett.

Tror du at veilederrollen kan være stimulerende for allmennlegene også?

Helt klart! Uansett hvor mye man vet, så er det alltid noen som kommer med spørsmål man ikke har svar på. Da jeg var på introduksjonskurs i veiledningspedagogikk, var det erfarne allmennleger der som mente det er veldig lærerikt og stimulerende å ha turnuslege eller student. Da blir man tvunget til å ta stilling til sin egen kunnskap, sin egen væremåte og prosedyrer osv. Man blir litt mer på vakt og litt mer på tå hev når man skal veilede andre.

Og den autoritære læremesterrollen er blitt mer demokratisk høres det ut som...

Veiledning av turnusleger og studenter blir jo mye diskusjon. Det som er viktig er at ingen sitter på alle svarene. Man må være åpne for forskjellige løsninger på problemstillinger. Det er ikke nødvendigvis bare ett svar.

Preger denne tankemåten konsultasjonene også? Gjør det oss til annerledes leger?

Jeg tror at hele samfunnet er endret. Pasientrettighetsloven viser det. Tilgangen til informasjon via Internet gjør at pasientene våre er helt annerledes mennesker enn de var for 20 år siden. Når pasientene er annerledes, så må jo legene være annerledes. Pasientene stiller helt andre krav nå enn de gjorde for 20 år siden. Hele samfunnet er gått bort fra den autoritære, «ovenfra og ned» tildelingen av informasjon. Bare se på reformen i skoleverket. Der har man gått bort fra fagundervisning og den autoritære læreren og over til prosjektbasert læring. Samtidig som man i en pasientkonsultasjon ikke skal sitte og snakke som venner, så skal man heller ikke dosere. Den siste typen info går ikke inn. Det gjelder altså både pasienter og veiledning av turnusleger eller studenter.

En annen kritikk av de unge legene er at vi er rettighetsorientert. Vi vet hvordan vi vil ha det, og vi er ikke så idealistiske som før.

Det tror jeg er feil! Selv om vi vet hvordan vi vil ha det og vil legge forhold til rette i vår egen arbeidssituasjon, så betyr ikke det at vi ikke er idealister. Jobber man som fastlege så har man påtatt seg ansvar for en viss mengde pasienter. I dette ligger det at vi skal gjøre en innsats overfor disse pasientene, innenfor vårt kompetanse område og vårt mandat. Jeg har inntrykk av at unge leger gjør den innsatsen, og man gjør mer enn det som står på papiret at man skal gjøre. Det er ikke alle pasienter som har behov for ekstra service, men de som har det behovet får det. Man strekker seg ekstra for de vanskelige pasientene. Så jeg tror ikke idealismen er borte. Men det at vi stiller krav til hvordan vi vil ha det i jobbsituasjonen gjør at vi greier å utføre jobben vår bedre, - fordi vi selv har det bedre i jobben vår, vi sliter oss ikke ut. Hvis vi selv ikke setter ned foten i forhold til vår egen arbeidssituasjon, så er det ingen andre som gjør det. Ingen er tjent med at vi ikke klarer å gjøre jobben vår.

Marie Barlinthaug i Australia





Ser man på den gamle distriktslegen så jobbet han nærmest døgnnet rundt. Det var ingen som snakket om utbrenthet da, selv om det nok var vel så mye tilstede.

Grensesetting var jeg oppmerksom på allerede før jeg kom hit til Kjøllefjord, rett fra turnus for to år siden. Jeg visste at jeg kom til et lite samfunn, og at jeg kom til å bli den eneste faste legen da. Men jeg var klar på det at jeg ikke skulle ta pasientkontakt utover kontortiden. Ingen pasienter skulle kunne ringe meg hjemme, og jeg skulle ikke gjøre ting på vakt for å være snill. Ting som kunne vente, måtte vente. Jeg ville ikke overarbeide meg på vakt. Jeg var klar over hvordan jeg skulle sette grenser for meg selv for ikke å bli brukt opp, og det tror jeg har vært viktig.

Hvor hadde du lært å sette grenser?

Det begynte vel i turnus på Kirkenes sykehus. Vi hadde fellesvakt, og det kunne være veldig travelt. Jeg kunne da gå fra lunch til midnatt uten å spise. Det var ikke særlig lurt. Så jeg forstod at hvis jeg ikke selv sa at jeg måtte ha matpause, så var det ingen andre som sa det for meg. Disse grensene måtte jeg sette selv. Dessuten har utbrenthet blitt et kjent begrep de siste årene. Vår generasjon har fått lære mye om det og blitt obs på det. Jeg ser i min praksis til dels unge mennesker som ikke greier å sette grenser, – «de skal bare, de skal bare»: Det er det ingen som er tjent med. Da faller jo alt i fisk!

I forhold til det med idealisme så tenker jeg også at uansett om du kan være godt betalt når du jobber i perifere områder, så er du litt idealist innerst inne. Du har en helt annen situasjon enn på et større sted der du har kolleger rundt deg og en helt annen trygghet. Med en gang du jobber et sted der du er mer utsatt, så er det nødvendig å ha idealisme innerst inne. Man kan ikke betale for denne belastningen.

Er det slik at leger i distriktene får så mye mer betalt og får god kompensasjon?

Det vet jeg egentlig ikke, det varierer vel mye. Gulroten for meg personlig er ekstra ferie. Da kan jeg reise bort, og da er det ikke for å jobbe som lege i Sverige! Det å bo på et så lite sted som Kjøllefjord i Lebesby kommune blir fort litt trangt og lite stimulerende i lengden. Dessuten tror jeg vi unge leger i større grad er opptatt av videreutvikling og videreutdanning. Vi er ikke interessert i å sitte alene på vårt lille nes og være allvitende «konge på haugen». Vi er interessert i å tilegne oss og dele kunnskap. Jeg hadde ikke vært her hadde det ikke vært for det samfunnsmedisinske nettverk i Finnmark og veiledningsgruppe i allmenntidisin.

Vi er smertelig klar over hvor kortlivede de medisinske sannhetene er og hvor fort utviklingen går. Vi har et enormt press på å følge med. Vi vet utmerket godt at vi jevnlig må på kurs...

Dette gjelder jo alle deler av samfunnet. Man må bare henge med. Samtidig er informasjon lettere tilgjengelig enn før. Så må man lære seg å være kritisk. Det tror jeg kan være et problem. Vi er opplært til å tilegne oss info, men jeg tror vi er litt for lite kritiske.

I tillegg skal vi være kritiske på vegne av pasientene som tilegner seg kunnskap...

Det tror jeg er noe som er inne hos den nye generasjonen. Man tør å si at man ikke vet. Det kan virke som man før skulle skjule i størst mulig grad at man var usikker. Det er forresten noe jeg har inntrykk av fremdeles er tilstede i andre kulturer. Det kan være et problem for «nye landsmenn» i kontakt med den moderne norske legen. De er vant med et mer autoritært system. Jeg hørte en historie om en pasient fra Midtøsten som konkluderte med at legen ikke var flink ettersom legen måtte bla i en bok. Det var Felleskatalogen han bladde i. Det kan kanskje også gjelde den eldre generasjon pasienter. Det er en utfordring. Også det at de eldre pasientene har en forventning om å få vite akkurat hva det er som gir plagen kan være en utfordring. Det går jo på forståelsen av sykdom, symptomer og sammenhenger. Jeg må ofte bruke en del tid på å forklare at man ofte ikke kan vite sikkert hva som er årsak til plagene.

Vi er opplært til at arroganse er det leger oftest får klager på. Vår generasjon vil derfor i stor grad vokte oss for det. Samtidig skal vi ikke være venner med pasientene våre. Vi må finne et sted mellom disse væremåtene.

Jeg tror ikke vi leger er arrogante, men at det er begrepsbruken vår som kan skape et slikt inntrykk. Det er noe jeg er bevisst på. Man må bruke begreper som er forståelige. Jeg er også opptatt av navnebruk. Fornavn er greit i forhold til kolleger og samarbeidspartnere, men jeg synes ofte det er

vanskeligere i forhold til pasienter. Jeg introduserer meg alltid med fullt navn og synes av og til det er ubehagelig at pasienter refererer til meg med fornavn. Kanskje har det med det å gjøre at jeg er relativt ung. Av og til føler jeg nok at jeg overreagerer på akkurat det, men ... Ellers føler jeg ikke at min ikke arrogante stil og min folkelige uttrykksmåte gjør meg mindre respektert. Det som er viktig er respekten for min kompetanse. Jeg har ikke behov for å være en autoritar person.

Marie Barlinthaug er kanskje ganske typisk for sin generasjon akademikere. Men en klassisk distriktslege er hun ikke. I et distriktslegeliv har det ofte vært slik at legen har blitt på sin post i over 20 år. Da har legen virkelig «skjønt» bygda han/hun lever i og kan gjøre en god jobb. Hvordan tenker du om dette distriktslegelivet?

Mitt eksempel er slik at jeg er alene i en liten kommune der jeg ikke har noen tilknytning og hvor jeg har få venner. Det er få individer i samme sosiale skikt i betydningen enslige, i begynnelsen av 30 årene med høy utdannelse. De finnes nesten ikke her. Med den jobben jeg har følger det at jeg sitter på veldig mye taushetsbelagt informasjon om personer i bygda. Det gjør at jeg føler det er vanskelig å være integrert. Jeg husker ikke alltid om den informasjonen jeg har kommer fra jobb eller fra en sosial sammenheng. Da blir det vanskelig å delta i samtalen om hverandre. Man snakker om hverandre på små steder. Så jeg er nok bare jobben min når jeg er her. Jeg har ingen identitet utenom jobben min. Jeg har ikke muligheten for et normalt sosialt liv. Det at jeg jobber her er en fase i livet mitt som jeg ikke kan ha særlig lenge. Det hadde vært annerledes om jeg hadde hatt tilknytning eller egen familie, tror jeg. Mitt sosiale nettverk er i bl.a. i Oslo, Tromsø og Kirkenes.

Er fasetenkningen typisk, tror du?

Det virker slik blant de legene jeg har kontakt med. Man setter en slags fleksibel tidsfrist på engasjementet.

Kan man tenke slik at den gamle distriktslegen kom og ble i 20 år, mens den nye generasjonen tenker fase og kompetanse? Man jobber et sted så lenge det er noe å hente der av læring og kompetansebygging. Idealismen ligger i å gjøre en god jobb overfor pasientene. Lojaliteten til arbeidsplassen ligger i det å gjøre en god jobb når du er der.

I hele samfunnet ser man denne trenden. Mobilitet i befolkningen er noe som gjelder alle. Slik stagnerer man ikke i et fast mønster. Selv om den aktuelle kommunen og pasientene må venne seg til en ny lege og den nye legen også må venne seg til nye forhold, så kan det bringe inn et friskt pust og kanskje bedre situasjonen. Det er mye lettere å se eventuelle feil når en kommer inn utenfra. Man ser ikke skogen for bare trær når man har vært lenge på et sted.

Idealismen er ikke død, men kallet til å være et sted og fullføre der, og lojaliteten til det stedet er noe som er borte. Det gjelder ikke bare primærleger, det gjelder generelt. Det ville vært rart om vi som yrkesgruppe skulle skille oss ut i forhold til alle andre.

Når man tilegner seg ulik type kompetanse så bidrar man til å berike ulike områder og arbeidsplasser, i tillegg til seg selv og kolleger. Selvfølgelig finnes det mer eller mindre gunstige tidspunkt for å bytte lege, men på lang sikt lønner det seg. Dette gjelder vel spesielt på små steder?

«Fastlegen» i forhold til å tilby kontinuitet over år har altså ikke slått helt an. Er «Fase-legen» et nytt begrep, – fleksible leger med variert erfaring og mange kleskoder de kan benytte seg av? Marie Barlinthaug trives på kysten i nord, med fare for å gå på «hau i havet». Ikke mye feighet over det. Og når hun snakker om idealisme så er det lett å tro henne på det også! Marie synes samfunnsutviklingen går utrolig fort, og hun mener det bare er å henge med. Hvis legene og pasientene var helt annerledes for 20 år siden, hvem er Marie selv om 20 år? Hvor i verden er hun, og hva med Kjøllefjord? Det er altså bare å henge med...

Marie på Knivskjellodden, Norges nordligste punkt på 71° nord.



«Hvordan gjør vi det i praksis?»

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING AV OPIATMISBRUKERE

AV IVAR SKEIE

Jeg har i en artikkelserie i Utposten fra ulike vinkler belyst og drøftet hvordan og hvorfor rusmedisin er kommet for å bli som en del av allmennlegens hverdag.^{1,2,3,4} Jeg vil nå i den femte og siste artikkelen se på hvordan legemiddelassistert rehabilitering av «tunge» opiatmisbrukere (LAR) gjennomføres i praksis – med spesiell vekt på allmennlegenes rolle. Gjennomgangen må nødvendigvis bli ganske kort og skjematisk, men jeg vil dels sveipe innom en del av de sentrale temaene av mer praktisk art, og dels sette lys på en del av de vanskelige og konfliktfylte spørsmål som med nødvendighet vil møte oss når vi begir oss inn i dette fagfeltet.

Substitusjonsbehandling med opioider ved opiatavhengighet har vært omstridt internasjonalt og i Norge. På 70- og 80-tallet var det massiv motstand mot dette i Norge, og denne avvisningslinja hadde brei faglig og politisk oppslutning. «Det narkotikafrie samfunnet» var målet for behandlingen av stoffmisbrukere. Samtidig spilte legene og det medisinske apparatet en underordnet rolle i rusomsorgen. I en del andre land eksperimenterte man imidlertid i større grad med metadonbehandling av opiatavhengige, med noe varierende suksess. Tidlig på 90-tallet begynte man å revurdere denne holdningen her til lands, og man begynte med små prosjekter rettet mot HIV-smittede heroinmisbrukere. Disse forsøkene ble etter hvert utvidet også til heroinav-

Opioid: Alle stoff som binder seg til opioidreseptorene

Opiat: Stoff utvunnet av opiumsvalmuen (undergruppe av opioidene)

Opioidreseptorene: Fins i sentralnervesystemet og organer for autonome reaksjoner

hengige uten HIV-smitte og ble oppsummert som positive, og fra 1998 ble LAR innført som et landsdekkende og generelt tiltak innenfor behandlingen av «tunge» heroinmisbrukere. Med «tunge» mente man at LAR-pasienten skulle ha en lang ruskarriere, minst 10 år med opiatdominert misbruk, hun skulle være over 30 år og hun skulle ha gjennomført medikamentfri behandling i betydelig utstrekning. Etter hvert har disse inntakskriteriene blitt lempet noe på, aldersgrensa er satt til 25 år, varigheten av det opiatdominerte misbruket er satt til fem år og hun skal ha gjennomført medikamentfri behandling i «rimelig» grad, dessuten kan man fravike disse kriteriene hvis særskilte forhold tilsier det. Og i dag behandles over 2000 av landets 10–15 000 heroinbrukere med substitusjonsmedisin.

Hva er målet og hva kan man oppnå med LAR?

Er metadon og høydose buprenorfin (Subutex) vidundermidler som «helbreder» den narkomane og gjør henne «normal»? Selvsagt er det ikke så enkelt, men disse medikamentene kan hjelpe mange av de heroinavhengige til å oppnå et utgangspunkt for en mer helhetlig rehabilitering og kan hjelpe andre til å få et noe mindre elendig og noe mer verdig liv.

Det kan virke selvmotsigende å behandle opiatavhengighet med å gi et opioid, å behandle den narkomane med narkotika. Men det er likevel rasjonell og «god» medisin. Poenget er at et vedvarende hyppig misbruk av opiat fører til en varig forstyrrelse i kroppens eget opioidsystem (endorfiner og enkefalinere) som medfører en psykisk ustabilitet, sårbarhet og nedstemthet som gjør normal psykisk og sosial fungering vanskelig. Denne forstyrrelsen fører til en varig dysfunksjon i det biokjemiske grunnlaget for hjernens «lyst- og belønningssystem». Startfasen i heroinbruken oppleves av heroinisten som meget sterkt lystbetont, men tilvenningen og behovet for doseøkning melder seg raskt. Den initiale «lystrusen» fortaper seg også ganske snart, og heroi-

1 Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen, Ivar Skeie – Utposten 1/2003

2 Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer.

Ivar Skeie – Utposten 3/2003

3 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse, Ivar Skeie – Utposten 5/2003

4 «Hvorfor er de så vanskelige?» – stoffmisbrukeren som pasient hos fastlegen, Ivar Skeie – Utposten 7/2003

Opioidavhengighet kan behandles prinsipielt på to måter:

Avholdsbehandling: Varig avhold fra opioider, evt. støttet med opioid-antagonist

Substitusjonsbehandling: Erstatning av heroin med annet, egnet opioid i kontrollert behandling

nisten må etter hvert bruke heroin for å prøve å fungere «normalt» og «bli frisk». Og etter hvert klarer hun heller ikke riktig å oppnå den «normale eller friske» tilstanden med heroin. Dessuten vil hun ikke klare å få til en jevn opioideffekt ved illegal heroinbruk, fordi hun stadig vil skifte mellom rus og abstinens, og stadig få såkalte «on-off-fenomen».

Denne opioidavhengigheten kan man behandlingsmessig angripe på prinsipielt to måter. Den ene er avvenning og avhold fra opioider ved behandling etter sosialpedagogiske prinsipper og eventuelt medikamentelt støttet med opioid-antagonist. Den andre er substitusjon (erstatning) av heroinet med kontrollert inntak av alternative opioider, i praksis metadon eller høydose buprenorfin.

På molekylærnivået dreier dette seg om å mette kroppens opioidreseptorer. Ved inntak av substitusjonsmedikamentet tilstreber man å mette flest mulig av reseptorene for på den måten å stabilisere opioidsystemet. Ved illegal heroinbruk vil metningsgraden hele tida variere, og brukeren svinger mellom rus og abstinens, «on-off», derav ustabiliteten.

Avhold eller substitusjon?

Dette er ikke et «enten-eller». Alle kan være enige om at den beste behandling for en heroinavhengig vil være en behandling som fører til at hun kan leve et «godt» eller «best mulig» liv helt uavhengig av opiat eller annen medikasjon. Og en del oppnår faktisk det. De fleste av oss kjenner eller har i alle fall hørt om heroinmisbrukere som faktisk har klart det. Behandling i kollektiver, etter Sollia- eller Tyrilimodell, har faktisk ført til at en del har kommet ut av avhengigheten. Og en del har klart det på «egen hånd», eller gjennom terapi, gjennom en egen grunnleggende beslutning, og all ære til dem for det! Dette er også grunnen til at man i Norge har satt som krav at man i utgangspunktet skal ha prøvd medikamentfri (avhold) behandling i «rimelig» grad for å komme i betraktning for LAR. Hva «rimelig» grad bør bety i denne sammenhengen, skal jeg komme tilbake til.

Men de fleste av oss har også sett at mange, kanskje de fleste av heroinbrukerne, trass i massiv innsats fra behandlingsapparatet, og ofte også trass i iherdige egne forsøk, ikke klarer å oppnå et varig avhold fra heroin. De kan klare det for en

stund, det gjør de alle, men så faller de tilbake. De går ut og inn av institusjoner, klarer som regel stort sett å være uten heroin i institusjon, og i perioder også utenfor institusjon, men faller så tilbake. Og de havner i en vanskeligere og vanskeligere sosial og helsesmessig situasjon med kriminalitet og alvorlig oversykelighet. Skal man være realistisk, må man innse at mange av heroinbrukerne ikke vil nå det «narkotikafrie samfunnet». Det kan man beklage politisk, noe de fleste vil gjøre, men hvis man av den grunn vil avskrive å gi denne gruppa en mulighet til behandling som kan gi dem et bedre liv, er man etter mitt syn på ville veier. Denne innsikten ligger til grunn for at det nå er brei faglig – og politisk – enighet i Norge om at LAR bør bli en mulighet for mange av de heroinbrukere som ikke kommer til målet med avholdsbehandling.

Hvem egner seg for LAR?

Best: «Reine» heroinister med lite personlighetspatologi

Vanskeligere: Blandingsmisbrukere med stort innslag av benzo og alkohol, og mer personlighetsavvik

Hvem skal prioriteres for LAR?

De med best «LAR-prognose» eller de mest «elendige» og sjuke?

Hvem egner seg for substitusjonsbehandling?

Ikke alle heroinbrukere egner seg like godt for LAR. Skjematisk kan man si at mest mulig «reine» opiatbrukere (ikke blandingsmisbruk med alkohol og piller) med minst mulig personlighetspatologi vil ha størst utbytte av substitusjon. Dessuten bør heroinbrukeren ha en «dyp» motivasjon for å slutte med ruslivet, hun bør føle seg ferdig med det og ønske å komme ut av det. Hvis man finsikter søkerne etter disse kriteriene, vil man få et relativt lite antall som egner seg for LAR, og det vil gå «bra» med dem med hensyn til generell rehabilitering og de vil ha lite sidemisbruk, og man vil kanskje kunne oppsummere at LAR-tiltaket har vært en suksess. Derfor er det etter mitt syn rimelig i noen grad å prioritere disse for LAR-behandling.

Men folk som kjenner stoffmiljøet, veit at disse «reine» heroinistene ikke er de vanligste. Den typiske heroinbrukeren i Norge bruker i tillegg til heroin piller (mest benzo, men også for eksempel Somadril), røyker mer eller mindre hasj, streifer kanskje innom sentralstimulerende stoffer (amfetamin, extasy, kokain) og bruker alkohol i en grad vi vil betegne som misbruk. De er typiske blandingsmisbrukere. Og i tillegg er de mer eller mindre personlighetsforstyrrede og vanskelige å ha med å gjøre. Disse egner seg dårligere for LAR enn de «reine» heroinistene, og de vil med stor sikkerhet gjøre det «dårligere» i LAR enn dem. Så hvis man vil ha et LAR-program med «lite» problemer, kan

man ekskludere disse i utgangspunktet. Men samtidig lever denne gruppa gjennomgående mer elendige liv enn de «reine» heroinistene, og for leger og andre helse- og sosialarbeidere som ser disse pasientene, er det vanskelig å snu ryggen til dem og nekte å vurdere dem i forhold til en behandling som faktisk kan gi dem et betydelig bedre liv. Men da må man også med åpne øyne ta med på kjøpet at det blir en god del «skurr» med dem i LAR-sammenheng.

Og hva med kravet om medikamentfri behandling i «rimelig» grad? Dette kravet kan få paradoksale følger. Det har vært mange tilfeller der misbrukere med lite institusjonsbehandling har søkt seg inn for å «bevise» at det ikke nytter, slik at de kan kvalifisere seg for LAR. Det kan neppe være gunstig for dem som faktisk satser på en medikamentfri behandling i de samme institusjonene. Derfor er kanskje den gruppa som aldri har klart å gjennomføre medikamentfri institusjonsbehandling i «rimelig» grad, trass i gjentatte forsøk fra hjelpeapparatet, minst like berettiget til LAR som de som har klart det. I dag kan de søke på unntakskriteriene, og dette «inntakskriteriet» bør gjøres mer nyansert enn det er nå.

Så derfor seiler vi i et opprørt farvann, der vi må avveie utsiktene til «vellykket» behandling med en «elendighetsvurdering». Dette er ikke lett, og det kan være ganske så konfliktfylt. Skal vi slavisk følge en søkerliste etter ansienitet i forhold til søkertidspunkt? Skal vi se bort fra ansienitet og bare tenke «redde liv» og prioritere der det «brenner mest»? Skal vi prioritere de «elendigste» foran dem med «best prognose»? Skal vi prioritere dem som selv eller via andre «skriker høyest» framfor de tilbaketrukne som lider i stillhet? De av oss som skal prioritere i LAR-køen, står under press fra ulike hold, fra søkerne, fra pårørende, fra andre som taler søkerens sak (for eksempel engasjerte fastleger). Det er helt naturlig og vel og bra, og i praksis må vi etter beste evne prøve å veie de ulike hensyn opp mot hverandre. Men det er samtidig klart at LAR-kapasiteten foreløpig er for liten.

