



Innhold:

LEDER: Har du snakket med noen i det siste? Av INGILD MENES SØRENSEN	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: ● Ervju med Ola Lilleholt Av JANNIKE REYMERT	2
Noen ganger er det godt å fortelle TANKER FRA ALLMENNLEGER I TROMS	6
Å leve som psykisk utviklingshemmed – hovedpersonenes stemmer IVAR SKEIE INTERVJUER ELLEN SLOTNÆS	10
Legemidler ute av kontroll? Av KIRSTEN MYHR	16
Praksiskonsulentstafett Av ODD KVAMME	19
Hvor er det blitt av alle kommentarene til den nye veilederen i miljørettet helsevern? Av OLA NORDVISTE	22
TEMA: Radiologi JOHN TERJE GEITUNG OG PER SUNDE	24
Kommunelege 1 – en bildereportasje Av MIC CALVERT OG ANDERS SVENSSON	28
Pasientenes syn på fastlegeordningen Av HANS-JOHAN BREIDABLIKK	36
Faste spalter	39

UTPOSTEN

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

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@onlinc.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsjøen
Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb: 76 11 42 10
Faks jobb: 76 11 42 46. Mobil: 416 82 489
E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

Ingvild Menes Sørensen

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

Forsideillustrasjon:

Anders Svensson

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

Har du snakket med noen i det siste?

Dumt spørsmål sier du, selvfølgelig. Du gjør ikke annet hele dagen. Femten, tju eller tjuet fem pasienter innom kontoret hver dag. Beskjedene til og fra lege-sekretæren. Konferering med en kollega. Lunsjpause. Møte på trygdekontoret. Møte med kommunen. Møte med hjemmesykepleien. Familien ved mid-dagsbordet. Fotballtreninga eller styremøtet om kvelden. Det er blitt så moderne å gå med skritteller for å se hvor mange skritt en går i løpet av en dag. Det kunne vært interessant å gå med ordteller også. Hvor mange ord sender vi ut eller får inn gjennom ørene hver dag? Jeg tør ikke tenke på det.

Nei, det var selvfølgelig ikke det jeg mente heller. Men har du snakket med noen om jobben din i det siste? Ja, du har sikkert det også. Sukket litt over tidspresset. Utvekslet morsomme histo-rier eller diskutert installeringen av det nye helsenettet dere enda ikke har kommet i mål med. Men jeg tenker enda dypere enn som så. Har du snakket med noen som hørte deg fortelle hvor-dan du taklet en spesielt vanskelig sak? Hvordan du kunne glede deg sammen med en pasient, eller hvordan du fikk den forskremte lille guttungen med ørebetennelse til å føle seg så trygg at det var en smal sak å gjøre undersøkelsen? Da tenker jeg på en eller noen flere som ikke bare hørte, men som stilte deg noen konstruktive spørsmål og ga deg tilbakemelding på hva du gjorde og sa. Ikke bare rent teknisk, men hvordan du brukte personligheten din midt oppi det hele.

Vi har ikke så lange tradisjoner for det. Vi er vant med å jobbe alene og klare oss selv, og vi gjør det bra. Psykiatriutdanningen har i mange år hatt obligatorisk personlig veiledning som en del av utdanningsprogrammet. Vi har også etter hvert fått flere fora der vi treffer hverandre til fag-lig diskusjon og veiledning. Veiledningsgruppe med åtte til ti personer og en veileder er blitt obligatorisk i spesialistutdanningen. I etterutdanningen er deltakelse i smågrupper obligatorisk. Det er viktig og riktig å samles i mindre fora for å diskutere faglige problemstillinger. Med tanke på at vårt viktigste redskap utenom fagkunnskap er vår egen personlighet og personlige erfa-ringer, mener jeg vi burde pleie og utvikle den bedre. En gruppe allmennleger i Tromsø har net-topp gjort dette. Etter hva de skriver i dette nummeret har de høstet masse positive erfaringer av et slikt tiltak.

En skritteller er en grei kvantitativ måte å måle den fysiske pleien kroppen din får på. Det er jam-men godt vi i medisinen er blitt mer opptatt av den kvalitative måten å forske på. Når det gjelder ordene er det nemlig ikke antallet det kommer an på. Her er det kvaliteten som teller. Og i denne sammenhengen tenker jeg på de ordene og den samtalen som bygger opp DEG.

Ingvild Menes Sørensen

Utpostens
dobbeltime

Ola Lilleholt

MAIL-INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Han renner over av anekdoter og avsporinger. Planlagte spørsmål om det å eldes som lege drukner fullstendig i hans trang til å fortelle det som ligger ham på hjertet akkurat nå. Han er en kjent skikkelse i norsk allmennmedisin, bl a tidligere redaktør av Utposten og åtte ganger medarrangør av Nidaroskongressen. Han har ligget i front med nye IT-løsninger i primærhelsetjenesten og har engasjert seg i både nasjonale og internasjonale allmennlegeorganisasjoner. Allikevel er han først og fremst

«spesialist» på nordmøringer, en tittel han trygt kan påberope seg etter å ha virket som primærlege (etter eget utsagn «infanterist») i Rindal og kommunene der omkring fra tidlig på 70-tallet. Selv om han nedtoner sin egen betydning til å være en fotsoldat, har han sterke meninger om vår rolle som primærleger og uttaler seg mer som en general enn en infanterist når viktige sider av legegjerningen står på dagsorden.



Ola Lilleholt sammen med Kristine som han har vore gift med dei siste 30 åra. Bildet er frå toppen Raudfjellet, eit lett tilgjengeleg mål i nordre delen av Trollheimen.



Ola Lilleholt har tenkt mye på hva vi *egentlig* driver med i allmennpraksis, og da ikke minst på hvor lett vi kan tråkke med jernbeslåtte sko på menneskers skjøre selvspekt og følelsesliv.

OLA LILLEHOLT: – Ein sommarkveld i 1958, da eg var 16 år gammel, sykla eg til bygdekinoen i Rindal og såg Ingmar Bergmanns «Jorbærstedet». Filmen gjorde eit sterkt inntrykk som har levd i minnet gjennom dei 5–6 gongane eg har sett att denne filmen. Det handlar om ein gammel lege som er på biltur til Lund for å bli utnemnt til æresdoktor. På turen har han nokre merkverdige og skremmande drømmar. Mellom anna er det ein sekvens med at han går opp til medisinsk embedseksamen. Eksaminator spør om kva som er legens første plikt. Den gamle legen famlar lenge og må til slutt gi opp å finne svar på spørsmålet. Eksaminator opplyser så at «Läkarens första plikt är at be om forlatelse». Eg tykkjer dette er viktige ord både for medisinen og allmennmedisinens historie og for kvar enkelt practicus. Å lese medisinsk historie, både ny og gammel, bør fylle oss alle med ein sterk trang til å be om forlatelse. Eit lite eksempel: Eg hugsar at pasientane i 1970-årene fekk redusert kolesterol-konsentrasjonen i blodet og risikoen for iskemiske kompli-

kasjonar med Atromidin tablettar. Men det var først ved epidemiologisk forskning med store tal at det etter nokre år vart mogeleg å dokumentere det som ikkje var umiddelbart synleg, nemleg at Atromidin resulterte i ein uakseptabel høg risiko for coloncancer. Eller, ferskast: I eit av dei siste nummera av The Lancet er det ein leidar om at behandling av hau-/hjerneskadur med kortikoider mot hjerneødem har medført titusentvis premature dødsfall berre dei siste 20 åra.¹ Å bygge opp skulemedisin krev svette, tårer og evne til å stille dei rette kritiske spørsmåla. Men når så mykje er sagt, så vil eg scie at eg er ei sterk støtte av skulemedisinens filosofi og praksis. Som gammel skulemedisin har eg samtidig ein veldig stor respekt for at det levande livet er fullt av hendingar vi ikkje kan sjå på som enkle mekaniske og kjemiske reaksjonar. I Aniara («en revy om människan i tid och rum») skildrar Harry Martinsson livet på eit stort romskip som etter at jorda er gått til grunne i ein atomkrig, mistar kursen mot Mars og forsvinn ut av vårt solsystem i retning «mot Lyrans bild». Ein «talmängdfilosof och mystiker» kjem med stadig nye spørsmål til romskipets store data-maskin:

¹ Dette intervjuet ble gjort før Vioxx-skandalen ble kjent.

«trots alla Roberts besvär
kan ingen gopta svara på det där.
Ty frågan gällde underverksfrekvensen
i Alltet tänkt som talmängdsuniversum.
Den synes sammenfalla så med Slumpen
At slump och undervärk har samma källa,
Och samma svar för båda synes gälla.»

I snart 30 år er det denne strofen eg hører i mitt indre overfor uforståelige små og store hendingar i den medisinske kvardagen.

Eg vil tilbake til infanteristen i meg: På grunnplanet har eg opplevd fleir mirakel enn mange sykehuskolleger. Sentrum i min kunnskap som allmennleger er: «Vi skaper verden sammen – eg og pasienten!» Dette handler reint konkret om virkelighetsoppfatning. Virkeligheten kan liknast med ei matt osteklokke: Alle menneske borar seg eit hol i klokka for å sjå på virkeligheten, men vi har holet i osteklokka på kvar vår plass. Allmennlegar, kirurgar og patologar ser definitivt ikkje på virkeligheten gjennom det samme holet, og pasientane våre har sine hol å sjå gjennom. Med vår autoritære varemåte oppfatter mange pasientar at hvis dei seier det dei ser gjennom sitt hol (= hvordan dei oppfattar virkeligheten) blir legen kanskje irritert når dei skjønar at pasientane titter inn i eit anna hol. Derfor prøver dei å fortelle legen det dei trur legen vil høre. Så lenge vi definerer det som legen ser gjennom sitt hol som den eneste sanne virkelighetsoppfatning, vil ikke pasientane føle at vi snakker om deira egentlege problem. Hvis vi tillet både legen og pasienten å fortelle kvarandre kva vi ser frå kvart vårt hol, kan verda bli ei frukt av det vi ser sammen, og det er berre da vi kan klare å omskape verda sammen. Og først da hjelper vi pasientane vidare på sin vei. Dette er legekunst i ordets rette forstand. For å få til dette må vi lytte til pasienten med det «indre øret»: «Kva seier pasienten egentleg til meg no?»

For å overleve som allmennlege på det personlege plan har eg hatt med meg noko eg kallar «korke-effekten». Med det meiner eg eit fenomen som eg trur er arva frå mor: Når livet er tungt og eg strever med ting jeg ikkje har lykkast med, veit eg innest inne at eg kan søkke djupt ned, men at eg alltid flyt opp att til overflata etter ei ikkje for lang tid. På ein måte er det litt uverdigg ved dette: Eg må *bestemme* meg for å bli ferdig med ting, og gløyme feil og manglar for å komme vidare. Svarte tankar trekker meg ned, og ein stor styrke er det å flyte opp att og vidare. Ein må legge vekt på å ta vare på etikken her: Den som bagatelliserer alt, er ein psykopat, eg må lære meg å kjenne på det som gjer vondt og bygge det inn i mi livshistorie. Hugs at legens viktigste oppgave er å «be om forlatelse».

De unge legene i dag har en annen holding til legeyrket enn dere som startet karrieren på 70-tallet. Hvilke tanker har du om din innstilling til legeyrket i forhold til hvordan de unge legene innretter seg?

Som tjuve-årig rekruttskuleelev lærte eg å oppfatte meg som infanterist, og det har vorte eit permanent karaktertrekk. Eg vart altså spesialist på nordmøringar og har vore fornøgd med denne ikkje særlig prestisjetunge karrieren. Medarbeidarane på kontoret seier somme tider at eg er for tålmodig og let pasientane eta opp tida mi. Dei siste åra har eg sett at dei unge legane har ei heilt anna haldning til rolla som legar. Dei vil avslutte arbeidsdagen «til rett tid» og dei fleste er nødd fordi dei har ektefelle som også er i jobb. Dei må ta mykje meir familieansvar enn vår generasjon gjorde. Eg har brukt så mykje av tida og kreftene mine på arbeidet som lege at det heilt klart har gått utover familien. Dei siste åra har eg stadig oftare spurt meg sjøl om alle dei timane eg har brukt på å høre om pasientars diffuse lidelser – det vi nå kaller somatoforme lidelser – var det verdtt innsatsen? På mange måter har eg fått avdekka mykje ved å la pasienten prate fritt. Og eg har lært mykje som eg ikkje hadde anelse om som ung mann.

På WONCA-kongressen i London for nokre år sidan møtte eg ei dansk legegruppe frå Århus som underviste i det å møte pasientar med somatoforme lidelser, dvs. kroniske smerter, utmattelsessyndrom o.a., «vanskelege pasientar». Eg lærte at konsultasjonane skulle ha ei klart definert varighet. Når tida så var brukt opp, var det ein kunstfeil ikkje å avslutte. Kanskje litt for rigid for meg, men eg lærte at mange pasientar kan få vel så mykje ut av kontakten når tidsrama er strammere enn det eg tidligere har gjennomført. Niels Kolstrups bok som kom ut for eit par år sida om kognitiv terapi har hjulpet meg å sjå min rolle som terapeut i eit anna perspektiv. «Passiv» lytting åleine er ikkje god terapi for mange pasientar. For meg viste boka noko som hadde streifa tankane mine i mange år: Allmennmedisin er «Den store mystifikasjonstabellen» (fritt etter Pippi Langstrømpe).

På hvilken måte synes du din egen aldring påvirker din legegjering?

Eg har fått meir følsomhet for kvar enkeltskjebne samtidig som eg forstår at dagens 15–20 åringar lever i ein kvardag som eg knapt kjenner. Til mine fire eldste barn kunne eg for eksempel gi temmeleg konkrete råd om yrkesvalg. Overfor dei to yngste føler eg meg hjelpeslaus overfor ei samtid og framtid som er full av nye yrke og karrierevegar. Dette fargar også forholdet mitt til dei unge pasientane mine. Liva no inneheld meir musikk og bilde enn min ungdoms metervis av bøker og trykte budskap.

Hva vil du fremheve som bra med allmenntidning anno 2004 i forhold til de siste årtiene før artusenskjiftet, og hva har vi tapt på veien til dagens allmenntidning?

Bra er det at vi haustar av kunnskapens fellestre, det vil seie at primærlegane også har fått del i avanserte teknikkar som omfattar laboratorium, diagnostikk, medikament og kommunikasjon sjøl på den ytterste holme. Eg har også ei sterk tru på at det for pasientane er nødvendig å ha allmenntidningar som også har med i minnet at både pasientane og vi har innebygd irrasjonelle forestillingar som truleg er ein arv frå dei 100 000 åra med det moderne mennesket si historie. Det handlar om at nokon (= «vi allmenntidningar») må halde eit auge med drypp av det som skjer i dagens forskning på det humane genomet. Samtidig må vi i møtet med pasientane ha fagleg in mente Fausts svar på Gretchens spørsmål om han trur på Gud:

«Nenn es dann wie du willst;
Nenn es Glück! Herz! Liebe! Gott!
Ich habe keinen Namen Dafür!
Gefühl ist alles;
Name ist Schall und Rauch, unebelnd Himmelsglut.»

No har eg vel i eit par avsnitt avslørt ei personleg spalting mellom ei fast tru på det Immanuel Kant kalla empiriens fruktbare lågland og ein adskillig luftigare del av tilværet.

Over til det mer jordnære. Du har selv opplevd å være syk, opplevde du da at forholdene lå til rette for at du kunne tillate deg å være sykemeldt så lenge du trengte og at du kunne komme tilbake uten å måtte prestere like mye som før fra første dag? Hvilke ordninger mener du må til for å få til en forbedring på dette området i fastlegeordningen?

«Da du ble syk», tja, det var vanskeleg og enkelt på samme tid. Eg har heldigvis ei jarnhelse. Etter eit tilfelle i 1986 var eg innlagt i sykehus i Østerrike i 4-5 dagar. Etter to enkle slagtilfelle i 2000, var eg også innlagt i sykehus i 3-4 dagar. Begge gongane vart eg friskmeldt etter knapt 14 dagar. Det rette svaret på spørsmålet ditt er at eg ikkje veit. Det vil seie at eg ikkje har prøvd. Det eg har av sekvele etter mine slagtilfelle, er bagatellar som eg godt lever med. Heldigvis har eg ei kone og barn som også er friske og som har hjulpet meg gjennom mange år. Eg har eit hemmeleg sterkt forsvar: Ein aldri svik-



På ein busstur til Murmansk etter at eg hadde kjørt til Vardø for å besøke dotter mi, våren 2003.

tande svart humor. Den er «hemmeleg» fordi den fort blir oppfatta som uetisk når den blir avslørt. Hemmelighet nr. to: Ei skei tran kvar dag gjennom vintermånadane. Hemmelighet nr. tre, som ikkje er hemmeleg: Mange fjellturar i sommarsesongen. Sist veke vart leiarane i Rindal bede om å gi opp grunnen til at dei arbeidde her. Mitt spontane svar: «Opne landskap og frisk luft».

Ser du for deg at du skal jobbe for fullt frem til pensjonsalder, eller ville en gradvis reduksjon i arbeidsinnsatsen vært bedre for deg? Ser du for deg hvilke tiltak som må til for å legges til rette for at primærleger kan få trappe ned virksomheten sin gradvis frem mot pensjonsalder?

No er eg 62 år og tenker kvar dag på at pensjonsalderen nærmar seg. Pr. i dag ser eg ikkje anna for meg enn at timeboka er full i vekene framover.

Til slutt: Hvilke planer har du selv når du blir pensjonist?


Først og fremst: Meir av opne landskap og frisk luft. I mange år har eg også drømt om å kunne finne mykje meir tid til å leike meg med Microsofts Flight Simulator som eg tykkjer er ein egna stimulans til å trimme hjernen min. I bokhylla står mange uleste bøker eller bøker som må lesast om att.

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

Noen ganger gjør det godt å fortelle...

Om en annerledes smågruppe i Tromsø

AV ASTRI MEDBØ, HOLGER HOLE, SIGNE NOME THORVALDSEN,
MAY-LILL JOHANSEN, CHUN LAN ZHANG, BERNT STUELAND OG ANTON GLÆVER



*«Ett er nødvendig – her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:
Å ta bolig i seg selv
Gå inn i mørket*

*Og pusse sotet av lampen
Slik at mennesker på veiene
Kan skimte lys
I dine bebodde øyne»*

Hans Børli

I Tromsø har seks allmennleger og en veileder møttes hver måned i snart fem år. Med Eli Berg som første veileder øvde vi oss i narrativ medisin ved hjelp av videooptak fra egne konsultasjoner. For to–tre år siden skiftet fokus fra pasientenes historier til våre egne. Vi forsøkte å skape et rom det var godt å fortelle i. Filosof Holger Hole har veiledet oss på veien inn i et slikt rom.

Ideen til gruppen kom etter et kurs på Nidaroskongressen i 1999: «Det kreative mellomrommet» av Anne Luise Kirkengen og Eli Berg. Vi utforsket dette ved å vise hverandre videoer fra utvalgte pasientsamtaler og fikk tilbakemeldinger til både lege og pasient fra de andre i gruppa. Vi diskuterte hva det vil si å sette pasienten i sentrum. Hvordan kan vi for eksempel stille spørsmål som åpner for ny forståelse for sammenheng mellom helse/sykdom og levd liv?

