



Innhold:

LEDER:

Gi og få – Gi og ta.

Av HELEN BRANDSTORP

1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med John-Arne Røttingen.

Av HELEN BRANDSTORP OG PETER BRELIN

2

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Avhengighet – et gjensidighets-
problem i medisinen

Av EIVIND MELAND

7

Behovet for å være uunnværlig.

Av ERIK NYLEHN

10

Allmennmedisinsk forskning.

Ørkenvandring til vårløsning.

Av JØRUND STRAAND

15

Trent team, for det tristeste.

Av HELEN BRANDSTORP

20

Vurdering av selvmordsfare

Av LARANTZ KYRDALEN

25

Oppfølging etter selvmordsforsøk.

Om utfordringer i kvalitetsarbeidet.

Av TORGEIR GILJE LID

29

Depresjon hos barn og unge.

Utredning og behandling.

Av INGVAR BJELLAND

34

Hvorfor fastlegene skal engasjere

seg i behandlingen av ADHD.

Av TERJE TORGENSEN

40

Distriktsmedisin

45

Faste spalter

47

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-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf: 74 27 33 50

Faks: 74 20 90 41

E-post: jannike.reymert@ntebb.no

Helen Brandstorp

Smalfjord

9845 Deatnu/Tana

Mobil: 991 52 115

E-post: helenbra@hotmail.com

Gunhild Felde

Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen

Tlf. priv.: 55 29 70 50

Mobil: 959 29 356

E-post: gunhild.felde@online.no

Petter Brelin

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: 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-post: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøen

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

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

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

Karin Frydenberg

Parkvn. 1, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 92 91

Mobil: 908 63 737

E-post: frydrein@online.no

Forsidebilde:

Gunhild Felde

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

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

Gi og få – Gi og ta

Det er merkelig hvordan livet av og til smiler bredt til deg, og det er merkelig hvordan det kan vise deg sine skyggesider i neste øyeblikk. Du føler at du er den samme, – den samme blandingen av sjenerøs og gjerrig, hjelpsom og egoistisk travel, kunnskapsrik og uvitende.

Det er liksom ikke bare hvor gode planer du har, hvor lur du har vært, eller hvor flink og god..

Noen har lært meg at det handler om «å gi og ta» her i livet. Kanskje var det på engelsk, til og med. Som om det skulle gi den rette balansen og gjøre at livet blir sånn passe hyggelig.

Tull. Det er lite man kan ta her i livet. Det er lite man kan kreve og rettmessig bare plukke opp og til seg. Livet kan snu på flekken.

Det handler mer om å gi og så håpe på at man får.

Resignert? Skuffet? Tja, litt annerledes orientert etter en del år med tro på «om jeg bare forsøker litt hardere..»

I legerollen blir «gi og få» tydelig. Som lege har jeg en posisjon, en rolle som automatisk fylles med litt respekt og litt tillit. Men å kreve mer enn «litt» kan jeg ikke.

Det må jeg få, – fra pasienter og fra andre samarbeidspartnere.

Også i større grupper, i teamarbeid, handler det om å gi og få.

Jeg må vise respekt og gi tillit til andre for så å håpe på å få tillit og respekt tilbake.

Lederrollen jeg ofte skal fylle er ikke lenger autoritær. Det er ikke en respekt bygget på frykt som fungerer i vår tid, men en respekt basert på vennligere kvaliteter.

Ledermakten er begrenset. Makten er fordelt. Det vi gir inn til gruppen, får vi kanskje heller ikke tilbake. Det er ikke vi som bestemmer lenger, det gjør gruppen, om enn ansvaret er fordelt i forskjellig grad.

Livet selv derimot kan både gi og ta. Livet selv er noe annet enn det jeg rår over i meg selv. «Livet selv» kan være mye og mektig.

Når vi opplever de tragiske ulykkene, selvmord, plutselig død eller alvorlig sykdom snakker vi ofte om livet selv som noe større. Vi blir små i en større sammenheng. Vår forstand strekker ikke til, våre krefter blir for svake.

Avmakt roper etter de mektige. Hjelperne kommer. Det kan være en av oss som er en hjelper.

Hvis vi da glemmer hva vi har lært om samhandling i egne grupper, hvis vi da glemmer at det handler om å gi og få, er vi ille ute. Da er vi maktutøvere.

Det vi gir av tillit og respekt, og av god hjelp, kan vi så bare håpe vi får tilbake som mestrende, styrkede hjelpne.

Det er egentlig godt å innfinne seg med at jeg ikke er allmektig.

Vi har en del stoff om det tragiske i dette nummeret, om da livet tar.

Det er ikke lenge siden vår stand ble rystet av det brutale drapet på en umistelig kollega.

Vi blir berørt og vi må takle det.

Vi gir derfor; – nyttige artikler om suicidhåndtering, kriseteam, om barn og depresjoner, og mer om det vanskelige ved å hjelpe. En mektig har vi også fått snakket med. En ydmyk mektig!

Helen Brandstorp

Utpostens
dobbeltime

John-Arne Røttingen

INTERVJUET AV HELEN
BRANDSTORP OG PETTER BRELIN

Han er direktør for Nasjonalt kunnskaps-
senter for helsetjenesten, han er blitt omtalt
som «Wonderboy». Han er å sammen-
likne med en toppidrettsutøver,
som nå riktignok har byttet kamparena.
Etter hans eget utsagn er det å drive
medisinsk forskning på toppnivå svært
kompetitivt og kan sammenliknes med
konkurranse innen idrettens verden.

Så har vi igjen fått det bekreftet, og det fra en som har vært der,
gjort det svært bra, men som nå har lagt opp. Beskjedent nok forteller han om sin egen forsker-
karriere at «han med ideer og støtte fra veiledere fant en gullåre det bare var å høste av».

Det resulterte i Hans Majestet Kongens gullmedalje i 2000. Utpostens kvinnelige med-
redaktør inviterte til intervju med et klart spørsmål i hodet. Hvem er denne mannen?

Den mannlige medredaktøren får komme til orde litt senere. Damene først.



Forskning har fått mye fokus i vinter, og det er ikke på grunn John-Arne og hans glitrende resultater. Det skyldes en helt annen mann. Den verdensberømte «Jukse-makeren» kan virkelig sies å ha hatt mye flaks, men så kom skikkelig uflaks. Avsløringen av svindel i stor stil. Debattene har vært friske. Rikshospitalets professor Stig F. Frøland skriver i forlengelsen av dramaet i Aftenposten i februar dette om medisinsk forskning:

Det er en beklagelig realitet at forskere i Norge er gjenstand for atskillig mindre interesse i befolkningen og media enn Idolvinnere og profesjonelle fotballspillere.