Søknadsprosedyre – legens plass

Leger er som fagutøvere ofte pragmatiske og resultatorienterte. Man vurderer anamnese og klinikk, stiller diagnose og iverksetter adekvat behandling. Så «enkelt» er det ikke i LAR-sammenheng. LAR er ikke en behandling en lege selv kan starte som hun ønsker. LAR er i utgangspunktet lagt opp som en tverrfaglig behandling. Prosedyren er som følger: Søkeren søker overfor sosialetaten i kommunen, sosialetaten i samråd med fastlege eller annen lege vurderer om det er rett å prioritere pasienten, det vil si om søkeren fyller kriteriene for inntak i LAR. Det settes så opp en individuell plan (tiltaksplan) for rehabiliteringen som setter opp mål-

Søknadsprosedyre:

Pasienten søker overfor sosialtjenesten i kommunen.

Fastlegen kan ta initiativ overfor sosialtjenesten, og hun skal foreta en medisinsk vurdering og undersøkelse av søkeren

settinger på områder som bolig, økonomi, arbeid–utdanning–«meningsfulle ting å fylle dagen med», behandling av medisinske problemer (for eksempel tannsanering!). Det er sosialetatens ansvar å utarbeide denne planen sammen med søkeren. Planen må være realistisk, ikke alle kan sikte mot å komme i jobb, kanskje er det en fullgod målsetting for sosial rehabilitering å skulle bedre relasjonene til sine nærmeste i familien! Men det er et krav at alle som skal starte LAR skal ha en forsvarlig bolig, de skal ha en økonomi som «går rundt» uten kriminalitet og de skal ha en tiltaksplan, og det er sosialetatens ansvar å få dette på plass. I tillegg skal det foreligge en medisinsk vurdering av pasientens behov for LAR, vanligvis fra fastlegen. Når disse ting er på plass, sendes så søknaden til det såkalte Inntaksorganet for LAR på fylkesnivå, som kvalitetssikrer søknaden, som så forelegges for det regionale LAR-senteret som foretar den endelige inkludering i LAR.

Ansvarsgrupper – tverrfaglig samarbeid

Som en del av det forberedende arbeidet opprettes det også en ansvarsgruppe rundt pasienten. Der sitter pasienten i sentrum sammen med den ansvarlige oppfølger fra sosialetaten og LAR-forskrivende lege. I tillegg vil som oftest en representant fra annenlinjetjenesten på rusfeltet være med, dette er de tidligere fylkeskommunale rusmiddelteamene som nå går inn i helseforetakene. I tillegg kan andre trekkes inn i gruppa etter behov, dette kan være pårørende, Aetat, behandlingsinstitusjoner med mer. Rehabiliteringsarbeidet vil så dels foregå gjennom ansvarsgruppa og dels mellom LAR-pasienten og de enkelte i gruppa. Ansvarsgruppa møtes etter behov, i den første tida gjerne ca. hver sjetten uke, etter hvert sjeldnere hvis ting utvikler seg «bra», eventuelt oftere hvis situasjonen tilsier det. Legens ansvar vil være å følge opp det medisinske, vurdere dosering og virkning/bivirkning av substitusjonsmedikamentet og andre medisinske forhold etter behov, samt å delta i det generelle rehabiliteringsarbeidet gjennom individuell kontakt og i arbeidsgruppemøtene. Ansvar for forskrivning av substitusjonsmedikamentet er organisert på noe ulikt vis i ulike deler av

Ansvarsgrupper:

Pasienten i sentrum

Representant for sosialtjenesten, legen og behandler fra rusteamene i 2. linje deltar

landet. I mitt fylke, Oppland, er det utelukkende primærleger som forskriver fra dag en på en slags «lisens» fra region-senteret i Oslo, i andre regioner er det leger ved regionsente-ret som har en sentralisert forskrivning i startfasen før men etter hvert prøver å overføre forskrivningen til fastlegene.

Etter mitt syn bør dette arbeidet i hovedsak organiseres et-ter ansvarsgruppemodellen. Men dette er ikke problem-fritt, og jeg har drøftet dette mer inngående i en tidligere ar-tikkel (2), og går ikke nærmere inn på det her.

Metadon eller buprenorfin?

Metadon = opioid-agonist (drikkes i saftblanding, sterk avhengighet, farlig for folk utenfor LAR, omsettes som illegalt rusmiddel, kan ikke injiseres blandet i saft)

Buprenorfin høydose (Subutex, Suboxone) = opioid-agonist og partiell opioid-antagonist (tas som sublin-gvaltabletter, noe lettere å seponere, noe mindre fare for overdoser, omsettes som illegalt rusmiddel, kan injiseres (Subutex), egner seg best for unge).

Subutex eller metadon?

Som en del av det forberedende arbeidet skal man også vurdere hvilket substitusjonsmedikament som skal velges. Det er en forutsetning for å skrive ut disse medikamentene til dette formålet, at pasienten er inkludert i LAR. I Norge er det to medikamenter som er registrert for dette formålet, metadonmikstur utblandet i saft, og høydose buprenorfin som medikamentet Subutex som finnes i sublingvaltabletter. Metadon i saft kan ikke settes intravenøst pga sukkerholdig-heten, mens Subutex kan løses og injiseres. Metadon er en rein opioid-agonist, det binder seg til reseptorene og gir opi-oidvirkning. Buprenorfin i høydosebehandling gir både en agonistvirkning, og en delvis opiatantagonist-virkning, det vil si at den utkonkurrerer andre opioider på reseptornivå og hindrer for eksempel heroin i å binde seg til reseptoren. Slik gir det en delvis beskyttelse mot overdoser og denne virk-ningen er mer uttalt enn for metadon. I tillegg finnes et høy-dose buprenorfinpreparat, Suboxone, som i tillegg innehol-der naloksone (opiatantagonist) og som skal være vanskelig å injisere, og som det nå er mulig å få på registreringsfritak. Dette brukes i økende grad i stedet for Subutex på stabili-serte pasienter, fordi muligheten for misbruk blir mindre og pasienten kan gis større frihet til å ta med tablettene hjem. Nærmere informasjon om dette kan fås ved regionsentrene.

Valg av metadon eller buprenorfin har vært litt ulikt i for-skjellige deler av landet, Oslo/Mario har brukt mest meta-don, Bergen/Vestlandet mest Subutex. Effekten er stort sett den samme. Overdosefaren er kanskje noe større med me-tadon enn ved buprenorfin, og Subutex er mindre farlig som illegalt middel enn metadon. Subutex er kanskje et noe

lettere opioid som det er lettere å slutte med, metadon gir meget sterk avhengighet. Dersom man tenker en tidsbe-grenset behandling, særlig hos yngre pasienter, kan det være riktig å foretrekke buprenorfin. Men for de fleste LAR-pasienter, planlegges LAR på ubestemt tid. Erfaring-ene internasjonalt med å trappe seg av metadon er ikke gode, bare et lite mindretall av dem om prøver, klarer seg uten opioider på lang sikt.

Rein medikamentell «avholdsbehandling» med bruk av opioidantagonist omtales ikke her, det brukes i mindre grad, men kan vurderes i enkelttilfeller. Det finnes lang-tidsvirkende antagonister som kan fås på registreringsfri-tak. Man bør, hvis slik behandling vurderes, kontakte regi-onsenteret for veiledning.

Start – opptrapping:

Buprenorfin: Fra 0,8–4 mg til 16 mg på 1 uke, vanlig vedlikeholdsdose er 16 mg

Metadon: Fra 20 til 80 mg over 3 uker, varierende vedlikeholdsdose.

Praktisk oppstart

Når pasienten er inkludert i LAR, startes behandlingen. Før medisineren starter, skal det gjennomføres en le-geundersøkelse med en serie blodprøver, vanligvis ved fast-legen. Medisineren kan skje ambulant eller med pasien-ten innlagt i institusjon eller i fengsel. Som hovedregel skal pasienten avruses før start, det kreves negative urinprøver for opiatet to påfølgende dager. I tillegg skal urinprøven være negativ på andre narkotika, eller det skal være fallende konsentrasjoner som tolkes som fravær av nye inntak. I unntakstilfeller kan pasienter startes uten full avrusning hvis det er umulig å få til avrusning eller hvis pasienten har vært i «ventebehandling» (mer om det siden) med annet opioid, men dette må gjøres av leger med erfaring i dette og under nødvendige sikkerhetstiltak. Det er prognostisk ugunstig om pasienten bruker benzodiazepiner ved opp-start, og det kan være risikabelt å starte substitusjon hvis man ikke kjenner pasientens toleranse for opioider, husk at både metadon og Subutex er meget potente og potensielt farlige legemidler som kan gi fatale overdoser ved feil bruk.

Metadon og Subutex trappes opp etter faste retningslinjer, for metadon fra 20 mg til 80 mg i løpet av tre uker, for Sub-utex fra 0,8–4 mg til 16 mg over en til to uker, jmf. veile-dere fra Mario⁵. Man må ha en fortløpende, helst daglig kli-nisk vurdering av pasienten for å vurdere opptrappings-hastighet og virkning/bivirkninger. Medikamentet må

⁵ <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=MARIO>

også inntas på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte, dvs. at pasienten oppholder seg et sted der de i noen grad kan overvåkes den første timen etter inntak de første dagene.

Kontroll – legens rolle (behandler og kontrollør)

I den norske LAR-modellen legges det stor vekt på kontroll av pasienten i form av urinprøver. Dette er for å få oversikt over sidemisbruk og for å forsikre seg om at pasienten faktisk tar substitusjonsmedisinen. Dette vurderes som viktig for å vurdere effekten av behandlingen. Men det er viktig å ikke la denne kontrollen overskygge andre sider ved rehabiliteringen og arbeidet i ansvarsgruppa. Hvis disse møtene i hovedsak brukes til å «hakke på» «ureine» urinprøver, mens andre sider av rehabiliteringen blir underordnet, vil dette bli feil. Den kliniske vurderingen av hvordan det går med pasienten, som alle i ansvarsgruppa kan ta del i, bør være den viktigste målestokken. Og prinsippet bør i like stor grad være å oppmuntre og «forsterke» det positive som å slå ned på det negative. Det krever erfaring å utvikle den rette ballansen mellom kontroll og oppmuntring, mellom konfrontasjon og støtte, men det er her som i mange andre sammenhenger et godt prinsipp å «ta utgangspunkt i det positive for å bekjempe det negative». Ensidig kritikk og konfrontasjon kan være like feil som naiv ettergivenhet og prinsipløshet. Og målsettingen om å bedre pasientens liv må styre arbeidet i ansvarsgruppa.

Sidemisbruk

Målet er at LAR-pasienten skal slutte med bruk av andre rusmidler, og de LAR-pasientene som det går best med, klarer i hovedsak det. Og man må ha dette som et viktig, men ikke altoverskyggende tema i behandlingen. Sidemisbruk gjør at stabiliseringa ved substitusjonen blir dårligere enn den kunne bli, og betydelig bruk av andre rusmidler kan være direkte farlig og i verste fall dødelig. Etter retningslinjene kan også vedvarende omfattende sidemisbruk føre til eksklusjon fra LAR. Betydelig sidemisbruk er et tegn på at pasienten ikke har tatt et avgjørende brudd med ruslivet, og er slik en indikasjon på at rehabiliteringen ikke går etter forutsetningen. For en del kan en slik situasjon innebære et utgangspunkt for å korrigere kursen.

Sidemisbruk:

- Vanligst er benzodiazepiner og cannabis, men også alkohol er viktig.
- Bruk av disse stoffene gir rus, og påvirker omsetningen av substitusjonsmedikamentene, og vanskeliggjør den stabiliserende effekten av behandlingen.
- Sidemisbruk uttrykk for at pasienten ikke har brutt med «ruslivet».
- Minst mulig legal forskrivning av benzo, og **aldri** flunitrazepam.

Men en del klarer ikke fullt ut å etterfølge kravet om avhold fra andre rusmidler. De mest problematiske stoffene er etter min erfaring benzodiazepiner og alkohol. Vi har hos oss hatt lite bruk av opiat, slik at de aller fleste i all hovedsak har sluttet å injisere, og det er i seg selv en betydelig gevinst. Det er også lite amfetamin og andre sentralstimulerende stoffer.

Legeforskrivning av andre A- og B-preparater enn substitusjonsmedikamentet, skal i utgangspunktet ikke forekomme. I praksis får enkelte pasienter legalt forskrevet benzodiazepiner. Det bør i størst mulig grad unngås, men kan være nødvendig i unntakstilfelle. Slike tilfeller bør diskuteres med regionsenteret. Dersom man skal forskrive benzo, bør man velge en moderat dose oxasepam/Sobril, og husk: **ALDRI** flunitrazepam/Rohypnol!

Hvorvidt sidemisbruk skal føre til utskrivning fra LAR, bør etter mitt syn i hovedsak vurderes ut fra hva som er til pasientens beste. Hvis misbruket er så kaotisk at det er farlig for pasienten, hvis substitusjonsmedikamentet bare blir ett av flere stoffer i en uoversiktlig og farlig cocktail, kan det være rett å avslutte LAR, fordi det faktisk forverrer pasientens situasjon. Det samme kan være tilfellet hvis LAR ikke har ført til bedring i livskvaliteten. Men har pasienten fått et betydelig bedre liv, helhetlig vurdert, blir det for meg feil å ekskludere en pasient som straff for at han ikke gjør som «vi» sier.

Også visse andre brudd på behandlingskontrakten skal føre til utskrivning fra LAR. Det gjelder for eksempel videre salg av metadon/Subutex og vold og trusler mot personell i behandlingsapparatet. Her er det igjen sikkerhetsperspektivet som er det vesentlige, videre salg av slike potente narkotika medfører fare for potensielt dødelige overdoser for andre, og ved vold mot behandlere må behandlingsapparatets sikkerhet prioriteres.

«Ventebehandling»

En del heroinbrukere blir satt på såkalt «ventebehandling» i påvente av inntak i LAR. Som hovedregel er dette ikke tillatt etter gjeldende instruksjoner, men det finnes noen unntak. Helsetilsynets veileder «Vanedannende Legemidler, forskrivning og forsvarlighet – Helsetilsynet 2001 – IK-2755»⁶ beskriver disse forhold. Det finnes tre situasjoner der forskrivning av opioider kan anses som adekvat behandling.

Det dreier seg om:

- 1) Ved alvorlig psykiatrisk eller somatisk sykdom der opiat er antas å ha en gunstig effekt ved siden av adekvat medisinsk behandling for den somatiske eller psykiske lidelse. Det vil oftest gjelde i tilfeller der aktive heroinmisbrukere

⁶ <http://www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm>

«Ventebehandling»:

- Som tilleggshandling til adekvat medisinsk behandling ved alvorlig psykiatrisk eller somatisk lidelse
- Som ledd i nedtrappingsplan ved opiatmisbruk i inntil 3 mndr., kan forlenges for 3 mndr. om gangen inntil totalt 12 mndr.
- Som ventebehandling i påvente av LAR-oppstart for pasienter som er inkludert i LAR, inntil 3 mndr.

rammes av alvorlig sykdom og substitusjon i en periode ansees nødvendig for å oppnå stabilisering slik at annen behandling kan gis, i eller utenfor sykehus (kap. 2.3.5). Eller det kan gjelde nødvendig smertelindring (kap. 2.3.1).

- 2) Som ledd i en nedtrappingsplan av opiatmisbruk (kap. 4.3.1). Det skal her legges en helt konkret plan for nedtrapping over inntil tre måneder, og dette vedtaket kan gjentas tre ganger, slik at nedtrappingsopplegget kan gå over i alt 12 måneder. Et slikt nedtrappingsopplegg bør som hovedregel skje innenfor en tverrfaglig ramme.
- 3) Pasienter som er godkjent for LAR, men der oppstart av ulike grunner trekker ut, kan «etter nærmere avtale med det regionale senteret og under dette senterets ansvar, unntaksvis få utskrevet egnet substitusjonsbehandling i en periode på inntil tre måneder. I løpet av denne tiden forventes det at hjelpeapparatet har klart å organisere den praktiske gjennomføringen av opplegget» (kap. 4.4.4).

Dersom leger iverksetter slike opplegg, bør det skje etter grundig vurdering, og evt. etter samråd med fagpersoner med erfaring fra slikt arbeid. Grundig dokumentasjon i journal er helt påkrevd.

Etter mitt syn bør man være relativt restriktiv i forhold til slik «ventebehandling.» Det skyldes at den ofte er vanskelig å administrere på en forsvarlig måte. De opioider som er mest aktuelle å bruke er Temgesic og Durogesic plaster. Man skal være klar over at begge disse medikamenter kan misbrukes. Man bør derfor tilstrebe stor grad av kontroll og være rimelig trygg på at man har en god og reell allianse med pasienten. Temgesic bør ideelt leveres ut som enkeltdoser, men dette kan ofte være umulig å få til i praksis, men hyppigst mulig utlevering bør tilstrebes. Durogesic plaster bør påsettes/skiftes

Honorering av legearbeid etter normaltariffen.

Konsultasjons- og besøkstakster og prøvetakster kan brukes på vanlig måte

Andre aktuelle takster:

- 615 (samtaletterapi)
- 616 (psykiatrisk henvisning)
- 612a (nødvendig samtale med pårørende)
- 618 (urinprøver under kontroll for LAR-pasienter)
- 14 (ansvarsgruppemøter)

hos lege/annet fagpersonell, og dersom det faller av, skal pasienten ta med det gamle plasteret når det nye skal settes på.

Dessuten må ikke «ventebehandling» bli et alternativ til LAR. Å bruke store ressurser, bl.a. fra sosialtjenesten, på å bygge opp «LAR-lignende» støtteapparat rundt slik behandling, stjeler ressurser fra LAR, og kan føre til at ventetida på LAR faktisk øker og det kan undergrave pasientens motivasjon for å komme i gang med LAR. Derfor bør man prioritere «full» LAR framfor «ventebehandling». Min holdning er at «ventebehandling» i hovedsak bør brukes på indikasjon (alvorlig somatisk/psykisk lidelse). Men det kan være rett å vurdere annerledes i tilfeller der kapasiteten i LAR er ufor-svarlig liten, og ventetida tilsvarende ufor-svarlig lang. Men da bør man sannsynligvis ikke bruke for mye ressurser til sosial-faglig oppfølging.

Konklusjon

Dette har vært en gjennomgang av «praktisk LAR». Mange spørsmål er behandlet relativt kortfattet og man vil møte mange utfordringer når man som lege går i gang. Det finnes god informasjon tilgjengelig på MARIOs hjemmeside (5), og man bør kontakte leger med erfaring, fortrinnsvis ved region-sentrene, når man står fast. Men man vil også oppleve at dette er svært spennende medisin. Og jeg føler meg sikker på at LAR er kommet for å bli som en naturlig del av fastlegenes arbeidsfelt.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

DEMENS DAGENE 2003

= ettertanker

AV MARI KRISTIN JOHANSEN

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens arrangerte sin fagmønstring for syvende gang 4.-5. desember 2003. Oslo kongressenter var fylt til randen, av forelesere fra hele Norden, ca. 600 deltagere og utstillere. Årets tema var «Nynninger og kvalitet i diagnostikk og behandling av demenssykdommer». Halvt om halvt med plenumsesjoner og parallelle symposier begge dager. Det var mye å lære.

I kursnotatene finner jeg følgende, – og kanskje for noen tankevekkende utsagn:

- «vi vet ikke stort mer om tauprotein og neurofibrillære floker i dag enn da dr. Alzheimer beskrev disse forandringene i fru Augustes hjerne i 1907.»
- «Tap av acetylcholin ser ut til å være en 'fellesnevner' for alle typer demens, med unntak av frontallappsdemens. AC-hemmere ('bromsmedisin' på svensk) har effekt på både Alzheimer, vaskulær demens, Lewy Legeme sykdom og demens ved Parkinson.»

- «Intervensjon overfor pårørende kan utsette behov for institusjonsplass i nesten ett år, og redusere antall depresjoner hos pårørende. Dagsentertilbud er en viktig del av slik intervensjon.»

(Knut Engedal, Oslo)



Mari Kristin Johansen

f. 1955

Eksamen fra Universitetet i Trondheim 1981. Spesialist i allmenntmedisin 1991. Allmennlege/avdelingslege ved kommunal rehabiliteringsavdeling.

Eksiltrønder i Bodø på 21. året. Gift, 2 barn

- «Det er 'tøv' å sette en demensdiagnose. Som regel foreligger en blanding, og det er umulig å si hvilken som betyr mest for symptom bildet.»

(Ingmar Skoog, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg)

- «Legemidler må alltid vurderes som mulig utløsende årsak ved nyoppståtte atferdsforstyrrelser hos eldre»

(Harald Nygaard, Bergen)

- «Det brukes like mye penger på demensomsorg i Sverige som hele det svenske forsvarsbudsjettet.»

(Kerstin Lundström, Socialstyrelsen i Sverige)

- Kvalitetsmeldinga for pleie- og omsorgstjenester i kommunene skal behandles til våren. Blant prioriterte tiltak er styrking av legetjenesten.»

(Marit G. Blom, Sosial- og helsedirektoratet)

Noen av disse utsagn avstedkom funderinger.

Det kom for eksempel ingen kritiske kommentarer til behandlingssivert for AC-hemmere og andre demenslegemidler. Budskapet var at så snart diagnose er satt, skal medikamentell behandling tilbys.

Hva er det vi tilbyr?

En medisin som har påvisbar effekt hos bare ti prosent av de som får den foreskrevet, og da slik at den forsinker den kognitive svekkelse med gjennomsnittlig seks måneder. Doseøkning fra fem til ti mg gir ingen tilleggseffekt, bare mer bivirkninger. (1) Det foreligger ingen dokumenterte retningslinjer for varighet av behandling. Samtidig vil én av 16 få så alvorlige bivirkninger under behandling at den må stoppes. (2).

Hvilken annen medisin hadde gått gjennom Statens legemiddelkontroll med slike tall? En ting er forebyggende medikasjon, det være seg statiner, ASA eller bifosfonat. Da vet vi i utgangspunktet at dette ikke forhindrer alle infarkt, hjerneslag eller kompresjonsfrakturer. Slik er det med alle forebyggende tiltak. Med «bromsmedisinerna» er situasjonen en annen. Vi foreskriver en medisin mot en allerede påvist sykdom, og det forventes at dette skal hjelpe. Som når vi tar penicillin mot en streptokokkinfeksjon. Hvordan presentere dette for pasient og pårørende?

Tre måneders behandling med donepezilhydroclorid fem mg koster samfunnet kr 2673,60. Økes dosen til ti mg blir prisen 3182,30.(3) Hvis vi gir donepezil fem mg daglig til 12 personer i ett år, vil ca 120 000 kr være brukt til ingen nytte. Hvor mange flere demente og deres familier ville hatt nytte av samtalegrupper for pårørende, avlastning i hjemmet og dagsentertilbud? En prospektiv, randomisert studie publisert i JAMA (4) viser at Alzheimer pasienter som får et tilbud om fysisk aktivitet i kombinasjon med opplæring av pårørende klarer seg bedre fysisk og er mindre depressive både etter tre måneder og etter to år, sammenlignet med en kontrollgruppe

Til tross for at psykososiale tiltak overfor demente har en godt dokumentert effekt, er fortsatt dagsentervirksomhet en salderingspost i mange kommunebudsjett. Det er ikke en lovpålagt kommunal tjeneste, og dermed lettere å fjerne når sparekniven må fram.

Sjefpsykolog Kjersti Wogn-Henriksen, alderspsykiatrisk poliklinikk, Molde sykehus viste som avslutning på sitt plenumsforedrag et vakkert foto med følgende tekst: «når forstanden svikter, er det vel ingenting igjen – » Det samme sa min far. Den verste skjebne han kunne tenke seg, var å miste forstanden. Så var det akkurat det som skjedde!

