

Innhold:

LEDER: Er unges gode helse kun valgflesk? Av OLE RIKARD HAAVET OG IVAR SKJEE	1
HELSESTASJON FOR UNGE: Ungdom og seksualitet Intervju med Gunhild Sundal Av GUNHILD FELDE	2
Unges helseproblemer – kan fastlegen bidra i forebyggingen? Av JANS JOHAN BREIDABLIKK	7
Klamydia blant unge i Norge Av MARIA ROMDREN	11
Når ungdom ruser seg – hva kan fastlegen gjøre? Av IVAR SKJEE	16
Samtale om rusproblem med ungdom Av ARVE STRANDHEIM	21
Rus og rusrelaterte problem blant ungdom Av ARVE STRANDHEIM	22
Depresjon hos unge – en oversett lidelse med gode behandlingsmuligheter Av OLE RIKARD HAAVET	24
Kognitiv terapi brukt i en ungdommelig allmennpraksis Av GUNHILD FELDE	27
Hvem er far til barnet? Av IRENE ØYGARD	30
Den allmennmedisinske kanon – er den nå komplett? Av ANNE LUISE KIRKENGEN	32
Faste spalter	38

UTPOSTEN

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

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

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50. Faks: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@online.no

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
Tlf. priv.: 55 31 15 32
Mobil: 959 29 356
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. Obstfelders 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 Straumsjøen
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

Forsideill: PDC Tangen/Stockbyte**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen

Du finner Utposten på
www.uib.no/isf/utposten

Er unges gode helse kun valgflesk?

År politikerne bruker store ord, er det grunn til å være på vakt. Ordene kan dekke over manglende vilje til innsats. Forføringskunst kaller noen det. Løftene om å sørge for unges gode helse er ord som kan synes å være rent valgflesk.

Utposten vil i dette nummeret rette oppmerksomheten mot ungdoms helse og peke på noen av de mulighetene allmennlegene har for å bidra på sentrale områder når det gjelder denne aldersgruppen.

Bakteppet er unges liv hjemme, på skole og i fritid. Ikke noe tidspunkt i historien har bydd på så mange positive muligheter. Men kontrastene er store. Tiden sammen med voksne er stadig kortere. Familiene som nettverk er svekket. Trender og moter skifter fort. Det er viktig å henge med. Tid og tanke er okkupert av billedmedier. Mobiltelefonen er ofte skrudd på døgnet rundt. Forventningene til sosial deltakelse er høye. Samtidig er kravene store til skoleprestasjoner. Veien til en tapskarriere er kort. Hvordan de unges totale situasjon virker på deres helse, er lite kjent.

Vi vet imidlertid at to av tre av alle 15- og 16-åringer i Oslo i 2000 og 2001 svarer at de er utsatt for et stort press for å lykkes. I denne gruppen er andelen unge med depressive symptomer dobbelt så høy sammenlignet med de øvrige kameratene. I samme undersøkelse er resultatet at 10 prosent av guttene og 26 prosent av jentene har betydelige depressive symptomer. Flere utenlandske undersøkelser tyder dessuten på at andelen unge med slike plager er økende.

Politikerne sier de ønsker å komme problemene i forkjøpet. Det er vanskelig å vite hva det innebærer. For samtidig er skoler forfalt. Fritidsklubber er stengt. Skolemateriell er mangelfullt. På toppen av dette er nå også lærernes skjebne lagt i lokalpolitikernes «suksessfulle» hender. Dette er bildet som tegner seg etter en tjuenårig velstandsperiode, som ellers i vekst og rikdom er uten like i norsk historie.

«Vi vil satse på forebyggende helsearbeid», dette er et annet trylleformular vi hører fra samme kant. Den faktiske situasjonen er at forebyggende helsetjenester i kommunene på landsbasis er enda mer forsømt enn skolene. Dessuten tyder mye på at ideologien som var vellykket for å bekjempe smittsomme sykdommer ikke uten videre løser psykososiale problemer.

En betenkelig side ved politikernes mantraer om forebygging er at de usynliggjør de unge som allerede har fått symptomer og sykdommer.

Fastlegene representerer den største helsearenaen for unge. Omkring fire av fem i denne aldersgruppen er i kontakt med sin fastlege i løpet av ett år. En av ti konsulterer fastlegen seks ganger eller mer årlig. Vi vet lite om hva som skjer i disse møtene mellom unge og legene. Det er her et stort behov for fagutvikling og forskning basert på klinisk allmennmedisin.

Dette behovet er bakgrunnen for at det flere ganger er fremmet forslag om kompetansesentre i ungdomsmedisin. Tre faglige kjernekomponenter er foreslått: allmennmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og pediatri. Siden allmennmedisin er blitt hovedfag på de medisinske fakultetene og vi har fått en fastlegeordning, er det nærliggende å tenke seg kompetansesentrene forankret i de allmennmedisinske instituttene.

Hvis politikerne vil noe mer enn ord, er forslaget om kompetansesentre et sted å begynne.

Ole Rikard Haavet
og Ivar Skeie



Utposten har i dette nummeret ungdom og helse – «**ungdomsmedisin**» – som hovedtema. Dette fagfeltet er de siste årene kommet mer i fokus, Aplf har det som ett av sine satsningsområder, og det er arrangert flere kurs om temaet. Vi tar opp flere sentrale områder innen ungdomsmedisinen: fastlegens muligheter til å være en aktiv aktør i forhold til ungdomshelse, ikke minst forebyggende (Bredablikk), ungdom og depresjon (Haavet), kognitiv terapi rettet mot ungdom (Haugland og Felde), ungdom og rusproblemer (Strandheim og Skeie), klamydiainfeksjon hos unge (Romøren) og Helsestasjon for ungdom/ungdom og seksualitet (Sundal og Felde) og en ungdomskasuistikk med kommentar. Vi håper dette skal gi både praktisk nyttig «hverdags-ungdomsmedisin» og «mat for tanken»!

God sommer!

Ivar Skeie
REDAKTØR

HELSESTASJON FOR UNGDOM

Ungdom & seksu

GUNHILD SUNDAL
INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Helsestasjon for ungdom på Leirvik på Stord har blitt stedets møteplass for ungdom på onsdager. Et lavterskeltilbud som er svært godt besøkt og som er kjent for sitt gode arbeid, noe som har gitt det bredt politisk vern i alle økonomiske spare-runder i kommunen til nå. Medisinsk ansvarlig og fast ungdomshelsestasjonslege er Gunhild Sundal som deler arbeidet med lege Anne Marie Eggerud og helsesøstre. Utposten har vært på Stord og møtt Sundal, til daglig fastlege hos Landsbylegene, tidligere medlem av Aplfs fagutvalg og med 12 års erfaring fra arbeid på Helsestasjon for Ungdom.

ILLUSTRASJONSFOTO: POC TANGEN



Gunhild Sundal er fastlege hos Landsbylegene og lege på helsestasjon for ungdom i Leirvik på Stord.

alitet

– Hva gjør at du stadig synes Helsestasjon for ungdom er utfordrende legearbeid?

– Aldersgruppen vi forholder oss til er ungdommer mellom 13 og 19 år. I denne perioden legges et svært viktig grunnlag for framtidig helse. Vi beskjeftiger oss selvfølgelig mye med deres seksualvaner, seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon – og disse feltene i seg selv byr på mange utfordringer som det kreves medisinsk kompetanse for å løse tilfredsstillende. Men det er også viktig å huske at ikke alt som dreier seg om ungdom og helse er knyttet til seksualitet. Dette er perioden da grunnlaget legges for framtidige kostvaner, søvnvaner, rusvaner og bevegelsesvaner. På helsestasjonen legger vi ofte vekt på samtale om kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Tenårene er også en periode da psykisk sykdom som schizofreni og bipolar lidelse debuterer. En del overgrepssproblematikk kommer opp og en del begynner å lukte på rus i denne fasen. En del ungdommer vet lite om hvordan de skal få hjelp i helsevesenet. Vi representerer et gratis lavterskeltilbud som gjør at vi kommer i nærkontakt med en del ungdommer som jeg tror vi ellers vanskeligere ville fått i tale. Det er attraktivt for ungdommene å komme hit, de samles her – og det er akseptert i miljøet å ta kontakt med oss.

– Er det nødvendig å ha lege på HFU? Kan ikke helsesøstre gjøre den samme jobben?

– Vi var en periode uten faste legekvalder. Oppslutningen om helsestasjonen sank betydelig i denne perioden. Mange av ungdommene ønsker å snakke med en lege. Flere av problemstillingene krever også medisinsk kunnskap som annet helsepersonell ikke har nok kompetanse på.

– En utfordring kan være å avgrense hvilke problemstillinger en skal kunne ta opp på HFU. Hvordan løser dere dette?

– Vi har i utgangspunktet ingen begrensninger på hva som kan taes opp, men det er klart viktig med grensesetting iforhold til hva vi skal bruke HFU til og at vi kanalisere ting videre i systemet. Mange ganger trenger ungdommer litt hjelp til å komme videre i helsevesenet. Noe henvises videre til fastlege eller psykiatrisk poliklinikk/BUP, noe er det også mulig å følge opp på HFU. Det vi har mest av er det som er knyttet til prevensjon, seksualitet, graviditet, svangerskapsveiledning, menstruasjon, abort, seksuell smitte, graviteter, urinprøver og chlamydiaprøver. Men vi har også en del spiseforstyrrelser, depresjoner, angst, rus og overgrepssproblematikk.

Mange vil hevde at HFU kommer i konflikt med fastlegesystemet. Fastlegen er den som kjenner både familien og den enkelte ungdommens sykehistorie og familiehistorie best. Vil HFU forkuldre dette?

– Jeg synes det er mange gode grunner for å beholde et tilbud som HFU. Det er et akseptert lavterskeltilbud, og til og med et attraktivt sted for ungdommen å møtes. Dermed når



vi mange flere enn vi ellers ville klart hvis alle måtte bestille time på et fastlegekontor. Min erfaring er også at det er lettere å endre ungdoms atferd hvis en gjeng sammen finner ut at de skal stå for noe, for eksempel en holdning mot rus. Vi kan lettere utnytte denne gruppeeffekten på HFU enn på fastlegekontoret, da mange kommer til HFU sammen. Nylig hadde vi en jentegjeng her som hadde begynt å vanke sammen med en gjeng med eldre gutter der det var en del eksperimentering med rus. I forbindelse med at noen av jentene oppsøkte oss, fortalte de om miljøet, og vi fikk anledning til å komme med noen innspill. Det hele endte opp med at jentene tok en felles beslutning om å ta avstand fra dette miljøet. Ungdom i denne alderen er svært avhengig av hverandre og er av og til svake alene.

Mange ungdommer på videregående skole bor også i en annen kommune enn der de har sin fastlege og i praksis vil det ofte være vanskelig for dem å oppsøke fastlegen. For mange

føles det vanskelig å gå til den legen som kjenner hele resten av familien, med spørsmål som har med seksualitet og prevensjon å gjøre. Taushetsplikten kan være et ukjent begrep for mange. Et viktig argument for HFU er også at det er gratis. Dersom fastlegetilbudet til ungdom også var gratis, ville sannsynligvis langt flere unge velge å gå dit.

Jeg ser det som svært viktig å arbeide for at også ungdomskonsultasjoner hos fastlege skal bli gratis. Helsestasjon for ungdom og fastlegeordningen utfyller hverandre. HFU er lavterskeltilbudet, fastlegen representerer kontinuiteten og oppfølgingen.

Ungdom og seksualitet

– Mange kan oppleve at det er vanskelig som voksen lege å ta opp temaet seksualitet med ungdom. Det kan være et følt krav om å være kul – og samtidig et behov for å stå for noen verdier som kan tilføre ungdommene noe.

– Jeg opplever egentlig ikke at det er vanskelig å bringe dette på banen. Mange oppsøker oss jo for å snakke om nettopp dette, mange ungdommer er svært åpne og naturlige rundt temaet, og det er lett å være direkte tilbake. Jeg tror ungdommen nettopp ønsker å snakke med en voksen utenom foreldrene, en som kan gi dem noen innspill.

– En stor norsk undersøkelse presentert i 2003 viste en del endringer i seksualatferd blant norsk ungdom i løpet av siste tiår. Blant annet viste den at seksuell debutalder for jenter gikk ned med ett år til 16,7 år fra 1992 til 2002. Fallet hos gutter var noe mindre. Hvilke forhold synes du har endret seg mest hos den gruppen som oppsøker helsestasjonen på de årene du har jobbet der?

– Mitt inntrykk er at gjennomsnittsalderen hos oss har gått noe ned de siste årene – vi ser flere 15-åringer enn tidligere. Det viser også tallene våre. I løpet av det siste tiåret har også jentene etterhvert i større grad tatt ansvaret for prevensjonen. Kondom brukes mindre, p-piller mer, og dette gjør at guttene har blitt mer passive enn tidligere. Guttene er ofte med jentene sine til helsestasjonen, men kun som «følge». Totaltilstrømmingen til helsestasjonen har økt, men guttene har det blitt færre av.

Jeg synes jeg har observert en positiv utvikling når det gjelder nærheten i forholdene til de helt unge parene. Man ser mange nydelige eksempler på helsestasjonen på helt unge par som står veldig sammen – mange gutter som, i større grad enn tidligere, tør å vise følelser. Dette gjenspeiles også ofte når en graviditet oppstår, det er blitt en kultur nå for at guttene er mye nærere sine gravide partnere.

– Et annet utviklingsstrekk som kom fram i seksualatferdsundersøkelsen fra 2003 var at en del ungdom, og jenter i større grad enn tidligere, er tilbøyelige til å bryte den såkalte kjærlighets-

ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN



normen som grunnlag for seksuell samhandling. Hvordan er ditt inntrykk av dette?

– De fleste ungdommene som søker oss for prevensjon har fast kjæreste. De fleste er svært monogame når de er i et forhold og har et «strengt» syn på utroskap. Mitt inntrykk er at det fortsatt er slik at jenter nok har et større behov for nærhet og trygghet i et forhold og at det for jenter i større grad enn for gutter føles feil hvis forelskelse og kjærighet ikke kobles til seksualiteten. Det er viktig å bruke tid på å snakke om relasjonen til kjæresten, hvilke tanker de gjør seg rundt dette og rundt for eksempel aldersforskjell i et forhold. Foreldrenes holdning er også et viktig samtaleemne.

– Å jobbe på HFU innebærer mye informasjon om seksualitet og prevensjon til svært unge og ofte umodne mennesker. Man kan av og til lure på om all vår informasjon om beskyttelse og all vår vilje til å ta oss av konsekvensene av et aktivt seksualliv hos de unge, er bare av det gode. Kan det tenkes at vi med dette er med på å bygge opp under en ungdomskultur som fra før er svært sexfiksert?

– Det er viktig å være bevisst på at prevensjon gies til unge som allerede har et seksualliv eller som selv ber om prevensjon. Det har hendt at vi har fått reaksjoner fra foreldre til ungdommer som har fått prevensjon hos oss med spørsmål om hvordan vi kan «støtte» deres livsførsel på denne måten. Da er det viktig, også juridisk, å ha journalført bakgrunnen for at prevensjon ble gitt, at behovet er dokumentert. Det er et enormt fokus og press rundt seksualitet i samfunnet generelt, og jeg tror ikke HFU bidrar vesentlig til dette. Tvert imot tror jeg vi kan bidra positivt ved å snakke med ungdom om grensesetting og selvbylde. I ungdomskulturen er det vanskelig å stå alene og mange har et svakt selvbylde. Jeg tror noe av det viktigste vi kan gjøre på helsestasjonen er å stille ungdommene spørsmål rundt hva de selv ønsker, prøve å avdekke press og bidra til at de unge tar egne, bevisste valg. Mange, spesielt jenter, kan ha vanskelig for å si nei. De som er i faresonen, er de som gir alt, også sex, og allikevel blir «vraket». De blir en «vare» – dette skaper et enda dårligere selvbylde og mange kommer inn i en ond sirkel der de selv blir brutt ned. Hos ungdommer med hyppige partnerskifter er det, foruten å snakke om de fysiske farene med seksuelt overførbare sykdommer, spesielt viktig å komme inn på selvbylde.

Noe som har vært positivt med ungdomskulturen, er at den nakne kroppen ikke lenger er så skummel. Nakenhet er blitt mer naturlig. Men denne siden av det står i sterk kontrast til råheten og det harde i den medieskapte seksuelle virkeligheten. Denne virkeligheten er ikke i pakt med ungdoms, og spesielt jenters, egentlige behov for nærhet og trygghet.



ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN

– Vi vet at tidlig seksuell debut kan være en markør for risikoførførelse i forhold til rus, tobakk og sosial mistilpasning. Kan HFU bidra i forhold til unge med rusproblemer?

– Jeg tror vi kan bidra ved å få ungdommene i tale på gruppenivå. Det kan oppstå gode samtaler der flere bestemmer seg for å stå for noe, for eksempel en holdning mot å ruse seg.

– Statistikken fra helsestasjonen, blant annet her på Stord, viser som du nevnte at guttene oppsøker helsestasjonen mindre enn før, hvertfall alene, og med sine egne problemer. Mange steder er det forsøkt egne guttekvelder uten at dette har økt tilstrømmingen av gutter nevneverdig. Hvordan kan vi få guttene mer på banen?

– Dette er en stor utfordring. Helsestasjonen er blitt jentenes arena. Det er legitimt for jentene å komme hit, det har blitt en jentekultur. Prevensjon har blitt jentenes domene. Jeg tror guttene oftere enn jentene oppsøker fastlegen med sine problemer, det er litt lettere å gjemme seg bort der. Vi har ikke oppnådd den samme tryggheten for guttene som for jentene på HFU-kveldene.

– Media melder stadig om at unge eksperimenterer mer seksuelt enn før. De har flere partnere, tester ut sex med andre av samme kjønn, analsex etc. Samtidig viser en rekke undersøkelser at det kun er 5–7 prosent som er såkalt «sensasjonseeking», en gruppe som har en seksuell risikoførførelse. Når vi disse på Helsestasjon for ungdom?

Vanligste risikoatferd jeg møter er eldre gutter som er sammen med for unge jenter som presenteres for atferd de ikke er modne for. Sex uten noen form for beskyttelse, hyppig partnerskifte, samt forhold der en i tillegg til en stilig gutt får med seg et rusmiljø på kjøpet er annen atferd det knyttes risiko til. Dette er viktige målgrupper for HFU.

– Kan du gi et grunnriss av den gode prevensjonssamtalen?

– Infallsvinkelen til denne samtalen blir ofte forskjellig avhengig av hvor en føler at den enkelte ungdom befinner seg, hva slags erfaringer de har, hvor modne de er etc. Som allmennleger blir vi spesielt godt trent til å sense dette. Noen punkter er allikevel ofte med:

- 1 En naturlig start er å kartlegge behovene, særlig er dette viktig hos de yngste – få fram om det er et eget ønske

Jeg informerer om når det er lurt å ta clamydiaprøve, svært mange tar da ansvar selv og kommer tilbake og ber om undersøkelse senere. Det er viktig ikke å fokusere negativt på risiko, men heller prøve å flette dette inn i samtalen underveis. Dette er noen gode kjøreregler som ikke trenger å oppfattes som formynderske pålegg.

– Noen har tatt til orde for reseptfri omsetning av p-piller for å sikre bedre tilgang og færre uønskede svangerskap. Er dette et synspunkt du deler?

– Jeg tror vi ved å gjøre det reseptfritt går glipp av den viktige kontakten vi får med ungdommen ved reseptutskrivning. Ved at de oppsøker oss, vel og merke hvis det finnes et lett tilgjengelig og gratis tilbud, får vi en anledning til å gi informasjon om bruken av pillene og også drive forebyggende helsearbeid på andre områder. Det er også viktig at de med tromboiserisiko ikke glipper unna. Det er medikamenter med indikasjon og kontraindikasjoner og bør etter mitt syn være reseptbelagte. Det bør være lett tilgang, men utskrivelsen bør alltid følges av anamnese og informasjon.

Jeg var med og foreslo gratis p-piller, men opplevde at aldersgrensen på 16 år aldri var faglig begrunnet. Effekten på uønskede svangerskap ved gratis p-piller var faktisk størst for dem som var under 16, og de må dessverre selv betale i dag. Jenter mellom 15 og 16 burde også få gratis p-piller. Svangerskap hos dem er en enda større belastning enn for de litt eldre, og vi oppnår ikke å få disse yngste til å avstå fra å ha sex ved at de må betale for p-pillene selv.

Helsestasjon for Ungdom er utfordrende legearbeid! Spennet mellom barndom og voksenliv er en spennende arena hvor søken etter identitet og jakten på kjærlighet kan få mange medisinske konsekvenser. *Utposten* takker Gunhild Sundal for å ha delt av sine erfaringer fra denne arenaen.

eller om det foreligger et press. Det er imidlertid viktig å unngå å flagge egen mening og moralisering rundt temaet debutalder og valg. Vi benytter ofte anledningen til å snakke litt om grensesetting.

- 2 Samtale om seksuelt overførbare sykdommer. Informasjon om risikoen ved hyppige partnerskifter iforhold til selvbilde og utvikling av SOS.
- 3 Det kan være naturlig å snakke om relasjonen til kjæresten og om foreldrenes holdning.
- 4 Samtale om muligheten for svangerskap.
- 5 Andre livsstilsfaktorer som røyking, kosthold og generelt ansvar for egen helse.
- 6 Informasjon om mulige prevensjonsmidler, deres virkning og bivirkninger, hva de ikke beskytter mot. Til slutt en samtale om hva som kan egne seg for den enkelte.
- 7 GU er frivillig.



Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@senswave.com

ILLUSTRASJONSFOTO: ANE SKJEE HERMANSEN

Unges helseproblemer

– kan fastlegen bidra i forebyggingen?

AV HANS JOHAN BREIDABLIKK

Helseproblemer blant ungdom

Det anføres at ungdoms opplevelse av helse har et mer vidtrekkende innhold enn hos voksne, og omfatter følelser av velvære like mye som av sykdom. Unge opplever sin helse gjennom familie- og vennerelasjoner, skole og fritidsaktiviteter (Gray & al, BMJ 2003). Ungdomstiden er i liten grad forbundet med alvorligere fysiske sykdommer, men psykosomatiske og mentale plager rapporteres å være utbredte og økende (se fig 1). Blant elever i videregående skoler i Førde var f.eks. den rapporterte prevalensen av angstplager tre prosent og depressive plager fem prosent, noe som samsvarer med forholdene hos voksne (Forfatterens eget materiale).

Global selvopplevd helse hos voksne har vist seg å ha predikativ verdi for senere sykkelighet, dødelighet og bruk av helse-tjenester. Denne parameteren har et karakteristisk utviklingsmønster der andelen med den mest optimistiske helseoppfatningen faller betydelig i løpet av tiden i ungdomsskolen spesielt rundt puberteten. Over en 17-årsperiode er det også et markert fall i andelen eldre ungdom/unge voksne (16–24 år) som opplever egen helse som svært god, spesielt gjelder dette for jenters vedkommende (fig. 2).

Livsstils- og helse- og risikoforferd er sentrale helse-relaterte faktorer i forhold til ungdomsgruppen, da vanemønstrene som kan legge grunnlag for senere god eller dårlig helseutvikling trolig etableres under ungdomstiden. Typiske områder herunder er fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og rusmidler, seksualitet, medie-/ungdomskultur og risikosport. Mens hovedarenaene for påvirkning under barneårene er familie, barnehage/skole og venner, så får vennene etter hvert den mest sentrale plassen. Utviklingstrekk i ungdomskulturen



Hans Johan Breidablikk

49 år og arbeider som kommunelege i Sula, spesialist i øre-nese-halssykdommer, allmenmedisin og under spesialisering i samfunnsmedisin.

Div. publikasjoner mest om ungdom, helse og livsstil.

*Ungdommen
er den tiden
du velger
masken
du skal
bære resten
av livet.*

AKSEL
SANDEMOSÉ

både generelt og lokalt kan derfor få stor innflytelse på den unges livsstilsvalg, og derigjennom senere helseforhold. Kunnskap om utvikling på gruppenivå blir derfor et viktig utgangspunkt for tilnærmingen i forhold til forebyggende helsearbeide (se fig. 3).

Ungdomsmedisin – særomsorg eller del av primærhelsetjenesten?

Det hevdes fra ulike hold at ungdom i liten grad oppsøker det ordinære helsevesenet med sine helseproblemer. Grunnen for dette kan være opplevelse av ulike former for «skranker», som at de unge føler seg fremmede for voksenkulturen i primærhelsetjenesten, at denne heller ikke er innrettet på å møte ungdom på deres premisser, at åpningstidene er lite passende eller at de ikke ønsker å be foreldre om penger for å oppsøke lege etc. Enkelte har gjort sammenligninger med forholdene for minoritetsbefolkninger og hevder at der kreves særlig skolering og praksisform for å møte disse slik at de føler «kulturell trygghet» i møtet. (Gray & al. BMJ 2003). I forsøkene på å overkomme dette har en utviklet lavterskeltilbud som Helsestasjon for ungdom med åpningstider på ettermiddagen, uten krav til timebestilling og egenandeler. Ordningen er blitt utbredt,

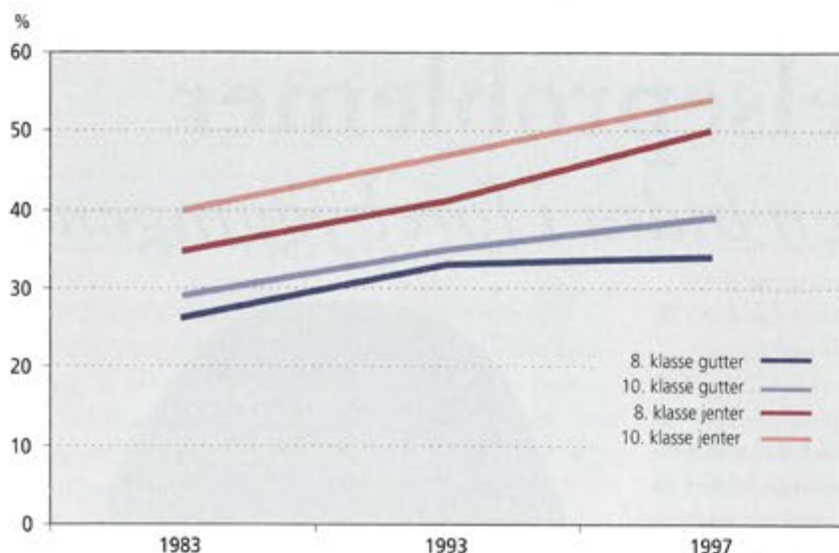


FIG. 1.
Utvikling over tid for andeler av unge som rapporterer ulike former for selvrapporterte subjektive (psyko-somatiske) helseplager i Norge (fra HEMIL-kartlegginger). Der er klar økning over tid og mest for jenter.