Greit, Utposten har tatt utfordringen. Mer oppmerksomhet til forskere. Men hvordan presenteres profesjonelle fotballspillere i media? Det var ikke vanskelig å finne et eksempel. I ELLE samme måned var det et portrettintervju av John Carew. Damebladet er representativt for det som er «gjenstand for atskillig interesse i befolkningen» og som godtselgende massemedium: underholdningspreget, overflatefokustert og stimulerende for drømmene.

La oss se etter likheter.

John Carew fremstilles som høy, mørk, med et sjarmerende og vennlig smil.

Det kan vi skrive om John-Arne Røttingen også (se senere).



Carew stiller med diamanter i ørene og mange, nye designerplagg.

Det kan vi ikke skrive om Røttingen.

Bildene av fotballstjernen er tildels kroppsfokuserte. Lite rynker.

Vi fokuserte mer på ansiktsuttrykk, hender som uttrykker og tankefurer.

Inntekten til han i underholdningsbransjen kommenteres, og den er høy.

Vi tenker ikke på inntekt i det hele tatt sammen med kunnskapsdirektøren.

Carew svarer like kort og lite utdypende som informasjonsbitene ellers i intervjuet.

Vår mann svarer langt, innsiktsfullt og med akademisk veltalenhet. Tankene har helhet, sammenheng og retning. Det krever et klart hode å følge med. Han har ikke sovet i timen, under lekselesing og neppe noe særlig på fritiden heller. Han har sikkert ikke spyttet på eller slått noen heller.

John og John-Arne er begge gode på å få ballen i mål. Men underholdning er underholdning. Forskning er forskning. De spiller på hver sin bane. Et portrettintervju av John-Arne har ikke samme underholdningsverdi for allmennheten som det av John, men for Norges allmennleger er Røttingen mye mer verdt å bruke tid på enn fotballspilleren.

John-Arne Røttingen er '69-modell og har et, tilsynelatende, tidstypisk liv som andre midt i 30 årene; full trøkk i karriere og familieliv. Det er mer en nok, sier han. Blir for lite tid til trening og andre kjekke ting. Noe må velges bort. Han har tanker om alle valgene vi tar, John-Arne. Har han

vært for mye ubevisst rundt valg, lurar han på. Hvordan ville livet vært med andre valg? Selv hevder han å være ganske lite systematisk i sine valg. Han føler mye har skjedd litt tilfeldig, at han har tatt i mot livet slik det har kommet. Ganske typisk dette også.

Det som er litt utypisk for vår «wonderboy» er bredden i erfarings. Han har nemlig interesse for de store, så vel som de små spørsmålene.

Forskningen til doktorgraden var på cellenivå, innen cellefysiologi; «Intracellular calcium signals induced by tissue factor and coagulation factors VII and X». Og da han var ferdig før stipendet gikk ut, tok han en liten tur over til det gamle, akademiske England for en mastergrad i infeksjons-epidemiologi ved universitetet i Oxford.

Dermed ble perspektivet større igjen.

Han forteller at også det var et litt tilfeldig valg, han kunne godt ha lest filosofi der borte i stedet ...

Tilfeldig eller ikke, noe går igjen i det han forteller: aktiv, sannhetssøkende og å følge sin overbevisning. Som ungdom i Bø i Telemark fant han etter en tid i et kristent ungdomsmiljø ut at han var ateist og meldte seg ut av statskirken. Samtalen hos presten, som han kjente godt, gav en god følelse. Den unge Røttingen følte han hadde skjønnet noe, gjort noe med det og syntes i tillegg at han hadde mest rett der på prestekontoret.

I studietiden var han med på å danne studentorganisasjonen «Pasienten jorden» for å sette fokus på miljøspørsmål og helse. De store problemene i verden med fattigdom, vak-

siner og HIV/AIDS har han senere jobbet med også internasjonalt. Nå mest med fokus på politikk og systemer gjennom «the Alliance for Health Policy and Systems Research», som er et initiativ fra Global Forum for Health Research og WHO. På nettet ligger en interessant artikkel av Jonas Gahr Støre og John-Arne Røttingen med tittelen «fattig og syk, syk og fattig» fra 2002: <http://www.dagbladet.no/kultur/2002/11/24/354625.html>. At verdens helsetilstand er et felles globalt anliggende kan selv ikke den mest ignorante se bort fra i dag etter fugleinfluensaens innflyging.

En annen side av engasjement og arbeidskapasitet er tillitsvalgtarbeid, under medisinstudiet i Oslo og i Yngre legers forening. Som lokal YLF representant i turnustiden laget han hodebry for «Nessekongene» på Stokmarknes sykehus, mens distriktturnusen i Svolvær var mer rolig i så måte. En veldig god periode, mener Røttingen, med tid til annet enn arbeid og verv, men også tid til å kjenne på egen usikkerhet. Han forteller videre om at han en gang virkelig kjente på grensene sine. Resultatet var sykemelding i noen uker pga. for mange oppgaver og press. Det var som ansatt på universitetet og etter returen fra England. Han lærte noe av det. Når man ser på listen over utvalg i legeforeningen som han har vært i, forstår man godt at det trengs refleksjon rundt egen sårbarhet.

Tilslutt må nevnes at John-Arne Røttingen var innstilt som nr. 1 til redaktørjobben i Tidsskriftet bare 32 år gammel. Han trakk seg imidlertid fordi han ikke ønsket gå den veien, som så ung.

Nok om direktøren som person. Vi kan ikke bare oppsummere mannen, vi må forsøke å finne ut hva han mener. Her er den mannlige redaktøren mest offensiv, godt forberedt med kunnskapsrike spørsmål.

UTPOSTEN: Kunnskapssenteret ble etablert for knappe to år siden og er allerede en av de viktigste premissleverandørene i norsk helsevesen. Uansett hvor vi kommer, omtales Kunnskapssenteret med respekt som grenser opp mot ærefrykt. Denne institusjonen er symbolsk plassert i første etasje, i samme bygg som Sosial- og helsedirektoratet, som selve fundamentet i norsk helsevesen. Og det er vel det som er ønsket. At helsevesenet skal være fundamentert på kunnskap. Hva er Kunnskapssenterets mål og visjon?