I disse dager er det et år siden han døde. Han gikk ut av tiden med et ti-talls funksjonshemmende sykdommer. Inklusive en vaskulær demens/ hjerneskode med kognitiv svekkelse etter gjentatte hjerneslag og mangeårig hjertekarsykdom.

Det siste 1/4 året var han på sykehjem. Han befant seg i entilstand skiftende fra akutt delir til en noe lettere konfusjon. Men det var også glimt av klarsyn, der han var seg sin situasjon bevisst, og der han ga uttrykk for hvor smertelig dette var.

Jeg tror man skal trå varsomt i det å bedrive screening på demens. Vi skal være lydhøre når spørsmålene melder seg fra pasient, pårørende eller samarbeidspartnere i helsevesenet, men å finne det gyldne øyeblikk for å informere om en uheldelig sykdom, fortsatt forbundet med både skam og tap av verdighet, krever legekunst.

Jeg dro fra Demensdagene 2003 med mange kurver og tall i hodet. Men også med en liten bok fra kompetansesenterets mini-bibliotek. En samling dikt og tekster om demens. Fra denne (5) tillater jeg meg å referere et dikt av Halldis Møren Vesaas, som sier det meste i tre fortattede vers:

Nei, tapper?

Venner seier til meg: «Du er tapper som kan vise slik styrke og ro no når han så nyleg er død» – Nei tapper? Det kan berast, det eg gjennomlever no.

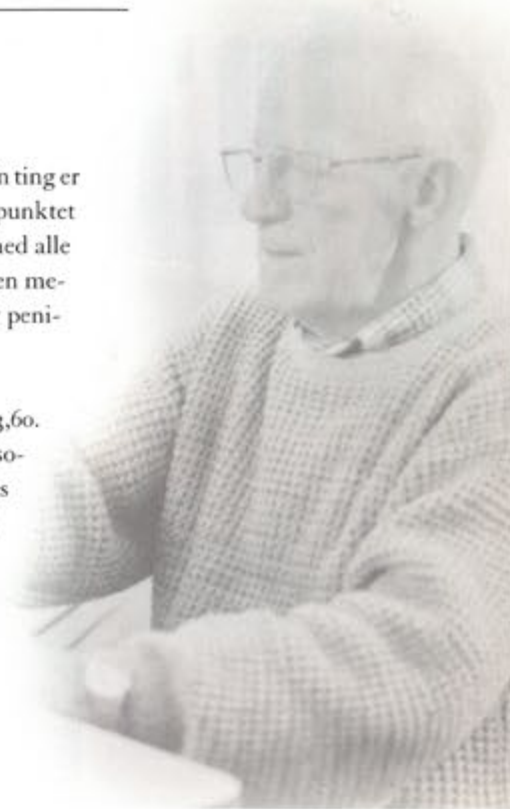
Det tyngste er tilbaketilagt. Det tyngste var å måtte sjå korleis han tok til å miste seg sjølv og gli vekkt inn i eit veglaust og skoddefyllt land.

Visst er tomrommet der, og kulden, avmaktskjensla framfor stengd port. Men det kan berast så sant ein kan tru at for den ein har mist var det godt å gå bort.

Litteratur

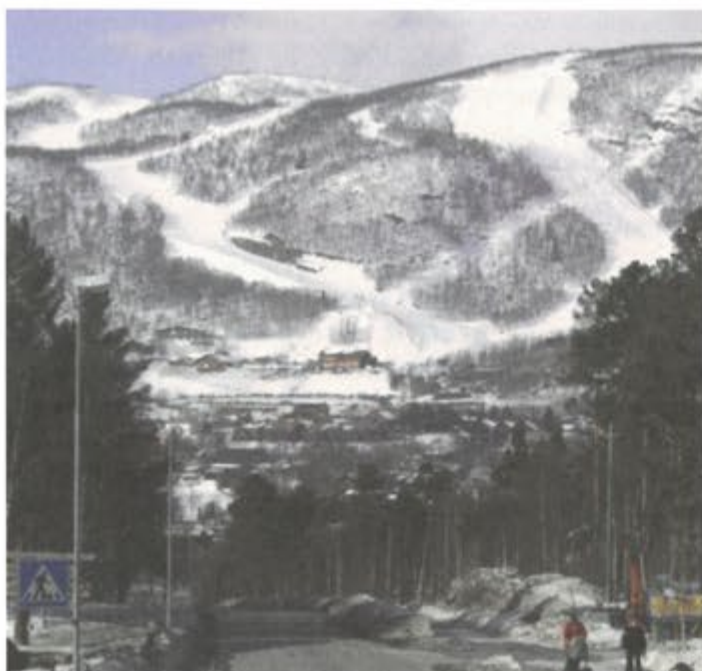
1. Ur Prescribe International Dec 2003/Vol 12 No 68/ Anders Hernborg Eyr
2. Lanctot KL, Herrman N, Yau KK, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. CMAJ 2003;169:557-64
3. Linda Teri et al. Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease. JAMA 2003; 290: 2015-22.
4. Felleskatalogen 2003
5. Her – og langt borte Demens sett med dikterens øyne Samlet og redigert av Eva Anfinnsen ISBN: 82-8061-025-1

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net



ILLUSTRASJONSFOTO

ULTRALYDSYMPIOSIUM



Highland Hotell - Geilo 6.-8. mai 2004

Forskningsnytt/Basalteori

Punksjonar og kontrastundersøkingar

Parallele sesjonar:

Lever/galle/pankreas Muskel-skjelett

Infertilitet/ gyn tumor/fosterhjerne

Jordmorsdag

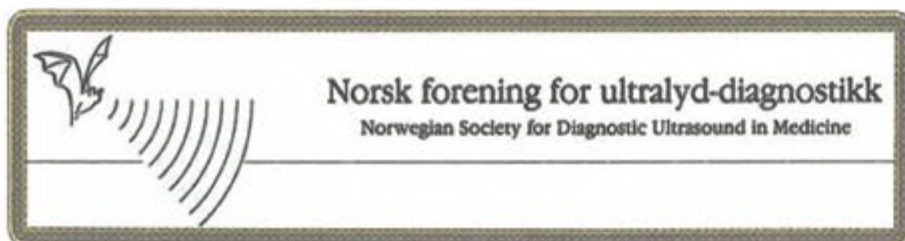
Tid til praktisk trening - "Hands on"

Meir symposieinformasjon: www.haukeland.no/nfud

Påmelding via web eller til

Team Congress AS, Postboks 594, 2603 Lillehammer, tlf. 61 24 70 70, faks 61 24 70 71

Symposiet er godkjent som teljande kurs i allmenmedisin med 21 timer som emnekurs i billeddiagnostikk/røntgen til videreutdanningen og som klinisk emnekurs til etterutdanningen.



Synspunkter

på diagnostisering av aldersdemens

I Utposten nr 6/03 kom professor Harald A. Nygaard (Seksjon for geriatri ved institutt for samfunnsmedisinske fag ved universitetet i Bergen) med noen synspunkter på demensutredning i allmennpraksis (Nygaard, H: Er det så viktig med tidlig diagnostisering av aldersdemens. Utposten 2003;6:32-5). Etter egen systematisert erfaring mente han at henvisningene til demensutredning fra allmennpraktikerne i stor grad manglet faglige vurderinger og vitnet om mulig labert engasjement. Han pekte på at allmennpraktikeren sitter midt i smørøyet hva gjelder forutsetninger for å stille en demensdiagnose, og at det var flere forhold som talte for en tidlig diagnostisering av tidlig demens enn mot. Han ga tips til når medikasjon, etter hans vurdering, var indisert, og om hvordan en kunne følge opp behandlingen.

Utposten-leser Bjørg-Helene Renaa, som er spesialist og veileder i allmenntmedisin på Jessheim, har reagert på artikkelen (Så flott, synes redaksjonen!) og har sendt oss følgende innlegg:

Demensdiagnostikk — for vanskelig for allmennleger?

Professor Harald A. Nygaard hevder i sin artikkel at han, etter gjennomgang av 100 henvisninger til geriatrik poliklinikk, har funnet mangelfulle opplysninger i et flertall av henvendelsene.

Jeg anser det svært sannsynlig at allmennlegers diagnostikk og henvisning av demenssykdommer har et stort forbedringspotensial.

Nasjonalt kompetansesenter og opprettelsen av geriatrike poliklinikker er en stor hjelp i arbeidet med å strukturere vår innlæring, utredningstiltak og fremstillingsevne.

Spesielt finner jeg 2.linjetjenestens inntreden på den diagnostiske arena verdifull i forhold til de mange etiske problemstillinger som melder seg i forbindelse med å diagnostisere og å meddele diagnose på en tilstand der man ikke har kausal terapi. Demensdiagnosen kan for så vidt sammenlignes med hvilken som helst annen diagnose der utsiktene til helbredelse er null.

Generelt, og med rette, oppfordres vi som leger til å trå varsomt i slike sammenhenger, og la pasienten få ta imot informasjon i den grad og hastighet individet makter.

Det kan finnes fordeler med tidlig demensdiagnostikk, blant annet å verne den enkelte og samfunnet mot følgene av bilkjøring eller bruk av skytevåpen dersom dømmekraften og/eller orienteringsevnen er nedsatt som følge av demens.

Demens i seg selv er dog ingen absolutt hindring for bilkjøring eller jakt. Det er ytringene av sykdommen som er interessante i denne sammenheng. At tidlig demensdiagnostikk skulle ha fordeler i forbindelse med mulighet til testamentsopprettelse «mens det ennå er tid», er et utsagn jeg leser med undring. I en arvetvist vil enhver oppegående jurist kunne bestride testators uttrykte vilje dersom det fremgår at testamentet er opprettet etter at det er startet utredning av eller funnet tegn på begynnende demens hos testator.

Jeg kan heller ikke se at lovgivning eller alminnelig anstendighet gir rom for informasjon til pårørende om demensdiagnose så lenge pasientens funksjon ikke utgjør fare for ham/henne eller omgivelsene. Jeg ønsker å få Legeforeningens etiske råd med i en slik diskusjon.

Ja, vi kjenner våre pasienter godt, og over tid. Dette medfører også en vidtrekkende grad av respekt for mennesket, dets livshistorie og autonomi. Jeg kan vanskelig forestille meg å inneha en «politirolle» med tilfeldige MMS-tester påslengt banale rutinekontroller. Verken jeg eller pasientene mine ville føle at dette var akseptabelt.

Derfor utfordrer jeg professor Nygaard til en konkretisering av sitt anliggende: Hvem mener han at vi bør teste? Alle over 60? Obligatorisk ved legeattest for førerkort hos personer over 70? De som selv fremfører ønske? Der familien fremfører ønske? Eller, slik praksis er nå, der annen symptomatologi eller problemstilling gjør det relevant? Skal vi dit hen at alle individer i en viss alderspopulasjon blir tilbudt en hurtigtest for demens? Jeg og mine allmennlegekolleger vil nok betakke oss for en slik yrkesrolle.

Bjørg-Helene Renaa.
Jessheim, 5. november 2003



Harald Nygaard har svart på kritikken:

Demensdiagnostikk – for vanskelig for allmennleger?

Svar til Bjørg-Helene Renaa

Innlegget mitt i Utposten nr. 6/03 var ikke ment som en kokebokoppskrift på hvordan utredning av demens skal foregå. Intensjonen var å rette oppmerksomheten mot et betydelig medisinsk problem med alvorlige konsekvenser for enkeltindivid, familie og ofte nærmeste bekjentskapskrets.

Renaa gjør et vesen av spørsmål knyttet til opprettelse av testament. Selv om dette ikke er problemer som dukker opp hver dag, er det kjennetegnende for den situasjon som familien ofte befinner seg i. Først i etterkant blir man klar over at handlinger og atferd, som har skapt forundring og stundom problemer, har vært påvirket av en mental sykdom. Dette kan også gjelde avgjørelser med økonomiske konsekvenser. Hva gjelder oppsettning av testamente forlanger ikke loven at dette utføres av jurist. For øvrig tror jeg at en «oppegående jurist» vil betakke seg for å gi seg i kast med demensutredning i forbindelse med opprettelse av et testament.

Hvorledes og i hvilke situasjoner man velger å nærme seg denne problemstillingen må nok overlates til den enkelte lege. Jeg har nevnt noen muligheter, bl.a. ved utstedelse av legeattest for (alle) førerkortinnehavere over 70 år. Selvfølgelig finnes det personer med demens som er kvalifisert til å kjøre bil. Men i forbindelse med utstedelse av legeattest skal det bl.a. tas stilling til: «om det foreligger mental reduksjon... som kan være farlig i trafikken». Det kreves ikke en spesiell prosedyre for å besvare dette spørsmålet, men det kreves at legen har tenkt gjennom problemstillingen. Den interesserte leser henvises for øvrig til Anne Brakhus: «Demens og bilkjøring. Dagens situasjon og praksis vedrørende helseattest for førerkort», INFO-banken 1998.

Renaa spør om jeg mener at nye gruppe pasienter bør demenstestes eller om en bør holde seg til dagens praksis der tester gjøres på indikasjon når annen symptomatologi eller problemstilling gjør det relevant? Hva mener Renaa med «annen symptomatologi eller problemstilling (som) gjør (utredning) relevant»? I tidlig stadium er det mange pasienter som selv skjønner at noe galt er fatt. Angst for å dumme seg ut fører til at mange demente allerede i tidlige stadium føres inn i en sosial isolasjon som igjen kan forsterke depressive følelser og svekke oppfatningen av eget verd. Ikke sjelden registrerer familien vage, men bekymringsfulle tegn til at finere nyanser i væremåte og i personlighet avflates, og at vedkommende ikke fungerer like godt som tidligere. Personer som ikke har så nær kontakt merker ofte lite.

Stereotype holdninger til demens gjør at sykdommen automatisk assosieres med «pleie og bleier». Mange pasienter og pårørende opplever at venner og bekjente begynner å unngå deres selskap når diagnosen blir «kjent». Men stundom tørker vennekretsen inn før diagnose er stillet, det være seg fordi man blir «dårlig makker» i bridgelaget, «roter» i sjakkspillet eller fordi man blir «anmasende» i klubben. Tidlig diagnose og åpenhet omkring sykdommen kan bidra til at folk får øynene opp for at det finnes et stadium før man blir «påfallende». Vennekretsen kan kanskje bli en støtte. Åpenhet kan bidra til at den demente kan få leve et normalt sosialt liv lenger enn det som i dag ofte er tilfelle. I denne sammenheng har primærhelsetjenesten en stor oppgave.

Jeg beklager å måtte skuffe Renaa med hensyn til en oppskrift på hvem man bør teste. Den finnes ikke. Men det er en god idé å lytte til pasienter og pårørende. Det finnes heller ingen hurtigtest, men det finnes noen hjelpemidler. Det hadde vært nyttig å få Legeforeningens etiske råd med i en diskusjon om spørsmål knyttet til demensdiagnostikk, men først og fremst bør man ha en samtale med pasienten om relevante spørsmål. I tidlig stadium er det godt mulig.

Bergen 12. januar 2004
Harald A. Nygaard

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@c2l.net

NSAM

LEDIGE STIPEND

ALLMENNPRAKTIKER- STIPEND 2.HALVÅR 2004

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 2004.

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 allmenmedisin 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. Når det gjelder lønnstrinn, henvises det til statuttene på www.legeforeningen.no/nsam. 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 allmenmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmenmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned fra flg web-adresse:

<http://www.legeforeningen.no/nsam>
eller fås ved henvendelse til Allmenmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Medisinsk Teknisk Forskningscenter, 7489 Trondheim, tlf 73 59 88 85, fax 73 59 75 77, email: Helene.Flottorp@medisin.ntnu.no eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 1. april 2003.

Søknader som er poststempelt etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

JESPERUDHUSET

– et rehabiliterings- og aktivitetssenter i bydel Stovner, Oslo

AV ANNE GRETE ORLIEN



Anne Grete Orlien

Anne Grete Orlien er psykiatrisk sykepleier og jobber i rehabiliteringsenheten i bydel Stovner. Hun har videreutdanning i aldersdemens 1996, og i «Teori og metode i nettverksintervensjon» 2001. Hun var Avdelingssykepleier i UNA prosjektet; Unge Nysyke i Aker sektor, et poliklinisk behandlingstilbud for unge med førstegangssykose. Nå arbeider hun som psykiatrisk sykepleier på 1.linjenivå og har Jesperudhuset som utgangspunkt for et bredt tverrfaglig samarbeid med hjemmetjenesten og sosialtjenesten i Bydel Stovner.

Målsetting og idégrunnlag for Jesperudhuset

Midt i blokkbebyggelsen, med grense mot marka og Oldtidsveien, ligger Jesperud Aktivitets- og rehabiliteringssenter. Opprinnelig er det koselige, store, røde, toetasjes huset, omgitt av en stor hage, en nedlagt barnehage. Daglig leder startet opp i mars 2000, samme år i oktober ble det ansatt en arbeidsleder. Huset måtte ombygges og tilrettelegges før det åpnet for bruk i 2000.

Målsettingen med Jesperudhuset er å tilby et trygt miljø til mennesker i en vanskelig livssituasjon med bakgrunn i psykiske, sosiale eller fysiske vansker. Her kan de som ønsker det, delta i et sosialt fellesskap med meningsfulle aktiviteter og samtidig få hjelp til å utvikle sine evner og ressurser.

Utgangspunktet for å komme til Jesperud er ofte et ønske om endring. Mange lever et liv preget av isolasjon, ensomhet, angst, depresjon, ofte i sammenheng med en alvorlig psykisk lidelse (psykose).

Bydel Stovner har omtrent 29 000 innbyggere. I 2002 var det 97 faste brukere av huset – 44 menn og 53 kvinner fra 25 til 60 år. Mange har lang tids opphold i psykiatrisk institusjon bak seg. Brukerne på Jesperud fyller hele spekteret fra mennesker som sliter med alvorlig psykose, til muskelsmerter, angst, depresjon og isolasjon. De aller fleste har falt ut av arbeidslivet. 98 % av brukerne er uføretrygdet.

Kontakten med Jesperud formidles gjennom sosialtjenesten, hjemmetjenesten, psykiatriske sykepleiere i bydelen,

psykiatriske institusjoner, DPS og primærlegen. Noen kommer av seg selv. Funksjonsnivået for mange av våre brukere er slik at de vanskelig kan komme ut i et arbeid igjen.

Vi er tre ansatte i 100 prosent stilling. Vi har et lønnsbudsjett på ca. 1,5 millioner kr. og et årlig driftsbudsjett på rundt 300 000 kr. I tillegg samarbeider vi med ulike frivillige organisasjoner, og er i ferd med å bygge opp et solid nettverk med frivillige medhjelpere. Videre har vi et samarbeid med Aetat om utplassering for arbeidstrening. For tiden har vi to hospitanter som har som oppgave å holde datakurs. De har alt ansvar for undervisningsopplegget.

Blant fjorårets 97 brukere, har to kommet ut i fast arbeid, to er i gang med utdanning, og to er i et opplegg med attføring. Vi går ikke direkte inn i behandling, men som psykiatrisk sykepleier deltar jeg i noen ansvarsgrupper rundt enkelt personer. Et team bestående av profesjonelle og det private nettverket skal samarbeide godt for å få til en god integrering i lokalmiljøet. Dette samarbeidet ser jeg på som inspirerende og spennende.

Aktivitetstilbud er rehabilitering

Vi tror at det ligger rehabiliteringspotensiale i meningsfulle aktiviteter. Tilbudene er utformet med faste rammer hva gjelder tidspunkt og varighet. Innholdet gjøres kjent skriftlig ved oppslag eller direkte til de som henvender seg. Terskelen for å delta er lav, det kreves ingen forkunnskaper. Kurs-/deltakeravgiftene varierer fra 100 kr for kopierings-

materiale på datakurs, til kr. 400,- for et ½ års deltagelse i trimgruppen med instruktør. Hobbygruppe, der det lages såpe, og malerverkstedet er i utgangspunktet gratis. Ved å produsere og selge ferdige produkter som bilder og såpe, finansierer gruppen nå sine egne innkjøp av materialer.

Vi tilbyr ulike aktiviteter som hindrer angst, sosial isolasjon, apati, ukritisk adferd, i å utvikle seg videre:

- **Turgruppa** går hver onsdag to km fram til en sportsstue. Turen går i lett terreng. Å starte med turgruppa er ofte en fin introduksjon til andre aktiviteter. Noen har vært med siden starten i 1998, da dette tilbudet startet opp lenge før Jesperudhuset ble en realitet.

- **Kafégruppa** drives av to ergoterapeuter og er et spesifikt rehabiliteringstiltak der det jobbes målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset. Ergoterapeutene bruker aktiviteter terapeutisk i en rehabiliterende sammenheng. Aktivitet velges og tilrettelegges ut fra klientens egne mål med rehabiliteringen. Gjennom kafédriften kan den enkelte oppnå bedret sosial fungering og økt mestring av dagliglivet ved å få arbeidsoppgaver tilpasset sine behov og ressurser.

- **Åpent hus.** Tirsdag og fredag har vi åpent hus med vekt på sosialt samvær og gleden over et måltid mat. Ansatte og brukere går sammen om å tilberede et varmt måltid. Her kan brukere som har deltatt i kafégruppa, få prøve ut det de har lært. Åtte frivillige brukere har inngått muntlig avtale om å hjelpe til generelt på huset med ulike oppgaver. Tirsdager har vi åpent fram til kl.19.00. Menyen blir satt opp for fire uker av gangen, av brukere og ansatte i fellesskap. Maten skal være hjemmelaget, god og rimelig. Middag koster kr. 20,-, dessert kr. 5,- og kaffe kr. 5,-. På en vanlig tirsdag kommer 20 til 25 brukere. Vi satte rekord med 40 deltagere på årets julebord med jule tallerken og riskrem. Personalet er alltid til stede på Åpent hus.

- **Dugnadsgruppa** har eksistert fra begynnelsen, og antall deltagere varierer fra tre til ti avhengig av hva som skal gjøres. Arbeidet består av vedlikehold av huset innvendig og utvendig. Konkrete «skikkelige» arbeidsoppgaver, slik som beising av huset utvendig, rekrutterer mange deltagere. Så lenge dette arbeidet pågikk kom en fast gruppe daglig over to uker.

- **Amatørteateret** ledes av en teaterregissør som lønnes av Aker sykehus. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom 1. og 2. linjetjenesten hvor profesjonelle skuespillere og amatører deltar i forestillingene. Her kan deltakerne trene seg på å lære tekst utenat, stå på en scene og få positiv respons på seg selv. I år vises en barneforestilling om Hans og Grete for barnehagene i bydelen.

- **Datakursene** er veldig populære og blir fort fulltregnet. Det er gjennomført 15 datakurs med 40 deltagere tilsammen. Lærere er hospitanter i arbeidstrening fra Aetat. I tillegg til kursene kan brukerne komme og bruke datamaskinene i Jesperudhuset til avtalte tider.

- **Utflykter.** Brukerne bestemmer hvor turen skal gå. Det kan være tur langs Akerselva eller besøk på Norsk Folkemuseum med matpakke og kaffe på termos. Turene gir trening i å ta offentlig kommunikasjon og bidrar til å bli kjent i egen by. Vi har også brukt marka til rekreasjon med bading på varme sommerdager og bærplukking om høsten. Det er fra tre til åtte deltagere på hver tur.

- **Malerverksted** er også et populært tilbud. Hver tirsdag leder en ergoterapeut med kunstutdanning en gruppe på åtte brukere inn i en kreativ verden. Det undervises i teknikker som kullstifttegning, akvarell- og oljemaling. Verkstedet har hatt sin første salgsutstilling med 47 bilder hvorav 10 ble solgt for fra 250 til 500 kroner.