Gruppen har fått støtte til veilederlønn og innkjøp av videokamera fra «Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge».

Runden

Møtene startet med en «runde»: Hvordan har jeg det, hva sliter jeg med, hva er viktig akkurat nå? Denne runden tok stadig mer tid. Vi skjønnte at det var viktig for oss å få snakke om det som «ingen» interesserte seg for. Hjemme var det ikke rom for å gå i detaljer om uløste problemer på jobben og med venner snakker man helst ikke jobb. Noe av det vi tok opp hadde vi kanskje ikke kjent at vi slet med. Det hadde bare blitt lagt der blant alt det andre man i travelheten dytter unna. Fokus i runden var på legen som person: Som sårbar, sliten, grenseløs, og noen ganger: Full av over-skudd.

Rommet

Det tok tid for oss å skjønne at rommet samtalene foregår i har betydning.

De første årene, med pasienten i sentrum, var møterommet på Universitetet. Semesteret da vi begynte å fortelle våre egne historier foregikk på kafé. Med filosofen har vi i to år truffet hverandre hjemme: I stua til en av deltakerne. Omgivelsene er behagelige. Vi er i et ryddig hjem med fine grønplanter og får enkel servering. Hvert semester avsluttes med en god middag som tilberedes i lag. Vi har prøvd å skape en atmosfære som er trygg, rolig og åpen. Utover de faste møtene har vi vært på teater, hyttetur og kurs.

«Den gode samtale krever et rom med lukket dør, noen venner, – og ingen av dem som er tilstede er blant dem du misliker. Den krever at alle føler at de er hjemme. Når du



slapper av og føler velvære, kan ditt hjerte åpne opp for andre», sier en kinesisk tenker.

Fortellingen

Også etter skiftet av fokus fra pasient til oss selv, har det narrative elementet vært viktig. Vi kan gi en kort beskrivelse av dette ut fra samtalene vi fører med hverandre: Når jeg som fortelleren beretter min historie, trenger jeg at du som lytteren holder tilbake en trang til å systematisere og konkludere. Du blir min medhjelper, ved å gi meg spørsmålene som hjelper fortellingen videre og som sjekker ut om jeg får sagt det som er viktig for meg. Ved at du på den måten er til stede for meg, klarer jeg å samle meg og skjøne. Jeg er klar til å ta mine valg.

Den langsgående samtalen

Vi har gjennom de månedlige møtene hatt våre samtaler over langs. Med skifte av tema, samtaleform, nivå (konkret, mer abstrakt, eller på metaplan) har vi både tatt for oss uferdige og løse tanker og fått presentert mer ferdige produkter. Stadig har vi kunnet gå tilbake til tidligere tema, tatt opp tråden, fått en annen vinkling og kommet ut med dypere forståelse. Sett utenfra kan denne måten å kommunisere på virker forvirrende og lite målrettet. Vi har likevel opplevd at det diskurspregede og prosessorienterte har vært fruktbart for oss. Vi er både ved stadige, små mål, samtidig som vi er på vei videre.

Betydningen

Underveis har vi også tatt fram undringen over at vi er så ulike. Ikke bare som personligheter, men også i hva vi henter fram fra samtalene som viktig for den enkelte. Det har vært nødvendig å understreke for hverandre at vi har denne friheten til å bære med oss videre det vi har behov for selv. Vi trenger ikke å sjekke om dette stemmer med det de andre har opplevd. Dette har gitt oss ulike mål for hva vi vil arbeide med på egen hånd – i eget liv eller i forhold til pasientarbeidet.

Hva har gruppa betydd for deg personlig?



Astri Medbo

For meg er gruppa viktig for min egen utvikling. Jeg leter etter og finner ord for mange usagte ting. Jeg får utdypet temaer som ikke er ferdig modnet, og får bekreftende spørsmål fra de andre. Noen ganger treffer jeg de andre, og de kan følge meg videre med nysgjerrighet på hva jeg prøver å formidle. Det gir meg en god og trygg følelse av å bli sett og at jeg selv har forstått. Andre ganger blir det kun et streif – treff, men det kjennes likevel godt.

Jeg føler meg tryggere på det ukjente, og blir dermed kanskje en som folk gjerne vil åpne seg for?



Signe Nome Thorvaldsen

Kanskje er det vi skaper sammen, et stadig mer gjestfritt hjem, et sted hvor mennesker kan komme og «tre fram»? Det viktigste er kanskje den felles viljen vi har hatt til å lytte, og å fremme den andres historie slik at den blir tydeligere.

Det har vært nødvendig å understreke for hverandre at vi har denne friheten til å bære med oss videre det vi har behov for selv.



Bernt Stueland

Å føle seg akseptert og velkommen til å ta opp også ting som er vanskelig, og så oppleve å bli sett og støttet. Det er ingen selvfølge at det blir en slik atmosfære i en gruppe. Kanskje må en også ha noe flaks? Andres erfaringer bl.a. fra veiledningsgrupper i allmennmedisin tyder på at noen grupper kan bli mer eller mindre ødelagt av en eller noen få som er mindre aksepterende og lydhør overfor de andre.

Burde vi ha visse samtaler i andre og mer vennlige og innbydende omgivelser enn legekantoret vårt?



Anton Giæver

Jeg har grublet på den store betydningen samtalen kunst har for mellommenneskelig samkvem generelt og for oss som leger spesielt. Det har vært en inspirasjon til å forsøke å møte både pasienter og nær familie og venner på en litt annen måte. Jeg har blitt opptatt av viktigheten av å snakke om seg selv, og ikke snakke om alle de andre!

I en periode hvor jeg har tvilt på medisinsens egentlige innhold, medisins betydning for folks helse, og min egen rolle som forkjemper og støttespiller har det vært godt å se at også andre kolleger har slitt med det samme.



Chun-Lan Zhang

Jeg har forstått mer av hva som lager uro i meg og hva som betyr noe i livet mitt nå. Det er en slags luksus, dette, å ha noen som hører min historie slik gruppen gjør det. Etter hvert har jeg også lært meg å åpne meg for de andres bidrag. Jeg innser at andres forståelse av virkeligheten kan være annerledes enn min. En gammel kineser har sagt: « Hvis man ikke forstår hvem man er selv, hvordan kan man da forstå andre?»

Hvis man ikke forstår hvem man er selv, hvordan kan man da forstå andre?



May-Lill Johansen

Det har handlet om å ta bolig i seg selv, om å være til stede i kroppen, «vårt sanne hjem». Om å være velkommen, å komme hjem, å forholde seg til hjemstedet og til fremmede steder og hvordan de ulike stedene har preget oss. Gruppen har vært et gjestfritt sted, der jeg hviler: Med kroppen i stolen, med øynene ute på bjørkenes skjærrer, med hodet lyttende og spørrende til enetaler og samtaler. Og når jeg lytter til deg, er du gjest i mitt hjerte.

Og når jeg lytter til deg, er du gjest i mitt hjerte.

Grappa har også vært et forbilde og en læreprosess om hvordan man gjennom samtaler kan stifte nære og gode bånd til kolleger. Å møte en fagperson fra et annet fagfelt som mener noe om vårt fag har vært befriende, lærerikt og utfordrende.

Hva har grappa betydd for deg som lege?

Astri:

Jeg blir en bedre lytter, med åpnere sanser. Jeg føler meg tryggere på det ukjente, og blir dermed kanskje en som folk gjerne vil åpne seg for? Kanskje det vi har vært igjennom, og som vi arbeider videre med hver på vår kant har bidratt til å la mennesker få oppleve at «noen ganger er det godt å fortelle...»

May-Lill:

Jeg fikk mot til å tilby mine pasienter samtalebehandling. Jeg hadde gleden av å få følge to kvinner gjennom et års tid, med utgangspunkt i deres biografi og deres opplevelse av hvordan livshendelser og erfaringer bidro til sykdommen de fikk. Det var fint å se hvordan de etter hvert som de fortalte ble åpnere, tryggere, fikk mer selvinnsett og kunne ta beslutninger.

Bernt:

Jeg tenker på hvordan den gode samtalen kan brukes i vår praksis på en annen måte enn vi vanligvis gjør. Burde vi ha visse samtaler i andre og mer vennlige og innbydende omgivelser enn legekantoret vårt? Eller beveger vi oss da ut

over grensen for det «profesjonelle», som bør skje på kontoret?

Signe:

For meg har dette bidratt til større mot, både til å være mer sårbar i samtalen med pasienten, og også mer direkte og spørrende, uten kravet om at jeg skal være den som forstår best. Når historien blir fortalt, gjerne framhjulpent av den som bare stiller vennlige spørsmål, slik at den er sann om personen som forteller, om de andre som er involvert og om omgivelsene, kan da også helbredelse skje?

ChunLan:

Gjennom videosamtalene ble jeg mer bevisst på de åpne spørsmålene, og å venne meg av med å tenke *for* pasienten, heller tenke *sammen med* vedkommende

Jeg tror at for å bli en god samtalepartner, en god doktor, betyr ikke det etniske så mye. Jeg kan være fra et annet sted, og likevel høre hjemme her.

Anton:

I en periode hvor jeg har tvilt på medisinenes egentlige innhold, medisinenes betydning for folks helse og min egen rolle som forkjemper og støttespiller har det vært godt å se at også andre kolleger har slitt med det samme. Jeg føler at vi i gruppe har stått sammen og lagd oss en tryggere faglig plattform som virker solidere enn det jeg hadde tidligere.



Holger Hole, veileder, filosof

Jeg tror alle bærer på fortellinger som vi har hatt godt av å fortelle. Å fortelle går ut på å skape større nærhet til hendelser som har preget en, å se hvordan det har betydning for det liv jeg i dag lever. For mange er det smertens vei. Gjennom fortellingen kan man få øye på hvordan hendelser som nødvendigvis ikke henger sammen i tid får mening. Men det er forskjell på hva du forteller deg selv, og hva du eventuelt

velger å fortelle andre. Jeg tror vi behøver gode samtalepartnere for at vi skal bli klar over hva det er vi ønsker å si, ja, har godt av å fortelle. Å være fødselshjelper for den andres fortelling er et stort ansvar. Å skape fortellinger vi føler vi kan stå inne for, forutsetter nærhet mellom mennesker. Det er nødvendigvis ikke der du befinner deg.

Jeg tror ikke man kan lære å bli gode samtalepartnere på samme måte som man kan lære å uttale seg tydelig når man snakker. Det er ikke slik at noen sitter inne med fasiten. Vi undrer oss ofte over hva det var som gjorde at vi ikke kom videre i samtalen. Filosofer har hevdet at det å kunne samtale har med selverkjenning å gjøre. Platon satte samtalen i forbindelse med begreper som for eksempel kunnskap og rettferdighet, og mente vi kunne forstå oss selv bedre gjennom samtalen rundt disse begrepene. Ingen må tro at filosofer vet noe som ingen andre vet. Men kan likevel hjelpe til med å stille spørsmål, og bidra til å bevisstgjøre hva det er vi søker større klarhet i. Det er en forunderlig ting når samtalen åpner opp for forståelse, og en gave å kunne si: «Det der gjorde virkelig godt å få fortalt!» Noen ganger er det nødvendig å fortelle.

Det er forunderlig ting når samtalen åpner opp for forståelse, og en gave å kunne si: «Det der gjorde virkelig godt å få fortalt!»

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Å leve som psykisk utviklingshemmet – hovedpersonenes stemmer

ELLEN SLOTNÆS INTERVJUET AV IVAR SKEIE
FOTO: PÅL VANGEN

Utposten satte i nr 3/2004 lys på helsetjenesten for personer med psykisk utviklingshemming^{1,2}, og vi følger i dette nummeret opp med et intervju med Ellen Slotnæs. Hun er nyutdannet psykolog fra Universitetet i Oslo, er selv mor til en datter med Williams syndrom og har skrevet sin hovedoppgave om å leve med Williams syndrom³ basert på intervjuer med ungdom og unge voksne med syndromet. Om sin bakgrunn for å gjøre denne studien skriver hun:



Williams Syndrom (WS) er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som antas å ramme 1 pr. 10 000 –20 000 fødte. Tilstanden antas å være underdiagnostisert. Årsaken til WS er å finne på den lange armen på kromosom 7, der mellom 16 og 20 gener, deriblant elastingenet mangler. Det er ikke opphopning av WS i familier, WS antas å skyldes mutasjon. Første indikasjon på tilstanden er ofte en aortastese, og/eller en pulmonal stese. Sikker diagnose stilles med en gentest (FISH). Individuer med WS har karakteristiske ansiktstrekk, mental retardasjon i mild til moderat grad, en distinkt kognitiv profil og en typisk utadvendt, sosial adferd. Større barn, ungdom og voksne med WS

skiller seg fra andre grupper med mental retardasjon ved at de oftest er svært verbale. Et velutviklet, ekspressivt språk gjør at unge med WS kan misforstås som bedre kognitivt fungerende enn de egentlig er. Angst og tvangslidelser er hyppig forekommende i denne gruppen. Unge med WS antas også å være en gruppe i høyrisiko for å bli utsatt for vold og seksuelle overgrep. WS er en progredierende tilstand som kan affisere de fleste organsystemer, og individer med diagnosen har behov for tett medisinsk oppfølging. Levealder antas å kunne være normal.



Ellen Slotnæs er 38 år og er ansatt som psykolog ved Aline Poliklinikk i Oslo. Utdannet psykolog fra Universitetet i Oslo våren 2004, og har fordypning innen barn og familierapi

«Ullevål sykehus, 6. november 2001

Legen sa: «Ja, dere har vel allerede skjont det, siden vi ba dere komme». Det var to uker siden vår nyfødte datter avga blodprøve for en kromosomtest. Hun har en sjelden diagnose som heter Williams syndrom.

Hva betyr det?

For meg? For min mann? For de andre tre barna våre?

For henne?

Langt bak i hodet hører jeg stemmen til en foreleser – «fantastisk artig syndrom, ser ut som sanne små lykketroll vet dere, når de snakker høres det ut som de er i et amerikansk cocktailselskap».

Når oppdager du at du ikke er som andre barn? Hvordan merker du det? Hvordan vil du oppleve din annerledeshet? Kommer du til å se på deg selv som mislykket, en vandrende tragedie og til evig sorg for din familie? Eller kan det hende at du vil oppleve deg selv som spesielt begunstiget? Er du en gave og en kilde til berikelse for alle som får gleden av å bli kjent med deg? Og vil du selv se deg slik? Hva kan en mor gjøre for å bidra til at du får en positiv opplevelse av deg selv? Hva er egentlig det å være annerledes og hva er å være normal?

Vil du oppleve verden kvalitativt annerledes... enn meg?»



Ellen og Ellisiv på tur på Bygdøy.

Du har undersøkt hvordan det er å leve med WS som ungdom og ung voksen, ved å bruke pasientene som informanter i førsteperson, ikke gått via pårørende eller fagfolk. Hvordan har du opplevd dette, og er dette en ny tilnæringsmåte til forskning på dette feltet?

Det vanlige i forskning på levekår og livskvalitet for mennesker med utviklingshemming er å benytte pårørende eller fagfolk som informanter. Dette synes mest hensiktsmessig når man ønsker å lage statistikk over objektivt sett målbare fakta som økonomi, bolig og arbeid. Levekårsforskningen har imidlertid også hatt som mål å si noe om fysisk og psykisk helse til mennesker med utviklingshemming. Her har det vist seg å være utilstrekkelig å bruke pårørende eller fagfolk som informanter. Opplevelsen av egen helse er noe subjektivt privat som andre enn personen det gjelder, vanskelig kan uttale seg sikkert om. Kvalitative studier som ivaretar nyanser og beskriver et bredt spekter av opplevelser knyttet til helse og livskvalitet, er derfor nødvendig for å gi mer kunnskap om levekår for mennesker med utviklingshemming.

Gruppen med WS er en gruppe som peker seg ut som spesielt egnet for en kvalitativ intervjuundersøkelse fordi de er

så verbale. Utfordringen ble å finne en intervjuform som tok hensyn til at de har en kognitiv funksjonshemming. Rent praktisk viste det seg nødvendig å ta i bruk en del av de samme prinsipper som gjelder når man samtaler med barn.

Du lar hovedpersonene – førstepersonene – formidle sine livserfaringer. Er det forskjell på livet slik hovedpersonen opplever det og slik pårørende og fagapparatet oppfatter det? Hva lærte dette prosjektet deg om det?

Ja, det er viktige forskjeller. Vi funksjonsfriske har i for stor grad en oppfatning om at det å være funksjonshemmet er en personlig tragedie som rammer uheldige individer. Når det gjelder mennesker med utviklingshemming som følge av kromosomfeil er det i tillegg en lite ærefull, og trist historie i en altfor nær fortid. Psykisk utviklingshemming har vært et alvorlig stigma. Det å ha et barn med kromosomfeil var tidligere forbundet med skam. Det er ikke mange år siden foreldre fikk beskjed om å plassere barn med åpenbar utviklingshemming på institusjon og glemme det fortest mulig. De som bodde på institusjon måtte ta til takke med levekår som lå langt under nivået for befolkningen for øvrig. Eugenikken⁴ var anerkjent vitenskap frem til 2. ver-



Ellisiv og storesøsteren Sunniva.

denskrig. Hitlers grusomheter og forsøk på å utrydde alle annenrangs individer, satte denne vitenskapen i dårlig lys, men oppfatninger av at noen familier er bærere av «dårlige gener» lever videre den dag i dag.

En vesentlig del av informantene mine gir uttrykk for at de tenker lite over at de har WS. De kommer på det av og til, men synes tross alt at det er mange andre det er grunn til å synes mer synd på. Hvorfor skal de sørge over at de er født med WS, de har to armer og to ben som fungerer, de kan snakke, de kan le og synge og danse. Det som er sorgelig er at andre behandler dem som «annerledes». Det å skulle godta å være annerledes er vanskelig. «Hva er det med oss som har WS som er annerledes», spør en ung jente.

På sett og vis er det en personlig tragedie å være født med kromosomfeil, men tragedien er ikke heftet til at individet opplever å ha dårlig helse eller lav kognitiv fungering. Tragedien er heftet til andre menneskers avvisning og sosial ut-

støting. I miljøer med høy grad av toleranse og nysgjerrighet på «annerledeshet» er de unge med WS lykkelige. Mange historier fra folkehøyskoleopphold viser at det finnes miljøer som lykkes med å viske ut opplevelsen av at annerledeshet er noe negativt og uønsket.

Du beskriver fire «personportretter» som viser ulike sider ved det å leve som psykisk utviklingshemmet, Una Ung, Vanja Voksen, Torunn Trist og Lars Livskunstner. Hvordan kom du fram til disse fire og kan du si noe om hva som særmerker de fire personlighetstypene?

Personportrettene er kun en presentasjonsteknikk, jeg mener ikke at mennesker med WS kan sorteres i en av fire kategorier. Kvalitative forskningsrapporter er altfor ofte preget av endeløse sitatbrokker som er løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng, og således virker lite illustrerende. Jeg har forsøkt å gjøre funnene tilgjengelige for leseren ved å vise at de hører hjemme i en større historie, at alle opplevelser oppstår i en kontekst. Typene er konstruert over dikotomiene barns-

lig-voksen, og glad – trist. Mange av informantene har historier som har elementer som kunne vært presentert i alle portrettene. Jeg valgte et antall på fire portretter fordi dette antallet gjorde det mulig å få med de funnene jeg hadde plukket ut som mest relevante i forhold til problemstillingene innledningsvis i oppgaven.

