

## Innhold:

LEDER: Tillit, tillit, tillit. Av Ola Nordviste	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Brynjulf Barexstein Av Gunhild Felde	2
Kontakt, tillit og rollefordeling. INTERVJU MED BJØRN-INGE LARSEN AV OLA NORDVISTE	6
KASUISTIKK: En voksen pasient med ad(h)d – en sjelden 'bever'! Av Helen Brandstorp og Ola Nordviste	12
AD(H)D: Oppmerksomhetsforstyrrelse UTGÅGG FRA «LÆREBOK I PSYKIATRI»	15
ANMELDELSE: «Lærebok i psykiatri» Av Ola Nordviste	17
Helsetjenesten i det landlege Tanzania, sett med en norsk allmennleges øyne Av Karin Frydenberg	18
Har samfunnsmedisin en fremtid? EN MAIL-DISKUSJON MELLOM TRE LEGER	27
Når datatilsynet kommer på tilsynsbesøk INTERVJU AV STEINAR FRETLAND AV JANNIKE REYMERT	30
Personvern – en naturlig del av legens kjerneoppgave? Av Leif T. Aanensen og Helge Veum	32
Trinnvis, datasikkerhet for små legekontorer Av Dag Lunder	35
Normalitet sett fra allmennlegekontoret Av Janeche Thesen	37
En sykehjemslege krysser sine spor. REFLEKSJONER ETTER 25 ÅRS ARBEID SOM TILSYNSLEGE. AV PER STEINAR STEINSVOLL	42
Bokanmeldelser	44
Faste spalter	48

# 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: nord-ola@frisurf.no

**Ivar Skeie**

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb.: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb.: 61 13 67 50

E-mail: ivskeie@online.no

**Anders Svensson**

Boks 181, 8465 Straumstjøen

Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 10

Faks jobb.: 76 11 42 46, Mobil: 416 82 489

E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

**Ingvild Menes Sørensen**

Prestegården, 7660 Vuku

Tlf.: 74 07 07 08, Mobil: 907 41 034

E-mail: ingmenes@online.no

**Forsideill:** Karin Frydenberg**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen*Du finner Utposten på*[www.uib.no/isf/utposten](http://www.uib.no/isf/utposten)

# Tillit, Tillit, Tillit

**F**innes det ett ord som må være tilstede ved alt godt legearbeid? Er ordet tillit? Er dette ordet grunnsteinen i alle forhold mellom legen og pasienten? Er det også en forutsetning for et godt forhold mellom legene og samfunnet? Kan jeg være en god lege og holde ut i jobben uten tillit til meg selv? Hva skjer med meg hvis jeg mister tilliten til min kunnskap? Legerollen synes å stå under kontinuerlig søkelys og kritikk fra medier og befolkning. Gjør det noe med tilliten. Begge veier?

Jeg arbeider for tiden «i psykiatrien», som det heter. I denne delen av medisinen er begrepet tillit helt sentralt. Vi kjenner alle til barnets dype behov for tillit til sine omgivelser, og hvilke konsekvenser tillitssvikt kan få får et individs tidlige personlighetsutvikling. I psykiatrien ser det også ut til at behandlerens helbredende kraft henger mer sammen med hans eller hennes evne til å skape en solid personlig tillit mellom seg og pasienten, enn med hvilken behandlingsmetode pasienten er gjenstand for.

**P**sykiatrifaget er viet oppmerksomhet i dette nummeret av *Utposten* gjennom en artikkel om ADHD, der vi også gir smakebiter fra og anmeldelse av den oppdaterte psykiatriboka til Malt, Retterstøl og Dahl.

*Utposten* har vært på besøk i toppetasjen i i Sosial- og helsedirektoratet og intervjuet sjefen sjøl, Bjørn-Inge Larsen. Han understreker blant annet at tilliten mellom leger og helsemyndighetene er viktig og må pleies. Forholdet til pasienten må ikke bli så nært at en mister av syne den rolle legen har fått av samfunnet som formidler av dets helseressurser – en rolle som er tuftet på tillit.

*Utposten* ønsker også å belyse den tilsynelatende sviktende tillit samfunnsmedisinerne har til sitt fag og sin fremtid. I en mail-diskusjon som refereres i dette nummeret viser det seg at mange har tillit til faget, men kanskje først hvis dets innhold revideres.

Janecke Thesen utfordrer, i sin meget personlige og tankevekkende artikkel «Normalitet sett fra allmennlegekontoret», vår tillit til legevitenskapen og til grunnleggende naturvitenskap.

**T**illit mellom mennesker bygges opp ved hjelp av ærlig og åpen kommunikasjon med det formål å utvikle den felles forståelsen av en sak. Utviklingen av tillit og forståelse av hverandre i helse-Norge er en sak som engasjerer oss i *Utpostens* redaksjon. Er tillit et begrep som vekker interesse også hos deg i din medisinske hverdag? Bra. Da kan du glede deg til å lese denne utgaven av *Utposten*.

Ola Nordviste

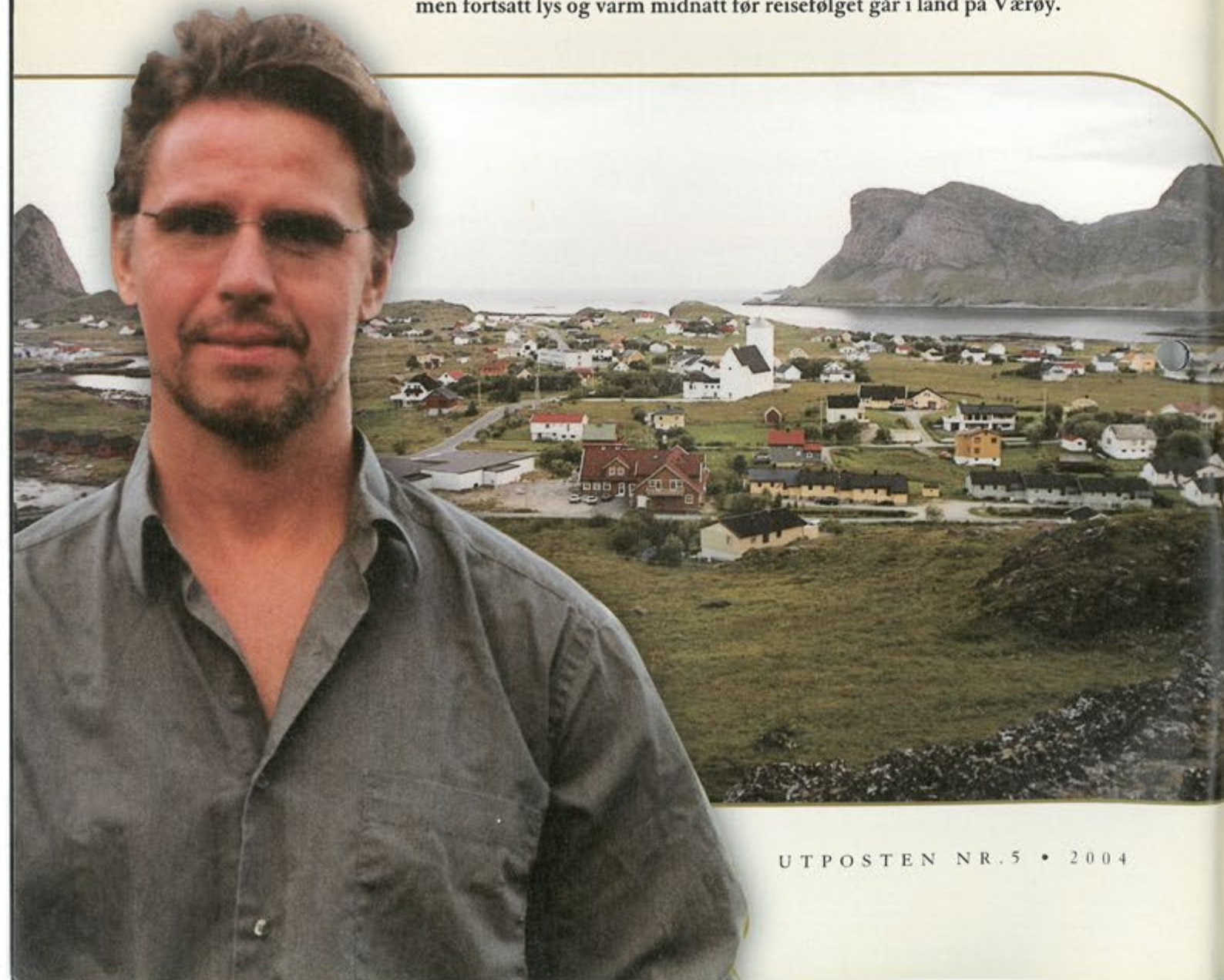
Utpostens  
dobbeltime

## Brynjulf Barexstein

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Jeg sitter lettkledd på dekk i strålende sol omgitt av en varm bris, brune, blide ansikter og begeistrede blikk bak solbriller. Noen få kjølige varmegrader på Vestlandet er for lengst et tilbakelagt stadium. En varm velkomst i Nordlands hovedstad likeså, før noen timers fergetur bringer vårt reisefølge mot punktum i havet, slik Lars Saabye-Christensen beskriver Lofotens avslut-

ning i vest. En rask visitt på Røstlandet, hundrevis av små og store øyer, med trange sund og bukter hvor tidevannet strømmer fram og tilbake i sin evige døgnrytme. På avstand ser vi det virkelige punktum, Skomvær fyr. Det har blitt sen, men fortsatt lys og varm midnatt før reisefølget går i land på Værøy.



*De reiser senere på dagen med Hurtigruten over Vestfjorden til Bodø. Arnold står på dekket ved livbåtene og ser fjellene synke i blå vind. Ytterst, der himmelen og havet går i ett, kan han skimte øyene han kommer fra og som han nå forlater, de ligger som punktum av stein mellom bølgene.*

*(Fra Halebrøven av Lars Saabye-Christensen)*



– Har du vakt i dag, spør jeg kommunelege Brynjulf Barexstein på en dårlig mobillinje fra yttersida av Værøy, der telteleiren vår akkurat har våknet opp etter en sen natt.

– Alltid vakt, kommer det raskt tilbake, og jeg innser at mitt inngangsspørsmål ikke akkurat røpet den største innsikt i hverdagen til øyas eneste lege.

*Når vi noen timer senere treffes på legekontoret for en prat, er det en avslappet alltid-på-vakt-lege som møter meg.*

– Jeg har aldri fri når jeg jobber her, kan aldri reise bort fra øya, men samtidig er vaktene rolige. Jeg går ofte på fjellet, kan være nede på ti minutt hvis noe oppstår. Det er i gjennomsnitt 0,7 henvendelser etter vanlig arbeidstid på en vakt. En til to ganger i måneden må jeg rykke ut nattetid. Noe av grunnen til denne lave bruken av legevakta er god kapasitet på dagtid. Øyas 750 innbyggere vet at de alltid får legetime på dagen hvis de ønsker det, vi har ingen ventetider. Vi har stort sett god tid til pasientene, jeg har mulighet til å sette opp lengre konsultasjoner uten at det blir ventelister av det. Dette er fint både for pasientene og for meg. Det å føle at tida er på vår side bidrar til at en føler det lettere å gjøre en god jobb, og hverdagen blir mindre stressende. Faglig blir det rett og slett mer tilfredsstillende. Dette er en av grunnene til at jeg jobber her.

### **Verden på en armlengdes avstand**

– Mange ville ha gått på veggen her. Det å ha en godt oppfylt timeplan og avtaleboka full gir prestisje i unge, dynamiske

miljøer. Hvordan ser du på dette idealet i forhold til det livet du lever her?

– Før jeg flyttet opp hit følte jeg aldri at jeg fikk tid til noe. Her får jeg tid til å snekre, pusse opp hus, fiske og gå turer, samtidig som jeg jobber. Her får en verden på en armlengdes avstand, butikkene stenger klokka fire – ikke noe å gjøre med det. En kan ikke handle til alle tider slik som andre steder. Her har jeg ikke følelsen av tidsklemma. Det er tid til å gjøre ingenting. Jeg tror vi kjenner litt for lite på kjedsomhet, en positiv kjedsomhet. Her får jeg tid til å gå i fjæra og sparke litt i steinene eller sitte ved kjøkkenbordet og se ut.

*Det må ha blitt litt steinsparking, for Brynjulf Barexstein har vært Værøyingenens lege i åtte år. Det var opprinnelig en løpebane innen psykiatrien han hadde tenkt seg. Godt i gang på Haukeland skulle han bare en kort avstikker nordover til Træna for å ta et års sideutdanning og få med seg litt allmenntilmedisin. Dette året ble til tre og resulterte i et hjerte tapt for den nordlandske kystkulturen. Sykehuskorridorene ble stadig fjernere for Arendals-legen, og da det ble ledig jobb på Værøy, ble den hans. Jobben består i femti prosent offentlig oppgaver på fast lønn og femti prosent klinisk arbeid som privatpraktiserende. I stedet for avspaseringsuker og innleide vikarer i perioder, har det de siste årene blitt opprettet en legestilling til på Værøy. De to legene jobber seks måneder i året hver og avspaserer de andre seks månedene. De er der aldri samtidig. Det er ikke lenger noe som heter ferieavvikling eller vikarer, turnusen mellom de to legene går uavhengig av sommer og jul.*



– Dette har betydd en stor forbedring av legetjenesten i kommunen, sier Barexstein. Alt er mer stabilt og vi legene er mer opplagte og motiverte da arbeidsbelastningen ikke blir så stor som før. For meg har det betydd mer frigjort tid til faglig utvikling og tid med familien.

### Anti-A4 og improvisasjon

*Etter en blikkstillende tur over Vestfjorden og en varm natt på en hvit strand ved den mektige, buede fjellveggen på yttersida av Værøy, er det vanskelig å forestille seg hvordan livet her kan arte seg når stormkastene kommer veltende inn fra storhavet. For det kan vel ikke bare være idyll?*

– Legelivet her innebærer mange heftige tak, blant annet på grunn av ekstreme værforhold. Steindårilige pasienter som en blir sittende alene med uten mulighet til hjelp eller transport er utfordrende. En episode jeg husker spesielt godt var en dårlig pasient med klinisk ileus kombinert med 14 meter høy sjø og for dårlige helikopterforhold. Det ble værke-

behandling på sykestua i noen vanskelige timer inntil været letnet. Utrolig nok endte det bra! Men slike situasjoner er heldigvis sjeldne. Fødsler har vi derimot hatt flere av. Værmessig er det kun forhold med isdannelse som hindrer helikopteret i å komme.

Vi har sykestue på sykehjemmet, dette gir en god observasjonsmulighet. Mange gamle pasienter, for eksempel med pneumoni, som er sårbare for en lang og stormfull reise, legges inn der både til observasjon og for intravenøs behandling. Terminal pleie har vi også mye erfaring med. Opplæring i trombolysbehandling ved akutt hjerteinfarkt står på trappene til høsten. Fiskegalle på øyet er en vanlig klinisk problemstilling i alle fiskerisamfunn, og dette krever mange timers skylling. Disse pasientene legges inn på sykestua. Alt dette sparer oss for mange innleggelses og dyre transporter samtidig som det betyr større faglige utfordringer for helsepersonellet. Legejobben her innebærer mye improvisasjon – det gjelder å finne faglige og praktiske løsninger som fungerer. Av alle kommunene i Nordland har Værøy lavest bruk av sykehustjenester per innbygger.

*Under samtalen med Barexstein er det lett å merke en smittende entusiasme for faget og stedet. Improvisasjon er også et stikkord for hans fritidsinteresse nummer en. Alt etter situasjon og tilgang på medspillere trakterer han piano, orgel, munnspill og gitar, mest i sjangeren rock og blues. For noen år siden ble det etablert en rockefestival på Værøy og Barexstein er en aktiv deltaker. Fortsatt er han med i band på stedet.*

– Det er viktig for livskvaliteten å delta lokalt. Jeg har fått gode venner her gjennom lokalt engasjement. For noen år siden startet jeg et treningsstudio gjennom det fylkeskommunale prosjektet Fysak. Jeg har trukket meg ut av driften nå, men kontakten dette gav med lokalbefolkningen var verdifull. Trening og kosthold er noe som engasjerer meg faglig og jeg tar i konsultasjonen ofte med pasienter til treningsstudioet og legger opp et treningsopplegg for dem. Jeg er i utgangspunktet ikke så glad i legestolen. Er mer en praktiker av type. Jeg liker praktisk arbeid og tar nok denne komponenten så mye som mulig med inn i legejobben også.

### Kost, trening og forebygging

*Dette bringer oss over på det som har vært Barexsteins faglige hovedinteresse de siste årene. 1. januar i år kulminerte dette i oppstarten av Norges første Lindberg-klinikk i Arendal. Her jobber han en del i de periodene han ikke er på Værøy.*

– Jeg har alltid vært interessert i trening, kosthold og forebygging av livsstilssykdommer. Jeg leste mye om dette både i lærebøker og på nettet. Jeg ble fasinert av det Lindberg presenterte og skrev om og fikk etter hvert hospitere hos ham. Dette betydde en stor faglig opptur for meg. Mye av det som er framstilt som en uenighet mellom Lindberg og

Statens ernæringsråd, er en medieskapt uenighet. Kunnskapsgrunnlaget når det gjelder kost og slanking er felles, men uenigheten går på hva det skal fokuseres på i informasjon til folk flest. Jeg har drevet mye informasjon her på Værøy. Det er veldig mye å hente på å drive forebygging hos dem med mor eller far som døde av tidlig hjerteinfarkt. Å ta opp en nøyaktig kostanamnese er ofte en nøkkel. Dette bruker jeg lang tid på. Vanlige slankekurer resulterer ofte i at vi slanker bort muskelmasse. Vi vet at jojo-slanking over tid fører til redusert muskelmasse. Å sørge for et høyt proteininntak er ofte nok. Folk ønsker primært ikke tabletter og resultatene er svært gode med Lindbergs metoder. Jobbsituasjonen på Værøy har gjort det mulig for meg å jobbe med dette i tillegg.

*En glød i blikk og kroppsspråk kommer til syne når Barexstein snakker om forebygging og kosthold. Mon tro om det finnes Værøyinger som ennå ikke kjenner sin c-peptidverdi?*

### Veikryss i havet

Brynjulf Barexstein forteller at han her ute i havet egentlig bor midt i et stort veikryss.

– Fra tidlige tider var Værøy et knutepunkt – at havet skiller er noe nytt i vår tid. Samfunnet her på Værøy er fortsatt merket av den internasjonale tankegangen. Jeg tror folk tenker mer kosmopolitisk her enn i resten av Norge. Under vinterfisket er det folk fra hele Europa her. Værøy har fra tidlige tider hatt ettertraktede råvarer å tilby. Det er en kjent sak at tørrfisk fra Værøy gir Michelin-kokkene noen ekstra stjerner i blikket. Kombinasjonen milde vintre og kjølige somre gir ekstra gode tørkeforhold for fisk. Fisken skal ikke fryse, bare tørke!

Jeg opplever Værøy som svært sentralt! På 20 minutter er jeg i en av Norges største byer og på to og en halv time i hovedstaden. «Bybussen» er helikopteret som flere ganger daglig går i rute mellom Værøy og Bodø. Den gamle flyplassen på nordsida av øya ble nedlagt for noen år siden.

*– Du beskriver tilværelsen i fornøyde ordelag. Er det noe du savner som lege her? Spesialister for eksempel?*

– Jeg kan savne kollegialt fellesskap. Uformelle samtaler i lunchen. Jeg bruker det faglige diskusjonsforumet EYR mye, dette dekker noe av det kollegialt, faglige jeg savner her. Jeg savner ikke tilgangen til spesialister. Helikopteret frakter henviste pasienter inn til sykehuset på 20 minutter, så

tilgangen til spesialist, hvis det er nødvendig, er ikke noe problem. Det å ha sine nærmeste langt unna er jo også noe...

*Mens Barexstein har vært ute for å koke te, har jeg besøkt Værøys helsefasiliteter. Et stort, velutstyrt legekontor der tanga for fiskekrokfjerning har en sentral plass. Jeg legger også merke til et relativt ferskt bryllupsbilde på veggen... Familieliv, med kone – og snart barn i Arendal, hvordan skal dette gå?*

– Det er klart at dette ikke er noe A4 familieliv. Vi har i alle år levd med mye lengting, dette er et minus i regnskapet, men til gjengjeld er bonusen stor når vi treffes. Hvordan dette blir med barn i bildet, blir spennende. Jeg har mye av hjertet mitt her, så jeg håper at dette skal gå an å kombinere fortsatt.

*Etter dette møtet tenker jeg i mitt stille sinn at den dama får en tøff kamp som skulle prøve å få denne mannen herfra...*

*Et hjerte tapt for Værøy.*

*En hverdag med heftige tak, improvisasjon, innsatsvilje, blues, med tid til å sparke stein – på en armlengdes avstand til verden...*

*Dr. Barexstein skysser meg til reisefølget på fergekaia der noen bader mens andre tilbereder middagen på primus. Vi forlater Værøy sjøveien, slik vi kom, sammen med alle de andre som også bare kan skumme fløten av livet her – og slippe å forholde seg til høststormene som kommer.*



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](mailto:gunhild.felde@sensewave.com)

# Kontakt, tillit og rollefordeling

Utposten tok i juni en prat med direktør Bjørn-Inge Larsen i Sosial- og helsedirektoratet om kontakt og tillit mellom primærleger og helseforvaltningen og om rollefordelingen mellom de ulike instansene i forvaltningen i helse-Norge.

AV OLA NORDVISTE

*Bjørn Inge, Sosial- og helsedirektoratet har nå eksistert siden 1. januar 2002. Er du forbauset over at mange leger fortsatt kaller dere Helsedirektoratet eller kanskje til og med forveksler dere med Sosial- og helsedepartementet?*

Det er et godt spørsmål... Det beror sikkert på en kombinasjon av flere forhold. Det er klart at for allmennleger i Norge i dag er jo staten blitt fjernere. I gamle dager – det vil si før 1984 – hadde vi distriktslegene i en statlig akse som gikk fra distriktslegen til fylkeslegen og videre opp til Helsedirektoratet.

Det er jo også slik at Staten har utstyrt seg bedre for å forvalte de ulike sektorene. På helsesida har vi nå fire-fem andre sentrale organisasjoner, som alle tar oppmerksomhet. Jeg tenker på Helsedepartementet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsetilsynet, Medisinsk kunnskapssenter for helse-tjenesten og Statens legemiddelverk. Så det er blitt mange store aktører å orientere seg mot.

*Men det at leger nå føler seg mindre som en del av den statlige helseaksen – hva synes du om det, da?*

I 1984 var det bevisst at man valgte å gjøre legene til en del av den kommunale sektoren, til en del av det som skjer lokalt. Etter dette så har man jo valgt å gjøre legene til private aktører hvor også linken mot kommunene er svakere enn den var for de fast ansatte kommunale legene.

*Men bekymrer ikke dette deg? De lokale leddene i helsekjeden – både allmennleger og samfunnsmedisinere – er frikoplet fra samfunnets helsepolitikk. Det er et paradoks for meg at da jeg jobbet som «kommunelege» i Zimbabwe – av alle steder – midt på nitti-tallet, så var det krystallklart for meg hva regjeringens helsepolitikk var for de fire neste årene. Alle visste hva som skulle prioriteres når vi hadde for lite tid eller penger. Som samfunnsmedisinere i Zimbabwe var man stolt av å være et viktig utøvende ledd i den nasjonale helseforvaltningen for å løse prioriterte problemer. Er du lei deg for at det ikke er sånn i Norge?*



SV UNUTENNS PRESSLOU/OLU

Det er nok så at når man valgte å la fastlegene være private aktører, så var det i tro på at det faktisk ville ivareta de behovene vi har for allmennlegetjenester i dette landet. Man trodde at allmennlegene ville ha en så sterk yrkesetisk følelse at de ville se det samfunnsoppdraget de har som fastleger, og at de vil ta det ansvaret der er å være en del av den nasjonale helsetjenesten i Norge. Private allmennleger er en sentral del av den offentlige finansierte nasjonale helsetjenesten i dette landet.

*Det er ikke alle private leger som oppfatter seg som det.*

Nei, det er det sikkert ikke, men det er lite realistisk å ønske seg tilbake til den tid en var ansatt i Staten. Hva betyr det at legene ikke er en del av en nasjonal akse og har en løsere tilknytning til kommunen enn de hadde? Styringsmessig betyr det mye hvordan vi forholder oss til allmennleger i dette landet. Sosialministeren (Høybråten, red. anm.) har vært ute og spurt hvordan fungerer nå egentlig allmennlegene som portvakter for den norske statskassa? Til tross for vår overskuddsøkonomi så har vi en prioriteringsutfordring, ikke sant? Det er for tiden ikke slik at vi har god nok kontroll på de offentlige helseutgiftene.

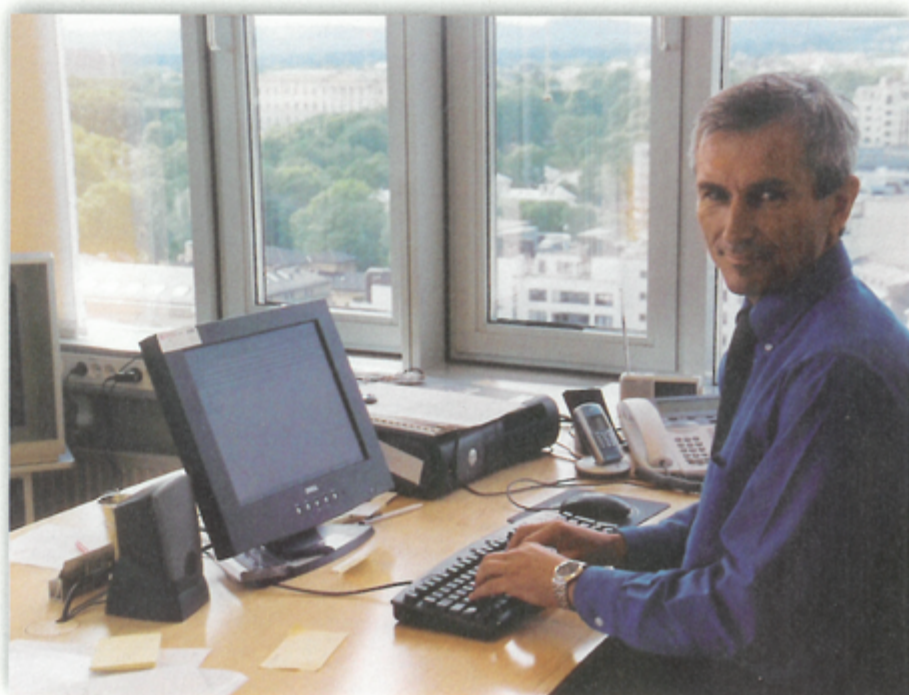
*Står legene og sosial- og helsedirektoratet for fjernt fra hverandre?*

Ja, det tror jeg kanskje du kan si. Egentlig tenker jeg at dette handler om to forhold. Det ene er hvordan allmennlegene skal jobbe og prioritere i sitt faglige arbeid. Jeg tror at det er viktig at vi utvikler all helsetjeneste i retning av det som god kunnskap tilsier. Mellom allmennleger eller i samarbeid mellom myndigheter og helsetjenesten, bør det lages retningslinjer for hvordan vi opptrer i forhold til dette med god kunnskap.

Ta for eksempel blodtrykksbehandling. Dette er viktig, ikke bare for den enkelte pasient, men også viktig for statsbudsjettet. Noen miljøer, som har forankring i allmennlegetjenesten og forskningsmiljøene, er bevisste på at behand-



*«Alle leger bør ha idealisme og lyst til å påvirke samfunnsutviklingen enten de jobber lokalt eller regionalt eller sentralt.»*



lingen skal være god, men at den kan ikke iverksettes uavhengig av hva kostnadene er for samfunnet. Mens vi har spesialistmiljøer på enkelte større sykehus, som, slik jeg ser det, ikke ser ut som om de godt nok har tatt inn over seg at dette kan dreie seg om mange pasienter og svære utgifter.

Det andre som jeg tenker er nok enda viktigere. Det er hvilken rolle fastlegene velger å innta i forhold til det samfunnsoppdraget som de har. For det er klart at hvis fastlegene utvikler en kultur hvor de velger alene å vektlegge rollen som pasientens advokat, pasientens hjelper – og mer tenker på seg selv som en brekkstav for pasienten i forhold til det offentlige, og ikke tenker på at de har en rolle mellom det offentlige og pasienten i mange sammenhenger – ja, da kommer vi i en vanskelig situasjon hvor hele tillitsforholdet mellom samfunnet og legene settes på spill. Jeg tror at det ville være uheldig hvis vi nå svarer på en del av disse samfunnsutfordringene ved å ta bort tilliten fra fastlegene og i stedet innføre ordninger som skal kontrollere at det allmennlegen gjør er riktig.

*Det ser man vel en utvikling i retning av allerede?*

Ja, vi gjør det, og det synes jeg er beklagelig. Jeg tror at legene skjøtter sitt best. Det er viktig at legene jobber med å beholde en kultur hvor de ser at de har begge disse rollene. Det er desidert best for samfunnet hvis vi klarer å ha et system som baserer seg på tillit til helsepersonell uten all verdens kontrollordninger.