- **Kinogruppa** går på kino en gang i måneden for å se de nyeste filmene. Det blir diskutert og bestemt på forhånd hvilken film som skal sees og hvem som skal være med. To til seks brukere deltar sammen med en fra personalet. Noen ganger går gruppa ut og spiser før eller etter forestillingene. Etter hvert kan det å være ledsager bli en oppgave for frivillige.

- **Trimgruppa** trener en time to dager i uka. Egenandel er kr. 400,- for 10 ganger. Mange benytter seg av tilbudet for å holde seg i form, gå ned i vekt og oppleve velvære og trivsel. Det er seks til åtte deltagere hver gang.

- **Ulike hobbygrupper** er nylig kommet i gang fordi noen brukere ønsker å ha en hobby på dagtid. Her kan de lære å lage såpe eller lage egne kort med silketrykk. I hobbygruppene er det to til seks deltagere.

Tilpassede opplegg:

- **Tiurleiktur** er en skikkelig utfordring med overnatting under åpen himmel der høydepunktet er tiurleiken. To slike turer er gjennomført. I utgangspunktet er dette en ren guttetur med en mannlig ansatt og brukere, og det kreves av de som er med at de kan klare å ligge ute en natt i dårlig vær. Forberedelsene er halve turen. Planlegging inkluderer matinnkjøp og utarbeiding av en liste over alt som trengs av turutstyr. Vi har erfart at brukere som har deltatt på disse turene nå tar initiativ til å dra på tur sammen med andre brukere eller på egenhånd.

- **Dansefestene** er blitt så populære at de ryktes til andre bydeler. Gleden over god mat, musikk og dans er fellesnevner.



Jesperudhuset, vinteren 2003.

Vi har hatt kostymefester der hatter og enkle effekter er lagt fram så gjestene kan kle seg ut etter hvert som de ankommer. Tilbakemeldingene på disse festene har vært udelt positive.

«Agnes» er en typisk Jesperudhusbruker

Agnes er 40 år og har vært innlagt 15 år i psykiatrisk behandling sin institusjon. Hun har en alvorlig psykose. Overføring fra institusjon til bydel skjedde i løpet av en lengre periode med permisjoner og med god oppfølging fra institusjonen. Imidlertid var overgangen vanskelig, og hver dag er en kamp for Agnes med angst og paranoide forestillinger. Det er få mennesker Agnes virkelig kan stole på i denne verden. Agnes har liten kontakt med familien. Hun har det vanskeligst i feriene når alt er stengt og hennes behandler er bortreist. Agnes begynte med å komme på åpent hus på tirsdags kvelden. Ukeprogrammet er nå to dager på Jesperud og tre dager på distriktspsykiatrisk senter. Jo mer struktur i hverdagen, jo bedre. Agnes liker kryssord. Hun kan ikke konsentrere seg om å lese aviser eller bøker, men det å løse kryssord går greit. Ofte blir flere interessert i kryssordoppgaven hennes og hjelper til med løsninger. Agnes kommer også innom på torsdager og deltar i dugnadsgruppa.

Agnes forteller at Jesperudhuset fyller tomrommet i en elers innholdsløs tilværelse. Tidligere var det dager hvor hun satt inne i leiligheten uten å gjøre noen ting. Nå har Agnes

program hver dag og har nå bodd i egen leilighet i ett år uten tilbakefall eller reinnleggelser.

Det er spesielt de med en alvorlig sinnslidelse og med omfattende og langvarige behov som gir den største utfordringen, samtidig er det her vi ser de største forandringene. Vi gleder oss når vi hører at fem av våre brukere med alvorlig psykisk sykdom, som tidligere opplevde hyppige innleggelser, bodde utenfor institusjon i hele fjor uten reinnleggelser i institusjon.

Anerkjennelse og struktur

Mange av våre brukere har lite nettverk av familie og venner. De har erfaring med avvisning og er derfor også redd for å knytte kontakter for kanskje å oppleve nok en avvisning. På samme tid lever mange et kaotisk liv som de strever med å få orden på.

Slik jeg ser det, er utviklingen av et kontaktforhold selve grunnlaget for å kunne hjelpe andre. Det er her vi som ansatte møter de største faglige utfordringene; Å videreutvikle kontaktferdigheter er en livslang prosess. Vi må tørre å være direkte og tydelige. Vi tar opp enkelte episoder og gir tilbakemeldinger slik at den enkelte kan få en reell mulighet til ny læring. Har du ikke penger til middag kan du få på «krita» én dag, men neste gang må du ha med penger. For at det skal bli en læring ut av det må vi stille krav slik det gjøres ute i det vanlige liv.

Mange som kommer til Jesperudhuset har behov for å prate. Samtalene finner ofte sted rundt kjøkkenbordet. Temaer er alt fra verdenssituasjonen til opplevelsen av å være psykiatrisk pasient.

For en som har fått en schizofrenidiagnose og hører stemmer er det viktig å møte mennesker som er tydelige uten å være for strenge. «Du», sa en til meg, «inni meg er det en slosskamp mellom stemmer. Når jeg er her og snakker rolig med deg så blir stemmene svakere.» Denne brukeren har en sykdomsinnsikt som gjør ham tilgjengelig for ny læring. Ikke alle har samme sykdomsinnsikt, men det kan være et mål å arbeide mot en slik innsikt

Kun i få tilfeller har vi opplevd utagerende adferd. Det er blitt stoppet umiddelbart av ansatte. Terskelen for å komme til Jesperudhuset skal være lav, men stedet har klare spilleregler når det gjelder uakseptabel atferd. Vold, rus, mobbing og selvskading aksepteres ikke på Jesperudhuset. Dette har med sikkerhet og trygghet for den enkelte bruker og ansatt å gjøre. I samarbeid med enkelte brukere har vi kontakt med DPS, primærlege og ellers andre aktuelle samarbeidspartnere, eventuelt også familie.

Brukermedvirkning i praksis

På husmøtet, som holdes en gang i måneden, velges husrådet som består av to ansatte og fem brukere. Her kan deltagerne få trening i møteledelse, referatskriving og ikke minst trening i å være med og si sin mening og komme med forslag til endringer. På husmøtet skal alles stemme høres, også de som til vanlig ikke sier så mye. Det kan gjennomføres ved å ta en

rundspørring rundt bordet. Husmøtet gir innspill til husrådet som så fatter vedtak. Økt brukermedvirkning er et krav til alle helsetjenester (2). Faren er til stede for å skape et skinndemokrati der brukerne i realiteten ikke har noen innflytelse på det som skjer. Brukerne på Jesperud har reell påvirkning på enkelte av aktivitetstilbudene. En konkret episode kan beskrive dette: Vi tok opp på husmøtet at hvis vi fortsatt skulle holde åpent på fredager måtte noen forplikte seg til å hjelpe til. Etter to dager kom tre brukere og sa seg villige til å komme fast hver fredag og hjelpe til. Nå er fredagene et samarbeidsprosjekt, og stadig flere kommer og tilbyr sin hjelp. Blant annet har vi flere kvinner med minoritetsbakgrunn som flere fredager nå har kommet og laget eksotisk mat. Dette er til glede og gir ny inspirasjon. Mat skaper gode sosiale relasjoner og bygger kontakt på tvers av religion og kultur. Kafeen er i ferd med å bli et sosialt møte- sted i lokalmiljøet for mennesker som har tilknytning til psykiatrien enten som brukere, pårørende, ansatte eller frivillige. Vi legger vekt på ressurser hos den enkelte og bygger på det de er gode til. Er du god til å lage mat får du være med på det, er du god på regnskap, så fører du regnskap og så videre. Vi som er ansatte blir rollemodeller og bruker spontane situasjoner som oppstår bevisst til ny læring.

Litteraturhenvisning

1. St.melding nr.25, Åpenhet og helhet- om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. 1996-97
2. Statens Helsetilsyn utredningsserie, Brukermedvirkning og kontakt med pårørende. Distriktpsikiatriske sentre- organisering og arbeidsmetoder IK -2738, Oslo juni 2001 1:2001 pkt.3.4

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nordviste@c2i.net

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. 425,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Persona non grata

ASYLSØKERMEDISINEN SOM ALLMENNEMEDISINSK EKSTREMSPORT

AV HARALD SUNDBY

En dag i uken ved Flyktninghelseteamet i Trondheim (FHT). Det er for tiden min kommunale legeoppgave, og har vært det i et drøyt år. Den dagen er spesiell. Det er i sannhet en internasjonalt dag, og kan representere helsereiser til for eksempel Irak, Afganistan og Sierra Leone før lunsj, og kanskje Bosnia, Kongo og Russland etter lunsj. Tilsvarende spenn kan det være i problemstillingene. I medisinsk forstand er det likevel slik at endel klart dominerende helsefaktorer hos nær sagt alle disse pasientene, som f.eks. oppholdstillatelsen, influerer jeg i utgangspunktet svært lite på. Dertil kommer språk- og kulturproblematikken. Sett med perspektivet fra vanlig norsk allmennpraksis synes jeg det er belegg for å hevde at jeg disse onsdagene på FHT bedriver en slags allmennmedisinsk ekstremsport.



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 Kalvskinnets Legesenter i Trondheim sentrum fra august -02. Gift, 4 barn. Spes. i allmennmedisin -02. Spesialist i Sør-Trøndermedisin.

Jeg var ikke mer enn akkurat kommet inn døren den morgenen, før Lena, vår påpasselige sekretær, kom med en liten lapp i rutepapir:

«Hun blir sendt ut i dag. Politiet gir dere frist til kl. 11.00 for en medisinsk vurdering. Hvis ikke blir hun hentet. Kontakt meg hvis nødvendig. Arne S.»

Under stikkordet «Advokater» er det til sammen 16 Gule Sider i telefonkatalogen for Trøndelag. Arne S. var den eneste av dem som inntil nylig tok asylsøkersaker. Det har han nå, nettopp av den grunn, sett seg nødt til å slutte med. En bunnsolid kar det er all mulig grunn til å ta på alvor. På venterommet befant seg en kvinne i 50-årene, i nattkjolen, fulgt av datter og svigersønn.

På FHT er ikke det å omrokkere timeboka det enkleste. Ved alle konsultasjoner følger det tolk. Avlysninger og forsinkelser er lite ønskelig. Jeg beholdt heldigvis gangsynet, tok styring, snudde lappen og skrev: «Her kan jeg gjøre en medisinsk vurdering ca. kl. 15. Hun kan vente her. Hvis politiet ikke kan vente får de hente henne. Kontakte meg hvis behov! Harald S.»

Dette fungerte. Politiet dukket ikke opp. Pasienten fikk et rom, tilsyn og noen kopper te. Flyet gikk uten henne. Klokket 15 var jeg ferdig med dagens øvrige program, og kunne forsøke å sette meg inn i dette. Violeta D., vi kan



kalle henne det, var fremdeles i nattkjolen, men datteren hadde hentet en genser til henne. I tillegg var Ingeborg fra Psykososialt Team for Flyktninger til stede. Vi er samlokalisert, og de trår til for oss ved spesielle behov. Ingeborg kjente familien fra før, fra da de kom til landet fra sitt latin-amerikanske opprinnelsesland for ca. 10 år siden. Den gang var det bare datter og svigersønn som kom, med politisk asyl, på flukt fra den brutale borgerkrigen i dette landet. Violeta D. kom senere, for tre år siden, på turistvisum. Hun var 55 år, men virket minst 15 år eldre. De brokkene jeg fikk høre om hennes livshistorie samsvarte med dette slitasjepreget. Og hun hadde få, om noen, igjen i hjemlandet. En sønn og andre i familien var drept i borgerkrigen, andre var ute av bildet av andre grunner. Hun kvalifiserte juridisk ikke for noen form for permanent oppholdstillatelse, og hun hadde papir på at hun var formelt utvist; «persona non grata», datert 10.12.01. Det er forresten årsdagen for Menneskerettighetserklæringen. Situasjonen i dag var vel et tydelig varsel om at tålmodigheten med denne gjesten nå var definitivt over hos oss i vertskapslandet. Det var tid for hjemreise. Datter og svigersønn var svært fortvilte. De mente Violetas helsetilstand var alt for dårlig for en slik reise. Hun ville ikke kunne greie seg selv i hjemlandet. Hun ville gå til grunne der. Dette, fortalte de, hadde de ikke nådd fram med noe sted.

Uten filter

Så her var det nødvendig med kartlegging. Violeta virker svært stresset, nærmest desorientert. Jeg forsøkte å få i gang en samtale, men hun var i en annen verden. «Jeg har ikke gjort noe galt... jeg er ikke skyldig». Dette var hovedmeldingen hun hadde, på spansk. Så gikk det hele over i manifest panikk, med hyperventilasjon. Violeta fikk kramper, og var borte for oss i 45 minutter. Allmennpraksis byr av og til på virkelighet helt uten filter. Dette var en slik anledning. Konfrontert med Violetas sammenbrudd måtte jeg en kort tur på toalettet. Jeg har håndtert mange panikkanfall, og det var ikke angsten i dette som satte meg ut av spill. Det var lidelsen. Men det ble tross alt enklere vurderinger enn jeg hadde fryktet. Violeta måtte innlegges ø.hj. på psykiatrisk sykehus. Dette var jeg allmennpraktisk talt *helt* sikker på var nødvendig. Med slik sikkerhet oppstår heldigvis også den tyngden som skal til for å ta klar føring i den rituelle dansen med vakthavende ass. lege på Psykiatrisk Avdeling.

– Normalt sett anser vi ikke situasjonene rundt asylsøkere og utkastelse som noe for oss. Akutte panikkanfall kvalifiserer dessuten normalt sett ikke for innleggelse her...

Vel, det er lov å prøve seg. Jeg husker selv fysikkoppgavene fra videregående skole: «Vi ser i dette tilfellet bort i fra luftmotstanden». Jeg har alltid syntes at dette bærer preg av litt

juks. Violetas helsekrise der og da var akutt, alvorlig, sammensatt og psykiatrisk. Inn på sykehus bar det, med ambulanse.

Ut derfra etter noen dager. I følge epikrisen en sannsynlig dissociativ lidelse, dessuten tilpasningsforstyrrelse, der «hjemsendessituasjonen må regnes som hovedårsak til aktuelle dekompenisering». Riktignok tre krampeanfall under oppholdet, og midlertidig overføring til Nevrologisk avdeling for utredning. Nå både ønskelig og nødvendig med rask effektivering av hjemsendelse. Videre opphold på psykiatrisk sykehus trolig kontraindisert. Mht. transportdyktighet: Påse at pasienten kan reise seg noen ganger under flytransporten for å forebygge blodpropp.

Second opinion

Datteren var ikke mindre fortvilet etter dette. Hun plasserte mor i dekning hos venner. Vi tok dem inn igjen, og Violeta framsto som klart psykotisk. Hun var opptatt av sitt innbilte spebarn, som var i stor fare og snarest måtte finnes. For oss framsto hun som klart ute av stand til å klare seg selv. Sammen med Psykososialt Team så vi det nødvendig med et korrektiv til sykehusets vurdering. I et brev til advokaten frarådet vi hjemreise sterkt, og mente at man i alle fall, som et minimum, måtte påse medisinsk kompetent følge under reisen. Vi tenkte: hennes hyperventilasjonsanfall med kramper hadde nylig ført til ø.hj. overføring fra psykiatrisk til nevrologisk avdeling. Hva da med et anfall om bord i flyet over Atlanteren?

Nå fikk vi raskt tilsvaret: Etter få dager kom følgende forespørsel fra UDI: Kan FHT stille med kompetent reisefølge? Vi hadde tverrfaglig gjennomgang på dette, og fant ut at dette stred klart mot fagetikken, både for leger, psykologer og sykepleiere.

Rapporten fra datter lød på at pasienten fortsatt var psykotisk og forvirret. Og altså i dekning fra norsk politi. Sykehusvurderinger teller oftest tyngst, og medisinsk sett var hun derfor fortsatt transport- og hjemreisedyktig. Vi foretok telefonrunder og brevrunder med bl.a. det psykiatriske sykehuset. Men sannsynligvis var det gått en del faglig prestisje i dette, og vi sto i stampe. En variant med innleggelse for «second opinion» i byens andre psykiatriske sykehus strandet i byråkrati. Jeg var fortørnet, utnavigert og handlingslammet en periode. Dessuten travel. Men trolig så jeg for komplekst på det. For klinisk var det åpenbart berettiget mistanke om alvorlig sinnslidelse ennå. Omsider gikk det opp for meg at det som nå var påkrevet var allmennmedisinsk annenhåndsvurdering, ikke psykiatrisk. Jeg kontaktet derfor kommunens faste allmennlegevakt, som så problemstillingen uten store vansker. Violeta D. ble



*Fastlege for hele verden?
Flyktningemedisinen som
tyngende bør eller forfriskende
utfordring i fastlegeordningen.*



ILLUSTRASJON: ØYSTEIN FØRRE

samme formiddag vurdert, funnet alvorlig sinnslidende og reinnlagt av legevakten.

Ekstremt, men ingen stor risiko

Det ble et langt bedre opphold for henne. Hun fikk seks uker på seg, flere samtaler med tolk, medisiner og oppfølging. Hun klarnet nesten helt opp! Den nye epikrisen var mer nyansert, og samsvarte også mer med våre vurderinger. Betragtninger rundt transportdyktighet og hjemreise manglet imidlertid helt denne gangen.

Med justeringer rundt bosituasjonen og medisineringshjelp fra hjemmesykepleie har hun til skrivende stund beholdt bedringen. Hun er riktignok ustabil, og dekompenierer av og til, under alle former for press. Utlendingsnemnda ba om fornyet medisinsk vurdering, i løpet av 10 dager. De ba oss å benytte retningslinjene for slike erklæringer som er utstedt fra Helsetilsynet. Det er stramme og strukturerte retningslinjer. Vel og bra. Et viktig punkt: Legeopplysningene skal *ikke* omtale pasientens behandlingsmuligheter i hjemlandet.

Det gikk rimelig greit med den legeerklæringen. Vi er flere fagfolk som ser det samme. Violeta D. er alvorlig psykiatrisk syk, men ved strukturert utredning, behandling og

oppfølging er livet hennes til tross for dette brakt i verdige former her i landet nå. Ved hjemreise tror vi imidlertid hun kan dekompenere inn i sitt paranoide, psykotiske helvete. Hun vil da, uten oppfølging, kunne gå til grunne ganske raskt. Vi er endog ganske sikre på at så vil skje. Vi tror heller ikke det finnes tilstrekkelig behandlingsmuligheter ... oohs, der var det vi ikke skulle mene noe om. Violeta D. er betydelig bedre nå. Nesten stabilisert. Ikke verst bare det, medisinsk sett. Mer kan vi vel ikke gjøre?

Således byr asylsøkermedisinen på utfordringer som jeg klart vil anbefale! Også for fastleger, som etter retningslinjene har det primære ansvar også for denne gruppens helse-tilbud. Til forskjell fra mange andre disipliner byr nemlig denne ekstremporten ikke på særlig grad av risiko. Man risikerer egentlig ikke stort annet enn at man kan bli engasjert. Det kan være slitsomt, og det finnes ingen takst som passer helt. Men jeg vil ikke kalle det direkte farlig.

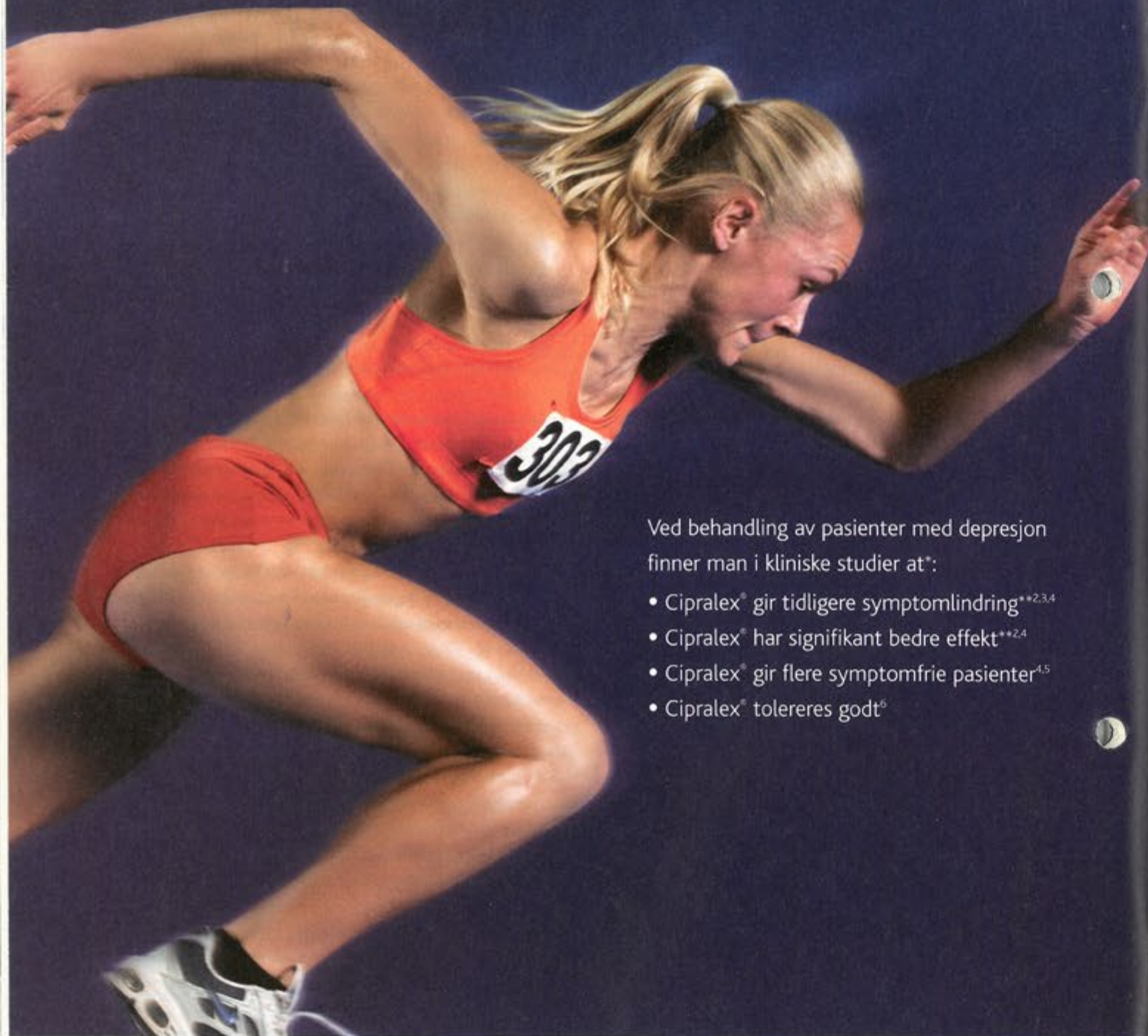
Artikkelen er forelagt pasienten og hennes familie, som synes det er helt greit med publisering i denne anonymiserte form i «Utposten».

I brev av 20.01.04 fra Utlendingsnemnda får pasienten oppholdstillatelse i Norge, på humanitært grunnlag. Dette på bakgrunn av de nye opplysningene om helsestanden hennes.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Cipralex®

Rask, effektiv, selektiv^{1,4,7}



Ved behandling av pasienter med depresjon finner man i kliniske studier at*:

- Cipralex® gir tidligere symptomlindring^{**2,3,4}
- Cipralex® har signifikant bedre effekt^{**2,4}
- Cipralex® gir flere symptomfrie pasienter^{4,5}
- Cipralex® tolereres godt⁶

*Placebokontrollerte studier hvor Cipramil®(citalopram) er inkludert som aktiv kontroll. **Bedre effekt enn placebo og Cipramil® målt i uke 1 og 8 (OC-analyse)

For preparatorrtale og referanser se side 36.

www.cipralex.com

Lundbeck  Cipralex
escitalopram

Norsk allmennmedisin sett fra et utenlandsk perspektiv

Refleksjoner fra en tysk lege i norsk distriktsmedisin

AV DINO SCHLAMP



Leger fra mange land jobber i Norge i primærhelsetjenesten. Etter oppfordring fra en av redaktørene i Utposten skriver jeg – rett fra hjertet – om mine erfaringer fra Distrikt-Norge.