Hva er «suksesskriterier» for å få et godt liv som psykisk utviklingshemmet? Kan du si noe om det ut fra ditt materiale?

God praktisk tilrettelegging og støtte fra familien for å finne egnede tilbud er nødvendig. I tillegg skal mennesker med utviklingshemming gjerne ha litt flaks for å finne fagfolk som interesserer seg for individuell tilrettelegging, fremfor lærte metoder og generelle sannheter.

Flere av informantene har tilhørighet i et sosialt miljø som dyrker en interesse. Inngangsporten til dette fellesskapet er ofte vennskap med en ledende person i miljøet. I noen tilfeller nyter den unge med WS en slags maskottrolle og ivaretas av alle medlemmene i det sosiale interessefellesskapet. I andre tilfeller er tilhørigheten til miljøet løs og ivaretagelsen fra andre mer tilfeldig. Det er nødvendig å balansere behovet for beskyttelse med individets behov for å få utfordringer og oppleve å mestre nye situasjoner. Mange unge voksne med WS oppsøker sosiale arenaer der de opplever at følelsen av å være annerledes blir mindre. Et eksempel på slike arenaer er nattklubber og diskoteker. Blant feststemte mennesker i et nattklubbmiljø har den unge med WS tilgang på opplevelser som vanligvis er uopnåelige. Skillet mellom normal og annerledes blir mindre tydelig – kanskje fordi vi normalt fungerende har en slags oppfatning av at mennesker med utviklingshemming ikke går på nattklubb. Men å bli oppfattet som normalt fungerende har også en bakside, den unge med WS kan fort bli utnyttet både økonomisk og seksuelt, eller havne i voldssituasjoner fordi andre ikke får med seg at de er kognitivt funksjonshemmet og ofte ikke i stand til å sette tydelige grenser for hva de vil være med på.

Sosial tilhørighet og kontakt med både et miljø bestående av mennesker med kognitivt handicap og til «normale» er gunstig. Annerledeshet er ikke en egenskap ved individet, men noe som følger av konteksten individet befinner seg i. Således vil et individ med utviklingshemming kunne føle seg normal sammen med andre mennesker med samme type funksjonshemming. Feilen som altfor ofte begås i offentlige omsorgstilbud er imidlertid at alle mennesker med utviklingshemming settes i samme kategori. Et menneske som har Williams syndrom vil kunne oppfatte seg som mer annerledes i en gruppe av individer som mangler språk, enn sammen med normalt fungerende.

Ellisiv ser lyst på livet!





Ellisiv med glimt i øyet!

Noe av det vanskeligste for mennesker med utviklingshemming er alt det usagte. Det er et sett med regler og normer som gjelder for dem som skiller seg ut som annerledes, men begrunnelsen for at det er ulike regler er oftest ikke uttalt. Som en av informantene sier: Jentene vil gjerne være venner med han, men han ønsker seg en kjæreste. Hvorfor er det

slik at jenter som ikke har et syndrom ikke vil ha han som kjæreste. Det er ikke uten videre lett å forstå, når det ikke blir gitt gode forklaringer.

Du nevner «automatiske» tanker om det å leve med WS, som et problem for en del av dem du intervjuet. Du antyder at det å identifisere disse automatiske tankene kan være en terapeutisk innfallsvinkel. Dette er spennende. Tenker du deg noe å la kognitiv terapi anvendt på utviklingshemmede?

Ja, eksempelvis eksponeringsterapi for å kurere angst- og tvangslidelser. Jeg ser ingen grunn til at mennesker med utviklingshemming i mild til moderat grad ikke skulle kunne ha nytte av denne type terapi. Når man kan drive kognitiv terapi på barn, så kan man også drive terapi på mennesker med utviklingshemming. Her må skottene mellom profesjonene rives og erfaringer utveksles for å gi en svært trengende gruppe et bedre tilbud. Vi vet at mennesker med utviklingshemming generelt har en mye høyere forekomst av psykopatologi enn befolkningen for øvrig. Jeg tror at støttende samtaleterapi, der man tar opp de utfordringer man møter som voksen med kognitivt handicap, kan være viktig. Slike samtaler kan gi noen unge mennesker med utviklingshemming anledning til å sette ord på og gjøre utydelige opplevelser virkelige. Jeg tror at de av mine informanter som virket voksne og veltilpassede, også var de som hadde fått anledning til å snakke mye om det å ha Williams syndrom. Erfaring med å snakke om egen diagnose har gitt dem et vokabular og evne til å formidle forklaringsmodeller omkring det å være funksjonshemmet til andre. Ved å ha begreper omkring det å bli oppfattet som annerledes, blir individet med utviklingshemming i stand til å møte andres usikkerhet. Når mellommenneskelige relasjoner skal etableres, må annerledesheten ofte tydeliggjøres med ord, før det er mulig å overse påfallende trekk, og i stedet få øye på personen bak annerledesheten.

Du beskriver «midt i mellom» tilværelsen, som kan være spesielt sårbar, og representere en spesiell utfordring for nærmiljø og hjelpeapparat? Hvordan bør livet for dem «midt i mellom» organiseres, mest mulig integrering, eller «like barn leker best»?

Like barn leker best, men hva er å være lik? Det å ha en funksjonshemming betyr ikke at man er lik andre mennesker med funksjonshemming. Informantene mine er opptatt av at de er lik andre som f.eks er flinke til å danse, de er lik andre som interesserer seg for en spesiell type musikk, de er lik andre som er i samme alder, eller de er lik andre som har samme type klesstil. I en forening eller klubb som dyrker en særinteresse, kan den unge med utviklingshemming trives. Blant mine informanter er det flere som har tilhørighet i et sosialt fellesskap som dyrker en felles interesse for musikk, biler, dans eller tog. Et slikt miljø kan være oversiktlig ved at personene i miljøet jevnlig treffes, man snakker om de samme

tingene hver gang, det eksisterer egne sosiale koder og normer for oppførsel og klesstil, og man føler at man har noe felles som de andre, de som ikke er med i miljøet, ikke er en del av. I et slikt miljø kan opplevelsen av annerledeshet knyttet til en funksjonshemming oppleves som mindre enn annerledesheten som følger av å ikke kjenne miljøets koder.

Du har studert WS. Hvilken generell overføringsverdi mener du dine funn kan ha i forhold til andre grupper med psykisk utviklingshemming?

Mennesker med WS skiller seg som gruppe fra andre syndromgrupper. På individnivå tror jeg at andre med utviklingshemming i mild til moderat grad, kan være opptatt av de samme fenomen som er avdekket i undersøkelsen. Jeg tenker at mange med utviklingshemming er oppmerksomme på at det gjelder andre regler og normer for dem enn for folk flest. Jeg tenker at det er et generelt fenomen at man ikke snakker med unge om det å være utviklingshemmet. Jeg tenker også at det er et generelt fenomen at unge med utviklingshemming strever alene med å knekke de sosiale kodene for mellommenneskelig fungering i forhold til viktige tema som voksenliv, seksualitet, selvstendighet og vennskap.

Fastlegen skal ha et ansvar for alle sine pasienter, også dem med spesielle behov og problemer, som psykisk utviklingshemmede. Har du til slutt noen råd om hvordan vi som allmennleger kan fungere konstruktivt som en del av det totale støtteapparatet for personer med psykisk utviklingshemming?

Fastlegen bør innhente informasjon fra andre om hvordan man best kan kommunisere med pasienten. I min undersøkelse hadde jeg stor nytte av å ha en telefonsamtale med pårørende først, før jeg møtte informantene. I samtalen med pårørende fikk jeg kunnskap som gjorde det enklere å føre en god samtale med informanten. Mennesker med utviklingshemming kan ha en kommunikasjon preget av her og nå tenkning. De er ofte ikke gode på å relatere beskrivelser av enkelthendelser til tidligere hendelser, og slik sikre seg at en tilhører forstår logikken og sammenhengen i det som fortelles. Ved å høre de pårørendes beskrivelse av viktige hendelser og episoder i informantens liv på forhånd, kunne jeg konsentrere meg om å støtte informantens bestrebelse på å fortelle en historie, og unngå avbrytelser og avsporinger. Denne pasientgruppen fordrer at man tar seg tid, og legger vekt på å etablere trygghet i relasjonen, før man går over til å snakke om vanskelige evt. tabubelagte tema. Jeg tenker at fastlegen bør ta seg tid til å gi både pasienten og pasientens hjelpere gode forklaringer. En god forklaring innebærer forenkling, et tilpasset språk uten faguttrykk og ett tema om gangen.

Jeg tenker at det er nødvendig at fastlegen kontrollerer hvorvidt pasienten har forstått hvorfor han er hos legen og

hva legen kan hjelpe han med. Jeg tenker at intervjuetoden jeg har anvendt med de spesielle tilpassninger jeg har gjort til informanter med WS, er nyttig også i andre sammenhenger der man ønsker å innhente informasjon fra mennesker med utviklingshemming. Legen bør i størst mulig grad la pasienten fortelle selv hvordan vedkommende opplever sine plager, og la pasienten beskrive i hvilke situasjoner smerter og problemer oppstår. Pasientene vil ofte ha problem i forhold til tidsbegrep. Prestasjonsangst kombinert med ønske om å gjøre andre til lags, kan fort gjøre at en legekonsultasjon oppleves som utmattende av pasienten, hvis det kommer mange spørsmål om tidspunkt, hyppighet og omfang av symptomene. Jeg tror at legen bør innhente kvantitative og deskriptive data fra hjelperne, men konsentrere seg om å innta en aktiv lyttende og støttende holdning når pasienten beskriver opplevelsen av å ha smerter/plager. Ved å ikke stille spørsmål, men i stedet nikke anerkjennende, smile og vise at man er svært interessert i det pasienten forteller, vil fastlegen kunne få tilgang til opplysninger som ellers vil være utilgjengelige.

Jeg tenker at mennesker med utviklingshemming på mange måter er mer lik enn annerledes, andre pasienter. Man må ta konteksten i betraktning når man vurderer reaksjonsmønstre og symptomer. Mange mennesker med utviklingshemming lever i et uvanlig miljø. I et uvanlig miljø kan adferd som for oss andre synes merkelig, være tilpasset og hensiktsmessig. Kontinuitet og godt kjennskap til pasientens livssituasjon synes derfor å være en forutsetning for effektiv oppfølging.

Referanser:

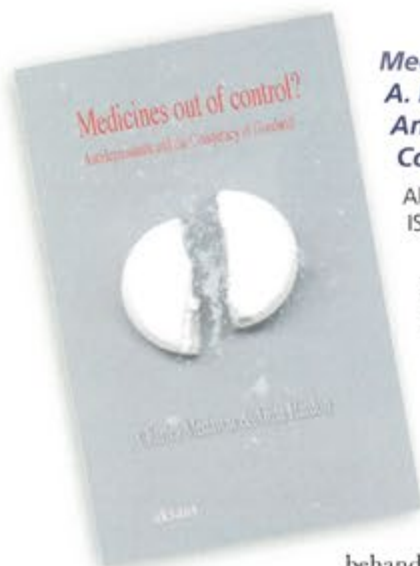
- 1 Ivar Mæhle: Neste pasient er utviklingshemmet, Utposten 3/2004
- 2 Geirmund Skeie: Om psykisk utviklingshemmede og virkningene av HVPU-reformen 13 år etter, Utposten 3/2004
- 3 Ellen Slotnæs: William syndrom: En deskriptiv, fenomenologisk analyse av 18 førstepersonberetninger, hovedoppgave Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo, 2004
- 4 Eugenikk: storenorskeleksikon.no: (av gr. 'som er av god fødsel') læren om god avl, arvehygiene, forbedring av en befolknings genetiske utrustning. Betegnelsen ble innført i 1882 av Francis Galton. Mest brukt om forhindring av utbredelsen av uønskede arveanlegg (negativ eugenikk). Eugenisk tankegang ble meget populær på begynnelsen av 1900-tallet både i USA og Europa, men etter Holocaust under annen verdenskrig er begrepet eugenikk kompromittert for all ettertid.

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

Legemidler ute av kontroll?

Antidepressiva og en konspirasjon av velvilje

AV KIRSTEN MYHR



Medawar C, Hardon A. *Medicines out of control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill*

Aksant Academic Publishers 2004. ISBN 90 5260 134 8

Dette er tittelen på en fersk bok forfattet av Charles Medawar og Anita Hardon. Med utgangspunkt i hva som har skjedd etter at vi fikk en ny generasjon antidepressiva, som synes å ha senket terskelen for medikamentell

behandling av dagliglivets problemer, og etter et engelsk TV-program som tok for seg Seroxat (paroksetin), det hyppigst brukte SSRI i Storbritannia, har forfatterene gått bak kulissene for å gi oss et innblikk i hvordan legemiddelmyndighetene håndterer problematiske legemidler, hemmelighetskremmeriet som registrering av et legemiddel er hyllet inn i og hvordan firma tilbakeholder data. Boken bruker antidepressiva for å argumentere for at legemiddelpolitikk ikke lenger har fokus på helse, og at det offentlige ikke tar ansvar. Den setter fokus på den rollen aggressiv markedsføring, slapp regulering, overforbruk av legemidler og bruk av legemidler som skal påvirke psyken har spilt i det de beskriver som en økende legemiddelkrise.

Medawar er grunnlegger og leder av Social Audit i England, etablert i 1972 som et organ med det formål å sørge for at alle organisasjoner tjener offentlighetens og forbrukernes interesse (www.socialaudit.org.uk). Han er medlem av WHO's 'Expert Panel on Drug Policies and Management'. Han har i årtier vært opptatt av legemidler og medikalisering, spesielt legemidler som kan gi avhengighet, og han ga i 1992 ut boken 'Power and Dependence: Social Audit on the Safety of Medicines'. Boka beskriver hvordan legemidler, fra opioidene via barbituratene til benzodiazepinene, har blitt lansert som ikke avhengighetsskapende, og hvordan firmaene har forsøkt å dekke over bevisene på dette da de kom. Noe av historikken er også med i denne boken.



Kirsten Myhr

er cand.pharm. og kandidat i folkehelsevitenskap. I dag er hun leder for RELIS Øst og er dessuten engasjert i et internasjonalt WHO-prosjekt om legemiddelpriser i fattige land. Tidligere har hun arbeidet som sykehusfarmasøyt i Tromsø og Trondheim, internasjonalt bl.a. i Botswana, Unicef og Albania. Hun har vært bivirkningsansvarlig hos Legemiddelverket og rådgiver i Helseilsynet.

Charles Medawar og Anita Hardon (medisinsk biolog) har bl.a. villet vise at også nyere antidepressiva kan gi avhengighet, noe som har vært benektet av både firma og myndigheter. Ved å bruke en annen definisjon enn WHO har myndighetene i Storbritannia holdt på at det er forskjell på avhengighet og seponeringssymptomer, og at det er seponering som noen ganger er vanskelig for SSRIs og andre nyere antidepressiva, som venlafaksin (Efexor). Forfatterne mener at vi har vært for godtroende når det gjelder påståtte positive effekter av legemidler. Resultatene av ny vitenskapelig forskning er farget, siden nesten alt er finansiert av legemiddelindustrien som søker etter produkter som vil gi god inntjening. Hemmelighetskremmeriet er et annet problem. Selv på registreringstidspunktet forblir mye av forskningen unntatt offentlighet. Derfor er overvåking etter markedsføring så viktig, for eksempel ble det da oppdaget at seponeringsreaksjoner på Seroxat forekommer hos 1 av 4 og ikke 1 av 500.

Boken til Medawar og Hardon fokuserer bl.a. på

- Hvordan antidepressiva-«krisen» avslører begrensningene i dagens legemiddelkontrollpolitikk, basert som den er på dokumentasjon som ofte er svært farget og stort sett består av firma-sponsede studier gjort før legemidlene markedsføres.
- At legemiddelmyndighetene fortsatt ikke (offisielt) erkjenner risiko for avhengighet med antidepressiva når brukererfaringer tyder på det motsatte.
- At legemiddelmyndighetene nekter å ta hensyn til verdifulle utsagn fra brukere.
- At myndighetene ikke vurderer utbredelsen av iatrogen sykdom (skade grunnet medisinsk intervensjon), inklusive substansiell risiko fra medikalisering av daglig-livet.

Gjennom to TV-programmer i dokumentarserien Panorama har BBC nylig satt fokus på Seroxat. Seroxat er GSKs mestselgende legemiddel og det mest solgte SSRI i Storbri-

tannia. Panorama opplevde at det første programmet om Seroxat fikk høyeste seeropplutning noensinne og et høyt antall henvendelser i etterkant, bl.a. 1374 e-poster. Det ble laget et oppfølgingsprogram, høyst uvanlig, og et tredje program kom i oktober.

Medawar og klinisk farmakolog Andrew Herxheimer gikk gjennom disse 1374 e-poster, samt 862 henvendelsene sendt til Social Audit før programmet, der pasienter beskriver sine problemer etter å ha startet med Seroxat (1,2). Det dreide seg ikke bare om seponeringsproblemer som for eksempel elektriske støt (head shock, electric head), men om endret personlighet etter oppstart, suicidal tanker og selvskade (1,3). Medawar og Handon fikk også lov til å sjekke samtlige bivirkningsmeldinger innsendt på Seroxat til de engelske legemiddelmyndighetene i perioden og har gjort seg noen tanker rundt årsaken til at de problemene pasientene beskrev ikke fanges opp i spontanrapporteringssystemet (2). Dette er en spesielt viktig del. Slik spontanrapporteringssystemet fungerer i dag, legges det inn meldinger fra leger i form av symptomer som skal gjenfinnes i en terminologibase (MedDRA). Først skal pasienten forklare disse symptomene for legen, så skal legen omgjøre de til sin terminologi og til slutt skal myndighetene registrere disse. Sjelden fanges dette opp som ett bilde – en seponeringsreaksjon – bare som ett eller flere symptomer. Bare når legen har identifisert det som seponeringsreaksjon eller avhengighet vil dette bli registrert. Feiltolkninger kan også skje. For eksempel finnes det meldinger der pasientens opplevelse av elektriske støt i hodet er «oversatt» til at pasienten fikk elektriske støt i en stikkontakt! Forfatterne mener sikkerhetsarbeidet må inkludere pasientmeldinger, og disse kan gjerne analyseres på en annen måte for bedre å få frem hva det egentlig dreier seg om. Videre må rapporter i større grad analyseres, ikke bare puttes i en database. Pasientrapportering er også viktig som et supplement fordi pasienter ikke alltid blir tatt på alvor av behandlingsapparatet.

Hva kan vi lære av dette? For oss som jobber med bivirkningsregistrering burde dette lære oss å fokusere på annet enn rent regulatoriske krav som skal føre til endringer i en produktinformasjon som få leser. For deg som lege burde det føre at du lytter til pasienten og er våken for at legemidler kan ha bivirkninger, ikke tolke symptomer som manglende effekt og øke dosen eller skifte til eller legge på et antidepressivum til. Videre skal pasienten føle tillit ved å rapportere om slike problemer. Det er viktig å velge «riktig» SSRI. For pasienten vil det være behov for et sted å rapportere dersom ikke han/hun føler at behandlingsapparatet tar en på alvor.