*La oss snakke mer om samarbeidet mellom leger og statlige organer, Bjørn-Inge. Mange sier samarbeidet var lettere før,*

*man følte man spilte mer på lag. Statlige organer var ofte medspillere i lokale prosesser. Nå er de tidligere medspillere blitt tilsyns- og kontrollinstanser. Vi overleses med pålegg, forskrifter, retningslinjer, veiledere og handlingsplaner om alt fra inneklima i skoler til innkjøpsrutiner for elektriske apparater. Tilsyn ender nesten alltid med avviksmeldinger og kritikk. Skjønner du slike hjertesukk?*

Ja, jeg skjønner poenget, men jeg synes egentlig spørsmålet er unyansert. Jeg skjønner at noen mener at kontrollordninger er en motspiller. Hvis det skal føles som en medspiller, ja, da skal i hvert fall tilsynsmyndighetene opptre på en intelligent måte! Men det at vi fra Statens side interesserer oss for det faglige innholdet i tjenesten, det er jo ikke pålegg, det er ikke kritikk. Det er ment som understøttende funksjoner for legenes arbeid.

*Problemene med de utallige pålegg og retningslinjer føles kanskje i enda større grad av samfunnsmedisinerne. Se på fylkeslegekontorene; de er ikke medspillere lenger, de er tilsynsmyndighet! Det virker som de prøver å unngå å gi råd av frykt for å møte seg selv i døra ved tilsynsbesøk!*

Men da sier de feil på fylkeslegekontoret! Og fylkeslegekontoret er også Sosial- og helsedirektoratets representant i fylkene. De skal gi råd og være på legenes side. De skal være behjelpelige med å legge til rette for godt arbeid. Det er en rolle de har på vegne av direktoratet.

Det er klart at samfunnsmedisinerne har fått det vanskeligere. Først mistet de den statlige linjen, og så ble jo samfunnsmedisinen beskrevet svakere og svakere inn i det



*«For primærlegene er det veldig viktig å beholde tillitsforholdet både i retning av befolkningen og i retning av myndighetene.»*

kommunale systemet, fra den medisinskfaglige ansvarlige og over i den medisinskfaglige rådgivende. Det er i hvert fall lett å tolke dette som en svekkelse av samfunnsmedisinen.

I dag ser vi at de fleste av de som har samfunnsmedisinsk utdanning ikke bruker den. De jobber i andre stillinger. De fleste av de som sitter i samfunnsmedisinske stillinger har ikke samfunnsmedisinsk utdanning. Stillingene rekrutterer dårlig. Sosial- og Helsedirektoratet har sett at hvis vi ikke gjør noe nå, så dør samfunnsmedisinen.

Også Stortinget har vært interessert i dette. På eget initiativ har vi nå hatt en gjennomgang av samfunnsmedisinen hos oss, ledet av Magne Nylenna. Denne utredningen er ferdig. Den er ute på en liten internhøring i løpet av sommeren og skal ut på en større høring nå i høst.

Vi tror det er bra for samfunnsutviklingen at det finnes medisinerer som er aktører på de ulike arenaene. Vi ønsker å legge til rette for medisinerer som aktører i samfunnsutviklingen. Om det skal skje ved videreføring av dagens ordning for samfunnsmedisinerer i kommunen eller om vi skal legge til rette for en annen form for aktivitet er ikke avklart. Dette avgjør vi etter høringsrunden.

*Hva vil du si om fylkeslegenes plass i helseorganisasjonen Norge i dag?*

Fylkeslegene har en delt portefølje. De jobber dels for Statens Helsetilsyn med tilsynsoppgaver, kontroll av helseper-

sonell, behandler klagesaker osv. og dels jobber de med Sosial- og helsedirektoratets portefølje, som er å hjelpe til med å iverksette politikk, i forhold til lovverket, spre faglige retningslinjer med mer.

*Kan du gi en rask innføring i hvordan resten av helseorganisasjonen i Norge jobber sammen?*

Det virker som statsforvaltningen fremstår for mange som et nokså uoversiktlig organ, selv om det er relativt tydelige roller for oss som jobber i den.

Se på det slik; Helsedepartementet er et politisk sekretariat. De skal hjelpe ministeren med hans oppgaver. På nesten alle helsedepartementets områder er Sosial- og helsedirektoratet et fagdirektorat som har som oppgave å gi råd til departementet om hvordan utviklingen er i tjenesten samt å gi faglige råd. I tillegg har vi to myndighetsposisjoner. Det ene er å iverksette vedtatt politikk og det andre er å forvalte lovverket.

Folkehelseinstituttet er et forskningsmiljø som fokuserer på smittevern, miljømedisin, epidemiologi, retts toksikologi og rusmiddelforskning. Helsetilsynet er etter omorganiseringen i 2002 blitt et rent tilsynsorgan.

*Kan du si noe mer om grenseoppgangen mellom Sosial- og helse direktoratet og Helsetilsynet? Det er vel både historiske og andre årsaker til at de to institusjoner forveksles?*

Ja, fra 1992 og frem til 2002 så var det bare Helsetilsynet, som før dette jo het Helsedirektoratet! Helsetilsynet da

hadde jo mange direktoratsoppgaver. Men fra 2002 ble det enkelt. Vi i direktoratet fører ikke tilsyn. Vi kontrollerer ikke helsetjenesten eller helsepersonellet. Tilsynsfunksjonen ligger i Helsetilsynet.

*Ja, tilsynelatende, men...*

Skal du gjøre det litt mer komplisert, så har vi noen tilsynsfunksjoner, vi også. På alkoholområdet, på tobakkområdet og på bioteknologiområdet.

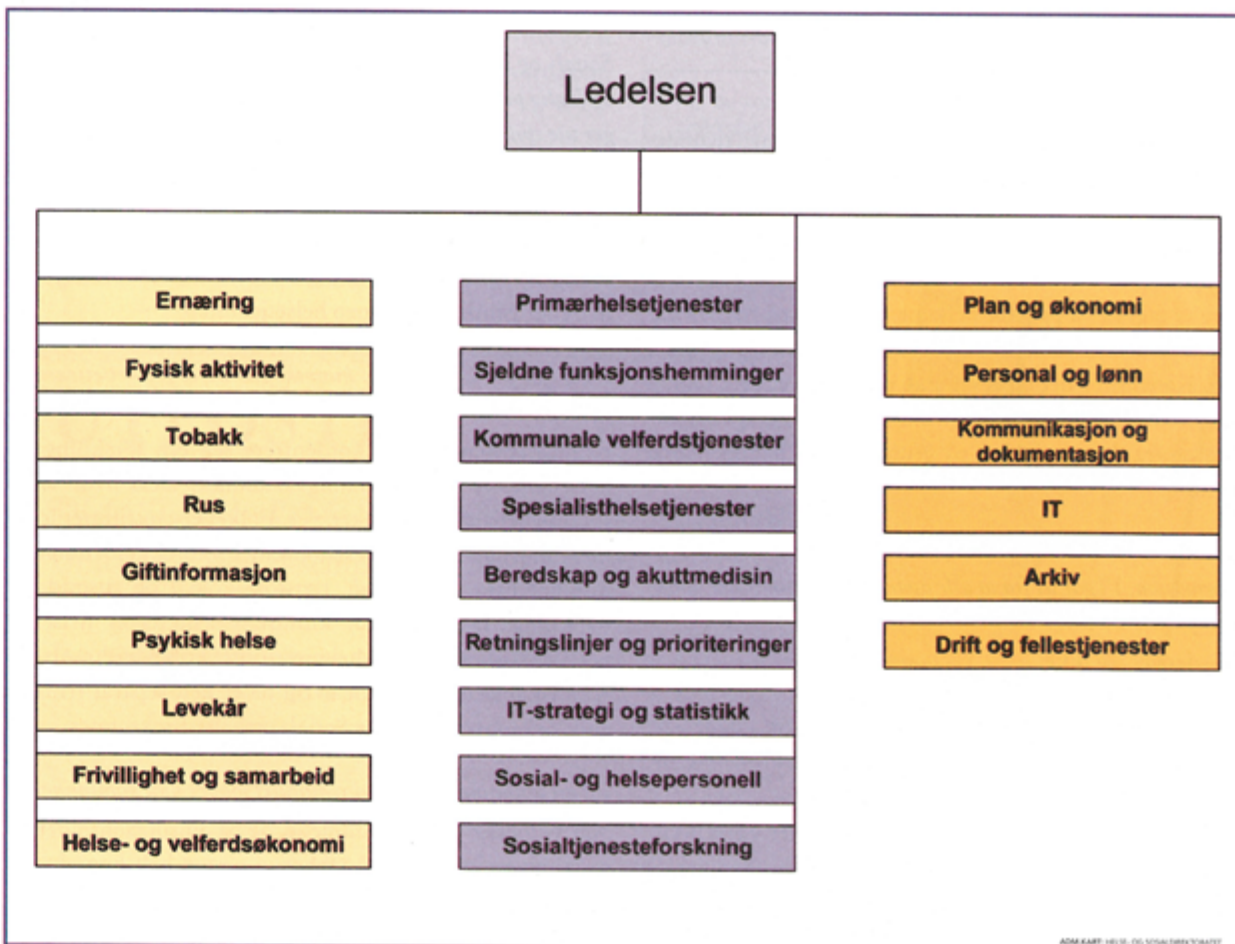
*Hvem er egentlig helsedirektør?*

Det er ingen institusjonsledere som i dag skal ha tittelen helsedirektør. Lars Hansen ble jo utnevnt før 2002. Den gangen var helsedirektørtittelen knyttet til hans stilling, men den neste lederen av tilsynet vil være direktør akkurat som alle andre

*Vil du si litt mer om organiseringen av Sosial- og helsedirektoratet?*

Sosial- og helsedirektoratet har omtrent 400 årsverk fordelt på 24 avdelinger. Organisasjonskartet ser slik ut:

### Organisasjonskart for Helse- og sosialdirektoratet



ADM-KART: HELSE- OG SOSIALDIREKTORATET

*Hvilke av de avdelingene vil du si er av særlig betydning for primærlegene?*

Den nye avdelingen for primærhelsetjenester er selvfølgelig av stor betydning, der for øvrig den tidligere Utposten-redaktøren, Jon-Hilmar Iversen, er avdelingsdirektør.

*Bjørn-Inge, i formålsparagrafen deres står «... Direktoratet skal drive rådgivning mot sentrale myndigheter, kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen, og ha oppgaver knyttet opp mot kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og sosialtjenesten». Hvorfor står ikke primærleger nevnt?*

De er vel det – er de ikke det, da?

Nei.

Vel, det står *kommunene*. Allmennlegene er en del av kommunehelsetjenesten. Så i vårt korte vokabular så er det der vi forstår dem inn. Allmennlegene er kjempeviktige aktører i helsetjenesten i Norge

*Er det en tilstrekkelig presisering av primærleger i denne sammenhengen?*

Ja.



*«Vi må klare å finne de gode arenaene og de gode arbeidsmåtene for at leger fortsatt skal påvirke samfunnet.»  
(Utpostens utsendte, Ola Nordviste, til venstre, Bjørn-Inge Larsen til høyre. Rådhuset i Oslo i bakgrunnen)*

*Informasjonsgangen går altså i stor grad fra Regjeringen via departement til Sosial- og Helsedirektorat og videre til publikum og helsearbeidere. Er dere interessert i at informasjon også går den andre veien, og hva gjør dere eventuelt for å få det til?*

Vi organiserer oss nå bedre for å få det til. De nye tjenesteavdelingene som vi nå etablerer får et mye tydeligere mandat for å ha en dialog med tjenesteområdet som de er organisert etter. Noen ganger så er det slik at vi etablerer rådgivende grupper som de har en dialog med. Vi holder på med å etablere et fagråd på psykisk helse og et fagråd på rus. Vi har fagråd på noen av folkehelseområdene som tobakk og ernæring. Kanskje er det også sann at vi skal ha et eget fagråd for primærlegetjenesten. Inngående informasjon fra befolkning og fra de som jobber på grunnplanet i helsetjenesten er viktig.

*Utposten er jo en sterk og klar kanal som formidler en slik type informasjon. Vi går ut fra at alle avdelingsdirektører her abonnerer på Utposten?*

Nei, det vet jeg ikke...

*Etter våre opptegnelser er det bare to abonnemnt i Sosial- og helsedirektoratet, ett ved biblioteket og ett ved avdeling for kommunale tjenester.*

Nei, det kan jeg ikke tenke meg. Det må da være flere? Ett eksemplar kommer imidlertid alltid forbi meg, og da ser jeg på den. Det er sikkert riktig at vi kunne hatt flere abonnemnter av Utposten.

*Kanskje vi skal sende brev til alle avdelingsdirektører og tilby et abonnemnt?*

Ja, det kan du godt gjøre. Det er helt topp.

*Sosial- og helsedirektoratet skal være faglig premisseleverandør og faglig pådriver. Hvem tar initiativ til faglig pådriv? Kan leger ute spille noen rolle her?*

Allmennlegene kan komme med innspill gjennom kanaler som NSAM eller Aplf. Jeg vil også minne om det nye Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten som vil bli en viktig leverandør av grundig dokumentert kunnskap om nye eller gamle tiltak innen helsetjenesten.

*Hvor går grensen mellom kunnskapssenteret for helsetjenesten og Folkehelseinstituttet?*

Kunnskapssenteret vil konsentrere seg om forskning på helsetjenester og behandlingsmetodikk, altså hvor virksomme behandlingstiltakene er. Folkehelseinstituttet leverer kunnskap på sine spesialområder som er epidemiologi, miljømedisin, smittevern, rettsstoksikologi og rusmiddel-forskning. Det nasjonale kunnskapssenteret er helsetjeneste-fokusert, og Folkehelseinstituttet er helsefokusert. Kunnskapssenteret er for øvrig nå et helt separat frittstående organ uavhengig av Sosial- og helsedirektoratet.

*Vil du si noe om hvordan direktoratet jobber mot kommunene?*

Når vi jobber mot kommunene, og på omsorgsområdet og sosialtjenesteområdet, så jobber vi nesten helt konsekvent gjennom fylkeslegene. Da er det de som er vår aktør. Men når vi jobber med utarbeidelse av faglige retningslinjer eller

forhold til primærlegene, så vil vi jobbe direkte mot primærlegene. Her har vi store forhåpninger til det nye nasjonale helsenettet. Gjennom det kan vi gjøre allmennlegene oppmerksomme på at nå foreligger det et nytt handlingsprogram på dette området, eller nå foreligger det en faglig retningslinje eller nå har vi forenklet noe på et område. Dette vil bidra til at allmennlegene skal føle at de er en del av den nasjonale helsetjeneste.

*Kan du til slutt si litt om deg selv?*

Jeg er lege og har jobba nesten hele mitt voksne liv innenfor forvaltningen. Etter militærtjenesten var det en ren tilfeldighet som gjorde at jeg kom inn i det gamle Helsedirektoratet under Torbjørn Mork. Jeg har stort sett vært der siden, men jeg har også arbeidet som assisterende fylkeslege i Buskerud og som fylkeslege i Finnmark og i Vestfold. I disse årene har jeg også tatt en mastergrad i økonomi og en mastergrad i samfunnsmedisin ved Berkeley.

På det private området så er jeg gift for andre gang og har et litt moderne liv med tre barn i Vestfold og tre barn i Oslo. Når vi reiser på ferie er det med seks barn mellom ni og femten år. Jeg har et rikt liv når det gjelder input fra familien.

*Du går Birkebeinerrennet ennå?*

Jada, det går fremdeles. Det å være litt i fysisk aktivitet er en slags mestringsstrategi for å orke stort tempo i hverdagen, men det blir mindre og mindre tid...

*Er det noe du har på hjertet til avslutning?*

Primærmedisinen er et fundamentet for helsetjenesten. I en internasjonal sammenheng er Norge et ganske spesielt land hvor primærmedisinen faktisk står veldig sterkt. Det er et

viktig forhold å holde fast ved. Når det gjelder tillit mellom samfunnet og primærlegene tror jeg det er kjempeviktig både for oss som sitter som helsemyndigheter og for primærlegene at vi kan beholde så mye av det tillitsforholdet som mulig.

*Tillit både mellom leger og myndigheter og mellom leger og befolkning?*

Ja, for primærlegene tror jeg det er viktig å beholde tillitsforholdet i begge retninger. Jeg tror de beholder det best hvis de beholder den doble rollen de egentlig har: At de både er pasientens advokat, men samtidig er bevisste på sin viktige rolle for samfunnet.

Når det gjelder samfunnsmedisinerne så vil jeg si det slik: Her i huset har vi vel en 30 leger. Jeg tror alle disse legene føler seg som samfunnsmedisinere selv om bare to eller tre av dem har spesialiteten. De kombinerer mye idealisme med et ønske om å være med på å påvirke samfunnsutviklingen. Den idealismen og lysten til å påvirke samfunnsutviklingen, tenker jeg at leger skal ha, enten de jobber lokalt, regionalt eller sentralt. Vi må klare å finne de gode arenaene og de gode arbeidsmåtene for at leger fortsatt skal påvirke samfunnet. Det er viktig å bevare troen på at det er verdifullt for leger og samfunnet at legene deltar aktivt i samfunnsutviklingen.

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 [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)

## UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 425,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....



## Kasuistikk:

# En voksen pasient med AD(H)D – en sjelden 'bever'!

AV HELEN BRANDSTORP OG OLA NORDVISTE

Hvorfor begynte fastlegen og Gjørn utredning av mulig hyperaktivitet da Gjørn nesten var 30 år gammel? Var ikke det litt sent? Kunne det være noen nytte i det? Ønsket kom fra Gjørn selv fordi hans sønn, i en alder av ett og et halvt år, var sendt til utredning for nettopp hyperaktivitet, eller AD(H)D. Før dette hadde riktignok Gjørn jobbet med hyperaktive barn på en institusjon og tenkt at han selv hadde trekk som han fant hos barna, men hans påstand var da at «alle har AD(H)D, – det er bare forskjellige grader!» Egentlig var det Gjørns kone som presset på for å få til utredning av sønnen deres, men de syntes i grunnen begge to det ville være interessant å utrede Gjørn samtidig. Slik kunne de finne en forklaring på hvorfor sønnen fikk en diagnose, – at han var «pappa sin gutt» var en god tanke.

Utredningen begynte på kontoret til fastlegen. Somatisk sjekk med grundig nevrologisk status ble gjort. Spørreskjema fra kompetansesenteret for AD(H)D i landsdelen ble gjennomgått allerede der. Flere spørreskjema ble innført hos psykiater i kombinasjon med samtaler. Kona fylte også ut spørreskjema om Gjørn. Han selv tenkte under utredningen at «det var da svært så enkelt å få en diagnose. Man kan jo bare sitte der å lyve». Han ble ikke selv sendt til det regionale kompetansesenteret. Den kontakten gikk via psykiater som sendte spørreskjema og notater dit for vurdering.

Gjørn valgte å være ærlig under utredningen og endte til slutt opp med diagnosen ADD. H'en, som står for

hyperaktiv, var ikke fremtredende. Gjørn mener selv at han på denne måten fikk et papir som gir ham lov til å være litt distré, glemme ting, rote sånn passe og være impulsiv.

Etter hvert ble det aktuelt å prøve ut medisiner også. Dette var det igjen kona som ivret for, og igjen var Gjørn mer skeptisk. Likevel syntes han det var interessant å få muligheten til å oppleve virkningene av medisinene han hadde hørt så mye om. Dessverre var bivirkningene mest fremtredende. Med Ritalin forsvant matlysten, og han syntes han ble bare tynnere og tynnere. Det likte han ikke, han syntes han var tynn nok fra før. I tillegg fikk Gjørn Efexor som hadde bivirkninger i form av tap av libido. Psykiateren hadde igjen en tablett mot det problemet, men da sa Gjørn stopp og sluttet helt med medisiner. Livet før medisinene var tross alt mye bedre.

Det å få en diagnose hadde allikevel en positiv virkning i livet til Gjørn. Han fikk mer orden på det som var vanskelig; – det å rote bort ting og det å «vase planløst rundt i livet». Diagnosen hjalp ham å lage strategier for å ha struktur i hverdagen og struktur på jobb. Et eksempel er lommeboka som stadig forsvant. Nå vet Gjørn alltid hvor den er; den er i høyre lomme. Likeledes er telefonen bestandig i venstre lomme sammen med nøklene.

Minibankkortet, som ble lagt igjen overalt, legges nå konsekvent ned i lommeboken, som så legges i høyre lomme. Det gjøres alltid! Disse små tingene kan virke ubetydelige, men for Gjørn ble «alle de små tingene en stor ting». Med 23 km reisevei til jobb ble det utallige ekstraturer pga glemte nøkler, viktige papirer ol. Nå er det unntaksvis at slike ting skjer. Strategiene har han tenkt ut selv.





*Bever i passende omgivelser*

De gode vanene og strategiene kom først etter diagnosen. Før han fikk diagnosen tenkte Gjørørn mest at han var håpløs. Slik kan de fleste av oss kjenne igjen tanker om barn som er hyperaktive, – de er bare dumme, irriterende; umulige..

Det å få en diagnose gjorde at Gjørørn tok konsekvensen av den. Han var ikke umulig. Det ble klart for ham at han trengte noe av det samme som barn med AD(H)D. Han hadde jo jobbet med disse barna og visste hva de trengte av forutsigbarhet og struktur. Som en morsom bemerkning mener Gjørørn at han ville ha spart sine foreldre for flere tusen kroner i treningstøy dersom han hadde fått hjelp tidligere. Det var mange idrettsgarderober som hadde en overtrekksbukse hengende igjen etter ham.

De nye teknikkene for å holde orden og for å lage struktur på dagene gjør at Gjørørn er mer fornøyd med seg selv, – selv om han hele livet har hatt en god porsjon selvtillit. Han kjenner at han har fått mer energi til å gjøre det han skal gjøre, kanskje spesielt på jobb. Manglende planer gjorde før at han hadde det kaotisk og utrivelig ved kontorpulten. Han fant ikke parene sine og fikk «liksom ikke gjort noe». Nå lager han gode planer for arbeidet og nyter den beroligende virkningen av halvårsplanene sine! Men fremdeles er det vanskelig å rydde bort papirer angående èn sak før han tar frem neste. Det å ha faste plasser for arbeidsoppgavene, mapper og arkivskap er også noe han forsøker få til.

I Gjørørns jobb inngår det bl.a. arbeid med teater. En spennende utfordring nå er å lage et teaterprosjekt på en skole

der det er mye mobbing og kjefting blant elevene. Faktisk er det slik at foreldrene tar barnas parti og er med på kjeftingen, mener han.

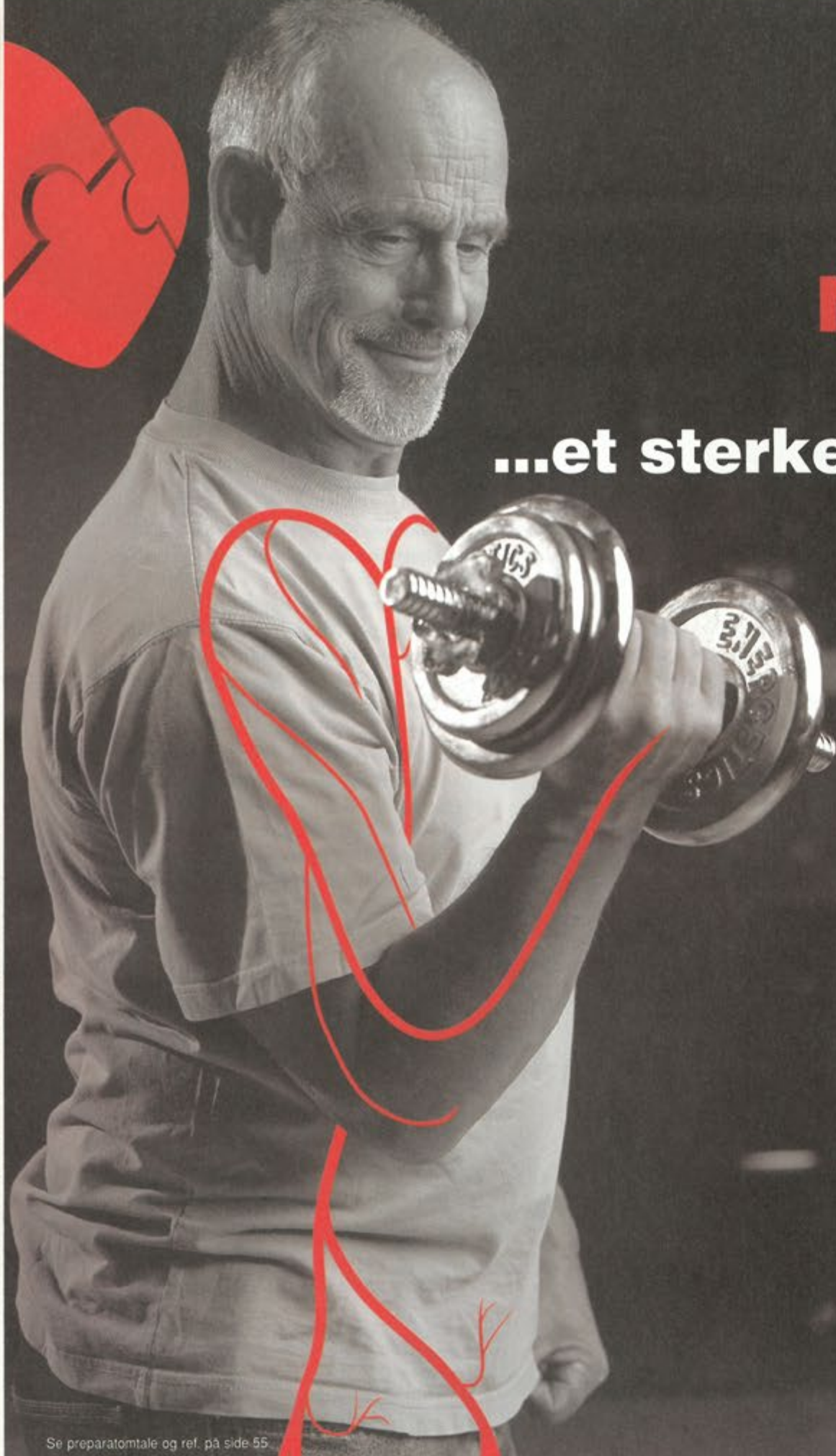
Rektor på skolen har engasjert Gjørørn til å lage teater med barna for å bruke all energien som nå blir til krancling på en mer positiv måte. Scenen er for vanskelige, ofte aktive, barn et sted der de kan oppleve mestring og å bli sett på en god måte.

Gjørørns innsikt i AD(H)D-problematikk gjør at han vet hvordan han skal engasjere spesielt gutter med AD(H)D i denne typen aktiviteter. De er ofte «tapere» på skolen og Gjørørn sier han vil gjøre dem til «vinnere»! De blir vinnere på scenen. Når barna jobber med drama, opplever Gjørørn at de tør mer, de har mindre hemninger og de får struktur på scenen som hjelper dem. Det å øve inn et stykke betyr at barna må holde seg innenfor de rammer som instruktøren gir. De får faste mønstre de må følge og øve inn. Under forestillinger går dette ofte overraskende bra og endelig får barna masse positiv feedback som gir selvtillit. Dette har Gjørørn selv erfart tidligere i livet og synes er flott å kunne gi videre.

Som en oppsummering kan man si at Gjørørn har funnet en jobb og en livsstil som passer til sine spesielle egenskaper. En kjent psykolog på området<sup>1</sup> sa på et foredrag Gjørørn hørte at «ingen er normal»! Det var om å gjøre «for den sjeldne beveren å finne passende beveromgivelser for å trives». Gjørørn har funnet ut mer om hva slags «bever» han er gjennom utredningen. Diagnosen hjelper ham til å fungere bedre og faktisk kan han hjelpe andre med denne lærdommen.

<sup>1</sup> Einar Lunga, sjefspsykolog ved sentralsjukehuset i Førde. Nevropsykolog med omfattende forskning, undervisnings- og klinisk praksis

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlige redaktører for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp og Ola Nordviste. Kontakt disse på [helenbra@hotmail.com](mailto:helenbra@hotmail.com) / [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)



**Nyhet!**

**...et sterkere valg<sup>1</sup>**

Se preparatomtale og ref. på side 55

 **DIOVAN<sup>®</sup> Comp Forte**  
VALSARTAN + HYDROKLORTIAZID



Fra Malt, Retterstøl og Dahls nye versjon av «Lærebok i psykiatri», som anmeldes på side 17 i denne utgaven av Utposten, klipper vi ut noen avsnitt og limer dem inn her til opplysning av tilstanden ADHD og som eksempel på teksten i den nye læreboken – med forlagets tillatelse.

# Oppmerksomhetsforstyrrelse

## (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

«Internasjonalt betegnes oppmerksomhetsforstyrrelse noe ulikt avhengig av hvilke kjennetegn ved forstyrrelsen man vektlegger:

- AD(attention deficit) eller ADD (attention deficit disorder).
- Hvis det både er forstyrrelse av oppmerksomhet og aktivitet samtidig, hvilket oftest er tilfelle, brukes forkortelsen ADH (attention deficit hyperactivity) eller ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) som av og til også skrives AD/HD.