Etter fem års sykehustjeneste i indre medisin, kirurgi og preklinisk akuttmedisin samt to og et halvt år i allmennmedisin og avsluttet allmennmedisinsk spesialistutdanning var tiden kommet for en luftforandring. Jeg er optimist av natur og var på leting etter nye personlige og faglige utfordringer, utviding av erfaringene og litt mer arbeidsglede i vakker natur. Selvfølgelig spilte også inntektsmuligheter en ikke helt ubetydelig rolle. Det måtte jo finnes noe mer spennende enn virkligheten for allmennpraktikere i Tyskland: «fem-minuters medisin», lange dager på kontoret, alle slags spesialister rundt neste hjørne og ubehagelig administrativ og økonomisk press.

England, Australia eller utviklingshjelp?

Men hvor skulle reisen gå? Ved nærmere betraktning fantes det flere aktuelle og interessante muligheter for en 34 år ung spesialist i allmennmedisin. Italia, særlig Sardinia? Et utrolig fint sted hvor min kone kommer fra (Men der bor også min svigermor og å tilbringe ferien der var kanskje nok?!). Canada? Temmelig langt! Australia eller New Zealand? Enda lengre! England eller Skottland? Favorittmål!! Eller Sveits? Ja, vel? Sverige eller Norge? Brrrr... kaldt og mørkt! Og Danmark? Kanskje. Eller skulle jeg velge utviklingshjelp i et u-land? Hvorfor ikke?

Heldigvis kjente jeg noen som kjente noen som igjen kjente noen som hadde fulgt den tyske legekavaleren til Norge. Og det gikk rykter om at han var svært tilfreds i enhver henseende. Så kastet jeg alle hemninger og dro til Norge.

Det ble utkant-Norge

Etter hospitering på en gynekologisk avdeling i Tyskland, tre-måneders språkkurs som ledd i et internasjonalt rekrutteringsprosjekt prøvde jeg meg i turistkommunen Norddal mellom Trollstigen og Geiranger. Her har det vært ustabil legedekning i mange år. Fjord, fjell og mye natur, omtrent 1900 innbyggere, gjennomsnittlig to innbyggere pr. km². Fjorden deler kommunen i to og legen er som alle andre avhengig av fergen, noe som gjør alt vanskelig. Ni mil til det nærmeste sykehuset. Med stimer av turister og hundrevis av østeuropeiske jordbærplukkere øker pasientgrunnetallet i kommunen om sommeren med opptil 1000 prosent!

Til min overraskelse var kommunen ikke særlig interessert i å sjekke mine kvalifikasjoner før den ansatte meg. Og jeg spurte meg om kommunen også ville ha tatt meg dersom jeg hadde vært patolog.

Hektisk begynnelse

Da jeg begynte var en belgisk kollega kommunelege I. Vi hadde dessuten en etnisk norsk turnuslege. Innimellom hadde vi vikarer med multietnisk bakgrunn. Svært internasjonalt miljø for en så liten plass kan man trygt si? Like før jeg kom ble kommunelegen I syk. Det gjorde at min arbeidssituasjon ble totalt annerledes enn jeg i min villeste fantasi kunne ha forestilt meg. Tilsyns- og helsestasjonslege, leder av legevaktsentralen, veileder av turnuslegen (selv om jeg ble veiledet av turnuslegen i startfasen), samfunnsmedisin, og, og, og...

Hverdagen

Lange og travle arbeidsdager, mange vakter, mye ansvar, stort forbedringspotensiale i kommunalt styring av helseavdelingen, ingen støtte, jeg følte meg alene og som et presset sitron. Stadig vekk «importerte» vi gode og mindre gode (korttids-)vikarer, det førte heller ikke til begeistringrus. Men i det minste så jeg også positive aspekter i forhold til vikarene. De hadde dansk, svensk og dels iransk, irakisk, pakistansk eller tysk bakgrunn og spennende livshistorier. Selvsagt var det også positive øyeblikk med per-

sonlig og faglig stimulering. Internasjonalt mangfold i norsk allmennmedisin som inspirasjons- og kunnskapskilde! På den annen side virket den eventyrlige vikarlønnen (23 000 kroner garantilønn pr uke!) rett og slett demotiverende på meg som hadde fastlønn (lønnstrinn 53).

Mange problemer

Det har vært mye krangel og lange forhandlinger med kommunen om lønn, vakter, overtid og det ene og andre f.eks. løfte om hus med hage (ble ordnet etter ett og et halvt år). Mitt problem var at man ikke forhandler om slikt som lege i Tyskland, så på dette feltet var jeg helt grønn. Igjen og igjen hadde jeg tanker om å forlate dette stedet. Men etter hvert lærte jeg noen knep og etter hvert har kommunen strukket seg forholdsvis langt for å beholde meg.

Det tok ikke lang tid før jeg kjente det spesielle i å jobbe som allmennpraktiker i DistriktsNorge: rekrutteringsproblemer og faglig ensomhet.

Fastlønnen lege

Ingen komplisert etableringsinnsats og intet drifts-/arbeidsgiver- og budsjettansvar for legekantoret, samt faglig frihet var grunnen til at jeg valgte å begynne som fastlønn lege, noe som gav meg trygghet i begynnelsen da jeg ikke kjente systemet så godt. Dessuten virket permisjonsordningen og ekstraferie stimulerende i beslutningsfasen.

Det daglige arbeidet

Det daglige arbeidet på kontoret er annerledes, mer variert enn i Tyskland og krever mer allsidighet og praktiske ferdigheter. Gynekologi og svangerskapsomsorg er helt uvanlige arbeidsområder på tyske kontorer. Øyerelaterte problemstillinger ser en nesten aldri (tonometri!). Dessuten er det mer pediatri (helsestasjon!), ortopedi, dermatologi, psykiatri og småkirurgi og -skader. Kjempegode muligheter til å trene kliniske ferdigheter. Det tette og uformelle tverrfaglige samarbeidet med helsesøster, jordmor, psykiatrisk sykepleier, trygdekontor og dels ergo- og fysioterapeut har vært en ny og positiv erfaring for meg. En smittsom allmennmedisinsk rundreise med øyer av faglig inspirasjon.

Basisferdigheter

Anamnese og klinisk undersøkelse har en høyere betydning i det kliniske arbeidet enn jeg var vant til i Tyskland. Jeg har inntrykk av at dette fører til en mer gjennomtenkt bruk av supplerende, tekniske undersøkelser, noe som gjør hverdagen variert og spennende. Likevel savner jeg muligheten for ultralydundersøkelser på kontoret. Denne metoden synes jeg er svært nyttig i allmennpraksis, særlig langt fra sykehuset og til stor glede for legen. Det er heller ikke upraktisk å ha mulighet for arbeids-EKG, et pulsoksimeter og en

hjerterstarter på kontoret. Men på den andre siden spurte jeg meg selv ofte om mye av det vi i Tyskland mener å trenge i det daglige arbeidet virkelig er nødvendig.

Timebestilling, telefontid og henvisninger

Jeg har klart færre pasienter pr dag og dermed mer tid for pasientene enn i Tyskland, men merkelig nok kan det i perioder også være ganske travelt på kontoret allikevel. Jeg har lært å sette pris på timebestillingssystemet, det gjør arbeidsdagen mer forutsigbar. Den daglige telefontiden har også vært en helt ny opplevelse og i begynnelsen ganske krevende vedrørende språket. Når det gjelder dokumentasjon og henvisningsrutinene måtte jeg gjennom en viss intellektuell omstillingsprosess. I Tyskland består et notat eller en henvisning vanligvis bare av noen ord eller forkortelser. De utfyllende og til dels prosaiske sykehus-epikriser har også vært vanskelig å venne seg til. Jeg savner de strukturerte og kortfattede tyske epikrisene.

Ventetid og egenandel

Ventetid og venteliste i sammenheng med pasienter var fremmedord for meg. Jeg opplevde det som ganske ubehagelig at pasienter måtte vente på en vanlig konsultasjon hos meg i en til to uker og derfor har jeg etter hvert økt det daglige pasientantallet. Dessuten føler jeg meg på grunn av egenandelen på en viss måte forpliktet å ha god tid for pasientene. Og i starten var det også en ganske merkelig følelse å ta imot egenandelen kontant fra pasientene på vaktene.

Langt til sykehus

Å jobbe langt fra sykehus med relativt lange transporttider synes jeg er spennende og utfordrende. I distriktet skjønner jeg at akuttmedisinsk kompetanse er gull verdt. Likevel kan et sykebesøk i nattens mulm og mørke om vinteren lett bli en slags overlevelsestrening. Men bilen har jo firehjuls-trekk og soveposen har jeg alltid med meg.

Pasientene

Møte med pasientene gikk til min overraskelse meget greit. Etter hvert synes jeg heller ikke at språket har vært et vesentlig problem. Dette til tross for at en stort sett snakker dialekt i kommunen. Men jeg kommer aldri å glemme lege-sekretærens og den unge kvinnens irriterte ansikter da jeg hadde min første GU og som jeg spurte «Går det?» i den tro at det betyr «Går det bra». Verken pasienten eller legesekretæren turte å oppklare denne misforståelsen. Heldigvis traff jeg like etter dette en tysk kollega på et kurs for utenlandske leger som hadde opplevd akkurat den samme situasjonen og innvidd meg i den sanne betydningen.

I forhold til Tyskland opplever jeg pasientene stort sett som mer takknemlige, mindre krevende og mer tilbakehol-



Parti fra Nordal kommune. FOTO: DINO SCHLAMP

dende når det gjelder legesøking og bruk av medikamenter. Tålmodigheten når det gjelder ventetiden er rett og slett beundringsverdig. Dessuten har jeg inntrykk av å ha færre meningsløse konsultasjoner, noe som kanskje er relatert til egenandelen (i forhold til tyske betalingsforhold hvor konsultasjonen er «gratis» mot en årlig forsikringssum). Bare en liten del av pasientene kommer med «prefabrikerte» diagnoser og nøyaktige diagnostiske eller terapeutiske bestillinger. Det har også vært overraskende at pasientene nesten alltid kommer til legekantoret på dagtid og på legevakten og at det brukes sykebesøk (med muligheter til å få innsikt i pasientens hjemmesituasjon) relativt sjelden i det daglige arbeidet.

Fri og privat

Men selv om jeg jobber og bor i distriktet sammen med mine pasienter er min «pasientrelaterte sosialfobi» som jeg brakte med meg fra Tyskland forsvunnet. Pasientene respekter min fritid og jeg har nesten aldri «konsultasjoner på gaten».

Spesialistutdanningen

Den norske spesialistutdanningen med bl a krav for deltakelse i en veiledningsgruppe og resertifisering virker for meg enestående og temmelig spesiell. Men på den annen side har den internasjonalt sammensatt veiledningsgruppen med kolleger fra Norge, Danmark, Frankrike og Tyskland vært en trivelig og inspirerende «melting pott» med god anledning til å utvide horisonten. Det meste spennende var å se på allmennmedisinen fra et internasjonalt perspektiv. Og det fantes noen «aha-opplevelser»: slik kan det også gjøres.

Men ut fra min bakgrunn synes jeg at det er urettferdig og litt hovmodig at spesialistutdanningen i allmennmedisin fra ikke-nordiske land ikke godkjennes. Av og til får en

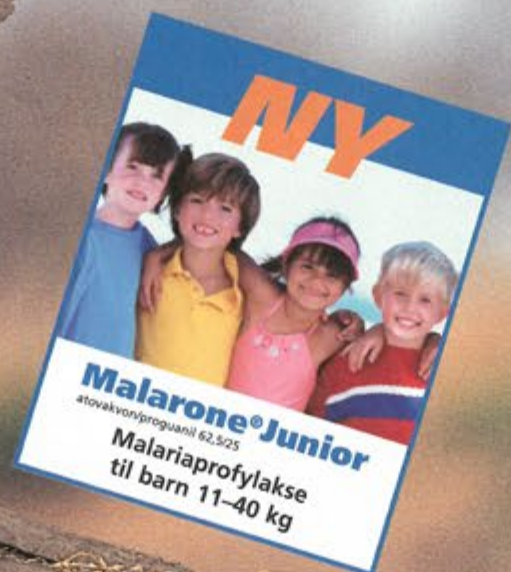
inntrykk av at den medisinske kvalifikasjonen av utenlandske spesialister i allmennmedisin som kommer til Norge blir undervurdert. Så får en spesialistgodkjenningen med minst to år forskinkelse. Og det er økonomisk sett betydningsfullt. Slik jeg ser det skulle man tro at en individuell vurdering ut fra den enkeltes erfaring og på grunnlag av dokumentert fagkompetanse og ferdighetsnivå er det minste en kunne forvente. Det føres mange veier til Roma. Også i allmennmedisinen.

Summa summarum etter to år

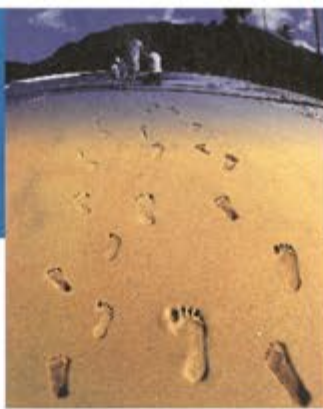
Særpreget allmennmedisin har i Norge er ganske imponerende. Det daglige allmennmedisinske arbeidet i distriktet er jordnært, pragmatisk, variert og stimulerende med mange spennende faglige utfordringer; en utmerket klinisk spennvidde og bredde. Men å jobbe i distriktet krever også at en er beredt å overtar mye ansvar, er utrustet med improvisasjonsevne, stress resistens, pragmatisme og kreativitet samt har omfattende klinisk og akuttmedisinsk kompetanse. Stor tålmodighet ovenfor kommunen skader heller ikke. En jobb for allmennmedisinske entusiaster eller idealister!? Uten tvil har det vært en personlig og faglig berikelse og stimulering for meg å jobbe i norsk distriktsmedisin. Tyske allmennpraktikere anbefales det å ta en tur til Distrikts-Norge. Det lønner seg! Fordi faglig sett er Norge allmennpraktikerens drømmeland, synes jeg. Helt tilfeldig har vi en kommunelege II stilling ledig. Ta gjerne kontakt, også dere norske leger!

Jeg takker Svein Linge som har vært behjelpelig med redigeringen av artikkelen.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net



**Den første og eneste profylakse-tablett
mot malaria som er spesielt laget for barn**



Nå kan hele familien* beskyttes mot P. falciparum-malaria

Malarone® og Malarone® Junior

atovakvon/proguanil 250/100

atovakvon/proguanil 62,5/25

C Malarone «GlaxoSmithKline» Malarone Junior «GlaxoSmithKline»

Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

Tabletter: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Malarone Junior:** Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av P. falciparum. **Malarone Junior:** Profylakse mot P. falciparum-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av P. falciparum som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse mot P. falciparum-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Av samme årsak anbefales Malarone til behandling av P. falciparum malaria i områder hvor det forekommer resistens overfor andre antimalariamidler. Malarone Junior skal ikke brukes til behandling av malaria. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

Dosering: Malarone: Profylakse: 1 tablett daglig til personer > 40 kg. **Behandling: Voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. **21-30 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **31-40 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **> 40 kg:** Dosering som for voksne.

Malarone Junior: Profylakse: 11-20 kg: 1 tablett daglig. **21-30 kg:** 2 tabletter daglig. **31-40 kg:** 3 tabletter daglig. Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Dersom oppkast forekommer den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og fortsetter i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malariaendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 ukers varighet. Tablettene skal fortrinnsvis svelges hele. Tablettene kan også knuses og gis sammen med mat.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet overfor atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdsstoffer. Preparatet er kontraindisert som profylakse mot P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior tabletter som profylakse hos barn som veier mindre enn 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men diaré eller oppkast har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Sikkerhet og effekt ved bruk av Malarone til behandling av malaria hos barn < 11 kg er ikke klarlagt. Preparatet er ikke blitt undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lunge-ødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når P. vivax-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for P. vivax eller P. ovale, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozoitter. Dersom residiv oppstår etter infeksjon med P. falciparum etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/min).

Interaksjoner: Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet skal utvises når atovakvon gis samtidig med indinavir pga. av reduksjon av C_{min} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsetter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50% og 34% og bør derfor unngås. Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (> 99%), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Signifikante interaksjoner som skyldes konkurranse om proteinbinding anses derfor lite sannsynlig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom de forventede fordelene for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Det er ingen kliniske data som indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folat-tilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. Overgang i morsmelk: Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter og diaré. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diaré, kvalme og feber. I placebokontrollerte studier var imidlertid frekvensen av disse bivirkningene i gruppen som fikk Malarone/ Malarone Junior og i gruppen som fikk placebo relativt like. Hyppigst rapporterte bivirkninger ved bruk av Malarone til behandling av malaria: Mavesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, nøytropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Endokrine:** Anoreksi, hyponatremi. **Gastrointestinale:** Mavesmerter, kvalme, oppkast, diaré, maveintoleranse, sår i munnen, stomatitt. **Hud:** Utslett (inkl. urticaria), kløe, hårtap. **Lever:** Forhøyede leverenzymverdier, forhøyede amylasenyver. **Abnormiteter i leverfunksjonstester** er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. **Luftveier:** Hoste. **Neurologiske:** Hodepine, søvnløshet, svimmelhet. **Øvrige:** Feber, angioødem.

Overdosering: Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis. **Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonspreparater bestående av atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonten i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonten av P. falciparum. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergetisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondrienes membranpotensiale. En av virkningsmekanismene til proguanil, via metabolitten cycloguanil, er hemming av dihydrofolatreduktase. Dette forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakovns evne til å bryte mitokondrienes membranpotensiale hos malaria-parasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgraden og hastigheten, og dermed øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (> 99%), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75% proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av cytokrom P450 isoenzymet 2C19. **Utskillelse:** Ubetydelig utskillelse av atovakvon i urinen. Det meste (> 90%) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid: < 40% utskilles uforandret i urinen. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urinen.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk. kr 345,30. **Malarone Junior:** 12 stk. kr. 140,80

Basert på preparatomtale (SPC) godkjent 06.08.02 (Malarone) og 24.02.03 (Malarone Junior)
Priser av 01.10.2003

* personer > 11 kg



GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A

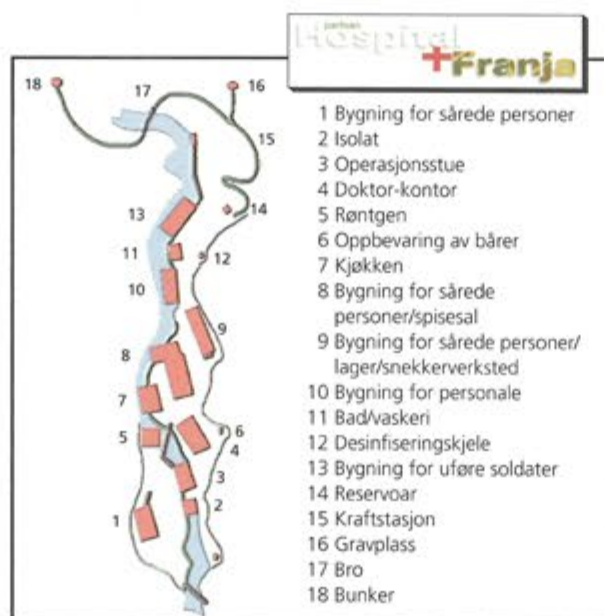
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Partisan- sykehuset Franja i Slovenia

«Dø om så det gjelder»

AV ELISABETH SWENSEN, PER STENSLAND OG BJØRN GJELSVIK

Den tyske terroren i Jugoslavia under annen verdenskrig var grusom. Av de 1,7 millioner mennesker som mistet livet her under krigen – ti prosent av befolkningen – ble mer enn tre fjerdedeler regelrett henrettet eller døde i konsentrasjonsleire. Partisanene under ledelse av generalsekretæren i kommunistpartiet Josip Broz (bedre kjent under sitt dekknavn Tito) tok ledelsen i motstandskampen og fikk bred støtte i befolkningen.



Vi hadde opprinnelig kjørt på måfå mot fjellene i nordvest – ut av Ljubljana, Slovenias optimistiske og påfallende ungdommelige hovedstad. Etter løsrivelsen fra det gamle Jugoslavia i 1991 er slovensk økonomi i støtet, ungdommen søker (og finner kanskje) lykken i byene. Forskjellene i levemåte mellom by og land øker raskt. Her oppe mot grensen til Italia var fortiden høyst nærværende. Vi passerte små landsbyer omgitt av dyrket mark mellom skogkledde åser og bratte fjell. Over alt så vi minnesmerkene fra annen verdenskrig, enkle stentavler med navn på krigsofre i alle aldre og av begge kjønn. Landsbybeboerne var få, navnene på døde endeløst mange og åpenbart beslektede. Den døsig

Monument over falne fra annen verdenskrig i en liten landsby



Gårdsplassen foran skiftestuen og operasjonsstuen ved inngangen til sykehuset



Skiftestuen



Inne i sovesalen



På partisan-sykehuset Franja var det politiske plakater og bilder av Tito og Stalin

sommeridyllen som ved første øyekast hadde minnet oss litt om norsk 50-tall ble tveetydig og uhyggelig. Alltid melder det samme spørsmålet seg. «Hva er da et menneske?»

I dette området og i denne sinnstemningen fant vi deler av et svar, partisansykehuset Franja nær den lille byen Cerkno.

Det ble i løpet av annen verdenskrig etablert rundt 120 partisansykehus i Slovenia. Partisansykehusenes oppgave ligger i navnet: De skulle gi behandling og pleie til sårede partisanere i så trygge omgivelser som mulig. «Trygge omgivelser» i denne sammenhengen betyr «fysisk utilgjengelig og omgitt av venner som kan holde kjeft når det gjelder». Hospitalene ble bygget i raviner, fjellhuler og underjordiske grotter. De var bemannet med faglig dyktige og modige ildsjeler og var helt avhengige av lokalbefolkning-

ens lojalitet og praktiske hjelp. Man anslår det samlede tallet på behandlede pasienter i disse provisoriske sykehusene til ca. 15000.

Franja – oppkalt etter sykehusets direktør dr. Franja Bojč – er ett av svært få partisansykehus som fortsatt er bevart i sin opprinnelige tilstand. Det ble bygget i 1943 for å ta seg av sårede og syke fra niende kompani i den slovenske partisanhæren. Sykehusets sentralenhet besto av de 13 brakkene som i dag er blitt museum. Brakkene er små og ligger bokstavelig talt klemt inn mellom bratte fjellsider. De ble bygget i tre, utvendig malt med kamuflasjedekor og innvendig tapetsert med gråpapir. Enheten omfattet blant annet operasjonsbrakke, røntgenbrakke og egen brakke for funksjonshemmede. Sykehuset anla også sin egen kraftstasjon i den lille elven som renner så å si under sykehuset!

Beliggenheten i den utilgjengelige Pasciakløften gjør sykehuset nærmest umulig å innta. Sårede partisaner fikk bind for øynene før de ble transportert til sykehuset. I tillegg var det et sinnrikt forsvarssystem ved inngangen til kløften på begge sider. Tyskerne angrep uten hell to ganger, men uten å lykkes og uten at sykehuset ble oppdaget. Til sammen 522 pasienter ble behandlet ved Franjasykehuset i løpet av krigen, av disse døde bare 61. Så kan man jo spekulere i årsakene til den overraskende lave mortaliteten: pre-hospital seleksjon? faglig dyktighet? pasientenes overlevelsessevne- og vilje? Medisiner og en del sanitetsutstyr ble skaffet til veie fra de vestlige allierte. Ellers ble det meste av ortopedisk utstyr laget i sykehusets eget verksted. Til alt overmål står det i den lille informasjonsbrosjyren: «The supply of other necessities of life was well organized and the hospital patients never experienced hunger. They were even offered enter-

tainment, fresh news and cultural events. From May 1944 onwards they issued their own bulletin, entitled 'Bolniski list' (Patient's Bulletin).»