Panoramaprogrammene og gjennomgangen av e-post fokuserte bl.a. på

- Betydningen av å lytte til pasienten. Når dette ikke ble gjort førte det bl.a. til underestimering av risiko for suicidal oppførsel.
- Den nære sammenhengen mellom suicidal oppførsel og plasmakonsentrasjon av paroksetin.
- Økt suicidal risiko, også senere enn de første dagene etter oppstart og når dosen endres opp eller ned.
- Dosetak for effekt syntes å være på 20 mg.

En årsak til at paroksetin muligens er verre enn enkelte andre nyere antidepressiva kan ha å gjøre med stoffets relativt komplekse metabolisme samt at det ikke har aktive metabolitter (1). Paroksetin omdannes bl.a. over CYP2D6 og dette er viktigste nedbrytningsvei i lave konsentrasjoner unntatt hos de som er 'poor metabolisers' og har en genfeil som gjør at dette enzymet ikke oppfører seg normalt. Det gjelder ca 8 % av kaukasiere. I høyere konsentrasjoner hemmer paroksetin CYP2D6 og reduserer sin egen metabolisme slik at en doseøkning fører til en uforholdsmessig stor økning i plasmakonsentrasjonen. Seponering forårsaker en tilsvarende kraftig reduksjon i plasmakonsentrasjonen som delvis forklarer intensiteten av seponeringsreaksjonen. Metabolismehastigheten varierer sterkt; gjennomsnittlig plasmahalveringstid er i underkant av 24 timer, men kan gå opp til 3 dager. De 8 % kaukasiere som har en genfeil kan utgjøre mange av de pasientene som får alvorlige reaksjoner.

Hva har myndighetene gjort? For det ene avslører Medawar og Handon store forskjeller i kontrollen av legemidler i USA og Europa. I USA er det mye større åpenhet da man gjennom den såkalte «Freedom of Information Act» kan rekvirere all dokumentasjon om et legemiddel som er sendt myndighetene (riktignok over ett års ventetid). Den amerikanske Food and Drug Administration (FDA) har også mye større ressurser til å følge opp legemidler, men rapportering av bivirkninger etter registrering kan ikke sies å være et forbilde. Signaler fanges vanskelig opp om ikke legemiddelfirmaet selv melder slike. I Europa er myndighetene mer opptatt av å spille på lag med firmaene, noe flere mener skyldes plasseringen av den europeiske legemiddelkontrollen (EMEA) under EU organet Director General Enterprise (som er opptatt av handel, ikke helse) (4) og at de nasjonale legemiddelkontrollene nesten utelukkende finansieres av avgifter fra industrien. Registrering er omfattet med mye hemmeligholdelse, og folkehelsen settes ikke i fokus. Både i USA og Europa er det interessekonflikter (4,5) og en vektlegger dokumentasjon fra de randomiserte kli-

Nedtrapping av antidepressiva

Pasienter som skal slutte med et antidepressivum bør gradvis trappe ned, ikke slutte brått (6). Hvis preparatet er brukt over noe tid, bør nedtrappingen være i minst 4 uker. Hvis man mistenker seponeringsreaksjoner, bør nedtrappingen være spesielt langsom. I ekstreme tilfeller kan nedtrapping skje ved overgang til et tricyklisk antidepressivum. Det kan være nødvendig å kombinere dette med kognitiv terapi for å takle en ev. seponeringsfobi.

niske utprøvinger, som inngår i søknad om markedsføringstillatelse, fremfor etterkontroll. I mange av studiene som gjøres før registrering har det vist seg at en bruker for høye doser. Bivirkningsrapporteringen er ofte mangelfull slik at både av den grunn, og fordi alle problemer ikke kan oppdages i små studier med selekterte pasienter, endres ofte dosering og risikoprofil etter at legemidlet tas i generell bruk. Mange vil også mene at myndighetene, når problemer avsløres, ofte velger en lav profil i forhold til firma – altså at man i beste fall ber firmaet oppdatere preparatomtalen og overlater til forskriver å følge den.

Seponeringssymptomer med SSRIer og venlafaksin:

forverret humør, irritabilitet, agitasjon, svimmelhet, forvirring, hodepine, nervøsitet, gråtetokter, tretthet, emosjonell labilitet, søvnproblemer, drømmer, sinne, kvalme, amnesi, svetting, depersonalisering, muskelverk, ustø gange, panikk, såre øyne, diare, skjelving, muskelspenninger, frysninger. Ofte vanligere hos pasienter behandlet lenger enn 8 uker og med høyere doser. Vanligvis inntreer symptomene 3 dager (1–10 dager) etter seponering. Hvis preparatet reintrodueres, forsvinner symptomene som oftest innen 24 timer. Kan forveksles med ny depresjon. Til forskjell fra TCA ses problemer med balansen og følelsesmessige symptomer.

Medawar og Hardon kaller dette et triumvirat av konspiratører: den multinasjonale legemiddelindustrien, reguleringsmyndighetene og de profesjonelle institusjoner. De beskriver hvordan de multinasjonale legemiddelprodusenter er blitt så store at de kan håpe på å overleve bare ved raskt å etablere massemarkeder for «blockbusters» og livstilmedisiner. Et viktig middel er legemiddelreklame direkte til forbruker (DTCA), noe som hittil heldigvis bare er tillatt i USA og New Zealand.

Selvordstanker

En teori er at aggressivitet, selvmordstanker og -oppførsel kan skyldes akatisi, men mest vanlige årsak er forverret depresjon. Akatisi skyldes dopaminreseptorblokade og er oftest assosiert med antipsykotika.

Medawar og Hardon gir i sin bok følgende anbefalinger

- Overhaling av det hemmelige og inadekvate legemiddelkontrollsystemet.
- Etablering av en legemiddelovervåkning etter markedsføring som er uavhengig av reguleringsmyndighetene, drevet av og på vegne av medisinbrukere.
- Oppnå at legemiddelmyndighetene forplikter seg til å stimulere til åpenhet i legemiddelregulering, der man bare tillater unntak fra offentlighet for å verne enkeltpersoner og firmaenes kunnskap om fremstilling av et legemiddel.
- Flytte europeisk legemiddelpolitikk fra DG Enterprise til DG helse og forbruker (Public Health Directorate).

- Øke tilbudet av uavhengig legemiddelinformasjon til leger.
- Forbedre pasientinformasjon, slik at den fokuserer på helse og ikke bare legemidler.

Seponeringssymptomer og avhengighet

Firmaene har ønsket å bruke betegnelsen «discontinuation reactions» da de mener «withdrawal» innbefatter avhengighet, men EU har insistert på at de skal kalles «withdrawal reactions» da disse ikke nødvendigvis innbefatter avhengighet.

Boken har minst to budskap: den tar for seg problemer knyttet til nyere antidepressiva og til medikalisering av dagliglivets problemer, og den behandler problemer rundt dagens legemiddelkontrollpolitikk. Dersom man ser etter informasjon om problemer med SSRI'er, kan referanse 1–3 dekke det behovet. David Healy's bok (6) kan også anbefales. Som et innlegg i debatten om internasjonal legemiddelpolitikk er boken til Medawar og Hardon imidlertid viktig og kan anbefales alle som ønsker en titt bak kulissene.

WHO's forståelse av avhengighet er et behov for gjentatte doser for å føle seg bra eller unngå å føle seg dårlig. Når en pasient må ta gjentatte doser for å unngå 'bad feelings', er vedkommende avhengig av legemidlet. De som har vanskeligheter med å slutte selv ved nedtrapping, bør anses avhengige hvis ikke årsaken er forverret depresjon. Generelt har alle ubehagelige seponeringsreaksjoner et visst potensial for å induere avhengighet og risiko kan variere fra person til person. Med økt alvorlighetsgrad av slike seponeringssymptomer øker også sjansen for at avhengighet utvikler seg.

Referanser

1. Medawar C, Herxheimer A, Bell A, Jofre S. Paroxetine, *Panorama* and user reporting of ADRs: Consumer intelligence matters in clinical practice and post-marketing drug surveillance. *Int J Risk Safety Med* 2002; 15: 161-9.
2. Medawar C, Herxheimer A. A comparison of adverse drug reaction reports from professionals and users, relating to risk of dependence and suicidal behaviour with paroxetine. *Int J Risk Safety Med* 2003/2004; 16: 5-19.
3. Breggin PR. Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): a review and analysis. *Int J Risk Safety Med* 2003/2004; 16: 31-49. www.breggin.com/31-46.pdf
4. Garattini S, Bertele V. Adjusting Europe's drug regulation to public health needs. *Lancet* 2001; 358: 64-67.
5. Just how tainted has medicine become? *Lancet* 2000; 359: 1167.
6. Healy D. *Psychiatric Drugs Explained*. Churchill Livingstone 2004; 4th ed. ISBN 0443070180

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

Tverrfaglig analyse av pasientforløp: En grunnleggende arbeidsmetode i Praksiskonsulentordningen

AV ODD JARLE KVAMME

All kunnskap om PKO er allemannseie

Praksiskonsulentordningen er på full fart inn som viktigste modell for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten (også kalt spesialisthelsetjenesten). Ordningen er primært innrettet for å bedre samspillet mellom fastleger og sykehusleger. Etter hvert blir det naturlig å inkludere privatpraktiserende spesialister. Det kan bli aktuelt for andre faggrupper å arbeide etter samme metode. Men akkurat nå gjelder det å stable på beina en bærekraftig modell for lege-samarbeid, bygget på en nasjonal rammeavtale, og med et landsdekkende nettverk.

Rammeavtalen skal det forhandles om høsten 2004. Nettverket er opprettet i regi av Aplf, og administreres av foreningens nettredaktør. Der kan alle som er involvert i PKO registrere seg og få passordbeskyttet tilgang til det nyprettede web-nettverket.

Det er gledelig å registrere at Aplf, Legeforeningens sentralstyre, Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene er alle innstilt på å etablere PKO i norsk helsetjeneste. Her skal det ikke være revirer, men likeverdige samarbeid. All kunnskap om samarbeid skal deles og brukes fritt.

Kunnskaper om pasientforløp er grunnleggende for å forbedre samarbeid

Hva gjør de egentlig, disse fastlegene som påtar seg oppgaven med å fungere som «motorer» i samarbeidet mellom sykehusavdelinger og fastlegene i lokalsykehusets opptaksområde?

Unni Ringberg har beskrevet oppgaver og arbeidsmåter (Utposten nr 6, 2004). Jeg vil her konsentrere meg om det som bør bli deres viktigste oppgave:

Tverrfaglig analyse av Pasientforløp (TAP).

Å skaffe seg kunnskaper om forløpene til pasientene gjennom første- og andrelinje, er selve grunnlaget for å kunne



Odd Jarle Kvamme

Spesialist i allmennmedisin. Veileder i allmennmedisin. Dr.med. Allmennlege Kvinnerad/Stord 1979– Lege for flyktninger ICM Thailand/Fiippinene 1980/81. Distriktslege øst-Grønland 2000. Doktorgrad «Samarbeid mellom legar» 2000. Praksiskordinator Helse Fonna 2003– Nestleder Aplf 2003– Medlem Nasjonalt råd for prioritering 2001– Medlem nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering 2203–4. Sjefflege Stord sjukehus 1996–2002 (deltidsstilling). Tidlegare delegat til EQUIP.

endre/forbedre systemer og prosesser, og dermed kunne nærme oss målet for linjeovergrepene samarbeid, som er:

Bedre utredning, behandling og omsorg, god logistikk, alle tiltak basert på LEON-prinsippet). Det går ut på at all medisinsk utredning og behandling skal skje på Laveste Effektive OmsorgsNivå (derav forkortelsen LEON).

Uten kunnskaper om pasientforløpene, forblir vi «synsere» som bygger våre synspunkter, holdninger og handlinger på anekdoter og implisitte kriterier. Da kan vi ikke vite om vi skyter blink eller på feil skive. (Var det noe vi en gang lærte om reliabilitet og validitet?). Vi trenger derfor eksplisitte kriterier våre valg i utredning og behandling

Tverrfaglig analyse av Pasientforløp

De danske legene Lars Rytter og Torben Sejr utviklet i sin tid en enkel modell for audit av pasientforløp, og det er deres arbeid som TAP bygger på.

Enkel, retrospektiv analyse

TAP kan anvendes i sin enkleste form som en retrospektiv, kvalitativ vurdering av den uberørte medisinske hverdagen, der vurderingsgrunnlaget (rådata) er opplysninger som finnes i sykehus-journaler. Rådata blir systematisert til enkle oversikter over pasienters møter med deler av helsetjenesten. En kortfattet metodebeskrivelse finnes på:



(www.legeföreningen.no/aplf, under «PKO». Erfaringer fra noen slike undersøkelser finner på www.dsam.dk

Det velges en pasientgruppe som krysser linjegrensene flere ganger med utredninger og behandlinger. Eksempler på pasientgrupper er ryggpasienter, cancer coli KOLS, diabetes, hjertesvikt, apoplexia cerebri.

10–15 av de siste journalene for valgt pasientgruppe analyseres, forløpene kartlegges og systematiseres. Dette grunnarbeidet kan utføres på mindre enn en uke.

Et ekspertpanel vurderer kvaliteten av forløpene ved å velge ut noen kriterier:

- hvordan er tidsbruken, er det unødvendig lange forsinkelser?
- henvisningskvalitet?
- epikrisekvalitet?
- gjorde fastlegen jobben sin før og ved henvisning?
- hvordan var den faglige kvaliteten i sykehusavdelingen?
- unødvendige/forsinkende prosedyrer?
- hvordan organiseres oppfølging og kontroller?

Hvert forløp får karakter «godkjent» eller «ikke godkjent». Er ikke forløpet godkjent, følger en begrunnelse og forslag om hva som skal forbedres, hvem som er ansvarlig,

og hvordan man kan kontrollere om valgte endringer fører til forbedring av prosesser og resultater.

Ekspertpanelet er tverrfaglig. Her bør de som er involvert i daglig behandling av valgt pasientgruppe være med, eksempelvis fastleger, kommunal pleie- og omsorgstjeneste, sykehusleger og sykepleiere i avdelingen, fysioterapeuter eller privatpraktiserende spesialister. Gruppens sammensetning blir bestemt av problemstilling/pasientgruppe. Det er viktig at ledere inkluderes. Da sikrer man kortest vei fra erkjennelse til endring. Erfaringer viser at et ekspertpanel bruker ca fire timer på å gjennomgå 10–15 systematisert pasientforløp.

Praksiskonsulentens oppgaver i TAP

Sammen med avdelingens leger, og etter innspill fra andre fastleger, velger konsulenten pasientgruppe. Han/hun er med og forbereder journalgjennomgangen og deltar i systematiseringen av opplysningene, sitter i ekspertpanelet og faciliterer de endringer som ekspertgruppen foreslår. Konsulentene er mao. svært sentrale i dette arbeidet.

Prospektiv pasientforløpsstudie som forskning på samarbeid

I stedet for en retrospektiv gjennomgang, kan man gjøre prospektive studier.

Nå er vi i gang med forskning på hvordan deler av helsetjenesten samarbeider, og en eller et sett av intervensjoner evalueres.

Datagrunnlaget utvides med utskrifter fra fastlegejournal, spørreskjema til fastleger og pasienter, eller intervjuer med fastleger og pasienter. Man velger kvalitative og kvantitative endemål på grunnlag av erfaringene ved første undersøkelse. Så innføres konkrete intervensjoner som virker i en tidsperiode, for eksempel 12 måneder. Etterpå gjøres det etterundersøkelser med samme metode og ekspertgruppe som første gjennomgang. Før- og etterundersøkelsen sammenlignes for å spore resultater av intervensjonene.

Hvorfor TAP?

TAP er kvalitetsutvikling som også kan designes som forskningsprosjekter. Dette er praksisnær evaluering av hva vi holder på med i vår daglige praksis. Vi mangler kunnskaper om samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten, både lokalt og generelt. Det drives lite nasjonalt eller internasjonal systematisk forskning på dette feltet, samtidig som mange har til dels sterke meninger om hva som skal forandres for å kunne samarbeide bedre. Vi skal selvsagt bruke vårt skjønn og våre erfaringer, men det er ikke nok. Når vi praktiserer et kunnskapsbasert fag, må krav til samarbeid også være kunnskapsbasert.

Min visjon:

PKO må aldri bli et mål i seg selv, men være en måte å drive målrettet og systematisk arbeid for bedre utredning, behandling og omsorg.

Innen 2008 har 90% av norske somatiske og psykiatriske avdelinger tilsatt praksiskonsulenter.

Arbeidsbetingelser og lønn er forankret i nasjonale rammeavtaler.

Ved hver avdeling har en av overlegene tildelt hovedansvaret for samarbeid med primærhelsetjenesten sammen med praksiskonsulenten. De utgjør et «samarbeids-par».

Arbeid som praksiskonsulent er i fastlegeforskriften likestilt med offentlig allmenntilleggsarbeid, innenfor tilpiktede 7.5 timer per uke.

Virke som praksiskonsulent teller atskillige poeng i allmenntilleggsarbeid etterutdannelse.

PKO har forbedret samarbeidet fra «søvnløst» til «sømløst», ikke minst ved at vaktarbeidet i allmenntilleggsarbeid og i lokalsykehusene fungerer bedre. Ved alle sykehusavdelinger gjennomføres det minst to pasientforløpsstudier hvert år.

Pasientforløpsstudier konkurrerer om forskningsmidler på like fot med basalforskning og klinisk forskning.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com



www.nidarosfondet.no

Nidarosfondet fremmer allmenntilleggsarbeid

Hvor er det blitt av kommentarene til den nye veilederen i miljørettet helsevern? (med et smart tips til skeptikerne...)

AV OLA NORDVISTE.



Ola Nordviste

Forskriften og veilederen er altså en gigant-sak i forvaltningen av miljørettet helsevern, men få har nevnt at de hørte det da den ble klasket i bordet, og enda færre har omtalt den offentlig. (Se dog Tidsskriftet for Dnl, www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visNyhet?vp_id=2377). Hvorfor har det vært så stille? Har vi mistet troen på at miljørettet helsevern er viktig? Har utviklingen vist at den negative helsepåvirkning fra tidligere fanesaker som inneklimate, radon, småulykker, vannforurensing, lekeplassikkerhet, manglende internkontroll og avfallshåndtering ikke er så stor som en trodde? Har kommunelegene fått en følelse av at de har jobbet for mye med for små ting?

Den nye forskriftens paragraf 7, om overordnet miljø- og helsekrav, instruerer oss om at «Virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte...». Hvis ikke, så kan kommunen gjennom paragraf 6 sjekke forholdene og treffe nødvendige vedtak hjemlet i kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven. Kommunen kan bl a ilegge tvangsmulkt og kreve konsekvensutredning, retting eller stansing.

Forskrift om miljørettet helsevern trådte i kraft 1.juli 2003. Den erstattet hele 400 lokale og sentrale forskrifter. Sammen med en gjennomarbeidet veileder ble forskriften distribuert sommeren 2003. Skriftene skulle modernisere innholdet i miljørettet helsevern og samle intensjonene i lovverket. De skulle samordne tenkning samt skape en ny inspirasjon på området miljørettet helsevern.