GRAF: POC TANGEN

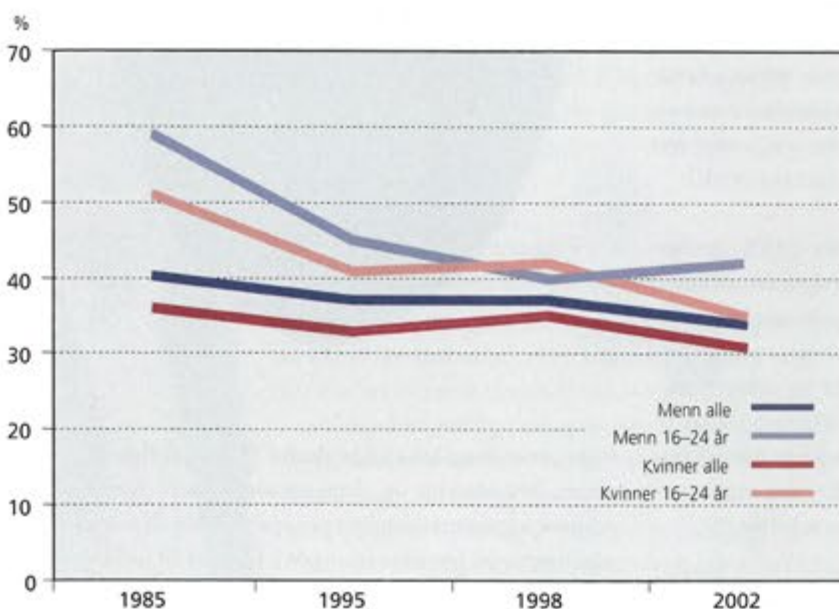


FIG. 2.
Utvikling av egenvurdert helse som svært god over en 17-årsperiode i Norge. Vi ser at andelen viser en fallende tendens, men at dette er mest markert for de unge voksne. For gruppen med dårlig egenvurdert helse er forholdene mer stabile over tid.

KILDE: SSB, LEVEKÅRSUNDERSØKELSENE
GRAF: POC TANGEN

men problematikken som taes opp her synes tidvis å være avgrenset mye mot samlivsproblematikk og mest søkt av jenter. Det synes heller ikke å være praksis med tilbakemeldinger til fastlege fra disse.

Den overveiende delen av ungdom omfattes før 18-årsalderen også av skolehelsetjenesten. Denne vil også hevde seg å være et lavterskeltilbud, til dels med de samme tilbud som Helsestasjonen for ungdom, men inntrykket er at en her tar opp et større spekter av problemer, og i større grad samarbeider og henviser til fastlegen for videre tiltak om nødvendig. I en kartlegging fra Ålesund blant 6., 8. og 10. klassinger oppgav 14 prosent av disse at de hadde kontaktet

skolehelsetjenesten utenom rutinebesøkene, og jentene om lag dobbelt så hyppig som guttene (Breidablik/Viik. Ung i Ålesund 2000).

Fastlegeordningen omfatter i utgangspunktet alle grupper av befolkningen, og de unge har som andre også sin egen fastlege som også skal være deres viktigste bindeledd mot helsetjenesten for øvrig. Spørsmålet blir i hvilken grad de unge konsulterer fastlegen, og dermed i hvilken grad fastlegen har mulighet for å komme i posisjon til å bidra til det forebyggende helsearbeid for gruppen? I forfatterens egen 4-legepraksis utgjør aldersgruppen 10-20 år 13 prosent av pasientpopulasjonen, mens deres andel av de totale konsul-

tasjonene er rundt 8 prosent, med noe overvekt av jenter (WinMed statistikkmodul). Likevel utgjør dette til sammen et betydelig antall av møter med ungdom der også forebyggende aspekter kan komme på banen.

Legeforeningens president uttaler at fastlegen er i en unik posisjon som rådgiver for pasienter som vil endre livsstil, og at folk har stor tiltro til disse rådene og at ordningen gjør det mulig å følge opp pasientene over tid (TDNLF 2004; 124–991). Samme budskap kommer fra professorene Bahr, Klepp og Kvinnsland i TDNLF 2004; 124: 840, og de nevner spesielt fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og tobakksforebyggende arbeide som sentrale forebyggingsområder.

Men fastlegeordningen er fra mange hold kritisert for nettopp å legge vekt på kurativ legevirkosomhet mer enn forebyggings- og folkehelsearbeide. Den største aktiviteten i forhold til forebygging er også konsentrert om sekundær og tertiær forebygging, mens forebygging blant unge

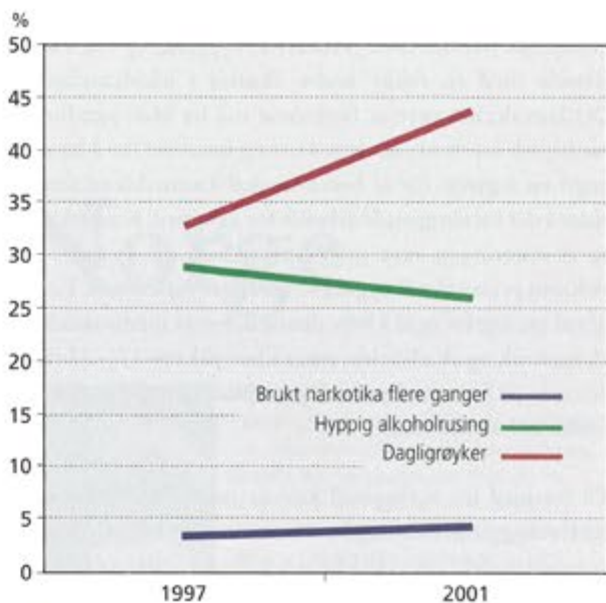


FIG 3. Resultater fra lokale kartlegginger blant elever i videregående skoler i Førde i 1997 og 2001. De lokale presseoppslagene i perioden dreide seg hovedsakelig om narkotika-problemer. (forf. eget mat.)



Trender forgår,
og røykevaner består!



i hovedsak må skje som primærforebygging, og ofte i samarbeide med en rekke andre aktører i lokalsamfunnet. Det kan derfor være at fastlegene må ha både samfunnsmedisinsk interesse, foruten evne og interesse for å ha med ungdom å gjøre, for at han/hun skal kunne bli en sentral aktør i det forebyggende arbeide for gruppen. Kunnskapen og orienteringen mot ungdomsmedisin og metoder for virksom primærforebygging er nok også varierende. En nasjonal satsing for også å løfte denne delen av medisinen både økonomisk og akademisk, synes klart påkrevet for å bringe den mer på linje med andre fagområder i den primærmedisinske virksomheten.

Til forskjell fra tradisjonell kurativ medisinsk virksomhet må forebygging blant ungdom som nevnt innledningsvis ofte ta utgangspunkt i et videre helsebegrep der sosialpsykologisk

og sosiologisk kunnskap er sentrale elementer ved siden av den tradisjonelt medisinske. I samfunnsvitenskapelige analyser av den moderne ungdomskultur blir det lagt vekt på at ungdommens sosialisering i økende grad synes å foregå på arenaer som er isolert fra de voksnes verden. Det må i første rekke være oss voksnes ansvar å bryte denne isolasjonen. Et interessant perspektiv på helsefremmende arbeid er således bestrebelsene på å gjenopprette dialogen mellom generasjonene, og å skape arenaer der slik dialog kan foregå.

Men fastlegens ofte omfattende familie- og lokalkunnskap kan her være et godt utgangspunkt for også å møte og forstå den unge pasienten han har foran seg. Mange fastleger har også deltidsstillinger innenfor Skolehelsetjenesten. Potensialet for forebyggende ungdomsarbeide er derfor klart til stede innenfor fastlegeordningen.

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



Klamydia blant unge i Norge

AV MARIA ROMØREN

Forekomst

Klamydia i allmennpraksis er for alle praktiske formål klamydia hos unge og unge voksne. Det er på legekontoret det blir tatt flest klamydiaprøver, og allmennpraktikere spiller en viktig rolle i arbeidet med å redusere forekomsten av infeksjonen. Laboratoriene har meldeplikt for positive klamydiaprøver, og vi vet at av de 250 000 prøvene som blir tatt årlig i Norge, er om lag 15 000 positive. Majoriteten av disse er fra kvinner under 25 år. Selv om vi ikke har oversikt over prevalensen i ulike befolkningsgrupper, er det kjent at forekomsten er høyest blant seksuelt aktive unge. At de fleste som får påvist smitte er kvinner, viser naturligvis bare at gutter sjeldnere testes, og dessverre også at smitteoppsporingen ikke er god nok.

Klamydiainfeksjoner diagnostiseres også på ungdomshelsestasjoner eller av gynekologer. Da blir det under 15 000 positive prøver i året å fordele på 4000 allmennpraktikere.

Hvor mange klamydiainfeksjoner diagnostiserer du i din praksis?

Symptomer og komplikasjoner

Infeksjonen forløper oftest uten symptomer: 60–80 prosent av kvinner og 30–50 prosent av menn merker ingenting. Mulige symptomer er svie ved vannlating og utflod, plager som kan gå over av seg selv og ikke nødvendigvis fører til legesøking. Udiagnostisert vil bakterien oftest forsvinne i løpet av ett til to år.

Mulige symptomer og kliniske funn ved klamydiainfeksjon

Uretritt	Både kvinner og menn kan få mild dysuri og utflod fra uretra
Cervicitt	Mukopurulent sekret fra cervix, lettblødende portio og smerter i nedre del av abdomen
Endometritt	Smerter i nedre del av abdomen, blødningsforstyrrelser og ruggeømheter



Maria Romøren

(30) er doktorgradsstipendiat på et prosjekt om seksuelt overførbare sykdommer blant gravide kvinner i Botswana. Hun har fra studietiden vært opptatt av forebygging, diagnostikk og behandling av seksuelt overførbare sykdommer blant unge og vært med i Medisinernes Seksualopplysning, jobbet på SUSS-telefonen og hatt vikariater på Klinik for Seksuell Opplysning og Olafiaklinikken. Nå jobber hun deltid som vikar på Lillestrøm legesenter.

Det er følgetilstandene hos kvinner som gjør klamydia til et viktig problem – både for enkeltpersoner og i folkehelseperspektiv. En rekke tilstander, for eksempel ekstrauterine graviditeter og infertilitet, kan oppstå både på grunn av og uavhengig av klamydia. Det er derfor vanskelig å finne gode tall både for forekomsten av komplikasjonene og andelen av disse som kan tilskrives klamydiainfeksjon. Heldigvis ser det ut til at en enkelt infeksjon ikke er så farlig for fertiliteten som tidligere antatt. Langvarig infeksjon og flere episoder med smitte øker risikoen for komplikasjoner.

Anslått risiko for komplikasjoner ved klamydiainfeksjon

- Bekkeninfeksjon trolig godt under 5 prosent
- Infertilitet hos kvinner 2–3 prosent
- Infertilitet hos menn ukjent, antakelig liten
- Ekstrauterin graviditet 1–2 prosent
- Kroniske underlivssmerter trolig 2–3 prosent

Uspesifikk uretritt og cervicitt

Menn med uretrittsymptomer har en sjelden gang gonoré, 25–50 prosent har klamydia, mens de resterende har en infeksjon som ikke kan påvises ved rutine laboratoriediagnostikk. Det kan være intrauretral herpes simplex eller kondylomer, men oftest skyldes plagene mykoplasma eller ureaplasma bakterier. Hos kvinner gjelder lignende tall for cervicitt. Når symptomatiske pasienter har negative laboratoriefunn kan forklaringen være en falsk negativ prøve eller

en uspesifikk uretritt/cervicitt. Tar du deg tid til å mikroskopere, vil du se at et utstryk farget med metylenblått fra uretra og/eller cervix vil vise økt antall betennelsesceller (>4 per synsfelt i 100x forstørrelse). Uspesifikk uretritt og cervicitt er en eliminasjonsdiagnose, og disse pasientene skal også behandles med azitromycin 1 g. Fast partner skal ha behandling, videre smitteoppsporing gjøres ikke.

Teststrategier

Hvem skal testes for klamydia i allmennpraksis? Ofte ber pasienten selv om en prøve, ofte byr anledningen seg når pasienten likevel får utført en gynekologisk undersøkelse, og av og til bør det vurderes om pasienten skal få tilbud om prøve selv om de kommer for noe annet. Det er tre hovedstrategier ved prøvetaking (se tabellen s. 13). Det er enighet om at både pasienter med symptomer på genital infeksjon, pasienter med andre seksuelt overførbare sykdommer og smittekontakter bør testes.

Screening, derimot, har vært mye diskutert.

Hensikten med screening er å fange opp asymptomatiske infeksjoner: for å redusere risikoen for komplikasjoner hos pasienten og

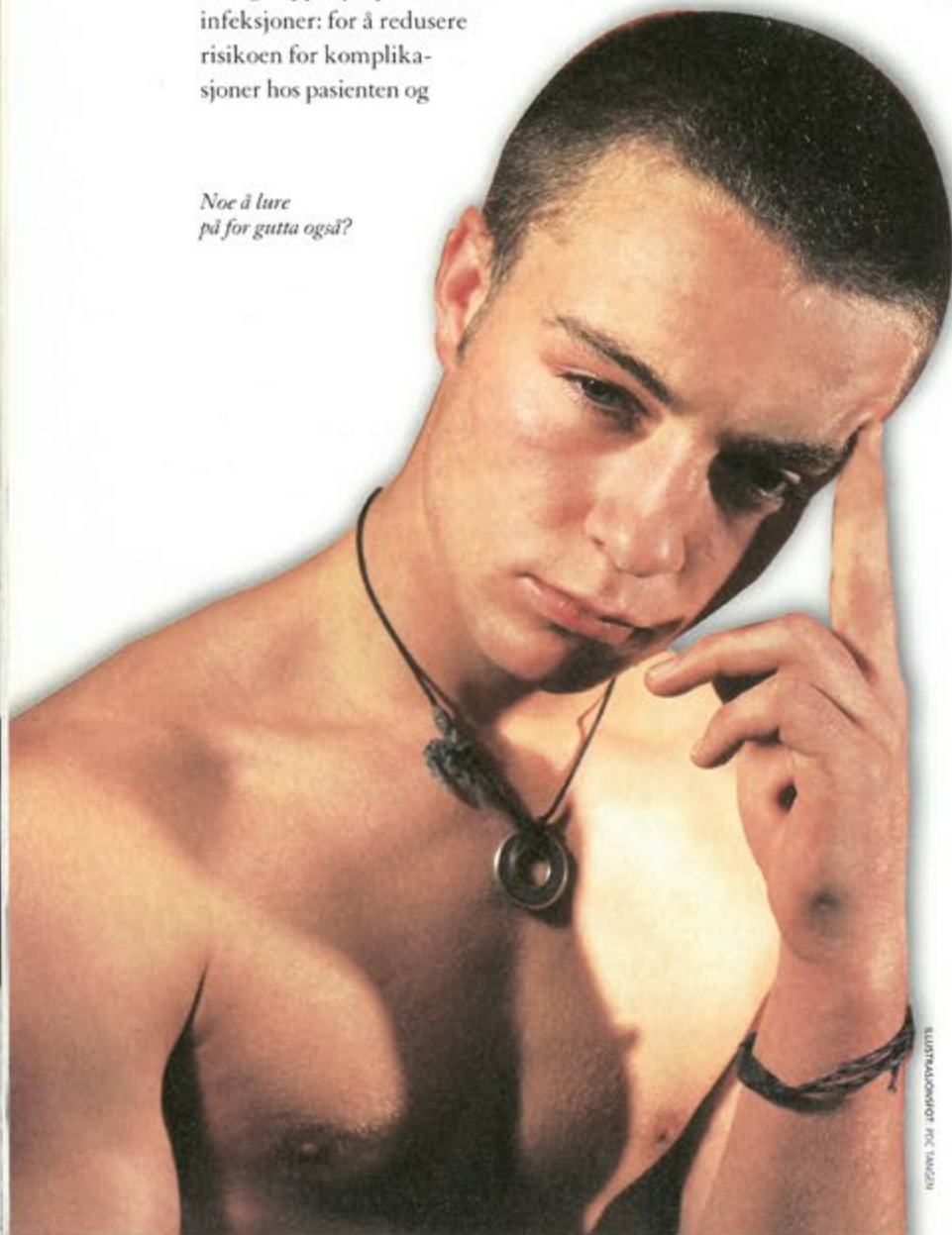
Noe å lure på for gutta også?

for å hindre at infeksjonen blir spredt videre og forårsaker komplikasjoner hos andre. Men får vi testet dem som har størst risiko for smitte? I hvor stor grad kan screening redusere forekomsten av komplikasjoner? Påfører vi pasientene unødige bekymringer? Og hva slags signaleffekt har det at vi stort sett bare tester kvinner?

Å forebygge komplikasjoner har en klar helsegevinst, men også en økonomisk gevinst: man sparer utgifter på behandling av bekkeninfeksjoner, ekstrauterine graviditeter og infertilitet. Siden testing på klamydia er relativt dyrt, er det gjort mange studier for å finne frem til kostnadseffektive screeningstrategier: hvor høy skal prevalensen i populasjonen være for at screening skal lønne seg? Resultatene varierer fra to til åtte prosent, blant annet avhengig av hvor mange komplikasjoner man antar man kan forebygge og hvordan kostnadsberegningene er gjort.

Hvordan skal man drive fornuftig screening for klamydia i allmennpraksis? Mange vestlige land anbefaler å teste risikogrupper. Fordi infeksjonen er vanligst blant unge, er det noen land som baserer sin screeningstrategi bare på alder (for eksempel ungdom under 20 år). Andre legger inn spørsmål om antall partnere siste år, prevensjonsbruk eller symptomer på infeksjon. I Norge har man valgt å anbefale at alle under 25 år bør tilbys test etter partnerskifte. Generelt tas det for mange prøver i allmennpraksis: mange leger ønsker heller å være sikker på å ikke overse en infeksjon enn å drive mest mulig samfunnsmessig kostnadseffektiv virksomhet. For asymptomatiske pasienter både under og over 25 er det *alltid* nyttig å gjøre en risikovurdering før prøvetaking. Har pasienten fast partner eller tilfeldige partnere? Hva med kondombruk? Sex på ferie?

- Test aldri på klamydia uten å drøfte med pasienten om det er indikasjon for prøvetaking, bør du også benytte anledningen til å gi saklig informasjon om ulike seksuelt overførbare sykdommer. Kan pasienten nok om smittemåter, risiko og prevensjon til å unngå smitte senere? Ofte blir det liten tid i allmennpraksis. Prat mens pasienten skifter – eller gi, som en pragmatisk løsning, skriftlig informasjon.



Retningslinjer for prøvetaking i allmennpraksis (Nasjonalt folkehelseinstitutt)

Klinisk indikasjon	Pasienter med symptomer på genital infeksjon
Epidemiologisk indikasjon	Pasienter med en annen seksuelt overførbar sykdom Smittekontakter – til personer med klamydia – til personer med andre seksuelt overførbare sykdommer eller med uspesifikke symptomer på genital infeksjon
Screening	Alle under 25 år bør tilbys test etter hvert partnerskifte Kvinner som skal få utført provosert abort [Rutinemessig testing av kvinner over 30 år må reduseres]

Prøvetaking

Det er ikke uvanlig at unge kommer til legen og ber om å bli «testet for alt». Dersom de ikke har noen plager, og klinisk undersøkelse er normal, er klamydia den eneste infeksjonen det er aktuelt å lete etter. Alle medisinsk-mikrobiologiske laboratorier tester på klamydia både i urin og i penselprøver fra uretra hos menn og cervix hos kvinner. Vi vet ikke eksakt når laboratorieprøver kan forventes positive etter smitte, så det anbefales å vente til én uke etter eksponering før prøven tas.

Den diagnostiske testen er den samme uavhengig av prøvemateriale. Samtlige laboratorier benytter nukleinsyreamplifiseringstester med en spesifisitet på 99-100 prosent og en sensitivitet på over 90 prosent. Penselprøve tas enkelt i forbindelse med klinisk undersøkelse, mens urinprøve først og fremst er egnet hos asymptomatiske pasienter. Urinprøven tas minst en time etter siste vannlating og bør samle opp de første 15–20 ml. Laboratoriene bruker ulike fabrikanter: noen anbefaler bruk av spesielle plastglass for urinprøven, og noen ønsker at prøvene skal være nedkjølt før transport. Kontakt laboratoriet du benytter om prøvetakingsutstyr og transportrutiner, og les bruksanvisningen!

*«Sør kløe,
bitter svie»*

Siden mange unge kvier seg for undersøkelse og prøvetaking, bør urinprøve tilbys på alle legekontorer. Urinprøve er for menn minst like god som penselprøven, for kvinner litt mindre sensitiv – men allikevel helt klart et aktuelt alternativ. Store studier har vist at vaginalpensel, som kan tas av pasienten selv, er like god som en cervixprøve. Det er ikke usannsynlig at dette kan tilbys kvinner i Norge i løpet av de nærmeste årene.

Nye strategier for å redusere forekomsten av klamydia

Til tross for stor innsats for å redusere forekomsten av klamydia, har antall rapporterte tilfeller årlig holdt seg relativt stabilt. Det å finne fram til smittede menn er det viktigste målet i arbeidet med å få bukt med epidemien. Bedre smitteoppsporing er helt nødvendig, og her spiller allmennpraktikere en sentral rolle. I tillegg er nye strategier under utprøving for å få flere unge til å teste seg, for eksempel hjemmeprøvetaking. Det har allerede vært gjort et mindre prosjekt på hjemmeprøver i Oslo, og Folkehelseinstituttet planlegger en større utprøving i samarbeid med andre. Det finnes foreløpig ikke tester man kan utføre hjemme og få svar på umiddelbart: per i dag må pasienten ta prøven hjemme og sende den til et laboratorium. Testresultatet kan sendes i posten, eller eventuelt direkte til personens lege. Ved positivt prøvesvar blir pasienten bedt om å kontakte lege for behandling og smitteoppsporing.

I et pågående prosjekt i Bærum går helsepersonell ut til utgangsklasser på videregående og informerer om klamydia. Deretter får elevene prøvetakingsutstyr, og de som ønsker det kan levere en prøve senere på dagen. Allmennpraktikere har også diskutert om unge burde få adgang til å komme på kontoret for å ta en urinprøve på klamydia uten legekontakt. Foreløpig er verken hjemmeprøver, «I ad-tester» eller tilbud til skoleelever blitt rutine, men her vil det antakelig skje forandringer i løpet av de nærmeste årene.

Smitteoppsporing: idealet eller kompromisset

En kvinne er kalt inn til konsultasjon på grunn av en positiv klamydiaprøve. De fleste allmennpraktikere oppfordrer pasienten til å be partnere kontakte lege, eller hun får med seg en dobbeltresept til seg selv og sin faste partner. Legen følger ikke opp om partnere informeres, kommer til undersøkelse eller får behandling.

Smitteoppsporing er en av de største utfordringene i arbeidet med å redusere forekomsten av klamydiainfeksjoner. Vi skal hindre reinfeksjon hos pasienten ved å sikre at partnere blir behandlet, vi skal hindre følgetilstander hos smittekontakter, og vi skal stanse videre spredning av smitte. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet tre prinsipper som bør følges for å sikre etisk riktig smitteoppsporing. Konfidensialitet er det viktigste, at kontakten ikke får vite hvem indekspasienten er, og at pasienten ikke får vite noe om kontaktens eventuelle besøk hos legen. I tillegg skal smitteoppsporingen være basert på frivillighet, og smittekontaktene må sikres rask og gratis veiledning, undersøkelse og behandling.

Det er pasientens fastlege eller annen diagnostiserende lege som etter Smittevernloven har ansvaret for å både gi personlig smitteveiledning og å iverksette smitteoppsporingen

(<http://www.lovdata.no/all/nl-19940805-055.html>). Legen er forpliktet til å kartlegge hvem smitten kan komme fra, hvem smitten kan være overført til, og å sikre at disse får tilbud om undersøkelse, rådgivning og behandling. Likevel viser det seg at få helsestasjoner og allmennpraktikere driver aktiv smitteoppsporing. En studie fra før smittevernloven ble innført viste at bare to av ti allmennleger og en av ti gynekologer foretok aktiv smitteoppsporing. Dette er ikke tilstrekkelig til å få ned insidensen av infeksjonen. Det var et håp med Smittevernloven at allmennlegene skulle ta større ansvar for smitteoppsporing, men hvorvidt dette har skjedd, har vi ikke informasjon om.

Ulike strategier for smitteoppsporing

• Pasientformidlet smitteoppsporing

1. Indekspasienten får med seg resept til partner(e)
2. Indekspasienten oppfordres til å be partner(e) søke lege og eventuelt:
 - a) Legen noterer navn og adresse på alle kjente partnere og avtaler tilbakemelding fra indekspasienten om at partnere er kontaktet, eller
 - b) Indekspasienten får med seg en skriftlig henvisning til partnere som skal gi dette brevet til legen som oppsøkes. Dersom partner ikke kommer til undersøkelse eller epikrise kommer fra annen lege, sender legen brev til partner og innkaller til time.

• Legeformidlet smitteoppsporing

Brev sendes i anonym konvolutt, og purrebrev sendes hvis ikke partneren har kommet til undersøkelse eller gitt tilbakemelding innen en viss tid.

Den optimale strategi for smitteoppsporing kan være avhengig av om vi tar utgangspunkt i pasienten eller bruker et videre folkehelseperspektiv. Å la pasienten ta med resept eller medisin til partner har i noen studier vist seg å være mer effektivt hvis man kun ser på reinfeksjon hos pasienten. Det er en klar fordel at partneren får mulighet til rask behandling samtidig som indekspasienten. Det å sende med kvinnen en ekstra resept til partnere er dessuten også en enkel løsning for en travel allmennpraktiker. Men ulempene er like åpenbare – og flere: pasienten må ta hele belastningen med å informere partner om sykdom, vi har ingen kontroll med at partnere blir informert eller tar medisinen, og vi mister muligheten til å bryte smittekjeden. Partnere bør alltid undersøkes før behandling, og hvis vedkommende har en positiv klamydiaprøve, blir denne indekspasient for smitteoppsporing. Husk at det er alltid en tredjeperson bak en smitteoverføring!

Hva er realistisk smitteoppsporing i allmennpraksis?

Jo høyere ambisjonsnivå, jo mer arbeidskrevende blir det. På den annen side: sett at du påviser 3-4 klamydiainfeksjoner i året, og at pasientene har i gjennomsnitt to smittekontakter. Med dagens prevalens må du teste 100 asymptomatiske kvinner under 30 år for å påvise tre infeksjoner. Ved målrettet testing av seks smittekontakter vil du finne like mange smittede. Smitteoppsporing er uten tvil kostnadseffektiv og meningsfylt virksomhet.

Strategi for smitteoppsporing må legges i samråd med pasienten. Ønsker vedkommende å kontakte partnere selv, eller å få hjelp av legen? Smitteoppsporing skal være basert på frivillighet, og god informasjon gir lettere samarbeid. Du bør bruke litt tid på å opparbeide tillit og la pasienten få følelsen av at han eller hun deltar i arbeidet med å hindre smittespredning. Pasienten må forklares om taushetsplikten og om betydningen av smitteoppsporingen. Det er viktig å vise at en har forståelse for at det kan være ubehagelig å skulle kontakte partnere, og du må ta hensyn til eventuelle problemer som kan oppstå i en par-relasjon når en av dem får påvist en klamydiainfeksjon. Det er naturlig å ta utgangspunkt i seksualanamnesen siste året. Uansett strategi kan det være lurt sammen med pasienten å notere ned navn og eventuelt adresser på aktuelle kontakter. Listen kan arkiveres, for eksempel i en egen «oppsporingsperm», og makuleres når kontaktene har fått tilbud om diagnostikk og behandling.