Vi var de eneste turistene den dagen, og vi var uforberede på det vi skulle få oppleve. Først ruslet vi langs en elv på en sti som ble stadig smalere og brattere. Deretter klatret vi opp langs fjellsiden på trapper som er anlagt for turistene i ettertid mens vi forsøkte å se for oss samme manøver – uten trapper og med en såret partisan mellom oss. Innerst i kløften åpenbarte altså dette sykehuset seg i all sin imponerende enkelhet. Det var et stort øyeblikk og dertil en stor faglig opplevelse. Der landsbyenes stentavler med navn vitner om terror og lidelse, vitner de små hospitalbrakkene som til sammen utgjør Franja om mot, skaperkraft og solidaritet.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

Emnekurs i palliativ medisin for fastleger

22.–23. april 2004 i Bergen



Kursarrangør: Kontor for legers videre- og etterutdanning, Den norske lægeforening/Universitetet i Bergen, i samarbeid med Norsk forening for palliativ medisin.

Kurskomité: Dagny Faksvåg Haugen, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Jan Henrik Rosland og Eli Trefall, Sunniva Hospice, Haraldsplass Diagonale Sykehus.

Temaer: Hva er palliativ medisin? Smertebehandling. Symptomlindring. Fysioterapi. Erfaringer fra organisering av lindrende behandling i primærhelsetjenesten. Trygderettigheter og forskrivningsregler. Palliative tilbud. Kommunikasjon. Belastninger ved å arbeide med alvorlig syke og døende.

Forelesere: Gjesteforeleser, professor i palliativ medisin Sam Hjelmeland Ahmedzai, University of Sheffield. Øvrige forelesere fra Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haraldsplass Diagonale Sykehus og primærhelsetjenesten.

Påmelding innen 12. februar 2004 til: koordinatorkontoret.bergen@legeforeningen.no
Fullstendig kursprogram finnes i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider
www.legeforeningen.no Palliativ medisin i allmenmedisin

Statusrapport frå Sogn og Fjordane: Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesta – alltid ei utfordring

AV PETTER ØGAR

Samarbeid innan og mellom nivåa i helsetenesta er ei endelaus og framleis aukande utfordring. Mange har skrive om det og undersøkt det, og regjeringa sette hausten 2003 ned eit eige utval som skal utgreie spørsmålet nærare. Helsetenesta er prega av aukande spesialisering og ei oppleving av å vere stadig hardare ressursmessig pressa. Spesialisthelsetenesta er statusmessig dominerande og med sterkt fokus på bedriftsøkonomisk lønnsemd og balanse, sjølv om statlege styringsdokument til helseforetaka også har eit samfunnsmessig helsetenesteperspektiv som føresetnad. Kommunchelsetenesta står utan sterke felles talerøyr som maktmessig kan matche spesialisthelsetenesta. Den sterkeste yrkesgruppa, fastlegane, er som sjølvstendig næringsdrivande frigjort frå nesten einkvar kommunal identitet og organisasjonstilknytning, og er vanskelege å trekke med i samarbeidsutvikling. Mot denne bakgrunnen vil eg gje ein statusrapport frå Sogn og Fjordane.



Petter Øgar cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980–83. Kommunelege I og helse-sjef i Hornindal 1983–95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmennmedisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998

Samarbeid i fylkeskommunal tidsalder

Heilt sidan eg kom til Sogn og Fjordane som turnuskandidat i 1979, og seinare i 1983 som kommunelege, har samarbeidsspørsmål mellom spesialist- og kommunchelsetenesta vore framme på ulike og skiftande måtar. Det har vore kollegiale møte på lokalsjuehuset, utarbeiding av prosedyrepermar og fylkesdekkande konsensusprogram for behandling av diabetes mellitus. I Nordfjord har vi i over 20 år vore velsigna med ein velfungerande områdepediatri takka vere eldsjela, barnelege Ole Sverre Haga. Andre ambulerande aktivitetar er og etablert i varierende grad, mellom anna knytt til habilitering og til psykiatrien. For å styrke kommunane og kommunchelsetenesta sin posisjon vart kommunelege I-forum danna i vårt fylke som første stad i landet, men det har seinare enda sine dagar på sotteseng saman med det meste av annan kommunal samfunnsmedisin i fylket. Tilsvarende har det vore fora for leiarar innanfor pleie- og omsorgstenesta og helse- og sosialsjefane, men også det med varierende og i den seinare tid helst avtakande aktivitet. Fylkeskommunen oppretta helse- og sosialfaglege samarbeidsråd knytt til kvart av sjukehusa. Mitt inntrykk er at aktiviteten også her har vore varierende og nytten tilsvarende.

Helsetilsynet gjorde i 2001 ei kartlegging av spesialisthelsetenesta si rettleiing av kommunchelsetenesta i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag (Statens helsetilsyn 2002). Kartlegginga synte at det går føre seg ein ganske omfattande rettleiingsaktivitet, men rettleiinga spring i stor grad ut av einskildpersonar sitt initiativ og er i liten grad for-

ankra i leiinga som ledd i ei systematisk tilnærming. Berre eit mindretal av dei spurte i kommunehelsetenesta meinte at det er tilstrekkeleg organisert rettleiing frå spesialisthelsetenesta.

Denne historia er truleg ikkje spesiell for Sogn og Fjordane, og ho illustrerer fleire av dei kjente hovudutfordringane i samarbeidet. Samarbeid kan ikkje vedtakast. Vi må skape og gjenskape det heile tida. Utan sterk forankring i leiinga og etablerte, varige strukturar, vert samhandlinga for tilfeldig, kortvarig og stoppar altfor ofte opp på ildsjelnivå.

Samhandling etter sjukehusreforma

Sjukehusreforma som tok til å gjelde i 2002, har endra føresetnadene for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Mange av dei som sit i dei nye føretaksstyra eller har fått sentrale leiarposisjonar, har sin bakgrunn i næringslivet eller sektorar utanfor helsetenesta. Dei har møtt ei ny verd med vanskelege målkonfliktar, manglande samsvar mellom krav, forventningar og ressursar, og sterk offentleg og lokalpolitisk interesse. Denne røyndomen har dei ikkje vore tilstrekkeleg budde på.

Dei regionale helseføretaka har ei tredelt rolle. Dei skal syte for naudsynte spesialisthelsetenester til befolkninga. Dei er eigarar av helseføretak med sterkt press på produktivitet og bedriftsøkonomisk effektiv drift. Samstundes skal dei ivarta heilskapen i statleg helsepolitikk. Sjølv ein fantasi-fattig helsebyråkrat skjønar at desse rollene er rimeleg motsetnadsfylte, og at produktivitetskrava og det bedriftsøkonomiske perspektivet lett vil komme sigrande ut. Når det gjeld ansvars- og oppgåvedeling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, er det sjeldan slik at løysingane som finst representerer bedriftsøkonomisk vinst for begge partar.

Fylkeskommunen si omsut for kommunane kan ein nok diskutere, men mindre enn helseføretaka si omsut var ho ikkje. Fylkeskommunen som lokaldemokratisk instans var ein garanti for det. Styringsdokumentet frå Helsedepartementet til dei regionale helseføretaka og styringsdokumenta vidare til helseføretaka slår fast at samhandlinga med kommunehelsetenesta er viktig, og pålegg helseføretaka å etablere samarbeid med kommunane både på politisk, administrativt og fagleg nivå. Eg vil leggje til at spesialisthelsetenesta har eit særleg ansvar for samhandlinga med kommunane fordi kommunane er mange, små og manglar gode, felles talerøyr.

Frå grove overtramp til positivt samarbeid

Dei fleste endringane i spesialisthelsetenesta vil ha konsekvensar for kommunehelsetenesta. Det tok tid før Helse

Førde, som omfattar all spesialisthelseteneste i Sogn og Fjordane, tok konsekvensen av dette. I september 2002 vedtok Helse Førde eit kutt i ambulansetenesta på om lag 4,2 mill. kr. for å spare pengar. Dette gjorde dei utan at berørte kommunar hadde fått planane til høyring, og vel vitande om at ein i helseføretaket stod framfor eit strategisk planarbeid med funksjonsgjennomgang av sjukehusa, som fort kunne få konsekvensar for utforminga av framtidig ambulanseteneste. Saka vart klagt inn til Fylkeslegen som kom fram til at endringane truleg ville medføre uforsvarlege løysingar. Når det galdt sjølve prosessen, tok Fylkeslegen noko hardare i: «Dette kan i beste fall kallast prosessuell dugløyse, i verste fall prosessuell arroganse.»

Framlegg til ny strategisk plan for Helse Førde vart sendt på høyring i mars 2003. I si høyringsfråsegn uttalte Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sogn og Fjordane mellom anna: «Den største veikskapen med planen er den mangelfulle drøftinga av tilhøvet til og konsekvensane for kommunehelsetenesta. Gjennomføring av planen med sentralisering av akuttfunksjonar og endring i fødetilbodet føreset både at kommunehelsetenesta tek på seg nye oppgåver og vert påført auka utgifter. Det er ikkje gitt at kommunehelsetenesta er i stand til dette. Kommuneøkonomien er særns vanskeleg. Det same er legerekrutteringssituasjonen nokre stader. Nye og utvida oppgåver samstundes med at nærleiken til viktige spesialisthelsetenestemiljø vert borte, kan føre til ein forverra rekrutteringssituasjon. Den mangelfulle avklaringa mot kommunane og kommunehelsetenesta gjer at Fylkesmannen må stille spørsmål ved om framlegget om fødestove ved Lærdal sjukehus i det heile er realistisk å gjennomføre.

Fylkesmannen har korkje hatt kompetanse eller tid til å gå inn i dei bedriftsøkonomiske vurderingane som ligg i framlegget. Det er heller ikkje vår primæroppgåve. Derimot etterlyser vi ei samfunnsøkonomisk drøfting i høve den totale helsetenesta. Ved sida av å oppfylle 'sørge for' ansvaret når det gjeld spesialisthelsetenester og drive effektiv bedriftsleiing, skal også dei regionale helseføretaka ivareta heilskapen i staten sin helsepolitikk. Det er krevjande og motsetnadsfylt, men særns viktig. I dette perspektivet saknar Fylkesmannen ein analyse og drøfting av kva konsekvensar strategien får for kommunehelsetenesta og helsetenesteytingar finansiert over folketrygda.»

Helseministeren har seinare i føretaksmøtet sett som vilkår for gjennomføring av planen at konsekvensane for kommunane vart utgreidd, og at kommunane vart trekte med i dette arbeidet. Dette har seinare skjedd, rett nok ikkje utan vanskar, men så er det og særns vanskelege spørsmål det handlar om.



FOTO: PETER ØGAR

I november 2002 arrangerte Fylkeslegen i Sogn og Fjordane i samarbeid med Helse Førde ein stor todagars samhandlingskonferanse. Adm. direktør i Helse Førde engasjerte seg sjølv aktivt, og utkommanderte alle institusjonsleiarar og avdelingsleiarar på kliniske avdelingar. Frå kommunane var det eit tungt innslag av rådmenn, helse- og sosialsjefar og andre leiarar i kommunehelsetenesta. Aldri har så mykje administrativ og fagleg helsemakt vore samla i dette fylket. Berre fastlegane var dårleg representerte.

Første dag vart nytta til intensjonserklæringar, visjonar, tankar og gjennomgong av utfordringar og overordna ansvars- og oppgåvedeling. Andre dagen vart nytta til gruppearbeid om sentrale problemstillingar i samarbeidet: rutinar ved tilvisingar og utskriving, individuell plan og system for utveksling av melding om avvik eller uønskte hendingar mellom tenestene. Gruppene var samansett på tvers av nivåa, men det lukkast berre å få med representant for primærlegane i gruppa som arbeidde med tilvisingsrutinar. Gruppearbeida vart lagt fram, drøfta, og det vart fastsett vidare arbeid fram til nytt samhandlingsmøte nokre månader seinare der ferdige produkt skulle presenterast. Dette

skjedde i februar. På februar møtet vart ein samd om at standard tilvisingsskjema skal lagast elektronisk og prøvast ut i eit pilotprosjekt. Felles mal for individuell plan vart vedteken både for pasientar innan somatikken og psykiatrien med evaluering etter eit år. Det var semje om rutinar i samband med utskriving og om eit system der ein skreiv avvik/framlegg til forbetringar mellom tenestenivåa på dei rutinane ein hadde arbeidd med når noko ikkje fungerte slik det skulle.

Adm. direktør i Helse Førde tok våren 2003 initiativ til å opprette eit koordineringsråd mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Rådet skal bidra til å utvikle og sikre kvaliteten på samarbeid og samhandling mellom partane vedrørende tenester til pasientar med somatiske/psykiske lidningar som treng eit samansett heilskapleg tenestetilbod i fylket. Direktøren er sjølv leiar av rådet som elles består av representantar for Helse Førde, brukarutvalet, kommunane og fylkeslegen. Dei kommunale representantane er utpeika av dei kommunale regionråda som finst i fylket og har med det eit mandat frå kommunane. Mellom dei kommunale representantane er det rådmenn, helse- og sosialsjefar og ein ordførar.

Koordineringsrådet legg opp til to møte i året og kan i tillegg arrangere konferansar ved behov. Som døme på kva saker rådet handsamar vart det på siste møte oppnemnt ei gruppe som skal lage framlegg til ei ordning der Førde sentralsjukehus står for innkjøp, vedlikehald og utleige til kommunane av behandlingshjelpemiddel kommunane berre sporadisk har trong for, t.d. respiratorar. Koordineringsrådet vil ikkje kunne løyse alle samarbeidsproblem, men eg trur det er ein viktig konstruksjon fordi det er ein fast struktur som kombinerer tung leiing og forankring i Helse Førde og ein representativ kommunal medverknad.

Oppsummering

Samarbeidet og samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane er for tida inne på eit rett spor, men utfordringane er framleis store. Dei er særleg knytte til den vanskelege økonomiske situasjonen som begge tenestnivåa er i. Den manglande stabiliteten og relativt store mangelen på fastlegar samt eit monaleg innslag av vikarstafettar på sjukehusa utgjør og ei stor utfordring. Framleis er kommunane i ein for svak maktposisjon, og dei har så langt vore for lite flinke til å lage gode rettleiingstingingar til spesialisthelsetenesta. Legetenesta i kommunane er også for dårleg representert i samhandlingsprosessane. Til slutt vil eg minne om at samhandlingsutfordringane ikkje berre eksisterer mellom tenestnivåa, men også i høgste grad innanfor tenestnivåa.

Litteratur

- Diabetesomsorgen i Sogn og Fjordane. Konsensus vedkommende ansvars- og oppgåvedeling, behandlingsmål og kontrollopplegg. Sogn og Fjordane 1989, revidert 1991.
- Øgar, P.: Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane – et forsøk på å løse primærhelsetjenestens avmaktsp-problem. Utposten 1993; 22: 88–9.
- Øgar, P.: Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten? Utposten 1997; 26: 160–3.
- Statens helsetilsyn (2002): Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001.IK-2765. Oslo: Statens helsetilsyn.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net

C Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmrøserte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralex administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2–4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. **Maksimal effekt** nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2–4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolisme** av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, kirrotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonerg syntese. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psykoaktive legemidler kan påvirke vurderingsvevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibelt MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med escitalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordanid og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmakonsentrasjonen. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralex bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Amning: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amning bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. Disse er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blindede, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. Svært hyppige: (>1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hyppige (>1/100): Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Nervsystem: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet, Respiatoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** Nervsystem: Smaksforandringer, sømnløshet. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metaboliske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramp, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nevrositet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioødem, svette.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, kramp, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygening og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tabletinntak. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: **Tabletter: 5 mg:** Enpac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

- Sorbera LA et al. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 15–20.
- Goman JM et al. *CNS Spectrums*, April 2002, volume 7(suppl 1): 40–44.
- Wade A et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 95–102.
- Lepola UM et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 211–217
- Francois C et al. *Eur J Health Econom* 2003; 4: 12–19
- Burke et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:4: 331–336
- Preparatomtale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.



I Utposten nr 5/2003 startet Kjeld Malde en debatt om den nye kvalitetsreformen man for tiden innfører i Storbritannia. Gisle Roksund og Janecke Thesen kom med sine motforestillinger i nr 7/8/2003, men debatten er ikke over, her kommer Kjeld Maldes motsvar! De som ikke har tidligere numre av Utposten for hånden men allikevel vil lese tidligere innlegg anbefales å lete etter dem på Internett (www.uib.no/ist/utposten).

Kvantesprang i kvalitet i helsevesenet, eller hvordan få leger til å endre adferd

Jeg har i Utposten og i Tidsskrift for den norske Legeforening referert fra den nye kontrakten som britiske allmennleger har inngått med NHS (National Health Service) i Storbritannia. (1,2,3). Kontrakten møter motbør fra flere hold, men jeg håper det ikke er innholdet i kontrakten, det at pasienten skal få bedre og riktigere behandling, som er årsaken til motforestillingene. (4,5) Det synes som mange misliker koblingen mot økt lønn for legene når kvalitetskrav innfris. Mange frykter også for hva som vil skje med det som det ikke fokuseres på i kontrakten. Bli alt annet liggende brakk? Som jeg har påpekt har vi i Norge klart å få på plass 4–6 kvalitetskriterier på sykehusene og foreløpig ingen innen allmennmedisinen. Det gjøres endel arbeid for å få til kvalitetsindikatorer i primærhelsetjenesten i Norge, men i Storbritannia har man satt opp 136 – etthundreogsekstogtre – indikatorer. Og ikke bare det, men man har gjort det som ellers er meget vanskelig, man har blitt enige med allmennlegene om implementeringen.

Retningslinjer

En ledende britisk allmennlege, John Oldham, har samlet på alle guidelines han har mottatt og fått det til å bli omkring 600. Vi opplever i Norge også en strøm av retningslinjer for hvordan vi som allmennleger skal håndtere ulike faglige problemstillinger. Noe av det siste var at alle leger burde vite hvordan man gjør hjertelungeredning av gravide (dødeligheten hos gravide i Norge er ifølge Aftenpos-



ten 21. desember 2003 4,1 per 100 000 graviditeter, altså igjen et viktig folkehelseproblem å gripe fatt i!).

Som leder av Kvalitetssikringfond 1 i legeforeningen, har jeg vært med på å finansiere flere prosjekter som har hatt som siktemål å få legene til å forbedre praksis og også følge praksis som er kunnskapsbasert. Et av våre vellykkede prosjekter har vært Noklus som «alle» legekontorer er med på og som har vært effektivt i å forbedre kvaliteten på våre laboratorier. Jeg har dog vært så «kjetterisk» at jeg har hevdet at grunnen til at Noklus er så vellykket er at det er våre helsesekretærer som kjører løpet.

SATS-prosjektet var også vellykket for de som var med. Men av APLFs medlemsmasse på nå 4000 allmennleger var bare noen få hundre med på prosjektet. I tiden 1996–1998 fullførte 30 av 35 påmeldte grupper ett eller flere av de fire emnene diabetes, sår hals, migrene og bruk av laboratorieprøver. Antall leger som var med var 180. La gå at det er kremen av norsk allmennmedisin som er med på slike opplegg, men hva med alle oss andre? Er det de som hevder det som en tidligere leder av APLF engang sa: «god kvalitet på allmennmedisin er det jeg bedriver på mitt kontor». Tja, si det.

Vi har også i Kvalitetssikringsfondet finansiert prosjekter som har forsøkt å få leger til å endre praksis. I ett prosjekt som Signe Flottorp var leder for, viste det seg at den gruppen som fikk informasjon presentert direkte til seg

på legekantoret ikke forbedret seg i retning av mer kunnskapsbasert behandling, men det gjorde til en viss grad kontrollgruppen!

Håkon Lie fikk penger til et ryggprosjekt i Hallingdal hvor det til og med ble gitt en egen takst for at legene skulle fylle ut et skjema i prosjektet. Da det viste seg at få fylte ut skjemaet, ble taksten økt til det dobbelte, fra kr 300 til 600. Det hjalp på utfyllingen.

Poenget

Da er vi kommet til poenget. Hva er det som gjør at leger endrer adferd – og gjør riktige ting til riktig tid til rett pasient? Ifølge Niels Bentzen, som for tiden leder et annet prosjekt finansiert av Kvalitetssikringsfond I, er det tre ting som endrer legers adferd. Den ene er hans prosjektform, Audit, den andre er trussel om fengsel (straff) eller belønning (i form av penger). I tillegg vil kanskje tiltak som er kjent fra bl.a. hundredressur virke.

I Storbritannia har man satt opp 76 kvalitetsindikatorer i klinisk praksis. De har valgt ut de 10 hyppigst forekommende sykdommene/sykdomsområdene: Hjertesykdommer (både infarkt og hjertesvikt), karsykdommer (slag og TIA, samt hypertensjon), diabetes, KOLS, epilepsi, kreftsykdommer, mental helse, hypothyroidisme og astma. Her har de bl.a. basert seg på i boken *Crossing the Quality Chasm* utgitt av IoM (Institute of Medicine) i USA som også stresser nødvendigheten av å ta fatt i «folkesykdommene». Forøvrig er de også i godt selskap med NSAMS teser, for eksempel andre tese «Gjør det viktigste» og tredje tese «Gi mest til dem som har størst behov».

De øvrige 60 indikatorene dreier seg om praksisforbedringer og «ekstraservice». Kriterier er satt opp innenfor struktur, prosess og resultat i tråd med Donobedians kvalitetsforbedringstenkning.

I siste utgave av QSHC (Quality & Safety in Health Care) er det en leder «Rewarding results: using financial incentives to improve quality» som starter med å konstatere at det kommer som en overraskelse for mange at «traditional methods do not seem to deliver an acceptable level or pace of change» (i kvalitetsforbedring). (6) At den informerte kundes valg av best kvalitet i behandling og omsorg (les: fritt sykehusvalg) skal fungere som kvalitetsforbedring er også skuffende i praksis. Så den nye britiske kontrakten beskri-

ves som «perhaps the most ambitious and innovative programme to encourage quality improvement».

Da man i Storbritannia skulle stemme over forslaget til ny kontrakt viste det seg at 70 prosent av legene var med i avstemningen og 79 prosent av disse gikk inn for den nye kontrakten. Kan så mange ta så grundig feil? Eller er det bare vi i Norge som «rygger inn i enhver ny ordning» slik vi gjorde i 1984 og i 2001? Og som derfor må få nye ordninger tredd ned over hodet på oss. Eller som Johan Mühlegg sa forleden «Hvis jeg blir tvunget til å gi fra meg OL-medaljene, gjør jeg det frivillig.»

Forøvrig argumenteres det med at legene nå vil si fra seg de gamle, de vanskelige, de som ikke følger opp råd og regler. Det var ikke det som skjedde i 2001 da fastlegereformen kom. Tvert imot tok legene på seg ansvaret for de vanskelige pasientene som de hadde tatt hånd om før fastlegeordningen begynte og som av en eller annen grunn ikke hadde kommet med på legens liste. Heller den «gamle og kjente» pasienten eller en ny og frisk en. All ære til oss! I lederen i QSHC står det at «this (mangel på oppfølging av ikke monitorerte sykdommer) is less likely to be a problem for the clinical conditions for which there is no incentives; indeed, it is possible that the 'halo effect' produced by improved practice systems will result in improvements in all clinical areas.» Man vil tenke kvalitet i alle sammenhenger og det anføres at det er stor sjanse for at man innen noen år med den nye kontrakten vil se bedringer i helsetilstanden (health outcomes) i Storbritannia fordi det vil bli gitt bedre behandling til store pasientgrupper.

Det er dette som er mest spennende å følge opp i tiden som kommer.