Forskriftens formål er å fremme folkehelse gjennom å sikre befolkningen mot biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Den skulle lette kommunenes og kommunelegenes arbeid.

Forskriften gjelder for alle private og offentlige virksomheter, inne og ute. Det er nesten overalt, det! Private boliger er unntatt så lenge en ikke forstyrrer naboen.

Undertegnede var en gang blant de mer ihuga samfunnsmedisinere med en topp på inspirasjonskurven idet jeg startet arbeidet med ovennevnte veileder i Sosial- og helsedirektoratet i 2002 – og en bønn på kurven idet jeg forlot direktoratet. Hvorfor? Jo, blant annet fordi jeg syntes jeg fant så liten dokumentasjon av faren for helseskade ved miljøpåvirkning i hverdags Norge og så liten dokumentasjon på nytten av alt arbeidet som gjøres av eplekjekke

kommuneleger og miljøkandidater. Sjekk f eks på Folkehelsa (www.fhi.no) hvor lite vi egentlig vet om helsefarer i inneluft og om effekten av dyre tiltak for å bedre inneluften i barnehager og skoler. Hva vi kommuneleger har blåst av penger ut gjennom luftekanalene i landets skoler!

Et vesentlig poeng i den nye forskriften og veilederen er understrekningen av at vi bør basere våre råd og vedtak i større grad på klar kunnskap innen miljømedisin. God idé! La oss bruke den også! Kanskje vi som leger kan ha nytte av å vite mer om når det IKKE skal brukes mye arbeidstid og IKKE skal gjøres dyre og irriterende vedtak innen miljørettet helsevern? Her er et tips til nærmere lesning for deg som nikker til dette spørsmålet:

Studer nøye merknadene til paragraf 7 (s 140 i veilederen). Det står bl a:

- «... en viss grad av alminnelig risiko må nødvendigvis aksepteres i samfunnet... Det er verken ønskelig eller mulig å regulere enhver mulig negativ helsemessig påvirkning. Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av forskriften. Det kan tenkes en rekke eksempler på forhold som kan være både irriterende og plagsomme, men som likevel ikke kan anses som verre enn det en med rimelighet må tale.»
- «Det bør vanligvis kunne henvises til dokumentasjon når det er grunn til å anta at en virksomhet kan føre til helsemessig ulempe eller fare for helseskade... Når det gjelder vedtak om retting og stansing, skal det (forf. understreking) etter forvaltningslovens paragrafer 17 og 25 angis hvilke kunnskapsreferanser kommunen bygger sin vurdering på».

Det vil ganske ofte by på problemer å dokumentere helsetrusselen. Uten sikker dokumentasjon på helseskade OG på sikker effekt av eventuelle tiltak for å endre på forholdene, bør en vurdere å legge saken på is. Så kan en bruke tid og krefter på noe viktigere.

Det er mye som ikke er så veldig farlig. Det skal vi alle være glade for.

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 henne på nord-ola@frisurf.no

C Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

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

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

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

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

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

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegilin i dose opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med citalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetærskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (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 plasmavåne. (I NOGA B escitalopram).

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

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

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

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

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

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

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

TEMA: Radiologi

Utposten trykket i forrige nummer (nr. 6/04) to artikler av avdelingsoverlege Jonn Terje Geitung på Haraldsplass Diakonale Sykehus. Han presenterte i den ene artikkelen radiologiske utredningmuligheter ved problemstillinger knyttet til thorax og i den andre spørsmål knyttet til stråledoser.

I kjølvannet av Geitungs artikler har lege Per Sunde skrevet et innlegg som omhandler bruk av radiologiske metoder innen muskel-skjelettdiagnostikk. Dette følges igjen av en kommentar av Jonn Terje Geitung. Per Sunde er tidligere allmennpraktiker og driver nå en skulderklinik i Oslo.

Apropos artikkel av Geitung:

Radiologisk diagnostikk ved muskel- og skjelettlidelser

AV PER SUNDE, LEGE VED SKULDERKLINIKKEN, BISLETT LEGESEENTER

MR-undersøkelser og ressursbruk

Gode Geitung, takk for utmerket informasjon om røntgen og videre billeddiagnostikk.

MEN, i all vennskapelighet: nå må du og dine likesinnede snart våkne! Melodien i din utredning må ikke få stå uimotsagt – når det gjelder billeddiagnostikk ved muskel-skjelettproblemer. Mitt hovedeksempel nedenunder vil være billeddiagnostikk for skulderundersøkelser. MR-undersøkelser er her vel og bra, med spennende utviklinger på gang, ikke minst innen artrografi og kontrastmidler. Jeg kjenner utviklingen særlig innen ultralyd, men også innen MR, over de siste to årene, og vil hevde at du inviterer til et gigantisk MR-overforbruk som det verken er indikasjon for eller som Helse-Norge bør ha råd til – i en LEON-tid. Dette gjør du bokstavelig talt i Løvens hule- dvs. hos allmenmedisinerne, – og du legger derved føringer med svære implikasjoner.

Dine egne internasjonale radiologifora innen muskel-skjelett anbefaler sonografien integrert i en skjelettradiologs armamentarium. Utfordringen til dere må derfor være å sette dere inn i mulighetene, og gjøre bestrebelsler på også å få frem sonografens verdifulle bidrag i det faglige helhetsbildet, – selv i en tid hvor det er praktisk og pekuniært bekvemt å gå for MR-undersøkelser. Det kan være et problem at det i Norge knapt finnes skjelettradiologer som behersker hele spektret av undersøkelser. På få nær utfører alle som gjør ultralydundersøkelser andre modaliteter, MR inkludert, men det kan være problematisk at det som oftest ikke er vise versa.

Guidelines skulder

En god klinisk og sonografisk undersøkelse, gjerne interaktivt kombinert, gir hos de fleste voksne skulderpasienter til-

strekkelige informasjonen for videre rådgivninger og terapi-anbefalinger. Dels kan en slik kombinert bilateral og dynamisk undersøkelse, eventuelt med sonoguidede prosedyrer, gi informasjonen som ikke kan skaffes på annet vis. La oss huske at de fleste skulderproblemer ikke behøver billeddiagnostikk. Det kan være greit å ha MR-bilder, eller, særlig hos yngre, MR-artrografi, dersom pasienten henvises ortoped. Det er ikke greit å rekvirere MR ukritisk i linjetjenesten, eventuelt sågar uten å ha tatt av skjorta først..

Det er få tilstander som bør opereres, og de fleste vil ha nytte av god målrettet fysioterapi først. Det er viktig å være klar over at en rekke cuffrupturer seiler under gal tendinopatidiagnose, og de fleste av disse skal ikke ha steroidinjeksjoner.

La oss videre ikke glemme at impingement er en klinisk diagnose og ikke en billeddiagnose.

For cuffrupturer av forskjellige slag er ultralyd og MR omtrent likeverdige. Utøvere som kjenner begge metoder foretrekker ofte ultralyd. For labrumfeil er MR-artrografi metoden, – men bør ikke utføres med mindre det er symptomer/instabilitet av et visst omfang, – som kanskje kan innebære indikasjon for kirurgi. MR er sjelden golden standard, – det er det som oftest artroskopi som er, – om enn ikke ved alle tilstander.

Det er viktig å være klar over at for bløtdelskalk er MR som oftest en dårlig undersøkelse, – ultralyd derimot er meget god. Det er helt essensielt å være klar over at MR og ultralyd hver for seg kan være utmerkede undersøkelser – komplementære – begge med sine styrker og svakheter. Det er videre viktig at vi ikke glemmer å ha et godt røntgenbilde i bunnen.

Når det gjelder skulder, men også når det gjelder en rekke andre tilstander, – refr. bla nedenunder, – vil jeg snu på flisa og si at nettopp ultralyd har høy kostnadseffektivitet. Undersøkelsen gjøres her og nå, er pasientvennlig, non-invasiv og non-ioniserende, uten kontraindikasjoner, og har overlegne romlige oppløseligheter. Med i dag gode undersøkelsesprotokoller og bedrede diagnostiske kriterier og artefaktkontroll m.m. bør man etter mitt skjønn snart kunne dempe frykten for den mye omtalte lange lærekurven, – kanskje skulle denne betegnelsen aldri ha vært innført. Særlig MR sin følsomhet for signallendringer gjør at metoden lett gir en rekke overinterpretasjoner – feks. i form av usikre og uklare beskrivelser som lett supraspinatustendinose, lett bursitt, lett acromioclavicularleddsartrose, minimal cuffrupturering, diverse lettere labrumavvik m.m. Veien er ikke lang til klientifisering hvis slike beskrivelser ikke knyttes opp mot klinikk. En god ultralydundersøkelse – aller helst bilateral, dynamisk – kan for flere av disse tilstandene ofte på få minutter avdekke relevans eller ikke relevans, – dvs. skille klint fra hvete.

Perspektiver

La oss som l. metode bruke ultralyd for tendinopatii og lignende for lett tilgjengelige lange sener som feks. patellarsener og achillessener, og for videre differensieringer av hudnære strukturer, feks. cyster, hulrom, seneskjeder/bursae etc. For sener og vanlig tilgjengelige muskelskader bør ultralyd som oftest være l. valg. Det er tegn i tiden på at revmatologer etterhvert vanskelig kan tenke seg å arbeide uten sitt «sonoskop», feks. for distale sener og ledd. Noe annet er at man for majoriteten av kneproblemer, les menisk, korsbånd-, brus- og ankelproblemer, er best tjent med MR-undersøkelser.

Min oppfordring til Geitung og nødvendigvis noen flere radiologer vil være: Grip hansken, ta føringen og undervis oss klinikere, slik for eksempel radiolog Arne Heilo har gjort i god regi i godt Trøndermiljø. Derved vil radiologene fortsatt være fagets frontbærere og således bidra til gode kvalitets sikringer, i tverrfaglige miljøer. Den «magiske» her og nå – seansen, ultralyden, bør naturlig nok tidlig inn i anatomiundervisningen, og den representerer en verdifull og potent modalitet også innen skjelett- og muskelradiologien.

Debatten om hvorledes vi best utnytter våre helseøkonomiske ressurser pågår, det er nok å nevne felter som blåresepter, valg av antihypertensiva, manglende ressurser for sykehjemsplasser, psykiatrisatsing m.m. Derfor må debatten også taes for hvorledes vi best bruker våre midler innen billeddiagnostikk. Når det gjelder skulderundersøkelser – og også flere andre felter innen muskel-skjelett kommer jeg altså til mosatt konklusjon av hva Geitung har gjort.

Svar fra John Terje Geitung,

avdelingsoverlege ved Radiologisk avdeling, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Jeg tror ikke Sunde og jeg er så veldig uenige når det kommer til stykket. Jeg tar for meg noen punkter. For det første: når man skal gi en generell innføring i et stort område (jeg hadde en begrensning i ord), så er det ikke plass til detaljer. For det andre: hvis man skal si generelt hva som er beste undersøkelse for muskel- og skjelett-patologi, så er det MR. Det vet også Sunde og alle som har fulgt med i litteraturen. Det forhindrer ikke at ultralyd er en god undersøkelse på en rekke tilstander, og hvis man skal fortsette å være overfladisk, så kan man si at jo nærmere overflaten man kommer, desto bedre kommer ultralyd ut. En høyfrekvent probe vil for eksempel gi bedre resultater av achillessene og patellarligament enn noe annet. Men, fortsetter du litt innover i strukturene, så er MRI uovertruffet.

Neste punkt er opplæring, her er det mye å si, men jeg skal være kort. Jeg har alltid vært tilhenger av å formidle kunnskap, og mener også at jeg i stor grad har gjort, og gjør, det. Jeg har heller aldri vært opptatt av at vi skal holde på metoder for å holde på dem. Dette var ikke noe poeng i artikkelen min. Det som derimot var et poeng, var tilgjengeligheten, og den er dårlig for ultralyd av bløtvev. Vi kan forsåvidt være enige om at det er underlig, men slik er det.

Videre til kostnadseffektivitet og økonomi. Hvis vi regner en almenpraktiker som utgangspunkt, så er det selvfølgelig mye dyrere å anskaffe seg MR-utrustning og personal til å drive denne, enn å kjøpe et ultralydapparat for 0,5–3,0 millioner kroner. Hvis en allmenpraktiker eller ortoped utenfor sykehus er så interessert i dette at en slik investering er aktuell, så er ultralyd eneste mulige billeddiagnostiske hjelpemiddel. Jeg synes absolutt at en person som investerer så mye i penger og tid, skal få hjelp til opplæring, men jeg lurer på hvor mange radiologiske avdelinger som vil kunne gi mer enn en basisopplæring (jeg kan foreslå enkelte svenske avdelinger med mye kompetanse på området).

Dette var ikke utgangspunktet for artikkelen min, for det var å se på hvilke tilbud som kan gis

fra radiologiske avdelinger og institutter til almenpraktikere. Da blir det ikke bare spørsmål om hva som kan være bra i en øvet sonografers hånd, men hva som kan tilbys generelt. Jeg vil tro at tilnærmet alle avdelinger og institutter kan tilby en god service på de fleste muskeloskeletale MR-undersøkelser. Det kan de ikke når det gjelder ultralyd. Til poenget om overdiagnostikk: ingenting er dyrere enn å starte ut med «halvdiagnoser», da er det bedre å skyte med kanoner med en gang. Kommentaren om at det kan bli for mye «diagnostikk» er jeg helt enig i, men den gjelder ikke bare for dette. Jeg har ført et heller ensomt felttog mot å alltid ta med alt, noe som, spesielt av allmenpraktikere, ser

ut til å bli oppfattet som god diagnostikk. Det virker som det er umulig å si at noe er normalt. Dessverre tror jeg at problemene blir de samme med ultralyd, CT eller hva det nå måtte være.

Økonomien innad i en avdeling, eller et privatinstitut, ser annerledes ut enn i Sundes praksis. Jeg leder her oppmerksomheten hen på begrepet alternativkostnad. Hva kunne man gjort i stedet for, og hva kunne man tjent på det? I de fleste tilfellene er tilgangen på radiolog knapphetsressursen. Det skal være en uhyre rask ultralydundersøkelse for at en radiolog ikke ville ha greid å beskrive 2-3 MR-undersøkelser på samme tid. Refusjonstaksten er dårlig for ultralyd og noe bedre for MR. I praksis ville et privat institutt tape en tusenlapp på å bruke legetiden til ultralyd. Jeg tar dette med som et tilleggsmoment for å fortelle at det offentlige gir incitament i retning av andre undersøkelser enn ultralyd. En liten digresjon til slutt. Jeg har laget et oppsett (brukt mine svenske kontakter) for en av kollegene på min avdeling for å lære muskeloskeletal ultralyd i tillegg til MR, men interessen fra klinikerhold var så liten at det virket uinteressant.

Du trenger disse!



Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne,
Britt-Ingjerd Nesheim (red.)

Obstetrik og gynekologi

Denne nye læreboka er en videreføring av de tidligere bøkene *Obstetrik og Gynekologi*. Ved å slå sammen disse to velkjente lærebøkene til en bok, omstrukturere stoffet og oppdatere det hele faglig, har man fått en mer helhetlig fremstilling av stoffet. Dette gjør det lettere å se faglige sammenhenger mellom de to områdene og gir en større forståelse for helheten.

ISBN 82-05-30399-1 • 452 sider • kr 645,-



Jan Gunnar Møeland

Veileder i trygdemedisin 2004-2005

Første utgave av Veileder i trygdemedisin kom i 2003. Viktige endringer i folketrygdloven gjør det aktuelt med en ny utgave allerede i 2004. Mest vesentlig er de nye reglene for sykmelding som ble iverksatt fra 1. juli 2004. Videre er ICPC-2 blitt innført som eneste gyldige diagnosesystem ved siden av ICD-10 fra 1. juli 2004.

ISBN 82-05-33380-7 • 130 sider • kr 195,-



Odd Lingjærde

Når man gruer seg til vinteren...

Om vinterdepresjon og lysbehandling

Boka dreier seg om en lidelse som er ganske vanlig hos oss og om hvordan den best kan diagnostiseres og behandles. Boka gir en kortfattet omtale av hva man i dag mener å vite om vinterdepresjon og om lysbehandling

ISBN 82-05-33664-4 • 185 sider • kr 245,-


GYLDENDAL
AKADEMISK

I bokhandelen nå!

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Med riktig medisin ved Alzheimers sykdom får noen mulighet til å beholde kjæresten sin litt lenger.¹



Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.²

Lundbeck



Ebixa
memantine

Ebixa®

– medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

For referanser og preparatomtale se side 47

KOMMUNELEGE

et umulig arbeid fullt av muligheter

Anders Svensson arbeider som kommunelege 1 i en liten fiskerikommune i Vesterålen.

Fotograf Mic Calvert har fulgt ham i ei uke. Her er deres beskrivelse av en kommuneleges hverdag.



LEGE 1

Dagen består av møter, med medarbeidere og motarbeidere, pasienter og politikere. Møter for å bote, hjelpe og trøste, for å planlegge og skape. Og for å spare penger. «Dei må bruke pengar berre på det som er lovpålagt og spare på alt anna» Per Kristian Foss (nrk.no, 8. oktober 2004)



«Hei, ka ti kjem du hjem? Veit du at Bernt har sagt opp? Kaos!! Kom heim. Hilsen oss som e igjen på kontore» 1. september 2004 kl. 09.12.



Men uansett hvor mye takknemlighet vi møter, uansett hvor mye tilfredsstillelse arbeidet gir, så investerer vi mer følelser, engasjement og energi enn det vi får tilbake. På en eller annen måte må vi fylle opp lagrene, lade batteriene.

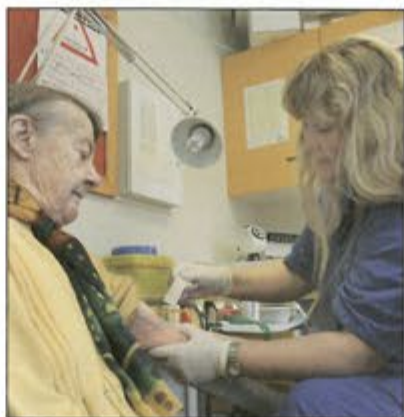


Som kommunelege arbeider du i samfunnet, i det lille samfunnet på legekantoret, i det større samfunnet i helse og sosialetaten og i det enda større, men likevel lille samfunnet i Bo i Vesterdlen. De fleste som arbeider som kommuneleger er ikke spesialister i samfunnsmedisin, men vi blir etter hvert spesialister på det samfunnet vi bor i. Drivkraften er lojalitet.



Pasientrettighetsloven § 2-1

«Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt»



NI

pasienter, ni individer, ni mennesker – en halv dag.



Kan umulig bli gode muligheter?

AV ANDERS SVENSSON
allmenn mulighetslege



Å være kommunelege er å arbeide med litt av hvert, og litt til. Jeg er fastlege med en pasientliste. Jeg er helseleder med budsjett- og personellansvar for helsestasjon, fysioterapi-tjenesten, kommunens psykiatritjeneste, og legetjenesten. Jeg er medisinsk faglig rådgiver og for tiden smittevernlege og ansvarlig for miljørettet helsevern.