Behandling

Klamydia behandles effektivt, også hos gravide, med azitromycin 1g: 95 prosent vil være smittefrie etter en uke. En eventuell kontrollprøve må vurderes individuelt. Ved persisterende symptomer, eller dersom pasienten er seksuelt aktiv og det er risiko for reinfeksjon, anbefales det en ny prøve fem til seks uker etter at pasienten har tatt tablettene. Forsøk å sørge for at faste partnere får behandling samtidig. Ideelt sett bør pasienter med positiv klamydiaprøve få og ta tablettene på legekontoret (direkte observert behandling).

På grunn av høy sannsynlighet for smitte, og muligheten for falsk negativ prøve, anbefales det at alle pasienter som forteller at de har hatt en partner med positiv klamydiaprøve, få behandling og informasjon umiddelbart som om de skulle være smittet. Det skal naturligvis også tas en klamydiaprøve, og dersom denne er positiv, må smitteoppsporing iverksettes.

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

KLAMYDIA I DIN PRAKSIS

- Hvor mange klamydiaprøver tar du i året?
→ Hvor mange er av pasienter over 25?
- Har du mulighet til å tilby test til flere seksuelt aktive unge gutter?
- Har du Azitromax liggende til pasienter med positiv prøve eller stor sannsynlighet for smitte?
- Hvordan driver du smitteoppsporing?
- Har du skriftlig informasjonsmateriale?
 - Informasjon om klamydia til pasienten
 - Informasjon til kontakter ved pasientformidlet smitteoppsporing
 - Innkalling/informasjon til kontakter ved legeformidlet smitteoppsporing
- Er det på ditt kontor muligheter for
 - a) mer målrettet prøvetaking?
 - b) forbedret smitteoppsporing?

Olafsklinikken og Klinikk for Seksuell Opplysning har standardskriv som kan kopieres!

SJEKKLISTE VED POSITIV KLAMYDIAPRØVE

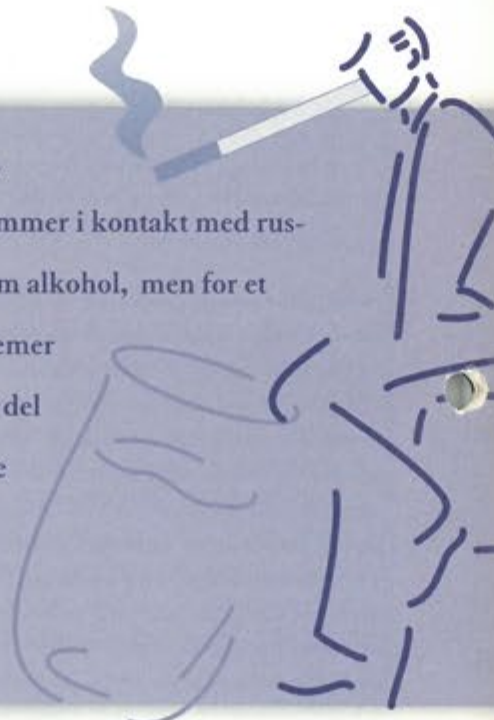
- Nøytral informasjon til pasienten om klamydia (og eventuelt andre seksuelt overførbare sykdommer), bl.a.:
 - Klamydia er vanlig, lett å påvise og behandle, men kan ubehandlet gi alvorlige komplikasjoner hos kvinner
 - Har pasienten hatt flere partnere, er det umulig å vite hvem vedkommende ble smittet av. For pasienter med fast partner: klamydia betyr ikke utroskap! Infeksjonen kan være flere år gammel.
 - Ikke samleie før en uke etter at både pasient og partner har avsluttet behandling (på grunn av en reell fare for reinfeksjon)
 - Hvordan beskytte seg mot seksuelt overførbare infeksjoner senere
- Det kan være lurt å gi skriftlig informasjon i tillegg
- Berømme unge som viser ansvar ved å komme for å teste seg
- Azitromycin 1g på kontoret, eventuelt en blå resept på § 4
- Smitteoppsporingsstrategi: pasient- eller legeformidlet, eller en kombinasjon?
- Eventuell avtale om kontrolltime (kontrollprøve og/eller oppfølging av smitteoppsporing)

Bakgrunns litteratur

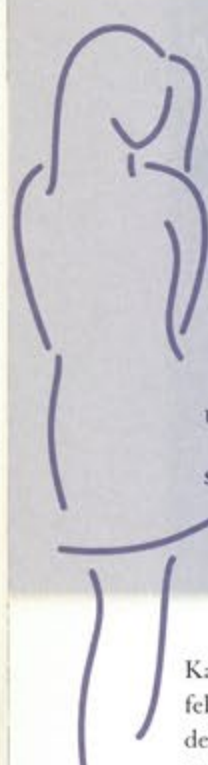
1. Harald Moi og Jan Martin Maltau. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. Gyldendal 2002.
2. Klinikk for seksuell opplysning. Metodebok 2000.
3. Aavitsland P, Lystad A. Indikasjoner for testing for seksuelt overførte infeksjoner med Chlamydia trachomatis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3141-4.
4. Aavitsland P, Lystad A. Smitteoppsporing ved seksuelt overførte sykdommer. Smittevernmessig viktig, etisk riktig. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1203-4.
5. Aavitsland P, Lystad A. Smitteoppsporing ved genitale chlamydiainfeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1719-22.
6. Aavitsland P. Chlamydiadiagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2315.

Når ungdom ruser seg – hva kan fastlegen gjøre?

AV IVAR SKEIE



Ungdom og rusmidler – dette setter følelser og engasjement i sving, både hos unge og voksne. Vi vet at det store flertall av ungdom kommer i kontakt med rusmidler i ungdomstida, for de flestes vedkommende dreier det seg om alkohol, men for et mindretall også om illegale rusmidler. Mange får noen helseproblemer knyttet til rusmidler, en del får større helseproblemer og en mindre del utvikler alvorlige rusproblemer, og for mange av disse starter denne utviklinga i de tidlige ungdomsårene. Samtidig vet vi at de fleste som prøver alkohol, og også de fleste av dem som prøver hasj, ikke utvikler alvorlige og invalidiserende rusproblemer.



Kan helsevesenet og fastlegen spille en aktiv rolle på dette feltet, og hva er fastlegens muligheter til å gripe inn overfor dem som er i ferd med eller allerede har utviklet alvorlige rusproblemer?

Hvor mange, hvor mye og med hva?

Vi vet mye om rusvaner blant norsk ungdom. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har siden 1968 foretatt spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i alderen 15–20 år, og fra 1990 er slike undersøkelser gjort hvert år både i Oslo og for hele landet. Omfattende data fra disse undersøkelsene publiseres jevnlig og er tilgjengelige på nettet^{1,2}. Ut fra disse undersøkelsene vet vi at alkohol er det store rusmiddel blant de unge, i 2003 oppga 84 prosent av 15–16-åringene at de «noen gang hadde drukket alkohol» og 76 prosent hadde drukket i løpet av de siste 12 måneder og 51 prosent i løpet av de siste 30 dager¹. Til sammenligning oppga 60 prosent at de noen gang hadde røykt tobakk. Vi vet videre at det har vært en dramatisk økning i forbruket av alkohol i denne gruppa de siste årene. Mens den årlige mengden rein alkohol blant ungdom 15–20

år i første halvdel av 1990-årene var om lag tre liter, har den økt til nesten det dobbelte i 2003. Tidligere drakk guttene om lag dobbelt så mye som jentene, nå er forskjellen 30–40 prosent, den relative økningen har altså vært størst blant jentene. Den gjennomsnittlige debutalderen har vært ganske stabil, om lag 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin.

Når det gjelder de illegale narkotiske stoffene, er det cannabis som er klart mest utbredt blant unge. Det er en trend i bruken av illegale stoffer at forskjellen mellom Oslo og resten av landet blir mindre. På landsbasis har andelen 15–20-åringene som i de siste tre år oppgir å ha brukt cannabis hhv. noen gang og siste seks måneder, vært om lag 15–17 prosent og 8–10 prosent, mens de tilsvarende tall for bare Osoulungdom er hhv. 25–28 prosent og 7–12 prosent.

Når det gjelder de tyngre narkotiske stoffene, som amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD og GHB, var det en økning for de fleste, bortsett fra heroin, i andre halvdel av 90-tallet, mens det de siste år har vært et visst fall etter en topp i 1998–2000. Kokain avviker fra denne trenden, og har vist økning også de siste år. Tall for henholdsvis hele landet og Oslo går fram av figur 2 og 3 på side 18 og 19.

¹ Astrid Skretting, Sirus, 2000: Ungdom og rusmidler, finnes på www.forebygging.no

² Sirus: Rusmidler i Norge og www.sirus.no

³ Sirus-rapport nr 5, 2003 – Bruk av rusmidler blant norske 15–16-åringene (www.sirus.no)

«Risikoungdom»

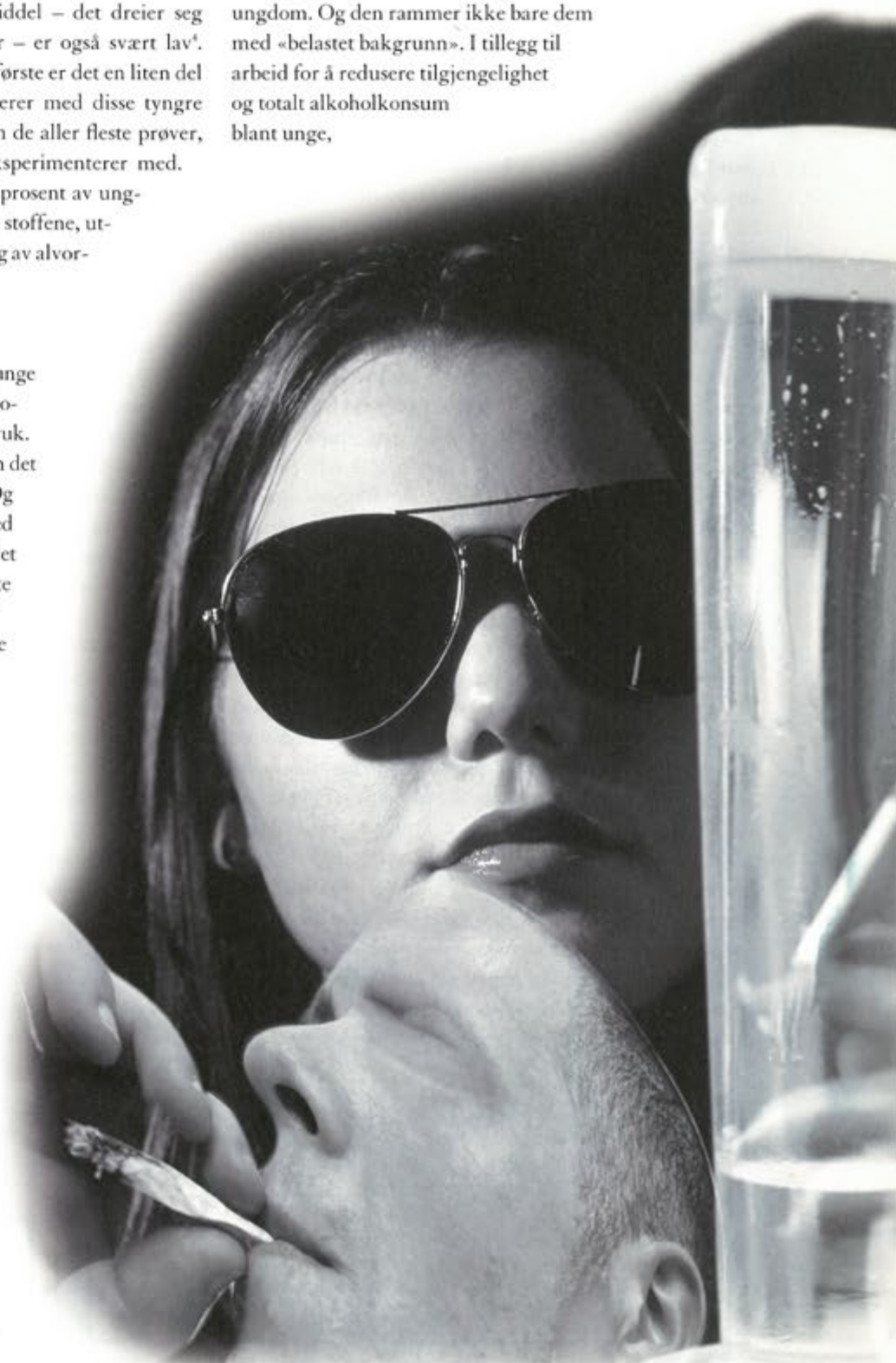
Hva blir så konklusjonen på denne raske rus-epidemiologiske gjennomgangen? Alkohol er det store rusmiddelet blant unge, og har større utbredelse enn røyking. Av de illegale stoffene har cannabis klart størst utbredelse, mens det bare er en liten andel av ungdommen, fra en til tre-fire prosent, som har prøvd de tyngre illegale stoffene. Andelen som har brukt «piller» som rusmiddel – det dreier seg i all hovedsak om benzodiazepiner – er også svært lav⁴. Om dette er det to ting å si: For det første er det en liten del av ungdommene som eksperimenterer med disse tyngre stoffene, til forskjell fra alkohol som de aller fleste prøver, og cannabis som betydelig flere eksperimenterer med. For det andre, og like viktig: De få prosent av ungdommene som prøver seg med disse stoffene, utgjør en høyrisikogruppe for utvikling av alvorlig rusmiddelmisbruk.

Hvem er «i risiko»?

De unge som eksperimenterer med tunge narkotiske stoffer, er altså en høyrisikogruppe for å utvikle alvorlig rusmisbruk. Men er det slik at det er tilfeldig hvem det er som havner i denne risikosonen? Og hva er det som utgjør helserisikoen ved rusbruk blant unge? Her mener jeg det er fruktbart å skille mellom den akutte helserisikoen knyttet til ungdomsrusing, og risikoen for å utvikle alvorlige rusproblemer på lengre sikt.

Mange av de akutte helseskadene som skyldes ungdomsrus, er ikke nødvendigvis knyttet til den type rusmisbruk som er forløper for utvikling av en kronisk ruskarriere. Dette er grundigere belyst i en annen artikkel i dette nummeret av *Utposten*⁵. Den uerfarne alkoholdebutant eller den utagerende «festdrikker» som blir liggende ute og forfryser seg eller fryser i hjel, som aspirer i koma, som ramler utfor trapper og eller i vannet, som kjører i fylla eller er passasjer eller blir påkjørt, som rammes av «tilfeldig» alkoholrelatert vold osv. – dette er kjent

og forekommer ikke så sjelden. Dette er skader og ulykker som oftest direkte eller indirekte skyldes alkoholrus, men også i noen grad bruk av andre rusmidler. Man skal ikke undervurdere den «vanlige ungdomsfylla» som helserisiko, slike ulykker forekommer faktisk i betydelig omfang og er en av de aller største helserisikoer for ungdom. Og den rammer ikke bare dem med «belastet bakgrunn». I tillegg til arbeid for å redusere tilgjengelighet og totalt alkoholkonsum blant unge,



⁴ www.rusdir.no/fakta_om/narkotika/stoffene/legemid.htm

⁵ Arve Strandheim: Rus og rusrelaterede problem blant ungdom, *Utposten* 4/2004

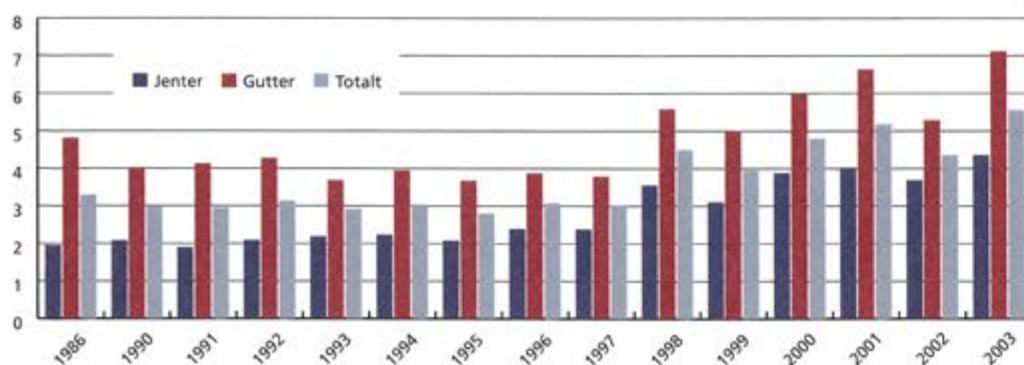


FIG. 1
Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15-20 år i Norge, 1986-2003.

KILDE: UNGDOMSLAGERBEILEN SRUS 2003
WWW.SRUS.NO. GRAF: PDC TANGEN

er det å «lære» unge til å ta ansvar for hverandre når det brukes alkohol, sannsynligvis noe av det mer viktige vi kan gjøre for å forebygge slike alkoholrelaterte skader. Selv hørte jeg for noe år siden om en tiendeklassing i ungdomsskolen som fikk et ublidt førstemøte med «fylla» natt til 17. mai på Mjøsstranda i Gjøvik, der sisteårs ungdomsskoleelever tradisjonelt møtes. Han kunne blitt liggende igjen i tre varmegrader på stranda, ingen veit hvordan det ville endt. Men i stedet dro to gode kamerater den mer eller mindre sanseløse 15-åringen gjennom byen, og hjem, og bestekameraten banket forsiktig på soveromsdøra til foreldrene klokka ett og sa at junior «ikke var helt bra» og nok trengte hjelp og tilsyn. Dette syns jeg var ekte kameratskap!

Når det gjelder fare for utvikling av kroniske rusproblemer med alkohol eller illegale narkotika, er det sannsynligvis mindre tilfeldigheter og mer underliggende disponerende faktorer som gjør seg gjeldende. Det er gjerne slik at det er større sannsynlighet for at det går deg vel i livet hvis du er sunn og frisk og kommer fra et raust og inkluderende miljø, enn hvis du er fattig, redd og forknytt og kommer fra et følelseskaldt eller gjennomruset miljø. De disponerende faktorene kan både være «individuelle», «samfunnsmessige», «biologiske» og «miljøbettinget». Jeg tror det er lite fruktbart å sette slike bakgrunnsfaktorer opp mot hverandre, bakgrunnen for «sammensatte og komplekse» problemer er nettopp sammensatte og komplekse. Det er spillet mellom individuelle biologiske/genetiske disposisjoner og miljømessige/samfunnsmessige påvirkninger tidlig i livet som gjør at en del ungdommer utvikler alvorlige, kroniske rusproblemer, ofte som et ledd i en sammensatt psykososial problematikk.

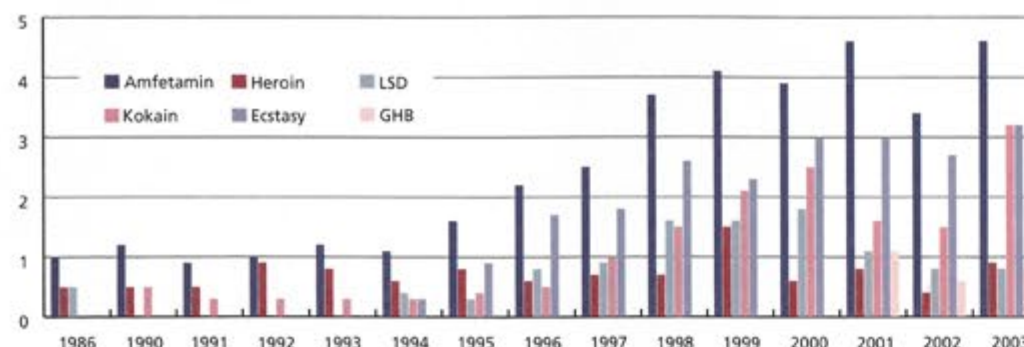


FIG. 2
Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986-2003.

KILDE: UNGDOMSLAGERBEILEN SRUS 2003
WWW.SRUS.NO. GRAF: PDC TANGEN

Ruskulturer

Vi vet at ungdom fra familier med stort alkoholkonsum selv drikker mer. Og vi vet at rusmiddelmissbruk går i «sosial arv» (kanskje også «genetisk arv»). En svært stor andel av de voksne «tunge» stoffmisbrukerne kommer fra familier med rusproblemer i flere generasjoner. Og mange unge som utvikler rusproblem kommer fra familier der det er stort forbruk av «piller», særlig benzodiazepiner, som oftest legalt forskrevet. «Piller» de unge får tak i hjemme kan være et farlig bidrag i en eskalerende ruskarriere. Det kan dreie seg om pillenasking, men trolig like ofte at de voksne gir de unge piller når de har «vondt i sjela», fordi dette er den måten de voksne selv døyver «sjelelig smerte» på. Slik føres en del unge inn i et uheldig pillebruksmønster, uten at det er tilsiktet fra den forskrivende legen. Dette dreier seg mest om en «piller-som-løsning»-kultur. Dette bør leger være bevisste på, og det kan være en særskilt grunn til å begrense forskrivning av benzodiazepiner.

Underliggende psykiatri

Ofte er det også underliggende «individuell» psykiatri hos de unge stoffmisbrukerne. Det kan dreie seg om alvorlig personlighetspatologi, om tidligere overgrepserfaringer eller omsorgssvikt, om ADHD, om alvorlig depresjon, om schizofreniutvikling for å nevne noe. En interessert fastlege kan være en viktig aktør i slike saker, men man bør ofte tenke tverrfaglig og samarbeide med andre faginstanser, kanskje særlig barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet.

Ærlighet varer lengst

Alle, også alle unge, har en fastlege, og mange unge bruker fastlegen. Og fastlege-pasientrelasjonen er langvarig. Dette er et meget godt utgangspunkt, dersom «problemungdom-

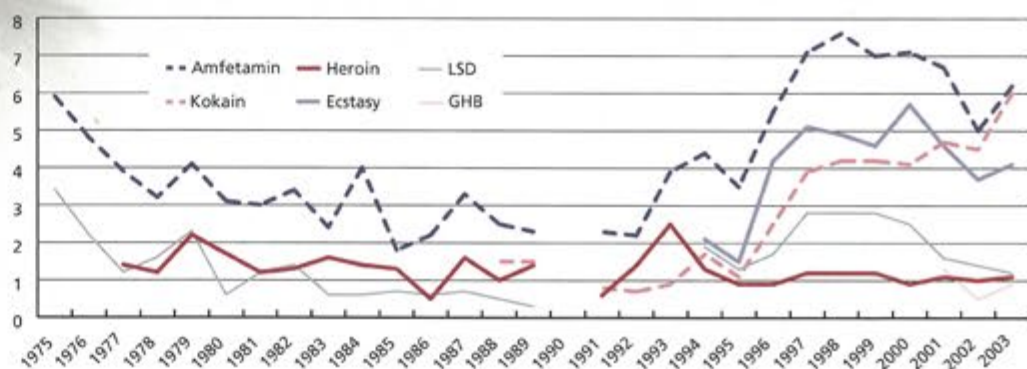


FIG. 3 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970-2003 (treårig glidende gjennomsnitt).

KILDE: UNGDOMS- og RUSPOLITIKK I OSLO 2003. UTSAVNE ULRIS MED GRAM-VIDE SAGVÅG.

men» har tillit til fastlegen. Det kan være et problem at fastlegen svært ofte også vil være mors og fars fastlege, og den unge kan da være redd for at diskresjonen ikke blir varetatt. Dette stiller spesielle krav til legen, og hun må være tydelig på dette punktet. Og man må tilnærme seg problemet på en ikke-moralistisk måte, slik det beskrives i en annen artikkel i dette nummeret av *Utposten*⁶.

Noen ganger kommer ungdommen selv til legen fordi hun føler at hun har et problem, det gir et godt utgangspunkt for å komme videre. Men kanskje oftere er det andre som tar kontakt pga. bekymring, det kan være foreldre, skole, ungdomsarbeidere m.fl. Etter hvert dukker det da kanskje opp en ungdom som er sentrum for problemet, som blir «dratt til» legen, mer eller mindre motvillig. Hva gjør fastlegen da? Da må man ta de ulike aktørene på alvor, som regel må man snakke med de forskjellige partene. Og man må snakke med den unge alene, slik Strandheim beskriver. Ofte vil unge som «trekkes» til legen benekte og bagatellisere. Jeg tror det da er viktig at legen ikke uten videre er med på det, men gir uttrykk for en bekymring for den unges forhold til rusmidler hvis legen mener at det faktisk er grunnlag for slik bekymring. Legen bør ikke moralisere eller skremme, men gi saklig informasjon og begrunne sin bekymring. I slike situasjoner – som ellers i livet – kommer man som regel lengst hvis man styrer etter prinsippet «ærlighet varer lengst»! Ofte kommer man som lege kanskje ikke videre i første omgang hvis den unge ikke ønsker hjelp, men det er viktig å signalisere at man er interessert og empatisk engasjert, og at «døra er åpen» hvis de ønsker å komme tilbake. Og ikke så sjelden kommer de faktisk tilbake, og da kanskje på eget initiativ.

Dette er kompliserte spørsmål, og ofte må flere faginstanser samarbeide med og rundt pasienten. Men ofte må man jobbe en stund i «tosomhet» med en slik pasient, før man

får motivert hovedpersonen slik at man kan trekke inn andre. Og i en del tilfelle kan det faktisk skje viktige terapeutiske framsteg i en slik allmennlege-pasient-relasjon, og det er viktig å ta vare på denne relasjonen.

Hva gjør legen når ungdom spør etter «piller»?

Når unge direkte etterspør benzo eller annen vanedannende/rusgivende medikasjon, bør legen være ekstra lydhør. Det er da «noe» som gjør at spørsmålet kommer på bane. Har hun erfaring med slike stoffer fra før? Evt. i hvilken sammenheng? Er hun ute etter rus og «dop»? Kommer hun fra en «ruskultur»? Er det hun selv som skal ha pillene? Har hun et «personlighetsavvik», er hun personlighetsmessig «ustabil»? Er hun ute etter å manipulere legen? Dette er spørsmål legen bør stille seg. Men samtidig må legen også være var for å fange opp den unge pasientens egentlige lidelse, evt. fange opp den truende depresjonen og suicidaliteten, eller det eskalerende rusproblemet. Man må ikke gå i den fella at man bare avviser pasienten for ikke å begå «feilforskrivning». Man må møte med empati, og tilbud om reell hjelp. Men benzodiazepiner vil svært sjelden være den rette hjelp, og det er ikke alltid den beste hjelp å gi «kunden det kunden vil ha»! Spesielt hvis legen «værer» «personlighetsforstyrrelse», bør benzoforskrivning i størst mulig grad unngås.