Kjeld Malde

Referanser

1. K Malde Kvantestprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Utposten 5; 2003: 32 17–19
2. K Malde Britisk primærhelsetjeneste i støpeskjeen Tidsskriftet for den norske Legeforening. 23;2003: 123 3436
3. GSM contract negotiations. <http://www.nhsconfed.org/gmscontract/> (13.10.2003)
4. J Thesen Et kvantestprang g for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Utposten 7/8; 2003 32
5. G Roksund Et kvantestprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia.? Huff og huff. Utposten 7/8; 2003 33
6. M. Marshall, P Smith Rewarding results: using financial incentives to improve quality. Quality & Safety in Health Care. 2003; 12: 397–398

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net

Vold og trusler på legekantoret

Vold og trusler mot helsepersonell er som medisinske feil: Vi er redd det skal skje, men inntil vi opplever det på nært hold ligger slike hendelser langt bak i vår bevissthet. Fordelen med dette er at det hjelper lite å grue seg til noe som kanskje skjer en gang i framtida. Ulempen er at når en slik hendelse først rammer oss, kunne kanskje forebyggende tiltak og planlagt strategi for håndtering av hendelsen gjort krisa mye lettere å leve med. Aplfs fagutvalg har heldigvis tenkt lenger enn de fleste av oss og laget et temahefte som i januar i år ble sendt ut til alle Aplf-medlemmer. Dette er et konstruktivt og prisverdig tiltak og vi håper heftet både blir lest og drøftet internt på mange legekantor. Temaet angår jo ikke bare oss leger: Våre ansatte er vel så utsatt for vold og trusler som oss!

Heftet «Vold og trusler på legekantoret» er kortfattet og oversiktlig, på 12 sider har man tenkt både på forebygging og håndtering av episoder med vold og trusler som kan oppstå på legekantoret.

Oversikten over forebygging av trusler og vold tar opp både praktiske og kommunikative aspekter. Både hvordan kantoret er innredet rent fysisk og hvordan vi oppfører oss teller her: I heftet foreslår man f.eks. montering av alarm/ringeklokke med knappen under bordflata – og: hils vennlig, se på pasienten når du snakker, tren på å temme din egen aggresjon og angst i skremmende situasjoner! Unngå å spille helt, når noen truer seg til penger, resepter el, gi dem det de krever fremfor å ende opp med fysiske konfrontasjoner!

Takling av slike hendelser vil utvilsomt være mer vellykket hvis man på personalmøter har drøftet dem teoretisk og trent litt på slike hendelser med f.eks. rollespill.

Har en voldsepisode først skjedd vil alle tjene på en strukturert håndtering av hendelsen, og i en situasjon der kaoset råder vil dette heftet igjen være nyttig å ha for hånden! Med få ord guides vi gjennom det som bør gjøres, både håndtering av den som har blitt utsatt for en slik hendelse og voldsutøveren, videre drift av kantoret i tidsrommet etter hendelsen samt hvilke tilfeller som skal og bør politianmeldes.

Videre kontakt med den som utøvet vold eller trusler er siste bolk i dette heftet. Det presiseres at en fastlege ikke kan si fra seg ansvaret for en pasient som står på vår liste. Bruk av politiskorte er et eksempel på hvordan man så kan klare å tilby pasienten det behandlingstilbudet han/hun har krav på dersom pasienten ønsker å fortsette legepasientforholdet selv etter en alvorlig voldsutøvelse. Avslutningsvis får vi en mal på et brev man kan sende pasienter i slike tilfeller, nok et eksempel på praktiske forslag man finner i dette heftet.

Jeg undres litt på hvorfor man i dette heftet har valgt å ta opp økonomiske misligheter fra pasientenes side, hvordan drive inn ubetalte regninger mm. Dette er etter mitt syn et annet og heldigvis mer benignt tema som ikke kan sammenliknes med vold og trusler og derfor ikke hører hjemme i dette heftet.

Dette heftet er skrevet av leger med føttene godt plantet i den legehverdagen vi alle står i og vil utvilsomt være et bidrag til å forbedre allmennlegenes beredskap ovenfor vold og trusler på legekantoret. Vi gratulerer Aplf med nok et nyttig lite skrift som tar opp et tema som dessverre angår oss alle!

Jannike Reymert



NSAM

Tildeling av allmennpraktikerstipend 1. halvår 2004

På møtet i Allmennmedisinsk forskningsutvalg 22.10.03 ble følgende søkere tildelt allmennpraktikerstipend for 1.halvår 2004 (antall tildelt mnd i parentes)

Bjørn Otterlei: Er legevaktsarbeid ikke lenger en allmennmedisinsk oppgave? (3)

Aina G. Langørgen: Utskriving av p-pillar hos kvinner 40–44 år og risiko for hjertesjukdom (2)

Sture Rogstad: Hvordan påvirker innføring av dosepakking av medisiner til hjemmeboende pleiepasienter fastlegenes oversikt over hva pasientene virkelig bruker av medisiner? (3)

Stein Nilsen: Videobasert konsultasjonsundervisning: evaluering ved hjelp av gruppeintervju (2)

Jan Robert Grøndahl: Hypnoseterapi ved kroniske muskel-skjelettlidelser (2)

Bernt Stueland: Undersøkelse av henvisninger fra primærleger i Troms til endoskopi ved gastrologiske lab ved medisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2)

Bare 14 av 18 stipendmåneder ble denne gang utdelt grunnet lav søknad og strenge kvalitetskrav

Følgende søkere ble tildelt FLO-stipend: (antall tildelt mnd i parentes)

Dagfinn Haarr: Fastlegen og den narkomane pasient (3)

Øystein Hetlevik: Fastlegenes listelengder relatert til arbeidsmengde og ulike sider ved praksisdrift (1)

Ivar Skeie: Stoffmisbrukere som pasienter i helsevesenet med spesiell vekt på stoffmisbrukernes plass i fastlegesystemet (1)

BOK *anmeldelser*

Allmennmedisinsk sikringskost

Læreboka i allmennmedisin har inntatt en sterk stilling som kunnskapskilde etter at den kom i 1997. Den er velbrukt på lesesalene og blir sitert der allmennpraktikere diskuterer fag.

Etter seks år har vi nå en ny utgave. Ansvarlig er som tidligere Steinar Hunskaar, nå med en delvis ny redaksjonskomité som består av Anette Fosse, Irene Hetlevik, Per Hjortdahl, Knut Holtedahl og Hogne Sandvik. Boka er skrevet i samarbeid med nær 100 norske allmennpraktikere og representerer dermed et gigantisk dugnadsarbeid under kyndig og fast ledelse.

Den nye utgaven fremstår som en komplett lærebok i allmennmedisin ved å ha tatt inn emner fra den gamle «Allmennmedisin – fag og praksis» fra 1991 i tillegg til de hovedsakelig kliniske emnene fra 1997-utgaven. Dette er dermed en bok der både helhet og deler er gjennomarbeidet på ny. Det er lagt vekt på at boka skal presentere en oppdatert teoretisk innføring i faget med vekt på klinisk kommunikasjon, klinisk epidemiologi og dokumentert kunnskap. Forfatterne gjør det klart at boka er skrevet med et normativt formål, de vil vise hva som er god allmennmedisinsk praksis. Førsteinntrykket er at boka er pen med tiltalende omslag, godt papir, oversiktlig layout, bokser, bilder og tabeller.

Boka er inndelt i seks hovedkapitler. Startkapitlet handler om allmennmedisinske rammer og arbeidsformer, diagnostikk, terapeutiske beslutninger og om grunnlaget for vår kunnskap. Dette skulle være kjent stoff for en som har arbeidet noen år, men dels var det noe med vinklingen og dels var det nytt stoff som gjorde at jeg likte å lese det.

De to kliniske hovedkapitlene utgjør nær 1/3 av boka. Viktige symptomer har egne kapitler. Organkapitlene har fast inndeling: Det diagnostiske verktøyet, kontaktårsaker, tilstander og sykdommer, og spesielle tema. Inndelingen bidrar til at det skapes sammenheng og følelse av orden i sysakene. Forfatterne legger vekt på å presentere epidemiologiske data. Der det er mulig refereres forekomst av tilstander i allmennmedisinsk praksis, ofte basert på norske studier. Jeg har hatt denne delen av boka som kompanjong i klinisk arbeid noen måneder og kan forsikre om at her er grunnlag for kontinuerlig faglig oppdatering. Det er bra å ha et oppslagsverk som gir rimelig kortfattet og likevel grundig oversikt over fagfelt.

De siste hovedkapitlene er viet livsløpet og spesifikke problemstillinger knyttet til aldersgrupper, spesielle konsultasjoner ved

reisemedisin, forebyggende helsearbeid, avhengighet, spesielle grupper og til slutt et kapittel om å være allmennpraktiker.

Denne boka har mye av det vi kan ønske oss av en lærebok i allmennmedisin: tradisjonell presentasjon av tilstander, data om forekomst, råd om vettug håndtering av verdibaserte dilemmaer, praktiske triks. Vi får presentert allmennmedisinsk tenkemåte, ikke minst i start- og sluttkapitlene. Jeg kunne ønske at en allmennmedisinsk tilnærming skulle ha vært sterkere presentert også i organkapitlene. Også her kunne det være grunnlag for å se syke mennesker i samspill med nærstående i større grad enn det som nå blir presentert. Vårt grep på familieorientert allmennmedisin synes mindre fast enn grepet på for eksempel klinisk epidemiologi. Forrige utgaves kapittel om familiemedisin er fraværende.

Jeg har funnet enkelte ting å være uenig i: Muskelskjelettkapitlet målbærer etter det jeg kan se et mer positivt syn på nytten av steroidinjeksjoner ved tendinitter enn det er belegg for. Psykiatrikapitlet refererer påstander om allmennpraktikers underdiagnostikk av psykiatriske lidelser som det er grunn til å problematisere. Jeg kunne også ønske et sett gode råd til nye allmennpraktikere om å håndtere allmennpraktikerhverdagen. (Fastlegeboka har noen prima startkapitler som viser vei.)

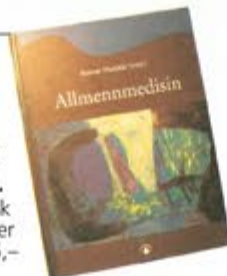
Boka tar sikte på å utvikle et norsk medisinsk fagspråk. Dette er fortjenstfullt og imponerende. Jeg må likevel innrømme at jeg synes språket og nomenklaturen til tider er uvant. Vi leser om arteriosklerotiske plakk, takykardi og transitorisk iskemi. Likevel godtas c'ene i varicer og claudicatio.

Læreboka representerer et stort løft for norsk allmennmedisin. Denne nye utgaven forsterker inntrykket av at faget har betydelige ressurser og at fagmiljøet siden siste utgave har videreutviklet teorigrunnlaget. Redaksjonen kan være stolte over å ha gått foran i dette arbeidet som har gitt oss et bokverk vi alle kan ha nytte av.

For noen år side ble det referert i Utposten til en fornøyd allmennpraktiker som fortalte at han på slutten av arbeidsdagen pleide å lukke døra og tenne seg en pipe mens han tenkte gjennom hva han hadde opplevd og lært denne dagen. Om du ikke nødvendigvis tenner en pipe, er det denne boka du skal sette deg ned med når du, liksom ham, skal sette det du gjør inn i en videre ramme og lete etter utfyllende kunnskap.

Per Stensland, kommunelege, Sogndal

Steinar Hunskaar (red.):
Allmennmedisin.
 Gyldendal akademisk
 848 sider
 Pris kr. 875,-



Informativ, reflektert og omsorgsfull

Boka er informativ og omsorgsfull. Jeg leser omsorg både for den famlende unge legen og for pasienten. Man får inntrykk av at forfatterne er glade i faget allmennmedisin, og ønsker å formidle sin teoretiske og kliniske kunnskap slik at leseren kan ha praktisk nytte av den.

Etter flere års teoretisk studium er det behagelig med ei bok som er i stand til å fortelle meg hvordan man gjennomfører enkle praktiske prosedyrer. Her finner man praktiske råd for eksempel for kateterisering eller for oppfølging ved uhell der noen har stukket seg på brukt sprøytespiss. Etersom boka er grundig med hensyn til innføring i praktisk allmennmedisin ble jeg overrasket da jeg ikke fant oppskriften for blodtrykksmåling ved mistenkt ortostatisk hypotensjon. Bokas høye kvalitet gjør leseren kravstor. Når man i gynekologikapitlet presenteres for indikasjon og metode for pipelleprøve og mikroskopisering av utflod øker lysten til å utvide praktiske ferdigheter, drive diagnostikk og utredning i allmennpraksis.

Andre utgave av *Allmennmedisin* er faglig oppdatert og forbedret. I kapitlet Hjerte og Kretsløp veiledes man i beregning av risiko for hjerte/kar sykdom og oppfølging av metabolsk syndrom og hypertensjonspasienter. Veiledningen holder et høyt faglig nivå, er informativ, reflektert og tilpasset norske allmennpraktikers hverdag. Bilder og figurer som tidligere var plassert bakerst i boka inngår nå naturlig i teksten.

Epidemiologiske data underbygger fokuset for kapitlene i boka. Det er bra. Jeg savner likevel enkelte ganger en bredere diskusjon omkring de innhentede dataene. Som eksempel vil jeg trekke frem temaet «seksuelle problemer hos kvinner». Her presenteres data fra en liten, ikke-representativ norsk undersøkelse om kvinners seksualitet. 37% av kvinnene får orgasme under samleie, mens 70% får det ved onani. Ut fra disse dataene konkluderer man med at manglende orgasme er vanlig, og at dette ikke skal sees som noe problem med mindre kvinnen er av en annen oppfatning. I stedet kunne man spørre seg hvorfor vi finner slike data i vår kultur. Sier dataene noe om norske kvinners evne til nytelse, eller kan de være resultat av at forsker og informant kommuniserer dårlig omkring et tabubelagt tema?

Med utgangspunkt i at dataene er reelle mener jeg at man i boka i større grad burde utfordre den virkeligheten som presenteres. Evne til nytelse er nært knyttet til evne til spenning, avspenning, og følelse av kroppslig velvære, og vil derfor være relatert til helse og sykdom. Allmennpraktikers oppgave er blant annet å bidra til bedring av folks helse gjennom opplysning. Sånn sett kan det ses på som en legeoppgave å oppfordre en kvinne uten kontakt med eget underliv til å utforske bekkenmuskulaturen sin, på lik linje med å anbefale en diabetiker et sukkerfattig kosthold. Allmennmedisinere kan med fordel ha en mer offensiv holdning overfor kvinnelig seksualitet enn det jeg leser i teksten i dag.

Er dette et eksempel på at medisinske kunnskapsoverføring kan bidra til å diskriminere eller favorisere grupper i befolkningen, for eksempel etter kjønn?

I allmennmedisinen møter man sammensatte problemstillinger. Forfatterne tar høyde for at utfordringene er mangesidige og ikke alltid overskuelige. De bruker derfor mye tekst på innføring i allmennmedisinsk tankegang. Eksempelene kan i deler av boka bli vel mange. Likevel har jeg etter hvert fått sansen for denne fremstillingsmåten av stoffet, ettersom jeg tror forfatterne gjennom eksempler og reflektert, omstendelig tekst gir dybde til problemstillingene innenfor faget. Boka fungerer i så måte som en veileder innenfor den kliniske ferdigheten «skjønn».

Boka er papirversjonen av en reflektert veileder med bred klinisk erfaring og oppdatert teoretisk kunnskap. Anbefales.

Synne Øien Stensland, Turnuslege, Hauxvik

C VIOXX™MSD®
Antiflogistikum

ATC-nr: M01AH02

T Deklarasjon: TABLETTER 12,5 mg og 25 mg: Hver tablett inneh.: Rofecoxib 12,5 mg, resp. 25 mg, lek-tosemonotridat (resp. 39,95 mg og 79,34 mg) og hjelpestoffer. Fargestoff: gult jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av arrose eller revmatoid artritt. **Dosering:** Kan tas med eller uten mat. **Voksne:** Anbefalt startdose er 12,5 mg en gang daglig. Noen pasienter kan ha tilleggseffekt ved å øke dosen til 25 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. **Revmatoid artritt:** Anbefalt dose er 25 mg en gang daglig. Det ble ikke sett signifikant tilleggseffekt ved å øke dosen til 50 mg en gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. **Eldre:** Forsiktighet bør utvises når den daglige dosen økes fra 12,5 mg til 25 mg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig hos artrosepasienter med kreatininclearance 30-80 ml/min. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrittpasienter med kreatininclearance 30-80 ml/min. **Nedsatt leverfunksjon:** Hos pasienter med mild leverinsuffisiens (Child-Pugh score 5-6) bør ikke den lavest anbefalte dosen på 12,5 mg en gang daglig overskrides. Det finnes foreløpig bare begrenset informasjon om artrittpasienter med mild leverinsuffisiens, og anbefalt dose er ikke fastlagt. **Barn:** Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt magesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatisk magesår/sykdom. Moderat eller alvorlig leversykdom (Child-Pugh score større eller lik 7). Beregnet kreatininclearance <30 ml/min. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, skutt rinn, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urtikaria ved bruk av acetylsalicylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amming. **Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomblødning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømming og nedsatt nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsatt nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rhytredning anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikkel-dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Behandling med rofecoxib bør startes med laveste anbefalte dose hos disse pasientene. På grunn av manglende effekt på blodplatene kan Vioxx ikke benyttes i stedet for acetylsalicylsyre ved kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer trombocyttagregasjonen i terapeutiske doser, må behandling med antikoagulasjonsmidler ikke avbrytes. Dersom det er indisert, bør slik behandling vurderes hos pasienter med risiko for eller tidligere gjennomgått kardiovaskulær eller trombotisk sykdom. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen artrosepasienter behandlet med rofecoxib, perforasjoner, ulcerasjoner eller blødninger (PUBs). Pasienter med PUB i anamnesen og pasienter eldre enn 65 år så ut til å ha høyere risiko for PUB. Uavhengig av PUBs økte risikoen for gastrointestinale symptomer ved doser over 25 mg. Ved vedvarende unormale leverfunksjonsverdier (tre ganger øvre normal grense) bør preparatet seponeres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. **Barn:** Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler. **Interaksjoner:** Protobindit: Protobindit bør følges nøye når behandling med rofecoxib startes hos pasienter som bruker warfarin eller lignende substanser, pga mulig økning i protobindit på opptil 8%. Det er rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen tilfeller resulterte i at den antikoagulerende effekten opphørte, hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin. I steady state hadde rofecoxib 50 mg en gang daglig ingen effekt på den trombocyttagregasjonshemmende effekten av en lav dose (81 mg en gang daglig) acetylsalicylsyre. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalicylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. I interaksjonsstudier har rofecoxib ikke vist noen klinisk relevante effekter på farmakokinetikken for prednison/prednisolon eller orale antikonseptjonsmidler (etylmetyltestradionorendron 35/1). Kan gi beskjeden hemming av CYP1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin, tacrin og zileuton) og legemidler som er substrat for CYP3A4. Adekvat oppfølging av plasmakonsentrasjonen av teofyllin bør vurderes når behandling med rofecoxib startes eller endres hos pasienter som bruker teofyllin. Metaboliseres av cytokrom P450 (CYP) når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av 25 mg dose bør vurderes når rofecoxib gis sammen med substanser som inducerer hepatisk metabolisme. Inntak av ketokonazol (som er en potent hemmer av CYP3A4), påvirker ikke farmakokinetikken for rofecoxib. Cimetidin og antacida hadde ingen klinisk relevant påvirkning av farmakokinetikken for rofecoxib. Det er ikke observert interaksjon med digoksin. Se også Interaksjonstabell i Felleskatalogen. **Graviditet/Amning:** Graviditet: Bruk av rofecoxib er kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib, som andre preparater som hemmer prostaglandinsyntesen, kan føre til nedsatt nyre-aktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus (se Kontraindikasjoner). Bruk av rofecoxib hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Rofecoxib bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Som for andre legemidler som hemmer COX-2 anbefales ikke rofecoxib til kvinner som planlegger å bli gravide. **Amning:** Det er ikke kjent om rofecoxib utskilles i morsmelk hos mennesker. Rofecoxib skilles ut i melk hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib bør ikke amme (se Kontraindikasjoner). **Bivirkninger: Hypypie (> 1/100):** Hud: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Halsbrann, ubehag i epigastrikt, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Nevrologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem/vaskeretensjon, magesmerter, svimmelhet. **Mindre hypypie:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocyter. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, oppkast, brøkninger, gassdannelse, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrøier: Dyspné. **Metabolske:** Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Nevrologiske: Insomni, søvnløshet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. Urogenitale: Økning i BUN og serum kreatinin, proteinuri. Tåkesyn. Urogenitale: Nedsatt nyrefunksjon, inkludert nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes. Følgende alvorlige bivirkninger har blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for rofecoxib: nefrotoksitet inkludert interstiell nefrit og nefrotisk syndrom, levertoksisitet inkludert leversvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Enkeltdose opp til 1000 mg og doser opp til 250 mg/dag i 14 dager gir ingen signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose inngjøres vanlige støttetiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra magesårkanalen, klinisk overvåking og inngjøring av symptomatisk behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseres ved hemodialyse. Det er kjent om rofecoxib kan dialyseres ved peritonealdialyse.

Oppdatert: 12.07.02

Pakning og priser: 12,5 mg tablett: Empac: 7 stk. kr. 100,60, 28 stk. kr. 321,70, 14 stk. kr. 174,60, 98 stk. kr. 1 041,30. Endose: 50 stk. kr. 548,00. HDPE boks: 30 stk. kr. 342,30, 100 stk. kr. 1 061,90. **25 mg tablett:** Empac: 7 stk. kr. 103,00, 14 stk. kr. 179,40, 28 stk. kr. 331,10, 98 stk. kr. 1 073,70. Endose: 50 stk. kr. 564,50. HDPE boks: 30 stk. kr. 352,30, 100 stk. kr. 1 094,90 (pr. 7 april 2003).

T: 17, 35

Lyrisk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Takk til Bente for utfordringen – takk for alle dikt du til nå har delt med meg.

I gymnastiden valgte jeg stort sett tolking av dikt som norskoppgave, kjente en spenning ved å finne mening i ordene og hva dikteren selv ønsket å formidle. Men det er først de siste årene at dikt har fått en spesiell betydning for meg. Det er som å være på en «reise» inn i ulike verdener hvor jeg får ta del i andres fortellinger og forståelser i en språkform som pirrer min nysgjerrighet. Jeg blir utfordret

til å utvide mine horisonter og forståelser og å relatere dette til «reisen» i mitt eget liv.

Diktet jeg vil dele med dere er et dikt jeg for tre år siden fikk av en eldre mannlig pasient. Han er en mann av få ord, men har et blikk og ansiktsuttrykk som vitner om at livet har gitt han mange prøvelser. «Slik tenker jeg og er jeg», sa han og ga meg diktet «Dristig som havet» av Inger Hagerup. Jeg er takknemlig for at han ville dele dette diktet med meg.

Dristig som havet

Dristig som havet skulle mitt hjerte være.
Alt skal det løfte mot lyset. Alt skal det bære.
Stormer kan sprengte. Bølger kan skumme og briste.
Alt skal mitt hjerte tåle. Alt – til det siste.

Dypt under dypet ligger min skjebne og sover.
Følger den også havets veldige lover?
Flyter den opp en stormdag som lik imot stranden?
Vil jeg gå under av det? Blir jeg en annen?

Dristig som havet skulle mitt hjerte være.
Alt skal det løfte mot lyset. Alt skal det bære
Stolt og urokkelig i flo som i fjære.

Jeg sender stafetten videre til min gode venn og kollega Tor Carlsen i Skien.

Kristin Prestegaard

«Det du e', har eg vore – og det eg e', skal du verta!»

Den fasen av aldersdemensen da minnet begynner å svikte mens den demente er klar over det, kan være smertefull og bitter, men kan også ha sine underfundige sider. To små – helt korte – historier kan illustrere det.