Som fastlege bør du være generalist, humanatlet og empatisk. Som helseleder må du være tydelig, reflektert og vise omsorg for dine ansatte. Som ansvarlig for lønn og budsjett er det bra om du har tvangsneurotiske personlighetstrekk. I politisk arbeid må du være tålmodig og på grensen til patologisk sta. Som kommunelege i en liten kommune må du tåle å være kjent, at folk vet hvem du er. Et liten dasj av narcissisme hjelper nok. Som medisinsk faglig rådgiver bør man være jurist med stort hjerte og samfunnsinteresse.

Alle oppgaver medfører relasjoner til andre mennesker, pasienter, ansatte, samarbeidspartnere, sjefer og politikere. Eller med andre ord, det er flott dersom du er sosialatlet.

Dersom allmennlegen skal kunne litt om alt, skal kommunelegen kunne litt om alt og litt til. Helst skal man naturligvis kunne mye om litt til, men det er det få av oss som kan.

Arbeidet som kommunelege er helt enkelt en umulighet.

Som kommunelege trenger du ikke søke arbeidsoppgaver, de søker deg. Pasientenes behov og ønsker er der selvsagt. Lover og forskrifter, gjerne ledsaget av et tykt rundskriv kommer i haugevis i posten. Samarbeidspartnere, ansatte, politikere og administrasjon har forventninger til deg. Kommunelegen er etterspurt innad i kommunen, regionalt og av helseforetakene. Dersom du gjør deg tilgjengelig, detter det ned nye arbeidsoppgaver i hodet på deg. Dersom du gjør deg utilgjengelig, mister du innflytelse. For som kommunelege har jeg innflytelse. Dersom jeg doserer den nøye og bruker den selektivt, kan mitt arbeid gjøre en forskjell for oss som bor i Bø. Fremfor alt i den økonomiske henge-myren som mange små kommuner befinner seg i.

Av og til får jeg likevel en følelse av at mitt arbeid består i å sortere. Sortere post, pasienter og arbeidsoppgaver. Noen arbeidsoppgaver gjøres godt, andre gjøres godt nok og noen oppgaver gjøres ikke i det hele tatt.

Hvilken bunke arbeidsoppgavene skal sorteres i er det heldigvis jeg selv som bestemmer. I dette ligger en stor grad av frihet. Jeg har for eksempel valgt å bli redaktør i «Utposten» og veileder i allmennmedisin. Jeg arbeider også mye med regional samfunnsmedisin med kommunens velsignelse. Jobben er for så vidt en umulighet, men den er også full av muligheter.

Min gamle bestemor sa ofte «Det du inte kan få, skall du inte etterstå». I en kommune arbeider jeg innenfor bestemte rammer. Der er reglement og rutiner som jeg er nødt til å forholde meg til. Jeg har også en helse- og sosialsjef å ta hensyn til. Det å skjønne hva som er sannsynlig, mulig og umulig, og akseptere det, er en forutsetning for å overleve som kommunelege.

Utfordringen, eller «et helvetes problem» som min helse- og sosialsjef liker å kalle utfordringer, er å finne en balanse. Finne balansen mellom kurativt arbeid og samfunnsmedisin, mellom frihet og ansvar, mellom arbeid og fritid, mellom makt og avmakt. Flere arbeidsoppgaver må i bunken «ikke gjøre» og færre i bunken «gjøre godt».

Mange kolleger spør meg hvor lenge jeg skal bli i Bø. I det ligger et uutalt spørsmål – hvordan kan du bo og arbeide der ute? Svaret er at jeg har blitt Bøfjæring. Det er svar nok. Jeg er glad for å bo i Bø, men jeg er også glad i jobben min.

Jeg har arbeidet som kommunelege i seks år og har fortsatt bratt læringskurve, både faglig og menneskelig. Dersom kurven flater ut eller om jeg går lei av læring og utfordringer (eller helvetes problemer...) er det opp til meg å sortere annerledes.

I Bø finnes det et helsetilbud som tilbyr massasje, aromaterapi og fotsoneterapi og som kaller seg «Heile dæ». Jeg bruker «Heile Mæ» i jobben min. Jeg har mange hatter og alle er svært forskjellige. Risikoen er selvsagt at jeg bruker Heile Mæ på jobben og at det da ikke blir noe igjen. Heldigvis har jeg en fantastisk familie, en tullete hund, to fine hester, to galne geiter og (bare) en seilbåt.

Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold

AV HANS-JOHAN BREIDABLIKK
OG EIVIND MELAND

Fastlegeordningen ble som kjent innført 1. juni 2001 og var en stor og omdiskutert reform i norsk primærhelsetjeneste. Reformen var utprøvd på forhånd i fire kommuner.

Formålet var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker bosatt i Norge skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til, og ordningen skulle gi befolkningen en større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten (1).

Selv om deltagelse i ordningen i prinsippet var frivillig både fra lege og pasient, er i dag over 99% av befolkningen og allmennlegene med i ordningen (2). Sandvik konkluderte fra spørreundersøkelser blant spesialister i allmennpraksis at ett år etter innføringa var oppslutningen om fastlegeordningen økende og stabiliteten høy, selv om den generelle tilfredsheten var noe synkende (3). Carlsen beskriver en styrking av pasientens stilling i pasient-legeforholdet og svekkelse av legens portvaktfunksjon (4).

I sitt bidrag til Statusrapport om fastlegeordningen etter 2 år skriver legeforeningen at ut fra de foreløpige evalueringresultater Dnlf er kjent med, er langt de fleste fastleger og publikum fornøyde med denne, og at utfordringen fremover vil være å utvikle og tilpasse ordningen slik at den både aksepteres og anerkjennes av aktører og brukere (5). Helse-

Hans-Johan Breidablik og Eivind Meland

hans.breidablik@sula.kommune.no

Kommunelegekontoret, 6030 Langevåg

Eivind Meland, Seksjon for allmenntjenestemedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31, 5018 Bergen

Korrespondanse til:
Hans-Johan Breidablik

ministeren uttalte også i Dagens Medisin nr. 9-2003 glede over at fastlegeordningen var blitt så populær på kort tid.

I en større spørreundersøkelse av pasienterfaringer før og etter innføringen av fastlegeordningen, fant Lian og Wils-gaard en økning i folks tilfredshet med kvaliteten på sam-handlingen mellom lege og pasient fra 2000 til 2002, mens tilfredsheten for tilgjengelighet mht. telefonkontakt og hjemmebesøk gikk ned (6). I små kommuner var det imid-lertid ikke noen slik generell økning i tilfredshet (7).

I en rapport basert på et materiale fra Oslo, konkluderes det med at pasienter med langvarige og kroniske lidelser har merket lite forskjell i kontinuitet og tilgjengelighet etter at ordningen ble innført (8). I et pasientmateriale fra legevakt i Bergen var pasientene rimelig fornøyde med tilgjengeligheten til fastlegene, men bare hver fjerde hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de oppsøkte legevakten (9).

TABELL 1 Karakteristika ved materialet

Legepraksiser	Gjennomsnittlig listestørrelse	Gjennomsnittlig år i praksisen for leger	Antall respondenter (svarprosent)	Andeler (%) av materialet
Hele materialet			995 (63)	100
Praksis 1	1070	8	75(71)	7,5
Praksis 2	1070	11	198 (67)	19,8
Praksis 3	850		100 (29)	10,0
Praksis 4	1170	10	174 (54)	17,4
Praksis 5	1325	3	155 (74)	15,5
Praksis 6	1000	5	104 (87)	10,4
Praksis 7	1071	6	23 (74)	2,3
Praksis 8	862	6	112 (55)	11,2
Praksis 9	900	10	53 (53)	5,3

Vi ønsker i denne artikkelen å legge fram synspunkter på og tilfredshet med fastlegeordningen slik brukerne og pasientene i mer perifere strøk av landet opplever det.

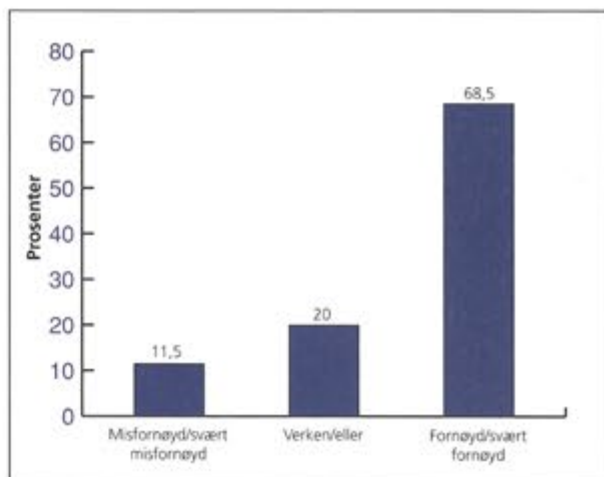
Materialet er hentet fra en omfattende brukerundersøkelse ved ni ulike legepraksiser i Møre og Romsdal høsten 2003. Innsamlingen av data ble gjennomført parallelt ved 9 ulike legepraksiser i fylket som studentoppgaver i samfunnsmedisin for NTNU-studenter under utplassering i allmennpraksis. Deltagelsen i prosjektet var basert på interesse fra studentenes side, og utvalget av praksiser er derfor i stor grad blitt tilfeldig. Flertallet av praksisene ligger utenfor de større byene i fylket. Undersøkelsen ble gjennomført innenfor et begrenset tidsrom og etter felles skriftlige instruksjoner vedrørende det praktiske opplegget. Spørreskjemaet ble utdelt fra studenter eller fast hjelpepersonell ved legekontorene på ordinære praksisdager og levert tilbake i konvolutter på legekontoret. En mindre del ble returnert i frankerte svarkonvolutter senere.

Mindre variasjoner i prosedyrer samt større variasjoner i antall respondenter og svarprosent ved de ulike legepraksisene gjør at sammenligninger mellom enkeltpraksiser må tolkes med forsiktighet.

De samlede resultatene er utgitt i en egen rapport (10). Noen karakteristika ved praksisene og materialet er samlet i tabell 1. Ni hundre og nittifem pasienter deltok i undersøkelsen, tilsvarende 63 % av alle som besøkte praksisene de aktuelle dagene. Listelengdene tilsvarte i gjennomsnitt omkring 1000 pasienter, og bare én praksis hadde gjennomsnittlige lister på over 1200 pasienter. Praksisene preges gjennomsnittlig av god legestabilitet. Gjennomsnittsalderen blant pasientene var 45 år, med bare fire prosent i aldersgruppen 0–19 år og 11 % over 70 år. Som forventet var kvinner var i flertall og utgjorde 61%. Halvparten oppgav videregående skole som høyeste utdanning, mens reste-

rende fordelte seg likt mellom grunnskole og høyskole/universitet. Atten prosent oppgav å bo i bystrøk, mens flertallet fordelte seg noenlunde jevnt mellom tettsted og landsbygd. Tre av fire opplevde egen helse som god/svært god, og bare fire prosent som direkte dårlig. Elleve prosent hadde oppsøkt legekontoret for akutt sykdom denne dagen.

FIGUR 1 viser at flertallet angav fornøydhet med fastlegeordningen totalt sett, mens hver femte pasient var mer likegyldige og tilsammen 11,5 prosent uttrykte generell misnøye.



Antall svar 869

Tabell 2 samler meninger om mer konkrete sider ved fastlegeordningen som var tenkt å skulle kunne styrkes ved innføringen av ordningen. Det framgår at bare en mindre andel av pasientene på disse spørsmålene angav at tilgjengelighet, kontinuitet og forhold til sin egen lege var blitt bedret. Lavest var dette for tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp konsultasjoner. På den andre siden var det adskillig færre som angav forverring, slik at majoriteten bestod av dem som opplevde situasjonen som uendret eller ikke hadde gjort seg opp noen mening.

TABELL 2 Ulike syn på konkrete sider ved fastlegeordningen, andeler i prosenter (95% konfidensintervall)

Fastlegeordningen	Bedret	Uendret	Forverret	Ingen mening
Tilgjengelighet ¹ for ordinære konsultasjoner	28 (25–31)	43 (39–46)	7 (5–9)	22 (19–24)
Tilgjengelighet ² for ø. hj. konsultasjoner	18 (15–20)	39 (35–42)	6 (4–7)	38 (34–41)
Forhold til og tillit til egen lege ³	33 (29–36)	47 (43–50)	3 (2–4)	17 (14–19)
Kontinuiteten i legeforholdet ⁴	27 (24–30)	41 (37–44)	4 (2–5)	28 (24–30)

1 Ubesvart 15%

2 Ubesvart 18%

3 Ubesvart 15%

4 Ubesvart 20%

TABELL 3 Andre forhold vedrørende fastlegeordningen, andeler i prosent (95% konfidensintervall)

		Andeler i %
Har fått ønsket fastlege?	Ja	73 (70–76)
	Nei	12 (10–14)
	Ingen spes. ønsker	15 (12–17)
Skiftet fastlege?		28 (24–30)
Grunn for fastlegeskifte	Legen har sluttet	10 (8–12)
	Ønsket annen lege	6 (5–8)
	Har flyttet selv	5 (4–6)
	Annen årsak	5 (3–6)
Anbefale egen fastlege til andre?	Ja	71 (68–74)
	Nei	7 (5–9)
	Vet ikke	22 (19–24)

Fra tabell 3 ser vi at nesten 3 av 4 fikk den fastlegen de ønsket. Om lag hver femte hadde ingen spesielle ønsker. 27 prosent av skiftet fastlege i de 2 1/2 årene siden ordningen ble innført, mens andelen som selv på eget initiativ har skiftet til en annen lege var lavt med bare 6%. Bortimot 30% var imidlertid usikre på om de ville anbefale fastlegen sin til andre eller ville ikke dette.

Der var ikke forskjell mellom kjønnene når det gjaldt fornøydhetsgrad med fastlegeordningen totalt sett. Det var en tendens til økende fornøydhetsgrad med økende alder. Pasienter med bare grunnskoleutdannelse uttrykte noe høyere tilfredshet med ordningen sammenliknet med respondenter med videregående skole. Videre analyser viste at imidlertid at selve praksisstedet forklarte det meste av variasjonen i fornøydhetsgrad med fastlegeordningen. Pasienter tilhørende bypraksis var mer fornøyde med ordningen enn tettstedsbefolkningen. Økende listelengde samvarierte negativt med fornøydhetsgrad, og noe overraskende falt det samme ved gjennomsnittlig legestabilitet over 9 år i praksisen.

Samlet må en kunne si at selv om majoriteten også i vårt distriktsmateriale generelt sett uttrykker fornøydhetsgrad med fastlegeordningen, så er ikke denne overveldende og kanskje like mye uttrykk for i hvilken grad de er fornøyde med sitt lokale legekontor. På spørsmål om tilgjengelighet, kontinuitet og forhold til egen lege svarer flertallet at det er uendret eller har ikke noen mening om dette. Likevel er det få som angir direkte forverring. Selv om bare 6 % har skiftet fastlege på eget initiativ hittil, så er nesten hver tredje usikker på om de vil anbefale fastlegen sin til andre. Våre resultater kan slik peke i samme retning som hos Lian (7).

En spesiell takk til studentene Vikan T, Vagnildhaug OM, Westin A, Jørgensen AK, Svendsrud R, Aam S, Bolsøy KS, Frønningen H, Lereim SK, Berntsen C, Hestad K og Yste-

nes ER for deres medvirkning i den praktiske utførelsen av prosjektet og systematisering av data. Morten Engstrøm ved Fylkeslegens kontor i Møre og Romsdal takkes for assistanse med utformingen av spørreskjemaet. Denne studien er gjort mulig takket være stipend fra Norges forskningsråd, Småskalaforskning om FLO-ordningen.

Litteratur

- FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
- Nesje SB. Tallstatus for fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 14/2-2003.
- Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319-21.
- Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209-13.
- Vigen T, Befring AK. Fastlegeordningen etter 2 år – bidrag til statusrapport. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123.
- Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringar i primærhelsetjenesten før og etter Fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 655-8.
- Lian OS. Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie nr. 70. Tromsø: Univ i Tromsø 2003.
- Dahle R, Skilbrei M-L. Fastlegeordninga og pasienter med stort legebehov. Rapport 3/03. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2003.
- Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365-66.
- Breidablik H-J. Felles brukerundersøkelse ved 9 legekontorer i Møre og Romsdal høst 2003. Helsetilsynet i Møre og Romsdal; Rapport.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

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!*

Mikroskopering av fluor vaginalis

Kvinner som søker lege pga. fluor kan ha en form for vaginitt/cervicitt, seksuelt overført eller ikke. En sjelden gang er fluor første symptom på cervixcancer (precancerøse forandringer gir ikke fluor). Hos postmenopausale kvinne skal man tenke på corpuscancer. Tubarcancer er meget sjelden, men kan også begynne med fluor.

Typisk Candidainfeksjon kan behandles pr. telefon hos unge kvinner dersom den er «klassisk» med hvit, kornet fluor og kløe. Ellers bør kvinner undersøkes for om mulig å få stillet en diagnose før eventuell behandling. Da har man meget god nytte av mikroskopi, som er billig og enkelt når man har fått litt trening (såkalt «wet smear»). Etter det jeg ser på henvisningene så mikroskoperes det ikke så mye nå.

Jeg tar litt fluor fra bakre fornix på spekelet, legger det i to deler på et objektglass og tilsetter saltvann resp. 10 prosent KOH-løsning på de forskjellige delene. Så rører jeg rundt med trepinne, for eksempel spatelen til cyt.taking, legger på dekkglass og mikroskoperer på x10 og evt. x40. Jeg ser etter epitelceller, leukocytter, bakterier, trichomonas, clueceller

Trichomonas



(=epitelceller med kokker) i saltvannsdelen og etter sopp-element i KOH-delen.

En viss mengde epitelceller, bakterier og hvite er normalt. Mye leukocytter og bakterier tyder på infeksjon i vagina eller cervix. (De som er 50 + husker at på 70-tallet hadde «alle» trichomonas – hvor ble det av dem?) Trichomonas er ikke så vanlig nå, men sees av og til også hos postmenopausale kvinner som ikke har vært seksuelt aktive på lenge. Man ser ofte mye leukocytter og hele preparatet beveger seg, ofte ser man flagellatene med sine haler, og hvis det først er trichomonas behøver man ikke lete lenge. Pasienter med trichomonas har ofte gått lenge og fått forskjellig behandling fordi ingen har kikket i mikroskopet! Å dyrke trichomonas er dyrt og gjøres ikke i Bergen. (Husk å behandle partner).

Clue-celler er ikke alltid så lett å se. Sniff-test er grei, sammen med anamnese og funn for øvrig.

I KOH-delen ser jeg etter mycelier, altså soppelamenter. De ser ut som hauger med tynne grener, kan være litt spredt og man må ha litt tålmodighet. Man kan trene på pasienter med sikker diagnose makroskopisk.

Til slutt har jeg lyst til å si at en negativ mikroskopi er vanlig hos de som «alltid» har mye fluor. Den er ofte rikelig men fysiologisk. Ikke særlig lett å behandle.

Lykke til med en enkel metode!