Konklusjon

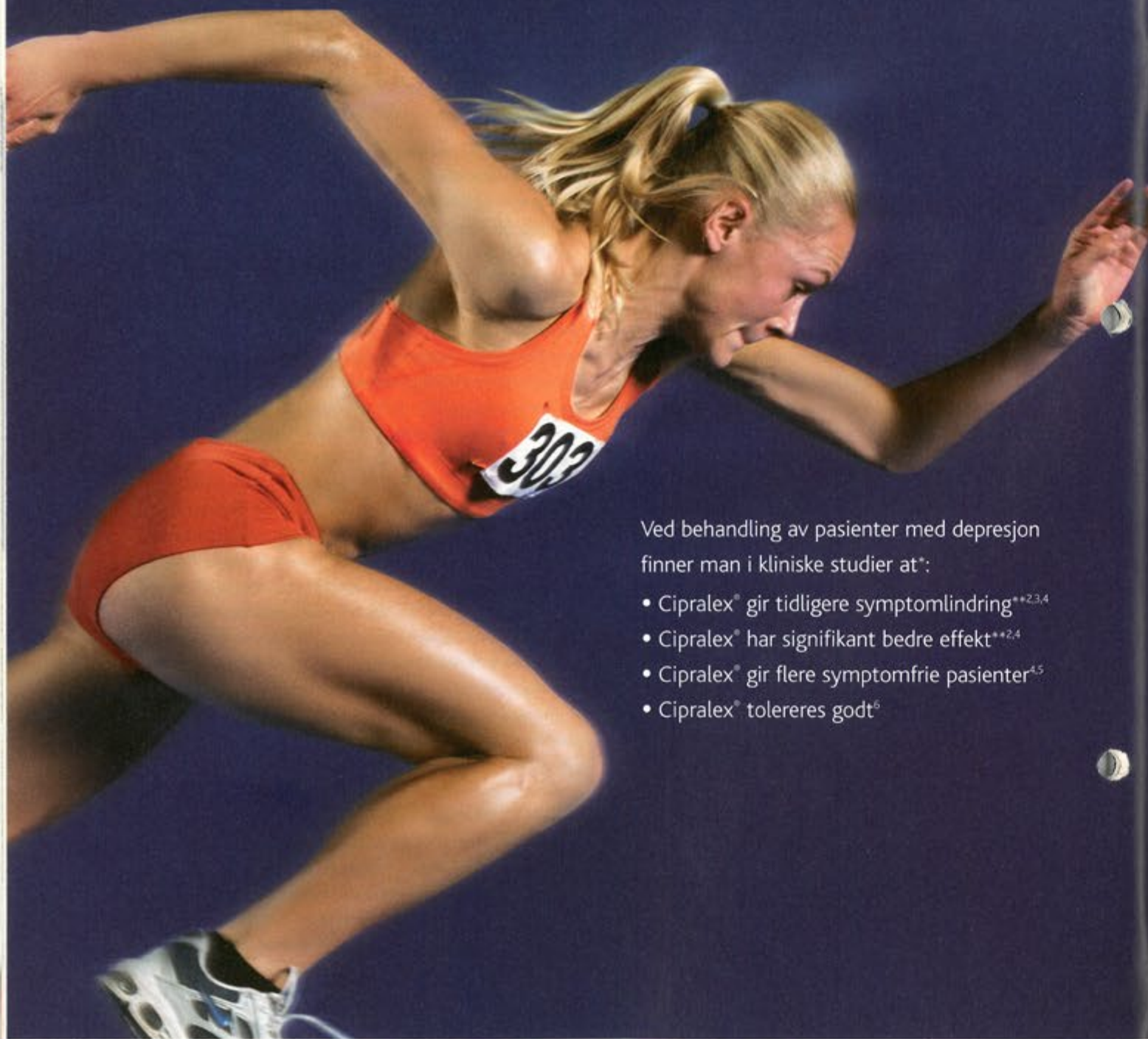
I løpet av de siste ti årene har ungdoms bruk av alkohol og illegale rusmidler økt kraftig, og de medfølgende sosiale og helsemessige problemene likeså. Allmennlegene møter i økende grad disse problemene, og det vil vi fortsette å gjøre. Det er viktig å utvikle kompetanse på dette feltet, og tverrfaglig samarbeid. Og skal vi komme noen vei, må vi tenke rasjonelt medisinsk og fagetisk, både i møtet med den enkelte pasient og familie, og på det samfunnsmessige planet.

⁶ Arve Strandheim: Samtale om rusproblem med ungdom, *Utposten* 4/2004

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 preparatomtale og referanser se side 36.

www.cipralex.com

Lundbeck  Cipralex®
escitalopram

Samtale om rusproblem med ungdom

AV ARVE STRANDHEIM

Når eg tek imot ungdom med rusproblem på BUP eller barneavdelinga, får eg inntrykk av at helsepersonell i liten grad har teke opp rusproblem med ungdomar som har vist openberre teikn på risikobruk av rusmiddel.

Grunnane til at legar ikkje tek opp rusproblem med ungdom er samansette, men uskikkerheit om korleis ein skal nærma seg emnet er ei av dei. Ei anna grunn er ei kjensle av at det ikkje nyttar kva enn du gjer. Min påstand er at det er lett å snakke med ungdom om rusproblem, og at liten innsats i denne fasa gjer stor skilnad i livet til den enkelte.

For å nærma seg eit slikt felt er det viktig å gjera tema alminneleg, og fri for moralske konfrontasjonar.

Eg innleier ofte med å seie : «forskarar i Vest-Europa har vist at ungdom startar tidlegare og nyttar meir rusmiddel enn før. Difor spør eg litt om det når eg snakkar med ungdom som har samansette problem. Synest du det er greitt?»

«Screeningdelen» av samtalen består av fem enkle spørsmål

- 1) Når drakk du alkohol første gong?
- 2) Røyker du?
- 3) Har du vore full? Evt. kor ofte er du full?
- 4) Har du nokon gong vorte bydd eller prøvd anna rusmiddel?
- 5) Kjenner du ungdom som bruker andre rusmiddel?

«Intervensjonsdelen» startar straks:

«Nemn nokre bra ting med å drikka seg full/bruke...»
Om naudsynleg lag liste for ungdommen i 2. person (t.d. : å bruke alkohol hjelper deg å slappe av...)

«Nemn nokre mindre bra ting med å bruke...»

Lag liste også her, sett den saman med lista over gode ting, oppsummer og gje ungdommen tid til å reagere.

Arve Strandheim

Spesialist i allmenmedisin, fornya sist i 2002. Praksis i Åsen, Levanger kommune, frå 1.1.1988. Har arbeidd i akuttpsykiatri og poliklinikk med vaksne rusmisbrukarar ved Psykiatrisk klinikk Sykehuset Levanger. Frå 2002 lege i utdanning i Barne- og ungdomspsykiatri ved Sykehuset Levanger, ungdomsteamet. Starta i 2003 med PhD-stipend frå Helse-Midt-Norge på halv tid for å arbeide med rusmiddelintokiserte ungdomar.

Prøv å få ungdommen til å reflektere med lista som utgangspunkt, og diskutere om rus har noko med plagene til ungdommen å gjera. Her har vår medisinske forståing liten verdi, det er ungdom sjølv som må trekke konklusjonane.

«Helseopplysingsdelen» er problematisk i ein slik samtale. Dei moralske overtonane kan fort presse ungdommen i eit hjørne som set bom for vidare dialog, samstundes har ungdom rett på korrekt kunnskapsbasert informasjon.

Aller best er det når ungdommen verker nysgjerrig og sjølv vil vita meir. Informasjonen bør gjevast på nøytral og ikkje-personleg vis. Ofte kan ein starte med «kva som ofte skjer med folk som...». Det er ofte nyttig å referere til kva ekspertar eller forskarar trur eller veit om emnet.

Avslutninga kan vera noko i retning av: «Eg lurar på kva du får ut av dette? Korleis heng det saman med bruken din av...?»

«Poenget» med dette er å få fram eigenrefleksjon hos ungdommen og eigen bekymring for rusbruken. Dette er eit betre utgangspunkt for endring enn noko anna tiltak vi kjenner til. Ofte har ungdom sjølv eit overskot på bekymring og moral som berre treng å aktiverast, ikkje provoserast. Sjølv sagt er ikkje problemet borte med dette men denne samtalen på 10 – 15 minutt kan danne grunnlag for fleire respektfulle møte i førstelina eller vidare i andrelinja.

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 og Jannike Reymert. Kontakt ivskeie@online.no

Rus og rusrelaterete problem blant ungdom

AV ARVE STRANDHEIM

Det har vore mykje skriving i pressa og interesse kring ungdom og rusproblem dei siste åra. Tiltak, særleg preventive, vert prøvd ut i så og seie kvar einaste kommune i landet.

Om ein vil granske rasjonalet bak dette fenomenet, er det første spørsmålet eg vil stilla: Er dette noko å bråke med?

TESE I

Ungdom i fylket vårt, Nord-Trøndelag, har drukke seg fulle i 15 års-alderen så langt bakover som vi har historiske kjelder. Liknande mønster er kjent frå resten av landet (om ikkje så ille)

Truleg er det mykje sant i dette, men kjeldematerialet er ujamnt, og vi kjenner svære variasjonar over tid i alkoholforbruk i populasjonen.

Vi veit også at ein stor del av populasjonen i dei to siste hundreåra var nyktre, dei høyrde til fråhaldslag, ulike folkekristne rørsler og nokre var fattige.

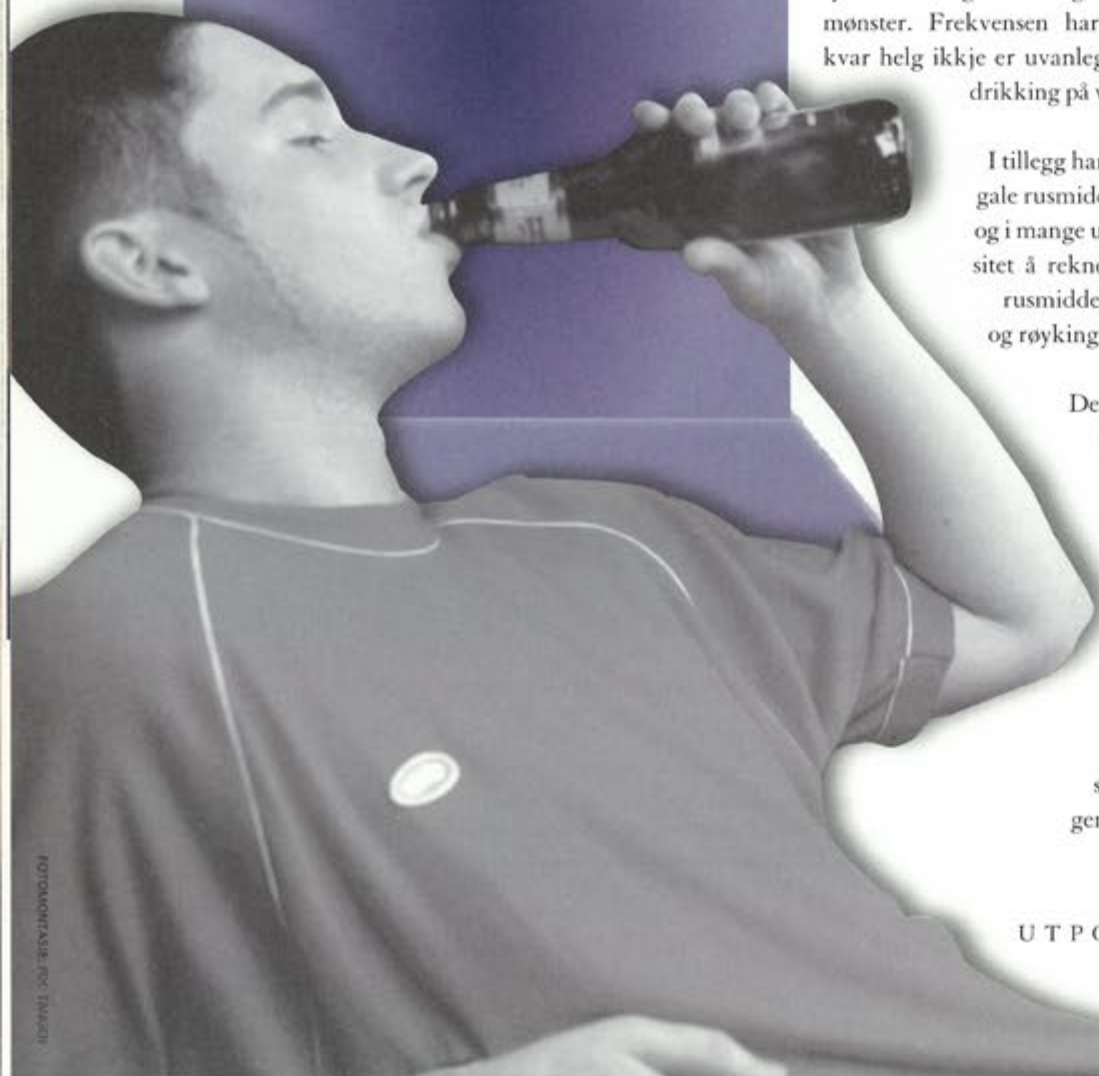
Det nye dei siste tre tiåra er at heile populasjonen vert eksponert for alkohol, svært få miljø held nokon motkultur ved lag.

Debutalderen når det gjeld alkohol har falle med nesten to år dei siste 10 åra. 17 prosent av våre ungdomar har vore fulle før 13-års alder (ESPAD 1999). I Storbritannia og Danmark har nesten 40 prosent av 13-åringane vore fulle. Volumet alkohol som vert nytt ved kvart høve har auka, slik at fyll eller binge-drinking har vorte ungdomen sitt drikke-mønster. Frekvensen har også auka, slik at drikking kvar helg ikkje er uvanleg ned i ungdomsskolealder, og drikking på vekedagar skjer oftare enn før.

I tillegg har vi ein heilt ny situasjon kor illegale rusmiddel kan skaffast over heile landet og i mange ulike miljø. Det er som ein kuriositet å rekne at nokon startar med illegale rusmiddel utan å ha vore innom alkohol og røyking.

Denne utviklinga er svært tydeleg i heile Nordvest-Europa. Som eit døme kan ein nemne at i engelsktalende byar i Europa er fem prosent av ungdomsbefolkninga «polysubstance users», i Newcastle utgjør dette 500 ungdomar under ni år (Paul McArdle 2004).

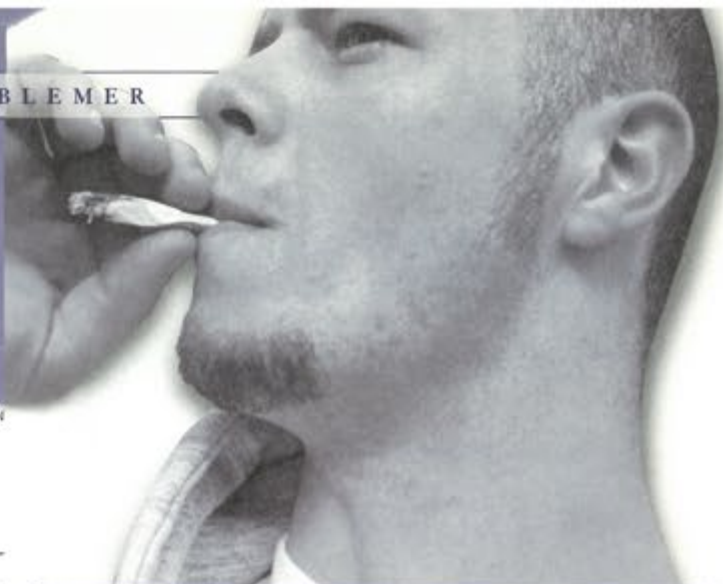
Dokumentasjonen på ein sikker endring av rusmiddelbruk generelt i populasjonen, og spesielt i ungdomspopulasjonen er stor.



TESE II

Dette er eit ungdomsfenomen, som i liten grad verker inn på seinare liv og helse.

FOTOMONTASJE: PDC TANGEN



For dei fleste ungdommar er dette tilfelle, dei fleste vil ha normalisert sitt tilhøve til alkohol og sterkt avgrensa illegal rusbruk ved 24 års alder. Likevel har dokumentasjonen for at tidleg alkoholdebut/rusmiddeldebut er helsefarleg, auka svært mykje, særleg etter 1990.

Sambandet med:

- seinare alkoholproblem,
- illegal rusmiddelbruk,
- vald og kriminalitet (også som offer),
- skadar; særleg brot og ansiktsskadar,
- overdosar,
- suicid,
- somatiske lidningar.

WHO estimerte i 2001 at ett av fire dødsfall i Europa i aldersgruppa 15–29 år er alkoholrelaterte. Hos gitar i denne aldersgruppa i Storbritannia, er sjølv mord og stoffrelaterte dødsfall (ofte overdosar) den leiande dødsårsaken. Jenter har nesten same mønster, der dominerer sjølv mord framfor cancer og stoffrelaterte dødsfall.

Konklusjonen etter å ha gått gjennom litteraturen om emnet kan ikkje bli anna enn at dei endringane vi ser i rusatferd hos unge, representerer ein stor risikoauke. Dersom utviklinga i Noreg følgjar Danmark/Storbritannia, vil rusatferd vera den risikofaktor som i størst grad verkar inn på liv og helse til ungdom.

Maktelause eller tiltak?

Rusførebyggande arbeid retta mot unge har vi drive med i mange tiår, likevel aukar problema årvisst. Er den preventive strategien heilt mislukka?

Eit hovudproblem innan rusførebygging er at vi har hatt lite kunnskap om kva som er effektivt. Alle idear har fått blomstre, og knapt nokon har undersøkt effekten av tiltaka sine. I 2003 kom det ein Cochrane-rapport om rusførebygging (Foxcroft 2003), som viser at dei aller fleste tiltaka pu-

blisert i elektroniske media, var for dårleg og for kortvarig følgt opp. Den store massen av tiltak hadde ingen sikker effekt, nokre var skadelege og nokre få hadde god effekt som vara over kortare eller lengre tid.

Alle effektive tiltak er familiebaserte; skal du få ein effekt må du få mor og far i tale. I den best dokumenterte intervensjonen; Strengthening Families Program frå Iowa, aukar skilnaden mellom gruppene med avstand til intervensjonen. Dei har no publisert resultatane etter seks år oppfølging, og NNT (number needed to treat) var ni i siste studia, noko som er imponerende i ein populasjonsintervensjon. Element frå dette tiltaket vert no prøvd i Regionprosjektet til Sosial og Helsedirektoratet.

I behandlingssystemet som elles tek seg av barn og unge sine helseproblem, har disse pasientane vore lite populære. Det har vorte gjort lite systematisk utviklingsarbeid på unge med rusrelaterte problem. Når ein ser dette opp mot den store morbiditeten og mortaliteten, verker det underleg. Nokre forsøk er gjort med behandling av mindreårige i rusomsorga, mellom anna på dei britiske øyer, med svært dårlege resultat. I Noreg kan psykiatrisk ungdomsteam behandle unge ned til 15 år, men underteikna er ikkje kjent med nokon systematisering av resultatane på dei yngste. Slik eg ser det, og slik helsestyresmaktane i Storbritannia vurderer det, bør unge med rusrelaterte problem behandlast i den del av helsetenesta som elles tek seg av unge sine helseproblem; primærhelsetenesta, barneavdelingar og barne og ungdomspsykiatrien.

Argumenta for det er mange; rusproblem er ein del av eit samansett symptombilette, vi har arbeidsreiskap og kontaktnett som er relevante, situasjonen endrar seg fort over tid og rusomsorga er ikkje bygd ut for og vant til å handtere ei slik mengde ungdom.

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

Depresjon hos unge

– en oversett lidelse med gode behandlingsmuligheter

AV OLE RIKARD HAAVET



Ole Rikard Haavet

Fastlege ved Lillestrøm Legesenter, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Doktorgradsstipendiat med tema innen ungdomsmedisin.

– Jeg er forelsket, men jeg er så stygg!

Gutten på 16 år hadde satt opp dette som punkt én i et svar på en kognitivt tilrettelagt hjemmelektse. Det var andre besøk. Hjemmeleksen var å skrive ned to av de største vanskene han sto overfor.

«Har denne gutten noe på et legekontor å gjøre,» var min første undring, med vage minner om forelskelser og ugreie følelser fra egen ungdom. Er ikke det å føle seg stygg en helt normal tanke for alderen? Kan svaret hans forklare den høye scoren (MADRS = 32), som han fikk på depresjonstesten i den første konsultasjonen?

Når jeg velger å bruke denne kasuistikken, er det for å belyse et tema. Ikke alle mine behandlingserfaringer er like oppmuntrende.

Bakgrunnen for 16-åringens besøk var opprinnelig mors bekymring for hans dårlige kne. Kneplager, som igjen var oppgitt som grunn for enkelte fravær fra gymnastikktime. I samtalen viste det seg snart at kneplagene var ganske underordnet i forhold til andre plager.

Opptakten til guttens besøk hos meg var typisk. Han kommer med et kroppslig symptom. Ofte er disse pasientene gjengangere. Øvre luftveisplager, astma og allergi, muskel- og skjelettplager, herunder nakke- og ryggplager, er blant de vanligste kontaktårsakene (1). Perioder med hode- og magesmerter forekommer også, men tilhører ofte en yngre aldersgruppe.

Unge hyppigst rapporterte sykdommer (1):

- 39 prosent luftveisinfeksjoner, allergi og astma
- 22 prosent hodepine og migrene
- 10–20 prosent angst og depresjon
- 12 prosent muskel- og skjelettplager

10 prosent av de unge er storbrukerne av legetjenester (2). Storbruker kaller Statistisk sentralbyrå unge som bruker lege seks ganger eller mer i året. Gjennomsnittet er litt over tre kontakter i året. 77 prosent har vært i kontakt med lege siste året, mens til sammenligning bare tre prosent har vært hos psykolog (2).

Jeg er med andre ord ikke den første fastlegen som sitter med en usikker tenåring foran meg. Han var ikledd selvsikkerhet i et moteriktig ytre. Som mange andre, røper han ikke uten videre at han føler seg mindre vellykket enn hans ytre gir signaler om.

Kramer fant at allmennlegene i London bare oppdaget én av fem unge med psykiske plager, men at treffsikkerheten var god på dem som ble funnet (3). Andre utenlandske undersøkelser tyder på at en betydelig andel unge med psykisk sykdom ikke en gang søker hjelp (4).

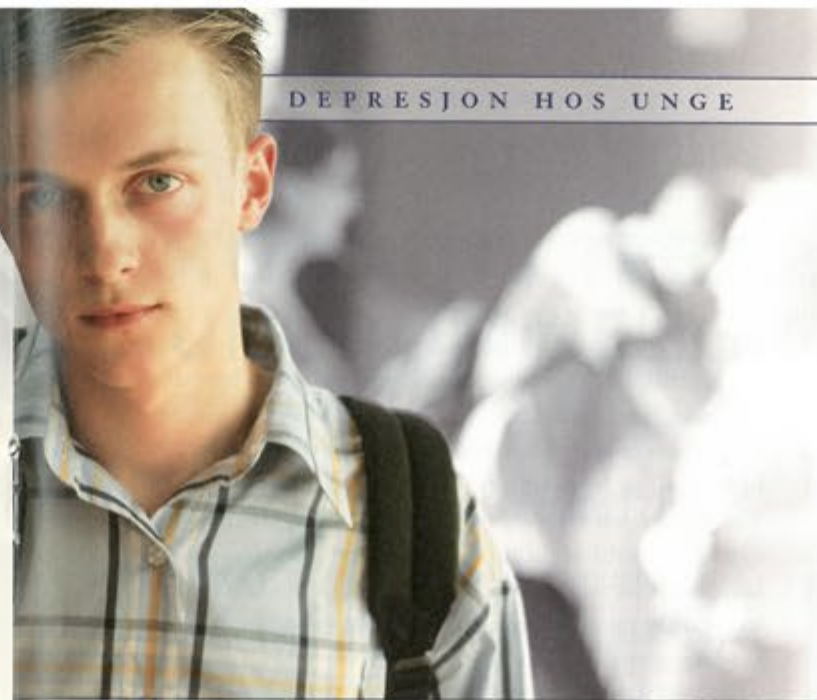
Samtidig viser spørreundersøkelser at omkring én av fem i denne alderen strever med symptomer på depresjon, litt flere jenter og en del færre gutter (5). Alvorlighetsgraden varierer selvsagt. Flere undersøkelser indikerer samtidig at andelen deprimerte stiger.

Dessuten er det etter hvert ganske godt vist at depresjon og uhensiktsmessig atferd lett trekker hverandre inn i en uheldig vekselvirkning (6). Vekslingen skjer mellom lav selv-følelse, tristhet, følelse av å være uten håp, selvskadning, fravær på skolen og rus.

Mye tyder på at både de unge selv og foreldrene deres ofte tolker symptomer som tilhørende alderen. Mitt inntrykk er at allmennlegene også kan mene at i denne aldersgruppen ordner det meste seg selv: — For unge mennesker med mentale problemer gjelder det å holde fingrene av fatet, ytre en kollega om unge med depressive symptomer.

Forskning gir imidlertid gode holdepunkt for at det er hensiktsmessig aktivt å forebygge, diagnostisere og behandle depresjon hos unge (7). Unge mennesker med ubehandlet depresjon kan lett komme til å betale med dårlig mental helse både på kort og lang sikt.

Tilbake til 16-åringen: Var det noen grunn til at han følte seg så stygg? Det eneste han kunne huske, var et par uttalel-



ILLUSTRASJONSFOTO: POC TANGEN

ser fra en jente i klassen. Når han kikket seg i speilet, var han tilbøyelig til å gi henne rett.

Han hadde ikke vært utsatt for mobbing eller vold, sa han. Han bodde sammen med sine to foreldre. Foreldrene var ganske opptatt av jobbene sine, synes han. Han likte heller ikke at deres alkoholbruk var økt noe i helgene. Resultatet var mindre hygge hjemme. Men han så ikke på dette som store problemer.

Det siste året hadde skolerisultatene vært på nedadgående. I tillegg hadde han en deprimert bestekamerat, som stadig skadet seg selv, og som nå et par ganger hadde prøvd å ta sitt eget liv. Han følte noen ganger at kameraten virket ganske sterkt inn på ham. På direkte spørsmål innrømmet han at han selv et par ganger hadde ripet seg opp på underarmene. Når jeg ba om å få se, viste det seg at han hadde mer og mindre bleike lange arr på begge underarmene. Han hadde også vært innom tanker om at livet var et håpløst prosjekt for ham, som han sa, men han var trygg på at han var for feig til å ta sitt eget liv.