Offisiell norsk terminologi for ADH, AD/HD eller ADHD er «forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet»(ICD-10). Hvis hyperaktivitet dominerer kalles dette i norsk terminologi «hyperkinetisk adferdsforstyrrelse» (ICD-10).

En eldre samlebetegnelse for disse tilstandene var MBD av det engelske begrepet Minimal Brain Damage (lett hjerne-skade). Begrepet brukes fortsatt en del, men forsøkes unngått da det hos flertallet med forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet ikke foreligger sikker ervervet hjerne-skade, derimot foreligger det sikker dysfunksjon.

Hyppighet blant voksne i befolkningen anslås til 0,3–1,4 prosent. ADHD kan føre til betydelige psykiske tilleggsproblemer som angst, depresjon, alkohol- og stoffmisbruk (som uttrykk for et forsøk på selvmedikasjon). Mange får problemer med utdanning, sviktende funksjon i yrke med sekundære sosiale nederlag og psykososiale problemer. Flertallet utvikler denne lidelsen på arvelig grunnlag.

Nevropsykologiske undersøkelser hos voksne med ADHD gir vanligvis lite avgjørende diagnosespesifikk informasjon. Adferden til mange voksne med ADHD gir assosiasjoner i retning av frontallappdysfunksjoner som

feks ukritiske handlinger og impulsivitet. En teori går ut på at det overordnede problem er en «laxy» frontallappsfunksjon, dvs at disse hjerneavsnitt ikke aktiveres som normalt. Nevrokjemisk antar man at det foreligger forstyrrelser i katekolaminer noe som passer med den paradoksale ro og bedrede oppmerksomhet som sees hos disse pasientene når de gis aktiverende legemidler.

Den viktigste behandling av hyperkinetiske forstyrrelser er rådgivning samt ulike sosiale og trygdemessige støttetiltak og innlæring av mestringsstrategier for å motvirke impulsivitet og oppmerksomhetssvikt. Hvis oppmerksomhetssvikten er markert og hindrer et akseptabelt funksjonsnivå, kan sentralstimulerende midler redusere hyperaktivitet og bedre konsentrasjonsevne både hos barn og noen voksne. Forskrivning av sentralstimulerende midler er nærmere beskrevet i retningslinjer utarbeidet av Statens Helsetilsyn. (Se helsetilsynets rundskriv IK-8/98 av 26. februar 1998 på nettadresse <http://www.helsetilsynet.no/regelver/rundskri/1998/ik-0898.htm>, Utpostens red. anm.)

Er det EEG-patologi bør antiepileptika vurderes. Det er også rapporter om at ulike kosttilskudd, bl a magnesium, kan hjelpe, men effekten av slik behandling er ikke endelig avklart.

Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD formidler informasjon ([www.nasjomp.no](http://www.nasjomp.no))

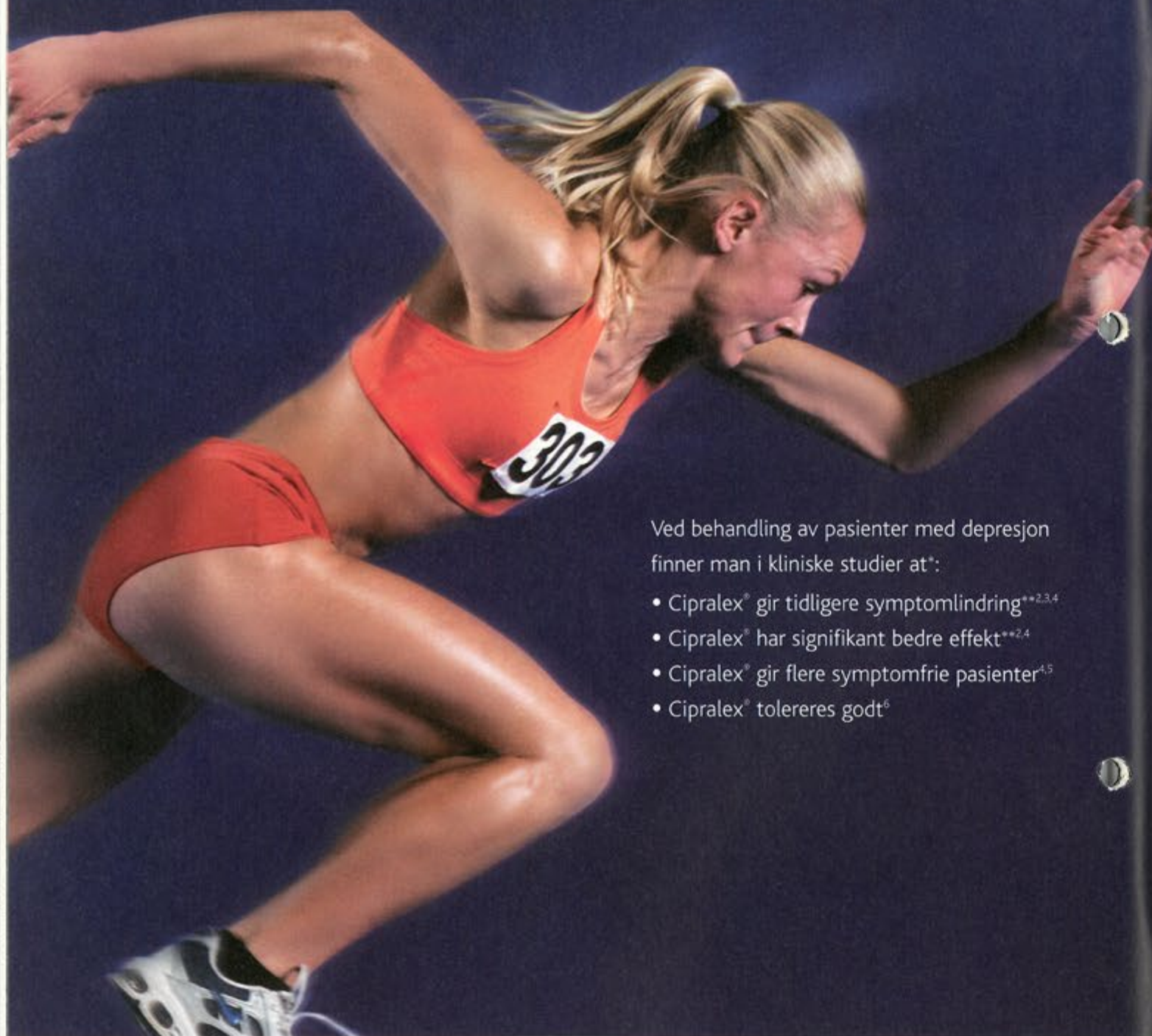
*Utpostens redaksjon legger til:*

Adressen er : Ullevål universitetssykehus HF, bygg P  
0407 OSLO.Tlf: +47 23 01 60 30. Fax: +47 23 01 60 31 .  
E-post: [post@nasjomp.no](mailto:post@nasjomp.no) og det finnes en god hjemmeside for ADHD-foreningen: [www.adhd-foreningen.no](http://www.adhd-foreningen.no)

**UTPOSTEN**  
- en viktig arena for  
utvikling av primærmedisinen

# Cipralex®

Rask, effektiv, selektiv<sup>1,4,7</sup>



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

- Cipralex® gir tidligere symptomlindring\*\*<sup>2,3,4</sup>
- Cipralex® har signifikant bedre effekt\*\*<sup>2,4</sup>
- Cipralex® gir flere symptomfrie pasienter<sup>4,5</sup>
- Cipralex® tolereres godt<sup>6</sup>

\*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 23.

[www.cipralex.com](http://www.cipralex.com)

Lundbeck  Cipralex®  
escitalopram

# Ny lærebok i psykiatri

ANMELDELSE AV OLA NORDVISTE

Ulrik Malt, Nils Retterstøl og Alv Dahl har utgitt en fullstendig ny versjon av sin lærebok i psykiatri. Den første utgaven ble utgitt i 1994 og var en videreføring av psykiatribøkene til Retterstøl og Eitinger fra 70-tallet. Boka dekker pensum i voksenpsykiatri og rettspsykiatri for medisinstudenter. Den tilbyr en omfattende ajourføring i faget for allmennleger og presenteres som en grunnbok for leger og psykologer i spesialistutdanning. Den er også ment å være til nytte for andre profesjoner i det tverrfaglige psykiatriske samarbeidet, men dekker ikke barnpsykiatri.

Boka starter med grunnleggende teori for psykiatriens forståelsesmodeller og har egne kapitler om kunnskapsbasert psykiatri, undersøkelsesmetodikk og biologisk psykiatri inklusive nevropsykiatrisk diagnostikk.

Boka har 17 kapitler om ulike psykiatriske lidelser. De er der; de selvsagte kapitler om schizofreni, akutte og forbigående (reaktive) psykoser, angstlidelser og psykosomatiske lidelser, men det finnes også kapitler om krisereaksjoner/posttraumatisk stresslidelse, spiseforstyrrelser, alkohol-/stoffmisbruk og selvmordsforsøk. Det er egne kapitler om nyere psykofarmakologiske og ikke-farmakologiske behandlingsformer. Boka avsluttes med et eget kapittel om behandling av akutte psykiatriske tilstander.

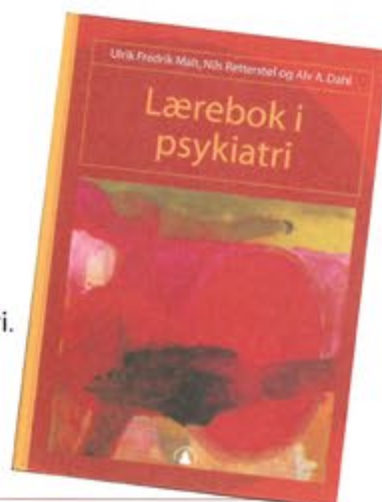
Det er en murstein av en bok på 950 sider. Jeg må innrømme at jeg ikke har lest alt, men jeg har hatt den liggende på pulten min gjennom et par måneder og slått opp på små og store temaer ved behov. Jeg vil gi noen eksempler på hva har jeg funnet:

- **ADHD.** Her finner jeg en meget oversiktlig gjennomgang på litt over to sider. Deler av dette er vist som eksempel sammen med kasuistikken om ADHD på side 12–15 i dette nummer av Utposten.
- **Vurdering av selvmordsfare.** Dette teamet er gjenstand for en oversiktlig og praktisk gjennomgang over fire sider inklusive en nyttig tabell/sjekkliste for vurdering i praksis.
- **Personlighetsforstyrrelser.** Dette vanskelige kapitlet på 26 sider begynner – som andre kapitler om kliniske problemstillinger – med tre typiske kasi. De setter en godt på sporet av hva kapitlet dreier seg om og skjerper den faglige appetitten. En får lyst til å vite hva en kan gjøre for og hvordan det går med disse pasientene! Kapitlet går en fornuftig og ganske god runde innom *personlighetsforskning* før forstyrrelsene beskrives. Behandling av person-

Ulrik Fredrik Malt, Nils Retterstøl og Alv A Dahl.  
**Lærebok i psykiatri.**

950 sider. Oslo:  
Gyldendal forlag, 2003.

Pris NOK 745.  
ISBN 82-05-28070-3.



lighetsforstyrrelser kunne kanskje vært noe fyldigere presentert, ikke minst gjelder det de gode norske terapiopplegg for denne lidelsen. Nettverk av dagavdelinger for personlighetspsykiatri. Forfatterne har imidlertid tatt med et praktisk avsnitt om *støttebehandling av personlighetsforstyrrelser hos allmennpraktiker*. De mange, litt diffuse skoler både hva personlighetsforskning, personlighetsforstyrrelser og internasjonal klassifikasjon flyter litt i hop for meg i kapitlet, som likevel gir en god innføring i en vanskelig del av psykiatrien. På bakgrunn av det en har lært i kapitlet får vi i dets siste avsnitt vite hva som ble gjort og hvordan det gikk med de tre pasientene som ble referert i innledningen. Et godt pedagogisk grep!

- **Borderline-begrepet** er behandlet i kapitlet om personlighetsforstyrrelser. De fire bruksmåter for begrepet blir meget godt forklart i sammenheng med hverandre.
- **Enkel «krisepsykiatri».** Kapitlet om krisereaksjoner inneholder gode veiledninger for hjelp til personer i krise og det beskriver behandlingsintervensjoner ved normal og patologisk sorg og traumatisk død. Dette er et matnyttig oppslagssted for de mange små kriserintervensjoner i hverdags-Norge.
- **Kognitiv teori** er godt og kort presentert over to sider, men jeg finner ingen oversiktlig beskrivelse av *kognitive funksjoner*.
- Jeg finner heller ingen informasjon om *selvsøking*.

Bokas solide inntrykk svekkes litt av elementære skrivefeil («...èn bestemt av de elve personlighetsforstyrrelsene...»). Bokas stikkordliste er fyldig, men skjemmes av både feil og utelatelser. Jeg savner også understrekning av sted for hovedomtale av stikkordene der ordet har mange referanser. Boka preges ellers av god orden og en tiltalende lay-out med hovedopplysninger i rammer og med praktiske sjekklistor.

Alt i alt er mitt førsteinntrykk av boka at den er et godt oppdatert, bredt anlagt og svært nyttig hjelpemiddel for alle som vil lære eller oppdatere sin kunnskap om grunnleggende psykiatri. Jeg tror at alle leger, og særlig allmennleger, vil like den enten de har et nært eller fjernt forhold til psykiatrien.

# Helsetjenesten i det landlige Tanzania 2004

## sett med en norsk allmennleges øyne

AV KARIN FRYDENBERG



Tanzania er det største landet i Øst-Afrika med ca 34 mill. innbyggere. Det er et av verdens fattigste land med en forventet levealder ved fødsel på 48 år og en barnedødelighet før fem år på nesten 15 prosent. Befolkningen er sammensatt av ca. 130 stammer som har forskjellig språk, kultur og levevei, men som samhandler mye, og giftemål på tvers av stammer er vanlig. 70 prosent bor på landsbygda, spredt, men også ofte i landsbyer. Husene er fortsatt ofte jordhytter med stråtak eller bølgeblikk, men i landsbyene er det også blitt vanlig med murhus. Innlagt vann og elektrisitet er imidlertid svært sjelden. Til tross for mye hjelp fra land i Europa og Norge spesielt, har økonomien – og levealderen – de siste 10–15 årene gått nedover. Mange skylder på Verdensbanken og Pengefondet som f. eks. har krevd av utviklingsland at de skal ha egenandeler på helse og skole. Det har bl.a. ført til at færre fullfører skolegang på alle nivåer og en forsinkelse i søkning til helsehjelp, noe vi også har sett på landsbygda i det nordlige Tanzania.

Der, i Mbulu distriktet 30 mil sørvest for Arusha, på en høy-slette 1700 moh i Rift Valley, ligger Haydom Lutheran Hospital. Man kommer dit på meget dårlige veier, seks til sju timer fra Arusha gjennom et nydelig landskap eller på en time med småfly. Sykehuset er blitt drevet med støtte fra norsk misjon, bistand og mange andre, siden 1955. Det drives nå av Den lutherske kirken i Mbulu og biskopen der. Dr. Ole Hallgrim Evjen Olsen er leder for sykehuset. Han er norsk og kirurg, vokste opp i Haydom fra hans far startet der som misjonslege i 1955, og vendte selv tilbake som lege.



Sykehuset i Mbulu

### Møtet med Afrika

Jeg kom dit en dag midt i januar. Det «korte» regnet som egentlig skulle komme i november–desember, hadde uteblitt. Det var tørt, karrig og befolkningen sultet. Dr. Olsen engasjerte seg sterkt for å få mais til befolkningen, og lyktes i å få nødhjelp fra Norge og hjelpen frem der den trengtes mest. Det er tydelig at det å være kirurg i Afrika ikke bare er å operere. Er man i tillegg sykehusleder, kan ansvaret også innebefatte å være arkitekt, byggeleder og storbonde!

I kø for helsekontroll





Overgangen var et sjokk – fattigdommen, varmen, mørket (fra klokken 19!), sykdommene og hjelpeløsheten jeg følte. Hvorfor reiste jeg dit? Det som lokket var mest nysgjerrighet. Jeg var ikke lei av min praksis på Skreia, heller ikke trodde jeg at det var så mye en norsk allmennlege hadde å bidra med i en fremmed kultur, uten kjennskap til språket, uten spesielle kunnskaper om tropemedisin. Det eneste jeg hadde var mine brede medisinske kunnskaper, for noen «alminnelige» sykdommer er det vel i Afrika også? Det viste seg å være riktig. Og så brakte jeg med meg (eller riktigere jeg ble brakt med av) min mann som er infeksjonsmedisiner. Hans bakgrunn viste seg å være en god faglig støtte. Han var engasjert i et HIV-prosjekt ledet fra Norge (HIV-oppfølging og -behandling betales på Haydom av midler fra et Norad-finansiert prosjekt som startet i 2003, som i første omgang skal gå over 4 år og være gratis for pasientene).

*Veiing på helsestasjonen*



Menneskene er høyreiste, fargerike, vennlige og gjestfrie, har alltid god tid til en prat og en spøk, og spør alltid først hvordan det står til, hvordan det går med arbeidet, hvordan det går med familien og lignende, før de bærer frem sitt ærend. Vi kom i begynnelsen av regntiden, og i de fire månedene jeg var der regnet det innimellom, og landet skiftet helt karakter! Der det tidligere var solsvidd, rød, hard jord, vokste maisen høy og kunne høstes mange steder før vi dro. Alt var grønt og frodig, det var et rikt blomsterflor. Ingen trengte å sulte lengre, men med regnet kom også malaria-tid, og selv om det da var rikelig med vann, var det ofte forurenset. På medisinsk avdeling så man dette igjen i pasientene som ble innlagt. Antallet som var alvorlig syke med malaria og amøbedysenteri økte.

Ellers var det utrolig for en norsk allmennpraktiker å se folk som kom med sykdommer som jeg bare hadde lest om i bøkene. Det var tetanus, rabies, skader etter dyrebitt, revmatiske hjertefeil, HIV relaterte infeksjoner, alvorlig tuberkulose og mye annet som man oftest ikke ser her i landet og slett ikke på Skreia! Og så måtte man i mye større grad bruke enkel klinisk undersøkelse, selv om anamnese ikke er lett uten særlige språkkunnskaper! Men jeg ble godt hjulpet av lokale «barfotleger» som oversatte.

#### «Barfotleger»

I en situasjon med stor mangel på fagutdannet personell (bare ca. 300 universitetsutdannede leger i landet) bruker Tanzania som mange andre land i Afrika en raskere, billigere og enklere metode og utdanner en type barfotleger, Clinical Officers (CO) og Assistant Medical Officers (AMO). CO-ene har tre års utdanning etter ti år grunnskole, mens AMO-ene har ytterligere to års utdanning. CO-ene arbeider som en slags assistentleger med filterfunksjon både ute på sykestuene og i sykehusenes mottagelse. AMO-ene har arbeidsoppgaver på linje med leger, og begge arbeider meget bredt. AMO-ene opererer stor kirurgi etter personlige kvalifikasjoner, samtidig som de har avdelingsansvar. Den enkeltes kapasitet utnyttes tilsynelatende godt; om formiddagen går CO og AMO visitt, så opererer AMO-ene, mens CO-ene er i mottagelsen eller poliklinikken. Lege tilkalles bare hvis de ikke vet hvordan de skal løse problemet, og spesielle operasjoner blir satt opp på de dagene hvor kirurger med spesiell kompetanse er tilstede. Ofte må AMO-ene gjøre det beste ut av en akutt situasjon, fordi de ikke har andre å støtte seg til og det er mange timers transport til andre sykehus.



### «Sykepleie»

Sykepleiere er få og for å holde utgiftene nede, må det meste av pleien utføres av pårørende som er forpliktet til å være tilstede for å utføre pleieoppgaver, aktivisering, sørge for å skaffe mat og koke denne til pasientene. De overnatter ofte på gulvet under pasientsengen, så når kvinnene på medisinsk avdeling ofte har med seg sitt ennå brystnærte barn, og det minst er én pårørende tilstede for å pleie henne, er det livlig på den store stuen med 18 senger! Gjennomsnittsalderen på medisinsk avdelings kvinneside var heller 30 enn 80!

### Mange søker helsehjelp svært sent

Det er flere grunner til det. En grunn er egenandel på helsehjelp som gjør at mange har problemer med å betale sykehusregningen. Det er vanlig med tilnærmet naturalhusholdning, og da finnes ikke penger til sykehusbehandling. De heldige kan selge en ku først, men det kvier mange seg for. Det er jo banken deres.

En annen grunn er vanskelig transport til sykehuset. De som er friske nok til det, kan gå i flere dager for å komme frem til sykehuset eller poliklinikken. Dårlig eller ikke-eksisterende veg gjør at enkelte svært syke pasienter blir trillet på sykkel, kjørt i hånddreven kjerre eller båret på ryggen eller på bære. Der det er veg, finnes det mulighet for å hentes av sykebil – hvis man finner et sted å kalle den opp – og hvis man har råd til å betale for den.

En tredje grunn kan være at man først vil prøve ut den lokale medisinske ekspertens råd, som kan være alt fra brenning eller kutting i huden, til urter og kanskje direkte religiøse anføttelser mot behandling på sykehus.

En fjerde er at man vet at det meste leger seg selv, så man venter, og det som ikke leger seg selv kan man ofte ikke gjøre noe med. Man lever med døden og alvorlig sykdom som en selvfølgelig del av livet.

### Oppfølging av spesielle grupper

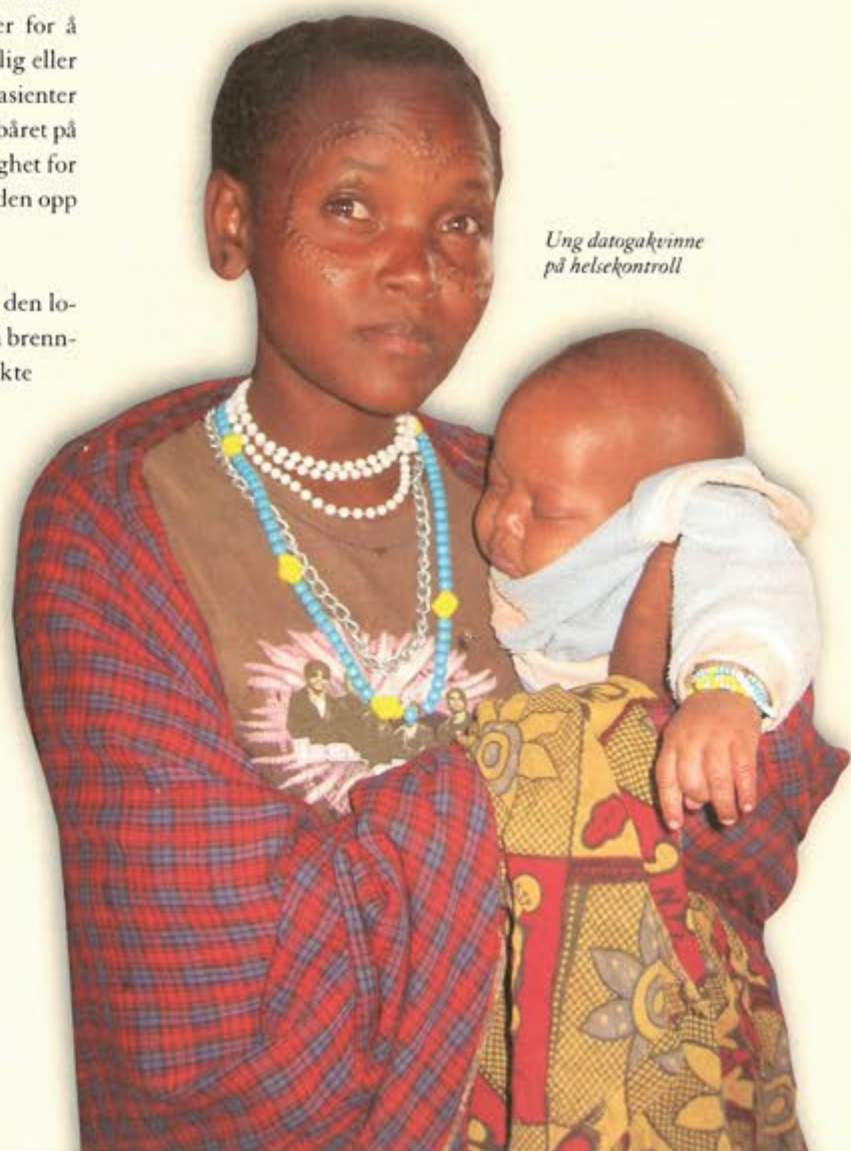
Når pasientene skrives ut, er det vanligvis uten avtale om oppfølging. Bortsett fra tuberkulose, epilepsi og i den siste tid også HIV, gjelder dette også pasienter med kroniske sykdommer. Det er vanligvis ikke ressurser til oppfølging. De fleste har også lang og vanskelig vei til sykehus eller sykestue hvor de kunne gå til kontroll.

For tuberkulose følges et nasjonalt program for behandling og oppfølging som er gratis. Behandlingen inkluderer to måneder på sykehus og så 4 måneders poliklinisk oppfølging. Epilepsibehandling og oppfølging følger også nasjonale retningslinjer. Den er gratis for pasientene og er på Haydom også ledd i et forskningsprosjekt. På Haydom er også HIV-behandling gratis, men det er unikt i Tanzania.

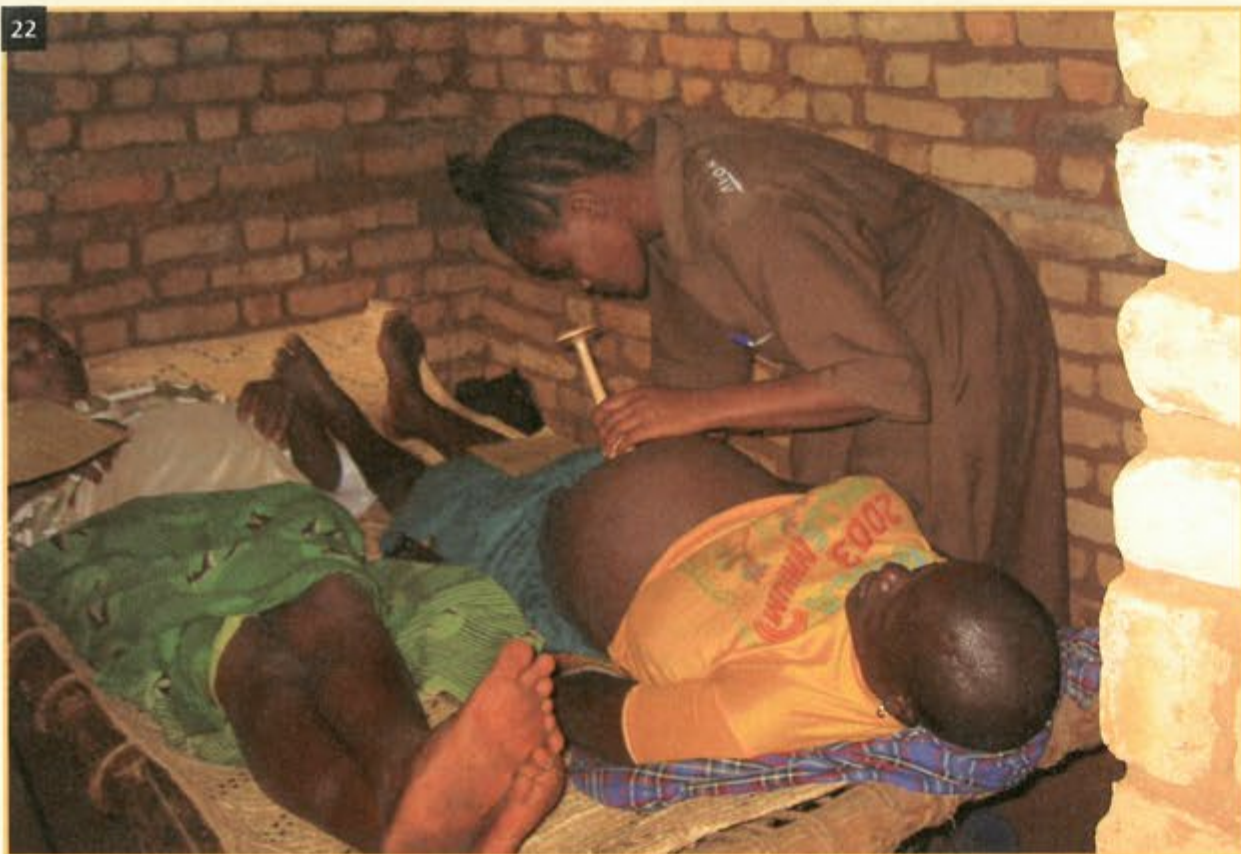
### «Distriktsmedisin» i Tanzania

Haydom distrikt har et nedslagsfelt på ca. 450000 mennesker, som bor spredt og med meget dårlig kommunikasjon. Litt desentralisert helsehjelp finnes:

- «Mødre-barnklinikker», som er ambulante «helsestasjoner», 27 stk. Personalet møter en bestemt dag i måneden og tilbyr generell helseopplysning, oppfølging av svangerskap, spedbarnkontroller og vaksinasjon, HIV-testing og rådgivning. Klinikkene er dels i faste lokaler og dels provisorisk i skyggen av et tre eller i en kirke.