Overskrifta er et sitat fra mor mi, som i sine siste leveår ble senil dement. Hun skjønte at hun var i ferd med å sløves og at hukommelsen stadig ble dårligere. På en biltur rundt i byen mens jeg var i turnus på Gjøvik, klarte nok ikke sønnen helt å skjule sin lett oppgitte irritasjon da hun for tolvte gang spurte hvor mange innbyggere det var i Gjøvik nå. Reaksjonen fra henne kom skarpt på hennes klingende hardangerdialekt: «Eg høyrer at eg har spurt før!» Og så kom

fyndordet i overskrifta, den satt som «kniv i veggen», og sønnen har husket den og gjenfortalt den til denne dag!

Men det jeg egentlig skulle fortelle var ei anna historie, fra samme turnusperiode, og med samme klangbunn. Det var primærvakt på kirurgen, det var rundt midnatt, og inn kom ei gammel dame fra Toten, 87 år, med brukket lårhals. Som vaktstående turnuslege tok jeg opp journal, og skjønte at orienteringsevna nok var noe svekka hos den eldre damen. Jeg ville høre om hun bodde aleine, og eventuelt hvordan det skulle gå nå. Da så hun opp på meg og svarte: «Nei, je bur sammen med mæ'n mor å a' far, je.» Men da hun så mitt overbærende smil, la hun raskt til: «men dom æ' grådi' gamle, dom æltså!»

Ivar Skeie

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. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker

Det er i møtet med pasientene det skjer.

Det gyldne øyeblikk. I grunnutdanningen,

på kurs og i veiledningsgruppa lærer vi teknikker som

skal finslippe kunsten å møte mennesker som trenger hjelp. Det var etter å ha delt en videokonsultasjon

med veiledningsgruppa jeg fikk inspirasjon til å prøve noe nytt med en av mine kjære «gamle damer», med uventet resultat.

Astrid er 80 år. Hun hadde en vanskelig barndom som fosterbarn. Hun giftet seg tidlig. Mannen var fisker og var borte i lange perioder. Når han var på land var hjemmet preget av en autoritær mann som styrte med jernhånd, både bokstavelig og billedlig. Jeg lærte henne å kjenne i forbindelse med at mannen ble syk for mange år siden. Hun bor nå alene i et hus uten naboer og venner i nærheten. Hun har i mer enn ti år vært plaget med residerende depresjoner preget av apati, initiativløshet og trøtthet. Vi har flere ganger vært innom årsakene til hennes plager. Vi hadde en ikke uttalt enighet om at depresjonene nok hadde sin årsak, men at det ville ha liten hensikt å snakke om det. I perioder hun har vært plaget, har hun kommet til kontoret regelmessig omtrent hver tredje uke. Konsultasjonene var korte og ukompliserte. Hvordan har du det? Hvordan fungerer medisinen, sover du om natta, har du spist noe. Hvordan går det med datter og barnebarn? Vi har prøvd behandling med en rekke forskjellige antidepressiva, som har blitt seponert enten grunnet manglende effekt eller bivirkninger. ECT behandling har også vært vurdert, men hun har ikke ønsket det. Hun har blitt henviset til psykiater uten at noe særlig kom ut av det.

Hun hadde en svært fin sommer. Barnebarna hadde vært på besøk nesten hele sommeren, noe som gledet henne. Hun var aktiv, ved godt mot og følte at energien hadde kommet tilbake. Men da hun kom til kontroll i september, var hun igjen svært tung og trøtt. Residiv. Som mange ganger tidligere når Astrid har kommet til meg på kontoret følte jeg meg maktesløs. Ingenting hjelper jo. Jo da, noe hjelper: Hun var jo mye bedre i sommer når barnebarna var på besøk. Kanskje kan jeg få henne til å fokusere på det positive i dette og slik bidra til å snu hennes depressive tankebaner. Kanskje kan hun selv finne gleder i livet som hun kan hvile i når tunge perioder kommer. Kanskje kan jeg få henne til selv å komme med forslag til tiltak som kan bedre hennes depresjon. Tenkte jeg.

Jeg hilste på henne og spurte som vanlig hvordan hun hadde det. Hun svarte at det var ille, at hun var så trøtt og at hun følte at hun ikke orket noen ting. Hun satt tung og stille i stolen. Trøtte øyne og stiv i ansiktet. «Ja vel» sa jeg. Hendene i fanget. «Kan du fortelle noe mer om hvordan du har det» spurte jeg. «Jeg er så trøtt» sa hun. Grå og sliten.

Jeg satt tyst og ventet på ytterligere opplysninger. Stillheten varte og varte og hun begynte å se utilpass ut. Jeg ble også litt forstyrret og lurte på hvor jeg skulle se. Ikke på henne, for det mislikte hun tydelig, og ikke på klokken, for den gikk så langsomt. Jeg spurte til slutt om hun hadde noen tanker om hvorfor hun var så trøtt og sliten. Hun sa ingenting. Og en trykkende stillhet fylte rommet. Jeg sneglet på klokken. Femten sekunder gikk. Tjue sekunder. Tikk tikk. 30 sekunder. Til slutt spurte jeg om hun kunne tenke seg

noe som fikk henne til å føle seg bedre. (Med barnebarna i tankene). «Nei» svarte hun kontant. «Ingenting?» sa jeg. Stillheten smøg seg på igjen. Den gode kontakten vi hadde hatt i alle år var borte vekk. «Hva tenker du på?» spurte jeg. «Du bryr deg jo ikke om meg.» Det føltes som om hun skrek ut ordene. «Jeg liker ikke når du ser på meg slik, uten å si noe. Det er ekkelt.» «Jeg liker det ikke» fortsatte hun. «Det er jo ikke noe hyggelig å komme hit dersom du ikke sier noe.»

Anders Svensson



John Nessa har skrevet en doktorgrad med tittelen «Talk as medical work». Han er også aktuell med boka *Medisin og eksistens: samtale, psykodynamikk og psykoterapi i allmenmedisin* (Gyldendal akademisk 2003). *Utposten* har bedt ham kommentere konsultasjonen.

Det er relasjonen som hjelper

Astrid på 80 har ikkje så mykje igjen her i livet. Ikkje mann, ikkje naboar, ikkje vener i nærleiken. Ho har barnebarn. Og når ho har dei hos seg, er det ikkje noko problem med depresjonen. Sommaren er fin. Men når september kjem, og barnebarna er «seponert», er depresjonen, apatien, initiativløysa der igjen. Det fine med den, er at den er adgangsbilletten til legekantoret. Dr. Svensson kan rett nok ikkje erstatte barnebarna. Men han er ikkje så verst likevel. Astrid kan greie seg lenge dersom ho får gjennomført sin klagesang kvar tredje veke. Astrid på 80 har alltid forstått poenget med klagemuren i Jerusalem. Og når klagemuren attpåtil ikkje berre er stein og granitt, men ein levande og lyttande ung mann som faktisk viser interesse for korleis ei gamal kjerring på 80 har det, kan ho ikkje nekte for at ho faktisk set pris på det. Astrid på 80 er ikkje innbilsk eller dum. Ho forstår sjølvsagt at ho er ikkje den einaste dr. Svensson viser interesse for. Likevel veit ho å setje pris på dei 15 minutta audiensen varer kvar tredje veke.

Det er berre eit problem med dr. Svensson. Og det er at han stadig vil leike vere-sjuk-og-få-behandling leiken. Sjølv sagt forstår ho også det. Sjølv sagt forstår ho at det er ein del av legens plikter. Det er difor ho ikkje protesterer direkte. Til eit visst punkt er ho med på leiken. Men berre til eit visst punkt. Ho har fått han til å forstå utan å seie det direkte at årsaka til hennar skjebne har det lite hensikt å rote opp i. Ho synest ho har fortalt nok om si fortid, og vil helst ikkje snakke om den. For det vonde skal ein prøve å gløyme. Det har ho lært. Og det har fungert godt i hennar liv. Det er for så vidt okay for henne at han kallar henne deprimert, berre ho får ha regien over kva dei skal, og – ikkje minst – kva dei ikkje skal snakke om.

Ho har oppfylt sin del av kontrakten. Tatt dei pillene ho har blitt bedt om, besøkt den psykiatren ho har blitt henvist til. Rett nok har ho ikkje tatt alle dei pillene ho skulle, og heller

ikkje så mange eller så lenge det har vore tale om. Men nok piller til at ho med ein rimeleg grad av godt samvit kan sjå legen i augo og insistere på at det ikkje var effekt, berre bivirknader. Ho liker ikkje ta piller, og greier seg godt utan. Men ho kan jo ikkje skuffe legen sin. Og ho vil ikkje lyge. Så litt piller går ho med på å tygge frå tid til anna. Men då han føreslo sjokkbehandling, sette ho foten ned. Det får vere grenser. Ho er då ikkje sinnssjuk.

Kjære kollega.

Du vil diagnostisere og behandle pasienten din. Pasienten veit med seg sjølv at det er sjølv møtet med deg som hjelper. Ja, nettopp møtet med deg. Ikkje møtet med psykiatren. Men med deg. Ho har valgt deg. Du har ikkje valgt henne. Det er ein asymmetri i lege-pasientforholdet vi sjeldan snakkar om. Det å få komme og prate om seg sjølv i 15 minutt kvar tredje veke har sin pris, både praktisk, økonomisk og psykologisk. Likevel er det ein god investering. Det er verdt prisen, for å seie det slik. Det paradoksale er at du får først grepet på pasienten når du gir opp ambisjonane om å behandle henne på tradisjonelt vis. Du har i mange år slitt med å få henne på banen – ho har hatt regien. Slik har det vore. Og slik bør det vere. Til eit visst punkt. Med ditt sterkt manipulatoriske grep (ho kunne ha blitt psykotisk av mindre, om ho hadde hatt anlegg for det) tvingar du henne no til sjølv å komme på banen, sjølv å komme med diagnosen, sjølv å komme med svaret. Og du tar ikkje eit nei for eit nei. Med opne augo og lukka munn tar *du* regien. Og då tvingar diagnosen seg fram. Det er relasjonen det handlar om: «Du bryr deg jo ikkje om meg». Ein magisk augneblink i eit stort kvardagsdrama.

Klarare kunne det ikkje vore sagt. Og det var viktig at det blei sagt. For med det er det skjulte spelet – det om diagnose og behandling – slått over ende. Du har tvinga henne til å uttrykke kva det handlar om. Og ho har tatt utfordringa.

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!*

Behandling av ekstern otitt

Ekstern otitt er en vanlig tilstand som vi ser ofte i allmennpraksis. Behandlingen er velkjent – Terracortril Polymyxin B-dråper. Men av og til er øregangen så hoven og trang, at dråper ikke kommer til det affiserte området. For å få hevelsen til å gå ned kan man da bruke en tamponade med 1% alsolsprit:

Bruk en 1 cm tamponade som legges i en skål og dynkes med sprit. Du trenger en ekstern lyskilde, enten en lampe og ørespeil eller en hodelykt. Bruk en krokodilletang uten krok. (Det er relativt enkelt å file bort kroken dersom du allerede har en med krok). Dytt tamponaden så langt inn i øregangen som er mulig. Dersom du er alene på kontoret kan du be pasienten holde skålen selv – du trenger begge hendene. Dersom det er vanskelig å få tamponaden inn i øret er det lurt å bruke en vattert smal pinne. Tamponaden får ligge til neste dag. Pasienten kan få med seg litt alsolsprit hjem, for eksempel i en sprøyte som han/hun kan bruke for å holde tamponaden våt. Tamponaden kan ligge i to dager, men jeg pleier å la pasienten komme til kontroll dagen etterpå.

Når hevelsen er gått ned kan Alsoltamponaden skiftes til en Terracortrilamponade.

Anders Svensson

Ho blei ikkje psykotisk. Berre frustrert. Begge to fortener honnør for at de ikkje trekte dykk under denne holmgangen. Dette var ein intervensjon frå di side som verkeleg har fått fart på sakene. «Det er jo ikke noe hyggelig å komme hit dersom du ikke sier noe». På den andre sida er det ikkje noko hyggeleg for deg å sitje der og stadig kjenne deg makteslaus, utan å innkassere gevinsten av at det er faktisk du, og ikkje pillene, som betyr noko for henne. No kan du gå vidare og slappe av for ambisjonen om å finne ein sjukdom som ikkje eksisterer i dette tilfellet. Du kan forlate den terapeutiske dirskursen og velge ein meir avslappande diskurs. Den du har hatt suksess med tidlegare: Hvordan har du det, hvordan går det, sover du bra? Og NB: Det er ikkje svaret, det er ikkje informasjonsverdien som er poenget. Det er sjølve spørsmålet, som signaliserer at ein bryr seg. Du er ikkje lenger makteslaus. Du kan by på deg sjølv, prate hyggeleg med henne i 15 minutt, og få



Krokodilletang:
Uten haker gjør at tamponaden ikke fastner i tungen.



Prosedyre:
Pasienten kan godt hjelpe til

Ferdig:
Ferdig resultat. Be pasienten dryppe alsolsprit til neste kontroll

henne til å gå nøgd heim utan piller, henvisningar eller ECT. Ho veit med seg sjølv at ho har fått ekte vare: «For han bryr seg jo om meg».

Ein framifrå konsultasjon. Og framifrå legekunst av dr Anders Svensson.

Hvordan gikk det til slutt? Jeg lovet at jeg aldri mer skulle gjøre slik. Jeg booket henne på time annenhver uke i to måneder for å bote på den tillitskrisen denne konsultasjonen skapte mellom oss.

Jeg har truffet henne tre ganger etter dette og John Nessa har rett. Vår relasjon har endret seg. Jeg er ikke lenger Dr Svensson, kommunelege, men i større grad Anders, venn. Balansen har endret seg og grensene lagt om. Noe som gir nye muligheter, men også nye hull å falle i.

MARIA HELLEVIK

FORBIFARTEN

STILLING KOMMUNELEGE ARBEIDSSTED LURØY, NORDLAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født 1972, gift, ventar fyrste bornet i mai. Cand. med 1999 i Bergen. I 1997-98 studerte eg litteratur i Berlin. Sjukehusturnus Sandnessjøen sjukehus og distriktsturnus frå aug -00 på Lurøy. Har sidan arbeid på Lurøy som kommunelege 1 i ett år og sidan som kommunelege 2. Styremedlem i NSAM frå september 2003.

Arbeidssted Lurøy kommune som er ei øykommune på Helgelandskysten. Vi har pasientar på 11 øyer og på fastlandet. Vi har fem utekontor, deriblant ein gong i månaden i legebåten Æsculap. Elles ei gong i veka på kvart utekontor.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Då eg etter nokre månader i Lurøy vart omtala som gammaldoktoren.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Møta med pasientane. Starte dagen med 1/2 times båttur med te og nitimen. Det fantastiske lyset og skiftingane i vernet alle dei timane eg tilbring i legebåten i løpet av ei veke.

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

Å gå ned i 60 prosent stilling som fall saman med at den siste stillinga vart besatt og eit år med mykje todelt vakt var over.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når eg har dei faste møta med heimesjukepleiaren i kvar krets for å få til eit best mogleg opplegg for dei eldste og

Her er UTPOSTEN – føl deg hjemme!



skrøpeligast i kommunen. Der er det mange problemstillingar som vert fanga opp.

Når lo du på jobben sist?

Eg ler kvar dag. Nordlendingar er eit humørfylt folkeferd.

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

Grønn resept. Eg trur ikkje eg treng å forklare kvifor.

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

Ein kvar ny jobb vil automatisk skilje seg veldig frå den eg har no. Utfordringa vert vel snarare å finne att noko av det som fasinerer meg her.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Ho har eit utruleg godt humør trass i alle lidingane sine.

Hva gjør du om fem år?

Vanskeleg å seie. Eg vonar eg sit som fastlege ein eller annan stad i landet.

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

Mi gode venninne og også kollega gjennom heile mi arbeidstid i Lurøy; Nina Kjær Brones. Ho har frå 1. januar 2004 byrja i ny jobb i Bardu og eg skulle likt å høyre korleis ho no har det.

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

Eg ville prøve å finne ei ordning slik at dei som har lagt til rette for turnuslege kan vere trygg på at dei får

turnuslege kvart halvår. Det har veldig store konsekvensar for ei lita kommune når vi plutsleg står utan turnuslege for eit halvt år. Då er det tilbake til to-delt vakt om vi ikkje finn vikar. Når det er gjort er nok dagen over og vel så det.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Eg er ein ganske ny abonnent og er førebels nøgd slik det er.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Legedekninga i distrikta. Eg vonar at det vil verte lettare å få søkjarar til stillingane i distrikta når det vert fleire legar. Det har alt vorte betre, men det er framleis langt igjen.

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

Lære meg eit nytt språk. Det er så kjekt å lese bøker på originalspråket. Då eg lærte tysk opna det seg ei ny verd med forfattarar ein ikkje fann i norske bokhandlarar; både tyske og forfattarar omsett til tysk.

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

Eg vonar dei er nøgde som eg er.

Hvilken kollega utfordrer du til å la seg portrettere «I forbifarten» i neste nummer av Utposten?

Svein Arne Monsen, kommunelege 1 i Leirfjord kommune.

NORSK HYPERTENSJONSFORENING KURS OM HYPERTENSJON 22.-23. APRIL 2004

Godkjent som: Emnekurs/klinisk emnekurs i kardiologi for spesialiteten allmennmedisin (16 t), og som valgfritt kurs til spesialitetene indremedisin (15 t), nefrologi og kardiologi (begge 16 t).

Målgruppe: Allmennpraktikere, spesialistkandidater i indremedisin, nefrologi og kardiologi. Andre interesserte.

Arrangør: Norsk hypertensjonsforening v/styret.

Kursavgift: Kr. 1500 + dagpakke på kurshotellet. Kurslokaler: Radisson SAS Royal Hotel, Bryggen, Bergen.

Påmelding til sekretariat: Kongress og Kultur AS, tlf. 55 55 36 55, faks 55 55 36 56, e-mail: mail@kongress.no

TORS DAG 22. APRIL 2004

09.00 Velkommen/åpning. Eva Gerdts, kursleder.

PATOFYSIOLOGI OG MEKANISMER

- 09.10 Strukturelle vaskulære forandringer. Ass.lege dr. med. Eigil Fossum
- 09.30 Det metabolske syndrom-nye aspekter. Overlege dr.med. Aud Høieggen
- 09.50 Sympatisk overaktivitet ved hypertensjon. Ass.lege dr. med. Knut Sevre
- 10.10 Nyrens rolle ved essensiell hypertensjon. Prof. dr. med. Bjarne M.Iversen
- 10.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.

BLODTRYKSMÅLING

- 11.30 Kontormålinger-rutine med begrensninger. Overlege dr.med. Rune Mo
- 11.50 Hjemme-selv måling-viktig supplement. Stipendiat Henrik Reims
- 12.10 24 timers ambulatorisk måling-hos alle pasienter? Overlege Aud Stenehjelm
- 12.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
- 13.00 Lunsj

SUPPLERENDE DIAGNOSTIKK VED HYPERTENSJON

- 14.00 Hvilke undersøkelser er nødvendig ved essensiell hypertensjon? Overlege dr. med. Aud Høieggen
- 14.20 Når skal hypertenikeren henvises nefrolog. Avdelingsoverlege dr. med. Einar Svarstad
- 14.40 Når skal hypertenikeren henvises kardiolog. Postdoktor Eva Gerdts
- 15.00 Renal hypertensjon og andre former for sekundær hypertensjon. Prof.dr.med. Bjarne Iversen
- 15.20 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.

NYE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV HØYT BLODTRYKK

- 16.20 Nye amerikanske og europeiske retningslinjer fra 2003. Professor dr.med. Per Omvik
- 16.40 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål

FREDAG 23. APRIL 2004

HJERTE, HJERNE OG HYPERTENSJON

- 08.30 Diagnostikk av venstre ventrikel hypertrofi. Postdoktor Eva Gerdts
- 08.50 Diagnostikk og forebyggelse av hjertesvikt ved hypertensjon. Avd. overlege dr.med. Arne Westheim
- 09.10 Forebyggelse av hjerneslag ved hypertensjon. Overlege dr.med. Bent Indredavik
- 09.30 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.

DIABETES, NYRE OG HYPERTENSJON

- 10.30 Hypertensjon ved type 2 diabetes. Prof. dr.sci. Hans Ibsen, Glostrup universitetssykehus, Danmark
- 11.00 Hypertensjon ved type 1 diabetes. Overlege dr. med. Hallvard Holdaas
- 11.20 Hvordan nå blodtrykksmål hos behandlingsresistente pasienter. Prof. dr. med. Ingrid Os
- 11.40 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.
- 12.10 Lunsj.

RESULTATER FRA NYERE KLINISKE STUDIER

- 13.10 Resultat av placebokontrollerte blodtrykksstudier. Hvor mange må behandles? Prof. dr.med. Per Omvik
- 13.30 Resultater av sammenlignende forsøk. Hvilke medisiner er best? Professor dr.med. Sverre E. Kjeldsen
- 13.50 Hvilke hypertenikere skal behandles med statin? Avd. overlege dr. med. Arne Westheim
- 14.10 Paneldiskusjon/kasuistikker/spørsmål.

HYPERTENSJONSBEHANDLING 2004

- 15.00 Ikke medikamentell behandling. Prof. dr. med. Per Lund-Johansen.
- 15.20 Medikamentell behandling. Prof. dr. med. Sverre E. Kjeldsen
- 15.40 Kursevaluering med kursprøve



Blæreselektiv behandling av overaktiv blære symptomer ^{1,2)}

C Detrusitol SR "Pharmacia"
Muskarinreseptorantagonist
ATC-nr.: G04B D07
T: 40

T DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneholder: **Tolterodin L-tartrat 2 mg, resp. 4 mg, tilsvarende tolterodin 1,37 mg resp. 2,74 mg, hjelpestoffer.**
Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E132), titandioksid (E 171), 4 mg: indigotin (E132), titandioksid (E 171).

Egenskaper: *Klassifisering:* Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene.

Indikasjoner: For behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating forbundet med "urgency" som forekommer hos pasienter med overaktiv blære.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ubehandlet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

Bivirkninger: *Hyppige (> 1/100):* Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet.

Sentralnervesystemet: Svimmelhet, somnolens, parestesi. Syn: Tørre øyne. Akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine. Tretthet, brystmerter.

Mindre hyppige: Ødem (inkl. perifert). *Sjeldne (< 1/1000):* Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Veldig sjelden, anafylaktisk reaksjon.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarm kanalen (for eksempel pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg en gang daglig.

Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes for behandling. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjons forstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktose malabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol og itraconazol), og proteasehemmere anbefales ikke på grunn av økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP2D6 metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg én gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRFE 30 ml/min) er anbefalt dose 2 mg én gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg én gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodin L-tartrat.

Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved temperatur < 30°C, i ytteremballasjen.

Pakninger og priser: 2 mg: Enpac: 28 stk. kr 414,00 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 426,50, 84 stk. kr 1211,20

Pr. okt. 2002

Referanser: 1) Abrams. Expert Opin.Pharmacother. 2001,2 (10): 1685-1701
2) Produktomtale



VIOXX[®]
(rofecoxib, MSD)

- EFFEKTIV¹

- ENKEL

- ÉN GANG DAGLIG

- Refusjon^{*} på § 9.17 og 35

- * Felles for refusjon av coxib'er på §9 er at minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:
- Pasienten har tidligere hatt et behandlingshengende magesår eller annen alvorlig gastrointestinal bivirkning
 - Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinale bivirkninger
 - Pasienten har betydelig nedsatt allmenntilstand



MSD (Norge) AS
Postboks 458 Brakerøya
3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00

¹) Cannon et al., Arthritis & Rheumatism 2000; 43 (5): 978-987
VIOXX[®] er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA
For forskrivning av VIOXX[®], se preparatomtalen.