Vi vet forholdsvis lite om årsakene til depresjoner hos unge. Vi vet med relativ stor sikkerhet at alvorlige negative livshendelser er forbundet med depressive plager (8). Av sammenhenger som er undersøkt, ser tap av en nær slektning eller venn ut til å ha moderat effekt. Økt press for å lykkes synes å doble antallet unge som rapporterer symptomer på depresjon sammenlignet med kamerater som ikke oppgir å føle slikt press, men inntrykket er at plagene er av begrenset alvorlighet. Unge som har opplevd foreldres samlivsbrudd, har mer depresjoner enn dem som ikke har en slik erfaring. Inntrykket er samtidig at økt sosial aksept har dempet virkningen av foreldres samlivsbrudd.

Andre negative erfaringer ser ut til å ha mer alvorlige og langsiktige effekter. Å oppleve systematisk mobbing er

et slikt eksempel. I enda større grad slår vold ut med depresjon hos offeret. Seksuelle overgrep, som fire prosent av 10.-klassingene i Oslo svarte at de hadde opplevd siste året, var forbundet med mer enn fire-dobling av antallet med depresjoner.

Unge rapporterte negative livserfaringer siste år (8):

- 62 prosent press for å lykkes
- 26 prosent en nær person død
- 22 prosent utsatt for vold
- 15 prosent utsatt fra mobbing
- 4 prosent seksuelt overgrep

Omfanget av vold fortjener ekstra oppmerksomhet.

I Oslo oppgir nesten én av fire 15- og 16-åringer å ha opplevd vold siste året. Undersøkelser tyder på at forekomsten av vold er noenlunde likt fordelt både geografisk og mellom by og land. Trolig har noen få voldelige ungdommer mange ofre i kjølevannet både på skolene og fra sammenhenger hvor unge møtes i fritida. Voldsutøverne synes å få makt og status.

Motsatt er det forbundet med skam å være voldsoffer; for ofrene selv, deres foreldre, lærere, skoler og for samfunnet forøvrig. En følge er at ofrene unngår å få oppmerksomhet omkring det de har vært utsatt for. På den måten slipper de skammen, men blir samtidig lett alene med sine problemer. Voldsepisoden(e) de har vært utsatt for blir glemt.

Noen unge har en mor, en far eller en annen nær voksen person som skjønner sammenhengen til problemene de sliter med. Andre unge går med problemene i en slags innestengt ensomhet. Flere har fortalt meg at de tror deres smerte ikke er spesiell, fordi de ikke har andre erfaringer å sammenligne med.

Typiske plager kan være påtrengende gjenopplevelser av hendelsene. Det kan være ubehagelige tanker, sanseinntrykk, mareritt og sterke reaksjoner på informasjon om lignende hendelser. Videre unngår ofte den rammede ting som minner om hendelsen, fordi dette utløser angst. Det kan være at den unge ikke vil huske eller snakke om det som har skjedd. Det kan være at hun eller han vil unngå stedet ting skjedde, som f.eks. skolen eller et bestemt klasserom. Og det kan også være unngåelse av bestemte personer. Utsatte unge opplever lett vedvarende psykisk aktivering med unormal årvåkenhet, konsentrasjonsvansker, aggresjon eller apati og søvnvansker. Ikke alltid er sammenhengene mellom årsak og virkning så lett å få øye på.

Hvis disse trekkene får utvikle seg, er resultatet lett sosial isolering. Ubehandlet er sluttresultatet ofte depresjon. En rekke forskjellige behandlingsmåter er aktuelle.

Hos vår 16-åring fant vi ikke alvorlige hendelser. Men han hadde mange av de samme symptomene. Selvfølelsen var lav. Han følte seg lite verdt. Han var begynt å skulke timer på skolen. Han isolerte seg stadig mer. Konsentrasjonsevnen var ikke god lenger. Han hadde skadet seg selv. Han trodde ikke på at det var noen framtid for ham, og i sin følelse av håpløshet hadde han flere ganger ruset seg ganske grundig på vekselvis alkohol og hasj.

Han var enig i at han var kommet inn i negative sirkler. Han var frustrert over å dumpe ut i den ene dumme hendelsen etter den andre.

Den vanskelige forelskelsen ble et typisk eksempel. Vi tegnet opp et mønster slik han mente det var. Resultatet var en sirkel av hendelser og negative tanker som i rekkefølge besto av et klosset forsøk på å prøve å bli sett av jenta, et forsøk på å prøve å få kontakt, fulgt av et enda mer klosset forsøk på å få til en date. Følelsen av å bli oversett og av ikke å være noe verd, fulgte med mellom hvert ledd. Etter hvert identifiserte han flere lignende mønstre på andre områder i sitt unge liv.

Vi ble enige om å prøve å bearbeide hvert ledd i disse sirklene med alternative positive tanker. Vi satte i første omgang av seks til åtte ukentlige konsultasjoner. Han ble satt opp enten som siste pasient eller på dobbelttime for at vi i hvert fall skulle ha 30 minutter til rådighet hver gang.

En første alternativ tanke han selv kom med, var at han ikke var så stygg, og i hvert fall ikke var styggere enn en kammerat som allerede hadde en kjærest. Den neste alternative

tanken var at han mente at jenta han likte hadde kikket til hans kant.

Disse, og etter hvert mange andre, alternative tanker ledet ham faktisk inn i nye alternative handlinger, som kort tid før hadde vært utenkelige, og nye positive følelser vokste fram. Dessuten forsto han hvordan denne måten å tenke på hjalp ham, og han overførte strategien på andre mønstre. Ved den åttende konsultasjonen var mange negative mønstre i ferd med å bli brutt. Han hadde fått en innsikt som han brukte aktivt. Det sto alt i kladdeboka med hjemmeløkser. Ikke minst var han tilsynelatende stoppet med selvskading og rus.

Hans grunnstemning av tristhet ville imidlertid ikke slippe. MADRS var gått ned til 22. Etter en del overveielser, foreslo jeg et forsøk med Fontex. Det er det eneste antidepressive medikament som er anbefalt brukt i denne aldersgruppen. Min kliniske erfaring er at det etter noen uker viser seg om medikamentell behandling har noe for seg. I beste fall er effekten meget god.

I løpet av de neste par ukene lysnet 16-åringen. MADRS sank til 12. Gutten begynte å ordne livet sitt. Han møtte fast på skolen. Han fikk avtaler med lærerne og begynte å gjøre lekser. Vi inngikk en avtale om konsultasjoner for å ha kontroll med medisinen.

Da vi trappet ned Fontex noen måneder senere, så jeg at han hadde selskap av en jente på venterommet. Jeg kunne ikke skjule min nysgjerrighet. Han smilte: jeg var ikke så stygg som jeg trodde!

ILLUSTRASJONSFOTO: POC TANGEN

Litteratur

1. SSB. Gjennomsnittlig tal på kontakttar med lege siste 12 månader for eigen sjukdom, etter alder, kjønn, eigenvurdert helse og kontinuitet i legerelasjonen. 2000.
2. SSB. Bruk av helsetjenester, etter alder. 1998
3. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 508-13.
4. Britto MT, Klostermann BK, Bonny AE, Altum SA, Hornung RW. Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth. *J Adolesc Health* 2001; 29: 116-24.
5. Grøtvedt L, Gimmedstad A. Barn og UNGe. Helseprofil for Oslo 2002: 24-28.
6. Kim KJ, Conger RD, Elder GH, Lorenz FO. Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Child Dev* 2003; 74: 127-143.
7. Burns JM, Andrews G, Szabo M. Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Med J of Aust* 2002; 177 Suppl: 93-6.
8. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD, Grünfeld B. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence – two sides of the same coin? A study of 15 year olds in Oslo, Norway 2004. *Acta Paediatr* 2004; 93: 405-411.

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

KOGNITIV TERAPI BRUKT I EN UNGDOMMELIG ALLMENNPRAKSIS

AV GUNHILD FELDE

Hva er kognitiv terapi?

Kognitiv terapi er en forholdsvis ny terapiform sammenlignet med andre retninger innen psykoterapi, som psykodynamisk psykoterapi og atferdsterapi. Utgangspunktet for kognitiv terapi er at innholdet i et menneskes tanker er avgjørende for den følelsesmessige opplevelsen som igjen leder til en bestemt type atferd. «Feiltolkninger» av situasjoner, såkalt dysfunksjonell tenkning, kan disponere for og vedlikeholde psykiske problemer. Behandlingen tar sikte på å identifisere og endre pasientens dysfunksjonelle tenkning og slik kunne påvirke følelser og atferd. Pasienten skal selv delta aktivt for å få tak i sine egne følelser og tankemønstre. Typisk for denne terapien er bruk av hjemmeoppgaver. Sentrale begreper innen den kognitive depresjonsmodellen er automatiske tanker, feiltolkninger og skjema.



Gunhild Felde, født 1971. Med. embetseksamen 1999 i Oslo. Kandidateksamen Norges Musikkhøgskole 1996. Turnus på Stokmarknes og Lurøy, to år som fastlege på Melbu i Vesterålen, nå ass. lege på medisinsk avd. Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen. Snart tilbake i allmennmedisinen. Ferskt redaktør i Utposten.

- Automatiske tanker er pontane forestillinger og tanker som kommer inn i vår bevissthet og som vi oftest aksepterer som sanne uten å vurdere hvor realistiske de er. Disse dukker opp når vi kommer opp i spesielle situasjoner eller er i en spesiell sinnstemning.
- Feiltolkninger er måter informasjon kan misoppfattes og forvrenges på. Vanlige feiltolkninger ved depresjoner kan være generalisering ved for eksempel å konkludere med at en ikke klarer noen ting hvis en har gjort en feil. Et annet eksempel kan være å påta seg ansvar for hendelser som ikke har noe med en selv å gjøre. Hvis en kollega er i dårlig humør, kan en deprimeret medarbeider lett tenke: «Hun liker meg ikke, hun er sur på meg, jeg har sagt noe galt.»
- Skjema eller leveregler er det pasienten bruker for å tolke og analysere hendelser. Skjemaene uttrykker hvordan vi oppfatter oss selv, andre mennesker og den samhandlingen vi har med dem. Eksempel på skjema er: «Hvis noen kritiserer meg, betyr det at jeg er helt mislykket.»

ILLUSTRASJONSFOTO: SØR SEER HERMANSEN



Kognitiv terapi kan deles i følgende faser:

1. **Kartleggingsfase** der man vurderer om pasienten egner seg for kognitiv terapi. Når det gjelder depresjoner blir det generelt sagt at lettere depresjoner egner seg best for denne type tilnærming, ved alvorligere depresjoner er medikamentell behandling bedre.
2. **Valg av problemfokus.** Legen lager her en liste sammen med pasienten over aktuelle problemer og hvilke av dem det skal fokuseres på. Det er viktig å velge ut problemer som det er mulig å endre.
3. **Innføring i hva terapien er,** forklare sammenhengen mellom tanke, følelse og atferd og betydningen av hjemmeoppgavene.
4. **Avdekke dysfunksjonell og irasjonell tenkning** ved å fokusere på situasjoner i pasientens dagligliv. Pasienten får i lekse å registrere tanker og følelser i vanskelige situasjoner og lærer seg ved dette å skille mellom tanker og følelser. Eks: Høre lyd om natten (situasjon), innbrudd (automatisk tanke), angst (følelse), vind (alternativ tanke). Man kan også gjerne be pasienten gradere følelsene på en skala fra 0 til 100. På bakgrunn av den uhensiktsmessige tenkningen man identifiserer, prøver man så å få tak i de underliggende levereglene.
5. **Realitetsteste tenkning og atferd.** Pasienten stilles spørsmål som gjør at de selv kan komme fram til en mer funksjonell konklusjon. Typiske spørsmål kan være: Hva bygger du det på? Kan du se det på en annen måte? Er dette din tolkning?
6. **Kognitiv rekonstruering.** Pasienten skal ved terapeutens hjelp formulere mer hensiktsmessige leveregler og tankemønstre.
7. **Forebygge tilbakefall.** Diskutere problemer som kan oppstå senere og løsning av disse. Tilby time en stund etter avsluttet terapi.

En typisk oppbygning av en terapitime er først å sette dagsorden for timen, deretter snakke om hva som har skjedd siden sist, kommentarer fra forrige time og gjennomgang av hjemmeoppgaven. Deretter dagens fokus/problem, ny hjemmeoppgave og tilslutt få en tilbakemelding på dagens time med utbytte og reaksjoner.

(Dette er bygget på Tone TangenHaug's kapittel om kognitiv terapi i Depresjonshåndboka)

Kognitiv terapi i en «ungdommelig» allmennpraksis»

I Siren Hauglands allmennpraksis på Danmarks plass i Bergen er det stort sett ungdommen som fyller venterommet. Haugland jobber dels som fastlege og dels som L. amanuensis ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Hun har et stort engasjement innen ungdomsmedisinen. For tiden er hun opptatt med å skrive og redigere en Håndbok for skolehelsetjenesten, sammen med helsesøster Nina Misvær. Boka retter seg mot alle som interesserer seg for helsefremmende og forebyggende arbeid, og for fastleger som ønsker å gjøre en god jobb for ungdom gjennom et samarbeid med skolehelsetjenesten. Haugland har også erfaring med kognitiv terapi brukt på ungdom.

– Kognitiv terapi egner seg svært godt i allmennpraksis, sier hun. Behandlingen er konkret, målrettet og tidsavgrenset. Som allmennleger kan vi lære oss teknikker på relativt kort tid som vi kan ha stor nytte av. Men vi trenger gode kurs som inneholder praktiske øvelser, det er ikke nok å lære dette i teorien. Teknikken egner seg også godt for oppfølging med praktisk veiledning etter at kurset er avsluttet, og deltakerne har fått litt erfaring med terapiformen. Kognitiv terapi egner seg godt som del av spesialistutdannelsen i allmennmedisin, etter at en har fått noe erfaring med egen praksis, og før andre teknikker blir for innarbeidet i hverdagen.

– Er det behov for allmennpraktikere som behersker dette?

– Det er en stor fordel i allmennpraksis å beherske kognitiv terapi! Ved hjelp av denne teknikken kan en ofte hjelpe relativt raskt, med en metode som en selv og de fleste pasientene forstår prinsippene for. For meg er det viktig å kunne si at jeg verken er psykolog eller psykiater, men at jeg kan hjelpe til med å komme ut av fastlåste situasjoner, og sette konkrete mål. Ved hjelp av teknikker fra kognitiv terapi kan jeg hjelpe pasienten til å bli bevisst hva problemet består i, avdekke automatiske tanker og hjelpe til å se alternative tolkninger av en situasjon. I tillegg kan jeg bidra til en realistisk vurdering av hva vi kan gjøre noe med. Ofte kan man komme langt med dette. Jeg har også opplevd at pasienter som har gått i annen terapi i flere år, har bedret sitt funksjonsnivå og sin livskvalitet betydelig i løpet av noen uker med kognitiv terapi i allmennpraksis. Dette kan skje hvis fokuset rettes mot de automatiske tankene. Da vil følelsene automatisk endres tilsvarende. Dette dreier seg altså ikke om «være glad-leken», men å bli bevisst hva som fører til følelser som nedstemthet og angst. Unge som har gått i annen terapi kan være svært godt egnet, fordi de allerede har fått et begrepsapparat for å snakke om psykisk helse.

Siren Haugland jobber som 1.amanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag UiB og i fastlegepraksis på Danmarks plass i Bergen. Skriver for tiden Håndbok for skolehelsetjenesten.

For andre unge kan det være nødvendig med noen forsamtaler før en kan gå i gang med strukturert kognitiv terapi. Kognitiv terapi kan også være nyttig som supplement til medikamentell behandling, eller i påvente av spesialistbehandling. I en by som Bergen kan ungdom som henvises til psykolog regne med å måtte vente i et år, da er det godt å føle at jeg kan tilby noe i ventetiden.

– *Hvordan er din erfaring med kognitiv terapi brukt på ungdom?*

– Ungdom er godt egnet for kognitiv terapi da det er i disse årene at mønsteret for mange automatiske tanker etableres. Generelt er erfaringen at pasienten må ha en viss motivasjon og en del ressurser for at kognitiv terapi skal lykkes. Jeg har mange studenter i min praksis, og denne gruppen er godt egnet da de er vant med og liker problemløsning, og det å være aktiv i prosessen. Det å få litt hjelp til å sortere tanker og følelser i en krisesituasjon kan sette ungdommen i stand til å løse problemene selv, eller med mindre hjelp, neste gang problemene er der.

Når det gjelder hvilke lidelser teknikken egner seg for, gjelder de samme vurderingene som for voksne. Jeg bruker den mye ved lettere depresjoner og ved angstlidelser, spesielt fobier og sosial angst. Behandlingstiden kan variere, vanligvis avtaler vi mellom fire og ti behandlingstimer (hver på 30 minutter). Det er viktig å ha regi og innhold på timene. Evaluering underveis er også en viktig del av behandlingen. Om ungdommen ikke klarer å følge opp hjemmeleksene kan det være nødvendig å begynne 'på nytt', eller avbryte og gå over til annen behandling som er mindre krevende for pasienten.



Jeg synes det er et mål på allmennlegekontoret å komme ut av «Hvordan har det vært siden sist?»-behandlingen, hvor jeg sier hm, ja og tja, mens pasienten forteller sin historie. Det føles mer tilfredsstillende å kunne gjøre noe mer ut av situasjonen. Som allmennpraktikere blir vi flinke til å sortere problemer, og ofte er det en forventning hos både pasient og lege om at legen skal løse problemet. Med tidspress og betydelig erfaring i hvordan problemer kan løses, blir vi kanskje for ivrige til å forslå løsninger – «kanskje du kan...». I kognitiv terapi er pasienten selv den aktive med legen som strukturert veileder. Dette er i tråd med prinsippene for godt forebyggende og helsefremmende arbeid på individnivå. Tidlig og målrettet terapi kan også hindre at ungdom med mindre problemer taper funksjon og sykeliggjøres. Det å få hjelp til å nå et funksjonsnivå hvor en klarer eksamen kan være nok til at ungdommen kan gå videre ved hjelp av egne ressurser.

Intervjuet av Gunhild Felde

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@sensewave.com

–refleksjon fremfor sutring

Hvem er far til barnet?

AV IRENE ØYGARD

Hvordan fastsettes farskap? Hva skjer hvis antatt far ikke vedkjenner seg farskapet? Hvordan kan et farskap endres dersom det i ettertid oppstår tvil om at «far er far»? Noen opplever på legekantoret å få spørsmål om å ta en blodprøve for å fastsette farskap. Hva gjør vi da? Dette er ikke vanlige spørsmål på et legekantor, men de er viktige den dagen vi faktisk får dem.

Jeg har i denne artikkelen forsøkt å finne svar på noen av disse spørsmålene:

1. Fødselsmelding

Når et barn er født, skal lege eller jordmor gi fødselsmelding til folkeregisteret. Det skal *opplyses hvem som er far til barnet*, eller hvem mor har oppgitt som far til barnet i tilfeller der farskap enda ikke er fastsatt. Når barn fødes uten at lege eller jordmor er til stede, skal mor selv gi melding til folkeregisteret innen en måned.

2. Hvem er far til barnet?

a. Farskap etter ekteskap

Når mor og far er gift, regnes den mannen som mor er gift med som far til barnet.

b. Erkjennelse av farskap

Når farskap ikke følger av ekteskap (2a), kan faren *erkjenne farskap* under svangerskapet eller etter at barnet er født. Faren skal erkjenne farskapet *skriftlig*, og han kan erkjenne farskapet enten i fødselsmeldinga eller ved personlig fram møte for:

- folkeregisteret
- tilskuddsfuten, fylkestyngdekantoret eller dommeren
- norsk diplomatisk eller konsular tjenestemann, dersom faren er i utlandet
- skipsføreren dersom faren er om bord på norsk skip i utenriksfart
- jordmor eller lege ved svangerskapskontroll



Irene Øygaard

født 1965, gift, 3 barn. Utdannet i Oslo, 1992. Har jobbet 1 år på Oppland sentralsykehus avd Gjøvik, 1 år som lege for den norsk FN-kontingenten i Libanon, 4 år i allmennpraksis i Målselv kommune, jobber for tiden som fastlege på Fagernes.

Dersom den som skal erkjenne farskap er under 18 år, må også de som har foreldreansvaret for han, skrive under erkjennelsen.

3. Dersom far ikke erkjenner farskap

Dersom barnet ikke har far i samsvar med punkt en eller to over, skal det *offentlige* ta seg av å fastsette hvem som er faren. Da vil *trygdekantoret* kontakte mor for å høre hvem som er far. Trygdekantoret tar deretter kontakt med denne mulige far. Dersom han nå erkjenner, er saken avgjort. Dersom han ikke erkjenner, utsteder fylkestyngdekantoret et blodprøvepålegg, og antatt far kalles inn til blodprøvetaking. Det blir da tatt blodprøve av mor, antatt far og barn for DNA-analyse. Denne sendes til Rettsmedisinsk institutt for analyse.

4. Endring av farskap

a. Når en annen mann erkjenner farskap

Farskap etter ekteskap eller erkjennelse, kan endres ved at en annen mann erkjenner farskap samtidig med at dette godtas skriftlig av mor og den som tidligere har vært regnet som far. (Her er alle enige om at det ble oppgitt feil far første gang).

b. Endring av farskap for domstolene

Barnet, hver av foreldrene eller tredjemann som mener at han er far til et barn som allerede har en far, kan alltid reise sak for domstolen om farskap dersom det i ettertid oppstår tvil om at antatt far virkelig er far. Er barnet umyndig, skal saken reises av oppnevnt verge. Er barnet fylt 15 år, kan vergen ikke reise sak uten samtykke fra barnet.

Det er kun i saker hvor barnet står uten far, at det offentlige har et ansvar for å fastsette farskapet. I alle saker hvor barnet har en far på bakgrunn av mors ekteskap eller far har er-

kjent, må partene selv ta initiativet til en privat DNA-test hvis de er i tvil om farskapet. I slike saker må partene ta kontakt med Rettsmedisinsk institutt i Oslo hvis partene er enige om en privat test. Hvis partene ikke er enige, bør de ta kontakt med advokat for så å gå videre til retten med saken. Det er så Tingretten på det stedet der barnet bor, som tar saken videre.

Ingen av partene, verken foreldrene, «tredjemann» eller barn, kan nedlegge «veto» mot at slik ny farskaps sak reises. Trygdekontoret har ikke noe ansvar for slike saker før etter at farskapet er fastslått.

«Er min far virkelig min far?»

Av og til kommer vi leger bort i saker der gjerne barn i voksenalder har fått grunn til å tvile på om «min far virkelig er min far». Dette er selvsagt helt sentrale moralske og eksistensielle spørsmål for den enkelte. Og som ofte ellers i viktige eksistensielle spørsmål, er det ofte lurt å tenke seg godt om før man skriker til verket. Det kan gjelde både for legen og for pasienten. Det er selvsagt pasienten, det voksne barnet som lurer på om «far er far», som må bestemme hvilke skritt som skal tas. Men det er kanskje vår oppgave som leger å problematisere handlingsvalgene sammen med pasienten. «Ønsker du å ta DNA-test for å fastslå farskapet sikkert?» «Er det bare du som ønsker det, hva med mor og 'far'?» «Hvorfor ønsker du det?» «Har du tenkt gjennom hvilke konsekvenser de mulige utfall av testen vil få – for deg og for de andre involverte?». Og kanskje flere spørsmål. Jeg tror man gjør klokt som lege dersom man får pasienten med på å bruke en del tid på å reflektere over slike problemstillinger, før man setter i verk den konkrete prøveprosedyren. Og jeg mener det vil være klokt å anbefale at man skal la en advokat administrere gjennomføringen av prosedyren, dersom man velger å gjennomføre den.

5. Prosedyre ved blodprøvetaking i farskapsaker

Det er fylkestyngdekontoret og Tingretten som har myndighet i farskapsaker, blant annet til å pålegge blodprøve til DNA-test. Det offentlige vil bare betale for blodprøver som avlegges i farskapsaker etter pålegg fra fylkestyngdekontoret eller Tingretten.

For at legesentrene kan belaste det offentlige for blodprøvetakingen, må mor/oppgitt far ha med et skriv fra enten fylkestyngdekontoret eller retten med pålegg om blodprøve.

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

Dersom barnet står uten far og partene henvender seg til oss for å ta en privat DNA-test, bør vi henvise partene til mors trygdekontor. Det er trygdekontoret som forbereder saken for fylkestyngdekontoret. I slike saker er det jo det offentliges ansvar å fastsette farskapet og det offentlige vil da betale for saken.

Det offentlige vil aldri betale for en blodprøve i farskapsaker med mindre partene fremlegger et blodprøvepålegg for oss. Når blodprøvepålegg foreligger, er vi pliktige til å ta blodprøve, det skal taes EDTA-blod, og vi skal sende regning til det lokale oppgjørkontoret.

Referanser:

1. trygdestaten.no – lover og regler (høyre kolonne) – hovednummer – farskap
2. www.farskap.no



Den allmennmedisinske kanon – er den nå komplett?

– en oversikt over de siste tiårs allmennmedisinske skriftlige produksjon og noen tanker om veien videre

AV ANNE LUISE KIRKENGEN



Anne Luise Kirkengen

er spesialist i allmennmedisin med solopraksis i Oslo siden 1975. Hun har arbeidet med temaet «senfølger etter overgrep sett fra primærmedisinsk synsvinkel» og tok doktorgraden på dette materialet i 1998.

«Du skal skrive ditt fag!» lød et oppdrag som den ikke helt ukjente og ikke helt lavprofilerte professor i samfunnsmedisin, Per Fugelli, gav seg selv og sine allmenn- og samfunnsmedisinske kolleger for omtrent tyve år siden. Og lydiggikk hans kolleger hen og gjorde således.

Siden har de skrevet og skrevet. Slik er faget blitt stadig mer synlig, både i sin substans, sin betydning og sin egenart. Og slik er det blitt stadig mer tydelig, både for sine egne utøvere og for alle andre medisinere.

Allmennmedisinske tekster ... i et norsk tidsskrift

Selvsagt hadde noen skrevet allmennmedisinske tekster før 1984. Da hadde Norge, som et av de første land i verden, allerede hatt en lærestol i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo siden 1968. Men innehaveren av stolen var en spesialist i indremedisin, Christian F. Borchgrevink. Universitetet i Bergen fikk sin lærestol i allmennmedisin i 1972. Samme året samlet en gruppe allmennpraktikere seg for å realisere et tidsskrift som var viet bidrag fra primærmedisinen, skrevet av og for, i hvert fall hovedsaklig, primærmedisinere. For å speile allmennmedisinens rang i den så

prestisjetunge, spesialistdominerte og sentraliserte humanmedisinen ble bladet døpt «Utposten». Slik heter det enda, lever i beste velgående, og er en must-lesing for alle norske primærleger med sans for det som virker perifert og marginalt sett fra operasjonsstuen på hjertekirurgisk avdeling ved Norges Rikshospital.

Fra 1976 kunne alle allmennpraktiserende leger med sans for systematisert nysgjerrighet søke om stipendmidler for å tilbringe noen måneder ved et av de allmennmedisinske instituttene hvor de kunne få veiledning til å formulere en prosjektskisse, utforme et forskningsprotokoll, evaluere kliniske data eller «skrive» faget. Stipendordningen ble i 1978 evaluert av Anne Cathrine Nore og i 1997 av Elisabeth Swensen. Evalueringene synliggjorde i hvor stor grad Allmennpraktikerstipendet hadde bidratt til å gjøre Norges allmennleger til forskende og skrivende leger.

