

OLE ANDREAS HOVDA

STILLING FASTLEGEVIKAR OG TEOLOGISTUDENT
ARBEIDSSTED ROTNESLEGENE, NITTEDAL I AKERSHUS



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Jeg er gift med Anna Sindre, sønn av Andreas (døde til min store sorg i -99) og Olaug, og broren til Knut Erik. Jeg er fryktelig glad i og stolt av familien min og vennene mine, og bortsett fra at jeg kan være nokså treg, er jeg stort sett snill og grei. Og så er jeg veldig opptatt av filosofi og hermeneutikk.

For pasientene kalles du «doktor...» med fornavn eller etternavn?

Begge deler, men det er vel mest den yngre garden som bruker Ole Andreas.

Hva gir deg mest glede?

Hm. Vanskelig spørsmål. Det er så himla mye som gjør meg fornøyd med livet. Jeg er en ganske enkel sjel, så et bra golfslag, xbox og øl med kona og kompiser, et bra dykk, god musikk, en bra fest og veiledningsgruppen, er eksempler på ting jeg kan glede meg stort over. Men *mest* glede får jeg når jeg har det så bra som jeg bare kan ha det med Anna, og vi gjør hverandre til det vi er skapt til å være.

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

Uten sammenligning å bli kjæreste med, å bli samboer med og til slutt gifte meg med Anna.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Hver dag jeg er på jobb. Jeg synes at mesteparten av legearbeidet mitt er viktig. Selv om en del av problemstillingene pasientene kommer med kan bli banale for oss, så er det sjelden det for pasienten. Jeg synes at jeg gjør viktig legearbeid når jeg får pasienten til å føle seg forstått og tatt vare på.

Når gjør du uviktig arbeid?

Jeg synes heldigvis at det er lite av arbeidet som er uviktig. Selv om enkelte ting, som noe av papirarbeidet, kan virke meningsløst, er det meste en mer eller mindre viktig del av et større system.

Forutsatt ubegrenset med tid og penger til forskning; hva ville du funnet ut mer om?

Sinnsvakt mye. Men som forskningsminister med ubegrensete ressurser ville jeg først prioritert forskning på de viktigste feltene. Det vil si forskning på forskjellige strukturer og samfunnsordninger, som nye, rettferdige økonomiske modeller, og hvordan disse kunne innføres. Og som hvordan vi med politiske og økonomiske virkemidler kan få en rettferdig (ikke bare «mer» rettferdig) fordeling både nasjonalt og internasjonalt.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Min favorittpasient er en pasient som jeg føler jeg klarer å kommunisere bra med, og som jeg føler at jeg gjør en bra jobb for.

Er det lov å bli skikkelig sint på en pasient og vise det? Hvordan gjør du det?

I høyeste grad! Selv om vi som profesjonelle må ha en høy terskel før vi viser negative følelser, så mener jeg det av og til er helt legitimt å bli sint og vise det. Et eksempel kan være dersom pasientene går ut av lege-pasientrelasjonen og kontakter oss som privatpersoner, eller hvis pasienter blir ufine ovenfor andre pasienter, kontorpersoneell eller oss selv. Samtidig er det veldig viktig å være oppmerksom på at lege-pasientrelasjonen er asymmetrisk, og hva dette kan medføre for pasienten dersom vi tydelig viser at vi blir forbanna. Selv blir jeg generelt alt for sjelden sint, og godtar nok for mye uten å si ifra.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

For å finansiere teologistudiene mener dere? Hadde vel levd på Lånkassen, og jobbet ved siden av og/eller i ferier. Men med erfaringer fra begge finansieringsmodeller, må jeg tilstå at jobben som fastlegevikar absolutt slår lånekassen som studiefinansiering. :-)

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

Ingen. Jeg får pulsøkning og blodtrykkstigning hvis det tar for lang tid før heisdørene går opp, så hvis heisen hadde blitt stående hadde jeg trolig dødd av angst. Hvis jeg absolutt måtte bli stående i heisen, skulle jeg gjerne hatt en flink psykoterapeut sammen med meg, som kunne brukt anledningen til å hjelpe meg i forhold til min klaustrofobi. Eventuelt en portør med en stor lystgastank.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelset gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet. Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Jeg ville ha brukt mye penger på forebyggende psykisk helsevern. Jeg ville gjort samtaleterapeuter i form av psykologer, kognitive terapeuter, gestaltterapeuter, osv tilgjengelige for «alle». Det største satsningsområdet ville vært psykologhelsetjeneste for barnehager, skoler og i barnefamilier. Jeg hadde stilt krav til at alle som jobber med mennesker og har en form for autoritetsrolle i helsevesenet skulle gå til jevnlig samtaler hos terapeut for å ordne opp i egne floker. (Og så hadde jeg snakket med kirke- og undervisningsministeren og fått henne til å innføre samme krav i skole og kirke.)

