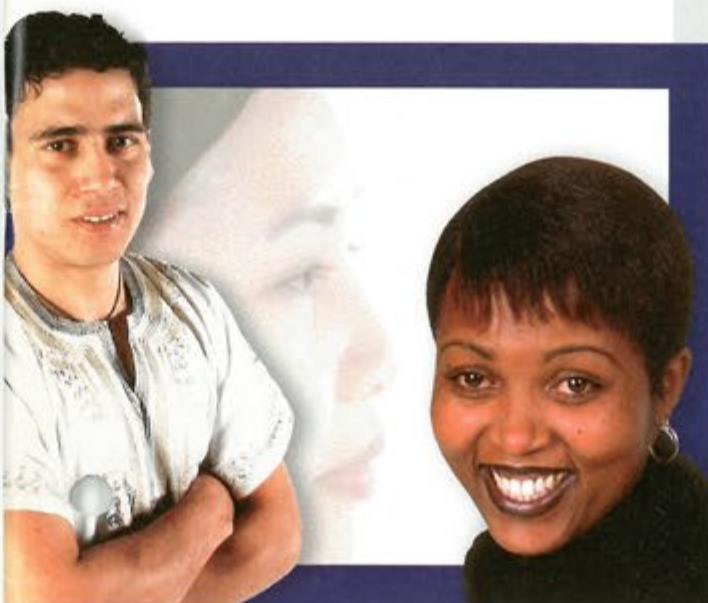




Innhold:

LEDER: På meg selv kjenner jeg ingen andre Av GUNHILD FELDE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Theis Huldt-Nystrøm Av INGVLID MENES SØRENSEN	2
Smittevern hos asylsøkere og flyktninger Av TORE ARNE MARTINSEN	6
«Legekofferten» – en verktøykasse for helsepersonell i den krysskulturelle konsultasjonen Av ARILD AAMBØ OG NORA AHLBERG	8
Bruk av tolk i helsevesenet. Av KIRSTI JAREG	16
Tanker og erfaringer etter et doktorgradsarbeid. Menneskerettigheter – helsetjenester til fluktninger og asylsøkere – migrasjonsmedisin Av BIRGIT LIE	20
Møte med det fremmedkulturelle – det frodige kaoset – en kilde til frustrasjon, men også til glede. Av PETTER BRELIN	24
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Personlighetsforstyrrelser kan behandles! Av SVEIN O. KOLSET	26
Indikasjoner for bruk av billeddiagnostikk i urologiske problemstillinger. Utr. av hematuri Av MORTEN ANDERSEN	31
Barn som snakker med kroppen – bruk av registreringsskjema Av HANS PETTER FUNDINGSRUD	33
Konkurrerende ernæringsparadigmer. Av IVER MYSTERUD	38
Faste spalter	39

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

Petter Brelin

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-mail: brelin@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb: 61 13 67 50

E-mail: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsjøen

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

Faks jobb: 76 11 42 22. Mobil: 416 82 489

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

Ingvild Menes Sørensen

Prestegården, 7660 Vuku

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

E-mail: ingmenes@online.no

Forsideillustrasjon:

Collage, PDC Tangen

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

På meg selv kjenner jeg ingen andre

Ordtaket om at man på seg selv kjenner andre har paradoksalt nok fått både større og mindre gyldighet de siste årene.

På den ene siden kan det virke som om bygdeoriginalenes tid er forbi. Store deler av befolkningen lever mer ensartet når det gjelder levestandard og sosial oppførsel enn noen gang tidligere. Den «kulturelle skruestikka», det vil si de sosiale og kulturelle «reglene» og forventningene vi forholder oss til som mennesker, har gjennom blant annet medias massive påvirkning blitt strammet til. Dette gjør at den individuelle friheten vår kanskje ikke er så stor som vi liker å tro. Slik sett kan vi som leger og medmennesker selvfølgelig vite en god del om hvordan våre pasienter tenker bare fordi vi lever i samme strømlinjeformede samfunn.

På den annen side har ordtaket aldri vært mindre sant enn nå. Dette skyldes ikke minst migrasjonen fra andre kulturer også til vårt lille hjørne. Asylmottak er spredt rundt på små steder og har bidratt til å bringe den store vide verden inn i nærmiljøene. Det dreier seg ofte om mennesker med sterke historier i bagasjen og en svært annerledes kulturell bakgrunn og måte å tenke på.

Pasientrettighetsloven gir alle rett til full og likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av etnisk og språklig bakgrunn. Kommunikasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Evne til å forholde seg til og forstå folk med annen bakgrunn har alltid vært en nødvendig del av vårt fag og det som hever det fra å være noe teknisk til i gyldne øyeblikk å nærme seg en kunstart. Dette er ikke noe nytt og spesielt i møte med innvandrere, men jo større forskjell det er mellom pasientens og min kulturbakgrunn, jo tydeligere kommer forskjellene til uttrykk. Sykdom og ikke-sykdom kan plutselig få annen innpakning enn det vi er vant til og når signalene og symptomene går ut over vår fatteevne og kontroll er frustrasjonen nær.

En tilfredsstillende tolketjeneste er helt nødvendig for å få et godt nok helsetilbud for fremmedkulturelle. Vi som leger må stille klare krav til dette og ikke kompromisere av hensyn til økonomi og andre forhold som er til hinder for vårt medisinske arbeid.

Organiseringen av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger varierer i stor grad. Asylsøkerens plass i fastlegesystemet er en utfordring mange steder. Overgangen fra en helsestasjon for asylsøkere til å skulle forholde seg til en fastlege innebærer en fare for å falle mellom to stoler. Utposten presenterte i forrige nummer to modeller for organisering av denne helse-tjenesten.

Introduksjonsloven ble innført 1. september 2004 og gir en del med innvilget asyl rett til et opplæringsprogram. Retten til sykepenger er imidlertid begrenset til fire uker og man vil etter den tid miste plassen i programmet. Mange peker her på betydningen av at vi som leger kjenner lowerket og kan bidra på en konstruktiv måte til pasientens beste.

Arbeidet med fremmedkulturelle gir mange utfordringer både medisinsk, etisk og kommunikasjonsmessig. Utposten tar i tre etterfølgende nummer for seg noen av utfordringene ved innvandreres møte med helsetjenesten. I dette nummeret setter vi fokus på kommunikasjon med innvandrere, bruk av tolketjeneste og smittevern for asylsøkere og flyktninger i kommunene.

Gunhild Felde

Utpostens dobbeltime

Myk som silke, sterk som stål

HUDLEGE

Theis Huldt-Nystrøm

INTERVJUET AV INGVILD MENES SØRENSEN

Gullkornene

hagler når

Theis Huldt-Nystrøm

snakker om huden vår. Huden – kroppens største organ. Den utgjør 1/12 av kroppsvekten og har en overflate på 1,8 kvm hos et gjennomsnittlig voksent menneske. Theis har jobbet med denne delen av faget i 16 år, og de siste 12 har han vært

en av to hudleger som leier lokaler i Sykehuset Levanger.

De har bygget opp en flott poliklinikk i sykehusets nyeste del og betjener store deler av Nord-Trøndelags befolkning når det gjelder hudproblemer. Vi treffes over en middag i sykehukantina. Ikke det mest eksotiske spisested, men mat i kroppen må man ha.

Selv en hudlege kan ikke bare være opptatt av det som er utenpå.

Uansett er det ikke vanskelig å få praten til å gå. I uformell form får jeg en god forelesning om store deler av faget dermatologi og skjønner raskt at dette dreier seg om mye mer enn eksem, kortisonsalver og lysstråler. Selvfølgelig visste jeg det fra før, men især på helsestasjon er det lett å snevre inn fagfeltet til at det handler om røde flekker, kløe og hydrokortison. Og la gå, det vanligste er fortsatt vanligst, og eksem er noe både vi og hudlegene ser mye av. Så temaet kommer vi ikke utenom. Men hydrokortison?

Her kommer neste salve fra hudlegen: HYDROKORTISON ER FOR PYSER!

Jeg tenker beskjemet på alle de gangene jeg har rådet småbarnsforeldre til å forsøke forsiktig med hydrokortison hvis ikke de kommer i mål med fuktighetskremer, A-kremer og hva vi måtte anbefale når barna klør og har eksemflekker eller tørrflekker. De fleste foreldre nærer en stor frykt for å smøre de sarte små kroppene med kortisonsalver og vi støtter dem på det. Vi er blitt innprentet i løpet av studiene at kortison ikke er noe vi leker med, og skal vi bruke det, skal det gjøres med forsiktighet. Hudelegen «vår» har en mye mer avslappet holdning til dette og skal vi kanskje si mer aggressiv også.

Eksem skal behandles med kortison i krem- eller salveform, og det skal behandles skikkelig. Heller en kort inten-

siv – eller så lang man måtte trenge – periode med steroider gruppe III enn langvarig «plaging» av huden med en mildere steroidgruppe som ikke virker skikkelig. Mange av steroidene fra de mildere gruppene har større penetrasjon gjennom overhuden og gjør større skade enn et sterkere steroid med mindre penetrasjonsevne. De steroidbivirkningene som blir bestående er striadannelser, dvs spontane arrdannelser i huden, og skjørt og atrofisk bindevev i både hudstrukturer og kar. Steroider som lett trenger ned i dermis gir også systemiske påvirkning hvis de brukes i store mengder. De siste ti årene har vi fått tilgang til sterkere steroider som i stor grad forblir i epidermis, som for eksempel mometason (Elocon) og flutikason (Flutivate) Disse preparatene er velegnet for eksembehandling fordi de virker i epidermis der selve eksemsykdommen er lokalisert. I tillegg gir de relativt lite bivirkninger.

– Hva med ansiktet? Hva med den tynne huden rundt øynene, nærheten til selve øyet og kortisonets virkning på dets fine strukturer?

I korte perioder skal en ikke være redd for å bruke de tidligere nevnte stoffer. Den tynne huden rundt øynene trenger kort behandlingstid slik at påvirkning av selve synsorganet er noe man ikke trenger å frykte. Dette gjelder både for øyelokk og huden under øyet. Man skal være klar over faren for perioral dermatitt ved bruk av steroider, men ved kort tids bruk, er dette også en overdrevent fryktet komplika-

Nystrom →



Hudlegen har god nytte av mikroskopet i sine undersøkelser, og her mangler det ikke på faglitteratur.

sjon. Nok en gang kommer vi tilbake til at steroidet må være sterkt nok slik at det tar det eksemet det er tenkt til å skulle behandle i løpet av kort tid. Hydrokortison og andre milde salver vil ofte trenge mye lenger behandlingstid for at en skal komme til mål, og en utsettes dermed for større fare for uønskede bivirkninger.

I hudlege-kretser har vi jobbet mye med denne kortisonfrykten, og synes vi begynner å få noe mer bukt med den. Vi ser ikke lenger så mange som går over lang tid og aldri blir bra. Frykten var nok mer begrunnet i kortisonets «barndom», men det har da vært en utvikling, og vi har lært mye underveis.

– *Hva med de såkalte nedtrappingsregimer? En smørekur med kortison krever vel et grundig nedtrappingsskjema med forskjellige salver i ulike styrker for å unngå rebound-effekten?*

Vi har i grunnen sluttet å gjøre det så komplisert. Nedtrapping er fortsatt viktig, men man kan godt bruke det samme steroidet hele «kuren» igjennom. I stedet for å velge et mildere steroid, kan en heller redusere på antall doseringer av et sterkt steroid. Start med en til to ganger om dagen, senere en gang i døgnet for så til slutt å smøre to ganger i løpet av uka. Det er viktig å holde på til kløen og eksemet er borte før man trapper ned til vedlikeholdsbehandling med en-to smøringer i uka.

– *Kortison er det velkjente «store» preparat for en hudlege. Hva hvis man ikke kommer til målet med sterkt kortison?*

Potente lokale steroider er førstehandsbehandlingen ved barneeksem. I tillegg bruker vi ofte lysbehandling. Da kommer pasienten tre ganger i uken i en seks til åtte ukers periode og får ultraviolet lys på kroppen. UV-strålene gjør overhuden tykkere og mer motstandsdyktig mot irritasjon og våtkontakt. I tillegg demper de betennelsen i huden. Dette er en sikker og god behandling, men den er tidkrevende for pasientene og deres foreldre.

De siste to årene har det kommet to nye preparater på markedet som kan være et godt alternativ når man ikke kommer til målet med steroider eller lysbehandling. Det dreier seg om det immunosuppressive middelet tacrolimus (Protopic) og det antiinflammatoriske middelet pimecrolimus (Elidel). De kan brukes ved hhv moderat til alvorlig og mild til moderat atopisk dermatitt. Begge er godkjent for barn ned til 2 år og kan brukes hos pasienter som ikke responderer tilstrekkelig på eller er intolerante for konvensjonell terapi. Pimecrolimus (Elidel) er en krem som virker best på barneeksem, på tynn hud som i ansiktet og intertriginøst. Tacrolimus (Protopic) er en salve. Den passer bedre til behandling av tørre hudparier på kroppen. En skal være forsiktig med å eksponere huden for direkte sollys under behandling med disse nye stoffene, og de skal ikke kombineres med lysbehandling. En del pasienter har svært god effekt av Elidel og Protopic, men ikke alle svarer på behandlingen. Vi vet ikke helt om det er spesielle grupper som

Utpostens dobbeltime

Myk som silke, sterk som stål

HUDLEGE

Theis Huldt-Nystrøm

INTERVJUET AV INGVILD MENES SØRENSEN

Gullkornene

hagler når

Theis Huldt-Nystrøm

snakker om huden vår. Huden – kroppens største organ. Den utgjør 1/12 av kroppsvekten og har en overflate på 1,8 kvm hos et gjennomsnittlig voksent menneske. Theis har jobbet med denne delen av faget i 16 år, og de siste 12 har han vært

en av to hudleger som leier lokaler i Sykehuset Levanger.

De har bygget opp en flott poliklinikk i sykehusets nyeste del og betjener store deler av Nord-Trøndelags befolkning når det gjelder hudproblemer. Vi treffes over en middag i sykehukantina. Ikke det mest eksotiske spisested, men mat i kroppen må man ha.

Selv en hudlege kan ikke bare være opptatt av det som er utenpå.

Uansett er det ikke vanskelig å få praten til å gå. I uformell form får jeg en god forelesning om store deler av faget dermatologi og skjønner raskt at dette dreier seg om mye mer enn eksem, kortisonsalver og lysstråler. Selvfølgelig visste jeg det fra før, men især på helsestasjon er det lett å snevre inn fagfeltet til at det handler om røde flekker, kløe og hydrokortison. Og la gå, det vanligste er fortsatt vanligst, og eksem er noe både vi og hudlegene ser mye av. Så temaet kommer vi ikke utenom. Men hydrokortison?

Her kommer neste salve fra hudlegen: HYDROKORTISON ER FOR PYSER!

Jeg tenker beskjemet på alle de gangene jeg har rådet småbarnsforeldre til å forsøke forsiktig med hydrokortison hvis ikke de kommer i mål med fuktighetskremer, A-kremer og hva vi måtte anbefale når barna klør og har eksemflekker eller tørrflekker. De fleste foreldre nærer en stor frykt for å smøre de sarte små kroppene med kortisonsalver og vi støtter dem på det. Vi er blitt innprentet i løpet av studiene at kortison ikke er noe vi leker med, og skal vi bruke det, skal det gjøres med forsiktighet. Hudelegen «vår» har en mye mer avslappet holdning til dette og skal vi kanskje si mer aggressiv også.

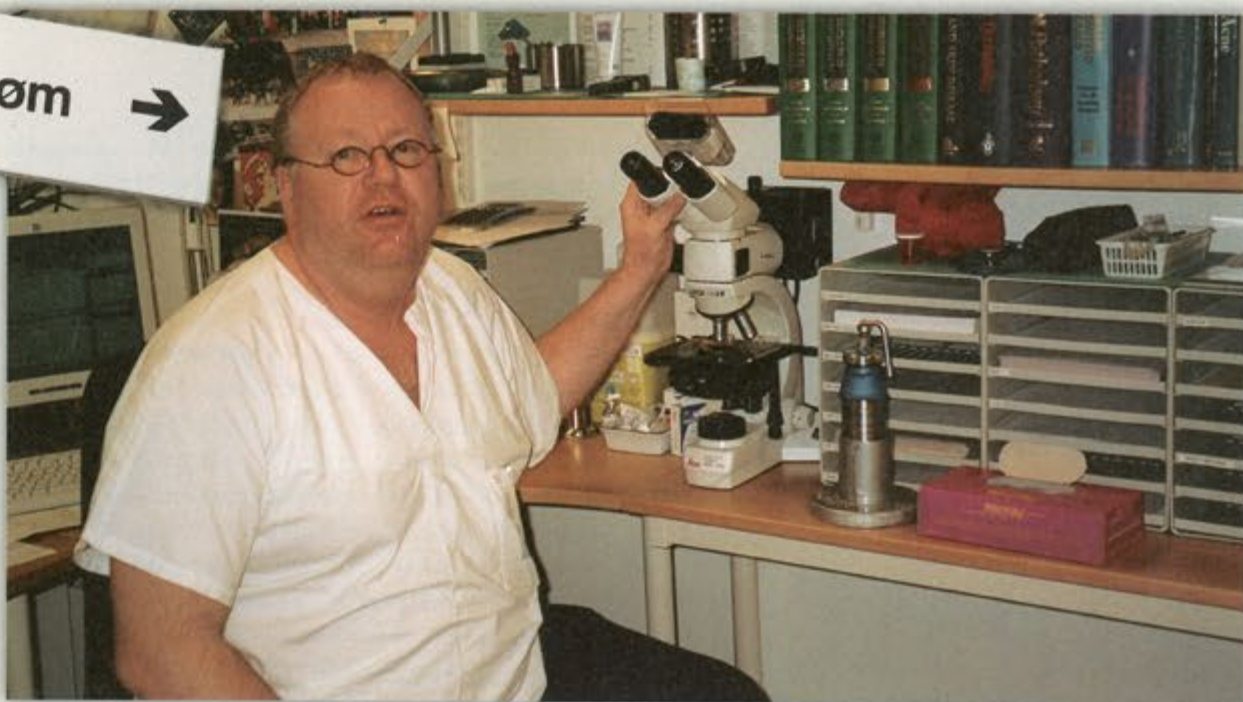
Eksem skal behandles med kortison i krem- eller salveform, og det skal behandles skikkelig. Heller en kort inten-

siv – eller så lang man måtte trenge – periode med steroider gruppe III enn langvarig «plaging» av huden med en mildere steroidgruppe som ikke virker skikkelig. Mange av steroidene fra de mildere gruppene har større penetrasjon gjennom overhuden og gjør større skade enn et sterkere steroid med mindre penetrasjonsevne. De steroidbivirkningene som blir bestående er striadannelser, dvs spontane arrdannelser i huden, og skjørt og atrofisk bindevev i både hudstrukturer og kar. Steroider som lett trenger ned i dermis gir også systemiske påvirkning hvis de brukes i store mengder. De siste ti årene har vi fått tilgang til sterkere steroider som i stor grad forblir i epidermis, som for eksempel mometason (Elocon) og flutikason (Flutivate) Disse preparatene er velegnet for eksembehandling fordi de virker i epidermis der selve eksemsykdommen er lokalisert. I tillegg gir de relativt lite bivirkninger.

– Hva med ansiktet? Hva med den tynne huden rundt øynene, nærheten til selve øyet og kortisonets virkning på dets fine strukturer?

I korte perioder skal en ikke være redd for å bruke de tidligere nevnte stoffer. Den tynne huden rundt øynene trenger kort behandlingstid slik at påvirkning av selve synsorganet er noe man ikke trenger å frykte. Dette gjelder både for øyelokk og huden under øyet. Man skal være klar over faren for perioral dermatitt ved bruk av steroider, men ved kort tids bruk, er dette også en overdrevent fryktet komplika-

Nystrom →



Hudlegen har god nytte av mikroskopet i sine undersøkelser, og her mangler det ikke på faglitteratur.

sjon. Nok en gang kommer vi tilbake til at steroidet må være sterkt nok slik at det tar det eksemet det er tenkt til å skulle behandle i løpet av kort tid. Hydrokortison og andre milde salver vil ofte trenge mye lenger behandlingstid for at en skal komme til mål, og en utsettes dermed for større fare for uønskede bivirkninger.

I hudlege-kretser har vi jobbet mye med denne kortisonfrykten, og synes vi begynner å få noe mer bukt med den. Vi ser ikke lenger så mange som går over lang tid og aldri blir bra. Frykten var nok mer begrunnet i kortisonets «barndom», men det har da vært en utvikling, og vi har lært mye underveis.

– *Hva med de såkalte nedtrappingsregimer? En smørekur med kortison krever vel et grundig nedtrappingsskjema med forskjellige salver i ulike styrker for å unngå rebound-effekten?*

Vi har i grunnen sluttet å gjøre det så komplisert. Nedtrapping er fortsatt viktig, men man kan godt bruke det samme steroidet hele «kuren» igjennom. I stedet for å velge et mildere steroid, kan en heller redusere på antall doseringer av et sterkt steroid. Start med en til to ganger om dagen, senere en gang i døgnet for så til slutt å smøre to ganger i løpet av uka. Det er viktig å holde på til kløen og eksemet er borte før man trapper ned til vedlikeholdsbehandling med en-to smøringer i uka.

– *Kortison er det velkjente «store» preparat for en hudlege. Hva hvis man ikke kommer til målet med sterkt kortison?*

Potente lokale steroider er førstehandsbehandlingen ved barneeksem. I tillegg bruker vi ofte lysbehandling. Da kommer pasienten tre ganger i uken i en seks til åtte ukers periode og får ultraviolet lys på kroppen. UV-strålene gjør overhuden tykkere og mer motstandsdyktig mot irritasjon og våtkontakt. I tillegg demper de betennelsen i huden. Dette er en sikker og god behandling, men den er tidkrevende for pasientene og deres foreldre.

De siste to årene har det kommet to nye preparater på markedet som kan være et godt alternativ når man ikke kommer til målet med steroider eller lysbehandling. Det dreier seg om det immunosuppressive middelet tacrolimus (Protopic) og det antiinflammatoriske middelet pimecrolimus (Elidel). De kan brukes ved hhv moderat til alvorlig og mild til moderat atopisk dermatitt. Begge er godkjent for barn ned til 2 år og kan brukes hos pasienter som ikke responderer tilstrekkelig på eller er intolerante for konvensjonell terapi. Pimecrolimus (Elidel) er en krem som virker best på barneeksem, på tynn hud som i ansiktet og intertriginøst. Tacrolimus (Protopic) er en salve. Den passer bedre til behandling av tørre hudparier på kroppen. En skal være forsiktig med å eksponere huden for direkte sollys under behandling med disse nye stoffene, og de skal ikke kombineres med lysbehandling. En del pasienter har svært god effekt av Elidel og Protopic, men ikke alle svarer på behandlingen. Vi vet ikke helt om det er spesielle grupper som



Når de edlere deler trenger lysbehandling, er det godt å kunne sitte godt.

er non-respondere. I og med at medikamentene er relativt nye har vi ikke rukket å opparbeide noen erfaring med langtids effekter, men foreløpig ser begge preparatene lovende ut.

– Hva med badekarene og alle de rare fargebadene og klubadene vi husker fra hudavdelingen i studietida?

Hvilken plass har dette i behandlingen nå?

Kaliumpermanganatbad er ingen rutinebehandling ved atopisk eksem. Detter fordi gjentatt behandling kan skade huden og lage sår og forverre tørrhet. Ved akutte eksemmer, og særlig væskende eksemmer som er infisert med stafylokokker, brukes det imidlertid fortsatt i starten av behandlingen. Klubad er ikke noe vi anbefaler lenger. Fuktighetskremer føles ofte behagelig og kan kanskje dempe symptomene i huden noe. Hva som er en god fuktighetskrem varierer fra person til person, så her får man prøve seg fram til man finner en type man selv liker.

Ellers vil jeg gjerne legge til at vi er glade for at vi har et godt samarbeide med barnelegene ved disse tilstandene. Felles behandlingsopplegg skaper trygghet for foreldrene og minsker risiko for at vi skaper usikkerhet om hva som er god behandling. Barnelegene er jo også spesialistene på luftveisproblematikken som ofte følger noen år etter eksem.

– Vi var enige om i starten at det vanligste er vanligst, men en hudlege stiller vel ikke bare med eksem?

Selvfølkelig ikke. Huden er et stort fagfelt. Vi ser mer og mer solskader i huden og dermed også hudkreft. Den vanligste maligne hudsykdommen er basalcellecarcinom, men spinocellulære carcinomer og maligne melanomer er også hyppig. Alle disse pasientene krever tett oppfølging. Likeledes ser vi mye hudmanifestasjoner ved immunologiske hudsykdommer og ved inflammatoriske lidelser i huden som for eksempel psoriasis. Reumatologene har på en måte utad en slags enerett på immunsykdommer og immunsuppressiv behandling. Det folk kanskje ikke er så klar

over er at vi hudlegene også bruker cytostatika og immunmodulerende midler i vår behandling, både når vi behandler psoriasis og alvorlige bindevevssykdommer som for eksempel lupus. Yrkesdermatologi med epicutantesting og venerologi er andre viktige subspesialiteter innen dermatologien.

– Faget dermatologi er faget med alle de mystiske og eksotiske navnene. Var det de som fanget din interesse for faget «hud»?

Theis rister med hele seg mens han smaker på noen eksempler. Atopisk eksem, barne eksem, prurigo Besnier, Neurodermittis diffusa, eller morbus Schamberg, purpura pigmentosa progressiva, dermatosis pimentaria progressiva eller carbamidpurpura... Mange av sykdommene har både latinske, greske og norske navn, samt at de ofte har et egenavn fra den som har oppdaget eller beskrevet lidelsen. Har du forresten hørt om «blue sheet syndrome»? Foreløpig kun ett tilfelle i verdens litteraturen. Det dreide seg om en tilsynelatende frisk gutt på 11 år som ble lagt inn på barneavdelingen totalt gulstengt i huden. Han så ikke god ut, nærmest som om han hadde vært utsatt for en alvorlig forgiftning. Blåfargen hadde tiltatt i styrke over noen dager forut for innleggelsen. Stor utredning. Diagnosen ble stilt etter fire dager da hudlege ble tilkalt. Det ble oppdaget et snev av fargeforandring under et plaster. Huden ble spritvasket med fjerning av blåfargen og full helbredelse til følge. Guttens hadde trent og var svett da han la seg i nytt mørkeblått sengetøy som farget av på huden hans. Dette til stor lettelse for både pediater og hudlege. Jeg burde kanskje publisere dette og kalle tilstanden blue sheet syndrome, Mb Hult-Nyström eller generalisert exogen pseudodyschromi.

– Den satt! Det blir platt å spørre om leggsårene nå, men vi må vel ikke glemme dem helt. De ser vi mye av i allmennpraksis, spesielt hvis en har mange eldre på lista si, eller er tilknyttet et sykehjem. Er det noen enkle regler å følge her?