... som grunnlag for et bibliotek

Mye av den foran beskrevne aktiviteten ble fra 1983 kanalisert inn i en profesjonelt profilert litteraturform som ble gjort generelt tilgjengelig. Det nystiftede norske selskap for allmennmedisin, NSAM, tok nemlig initiativ til utgivelse av fagbøker i allmennmedisin i samarbeid med Universitetsforlaget. Til det formål gav NSAM noen medlemmer oppdrag om å danne et publikasjonsutvalg, PU. Disse samlede hoder skulle i samforståelse av sitt fags virkelighet definere hva de selv og deres kolleger trengte av litteratur. Gruppen skulle klemme ut bokideer, fange opp signaler fra kolleger om hva disse savnet med henblikk på faglig litteratur, og ikke minst inspirere og invitere skriveføre og skrivervillige allmennleger. Allerede i sitt første år fikk serien med det plasskrevende og ikke helt uambisiøse navnet Allmenn-

praktikerbiblioteket hele tre bind: en attesthåndbok, en bok om smerte ved kreft, og en bok om forskning i, nettopp, allmennmedisin.

De neste syv bind kom frem til 1990 og handlet om fagutvikling, kreftbehandling i allmennpraksis, fagpersonutvikling, hudsykdommer, geriatri, forskning i Norden og svangerskapsomsorg. Noen av bøkene sprang ut av et samarbeid mellom en spesialist og en generalist, men langt de fleste bidrag var original allmennmedisinske, hvis man kan si det slik. Svangerskapsboken ble til og med utgitt i andre utgave.

... i form av handlingsprogrammer

Parallelt med at de omtalte bøkene utkom, samarbeidet PU med NSAMs referansegrupper om utgivelse av en annen type publikasjoner. I 1987 kom det første handlingsprogrammet for høyt blodtrykk. Det skapte rabalder blant de tunge hypertensjonsspesialistene som følte seg motsagt nedenfra – og det var selvsagt helt uhørt.

Som kjent varer revirkampen ved og har tilspisset seg nettopp i år på en dramatisk måte, selv om den nå handler om hvem som har definisjonsretten til hva som utgjør en helse-risiko. I denne faglige grenseoppgangen har flere allmennleger fra universitetene i Trondheim og Bergen forankret solide, allmennmedisinske doktorgrader. Og allmennlege Elisabeth Swensen har redigert en tankerik bok om risiko, utgitt i serien i 2002.

PUs samarbeid med NSAMs ulike referansegrupper førte i 1988 til utgivelse av et handlingsprogram for diabetes. I 1991 fulgte et handlingsprogram for astma hos barn. Og i det samme året ble den norske utgaven av ICPC, primærmedisinens klassifikasjonssystem for sykdommer, utgitt. I 1992 fulgte et handlingsprogram for revmatiske sykdommer.

... i en rikholdig bokserie og et nordisk tidsskrift

I mens gikk Universitetsforlaget ut og inn kom forlaget TANO som ny samarbeidspartner. Navnet Allmennpraktikerbiblioteket gikk derved ut og inn kom Allmennpraktikerserien. I den er nå tolv bøker utgitt, den siste høsten 2003. Bøkene omner spenner fra medisinsk teori og helse-risiko til kliniske emner slik som radiologi, sexologi, gynekologi, pediatri, vektreduksjon, sykehjemsmedisin og etablering av praksis i rammen av fastlegeordningen.

I mens utkom et skandinavisk tidsskrift for allmennmedisin på engelsk, Scandinavian Journal for Primary Health Care, SJPHC. Allmennleger med doktorgrader ble Norges nasjonale redaktører i en femhødet, nordisk redaksjonsko-

mité. Norske allmennleger ble internasjonale skribenter. Til nå har nesten tretti av disse tatt allmennmedisinske doktorgrader. Noen av dem har utgitt sine avhandlinger i allmennpraktikerserien, slik som Kirsti Malterud og Marit Hafting. Noen få er blitt antatt av store internasjonale forlag slik som Knut Arne Holtedahl hos Springer og Anne Luise Kirkengen hos Kluwer Academic Publishers.

Allmennmedisinske lærebøker

... del 1, skrevet av noen allmennleger

I 1991 kom den første norske læreboken i allmennmedisin, utgitt av et redaksjons- og forfatterfelleskap av praktikere og lærere, de fleste med en doktorgrad i allmennmedisin eller igang med primærmedisinske prosjekter på doktorgradsnivå. Måtte det skrives en norsk lærebok? Kunne man ikke «adoptere» bøker fra et av de ellers toneangivende land i familie- eller allmennmedisin slik som Canada eller England. En kanadisk bok utkommet i 1981 og skrevet av professor Ian McWhinney var jo allerede nærmest blitt en bibel for kolleger i allmennmedisinsk spesialistutdanning.

Likevel måtte spørsmålet om utenlandske lærebøker var gode nok for norske leger besvares med et klart nei. Neiets logikk bunnet ikke i at norske mennesker er grunnleggende forskjellig fra engelske eller kanadiske mennesker idet de går inn i rollen som pasient hos en primærlege. Behovet for en lærebok skrevet av norske leger var ikke betinget av pasientenes ulike «stofflighet» sammenliknet med primærmedisinske pasienter i andre land. Det var betinget av både fagets og pasientenes ulike «kulturlighet». I en norsk kontekst, og som følge av norske verdier, tradisjoner, vaner og valg er allmennmedisinen anderledes utformet enn i andre land, også andre europeiske land med samme biomedisinsk baserte praksis. Den første læreboken handlet om det spesielle i norsk allmennmedisinsk praksis og var en orienteringshjelp for primærlegearbeid under norske forhold.

... og del 2, skrevet av hundre allmennpraktikere

I 1997, i sitt 30. akademiske år, materialiserte norsk allmennmedisin seg i konkret gestalt, det vil si i en murstein av en lærebok som favnet fagets kunnskaper, verdier og tanker. Den store norske læreboken med en redaksjonskomité av allmennmedisinere fra alle fire allmennmedisinske institutter under ledelse av professor Steinar Hunskaar var et faktum. Læreboken fra 1997 utkom høsten 2003 i sin andre, fullstendig reviderte utgave. Nesten hundre norske primærleger hadde bidratt med sin kunnskap. En av disse redegjorde for selve skriveprosessen på et «skriv-ditt-fagkurs» i Bergen tidligere i år ved å tydeliggjøre, hvordan den

helt store kanon, verdenslitteraturen, kan inspirere og veilede et faglig forfatterskap.

Både forfatterne i den første, den «lille», og redaksjonskomiteen i den store læreboken fremhever pasientens anliggende som det sentrale i alt allmennlegearbeid. Denne såkalte «pasientsentrerte» modellen er blitt utviklet av en gruppe rundt McWhinney til forskjell for den «legesentrerte» modellen som handler om at legens forståelse og kunnskap er utgangspunktet for all legevirksomhet. Der ved utfordrer begge bøker eksplisitt biomedisinens grunnleggende teori om legen som innehaver av nøytral fagkunnskap som ikke påvirkes av sosiale eller kulturelle forhold.

Men bøkene tydeliggjør ikke at denne modellen har et implisitt premiss. Den bygger på en likevekt mellom pasientens problemagenda og legens fagagenda i konsultasjonen. Disse to agendaer skal, ideelt sett, i løpet av konsultasjonen forenes til en samforståelse av pasientens aktuelle problem. Mens pasienten inngår i denne modellen som en person med sin levde livserfaring, inngår legen som bærer av ren fagkunnskap og som ikke-person. Modellen underkommuniserer følgelig at også legen alltid er bærer av sin egen livserfaring. Modellens navn indikerer dessuten en blikkretning, nemlig legens blikk på pasienten. Når pasienten er sentral, kan ikke relasjonen mellom pasienten og legen være det. Følgelig underkommuniserer modellen betydningen av interaksjonen mellom to personer som *begge* er sosiokulturelt *situert*.

Hvordan er faget beskrevet?

For å kunne vurdere om den foreliggende allmennmedisinske kanon favner kunnskapen som fagets utøvere trenger for å kunne arbeide i samsvar med fagets mandat, bør man ta utgangspunkt i fagets målbeskrivelse. I følge Den norske legeforeningens utgave fra 1998 lyder denne, i utdrag, slik:

Allmennmedisinen er det medisinske fagområde som skal ha en bred og generell kunnskap om alle sykdommer og helseplager som rammer befolkningen.

Allmennmedisinen har som særpreg at den skal se og behandle det hele menneske i sin sosiale kontekst, og fagområdet omfatter derfor kunnskap om individet, familien og subpopulasjoner.

Allmennpraktikerens fokus skal ikke være på bestemte sykdommer, men på mennesker med symptomer og plager. Det er viktig å ta pasientens egenopplevelse av sine symptomer på alvor og lytte til pasientens bekymringer og ønsker i møtet med helsevesenet.

Allmennpraktikeren møter hele spekteret av lidelser fra banale hverdagsplager til livstruende tilstander i akutte situasjoner alene på vakt. Oppgavene til allmennpraktikeren favner hele menneskets liv fra omsorgen for gravide til ivaretakelse av den døende pasienten.

Jeg tillater meg å utheve de formuleringer som i min egen forståelse som mangeårig allmennlege er de mest sentrale oppdrag til og de mest krevende utfordringer for faget allmennmedisin og dets utøvere. Å kunne «se og behandle det hele menneske i sin sosiale kontekst» forutsetter nemlig spesiell skolering. Jeg tar oppdragets deler i tur og orden:

Å se forutsetter ikke bare å kunne se, men også å vite at det betyr å se etter noe mens man ser bort fra noe annet. Det betyr å være seg bevisst synets overordnede rang som kilde til relevant viten i vår kultur. Det betyr også at å se er å velge, tolke og skille ut, det vil si å anvende verdier og å praktisere normer. Å se medisinsk er også å utvide øyet teknologisk, hvilket samtidig understreker at det som er synlig generelt oppfattes som «sannere» enn det som ikke kan synliggjøres. Å se er å se ut fra, det vil si som en som er sosialisert. Ingen øyne, heller ikke de teknologiske, ser nøytralt. Dette er grunnleggende i både menneskelig og faglig forstand. Den som ser på noe er noen, en person, et situert vesen.

Skoleres allmennleger i refleksjon om dette?

Har vi allmennmedisinske bøker som omhandler dette dyptgående?

Å kunne behandle forutsetter å innta en, både i grammatisk og praktisk forstand, aktiv posisjon eller rolle. I et dualistisk ordnet syn på verden som det den vestlige kulturen er preget av, står aktiv som motpol til passiv, og som høyere rangert i følge et verdisynt av en handling som mer høyverdig enn en ikke-handling. Det siste er nesten synonymt med unnlattelse. Kontemplasjon, meditasjon og refleksjon er ikke ord i det medisinske vokabularet. Og faget er blitt karakterisert som preget av en overdreven tendens til handling. Ordet behandling tildeler følgelig aktiv og passiv, rang og underordning.

Oppfordres allmennleger til bevisstgjøring om dette?

Har allmennleger fremlagt studier som viser ulike måter å integrere de foran nevnte fenomener i den kliniske hverdagen?

Å se og behandle hele mennesket forutsetter et menneskesyn og et kunnskapsfond som, slik ordet sier, ikke er basert på deling. Man kan fristes til å si at formuleringen er naiv i sin enkelhet. Hva betyr «hele mennesket»? Hva menes med det i en beskrivelse av et faglig mandat? Har medisinen som fag et syn som omfatter hele mennesket? Hvis ja, i hvilken teori er det forankret og hvordan forenes det med fagets delende og delte produksjon av den gyldige kunnskap om mennesket slik den speiles i et todelt system av klassifikasjoner om somatiske og mentale sykdommer, og i et språk om feil, mangler og svikt? Hvis nei, kan allmennmedisinen helt alene både skaffe til veie og dernest anvende

kunnskap om hele mennesket? Denne kunnskapen må nemlig samsvare med det som kjennetegner mennesket og menneskelig liv frem for alt: valg, muligheter, spenninger, sammenhenger, mangfold, meninger, endringer, motsetninger, evner, kreativitet og livskraft.

Hva vet og hva lærer allmennleger i sin fagutdanning om dette?

«Allmennpraktikerens fokus skal ikke være på bestemte sykdommer, men på mennesker med symptomer og plager», heter det videre. Det betyr at allmennpraktikeren faktisk skal vektlegge kunnskap om mennesket mer enn den kunnskapen som danner grunnlaget for sykdomsklassifikasjonene. Hvilken substans har denne kunnskapen? Inngår den i generell medisinsk tenkning? Hvilken erkjennelsesteori bygger den på? Hvilket verdensbilde, menneskesyn og kroppsbegrep springer den ut av? Hvis den kunnskapen finnes, hvorfor skal den bare anvendes i allmennmedisinen? Eller er meningen egentlig at allmennlegen skal, når det trengs, «komplettere» den naturvitenskapelige kunnskapen om sykdommer med sin egen beholdning av livserfaring, sunt vett og lokalkunnskap? Er dette den delen som antas å springe ut av personlig engasjement, empati og dagsform?

Har allmennleger på den måten bare seg selv å stole på i sitt viktigste faglige oppdrag? Må allmennleger selv lage teori og empiri om dette?

Svarer fagets kanon til fagets mål?

En omfattende kunnskaps- og tekstproduksjon i norsk allmennmedisin har involvert mange kunnskapsrike, engasjerte og reflekterte allmennleger i løpet av de siste tre årtier. Det fremstår nå en allmennmedisinsk kanon ved siden av medisinenes hovedkanon. De to er ulike i omfang, tyngde og fokus. Allmennmedisinen har vist seg og tydeliggjort sin plass og oppgave. Det siste steget i denne prosessen har vært det betydelige løftet det er å skape en lærebok som er dekkende for hva fagets utøvere vet i fellesskap. Den kan de referere til, enten for avgrensning, i tvist eller til den enkeltes faglige trygghet og visshet.

Men med fagets eksplisitte formål for øye, nemlig «å se og behandle hele mennesket i sin sosiale kontekst» og med et fokus «ikke på bestemte sykdommer men på mennesker med sykdommer og plager», er den allmennmedisinske kanon enda ikke komplett. Veien må bli til mens allmennleger går den i kraft av sitt behov for kunnskap som de trenger og som de må bidra til å fremskaffe. Denne kunnskapen må handle om det integrerte menneske som legemliggjør sitt eget liv i samsvar med sine erfaringer og opplevelser sammen med andre i en forståelse av å høre hjemme i mange slags sammenhenger. I den kunnskapen må ord som erfaringskunnskap, kroppsvirkelighet, intersubjektivitet, integritet og verdighet inngå fordi de er av sentral betydning for den menneskelige helse.

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: rnrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 425,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



C Ciprexal® "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). Filmdrasjerte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

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

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Ciprexal 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. **Panikkiløse 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 doser 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 være 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, chirotske 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 serotonergt syndrom. 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 irreversible 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 citalopram 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 krampetærskelen. 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 (v. d. hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordiazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmanivåene. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ciprexal 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 amming 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. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. **Svært hyppige (>1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hyppige (>1/100):** Metabolske: Redusert appetitt. **Psykiske:** Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. **Nervesystem:** Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. **Respiratoriske:** Sinusitt, gjesping. **Gastrointestinale:** Diaré, forstoppelse. **Hud:** Økt svette. **Reproduksjon:** Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. **Øvrige:** Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** **Nervesystem:** Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: **Sirkulatoriske:** Postural hypotensjon. **Metabolske:** Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. **Synsforstyrrelser:** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, manntærhet, diaré, anoreksi. **Øvrige:** Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. **Lever:** Avvikende leverfunksjonsprøver. **Muskel-skjelettsystemet:** Leddsmerter, muskelsmerter. **Neurologiske:** Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. **Psykiske:** Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøsitet. **Urogenitale:** Urinretensjon. **Reproduksjon:** Galaktorié, 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:** Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, 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 oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. 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:

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

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.

E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.

www.lundbeck.no

LEDIGE STIPEND Allmennpraktikerstipend 1.halvår 2005

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo og Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, Bergen og Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 2005. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. 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 allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiat vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned fra flg web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/nsam> eller fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Medisinsk Teknisk Forskningscenter, 7489 Trondheim, tlf 73 59 88 85, fax 73 59 75 77, e-post: Helene.Flottorp@medisin.ntnu.no

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. september 2004.

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

Samhandling i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Olav Rutle sitt 4. Minnesymposium

Kurs no B-21029 Den norske lægeforening



KURSSTAD/-TID:

Norsk Bremuseum 6848 Fjærland, 19. og 20. august 2004.

MÅLGRUPPE: utdanningskandidatar og ferdige spesialistar i allmennmedisin og fødselshjelp og kvinnesykdommar.

PÅMELDING: koordinatorkontoret,

Den norske lægeforening innen 20. juni 2004.

E-post: koordinatorkontoret.bergen@legeforeningen.no

KURSAVGIFT: Kr. 1000,- for leger, kr. 2000,- for ikkje-leger, lunsj og kaffi-utgifter kjem i tillegg.

GODKJENNING: 17 timer, valfritt utdannings- og etterutdanningskurs for spesialitetane allmennmedisin og fødselshjelp og kvinnesykdommar.

KURSPROGRAM

19. august 2004:

- 10.00 Velkommen w/kursleiarane: Johan Nyhammer, fastlege Askvoll, Jostein Tjugum, overlege Førde sentralsjukehus, Kvinneklubben
10.10 Rutineultral lyd. Primærhelsetenesta sin ståstad. – Informasjon til paret v/Ingrid Ytrehus, fastlege, Førde
10.20 Tidleg ultralyd og rutineultral lyd. Lov og føreskrift – Innhald – Gjennomføring
v/Torvid Kiserud professor, Universitetet i Bergen, Avdeling for obstetikk og gynekologi
11.30 Vekstavvik – for stort eller for lite foster? Definisjonar klinikk / ultralyd – Helsekort for gravide/Ultralydskjema v/Torvid Kiserud
12.50 PAUSE
12.10 Vekstavvik – kontrollar og tiltak. Kvar og kva tid? Kva kontrollerast? v/Torvid Kiserud
12.45 Gravide med alkohol /narkotikaproblem. Kontrollopplegg. Tvangshandsaming. Fosterkomplikasjonar
v/Björg Ladehaug overlege, Førde sentralsjukehus, Kvinneklubben. Lillian Vassbotten, kommunejordmor, Førde
13.30 LUNSJ
14.30 Kasuistikkar – gruppediskusjonar
14.45 Medisin til gravide og ammande. Aktuelle tilrådingar ved viktige sjukdomar
v/Jan Schjøtt seksjonsoverlege, Haukeland universitetssjukehus, Seksjon for klinisk farmakologi og Regionalt legemiddelinformasjonssenter (RELIS vest)
15.45 PAUSE
16.10 Medisin til gravide og ammande. Kvar og korleis hente oppdatert informasjon v/Jan Schjøtt
16.20 Gjennomgang av kasuistikkar med forelesarpanel
17.00 Minneforelesing – open for publikum.
Om å førebygge livmorhalskreft – celleprøvar og/eller vaksine v/Finn Egil Skjeldestad, professor, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for laboratoriemedisin, barn- og kvinnesykdommer, Trondheim

20. august 2004:

- 08.30 Gynekologisk undersøking – fastlegen. Kva med ultralyd? v/Johan Nyhammer
08.40 Kven og kva tid tilvisast spesialist? Alltid ultralyd hjå spesialist? v/Jostein Tjugum
08.50 Preventivmiddel. Aktuelle retningslinjer. v/Finn Egil Skjeldestad
09.35 Kasuistikkar – gruppediskusjonar
10.05 PAUSE
10.20 Svangerskapsavbrot – nasjonale utviklingstrekk. Aktuelle informasjonsstudiar og abortmetodar. v/Finn Egil Skjeldestad
11.00 Hormonmedisin i overgangsalderen. Aktuelle retningslinjer. Start- og seponeringstidspunkt. Medisintypar. v/Tom Guldhav lege under spesialisering, Haukeland universitetssjukehus, Kvinneklubben
12.00 LUNSJ
13.00 Polycystiske ovarier – polycystisk ovariesyndrom. Definisjon og diagnostikk. Behandlar? Behandlingsalternativ. v/Tom Guldhav
14.00 Pre- og postoperative tiltak inklusive sjukemeldingsrutinar ved kvinnesjukdomar år 2004. v/Øystein Helland lege under spesialisering, Førde sentralsjukehus, Kvinneklubben
Tilvisingsrutinar og epikriser. v/Johan Nyhammer
15.00 PAUSE
15.20 Gjennomgang av kasuistikkar med forelesarpanel
16.10 Sluttord – kommentarar w/kursleiarane
16.15 SLUTT PÅ DET FAGLEGE PROGRAMMET

OVERNATTING BESTILLAST SJØLV:

Mundal Hotel, 6848 Fjærland. Tlf 57 69 31 01 Fax 57 69 31 79
E-post: hotelmundal@fjordinfo.no
Bøyum Camping, 6848 Fjærland. Tlf 57 69 32 52 Fax 57 69 29 57
E-post: kfodne@frisurf.no

AKTIVITETER:

Det blir besøk i bokbyen, hyggelig middag og ikkje minst fjelltur over breen! Fottur Lunde-Fjærland, ein åtte timers fantastisk tur med 1400 meters høgdeforskjell.

TA KONTAKT MED RMR KURSARRANGØR

Sjøbergv 32, 2050 Jessheim
for informasjon og påmelding til det sosiale arrangementet.
Tlf 63 97 32 22. E-post: rmtree@online.no

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg er blitt mer og mer glad i poesi med årene. Jeg har stabler av romaner som jeg ikke rekker å lese. Men et dikt er det alltid tid til. Der romanen er som en langfilm, er diktet som et maleri. I media-strømmen av uvesentligheter er det befriende å møte ord som har noe på hjertet: en følelse, en tanke, et sanseintrykk, en assosiasjon. En god metafor kan røske i tilvante forestillinger og gi nye tanker og uventet innsikt! God poesi handler (som all stor kunst) dypest sett om menneskelig eksistens. Derfor kan poesi berøre på en spesiell måte. Dette visste både Platon og Aristoteles. Mange pasienter har oppdaget det samme og leser dikt. En del pasienter skriver også selv. Det kan være et verktøy for bearbeidelse av opplevelser og en kanal for kommunikasjon. Det hender at jeg gir dikt til pasienter, og det hender at jeg får dikt fra pasienter. Noen ganger har dette åpnet fastlåste situasjoner på en uventet måte.

«Poesien har gjort meg til en bedre lege. Den er en måte å gi tilværelsen mening på, den har kraft til å helbrede. Medisinen er «a losing game» men i poesien finnes magi og bekræftelse av livet.»

(John Stone, amerikansk kardiolog, professor, dekanus og poet).

«Vi har i vår norske skjønnlitteratur et helt medisinskap av helbredende og forebyggende medisiner, og de er reseptfrie og billige» *(Knut Jørem).*

Men først og fremst er poesi en bunnløs kilde til glede for den som er glad i språk. Det er nesten umulig å velge ett eneste dikt. Men her er et av Hans Børli:



*Ett er nødvendig – her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:
Å TA BOLIG I SEG SELV.
Gå inn i mørket
og pusse sotet av lampen.
Slik at mennesker på veiene
kan skimte lys
i dine bebodde øyne*

Kanskje det er dette våre pasienter trenger å møte på legekontorene?

Takk til Svein Gjelstad for utfordringen. Jeg sender stafett-pinnen videre til kollega Laila Farnes i Nittedal.

Arild Vedvik, Hurdal

Dersom noen ønsker dikt regelmessig tilsendt på mail, er det mulig å melde seg inn i poesi-ringen min «Dagens Dikt» på adressen avedvik@netcom.no Ingen forpliktelser.

? RELIS

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

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

Salazopyrin, Ciproxin, flagyl og perifer neuropati

Spørsmål til RELIS

Pasienten, en 56 år gammel kvinne, ble kolektomert for ulcerøs colitt. Senere utviklet hun en polyartritt. Har brukt Salazopyrin EN (sulfasalazin), Flagyl (metronidazol) og Ciproxin (ciprofloksacin). Siste to måneder raskt utviklende polyneuropati. Hun har normal spinalvæske og MR av caput og columna. EMG/nevrografi viser lett sensorimotorisk polyneuropati av både axonal og demyeliniserende type. Det er ingen holdepunkter for myopati. Alle tre legemidlene er seponert, og hun er i bedring på prednisolon i høye doser.

Fins det rapporter om perifer neuropati ved behandling med nevnte legemidler?

Sulfasalazin

Sulfasalazin er en azoforbindelse av sulfapyridin og 5-aminosalisylsyre (5-ASA, mesalazin). Begge komponenter kan gi bivirkninger.

Etter peroralt inntak absorberes ca. 20–30 prosent av sulfasalazin fra tynntarm, resten spaltes i kolon til 5-ASA og sulfapyridin. 5-ASA absorberes bare delvis, resten utskilles direkte i feces (1). I leveren acetyleres og hydroksyleres sulfapyridin. Acetyleringshastighet er individuell, hvilket kan ha konsekvens for konsentrasjonen av sulfapyridin og for forekomst av doserelaterte bivirkninger. Risiko for slike bivirkninger er økt hos langsomme acetylatorer (ca. 1/3 av normalbefolkningen) (1).

I preparatomtalen (SPC) er perifer neuropati nevnt som en sjelden bivirkning ved bruk av sulfasalazin (< 1/1000) (2a). Dette understøttes av en annen kilde (3).

I en oversiktsartikkel om aminosalisylater og deres plass i behandlingen av kronisk inflammatorisk tarmsykdom (4) angis det at bivirkninger ved bruk av sulfasalazin forårsaker seponering hos 10–20 prosent av pasientene, mens de nyere substansene, som 5-ASA og olsalazin, tolereres godt av de fleste pasienter. Det angis videre at neuropati er en bivirkning som kan opptre ved bruk av sulfasalazin, men som ikke opptre ved de nyere substansene (4). Det er imidlertid funnet en kasuistikk hvor man mistenker at utviklingen av sensorimotorisk polyneuropati var forårsaket av 5-ASA (5).

Det er også foretatt søk i WHO sin bivirkningsdatabase*. Det foreligger 97 rapporter om neuropatier ved samtidig behandling med sulfasalazin (6a).

Ciprofloksacin

I preparatomtalen (SPC) for Ciproxin (ciprofloksacin) er perifer neuropati ikke nevnt som bivirkning ved bruk av preparatet (2b).

En publikasjon tar for seg 45 kasuistikker hvor bivirkninger i det perifere nervesystem er assosiert med bruk av fluorokinoloner (7). Man fant at i 36 av de 45 rapporterte tilfellene var de perifere neuropatiene av alvorlig ka-

rakter og involverte flere organsystemer. Symptomene varte mer enn tre måneder i 71 prosent av kasuistikkene, og mer enn et år i 58 prosent. Opptreden av perifere nevropatier skjedde vanligvis hurtig, i de aller fleste tilfellene (84 prosent) innen en uke. Seksti kurer med fluorokinoloner var foreskrevet, av disse var 11 kurer med ciprofloksacin.