J.A.R.: Kunnskapssenteret har fokus på to hovedområder. Det ene er effektevaluering av intervensjoner som behandling og diagnostikk, men også på organisatorisk nivå. Vi skal presentere den best tilgjengelige kunnskap slik at aktørene i helsevesenet kan fatte beslutninger om behandling på et vitenskapsbasert grunnlag. Det andre hovedfokuset vårt er å måle kvaliteten i helsevesenet.

UTPOSTEN: De senere årene har mange forsøkt å lære norske leger grunnlaget for vitenskapsbasert medisin og hvordan man på en grei måte skal finne ut beste kunnskap om det man lurte på. Det finnes en rekke internasjonale ressurser som er lette å ta i bruk. Vi har fått høre at vi skal lære oss å finne og evaluere kunnskapen selv. Trenger vi virkelig et eget norsk kunnskapssenter for å gi oss ferdigtygd kunnskap?

J.A.R.: Jeg har ikke inntrykk av at norske leger er aktive nok når det gjelder å finne frem til vitenskapsbasert kunnskap. Vi vil hjelpe til med dette ved å legge frem det vi har av kunnskapskilder på en slik måte at den er lett tilgjengelig for alle norske leger. Vi har bl.a. i samarbeid med direktoratet og helseforetakene etablert Helsebiblioteket som nå kan brukes av alle nordmenn. Her får du tilgang til en rekke tidsskrifter, databaser og EBM-baserte kilder til kunnskap. Dessuten trenger vi absolutt et senter som kan stimulere til at norske leger bidrar internasjonalt i dette arbeidet. Vi har f.eks. alt for få bidragsytere fra Norge til oversiktene i Cochrane samarbeidet.



UTPOSTEN: *Vi tror du er en av de som har mye makt i norsk helsevesen, hvilke tanker har du om den makten du/dere besitter?*

J.A.R.: Kunnskapssenteret har ikke makt i den forstand at vi fattet beslutninger og vedtak som får konsekvenser, men vi gir gjerne premissene for de vedtak og beslutninger som fattes. Vår makt er en prosessmakt som vi må forholde oss til på en skikkelig måte. Vi legger stor vekt på at de prosesser vi er med i, og de konklusjoner vi trekker, skal være basert på best mulig, relevant kunnskap og at det skal være full åpenhet om det vi gjør.

Hvis vi f.eks. skal evaluere legemiddeffekter, etablerer vi en protokoll som er helt åpen. Denne protokollen oversender vi bl.a. til legemiddelindustrien slik at de kan komme med innspill. De og alle andre inviteres også til å komme med forskningsresultater og informasjon i evalueringen som vi ikke har kommet over selv. Den rapporten vi utarbeider er helt åpen og kan kritiseres av alle. Dersom det er elementer i kritikken eller konklusjonene vi er enig i, er vi selvsagt beredt til å endre disse og si unnskyld dersom dette er på sin plass.

UTPOSTEN: *Har dere noen hemmelige filer i det hele tatt?*

J.A.R.: Nei, bortsett fra personalopplysninger, sensitive forskningsdata og uferdige dokumenter, er alt åpent hos oss.

UTPOSTEN: *Apropo hemmelige filer. Dere vil gjerne opprette et sentralt helseregister for å evaluere og monitorere helsetjenesten. Du er ikke redd for at dette skal kunne misbrukes?*

J.A.R.: Nei, vi må legge inn tilstrekkelig sikring for at disse registrene ikke skal kunne misbrukes.

UTPOSTEN: *Politiet i Nord-Trøndelag har fremsatt et krav om å få lete etter skurker i biologisk materiale som er tatt vare på etter Helseundersøkelser. Et slikt register vil vel også kunne misbrukes av eieren av registeret, staten?*

J.A.R.: Jeg ser problemstillingen, men er trygg på at det lar seg gjøre å lage registre som ingen vil kunne misbruke. Jeg ser dog at det i en krisesituasjon vil kunne bli satt press på forvaltningen av slike registre, for å få tilgang til data som kan hindre eller avsløre betydelig kriminalitet.

UTPOSTEN: *Det er mye vi ikke vet eksakt. Hva er god nok kunnskap?*

J.A.R.: Tja, det varierer jo med hva som er tilgjengelig av kunnskap innenfor det feltet man forsøker å si noe om. Tenker du på noe spesielt?

UTPOSTEN: *Jeg tenker for eksempel på at vi i Norge ligger på nest siste plass i forbruk av de nye biologiske midler i kreftbehand-*



lingen, bare Tyrkia ligger etter oss. Man kan lure på om dette er et resultat av for strenge krav til dokumentasjon og for treg iverksetting av ny kunnskap i Norge?

J.A.R.: Du har muligens rett, det er et noe lavt forbruk av denne typen midler i Norge. Vi har derfor sammen med andre tatt initiativ til et prosjekt som skal se på kreftbehandlingen i Norge, for å se på hvilke kriterier vi skal benytte for å iverksette nye behandlingsmetoder i Norge.

UTPOSTEN: *En av hovedoppgavene deres er å måle kvaliteten til tilbydere av helsetjenester. Hva vil dere oppnå med kvalitetsmålingene?*

J.A.R.: Det er formulert fire mål for denne delen av virksomheten. Det første målet er å gi tilbakemelding til helsetjenesten på det vi finner, slik at dette kan komme til nytte i behandlingen av pasienter. Dernest skal vi samle inn og gi styringsinformasjon til dem som skal fatte beslutninger i helsevesenet om tiltak som virker og tiltak som ikke virker. På den måten håper vi å kunne gi innspill til en mer rasjonell ressursutnyttelse.

Nå som det er fritt sykehusvalg, er det også et poeng å lage en oversikt for brukerne av helsevesenet slik at de kan forholde seg til helsetjenesten og velge institusjon på en reell måte, selv om dette er utfordrende. Til slutt er et grunnleggende behov at man kan vise hvilken nytte virksomheten har for samfunnet. Slike målinger kan gi befolkningen et inntrykk av hva man får igjen for de store investeringene i helsevesenet.

UTPOSTEN: *Vi tror målinger som viser dårlig kvalitet ved et sykehus kan svekke tilliten til sykehuset og derigjennom svekke behandlingsresultatet. Tror du tillit til behandlingsstedet er viktig for utfallet av et behandlingsforløp?*



J.A.R.: Tja, det vet jeg ikke. Det vil kunne bidra, men jeg er ikke så sikker på at det er veldig viktig.