Det viktigste en kan gjøre i den sammenheng er å finne den bakenforliggende årsaken til at pasienten har fått et sår. En god lokal sårbehandling retter seg mot å holde en tilstrekkelig fuktighet i sårbunnen, å hindre irritasjon av såret, å holde temperaturen i sårområdet optimal samt å hindre infeksjoner og oppbløtning av sårkanter. Uansett hvor bra lokal sårbehandling du utfører, kommer du aldri skikkelig til mål med et leggsår hvis du ikke behandler årsaken til at såret oppsto. Det krever selvfølgelig litt mer enn å sette hjelpepersonalet i sving med salver og bandasjer, men du sparer pasienten for mye lidelse hvis du tar deg tid til en ordentlig undersøkelse først. Husk at 95 prosent av alle leggsår skyldes

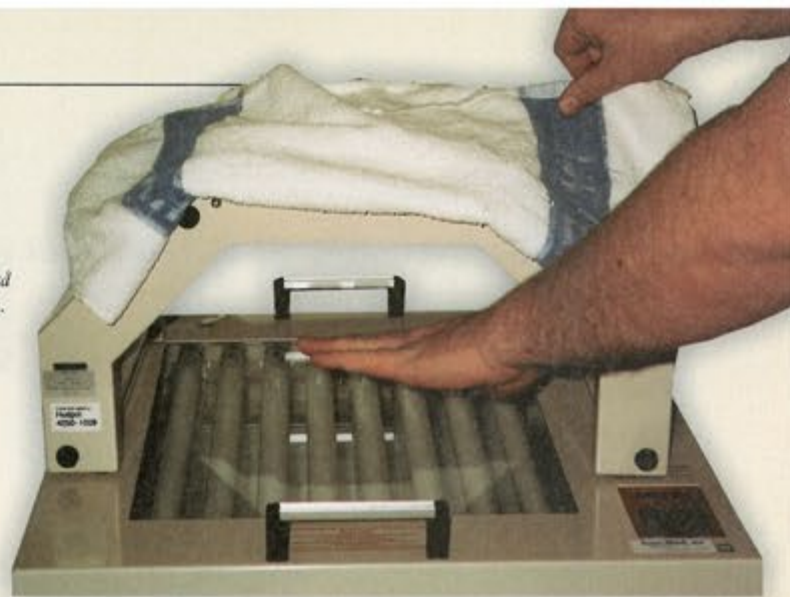
*Lysbehandling kan også
nyttes ved håndeksem.*

enten dårlig venøs tilbakestrømming, dårlig arteriell sirkulasjon, nevropati eller en kombinasjon av disse, og dette er veldig lett å undersøke. Tro ikke at du alltid kan se på sårets utseende hva den bakenforliggende årsaken til såret er!

De *arterielle* er selvfølgelig de «skumleste» når en tenker på hva de egentlig er et uttrykk for. Her er det snakk om dårlig blodsirkulasjon til en ekstremitet, og har du mangelfull sirkulasjon, har du også store vanskeligheter med å få såret til å gro. I verste fall går dette mot koldbrann, amputasjon og død. Det skal ikke mange ekstra minuttene til for å måle pasientens blodtrykk i arm og legg, sammenlikne disse og beregne den velkjente ankel-arm-indeksen som forteller deg noe om blodstrømmen eller mangel på sådan, til affiserte ekstremitet. Har du ikke den store blodtrykksmansjetten og en enkel doppler for hånden, vil den kapilære fylningen og eventuelt Burgers sign gi deg en pekepinn om den sirkulatoriske tilstand i pasientens ekstremitet. Er denne dårlig, trenger pasienten noe langt mer enn en nensom sårbehandling.

De *venøse* sårene er også plagsomme nok, men likevel av en prognostisk snillere art. Såret skal igjen behandles, men vil nok også her ha vansker med å gro hvis du ikke forhindrer stasen som har framskyndet prosessen. En god kompresjonsbandasje fra tærne og opp til kneet, utenpå salver og bandasjer som dekker til såret, får slike sår til å gro.

De *neuropatiske* sårene følger som navnet sier, av en nevropati. Diabetes er den vanligste årsaken til dette i Norge, men alle typer nevropati kan ligge i bunn og bør vurderes. Er det først dårlig sensibilitet i foten, kan det raskt dannes nye sår hvis en ikke gir pasienten gode råd om avlastning i sko og omhyggelig regelmessig fotpleie. Den vanligste årsaken til sår på føtter hos pasienter med nevropati er dårlig tilpasset fottøy. Et enkelt monofilament 5,07 til sensibilitets-testing og eventuelt en stemmegaffel til å teste virbassjons-sans, er i hovedsak redskapene du trenger for å stille diagnosen nevropati som bakenforliggende årsak til såret. Blodprøver må selvfølgelig til for å klassifisere nærmere. Hvis de rene arterielle sårene er skumle, så er sårene hos diabetikere virkelig blå-lys sår. Hos diabetikere kan man nemlig ikke stole på ankel-arm-indeksen, og har de en redusert arteriell funksjon i foten i tillegg, og det har de ganske ofte, kan såret blir infisert og medføre septisk sjokk i løpet av timer. Jeg hadde en tilsynelatende frisk og relativt godt sirkulert kvinne med diabetes og fotsår på kontoret i fjor høst. Alle blodprøver og tester var normale.



Hun utviklet sepsis og gangren i løpet av de 36 timene hun måtte vente fra hun var hos oss til hun ble tilsett på St Olavs hospitals Diabetes Fotklinikk.

– En dobbelttime varer ikke evig. Og det ville være en stor fornærmelse mot hudlegene å tro at en skal kunne sneie innom hele fagfeltet på denne tiden. Vi spør til slutt om noen gode råd på veien når vi i vår allmennmedisinske hverdag skal forsøke å skille den ene røde prikken fra den andre, den ene typen kløe fra den andre og å skille det «farlige» fra det «ufarlige».

Nå er du kravstor. Det tok meg seks måneder på hudavdeling for å lære å se sånn nogenlunde forskjell på psoriasis og eksem ...!?!?! Huden har ikke all verdens måter å reagere på, men å analysere det enkelte utslettet krever trening. Jeg tror at hvis jeg skal gi noen råd, så er det uansett å gjøre en grundig anamnese. Ved mistanke om cancer er biopsiering til stor nytte. Ved inflammatoriske lidelser vil ofte hudbiopsier gi et utilstrekkelig eller villedende svar. I disse tilfellene er det bedre å henvise til hudlege. Leger som stiller blikkdiagnoser virker veldig imponerende for pasienter og omgivelser, men i min erfaring er disse blikkdiagnosene ganske ofte feil. Ved utbredt utslett eller uttalte plager ville jeg ikke behandlet utslettet før jeg visste hva slags tilstand det dreier seg om. Skudd fra hoften i form av forsøksbehandling med ulike steroider er ikke alltid lurt. Kortison skjuler som kjent alt unntatt mors.



SMITTEVERN

hos asylsøkere og flyktninger

AV TORE ARNE MARTINSEN

Bakgrunn

Kommunene er ansvarlig for å gi asylsøkere og flyktninger nødvendig helsetjeneste. Sykdomspanoramaet hos asylsøkere og flyktninger kan være noe forskjellig fra det vi til daglig møter på kontoret, og tilsvarer ofte forekomsten av sykdommer i det landet de kommer fra. Slik også med smittsomme sykdommer. Kommunelegens ansvar er å sørge for at asylsøkere og flyktninger som kommer fra land hvor alvorlige smittsomme sykdommer er mer vanlig enn hos oss, blir undersøkt og eventuelt behandlet på en tilfredsstillende måte.

Forekomst av smittsomme sykdommer

Det er heldigvis slik at forekomsten av alvorlig smittsom sykdom hos asylsøkere og flyktninger ikke er særlig stor. Den er likevel betydelig større enn i befolkningen forøvrig når det gjelder enkelte sykdommer. Det er også slik at det sjelden forekommer smitteoverføring fra asylsøkere og flyktninger til andre innbyggere i kommunen.

Rutiner

I mottakssystemet blir asylsøkere plassert i transittmottak på Tanum/Lier hvor alle blir undersøkt for tuberkulose. Derfra blir de videresendt til avlastningstransittene. De blir så sendt til ordinære mottak i kommunene. Transittmottakene igangsetter behandling av tuberkulose dersom man oppdager dette ved ankomst. Etter at behandling er igangsatt, og smittefaren er over (etter ca 14 dagers behandling), videreføres pasientene til mottak i kommunene som da får ansvar for gjennomføringen av behandlingen (DOT= Direkte Observert Terapi), i praksis gjennomføres dette ofte med hjelp av hjemmesykepleien. Når det gjelder overføringsflyktninger og familiegjenforente, kommer disse direkte til kommunene, og ansvaret for kontrollen ligger da hos kommunelegen. Det er viktig at rutineene her fungerer og at melding raskt sendes fra flyktningekonsulentene til kommunelegen. Målet er at tuberkuloseundersøkelsen skal være gjennomført innen 14 dager etter ankomst til kommunen.

Tore Arne Martinsen, født 13.05.1946

Cand med universitetet i Graz, 1966–1973

Turnustjeneste Harstad Sykehus /
Andøy kommune 1974/75.

Distriktslege /Kommunelege i /
Fastlege i Lødingen 1978–2003.

Distriktslege i Kålfjord 1975–1978.

Sjøforsvarsdistriktslege Hålogaland
Sjøforsvarsdistrikt 1987–2003.

Kommuneoverlege Nøtterøy,
Stokke og Andebu 2003–



Det er vanlig at det da blir tatt rtg pulm av alle over 15 år, og tuberkulinstatus av barn. De siste årene har antall tilfeller av tuberkulose vist en svak stigning, tallene for 2003 var totalt 339. Av disse var ca 75 prosent utenlandsfødte. Denne andelen stiger stadig. På verdensbasis registreres det hvert år i overkant av åtte millioner nye tilfeller. Ca 5000 dør hver dag av tuberkulose. Et økende antall tuberkulose tilfeller viser resistens ovenfor de tradisjonelle tuberkulostatika. Særlig gjelder dette tilfeller fra land i det tidligere Øst-Europa.

Ved ankomst til kommunene bør asylsøkere og flyktninger tilbys en førstegangsundersøkelse etter mal fra den veilederen som Sosial-og helsedirektoratet har utgitt (IS-1022 Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger). Når det gjelder smittevern anbefales her at følgende undersøkes:

- HIV
- Syfilis
- Hepatitt B
- Tarmparasitter
- Schistosomiasis
- Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

Dessuten er det viktig å få registrert vaksinasjonsstatus og eventuelt gi de vaksinene som mangler. I tillegg bør det foretas en individuell vurdering med hensyn til om det foreligger spesielle symptomer. Min erfaring er at leting etter



tarmparasitter hos alle, gir liten gevinst. Sjelden blir alvorlig smittsom sykdom oppdaget. De fleste tarmparasitter som oppdages er ufarlige. Derimot bør det muligens testes for Hepatitt C som synes å øke noe.

Norge har som mål å begrense forekomsten av MRSA. I verdenssammenheng er det svært lav forekomst av MRSA i nord og i Nederland. Ved innleggelse i sykehus blir ofte asylsøkere og flyktninger behandlet som smitteførende med MRSA inntil det foreligger negative prøver. Dette medfører unødig bruk av ressurser. Det er derfor sannsynligvis mindre ressurskrevende å screene alle ved ankomst slik at smittestatus er kjent i tilfelle innleggelse i sykehus. Det er imidlertid noe omdiskutert om friske bærere av MRSA virkelig utgjør en smitterisiko.

Det er også viktig å behandle de smittsomme sykdommer som blir oppdaget. Man bør tenke på at asylsøkere og flyktninger ofte bor tettere enn nordmenn slik at smittefaren kan være større. Spesialisthelsetjenesten har vært litt tilbakeholden med å igangsette behandling som man vet er langvarig og som krever samarbeid fra pasientenes side, for eksempel interferonbehandling av hepatitt. Sett fra et smittevernsynspunkt, er det viktig også at asylsøkere får slik behandling.

En del asylsøkere er også engstelig for at smittsom sykdom kan påvirke søknaden om opphold i negativ retning. Det er da viktig å forklare dette forholdet. Det er også viktig å påpeke at behandling for alvorlig smittsom sykdom i de fleste tilfeller er gratis i Norge.

Miljørettet helsevern

Asylmottak er, etter forskrift om miljørettet helsevern, en meldepliktig virksomhet. Dette gjelder også såkalte desentraliserte mottak hvor asylanter bor i innleide private boliger. Boliger for bosatte flyktninger omfattes ikke av for-

skriften. Vesentlige utvidelser eller endringer er også meldepliktig. Dette er også viktig i forholdet til arbeidet med smittevern. Asylmottak har ofte stor turnover av beboere som ikke får et personlig forhold til stedet som bolig. Dette medfører ofte dårlig renhold og stor slitasje på boligen. Det vil derfor være av betydning at mottaket omfattes av forskriften, slik at kommunen kan gi pålegg om utbedringer.

Konklusjon

Smittevern er en viktig del av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger. Det er viktig i forhold til asylsøkernes og flyktningenes egen helse, men også viktig i forhold til kommunenes egne innbyggere. Det kan medvirke til mindre fremmedfrykt dersom befolkningen vet at smittevern tas på alvor.

Helsetjenesten for flyktninger og asylsøkere bør organiseres som en egen helsetjeneste i kommunen. Flere kommuner kan eventuelt samarbeide. Fastlegessystemet er ikke spesielt godt egnet for dette, særlig når det gjelder smittevern. Alle leger bør kjenne til meldeplikten når det gjelder alvorlige smittsomme sykdommer. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

- Lov om helsetjeneste i kommunene
- Lov om pasientrettigheter
- IS-1022 Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere
- Forskrift om tuberkulosekontroll
- Nasjonale anbefalinger for å forebygge infeksjoner med MRSA
- Forskrift om miljørettet helsevern

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

«Legekofferten»

– en verktøykasse for helsepersonell til bruk i

AV ARILD AAMBØ OG NORA AHLBERG

The term "medicine" among the Indians of North America covered much more than just remedies for illness. Every venture had its "medicine": beneficial acts were "good medicine", unsuccessful efforts were bad "medicine". Every brave carried a medicine bag in which his good luck and the power of his spiritual force symbolically resided. Losing one's medicine bag was a catastrophe¹.

Legekofferten er en svært personlig ting. Som lege er det lett å føle seg ubekvem med å måtte låne andres koffert. Man vil gjerne savne tryggheten som er opparbeidet ved å kjenne sin egen koffert til bunns. En og annen gang oppstår det likevel situasjoner hvor man mangler medikamenter eller utstyr for å takle situasjonen på best mulig måte. Slike tilfeller fører gjerne til at innholdet blir supplert eller endret. Også det mest personlige må nemlig tilpasses egne og andres erfaringer.

I mange år nå har det pågått en diskusjon om kvalitetssikring av legekoffertens innhold – en slags standardisering, men det har vært vanskelig å enes om en minimumsstandard som skal gjelde for alle. De regionale forskjellene er store, ulike situasjoner krever ulikt utstyr og behovet for et fornuftig tilpasset utvalg av medisinsk og teknisk utstyr i kofferten er derfor også stort. Rutiner for oppdatering av innholdet har likevel vært gjenstand for Helsetilsynets oppmerksomhet², og på nettsiden www.turnuslegen.no/legekofferten.htm gis følgende råd: «Det tar tid å rydde opp i et utilstrekkelig utstyrsoppsett – gjør derfor denne jobben før det er for sent!»

Denne artikkelen skal *ikke* handle om legekofferten som sådan. I denne sammenhengen er den valgt som en metafor som synes å være nyttig når vi i det følgende skal presentere noen foreløpige råd for den krysskulturelle konsultasjonen. Disse er baserte på et pågående utviklingsarbeid som tar sikte på en nasjonal klinisk strategi for NAKMI*. Vi er for

* NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse – er et kompetansesenter som gjennom forskning, formidling og utviklingsprosjekter skal bidra til kunnskap om forhold som gjelder innvandrere og andre etniske minoriteters fysiske og psykiske helse og omsorg.



Arild Aambø

Allmennpraktiserende lege. Opprettet i 1994 Primærmedisinsk verksted og har vært leder for dette frem til 2005. Er i dag nestleder på NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.



Nora Ahlberg

Forskningsdirektør/leder av NAKMI, professor i transkulturell psykologi, Universitetet i Oslo.

øvrig åpne for kommentarer og innspill fra leger og andre som har erfaringer på dette feltet.

Som for innholdet i legekofferten er konsultasjoner i høy grad preget av personlig stil og erfaring. Videre er det vanskelig å enes om hva som *må* være med, fordi forskjellene mellom ulike personer som søker hjelp, er store. Like fullt må vår konsultasjonspraksis kontinuerlig oppdateres og suppleres, slik at den blir på høyde med 'state of the art'.

Undersøkelser som er utført i regi av det tidligere *Psykososialt senter for flyktninger* har vist at behandlere opplever et stort behov for kompetanseheving når det gjelder både flerkulturell kommunikasjon og kulturforståelse mer generelt^{3,4,5}. «Kultur» er blitt sammenlignet med det å synge i kor; enten man synger «rent» eller «falskt», setter det sitt preg på kommunikasjonen. Gary Burkett sier det slik:

Culture (as meaning system) is not an optional factor that only sometimes influences health and illness; it is prerequisite for all meaningful human experience, including that of being ill. A more adequate model of the relationship between culture and illness would demonstrate the pre-eminence of culture in the experience of illness among all people, not just members of 'exotic cultures'; would view healers as well as patients as dwellers in culture; would incorporate the role of culture as meaning system in linking body, mind and world; and would promote the significance of the cultural context as a resource for research and therapy⁶.

På sitt beste blir kulturmøter som en slags byttehandel hvor man utveksler «gaver», og det er ikke noen absolutt nødvendighet med tanke på tilfredshet at partene forstår hver-



den krysskulturelle konsultasjonen

andre fullt ut. Derimot må det foreligge et minimum av enighet omkring rammene for møtet. Selv om kulturelle faktorer er viktige når det gjelder å forstå og håndtere sykdom, vil en tro på at møtet med innvandrerpasienter krever noe helt spesielt i seg selv kunne bidra til å skape avstand mellom helsearbeidere og pasienter. Helsepersonell som opplever at de ikke strekker til på dette feltet, har en tendens til å trekke seg unna slik at de ikke får brukt og videreutviklet den kompetansen de faktisk har. Resultatet blir tjenester av dårligere kvalitet⁷.

Vi vil hevde at det finnes grunnleggende likhetstrekk i alle konsultasjoner og videre at det som er god helsetjeneste for innvandrere og andre etniske minoriteter, også kan være god helsetjeneste for etnisk norske pasienter. Gjennom den pågående prosessen med utvikling av en modulisert «legekoffert» til bruk i krysskulturelle konsultasjoner, ønsker vi likevel å gi et insitament til å rydde opp i og supplere den eksisterende verktøyskassen.

Før vi ser nærmere på innholdssiden, skal vi kort presentere noen av de problemene som er blitt særlig poengtert i denne type arbeid. Subjektive helseplager ser ut til å være et svært utbredt fenomen, ikke bare i industrialiserte land⁸. Dersom evnen til å mestre stressende livssituasjoner er nedsatt, for eksempel som følge av migrasjon og møte med nye kreverende omgivelser, kan dette gjøre personer ekstra følsomme for slike plager.

Håndtering av subjektive helseplager utgjør storparten av en allmennpraktikers hverdag, og bare en liten del av tilfellene kvalifiserer for en medisinsk diagnose. Men selv om legen ved den medisinske undersøkelsen ikke kan påvise objektive funn, har mange pasienter likevel plager som de vil fortsette å etterspørre medisinske forklaringer på og/eller hjelp for. Av og til finner legen en sykdom som pasienten ikke selv er klar over, men det er gjerne det motsatte – at legen ikke finner noen klar årsak til pasienters plager – som kan bli ekstra problematisk i den krysskulturelle konsultasjon.

At helse i bunn og grunn handler om å være i stand til å håndtere dagliglivets påkjenninger er i tråd med sosiologen Aaron Antonovskys arbeid⁹. Han hevder at vi gjennom

hele livet utsettes for psykososiale, fysiske og biokjemiske stressfaktorer som skaper en spenningstilstand.

For Antonovsky blir det viktigste spørsmålet hvordan vi kan håndtere dette. Han har utviklet konseptet 'general resistance resources' (GRRs) – ressurser som bidrar til at vi kan håndtere stresset. Blant annet er han opptatt av hvilken betydning våre omgivelser har for vår evne til mestring, ettersom det har vist seg at et godt sosialt nettverk og støtte kan modifisere og omdanne våre reaksjoner på slike stressende opplevelser¹⁰.

Hvilke faktorer er det så som nedsetter vår evne til mestring? Birgit Lie studerte en uselektert gruppe av flyktninger kort tid etter bosetting i kommunene, og fant at de som hadde vært utsatt for fysisk vold eller tortur eller var blitt tvungne til å skilles fra familien, hadde mest plager¹¹. Slike negative livshendelser har ofte en ødeleggende effekt på ens personlige integritet. De fører til økt sårbarhet og er forbundet med øket sykdomsrisiko. Vanlige symptomer er søvn- og konsentrasjonsvansker, irritabilitet, ulike smertetilstander eller depresjoner. En kan også se endringer i selvbildet, i evnen til å omgås andre eller til å fortolke den sosiale konteksten en lever i på en meningsfull måte; noe som igjen vil kunne føre til ensomhet eller en følelse av å være forlatt.

Hvis man føyer krysskulturell migrasjon til slike flyktningerrelaterte traumer, blir vi stilt overfor sammensatte problemer som krever en gjennomgang av våre analytiske verktøy. Disse må i langt større grad ta hensyn til at en symptomproduserende fortid som flyktning kan virke sammen med belastninger som gjør seg gjeldende også når man skal tilpasse seg som minoritet i et nytt land. En kartlegging av helsetilstanden blant innvandrere i Norge viser således at ikke bare alder ved ankomst, men også hvor lenge man har oppholdt seg i landet, har betydning når en skal forklare at sykdomskurven med alderen stiger brattere hos innvandrere enn hos majoritetsbefolkningen¹². Tall fra Statistisk sentralbyrå indikerer også at det går dårligere med dem når de først er blitt syke¹³.

Hvordan er så helsetjenesten rustet til å håndtere slike lidelser? For et par år tilbake ble det gjennom samarbeid

mellom Primærmedisinsk verksted* og Kingogate rehabiliteringssenter** dannet en konsensusgruppe bestående av ti innvandrere, alle med mye erfaring fra møter med det norske helsevesenet, og fem helsearbeidere, deriblant to leger. Under tre møter diskuterte man hvilke barrierer man opplevde i møte mellom innvandrerpasienter og deres behandlere. Det ble enighet om at følgende faktorer bidrar til utilfredstillende konsultasjoner:

- Innvandrere opplever at de får kortere konsultasjoner enn nordmenn i samme situasjon.
- Pasienten blir redd og får ikke uttrykt seg fordi legen er stresset.
- Legene ser bare det som er interessant ut fra et biomedisinsk perspektiv.
- Pasientene sier ikke hva de tenker av frykt for ikke å bli respektert.
- Det er vanskelig å skaffe tolk, og mange stoler ikke på tolken.
- Legenes spørsmål hjelper ikke pasienten til å sette ord på sin situasjon.

Disse punktene vil helt sikkert også mange etnisk norske pasienter kunne kjenne seg igjen i. Flere av punktene krever likevel ytterligere kommentarer sett ut fra et krysskulturelt perspektiv:

Tiden som innvandreren har til rådighet i møte med legen er en avgjørende faktor for en vellykket konsultasjon. En person som ikke behersker språket har krav på tolk¹⁴. En tolket konsultasjon krever automatisk dobbelt så lang tid, fordi alt skal sies to ganger og medisinsk terminologi krever ofte også mer omstendelige forklaringer. Dette kan være en grunn til at innvandrere opplever at de får kortere konsultasjoner. Problemet kan også skyldes at mange leger opplever situasjonen som så fremmedartet at de blir overvældet og ikke går inn i saken på samme måte som de ville ha gjort hvis det gjaldt en pasient fra egen kulturkrets. Kan-skje slutter en i slike situasjoner å stille spørsmål og lener seg til 'vedtatte sannheter'. Hvis pasienten samtidig er redd for å oppta legens tid eller å ikke bli respektert, sier det seg selv at konsultasjonen blir mangelfull.

Det kan hevdes at vi som behandlere må være mer serviceinnstilte eller sensitive overfor de problemene pasientene faktisk presenterer – med andre ord at leger i større grad må sette seg inn i sine pasienters perspektiver og vurdere behandlingsalternativer ut fra hvilke konsekvenser disse har for dem. Men samtidig er det innenfor alt offentlig arbeid tradisjon for

at behandlere i møte med klientene *skal* være orientert mot det spesifikke og det universelle, det som gjelder for alle. Samhandlingen begrenses derfor til de trekk ved klienten eller hans sak som er offisielt definert som relevante og behandleren skal påse at personer med samme egenskaper eller kvalifikasjoner får samme behandling¹⁵. På et legekontor fører dette lett til at det antall trekk ved pasientene eller deres sak som betraktes som relevante, reduseres. Dette skjer, selv om det kan komme i strid med overordnede målsettinger.

Behovet for forenkling og for å gardere seg mot ansvar, i betydningen etterfølgende kritikk eller selvbebreidelser, blir sentralt. Tidligere professor i sosiologi ved Universitetet i Oslo, Knut Dahl Jacobsen, hevder at slike tendenser er mest uttalt i sentraliserte organisasjoner hvor ledelsens behov for effektivitetsmål og forsvar mot kritikk får dominere. I en slik organisasjon

«vil det lettere utvikles standardiserte kontrollformer og effektivitetskriterier som går på enkle forhold og lett lar seg måle. Kriteriene knyttes gjerne til anvendelsen av enkle virkemidler som antas å lede frem til måloppnåelse, og dette fører lett til den forveksling av interne og eksterne effektivitetskriterier som så ofte observeres i undersøkelser av offentlig forvaltning»¹⁷.

Mange leger vil kjenne seg igjen i dette bildet: Effektivitet måles i antall konsultasjoner eller innleggelser, ikke i antall ferdig behandlede pasienter. Legens oppgave er likevel å håndtere slike motstridende hensyn på en slik måte at det ikke går ut over pasienten.

Men innsnevringen av legers oppmerksomhet kan også skyldes utviklingen innen de medisinske fagene. Legekunsten er blitt mer og mer overskygget av den naturvitenskapelige modell som, i følge Gary Burkett, karakteriseres av at kontekstuelle faktorer kun betraktes som forstyrrende element:

In this view, the pursuit of truth requires abstracting entities from their natural contexts so that they might be freed from extraneous influences. These influences are seen as noise that interferes with the discovery of scientific knowledge rather than as potential subjects for study, in and of themselves. Objective knowledge is knowledge that has been stripped of context.¹⁸

På lignende måte mener den danske psykologiprofessor Gretty Mirdal at grunnen til at man ikke har tillagt kulturelle data tilstrekkelig vekt i forhold til andre informasjonskilder, henger sammen med skiftet til en mer naturvitenskapelig sykdomsmodell, også på mentalhelsesiden¹⁹. Samtidig som dette har økt kravene til presisjon og reliabilitet i diagnostiseringsprosessen, har det skjedd en utvikling i retning av små og presise diagnoser som vanskelig lar seg overføre til andre sosiokulturelle sammenhenger.

* Primærmedisinsk verksted (PMV) er et kompetansesenter for helsefremmende arbeid i en flerkulturell befolkning i Gamle Oslo. Senteret eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon.

** Kingogate rehabiliteringssenter er et kommunalt tilbud til pasienter med kroniske lidelser på Grünerløkka i Oslo.



Flere tendenser virker altså i samme retning: Både tidsaspektet, det at mange pasienter ikke spontant kommer frem med det de har på hjertet, tendensen til å trekke seg unna det som virker fremmedartet, offentlige føringer og fagets utvikling bidrar til at leger gjerne konsentrerer seg om de rent somatiske aspektene ved sykdom. Men dersom vi skal kunne forstå de problemer som minoriteter strever med, kommer man ikke utenom de kontekstuelle faktorenes betydning. Spørsmålet vi må stille oss er: «Hvordan kan den allmennpraktiserende legen forholde seg til dette uten at situasjonen blir overveldende og fullstendig sprenger rammene for konsultasjonen?»

Professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, Kirsti Malterud, hevder i likhet med flere andre forfattere, at spørsmål vedrørende pasientens egne ressurser og muligheter må med i den allmennmedisinske konsultasjonen, til tross for at de inntil nylig stort sett har vært fraværende i allmennmedisinsk forskning og teoridannelse²⁸. Hun presenterer også en teoretisk referanseramme for arbeidet med pasienters selvrapporterte ressurser og en modell for klinisk anvendelse som indikerer hvorfor og hvordan en allmennpraktiker kan bidra til å samle slik kunnskap. For å ivareta dette introduserer hun et «dobbel løp» for konsultasjonen: Ett løp som søker etter pasientens egenopplevelse av sykdommen og relevante ressurser for å takle denne og ett løp som handler om legens medisinske agenda: Diagnostisering av sykdom, risikofaktorer og General Resistance Resources (GRRs etter Antonovsky).