Bergen august 2004
Kristina Hernborg Johannessen
Gynekolog

TABELL 3 Andre forhold vedrørende fastlegeordningen, andeler i prosenter (95% konfidensintervall)

		Andeler i %
Har fått ønsket fastlege?	Ja	73 (70–76)
	Nei	12 (10–14)
	Ingen spes. ønsker	15 (12–17)
Skiftet fastlege?		28 (24–30)
Grunn for fastlegeskifte	Legen har sluttet	10 (8–12)
	Ønsket annen lege	6 (5–8)
	Har flyttet selv	5 (4–6)
	Annen årsak	5 (3–6)
Anbefale egen fastlege til andre?	Ja	71 (68–74)
	Nei	7 (5–9)
	Vet ikke	22 (19–24)

Fra tabell 3 ser vi at nesten 3 av 4 fikk den fastlegen de ønsket. Om lag hver femte hadde ingen spesielle ønsker. 27 prosent av skiftet fastlege i de 2 1/2 årene siden ordningen ble innført, mens andelen som selv på eget initiativ har skiftet til en annen lege var lavt med bare 6%. Bortimot 30% var imidlertid usikre på om de ville anbefale fastlegen sin til andre eller ville ikke dette.

Der var ikke forskjell mellom kjønnene når det gjaldt fornøydhet med fastlegeordningen totalt sett. Det var en tendens til økende fornøydhet med økende alder. Pasienter med bare grunnskoleutdannelse uttrykte noe høyere tilfredshet med ordningen sammenliknet med respondenter med videregående skole. Videre analyser viste at imidlertid at selve praksisstedet forklarte det meste av variasjonen i fornøydhet med fastlegeordningen. Pasienter tilhørende bypraksis var mer fornøyde med ordningen enn tettstedsbefolkningen. Økende listelengde samvarierte negativt med fornøydhet, og noe overraskende galt det samme ved gjennomsnittlig legestabilitet over 9 år i praksisen.

Samlet må en kunne si at selv om majoriteten også i vårt distriktsmateriale generelt sett uttrykker fornøydhet med fastlegeordningen, så er ikke denne overveldende og kanskje like mye uttrykk for i hvilken grad de er fornøyde med sitt lokale legekantor. På spørsmål om tilgjengelighet, kontinuitet og forhold til egen lege svarer flertallet at det er uendret eller har ikke noen mening om dette. Likevel er det få som angir direkte forverring. Selv om bare 6 % har skiftet fastlege på eget initiativ hittil, så er nesten hver tredje usikker på om de vil anbefale fastlegen sin til andre. Våre resultater kan slik peke i samme retning som hos Lian (7).

En spesiell takk til studentene Vikan T, Vagnildhaug OM, Westin A, Jørgensen AK, Svendsrud R, Aam S, Bolsøy KS, Frønningen H, Lereim SK, Berntsen C, Hestad K og Yste-

nes ER for deres medvirkning i den praktiske utførelsen av prosjektet og systematisering av data. Morten Engstrøm ved Fylkeslegens kontor i Møre og Romsdal takkes for assistanse med utformingen av spørreskjemaet. Denne studien er gjort mulig takket være stipend fra Norges forskningsråd, Småskalaforskning om FLO-ordningen.

Litteratur

- FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
- Nesje SB. Tallstatus for fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 14/2-2003.
- Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319-21.
- Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209-13.
- Vigen T, Befring AK. Fastlegeordningen etter 2 år – bidrag til statusrapport. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 12.
- Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringar i primærhelsetjenesten før og etter Fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 655-8.
- Lian OS. Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie nr. 70. Tromsø: Univ i Tromsø 2003.
- Dahle R, Skilbri M-L. Fastlegeordninga og pasienter med stort legebehov. Rapport 3/03. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2003.
- Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365-66.
- Breidablik H-J. Felles brukerundersøkelse ved 9 legekantorer i Møre og Romsdal høst 2003. Helsetilsynet i Møre og Romsdal; Rapport.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

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!*

Mikroskopering av fluor vaginalis

Kvinner som søker lege pga. fluor kan ha en form for vaginitt/cervicitt, seksuelt overført eller ikke. En sjelden gang er fluor første symptom på cervixcancer (precancerøse forandringer gir ikke fluor). Hos postmenopausale kvinne skal man tenke på corpuscancer. Tubarcancer er meget sjelden, men kan også begynne med fluor.

Typisk Candidainfeksjon kan behandles pr. telefon hos unge kvinner dersom den er « klassisk » med hvit, kornet fluor og kløe. Ellers bør kvinner undersøkes for om mulig å få stillet en diagnose før eventuell behandling. Da har man meget god nytte av mikroskopi, som er billig og enkelt når man har fått litt trening (såkalt « wet smear »). Etter det jeg ser på henvisningene så mikroskoperes det ikke så mye nå.

Jeg tar litt fluor fra bakre fornix på spekelet, legger det i to deler på et objektglass og tilsetter saltvann resp. 10 prosent KOH-løsning på de forskjellige delene. Så rører jeg rundt med trepinne, for eksempel spatelen til cyt.taking, legger på dekkglass og mikroskoperer på x10 og evt. x40. Jeg ser etter epitelceller, leukocytter, bakterier, trichomonas, clueceller

Trichomonas



(=epitelceller med kokker) i saltvannsdelen og etter sopp- element i KOH-delen.

En viss mengde epitelceller, bakterier og hvite er normalt. Mye leukocytter og bakterier tyder på infeksjon i vagina eller cervix. (De som er 50 + husker at på 70-tallet hadde « alle » trichomonas – hvor ble det av dem?) Trichomonas er ikke så vanlig nå, men sees av og til også hos postmenopausale kvinner som ikke har vært seksuelt aktive på lenge. Man ser ofte mye leukocytter og hele preparatet beveger seg, ofte ser man flagellatene med sine haler, og hvis det først er trichomonas behøver man ikke lete lenge. Pasienter med trichomonas har ofte gått lenge og fått forskjellig behandling fordi ingen har kikket i mikroskopet! Å dyrke trichomonas er dyrt og gjøres ikke i Bergen. (Husk å behandle partner).

Clue-celler er ikke alltid så lett å se. Sniff-test er grei, sammen med anamnese og funn for øvrig.

I KOH-delen ser jeg etter mycelier, altså soppelamenter. De ser ut som hauger med tynne grener, kan være litt spredt og man må ha litt tålmodighet. Man kan trene på pasienter med sikker diagnose makroskopisk.

Til slutt har jeg lyst til å si at en negativ mikroskopi er vanlig hos de som « alltid » har mye fluor. Den er ofte rikelig men fysiologisk. Ikke særlig lett å behandle.

Lykke til med en enkel metode!

Bergen august 2004
Kristina Hernborg Johannessen
Gynekolog

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere fram på, folkens!

Lærerike kasuistikker

En uvanlig variant av en vanlig sykdom

Skeie: En 18 år gammel gutt oppsøkte meg med en kul under haka. Tidligere stort sett frisk. Det var en fast, velavgrenset, kul, ca. en cm i diameter, fritt bevegelig i forhold til hud og dypere vev, lokalisert om lag ved glandula submandibularis på høyre side og den var lett øm ved palpasjon. Den hadde kommet i løpet av noen få dager. Han hadde vært forkjølet og litt febril og «viral» et par uker tidligere, og følte seg fremdeles i lett redusert form. Ved undersøkelse fant jeg ikke annen patologi, det var ikke lokal eller generell glandelsvulst og det var ikke palpatorisk forstørret lever eller milt. CRP var <8. Andre blodprøver: : LPK 4,5, lymfocytter 1,0, monocytter 0,4

Min vurdering var følgende: Dette virket infeksjøs, men litt «rart». Lokaliseringen svarte til gl. submandibularis, jeg oppfattet det som en infeksjon i spyttkjertelen, kanskje relatert til en spyttstein. Han fikk penicillin en uke, så avtalt ny kontroll.

Modalsli: «Kul under haka» hos barn og unge voksne gir mistanke om median halscyste, lymfadenitt eller dermoidcyste. Median halscyste sitter som regel i eller nær midtlinjen inn mot tungebenet. Litt ut mot siden må man tenke neoplastisk prosess i lymfeknute når det er betydelig asymmetri uten lokalt infeksjonsfokus. Spyttkjertelpatologi presenteres «aldri» som «kul under haka». Hevelse i spyttkjertel uten smerte skyldes ikke spyttsten. Malignt lymfom forekommer ikke helt sjelden hos unge mennesker, og er det asymmetrisk lymfadenopati med én dominerende knute og normale infeksjonstall bør henvisning til et miljø som kan gjøre punksjonscytologisk undersøkelse, (helst også med mulighet for flowcytometri), gjøres uten for lang observasjonsperiode.

Skeie: En uke gikk, pasienten kom tilbake, kulen hadde ikke endret seg vesentlig. Jeg finpalperte halsen, det var nå en del mindre, myke glandler på begge sider, men ingen symmetrisk til den store kulen. Det var en palpabel glandel i hø axille, ellers ikke generell glandelsvulst, lever og milt klinisk ikke forstørret. Allmenntilstanden fremdeles lett nedsatt.



Ivar Skeie

født 1952. Cand. med., Oslo 1978. Spes. i allmenntilstand Åslundmarka legesenter, Gjøvik.



Bjørn Modalsli

født 1944. Cand. med. Oslo 1969. Spes. ØNH 1978 etter tjeneste ØNH Tromsø, Nevrokir. og kir. Ullevål, Kir. Ringerike sykehus og ØNH RH. Ulike overlegetitler ØNH Gjøvik siden 1982.



Even Reinertsen

Født 1954. Cand. med fra Ulm i Tyskland 1982. Overlege på med.avd. på Gjøvik fra 1994 og spesialist i infeksjonssykdommer fra 2000.

Min vurdering: Fremdeles mest sannsynlig infeksjøs, men stadig litt «rart». På tide å vurdere neoplasme, derfor henvisning til ØNH-avdeling som halvøyeblikkelig hjelp.

Der ble han vurdert neste dag, det ble tatt punksjonscytologi og han fikk en ny antibiotikakur, denne gangen cefalexin ei uke.

Modalsli: Ved ØNH-us ble det funnet en kul under haka litt til siden for midtlinjen. En rekke små lymfeknuter bilat. på halsen. Punksjonscytologi med materiale på RPMI-rør sendt til Oslo. Ny antibiotikakur og valg av antibiotica er vanskelig å forsvare ut fra de foreliggende data.

Skeie: Nok en uke gikk, han kom tilbake til kontroll på ØNH, og kula var stadig ikke vesentlig endret. Den ble nå ekstirpert, og man avventet histologi.

Modalsli: Flowcytometrisk og vanlig cytopatologisk vurdering av materiale analysert i Oslo viste polyklonal cellepopulasjon av lymfocytter og et bilde av reaktiv lymfadenitt. Det er vanskelig i ettertid å se nødvendigheten av kirurgi så raskt. Før kula ble ekstirpert burde det også fra ØNH-hold vært tenkt på inflammatoriske årsaker til lymfadenopati. Flowcytometri av punksjonsmateriale er meget pålitelig når suspekt malignt B-celle lymfom skal utelukkes. Hodkinlymfom tas ofte på cellemorfologi når punktatet er teknisk vellykket, men man skal være forsiktig med å utelukke malignitet på grunnlag av punksjonsmateriale

Skeie: Mens vi ventet på dette, tenkte jeg: Det kan vel ikke være en mononukleose, selv om den er svært atypisk med den asymmetriske kula under haka, og ingen tonsillitt/halsbetennelse, men han hadde tross alt fått litt glandelsvulst ellers etter hvert. Vi får sjekke dette, slik at vi vet dette før jeg får histologien... Som tenkt så gjort, og serologien var pang positiv og alat på 193!

Histologien viste lymfadenitt med preg av virusinflammasjon. Ved in situ hybridisering ble det funnet positivitet for EB-virus, men man kunne ikke si sikkert om dette skyldtes «gammel eller ny» infeksjon, laboratoriet etterspurte serologisvar på EB-virus!

Så var det altså en mononukleose, men det hadde jeg ikke tenkt på i første runde!

Reinertsen: Sykehistorien med forkjølelse, litt feber og slapphet et par uker før han oppdager en liten kul ved submandibularis, taler for viral genese. Og det understøttes av blodprøvene. Bare EN forstørret glandel er jo ikke typisk for EBV, men alder og at han har hanglet i 2-3 uker, kunne henlede den differensialdiagnostiske tanke i den retning.

Jeg synes historien viser en lege og et helsevesen som er på hugget, både med å gi antibiotika raskt (på et spinkelt grunnlag), og med å henvise og utrede raskt med spørsmål om tumor. Det vanlige er vanligst, og han er ung med kort sykehistorie og nylig «viral» episode.

At ØNH gir ny antibiotikakur, kan ikke forsvares.

Skeie: Jeg informerte pasienten, og vi var begge lettet. Han er aktiv idrettsmann. Jeg ga treningsforbud og forbud mot gym. på skolen «til leverprøvene er normale, du føler deg frisk og så litt til. Og du får ikke drikke alkohol på noen måneder...». Transaminasene normaliserte seg i løpet av 3-4 uker, og han ble helt bra i løpet av en måneds tid.

Reinertsen: Miltruptur er en fryktet, men sjelden komplikasjon til mononukleose, ca 1-2 pr 1000 og størst risiko 2. til 3. sykdomsuke. Ca halvparten kommer i forbindelse med slag/traume. Driver man med kampsport (håndball, fotball e.l) bør pasienten gjøres oppmerksom på økt fare for miltruptur de første ukene etter diagnose, også ved å unngå tunge løft.

Det er meget stor variasjon i det kliniske forløp av sykdommen, og de fleste barn, men også ungdommer, har et helt eller nesten asymptomatisk forløp. Når man bør og kan begynne å trene igjen, vil være individuelt. En rimelig tommelfingerregel er å begynne å trene når man føler seg i form til det, og kan gjøre det med noe overskudd («comfortably»). Ved alvorlige forløp kan kanskje transaminasene være til hjelp: Er de normalisert, kan pasienten forsøke å presse seg gradvis.

Generelt er mitt inntrykk at pasienter med mononukleose, men også vi leger, overdriver farene ved å starte aktivisering i rekonvalesensperioden.

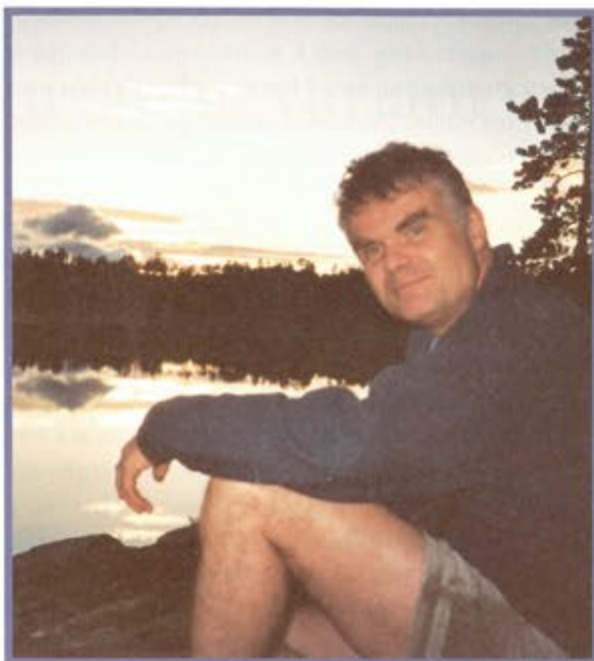
Nytten av totalt alkoholforbud ved en slik akutt, lett hepatitt, er uten dokumentasjon, og trolig tuftet på overtro og moralisme!

Her er
UTPOSTEN
- føl deg hjemme!

STEVEN CROZIER

STILLING ALLMENNLEGE ARBEIDSSTED FRØYA LEGEKONTOR

I FORBIFARTEN



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født i Portland, Oregon 1954. Flyttet til Göttingen i 1960. Familien ble «politiske flyktninger» og kom til Oslo i 1965 før Vietnamkrigen tok av. Gikk på Forsøksgymnaset i Oslo. Cand. med. Oslo 1982. Gift med Eli i 1979 og velsignet med 4 flotte barn. Turnus Kristiansund-N. Allmennlege sammen med Eli på Frøya siden 1985. Startet Filmklubb i 1986, nærradio i 1988, Privatflyver 1992. Restaurerer Marina 23'seilbåt som min far fikk bygget i 1973.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Når jeg var alene på natta med en eldre mann med puste-
besvær.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Å være med på å gi Frøyværingene helse råd og få tilbakemelding på at det blir satt pris på.

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

Arbeidet for elektroniske epikriser og resirkulering av masseadressert post uåpnet.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg møter pasienter med bekymringer som de har vansker med å få satt ord på.

EFFEKTIVT JOURNALSYSTEM FOR LEGEKONTOR OG KLINIKKER



HOVE MEDICAL
SYSTEMS

Lang erfaring og tett kontakt med brukerne ligger bak Kjell Hoves nye journal-system. Etter kort tid har vi allerede over 600 fornøyde brukere på både legekontorer og klinikker. Hove Medical Systems AS er en liten og effektiv organisasjon, med lang erfaring, god kompetanse og med en serviceinnstilling som gir fornøyde kunder.

www.one-stop.no



Ønsker du å rasjonalisere de daglige arbeidsrutinene og få en bedre oversikt over pasientregnskapet? System X er utviklet for å gi leger og klinikker en effektiv og oversiktlig arbeidsdag.

System X er moderne og brukervennlig. Dette gjør at du som bruker kan påvirke hvordan du vil utnytte systemet. Stor fleksibilitet og enkel oppdatering gjør System X til et populært hjelpemiddel.

System X har gjort hverdagen min lettere

«Jeg er imponert over funksjonaliteten og hvor enkelt jeg kan gi pasientene mine bedre informasjon og oppfølging.»

Overlege ved Colosseumklinikken i Oslo, dr. med. Helge Einar Roald er spesialist i plastisk kirurgi og generell kirurgi og en entusiastisk System X-bruker.



System X

System X - når hurtig og profesjonell brukerstøtte er viktig

| www.systemx.no tlf 48 22 57 80

Når lo du på jobben sist?

I dag og stort sett alle andre dager.

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

«Økning av frikort beløp». For det skipler mange eldre kronikere.

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

Intet jeg kommer på i farten. Det fikk tiden vise.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Åpen, kritisk og tillitsfull.

Hva gjør du om fem år?

Prater med fem år eldre pasienter som er ved god helse, Inshallah.

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

Ola Lilleholt, for å ha tid til å reflektere over de siste 20 år i Norsk Allmennmedisin og de neste 20 år.

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

1. Utbygging av dagsentertilbud for eldre og folk med psykiske lidelser i kommunene.
2. Sørge for at psykiatribygget ved St Olavs Hospital blir gjennomført.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Flere lesere.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Samhandling med 2. linjetjenesten og de kommunale helse-tjenester.

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

Utforske Dordogne i Sør-Frankrike.

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

Jeg har en god blanding av begge egenskaper.

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

Sølvi Ruud Hagen, Fredrikstad

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

Lyrikk har alltid fascinert meg. En periode samlet jeg lyrikkbøker inntil jeg måtte innrømme for meg selv at det meste skjønte jeg ikke noe av – det gav ingen gjenklang. Kanskje derfor er jeg så glad i Andre Bjerke. Moroversene hans deklameres med stor innlevelse og entusiasme for husets yngste. Men ett av hans «voksenvers» er kanskje det som har betydd mest for meg. Som lege, som kollega, som mor og som ektefelle har plikten kjentes sterk – til tider nesten selvutslettende. Og da er diktet «Du skal være tro» forløsende.