UTPOSTEN: *Hvor er det vanskeligst å finne eksakt kunnskap og hva er det vanskeligste feltet i norsk medisin?*

J.A.R.: Den vanskeligste jobben må være å være allmennlege i f.eks. Finnmark. Der har du usikkerhet på alle plan og relativt lite eksakt og akkurat kunnskap å forholde deg til. Du må stole på deg selv, dine funn og vurderinger. I motsetning til dette tenker jeg at den letteste jobben i norsk medisin er å være professor på Rikshospitalet. Der har du et kjempeapparat å lene deg på og kan stille diagnoser med stor grad av presisjon.

UTPOSTEN: *Kunnskapsevalueringene deres skjer på bakgrunn av bestillinger. Hvem kan bestille?*

J.A.R.: Våre viktigste bestillere er departementet, direktoratet og helseforetakene, men også andre kan være bestillere hos oss. Vi har fått så mye å gjøre at vi må prioritere våre oppgaver, vi har satt opp et system for prioriteringer av bestillingene. Vi skårer bestillingene etter forskjellige parametere, slik som om det potensielt gjelder mange pasienter og om den er innenfor et prioritert område osv.

UTPOSTEN: *Prioritert område???*

J.A.R.: Ja, i statsbudsjettet gis det føringer for hva vi skal prioritere. Nå er det rus, psykiatri, kreft, folkehelse og screening som vi i første rekke skal konsentrere oss om.

UTPOSTEN: *Apropos rus, jeg har fått det for meg at LAR ikke er spesielt veldokumentert. Jeg finner ikke noe i Cochrane som skulle tyde på at det virker livreddende. Har dere sett på dette?*

J.A.R.: Nei, dette vet jeg ikke. Du kan jo sende en bestilling. Selv om det kommer fra en enkelt allmennlege vil det kunne bli prioritert. (Red.bemerkning: og det ble det.)

Utposten lot tilfeldighetene råde. Tilfeldighetene hadde ført oss inn på det trendy utestedet Onkel Donald, der småbarnsmødrene fra Oslo Vest ble avløst av champagne-drikende aksjemeklere og deres kunder, som strømmet inn i lokalet utover kvelden. Verken fotografen, brautende investorer eller bleieskiftende småbarnsmødre vipper vår mann av pinnen. Vi kan ikke klage på konsentrasjonsevnen eller fokuset. Uansett hvilken avkrok av medisinen vi diskuterer, Røttingen er orientert, engasjert og samtidig en god lytter. Han er ung og viser en sjelden vilje til å lære fra andre. Noe fornemmer vi er ansvarsfullhet, noe rett og slett en god dose medmenneskelighet.

Vi kan vente oss mye av denne mannen.

Snart kommer han med en «evaluering» om kronisk utmattelsessyndrom, så kommer en evaluering av protonpumphemmere, så kommer ... Vi venter i spenning.

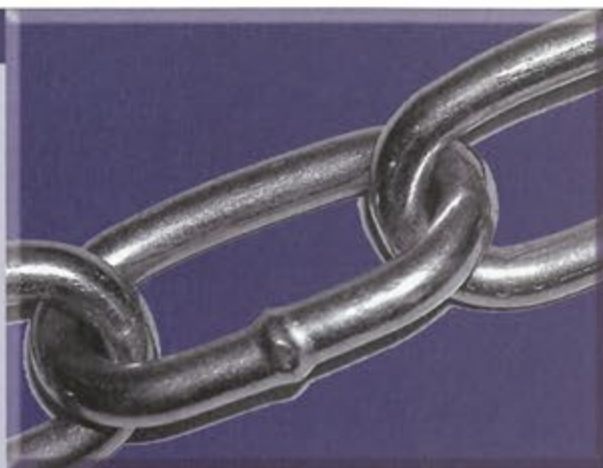
Rettelse

I artikkelen «Nytt(ig) om prevensjon» i Utpostens numer 1–2006 har det sneket seg inn en feil når det gjelder p-stavene Jadelle og Implanon. Det er skrevet at Jadelle har to staver med varighet tre år og Implanon har en stav med varighet fem år. Det riktige skal være motsatt – Jadelle har to staver med fem års varighet, Implanon har en stav med tre års varighet.

Utposten beklager denne feilen og takker våkne lesere som har gjort oss oppmerksomme på dette!

ALLMENNEMEDISINSKE 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.



AVHENGIGHET

– et gjensidighetsproblem i medisinen

AV EIVIND MELAND

Artikkelen tar utgangspunkt i avhengighetsbegrepet, slik vi bruker det i klinisk praksis. Forfatteren vender et utforskende lys mot vår egen profesjon, og spør om det finnes avhengighetstilstander i våre egne rekker, som vi burde erkjenne i større grad enn vi gjør i dag? Kan det tenkes at profesjonelle avhengighetstilstander og pasienters avhengighet gjensidig betinger og forsterker hverandre?

I den andre del av artikkelen drøftes hvordan vi kan unngå destruktiv avhengighet. Vi vet at gjensidig avhengighet er et menneskelig grunnvilkår. Vi må se forskjell på selvbestemmelse og uavhengighet for å finne veier ut av et velferdspolitisk og klinisk uføre. Avhengigheten må romme retten til selvbestemmelse for ikke å perverteres. Tillit og avhengighet må utfordres av frimodighet og gjensidighet i dialogen. Med utgangspunkt i dialogfilosofien til Hans Skjervheim og Knud E Løgstrup beskrives et slikt alternativ.



Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag,
Seksjon for allmennmedisin, UiB og
Olsvik legesenter.

Gjensidig betingende avhengighetstilstander

I klinisk praksis brukes avhengighetsbegrepet om pasienters rus- og medikamentmisbruk. Toleranseutvikling og innskrenkning av alternative mestringsstrategier kjenner tegner slik avhengighet. Begrepet brukes også om karakteravvikende personer i diagnostisk sammenheng, som «passiv avhengighet» eller «passiv aggressiv avhengighet». Vår egen profesjon har makt til å knytte slike diagnostiske kategorier til personen, som objektive fenomener. Men er det ikke relasjonen mellom lege og pasient som delvis bestemmer hvordan disse fenomener ytrer seg? Avhengigheten har også form av en velferdspolitisk situasjon der sosiale og relasjonelle forhold redefineres til individuelle helseproblem og omsettes i ytelser og avhengighet til fellesskapet, i en målestokk som er utfordrende for oss.