Professor Even Lærum ved Nasjonalt ryggnettverk har tatt tidsaspektet på alvor og utviklet en liste over spørsmål som pasienten kan arbeide med hjemme og som kan bidra til å belyse så vel den psykososiale situasjonen som pasientens mestringsstrategier. Evalueringen av dette opplegget viste stor tilfredshet både hos lege og pasient. Circa en tredjedel av pasientene kunne også, på grunnlag av de svarene de selv hadde gitt, på egen hånd lage en «aksjonsplan» med f.eks. fokus på livsstil, endringer på jobben, bedring av selvbildet, mestringsstrategier eller forholdet til signifikante andre²⁹. Skjemaet er enda ikke prøvd ut i arbeid med minoritetspasienter, men synes å ha et stort potensiale også i en slik sammenheng.

Ved NAKMI har vi stilt oss spørsmålet om slike modeller, eventuelt med små endringer, kan være egnet som et utgangspunkt for klinisk arbeid også i en flerkulturell befolkning. I stedet for et dobbelt løp snakker vi om en «legekoffert» med to rom: Et rom som inneholder strategier for diagnostisering av sykdom og påvisning av risikofaktorer og et annet rom som inneholder strategier for å synliggjøre pasientens egen forståelse av situasjonen, hvilke ressurser som står til rådighet og hva pasienten selv er motivert for å gjøre for å ta vare på sin helse/behandle sin sykdom. I denne forbindelse synes det relevant å minne om det skille den amerikanske etnopsykiateren Arthur Kleinman gjør mellom 'illness' og 'disease':

Illness refers to the patient's perception, experience, expression, and pattern of coping with symptoms, while *disease*

refers to the way practitioners recast illness in terms of their theoretical models of pathology²².

Vi skal i det følgende, til tross for at dette også er nødvendige og viktige aspekter som må ivaretas i konsultasjonen, la diagnostisering og teoretiske modeller for patologi ligge, og se nærmere på hva man kan gjøre for å lokke frem pasienters egen forståelse av sin sykdom, deres strategier for mestring og motivasjon for endring. For enkelhetens skyld vil vi gjøre bruk av de alminnelige instrumentene i legeskofferten, som metaforer.

I. Blodtrykksapparat: Måler blodtrykket for å kunne si noe om hvilket press «hjertet» arbeider under.

Overført til den krysskulturelle konsultasjonen handler dette om å utvikle relasjonen mellom pasient og lege. Som leger er vi vant til at selve legerollen tillegges tillit. Vi opererer under taushetsplikt og har en sterk etisk forpliktelse til å gjøre det beste for folk. Vi er da også vant til at folk er åpne og tillitsfulle når de snakker med legen. Dette er imidlertid ikke selvsagt for alle som av en eller annen grunn blir pasienter, og noen ganger må legen vise stor tålmodighet i arbeidet med å utvikle tillit. Dette tillitsbyggende arbeidet kan lettes betydelig dersom en følger noen enkle regler:

§1 Hjelperen klargjør forutsetningene for sitt hjelpearbeid
Dette psykoedukative momentet handler helt enkelt om å gjøre prosedyrer og arbeidsmåter mer eksplisitt forståelige for begge parter; herunder også om å forklare hvorfor og hvordan ting gjøres i vår egen praksis. En åpning kan f.eks. være at legen sier til den engstelige pasienten: «Jeg vil gjerne hjelpe deg, men dersom jeg skal kunne hjelpe deg på en måte som du er fornøyd med, trenger jeg å stille deg noen spørsmål. Er det greit for deg?»

§2 Hjelperen er villig til å delta i en prosess hvor gjensidig påvirkning blir verdsatt

Dette profesjonsetiske momentet handler om empati, men også om vilje til å lære av pasienten. Mange erfarne leger har uttalt at det vesentligste de har lært om medisin har de lært av sine pasienter. I møte med personer fra underprivilegerte grupper er det spesielt viktig at legen er villig til å lytte, lære om og innrette seg etter hvilke ressurser og muligheter pasienten selv ser.

§3 Hjelperen tar ansvar for å utvikle en positiv relasjon

Det er en god regel å ikke overta ansvaret for pasientens situasjon, men like fullt er det nødvendig at legen tar ansvaret for å utvikle relasjonen til pasienten. Dette punktet er særlig viktig, fordi det er relasjonen som er avgjørende for hvordan ting blir oppfattet og fortolket.

II. Oftalmoskop og otoskop: Frembringer og fokuserer lys og brukes når selve undersøkelsessituasjonen gjør at det faller skygge på det området som skal undersøkes.

Som vi tidligere har vært inne på, er der områder som pasientene sjelden berører med mindre de blir oppfordret til det gjennom legens spørsmål. De siste årene har legene ut ifra forebyggende hensyn blitt flinkere til å spørre deprimerede pasienter om de noen ganger har hatt i tankene at de vil ta sitt eget liv. Nedenfor listes opp enkelte andre temaer som kan trenge å bli spesielt belyst, særlig i arbeid med pasienter med bakgrunn fra den tredje verden. Det enkelte tema ledsages av konkrete eksempler på spørsmål som kan være nyttige i denne sammenheng:

Pasientens egen modell for å forklare sykdom

- Hvorfor tror du at du ble syk akkurat nå?
- Hvordan skjedde det?

Pasientens egne mestringsstrategier

- Hvordan klarte du...?
- Hvordan holder du ut?
- Når du tar i betraktning alt som du har vært igjennom, hvordan kan det ha seg at det ikke er verre?

Pasientens ressurser og ressurser i pasientens miljø

- Er det noen ganger det er litt lettere å leve med smertene? Hva har vært til hjelp så langt?
- Hvem vil være den første som merker at du er blitt bedre, tror du?

III. Stetoskop: Fanger opp og forsterker lyder fra kroppen – til å lytte med på områder der pasienten ville kunne føle seg krenket om legen la øret inntil.

I den krysskulturelle konsultasjonen handler dette om å lytte etter det pasienten sier, gripe tak i det og utforske det, fremfor å fortelle pasienten hva han bør gjøre. Modellen som presenteres under er utviklet ved Brief Family Therapy Center i Milwaukee²³. Vi har valgt å beholde den engelske terminologien på grunn av akronymet EARS som tydelig viser at dette har med aktiv lytting å gjøre:

Elicit – lokke frem pasientens egen kompetanse, mestringsstrategier, hva som går bedre.

Nyttige spørsmål finnes under punkt II.

Amplify – forstørre temaet opp ved å:

- 1) dvele ved temaet: Du sa at ... Kan du si litt mer om dette?
- 2) spørre etter detaljer: Når skjedde det? Hvor? Hvem var du sammen med? Hvem gjorde hva for at dette skulle skje?



- 3) introdusere andre perspektiver: Hvem vil være den første som legger merke til dette? Hvem andre vil kunne være interesserte? Hva vil de legge merke til?

Reinforce – forsterke, eller bringe opplevelsen til bevissthet ved å:

- 1) vise interesse, gjøre notater osv.
- 2) vise at en blir forvirret: Hva var det du sa?! Kan du si det igjen?! Nå blir jeg litt forvirret – kan du forklare hva du gjorde en gang til?!
- 3) spille djevelens advokat: Det kan umulig være sant!?

Start over – begynne forfra med et nytt emne:

Når temaet er uttømt, starte hele prosessen igjen: Finnes det andre, lignende situasjoner? Hva mer?

IV. Reflekshammer: Utløser senerereflekser – fremkaller reaksjoner på en myk og kontrollert måte.

I konsultasjonen dreier dette seg om spørsmål av litt mer reflekterende karakter, f.eks.:

Hypotetiske spørsmål om endringer:

- Hva ville skjje hvis...? Sett at det skjer et mirakel som gjør at...? Hvordan tenker du at livet vil bli når du en gang blir frisk?

Skalerings spørsmål:

Skalerings spørsmål kan for eksempel formes slik: Kan jeg stille deg et litt underlig spørsmål? Tenk deg en skala fra en til ti hvor én står for at situasjonen er så vanskelig som den kan bli og ti for at problemene som vi har snakket om i dag er løst. Hvor på skalaen vil du si at du befinner deg akkurat i dag?²⁴ I en flerkulturell sammenheng er det ikke alltid mulig å bruke skala med tall. I slike situasjoner kan en likevel bruke visualisering ved hjelp av tegninger, eller ved konkret å spørre hvordan pasienten vil plassere seg på en linje mellom «når det var som verst» og når problemet er løst.

Det kan også være nyttig å «skalere» pasientens motivasjon for behandling, sjansene for at en viss fremgang skal fortsette osv*.

V. Noen utvalgte medisiner: Noen ganger vil en fra kofferten gi medisiner, i enkelte tilfeller tilstrekkelig for en kur, andre ganger kun for å sette i gang behandlingen.

Dette dreier seg om å øke pasientens behandlingsmotivasjon og å styrke pasienten i troen på at han kan klare å gjennomføre behandlingen eller bli frisk.

Gi kompliment:

Gi en tilbakemelding som fokuserer på det som fungerer, det som leder inn på riktig spor. Ikke glem å gi pasientene kompliment for at de tar sin situasjon alvorlig, at de gjerne vil få hjelp, at de viser evne til samarbeid. Selve det faktum at de har møtt frem på kontoret eller tilkalt hjelp, viser det. Om det er flere til stede under konsultasjonen, gi kompliment til hver enkelt for deres respektive bidrag.

VI. Reseptblokk: Når pasienten får en resept, overlates de samtidig et ansvar for å gjennomføre behandlingen.

I en mer terapeutisk anlagt samtale kan en, i tillegg til punkt I–V, også gi oppgaver av typen: Legg merke til positive endringer, eller situasjoner hvor det går bedre, så kan vi snakke om dette når du kommer tilbake. Kanskje kan vi da komme et steg videre i å forstå de problemene du har.

De som måtte være interesserte i å gå videre med dette, henvises til litteratur om løsningsorienterte samtaler. Her skal bare nevnes at flere evalueringsstudier viser at slike spørsmål også er godt egnet i en flerkulturell sammenheng.^{25,26,27,28}

I forbindelse med resepten, synes det her naturlig å knytte noen kommentarer til resepter og medikamentforeskriving generelt. Noen ganger kan begrensningene som ligger

* For en detaljert gjennomgang av disse spørsmålene, se Aambo, A: LOS – Løsningsorienterte samtaler. Gyldendal akademisk.

i forskjellige underliggende forestillinger og holdninger spille inn på ganske utilsiktede måter, – også i forbindelse med medisinerer. I et gripende dokument om et innvandrerbarn med epilepsi og hennes engasjerte behandlere på et amerikansk sykehus, beskrives etiske dilemmaer knyttet til hvordan selv det aller beste medisinske opplegget kan gjøre situasjonen verre dersom omgivelsene er ute av stand til eller av religiøse grunner er lite motiverte for å følge opp. I dette tilfellet gjaldt det en omfattende og komplisert medisinerer for å forhindre hjerneskade. Følgende sitat er tatt fra legejournalen:

The mother states that she will not give the Dilantin at home. In addition, she also states that she has increased the child's Phenobarbital to 60 mg b.i.d. Finally the mother states that she run out of Tegretol and the child has not received it in the last four days. The mother brought a large sack full of medication bottles and on closer examination by myself there were three half empty bottles of Tegretol. The mother stated that she was unaware that these bottles were Tegretol. In addition, the mother also was unable to identify the Dilantin bottle and gave that bottle to me and said that she did not want it at home²⁹.

Denne lille pasientens foreldre ønsket ikke den hjelp de ble tilbudt av grunner som legene ikke hadde noen aning om før situasjonen tok en meget tragisk vending. Hvis leger ikke forsikrer seg om at pasientene forstår hva som står på medisinfasken, eller det ikke har slått dem at pasienten kanskje ikke har tatt sin medisin som foreskrevet, kan det hende at de tror at den har hatt dårlig virkning og øker dosen, noe som kan bli farlig. Med andre ord: Gitt i feil sosio-kulturelle innpakning kan selv riktig medisinsk behandling forverre problemene.

Rommet rundt konsultasjonen

Det er en smertelig erfaring at mange som er i stort behov for legehjelp, ikke selv søker lege³⁰. For innvandrere kan helsetjenesten oppleves uforståelig og skremmende og dialogen blir iblant vanskelig for en eller begge parter. Like barn leker best, og helsepersonell yter best arbeid overfor dem som de opplever naturlig samhörighet med. Derfor er det viktig å «arbeide for å øke forståelse og identifikasjon mellom helsepersonell og de ulike brukergruppene, slik at opplevelse av fremmedhet kan vike plassen for nysgjerrighet og innlevelse»³¹.

Manglende opptak av helsetjenester er ikke et fenomen som kun gjelder innvandrere. Flere undersøkelser viser at de som trenger tjenestene mest – bedømt ut fra hvilke belastninger de har vært igjennom og hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende – faktisk er de som faller utenom^{32,33}.

Utsettelse, benekting eller at folk forsøker å takle sykdommen på egen hånd er viktige grunner til dette. Frykt for visse sykdommer og frykt for å miste kontroll ligger gjerne til grunn når folk benekter at de er syke eller forsøker å takle tilstanden selv, fremfor å oppsøke lege. Hvis man ser bort fra alternative behandlingsformer, som også innvandrere benytter seg av, består slik egenbehandling ikke sjelden i at en unngår symptomene ved å innrette seg etter situasjonen. Dette kan i sin tur lede til en mer og mer begrenset livsutfoldelse og dermed økende plager.

Men en slik vegring for å oppsøke lege handler også om tidligere dårlige opplevelser i møte med helsetjenestene, at de kan ha følt seg bebreidet for sin egen situasjon, har opplevd negative holdninger fra helsearbeidere eller at de tidligere har hatt problemer med å utløse hjelp. Også vansker med å forklare symptomene, manglende kunnskap om sykdomsfaktorer og/eller hvordan helsetjenesten i Norge fungerer, kan føre til unntakelsesadferd. Bedre blir det ikke når legen ikke finner medisinske årsaker til pasientens problemer. Problemet er at slike forhold lett kan føre til lave forventninger overfor helsetjenestene, underforbruk eller feilbruk. Flere av disse barrierene trår inn før pasienten overhodet kommer i kontakt med helsetjenesten. Negative holdninger baseres på rykter eller på hva slekt og venner kan berette, og de rammer naturligvis også oss som behandlere, ikke minst fordi mange bare møter innvandrere i avmek-tige roller som hjelpetrengende.

Vi tror at slike barrierer best kan overkommes gjennom lokalsamfunnsarbeid, eller kanskje rettere et folkehelsearbeid – gjennom å opprette og utvikle flere møteplasser utenom den kliniske situasjonen, hvor dialogen kan dyrkes og gjensidige relasjoner utvikles på en helt annen måte enn i den usymmetriske konstellasjonen en konsultasjon nødvendigvis må representere^{34,35}. Et slikt folkehelsearbeid vil, hvis det lykkes, kunne bidra til å styrke hele befolkningens evne til å mestre sykdom og motgang, gi mulighet for å takle geografiske og sosiokulturelle skiller bedre også i en konsultasjonssituasjon (dvs gjennom tilbakeføring av ny-erhvervede innsikter) og, ved å mobilisere og involvere lokalsamfunnet, på sikt bidra til bærekraftig endring.

Vi på NAKMI vil være meget takknemlige for alle gode råd og kommentarer til bruk i den videre prosessen med å utvikle en modell for god konsultasjonspraksis med personer med minoritetsbakgrunn, – særlig fra minoritetspraktiske fagpersoner. Slike kommentarer kan sendes til a.aa@nakmi.no

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

Noter

- Lyons, A.S., Petrucelli, R.J. (1978) Medicine, An Illustrated History. New York: Harry N. Abrams, Inc., Publishers (s. 33).
- Ovanger, M., Holmboe, J. (2002) Tilsynsrapport fra kommunehelsetjenesten i Loppa kommune. www.helsetilsynet.no
- Neumayer, S.M. (1996) Førstelinjetjenestene og det psykososiale arbeidet med flyktninger – en kartlegging av behovet for faglig styrking. Linjer nr. 2, s. 4–6. NKVTS.
- Major, E.F. (2003) Behandling av psykisk traumatiserte flyktninger i Norge. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr. 19, 123: 2709–12.
- Major, E. F. (2000). Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 120: 3420–3.
- Burkett, G.L. (1991) Culture, Illness, and the Biopsychosocial Model. Family Medicine 23: 287–91.
- Stortingsmelding 17 (1996–97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Sosial og helsedepartementet.
- Eriksen, H.R., Hellesnes, B., Staff, P og Ursin, H. (2004) Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? International Journal of Behavioral Medicine Vol 11, No 2, 122–125.
- Antonovsky, A. (1988) Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass Publishers
- House, J.S., Umberson, D., Landis, K.R. (1988) Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 14: 293–318.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Blom, S. & Ramm, J. (1998) Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke ... Samfunnspeilet 3. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. & Ramm, J. (1998) Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke ... Samfunnspeilet 3. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Lov om pasientrettigheter 2. juli Nr 63 1999
- Sosial og helsedirektoratets veileder (2002) Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger IS-nr 1022
- Dahl Jacobsen, K. (1976) Problemer for den enkelte i forhold til en sentralisert/desentralisert forvaltning. Nordisk administrativt tidsskrift Volum 57 Nr 3/4 Side 219–224.
- Dahl Jacobsen, K. (1976) Problemer for den enkelte i forhold til en sentralisert/desentralisert forvaltning. Nordisk administrativt tidsskrift Volum 57 Nr 3/4 Side 219–224.
- Burkett, G.L. (1991) Culture, Illness, and the Biopsychosocial Model. Family Medicine 23: 287–91
- Mirdal G M (2001) Om Oplevelsen av de andres lidelser. Psyke & Logos 22, 1, 50–59. København.
- Hollnagel, H. og Malterud, K. (1995) Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Family Practice Vol. 12, no 4, s. 423–429.
- Larum, E. og medarbeidere (2002) The final version of the Patient Perspective Survey (PPS) a new tool to improve consultation outcome and patient participation in general practice patients with complex health problems. Family Practice Vol. 19, no 3 s. 264–271.
- Kleinman, A. (1988) Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press.
- Gingerich, W.J., de Shazer, S. og Weiner-Davis, M. (1987) Constructing change: A Research View of Interviewing. I: E. Lipchik (Red.) Interviewing. The Family Therapy Collections, 24. New York: Aspen Publishers
- Berg, I.K. og Miller, S.D. (1992) Working With the Problem Drinker – A Solution Focused Approach. New York: W.W. Norton & Company, Inc
- de Shazer, S. (1991) Putting Difference to Work. New York: W.W. Norton & Company
- Aambø, A. (2004) Løsningsorienterte Samtaler. Oslo: Gyldendal
- Unstad, M.E. (2001) Samtalekompetanse i trygden – forsøk med løsningsorienterte samtaler. Prosjekt rapport 301. Oslo: Byggeforsk
- Bakke, K.M., Søholt, S. (1996) Kommunikativ kompetanse i praksis – en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere. Byggeforsk-knotat 18. Oslo: Byggeforsk
- Anne Fadiman (1997). The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child – her American Doctors and the Collision of Two Cultures. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Tilsynsmelding 2000, Kapittel 3: Spiller helsetjenesten et flerkulturelt samfunn? Statens helsetilsyn.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Tod, A.M., Read, C., Lacey, A. og Abbott, J. (2001) Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. British Medical Journal 323, s. 214–17
- Aambø, A. (1997) Tasteful Solutions: Solution Focused work with groups of immigrants.

Før forskrivning av SINGULAIR®, se preparatomtalen.
SINGULAIR® er et registrert varemerke tilhørende
Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

C Singulair MSD

Leukotrienreceptorantagonist.

ATC-nr.: R03D C03

TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Montelukastnatrium 10,4 mg tilsv. montelukast 10 mg, laktosemonohydrat 89,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmrasjer. **TYGGETABLETTER 4 mg og 5 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg, resp. 5,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, resp. 5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172). Kirsebærsmak. **Indikasjoner:** Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kortikostimulerende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt. **Dosering:** Dosering: Skal tas én gang daglig. Astma: Dosen bør tas om kvelden. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. Forsøksvis til behandling av barn: **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Terapeutisk effekt sees i løpet av én dag. Bør tas selv om sykdommen er under kontroll, og i perioder med forverring av sykdommen. **Sesongrelatert allergisk rhinitt:** Doseringstidspunkt kan individualiseres. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Bruk hos barn 2-14 år ved sesongrelatert allergisk rhinitt kan overveies basert på dokumentert sikkerhet i denne aldersgruppen, selv om effekt ikke er dokumentert i kliniske studier. **Generelle anbefalinger:** Tabletter 10 mg kan tas alene eller sammen med mat. Tyggetabletter 4 mg og 5 mg bør tas 1 time før eller 2 timer etter mat. Skal ikke brukes samtidig med andre preparater som inneholder montelukast. Ingen dosejustering er nødvendig for eldre, ved redusert nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ingen data fra bruk ved sterkt nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Brukes ikke til behandling av akutte astmaanfall. Pasienten bør rådes til å ha akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis kortikostimulerende beta₂-agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av kortikostimulerende beta₂-agonister enn vanlig. Montelukast bør ikke erstatte inhalerte eller perorale kortikosteroider. Det finnes ikke tilgjengelige data som viser at perorale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast. Etter reduksjon i dosen av systemiske kortikosteroider har det i sjeldne tilfeller forekommet en eller flere av følgende: Eosinofili, vaskulitt utsett, forverring av lungesykdommer, hjerte-karpatologier og/eller neuropati, noen ganger diagnostisert som Churg-Strauss' syndrom, en systemisk eosinofil vaskulitt. Årsakssammenheng er uklar, men det anbefales forsiktighet og klinisk oppfølging når reduksjon av systemiske kortikosteroider vurderes. Dokumentasjon for bruk til barn er begrenset. Det foreligger ingen data vedrørende effekt og sikkerhet hos barn under 2 år. Tyggetabletten inneholder aspartam som hos fenylketonuripatienter omdannes til fenylalanin. **Interaksjoner:** Preparatet kan tas sammen med teofyllin, prednison, prednisonol, p-piller (etyllostradiol 35 µg/noretisteron 1 mg), terfenadin, digoksin og warfarin uten fare for interaksjoner av klinisk betydning. Arealen under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert med ca. 40% ved samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4 bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med medikamenter som inducerer dette enzymet, f.eks. fenytoin, fenobarbital og rifampicin. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er begrenset. Bruk av montelukast under graviditet bør derfor unngås. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i morsmelk hos rotter. Konsentrasjonen i melk er ca. 1/3 av plasmakonsentrasjonen. Det er mulig at barn som ammes kan påvirkes. Montelukast bør derfor ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Tolereres vanligvis godt. Bivirkningene er vanligvis milde og krever vanligvis ikke avbrudd i behandlingen. Tabletter (voksne): Hyppige (>1/100): Asteni/trethet, feber, mavesmerter, traumer. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, infeksjons gastroenteritt, tannpine. Hud: Utslett. Luftveier: Tetthet i nesene, hoste, influensa. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Tyggetabletter (barn 6-14 år): Hyppige (>1/100): Hodepine. Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Luftveier: Faryngitt, influensa, sinusitt. Øvrige: Feber. Tyggetabletter (barn 2-5 år): Svært hyppige: Hoste (>10%). Følgende bivirkninger er rapportert: Utflussethet, ødem, overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaksi, angioødem, pruritus, utslett, urticaria og svært sjelden eosinofil leverinfiltrat), unormale drømmer inkl. mareritt, søvnighet, irritasjon, opphisselse inkl. aggressiv oppførsel, rastløshet, søvnighet, parestesi/hypostesi, epileptisk anfall, hallusinasjoner, tørr munn, kvalme, oppkast/brekninger, dyspepsi, diaré, økt ALAT og ASAT, isolerte tilfeller av kolestatisk hepatitt, artagali og myalgia inkl. muskelkramper, økt blodningstendens, blåmerker, palpitasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** I studier på pasienter med kronisk astma er det gitt doser opptil 200 mg/dag i 22 uker, og i kortidsstudier er det gitt opptil 900 mg/dag i ca. 1 uke, uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger. Akutt overdosering er rapportert hos barn ved doser på minst 150 mg/dag. Kliniske funn og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og eldre barn. De vanligste symptomene er tørste, søvnighet, mydriasi, hyperkinesi, mavesmerter. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv leukotrienreceptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Bindes med høy affinitet og selektivitet til cysteinylleukotrienreceptor (CysLT₁) og hemmer derved bronkokonstriksjon og inflammatoriske parametre, samt symptomer forbundet med allergisk rhinitt. Reduserer mucusutskillelse, vaskulær permeabilitet og dannelse av eosinofile celler i blod og luftveier forårsaket av cysteinylleukotriener (LTC₄, LTD₄, LTE₄). Hemmer antigen fremkalt bronkokonstriksjon både i tidlig og sen fase. Gir bedring i morgent FEV₁, ekspiratorisk toppstrømsasthet (PEFR) om morgenen og reduksjon i total bruk av beta₂-agonister. Reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon er vist hos voksne og barn. Den bronkodilaterende effekten av beta₂-agonister er additiv til effekten av montelukast. Montelukast har tilleggseffekt til inhalasjonssteroider. Terapeutiske plasmakonsentrasjoner av montelukast blokkerer ikke cytochrom P-450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 eller 2D6 og derved unngås levertoksitet. **Absorpsjon:** Raskt etter peroral administrering. Tabletter: Gjennomsnittlig plasmakonsentrasjon, C_{max}, oppnås etter 3 timer. Tyggetabletter: C_{max} oppnås etter 2 timer. Bronkodilatasjon er sett innen 2 timer etter peroral administrering. Biotilgjengelighet: Tabletter: 64%. Tyggetabletter: Ca. 73%. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 8-11 liter. Minimal distribusjon over blod-hjernebarrieren (dyreforsøk). Minimal konsentrasjon i alle vev 24 timer etter dosering. **Halveringstid:** 2,7-5,5 timer. **Metabolisme:** Utstrakt metabolisme som involverer cytochrom P-450 3A4, 2A6 og 2C9. Metabolittene bidrar minimalt til den terapeutiske effekten. **Utskillelse:** Plasmaclearance er gjennomsnittlig 45 ml/minutt. Montelukast og dets metabolitter utskilles nesten fullstendig via gallen.

Pakninger og priser:

10 mg: tablett:	28 stk.	kr. 398,10	98 stk.	kr. 1307,40
4 mg: tyggetablett	28 stk.	kr. 398,70	98 stk.	kr. 1278,10
5 mg: tyggetabletter:	28 stk.	kr. 398,70	98 stk.	kr. 1278,10

T: 271

Refusjon: Behandling med Singulair (montelukast) til barn skal være instituert av spesialist i barne- eller lungesykdom. Ved behandling av astma skal kombinasjonen av inhalasjonssteroider og langtidsvirkende beta₂-agonister være prøvd med utilstrekkelig effekt eller ikke akseptable bivirkninger, før montelukast refunderes. Behandlingseffekten av montelukast skal evalueres innen tre måneder. **Sist endret:** 01.01.2005

- Bousquet et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma. WHO Initiative. J Allergy Clin Immunol Suppl 2001;108(S):S147-S334.
- Philip G et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin 2004;20(10): 1549-1558

Bruk av tolk i helsevesenet

AV KIRSTI JAREG

Bruk av tolk – etnisk likestilling og rettssikkerhet i et flerspråklig samfunn

Det er ingen lover i Norge som direkte regulerer bruken av tolk i offentlige tjenester, men det er flere lover som regulerer på den ene siden *retten til å bli hørt og få informasjon* og på den annen side offentlige ansattes *plikt til å gi informasjon*. Legg merke til at ingen lover sier noe i retning av «minoritetenes plikt til å skaffe seg tolk». Perspektivet med hensyn til hvem som eier kommunikasjonsproblemet er helt tydelig – det er offentlig ansatte og majoritetssamfunnets plikt å legge til rette for fri flyt av informasjon. Grunnen til at man bruker tolk er at blant annet at dette bidrar til full og likeverdig tilgang til offentlige tjenester, deriblant helsetjenester.

Bruk av tolk handler derfor om etnisk likestilling og lik tilgang til helse for minoritets-språklige. Dette handler med andre ord ikke bare om kommunikasjon mellom partene i en samtale!

«Behov for tolk?»