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Strukturendring. Samfunnet og vi må se på hvordan vi kan videreutvikle fastlegeordningen slik at vi kan gi Norges befolkning et enda bedre helsetilbud og bedre livskvalitet. Og som i all annen politikk, må vi også her ta forholdsmessig mer hensyn til de svake enn de sterke.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Sykehuset i mitt hjerte er definitivt Haukeland. Etter en fantastisk studietid i Bergen og utallige timer i gangene, på avdelingene, i kantina og på området på Haukeland, blir jeg varm om hjertet og blank i øynene med tanke på det sykehuset. Men hvilket sykehus som er Norges beste aner jeg ikke. Min egen erfaring som sykehuspasient er svært begrenset. Som pårørende kjenner jeg best Haukeland og Haugesund Sykehus, og jeg har veldig god erfaring med begge. Og når dere spør om hva som er Norges beste sykehus, må det jo være for pasientene og de pårørende dere mener, ikke sant?

Spørsmål fra Siri Foss: Er det presten (når du blir ferdig) eller Doktor Ole Andreas Hovda som best vil kunne ta vare på en person i sorg og hvorfor er det slik?

Spennende spørsmål., og egentlig et spørsmål som trenger minst to svar. På den ene siden handler spørsmålet om hvilken av rollene de sørgende trenger, noe som blant annet handler om deres tanker og livssyn, og om hva de sørger over. For mange vil nok presten være best i en sårn situasjon, mens det ovenfor andre sørgende ville være respektløst å komme som prest.

På den annen side handler spørsmålet om hvilken rolle som er best for meg; hvilken rolle jeg fungerer best i, i en slik situasjon. Jeg er ikke sikker, men jeg tror kanskje at jeg vil fungere best som prest i den settingen. Delvis fordi slik jeg ser på en slik situasjon (og nei, misjonsmark er *ikke* det rette ordet her – det er det for så vidt nesten aldri), så er det andre enn legen som er best egnet til å ta vare på de sørgende. Delvis handler det også om at jeg som lege har en alt for stor tendens til å skulle løse problemer, og sorg er ikke et problem som skal løses. Jeg har i sjelsorg opplevd hvor vanskelig det kan være med min legebakgrunn å ikke forsvinne inn i en hjelperrolle. Det er vanskelig som lege å ikke komme med enkle svar og være løsningsoorientert, for meg er det mye lettere å unngå som prest. Og selv om det er alt for mange prester som kommer med sine fasitsvar, så er vi stadig flere som har en teologi uten de enkle løsningene. Og det tror jeg at sørgende ofte trenger. Sorgen er vondt, og det krever styrke å kunne være i den, å lytte og å se den sørgende, uten på død og liv skulle ta vekk sorgen.

Forslag til neste intervjuobjekt. Kom også med et spørsmål som vi kan presentere ham/henne for.

Benny Adelved. Det har kommet meg for øret at du bedriver litteraturterapi. Kan du ikke fortelle noe om hvordan det foregår, og hva som er tanken bak det hele?

UTPOSTEN
TETT PÅ!

C Detrusitol SR Pfizer

Muskarinreseptorantagonist.

ATC-nr.: G04B D07

T DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneh.: Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 2 mg: Gult jernnoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 4 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF = 30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

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

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. myokardisemi, arytmi, hjertesvikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinerge legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antimykotika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

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

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger/oppkast. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnighet, parestesier. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine, tretthet, brystmerter. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Perifer ødem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingssproblemer er sett ved tablettedoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikelskylning og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet enn målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 dealkyleres tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i fæces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uomdannet og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

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

Pakninger og priser: 2 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50, 84 stk kr 1246,60.

T: 40a).

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

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helse