Legespesifisjonen deler heldigvis livsbetingelser med våre pasienter. Prevalensen av psykiske lidelser og emosjonelle problem er høyere blant leger enn i den generelle befolkningen (1). Som profesjon er vi sårbare ved at vår selvforståelse så ofte settes på prøve. Det vi gjør har stor betydning for våre medmennesker. Vi utsettes for våre pasienters bedømmelse på en måte som lett kan føre til selvhenføring. I den

kognitive terapitradisjonen kalles denne selvhenføring for ytre avhengighet eller ytre attribusjon (2). I den grad denne avhengighet blir et dogme i våre liv, tanken på å skuffe våre pasienter blir farlig for oss, vil en slik avhengighet være destruktiv. Vi må finne et livsfilosofisk ståsted som i større grad er preget av en indre trygghet på at vi er verdifulle, uavhengig av våre pasienters estimering.

En beslektet profesjonell avhengighetstilstand er troen på egen ufeilbarlighet, eller rettere: avhengigheten av å beskytte oss over alle støvleskaff mot å gjøre feil. Der er mange sosiale og nyreligiøse grunner til at skammen over å overse sykdom og hjelpebehov er blitt så utålelig. Men vi kommer ikke unna et ensomt ansvar for å frikoble vår selvtilit og selvaktelse fra å yte feilfritt. Selvnåden må få plass i våre liv. Ikke minst fordi det bare finnes en løsning på å unngå å overse sykdom: å gjøre alle til pasienter. En lege som ikke kan leve med bevisstheten om å gjøre falsk negative feil, er en avhengig og dysfunksjonell kollega. Han eller hun utsetter sine pasienter utilbørlig for falsk positive feil med tilhørende skader for selvforståelse og selvfortolkning.

Jeg vil konkludere denne del av drøftingen med at de profesjonelle avhengighetstilstander passer som hånd i hanske med en kultur der kampen om offerrollen, dysfunksjonell objektivisering av egen kropp og troen på teknologi har antatt former som utfordrer velferdens fundament (3, 4). Vi lever med en tilstand der «å hjelpe» blir forvekslet med «å behage». Pasienters og hjelpers avhengighet er gjensidig betingende og forsterkende. Hjelper og offer holder hverandre innestengt i fengsel der godheten og offerstatu- sen er blitt absolutt og udiskutabel.

Avhengighet som et menneskelig grunnvilkår

Vår eksistens er kjennetegnet av gjensidig avhengighet. Vi er gjensidig avhengig av våre medmennesker. Den danske teolog og etiker Knud E Løgstrup formulerte i Den etiske fordring (5) at vi ikke kan møte et annet menneske uten at vi holder noe av den annens liv i våre hender. Grunnleggende for etikken er at vi som mennesker ikke kan lykkes med våre livsprosjekt uten at våre medmennesker lykkes med sine, ifølge Løgstrup. Derfor er hans etiske filosofi mer enn en ensidig forpliktende nærhetsetikk. Den er i like høy grad en økologisk etikk. Den forutsetter en frimodig dialog om hvordan vi som medmennesker kan lykkes med våre livsprosjekt. Den etiske fordring må i tillegg være tuftet på en takknemlig opplevelse av at livet er skjenket oss. Det er i spennet mellom forpliktelsen og takknemligheten vi kan skape en hverdagens dialog og en profesjonell dialog om hvor grensene for vårt ansvar går, ifølge Løgstrup (5, 6). Både i Den etiske fordring og i sitt posthume verk System og symbol, utvikler Løgstrup sin tenkning om hvordan livs-

fenomenene utspiller seg i komplementære motsetninger. Avhengigheten, eller innvevdheten, må ha sin komplementære motsetning i friheten og selvbestemmelsen. Begge motsetningspar blir meningsløse uten den andre. De står i motsetning, men på en måte som gjensidig betinger hverandre. Vi kan ikke få innfridd den ene del av slike motsetningspar fullt ut uten å øve vold mot den andre del. Hvis vi prøver, blir bestrebelsene våre perverte som dogmer. Vi møter slike bestrebelsers i form av politisk fundamentalisme og som rigide livsholdninger med dertilhørende atferd og symptomer. Vi kan se på avhengighets- tilstandene som vi drøftet over, som eksempler på slik dogmatisme. Hvis vi ikke evner å utfordre avhengigheten med frihetens og selvbestemmelsens krav, stivner vi og blir livs- udugelige.

Løgstrup opererte med flere slike motsetningspar. Motsetningen mellom urørlighetssonen, det enkelte menneskes rett til individuell selvfortolkning, og talens åpenhet og den frimodige dialog er et annet av motsetningsparene som er viktig i Løgstrups etiske filosofi. Det som er spennende med et slikt komplementært syn på motsetninger, er at etikken ikke kan formuleres i absolutte moralske regler. Det er evnen til skjønnsmessig å avveie respekt mot frimodighet i den enkelte situasjon som kjennetegner etisk atferd.