Hvem skal avgjøre når det er «behov for å bruke tolk»? Er det opp til den enkelte tolkebruker, i dette tilfellet legen, å avgjøre når det er behov for tolk? Kan legen hevde at



Kirsti Jareg

Kristin Jareg er utdannet psykolog fra Universitetet i Oslo. Hun skriver for tiden en bok med arbeidstitelen «Tolking i helse- og sosialfaglig arbeid» i samarbeid med Zarin Pettersen, som er tolk. Jareg er midlertidig ansatt ved NAKMI for å gjennomføre dette prosjektet. Har tidligere arbeidet med klinisk virksomhet, veiledning og undervisning ved Psykososialt senter for Flyktninger, UiO. Har også arbeidet med voldelige kvinner ved Alternativ til Vold. Har for tiden permisjon fra integreringsavdelingen i Utlendingsdirektoratet.

pasienten kan «nok norsk» til å klare seg uten tolk? Hvem skal i så fall definere hva som er «nok» eller tilstrekkelig? Den minoritetsspråklige kan selv hevde at hun eller han trenger tolk, selv om legen skulle mene det motsatte. Dette kan bero på at pasienten behersker vanlig dagligtale på en meget god måte, men at språkforståelsen kommer til kort i møte med det offentlige tjenesteapparatet (Sørheim 2000).

Og motsatt – hvis pasienten sier at hun eller han kan godt nok norsk og ikke trenger tolk – kan legen ha behov for tolk hvis denne ikke forstår hva pasienten sier eller for å sikre at helserelevant informasjon når fram til pasienten? Behovet for tolk går begge veier, og det er opp til legen å velge å bruke tolk hvis han eller hun ikke får utført arbeidet sitt på grunn av språkproblemer. Offentlige institusjoner har altså et selvstendig behov for å kunne forstå hva en pasient sier for å kunne behandle en pasient godt nok. Noen ganger må man forklare dette for pasienter som selv mener de kan så godt norsk at de ikke ønsker tolk. Det er imidlertid viktig å finne ut hvorfor en person ikke ønsker tolk og være fleksibel i forhold til *hvem* man benytter som tolk. Pasienten kan for eksempel ha dårlige erfaringer med uprofesjonelle tolker eller ha opplevd tolker som ikke har overholdt taushetsplikten. Disse tolkene skal selvsagt ikke brukes igjen. Bruk av telefontolker kan være et godt alternativ ved skepsis til tolker som møter fram eller i akutsituasjoner.

Bruk av barn som «tolk»

Barn av minoritetsspråklige er ofte tospråklige, men de er *aldri* tolker. De oppfyller ingen av minstekravene til en tolk,

Hva kan du forevente av en tolk?

- Tolken bør underskrive taushetserklæring på stedet der tolking foregår
- Tolken skal gi informasjon om tolkereglene til både lege og pasient i første samtale
- Tolken skal kun oversette det som blir sagt
- Tolken skal oversette alt som blir sagt
- Tolken skal ikke formulere egne spørsmål, oppklare misforståelser eller gå inn i dialog på egne vegne
- Oversettelsen skal være i «jeg-form»
- Mobiltelefon skal være avslått
- Alle notater som tolken tar under samtalen skal makuleres i pasientens påsyn
- Tolken skal være en fagperson og ikke en hjelpende hånd
- Tolken skal ikke hente eller kjøre pasienten eller formidle beskjeder
- Det er ønskelig at tolken ikke har kontakt med pasienten i fritiden



det vil si de yrkesetiske retningslinjene for tolker (UDI) og har heller ikke forutsetninger til å følge disse. Det er minst to grunner til dette; barn har en relasjon til den de tolker og i tillegg har de ikke språklige, emosjonelle og kognitive forutsetninger til stede som hos voksne individer. Hvor vanlig er det at barn brukes som tolk? I en undersøkelse av Magelssen (2002) oppgir over 25 prosent av legene og fem prosent av helsesøstrene at de bruker barn som språklige medhjelpere.

Davood (2002) formidler to selvopplevde erfaringer fra norsk helsevesen. Det ene tilfellet gjaldt en tolv-åring som var med på morens fødsel for å oversette mellom personalet og moren. Personalet reflekterte i etterkant over at jenta hadde vært helt stille under hele fødselen og fulgte med store øyne det som skjedde. Det andre tilfellet gjaldt en 16 år gammel jente som skulle oversette til sin mor at moren hadde en måneds tid igjen å leve. Hun besvimte før hun fikk oversatt dette. Hun hadde også fungert som fast oversetter gjennom hele morens sykdomsforløp. Etter mitt syn er bruk av barn som såkalt tolk i slike situasjoner uetisk og diskriminerende. Ville man akseptert at etnisk norske barn på tolv år overvar morens fødsel for å hjelpe til? Ville man ringt hjem til datteren til en dødssyk kvinne og bedt henne formidle til moren at hun hadde noen uker igjen å leve? Ville det ikke bli avisskriverier av dette? Ville ikke helsefaglige tilsynsmyndigheter eller sykehus gransket slike tilfeller?

Norge har ratifisert FNs barnekonvensjon. Artikkel 2, Ikke diskriminering, slår fast at rettighetene i barnekonvensjonen gjelder for alle barn og at staten skal sørge for at ingen

diskrimineres. Artikkel 3, Barnets beste, slår fast at ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas hensyn til hva som gavner barnet best. I Artikkel 36, Annen utnyttning, står det:

Staten har plikt til å beskytte barn mot alle andre former for skadelig utnyttning. Partene skal verne barnet mot alle andre former for utnyttning som kan være skadelig for noen del av barnets velferd.

Jeg mener at bruk av barn som såkalt tolk i *institusjonaliserte* samtaler i sosial- og helsevesenet er et brudd på barnekonvensjonen og at man i mange tilfeller utnytter barn i stedet for å ta bryet med å bestille tolker eller betale for tolker. Med institusjonaliserte samtaler mener jeg samtaler som finner sted mellom en fagperson og en pasient, og der samtalen har en karakter av å være planlagt og er en del av fagpersonens ordinære arbeidsoppgaver. Det er altså ikke snakk om sjeldne nødtilfeller der barnets beste vil være at de tolker for at foreldrene overlever eller tilfeller der man spør gjennom barnet om moren vil ha et eple når barnet er på et tilfeldig besøk på sykehuset. Ofte går det imidlertid an å få tak i en telefontolk i nødtilfeller.

Bruk av andre familiemedlemmer som «tolk»

Man leser ofte at «familiemedlemmer ikke bør brukes som tolker». Dette kan tilsløre det faktum at familiemedlemmer per definisjon ikke er tolker, de behersker ikke tolkeregulene, og er en part i saken. I likhet med barn er familiemedlemmer tospråklige, ikke tolker. De kjenner heller

Hva kan tolken forvente av deg som lege?

- Bruk profesjonelle tolker, ikke familiemedlemmer og venner av pasienten
- Oppgi brukernummer når du ringer til tolketjenesten
- Bestill riktig språk – ofte er det oppgitt feil språk i tidligere journaler og andre papirer. Pasienter fra samme land kan ha forskjellige morsmål
- Oppgi hvor mange som skal være til stede og fagområde det skal tolkes i (for eksempel hjerte-karsykdommer)
- Oppgi nøyaktig navn og adresse og telefonnummer til deg selv
- Sett av tid til en forsamling (fem minutter) med tolken første gang for å bli enige om felles retningslinjer for samarbeid
- Se hele tiden på pasienten, også når tolken snakker. Dette går lettest hvis man sitter i trekant
- Finn ut hva som kan gjøre pasienten tryggere på tolken hvis mangel på tillit er et problem
- Benytt den samme tolken i hver samtale når tillit er etablert
- Bruk korte setninger
- Unngå ordtak og unødvendig vanskelige ord
- Tolken skal kun oversette og skal ikke trekkes inn i samtalen
- Ikke la tolken vente sammen med pasienten før konsultasjonen
- Ikke la tolken sitte alene i konsultasjonsrommet hvis du må forlate rommet
- Sørg for at tolken og pasienten ikke må forlate stedet samtidig
- Respekter tolkens tid. Tolken har ofte andre oppdrag som venter
- Ikke be tolken om ekstraoppgaver som å kjøre pasienten, følge til apotek osv

ikke de grunnleggende retningslinjene for tolking og er en part i saken.

Faglige vurderinger og diagnoser basert på hva familiemedlemmer tolker, kan også være dårlig funderte og i verste fall føre til feilbehandling. Familiemedlemmer er en part i saken og vil lett legge til eller trekke fra informasjon, eller kommer med egne meninger om det som ytres. I slike situasjoner kan det også kunne være vanskelig å oppdage vold mot kvinner og barn.

I Danmark ble en rekke kvinner utsatt for steriliseringer mot sin vilje og vitende, fordi helsevesenet benyttet ekte-

mannen som «tolk» og ektemannen gav uttrykk for at kvinnen ønsket å bli sterilisert (Baaring 1996).

Kvinner som kommer som flyktninger fra konfliktområder kan ha opplevd seksuelle overgrep og voldtekt og som en konsekvens av dette ha «uforståelige plager». Voldtekt mot jenter og kvinner blir i noen konflikter brukt som en politisk strategi mot den andre krigførende parten. Det vil for mange kvinner være helt umulig å fortelle om slike opplevelser med ektefelle eller slektning til stede – det kan være vanskelig nok å fortelle det til en lege uten noen andre til stede. Likeledes kan det være vanskelig for kvinner å ta opp forhold rundt for eksempel prevensjon eller kjønns sykdommer med slektninger til stede, særlig hvis mannen er imot at hun skal benytte prevensjon. Når man bruker ektefellen eller slektninger som «tolk» kan dette ha kjønnsdiskriminerende konsekvenser; den «aktive mannen» tolker for den «tause kvinnen» som ikke kommer til orde om forhold vedrørende sin egen helse, sine økonomiske forhold eller andre forhold som kan være av vesentlig betydning for henne. I alle eksemplene jeg hittil har lest om i litteraturen er det en kvinne som er pasienten og som må bruke en slektning som tolk. Hvorfor hører vi så sjelden om kvinner som tolker for «tause menn?»

Hvorfor bestiller ikke leger tolk?

Hva slags grunner oppgir leger når de ikke bestiller tolk eller bruker barn eller slektninger som «tolk»? En grunn kan være at fagfolk ser at det ikke er avsatt midler eller nok midler til tolk i budsjettene. En annen grunn er at fagfolk kan bli provosert over at innvandrere som har bodd i landet i lang tid, ikke har lært seg språket (Dawood 2004). En annen grunn som oppgis er at det kan være vanskelig å få tak i tolk i akutsituasjoner, at det er tidkrevende med tolk og at tolker med visse språkbakgrunner er lite tilgjengelige. Til det kan man svare at ja, det er ikke alltid egne budsjetter for tolketjenester. Det kan være vanskelig å få fatt i en tolk i akutsituasjoner. Det er tidkrevende å bruke tolk i forhold til å snakke med en som snakker det samme språket som fagpersonen. Og det kan være vanskelig å få tolker i noen språk.

Hva risikerer du ved å ikke bruke en profesjonell tolk?

Man har gjort lydbåndopptak av legekonsultasjoner der familiemedlemmer har vært såkalte tolker eller der leger har forsøkt å kommunisere med pasienter så godt de kan når de ikke har felles språk (Fredericks 1998, Meyer 1998). Funn fra Fredericks studie viser at ca 25 prosent av pasientene verken husket diagnosen eller informasjon om medisiner etter konsultasjonen, og mer enn 50 prosent husket ikke legens anbefalinger. Det sier seg selv at risikoen for lav

compliance og feilmedisinering er stor. Videre så man at slektninger som fungerer som «tolker» kommer med mange egne meninger og velger selv ut hva slags informasjon de mener er relevante for pasienten. Andre eksempler er at slektninger på eget initiativ forteller pasientenes sykehistorie eller bytter tema på andre måter. Man fant også at det kunne være svært tidkrevende å bruke uprofesjonelle tolker, fordi de ikke behersket majoritetsspråket godt, slik at det oppsto misforståelser som måtte rettes opp. Slektinger er ikke trent i medisinske termer slik profesjonelle tolker er og vil prøve å gjette seg fram til hva termer betyr. Når legen bruker uprofesjonelle tolker skal de altså være klar over at de overlater kontrollen over informasjonen til tolken mens det er legen som må ta ansvaret hvis noe skulle gå galt.

Lovverk som regulerer bruk av tolk

Er det et fritt valg om man vil bruke tolk? Slik praksis er i dag, er det opp til den enkelte lege om denne bestiller tolk. Hva sier lovverket?

Kapittel 3 i lov om pasientrettigheter handler om pasientens rett til medvirkning og informasjon. §3-1 sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen og rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Videre sies det i §3-2 at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

I §3-5 står det følgende: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». Dette er kanskje den loven som kommer nærmest det å si at offentlig ansatte er lovpålagte å bruke tolk i en del sammenhenger.

Lov om helsepersonell henviser i stor grad til lov om pasientrettigheter når den i §10 om informasjon til pasienter m.m. sier at den som yter helsehjelp skal gi informasjon til den som har krav på det. Det er pasientens rett til informasjon i pasientrettighetsloven som setter rammene for hva innholdet i informasjonsplikten skal være. Tolk er også underlagt lov om helsepersonell når de arbeider for en helseinstitusjon, enten det er innen somatisk eller psykisk helsevern. Tolkens ansvar blir igjen å være grundig forberedt både med hensyn til terminologi, slik at innholdet i det som tolkes blir korrekt.

Lovene er eksplisitte på det faktum at språklig og kulturell bakgrunn ikke skal være til hinder for å ytre seg eller få informasjon. For å sette det litt på spissen: må det et visst antall rettssaker mot offentlige institusjoner som har sviktet i sin informasjonsplikt for å sikre bruk av tolk der det er påkrevd?

Referanser

- Baaring, Inge (1996) *Tolkning – hvor og hvordan*. Samfundslitteratur
- Barnekonvensjonen – FNs konvensjon for barns rettigheter
- Dawood, R. (2004) Flerkulturell sykepleie og små oversettere.
- Individuell fordypningsoppgave i sykepleie. Høgskolen i Oslo
- Fredericks, C. (1998) Using Non-Professional Interpreters in a Multiethnic Primary Care Clinic. Paper. Critical Link 2.
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Magelsen, R. (2002) Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. Akribe forlag. Oslo
- Meyer, B. (1998) Interpreter-mediated Doctor-Patient Communication. The performance of non-trained Community Interpreters. Paper. Critical Link 2.
- Retningslinjer for god tolkeskikk. UDI
- Sørheim, T. A. (2000) Innvandrere med funksjonshemmende barn i møte med tjenesteapparatet. Gyldendal Akademisk

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

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

Tanker og erfaringer etter

Menneskerettigheter – helsetjenester til flyktninger

AV BIRGIT LIE

De helsemessige konsekvensene av brudd på menneskerettighetene og behovet for vel tilrettede helsetjenester for flyktninger i Norge var tema for avhandlingen. Dette representerer både moralske og etiske, så vel som faglige utfordringer, i dag i like stor grad som i 1994 da jeg begynte arbeidet med doktorgradsprosjektet.

Det munnet ut i avhandlingen: *The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement.*

*A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway.*¹

I forrige nummer av Utposten beskrev Reidun Brunvatne organisering av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger i tettliggende, større kommuner i sentrale strøk. I samme nummer intervjuet Utposten Ragnar Hansen i Kvam, en mindre kommune på Vestlandet. Til sammen gir disse to artiklene et innblikk i hvordan situasjonen er i Norge. En modell passer ikke for hele landet. Det er nødvendig å tilpasse tiltak og organisering etter lokale forhold. Bosetting av flyktninger har ført til at situasjonen er endret over de siste ti år. Møtet med flyktninger og asylsøkere er blitt en del av de aller flestes kliniske praksis i dag. Organisering av tjenestene er en utfordring når det skal gis et likeverdig tilbud til alle og sikring av kunnskap om feltet er en utfordring for alle deler og sektorer av helsevesenet.

Hvorfor forske?

Hva er det som gjør at man begynner med systematisk forskning? Et svar er at det etter mange års arbeid i et felt kan komme et tidspunkt hvor man ser behovet for faktabaserte argument som grunnlag for å bli hørt. Motivet for å gå inn i et forskningsprosjekt var en blanding av ønsket om å kunne gå i dybden og sette kliniske erfaringer inn i en sammenheng, både nasjonalt og internasjonalt. Det var også en trang til å bli hørt på saklighet fremfor synsing og et ønske om å bidra til å påvirke de beslutninger som ble tatt



Birgit Lie

f.1955, Oslo. Cand med fra Universitet i Århus 1984. Turnustjeneste i Danmark. I Norge fra 1986. Spesialist i Allmenn- og Samfunnsmedisin. Dr med november 2003 UiO. Overlege Psykososialt Team for flyktninger i Helse Sør, SSHF Kristiansand. Medlem i Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.

innen feltet som opptok meg sterkt: utviklingen av helsetjenester til flyktninger og asylsøkere.

Et annet svar var at det etter hvert trengtes avveksling i arbeidsoppgavene i forhold til en klinisk praksis med mye traumer og tortur for å forebygge uttømming og sekundær traumatisering. Det ble mulig å gjennomføre hele stipendiatperiodens forløp ved Psykososialt senter for flyktninger, UiO, i 50 prosent tilsetning med finansiering fra NFR. Resten var lokalt basert i klinikk, først i Kristiansand kommune og senere på Psykososialt team for flyktninger i Helse sør på Sørlandets Sykehus HF. Den gjensidige inspirasjon klinikk og forskning ga hverandre viste seg å være verdifull ved flere anledninger. Det var et varmt og inkluderende miljø ved Psykososialt Senter for flyktninger, UiO, med en unik veileder, professor Nils Johan Lavik. Støtten derfra var viktig og selv om det til tider var et savn ikke å sitte i dette forskningsmiljøet, var det på den annen side et privilegium å slippe å måtte flytte familien. Den 4. november 2003 forsvarte jeg min avhandling *The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement. A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway* for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo.

Studien

Avhandlingen bygger på en ikke-klinisk studie, den til da største epidemiologiske undersøkelse av flyktnings psykososiale helse i Norge. Forløp av grad av psykiske symptomer og grad av traumebelastning før flukt, samt belastninger etter ankomst til Norge ble undersøkt. 462 flyktninger bosatt i 1994-95, ble intervjuet (T1) og fulgt opp etter tre år (T2). Helsepersonell i 20 kommuner i Agder-fylkene, Telemark og Rogaland ble tilbudt opplæring og brukte et standardisert intervjueskjema. Dette var et supplement til første helseundersøkelse etter bosetting i kommunene.

et doktorgradsarbeid

flyktninger og asylsøkere – migrasjonsmedisin

Denne studien gjenspeiler tiden den ble utført i, under og rett etter krigen i tidligere Jugoslavia. Majoriteten av de deltagende flyktningene kom fra Bosnia (74 prosent), 15 prosent kom fra andre deler av tidligere Jugoslavia og de resterende fra andre deler av verden. En gruppe polikliniske pasienter fra Psykososialt Senter for flyktninger ble også inkludert i en del av undersøkelsen hvor det ble sett spesielt på sammenhengen mellom arbeid, tilstedeværelse av familie, traumatiske opplevelser før flukt og psykiske symptomer.² I oppfølgingsstudien ble en mindre gruppe bosniske flyktninger som hadde vendt tilbake intervjuet i Bosnia som en tilleggsstudie.³

Det ble ved den første intervjurunden, T1, funnet at ca halvdel av populasjonen hadde psykiske symptomer over cut-off for HCL-25, noe som ikke var ensbetydende med behandlingstrengende sykdom, men som utgjorde en risikofaktor for utvikling av sykdom gitt ugunstige livsbetingelser.⁴

Etter tre år holdt psykiske symptomer seg stadig på et nesten like høyt nivå. Alvorlige traumer før flukt (som å ha vært utsatt for tortur, å ha vært i livsfare) var risikofaktorer for vedvarende psykiske symptomer over tid. Forhold i ektil som arbeidsløshet, liten sosial omgang og vanskelig situasjon for familie i hjemlandet hadde også negativ innvirkning på helsetilstanden. Jo alvorligere den traumatiske belastning var, jo viktigere var tilstedeværelse av nær familie og nettverk.⁵

Holdningen den enkelte flyktning hadde

til tilbakevending så også ut til å bli påvirket av art og grad av traumer. De hjemvendte bosniere hadde mindre plager enn de som ble i Norge, men beskrev store problemer etter hjemkomsten og flere hadde ønske om å reise tilbake til Norge eller andre steder i Vest-Europa. Det var få som hadde vendt tilbake til Bosnia på daværende tidspunkt (1997), noe som også kan ha hatt sammenheng med at det var kort tid etter krigens opphør og at situasjonen stadig var ustabil i landet.

Det var en tredelt nytteverdi i prosjektet: Intervjuene ble utført som et tillegg til den vanlige førstegangsundersøkelsen ved ankomst til kommunen. Nyttet verdien på individnivå var klart tilstede for kvalitetssikring av tjenestene til de nybosatte flyktninger. Opplæringsaspektet for helsepersonell var til stede, og nytteverdi på kommunenivå var tydelig i en interessant tilbakemelding fra en kommunelege. De hadde avdekket alvorligere funksjonshemninger hos flere flyktninger ved denne undersøkelsen. Dette hadde utløst betydelig beløp i ekstratilskudd fra UDI, noe han antok de ikke hadde fått uten deltakelse i prosjektet. Erfaringer fra undersøkelsen ble anvendt ved tilretteleggelsen av mottak av Kosovo-albanske flyktninger i 1999 og senere i planleggingen av Veileder for helsetjenester til flyktninger. Undersøkelsen hadde et aksjonsorientert perspektiv og understreket betydningen

av å tilrettelegge helsetjenester for traumatiserte flyktninger, samt å sette fokus



på å styrke flyktningenes egen mestring. Sammenhengen mellom de ytre forhold i Norge, tidligere traumer og helse-tilstanden kom tydelig fram.

Nødvendige rutiner for helsetjenester til flyktninger

Mottaket av 6000 flyktninger fra krigen i Kosovo i 1999 aktualiserte for alvor nødvendigheten av oppdaterte rutiner for helsetjenester til flyktninger. Gjentatte ganger er det blitt understreket at det er behov for tidlig kartlegging av mental helse-tilstand hos flyktninger som bosettes i Norge. Det ble igjen satt fokus på behovet for økt kompetanse blant helsepersonell innen behandling av følger etter traumer og tortur. En revisjon av «Retningslinjer for helsetjeneste-tilbud til flyktninger og asylsøkere» (IK 9/93) ble igangsatt og resulterte i veilederen som kom i 2003. Rundskriv IS 22/2004 – «Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminnelse om gjeldende lov – og regelverk med særlig vekt på psykisk helse» er nylig blitt sendt ut fra Sosial og helsedirektoratet til helsepersonell i hele landet. Senest høsten 2004 ble tidspunkt og form for undersøkelse av psykisk helse hos asylsøkere vurdert i en rapport fra Kunnskapssenteret for helsetjenester hvor man anbefalte at det skulle inngå i den allmenne helseundersøkelse som skal tilbys etter ankomst til vertskommunen etter plassering i asylmottak⁶.

For fem år siden ble det i Tidsskrift for Den norske Lægeforening satt fokus på samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten i behandlingen av pasienter med fluktbakgrunn. Kultur, kommunikasjon og traumerelaterte problemer ble oppgitt som de mest krevende områder.⁷ I en nylig publisert artikkel i BMJ pekes det på hvor fragmentert undervisningen av medisinerstudenter er innen

feltet arbeid med flyktninger.⁸ Det er et møysommelig og til tider langsommelig arbeid å få spredd kunnskap om og ikke minst få økt bevissthet om et felt som i tillegg til de faglige utfordringer inneholder elementer av politikk og menneskerettigheter, og som utfordrer på det personlige plan emosjonelt og intellektuelt.

Funnene i avhandlingen pekte på viktigheten av å legge forhold tilrette for aktiv deltakelse i et fullverdig liv i Norge under verdige bo- og levekår og de helsemessige konsekvenser av det motsatte. I året som gikk er dette blitt aktualisert mange ganger i debatten om norsk undervisning for asylsøkere, inaktivitet på asylmottak og muligheten for å bo på asylmottak etter avslag på søknad når retur til hjemlandet ikke er mulig.

Samfunnsmedisin og menneskerettigheter

Det er en overlapping mellom samfunnsmedisin og menneskerettigheter. I delstaten California ble det i 1994 gjennom lovforslaget 'Proposition 187' innført en lov mot å kunne gi illegale innvandrere helsehjelp. Dette ble kraftig imøtegått av Californian Medical Association of Hospitals and Health Systems på bakgrunn av de helsemessige konsekvenser det kunne ha for samfunnet i form av mangelfull kontroll av tuberkulose. Den amerikanske legeforening gikk imot lovendringen og den kontrollfunksjon som ble pålagt leger i forhold til deres pasienters oppholdsstatus.⁹ Tilsvarende reaksjoner kom fra den hollandske legeforening da det i 1998 ble tillatt å koble innvandringsregistre og sosial- og helseregistre. Protesten ble gitt både på et samfunnsmedisinsk og et etiske grunnlag. Innføringen av fastlegeordningen i Norge har satt pasientregistrene i system og gjort det vanskeligere å oppsøke lege uten i forveien å være

Er en god fiksjon sannere enn virkeligheten?

Til årets julenummer ønsker vi å samle fortellinger fra det allmennmedisinske drama – noveller og gode historier som reflekterer vår allmennmedisinske hverdag.

Har **du** noe å bringe fram i lyset til glede for oss andre?

Kontakt oss snarest! Redaksjonen



Roswitha Gjørdal

tilknyttet denne legen. De nye retningslinjer for Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere, som ble utsendt våren 2003, omfattet innholdet i tjenesten til denne gruppen. Tilsynet som ble ført i 2004 avdekket et stort forbedringspotensial selv om det gjøres mye bra arbeid mange steder. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom i forhold til et politisk klima som ønsker strengere kontrollrutiner på hel-sepersonells praksis og som vil stille krav til vår våkenhet i etiske og menneskerettslige spørsmål.¹⁰ Retningslinjer for helseattester i utlendings-saker er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre deler av det arbeid vi gjør. Veileder for helsetjenester til flyktninger og asylsøkere likeså. Et annet hjelpemiddel er legeforeningens nye internetbaserte opplæringsprogram i menneskerettigheter og etikk, primært laget for fengsels-leger, men nyttig for andre med interesse for disse temaer. Det er gratis og timetellende!¹¹

Migrasjonsmedisin som fag

Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere er en del av migrasjonsmedisinen som er et «ungt» fag, et felt i støpeskjeen. Migrasjonsmedisinen mange fasetter omfatter allmennmedisinske sykdomsbilder påvirket av opprinnelseslandets sosioøkonomiske levekår, smittevern, sosialpsykiatri og de mer katastrofepsykiatriske aspekter som traume-medisin og torturrehabilitering. Noen inkluderer også reisesmedisinen som er like aktuell for nordmenn som for flyktninger og innvandrere! I Stortingsmelding 25 heter det at «Helsetjenesten må dessuten ha kunnskap om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og tortur»¹² Det er på tide med et bredt rettet motiverings- og holdningsarbeid fra foreningens side. Disse faglig spennende og utfordrende deler bør få sin rettmessige plass i grunnutdanningen og i videreutdanningen av spesialister.

«Kulturen forandrer seg så fort at det Norge som ble bygd i etterkrigstiden er i ferd med å bli erstattet av et Norge som ser helt annerledes ut – som er en del av global økonomi og globale nettverk på flere områder; og som er multietnisk og kulturelt mangfoldig. Hvis Norge ikke klarer å se rikdommen og mulighetene i kulturelt mangfold vil Norge bli akterutseilt.»

(Thomas Hylland Eriksen: Et kaldt land nesten uten mennesker, Universitetsforlaget, 1998.)

Nå et år etter avslutningen av et langt både rikt og givende forløp, og selv om det periodisk var slitsomt ikke bare for meg selv men også for dem rundt meg, er det mange tanker som kommer når jeg skal gi et riss av prosjektet. Var det verd det? Kan det anbefales å gi seg i kast med noe slikt? Svaret er et ubetinget «ja» – og det ga mersmak! Det var spennende og givende, lærerikt og inspirerende – i tillegg til at det kom resultater ut av det som både hadde praktisk nytteverdi og som var av forskningsmessig interesse.