Ung datogakvinne på helsekontroll



Effektiv svangerskapskontroll – to samtidig

- Det er fem mindre sykestuer.
- Ambulanse kan reise ut og hente pasienter.
- Noen poster i distriktet med mulighet for oppkalling av ambulanse.

### Her finnes ingen allmennleger

- Når man søker helsehjelp, er det nesten utelukkende akutt sykdom (bortsett fra på mor-barn klinikkene). Da går man selv rett til sykehuset eller sykestuen. Noen blir behandlet i mottagelsen og sendt hjem igjen. Noen blir lagt inn av vakthavende Clinical Officer.
- Der allmennlegen i Norge er en døråpner og ressursforvalter til helsehjelp, finnes det i Tanzania lite ressurser å fordele. Når de svakeste får enda mindre enn de som greier å komme seg til sykehuset, synes det som en måte å håndtere de knappe ressursene på. Urettferdigheten skriker imot en, men det er virkeligheten. Eksempelvis er spesialiserte operasjoner bare for de rike pga store egenandeler fra pasientene og få steder hvor det utføres.
- Når vi allmennleger i Norge skal være en koordinator for bedre ressursutnyttelse av helsehjelp, er helsehjelpen der så bredt organisert, at sykehuset selv ordner det, så langt det finnes muligheter.
- En stor del av den norske allmennlegens oppgaver er oppfølging av kronisk syke pasienter. Slik oppfølging var nesten fraværende der jeg var.
- Hjelp til god omsorg ved livets slutt, er i Tanzania familiens selvfølgelige ansvar. De synes det er helt unaturlig, kaldt og lite omsorgsfullt at dette i Norge sees som et samfunnsansvar. I motsetning til at vi i Vesten dyrker ungdom og lytefri skjønnhet, blir respekten for eldre satt

i høysetet. De gamle skal lyttes til og ha det beste, både hjemme og på sykehuset.

### Problemer?

Jeg kom til Afrika med mye nysgjerrighet og mange spørsmål. Etter fire måneder har jeg få svar, bare noen meninger om hvordan dette ble for meg. Jeg var både spent på hvordan jeg ville reagere på å komme til et fattig land i Afrika, og hvordan det ville bli å komme tilbake til det noen kaller bagatellproblemer og hverdagen i Norge.

Kontrastene er enorme, både kulturelle og økonomiske, slik at en sammenlikning mellom Norge og Tanzania er vanskelig. Man kan imidlertid se på fattigdomsproblemer og overflodsproblemer som livsbetingelsenes ytterpunkter som begge er svært krevende å leve med. Tanzania er fattig, men folk har tid, varme og solidaritet, og de planlegger ikke så langt frem. Dagen i dag har nok med sine gleder og bekymringer. Selv om de selv har lite, deler de hvis de kan. Den i en familie som har midler, tar ansvar for dem som ikke har noe, sørger for mat i perioder med sult, gir skolepenger og annet.

Norske overflodsproblemer, noen kaller det nedsettende for luksusproblemer, og norske pasienters eksistensielle og kulturelle livsproblemer, må forstås ut fra Norge i dag: Tempoet i utviklingen er vanskelig å følge for mange. Noen kan oppleve et ekskluderende arbeidsliv; pass inn eller forsvinn. Alle har nok til ikke å sulte, men forskjellen



på rik og fattig, vinnerne og taperne, er stor og tydeliggjøres stadig gjennom skole, utdanning, fremstillinger i massemedia, såpeoperaer o.l.

Norske pasienters smerter og depresjoner blir ikke lettere å bære for dem fordi om andre sulter. Dette har vært mitt utgangspunkt når jeg nå er tilbake i norsk allmennpraksis. Noe har imidlertid blitt tydeligere etter fire måneder i Tanzania. Dyrbehandling med marginal gevinst er blitt enda mer problematisk. Men det er en vanskelig diskusjon det ikke er plass til å ta her.

Å komme hjem fra Afrika innebærer også at man ikke lengre har spenningsmomentet ved det å være i en fremmed kultur, i noe totalt forskjellig som farer alt man opplever. Slik kan hverdagen på Toten fortone seg noe gråere enn tidligere.

Jeg har fått mange erfaringer fra en helt annen kultur, lært og arbeidet med andre sykdommer, under andre forhold, med dårligere muligheter for utredning og behandling, og lært om andre verdier som allikevel ikke er så annerledes. Og jeg har møtt en masse flotte mennesker som har gjort et sterkt inntrykk på meg.

#### Noen henvisninger for interesserte:

[www.haydom.no](http://www.haydom.no)

Antivirale midler for reduksjon av mor-til-barn-smitte ved HIV-infeksjon

Johan N. Bruun: Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2041-2

Björg Evjen Olsen: «Dødsfall og sykdom blant gravide og fødende i et landsbyområde i Tanzania», 2002; [www.uib.no/info/dr\\_grad/2002/olsenevjen.htm](http://www.uib.no/info/dr_grad/2002/olsenevjen.htm)

Karen Marie Moland: «Morsmelk til skade og velsignelse»: [http://www.hib.no/avd\\_ahs/siste\\_nytt/2004/05/amming.as](http://www.hib.no/avd_ahs/siste_nytt/2004/05/amming.as)

Elise Kloumann: «Behandling av andre seksuelt overførbare sykdommer reduserer hiv» <http://www.fhi.no/html/Behandling%20av%20andre%20seksuelt%20overfog248rbare%20sykdommer%20reduserer%20hiv.html>

Norad: Norad gir 13 millioner til Haydoms hiv/aids prosjekt: [http://www.norad.no/default.asp?V\\_ITEM\\_ID=788](http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=788)

Malariaepidemi i Tanzania, Ole Hallgrim Evjen Olsen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1289

Mønstersykehus i Tanzania trenger leger, Ingar Sagedal Bie. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 143

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

#### C Cipralax® "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 panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

**Dosering:** Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralax administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Alvorlige depressive episoder: Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. **Maksimal effekt** nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. **Symptomlindring** oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. **Sosial fobi** er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Elde (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolsisme** av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingssukene. 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 behandlingssukene. 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 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 vurderingsevnen 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 krampetreskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmakivåene. (I: N06A B escitalopram).

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

**Bivirkninger:** Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram: svimmelhet, hodepine og kvalme. 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: Søvnsløshet, sømnløshet, søvnløshet, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjespning. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** Nervesystem: Smaksforandring, søvnforstyrrelse. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørrhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramper, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøstet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymer, 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, kramper, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmi, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, 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. Goeman 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.

AKTIV MOT KOLS



# Aktiv mot **KOLS**

Seretide® Diskus® 50/500 reduserer KOLS-eksaserbasjoner som krever bruk av perorale steroider med 43 %<sup>1,2</sup>:



**Seretide® Diskus®**  
**Mer liv – i dag og i morgen<sup>2,3</sup>**

**KOLS-indikasjon:** Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS ( $FEV_1 < 50\%$  av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilaterende legemidler.

Ta kontakt med oss for et aktivt samarbeid!  
Telefon 22 70 20 00.

For preparatomtale, se side 31

# Har samfunnsmedisinen en fremtid? – En mail-diskusjon

Utposten har arrangert en mail-diskusjon mellom tre samfunnsmedisinere:

- Nåværende leder av spesialistforeningen for leger i samfunnsmedisinsk arbeid, LSA, Ola Jøsendal, nå med hovedstilling som leder av koordinerings-enheten ved Bergensklinikken for rusmiddelavhengige og rådgiver for Radøy kommune en dag i uken.
- Tidligere leder av samme forening, Arne Johannesen, nå lege i utdanningsstilling ved psykiatrisk avdeling ved sykehuset i Telemark HF.
- Medredaktør i Utposten Ola Nordviste, tidligere kommunelege I i Nord-Aurdal, nå i utdanningsstilling i psykiatri ved Ullevål Universitetssykehus

UTPOSTEN / OLA N:

Spesialiteten i samfunnsmedisinen er en ung skapning. Den ble «født» på Legeforeningens landsmøte i Loen 1983. I juni 2004 er det oppunder 600 spesialister i samfunnsmedisin. Medlemstallet i LSA, (som inntil mai i år het Offentlige legers landsforening, Oll) har falt med 18 prosent fra 1994 til 2003, da det var 768 medlemmer. Rekrutteringen til spesialiteten var 30–40 leger pr år på slutten av åtti-tallet. Nå er rekrutteringen tørket helt inn.

Målsetningen for samfunnsmedisin er vakkert formulert, og alle – fra WHO til Norge – er enig i det: «*Vitenskapen om og aktiv deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse.*» Men om dette flotte faget dør i dag – hvem bryr seg? Mange av samfunnsmedisinens støtter og medspillere har forlatt faget de siste årene. Ikke få har søkt seg til psykiatriske stillinger slik som oss tre. Er det behov for oss samfunnsmedisinere lenger?

OLA J:

Det er et skrikende behov for samfunnsmedisinsk kompetanse, og jeg ser samfunnsmedisinske oppgaver som løses på et lavt kompetansenivå med sørgelige resultater. I løpet av de neste ti til femten år vil det oppstå stadig større gap mellom befolkningens uttalte behov for helsetjenester, og samfunnets mulighet til å understøtte behovene. Samtidig har vi innført et lovverk der individets rettigheter til helsetjenester er meget sterke. I en slik situasjon er samfunnet fullstendig avhengig av at det finnes personer med stor

integritet og kompetanse innen flere brede kunnskapsområder. De viktigste er medisin, helserett og helseøkonomi. Fordelingen av knappe helseressurser kan bare bli alminnelig akseptert dersom den blir foretatt av en aktør som både har den nødvendige kompetanse, integritet og ansvar. Denne aktøren er en samfunnsmedisiner.

UTPOSTEN / OLA N:

Bra, Ola J: Gi oss noen konkrete eksempler på hvor «det er skrikende behov for samfunnsmedisinsk kompetanse».

OLA J:

Det er behov for slik kompetanse på alle nivå i helsetjenesten. Kjernen i behovet vil være det raskt økende krav til dokumentasjon av kvalitet i fordelingen av ressurser på alle nivå. I et samfunn der behovet for helsetjenester øker langt raskere enn tilbudet, vil det bli et stadig sterkere fokus på prosessene som ligger bak fordelingsmekanismene. Altså hvorfor får én pasient tilbud om en ytelse, mens en annen pasient ikke får tilbud om den samme ytelsen.

Vi kan bruke som eksempel kommunale helsetjenester, kanskje spesielt planleggingen og driften av pleie- og omsorgstjenester. Forutsetningen for god planlegging av slike tjenester er at det eksisterer god innsikt i medisin, i epidemiologi, i befolkningsstatistikk. Videre må man ha meget god innsikt i hva som er status for den enkelte som søker slike tjenester, for å kunne holde de ulike søkerne på sin rettmessige plass i prioriteringskøen. Etter mitt skjønn er dette et umulig prosjekt uten samfunnsmedisinsk innsikt. Det foregår flere spennende utredninger om samfunnsmedisinens plass i helse-Norge for tiden. Et eksempel er rapporten som er under utforming i Sosial- og helsedirektoratet i disse dager der hovedforfatteren er professor i samfunnsmedisin, Magne Nylenna,

UTPOSTEN / OLA N:

Og hva tenker du på, Ola J, når du sier at du ser «samfunnsmedisinske oppgaver som løses på lavt kompetansenivå med sørgelige resultater».

OLA J:

Her kan vi gå rett til topps i vårt nasjonale samfunnsmedisinske hierarki, til Stortinget. Det er et faktum at helseregion Øst forfordes i vesentlig grad med ressurser til helse-



ARNE JOHANNESSEN



OLA NORDVISTE



OLA JØSENDAL

tjenesten. Selv om både helsepersonell og økonomer peker på at innbyggere i en bestemt del av landet får vesentlig bedre helsetjenester enn andre deler av landet, og at dette strider mot nasjonale målsettinger om tilbudslighet, blir skjevhetene ikke rettet opp. Tvert imot blir dette opprettholdt av et statlig byråkrati i samme helseregion, støttet av en meget rik og sterk hovedstadskommune.

UTPOSTEN / OLA N:

Du viser til Nylenna-rapporten, Ola J. Det er en grei rapport, men hvor er de nye synsvinkler og oppgaver som skal revitalisere faget? Jeg ser bare tre halvnye – og halvviktige – foreslåtte tiltak, nemlig

- a) Flere hel- og halvdagsstillinger.
- b) Samfunnsmedisinere inn i helseforetakene.
- c) Nye møteplasser og nettverk.

Er dette tilstrekkelig til å illustrere fagets viktighet og til å stimulere begeistring og rekruttering?

OLA J:

Etter mitt skjønn er den viktigste delen av Nylenna-rapporten den åpne invitasjonen til å endre radikalt på utdanningen av spesialister i samfunnsmedisin. Inngangen til å bli samfunnsmedisinere er meget trang og lite tiltalende i sin nåværende form. Utdanningen av samfunnsmedisineren må bli et festmåltid i det beste av menyen våre universiteter kan tilby!

UTPOSTEN / OLA N:

Men i mellomtiden flykter samfunnsmedisinerne fra faget sitt. Hvorfor er det slik, og har dere selv gått av banen, forresten?

ARNE J:

Her er nok svarene mange, men for mitt vedkommende handlet det om et nødvendig jobbskifte etter at jeg fant det umulig å fortsette i min posisjon som fylkeslege etter en utarmende omorganiseringsprosess i regional statlig forvaltning. Veien tilbake til min kommunale samfunnsmedisinske stilling var blokkert av innsparingskrav i kommunen. Psykiatrien framstod da som et interessant alternativ, der psykiatireformen krever et betydelig fokus på samhandling og sosialpsykiatri for å lykkes. Det er en arena som jeg med min samfunnsmedisinske bakgrunn kjenner igjen og trives i. Forøvrig tror jeg nok at nedprioritering av sam-

funnsmedisin fra forvaltningens og politikernes side og omstillingsproblemer i våre egne samfunnsmedisinske hoder bidrar til at samfunnsmedisinen ikke er i støtet for tida.

OLA J:

Min stilling er nå en hovedstilling som klinikk-sjef for inntak og koordinering av alle pasienter til rushelsetjenesten i Hordaland (til sammen fem klinikker). Dette er en tilnærmet ren samfunnsmedisinsk stilling, men heldigvis med fast og viktig pasient-kontakt. Tilbudet om denne stillingen kom i en tid da jeg så meg om etter en mulighet for å få ett års sideutdanning, for å bli spesialist i samfunnsmedisin. Til nyttår er jeg dermed et meget viktig steg nærmere spesialist-status. Jeg har altså vært så utrolig heldig å få konsentrere meg om samfunnsmedisinske oppgaver i primærhelsetjenesten i seks år, og nå går jeg løs på samfunnsmedisinske oppgaver i spesialisthelsetjenesten de nærmeste årene.

UTPOSTEN / OLA N:

Kan dere komme med noen synspunkter på den store flukten fra samfunnsmedisinske stillinger generelt også?

OLA J

Jeg tror dessverre at svarene står skrevet med stor og bred skrift:

- uklare stillinger med lite tydelig ansvar og myndighet,
- ikke konkurransedyktig lønn relatert til overleger på sykehus og fastleger,
- manglende faglig nettverk.

UTPOSTEN / OLA N:

Fagflukt. Utredninger på utredninger. Fallende faginteresse. Minkende etterspørsel. Er samfunnsmedisinen død?

ARNE J:

Samfunnsmedisinen er selvfølgelig ikke død, men jeg tror det norske samfunnsmedisinske miljøet er i villrede. Hverken norsk helseforvaltning eller helsepolitikk er synlig interessert i samfunnsmedisinen. Blårussen har overtatt forvalteransvaret, ansvaret for helsen er lagt på individet og fellesskapsløsninger blir oppfattet som en 'rød fare' i de toneangivende politiske miljøer. Det kan være vanskelig å se samfunnsmedisinsens plass i dagens privatiserte løsninger.

OLA J:

Jeg støtter Arne fullt ut i hans betraktninger her, med et par nyanseringer. Norsk helsepolitikk er i høyeste grad interessert i samfunnsmedisin. Utredningene som skal høres i år er bestilt direkte fra Stortinget, og det er alminnelig bekymring over den manglende rekrutteringen til faget. I tillegg er det meget sterke samfunnsmedisinske krefter som drar internt i helseforetakene. I Helse Midt-Norge er det for eksempel rekruttert inn tre samfunnsmedisinere i den aller øverste ledelsen.

UTPOSTEN / OLA N:

Så er det kanskje fortsatt liv i 21-åringen fra Loen, men vi er enige om at spesialiteten må fornyes. Hvilke hovedutfordringer ser dere videre i denne prosessen?

ARNE J:

Jeg tror hovedutfordringene ligger dels i egne hoder, dels i politiske endringsprosesser. Det siste kan vi gjøre lite med, men våre egne hoder kan vi legge i bløt. Vi gjorde et forsøk på å starte en generalplanprosess i min tid som leder i OLL, men dette strandet fort på grunn av manglende evne til å se framover. Klarer vi å ta et oppgjør med vår nære fortid og endre noe på fokus, akseptere behov for større slagkraftige faglige enheter og tenke alliansebygging til andre aktører i det samfunnsmedisinske feltet, har medisinere fortsatt en plass i folkehelsearbeidet. Vi må med andre ord bort fra vår megalomane fortid (der vi visste alt og skulle gjøre alt) og over til å bidra med vår kunnskap i et bredere faglig miljø.

OLA J:

Samfunnsmedisinske hovedutfordringer er:

- å bidra til at utdanningen blir modernisert og attraktiv,
- å bidra til at det etableres faglige nettverk både virtuelt og personlig,
- å bidra til at samfunnsmedisinsk kompetanse blir synlig og ettertraktet.

UTPOSTEN / OLA N:

Og hvilke løsninger ser dere på disse utfordringene?

ARNE J:

Jeg synes vi er kommet i gang. Miljømedisinen tvinges inn i større enheter med tverrfaglig kompetanse. Interkommunale samfunnsmedisinske stillinger bidrar til at vi kan konsentrere oss om vårt eget fag. Jeg tror vi må erkjenne at kombilegen ikke er framtida for samfunnsmedisinen. Dette må føre til endringer i spesialistutdanningen. Jeg er ennå av den oppfatning at spesialiteten må rekruttere fra mange kliniske spesialistområder, f.eks. psykiatrien. Den kunne ha stått seg på å bli en påbygningsspesialitet med utgangspunkt i mange kliniske fagmiljøer, og den må styrkes med henblikk på helseadministrasjon, forvaltningskompetanse og helseøkonomi. Og så må den ha fokus på folkehelse og bygge allianser med befolkningen og andre fagmiljøer. Men, som sagt, jeg tror vi er på veg, og vi må vise omstillingsevne, om vi skal ha livets rett. Men enhver omstilling vil kjennes smertefull, spesielt for en så fersk spesialitet som vår, der grunnleggerne og veiviserne fortsatt er aktive i sitt fag.

OLA J:

Arne svarer klokt og innsiktsfullt også her. Dette, sammen med de tre strekpunktene mine under forrige spørsmål, er gode forslag til løsninger. Det er også et håp at opprettelsen av en spesialforening for samfunnsmedisin, et mer presist navn på yrkesforeningen (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, LSA) sammen med en forhåpentligvis god opprydding i Legeforeningens organisasjon, kan bidra til at mange flere samfunnsmedisinere evner og vil jobbe sammen. Det er kanskje den mest grunnleggende kulturendringen som må oppstå blant de rundt 800 legene som er organisert i LSA. Som enslige aktører blir det for spinkelt. Sammen kan vi få til nesten hva det skal være!

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 [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)

lav terskel og høyt under taket  
UTPOSTEN

# Blæreselektiv behandling av overaktiv blære symptomer<sup>1,2)</sup>

**C Detrusitol SR "Pharmacia"**  
Muskarinreseptorantagonist  
T: 40

ATC-nr.: G04B D07

**T DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg:** Hver depotkapsel inneholder: Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg, tilsvarende tolterodin 1,37 mg resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E132), titandioksid (E 171), 4 mg: indigotin (E132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** For behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating forbundet med "urgency" som forekommer hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF  $\leq 30$  ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ubehandlet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, somnolens, parestesi. Syn: Tørre øyne. Akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine, tretthet, brystsmerte. **Mindre hyppige (<1/1000):** Psykiske: Forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Veldig sjelden, anafylaktisk reaksjon. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodintartrat. **Behandling:** Ev. ventrikkelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved temperatur <30°C, i ytteremballasjen. **Pakninger og priser:** 2 mg: Enpac: 28 stk. 479,45 4 mg: Enpac: 28 stk. 479,45 84 stk 1357,79 T: 40a).

Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 22.03.2004

# Når Datatilsynet kommer på tilsynsbesøk

Intervju med Steinar Fretland av Jannike Reymert



Kvalitetssikring på legekantoret er ingen spøk. Får man tilsynsbesøk kan selv de mest pliktoppfyllende av oss føle usikkerhet om kvalitetssikringen holder mål. Mange har faktisk lagt ned en god del arbeidstimer for å holde rimelig kvalitet på legekantoret, men hvem av oss kan med hånden på hjertet påstå at opplegget holder mål etter de ulike tilsynenes krav? Ja, hvem vet helt sikkert hva som kreves for å ha god nok kvalitetssikring på de ulike feltene vi har ansvar for?

Vi synes det kan være lærerikt å høre hvordan et slikt tilsynsbesøk har forløpt og har derfor intervjuet spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin Steinar Fretland ved Robrygga legekantor, Namsos medisinske senter i Namsos.

Han jobber i en meget veldrevet, privat trelegepraksis og har hatt Winmed journalsystem på data i fem år – og før det Profdoc i ti år. Både han og kollegene har alltid ligget i front på nye datatekniske løsninger og er nå med i et forsøksoppbygg hvor epikriser og laboratoriesvar hentes inn i journalen via Helsenett Midt-Norge (HMN).

I fjor sommer fikk legekantoret brev fra Statens datatilsyn om tilsynsbesøk i oktober for å vurdere datasikkerheten ved kantoret.

**UTPOSTEN:** *Hvordan vil du beskrive den kvalitetssikringen dere hadde arbeidet fram inntil Datatilsynet meldte sin ankomst?*

Vi har en kvalitetssikringsperm som ble lastet ned fra et annet kontor for et par år siden og bearbeidet noe til forholdene hos oss. Den inneholder enkelte ting som berører datasikkerhet – taushetsplikt, utlevering av nøkler, back-up etc.

Stort sett synes vi at vi passer godt på journalopplysningene våre og har gode rutiner. Hver enkelt har passord for å logge inn på datasystemet, vi arkiverer papir med pasientdata forsvarlig i egne arkivskap, vi låser dører, slår på tyvealarmen når vi går hjem om kvelden og kjører back-up om natta.

**UTPOSTEN:** *Hvilke tiltak gjorde dere i tiden før Datatilsynet kom på besøk?*

I sitt brev hvor Datatilsynet varslet sitt tilsyn, ba de om å få en del dokumenter tilsendt på forhånd. Disse skulle omhandle en rekke forhold om vår håndtering av pasientopplysninger. Jeg tar med noen smakebiter:

- oversikt over informasjonssystemet,
- konfigurasjons/system-kart,
- styrende dokumenter for internkontroll
- opplysninger og rutiner for tilgangskontroll til datajournaler.

I det forestående møtet ville de bl.a. høre mer om «generell bruk av informasjonsteknologi,»

«tilknytning til regionalt helsenett», de ville kartlegge om vi hadde en tilfredsstillende risikovurdering – «herunder hvordan skisserte tiltak i denne samsvarer med implementerte tiltak», og kartlegge våre internkontrollsystemer etter helselovgivningen mm. Vi syntes mye av dette var byråkratisk formulert og vanskelig å svare konkret på.



ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN



Det er HMN som har ansvaret for datasikkerheten i vår oppkopling til helsenettet, og vi fikk dokumenter fra dem som vi sendte til Datatilsynet – sammen med et brev fra oss (ca. en side) – der vi trakk ut det viktigste om datahåndtering fra Kvalitetssikringspermen. Så krysset vi fingre og ønsket Datatilsynet velkommen.

**UTPOSTEN:** Kan du fortelle hvordan selve tilsynsbesøket gikk og hvordan denne saken utviklet seg etterpå?

Datatilsynet stilte med to mann som kom fra Oslo i sakens anledning – avdelingsdirektør Kaspersen og juridisk rådgiver Bråthen. Vi møtte med dataansvarlig og en representant fra Helsenett Midt-Norge – samt daglig leder, men han var forhindret deler av dagen da han hadde det travelt med øyeblikkelig-hjelp-ansvar. Vi viste rundt på kontoret, serverte kaffe og Datatilsynet stilte en rekke medbrakte, målrettede spørsmål og krysset av og noterte flittig våre svar underveis. I en oppsummerende samling til slutt, fikk vi inntrykk av at de var godt fornøyd. De sa imidlertid at i den offisielle rapporten, ville positive forhold ikke omtales – kun ting som ikke tilfredstilte lover og forskrifter og som vi måtte rette på.

Etter seks uker fikk vi tilsendt «Foreløpig rapport fra tilsyn». Vår internkontroll fikk følgende karakteristik: «Dokumentasjonen var ikke omfattende, men på bak-

grunn av virksomhetens størrelse, finner Datatilsynet likevel omfang og innhold akseptabelt». Vi jublet en stakk stund. For ellers så det ikke så bra ut. Datatilsynet savnet tilfredstillende dokumentasjon og beskrivelse av flere forhold – og varslet pålegg i sakens anledning. Vi fikk imidlertid en måned på å komme med skriftlige innvendinger. Hovedpunktene der vi hadde mangler var:

- system for avvikshåndtering/sikkerhetsbrudd,
- en bearbejdet risikovurdering,
- dokumentert tilfredstillende konfigurasjonskontroll og
- ansvars- og myndighetsforhold ovenfor kommunikasjonspartnere.

Nå måtte vi ha hjelp. Sammen med en lokal dataekspert gikk vi grundig til verks. Vi trålet lover og forskrifter og gikk i detalj inn på de enkelte punkter i Datatilsynets rapport. Resultatet ble et omfattende dokument (ca en kg) som ble oversendt Datatilsynet. Ni måneder etter dette fikk vi godkjenning av vårt opplegg fra Datatilsynet der de også beklaget lang saksgang grunnet stort arbeidspress!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på [jannike.reymert@online.no](mailto:jannike.reymert@online.no)



**C Seretide «GlaxoSmithKline»**  
Adrenergiklam + kortikosteroid. ATC-nr.: R03A K06

**T.2. INHALASJONSÆROSOL 25/50, 25/125 og 25/250:** Hver dose innh. Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 25 µg et fluticason, propion, 50 µg, resp. 125 µg et 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

**T. INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 / Diskus:** Hver dose innh.: Salmeterol, xinaf, aeqv. salmeterol, 50 µg et fluticason, propion, 100 µg, resp. 250 µg et 500 µg, lactos.

**Indikasjoner:** Astma: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist og kortikosteroid er indisert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV<sub>1</sub> < 50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodialatorer og/eller legemidler.

**Dosering:** Preparatet må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av fluticason inntar etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnådd kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alene. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved nattlige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekket av preparatet, beskrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid. **Astma: Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (1/25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (1/25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (1/25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Tilstrøket data for behandling av barn under 12 år med inhalasjonsaerosol foreligger ikke. **Inhalasjonspulver:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn < 4 år. **KOLS: Inhalasjonspulver: Voksne:** 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skyling av munnsleim med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungisider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksale bronkospasmer kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet separeres da straks. Pasienten behandles deretter med kortvirkende bronkodialator til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativt terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfyll, men for regelmessig behandling.

Pasienten trenger en bronkodialator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta<sub>2</sub>-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tilfældig forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonssterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfallet, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonssterapi kan også avvike tidligere steroidaliskerte allergier. Disse behandles symp-tomatisk. Inhalasjonsbehandling kan i sjeldne tilfeller avvike uforventede eosinofile lidelser (f.eks. Churg Strauss syndrom). Disse tilfellene har stort sett forekommet ved reduksjon i, eller opphør av, kortikosteroidbehandling. En direkte årsaksammenheng er ikke fastlagt. Både selektive og ikke-selektive beta-blokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtvindende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiokirkulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungteuberkulose og/eller tyreoiditt.