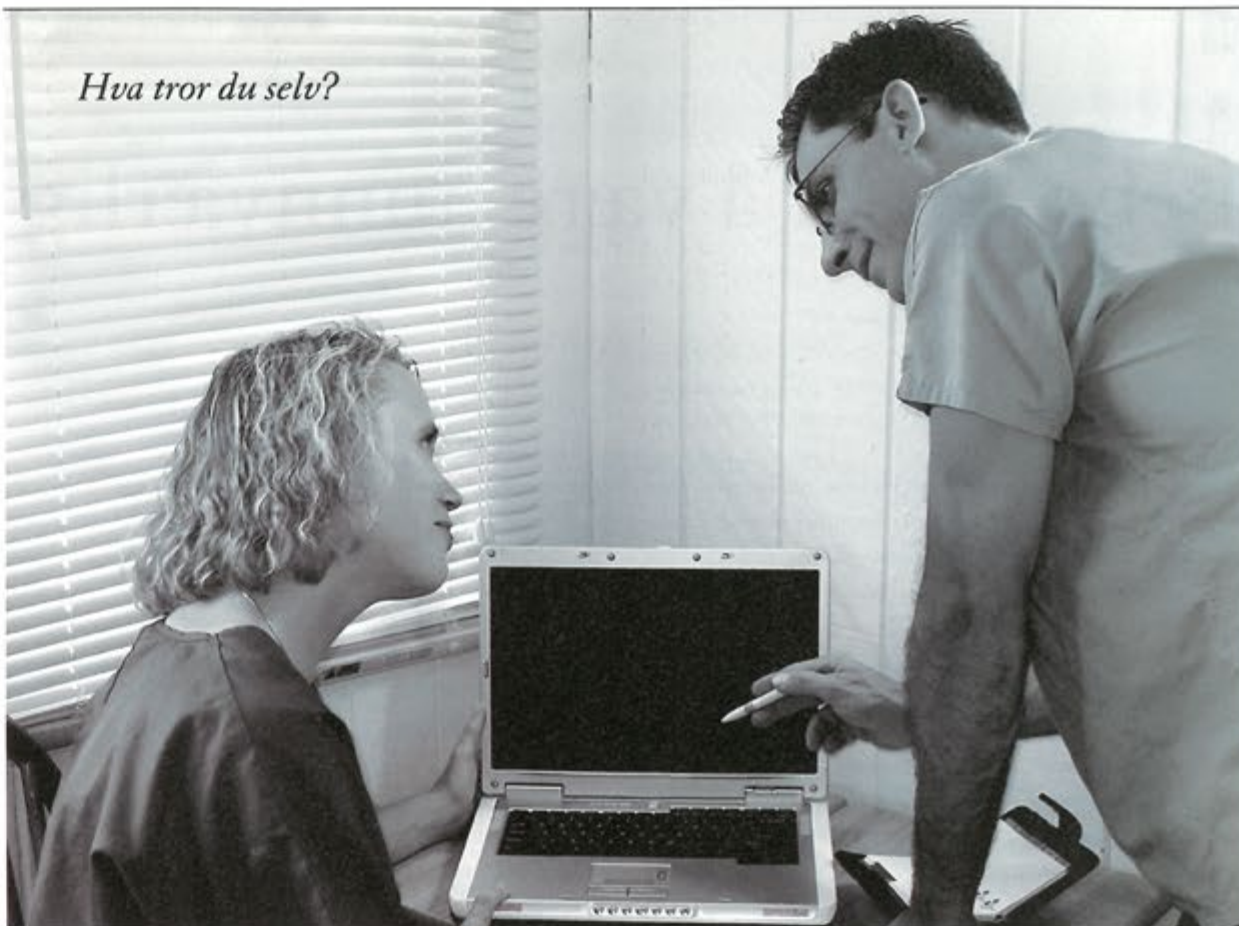
Vestens filosofi har hatt liten tradisjon for å tenke komplementært og gjensidig. I vår kultur blandes selvbestemmelse sammen med uavhengighet. Vi evner i liten grad å forstå at avhengigheten og relasjonene er en forutsetning for og samtidig en spenningsfylt motsetning til selvbestemmelsen. Når selvbestemmelsen forveksles med uavhengigheten, skandaliseres den førstnevnte, og avhengigheten blir truet av den klamme og sentimentale omsorg.

Respekt og gjensidighet

Den amerikanske sosiologen Richard Sennet, hevder at velferdsstatens problemer kan forstås som en manglende evne til å skape bevegelse i avhengighetsforhold. Velferdsstaten reproducerer hjelpeløshet ved å institusjonalisere rettigheter. Dialogen om hva selvbestemmelsen og livsprosjektet skal brukes til forstummes. Grunnlaget for respekt og gjensidighet i mellom-menneskelige forhold er at hjelperen har frimodighet til å etterspørre bidrag fra den som søker hjelp, ifølge Sennet (7). Denne forståelsen er like aktuell i lege-pasient forholdet som på sosial- og arbeidskontoret.

Lege-pasient forholdet representerer et asymmetrisk maktforhold. Derfor kreves det at hjelperen viser respekt for pasientens urørlighetssone. Vi skal ikke trekke inn i pasientens private sone med diagnostisk mistenksomhet mot den annens motiver. Men en slik respekt blir dysfunksjonell hvis vi

Hva tror du selv?



ILLUSTRASJONSFOTO: LIZ VAN STEENHUYGH, LENKE: ALBA

ikke kan be pasienten redegjøre for sine tanker og fortolkninger. Interesse for den historie pasienten forteller om sitt liv er grunnleggende for all klinisk virksomhet. En slik interesse har i klinisk arbeid som regel en hensikt. Men vi må være forsiktige med å la formålet få dominere dialogen. All ekte dialog mellom en hjelper og hjelpesøkende vil ha som mål å forandre. Den ekte dialog har som forutsetning at både den som søker hjelp og hjelperen berøres og forandres.

Det var den norske filosofen Hans Skjerveim som, i siste halvdel av vårt forrige århundre, skarpest advarte mot trusselen mot den ekte dialog (8). Å underordne dialogen ekspertens eller hjelperens instrumentelle krav, kalte Skjerveim for et instrumentelt mistak. I slike dialoger reduseres den andre fra deltaker til tilskuer. Dialogen er imidlertid truet av andre utfordringer også. Både Skjerveim og Løgstrup understreker at en dialog må være treleddet dersom den skal bevege dem som deltar. Hjelpen forutsetter at vi kan tale sammen om noe annet enn oss selv, om et saksforhold. Dersom det er relasjonen i seg selv som blir dialogens viktigste omdreinings-

punkt, stanser den ekte dialog. Relasjonen blir da en anmaselse eller føleri, hevder Løgstrup. I sosiologien kalles denne utviklingen for intimisering eller initimitetstyrannei.

Den ekte dialog trues også av liberaliteten, eller av den overdrevne toleranse. Hvis pasienten og bare hans fortolkning av saksforholdet betones i dialogen, og hjelperen underbetoner sin egen faglige og moralske autoritet, oppstår det Skjerveim kalte det liberale dilemma. Hvis den som søker hjelp slik settes fast i sine egne fordommers tyranni, utvikler liberaliteten seg til et autoritært maktovergrep mot den hjelpesøkende. Liberaliteten omskapes til illiberalitet, ifølge Skjerveim.

Den ekte dialog kjennetegnes av respekt og vennlighet, men ikke sentimentalitet. Den kjennetegnes av at hjelperen viser interesse for den hjelpesøkendes selvforståelse og fortolkninger, men ikke servil toleranse. Hjelperen må ha frimodighet og faglig og moralsk autoritet, men hun eller han må være åpen og innstilt på at dialogen kan forandre og bevege seg som deltar i den.

Litteratur

1. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:3527-32.
2. Lazarus AA. Multi-modal behavior therapy. New York: Springer Publishing Company; 1976.
3. Eriksen TB. Helse i hver dråpe. Inspill om etikk, kunnskap og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1995.
4. Sveen K. Den kultiverte lidelse. Utposten 1999(2):3-9.
5. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
6. Løgstrup KE. System og symbol. København: Gyldendal; 1983.
7. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W W Norton & Company; 2003.
8. Skjerveim H. Deltaker og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug & Co; 1996.