Nyttige lenker

- www.ishhr.org International society for health and human rights – paralyorganisasjon og god side for videre info om menneskerettighetsarbeid.
- www.nkvts.no Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumer, (NKVTS) www.flyktninghelse.info – portal for informasjon om flyktninghelse etablert av Psykososialt senter for flyktninger, Uio –inngår nå i NKVTS med pekere til de psykososialt team i Norge.
- www.nakmi.no Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons-helse, Ullevål Universitetssykehus (NAKMI)
- <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18786> Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter
- www.rct.dk Rehabiliterings senter for torturofre, København.
- <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf> Istanbul protokollen. 1999, UNHCR manual om undersøkelse og dokumentasjon av tortur.

Referanser

1. Lie B. The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement. A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway. UiO, 2003 ISBN 82-8080-060-3.
2. Birgit Lie, Nora Sveaass, Dag Erik Eilertsen; Family, activity and stress reactions in exile. Community Work and Family 2004; 7: 3: 327–350.
3. Birgit Lie; The psychosocial and social situation of repatriated and exiled refugees – a longitudinal, comparative study. Scand J Pub Health 2004;32: 179–187. Artikkel 4
4. Birgit Lie, Nils Johan Lavik, Petter Laake; Traumatic events and psychological symptoms in a non-clinical refugee population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, No.3 2001 (http://www3.oup.co.uk/refuge/hdb/Volume_14/Issue_03/140276.sgm.abs.html)
5. Birgit Lie; A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 415–425. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12392484&dopt=Abstract)
6. Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport 10–2004. <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport10-04.pdf>
7. Major E F. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000.
8. Dogra, N, Connin S, Gill P, Spencer, T Turner M. Learning in practice. Teaching of cultural diversity in medical schools in the United Kingdom and Republic of Ireland: cross sectional questionnaire survey. doi:10.1136/bmj.38338.661493.AE (published 11 january 2005) jan 2005.
9. Ziv TA, Lo B Denial of care to illegal immigrants: Proposition 187 in California N Engl J Med 1995;332: 1095–1098.
10. BMA: 'Doctors and Asylum seekers' kap 15 p 382–412 i: 'The medical Profession & Human rights. Handbook for a changing agenda' 2001. Zed Books, London, New York. ISBN 1 85649 612 0.
11. <http://www.lupin-nma.net/>
12. Stortingsmelding 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

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

Møte med det fremmede

– det frodige kaoset – en kilde til frustrasjon,

Det hender man møter kolleger som gir uttrykk for at det kan være frustrerende å møte innvandrere, asylsøkere, flyktninger og andre fremmedkulturelle. For oss som har arbeidet en del med slike pasienter, er det ingen overraskelse at dette føles vanskelig. Det er vel heller ikke så rart at det går galt en gang i blant. Personen som du møter på kontoret ditt kan av og til ha en helt annen mening med konsultasjonen og helt andre forventninger enn det du selv har. Dere har selvsagt helt forskjellig bakgrunn, kultur og referanserammer. Dette er åpenbart. Så åpenbart at du danner deg forventninger om annerledeshet. Og annerledes er det. Men det kan være annerledes på en helt annen måte enn du forventer. Det er mange måter å være annerledes på. Med dette uklare utgangspunktet hender det at det går som forventet, men som regel gjør det kanskje ikke det. Da kommer følelsen av at denne konsultasjonen har jeg ikke i det hele tatt forstått noe av. Følelsen av at dette har jeg ikke fått til.

Det er jo ikke gøy.

Eller er det gøy?

Jeg synes at det kan være gøy. Selv om du ikke får det til. Selv om du ikke helt forstod verken bestillingen eller problemet.

Gøy er neppe noe godt ord, men kanskje det mest dekkende. Frodig og spennende kan være andre adjektiver som dekker en del av det du kan oppleve med pasienter fra andre kulturer på kontoret.

Et eksempel kan være på sin plass.

Din neste pasient er en nyankommen asylsøker med liten tilpasningserfaring. Tolk er bestilt og du ber dem komme inn. Inn kommer de sammen med en annen mann og en kvinne. Du får etter hvert klarhet i at det er kona og en venn som kommer sammen med ham. Deretter går det rett i veien. Samtlige tilstedeværende forsøker på sin egen måte å forklare problemet. Som du aldri får helt oversikt over. Det ser ut til å ha en del å gjøre med pasienten, noe å gjøre med kona, litt med vennen, kanskje litt med tolken og mye med et eller annet i hjemlandet.

Pasienten har smerter, er slapp og voldsomt utilpass.

På samme måte som de andre i rommet.

Du føler deg ikke helt på høyden selv etter hvert heller.

Tolken oversetter en del av det som blir sagt. Mye sies som du ikke får ta del i.

Dette får du ikke orden på.

I hvert fall ikke slik orden som du vil ha. Dette må bli en prosess. Den prosessen blir du ikke ferdig med. Ikke i dag.

Jo lenger du holder på, jo mer øker kaoset.

Du må ta noen grep.

Et grep er å glede seg over det du er med på. Å redusere dine egne ambisjoner kan gi deg litt pusterom. De du har fått besøk av har neppe noen store forventninger til at du skal klare å hjelpe dem særlig mye i dag allikevel. Det er noe ved en slik situasjon som kaller på fugleperspektivet. Observasjon av det kreative kaoset som du er vitne til, er både opplysende og givende. Du er vitne til noe som du ikke kunne oppleve i mange andre yrker. Du har fått personer fra en av verdens konflikter rett inn på kontoret ditt, de søker din hjelp. De har historier å fortelle.

Historier som vil kunne forklare og opplyse deg om hvorfor den første konsultasjonen blir som den blir. Og historier som kan sjokkere og ryste, men også glede deg i tiden fremover.

Dere vil etter hvert kunne finne hverandre, få oversikt over problemene og komme videre. Du kan hjelpe dem. Ikke gi opp. Gå på med krum hals!

Det finnes teknikker som jeg tror fungerer ganske brukbart.

Jeg bruker å finne et ankerpunkt som kan bringe oss videre. Som regel er det et somatisk tegn. Jeg prøver å ta det på alvor, vise at jeg er lege og kan jobben min. Utredningen er viktig selv om jeg innerst inne tror at dette er et uttrykk for somatisering. Ved neste konsultasjon er det mye lettere å komme videre dersom jeg har vist tydelig og klart at jeg er lege og at jeg har tatt ham på alvor. En annen teknikk i samme sjanger er å vise interesse og ta frem den kunnskapen jeg har om pasientens bakgrunn. Her må man føle seg frem, men mange er takknemlige for å få fortelle om hjemstedet, om konflikten de kommer fra osv. Kan du litt om forholdene i Tsjetjania, Kurdistan og Albania er det absolutt en fordel.

De mest urolige, intense og rotete konsultasjonene må av og til tas litt ned for ikke å flyte helt ut i både tid og rom. Da gjelder det å ta styring. I en fremmedkulturell setting

kulturelle

men også til glede



tar man kanskje styring best ved å være tydelig. Tydelig, bestemt og vennlig. Jeg søker rommets høyeste punkt, hever stemmen en smule og gjør meg så stor jeg kan. Til min store forundring har jeg oppdaget at jeg adapterer en del av pasientens væremåte, bl.a. har jeg tatt meg i å gestikulere vilt for å gjøre meg forstått. Jeg synes definitivt det virker, men det er uvant for en flegmatisk østfolding å måtte ty til denne typen fremmedartet kroppsspråk.

Enhver god ting må ta slutt. Det gjelder også for konsultasjoner.

Å avslutte en konsultasjon er generelt ikke lett. I en slik setting er det definitivt en utfordring. En god avslutning på en slik konsultasjon bør innebære en avtale om neste konsultasjon, en forklaring på at nå vil det komme svar på prøver, bilder og evt andre undersøkelser som er bestilt. Når vi møtes igjen, vil jeg vite mer enn jeg gjør i dag og at da kan vi komme videre.

Etter en slik konsultasjon reflekterer jeg alltid litt over det som skjedde. Hva i all verden var det pasienten ville? Er han syk? Han har nok en del traumer. PTSD? Tror han

at du kan gi ham opphold i landet? Eller er det noe annet som er hans agenda?

Dette finner vi ut av.

Neste gang.

Og gangen etter.

Og etter hvert kan jeg få innsikt, oversikt og kontroll.

Og historien.

Den får jeg nesten alltid.

Historien om hans liv.

Historien som åpner nye områder av menneskelig, samfunnsmessig og relasjonell innsikt.

Da kan jeg se tilbake på en prosess som begynte vanskelig, men som etter hvert har gitt resultater.

Også for meg.

Morsomt yrke.

Petter Brelín



ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Personlighetsforstyrrelser kan behandles!

AV OLA NORDVISTE

Kari (25) etter gruppeterapien:

«Dette har vært som en tøff seilskole for meg som seiler i liten båt med stort seil i konstant ustabilitet. Jeg tror jeg skal takle neste stormbyge uten den vanlige redselen for å drukne.»

Hvem snakker vi om?

Kjenner du igjen disse tre typiske pasientene som alle strever med sine liv?

• Borderline/ustabil personlighetsforstyrrelse?

KARI (25 ÅR)

Den unge kvinnen i butikken hilser på deg. Pen, blid, nysgjerrig. Du tenker – hvor har jeg sett henne før? Var ikke det hun som var så fortvilet og ustelt på vakt forleden natt med flere kutt på underarmen etter ennå et brudd med en ny kjæreste? Neste uke på kontoret forteller hun deg om sin spiseforstyrrelse. Det er først lenge etterpå at du hører om mulige seksuelle overgrep.

• Avhengig personlighetsforstyrrelse?

TORILL (35 ÅR)

Selv om Torill er uvanlig intelligent må hun alltid ha mange råd fra andre før hun kan ta hverdagslige avgjørelser. Hun mener egentlig mye, men klarer ikke å stå frem med sine meninger. Hun er redd for å være alene, så snart et forhold er slutt finner hun en ny som hun klamrer seg til.

• Unnvikende personlighetsforstyrrelse?

BENT (42 ÅR)

Du har en klar følelse av at Bent «holder igjen». Han unngår å bli kjent med andre fordi han er usikker på om noen liker ham. Han synes ikke han strekker til på noe område og er alltid redd for å bli kritisert. Han kan være pratsom med folk han kjenner, men er sjelden åpen. Sammen med folk han ikke kjenner er han stille som en østers.

De problemer Kari sliter med kommer enda tydeligere frem når vi intervjuer henne etter de kriterier som gjelder for diagnosen Borderline /ustabil personlighetsforstyrrelse, for eksempel ved hjelp av Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser – SCID II:

- Blir du ofte desperat når noen du virkelig bryr deg om kan komme til å forlate deg?
- Har dine forhold til folk du virkelig bryr deg om mange svingninger opp og ned?
- Har du ofte gjort ting impulsivt? For eksempel når det gjelder innkjøp, sex med mennesker du knapt kjenner, stoff eller ukontrollert spising?
- Har du prøvet å skade deg eller ta livet av deg selv eller truet med å gjøre det?
- Føler du deg ofte tom innvendig?
- Har du ofte sinneutbrudd eller blir så sint at du mister kontrollen?

Hva er en personlighetsforstyrrelse?

En personlighetsforstyrrelse er, som navnet sier, en forstyrrelse i individets personlighet og atferdsmønstre i alvorlig grad. Forstyrrelsen skal ikke være en følge av sykdom, skade eller annen psykisk lidelse. Forstyrrelsene er nesten alltid forbundet med betydelige personlige problemer og sosiale vanskeligheter. De første tegn kommer til uttrykk i barndom eller ungdom og fortsetter gjennom voksen alder.

En pasient med personlighetsforstyrrelse kan være et utfordrende bekjentskap. Vil ikke – eller kan ikke – pasienten sitte i «førersetet» i sitt eget liv? Prøver pasienten å styre livet fra passasjeret? Ser hun ikke at hun kjører i grøfta? (Det store flertallet av pasientene i poliklinikker og institusjoner er kvinner, fordelingen ute i befolkningen er noe mer lik.). Hvorfor tar de ikke ansvar? Dreier det seg om umoden innsikt? Kan det være vrang vilje eller uferdig utviklet motivasjonsevne? Dreier det seg i det hele tatt om en sykdom?

Pasienten på sin side kan være dypt fortvilet over seg selv og sitt vanstyrte liv. Hun har kanskje angst, depresjon, søvnbesvær eller økonomiske og sosiale problemer, som hun ikke skjønner hvordan hun er havnet i, og ikke hvordan hun skal komme ut av. Hun kan sitte med en følelse av at hun ikke forstås, ikke tas på alvor og ofte ikke blir respektert. Hun føler seg ikke sjelden desillusjonert, demoralisert, isolert, håpløs og oppgitt. Hun kan tvile på retten til å tenke og føle som hun gjør og kan være ganske fortvilet over krav fra familie, venner, helsevesen og offentlige kontorer om å ta seg sammen eller ikke være så nærtagende og urimelig. Hun kan ty til desperate reaksjoner som selvskading og spiseforstyrrelser.

Pasienten med personlighetsforstyrrelser lider fysisk, psykisk og sosialt i stor grad. Invaliditetsgraden kan variere mye fra person til person, og over tid hos samme person, på akkurat samme måte som hos pasienter med mange andre kroniske sykdommer slik som ryggglidelser, hjertesykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom, reumatiske lidelser, tarmsykdommer osv. Personlighetsforstyrrelser er ikke selvforskyldt! Det dreier seg om en alvorlig tilstand som ikke skiller seg fra sykdom når det gjelder krav om respekt, diagnostikk, behandling og offentlige ytelser.

Hva trenger pasienter med personlighetsforstyrrelser? Eller, hvorfor blir vi så slitne av dem?

Noen mener at den viktigste oppgaven for en som behandler en pasient med personlighetsforstyrrelse er *å holde ut!* Pasienten induserer vanskelige følelser i mange av sine kontakter og behandlere. Sammen med pasientens ofte økte sårbarhet fører dette gang på gang til avbrutte relasjoner og dyp fortvilelse. Skuffelsene ser ut til å stå i en endeløs kø og vente på pasienten. Slik behøver det ikke å være. Når pasienten sier «*jeg orker ikke å være her mer*» er det viktig å høre den lydløse bisetning «*men ikke slipp meg*». Langvarig kontakt med en stabil, moden og trygg behandler demper pasientens indre kaos, konflikter og forvirring. Dette er noe av det viktigste en pasient med personlighetsforstyrrelser kan oppleve. Å holde ut som behandler blir ennå viktigere i lys av at noen personlighetsforstyrrelser ser ut til å brenne ut i voksen alder.

Pasientens behov kan oppleves som grenseløse på mange måter. Klare grenser blir derfor særdeles viktig. Det kan være riktig å engasjere seg i pasientens bestrebelser på å strukturere tilværelsen, men det er mer enn vanlig viktig å ikke overta ansvaret for eller styringen med pasientens liv.

Pasientens overføringer av følelser og erfaringer fra forhold i barndommen kan bli svært sterke, og de kan ha problemer

med å skille slike overføringsfølelser fra realiteter. Dypere involvering og mer behandlingsorientert terapi bør derfor skje i svært nært samarbeid med eller overlates helt til spesialisthelsetjenesten. Der vil en prøve å gjøre seg kjent med pasientens indre verden og hennes viktigste relasjoner gjennom en lang behandlingsperiode. Kravet til empati og forståelsesevne må ofte strekkes svært langt. En innsikt i pasientens indre verden kan avsløre grove overgrep, et kaotisk sjelsliv og en rystende selvdestruktivitet og selvforakt. Her må behandleren ofte bruke hele sitt register, både som fagperson og som medmenneske, for å klare å gjennomføre behandlingsforløpet med positive resultater.

Hovedformålet med behandlingen av pasienter med personlighetsforstyrrelse er å fremme deres refleksive funksjon. Man må hjelpe pasienten til å sette ord på de følelsene som dukker opp i behandlingen og plassere dem i sammenheng med ting som skjer i den terapeutiske situasjonen her og nå på bakgrunn av tidligere opplevelser og tidligere innarbeidete reaksjonsmønstre. Det dreier seg om å følge pasienten på en strevsom og tidvis skremmende oppdagelsesferd i eget sinn. Dette stiller store krav til behandleren som må formidle nærvær og bruke sine egne følelser til å speile pasienten og belyse hennes utvikling, men uten å blande sine følelser inn på en privat måte. Behandlingen må strekke seg over lang tid. Medikamenter spiller som oftest en liten rolle i behandlingen.

Denne type gradvise personlighetsmodningen mener mange best finner sted gjennom en poliklinisk kombinasjonsbehandling som inkluderer både gruppeterapi og individualterapi.

Langvarig gruppeterapi gir ofte gode resultater ved personlighetsforstyrrelser. ILLUSTRASJONSFOTO: BILDET ER ARRANGERT





En oversikt over nettverket av dagavdelinger i Norge

Slik behandling er etablert ved en rekke institusjoner over det meste av landet, ofte i regi av de såkalte dagavdelinger. Mange av disse avdelingene har slått seg sammen i et faglig nettverk som strekker seg over store deler av landet.

Utenfor nettverket av dagavdelinger finnes det ulike behandlingstilbud ved de aller fleste psykiatriske avdelinger/poliklinikker.

Et standardopplegg som mange dagavdelinger følger er 18 uker med intens gruppeterapi tre til fire dager pr uke etterfulgt av tre til fire år med ukentlige gruppeterapimøter i kombinasjon med ukentlig individualterapi. I denne tiden arbeides det meget strukturert med pasientens tilknytningsevne, symptomer og interpersonelle funksjon med sikte på en mer omfattende integrasjon og utvikling av personligheten for å redusere sårbarheten. Et slikt opplegg har gitt lovende resultater, men må fortsatt regnes som experi-

mentell terapi. Det forskningsmessige belegg for påstanden om effekt kommer fra et randomisert kontrollert kliniske forsøk i London (1,2) som vakte stor internasjonal oppsikt. Ullevål sykehus ved Avdeling for personlighetspsykiatri gjennomfører for tiden en tilsvarende behandlingsstudie. Alle pasienter gjennomgår en svært grundig utredning. Deretter blir halvparten av pasientene randomisert til dagavdelingsbehandling med gruppeterapi og individualterapi i fire og et halvt år, mens den andre halvparten følges opp med vanlig, mer tilfeldig individualterapi hos vanlige, erfarne psykoterapeuter ute i byen. Det er fortsatt plass til pasienter i dette behandlingsforsøket.

De første resultatene ventes først i 2007. I mellomtiden opplever vi som jobber ved avdelingen store fremskritt hos mange pasienter. Vi opplever at de aller fleste pasientene blir bedre, og enkelte ganger antar opplevelsene nær-mirakuløse dimensjoner.

Vi er ikke i tvil om at personlighetsforstyrrelser kan behandles.

Vil du vite mer

om personlighetsforstyrrelser, gruppeterapi eller nettverket av dagavdelinger?

Se www.med.uio.no/us/dn

Vil du vite mer om behandlingen?

Se <http://www.med.uio.no/us/dn/dninfo/behandl.htm>

Referanser

- 1) Bateman, A and Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569. (1999)
- 2) Bateman, A and Fonagy, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36–42 (2001)

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

Her er
UTPOSTEN
– føl deg hjemme!

Cipralex®

Kanskje ikke størst¹ – men mest brukt²

Cipralex® er kanskje ikke Norges største antidepressivum – når det gjelder omsetning.¹ Men målt i definerte døgndoser er Cipralex® desidert størst.² Cipralex® gjør det mulig å behandle flere pasienter til lavere kostnad.*

Det er forskjell på mindre og dyrt – og mer og rimeligere.^{3*}

*Priseksempler:

Definert døgndose Cipralex® (escitalopram) 10 mg	= kr. 7,37
Maksimal vedlikeholdsdose Cipralex 20 mg	= kr. 14,74
Definert døgndose Efexor® Depot (venlafaxine) 100 mg	= kr. 12,37
Maksimal vedlikeholdsdose Efexor® Depot 225 mg	= kr. 28,52

Se preparatomtale og referanser i side 32

I tillegg har Cipralex® 20 mg vist å gi minst like god effekt som Efexor® Depot 225 mg ved behandling av depresjon – og mindre bivirkninger*

Indikasjoner for bruk av billeddiagn

– Her illustrert ved utredning av hematuri

AV MORTEN ANDERSEN

En rekke urologiske problemstillinger utredes av allmennpraktiserende lege eller i samarbeid med urolog. Det er derfor viktig at slik utredning er systematisk og organisert på en måte som er til beste for pasienten og som gir svar på de problemstillinger som reises. Utredningen må være målrettet.

Utredningen av hematuri er et typisk eksempel på samspill mellom allmennpraktiserende lege og urolog. Av praktiske hensyn skiller vi mellom mikroskopisk og makroskopisk hematuri. Utredningen er i prinsippet den samme for begge disse to gruppene. Årsaken til hematuri stammer enten fra nyrer, ureter, blære, prostata eller urethra. En grundig sykehistorie vil oftest gi en pekepinn på den mest sannsynlige årsak til hematurien. Det er derfor viktig at en fokuserer på vannlatningsmønsteret og evt tidligere sykehistorie. Informasjon om tidligere nyrestein eller tidligere urinveisinfeksjoner kan være av stor betydning. Hva slags medisiner pasienten bruker, for eksempel om det brukes blodfortynnende medisiner, er også viktig å vite. Er pasienten en røyker, og kommer hematurien for eksempel kun ved fysiske anstrengelser?

Det viktigste først

Det er viktig med en klinisk undersøkelse. Etter hvert som vi har fått utvidet bruk av billeddiagnostikk og enklere laboratorieprøver, blir dessverre ofte en enkel klinisk undersøkelse tilsidesatt. Det er fortsatt slik at palpasjon av abdomen kan avdekke om vedkommende har en stor urinblære eller om det er andre oppfylninger som kan kjønnnes i abdomen. Bankømheter over nyrelojlene kan gi mistanke om hydronefroze eller nyrestein. Rectal eksplorasjon hører med som en obligatorisk undersøkelse, i hvert fall hos menn med urinveissymptomer. Urinundersøkelse med fokus på hematuri, nitritt og bakterier er også helt obligatorisk. Når det gjelder blodprøver, er spesielt kreatinin viktig både hos kvinner og menn og hvis det er en mannlig pasient over 50 år med urinveisproblematikk, hører det med å ta PSA-prøve.

Når det gjelder utredningen av asymptomatisk mikroskopisk hematuri, tar denne sikte på å avdekke en evt cancer som årsak til hematurien. Dette gjelder også når makroskopisk hematuri er eneste symptom. Vi må huske på at mikro-



Morten Andersen

Spesialist i urologi og kirurgi.
Seksjonsoverlege Sykehuset Innlandet Hamar
og Moelv spesialistsenter

skopisk hematuri kan forekomme i opptil 15–20 prosent av befolkningen, i hvert fall i perioder. Det er kun to prosent av de som har en asymptomatisk mikroskopisk hematuri som har en cancer som årsak til sin hematuri. Det er derfor viktig at vi fokuserer på hvilke pasienter vi skal utrede, hvilke undersøkelser som er relevante og i hvilken rekkefølge undersøkelsene bør foregå.

Som en hovedregel forekommer cancer hyppigere med økende antall røde blodlegemer i urinen hos pasienter med asymptomatisk mikroskopisk hematuri. Jo større utslag på stix, og jo flere røde blodlegemer per synsfelt, dess større er sjansen for at en cancer ligger bak dette. Som hovedregel må en derfor kreve at mikroskopisk hematuri blir funnet på 3 ulike urinprøver. Urinmikroskopi anbefales i tillegg til stix idet en slik undersøkelse også vil avdekke nefrologiske årsaker til hematurien. Videre må en kreve at bakteriedyrking av urinen er negativ. Nefrologisk sykdom og koagulasjonsforstyrrelser må være best mulig utelukket ved hjelp av blodprøver.

Radiologi

For å avdekke tumores i nyrebekken og ureter er røntgen urografi med intravenøs kontrast den aller beste undersøkelsen. Ultralyd nyrer er dårlig når det gjelder nyrebekkenpatologi, men betydelig bedre når det gjelder parenkymatøse tumores i nyren og påvisning av nyrestein. Det er derfor å anbefale at en utreder en pasient med mikroskopisk og makroskopisk hematuri både med røntgen urografi og ultralyd begge nyrer. Dette kan rekvireres på samme rekvisisjon til den røntgenavdelingen pasienten søker til.

Enkelte røntgenavdelinger vil i utredningen av hematuri undersøke de øvre urinveiene med CT urinveier med og uten kontrast, som i de fleste tilfellene vil erstatte konvensjonell røntgen urografi og ultralyd nyrer. I så fall vil dette være kjent ved den røntgenavdelingen en samarbeider med lokalt.

ostikk i urologiske problemstillinger

En enkel undersøkelse som bør gjøres ved mikroskopisk og makroskopisk hematuri er urincytologi. En cytologi vil kunne avdekke maligne svulster både i blære og i de øvre urinveiene. Spesielt carcinoma in situ i nyrebekken, ureter og blære vil kunne finnes på denne måten – en type patologi som kan være vanskelig å påvise ved billediagnostikk. En bør ta tre urinprøver med et døgn mellomrom. En bør benytte andre urinposjon i hver av disse idet morgenurinen har ligget såpass lenge i blæren at den kan gi artefakter for cytologen. Hvis urinen skal sendes til det laboratoriet en samarbeider med, blandes den med lik mengde med 50 prosent sprit og sendes i tre forskjellige glass.

Hvis primærlegen har utført all denne diagnostikken, gjenstår nesten bare urethroscopi hos urologen. Mange urologer har valgt å gjøre en cystoscopi før billediagnostikk av de øvre urinveiene fordi blæretumor er den hyppigste cancerformen. I de fleste områder av landet er dessverre ventetiden for urologisk undersøkelse lang og det lureste må være å bestille røntgen urografi og ultralyd ved røntgenavdelingen samtidig som en søker pasienten til cystoscopi hos urolog. Dette vil som regel korte ned tiden for komplett utredning av hematurien.

Videre oppfølging

Ved utredning av asymptomatisk mikroskopisk hematuri finnes cancer i urinveiene hos drøyt to prosent av pasientene. I en undersøkelse på drøyt tusen pasienter utført av Murakami et al 1990 fulgte man disse pasientene i ytterligere tre år og fant da en prosent cancer i tillegg til de initiale på drøyt to prosent. Senere ble det ikke funnet noen ytterligere cancertilfeller. En konkluderte derfor med at tre års oppfølging av mikroskopisk hematuri var nok. Pga kapasitetsproblemer i de fleste områder i Norge er det derfor enighet om at en utredningsrunde av mikroskopisk asymptomatisk hematuri er nok. Pasientene bør imidlertid følges av sin fastlege evt med urincytologi igjen etter et par års tid og en ny ultralydundersøkelse etter ett til to år. Ved tegn til økende hematuri eller forekomst av nye urinveissymptomer, vil dette selvfølgelig øke intensiteten av oppfølgingen. Hematuri hos pasienter skal utredes. Utredningen skal også foregå uten unødvendig forsinkelse. En undersøkelse av Lynch et al 1994 viser at 60 prosent av pasienter med blærecancer behandlet innen 1 mnd etter oppdagelse av hematuri lever over tre år. Denne undersøkelsen inkluderer også ma-

krroskopisk hematuri. Hvis behandlingen utsettes i en til seks måneder, er overlevelsen bare 25 prosent etter tre år. Dette viser at alle pasienter med hematuri skal utredes og behandles så raskt som mulig. Det er derfor viktig at vi utnytter ressursene best mulig. Det er for få urologer foreløpig i Norge og kapasiteten er derfor for liten. Det er derfor svært viktig at primærleger og urologer samarbeider i utredningen av urologiske pasienter.

Som en konklusjon kan man si at utredningen skal starte etter enten en episode med makroskopisk hematuri eller minst tre påvisninger av mikroskopisk hematuri. Primærlegen utreder evt infeksjon som årsak eller nefrologisk årsak. I tillegg tas urincytologi i tre prøver og det bestilles røntgen urografi og ultralyd begge nyrer. Samtidig henvises pasienten til cystoscopi hos urolog. Hvis disse undersøkelsene er negative, gjentar primærlegen urincytologi etter 1 års tid evt i tillegg til ny ultralyd nyrer.