I en annen publisering ble 37 rapporter om perifere sensoriske forstyrrelser ved samtidig bruk av fluorokinoloner gjennomgått (8). Rapportene var meldt til svenske legemiddelmyndigheter. Hos to tredjedeler av pasientene oppsto bivirkningen innen 1 uke etter oppstart. Parestesier forekom hos 81 prosent av pasientene. Nummenhet/hypoestesi ble rapportert i 51 prosent av tilfellene, smerte/hyperestesi i 27 prosent og muskelsvakhet i 11 prosent. Hos 71 prosent av pasientene var bivirkningene gått tilbake innen to uker etter seponering. Mulige predisponerende faktorer var nedsatt nyrefunksjon, diabetes, lymfekreft eller behandling med andre legemidler hvor nevropati er en kjent bivirkning.

I WHO sin bivirkningsdatabase* finner man 93 rapporter om nevropatier ved samtidig bruk av ciprofloksacin (6b).

Metronidazol

Perifer nevropati er en kjent toksisk effekt av metronidazol. I preparatomtalen til metronidazol er det nevnt at bivirkningen er rapportert i tilfeller hvor det er gitt langvarig og intensiv behandling med totaldoser over 30 g (2c). Dette stemmer overens med de tilfellene som er publisert i litteraturen (9,10).

En kilde (11) beskriver at sentralnervøse symptomer kan oppstå med standard doser av metronidazol, men at det oftest er relatert til høye doser og over lang tid. Man regner med at nevropati, hovedsakelig av sensorisk natur, har en insidens på 6 prosent. De fleste tilfellene er rapportert hos Crohn's pasienter som har brukt høye doser, men også hos pasienter som har brukt metronidazol på andre indikasjoner.

Man har ved hjelp av elektrofysiologiske studier forsøkt å påvise mekanismen for nevropati av metronidazol, resultatene som er presentert viser tap av sensorisk nervepotensial i det distale segmentet av nervefibrene og med degenerering av distale sensoriske aksoner. Man mener at alvorlighetsgraden og konsekvensene sannsynligvis er relatert til den totale mengden metronidazol som er gitt (11).

Det er også publisert flere tilfeller av perifer nevropati ved samtidig bruk av metronidazol. I ett tilfelle utviklet en ung

kvinne med Crohn's sykdom perifer nevropati etter å ha inntatt metronidazol 2000 mg/dag i 50 dager. Pasientens nevropatiske symptomer bedret seg betraktelig etter at metronidazol ble seponert men hun hadde fortsatt symptomer to år senere (12).

I WHO sin bivirkningsdatabase* finner man 495 rapporter om nevropatier ved samtidig bruk av metronidazol (6c).

En litteraturoversikt viser at polyneuropati og Guillain-Barre syndrom også kan ha en direkte sammenheng med kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Dette tyder på at perifere nevrologiske funn i noen tilfeller kan anses som ekstraintestinale manifestasjoner ved inflammatorisk tarmsykdom (13-15).

Konklusjon

Perifere nevropatier ser ut til å kunne forekomme som bivirkning ved bruk av både sulfasalazin, ciprofloksacin og metronidazol. Frekvensen ser ut til å være høyest for metronidazol, og er da oftest relatert til høye doser og bruk over lang tid. For sulfasalazin ser perifer nevropati ut til å være en sjelden bivirkning. I preparatomtalen til ciprofloksacin er ikke perifere nevropatier nevnt som bivirkning, men tilstanden er rapportert i en rekke publiserte kasuistikker. I WHO sin bivirkningsdatabase finner man en rekke rapporter om nevropatier ved samtidig bruk av alle tre substansene.

Werner Frøyenes

Rådgiver, cand.pharm., RELIS Vest, Helsekvalitet Universitetssykehus

Referanser:

1. Norsk legemiddelhandboka for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no> (09.1.2004).
2. Statens legemiddelverk. a) Salazopyrin EN (SPC). <http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm>. (sist oppdatert 5.1.2004). b) Ciproxin (SPC). (sist oppdatert 2.4.2004). c) Flagyl (SPC) (sist oppdatert 26.3.2002).
3. Physicians' Desk Reference®. AZULFIDINE (sulfasalazin) MICROMEDEX® Healthcare Series Vol. 119 expires 3/2004.
4. Klotz U. The role of aminosalicylates at the beginning of the new millennium in the treatment of chronic inflammatory bowel disease. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56(5): 353-62.
5. Ono K et al. Sensorimotor polyneuropathy with 5-aminosalicylic acid: A case report. *Journal of Clinical Neuroscience* 2003; 10(3): 386-9.
6. Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabase, a) Søk sulfasalazin 7.5.2004. b) Søk ciprofloksacin 7.5.2004. c) Søk metronidazol 7.5.2004.
7. Cohen JS. Peripheral neuropathy associated with fluoroquinolones (abstract). *Ann Pharmacother* 2001; 35(12): 1540-7.
8. Hedenmalm K, Spigset O. Peripheral sensory disturbances related to treatment with fluoroquinolones. *J. Antimicrob Chemother* 1996; 37: 831-7.
9. Kapoor K et al. Evaluation of metronidazole toxicity: A prospective study. *Int Journ Clin Pharm Res* 1999; 19 (3): 83-88.
10. Freedman B et al. Metronidazole-induced peripheral neuropathy. *Journ Applied Therap Res* 2000; 3 (1): 49-54.
11. Dukes MNG, Aronson JK editors. *Meyler's Side Effects of Drugs* 2000; 14th ed.: 977.
12. Boyce EG et al. Persistent metronidazole-induced peripheral neuropathy. *DICP* 1990; 24 (1): 19-21.
13. Larrode P et al. Peripheral neuropathy associated with intestinal inflammatory disease. *Neurologia* 2001; 16(3): 133-7.
14. Moormann B et al. Peripheral neurological symptoms associated with Crohn's disease. *Nervenarzt* 1999; 70(12): 1107-11.
15. Duval L et al. Peripheral polyneuropathy during a relapse of Crohn's disease. *Revue de Médecine Interne* 1997; 18(3): 230-2.

* WHO understreker at datauttrekk fra bivirkningsdatabasen ikke representerer WHO's offisielle syn og at dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringsystemet eller dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemiddelet og bivirkningen.

C VIOXX "MSD"

Antiinflammatorisk

ATC-nr: M01AH02

T MIKSTUR, suspensjon 5 mg/ml; 1 ml inneholder: Rofecoxib 5 mg, sorbitol 300 mg, natriumetylparahydroksybenzoat (E 219), natriumpropylparahydroksybenzoat (E 217), hjelpestoffer, røstet vann, Jordbærsmak.

T TABLETTER 12,5 mg og 25 mg; Hver tablett inneholder: Rofecoxib 12,5 mg, resp. 25 mg, laktosemonohydrat 40 mg, resp. 79,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av artrose eller reumatoid artritt.

Dosering: Kan tas med eller uten mat. 5 ml av 5 mg/ml mikstur tilsvarer 25 mg rofecoxib. Voksne: Artrose: Anbefalt startdose er 12,5 mg 1 gang daglig. Noen pasienter kan ha tilleggs effekt ved å øke dosen til 25 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Reumatoid artritt: Anbefalt dose er 25 mg 1 gang daglig. Det er ikke sett signifikant tilleggs effekt ved å øke dosen til 50 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 25 mg. Bør ikke brukes sammen med andre legemidler som inneholder rofecoxib. Eldre: Forsiktighet bør utvises når den daglige dosen økes fra 12,5 mg til 25 mg. Lavest anbefalt dose bør benyttes. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig hos artrosepasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Begrenset informasjon om artrittpasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig hos pasienter med mild leverinsuffisiens (-Child-Pugh score 5-6). Hos pasienter med moderat leverinsuffisiens (-Child-Pugh score 7-9) bør ikke den lavest anbefalte dosen på 12,5 mg 1 gang daglig overskrides. Klinisk erfaring er begrenset, særlig hos pasienter med moderat leverinsuffisiens, og forsiktighet bør utvises. Preparatet er ikke indisert for bruk til barn.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatorisk mave/tarmsykdom. Alvorlig lever sykdom (-Child-Pugh score >9). Beregnet kreatininclearance <30 ml/minutt. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitt, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urticaria ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

Forsiktighetsregler: Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjernombledning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømning 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. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Vaskeretsjon, ødem og hypertensjon synes å være doseavhengig og øker ved kronisk bruk og ved høye terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikulær dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte dose. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2-hemmere erstatte acetylsalisylsyre som kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer blodplateagregering, bør blodplatehemmende behandling ikke avsluttes, men vurderes hos risikopasienter og pasienter som har eller har hatt kardiovaskulære eller andre trombotiske hendelser, dersom dette er indisert. Som en følge av den farmakodynamiske profilen til selektive COX-2-hemmere nevnt ovenfor, bør det utvises forsiktighet hos pasienter som har eller har hatt iskemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib vurderes dersom det finnes kliniske bevis på symptomatisk forverret tilstand hos disse pasientene. Hos pasienter med cerebrovaskulær sykdom i anamnesen bør det også tas hensyn til at selektive COX-2-hemmere ikke har blodplatehemmende aktivitet. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen pasienter med artrose eller reumatoid artritt, 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. Ved daglige doser høyere enn 25 mg, øker risikoen for gastrointestinale symptomer, uavhengig av PUB. Pasienter med symptomer og/eller tegn som tyder på leverdysfunksjon eller som har en unormal leverfunksjonsprøve, bør vurderes med hensyn på vedvarende unormale verdier. Ved vedvarende unormale leverfunksjonsverdier (3 ganger øvre normalgrense) bør preparatet opphøres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

Interaksjoner: Protrombintiden bør følges nøye når behandlingen med rofecoxib startes eller rofecoxibdosen endres hos pasienter som bruker orale antikoagulerende midler, pga. mulig økning i protrombintid. Hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin er det rapportert økning i -International Normalized Ratio- (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen av tilfellene resulterte dette i at den antikoagulerende effekten opphørte brått. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalisylsyre eller NSAIDs bør unngås. Kan gi beskjeden hemming av CYP 1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP 3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP 1A2 (f.eks. teofyllin, amitriptylin) og legemidler som er substrat for CYP 3A4. Adskilt oppfølging av plasmakonsentrasjonen av teofyllin bør vurderes når behandling med rofecoxib startes eller endres hos pasienter som bruker teofyllin. Metaboliseres av cyklozym P-450 når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av rofecoxib 25 mg bør vurderes ved samtidig bruk av substanser som inducerer hepatisk metabolisme. (j: M01A H02 rofecoxib)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib kan føre til nedsatt reaktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus. Bruk hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent: Rofecoxib skilles ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib skal ikke amme.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Blod: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Mavesmerter, halsbrann, ubehag i epigastriert, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimelighet, hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, vaskeretsjon. **Mindre hyppige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocytt. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, brøknings, gassdannelse/oppløst mave, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Lufteveier: Dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/innvirkning. Urogenitale: Økning i BUN og serumkreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni, tretthet, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blødning (hovdestakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensibiliseringsreaksjoner, bivirkninger i slimhinne og alvorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksisitet inkl. hepatitt med eller uten gulsott, leversvikt. Lufteveier: Bronkospasme. Neurologiske: Parastesier, aseptisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjertebrann, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstitiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioedem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner. Nefrotisk syndrom er blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan ikke utelukkes for rofecoxib.

Overdosering/Forgiftning: Enkelt doser opp til 1000 mg og doser opp til 250 mg/dag i 14 dager gir ingen signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose gis vanlige støttetiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra mave-tarmkanalen, klinisk overvåking og igangsettning av symptomatisk behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseres ved hemodialyse. Det er ukjent om rofecoxib kan dialyseres ved peritonealdialyse.

Andre opplysninger: Miksturen ristes godt før bruk.

Sist endret: 28.11.2003

Pakninger og priser (pr. 01.02.2004):

2,5 mg/ml mikstur: 150 ml flaske, kr 384,50. 5 mg/ml mikstur: 150 ml flaske, kr 392,50.
12,5 mg tablett: 7 stk erpac kr 108,20, 28 stk erpac kr 351,20, 98 stk erpac kr 1143,80, 50 stk endose, kr 600,30, 30 stk hdpé boks kr 373,80, 100 stk hdpé boks kr 1166,50.
25 mg tablett: 7 stk erpac kr 112,20, 28 stk erpac kr 366,60, 98 stk erpac kr 1197,80, 50 stk endose kr 627,80, 30 stk hdpé boks kr 390,30, 100 stk hdpé boks kr 1221,60.

T: 17), 35c).

Referans: 17) og 35c): Minst ett av nedenforstående kriterier skal foreligge:

1. Pasienten har tidligere hatt et behandlingstregende magesår eller annen alvorlig gastrointestinal bivirkning.
2. Pasienten behandles samtidig med steroider, DMARDs eller andre legemidler som klart øker risikoen for, eller alvorlighet av gastrointestinale bivirkninger.
3. Pasienten har betydelig nedsatt allmenstilstand.



MSD (Norge) AS, Solbakken 1, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00, Telefax 32 20 73 10, www.msd.no

C VIOXX AC "MSD"

Antiinflammatorisk

ATC-nr.: M01A H02

TABLETTER 25 mg og 50 mg; Hver tablett inneholder: Rofecoxib 25 mg, resp. 50 mg, laktosemonohydrat 79,3 mg, resp. 158,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Lindring av akutt smerte. Lindring av smerte som skyldes primær dysmenoré.

Dosering: Voksne: Akutte smerter: Anbefalt startdose er 50 mg 1 gang daglig. Senere doser er 25 eller 50 mg 1 gang daglig. Daglig dose bør ikke overskride 50 mg. Primær dysmenoré: Anbefalt dose er 25 eller 50 mg daglig. Daglig dose bør ikke overskride 50 mg. Kan tas med eller uten mat. Bør ikke brukes sammen med andre legemidler som inneholder rofecoxib. Eldre: Forsiktighet bør utvises ved behandling av eldre. Lavest anbefalt dose bør benyttes. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med kreatininclearance 30-80 ml/minutt. Skal ikke brukes dersom kreatininclearance er <30 ml/minutt. Barn: Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatorisk mave/tarmsykdom. Pasienter med leverdysfunksjon. Beregnet kreatininclearance <30 ml/minutt. Pasienter som tidligere har utviklet symptomer på astma, akutt rhinitt, nasale polypper, angioneurotisk ødem eller urticaria ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs). Alvorlig hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

Forsiktighetsregler: Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjernombledning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømning 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. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Vaskeretsjon, ødem og hypertensjon synes å være doseavhengig og øker ved kronisk bruk og ved høye terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med hjertesvikt i anamnesen, venstre ventrikulær dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte dose. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2-hemmere erstatte acetylsalisylsyre som kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer blodplateagregering, bør blodplatehemmende behandling ikke avsluttes, men vurderes hos risikopasienter og pasienter som har eller har hatt kardiovaskulære eller andre trombotiske hendelser, dersom dette er indisert. Som en følge av den farmakodynamiske profilen til selektive COX-2-hemmere nevnt ovenfor, bør det utvises forsiktighet hos pasienter som har eller har hatt iskemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib vurderes dersom det finnes kliniske bevis på symptomatisk forverret tilstand hos disse pasientene. Hos pasienter med cerebrovaskulær sykdom i anamnesen bør det også tas hensyn til at selektive COX-2-hemmere ikke har blodplatehemmende aktivitet. Oppfølging er viktig ved bruk hos eldre og pasienter med nedsatt nyre-, lever- eller hjertefunksjon. I kliniske studier utviklet noen pasienter med artrose eller reumatoid artritt, 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. Ved daglige doser høyere enn 25 mg, øker risikoen for gastrointestinale symptomer, uavhengig av PUB. Pasienter med symptomer og/eller tegn som tyder på leverdysfunksjon eller som har en unormal leverfunksjonsprøve, bør vurderes med hensyn på vedvarende unormale verdier. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erfaring mangler.

Interaksjoner: Protrombintiden bør følges nøye når behandlingen med rofecoxib startes eller rofecoxibdosen endres hos pasienter som bruker orale antikoagulerende legemidler, pga. mulig økning i protrombintid. Hos pasienter som fikk kliniske doser rofecoxib sammen med warfarin er det rapportert økning i International Normalized Ratio (INR) som førte til avbrudd i warfarinbehandling, og i noen av tilfellene resulterte dette i at den antikoagulerende effekten opphørte brått. Samtidig bruk av høye doser av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs bør unngås. Kan gi beskjeden hemming av CYP 1A2 og beskjeden induksjon av intestinal CYP 3A4. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av legemidler som primært metaboliseres via CYP 1A2 (f.eks. teofyllin, tiazin, ziketon, olanzapin og klozapin) og legemidler som er substrat for CYP 3A4. Metaboliseres av cyklozym P-450 når stoffer som inducerer CYP er tilstede. Plasmakonsentrasjonen av rofecoxib reduseres ca. 50% ved samtidig bruk av rifampicin. Bruk av rofecoxib 25 mg bør vurderes ved samtidig bruk av substanser som inducerer hepatisk metabolisme. (j: M01A H02 rofecoxib)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Kontraindisert i siste trimester av svangerskapet fordi rofecoxib kan føre til nedsatt reaktivitet og prematur lukning av ductus arteriosus. Bruk hos gravide er ikke studert i adekvate og godt kontrollerte kliniske studier. Bør derfor ikke brukes i de to første trimestrene av svangerskapet med mindre de potensielle fordelene for pasienten oppveier den mulige risikoen for fosteret. Anbefales ikke til kvinner som planlegger å bli gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent: Rofecoxib skilles ut i melken hos rotter. Kvinner som bruker rofecoxib skal ikke amme.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Blod: Senkning av hematokrit. Gastrointestinale: Mavesmerter, halsbrann, ubehag i epigastriert, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimelighet, hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, vaskeretsjon. **Mindre hyppige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocytt. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, brøknings, gassdannelse/oppløst mave, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Lufteveier: Dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/innvirkning. Urogenitale: Økning i BUN og serumkreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni, tretthet, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Aplastisk anemi, pancytopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blødning (hovdestakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensibiliseringsreaksjoner, bivirkninger i slimhinne og alvorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksisitet inkl. hepatitt med eller uten gulsott, leversvikt. Lufteveier: Bronkospasme. Neurologiske: Forverret epilepsi, parastesier, aseptisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjertebrann, lungeødem, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon, inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstitiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioedem, urticaria, anafylaktiske reaksjoner og vaskulitt. Nefrotisk syndrom er blitt rapportert i forbindelse med bruk av NSAIDs og kan derfor ikke utelukkes for rofecoxib.

Overdosering/Forgiftning: Enkelt doser opp til 1000 mg og doser opp til 250 mg/dag i 14 dager gir ingen signifikante symptomer på overdosering. Ved overdose gis vanlige støttetiltak f.eks. fjerning av uabsorbert materiale fra mave-tarmkanalen, klinisk overvåking og igangsettning av symptomatisk behandling hvis nødvendig. Rofecoxib kan ikke dialyseres ved hemodialyse. Det er ukjent om rofecoxib kan dialyseres ved peritonealdialyse.

Sist endret: 26.11.2003

Pakninger og priser (pr. 01.02.04):

25 mg: Endose: 50 stk, kr 629,00, Erpac: 5 stk, kr 87,90, 10 stk, kr 149,00.
50 mg: Endose: 50 stk, kr 635,80, Erpac: 5 stk, kr 88,50, 10 stk, kr 150,40.



MSD (Norge) AS, Solbakken 1, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen
Tlf. 32 20 73 00, Telefax 32 20 73 10, www.msd.no

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

KASUISTIKK FRA HELSESTASJON FOR UNGDOM

Vingeskutt fugleunge i de voksnes rekker

Arbeidet på Helsestasjon for Ungdom kan by på en rekke utfordringer av både medisinsk, etisk og menneskelig art. Jeg vil dele en erfaring fra helsestasjonshverdagen – en pasient som utfordret meg på mange plan.

Linda var ei 15 år gammel jente fra en nabokommune, hun bodde på hybel og gikk på kokk- og servitørlinja på skolen der jeg en dag ukentlig hadde Helsestasjon for både barn og ungdom. Jeg samarbeidet med ungdomshelsesøster i kommunen som oftest hadde snakket med ungdommene først. Linda hadde bedt om å få en legetime og bestillingen var klamydiatest. Hun hadde ingen spesielle symptomer, men fortalte at hun ikke følte seg helt trygg på partneren. Det kom etter hvert fram at hun hadde et seksuelt forhold til en 28 år gammel mann som var i et etablert samboerforhold. Det hele foregikk selvfølgelig i det skjulte, ingen visste om dette, aller minst foreldrene. Ifølge Linda var både hun og 28-åringen enige om at dette kun var et rent seksuelt forhold og at de aldri kom til å bli ordentlig sammen. Hun måtte allikevel innrømme at hun nok var litt forelsket og kanskje innerst inne hadde et lite håp, men avtalen mente hun var grei, hun fikk nøye seg med det hun fikk. Hun følte seg ikke presset, følte tvert imot at hun fikk mye igjen for dette forholdet og at han tok godt vare på henne. Ut fra det hun fortalte virket det som hun hadde svært lave forventninger til hva et forhold kunne innebære utover det hun allerede fikk.

Hva med prevensjon? De brukte kondom. Under prevensjons samtalen fikk jeg et inntrykk av at hun nesten håpet litt på å bli gravid. Vi snakket en del om prevensjon, jeg anbefalte henne p-piller eller p-sprøyte, men hun var bestemt på å fortsette med kondom.

Det viste seg at klamydiatesten var positiv. Linda fikk sin tablett, ville ikke ut med partnerens navn, men ble formannet om viktigheten av at han fikk behandling.

Linda gav, på tross av sine bare 15 år, et overraskende modent inntrykk. Jeg lot meg nok delvis blende av hennes voksne og selvsikre ytre og vurderte aldri på dette tidspunktet å foreta meg noe mer enn det som ble gjort. Burde foreldrene vært kontaktet – forholdet var jo strengt tatt straffbart?

Neste gang jeg traff Linda var hun – ja, riktig – gravid, ut fra det hun oppgav som siste mens, allerede ca 10 uker på vei da hun oppsøkte oss. Hun var innstilt på å bære fram barnet. Både jeg og ungdomshelsesøster hadde samtaler med henne og etter hvert mor. Det endte i siste runde, som jeg ikke deltok i, med abort, etter påtrykk fra mor.

Jeg stod etter dette tilbake med mange spørsmål, en del frustrasjon og litt dårlig samvittighet. Hun var jo tross alt et barn, men med kropp, språk og erfaringer som gjorde at hun ble behandlet som en voksen. Jeg gav henne råderetten, men var hun moden for det?

*Kasuistikken reiser mange spørsmål.
En kommentar av Ole Rikard Haavet følger her:*

Tiltro til legen

Dette møte mellom Linda og legen handler mye om tillit. En tillit legen trolig har gjort seg fortjent til. Selv om Linda ikke har symptomer, vet hun én å kontakte, og én å dele hemmeligheten med. Inngangsbilletten er klamydiatesten. Hemmeligheten, historien, kommer etter hvert. Linda, som altså er 15 år gammel, har et forhold til en nesten dobbelt så gammel mann. Han stiller betingelsene: et skjult og utelukkende seksuelt forhold. Linda nøyer seg med det, har svært lave forventninger, men innrømmer at hun innerst inne er forelsket og har et lite håp. Klamydiatesten var positiv.

Det som slår meg først er at det er godt gjort at legen får fram historien. Linda forstår trolig at hennes historie kan oppfattes som ufordelaktig både for henne og for partneren. Forøvrig er det verdt å merke seg at inngangsbillettene i denne aldersgruppen ofte nettopp blir hentet i kroppsrelaterte problemstillinger.

Legens frustrasjon

Det neste jeg lurer på, er hvilke motiver Linda har for å velge å bli gravid. Er det realisering av en drøm om å vinne en bestemt mann som hun er forelsket i (De fleste kjenner refrengnet: «Hun er forelsket i lærer'n, å, å, å ...»)? Er det et umodent ønske om å bli mor? Er det en utprøvende handling overfor foreldre og samfunn; et ønske om å ta makta og om å bli sett?

Hvorfor Linda oppsøker helsestasjonslegen, og ikke fastlegen, kan man også fundere over. Mest sannsynlig skyldes det, i tillegg til tiltro til nettopp denne legen, at klamydia er en anerkjent sak for helsestasjon for ungdom. Hun oppfatter det sikkert praktisk å gå dit. Dessuten er helsestasjon for ungdom gratis. 15-åringen vil sannsynligvis ikke under noen omstendigheter involvere foreldrene.

Et relevant spørsmål er om fastlegen har bedre mulighet til å sette i gang et kognitivt tilrettelagt opplegg for å få Linda til

å fortelle hvorfor hun ligger med partneren og med et slikt utgangspunkt hjelpe henne til rette med sitt forhold til ham?

Legen og loven

Det er vanskelig å komme utenom refleksjoner rundt problemstillingen om når foreldre skal trekkes inn. De fleste kolleger har opplevd hvor vanskelig denne balansegangen er i forhold til denne aldersgruppen. Denne kasuistikken setter saken på spissen. I straffelovene paragraf 196 står det at den som har seksuell omgang med en som er under 16 år, straffes med fengsel i inntil fem år. I lovparagrafen står det at straff kan bortfalle dersom man er omtrent jevnbyrdige i alder og utvikling. Det kan vi knapt si var tilfelle for forholdet mellom 15-åringen og den 28 år gamle partneren.

Linda fortsatte etter dette på skolen og alt var tilsynelatende som før. Forholdet hun var i ble aldri senere et tema hun tok opp med oss. Vi vet lite om hva dette har gjort med henne. Det er mange spørsmål å reflektere over – med få fasitsvar. Å følge ungdom i slike situasjoner krever mer enn å informere om bivirkningene av p-piller. Dette er mennesker som er i en fase av livet da grunnlaget for handlingsmønstre og framtidig helse legges. Selvbilde formes og grenser setter seg. Som både Haavets kommentar og artikkelen om Helsestasjon for Ungdom peker på, er det viktig at vi deltar som medspillere på denne banen.

Lege NN.

Infodoc for Windows

- Sikker
- Funksjonell
- Hurtig
- Pålitelig

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen

Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenveien 45, 1366 Lysaker

Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

HANS KRISTIAN BAKKE

FORBIFARTEN

STILLING PRESIDENT ARBEIDSSTED P.T. LEGENES HUS (ELLERS LEGEHUSET VARDEN, FYLLINGS-DALEN, BERGEN



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

For tiden i permisjon fra stilling som fastlege ved Legehuset Varden i Fyllingsdalen for å dekke vervet som president i Den norske Lægeforening ved Legenes Hus i Oslo. Er spesialist i allmenntillegisin.

HOBBIER: fotball og ønologi (vin!).

Når skjønte du at du var blitt lege?

Den dagen jeg begynte i turnus ved Odda Sykehus

Hva gir deg mest glede i jobben?