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

Behovet for å være uunnværlig

AV PERNILLE NYLEHN

Skriv om avhengighetsskapende tiltak! sa redaktøren. Kan du utdype? sa jeg. Jo, sa hun, for eksempel om samtalene våre kan være avhengighetsskapende. Omsorgen vår. Pillene våre, ikke bare de med A og B på. Joda, sa jeg. Det kan jeg vel klare.

Oppdraget har stått på huskelista lenge, men hver gang jeg så lappen ble jeg grepet av livslede. Trenger verden enda en utlegning om pasienter som legejunkies, som ikke klarer å leve livene sine uten den månedlige dose omsorg, piller, samtaler, sykmeldinger, sprøyter og håndspåleggelse fra oss? Om alle dem som trenger oss i den grad at vi må tenke på å avvenne dem.

Lappen fikk henge i fred, helt til jeg kom på å snu mikroskopet, og se på oss. Hva er vi avhengige av? Finnes det junkieleger? Som er avhengige av å være leger, være hjelpere, være viktige for andre?

Svaret gir seg selv, vi har vel alle en flik av det. Men kanskje mer enn bare en flik. Kanskje er det en del av oss som er så integrert i oss at vi ikke ser den lenger.

Herved følger rapport fra en reise i doktorsjelens irrganger. Til veivisere hadde jeg Søren. Og Jan Erik*.

Hjelperens paradoks

Søren Kierkegaards passus om hjelpekunst er ofte – nesten til det kjedsommelige – sitert. Vi tar likevel en repetisjon:

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.» (1)

Dette er ikke vanskelig å være enig i. Vi må finne pasienten der han/hun er. Men hvis jeg skal finne fram til et sted (her i metafysisk forstand) må jeg vite hvor jeg selv er. Det hjelper ikke om jeg vet hvor Oslo er, hvis jeg ikke vet hvor jeg selv befinner meg.

Javel. Da må vi finne ut hvor vi er. Som leger, som hjelpere. Hva er utgangspunktet for vår hjelpegjerning, og hva er målet?

* Jan Erik Vold har skrevet eksistensielle dikt i mange år. Visste du ikke det?



Pernille Nylehn

f. 1964. Cand. med. 1998.
Kommunelege 2 og fastlege
i Hjelmeland, Rogaland.
Sideutdannelse i litteratur
og gynekologi.

Hva kjennetegner leger som mennesker? Vi er flinke. Ærekjære. Samvittighetsfulle. Oftest sosialt og materielt vellykkede. Kommer vanligvis fra høyere sosialklasser. Videre: Noe nevrotiske, litt selvhenførende. Tendens til å reagere depressivt. Høy suicidrate (2), som øker bratt jo eldre vi blir. Mannlige leger har dobbelt så høy suicidrate som resten av befolkningen, kvinnelige tredobbelte. Mannlige leger over 60 har nesten tredoblet rate vs normalbefolkningen, kvinnelige leger nidoblet.

Hva er det med oss? Tåler vi ikke å bli gamle? Hvorfor velger så mange av oss den mest dramatiske løsningen når livet butter imot?

Jeg skal prøve å vise at noe av problemet ligger i vår avhengighet av å hjelpe, og enda mer i vår avhengighet av å være *hjelper*, å inneha den rette rollen, være på riktig side av stetoskopet.

Kierkegaards sitat om hjelperen er som sagt så velbrukt at det ikke er morsomt å bruke lenger, for alle har hørt det. Men hvor mange har hørt *resten*?

(...) For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg i Grunden istedetfor at gavne ham egentligen vil beundres af ham.»

«Egentligen vil beundres». Den var verre. Er det *det* vi helst vil? Kierkegaard er streng, og relativistiske postmodernister som vi er, protesterer vi: Vi må jo få lov til å like å bli bitelitt beundret, i hvert fall hvis vi har vært ekstra flinke og snille en dag?

Men han er vrang, Søren, og lar oss ikke uten videre slippe unna. Hvis det egentlige motivet er vår egen forfølgelse, da holder det ikke. Da hjelper det ikke om gjerningen er god.

(...) al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjelpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjelpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjelpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer.

Dette kan igjen ses i lys av andre deler av Kirkegaards filosofi, og hans stadielinndeling av et menneskes utvikling (3). Det første stadiet (tja, ett av de første ...) er det **estetiske**, hvor man lar seg rive med av strømminger og følelser. Ikke nødvendigvis gode følelser, det er nok at de er interessante for at vi skal la oss styre av dem. Poenget med den estetiske fasen er at man egentlig ikke velger, men lar seg drive. Det estetiske stadiet ender etterhvert i kjedsomhet, og deretter håpløshet og desperasjon. Ikke før man blir seg bevisst at man må **velge** sitt liv, kan personligheten modnes og man kommer over i det **etiske** stadiet, hvor man foretar bevisste valg. (... det neste stadiet er det **religiøse**, men får ligge til neste gang.)

Men nå er vi visst langt på viddene! Det var oss, de gode hjelperne, vi snakket om. Om vi klarer å velge det vi tror og mener er riktig, eller om vi lar oss rive med av følelser og kortsiktig gevinst. Ja. Gjør vi det?

Trangen til å hjelpe

En venninne ringer en kveld. Hun er så oppgitt over mannen sin. Han er sånn og han er sånn, han klarer ikke å legge sokkene i vaskemaskinen, han husker aldri at minstejenta må ha med seg ekstra bleier, og han ser henne ikke lenger. Kona si, altså. Han tar henne for gitt.

Jeg lytter lenge. Jeg er god til å lytte, det er det mange som sier. Men etter en stund begynner jeg, nesten uten å vite det, å foreslå *løsninger*. Kanskje dere skulle gå i familierapi? Hva med å skrive lister over huslige gjøremål? Kanskje en helgetur sammen, uten unger? Gjenoppdage romantikken?

Venninna blir litt taus. Eller sier ja jo, og så er samtalen over. Vi snakkes seinere, ha det bra, kjære deg.