**Interaksjoner:** Forsiktighet ved samtidig administrering av kjente sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir) da det er sjans for økt systemisk eksponering av fluticasonpropionat.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespætte, forsinket forbering), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og fluticason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

**Bivirkninger:** Som for salmeterol og fluticasonpropionat hver for seg. **Hypypie (>1/100):** Fluticasonpropionat: Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet. Salmeterol: Palpasjoner, hodepine, tremor, muskelsmerter, iritasjon i svelg. **Sjeldne (<1/1000):** Legemidler som inhaleres kan via uspesifikk mekanismer gi opphav til bronkospasme. Fluticasonpropionat: Overfølsomhetsreaksjoner. Det er rapportert noen få tilfeller av adem i ansikt og svelg. Mulige systemiske effekter er: Binyrebarksuppresjon, veksthemning hos barn og ungdom, redusert tetthet, katarakt og glaukom. Salmeterol: Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, artrialgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi) og ekstrasystoler er rapportert hos utsatte pasienter.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Behandling: Antidot er kardioselektiv beta-blokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med preparatet må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig steroider til opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemitendens forsterkes og kaliumbehandling bør overveies. Overdosering med fluticason er lite sannsynlig. Inhalasjon av fluticasonpropionat i doser som i betydelig grad overstiger anbefalte doser kan føre til forbigående binyrebarksuppresjon. Ved overdosering av fluticasonpropionat kan behandling fortsette i laveste effektive dose. Binyrebarkfunksjonen vil normaliseres i løpet av noen dager og dette kan verifiseres med plasmakortisolmåling.

**Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (fluticason) og selektiv langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist (salmeterol). Virkningsmekanisme: Fluticasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodialatorer effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Absorpsjon: Fluticasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Fluticasonpropionat: i plasma ca. 90%. Fordeling: Fluticasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Fluticasonpropionat-reseptorkomplekset i lungvev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Fluticasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Fluticasonpropionat: Hovedsakelig via feces. Clearance, 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via feces.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

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

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

**Pakninger og priser:** Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr 331,80, 25/125: 120 doser kr 467,80, 25/250: 120 doser kr 611,80. Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr 360,70, 3 x 60 doser kr 1075,40, 50/250: 60 doser kr 477,20, 3 x 60 doser kr 1413,00, 50/500: 60 doser kr 617,40, 3 x 60 doser kr 1954,90. Priser av 06.03.2003 SPC: 09.07.2003 Oppdatert 31.07.2003

**Referanser:**  
1 PMA Calverley, RA Pauwels, J Vestbo, PW Jones & al., Clinical improvements with salmeterol/fluticasone propionate combination in differing severities of COPD. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167 (7): A90.  
2 PMA Calverley, RA Pauwels, J Vestbo, PW Jones & al., Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial, The Lancet 2003; 361: 449-56.  
3 JB Soriano, J Vestbo, NB Pride, V Kin & al., Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice. Eur. Respir. J. 2002; 20: 819-25.



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

# PERSONVERN

## – en naturlig del av legens kjerneoppgave?

AV AVDELINGSDIREKTØR LEIF T. AANENSEN OG AVDELINGSINGENIØR HELGE VEUM, DATATILSYNET

Personopplysningsloven og helseregisterloven snakker i sine innledende formålsbestemmelser om hensynet til den «personlige integritet» og «privatlivets fred». Personvern handler dermed om aksepten, eller helst også den mer aktive respekten, for den enkeltes selvvråderett – til å trekke en beskyttende grense rundt sin egen person. I dette ligger en grense for et psykisk og sosialt territorium, der den enkelte hersker suverent. Helsevesenet står som vi alle vet i en spesiell stilling som tilbyr av helse- og velferdstjenester. Gjennom slike aktiviteter vil det være både naturlig og riktig, innenfor gitte rammer, å trenge innenfor disse naturlig etablerte grenser.

Legens kjerneområde er ganske klart – medisinsk behandling av pasienter. Utover dette må imidlertid legen bruke tid på faglige oppdatering, administrative oppgaver, økonomi m.v. Vi kan definere dette som funksjoner som er nødvendig for forsvarlig drift av en legepraksis. Ivaretagelse av personvern er et annet eksempel på oppgaver legen må ta hensyn til i sin virksomhet. Tilsvarende oppgaver vil gjøre seg gjeldene for nær sagt enhver næringsvirksomhet.

Legene er blant de yrkesgruppene hvor konfidensialitet er en naturlig del av yrkesetikken. Begrepet taushetsplikt føyer seg inn som en naturlig del av legens hverdag. Pasientene som til daglig samhandler med legene legger nettopp til grunn taushetsplikten som en hovedpremiss for samhandlingens form. I dette ligger også utlevering av sensitive personopplysninger, både om vedkommende selv og i noen tilfeller også om pasientens nærmeste.

Personvern reguleres i lov om behandling av personopplysninger. I tillegg til dette generelle lovverket er det gitt bestemmelser om personvern i andre særlover – blant annet helseregisterloven. Utfyllende bestemmelser er gitt i personopplysningsforskriften.

Datatilsynet har gjennomført en del tilsyn mot primærhelsetjenesten i de senere år. Tilsvarende har det også vært gjennomført en rekke tilsyn mot helseforetakene. Tilsynet har også en løpende dialog med helsesektoren for å skaffe

seg forståelse omkring de problemstillinger som til enhver tid gjør seg gjeldene.

Vi skal i denne artikkelen fokusere på legens bruk av informasjonsteknologi og hvordan dette kan påvirke forutsetningene for taushetsplikten.

### Internkontroll

Hvor omfattende skal et internkontrollsystem være for et lite legekantor? Hva om vi har et legefelleskap?

Spørsmål av denne typen er vanlig i en innledende fase hvor man arbeider med internkontroll. Som de fleste sikkert vet, dreier internkontroll seg om å ha en tilfredsstillende orden i egen virksomhet - i forhold til offentlig regelverk. Internkontroll trenger ikke gjøres mer omfattende enn det som er strengt tatt nødvendig. Det er regelverkets plikter som danner utgangspunkt for hvordan et slikt system skal se ut. Den enkelte lege må selv vurdere hvilke behov som er nødvendig i forhold til egen virksomhet. Begynn med det enkle først – slik som hvem tar seg av de ulike delene av regelverket. Finn ut hvilke bestemmelser som er relevant for egen virksomhet og lag enkle rutiner i forhold til dette. Når det gjelder informasjonssikkerhet vil det også stilles krav til internkontroll, dette omtales noe senere i artikkelen. Ytterlig informasjon om internkontroll kan finnes på Datatilsynets hjemmeside.

### Informasjonsteknologi – regelverkets rammer

Regelverket har svært begrenset regelsett om hvordan den enkelte lege (databehandlingsansvarlig) skal bruke informasjonsteknologi. Regelverket stiller bare krav om «forholdsmessig sikring» av personopplysningene. I dette ligger at det er gitt et stort spillerom, men at legen samtidig – avhengig av sine valg - kan sannsynliggjøre at valgene som er foretatt er forsvarlig. Hva innebærer så dette?

### De viktige valgene

Datatilsynet får ofte spørsmål om hvilke krav som stilles til sikring av sensitive personopplysninger. Svaret på spørsmålet vi stilte tar alltid utgangspunkt i de valgene legen faktisk har tatt:

- Skal det benyttes fullelektronisk pasientjournalssystem?
- Inngår datamaskinen journalssystemet er installert på i et nettverk?
- Er nettverket koblet til andre eksterne nett?
- Hvilken datatrafikk skal kunne gå inn og ut av nettverket?
- Er informasjonssystemet koblet til internett?
- Er det lagt til rette for pålogging på nettverket fra eksternt hold, i tilfelle hvilke deler av nettverket?
- Hentes det inn prøvesvar, sendes det henvisninger elektronisk? Hva med sykemeldinger?
- Står legekontoret for drift selv eller ivaretas dette av en leverandør?

Listen over kunne vært mye lengre, men understreker et viktig poeng. Legen må, uten at han/hun trenger særlig kjennskap til informasjonsteknologi foreta valg – hva skal tillates og hva er det reelt behov for av tjenester. Hvordan dette skal gjøres trenger ikke nødvendigvis legen vite så mye om. Kunnskaper om dette kan kjøpes inn hos andre – enten det er leverandører, andre legekontorer som har kompetanse på dette eller konsulenter.

Valgene som det tas stilling til i slike prosesser dokumenteres i det regelverket kaller sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi.

### Kartet

Sammenkobling av datamaskiner til et nettverk, samt eventuell tilknytning til eksterne nettverk er samlet sett et informasjonssystem. Formålet med sammenkoblingene er ofte å utnytte felles ressurser, samt legge til rette for samhandling innenfor en virksomhet. Tilsvarende kan også informasjonssystemet være åpnet for trafikk inn og ut av nettverket. Hvordan informasjonssystemet er satt sammen må nedtegnes av den som foretar sammenkoblingen – vedkommende må lage et konfigurasjonskart. Dette kartet gir en prinsipiell oversikt over informasjonssystemet og viser hvilke forbindelser det er internt og hvilke forbindelser det er til eksterne nettverk. Slike kart viser også plassering av sikkerhetskomponenter, eventuelle servere og lignende. Et vesentlig poeng er å se at det er samsvar mellom kartet og de rammer som er trukket opp i sikkerhetsmål/sikkerhetsstrategi.

Det må altså foreligge et konfigurasjonskart som viser oppbygningen av informasjonssystemet.

### Er det foretatt forsvarlige valg?

Legen fastlegger rammer for bruk av informasjonsteknologi i sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi. Konfigurasjonskartet viser tenkt oppbygning av informasjonssystemet. Hvordan kan legen så vite at det er foretatt forsvarlige valg. Hva innebærer begrepet «forholdsmessig sikring» i praksis? Regelverket stiller krav om at det skal foreligge en risikovurdering – hvor trussel, sårbarhet og konsekvens er vurdert. Datatilsynet har utarbeidet en veiledning som er tilgjengelig på etatens hjemmeside.

En risikovurdering skal på en ryddig måte dokumentere at helseopplysningene som legen forvalter på vegne av sine pasienter er forsvarlig sikret.

### Organisasjonen

Et informasjonssystem må vedlikeholdes. Regelverket stiller krav om at det beskrives hvem som har ansvar for at informasjonssystemet vedlikeholdes, og hvem som er den ansvarlige for behandlingen av personopplysningene. For en liten virksomhet kan et organisasjonskart hvor ansvaret er angitt være tilstrekkelig.

### Drift og vedlikehold

Det å etablere et informasjonssystem er ikke noe som avsluttes når siste kabel er plugget inn. Informasjonssystemet må også driftes på en forsvarlig måte. Rutiner for drift av informasjonssystemet inngår som en naturlig del av internkontroll. Eksempler på rutiner som er nødvendig er oppdatering av viruskontroll, sikkerhetskopiering, skifte av passord – for å nevne noen. Gode råd om sikker drift av et informasjonssystem kan man få ved å anskaffe en liten bok om temaet. Selv om datamaskinene blir stadig mer avanserte, vil som regel rutiner for drift være relativt statiske.

### Databehandler eller sikkerhetsleverandør

Databehandler er en virksomhet som behandler personopplysninger på dine vegne. Sikkerhetsleverandør kan være eksterne virksomheter som drifter brannmur eller an-

AFU har vedtatt at konklusjonene i protokollvurderingene foretatt av AFU skal gjøres kjent i Utposten. Innsendere av protokoller til vurdering gjøres kjent med dette når protokollen tas til vurdering.

**KATHY** (Kvinner i allmennpraksis og hypertensjon) – Solvay Pharms studie SMR-1038

AFU har vurdert studien og mener dette er en interessant studie som er svært relevant for allmennpraksis.

dre sikkerhetskomponenter på dine vegne. Det skal være skriftlig avtale som regulerer forholdet mellom deg som lege og slike eksterne virksomheter. Det er deg som lege som sitter med ansvaret, men du kan altså la andre hjelpe deg i arbeidet ved å inngå avtale.

### Hva er akseptabelt sikkerhetsnivå?

Det er det opp til legen å bedømme hva som er akseptabelt sikkerhetsnivå og iverksette sikkerhetstiltak i forhold til dette. Men det finnes forventninger til hva som er akseptabelt og ikke, og regelverket gir Datatilsynet myndighet til å overprøve de valg legen har tatt. Generelt kan man si at helseopplysninger skal sikres bedre enn hvordan en «normal» virksomhet sikrer sine forretningsmessige data.

Noen forventninger til sikringen av informasjonssystemet:

- Internettkommunikasjon direkte på samme system som helseopplysninger oppbevares er ikke tilrådelig. Det finnes løsninger for å integrere dette på en sikker måte,
- Systemet utformes slik at brukeren verken med overlegg eller uhell utleverer helseopplysninger feilaktig,
- Helseopplysninger krypteres før de sendes i eksterne nettverk,
- To uavhengige sikkerhetstiltak må brytes før et sikkerhetsbrudd får betydning for helseopplysninger

### Hjemmekontor og trådløse nettverk

Datatilsynet får en del spørsmål fra legekontorer om hjemmekontor og trådløse nettverk. Selv om dette er fascinerende muligheter er det viktig å trå svært varsomt. Alle datamaskiner som kobles opp mot et journalsystem må være dedikert for formålet og adgangsbegrenset for uvedkommende. Gruppen av uvedkommende teller også normalt ektefelle og barn i eget hjem. Når det gjelder trådløse nettverk så bør legen opp tre med stor varsomhet gitt følsomheten på opplysningene som ligger i journalsystemer. Før slik teknologi i det hele tatt vurderes, må nødvendige sikkerhetstiltak være godt gjennomtenkt og dokumentert. Husk at en basestasjon ikke bare er en inngangsport for autoriserte datamaskiner, men også en inngangsport for de som forsøker å få uautorisert tilgang.

### Hjelp på veien

Kvalitetsutvalget for primærmedisin har med støtte fra blant annet Den norske legeforening og Sosial- og helse-direktoratet stått bak utviklingen av et databasert verktøy som skal hjelpe legen til å tilpasse seg ovennevnte regelverk. Verktøyet har fått navnet «Trinnvis» og er tidligere distribuert ut til legene sammen med foreningens tidsskrift.

### Oppsummering – hva forventes

Du bør ha:

- Et system for internkontroll tuftet på de plikter som gjelder for din virksomhet, og som en del av dette,
- Sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi som viser hvilke valg du har tatt,
- Konfigurasjonskart som viser oppbyggingen av informasjonssystemet,
- Risikovurdering som viser at informasjonssystemet ditt er forsvarlig sikret,
- Beskrivelse av ansvars- og myndighetsforhold til informasjonssystemet,
- Rutiner for drift, vedlikehold og sikkerhet,
- Avtale med eventuelle databehandlere og leverandører av sikkerhetstjenester

### Referansemateriale

Utfyllende informasjon finner du her:

- [www.datatilsynet.no](http://www.datatilsynet.no)
- Trinnvis – Et verktøy for å bygge opp internkontroll for legesentre. Tilgjengelig fra [www.kup.no](http://www.kup.no)
- Sosial- og Helse direktoratets hjemmesider under [s@ampill.2007](mailto:s@ampill.2007).

- Sosial- og Helse direktoratets veileder «Helse-/personopplysninger – informasjonssikkerhet i helsevirksomheter»
- Sosial- og Helse direktoratet har også under utarbeidelse en bransjenorm for informasjonssikkerhet i helsesektoren.

### C Avandia «GlaxoSmithKline»

ATC-nr.: A10B G02

**Tabletter, filmtabletter 4 mg og 8 mg:** Hver tablett inneholder Rosiglitazon-maleat tilsv. rosiglitazon 4 mg, resp. 8 mg, laktosemonohydrat 22,7 mg, resp. 45,4 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), stannoksid (E 171).

**Indikasjoner:** Rosiglitazon er indisert til peroral monoterapi hos pasienter med type 2-diabetes mellitus, spesielt overvektige pasienter utilstrekkelig kontrollert via diett og mosjon og hvor metformin ikke kan benyttes pga. kontraindikasjon eller intoleranse. Rosiglitazon er også indisert til kombinasjonsbehandling hos pasienter med type 2-diabetes mellitus med utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av maks. tolererbare peroral dose av enten metformin eller sulfonylurea i monoterapi. I kombinasjon med metformin spesielt til overvektige pasienter, i kombinasjon med sulfonylurea kun til pasienter som viser intoleranse for metformin, eller hvor metformin er kontraindisert.

**Dosering:** Rosiglitazonbehandling startes vanligvis med 4 mg/dag. Monoterapi eller i kombinasjon med metformin: Dosen kan økes til 8 mg/dag etter 8 uker, dersom sterkt glykemisk kontroll er nødvendig. Kombinasjon med sulfonylurea: Det foreligger ingen erfaring med doser utover 4 mg/dag i kombinasjon med sulfonylurea. Kan doseres 1 eller 2 ganger daglig, med eller uten mat. **Elde:** Ingen dosejustering er påkrevet. Pasienter med redusert nyrefunksjon: Det er ikke påkrevet med dosejustering hos pasienter med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Brukes med forsiktighet til pasienter med alvorlig nyresvikt. Pasienter med redusert leverfunksjon: Skal ikke brukes til pasienter med nedsatt leverfunksjon.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for rosiglitazon, eller noen av hjelpestoffene. Hjertesvikt, eller tidligere kjent hjertesvikt (NYHA I-IV). Redusert leverfunksjon. Rosiglitazon er kontraindisert brukt i kombinasjon med insulin.

**Forsiktighetsregler:** Det er ingen erfaring med rosiglitazon i trippelkombinasjon med andre perorale antidiabetika. Kan forårsake væskeretensjon som i sin tur kan forverre eller fremskynde hjertesvikt. Symptomer på væskeretensjon, inkl. vektøkning, skal overvåkes og undersøkes. Rask og stor vektøkning er rapportert svært sjelden. Pasienter, særlig de med redusert hjertekapasitet, bør observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt. Behandlingen skal seponeres dersom hjertesvikt forverres. Rosiglitazon i kombinasjon med insulin har gitt økt forekomst av hjertesvikt. Hjertesvikt er rapportert hyppigere hos pasienter med kjent hjertesviktanamnese, hos eldre pasienter og hos pasienter med mild til moderat nyresvikt. Enkelte tilfeller av hepatocellulær dysfunksjon er rapportert. Det anbefales derfor at pasienter gjennomgår periodisk kontroll av leverenzymverdier. Leverenzymverdier bør sjekkes hos alle pasienter før behandlingen initieres. Behandlingen bør ikke påbegynnes hos pasienter med forhøyet leverenzymnivåer (ALAT >2,5 x øvre normalgrense) eller med andre tegn på leversykdom. Etter oppstart anbefales det at leverenzymverdiene monitoreres annenhver måned de 12 første månedene, og at det deretter foretas periodiske kontroller. Dersom ALAT-verdiene øker til >3 x øvre normalgrense i løpet av behandlingen, skal disse verdiene verifiseres så raskt som mulig. Dersom verdiene fremdeles er >3 x øvre normalgrense skal behandlingen avsluttes. Dersom en pasient utvikler symptomer som kan tyde på redusert leversjon, som uforklarlig kvalme, oppkast, abdominal smerte, tretthet, anoreksi, og/eller mark urin, skal leverenzymverdiene kontrolleres. Beslutning om å fortsette eller avslutte behandlingen bør tas etter klinisk vurdering av laboratoriefunnene. Ved återus skal behandlingen avsluttes. Det anbefales at pasientens vekt følges nøye. Hos pasienter med lave hemoglobinverdier før behandlingsstart, vil det være økt risiko for anemi. Det er observert gjenoppblåsing av ovulasjon hos pasienter som har vært anovulatoriske pga. insulinresistens. Pasientene må informeres om muligheten for at de kan bli gravide, og dersom en pasient ønsker å bli gravid, eller blir det mens hun står på behandling, skal behandlingen seponeres. Rosiglitazon skal brukes med forsiktighet til pasienter med alvorlig nyresvikt. Anbefales ikke til pasienter under 18 år. Erfaring med rosiglitazonbehandling begrenser seg til 3 år. Nyten av langtidsbehandling er ikke dokumentert.

**Interaksjoner:** Det advares mot samtidig bruk av paklitaxel i dette samsyningsvis ved hemme metabolsiseringen av rosiglitazon. Samtidig bruk av NSAIDs kan øke risikoen for ødem.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placentar. Skal ikke brukes under svangerskap. Overgang i morsmelk. Skal ikke brukes ved amning.

**Bivirkninger:** Rosiglitazon monoterapi: Hypoglykemi (>1/100): Blod. Anemi. Metabolske: Hyperkolesterolemi. Øvrige: Ødem. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Økt appetitt, flatulens. Metabolske: Glukosuri, hyperlipidemi, hypertriglyseridemi, vektøkning. Øvrige: Parestesi. Rosiglitazon i kombinasjon med metformin: Hypoglykemi (>1/100): Blod. Anemi. Gastrointestinale: Flatulens, kvalme, abdominal smerte, dyspepsi. Metabolske: Hypoglykemi. Øvrige: Hodepine, ødem. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, anoreksi, obstipasjon. Metabolske: Hyperlipidemi, forverret diabetes mellitus, hyperkolesterolemi. Rosiglitazon i kombinasjon med sulfonylurea: Hypoglykemi (>1/100): Metabolske: Hypoglykemi, vektøkning. Øvrige: Ødem. Mindre hyppige: Blod. Anemi. Gastrointestinale: Flatulens, økt appetitt. Hud: Alopeci. Luftrør: Dyspne. Metabolske: Hyperkolesterolemi, hyperlipidemi, hypertriglyseridemi. Øvrige: Tretthet, garestesi. Sjeldne tilfeller av forhøyet leverenzymverdier og hepatocellulær dysfunksjon er observert. Svært sjelden er faktisk forløp blitt rapportert, og kausal sammenheng med behandling er ikke vist. Sjeldne tilfeller av hjertesvikt og svingende er rapportert. Svært sjeldne tilfeller av angioedem, urticaria og rask og stor vektøkning er rapportert.

**Overdosering/Forgiftning:** Enkelt-doser på opptil 20 mg har vært gitt uten bivirkninger. Ved overdosering anbefales behandling ut fra pasientens kliniske status. Rosiglitazon er sterkt proteinbundet og utskilles ikke ved hemodialyse.

**Egenskaper:** Klassifisering: Antidiabetikum i klassen tiazolidindioner. Virkningsmekanisme: Rosiglitazon er en selektiv agonist for peroksisom-aktiverer/retinoid X-reseptor (PPAR $\gamma$ ). Senker blodsukkeret ved å redusere insulinresistensen i fettvev, skjelettmuskulatur og lever. Den glukosereduserende effekten kommer gradvis, med tilnærmet maks. effekt på fastende plasmaglukose etter ca. 8 uker. Insulinresistensen reduseres og  $\beta$ -cellefunksjonen i pankreas forbedres. Den forbedrede glykemiske kontrollen er også forbundet med en signifikant reduksjon av frie fettstoffer. Kombinasjonsbehandling med sulfonylurea eller metformin gir additiv effekt på glykemisk kontroll hos pasienter med type 2-diabetes. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet er ca. 99%. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 1 time. Absorpsjonen av rosiglitazon påvirkes ikke av mat. Proteinbinding: Rosiglitazon ca. 99,8%, hovedmetabolitten (parahydroksysulfat) ca. 100%. Fordeling: Distribusjonsvolumet er ca. 14 liter. Halveringstid: Ca. 3-4 timer. Total plasmaclearance er ca. 3 liter/time. Halveringstiden til metabolittene er ca. 130 timer. Metabolisme: I utstrakt grad til parahydroksysulfat. Hovedsakelig via CYP 2C8, og noe via CYP 2C9. Det kan ikke utelukkes at metabolitten bidrar til aktiviteten. Utskillelse: Ca. 3 elimineres via urinen, ca. 25% utskilles via feces.

**Pakninger og priser:** 4 mg: Endose: 56 stk. kr 741,20. Enpac: 28 stk. kr 371,10. 56 stk. kr 741,20. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 578,20. T: 56

**Refusjon:**  
1. Avandia refunderes kun som kombinasjonsbehandling.  
2. og bare til pasienter som ikke oppnår en tilstrekkelig sykeomsorgkontroll med en kombinasjon av metformin plus sulfonylurea eller får uakseptable bivirkninger med metformin-, sulfonylureapreparater eller en kombinasjon av disse.  
3. og kun til de pasienter hvor alternativ behandling ville vært insulin,  
4. og skal kun forskrives av leger som har utstrakt erfaring med behandling av type 2-diabetes mellitus.

Priser av 15.02.2004. Preparatmåte: 28.08.2003.

 **GlaxoSmithKline**  
**GlaxoSmithKline AS**  
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 [www.gsk.no](http://www.gsk.no)

# «Trinnvis»

– Datasikkerhet for små legekontor

KVALITETSUTVALG FOR PRIMÆRMEDISIN. CD



Vi fikk alle en CD i vinter med Tidsskriftet med tittelen «Datasikkerhet for små legekontorer», laget av KUP, Kvalitetsutvalg for primærmedisin.

Det tok noe tid før jeg fikk puttet denne inn i PC'n. Det er stadig tilbud fra diverse i form av snedige disketter og CD'er med f. eks. kliniske veiledere og hjelpemidler for å finne risikopasienter. De fleste av dem er tilsynelatende snedige ved første demonstrasjon, men de har en stor tendens til å fylle opp dødplass på harddisken. Det var med den erfaringen «Trinnvis» ble liggende på pulten en god stund. Det er ingen ivrig markedsfører som følger med.

Jeg putter til slutt «Trinnvis» i maskinen, og som for så mye annet, får en spørsmål om lagring eller kjøring fra CD. Allerede der kunne det ha vært med en klar anbefaling om hvor det kan være lurt å lagre dette.

«Trinnvis» synes å være et godt instrument til å sortere legekontoret på en enkel måte når det gjelder fysisk areal og bruk, samt å gi en oversikt over personalet. Det er absolutt en god tankevekker når det gjelder å sortere databruken og ikke minst kvalitetssikre sikkerheten rundt personopplysninger og datasikkerheten generelt når det gjelder hard- og software. Hvor mange har opplevd totalt datadød? Hvor hjelpeløs er man da?

På vårt kontor har vi store tanker om å systematisere vår internkontroll og kvalitetssikring. Men det viser seg vanske-

lig å sette av tid til dette i en hektisk hverdag. «Trinnvis» er et godt og nødvendig sted å begynne. Vi kjøper noen tjenester fra vår maskin- og nettverksleverandør, men hvordan kan vi kontrollere hans arbeid? Neste gang skal han få 15 minutter sammen med meg og «Trinnvis». Videre bør jeg nok stoppe opp neste gang det kommer en med en risikokalkulator, ikke bare godta at den er «virustestet»!

Hvem har meldt oppdatert informasjon til Datatilsynet om egen virksomhet de siste tre år? (Noen husker vel så vidt at Datatilsynet fikk et skjema da vi fikk «data» i sin tid). Det skal meldes hvert tredje år i følge «Trinnvis». Det følger hendig vedlegg med skjema og veileder som kan skrives ut. Det er andre gode vedlegg som eks. en avvikrapport.

«Trinnvis» virker som et nyttig og nødvendig redskap for å få oversikt over kontorets data generelt, og ikke minst datasikkerhet. Veilederen bør benyttes og oppdateres regelmessig av oss som føler at dette er et felt der vi ikke har full kontroll.

Nasjonalt senter for Telemedisin i Tromsø ved Eva Skipnes har bidratt med eksempler på prosedyrer og sikkerhetsstrukturer.

Dag Lunder  
Åslundmarka Legesenter  
Hunndalen/Gjøvik

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktører for denne artikkelen har vært Ivar Skeie og Jannike Reymert. Kontakt disse på [ivskeie@online.no](mailto:ivskeie@online.no) / [jannike.reymert@online.no](mailto:jannike.reymert@online.no)

Det som er **spennende**  
og **viktig** for deg – er spennende  
og viktig for **Utposten!**

## C VIOXX "MSD"

Antiflogistikum

ATC-nr: M01AH02

**T MIKSTUR, suspensjon 5 mg/ml:** Rofecoxib 5 mg, sorbitol 300 mg, natriumetylparahydroksybenzoat (E 219), natriumpropylparahydroksybenzoat (E 217), hjelpestoffer, rensert 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 tilsv. 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 kreatin clearance 30-80 ml/minutt. Begrenset informasjon om artrittpasienter med kreatin clearance 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 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. Aktivt mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatisk mave/tarmsykdom. Avlang leversykdom (-Child-Pugh score >9). Beregnet kreatin clearance <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). Avlang hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

**Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomblødning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømning og nedsatt nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsatt nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrhose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Vaskeretejning, 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 ventrikkel-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 blodplateaggregasjon, 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 ischemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib bør 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 seponeres. Rofecoxib kan maskere feber. Anbefales ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erlanging 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. Noe 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. Adekvat 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 epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, vaskeretejning. **Mindre hyppige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocytteller. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, brekninger, gassdannelse/oppløst mave, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrør: Dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. Urogenitale: Økning i BUN og serumkreatinin, proteinuri. Øvrige: Asteni, tretthet, brystmerter. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Peptisk ulcer, gastrointestinal perforasjon og blødning (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensibiliseringsreaksjoner, bivirkninger i slimhinnene og alvorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksiskhet inkl. hepatitt med eller uten gulsott, leversvikt. Luftrør: Bronkospasme. Neurologiske: Forverret epilepsi, parestesier, asypitisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjertebrust, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstisiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioødem, 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 støtte tiltak f.eks. fjerning av ubesortert 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: 26.11.2003

### 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 enpac kr 108,20, 28 stk enpac kr 351,20, 98 stk enpac 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 enpac kr 112,20, 28 stk enpac kr 366,60, 98 stk enpac 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)

Refusjon: 17) og 35c) Minst ett av nedenstående kriterier skal foreligge:

1. Pasienten har tidligere hatt et behandlingstengende 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 allmentilstand.