Menneskene jeg møter og alt jeg lærer.

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

Regelmessig fysisk trening.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg kan være allmenntilleg og hjelpe dem som trenger det mest.

Her er UTPOSTEN – føl deg hjemme!

Når lo du på jobben sist?

10 minutter siden.

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

Attest – helsevesenet og legene misbrukes til å attestere meningsløse forhold som fravær fra skole.

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

Knapt noe i det hele tatt – vi planla meget godt der jeg nå har min praksis.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Åpen og tillitsfull.

Hva gjør du om fem år?

Allmennlege med mindre noen i mellomtiden har tuklet til fastlegeordningen.

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

Dagfinn Høybråten for å få en grundig diskusjon om bl.a. egenandeler, helsenett og kronikeromsorg.

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

Løse, og løse – jeg ville først tatt for meg tilbudet til rusmisbrukere og psykisk syke. I tillegg sørget for at samfunnet la til rette for elektronisk kommunikasjon – fritt til bruk for alle i helsevesenet.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Innspill fra andre spesialister enn allmennlegene selv.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Legevaktorganiseringen og derigjennom flere kvinnelige kolleger.

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

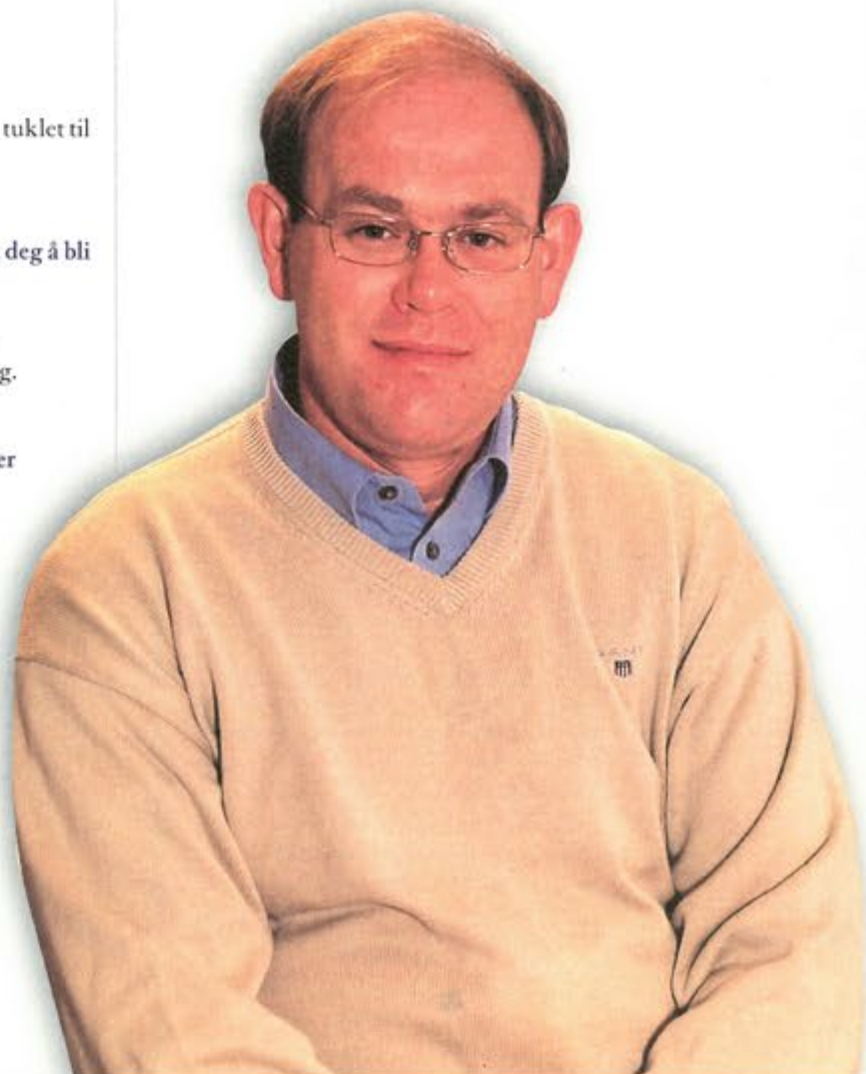
Ta livet litt mer med ro.

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

Kanskje bare mer til stede?

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

Terje Vigen



APLF kurset

Legen og medarbeideren

26.–28. august 2004

Soria Moria, Voksenkollvn 60, Oslo

APLF inviterer til ovennevnte årlige kurs for leger og medarbeidere. Vi har laget et program hvor vi har tre hovedfokus:

TORS DAG:

• De vanskelige pasientene:

LAR. Hvordan møte eventuelle trusler? Hva med HIV/AIDS?

FREDAG:

• De vanskelige situasjonene:

Hjerteinfarkt? Hva gjør vi?

Hvordan formidle en alvorlig diagnose?

LØRDAG:

• De hverdagslige møtene:

Hvordan snakke med de vanlige pasientene i de vanlige situasjonene og gjøre dem meningsfulle for pasientene og oss selv.

Vi legger opp til en veksling mellom forelesninger og gruppearbeid. Å utveksle erfaringer med kolleger fra andre deler av landet er noe av det viktigste ved kurset.

Vi oppfordrer leger og medarbeidere, (gjærne hele legesenteret!) til å benytte denne anledningen til å få både faglig og personlig inspirasjon til i en travel hverdag!

Soria Moria ligger vakkert til i Oslo og området inviterer til turer etter dagens forelesninger, ta derfor med joggesko hvis du liker deg ute. Det er også et hyggelig svømmebasseng med badstue hvis man ønsker det, så ta også med badebukse.

PÅMELDING TIL :

RMR kursarrangør, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

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

PÅMELDINGSFRIST: 20. juni 2004

KURSAVGIFT: Kr. 1900,- (Obligatorisk dagpakke kommer i tillegg for personer som ikke bor på Soria Moria)

HOTELLPRIS: Kr. 1250,- pr person i enkeltrom, fullpensjon

Kr. 950,- pr person i dobbeltrom, fullpensjon

DAGPAKKE: Kr. 295,- pr person pr dag, inkluderer lunsj og kaffe for personer som ikke bor på Soria Moria. Kr. 50,- pr person pr dag, inkluderer kaffepauser for personer som bor på Soria Moria

FESTMIDDAG: Kr. 540,- pr person for ikke boende og kr. 240,-

pr person for de som bor på Soria Moria

KURSTIMER: Kurset er søkt godkjent med 17 timer/poeng til spesialiteten i allmenmedisin

PROGRAM FOR APFL-kurset

Torsdag den 26. august

- 09.00–10.00 REGISTRERING
- 10.00–10.15 Velkommen
- 10.15–11.00 «Vold og trusler på legekantoret» w/ fastlege Pernille Nylehn, og og fastlege Ståle Onsgård Sagabråten. Begge sitter i APLFs fagutvalg og har utarbeidet APLFs hefte om temaet (se APLFs hjemmesider)
- 11.15–11.45 Gruppearbeid
- 11.45–12.00 Kaffepause
- 12.00–13.00 Internasjonalt HIV/Aids arbeid w/ sosionom og sosiolog Anne Skjelmerud som har arbeidet internasjonalt i Afrika og Sørøst Asia i 15 år. både med direkte prosjekter og med opplæring
- 13.00–14.30 Lunsj
- 14.30–15.15 «Skal vi behandle de narkomane med narkotika?» Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) av heroinmisbrukere. Teoretisk grunnlag, erfaringer og praktisk gjennomføring av LAR i primærhelsetjenesten. w/ fastlege Ivar Skeie
- 15.15–15.45 Inter aktivt opplegg om våre muligheter til å jobbe fornuftig med problemstillingen
Gruppearbeid: vi deler erfaringer og drøfter utfordringene
- 15.45–16.00 Kaffepause
- 16.00–17.00 LAR fortsetter...
- Festlig aften med hyggelig overraskelse til deltakerne!

Fredag den 27. august

- 09.00–12.00 Akuttmedisin
Hjerte-lungeredning: Jo mindre jo bedre.
Her settes fokus på hva som er nye retningslinjer innen HLR. Hvordan unngå at hjertet slår, men hjernen forgår? Hold hodet kaldt!
Her settes fokus på tiden rett etter en vellykket gjenopplivning. Hva skal man legge vekt på da?
Enkle tiltak utenfor sykehus.
Perspektiv fra Luftambulansen
Hvordan være systematiker på et skadested som er preget av kaos? w/Audun Langhelle
- 10.00–10.15 Kaffepause
- 10.15–11.15 Hvordan unngå at hjertet slår, men hjernen forgår?
Holde hodet kaldt!
Hva skal man legge vekt på ved vellykket gjenopplivning? Enkle tiltak
Utenfor sykehus w/sjeflege Audun Langhelle
- 11.15–12.00 «Åpen runde om akuttmedisin sett fra 'Luftambulansen'»
- 12.00–13.30 Lunsj
- 13.30–17.00 «Vi har funnet en liten flekk på den ene lunga di...»
Hvordan formidle de vanskelige budskapene w/Svein Slagsvold og Gisle Schmidt, fastleger i Oslo.
- Festmiddag



KURSKOMITE: Bente Aschim, fastlege, Oslo
Helle Dunker, bioingeniør, Fagernes
Torfinn Kleive, fastlege, Bærum
Tove Rutle, legesekretær, Jessheim

FORELESERE: Pernille Nylehn, fastlege, Hjelmeland
Ståle Onsgård Sagabråten, fastlege, Nesbyen
Anne Skjelmerud, sosiolog, Oslo
Ivar Skeie, fastlege, Gjøvik
Audun Langhelle, sjeflege, Norsk Luftambulans
Svein Slagsvold, fastlege, Oslo
Gisle Schmidt, fastlege, Oslo
John Nessa, fastlege, Hjelmeland
Peter Hjort, professor, Bærum

BØNN:

*Vi ber ikke om utskrifter
Forklaringer, diagnoser, prosedyrer
Vi ber ikke engang om overbevisninger
Vi ber om å bli sett av en annen
Vi ber om et ansikt*

Stein Mehren «Nattmaskin» 1998

Lørdag den 28. august

- 09.00–10.00 «Berre preik?»
Om samtalen mellom lege og pasient.
Samtalens kunst mellom lege og pasient
«Eksistensielt møte eller bare preik?»
v/John Nessa, fastlege, amanuensis på
Universitetet i Bergen. Han har skrevet
doktorgrad om lege-pasient-samtalene.
- 10.00–10.30 Interaktivt Gruppearbeid
- 10.30–11.00 Pause
- 11.00–12.00 Helsepersonellens møte med den eldre
pasient-asymmetrien med den unge hjelper
og den gamle pasient v/Peter Hjort
- 12.00–12.30 Evaluering i plenum og avslutning

Påmeldingsfrist 20.6.2004

Diovan Comp Forte 160 mg/12,5 mg «Novartis»
Angiotensin II-reseptorantagonist og diuretikum.

ATC-nr.: C09D A03

TABLETTER, filmdrøsjerte: Hver tablett inneholder: Valsartan 160 mg, hydroklorotiazid 12,5 mg, hjelpestoffer.
Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjon: Hypertensjon når monoterapi med angiotensin II-antagonist ikke har gitt tilstrekkelig effekt.
Dosering: Individuell dosetilrette med de enkelte komponenter anbefales. Når det anses klinisk hensiktsmessig kan skifte fra monoterapi til fast kombinasjon vurderes. Diovan Comp Forte kan gis til pasienter der blodtrykket ikke er tilstrekkelig kontrollert med Diovan 160 mg monoterapi. Anbefalt dose: 1 tablett daglig. Maks. antihypertensiv effekt oppnås vanligvis innen 2-4 uker. **Eldre:** Brukes på samme måte som hos yngre pasienter. **Barn:** Sikkerhet og effekt av Diovan Comp Forte er ikke dokumentert hos barn (< 18 år). **Nedsatt nyrefunksjon:** Det er ikke nødvendig med dosejustering hos pasienter med mild til moderat redusert nyrefunksjon (kreatininclearance ≥ 30 ml/minutt). **Nedsatt leverfunksjon:** Valsartandosen bør ikke overstige 80 mg hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon uten kolestase. Diovan Comp Forte bør derfor ikke brukes hos disse pasientene. Diovan Comp Forte kan tas uavhengig av måltid og bør tas med væske.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor valsartan, hydroklorotiazid, andre sulfonamidderivater eller noen av hjelpestoffene. Graviditet og amning. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, biliær cirrhose og kolestase. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance < 30 ml/minutt), anuri og pasienter på dialyse. Refraktær hypokalemi, hyponatremi, hyperkalsemi og symptomatisk hyperurikemi.

Forsiktighetsregler: Tiazider øker renal utskillelse av kalium. Forsiktighet må derfor utvises ved samtidig bruk av legemidler som påvirker kaliumnivået. Hyppig kontroll av serumkalium anbefales. Behandling med tiazider er assosiert med hyponatremi, hypokloremisk alkalose, hypomagnesemi og hyperkalsemi. Regelmessig kontroll av serumelektrolytter anbefales. Pasienter som behandles med tiazider bør observeres med tanke på kliniske symptomer på væske- eller elektrolyttforstyrrelser (tørre munn, tørste, svakhet, letargi, søvnighet, rastløshet, muskelmerter/kramp, slapp muskulatur, hypotensjon, oliguri, takykardi, kvalme eller oppkast). Ved alvorlig hyponatremi og/eller væskemangel bør korrigeres for behandlingstid. For pasienter hvor nyrefunksjonen er avhengig av aktiviteten til renin-angiotensin-aldosteronsystemet, f.eks. hos pasienter med alvorlig hjertesvikt, er behandling med ACE-hemmere assosiert med oliguri og/eller progressiv azotemi, samt i sjeldne tilfeller akutt nyresvikt. Bruk av Diovan Comp Forte hos pasienter med alvorlig hjertesvikt er ikke kjent. Da preparatet kan assosieres med svekket nyrefunksjon, bør Diovan Comp Forte ikke brukes hos disse pasientene. Sikkerhet ved bruk av Diovan Comp Forte hos pasienter med unilaterale eller bilaterale nyrearteriestenose eller unilaterale stenose med én gjenværende nyre er ikke undersøkt. Preparatet bør derfor ikke brukes hos disse pasientene. Det foreligger ingen erfaring med bruk av Diovan Comp Forte hos nyretransplanterte pasienter, og preparatet bør derfor ikke brukes hos disse pasientene. Pasienter med primær hyperaldosteronisme bør ikke behandles med Diovan Comp Forte. Særlig forsiktighet bør utvises hos pasienter med aorta- eller mitralstenose eller hypertrofisk kardiomyopati. Tiazider kan forverre eller aktivere systemisk lupus erythematosus. Valsartan reduserer blodtrykket mindre effektivt hos negroide pasienter sammenlignet med ikke-negroide pasienter, i likhet med ACE-hemmere og andre angiotensin II-reseptorantagonister. Tiazider kan påvirke glukostoleransen, øke serumnivået av kolesterol, triglyserider- og urinsyre. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med tidligere overfølsomhetsreaksjoner overfor andre angiotensin II-reseptorantagonister. Overfølsomhetsreaksjoner overfor hydroklorotiazid er mer sannsynlig hos pasienter med allergi og astma. Svimmelhet og tretthet kan oppstå ved bruk av Diovan Comp Forte. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bilkjøring eller betjening av maskiner.

Interaksjoner: Diovan Comp Forte kan øke den hypotensive effekten av andre antihypertensiva. Samtidig bruk av ACE-hemmere, tiazider og litium er rapportert å gi reversible økninger i serumlitium og toksisitet. Monitorering av litiumkonsentrasjoner anbefales. Samtidig bruk av kaliumtilskudd, kaliumsparende diuretika, salterstatninger som inneholder kalium eller andre legemidler som kan føre til økt kaliumnivå (ACE-hemmere, heparin, ciklosporin) bør skje med forsiktighet og hyppig kontroll av kaliumnivået. Ved samtidig bruk av Diovan Comp Forte og legemidler forbundet med kaliumtap og hypokalemi (f.eks. kaliumdiuretika, kortikosteroider, laksantia, ACTH, amfoterisin, carbenoxolon, penicillin G og salisylsyre og dets derivater) bør kaliumnivået kontrolleres. Regelmessig kontroll av serumkalium samt EKG anbefales når Diovan Comp Forte gis sammen med legemidler som påvirkes av endringer i serumkalium (f.eks. digitalisglykosider, antiarytmika) samt legemidler som inducerer torsades de pointes (f.eks. enkelte klasse Ia og III antiarytmika, visse antipsykotika mfl.). Tiazidindusert hypokalemi eller hypomagnesemi kan føre til digitalisindusert hjertearytmi. Administrering av tiazid sammen med vitamin D eller kalsiumsalter kan potensere økning av serumkalium. Samtidig bruk av betablokkere og tiazider kan øke risikoen for hyperglykemi. Tiazider kan øke den hyperglykemiske effekten av diazoxid. Det kan være nødvendig med dosejustering av perorale antidiabetika samt insulin ved samtidig bruk av Diovan Comp Forte. Dosejustering av visse giktmidler som probenecid, sulfinpyrazon og allopurinol kan være nødvendig da hydroklorotiazid kan øke serumnivået av urinsyre. Bruk av tiazider kan øke insidensen av hypersensitivetsreaksjoner mot allopurinol, øke risikoen for bivirkninger forårsaket av amantadin, og redusere renal utskillelse av cytostatiske legemidler, samt potensere deres myelosuppressive effekter. Samtidig behandling med ciklosporin kan øke risikoen for hyperurikemi og urinsyreigkliggende komplikasjoner. Effekten av katekolaminer/pressor-substanter som f.eks. noradrenalin og adrenalin kan reduseres ved samtidig bruk med Diovan Comp Forte. Det er rapportert om hemolytisk anemi ved samtidig bruk av hydroklorotiazid og metyldopa. Antikoagulerende legemidler som f.eks. atropin og biperiden kan øke blodgjennomsløpeten av tiazider. Absorpsjonen av tiazider reduseres av kolestyrenin og kolestipol. Samtidig administrering av ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAID) kan svekke effekten av tiazider. Samtidig hypovolemi kan inducere akutt nyresvikt. Tiazider potensere virkningen av curarderivater. Samtidig bruk av tetraacykliner (trolig ikke relevant for dosisyklin) og tiazider øker risikoen for tetraacyklinindusert økning av urea. Forverring av ortostatisk hypotensjon kan forekomme ved samtidig bruk av tiazider med alkohol, anestesimidler og sedativa.

Virkningsmekanisme: Valsartan binder selektivt til AT1-reseptorer og blokkerer alle fysiologisk relevante virkninger av angiotensin II. Hydroklorotiazid øker diuresen ved reduksjon av plasmavolumet, medfølgende økning i plasmareninaktivitet, økning i aldosteronsekresjon og redusert serumkalium. Samtidig administrering av valsartan vil reversere kaliumtapet assosiert med tiazider. Med valsartanbehandling oppnås antihypertensiv effekt innen eller i løpet av 4-6 timer og varer i minst 24 timer. Væske- og maks. blodtrykkreduksjon oppnås i løpet av 4-6 timer og varer i minst 24 timer. Væske- og maks. blodtrykkreduksjon oppnås i løpet av 2-4 uker og denne effekten opprettholdes ved langtidsbehandling. Valsartan reduserer blodtrykk uten å påvirke hjertefrekvensen. Kombinert med hydroklorotiazid oppnås en signifikant tilleggseffekt på blodtrykket. Valsartan inhiberer ikke ACE (kinase II) som omdanner angiotensin I til angiotensin II og degraderer bradykinin. Det forventes derfor ingen potensering av bradykininrelaterte bivirkninger som f.eks. tørrhøste. Absorpsjon: Valsartan: Raskt. Gjennomsnittlig absolutt biotilgjengelighet er 23%. Hydroklorotiazid: Raskt. Absolutt biotilgjengelighet er 60-80%. Samtidig matinntak medfører ingen klinisk relevant endring i effekt. Proteinbinding: Valsartan: 94-97%, hovedsakelig til albumin. Hydroklorotiazid: 40-70%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Valsartan: Distribusjonsvolum ca. 17 liter. Hydroklorotiazid: Tilsynelatende distribusjonsvolum 4-8 l/kg. Halveringstid: Valsartan: Ca. 9 timer. Hydroklorotiazid: 6-15 timer. Utskillelse: Valsartan: Hovedsakelig uforandret via galle og urin. Ved normal glomerulufiltrasjon står renal clearance for ca. 30% av totalclearance. Hydroklorotiazid: Mer enn 95% utskilles uforandret i urinen.

Pakninger og priser: Datopakn.: 28 stk. 277,20, 98 stk. 903,30.
Sist endret: Basert på SPC godkjent 25.03.2004

Egenskaper: Klassifisering: Angiotensin II-reseptor (type AT1)-antagonist og tiaziddiuretikum. Virkingsmekanisme: Valsartan binder selektivt til AT1-reseptorer og blokkerer alle fysiologisk relevante virkninger av angiotensin II. Hydroklorotiazid øker diuresen ved reduksjon av plasmavolumet, medfølgende økning i plasmareninaktivitet, økning i aldosteronsekresjon og redusert serumkalium. Samtidig administrering av valsartan vil reversere kaliumtapet assosiert med tiazider. Med valsartanbehandling oppnås antihypertensiv effekt innen eller i løpet av 4-6 timer og varer i minst 24 timer. Væske- og maks. blodtrykkreduksjon oppnås i løpet av 4-6 timer og varer i minst 24 timer. Væske- og maks. blodtrykkreduksjon oppnås i løpet av 2-4 uker og denne effekten opprettholdes ved langtidsbehandling. Valsartan reduserer blodtrykk uten å påvirke hjertefrekvensen. Kombinert med hydroklorotiazid oppnås en signifikant tilleggseffekt på blodtrykket. Valsartan inhiberer ikke ACE (kinase II) som omdanner angiotensin I til angiotensin II og degraderer bradykinin. Det forventes derfor ingen potensering av bradykininrelaterte bivirkninger som f.eks. tørrhøste. Absorpsjon: Valsartan: Raskt. Gjennomsnittlig absolutt biotilgjengelighet er 23%. Hydroklorotiazid: Raskt. Absolutt biotilgjengelighet er 60-80%. Samtidig matinntak medfører ingen klinisk relevant endring i effekt. Proteinbinding: Valsartan: 94-97%, hovedsakelig til albumin. Hydroklorotiazid: 40-70%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Valsartan: Distribusjonsvolum ca. 17 liter. Hydroklorotiazid: Tilsynelatende distribusjonsvolum 4-8 l/kg. Halveringstid: Valsartan: Ca. 9 timer. Hydroklorotiazid: 6-15 timer. Utskillelse: Valsartan: Hovedsakelig uforandret via galle og urin. Ved normal glomerulufiltrasjon står renal clearance for ca. 30% av totalclearance. Hydroklorotiazid: Mer enn 95% utskilles uforandret i urinen.

Referanse: 1. Etter: Mellon J.M et al. Blood Pressure 2003;12 (suppl 1):36-43.

Primærmedisinsk uke 2004

25.–29. oktober



Vi har igjen den glede å invitere til Primærmedisinsk uke 2004.

«Uka» har blitt et begrep for medarbeidere og leger på legekonto- ret. Vi ønsker å gi deg en faglig, sosial og kulturell uke av beste primærmedisinske kvalitet.

Med god forankring i egen arbeidshverdag, skal vi søke ny viten og opplevelser som vi kan bringe med oss hjem igjen.

I år er 24 forskjellige kurs å velge mellom. De fleste kursene er interessante både for leger og medarbeidere.

Les mer: www.pmu2004.no

Velkommen til fine høstdager på Soria Moria i Oslo

Med vennlig hilsen for Hovedkomiteen for PMU 2004

STIPENDTILDELINGER fra Allmenntilmedisinsk forskningsutvalg for høsten 2004

UNIV.	ETTERNAVN	FORNAVN	PROSJEKTETS TITTEL	TILDELT MNDR
UiB	Bøyum	Toril	Multipel sklerose i Ål og Hol kommunar	2
UiB	Dias	Esperanza	Helseplager blant kvinner i Guatemala som bruker åpne ildsteder til matlaging og oppvarming	1
UiB	Øren	Jan Norvald	TX-plater mot placebo i behandlingen av langvarige muskelskjelettplager	1
UiB	Thorsen	Olav	KOPAL – kopi av journalnotat i allmennpraksis	1
UiO	Høviskeland	Aase	Forekomst av genital chlamydia blant russen i Bærum	1
UiO	Lødøen	Gjertrud	Forekomst av genital chlamydia blant russen i Bærum	1
UiO	Skeie	Ivar	Stoffmisbrukere som pasienter i helsevesenet, med spesiell vekt på stoffmisbrukernes plass i fastlegesystemet	3
UiO	Moulund	Gunnar	Bruk av felleskonsultasjon hos fastlege og psykiater	1
UiO	Steinsvoll	Per Steinar	En sykehjemslege krysser sitt spor – refleksjoner etter 25 års arbeid som tilsynslege	1
UiO	Bratland	Bjørn	Antikoagulasjon med Marevan i en allmennpraksis	1
UiO	Myskja	Audun	Musikk mot depresjon og kognitiv svikt hos sykehjemspasienter	1
UiO	Nyen	Bjørnar	Legevaktssøknin og tilgjengelighet hos fastleger	2
UiO	Antonsen	Olaf H	Samarbeider vi godt nok om pasientene? Oppfølgingsrutiner på sykehus og i allmennpraksis for hjertesyrke med overvekt og røyking	1
NTNU	Otterlei	Bjørn	Er legevaktsarbeid ikke lenger en allmenntilmedisinsk oppgave?	1

SOLSTRANDFONDET

Forskningsfond for allmennpraktiserende leger på Vestlandet.

Fondet ble etablert i 1992 av Aplf og Seksjon for allmenntilmedisin, Universitetet i Bergen, og kan yte støtte til allmenntilmedisinsk forskning på Vestlandet. Støtten gis som refusjon av konkrete utgifter knyttet til forskningsprosjekt. Det gis ikke generell prosjektstøtte, heller ikke støtte til studieopphold eller kongresser. For år 2004 kan totalt utdeles inntil kr 21 900,-.

Søknad om tilskudd sendes:

Fondsstyret for Solstrandfondet
v/Signe Tønsaker, Seksjon for allmenntilmedisin,
Kalfarveien 31, 5018 Bergen. Søknaden skal være på én side med kort prosjektbeskrivelse og opplysninger om utgiftenes art og bakgrunn.

Søknadsfrist 1. september 2004.



Nyhet!

...et sterkere valg¹

Se preparatmtale og ref. på side 47

 **DIOVAN[®] Comp Forte**

VALSARTAN + HYDROKLORTIAZID



EFFEKTIV SMERTELINDRING I DAG



EFFEKTIV SMERTELINDRING HVER DAG

VIOXX[®] AC
(rofecoxib, MSD)

EN gang daglig
VIOXX[®]
(rofecoxib, MSD)

VIOXX[®] AC og VIOXX[®] er registrerte varemerker tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.
Før forskrivning, se preparatomtalen side 41