Relaterte problemstillinger

En problemstilling som av og til melder seg er mannlige pasienter med hematospermi. Denne pasientgruppen kan utmerket utredes ferdig i allmennpraksis. Det er viktig å forklare disse pasientene at en hematospermi vanligvis ikke er noe farlig. Det er også viktig å utelukke at det er en samtidig hematuri. Rectal eksplorasjon og PSA er da obligatorisk. Mikroskopi av sædvæsken vil også gi god informasjon om evt prostatovesiculitt hvis det påvises store mengder hvite blodlegemer ved denne mikroskopien. Sædvæske til bakteriologisk dyrkning bør utføres. Behandlingen vil der-



for variere fra ingen til antibiotika og evt en periode med fem Alfareduktasehemmer (Proscar/Avodart) som har vist effekt for å forhindre recidiverende hematospermi.

Oppsummering

Når det gjelder makroskopisk hematuri vil dette hos de fleste personer oppleves såpass alarmerende at de umiddelbart søker lege. Relativt raskt innsettende sterk vannlatningstrang (urge) er et symptom som også må vektlegges. Noen blærecancerformer har urge som første og kanskje eneste symptom. Oftest er dette ledsaget av mikroskopisk hematuri, men kan av og til være eneste symptom uten påvisning av hematuri. Ved slike anledninger bør en huske å henvise pasienten til cystoskopi etter at det er tatt tre urincytologier hos primærlegen. I tillegg må selvfølgelig urinveisinfeksjon være utelukket.

Det er viktig å være klar over at røntgen urografi, ultralyd urinveier og CT urinveier ikke er tilstrekkelige til å avdekke patologi i urinblæren. Større patologi som store prominerende blærecancer eller blærestener kan som regel finnes, men mindre blæretumorer kan lett bli oversett ved denne type billediagnostikk. Det er derfor foreløpig ingen annen undersøkelse som kan erstatte urethracystoscopiundersøkelsen når det gjelder utredning av blæren.

De fleste urologiske spesialister har i dag en god erfaring med ultralyd både når det gjelder utredningen av prostatapatologi og scrotale lidelser. Det er urologene som utfører transrectal ultralydundersøkelse og evt prostatabiopsier ultralydveiledet. Utredningen av forhøyet PSA evt patologiske palpasjonsfunn i prostata gjøres derfor kun hos urolog og vil ikke involvere radiologiske avdelinger. Det samme gjelder scrotale tilstander idet urologen samtidig med undersøkelsen klinisk vil foreta de nødvendige ultralydundersøkelser. Det er derfor unødvendig at pasienten først henvises til radiologisk avdeling for ultralyd. Disse pasientene bør henvises direkte til urolog og den enkelte urolog vil da avgjøre om ytterligere diagnostikk på radiologisk avdeling bør utføres.

Utredningen av urologiske problemstillinger krever et tett samarbeid mellom primærlege og urologisk ekspertise. Det er derfor ønskelig fra begge parter at vi har et tett og nært samarbeid om disse pasientene.

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

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter flimdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av 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. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 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 maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. 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 maks. 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:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt i denne gruppen. For pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 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 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet 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, cirrhotiske 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 (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), tilklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. 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 St. Johnnesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen for uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (MAOHI), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOHI-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOHI (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOHI (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOHI påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmere ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAOHI) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. 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. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan øke plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ingen humandata foreligger for escitalopram. I reproduksjonstoksikologiske studier i rotter med escitalopram, ble det observert embryo-fetotoksiske effekter, men ingen økt risikoen for misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsreaksjoner anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnsløshet, sømnløshet, svimmelhet, Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munn- tørrhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkyrmoser, kløe, angioødem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktore, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-endringer med ST-T-endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolisk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og opprett hold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. 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, 200 stk. kr 1427,20. Endose: 49 stk. kr 375,40.

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

1. IMS Health januar 2005. Markedsandeler antidepressiva (ATC N06A) i verdi (NOK)
2. IMS Health januar 2005. Antall definerte døgndoser (DDD) per produkt (registrert handelsnavn)
3. Felleskatalogen 2005. Pris til forbruker per definert døgndose (DDD)
4. Bielski RJ et al. A Double-Blind Comparison of Escitalopram and Venlafaxine XR in the Treatment of Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65: 1190-1196

BARN

som snakker med kroppen

– bruk av et registreringsskjema

AV HANS PETTER FUNDINGSRUD



Hans Petter Fundingsrud

Avd. leder/avd overlege
Barne og ungdomsklinikken,
Universitetssykehuset
i Nord-Norge

Legens deltakelse i arbeid med barn og deres foreldre

Barn er ikke som voksne. De har ikke levd et langt liv med sine kroppslige plager. De har enda ikke tilegnet seg hvordan voksne tenker om sykdom og årsakssammenhenger. Barns språk er også under stadig utvikling. Foreldrene blir derfor ofte overlatt til å tolke hva barnet forsøker å uttrykke når noe plager dem. I større grad enn voksne lever barn stadig i og er avhengige av sine relasjoner til foreldre, søsken, besteforeldre og andre. Når de oppsøker helsevesenet, er det som regel med mor, far eller andre omsorgspersoner. De snakker nesten alltid med kroppen til legen. Avhengig av alder, personlighet og legens evne til å kommunisere med barnet, mor og far, – kan de også snakke til legen med munnen. Mor og far er viktige samtalepartnere med legen. De forteller og beskriver hvordan de opplever barnets plager. På denne måten blir mor og far ikke bare pårørende og ledsagere i tradisjonell forstand, men de kan av og til også være en del av problemet.

Å være lege i en slik sammenheng kan være en utfordring. Diffuse og vage symptomer hos barn som residiverende magesmerter, hodepine, enuresis og enkoprese har lav status i barnemedisinen. I en *teknologisk tid* hvor den medisinske dialogen er i ferd med å gå i glemmeboken, forsterkes slike symptomers problematiske posisjon. *Mangel på arbeidsmåter* overfor denne typen plager, kan være et hinder. I all bio-medisinsk tenkning står somatisk utredning og forsikring («reassurance») om at det ikke er noe alvorlig sentralt. At legen ikke gjør objektive funn betyr ikke at plagene forsvinner. Foreldre vil derfor stadig søke lege for slike plager.

Arbeidsmodell

Det er mange måter å arbeide med psykosomatiske plager hos barn. Noen viktige i prinsipper i *min* arbeidsmodell er et *både-og perspektiv*, dvs. at både kropp og sjel betraktes sam-

tidig, i motsetning til et «enten – eller»-perspektiv (den tradisjonelle biomedisinske tilnærmingen) der man først utreder/utforsker kroppen. Hvis legen så ikke finner noen forklaring på barnets plager, vil det bli spørsmål om ikke plagene har en psykisk bakgrunn. Min erfaring er at denne tilnærmingen «lukker til» snarere enn «åpner opp» for alternative forklaringsmodeller. Hvis det somatiske perspektivet forfølges alene, vil muligheten for å søke emosjonelle forklaringer være mindre når man er kommet til visse ender i den somatiske utredningen. Mitt andre prinsipp er at jeg holder fast ved et *relasjonelt perspektiv* mellom foreldre og barn; mellom foreldre, barn og symptom og mellom foreldre, barn, symptom og legen. Symptomer og sykdomsutfordringer spiller ofte en rolle mellom mennesker innen familier og i relasjon til behandlingsapparatet. Jeg har funnet det nyttig å betrakte kroppslige plager i den sammenheng som de spiller en rolle. Et tredje perspektiv for meg er at jeg *som lege ikke må bli for forskjellig* fra hva pasienten og deres foreldre er vant til å møte. Ved å være *passe forskjellig* skapes det tilstrekkelig dynamikk i behandlingsrelasjonen. Bl.a. er jeg svært opptatt av å finne fram til de spørsmålene som denne familien aldri har blitt stillet før. I tillegg må konsultasjonen balanseres mellom samtalen med barnet, med foreldrene og den kliniske undersøkelsen. Leger arbeider ofte under tidspress og det er viktig å lære seg å strukturere konsultasjonen på en slik måte at det blir balanse mellom de ulike elementene.

Et fjerde viktig prinsipp til slutt er at jeg har funnet det hensiktsmessig å bevege meg tankemessig mellom tre ulike nivåer når jeg arbeider med psykosomatiske tilstander eller kroppslige plager uten kroppslige funn hos barn. På det første nivået betrakter jeg barnet med en *predisponerende «sårbarhet»*. Denne sårbarheten kan enten være genetisk, psykologisk eller sosialt betinget. Den er et resultat av

mange generasjoners erfaringer. For det andre kan barnet utsettes for et *utløsende traume eller begivenhet* som gitt den predisponerende «sårbarheten» kan føre til symptomer. I tillegg vil *faktorer som holder slike prosesser ved like* ha betydning for sykdomsforløpet (1).

«Psykosomatiske håndgrep».

Siden foreldre erfaringsvis er svært opptatt av den somatiske siden av utredningen, har jeg utviklet noen spørsmål som jeg har kalt «psykosomatiske håndgrep». Metaforen er lånt fra Bo Hejl, dansk gynekolog med fordypning i sexologi, som har arbeidet med kroniske underlivsplager hos kvinner (2). Slike spørsmål har to hensikter: den ene er å samle informasjon for den diagnostiske prosessen, den andre er å åpne opp for en psykosomatisk tankegang ved å introduserer ideer som kan hjelpe barn og foreldre med å utvide sin forståelse om mulige sammenhenger i tillegg til de som er kjente fra før.

Slike spørsmål kan være: «Hvordan synes du ditt barn uttrykker seg følelsesmessig?» Alternativt: «Hvordan vil du beskrive barnet ditt?» Jeg lytter til hvilke ord foreldrene benytter i deres beskrivelse. Det er viktig at spørsmål ikke blir for forskjellige fra andre spørsmål de ellers er vant til å bli stillet.

Med *for forskjellig* i denne sammenheng mener jeg spørsmål som tydelig utforsker det emosjonelle der hvor foreldre vil snakke om det kroppslige (3).

Andre slike spørsmål kan være: «Hvis du/dere skulle tenke etter, er det samsvar mellom hvor vondt hun sier at hun har og det som du/dere observerer fra utsiden?» Spørsmålene må være passe uvanlige slik at de skaper en forskjell som ikke er for stor. Et annet spørsmål langs den samme dimensjonen er: «Er hun/han et barn hvor det er lett å forstå hva som foregår på innsiden?»

Noen spørsmål gjøres relasjonelle: «Er hun en pike som lett uttrykker med ord hva hun tenker og føler? Eller må du se det på henne? Hvem av foreldrene ligner hun i så fall mest på, sånn sett?»

«Overfor nye situasjoner og mennesker, er han en som går rett på eller er han litt avventende?»

Jeg har funnet disse spørsmålene nyttige for å åpne opp for en psykosomatisk tankegang der hvor foreldre er svært opptatt av det kroppslige. På den annen side, der hvor foreldrene kan være *for opptatt av det emosjonelle*, er det viktig at jeg passer på det kroppslige.

Bruk av registreringsskjema

Over en periode på 20 år har jeg benyttet meg av ulike registreringsskjemaer for kroppslige plager. En tidlig utgave av metoden ble beskrevet i 1987 (4). Slike skjemaer er velkjent i barnemedisinen, bl.a. for registrering av tørre og våte netter hos enuretikere eller ved registrering av kroppslige plager fra hodet og magen. Da jeg startet med å utvikle skjemaene, var imidlertid mitt inntrykk at foreldrene i stor grad var involvert i registreringene og at kartleggingsaspektet var hovedmotivasjonen. Barnets perspektiv ble derfor viktig å få frem. Når foreldrene registrerte, spesielt

smarter, ble det mer en fortolkning av barnets uttrykk.

Jeg ønsket dermed å finne metoder som ville bringe barnet selv fram.

To forutsetninger var viktig:



barnet måtte kunne være gammelt nok til å skrive og ikke ha lese-/skrivevansker. Jeg endte opp med å utvikle skjemaer sammen med barn som hadde begynt på skolen.

Den første tiden utviklet jeg skjemaer for barn med magesmerter hvor spørsmålene ble notert ned sammen med barnet. Spørsmålene var lite «diagnostiske» i den forstand at de var rettet mot de somatiske aspektene. Det diagnostiske fokus ble ivaretatt på andre måter ved anamnesen fra foreldrene og den kliniske undersøkelsen samt eventuelle tilleggsundersøkelser. Jeg var mer opptatt av *selvrapporteringen*, at barnet lærte å stille spørsmål til seg selv om egne plager. På denne måten tenkte jeg at det var mulig å få et mer direkte uttrykk for barnets opplevelse og ikke foreldrenes fortolkning av det samme.

Etter at skjemaer og spørsmål var gjennomgått med barnet, ble det invitert til å ha en mening om hvor mange skjemaer hun trodde det ville være behov for i en gitt periode framover for å registrere hver gang hun hadde plager. På hvert skjema kan det fylles ut fem tilfeller. Idéen var at barnet skulle ha et slikt skjema med seg hjemme, på skolen og på fritiden. På den måten ville det kunne være mulig for meg å «bli bedre kjent med» plagene til barnet. De fleste barn hadde problemer med å svare på spørsmålet: «Hvis du skulle komme tilbake til meg om tre måneder, hvor mange skjemaer tror du at du ville komme til å trenge?» Når jeg stilte dette spørsmålet, ville de fleste barna forsøke å rekruttere mor eller far som fulgte ved konsultasjonen, til å være med å svar for dem på dette spørsmålet. Det jeg så var at mange foreldre lot barna klare seg selv. Jeg begynte da etter hvert å skifte fra «å vite» til «å gjette». Jeg kunne si: «Jeg vet at det er vanskelig å vite helt sikkert, men hvis du skulle gjette hvor mange skjemaer du ville trenge, hvor mange ville du tippe da?» Jeg opplevde at denne formuleringen skapte en forskjell for barnet. Det ble på en måte mindre forpliktende å komme fram til «et korrekt svar». Et slikt «korrekt svar» finnes jo ikke. Imidlertid opplevde jeg at det å skifte fra «å vite» til «å gjette» gjorde den forskjellen for barnet at det fikk en frihet til å reflektere over spørsmålet.

I den første fasen av utviklingen av behandlingsmodellen, benyttet jeg meg også av *paradoksal intervensjon*. Jeg kunne si til barnet: «Siden du har hatt disse plagene i mange år og ingen har klart å hjelpe deg med å bli kvitt dem, vil jeg gjerne at du beholder dem så lenge at jeg også får tid til å bli kjent med dem».

Idéen var at jeg som lege ved «å foreskrive symptomer», snakke om problemet i positive vendinger, eller aktivt fraråde forandring, ville skape en paradoksal situasjon som

gjorde at barnet ville kunne oppgi symptomet. Jeg opplevde i økende grad at jeg var ukomfortabel med denne formuleringen. Det ble for mye strategi og teknikk og for lite empati. Selv om foreldre ikke direkte ble fornærmet på meg og uttrykte dette, har jeg ofte i ettertid lurt på hvordan de opplevde at barnet deres ble møtt av meg på denne måten. Jeg sluttet derfor etter noen år med dette.

Gjennom selvrapporteringen som barnet foretok, oppdaget jeg snart at frekvensen av plagene i mange tilfeller gikk dramatisk ned. Av og til ble plagene helt borte allerede fra første til andre konsultasjon. Dette gjorde noe dramatisk med foreldrene. Bekymringen de hadde hatt over lengre tid forsvant. Behovet for ytterligere undersøkelser i form av røntgenundersøkelser, blodprøver o.a. hadde de ikke lenger behov for å formulere. Isteden ble mange nysgjerrige i forhold til å snakke om hva som hadde skapt forandring til det bedre. Jeg brukte derfor mye tid til å diskutere de ulike forklaringsmodellene som foreldrene vurderte. Det jeg da opplevde var at foreldrenes tilskrev reduksjonen i plager endringer de selv hadde foretatt i familien i forhold til matvaner, søvn, stress, og lignende. Jeg ble da veldig opptatt av å ikke utfordre familiens virkelighetsforståelse.

Selv antok jeg at frekvensreduksjon var et godt mål på at barnets plager ikke var uttrykk for alvorlig sykdom. Slik er det ellers i livet. At barnet blir bedre, gjør foreldre, pasienter og lege mindre bekymret for at det feiler ham noe alvorlig. Andre forhold bidro selvsagt til at jeg følte meg trygg på at dette var tilfelle. I forbindelse med residiverende mageplager var dette barn som hadde vokst og utviklet seg normalt, de hadde fravær av ikterus, feber, kvalme, oppkast og andre ledsagersymptomer. Jeg hadde også utelukket urinveisinfeksjon. I tillegg fantes det psykososiale stressfaktorer. Når det gjaldt barn med hodepine i ulike varianter som vanlig og klassisk migrene og tensjonshodepine, så hadde jeg utredet dem godt nevrologisk og av og til gjort CT/MR uten å finne noe patologisk. CT/MR er stort sett kun nødvendig å gjøre der hvor det ved siden av hodepinen foreligger nevrologiske symptomer som problemer med balansen, synsforstyrrelser, svimmelhet, o.l. i tillegg til hodepinen.

Jeg var imidlertid ikke helt fornøyd med skjemaet. Jeg ville gjerne forsøke å kombinere spørsmål som førte til frekvensreduksjon med spørsmål som var diagnostiske i forhold til den somatiske delen av anamnesen. Jeg startet med skjemaet for hodepine. Jeg tok for meg et anamneseskjema for hodepine for voksne (5). Jeg gjennomgikk alle spørsmålene og utviklet så spørsmål til barna som jeg mente dekket alle vesentlige anamnesticke forhold. Jeg innhentet synspunkter fra et lite utvalg nevrologer til å vurdere skjemaets egnethet. Skjemaet ble justert deretter. Slik ble det seende ut:

Spørsmål om plagene	Hvordan begynte hodepine?	Hvor i hodet begynte hodepine?	Hvor lenge varte hodepine?	Hvor satt hodepine på det verste?	Hvor vondt fikk du? 1 2 3 4 5 Var smerten jevn eller bankende?	Fikk du noen andre plager når du fikk hodepine?	Hvor var du da du fikk hodepine? Hva holdt du på med?	Hva gjorde hodepine bedre? Hva gjorde den verre?
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								

Kasuistikk

«Anders» ble henvist pga. hodepine ni år gammel. Det var mye hodepine i slekten, bl.a. hadde mormor og mor hodepineplager. Det var også noe hodepine på farssiden i form av migræne. Mor hadde plager som var oppfattet som tensjonshodepine. Anders var plaget med begge deler. Han kunne relativt greit skille mellom når han hadde den ene typen og når han hadde den andre. *Jeg spurte ham om hvilken type han hadde oftest?* Han sa han mente dette var hva jeg tolket som symptomer på tensjonshodepine. Dette var en hodepine som han nesten hadde kontinuerlig. Jeg merket meg at det var umulig for meg å se det på ham. *Jeg spurte ham derfor om han hadde vondt nå da vi satt og snakket sammen.* Han svarte at det hadde han. *Jeg spurte ham derfor om det var ganger han hadde så vondt at han ikke klarte å skjule det?* Han så litt spørrende på meg så jeg spurte *far om han kunne se på sin sønn om han hadde vondt i hodet eller ikke.* Han sa at det kunne han ikke og at det samtidig var litt forvirrende for hvordan de som foreldre skulle forholde seg til Anders. Selv var far relativt mye plaget med migræne rundt tidspunktet for konsultasjonene med Anders. Far var en person som lette etter ordene i samtalen. Han uttrykte at han var skeptisk til å sitte å snakke med oss. Vi brukte mye tid på far i samtalen, så mye tid at vi syntes vi fikk lite tid til Anders. Anders ble undersøkt klinisk og det ble utført en nevrologisk undersøkelse. Han hadde helt normal status. Jeg kunne heller ikke påvise stram nakkemusklatur. Jeg tenkte at det ikke er uvanlig at barn har et blandingsbilde med både tensjonshodepine og migræne. På den annen side ble jeg også svært opptatt av om han kunne ha «arvet» både farens og morens sykdomsbilde i form av både *symptomopplevelse* og *sykdomsferd*. Jeg spurte Anders om han trodde registreringsskjemaer for kroppslige plager hvor han nøye skulle registrere en rekke forhold rundt sine hodepine – plager, kunne være en god idé? Han svarte bekreftende på dette. Han kom til kontroll to måneder senere.

Han kom sammen med sin far. Vi gikk først gjennom skjemaene som han hadde fylt ut. Han hadde bedt om å få med seg 14 skjemaer. Han hadde fylt ut fem stykker. Det som var den dramatiske forandringen var at han nå ikke hadde vondt daglig. Han hadde tidligere beskrevet for meg at hans tensjonshodepine var mest fremtredende, nesten kontinuerlig. Så her var det skjedd en forandring. En annen forandring var at *far hadde vært anfallsfri i perioden.* Han hadde tidligere aldri hatt en så lang og god anfallsfri periode. Far virket tryggere, gladere og mer åpen. På mitt spørsmål om hva han trodde denne endringen i sønnens anfallsfrekvens skyldtes, hadde han ingen forklaring. *Jeg spurte ham da om han så på denne forandringen som varig?* Han trakk litt på det og sa at det fikk tiden vise.

Vi avtalte en ny poliklinisk kontroll om fire måneder for å forlenge intervallene mellom kontrollene. Siden forandring er noe som foregår ute i livet skal endringer ha tid til å skje. Det er derfor viktig at det mellom hver konsultasjon gis rom for dette. Anders fortsatte å registrere sine plager. *Jeg sa at det av og til var slik at det kan komme tilbakefall etter en periode med rask bedring slik som i Anders og fars sitt tilfelle fordi man blir så glad over den markerte bedringen at det er lett å endre sin livsførsel ved å bli mer aktiv og utadvendt og kanskje foreta seg ting som kan utløse hodepinene igjen.* Jeg ba Anders om å «skynde seg langsomt».

Når de kom tilbake til kontroll, var far fortsatt smertefri, mens Anders kun hadde hatt vondt ved en anledning. De var fornøyde og syntes ikke lenger at de trengte å komme til kontroll ved vår avdeling.

Bruk av skjemaer setter barnets perspektiv i fokus. Slike skjemaer kan også være nyttig for arbeid med mange ulike

symptomer i likhet med notater og hjemmeregistreringer som er i bruk hos voksne (6).

Arbeidsmetoden med dette skjemaet er ikke i nevneverdig grad blitt endret ved at spørsmålene er laget på forhånd. Jeg bruker tid på å gjennomgå skjemaet sammen med barnet. Mens dette pågår, sitter foreldrene i en lytte- eller observatørposisjon på avstand i rommet. Jeg kjenner en større trygghet i å være i stand til å skille mellom de ulike typene av hodepine hos barn. I tillegg har jeg beholdt virkningen av selvregistrering. Min erfaring er at barn med stor grad av nøyaktighet kan beskrive sine plager når de får tillit til dette. Svært få foreldre har så lenge jeg har anvendt slike registreringsskjemaer, overtatt registreringen for sine barn. Jeg føler meg derfor relativ trygg på at det som er nedtegnet på skjemaet er barnets perspektiv.

Oppsummering

Nytten av slike skjemaer kan sammenfattes på følgende måter: a) sykehistorien kartlegges, b) når barnet bruker skjemaet lærer det seg å stille spørsmål til seg selv om indre begivenheter, c) behandlingsprosessen starter allerede mens den diagnostiske prosessen pågår, d) skjemaet skaper stor nok avstand mellom barn og foreldre slik at foreldrene kan innta en observatørposisjon i forhold til barnets plager, e) skjemaet gjør det mulig å stille barn og foreldre ulike spørsmål innen samme kontekst, f) bruk av skjemaet muliggjør også ulike måter å stille spørsmål på til barn og foreldre innen samme kontekst og g) det øker barnets evne til å mestre sin egen situasjon.

Litteratur

- Wood, B; et al. The «Psychosomatic Family» Model: An Empirical and Theoretical Analysis. *Family Process*, Vol. 28, 1989.
- Hejl, B. En psykosomatisk behandlingsmodell – Psykosomatisk gynekologi. *Nordisk Sexologi*, vol. 1, s. 96–103, 1983
- Andersen, T. The reflecting Team. Dialogue and metadialogue in clinical work. *Fam Process* 1987; 26: 415–28.
- Fundingsrud, HP. A Consultation Model in a Pediatric Out-patient Clinic: Conversations with Psychosomatic Children and Their Parents. *Family Systems Medicine*, Vol. 6, No 2, 1988.
- Nytt om legemidler. Terapinabefaling: Behandling av migræne. *Statens Legemiddelkontroll*, Volum 22, oktober 1999
- Stensland, P. Approaching the locked dialogues of the body – Communicating symptoms through illness diaries. Dissertation. Division for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway, 2003.

Takk til Per Stensland, kommunelege, Sogndal og førsteamanuensis, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen for gjennomlesning av manus med verdifulle kommentarer.

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

Ebixa® – Verdt å huske på!

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 legemiddelinntak. 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 deksmetorfan 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 dagpasienter 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 dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofil 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 virkninger på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, krampes, sømnlens, 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. 1. mars 2005: Dråper: 50 g kr 795,70, 100 g kr 1557,10. Tabletter: 30 stk. kr 556,00, 50 stk. kr. 811,90, 100 stk. kr 1589,40.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

- Wimo A, Winblad B, Stöfller 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.
- Reisberg B, Doody R, Stöfller 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.

Konkurrerende ernæringsparadigmer

AV IVER MYSTERUD, Biologisk institutt, UiO

I Utposten nr. 1/2005 trykkes vi et innlegg av Iver Mysterud med tilsvarende fra Svein O. Kolset om behandling av livsstilsykdommer. Iver Mysterud kommer her med et «svar på tilsvaret».

Det er fint at ernæringsprofessor Svein O. Kolset kommenterte min omtale av Fred og Alice Ottobonis *The modern nutritional diseases*. Selv om jeg som biolog med evolusjonsbakgrunn har et annet grunnsyn på kosthold enn Kolset og majoriteten av ernæringsforskere, er vi enige på viktige punkter: et høyt sukkerforbruk og lett tilgang på ferdigmat med høyt (kombinert) fett- og sukkerinnhold og lavt innhold av fiber er problematisk. Det er ingen uenighet om at det bevilges for «lite penger til frukt- og grøntkampanjer i skolene», at det finnes «for mange brusautomater» og at prisene på sunn mat er for høye, samtidig som det foreligger for «dårlig tilbud på gode fullkorn- og helkornbrød osv.» Som Kolset skriver, er dette «reelle problemer som er viktige for folkehelsen», noe ingen seriøs fagmann i ernæringsvitenskap, medisin, biologi, biokjemi eller andre relevante fag vil være uenig i. Det er imidlertid et problem ved hans resonnering: Hva er egentlig sunn mat? Her slutter nemlig den faglige enigheten, og å avklare dette er avgjørende for å sette inn faglige og politiske virkemidler (som prisendringer av visse matvarer) for å endre folks matvarevalg.

Nevnte problemstilling ser jeg ikke på som en kamp mellom sulfetfjerner og uavhengige forskere som sliter for å skaffe sårt tiltrengte forskningsmidler («de gode») og fagfolk med kommersielle interesser som kun er ute etter å tjene penger («de onde»), men som en kamp mellom to konkurrerende ernæringsparadigmer. Det ene paradigmet er formulert av tilhengere av et kosthold dominert av karbohydrater og med lite fett. Dette definerer virkeligheten helt annerledes enn det som er formulert av tilhengere av å spise mindre (eventuelt bare «langsomme») karbohydrater og mer fett og protein. Det som er fellesnevneren for alle de eksisterende ulike variantene av sistnevnte paradigme (enten det er inspirert av Stefansson, Lutz, Atkins, Sears, D'Adamo, Agatston, Kwasniewski, Eades & Eades, Cordain eller andre evolusjonsforskere, samt Fedon Lindberg i Norge) er at det i større grad samsvarer med et evolusjonært perspektiv på hva mennesket fra naturens side er best tilpasset å spise. Selv om studier av naturfolk viser at stivelsesrike frø og rotvekster, bær, spirer og andre ville vekster samt mageinnhold har spilt en stor rolle også for folkegrupper som anses som fiske- og kjøttspisere, har det ikke vært vanlig å få mer enn 40 prosent av energien fra karbohydrater (1). Dette understøttes av stadig flere forskningsrapporter som indikerer at mye karbohydrater er uheldig for deler av moderne befolkninger.