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"

Antiflogistikum

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 overstige 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 kreatin clearance 30-80 ml/minutt. Skal ikke brukes dersom kreatin clearance er <30 ml/minutt. Barn: Rofecoxib er ikke indisert for bruk hos barn.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktivt mavesår eller gastrointestinal blødning. Inflammatisk mave/tarmsykdom. Pasienter med leverdysfunksjon. Beregnet kreatin clearance <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). Avlang hjertesvikt. Graviditet i 3. trimester og amning.

**Forsiktighetsregler:** Reduksjon i prostaglandinsyntesen hos pasienter med nedsatt renal gjennomblødning kan føre til fall i renal blodgjennomstrømning og nedsatt nyrefunksjon. Mest utsatt er pasienter med signifikant nedsatt nyrefunksjon i anamnesen, ukontrollert hjertesvikt eller cirrhose. Oppfølging av nyrefunksjonen hos disse pasientene bør vurderes. Rehydrering anbefales før behandlingsstart hos betydelig dehydrerte pasienter. Vaskeretejning, 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 ventrikkel-dysfunksjon, hypertensjon eller ødem. Disse pasientene bør starte behandlingen med laveste anbefalte doser. Som en følge av manglende effekt på blodplater, kan ikke selektive COX-2-hemmere erstatte acetylsalisylsyre som kardiovaskulær profylakse. Fordi rofecoxib ikke hemmer blodplateaggregasjon, 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 ischemisk hjertesykdom. Hensiktsmessige tiltak bør iverksettes og avslutning av behandlingen med rofecoxib bør 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 prøver å bli gravide. Preparatet bør ikke brukes til barn da erlanging 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. Noe 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, tafferin, zileuton, 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 epigastriet, diaré, kvalme, dyspepsi. Hud: Pruritus. Lever: Økning i ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Øvrige: Ødem, vaskeretejning. **Mindre hyppige:** Blod: Nedgang i hemoglobin, erytrocytter og leukocytteller. Gastrointestinale: Forstoppelse, sår i munnhulen, brekninger, gassdannelse/oppløst mave, sure oppstøt. Hud: Utslett, atopisk dermatitt. Hørsel: Tinnitus. Lever: Økning i alkaliske fosfataser. Luftrør: Dyspné. Metabolske: Vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Insomnia, søvnighet, vertigo. Psykiske: Depresjon, nedsatt mental klarhet/årvåkenhet. 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 (hovedsakelig hos eldre pasienter), gastritt, forverret inflammatorisk tarm sykdom, pankreatitt. Hud: Alopeci, fotosensibiliseringsreaksjoner, bivirkninger i slimhinnene og alvorlige hudreaksjoner inkl. Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse. Lever: Hepatotoksiskhet inkl. hepatitt med eller uten gulsott, leversvikt. Luftrør: Bronkospasme. Neurologiske: Forverret epilepsi, parestesier, asypitisk meningitt. Psykiske: Engstelse, forvirring, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Hjertesvikt, hjertebrust, lungeødem, hjerteinfarkt, cerebrovaskulær hendelse, hypertensiv krise. Syn: Tåkesyn. Urogenitale: Hyperkalemi, nedsatt nyrefunksjon, inkl. nyresvikt, vanligvis reversibel når behandlingen stoppes, interstisiell nefritt, forstyrrelser i menstruasjonen. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. angioødem, 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 støtte tiltak f.eks. fjerning av ubesortert 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, Enpac: 5 stk. kr 87,90, 10 stk. kr 149,00.  
50 mg: Endose: 50 stk. kr 635,80, Enpac: 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

# Normalitet

## sett fra allmennlegekontoret

AV JANECKE THESEN

Artikkelen er første gang publisert i seminarrapport nr 5/2004 fra Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin ved UiB. Den trykkes her i lett omarbeidet versjon for Utposten.

Mennesket er en del av naturen. Naturen er mangfoldets mester. Ikke et hårstrå på hodet mitt er nøyaktig likt et av de andre hårstråene på samme hode. Ikke et sandkorn på stranden er nøyaktig likt et annet. Som liten var jeg fascinert av snø- og iskrystallene som falt på vottene mine, jeg kunne fryde meg over dem i timevis. Etterhvert fikk jeg forstørrelsesglass, så mikroskop – jeg kunne nyte av mangfoldet i naturen i både mikro- og makrokosmos.

Samtidig ble jeg oppdradd i en naturvitenskapelig, positivistisk kultur. Vitenskapen, «det sanne», handlet om tall, kategorier og fellestrekk. Jeg gikk naturfaglinjen og hadde et imponerende herbarium. Far, en meget kjærlig mann, tok meg med ut i naturen før jeg kunne gå. Han flettede blomsterkranser til håret mitt, viste meg alle fargene i en fluevinge, fortalte vidunderlige historier og sang sanger som jeg husker den dag i dag. Men også for ham var kategoriene, det lærde, det man lærte på Universitetet, «det egentlige», «det sanne».

### Folk med blå øyne er ikke som oss

Folk med blå øyne sprer aids.  
Folk med blå øyne snylter på fellesskapet.  
Folk med blå øyne snyter på sosialen.  
Folk med blå øyne går med kniv.  
Folk med blå øyne formerer seg som kaniner.  
Folk med blå øyne lukter vondt.  
Folk med blå øyne skulker trappevasken.  
Folk med blå øyne smugler narkotika.  
Folk med blå øyne passer ikke på ungene sine.  
Folk med blå øyne vil ikke lære norsk.  
Folk med blå øyne burde sendes ut av landet.  
Folk med blå øyne rotter seg sammen.  
Folk med blå øyne kan holde seg langt unna dattera mi



**Janecke Thesen**

Fastlege ved Valestrand legekantor DA. Spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin. Førsteamanuensis ved seksjon for allmennmedisin UiB

Hun er både universitetsansatt og allmennpraktiker på landet, med hovedprosjekt «det gode liv». Som doktor i snart 30 år er hun opptatt av en allmennmedisin som ikke krenker pasienter, og som holder god nok kvalitet. Hun er særlig opptatt av kommunikasjon, samhandling, veiledning og makt/avmaktsperspektiver. Hun ønsker seg en gjenoppliving av samfunnsmedisinen.

Verden og livet var lenge ukomplisert. Jeg visste tidlig at jeg ville bli lege. Syk og frisk var entydige kategorier, og jeg kastet meg over medisinstudiet med glupende appetitt – og stortrivdes. Jeg frydet meg over så mye kunnskap, gledet meg over mine nye ferdigheter, og dro avgårde med mann og barn til en fjellsprekk på landet der vi skulle drive god medisin til nytte for folket. Og det tror jeg faktisk vi gjorde.

**Den første lille uroen** slo inn da jeg sammen med de andre i kvinnegruppa på studiet gjorde en undersøkelse av hvordan kvinnelige leger fordelte seg på det medisinske arbeidsmarkedet etter eksamen (1). Vi fant at de slett ikke fordelte seg etter de statistiske lovene vi hadde lært med begeistring. Vi kunne heller ikke forklare fordelingen med gjeldende myter, som antall barn, år etter eksamen osv. Vi sto igjen med at den mest sannsynlige forklaringen var forestillinger om mannlighet og kvinnelighet, inkludert den om at menn er sjefer, og kvinner holder seg et skritt bak. Da vi gjentok undersøkelsen, var den generelle tendensen opprettholdt (2). Den første lille uroen var: Hvis kvinner er mennesker, og det er sant at vi har likestilling i Norge – hvorfor er ikke kvinnelige kirurger like naturlig, vanlig og normalt som mannlige kirurger? Hva er egentlig normalt – og hvorfor?

**Den andre lille uroen** kom etter eksamen. Jeg hadde – igjen med begeistring – oppdaget Bayes theorem, om falske positive og sanne negative funn. Jeg så den økende uroen gravide kvinner ble påført etterhvert som bruken av ultralydundersøkelser skjøt fart i Norge. Etter hvert fikk

## Diagnoser...



flere og flere påvist «noe vi ikke er helt sikre på hva kan være – det er best at vi kontrollerer deg ekstra hyppig». Men jeg så også fordelene ved enkel overvåking – i et leserbrev i Tidsskrift for Den norske lægeforsening hadde jeg lest om nytten av symfyse-fundus-målinger

Jeg hadde tegnet av kurven på rutepapir, mangfoldiggjort den med en kopimaskin og innførte målinger for «mine» gravide. Skjebnen ville det slik at den første gravide avvek positivt tidlig i svangerskapet. Slik ble tvillinggraviditeten hennes erkjent raskt, og vi kunne avlaste henne fra den fysiske tunge jobben hun hadde. Jeg var også med på å innføre tre-årig nasjonal screening for cervixcancer-forstadier, etter å ha latt meg overbevise om en god nytte/kostnadsbalanse for et slikt tiltak. Men jeg slåss innbitt mot mammografiscreening, en sak der jeg den dag i dag er nokså sikker på at vi er lurt av en allianse mellom multinasjonal teknologiindustri og innflytelsesrike medisinere. Vi er lurt til å tro at nytte/kostnadsbalansen er mer positiv enn den er og dermed til å innføre screening i størstedelen av den vestlige verden. Den andre lille uroen som fulgte av mange screeningdebatter var: Hvis det skal være mening i å identifisere noen som muligens avviker – noen som ikke har hatt symptomer og selv initiert kontakten med helsevesenet – må ikke da totalregnskapet gå i balanse for dem det gjelder – nemlig *alle* de screenede – inkludert de falske positive og falske negative? Er det nok at det er nyttig for de sanne positive eller for industrien, inkludert de legene som tufter sine karrierer på framveksten av nye medikamenter eller teknologi?

**Den tredje uroen** kom da jeg ledet et psykiatriprosjekt i Indre Sogn. Brukerne fortalte om et stigmatisert og ensomt liv i fattigdom, der «bygdedyret» herjet med dem. De fortalte om diagnosens rolle i dette. Unntaksvis mente de selv at den hadde vært til nytte – langt oftere til forbanelse (3). Jeg satte meg inn i hva psykiatriske diagnoser egentlig er, og lærte om diagnosesystemer som vedtas ved konsensus av de mest innflytelsesrike psykiaterne. Det bærer diagnosesystemene også preg av: Skal man følge en be-

stemt diagnose gjennom de forskjellige versjonene av f. eks. DSM\*, har man en innfløkt jobb. Tilstandene skifter stadig navn og innhold, kan være tilsynelatende borte i en utgave, for så å komme tilbake under et annet navn i neste utgave. Jeg begynte å gjennomgå journalene til de av mine pasienter som hadde en langvarig karriere innen psykiatrien. Det eneste fellestrekket jeg fant, var at alle hadde fått *mange forskjellige* diagnoser, mange av dem skulle man tro var gjensidig ekskluderende. Den tredje uroen var ikke lenger liten og kunne formuleres slik: Hvis helsevesenet er til for å hjelpe syke mennesker, bl.a. ved å stille diagnoser – må ikke da diagnosen oppleves som nyttig av dem som får den? Skal helsevesenet fortsette å stille diagnoser som oppleves som livstidsdommer av pasientene?

**Den fjerde uroen** kom da jeg selv ble rammet av klassifikasjonssystemene. Fra min trygge A4-tilværelse med mann og barn, katt og hund i fjellsprekken, forelsket jeg meg i en kvinne. Etter hvert valgte jeg å dele livet med henne, noe som førte til store omkostninger for meg selv og kjæresten min, men først og fremst for mine barn, mine foreldre, og ham jeg forlot. Igjen lærte jeg mye: jeg registrerte reaksjonene omkring meg, og fikk etterhvert (for) lange lister over venner som ikke var der lenger. Jeg ble kjent med mange lesbiske kvinner og homofile menn; like sterke, flotte og mangfoldige som folk flest. Jeg satte meg inn i lesbisk og homofil historie, og leste om da American Psychiatric Association – APA – stemte over hvor vidt homofili var sykdom – og heldigvis kom til det motsatte i 1973. Men avstemming? Var det dette far hadde en slik dyp respekt for innen de akademiske tradisjonene – var dette vitenskap? Uroen steg, og jeg kunne ikke lenger ta syk og frisk for opplagte, entydige kategorier. Hvorfor var det blitt slik på allmennlegekontoret at der jeg før kunne dele folk inn i tre kategorier: «syk», «frisk» og «må avklares ved kontroll», var frisk-kategorien blitt nesten borte. Hvis folk

\* DSM står for Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Det er et amerikansk og utbredt klassifikasjonssystem for psykiske sykdommer og revideres jevnlig. Dagens system kalles DSM-IV. Alternative systemer (ICD = The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, og ICPC = International Classification for Primary Care) omfatter både kroppslige og psykiske tilstander. I ICPC kan man også kode symptomer, der sikker diagnose ikke kan stilles.





som søkte min hjelp ikke havnet i kategorien syk – noe flere og flere gjorde – havnet de i en stadig økende gråsoner som risikant eller kanskje-syk. Hvis jeg skulle følge alle retningslinjer, måtte jeg ta dem alle til kontroll en gang i fremtiden. Jeg hadde en økende opplevelse av at dette ikke var bra for folk. Den fjerde uroen steg til alarm, og inkluderte påtrengende spørsmål om medisinsens makt, bl.a. definisjonsmakt: Hva er egentlig sykdom, og hvem bestemmer hva som er ikke-sykdom, og følgelig, i medisinsens verden: normal – for ikke å si naturlig? Hvilke konsekvenser får dette for dem som rammes, og tidvis utstøtes ved hjelp av medisinsens definisjonsmakt?

### Grensene for det normale i vårt samfunn

Jeg fikk trøbbel med min faglige identitet, og måtte ta et oppgjør med min naive barnetro om medisinen som et fag som utelukkende hjelper syke mennesker. Jeg begynte å utforske normalitet slik den var utformet i min medisinske hverdag på slutten av det tyvende århundret, og laget en modell for grensene for normalitet i vårt samfunn (bearbejdet fra (4)):



FIGUR 1. Grensene for normalitet i vårt samfunn. Det er tre måter å falle ut på, via psykisk sykdom, via fysisk sykdom og via andre avvik.

Det er lett å forstå at samfunnet har gitt medisinerne mandat som grensevakter for psykisk og somatisk sykdom – via diagnosesystemene DSM, ICD og ICPC. Men mer problematisk er det at medisinerne også har vært aktive og levert begrepene ved den tredje grensen: avvikerne. Eksempler på dette er medisinerens rolle i å definere begreper som kvinne

(som avviker fra mannen), som rase (som avviker fra den hvite rase), som homofil (som avviker fra den heterofile), som misbruker, kriminell osv. osv. Uansett avvikerkategori jeg har undersøkt, har medisinerne levert betydelige bidrag – både til begrepsfesting og ofte som grensevakter. Jeg måtte etterhvert motvillig innse at den profesjonen jeg med begeistring hadde gått inn i, var en av samfunnets mektigste premissleverandører for utstøtelsen – i tillegg til at vi i mange tilfeller faktisk hjelper folk.

Så hva er normalt, dvs. ikke-sykt, i medisinsens mektige verden? Er sykdom objektivt og vitenskapelig fundert, dvs. verdifrie tilstander som mennesker kan ha, og som kan oppdages av alle som har lært de empirisk funderte kriterier og evidenskrav for å stille diagnosen? Eller er sykdom uønskede, dvs. verdiladede og dermed subjektive kategorier som påføres mennesker av andre mennesker med mer makt enn dem selv? Sykdom kan neppe være ethvert avvik fra en statistisk norm. Som middelaldrende kvinne med akademisk karriere, høy inntekt og fremgangsrike barn avviker jeg sterkt fra en statistisk kvinnenorm. Ingen ville imidlertid klassifisere det som sykdom. Verre da med min lesbiske livsstil. Trass i at Norsk psykiatrisk forening i 1977 vedtok at homofili ikke lenger burde brukes som sykdomsdiagnose, og at samme forening i 2000 uttalte at «Homofili er ingen sykdom eller sykkelig tilstand, og kan derfor ikke være gjenstand for behandling», stiller psykiatere villig opp som eksperter på møter, seminarer osv. der homofili problematiseres.

### Konsekvenser av min uro

Dersom jeg tar på alvor min uro 1–4, må jeg også akseptere at diagnoser og dermed grensen mellom normalt og unormalt i medisinen ikke kan trekkes uten å vurdere verdier (for ikke å si moral) og dermed subjektive faktorer. Hvordan skulle vi ellers forklare den i amerikanske sørstater utbredte diagnosen «drapetomani», som betegnet en svart slaves tvangspregede tendens til å flykte fra sin herre (5)? Eller «dyaesthesia aethiopia» som fikk svarte individer til å neglisjere eiendomsrett (6)? Eller personlighetsforstyrrel-

ser, nå anslått å gjelde 10–15 prosent av befolkningen, og definert som «et mønster av indre opplevelser og ytre atferd som avviker markert fra det som forventes i personens omgivelser og kultur» (7)? Det er mange fordeler ved å hevde at medisin er tuftet på et verdifritt, objektivt vitenskapelig grunnlag – såkalt non-normativisme (8). I vår kultur er det nærmest unødvendig å begrunne det å bedrive naturvitenskap, og medisinen kan slik unnsnippe diskusjoner om dens mål og mening. For normativistene, derimot, er det umulig å avgjøre om en tilstand representerer helse (normalitet) eller sykdom (avvik) uten referanse til verdier. Caplan tilbyr et kompromiss mellom normativister og non-normativister ved å tilby en posisjon der man gjennom debatt kan oppnå konsensus om verdier så vel som fakta. Da kan man definere «sykdom som uønsket dysfunksjon, der dysfunksjon er definert ut fra både menneskelige målsetninger og oppbygning av menneskekroppen (og sjelen, i den grad man kan vite noe om den). Helse ville da være verdsett funksjon, optimal eller maksimal, i systemer eller vev.» (8, min oversettelse). Det er en pragmatisk definisjon som er mulig å akseptere, men som introduserer et klart politisk element som Caplan ikke problematiserer: Uønsket av hvem? Verdsatt av hvem? At de forskningsetiske komiteer nå vurderer å inkludere de samfunnsmessige konsekvensene av nye «normalitets-tatt-for-gitt-heter» (9) er løfterikt, men forutsetter at det tydeliggjøres hvis interesser som fremmes – gitt de forskjellige alternativene.

### Tilbake i den mangfoldige hverdagen

Jeg er tilbake på mitt allmennlegekontor, på en hverdag i bygde-Norge. Ca. 20 mennesker, så mangfoldige og ulike som bare mennesker kan være, snakker med meg, blir undersøkt av meg, får ofte en diagnose av meg på 12–13 minutter. Ytterligere 10–15 mennesker formidler sitt budskap, sitt problem, sin appell til meg via brev eller telefon. Fem til seks mennesker blir kjølig kategorisert, vurdert og gitt anbefalinger for behandling av spesialisthelsetjenesten via epikriser eller polikliniske vurderinger som tikker inn via elektroniske overføringer. Automagisk! Fabelaktig! Det er lett å fanges, lett å blendes: I dag har jeg forholdt meg til ett ankelbrudd, to p-pille-behov, to hypertonicere, tre diabetikere, to hemorragiske cystitter, ett akutt hjerteinfarkt, fire depresjoner, en smertepasient, to nyseparerte, fire coronarsyke, to ryggpasienter, fem langtidssykemeldte, en parkinsonist, en polymyalgiker osv. osv. Eller: i dag har jeg truffet Tone og Per F og Per N, Nils og Sofie, Anne-Grete og Ingeborg, Anna P og Anna G, Lise og Mette, Frank og

Torill osv. Alle med en vidunderlig eller forferdelig, helt spesiell historie å fortelle, ofte med en forhistorie jeg kjenner, og der jeg gleder meg spent til fortsettelsen. Hver eneste dag forbløffes jeg av styrken, begeistres jeg av utholdenheten, fortviles jeg av elendigheten og gledes jeg av kjærligheten mine pasienter lar meg ta del i. Og av mangfoldet og kompleksiteten i menneskelivet. Verken to Trine-Liser eller to diabetikere er like. Som arbeidsredskap har jeg på doktorskolen lært å objektivere, kategorisere i et diagnosesystem, behandle og stille prognoser. I livets skole og i det allmennmedisinske faglige fellesskap har jeg lært å bruke meg selv som instrument, og å anerkjenne, styrke og dele min kunnskap med dem som søker min medisinske hjelp. Begge deler er viktige, begge deler fremmer helse og motvirker sykdom. Men i dagens medisinske kultur har det første arbeidsredskapet fått en urimelig forkjøringsrett. Objektivisering og kategorisering fører altfor ofte til stigmatisering, der jeg som lege og medmenneske ubevisst faller inn under rådende kulturelle fordommer, og medvirker til den krenkelse og den utstøting som pasienter lavt i medisinske statushierarkier opplever i helsevesenet (4). Min pragmatiske løsning på dette er å avstå fra å stille diagnoser som ikke er nyttige for noen, først og fremst som ikke er nyttige for pasienten. Jeg ønsker meg et samfunn der grensene for det normale utvides, der det blir romsligere å være menneske uten å bli stemplet som avviker.

Referansene finnes på <http://www.etikkom.no/HvaGjorVi/Publikasjoner/normalitet>



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 [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)

# Med Twinrix® inn i fremtiden!

Fremtidig reiseaktivitet avgjør  
valg av vaksine i dag



– en «reiseforsikring» som varer lenge\*.....

**Twinrix®**  
Verdens første hepatitt A og B vaksine

Se preparatomtale side 47

# En sykehjemslege krysser sine spor

## – refleksjoner etter 25 års arbeid som «tilsynslege»

AV PER STEINAR STEINSVOLL

Tilfeldigheter i mitt liv gjorde at jeg i 1963 valgte solo allmennpraksis som mitt fremtidige virke og etablerte meg i Sel i Nord-Gudbrandsdal. Dette var i en tid da denne form for legevirksomhet hadde lav status, og lokalisert til et landens distrikt disponerte det for faglig isolasjon og stagnasjon. Å arbeide i solopraksis uten faglig korrektiv kan i lengden være direkte farlig for pasientbehandlingen og destruerende for selve legevirksomheten.

Det var for å motvirke dette at jeg i april 1977 tiltrådte som «tilsynslege» ved det nyåpnede Sel sjukeheim, med åtte timer ukentlig tilsyn. Arbeidet som ansvarlig lege ved sykehjemmet bød på medisinske utfordringer i samarbeid med annet helsepersonell, som fikk innsyn i min faglige kompetanse og dermed ble et viktig korrektiv.

Sel sjukeheim er lokalisert sør for Otta og hadde ved åpningen i 1977 42 senger – i dag er det 44. Sel kommune har i denne perioden hatt et noe synkende folketall med et gjennomsnitt på 6500 innbyggere. I løpet av disse 25 årene har institusjonens funksjon og plass i behandlingsskjeden gjennomgått en betydelig utvikling – i likhet med sykehjemmene generelt her i landet. Som tilsynslege over så lang tid fikk jeg følge og føle utviklingen på godt og vondt. Det er på bakgrunn av dette at jeg her deler noen refleksjoner med Utpostens lesere – utviklingen fortsetter, og vi bør være med å styre den!

Timetallet for legetilsyn forble uforandret i disse 25 årene. Fordelingen var også uendret, med seks timer torsdag kl. 9–15 og to timer mandag kl. 18–20. Alle pasienter ble undersøkt, og journal ble skrevet ved innleggelsen og minst en gang årlig. Interkurrente alvorlige episoder ble tatt hånd om og journalført. Fram til vanlig sengetid kunne jeg hver dag som oftest nås per telefon, uten at jeg hadde noen formell vaktplikt. Dette var en rasjonell ordning som ble brukt ukentlig. Jeg kjente pasientene godt, og det meste kunne ordnes per telefon.

### En faglig stimulans

Det var særlig to forhold som bidro til å gjøre arbeidet ved sykehjemmet faglig stimulerende for meg. Det ene var å utarbeide de medisinske årsmeldingene. Dette ga mulighet for selvevaluering, både gjennom rene tallmessige registreringer og gjennom refleksjon over ikke-målbare relasjoner



**Per Steinar Stensvoll**

70 år, 40% pensjonist og resten som fastlege i solopraksis i Sel (siden 1963)

til pasienter, pårørende og samarbeidende helsepersonell. Ved at jeg årlig sendte disse rapportene til lokalsykehuset, tilsynsmyndighetene, samarbeidende leger og annet helsepersonell i kommunen ble det åpnet for innsyn i og kontroll av en relativt isolert funksjon med stort individuelt ansvar. Årsmeldingene er ved siden av erfaringen det viktigste grunnlagsmateriale for mine refleksjoner her.

Det som også bidro til å gjøre arbeidet interessant, var forsøket på å heve det faglige nivået. Jeg bestemte meg for å undervise personalet i emner som angikk sykehjemmets pasienter direkte eller var av mer generell karakter. Dette var ikke improviserte forestillinger hvor tilfeldig tanke-spinn fant sin form, men – etter min mening – vel forberedte småforelesninger ledsaget av illustrasjoner i form av «overheads», med rik mulighet for spørsmål og diskusjoner. Jeg fant snart ut at forberedelsene til disse – som fant sted utenom min tilmålte arbeidstid – ga meg mye faglig sett, kanskje mer enn utbyttet pleiepersonalet fikk. Jeg var jo nødt til å sette meg skikkelig inn i de emner som var valgt, for å framstille dem på en ryddig og forståelig måte. Som takk for ekstraarbeidet fikk jeg også opplevelsen av at disse små faglige drypp gjorde arbeidsstedet triveligere og selve arbeidet mer meningsfylt for alle.

### Forandring – ikke bare til det bedre

Sykehjemmets funksjon har endret seg mye i løpet av disse 25 årene. De første fem-seks årene bar preg av at opptil 70 prosent av sengeplassene var fast belagt med samme pasient i mange år. Disse hadde fått lovnad om fast plass fra starten, og mange var åndsfriske og fysisk spreke med lang forventet levetid. Det var stor aktivitet på arbeidstuen de første fem-seks årene! Pasienten med lengst «liggetid» levde i sykehjemmet i nesten 13 år.

Det ble både et administrativt og et medisinsk problem å legge om til en mer effektiv driftsform som medførte større

sirkulasjon til beste for flere. Stort fast belegg med få senger til disposisjon for nye pasienter førte til betydelig innleggelsespress. I 1980 ble derfor tre senger øremerket for avlastningsformål, og dette ble økt til ti senger i 1988. Det ble samtidig avsatt en seng for øyeblikkelig hjelp-formål. Dette medførte en stor økning i den medisinske aktiviteten, og sirkulasjonen var maksimal i 1992. Kun 19 plasser var da opptatt av «fastboende», slik at 23 senger var ledig for sirkulasjon. Til sammen 131 pasienter ble behandlet i sykehjemmet i 1992, hvilket gir et «effekt mål» på 4,9 innleggelser per seng. Å kunne behandle akutt sykdom hos eldre i et sykehjem er særlig gunstig ved store avstander til nærmeste sykehus, som i vårt tilfelle er 110 km. Ofte gjaldt det interkurrente febrile tilstander, gjerne med kompliserende pneumoni, eller det kunne være forverring av astma eller av hjertesvikt med pusteproblemer. De fleste pasientene var gamle, bodde gjerne i utkanten av distriktet, ofte alene og med dårlig omsorgsnettverk.

Lov om kommunehelsetjenesten i 1984 førte til sterk utvikling av hjemmebasert omsorg, og denne ble ytterligere utbygget med nattdienst etter at kommunen hadde overtatt driftsansvar for sykehjemmet i 1988.

På begynnelsen av 1990-tallet var det stemning for å nedbygge sykehjemmene etter mønster fra Sverige. Der har man imidlertid geriatriske avsnitt ved de fleste lokalsykehus, så sammenligningen var ikke holdbar. Utover på 1990-tallet var det også økende press om at sykehjem kun skulle ha enerom. Ved tusenårsskiftet var sykehjemmet blitt utvidet med en toppetasje med 16 enerom beregnet for senil demente, samtidig som 14 dobbeltrom ble omgjort til enerom.

Fra siste halvdel av 1990-tallet var det blitt umulig å ha egne senger for avlastnings- og akuttfunksjoner. De fleste innleggelsene kom nå mer eller mindre akutt, og få ble innlagt etter venteliste. Innleggelsespresset var særlig stort fra lokalsykehuset om at ferdigbehandlede eldre pasienter skulle «rehabiliteres», og det ble innført dagbøter. Oftest var det her snakk om ren pleie. God utbygging av hjemmebaserte tjenester gjorde at mange fikk bo i sine hjem, men noen ble også værende i sykehjemmet til de døde. Samtidig ble effekten av sparetiltak ganske merkbar. For eksempel skulle rengjøring sløyfes i helgene på grunn av nedbemanning. Økt arbeidsmengde med tidspres medførte at det heller ikke lenger ble mulig for meg å få til kursing av de ansatte. Nedbemanning og økt arbeidspres gikk ut over trivselen på arbeidsplassen, og sykefraværet blant alt personell var økende.