Du skal være tro

Du skal være tro.

Ikke mot noe menneske
som i gold grådighet
henger ved dine hender.

Ikke mot noe ideal
som svulmer i store bokstaver
uten å røre ved ditt hjerte.

Ikke mot noe bud
som gjør deg til utlending
i ditt eget legeme.

Ikke mot noen drøm
som du ikke selv har drømt...

Når var du tro?

Var du tro
når du knelte i skyggen
av andres avgudsbilder?

Var du tro
når din handling overdøvet
lyden av ditt eget hjerteslag?

Var du tro

når du ikke bedrog
den du ikke elsket?

Var du tro
når din feighet forkledde seg
og kalte seg samvittighet?

Nei.

Men når det som rørte ved deg
gav tone.

Når din egen puls
gav rytme til handling.
Når du var ett med det
som sitret i deg

da var du tro!

Stafettpippen leveres videre til Torgeir Fjermestad i Trondheim, en engasjert kollega med sans for det samfunnsmedisinske perspektivet.

Med hilsen
Tove Røstad
Trondheim

Løvetannprisen 2004

Norge er et bondeland. Bygdeintelligentsia og folkedanning er to sentrale begreper i utviklingen av det moderne Norge.

Vår prisvinner har røttene sine dypt ned i denne dannelses-tradisjonen, med foreldre fra Vestlandet, selv oppvokst i en bygd på indre Østland i nærheten av sitt nåværende bosted. Årets løvetann utviklet seg til å bli en kritisk venstreintellektuell opprører med en aldri hvilende radar på leting etter sannhet, gyldighet og mening.

Løvetannen 2004 er opprører, men ingen bråkebøtte. Veltalende og overbevisende på sakens vegne, beskjeden på egne. Gjennom prisvinnerens politiske aktivitet i studietiden, via lokal EU-kamp, til faglig innsats for de svakeste i samfunnet går det en bokstavelig rød tråd. For noen uker siden rullet årets TV-aksjon over skjermene. Vår egen bakgård var tema. Å være rusmisbruker, fattig og syk er sannsynligvis et helvete uansett. Å være rusmisbruker, fattig og syk i et samfunn som velter seg i matspalter, reisebilag og boligmagasiner understreker også at man er utstøtt, annerledes og uverdigg. I erkjennelsens navn må det sies at vår profesjon har vært med på å støte rusmisbrukerne ut ved ikke å interessere oss, ikke orke, lukke kontordørene våre og nekte dem status som verdige pasienter.

Årets løvetann har gjort det motsatte: interessert seg, orket og behandlet dem ordentlig. I tillegg tatt mål av seg til å utvikle fagområdet rusmedisin. Gjennom mange år har vår Løvetann viet store deler av sin praksis til rusmisbrukerne, integrert i sin daglige allmennpraksis. I tillegg har prisvinneren skrevet artikler, holdt foredrag og delt sine erfaringer med fagmiljøet. Vi andre har blitt klokere, noen av oss litt skamfulle. Vi vil særlig takke for en forbilledlig artikkelserie i Utposten, der hovedbudskapet er at det er mulig, viktig, utfordrende og givende å arbeide med rusmisbrukere.

Det er også en ekstra glede for oss å gi Løvetannprisen til en av Utpostens redaktører, som en ekstra honnør på deling til de som holder dette unike dugnadsprosjektet oppe.

Norsk selskap for allmennmedisin er stolt av å innlemme deg blant sine løvetenner. Måtte den dirrende uroen du skaper aldri falle til ro!

Gratulerer med Løvetannprisen 2004, Ivar Skeie!



Ivar Skeie

NSAMs forfatterstipend 2004

Det forelå fem søknader hvorav fire ble bedømt som aktuelle for stipendet.

Disse fire var:

- Reidun Brunvatne, med bokprosjekt om Flyktninger og asylsøkere i primærhelsetjenesten
- Ole Richard Haavet og medforfattere som skriver lærebok i ungdomsmedisin
- Kirsti Malterud, John Nessa, Per Stensland og Janecke Thesen med bokprosjektet Legekunst i praksis, en lærebok for legestudenter
- Helge Istad, indremedisiner, med bok rettet til hjertepasienter og deres fastleger

Vi i NSAM er glade for å se at det skrives mye i og om vårt fag!

Årets forfatterstipend går til Reidun Brunvatne med boken Flyktninger og asylsøkere i primærhelsetjenesten. Temaet

er høyaktuelt, og behovet for kunnskap stort. I Norge er det ikke skrevet noen slik bok siden Berit Austvegs bok «Helsearbeid og innvandrere» kom ut i 1989. Brunvatne er en solid kollega med lang erfaring i arbeidet med flyktninger og innvandrere både i inn- og utland. Vi fastleger ser frem til å få denne boka som et hjelpemiddel i arbeidet med denne gruppa. Brunvatnes disposisjon i 18 kapitler dekker det meste. Publiseringsutvalget vil benytte anledningen til å foreslå et eget kapittel om den fattigdomsfella som mange flyktninger og innvandrere opplever her i Norge, og de skuffelsene og konfliktene med det sosiale hjelpeapparatet dette medfører. Dette er noe vi fastleger ofte må forholde oss til og prøve å bidra konstruktivt!



Reidun Brunvatne

Gratulerer med stipendet!

Allmennmedisinsk forskningsutvalg's forskningspris

Prisen er et spleiselag mellom NSAM, Aplf og OLL – og er i år på 15 000 kr.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har opprettet en forsknings- og fagutviklingspris – for å stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant primærleger som har liten forskningserfaring fra før. Prisen tildeles beste frie foredrag som framføres under forskningsdagen.

Prisen kan gjerne gå til foredrag som beskriver mindre prosjekter eller prosjektideer som utmerker seg ved sin nyttenkning eller tverrfaglighet eller som på andre måter viser spennvidden i allmennmedisinsk forskning. Bedømmingen bygger på innsendt sammendrag og framføringen av foredraget. Det legges også vekt på faglig relevans og vitenskapelig kvalitet.

Begrunnelsen for tildelingen

- Prisen går til en foredragsholder som fyller kriteriene.
- Det dreier seg om et sentralt allmennmedisinsk emne, som er lite beskrevet. «Hudskader i allmennpraksis.»
- Foredragsholderen er en ny forsker
- Emnet er klinisk relevant, men har også en samfunnsmedisinsk bit som går på ressursbruk og organisering av helsetjenester.



May-Brith Lund

Vi gratulerer May-Brith Lund fra Langneslegesenter i Tromsø.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg avholdt sitt høstmøte i Oslo den 26.10.2004.

Nedenfor en oversikt over de prosjektene som fikk tildelt stipendmidler, gruppert etter de samfunnsmedisinske instituttene.

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel	Tildelt mnd	Veileder
UiO	Haraldsen	Alf Martin	La oss bekjempe heroinspøkelset – med gevinst – både menneskelig og samfunnsøkonomisk	1	
UiO	Skeie	Ivar	Alvorlig sykkelighet hos heroinmisbrukere	2	M. Lindbæk
UiO	Shetelig	Erik	Kognitiv terapi/LØFT-teknikk i allmennpraksis, detaljert tilrettelegging av opplegg for gruppeundervisning	4	J. Straand
UiO	Juvkvam	Kari Hilde	Svangerskapsomsorgen i et landområde i det nordlige Tanzania. Hvordan fungerer den i forhold til å identifisere gravide som trenger medisinsk støtte under fødselen (risikogravide)	3	J. Sundby
UiO	Bratland	Bjørn	Antikoagulasjon med Marevan i allmennpraksis	1	C. Borchgrevink
UiB	Bjørkman	Mari	Hvilken forskjell gjør det for lesbiske kvinner å fortelle om sin seksuelle orientering til allmenlegen?	3	K. Malterud
UiB	Díaz	Esperanza	Hodepine og øyeplager blant kvinner i Guatemala som bruker åpne ildsteder til matlaging og oppvarming	2	T. Smith-Sivertsen
UiB	Skylstad	Dagrun Alvhilde	Totalansvar i oppfølging av pasienter med amyotrofisk lateral sklerose som et samarbeidsprosjekt i førstelinjetjenesten. En arbeidsmetode ved Sunniva Hospice	3	A. Bærheim
UiB	Blinkenberg	Jesper	Kommunal beredskapsplan i praktisk bruk	2 fra Legevakt*	S. Hunskaar
NTNU	Getz	Linn	Forebyggende medisinske tiltak i klinisk praksis - et kritisk fokus	4	I. Hetlevik
NTNU	Otterlei	Bjørn	Er legevaksarbeid ikke lenger en allmennmedisinsk oppgave?	3 hvorav 1 fra Legevakt*	N. Bentzen
UiTø	Steinert	Svein Ragnar	Den vanskelige konsultasjonen	3	I. Njølstad
UiB	Walseth	Liv Tveit	Etiske aspekter ved pasienters ressursmobilisering i allmennpraksis	2	O.F. Nordheim

* Stipendmidler tildelt fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

To av prosjektene er støttet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som har tildelt AFU 6 måneders stipend for budsjettåret 2005. AFU har fordelt tre av disse månedene til to av søkerne for første halvår 2005, da disse ble funnet relevante til kriteriene for nevnte stipendmidler. Fordelingen av midlene følger de vanlige reglene som AFU har, men midlene må tas ut i 2005.

Prosjektene som støttes må ligge innenfor det legevaktmedisinske feltet. Det følger ikke driftsmidler med tilbudet, men det enkelte prosjekt vil kunne søke Senteret om støtte til driftsutgifter i prosjektet. De resterende tre månedene vil bli utlyst sammen med allmennpraktikerstipend for 2. halvår 2005.

2005 – et stort år for internasjonale kongresser!

Der er hele tre store kongresser for familjelæger næste år. Vore japanske kolleger indbyder til **Wonca Asia Pacific Regional Conference** fra den 27.–31. Maj, i Kyoto. Kyoto er kendt som Templernes By og er en seværdighed i sig selv. Da der sjældent forekommer kongresser for os i Japan, er det århundredets chance for at kombinere efteruddannelse med et kig ind i en helt anderledes kultur. Kongressproget er engelsk til beroligelse for mange. Det videnskabelige program findes på www.wonca2005.jp og det selskabelige program omfatter Opening Ceremony den 28. Maj. Reception den 27. Diverse udflugter og et Farewell Party og Closing Ceremony den 31. Maj. Hvordan kommer man til Kyoto? Se senere.

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly finder sted i San Francisco, fra den 28. september til den 2. oktober. Den indeholder glimrende kurser og foredrag egnet til at opdatere ens viden i koncentreret form. Mange skandinaviske læger har gennem årene besøgt denne kongres. Denne gang finder den sted i en af verdens smukkeste beliggende byer. Læs mere på www.aafp.org

The Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention finder sted i Darwin, fra den 29. september til den 2. oktober. Til trods for afstanden besøges denne kongres hvert år af mange skandinaviske familjelæger. Det videnskabelige program er yderst interessant og omfatter altid emner vedr. de oprindelige folk. Bagefter skal man naturligvis se så meget af dette usædvanlige land, som man kan. Læs mere på www.racgp.org.au

Der er flere mindre kongresser af stor interesse for os:

Den Østrigske Lægeforenings Vinter Konference, Lech/Arberg, 15.–22. januar, med rigelig tid til også at dyrke alpin skisport.

Royal College of General Practitioners' Spring Meeting, Bournemouth, 8.–10. april.

The Annual Capetown Mini-Congress of the South African Academy of Family Practice, 7. maj.

Royal New Zealand College of General Practitioners' Annual Conference, Christchurch, 11.–16. juli.

Wonca European Regional Conference, Kos, Grækenland, 3.–7. september.
Spesialitetskomiteen godkender umiddelbart Wonca møder og sædvanligvis også de øvrige her nævnte.

Oplysninger om de planlagte grupperejser samt al anden information fås ved henvendelse til læge Allan Pelch, Tingbakken 6, DK 4160 Herlufmagle.
Tlf. +45 5765 1210. Fax +45 5765 1215. Email adresse: apelch@dadlnet.dk eller besøg www.allanpelch.dk

Ebixa® – Verdt å huske på! memantine

C
Ebixa "Lundbeck"
Middel mot demens
ATC-nr.: N06D X01

Dråper, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/ 20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 40-60 ml/minutt/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasserte bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og doserjustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placentasjiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og doserjustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (> 1/100): Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido.

Overdosering/forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkning på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, krampes, somnolens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser pr. aug. 2003: Dråper: 50 g kr 945,50, 100 g kr 1856,90. **Tabletter:** 30 stk. kr 579,60, 50 stk. kr 945,50, 100 stk. kr 1856,90.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

1. Wimo A, Winblad B, Stöfler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1–14.
2. Reisberg B, Doody R, Stöfler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333–1341.

H. Lundbeck A/S

Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

? RELIS

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

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

Antidepressiva og sibutramin (Reductil)

Spørsmål til RELIS

RELIS har fått en henvendelse om bruk av sibutramin (Reductil) hos pasienter som står på antidepressiva som enkelte tricykliske midler og SSRI. Kan disse midlene brukes samtidig?

Sibutramin virker først og fremst ved å hemme reopptak av serotonin og noradrenalin. Virkningsmekanismen gjør at det er økt risiko for bivirkninger når sibutramin kombineres med andre legemidler som hemmer opptak av transmittorsubstanser (1). Samtidig bruk av to serotoninstimulerende legemidler har vært assosiert med serotonergt syndrom og det tilrådes å unngå slike kombinasjoner eller eventuelt monitorere pasienten nøye dersom behandling med sibutramin og andre midler med lignende egenskaper er nødvendig (2). For psykofarmaka er dette påpekt spesielt i forbindelse med bruk av sibutramin og SSRI/venlafaxin. Vi har ikke funnet rapporter som beskriver økt risiko for serotonerge bivirkninger ved samtidig bruk av sibutramin og tricykliske antidepressiva, men det virker rimelig å følge samme resonnering for alle legemidler som hemmer serotoninopptak.

Det er flere forsiktighetsregler og kontraindikasjoner knyttet til bruk av sibutramin. Blant disse er psykisk sykdom (det er vist potensiell antidepressiv effekt i dyreforsøk, og det utelukkes ikke at sibutramin kan inducere en manisk episode hos pasienter med bipolar lidelse) og samtidig eller nylig bruk av MAO-hemmere eller andre sentraltvirkende legemidler som antidepressiva og antipsykotika (3).

Konklusjon:

Ut fra en vurdering av stoffenes virkningsmekanisme og foreliggende advarsler mot samtidig bruk av to serotoninreopptakshemmende midler, er vår vurdering at slike legemiddelkombinasjoner bør unngås. Det er grunn til å forvente en økt risiko for serotonerge bivirkninger.

*Tone Westergren, seksjonsleder, cand. pharm.
Øyvind Melien, assistentlege,
RELIS Sør, Rikshospitalet*

Referanser:

1. RELIS database 2003; sp. nr. 2480, RELIS Vest.
2. Sibutramine. Clinical Pharmacology database, copyright 2004, Gold Standard Multimedia.
3. Preparatomtale (SPC) Sibutramin.
<http://www.legemiddelverket.no/spc/spc.htm> (Sist endret: 27. november 2002).



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

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 ≤ 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/Anning:** 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:** Ødem (inkl. perifert). **Sjeldne (<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. ventrikelskylling 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.

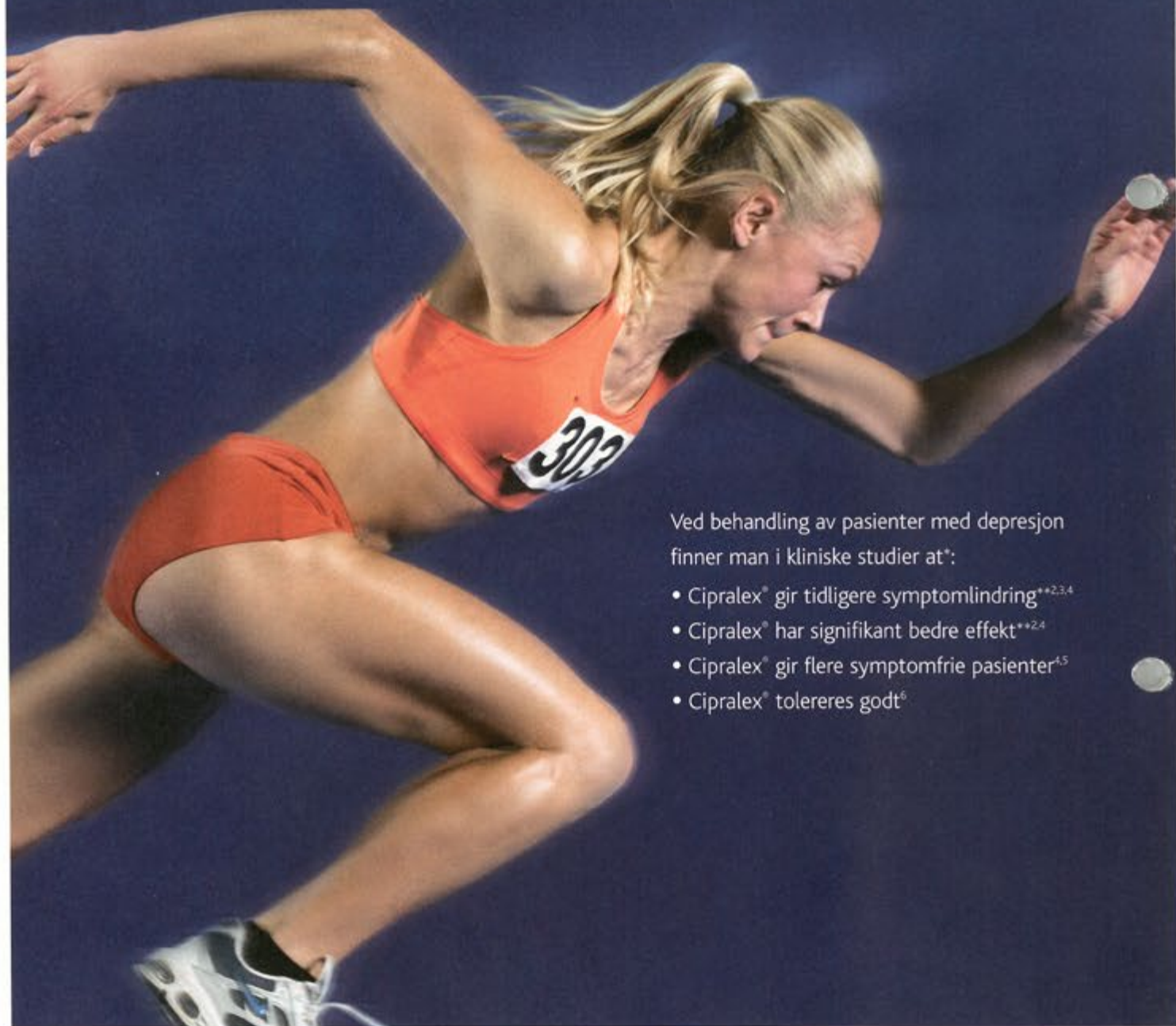
Sist endret: 22.03.2004

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

 **Detrusitol SR**
tolterodin depotkapsel

Cipralex®

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



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

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

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

For preparatomtale og referanser se side 23.