Kolset hevder at jeg og andre fra det han kaller «alternative» miljøer «priser kommersielle aktører mens de ikke levner ernæringsforskere uten kommersielle interesser mye ære.» Dette medfører ikke riktighet. Tvert imot framhever vi nettopp uavhengige forskere og fagfolk som Kilmer McCully, Mary Enig, Uffe Ravnskov og de to Ottoboni'ene i min anmeldelse. Disse fagpersonene har ingen kommersielle interesser i det de skriver. Det er for øvrig en feilslutning å anta at en fagmann tar feil fordi om vedkommende også har kommersielle interesser per se. Det er fullt mulig også å snu argumentet og anta at en del fagfolk lykkes kommersielt nettopp fordi teoriene de bygger på, er holdbare. Det er gode holdpunkter for at en stor andel av dem som endrer kostholdet i tråd med anbefalingene til f.eks. Atkins i USA og Lindberg i Norge, faktisk får bedre helse. Selv om vi neppe er enige om dette, antar jeg at Kolset og jeg kan enes om at disse tilnærmingene bør gjøres til gjenstand for enda grundigere tester av uavhengige forskere enn det som til nå har skjedd.

Den forskningen som faktisk er gjennomført med «lavkarbo-kosthold», er iverksatt på tross av etablerte ernæringsforskere, som ser dagens anbefalinger som de eneste rette. Fra et vitenskapelig synspunkt fører avvisningen av det nye ernæringsparadigmet seg inn i tidligere tiders avvisning av f.eks. Semmelweis' oppdagelse av smittefare fra lik og Kochs bakterieteorier. Den amerikanske fagjournalisten Gary Taubes har vist hvordan det rådende ernæringsfaglige paradigmet i USA har gjort at man i 30 år ikke ønsket å etterprøve erfaringene til Atkins med mindre karbohydrater, tross tusenvis av positive rapporter (2). Etablerte fagfolk i USA så intet behov for å underkaste Atkins' erfaringer grundig testing. Det samme er i enda større grad tilfellet for norsk ernæringsforskning, siden miljøet her hjemme er så lite. I løpet av 2002 begynte omsider resultatene fra et større antall systematiske studier med lite karbohydrater å bli publisert (se 3). De fleste av disse studiene viser faktisk at det ikke er helseskadelig å spise mer fett og protein og at overvektige får en raskere vektreduksjon på et slikt kosthold enn om de følger tradisjonelle råd om å spise et kosthold dominert av karbohydrater (55–60 prosent). Selv om det er nødvendig med lengre studier enn seks til tolv måneder, er det ingen grunn til å anta at folk som over tid spiser mer likt det vi kan forventes å være best tilpasset fra naturens side, skal få negative helseeffekter, snarere tvert imot.

Selv blant fagfolk foreligger det grunnleggende uenighet om at særlig mettet fett og kolesterol er et «meget viktig tema i folkehelsesammenheng». Tvert imot er dette faktorer mange mener at kan overses, både når det gjelder overvekt,

hjerter- og karsykdommer og diabetes type 2. Kolset mener ledende ernæringsforskeres og myndighetenes ernæringspolitikk med fokus på å få redusert inntaket av mettet fett har vært den viktigste årsaken til nedgangen i antall dødsfall av hjerter- og karsykdom. Uavhengige studier kan imidlertid ikke bekrefte en slik påstand, jf. den uavhengige forskeren Uffe Ravnskovs bok (4) og arbeider (5, 6; se også 7). Imidlertid foreligger enighet i mange miljøer om at redusert inntak av transfettsyrer har vært en faktor (8) sammen med redusert inntak av margarin, mindre røyking, mer bruk av kosttilskudd og tran, økt inntak av frukt og grønnsaker, bedret akutthjelp for infarktpasienter og økt bruk av livreddende medisiner (9).

Man kan ikke dokumentere en påstand ved å bruke majoriteten av forskere på et felt som sannhetsvitne. Historien gir mange eksempler på at flertallet ofte har tatt feil, og per i dag indikerer forskning og fagkunnskap i ernæringslære, evolusjonsbiologi, medisin og biokjemi at de anbefalingene som ledende fagfolk og myndighetene har utformet, ikke er faglig holdbare. Hadde folk møtt denne forskningen uten forutfattede meninger om hva et sunt kosthold er, ville trolig oppfatningene vært endret for lenge siden. Men når det er snakk om konkurrerende paradigmer, blir ad hoc-hypoteser i utstrakt grad lansert for å bevare ens eget syn. En av verdens ledende ernæringsforskere, Walter C. Willett ved Harvard University, har påpekt det håpløse i at dokumentasjonen som på 1900-tallet ble ansett som tilstrekkelig til å etablere kjernen i dagens offisielle anbefalinger, i dag virker langt mindre overbevisende enn all den dokumentasjonen som i dag utfordrer disse anbefalingene.

La meg avslutte med å kommentere at «Anbefalingene i alle år har vært at man bør ha et lavt sukkerforbruk (ti prosent av totalt energiinntak)». For det første er ti prosent i et evolusjonært perspektiv et høyt inntak (10). For det andre har ledende helseforskere lenge ment at sukker var harmløst eller til og med et nyttig næringsmiddel. Helt fram til midten av 1900-tallet mente f.eks. den senere profilerte helsedirektør Karl Evang at sukker var «et greit næringsmiddel» som kunne sidestilles med korn som basismatvare, samt at det tilhørte en gruppe «ensidige, billige næringsmidler som skal brukes i tillegg til sikringskosten for å gi mat nok». I en brosjyre utgitt i 1940 av Statens Kostholdsnemnd, hvor Evang var leder, skrev han blant annet: «At det er gunstig å nedsette sukkerforbruket, er blitt noe av et dogme» (10). Det er gledelig at alle fagfolk i dag er enige om at hans råd er utdatert.

Litteratur

1. Cordain L, Eaton SB, Mann N, Hill K. The paradoxical nature of hunter-gatherer diets: meat-based, yet non-atherogenic. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002; 56: S42-S52.
2. Taubes G. What if it's all been a big fat lie? *The New York Times* 2002; (July 7)
3. Westman EC, Mavropoulos J, Yancy WS, Volek JS. A review of low-carbohydrate ketogenic diets. *Current Atherosclerosis Report* 2003; 5: 476-483.
4. Ravnskov U. The cholesterol myths. Exposing the fallacy that saturated fat and cholesterol cause heart disease. Washington, DC: New Trends Publishing, 2000.
5. Ravnskov U. Is atherosclerosis caused by high cholesterol? *Quarterly Journal of Medicine* 2002; 95: 397-403.
6. Ravnskov U. High cholesterol may protect against infections and atherosclerosis. *Quarterly Journal of Medicine* 2003; 96: 927-934.
7. Knopp RH, Retzlaff BM. Saturated fat prevents coronary artery disease? An American paradox. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1102-1103.
8. Haug A, Müller H. Transfett, mettet fett og risiko for hjerter- og karsykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3094-3094.
9. Poleszynski DV. Ny skivebom om fett. *Mat & Helse* 2004; 3(8): 96-97.
10. Poleszynski DV, Mysterud I. Sukker - en snikende fare. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.

Vakttelefonen ringte

klokka tre på natta. Ei ung kvinne hadde vondt i magen. Eg måtte kome. Det var berre å ringe ut båten. Eg kledde meg med fleire lag ull og fjellstøvlar. Øya ho budde på var billaus og eg visste ikkje kor langt eg måtte gå. Kaldt er det uansett om natta midtvinters. Mora møtte meg på kaia, og vi vandra heim til dei. I senga låg ei slank jente. Sjukehistoria gav meg ingen tydeleg peikepinn om kva det kunne vere, men eg kjende ei stor oppfylning i magen hennar. Same kva dette var, måtte ho på sjukehus. Ho var i ganske fin form, så eg såg det ikkje som naudsynt å vekkje nokon med traktor. Vi vandra saman dei fem minutta til kaia, ho, mora, kjærasten og eg. Det var ei fin vinternatt med blankstille på sjøen. Undervegs såg eg at magesmertene kom takvis, og mistanken om at det var fødsel på gang, vart styrkt. Om bord i båten stadfesta eg det. Eg måtte informere henne om at ho skulle bli mor, og mor hennar om at ho skulle bli bestemor. Riene kom ganske tett, og eg frykta det kunne bli fødsel om bord. Kva venta oss då? Prematur fødsel i fjerde-femte månad? Så mykje lenger kunne ho vel ikkje vere komen sidan ein ikkje kunne sjå på henne at ho var gravid. Eg angra på at eg ikkje hadde bestilt luftambulans, for det var ein av dei dagane dei faktisk hadde kunna kome. Eg fann fram fødeskrinet og såg på fødesidene i legevakthandboka. Jordmorstetoskop er ikkje til mykje hjelp i ein bråkete sjuke-lugar i ambulansbåten. Jordmora på sjukehuset må ha trudd eg var heilt forstyrta, for eg var ganske oppkava då eg ringde. Det byrja å bli varmt innanfor alle laga med ull. Tjue minutt igjen til kai var det klart at det kom til å bli fødsel i båten. Eg bestilte jordmor til kaia. Maskinisten fekk i oppdrag å kome med ei gryte med varmt vatn. I ettertid har eg lurt på kva eg skulle med det vatnet som eg sjølvsagt ikkje fekk bruk for. Det er slik det blir gjort på film. Ti minutt frå kai kom ein gut som hylte og var raud og frisk i fargen. Eg var letta. Den nattmorgonen søv eg ikkje i båten på veg heim som eg elles plar gjere.

Maria Hellevik, Bergen



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

Da jeg var 16 år og gikk på reallinjen på gymnasen, ble jeg kjent med en lyriker. Jeg tror det begynte med at jeg var frekk i kjeften og mente noe om et dikt han hadde på trykk i Dagbladet. «Høyt klinger lys» hadde han skrevet om inntrykket av en skarp vinterdag. Jeg hadde jo aldri hørt lyden av lys, og mente at slikt ikke fortjente å komme på trykk. Lyrikeren ble forbannet og tok meg med på tur, både bokstavig og billedlig talt. Han utfordret grundig naturvitenskapens verdensbilde, og fikk meg til å erkjenne at det kanskje ikke er så mye vi vet på vår ensomme seilas et sted i kosmos. Det var lite av det han syntes var viktig, som var pensum på reallinjen. Han stilte de store spørsmålene, fortalte om de klassiske mytene, undret seg over gamle navn på torvmyrer, plukket blomster og kjente dem på navn, refe-

rente kulturdebatten, leste dikt og fortapte seg i stjernehimmelen. Jeg tok realartium og gjennomførte etterpå et studium preget av naturvitenskap.

Som allmennlege, har jeg siden vært glad for det humanistiske perspektivet lyrikeren ga meg på mange spaserturer langs støvete landeveier på midten av sekstitallet.

Jeg leser langsomt, – og da er dikt overkommelige. Dagens dikt er av Wislawa Szymborska, polsk nobelprisvinner fra 1996. Den som blar gjennom diktsamlingen «Utsikt med et sandkorn», vil noen kanskje i likhet med meg finne noe å glede seg over. Her et inntrykk fra et legekontor:

Sigurd Førre

PLAGG

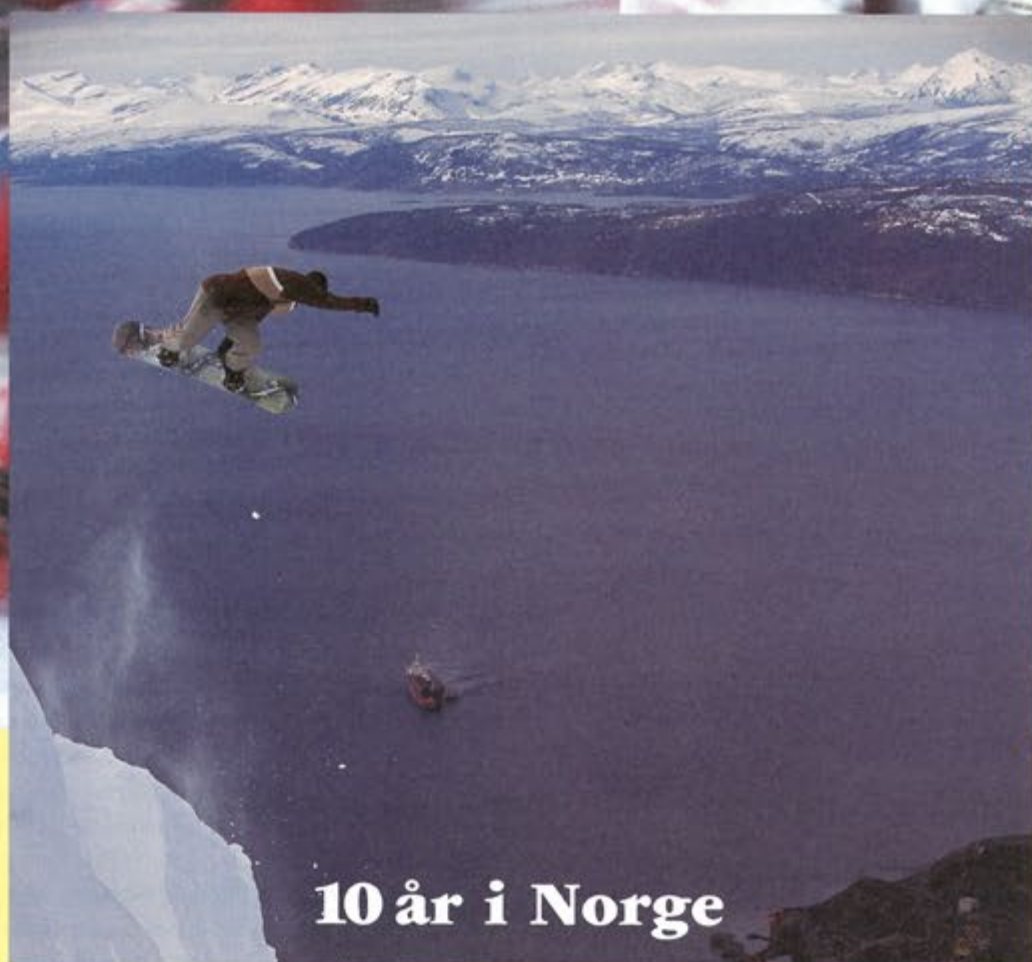
Du, vi, dere tar av
frakker, kåper, jakker, bluser
av ull, bomull, polyester
og legger, henger, kaster
skjørt, bukser, sokker, undertøy
over stolrygger, skjerm Brett-vinger;
foreløpig, sier legen, ingenting alvorlig,
kle på Dem igjen, ta det med ro, reis,
ta i så fall, ved sengetid, etter maten,
kom igjen om et halvår, et år, halvannet;
og du som tenkte, og vi som var redde for,
og dere som antok, og han som hadde mistanke om;
på tide å knytte, å kneppe

med ennå skjelvende hender
skolisser, trykknapper, glidelåser, hekter,
belter, knapper, slips, kraver,
og trekke frem av ermer, håndvesker, lommer
et sammenkrøllet prikket, stripet, blomstret, rutet
skjerf
med plutselig forlenget brukbarhet.

Wislawa Szymborska



Stafetten går videre til
Stine Hynne i Skien,
en engasjert, klok
og hjertevarm kollega



10 år i Norge

Brexidol® – rask og effektiv^{1,2)}

En daglig dose

C Brexidol® Nycomed Pharma Antiflogistikum. ATC-nr.: M01AC01
T: 3.11.17.35
DOSEPULVER 20 mg: Hvert dosepulver inneholder: Piroxicam-beta-cyclodextrin, aeqv. piroxicam 20 mg, sorbitol 2,68 g, aspartam, 15 mg, konst. q.s.
T **TABLETTER 20 mg:** Hver tablett inneholder: Piroxicam-beta-cyclodextrin, aeqv. piroxicam 20 mg, laktose, 102 mg, konst. q.s. Med delestrek.
Indikasjoner: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, Bekhterevs sykdom, artroser, Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.
T **Dosering:** Doseringen er den samme for dosepulver og tablett. **Dosepulveret** utværes i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, Bekhterevs sykdom og artroser: Standard dose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøkes på 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artroser bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager. Juvenil reumatoid artritt: **Voksne og barn > 45 kg:** 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammatoriske tilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenoré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnende menstruasjonsbesvær.
Kontraindikasjoner: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysstreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre anti-inflammatoriske midler. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Alvorlig hjertesvikt og/eller nyrsvikt (glomerulusskade under 30 ml/minutt). Kontraindiceret i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med lenyketonuri pga. aspartam.
Forsiktighetsregler: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsett plateaggregasjon samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget

blødningstid, må piroxicam brukes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter og med SLE (systemisk lupus erythematosus). Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsettelse av nyregrennblødning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsett nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsett nyrefunksjon, og pasienten overvåkes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprøver eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Kan maskere infeksjon. Det er mulig at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inkl. frakturtilheling. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling. Sikkerhet og effekt til barn under 5 år er ikke undersøkt.
Interaksjoner: Cimelidin forlenger halveringstiden av piroxicam med tåv økning i plasmakonsentrasjonen. Det anbefales å senke dosen av piroxicam noe. Samtidig tilførsel av kolestynamin gir raskere clearance og lavere plasmakonsentrasjon av piroxicam. (i: M01A C01 piroxicam).
Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes i svangerskaps siste trimester da det er rapportert prematur lukning av ductus arteriosus ved bruk av prostaglandinsyntesehemmere. Disse kan også gi økt blødningstendens og ha rehemmerende effekt. Piroxicam har ikke vist teratogen effekt i dyreforsøk. Negative resultater fra dyrestudier betyr nødvendigvis ikke fravær av skadelige effekter på humane foster. Preparatet bør derfor heller ikke brukes i 1. og 2. trimester. Overgang i morsmelk: Konsentrasjonen av piroxicam i morsmelk er 1-3 % av konsentrasjonen i serum. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter.
Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Blod: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit. Gastrointestinale: Dyspeptiske plager som kvalme, oppgastrisk smerte, fordøyelsesbesvær, stomitt, diare. Øvrige: Hodepine. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning med eller uten ulcus pepticum. Hud: Kløe, eksem. Lever: Økte transaminaser. Sirkulatoriske: Ødem, ankelødem. Øvrige: Tretthet, svimmelhet, Sjeidne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, aplastisk og hemolytisk anemi, hemming av trombocyttagregasjon, epistaks. Ikke-trombo-

cytopenisk purpura, leukopeni, eosinofili. Gastrointestinale: Perforasjoner, pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom, angioneurotisk ødem, atopisk, urticaria, fotosensibiliseringsreaksjoner, vesiculobulløse reaksjoner, onkolyse. Hørsel: Tinnitus, nedsett hørsel. Lever: Ikterus, hepatitt, Luftrøyr: Bronkospasme. Neurologiske: Parastasier. Psykiske: Depresjon, hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Palpasjoner, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin, hematuri. Syn: Synsforstyrrelser, takesyn. Øvrige: Anafylaktiske reaksjoner, vaskulitt, «serum sickness», Hypo- og hyperglykemi. Positiv ANA-test. **Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.
Egenskaper: Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med beta-cyklo-dekstrin i molart forhold 1:2,5. Beta-cyklodekstrin er et syklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanismen: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkelt-dose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 µg/ml i løpet av 15-30 minutter for dosepulver og etter 30-60 minutter for tablettene. 75 % oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 minutter for dosepulver og 30 minutter for tablettene. «Steady state» - Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 µg/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nås ca. 76 % av «steady state» etter annen dose. «Steady state»-konsentrasjon, AUC og halveringstid er for øving tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99 %.
Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg kroppsvikt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med én dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5 % er utskilt i urin og feces.
Pakninger og priser: pr. 1/2-05 Dosepulver: 20 stk. kr 142,00. Tabletter: 100 stk. kr 386,10. Enpac: 7 stk. kr 59,40. 20 stk. kr 119,50.

1) Felleskatalogen 2) Lee CG, Balfour JA. Drugs 1994; 48: 907-29

Brexidol®
Piroxicam-beta-cyclodextrin

NYCOMED

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

Klaseormedrue (*black cohosh*) mot menopausale plager

Substitusjonsbehandling med østrogen har vært en vanlig behandling mot hetetokter og andre menopausale plager, men i lys av undersøkelser som viser økt risiko for brystkreft vil mange kvinner og leger trolig vurdere alternative behandlingsformer (1). Nye helsekostprodukter mot menopausale plager blir stadig markedsførte, og det er viktig at helsepersonell har kunnskap om de mest populære produktene. Preparater basert på ekstrakt fra planten klaseormedrue (*black cohosh*) sto i 2001 på 14. plass på bestselgerlisten over urtepreparater i USA. Remifemin®, som er et standardisert isopropanolekstrakt fra denne planten, er det mest brukte kommersielle preparatet (2,3).

Det latinske navnet for *black cohosh* var tidligere *Cimicifuga racemosa*, men etter DNA-studier er dette endret til *Actaea racemosa*. Mange artikler som omtaler denne planten bruker den gamle latinske betegnelsen (2).

Tradisjonell og moderne bruk

Klaseormedrue har tradisjonelt vært brukt av nordamerikanske indianere blant annet mot revmatisme, menopausale plager og fødselssmerter, mens moderne bruk av planten hovedsakelig har vært i forbindelse med menopausale plager, premenstruelt syndrom og dysmenoré. Mange av studiene som har undersøkt effekten av klaseormedrue på menopausale plager er gjort i regi av produsenten for Remifemin®, og følgelig er dette produktet brukt i de fleste studiene, men både formulering og dosering er blitt forandret med tiden. De biologisk aktive komponentene i klaseormedrue antas å være triterpenglykosider, men ekstraktene inneholder også flavonoider, tanniner, eteriske oljer og fenolsyrer. Remifemin® er standardisert med hensyn til innhold av triterpenglykosid, mens det er lite opplysninger om eventuell variasjon av de øvrige innholdsstoffene (2,4,5). Remifemin® er registrert som naturlegemiddel blant annet i Sverige, og preparatet har vært brukt i Tyskland i over 40 år (6). Den tyske ekspertkomité for naturmidler og preparater for medisinsplanter (Commission E) har godkjent korttidsbehandling med klaseormedrue for menopausale plager (2,7)

Effekt

Tre studier utført på 1980-tallet rapporterte om gunstig effekt av klaseormedrue på menopausale plager. To av disse studiene hadde dårlig metodologisk kvalitet uten placebogrupper og med åpen design (5).

En nyere randomisert studie, som sammenlignet effekten av klaseormedrue med placebo på reduksjon av hetetokter hos over 60 brystkreftpasienter, fant ingen forskjell mellom gruppene. Gruppene ble også sammenlignet med hensyn til syv andre menopausale plager, hvorav eneste forskjell mellom gruppene var redusert svetting hos pasientene som brukte klaseormedrue. Dette funnet kan være tilfeldig (8).

En annen randomisert, kontrollert studie som gikk over tre måneder sammenlignet effekten av ekstrakt fra klaseormedrue (N=20) med 0,6 mg konjugert østrogen (N=22) og placebo (N=20) hos postmenopausale kvinner i alderen 40–60 år. Ved studiestart var 97 kvinner inkluderte, men to ønsket likevel ikke å delta. Ytterligere 33 ble ekskludert i løpet av studien, men årsak for eksklusjon eller når de ble ekskluderte fremgår ikke klart. Forfatterne brukte «Menopause Rating Scale» som primært endepunkt. I den globale analysen fant forfatterne ingen forskjell mellom gruppene, men etter å ha samlet spørsmålene i skjemaet i tre kategorier, fant forfatterne en statistisk signifikant effekt i forhold til placebo på en kategori som var relatert til atrofi av slimhinner i urinveier og genitalia (5,9). Den kliniske relevansen av dette funnet er etter vårt syn usikker.

I en annen studie med 21 kvinner fant forfatterne at bruk av klaseormedrue ga 50 prosent gjennomsnittlig reduksjon i antall hetetokter. Kvinnene rapporterte også reduksjon av søvnproblemer, slapphet og svetting. Studien var åpen og inkluderte ikke placebogruppe. Forfatterne konkluderer med at reduksjonen i antall hetetokter er større enn antatt placeboeffekt (20–30 prosent), men at resultatene må bekreftes gjennom en randomisert placebokontrollert studie (10).



Forsøk med ovariektomerte rotter har vist en potensiell bensparende effekt av klaseormedruer (11). En klinisk studie har også undersøkt effekten av klaseormedruer på surrogatendepunkter for benbrudd, men resultatene er vanskelig å tolke (9). Det er nødvendig med flere studier før man kan vurdere om klaseormedruer forebygger bensjorhet.

Mulig virkemekanisme

Effekten av klaseormedruer på menopausale plager er etter vårt syn ikke godt nok dokumentert. På tross av dette hevder flere forfattere at ekstrakt fra denne planten er effektivt og lovende for behandling av slike plager, og diskuterer mulige virkningsmekanismer. Klaseormedruer inneholder ikke klassiske fytøstrogen, og det er motstridende data på hvorvidt klaseormedruer har østrogenlignende effekter (12). En kilde hevder at i de tidlige studiene, som indikerte en østrogenlignende mekanisme, ble det brukt dårlig definerte og karakteriserte ekstrakter (5). Blant annet er det tidligere rapportert at klaseormedruer inneholdt det østrogenlignende isoflavonoidet formononetin, men nyere analyser har ikke kunnet bekrefte dette (4,5). Det er fremsatt en hypotese om at klaseormedruer virker som en selektiv østrogenreseptormodulator, og at dette skal gi en østrogen agonistisk- eller antagonistisk effekt avhengig av funksjon og lokalisasjon av målvevet (11,12). Grunnlaget for denne hypotesen er etter vårt syn ikke overbevisende.

Bivirkninger

Bivirkninger og langtidseffekter er ikke studert i noen større utstrekning, og ingen studier har hatt behandlingstid på mer enn seks måneder (4). Den tyske Commission E fraråder bruk av klaseormedruer i mer enn seks måneder, og tilsvarende anbefaling er gitt i den svenske preparatomtalen for Remifemin® (6,7).

Flere studier har undersøkt om naturmidler/naturlegemidler brukt mot menopausale plager har samme ugunstige effekter som østrogen på østrogenavhengige tumorer. I en studie som brukte en modell med østrogensensitive brystkreftceller, fant forfatterne at i motsetning til preparater med soya og rødkløver, økte Remifemin® ikke proliferasjonen av kreftcellene. Ved gitte konsentrasjoner hadde Remifemin® proliferasjonshemmende og østrogen-antagonistisk effekt. Forfatterne konkluderer med at kommersielle ekstrakter fra klaseormedruer kan være sikre alternativer til substitusjonsbehandling med østrogen mot menopausale plager, men legger til at det er nødvendig med flere studier for å forstå virkningsmekanismen og dokumentere effektene (12). Tilsvarende har også andre studier indikert at ekstrakt fra klaseormedruer ikke har ugunstig effekt på østrogensensitiv brystkreft (8,13).

En oversiktsartikkel på bivirkninger etter bruk av preparater med klaseormedruer konkluderer med at preparatene

ser ut til å være forholdsvis trygge dersom de tas i en begrenset periode. Det er vist en svak økning i risiko for milde forbigående bivirkninger, hovedsakelig mage-tarmplager og hudreaksjoner. Noen mer alvorlige bivirkninger er rapportert, deriblant leverpåvirkning, kardiovaskulære og sirkulatoriske effekter og ett tilfelle av kramper (2). Produsenten angir i tillegg at enkelte tilfeller av menopausale blødninger er rapportert hos kvinner som har brukt Remifemin® (6). Selv om man skal være oppmerksomme på disse mulige bivirkningene gjør både kvaliteten og kvantiteten på rapportene det vanskelig å vurdere om det er en kausal sammenheng med bruk av klaseormedruer. Forfatterne av oversiktsartikkelen påpeker at det har vært lite fokus på bivirkninger i de fleste kliniske studiene som er gjort. Evaluering av sikkerheten har vært basert på rapporter fra pasientene, og har stort sett ikke inkludert laboratoriemålinger. Det er også grunn til å anta en betydelig grad av underreportering gjennom spontanrapporteringssystemene (2).