### Medikamentforbruket avspeiler endringer

Fra 1984 ble medikamentell behandling dataregistrert av Norsk Medisinaldepot via det lokale apotek i definerte



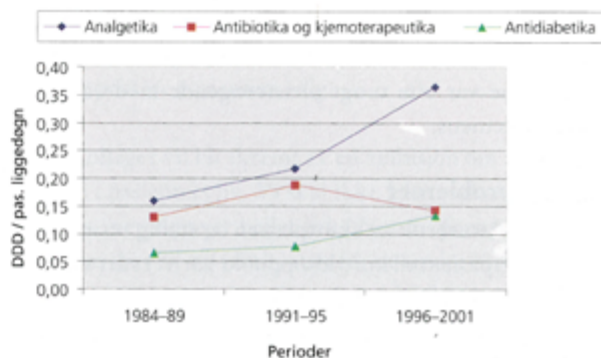
døgndoser (DDD) og kronebeløp. (Dessverre ingen registrering i 1990). Det årlige totalforbruket og forbruket av enkeltmedikamenter ble tatt med i årsmeldingene. En kunne da se utviklingen av legemiddelkostnader per liggedøgn og i prosent av totalbudsjettet. Kostnadene har i hele registreringsperioden holdt seg under 2 prosent av totalbudsjettet:

TABELL  
Legemiddelkostnader (årgjennomsnitt for periodene I–III)

Perioder	Legemiddelkostn. i kr. pr. liggedøgn	Legemiddelkostn. i prosent av totalbudsjett
1984–89 (I)	10.98	1.92
1991–95 (II)	15.79	1.88
1996–2001 (III)	23.31	1.94

I løpet av disse 25 årene har det skjedd en gradvis økning i den aktive medisinske behandlingen, i tillegg en økt palliativ behandling og pleietyngde. Disse forhold illustreres med eksemplene i følgende diagram:

### Medikamentforbruk 1984–2001



I de siste årene økte prevalensen av diabetes og pasienter med behov for intensiv smertebehandling. Antibiotikabruket var størst i midtre del av perioden da akuttplassen fungerte maksimalt.

### Om bruk og misbruk

I retningslinjene for bruk av akuttplassen heter det at innleggelsen foretas av lege i samråd med ansvarlig sykepleier. Innleggende lege har det fulle medisinske ansvar inntil tilsynslegen har sitt regulære tilsyn. De tilstander som innlegges, skal det være medisinsk forsvarlig å behandle på primærmedisinsk nivå. Oppholdet skal være maksimalt tre døgn, og innleggende lege skal være med i «frigjøringspro-

sessen». Dette kunne fungere godt, men akutt-plassen ble også misbrukt. Det ble lagt inn pasienter med problematikk som egentlig krevde omgående innleggelse i sykehus, og å frigjøre plassen ble sykehjemets problem alene. Spille-reglene ble ikke fulgt. I årsmeldingen for 1991 står det:

Bruken av akuttinnleggelse har økt i takt med utbygging av hjemmesykepleien. Dette gjelder ofte pasienter med sykdomsproblemer som krever overvåking og aktiv medisinsk behandling. Pasientene har gjerne noe uklar sosial og medisinsk problematikk, og den medisinske utredning har ofte vært mangelfull før innleggelsen. Sykehjemmet benyttes derved til en medisinsk akutt- og utrednings-funksjon som det ikke er beregnet for. Personellet får økt arbeidsbelastning i form av overvåking og intensivbehandling, og det er behov for svært hyppig legetilsyn. Praksis har vist et økende behov for akutfunksjoner, men da må sykehjemmet tildeles faglig kompetanse og det utstyr disse oppgaver fordrer. Pleiefaktoren må reguleres opp, og legetjenesten må styrkes.

Avlastningsplassene kunne også «misbrukes». I 1994 var en og samme pasient innlagt åtte ganger og to pasienter seks ganger. I årsmeldingen for dette året heter det:

Effektivitet betyr ikke det samme som kvalitet. Ønsket om maksimal ressursutnyttelse kan komme på kollisjonskurs med myke og lite målbare verdier som trivsel, omsorg og trygghet for den enkelte pasient. Det finnes en grense her .... Det hevdes ofte, og kanskje med rette, at vi trenger flere institusjonsplasser til avlastnings-/korttidsformål. Hensynet til familien tilsier ofte hyppige avlastningsopphold, men det kan gå utover livskvaliteten til den enkelte pasient. Det å stadig skifte omgivelser og forholde seg til nye personer virker forvirrende og skaper gjerne utrygghet og angst hos pasienten.

Pasientene var ofte tungt pleietrengende med varierende grad av demens.

### Etiske problemer

I tillegg til misbruk av akutt-plassen og stadig resirkulasjon av samme pasient til korttidsopphold har vi i vårt sykehjem hatt to andre underprivilegerede grupper: den unge pleietrengende og den gamle åndsfriske, somatisk uføre pasient. I tidsrommet 1978–1992 hadde vi tre MS-pasienter: en mann på 38 år som levde i ti år og to kvinner på 32 og 35 år som levde hos oss i fire–fem år. Alle ble innlagt som rullestolpasienter og utviklet gradvis pareser til full pleietyngde, og de døde hos oss. Det er en skam for vårt velferdssamfunn at unge mennesker som er ute av stand til å verge seg eller gjøre anskrik, er henvist til å leve i et miljø med overveiende demente gamle mennesker. Hvilken fortvilelse og hvilken angst når fremmede personer roter omkring i rommet til den som ligger i sengen fullstendig forsvarsløs!

De åndsfriske eldre som på grunn av somatisk sykdom og funksjonshemming må tilbringe sin siste tilmålte tid blant et

flertall senil demente, lider også ofte i stillhet. I årsmelding for 1997 heter det:

I et miljø hvor 67 prosent lider av alle grader av aldersdemens, vil det være vanskelig for åndsfriske gamle og uføre å finne trivsel i fellesskapet. Dette gjelder mennesker som på grunn av fysisk sykdom og uførhet trenger pleie og omsorg i et somatisk sykehjem. De er i sine siste leveår henvist til å leve i et lite stimulerende miljø sammen med til dels støyende og vandrende medpasienter. Enkelte kan til tider være voldelige og truende i sin adferd.

Når demens er så utbredt at det setter sitt preg på institusjonen som helhet, er det et spørsmål om ikke åndsfriske burde få bo i atskilte boenheter. Ved påbygging av toppetasjen med 16 senger var jeg stemt for å øremerke denne for de åndsfriske, men det ble i stedet egen post for de mest utagerende senil demente.

### Sykehjemslegen – nåtid og fremtid

I løpet av disse 25 årene skjedde det altså ingen oppjustering av legens arbeidstid ved sykehjemmet, til tross for en betydelig økning av den aktive medisinske behandlingen som fant sted i institusjonen. Fagutvalget i APLF har utarbeidet minimumstall for legetid i sykehjem som innebærer en radikal oppjustering i forhold til dagens normtall (1). Legeforeningen gir i en utredning anbefalinger om normtall som går utover disse igjen, og som gir mulighet for etterutdanning og forskning og derved kvalitetsforbedring i det kliniske arbeidet (2). Dersom dette etter hvert får gjennomslag, vil det utvilsomt medføre bedre kvalitet av legearbeidet i sykehjem, statusheving av virksomheten og dermed også økt rekruttering til legestillinger ved sykehjem.

Sykehjemslegen har et medisinsk sett ensomt yrke med stort personlig ansvar. Det må ofte tas avgjørelser vedrørende pasienter hvor det ikke finnes noen enkel fasitløsning. Behandling eller ikke-behandling av kompliserende pneumoni hos terminalt syke pasienter krever for eksempel grundig og helhetlig vurdering i hvert enkelt tilfelle – og det er legens ansvar. Utbygging av områdegeriatri med mulighet for kollegial rådgiving og assistanse i vanskelige kliniske spørsmål bør realiseres i alle deler av landet.

### Litteratur:

1. Fagutvalget i APLF. Bedre legetjeneste i sykehjem. www.legeforeningen.no. APLFs hjemmeside 15.05.2003.
2. Juul Andersen E. Eldre var tema i møte med Stortingets sosialkomite. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1744.

*Jeg takker Allmenmedisinsk forskningsutvalg for tildelt allmennpraktikerstipend og dr. med. Mette Brekke, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO for inspirerende veiledning*

## BOK anmeldelser

# «I begynnelsen er samtalen»

«Klokskap er akkumulert og anvendt kunnskap» skriver John Nessa. Sin egen erfaring og kunnskap har han som kommunlege i Hjelmeland kommune i Rogaland i 20 år og som I. amanuensis ved Universitet i Bergen hvor han også tok sin doktorgrad: «Talk as medical work».

Møtet mellom pasient og lege er vårt viktigste læringssted. Selv har John Nessa hatt over 50 000 konsultasjoner med pasienter i løpet av doktorlivet sitt. Refleksjon rundt disse samtaler er bokens prosjekt. Og for å forstå og lære henter han kunnskap fra andre fagfelt og andre spesialister: språk, filosofi, skjønnlitteratur og flere psykoterapeutiske tradisjoner. For som han sier: Vi tror vi kan samtale med våre pasienter, men det er vist om igjen og om igjen at det er her vi kommer til kort. «Den allmenmedisinske samtalen egner seg ikke for nybegynnere. Tvert i mot er dette en side ved klinisk praksis en aldri blir fullt utlært i».

Han begynner bibelsk: «I begynnelsen er samtalen». Dette kapitlet er bokens viktigste. Her setter han dagsorden for hvordan han mener legekunst skal utøves i dag i Norge med autonome, selvstendige og meningsberettigete pasienter. Han viser stor respekt for den enkelte pasient og ser store muligheter i det faget vi forvalter. Det å kunne samtale skikkelig er selve forutsetningen for å diagnostisere og behandle sammensatte helseproblemer. Dette er derfor ikke en særinteresse for dem som er opptatt av psykiatri, Nessa henvender seg til alle allmennleger. Som leger skal vi hjelpe våre pasienter til å møte sine hverdagsproblemer og til å styrke sin selvtillit.

I kapittel 2 henter han kunnskap fra språkvitenskap og kommunikasjonsteori, og i kapittel 3, Narrativ Medisin, setter han fokus på pasientens egen historie. Vi må kjenne pasientens historie for å kunne bidra til å gi mening og retning i dette menneskes liv. I kapittel 4 har han en oversikt over utviklingspsykologi. I kapittel 5 kommer han innom de psykoterapeutiske tradisjonene som han mener kan bidra også innen allmenmedisin: kognitiv terapi, interpersonell psykoterapi, personsentrert terapi og eksistensiell psykoterapi. Dette må nødvendigvis bli forenklete fremstillinger, men han peker på relevant annen litteratur til fordypning.

John Nessa

### Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmenmedisin

208 sider. Oslo  
Gyldendal akademisk, 2003.

Pris NOK 280  
ISBN 82-05-31420-9.



Til slutt omtaler han legerollen i Norge i dag. Kapitlet heter «Mellom allmakt og avmakt: Hva legen kan og ikke kan». Han viser stor respekt for pasienten som oppsøker legen, han har ikke sans for kolleger som oppfatter pasienter som vanskelige personer med urimelige krav. Vi må selv definere vårt faglige ståsted, ikke være redde for å si at vi ikke kan. John Nessa låner andre yrkesrollers agenda når han sier at vi skal være «jordmødre» og «redaktører» i andre menneskers liv. Han er ambisiøs: «terapeutens (altså allmennlegens) eksistensberettigelse er å være fødselshjelper for det livet pasienten ennå ikke har levd» Samtidig advarer han mot forandringskåtskap fra psykoterapeuters side. Vi må respektere pasienters valg.

Mange kolleger vil bli skremt av en ambisjon om å spille så stor rolle i pasienters liv. Vi skal ikke leke psykologer eller psykiater, men dette er heller ikke Nessas poeng. Som allmennleger har vi et viktig ståsted, vi undervurderer det unike møtet vi har med pasientene og det faget vi forvalter. Ikke minst etter fastlegereformen har vi som doktorer fått et stort terapeutisk potensiale. Bokens utfordring til den enkelte lege er å reflektere, lære, og endre seg fordi relasjonen mellom lege – pasient er i stadig endring. Utfordringen til fagmiljøet er å føre en kontinuerlig diskusjon om hvor mye psykoterapeutisk aktivitet en skal kunne forvente av allmennlegen. Denne boka er et flott utgangspunkt for begge disse utfordringene. Det er en bok som kan gjøre oss til bedre leger.

Les den!

Bente Aschim  
Fastlege i Oslo

Her er  
**UTPOSTEN**  
– føl deg hjemme!

Finn Skårderud  
**Andre reiser**

332 sider. Aschehoug, 2004.  
Pris NOK 328. ISBN: 82-03-22983-2.



Finn Skårderud er lege og psykiater, og en kjent skribent. Han har skrevet fagbøker, ikke minst om spiseforstyrrelser, men er også en profilert litteratur- og filmkjenner. I to bøker, *Uro* (1998) og årets *Andre reiser*, binder han sammen refleksjon om kunst med refleksjon om menneskets livsbetingelser i det «senmoderne» samfunnet, og hvilke utslag dette gir i vår helse og sykkelighet. Jeg finner det derfor naturlig å omtale *Andre reiser* i Utposten, selv om det ikke er en medisinsk fagbok.

Men nettopp fordi dette ikke er en fagbok, gir den andre og kanskje like viktige innfallsvinkler til å forstå vår tids mennesker, også i rollen som legens pasienter. Å se menneskets livsproblemer og sykdom gjennom den medisinske vitenskapens filter, gir en delforståelse av menneskets virkelighet, men vi må ta oss i vare for å tro at vi gjennom denne tilnærmingen får tak i hele sannheten. Kunst, og kanskje særlig litteratur, er en annen måte å tilnærme seg verden på, og kunsten (og kanskje filosofien) kan være en kilde til en forståelse av verden og virkeligheten som ligger nærmere kjernen i fenomenene («Das Ding an sich») enn den erkjennelse vi får gjennom vitenskap alene. For å bli en klok og «god» lege, må man være noe mer enn en «flink» lege, man må ha noe mer enn det «vitenskapen alene» kan utvikle en til.

Dette «noe mer» er vanskelig å definere. Det bygger ikke minst på erfaringer vi får med oss i møte med mennesker.

Som leger, og ikke minst allmennleger, får vi innblikk i andre menneskers liv i et omfang og i en dybde som sannsynligvis ingen andre yrkesgrupper har mulighet til. Men det er et spørsmål om kvantitet og kvalitet også her, det er *refleksjonen* over alle disse møtene som kan gi oss klokskap og den dypere innsikten enn det lærebøkene kan gi oss. Denne refleksjonen kan vi utvikle på flere måter, gjennom selv å tenke gjennom våre møter og gjennom å drøfte dem med andre, gjerne i organiserte sammenhenger. Men også de impulser vi kan få fra litteratur og annen kunst, kan være en viktig kilde til å utdype vår erkjennelse av og evne til å forstå mennesket i vår tid, altså våre pasienter.

Og det er ikke minst som inspirasjon til denne refleksjonen over våre møter, at *Andre reiser* kan være oss til hjelp. Med reisens mange varianter og former som inngangsport og en slags ledetråd, drøfter forfatteren en rekke sentrale sider ved det å være menneske i vår tid, den «senmoderne» æra. Han gjør dette med utgangspunkt i skjønn- og faglitteratur (særlig den nyere) og film, og dels med bakgrunn i egen erfaring som lege og terapeut.

Blant de temaer Skårderud drøfter, står det moderne arbeidslivet og hvordan det påvirker oss som arbeidstakere, sentralt. Med utgangspunkt i den amerikanske sosiologen Richard Sennet og hans bok «The corrosion of character.» *The personal consequences of work in the new capitalism* (1998) (på norsk: Det fleksible mennesket, Fagbokforlaget 2001) ser han nærmere på de krav som stilles i det moderne arbeidslivet, med sitt krav om «fleksibilitet», «tilgjengelighet», «effektivitet». Skårderud skriver:

## Nyttig og bra om ledelse og kvalitet i kommunehelsetjenesten

Førsteforfatter Øgar er velkjent aktiv fylkeslege og veileder i allmennmedisin i Sogn og Fjordane. Gjennom noen år har kontoret der produsert utmerkede og ofte humoristiske årsberetninger som vitner om en effektivitet og glede i arbeidet som nå har resultert i faglig meget sterk lærebok for kommunehelsetjenesten. Medforfatter Hovland er ved samme kontor og har bakgrunn som fysioterapeut. Dette balanserer fremstillingen bra og boka retter seg til alle aktører innen kommunehelsetjenesten.

Boken er delt i 12 hovedkapitler. Det foreligger oppsummering etter hvert kapittel med gode litteraturhenvisninger. Slik sett bør boken ha en sentral plass såvel i håndteringen av den praktiske hverdag som i utdanning for de profesjonelle helsearbeidere rundt i kommunene. Som en rød tråd går kvalitetsutvikling gjennom hele boken. Forfatterne har med sitt verk bidratt til å systematisere og kon-

Petter Øgar og Tove Hovland  
**Mellom kaos og kontroll.**  
*Ledelse og kvalitetsutvikling  
i kommunehelsetjenesten*

260 sider. Gyldendal akademisk, 2004.  
Pris NOK 299. ISBN 82-05-32649-5.



kretisere dette feltet. De går heller ikke av veien for politiske momenter. Disse er balansert fremført og er nyttige for den enkelte helsearbeider i argumentering i lokale fora.

Boken er praktisk lagt opp og man finner både ledelsesteorier og tanker om privat helsevesen så vel som en helt jordnær gjennomgang av Vågsøy kommunes kartlegging i listeform av den enkelte brukers hjelpebehov.



Et av Sennetts viktige poenger er hvordan den aggressive kapitalismen setter seg ideologisk i språket vårt, uten at vi evner å reflektere kritisk over det. Krevende ord som varsler uro, ord som fleksibilitet, dynamikk, forandring, risiko, kreativitet, til og med kaos, er blitt selvfølgeligjorte som positive ord. Som psykiater synes jeg kaos er oppskrytt. Gamle ord som rutine, vane og tradisjon er blitt suspekt. Rutine stinker av ikke-dynamikk. Selvfølgelig ønsker vi å smake det dynamiske livet, og vil være en del av det fleksible. Men hvor går grensen mellom fleksibilitet og forstreking, mellom tilpasning og opportuniste? (side 131).

Det er problemer vi daglig møter hos våre pasienter, og som mange helsearbeidere også selv møter, ikke minst pga. de stadig mer omfattende omorganiseringer av helsevesenet.

Skårderud er også innom fenomenet «utbrenthet», et moteord og en motediagnose i de senere år. Han drøfter med utgangspunkt i den svenske medisinhistorikeren Karin Johannisson hvordan tidsånden virker inn på kroppens og sinnets følsomhet, og hvordan den finner uttrykk i hvordan vi blir syke. Andre tider har hatt sine «motediagnoser». *Nostalgien*, den sykelige hjemlengselen, var en utbredt alvorlig sykdom på 16- og 1700-tallet. På slutten av 1800-tallet var sykelig vandring, mennesker som vandret og vandret over svære avstander og som ikke husket noe særlig fra sine vandringer, en miniepidemi i Europa, før den etter 30 år forsvant. Mer kjent er den klassiske *hysterien* som særlig ble beskrevet av parisleggen Jean Martin Charcot, men den forsvant også etter hvert. Skårderud stiller spørsmålet om smitten også når det gjelder *utbrentheten* delvis sitter i språket. Og om denne typen epidemiske diagnoser er et uttrykk for *utmattelsen* som skifter navn etter tidsånden. «Men uansett», som han sier, «utmattelse er det, og vi trenger gode navn å beskytte oss bak.» Og dette er vel også et fenomen vi nærmest daglig møter på kontoret, den utmattede pasient.

Det er bare et par smakebiter på temaer Skårderud er innom. Andre er hvordan den overveldende informasjonsflommen kan slå inn over enkeltindividene og føre til tilbaketrekning og regresjon, bl.a. annet belyst gjennom Erlend Loe: Naiv. Super, eller skillet mellom skam- og skyldkulturer. Her er ikke plass til flere detaljer, jeg bare gjengir overskriftene på hoveddelene i boka: Andre reiser – Kjærligheten – New York – Italia – Melankoli – De reisende – Kroppens grenser – Tidsreiser – Krenkelser – Siste reis – Sykdom – Hjemreiser.

Anbefales, vær så god!

Ivar Skjeie

Ledelse, målsetting, prioritering og arbeidsprosessbeskrivelser er viet egne instruktive oversiktige kapitler. Det er også sett på praktisk forbedringsarbeid samt satt opp ideer til samarbeid med spesialhelsetjenesten, mediahåndtering og et eget kapittel om arbeidsmiljø og myndighetskrav. Boka er en utmerket veileder. Den er lettlest, oversiktlig og systematisk.

Den kan anbefales for studenter i helsefag og ledelse så vel som til den kommunansatte helsearbeider, både i diagnostikk og pleie.

Steffen Steffensrud, Spesialist i allmennmedisin

# Twinrix

Verdens første vaccine mot hepatitt A og hepatitt B

C Twinrix Paediatric - GlaxoSmithKline  
C Twinrix Voksen - GlaxoSmithKline

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbert).

ATC-nr.: J07B C20

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Paediatric:** 0,5 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konservingsmiddel: 2-fenoksyetanoll 2,5 mg.

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Voksen:** 1 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konservingsmiddel: 2-fenoksyetanoll 5 mg.

**Indikasjoner: Twinrix Paediatric:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

**Dosering: Twinrix Paediatric:** Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser à 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser à 1 ml. Standard skjema for primær-vaksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primær-vaksinasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primær-vaksinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaccine. Behovet for en booster dose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for booster-vaksinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å være i minst 10 år. Vaksinen er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningsproblemer kan vaksinen unntaksvis gi subkutant selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonsperioden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitre etter primær-immunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utveili hos immunsvakke pasienter. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon oppstår etter injeksjon av vaksinen. Restar av biomerseal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitiviseringsreaksjoner.

**Interaksjoner: Twinrix Paediatric:** Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaccine forventes det ingen skade på fosteret. Bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. Overgang i morsmelk: Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

**Bivirkninger:** Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. *Hyppige (>1/100):* Tretthet, hodepine, sykdomstølelse, kvalme. *Sjeldne (<1/1000):* Feber, brekninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, apettitløshet, diaré, mave-merter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Kramper. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalg, artralgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjon lignende serumsyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinene mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifere og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barré syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

**Egenskaper:** Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HBsAg), separat adsorbert til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primær-vaksinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

**Oppbevaring og holdbarhet:** 2-8°C. Beskyttet mot lys. **Må ikke fryses.** Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

**Andre opplysninger:** Ved lagring oppstår det et bunntall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten jevn konsistens, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer før bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

**Pakninger og priser: Twinrix Paediatric:** Endoseprøye: 0,5 ml kr 251,20. **Twinrix Voksen:** Endoseprøye: 1 ml kr 398,00, 10 x 1 ml kr 3673,20. Priser av 01.2004

\* P van Damme et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need? The Lancet 2003; 237: 1065-71

**gsk**  
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.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

Det var med spenning at jeg tok imot utfordringen til å velge et dikt til lyrikkspalten. Takk Arild, for både utfordringen og din «poesi-ring».

Dikt har vært en del av mitt liv fra så lenge jeg kan huske. Da mine søsken fikk pianotimer fikk jeg timer i «elocution» hvor jeg ble lært å snakke høyt og tydelig og selvfølgelig var det dikt lært utenat som måtte presenteres. Struktur og form i diktenes musikalitet ble viktig for meg fra en alder av sju-åtte år. Jeg kommer fra Somalia og i denne nomadiske kulturen er dikt den høyeste kunstformen. Diktene går i arv fra generasjon til generasjon og de ble først skrevet ned på 1960-tallet etter at det ble utviklet et alfabet. Denne orale tradisjonen er noe jeg setter veldig stor pris på.

Det har vært vanskelig å velge et dikt, bare ett, til denne spalten og problemet har ligget i å velge mellom dikt skrevet på engelsk eller på norsk. En av Shakespeare's sonetter var veldig attraktiv men etterhvert bestemte jeg for en av de første norske diktene jeg måtte stoppe opp for og gå tilbake til, fordi jeg ble fascinert av ordene. Les det høyt!

## Mange års røynsle med pil og boge

*Det er den svarte prikken  
midt i skiva du skal treffa,  
nett den, der  
skal pili stå og dirra!  
Men net der treffer du ikkje.  
Du er nær, nærare,  
nei, ikkje nær nok.  
So lyt du gå og plukka opp pilene,  
gå tilbake, prøva på nytt.  
Den svarte prikken tergar deg.  
Til du forstår pili  
som stend der og dirra:  
Her er og eit midpunkt.*

Olav H Hauge

Jeg utfordrer  
Grete Hjelmeland:  
et meget kjært og  
ordglad menneske,  
til lyrikkspalten.

Laila Farnes



# EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

KONTAKTPERSON: John Leer, 5305 Florvåg

TLF. ARBEID: 56 15 74 00 TLF. PRIVAT: 56 14 11 33 FAX: 56 15 74 01

E-POST: john.leer@isf.uib.no



## Helsenettålmodighetstest?

Norsk Helsenett AS skal etter sigende bli en realitet i løpet av høsten. (Ja, høsten 2004!). AS bak navnet er vel i tråd med annen drifting av «statlige» tjenester i Norge i vår nye tid. Alt skal lønne seg nå: jernbanelinjer og tog, strømledninger og telefonkabler, helsetjenester og så også helsenettjenester.

Du verden som vi har ventet og ventet!

Til det kjedsommelige kan jeg gjenta at vi snakket entusiastisk om et nært forestående Helsenett for informasjonsutveksling, resepter, epikriser og mye annet til faget allmennmedisin tilhørende så langt tilbake i tid som i 1981. Det året kommende årskull uteksaminerte leger ble født!

Hvor ble Einar Gerhardsen av? synger Odd Børresen.

Kommunikasjonsløsninger ble tidligere ansett som en viktig del av Statens ansvar. Praktisk gjennomføring og finansiering av prosjekter som vi i dag bare ville drømme om gikk som smør selv da vi var en fattig nasjon. Nå er vi en rik nasjon, men blir stadig fattigere på gode løsninger for alle. Jeg tror at dette er forklaringen på at det har tatt mer enn tjue år fra tanker om et nasjonalt helsenett ble sådd til det nå kan bli en realitet.

Det spennende er fortsatt hvem som skal betale gildet – for som allerede antydte – det skal vel lønne seg?

Våre tillitsvalgte i Apf og Dnlf har med ulike grader av hell bedt oss vente med helsenetttilkobling til alle avtaler er ferdigforhandlet. Noen allmennleger har koblet seg til nett-

løsninger de er fornøyd med mens mange har kjøpt katta i sekken og klager over høye kostnader og manglende tjenester.

Hvis Norsk Helsenett AS nå tilbyr en ensartet løsning for alle allmenlegekontor i Norge må vi sikre oss at vi får det vi betaler for og at vi ikke betaler mer enn det tjenesten koster. Vi kan ikke finne oss i at våre kroner skal finansiere løsningene og utbytte til eierne! Hvis så skjer er vi bedre tjent med å finne andre løsninger og stimulere til at det blir konkurranse også i helsenett-markedet. Det har fra tid til annen dukket opp forslag om at vi selv etablerer nettverksløsninger i Dnlf-regi. Ingen har arbeidet seriøst med det, men kanskje andre av nettleverandørene burde inviteres til festen for å få fram de reelle kostnadene med en nasjonal helsenett-etablering.

Jeg vil mene at det fortsatt er fornuftig å ha is i magen og ikke hoppe på nye tilbud før vi ser at pakken inneholder den varen vi betaler for.

Så må Dnlf sørge for en skikkelig vurdering av tilbudet og gi oss alle informasjon om de forhandlingene som har pågått og deretter gi oss konkrete og detaljerte råd. Nå gjelder det om å bestå helsenettålmodighetstesten!