Konklusjon

Effekten av ekstrakt fra klaseormedruer (black cohosh), og da spesielt preparatet Remifemin®, er undersøkt i flere studier både in vitro og in vivo. Den metodologiske kvaliteten har vært varierende, og selv om flere forfattere angir klaseormedruer som effektivt og lovende for behandling av menopausale plager, er eventuelle effekter ikke entydig dokumentert.

Bivirkninger og langtidseffekter er dårlig dokumenterte, og Remifemin® og tilsvarende preparater anbefales ikke brukt lengre enn seks måneder. Korttidsbruk av ekstrakt fra klaseormedruer ser først og fremst ut til å gi økt risiko for milde forbigående bivirkninger. Enkelte alvorlige bivirkninger er rapportert, men disse gir ikke tilstrekkelig grunnlag til å fastsette en sikker årsakssammenheng. Det er holdepunkter for at klaseormedruer ikke induserer proliferasjon av østrogenavhengige tumorer.

Elisabet Nordmo, cand.pharm,
Lars Småbrekke, cand.pharm & MPH

Referanser

1. Bakken K et al. Hormone replacement therapy and incidence of hormone-dependent cancers in the norwegian women and cancer study. *Int J Cancer* 2004; 112: 130-4.
2. Huntley A, Ernst E. A systematic review of the safety of black cohosh. *Menopause* 2003; 10: 58-64.
3. Chevallier A. Dammis store bok om medisinske urter 2003; 82.
4. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 137: 805-13.
5. Amato P, Marcus DM. Review of alternative therapies for treatment of menopausal symptoms. *Climacteric* 2003; 6: 278-84.
6. Läkemedelsverket. Preparatomtale (SPC) Remifemin. http://www.mpa.se/spe_pil/pdf/natpc/Remifemin.pdf (Sist endret: 09.12.2004).
7. Russell L et al. Phytoestrogens: a viable option? *Am J Med Sci* 2002; 324: 185-8.
8. Jacobson JS et al. Randomized trial of black cohosh for the treatment of hot flashes among women with a history of breast cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2739-45.
9. Wuntke W et al. The Cimicifuga preparation BNO 1055 vs. conjugated estrogens in a double-blind placebo-controlled study: effects on menopause symptoms and bone markers. *Maturitas* 2003; 44 (suppl.1): S67-77.
10. Poskaj BA et al. Pilot evaluation of black cohosh for the treatment of hot flashes in women. *Cancer Invest* 2004; 22: 515-21.
11. Nisolein T, Freudenstein J. Effects of an isopropanolic extract of *Cimicifuga racemosa* on urinary crosslinks and other parameters of bone quality in an ovariectomized rat model of osteoporosis. *J Bone Miner Metab* 2003; 21: 370-6.
12. Bodinet C, Freudenstein J. Influence of marketed herbal menopause preparations on MCF-7 cell proliferation. *Menopause* 2004; 11: 281-9.
13. Freudenstein J et al. Lack of promotion of estrogen-dependent mammary gland tumors in vivo by an isopropanolic *Cimicifuga racemosa* extract. *Cancer Research* 2002; 62: 3448-52.

KAI JACOBSEN

FORBIFARTEN

STILLING ALLMENNLEGE 60 % ARBEIDSSTED HOL LEGEKONTOR, BUSKERUD



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Ferdigstudert i Trondheim 1983. Gifte meg til ein fjellgard og har etterkvart fått tre gutar. Får brukt mykje arbeidskraft som bonde. Er veldig avhengig av frisk luft, skiturar og naturopplevingar.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Andre dag i turnustenesta då eg sat åleine lege att på vakt på sjukehuset.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Mangeårig kjennskap og nærheit til pasientane.

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

Alltid vera à jour med papirarbeidet.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Mesteparten av tida.

Når lo du på jobben sist?

Det er stadig artige innslag i konsultasjonane og i matpau-sene.

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

Kvalitetssikring / internkontroll. Byråkratane fornyar sitt levebrød ved å å påføre oss andre masse unødvendig ekstraarbeid.

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

Eigentleg ingenting, eg synes arbeidssituasjonen min er optimal.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Den alvorleg sjuke pasienten som stadig har fokus på livsutfoldelse.

Hva gjør du om fem år?

Kombinerar fortsatt allmennpraksis med gardsarbeid.

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

Sjansane er små ettersom eg alltid går på ski, men det hadde vore eit passande høve til å diskutere livets usikkerheit med Ingvard Wilhelmsen.

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

- 1a) Styrke eldreomsorgen.
- 1b) Få fart i psykiatrien
- 2a) Luke i helsebyråkratiet.
- 2b) Desentralisere helsemakt.
- 2c) Få private kosmetiske «bart-skjærarar» tilbake i meir nyttig helsearbeid.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Er veldig fornøyd med Utposten. Fin blanding av stoff, der eg alltid les lyrikksida fyrst.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Betre og meir stabil legedekning

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

Håpar å vera arbeidskar til eg er 80, få passe mange barnebarn, og så har eg nok ei litt for lang liste over hobbyar.

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

Eg håpar dei syns eg skal fortsetje med å vera meg sjølv.

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

Toralv Lura, Husnes legesenter. God studiekamerat som eg fortsatt deler mange interesser med.

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!*

Oppstart med inhalasjonssteroider ved astma i allmennpraksis

Astma er en vanlig sykdom i allmennpraksis som de senere årene har økt i insidens. I Norge regner vi med at insidens er rundt tre til fire prosent, noe som tilsvarer rundt 50 pasienter i en normal fastlegepraksis.

Etter at astma ble anerkjent som en inflammatorisk sykdom er inhalasjonssteroider blitt basisbehandlingen ved astmabehandlingen. De siste årene har vi også sett introduksjonen av kombinasjonsbehandling (inhalasjonssteroider og langtidsvirkende B2-agonister), men ifølge retningslinjene skal disse introduseres til de pasientene som ikke har effekt av inhalasjonssteroider.

Før behandling av enhver sykdom er det viktig med en riktig diagnose. Når det gjelder astma mistenker jeg dette først ut fra sykehistorien. Faktorer som atopisk sykdom i familien eller hos pasienten, hoste, spesielt nattlig, eller i forbindelse med anstrengelse, tungpust og piping i brystet gjør at jeg tenker astma. Ofte vil pasienten kunne fortelle at de tidligere også har forsøkt behandling med astmamedisiner i kortere eller lengre perioder.

Når mistanken er tilstede er mitt neste skritt å få en objektiv måling av lungefunksjonene. Spirometri er nå hyppig brukt i allmennpraksis og det er vist at dette kan gjennomføres i allmennpraksis med gode og reproducerbare tall. Dersom spirometrien viser obstruksjon vil jeg utføre en reversibilitetstest med en gang. Her vil diagnosen astma kunne stilles ved en økning i FEV1 på > tolv prosent.

Da astma er en variabel sykdom vil spirometrien noen ganger være normal på kontoret. Jeg bruker da ofte hjemmeregistrering av PEF som et hjelpemiddel. Da ber jeg pasienten registrere PEF morgen og kveld over fjorten dager. En variasjon i PEF målingene på over tjue prosent mellom høyeste og laveste måling indikerer astma.

Ved mild astma vil det første trinnet på behandlingen være en kortidsvirkende B2-agonist ved behov. Ofte vil dette være tilstrekkelig, men dersom pasienten må bruke denne mer enn tre til fem ganger pr uke eller har vedvarende symptomer vil jeg legge til fast forebyggende medisin. Førstevalget blir da inhalasjonssteroid i lav til moderat dose (200–800 mikrogram budesonid eller tilsvarende).

Den første tiden kan det da også være nytting at pasienten fører en dagbok der symptomer og eventuelt PEF blir registrert. De kommer alltid tilbake til en kontroll, ofte etter fire til seks uker med mindre de har alvorlige plager. Da er det viktig at pasienten demonstrerer inhalasjonsteknikk på kontoret for å sikre at den er optimal.

Ved mangel på respons vil det være naturlig å øke medisiner, men husk alltid på å sjekke at pasienten har forstått hvordan de skal ta medisiner og bruker dem riktig! Mange vil ha svært god nytte av en skriftlig behandlingsplan der man også kan gi instruksjon om hva de skal gjøre ved en forverrelse.

Sist, men ikke minst er det viktig å høre om røykevaner. Det er klar dokumentasjon på at mange har lite effekt av inhalasjonssteroider dersom de også røyker. Alle som røyker må få hjelp til å slutte og vi som følger pasientene over lang tid har en unik mulighet til å hjelpe dem med dette.

Anders Østrem, Leder, Lunger i Praksis. Spes.allmennmedisin, Oslo.

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

Lærerike kasuistikker



En av mine pasienter har prostatacancer. Vi kan kalle ham Olav. Han er 80 år, og er en ressurs- og viljestærk mann. Han har ingen symptomer av sin sykdom og er ellers frisk og velbevart.

Sykdommen ble diagnostisert i 2002 etter en episode med makroskopisk hematuri. PSA var da 20. Han ble anbefalt konservativ behandling. Det siste året har verdien steget til 139. Han tok selv kontakt med Volvat i Oslo og bestilte en konsultasjon hos en urolog. Urologen anbefalte behandling med Casodex i en måned og deretter injeksjonsbehandling med Enantor Depot.

Under oppholdet i Oslo oppsøkte han også en annen lege som anbefalte Iscadorbehandling. Behandlingen skal gis subcutant, tre ganger i uken.

Olav ringte til meg da han kom tilbake fra Oslo og ville at jeg, eller noen av de ansatte ved helseavdelingen skulle lære ham å sette subcutane injeksjoner. Under telefonsamtalen gav han klar beskjed om at han ikke ønsket hormonell behandling.

Jeg bad Olav be legen som ordinerte behandlingen sende meg informasjon om behandlingen og om preparatet. To dager etterpå kom et brev i posten. Et kort brev der legen skrev at Iscador er et misteltegnestrakt. Han anbefalte at jeg lærte Olav sette subcutane injeksjoner.

Olav møtte til konsultasjon for å diskutere behandlingen. Vi ble etter hvert enige: han begynner hormonell behandling og jeg lærer ham sette subcutane injeksjoner.

Så ble det stille. Jeg hørte ikke noe fra Olav på flere uker. Rett før jul ringte han igjen. Han hadde fått ordinert en vaksine mot kreft som han ville at jeg skulle hjelpe ham å sette. Vaksinen skulle settes intravenøst.

Han ønsket også resept på Casodex og Proscar.

Det viste seg at han hatt et tre ukers opphold på en kreft klinikk i Danmark – Humlegården. Han hadde telefonnummeret til klinikken og navnet på legen som hadde behandlet ham. Jeg ringte til Humlegården, og fikk snakke med Dr Andersen. Han snakket nesten ubegripelig, buldrende dansk, men var svært tilmøtekommende og veldig entusiastisk. Han fortalte at de behandlet prostatacancer med total hormonell blokkering, det vil si med både Casodex (150 mg x1) og Proscar (5mgx1). «Kreftvaksinen» viste seg være autologe lymfokin-aktiverte dreperceller, såkalt LAK celler utviklet ved et laboratorium i Tyskland. Behandlingen koster 13000 NOK. Behandlingen måtte startes innen 24 timer etter at cellene ble sendt. Han sendte meg utførlig informasjon på faks om LAK cell behandling. Behandlingen viste seg ikke mulig å gjennomføre da transporttiden til Bø er for lang.

Olav får nå behandling med Casodex og Proscar. PSA har sunket fra 146 til 40. Han har fortsatt ingen symptomer av sin sykdom.

Til slutt endte Olav og jeg opp med en behandling som jeg mener er medisinsk forsvarlig og som jeg godt kan stå ansvarlig for, men historien har fått meg å lure litt.

Utposten har fått en jurist, en etiker og en urolog å kommentere historien om Olav og hans behandling.

Anders Svensson

«Etikerens» kommentar

Jo TELJE

Jo Telje har vært kommunelege I / helsejef i Nord-Fron kommune, Vinstra i ca 30 år. Før det ca ti år i Nord-Norge. Jobbet med fagutvikling av allmennmedisinen gjennom spesialitetskomiteen, NSAM, Apf, kvalitetsutvalg og veiledningsgrupper. Medlem av Rådet for legeetikk i vel ti år.

Som medlem av Rådet for legeetikk er jeg neppe en «etiker», men jeg deltar i denne komiteen for å forvalte et allmennmedisinsk skjønn med basis i de regler Legeforeningen har vedtatt.

Den omtalte kasuistikk er på mange måter typisk for hvorledes en del ressursterke pasienter tar styring over sin egen sykdom og behandling, og kjører et slalomløp mellom diverse spesialister, alternativmedisinere og sin lokale helsetjeneste.

Jeg tror jeg langt på vei hadde fulgt samme opplegg som Anders Svensson. Først og fremst signalisert en respekt for pasientens eget valg – og dernest forsøkt å bidra med den kunnskap og viten som vi som fagmennsker har tilgang til. Hvorvidt urologen hadde god nok faglig belegg for å starte hormonbehandling hos en symptomfri mann

kan kanskje diskuteres. Jeg skulle også gjerne ha problematisert på hvilken måte fastlegen og pasienten «ble enig» om at hvis skolemedisinens hormonbehandling ble fulgt skulle det tvisomme preparatet Iscador kunne settes subcutant på legekontoret. Jeg håper at disse to forhold ble drøftet åpent og fritt og uavhengig av hverandre.

Det er vel heller ikke helt sjeldent at pasienter med kreftsykdom på egen hånd reiser til mirakeldoktorer i utlandet for diverse alternative kurer og opplegg. Når de i tillegg blir tilbudt svært kostbare medisiner som oppfølging får vi et dilemma. I dette konkrete tilfellet «løste» jo saken seg ved at vaksinen ikke lot seg frakte til Vesterålen raskt nok. Men vanligvis står vi overfor pasienter som bruker store summer i et fortvilet håp om å stoppe en sykdom eller forlenge livet, uten at det finnes naturvitenskaplig belegg for at medisinen eller kuren har effekt.

Vi har en etisk forpliktelse til å klarlegge vårt ståsted, hva vi har av medisinsk kunnskap om effekt eller manglende effekt, men må meddele dette på en slik måte at vi ikke fratar pasient og pårørende håpet. Vårt forhold til pasienten må bygge på gjensidig tillit og respekt. Vi må si at dessverre det og det kan jeg ikke hjelpe deg med, men du står fritt til å velge andre løsninger.

I de etiske regler §9 heter det at «Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.»

Vi må altså på en åpen måte drøfte hvorfor vi ikke kan delta i useriøse opplegg, men uten å ødelegge en behandlingsallianse som pasienten vil komme til å trenge i forløpet.

Jeg opplever at disse fortvilte pasientene har et stort behov for å snakke om sin fremtid, dødsangst, sykdomsforløp, komplikasjoner osv, og at det er denne nære kommunikasjon de egentlig trenger oss til.

I mine mange år i praksis har jeg ennå ikke opplevd å komme i åpen konflikt med noen pasient eller pårørende i denne kritiske sykdomsperioden, selv om overraskende mange bruker midler og metoder hinsides min naturvitenskaplige forståelse.

Jo Telje

Juristens kommentar

ARILD HAGSVEEN

Arild Hagesveen er utdannet cand med 1997, turnus Moss sykehus og Finnmark distrikt Arbeidet på Legevakta i Oslo, skadeavdelingen, siden 1999, konst. overlege samme sted fra 2001. Utdannet cand Jur 2002. Juridisk rådgiver Norsk Pasientskadeerstatning fra januar 2004. Rådgiver og advokatfullmektig Dnlf fra september 2004.

Vurdering av fastlegens ansvar og forpliktelser etter helsepersonelloven, pasientrettighetsloven med flere

Kasuisikken kan gi grunnlag for flere juridiske innfallsvinkler. En mulig og interessant problemstilling kasuisikken reiser er innholdet i og forholdet mellom pasientrettighetslovens §3-1 «pasientens rett til medvirkning» og helsepersonellovens §4 «krav til forsvarlighet».

I hvilken grad kan pasienten diktere og bestemme behandlingen og hvor langt skal legen gå i å etterkomme pasientens krav om en særskilt behandling? Pasientrettighetslovens §3-1, 1.ledd lyder følgende «pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelp. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder»

Det er helsepersonell som har de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede metoden for hver enkelt pasient. Graden av likverdighet mellom ulike behandlingstilbud er i mange tilfeller et vurderings spørsmål, hvor pasientens mening og vurdering blir et tungtveiende moment ved avgjørelsen. Når pasienten er inneforstått med så vel metodevalg som med konsekvensene av den valgte metode, øker sannsynligheten for at behandlingen blir vellykket og opplevelsen av tilfredshet blir høyere.

Bestemmelsen som regulerer kravet om at helsepersonellet skal opptre forsvarlig står helt sentralt Helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet setter grenser for hva helsepersonell kan gi av helsehjelp. Det innebærer at personell ikke skal gå utover sine faglige kvalifikasjoner eller lovbestemt kompetanse i forbindelse med helsehjelp til pasienter. Kravet setter også grenser for hvilken helsehjelp andre kan pålegge helsepersonell å gi. Det vil være en plikt for helsepersonell å tilpasse yrkesutøvelsen etter faglige kvalifikasjoner, slik at man ikke påtar seg andre arbeidsoppgaver enn det kvalifikasjonene tilsier. Har man ikke kompetanse i forhold til en behandling kan det være uforsvarlig å igangsette denne. Dette kan være individavhengig.

Helsepersonelllets grunnleggende ansvar for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig etter helsepersonellovens §4 reduseres ikke ved at pasienten medvirker.

I tilfellet med Olav og hans fastlege oppfatter jeg det slik at fastlegen ikke følte han kunne være ansvarlig for en behandling som bare innebar injeksjoner med misteltegn-ekstraktet eller en behandling med «kreftvaksinen». Med den overbevisning om at dette var behandlinger fastlegen ikke kunne stå inne for etter helsepersonellovens §4, kunne han ha motsatt seg å bidra til disse behandlingene. Denne tilnærmingen kunne imidlertid ha skapt en avstand til pasientens som ingen ville være tjent med. Informasjon om behandlingalternativer og mulige konsekvenser er et viktig

verktøy i balansegangen mellom retten til medvirkning og kravet til forsvarlighet. En balansegang som ble godt ivare tatt ved den kombinasjons behandling man endte ned på i første omgang, men som nok hadde blitt satt noe mer på spissen ved spørsmål om supervisjon av behandling med «kreftvaksine», som i tillegg ville medført en betydelig økonomisk belastning for pasienten.

Arild Hagesveen,
Forhandlings- og helseettsavdelingen., Dnlf

Urologens kommentar

PER ÅGE HØISÆTHER

Per Åge Høisæther er nå pensjonist. Har vært professor i urologi ved Univ. i Bergen og sjef ved Urologisk seksjon. Kir.avdeling, Haukeland Sykehus, Bergen.

Anbefalte konservativ behandling på diagnosetidspunktet i 2002 er også mitt førstevalg pga en formodet tidlig cancer (PSA = 20 uten symptomer) hos en mann i høy alder. Sannsynligheten for upåvirket livskvalitet og livslengde var større enn det motsatte. Forutsetningen er «ikke sint histologi» (kjennes ikke). Gleason score åtte til ti (eller WHO = lite differensiert cancer) kan gi rask progresjon.

Mannen virker fysiologisk yngre enn sine nominelle 80 år, uten komorbiditet og kan derfor leve lenge. Tidlig hormonbehandlingsstart kan forsinke symptomdebut / progresjon (1) og kunne overveies – hvis «sint histologi». Pasientens preferanse ville være avgjørende – etter informasjon om potensielt gunstige effekt / bivirkninger.

Men, min vurdering er at på det tidspunktet var konservativ behandling med god oppfølging rimelig (Obs! pasientens holdning og situasjon).

PSA stigning til 139 etter ett års tid (?) indikerer rask progresjon, selv om han «fortsett ikke har symptomer av sin sykdom». Nå er kirurgisk- eller medisinsk kastrasjon førstevalget. Pasientenes preferanse er oftest medisinsk kastrasjon. LhRh-agonistenes (*Enantone depot*, *Procren depot*, *Suprefact depot*, *Zoladex*) forbigående testosteron-«flare» blokkeres med en måneds behandling med et rent antiandrogen (*Eulexin*, *Casodex*) med oppstart en uke før første LhRh-agonist injeksjon. Testosteronspil på kastrasjons-nivå tilbakedanner cancer prostata og hemmer / forsinke progresjon.

Fortsettes *Eulexin* eller *Casodex* behandlingen permanent sammen med LhRh-agonist eller kirurgisk kastrasjon kalles behandlingen total androgen blokade som i spesielle tilfeller har en marginal fordel framfor LhRh-agonist alene, men er en mye dyrere behandling.

Testosteron omdannes i prostata til det intracellulært aktive androgenet dihydrotestosteron (DHT) ved hjelp av enzymet 5-alfa-reductase. DHT bindes til androgen receptor og bringes derved inn i cellekjernen. *Proscar* hemmer 5-alfa-

reductase enzymet og *Casodex* blokkerer DHT binding til androgen receptor. *Proscar* og *Casodex* hemmer således cancer ved å hindre testosteronets effekt lokalt i prostata cancer cellen – uten at mannens testosteronspil i blodet reduseres (potens bevaring!).

Casodex må regnes som en form for hormonbehandling, men har mindre bivirkninger enn kastrasjonsbehandling. Ved lokalisert cancer har *Casodex* monoterapi vitenskapelig dokumentert likeverdig cancer effekt med kastrasjonsbehandling, men ikke fullt så god som kastrasjon ved metastatisk cancer. Denne pasienten ønsket ikke hormonbehandling og *Casodex* er derfor et rimelig alternativ – forutsatt at pasienten er vel informert.

Når og hvis PSA skulle begynne å stige igjen (fra 40) bør han sterkt tilrådes å begynne med LhRh-agonist i tillegg – på tross av sin uvilje mot hormoner. Dette vil kunne hemme progresjon med potensielle alvorlig komplikasjoner som ureterobstruksjoner, patologiske frakturer og medulla spinalis kompresjon (dokumentert i MRC-studien, se ovenfor). Ved senere eventuell ny exacerbasjon kan man noen ganger få ny remisjon ved den såkalte «withdrawal effekten» (seponering / skifte av rent antiandrogen).

Proscar har vist signifikant hemmende effekt på cancer prostata utvikling generelt, men har en uavklart relasjon til utvikling av lite differensiert cancer (2). *Proscar* bør ennå ikke brukes i prostata cancer sammenheng før nærmere avklaring foreligger.

Cancer prostata vaksine behandling arbeides det seriøst med mange steder i verden. Foreløpig er det ingen vaksine som har slik dokumentert effekt eller allmenn aksept at den anbefales brukt i vanlig praksis – bruken må fortsatt anses eksperimentell og utprøves i vitenskapelig kontrollerte studier.

«Complementary and Alternative Medicine» (CAM) er utbredt ved cancer prostata i den vestlige verden – brukes i USA av 25–43 prosent av prostata cancer pasientene (3). Generelt er dokumentasjonen av effekt langt dårligere enn det som kreves for registrerte legemidler.

Mistelteinestraktet *Isador* er ikke vitenskapelig dokumentert effektivt ved cancer prostata. Man skal likevel være åpen for nyttige effekter ved CAM, men dokumentasjonskravene må opprettholdes. Det er skolemedisinske sentra som seriøst forsker på CAM. Generelt er det grunn til å oppfordre pasientene til å være kritiske og oppmerksomme på useriøse aktører i dette store økonomiske markedet – man kan lett «kaste bort store penger» på råd fra velmenende, men ofte «uncritical believers». Per Åge Høisæther

Referanser:

1. MRC-study results: D Kirk, Prostate Cancer and Prostatic Diseases 2004;7:217–22
2. M Marberger et al BJU International 2003;92:667–71
3. J Urol 1999; 161: 1521–24, Cancer 2000; 88:615–19

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 preparatmtale se side 37

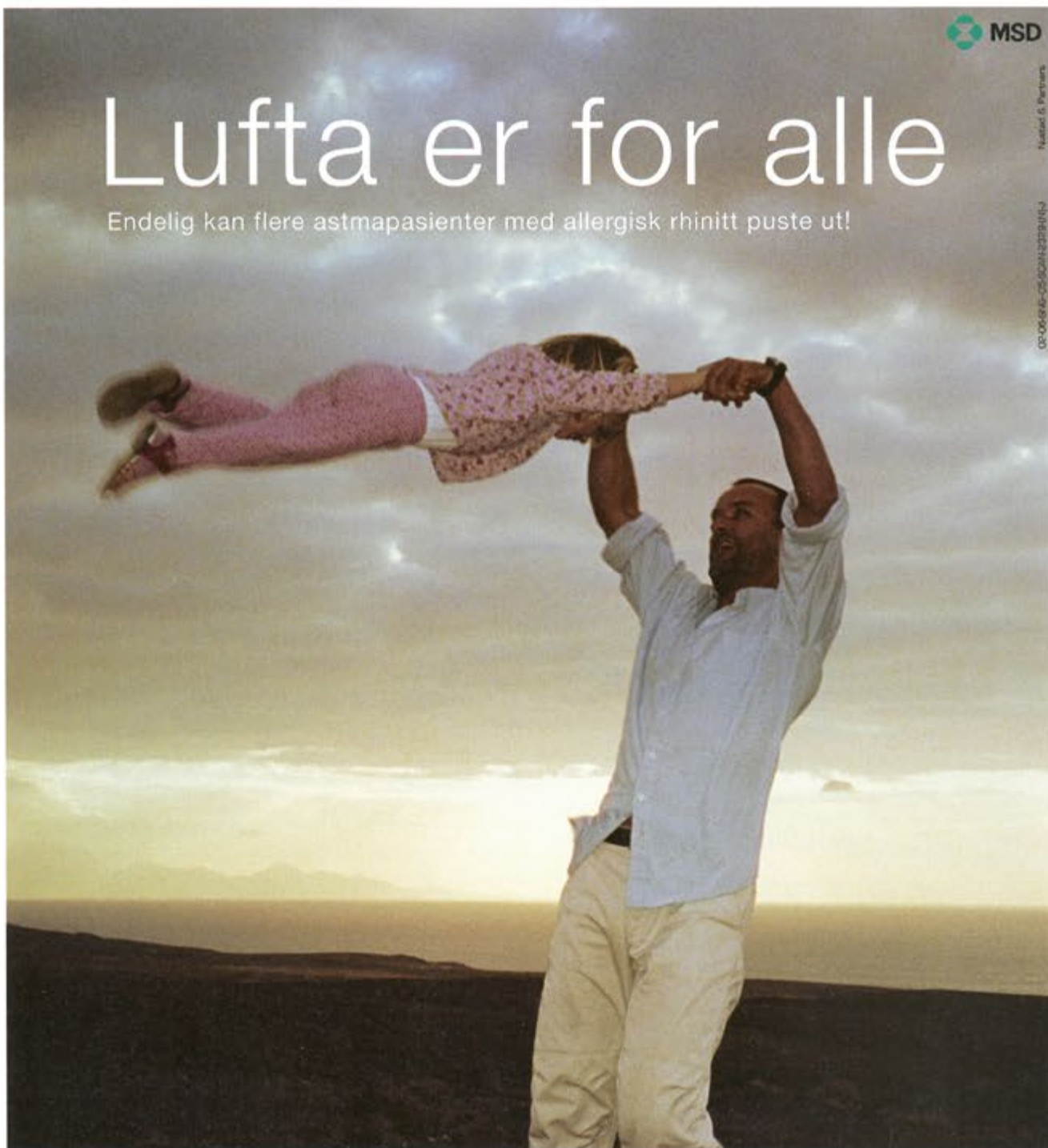


Lufta er for alle

Endelig kan flere astmapasienter med allergisk rhinitt puste ut!

Nasale 5, Pertrons

79108221026-02-989000-00



Ny indikasjon: Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt

Visste du at inntil 80 prosent av alle astmatikere også lider av allergisk rhinitt?¹ Allergisk rhinitt kan forverre astmaen.¹ Singulair er en astmamedisin som behandler øvre og nedre luftvei samtidig og gir effektiv symptomkontroll hos astmapasienter med sesongrelatert rhinitt.² www.singulair.no eller www.univadis.no

Referanser og FK-tekst side 15



SINGULAIR
(montelukast, MSD)
– gir pusterom