Askøy i august 2004

John Leer

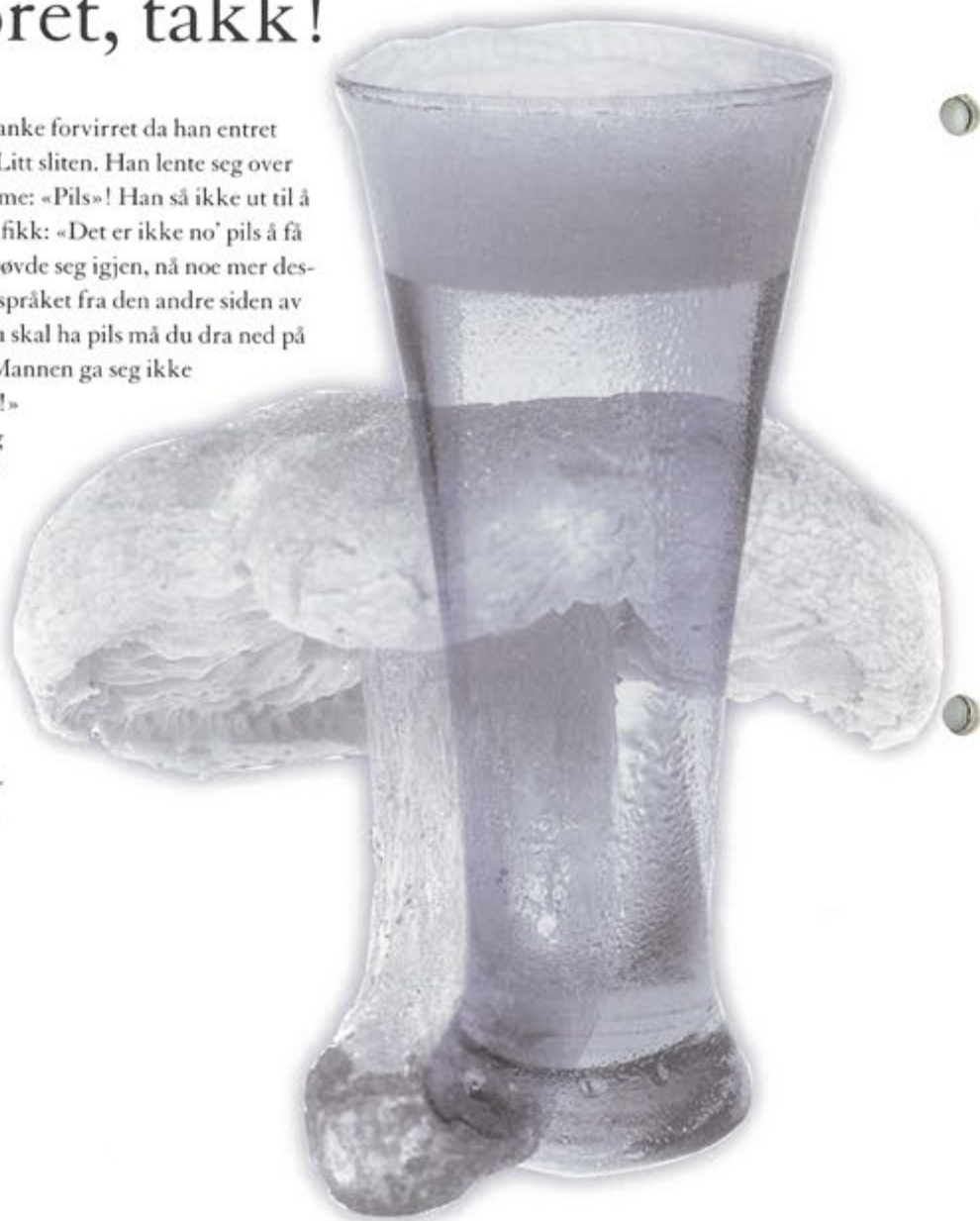
– et seriøst fagblad  
**UTPOSTEN** med  
 humoristiske tilbøyeligheter

Historier fra  
virkeligheten

## Ikke no' pils på legekontoret, takk!

Den litt eldre mannen virket en tanke forvirret da han entret resepsjonen. Litt blek. Litt svett. Litt sliten. Han lente seg over skranken og sa med noe hes stemme: «Pils!» Han så ikke ut til å skjønne det litt bryske svaret han fikk: «Det er ikke no' pils å få på legekontoret her, nei». Han prøvde seg igjen, nå noe mer desperat: «PILS!». Svaret og kroppsspråket fra den andre siden av skranken ble tydeligere: «Hvis du skal ha pils må du dra ned på hotellet. Her får du ingenting!» Mannen ga seg ikke og sa – nå mer bedende – «PIILS!» Samtidig pekte han mot munn og mage. Den erfarne resepsjonisten skjerpet tanken og tenkte gjennom saken på nytt. Hun tilkalte en lege med større språkkunnskaper. Den tyske turisten smeltet av lykke da han endelig følte seg forstått: «Pilz!. Vergiftung! Verstehen Sie?». Etter få minutter lå den tyske pasienten på akuttstua og fikk behandling for sin soppforgiftning.

*Ola Nordviste*



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

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

*Slik gjør (nå)  
jeg det!*

## Telefontilgjengelighet ved halv-øyeblikkelig hjelp

Det store flertall av norske legekontorer strever med telefontilgjengeligheten. Vi vet at publikum står i kø alt for lenge for å nå oss på telefon og vi vet at vi ikke klarer å løse dette problemet på en fullgod måte. Bjørn Otterlei har i Utposten nr 4/2000 en god beskrivelse av hvordan det kan gå når legekantoret går til innkjøp av en topp moderne telefonsentral: teknikken er god men hvem skal klare å besvare alle henvendelsene når de kommer? Til en viss grad tror vi publikum faktisk må finne seg i at de ikke når fram på første forsøk, hvilke andre serviceorganer klarer å ta unna alle henvendelser til enhver tid? På vårt kontor prøver vi forøvrig å lære pasientene at mandag morgen er det verste tidspunktet å ringe på, for da ringer «alle» på en gang. «Ring heller litt utpå formiddagen eller utover i uka for da er det lettere å komme gjennom».

Vi har et spesielt ansvar for å ta telefonen raskt når det haster. 113-nummeret gjelder jo de virkelig akutte tilfellene, men ofte føler pasientene at det haster litt men nøler med å bruke 113-nummeret. På vårt kontor har vi en telefonsentral av noe eldre dato uten mulighet for egen «akutt-linje». Å kjøpe ny sentral så lenge den nåværende fungerer godt fristet ikke, men etter tips fra boka «Fastlegen» av Gisle Roksdund (red.) har vi gått til innkjøp av en mobiltelefon (med kontantkort!) som kun brukes for inadgående telefoner av typen halv-øyeblikkelig hjelp. Vi har svært strenge rutiner på bruk av denne telefonen, alle som prøver å bestille resepter, vanlig time osv på dette nummeret blir høflig, men *meget bestemt* avvist og får vite at de nå blokkerer en viktig linje for hastetelefoner!

Denne ordningen har vi nå hatt i to år og den fungerer svært godt. AMK-sentralen, hjemmesykepleien og mange pasienter har kommet med positive kommentarer. Medarbeiderne på kontoret som håndterer henvendelsene på denne telefonen opplever ikke den som en merbelastning da det kun er to til fire henvendelser pr dag. De tar den med seg på laboratoriet, i pausen og på skiftetua og prioriterer den først når det kimer i telefoner over hele kontoret, den vanlige telefonen har da andre prioriteter.

*Jannike Reymert*



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](mailto:ivskeie@online.no). Kast dere frampå, folkens!

Lærerike  
kasuistikker

## Polymyalgia rheumatica: Når behandlingen ikke virker

Kasuistikk ved fastlege ved Landås legepraksis i Bergen,  
Gunhild Felde. Kommentarer ved kst. overlege ved  
Revmatologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus,  
Karstein Haldorsen. Hans kommentarer står i kursiv.



**Karstein Haldorsen**, cand.med. UiB 1995  
Kst. overlege, Revmatologisk av. HUS

Pasienten er en 83 år gammel kvinne. Bor alene og klarer seg stort sett selv. Tidligere har hun vært innlagt på medisinsk avdeling og hun bruker ACE-hemmer og furosemid mot en antatt hjertesvikt, mulig på hypertensivt grunnlag. Hun har tidligere også hatt mye dyspepsiplager og det har ved gastroskopi vært påvist øsofagitt.

Jeg traff henne første gang i oktober 2001. Da hadde hun fem måneder tidligere fått diagnosen polymyalgia rheumatica (PMR) under innleggelse på medisinsk avdeling. Ved innleggelsen hadde hun smerter i kroppen, spesielt i hoftene og skuldrene, nedsatt allmenntilstand og høy senkning. Hun ble bredt utredet før hun fikk diagnosen PMR. Hun startet med 20 mg prednisolon daglig, og hadde hatt god effekt av dette. Da hun kom til meg var hun nede på en vedlikeholdsdose på fem mg daglig. Utover høsten opplevde hun økende smerter og stivhet, særlig om morgenen. Senkningen økte etter en tid til 72 mm/t og vi økte prednisolondosen til 20 mg daglig i desember 2001. Senkningen sank da fort til 25 mm/t.

*Hovedsymptomer ved PMR er smerter og stivhet i nakke, skulder og hofteregion. PMR er en eksklusjonsdiagnose. Tilstanden forekommer så å si ikke under 50 års alder. Senkningen er normal hos en til to prosent av pasientene. Polymyalgia rheumatica er beslektet med arteritis temporalis (AT) og flere symptomer er felles. Etiologien er ukjent, men når det gjelder patogenesen er*

*det en teori om at synovitt dominerer ved PMR og arteritt ved AT. Ulike studier anfører 20–40 prosent forekomst av AT hos pasienter med PMR. Ved PMR er det viktig å spørre om symptomer på AT, og ved klinisk mistanke om AT er det indikasjon for innleggelse og temporalisbiopsi. Foreslåtte diagnosekriterier for PMR er (fem av seks skal være oppfylt):*

1. Alder 50 år eller eldre
2. Bilateral stivhet/smerter i minst to av: Nakke, skulderbue, bekkenområde.
3. Allmenn symptomer som feber, vekttap, nattesvette
4. Morgenstivhet minst en time
5. SR og/eller CRP over normalnivå
6. Andre diagnoser utelukket

*Den aktuelle pasienten ser ut til å oppfylle fire eller fem av disse, og hun ble utredet med tanke på annen sykdom. Viktige differensialdiagnoser ved høy senkning og smerter/stivhet er leddgikt, polymyositt/dermatomyositt, Sjögrens syndrom, leukemi o.a. malignitet, sarkoidose. Steroidbehandling kan maskere symptomene på noen av disse tilstandene. Det bør foruten klinisk undersøkelse tas hematologiske prøver, CK, FT4, TSH og rtg. thorax. Mange pasienter får også utført UL abdomen, Hemofec og urinprøve. Minst en av tre pasienter får klinisk artritt i forløpet, noen av disse allerede ved debut. Kne og håndledd er blant de vanligste lokalisasjonene for dette.*

Pasienten ble innlagt på medisinsk avdeling januar 2002 med epigastrismerter og tungpust. Det var mistanke om koronarsykdom, noe det ikke ble funnet holdepunkter for. Ved utreise stod hun fremdeles på 20 mg prednisolon.

Hun kom dessverre ikke til kontrolltime før to måneder senere. Da klaget hun over smerter og SR var steget til 45 mm/t. Jeg valgte å øke prednisolondosen til 40 mg daglig i to uker, deretter nedtrapping. Jeg forskrev også tilskudd av kalk og D-vitamin som frakturprofylakse.

*Ved PMR er NSAIDs tilstrekkelig behandling hos 10–20 prosent. Ved lette symptomer kan man gjerne prøve ut om NSAIDs gir tilstrekkelig symptomlindring. Denne pasienten hadde reflukssykdom, men det er ingen kontraindikasjon for NSAIDs slik som ulcusykdom er det. Tidligere begynte man gjerne med 40–60 mg prednisolon daglig. I en norsk studie publisert i 2003 (1) var gjennomsnittlig startdose 35 mg daglig. Det er imidlertid vist i flere studier at 15 mg vanligvis er tilstrekkelig ved oppstart av behandling, og dette er nå anbefalt startdose. Denne pasientens prednisolondose ble altså først trappet ned til fem mg daglig. Vedlikeholdsdosen bør være lavest mulig og en tilstreber nedtrapping til 7,5 mg eller mindre innen fire til seks uker.*

*Behandlingen styres etter symptomer og ikke etter SR, men en SR som holder seg påfallende høy kan være grunn til ytterligere utredning. Man bør forsøke nedtrapping til seponering en gang årlig. De fleste trenger behandling i over to år, men så lenge som ti år er sjelden. Tilbakefall er rapportert hos ca 20 prosent.*

Ved kontroll i april 2002 klaget pasienten over epigastrismerter. Hun startet med protonpumphegger, som hun hadde brukt tidligere. Hun hadde nå fått tydelig måneansikt. Brukte 30 mg prednisolon daglig, og skulle trappe ned med fem mg ukentlig.

En måned senere tok hun kontakt på grunn av ryggsmertter. Hadde vanskelig for å gå oppreist, betydelig nedsatt funksjonsnivå og hadde vanskelig for å klare seg hjemme. Fikk tramadol og paracetamol tre ganger daglig. Røntgen av columna viste kompresjonsforandringer i de fire nederste thoracale virvler samt i L1 og L2. Hun måtte etter hvert innlegges på grunn av smerter og generelt dårlig allmenntilstand. Sykehuset forskrev et bisfosfonat. Etter oppholdet tok hun 20 mg prednisolon daglig.

*Når det gjelder bivirkninger av lavdosert prednisolon over lang tid er frakturer viktigst, og tilskudd av kalk og D-vitamin er obligatorisk. Tidligere lavenergibrudd er indikasjon for bisfosfonat i tillegg. Denne pasienten hadde nok hatt lavere risiko for brudd i ryggen dersom hun hadde fått kalk og D-vitamin fra behandlingen ble igangsatt på sykehuset.*

*Som frakturprofylakse ved lavdosert prednisolon i mer enn seks måneder anbefales følgende:*

- *Alle skal ha kalsium 500–1000 mg og vitamin D 400–800 IU daglig.*
- *Helst også beinmassemåling, og ved T-verdier lavere enn –2 bør man legge til bisfosfonat, og gjenta beinmassemåling etter seks til tolv måneder. Noen anbefalinger anfører tillegg av bisfosfonat ved mildere beinmassereduksjon, det vil si allerede ved T-verdi under –1, samt årlig måling så lenge behandlingen pågår.*

I juli brukte hun 7,5 mg prednisolon. SR var nå 35 mm/t. Hun hadde fått epigastrismerter etter oppstart med bisfosfonat, som ble skiftet ut med raloxifen. Utover høsten 2002 fikk hun igjen økende smerter, var ikke godt nok smertelindret på medikasjonen hun tok, og i tillegg hadde SR steget til over 70 mm/t. Derfor konfererte jeg med reumatolog. Han anbefalte opptrapping til 15 mg prednisolon daglig, og dosen ble planlagt redusert med 1,25 mg per måned. Tilstanden ble raskt bedre etter opptrapping, og SR sank.

*Når prednisolondosen har kommet under 15 mg daglig kan for hurtig nedtrapping gi symptomer på binyrebarksvikt, blant annet i form av slapphet og uspesifikke smerter. Særlig ved steroidbruk i årevis kan det være nødvendig med så langsom nedtrapping som 1,25 mg hver fjerde til sjette uke.*

*Denne pasienten fikk diagnosen på sykehus, hun ble reinnlagt to ganger med mulige bivirkninger av behandlingen, og reumatolog ble altså kontaktet i forløpet. Den nevnte norske undersøkelsen (1) tyder på at over 60 prosent får stilt PMR-diagnosen i annenlinjetjenesten, og forfatteren mener dette ikke er urimelig pga. behovet for vurdering og utredning med tanke på annen sykdom.*

*Det var problemer både med prednisolondosering og bivirkninger hos denne pasienten. I en artikkel av flere norske reumatologer (2) anbefales henvisning av pasienter med PMR når følgende problemer oppstår:*

- *Komplikasjoner av behandlingen.*
- *Artritt.*
- *Problemer med dosereduksjon til 5–7,5 mg prednisolon daglig.*
- *Pasienter med uklart sykdomsbilde.*

#### Litteratur

1. Gran JT. Behandling og diagnostikk av polymyalgia rheumatica og arteritis tempoalis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3387.
2. Haga H-J, Johnsen V, Østensen M, Mikkelsen K, Gulseth HC, Kvien TK, Nordvåg B-Y: Myalgi og høy senkning hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3405–8.

Ytterligere referanser kan fås ved henvendelse til redaksjonen.

# TERJE VIGEN

FORBIFARTEN

STILLING GENERALSEKRETÆR ARBEIDSSTED LEGEFORENINGEN



**Når skjønte du at du var blitt lege?**

Da jeg dagen etter ankomst som vikar for bedriftslegen og kommunelegen i Glomfjord, like etter turnus, fikk brev fra Fylkeslegen om at jeg samtidig var konstituert i to vakante distriktslegestillinger.

**Hva gir deg mest glede i jobben?**

I min situasjon gleder jeg meg over å kunne være en del av et sekretariat som preges av stor innsats der alle bidrar til resultatene.

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

Å lære meg til å prøve å kaste dokumenter/artikler som i seg selv kan være interessante, men som jeg vet at jeg heller ikke vil få tid til å lese siden.

**Når synes du at du gjør viktig legearbeid?**

Selv i denne jobben er det mange felles-trekk med praksis, et viktig arbeid er å være tilgjengelig rådgiver når noen har kommet i en vanskelig situasjon.

**Når lo du på jobben sist?**

Min humor er godt utviklet og jeg ler litt nesten hver dag.

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

Finansieringsystemer, fordi det sjelden omfatter begrepet finansiering men bare redusert kostnadsdekning.



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

Hvis jeg skulle starte praksis nå måtte jeg nok først rehabiliteres, deretter ville jeg nok vektlegge mer systematisk registrering av pasienter og behandlingstiltak.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

En pasient som søker meg fordi han/hun tror at jeg som lege kan hjelpe.

Hva gjør du om fem år?

Godt spørsmål!

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

Det er avhengig av været, men en godværsdag kunne jeg godt tenke meg en prat med finansministeren om finansieringen av helsevesenet.

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

Det er nok begrenset hva man rekker over i løpet av bare en dag, men å starte med en skikkelig grunnlagsfinansiering av spesialisthelsetjenesten og legge bedre til rette for interkommunale legevaktssentraler vil være to viktige områder.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Jeg er vel ikke den egentlige målgruppen for Utposten, så derfor lar jeg meg mest imponere av det engasjementet som utøves av mange gjennom Utposten.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Faglig tror jeg at legene vil merke at det blir enklere å etablere et godt behandlingstilbud til pasienter med psykiske lidelser.

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

Å få lest bøkene Homer og Snorre.

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

Jeg tror mine venner aksepterer meg som jeg er, og jeg har nok et potensial i begge retninger.

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

Olgeir Haug på Snåsa.

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

**Indikasjoner:** Hypertensjon når monoterapi med angiotensin II-antagonist ikke har gitt tilstrekkelig effekt.

**Dosering:** Individuell dosettering med de enkelte komponenter anbefales. Når det anses klinisk ønskelig 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  $\geq 30$  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, hydrokloriazid, andre sulfonamidderivater eller noen av hjelpestoffene. Graviditet og amning. Avlorig nedsatt leverfunksjon, bilier cirrhose og kolestase. Avlorig 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 (tørst, muskelsmerter/krampes, slapp muskulatur, hypotensjon, oliguri, takykardi, kvalme eller oppkast).

Ved avlorig hyponatremi og/eller væskemangel, f.eks. hos pasienter som behandles med høye doser diuretika kan det i sjeldne tilfeller oppstå symptomatisk hypotensjon etter behandlingstart med Diovan Comp Forte. Elektrolytt og/eller væskemangel bør korrigeres før behandlingstart. For pasienter hvor nyrefunksjonen er avhengig av aktiviteten til renin-angiotensin-aldosteronsystemet, f.eks. hos pasienter med avlorig 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 avlorig 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 unilateral eller bilateral nyrearteriosteno- se eller unilateral 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 nyre- transplanterte pasienter, og preparatet bør derfor ikke brukes hos disse pasientene. Pasienter med primær hyperaldosteronisme bør ikke behandles med Diovan Comp Forte. Særskilt 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 glukosetoleransen, øke serumnivå av kolester- rol, triglyserider- og urinsyre. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med tidligere overfølsomhetsreaksjoner overfor andre angiotensin-II-reseptorantagonister. Overfølsomhetsreaksjoner overfor hydrokloriazid 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, saltenstninger som inneholder kalium eller andre legemidler som kan føre til økt kaliumnivå (ACE-hemmere, heparin, ciklosporin) bør sjåke med forsiktighet og hyppig kontroll av kaliumnivået. Ved samtidig bruk av Diovan Comp Forte og legemidler forbundet med kaliumtap og hypokalemi (f.eks. kaluretiske diuretika, kortikosteroider, laksantia, ACTH, amfoterisin, carbamazepil, 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 antiopkyotika mfl.). Tiazidindusert hypokalemi eller hypomagnesemi kan føre til digitalisindusert hjertearytmi. Administrering av tiazider sammen med vitamin D eller kalsiumsalter kan potensiere 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 antiidiabetika samt insulin ved samtidig bruk av Diovan Comp Forte. Dosejustering av visse giktmedisiner som probenecid, sulfonpyrazon og allopurinol kan være nødvendig da hydrokloriazid kan øke serumnivået av urinsyre. Bruk av tiazider kan øke risikoen for hypersensitivtreaksjoner mot allopurinol, øke risikoen for bivirkninger forårsaket av amantadin, og reduserer renal utskillelse av cytostatisk legemidler, samt potensi- re deres myelosuppressive effekter. Samtidig behandling med ciklosporin kan øke risikoen for hyper- urikemi og urinrytregittigende komplikasjoner. Effekten av katetolamin/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 hydrokloriazid og metyldopa. Antikolinerge legemidler som f.eks. atropin og biperiden kan øke biotilgjengeligheten av tiazider. Absorpsjonen av tiazider reduseres av kolestyramin og kolestipol. Samtidig administrering av ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs) kan svekke effekten av tiazider. Samtidig hypovolem kan indusere akutt nyresvikt. Tiazider potensierte virkningen av curarederivater. Samtidig bruk av tetracykliner (trolig ikke relevant for doxycyklin) og tiazider øker risikoen for tetracyklinindusert økning av urea. Forverring av ortostatisk hypotensjon kan forekomme ved samtidig bruk av tiazider med alkohol, anestesimidler og sedativa.

**Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Angiotensin-II-antagonister kan gi fosterskader/død lignende det som er sett med ACE-hemmere gitt til gravide kvinner i 2. eller 3. trimester. Hydrokloriazid krysser placenta og intrauterin eksponering for tiazider er assosiert med fetal eller neonatal trombocytopeni, samt andre bivirkninger som også oppstår hos voksne. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet. Hvis graviditet oppdages under behandling, bør behandlingen avsluttes så raskt som mulig. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om valsartan utskilles i morsmelk hos mennesker. Hydrokloriazid utskilles i morsmelk. Preparatet skal ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Diaré. Luftveier: Nasofaryngitt. Øvrige: Tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Kvalme, dyspepsi, magesmerter. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjoner, rhinitt, hoste. Metaboliske: Økt serum urinsyre, kreatinin og bilirubin, hypokalemi, hyponatremi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter, artritt. Neurologiske: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Brystmertter. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjoner, hyppig vannlating. Øvrige: Virusinfeksjoner: Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, anemi. Hud: Angioødem, utslett, kløe, vas- kulitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, myasteni. Sirkulatoriske: Hypotensjon, hjertearytmi. Øvrige: Tinnitus, svetting, adem, blødning, alopeci, overfølsomhets- og allergiske reaksjoner, serumyke. Se for øvrig preparatbrosjyre for preparater med innhold av kun valsartan eller hydrokloriazid.

**Overdosering/Forgiftning:** Erfaring med overdosering mangler. Uttalt hypotensjon med svimmelhet kan imidlertid forventes. Pasienten bør da legges i horisontal stilling og elektrolytt- og væsketilførsel bør gis raskt. En overdosering med hydrokloriazidkomponenten kan medføre kvalme, søvnhighet, hypovolem og elektrolyttforstyrrelser assosiert med hjertearytmier og muskelkrampes. Behandling avhenger av tidspunkt for inntak, type og alvorlighetsgrad av symptomene. Det er viktig å få stabilisert den sirkulatoriske tilstanden. Pasienten bør gis tilstrekkelige mengder aktivt kull. Valsartan fjernes ikke ved hemodialyse. Eliminasjonen av tiazider kan økes ved dialyse.

**Egenskaper:** Klassifisering: Angiotensin II-reseptor (type AT1)-antagonist og tiazididuretikum. **Virkningsmekanisme:** Valsartan binder selektivt til AT1-reseptorer og blokkerer alle fysiologiske relevante virkninger av angiotensin II. Hydrokloriazid 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 valsartanbe- handling oppnås antihypertensiv effekt innen eller i løpet av 2 timer hos de fleste pasienter og maks. blodtrykkreduksjon oppnås i løpet av 4-6 timer og varer i minst 24 timer. Ved gjentatt dosering vil maks. blodtrykkreduksjon vanligvis oppnås i løpet av 2-4 uker og denne effekten opprettholdes ved langtidsbehandling. Valsartan reduserer blodtrykk uten å påvirke hjertefrekvensen. Kombinert med hydrokloriazid oppnås en signifikant tilleggreduksjon av blodtrykket. Valsartan inhiberer ikke ACE (kinase II) som omdanner angiotensin II til angiotensin II og degraderer bradykinin. Det forventes derfor ingen potensierte virkninger av bradykininrelaterte bivirkninger som f.eks. tørrhoste. Absorpsjon: Valsartan: Raskt. Gjennomsnittlig absolutt biotilgjengelighet er 23%. Hydrokloriazid: Raskt. Absolutt biotilgjeng- elighet er 60-80%. Samtidig matinntak medfører ingen klinisk relevant endring i effekt.

**Proteinbinding:** Valsartan: 94-97%, hovedsakelig til albumin. Hydrokloriazid: 40-70%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Valsartan: Distribusjonsvolum ca. 17 liter. Hydrokloriazid: Tilyrelatende distribu- sjonsvolum 4-8 l/kg. **Halveringstid:** Valsartan: Ca. 9 timer. Hydrokloriazid: 6-15 timer. **Utskillelse:** Valsartan: Hovedsakelig uforandret via galle og urin. Ved normal glomerulufiltrasjon står renal clear- ance for ca. 30% av totalclearance. Hydrokloriazid: 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

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

© 2004 NOVARTIS

NOVARTIS

Novartis Norge AS Pharma • Bynsalléen 4 • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo • www.novartis.no

www.nidarosfondet.no

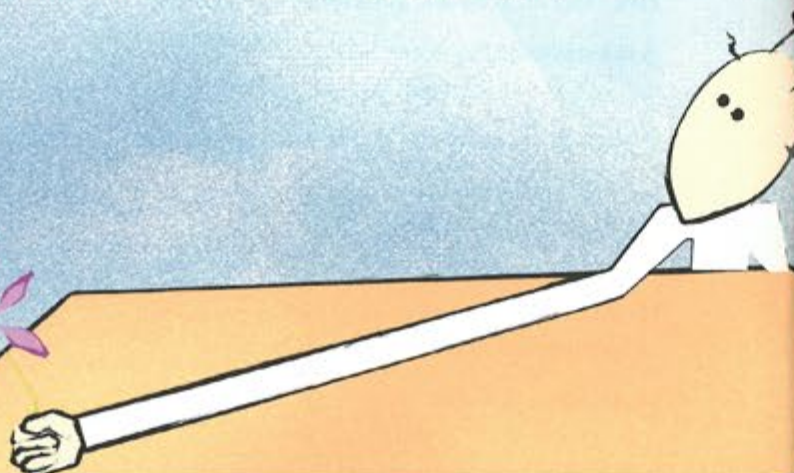
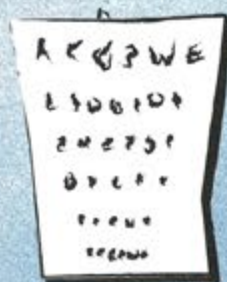
Nidarosfondet fremmer allmenmedisinen

Med legen på laget:

## Røykeavvenning i primærhelsetjenesten

Minimal intervensjon - dokumentert effekt på røykeslutt\*

- 1) Røyker du?
- 2) Hva tenker du om det?
- 3) Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.



Nyhet!

Redusere  
insulinresistens

Avandia på blå resept  
- betyr ikke at alle pasienter kan få det

**Disse refusjonskriteriene  
må være oppfylt for at dine  
pasienter kan få Avandia på  
blå resept etter § 9 pkt. 5 d.**

**I** Avandia refunderes kun som  
kombinasjonsbehandling,

**og**

**II** bare til pasienter som ikke oppnår en  
tilstrekkelig sykdomskontroll med en  
kombinasjon av metformin pluss sulfonylurea  
eller får uakseptable bivirkninger med  
metformin-, sulfonylureapreparater eller  
en kombinasjon av disse,

**og**

**III** kun til de pasienter hvor alternativ  
behandling ville vært insulin,

**og**

**IV** skal kun forskrives av leger som har  
utstrakt erfaring med behandling  
av type 2-diabetes mellitus

For legen

**AVANDIA**<sup>®</sup>  
rosiglitazon

REDUSERER INSULINRESISTENS

Se preparatomtale side 34

gsk

GlaxoSmithKline



# EFFEKTIV SMERTELINDRING I DAG



# EFFEKTIV SMERTELINDRING HVER DAG

**VIOXX<sup>®</sup> AC**  
(rofecoxib, MSD)

EN gang daglig  
**VIOXX<sup>®</sup>**  
(rofecoxib, MSD)

VIOXX<sup>®</sup> AC og VIOXX<sup>®</sup> er registrerte varemerker tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.  
Før forskrivning, se preparatomtalen side 36