Jeg sitter igjen med en følelse av at noe ikke gikk som det skulle. Men hva? Jeg var jo både lyttende og konstruktiv! Etter flere slike samtaler, som ofte ender med et vagt ubehag fra begges side, går det opp for meg at hun kanskje ikke ringer for å få hjelp. Hun ringer bare for prate, beklage seg litt, og blir kanskje støtt av at jeg gir henne Gode Husråd for vanskelige Ekteskap. Var det legen i meg som skred til ver-

ket, alltid til tjeneste? Var det estetikeren, som har behov for spenningen, og gjerne æren for at det hele gikk bra («Vi var en helg i Roma sånn som du rådet meg til, det vaar så kjekt!»)? Eller var det at jeg ikke evnet å sette meg i hennes sted, være der hun var? *Være* i hennes smerte. Ikke prøve å ta den vekk. Kanskje hun vet at den smerten er en del av hennes liv, og er klok nok til å avfinne seg med det, bare hun har noen å klage litt til.

Hva
skal vi gjøre
med våren, det at trærne
som stod

uten
blader
nå har fått blader igjen, hva skal vi gjøre
med det? (4)

Når noen er død etter en langt sykeleie, står det ofte en takkeannonse etter begravelsen. «Stor takk til heimesjukepleien (eller sjukeheimen), for god omsorg og pleie». Hvis det er en av mine pasienter, og jeg har stått ekstra på for vedkommende, reist i sykebesøk, skaffet riktig medisin til rett tid, snakket og grått med familien ... så blir jeg litt fornærma, og en liten stemme i meg sier: «Hva med meg da?». «Skal ikke jeg også få takk?». Den stemmen er verd å lytte til, for den sier noe om at hjelperen kanskje ikke var der pasienten var. Hjelpen jeg ga var utmerket, ingen tvil. Men hva teller mine halvtimes sykebesøk mot alle timene, natt og dag? Hvem var det som satt der, i uker eller måneder, og *var i smerten*? Det var ikke jeg. Det var en sykepleier, en ektefelle, en omsorgsarbeider, en datter. Det var de som stille og effektivt skiftet laknene når pasienten hadde mistet kontroll over blæra og det som verre var, og som ikke viste med en mine at stanken var kvalmende. Hørte på desperasjonen og angsten. Bare *var* der.

Jeg sier ikke at annet helsepersonell er flinkere og mer empatiske enn oss. Det er de neppe. Men det er ikke sikkert at vår utmerkede hjelp er det pasienten trenger mest. Visste vi hva han trengte? Hadde vi satt oss i hans sted? Hadde vi begynt hjelpen med en Ydmygelse?

Vent
på meg. Ikke gå
fra meg. Nei, jeg

skal
vente, jeg venter
på toppen
av bakken (4)

Hjelpenarkomani

Behovet for å hjelpe. Behovet for å gripe inn i andres liv. Vi gjør det hele dagen. Vi gir gode råd, forskriver piller, rekvirerer fysioterapi, lytter, og setter opp time om to uker. Vi *handler*. Det er nesten like lett som å puste. Det er så lett at det nesten er umulig å slutte.

Og så er det jo ganske kjekt å hjelpe. Tenk å få tilbringe dagene med å fikse og ordne, sy sammen sår, trøste og lindre, dempe bekymringer, være livbøya for den som nesten har druknet. Det er ikke bare kjekt, det er nesten en rus. Etter en liten bragd på kontoret – klemme ut en skikkelig abscess, avdekke en saftig depresjon – er jeg rett og slett litt høy, og må legge ansiktet i riktige folder før jeg henter neste, så ikke de andre pasientene skal se opprømmelsen min. For man skal jo ikke glede seg over andres lidelse.

Å hjelpe er nesten som å være forelska, men uten den sure svie, uten risikoen for avvisning, for det er alltid flere som trenger min hjelp.

Jaja. Det er *nesten* uten risiko.

Det er noe av krydderet ved vårt daglige strev, – den lille rusen, den lille gleden, den kan vel ikke være så farlig? Den må vi vel unne oss, vi som driver med så mye vondt og vanskkelig? Men legger vi dette fram for Kierkegaard, vil han se bekymret på oss, og si:

«Det kommer ikke så meget an på å velge det riktige, som på den energi, det alvor og den patos hvormed man velger. Gjennom det forkynner personligheten seg i sin indre uendelighet, og derved konsolideres personligheten».

Og han vil si at den som gledes ved å utrette noe for en annen, og dermed har det ytre som mål, *uansett* hvor god gjerningen er, han er en estetiker, altså på et lavt stadium i sin utvikling. Etikeren, derimot, velger sine handlinger kun ut fra det han mener er godt og riktig.

Sin indre uendelighet.

Hvis vi gransker oss selv, har nok de fleste en flik av både estetiker og etikeren i seg. Kanskje kan vi ikke gi helt slipp på estetiker heller. Kanskje skal vi ikke. Kierkegaard er bare en livsfjern gammel gubbe.

Damoklessverdet (5)

Men medaljen har en bakside, uansett hvordan vi snur og vender på det. Virksomheten vår, all den gode hjelpen, noen ganger den lille rusen, er ikke risikofri.

Den ene faren er når vi ikke kan være den gode hjelperen lenger. Fordi vi blir syke, utslitte eller – Gud forby – arbeidsledige. Hva er vi da? Øystein Hallre beskriver presist og smertefullt i «Notater fra en trett lege» (6) sitt eget iden-

titetstap når han innser at han ikke klarer være lege lenger. Hva skal det bli av meg, spør han seg selv. Vil jeg klare meg? En voksen mann, med lang utdannelse, kone og barn, talenter i både musikk og kunst spør hva det skal *bli av ham*. Han sier han er tom. Hva er dette?

Kierkegaard igjen:

«(...) en slik tilværelse [estetikerens] medfører en indre tomhet. Når tomheten ikke lengre er til å bære, kan estetiker enten velge å begå selvmord eller å revidere livet og holdningene sine. Han kan bli etikker. Etikeren velger å velge, og han tar det absolutte ansvar for sitt eget liv.»

Om Hallre var en estetiker som ble etikker skal ikke denne skribent ha sagt, men han reviderte sitt liv. Vil vi andre klare det den dagen vi trenger det?

Den andre faren er når vi selv blir pasienter. Leger er håpløse pasienter, det vet alle, og det er vist i flere undersøkelser (7). Vi vet for mye og samtidig for lite, vi vurderer symptomer hos oss selv annerledes enn hos pasienter (de andre). Vi går på jobb med plager som vi glatt ville sykmeldt en annen for. Vi oppsøker lege sjeldnere enn andre, og vi behandler oss selv for alt fra bronkitt til depresjon.

Noe av det er forklarlig og forsvarlig. En rørlegger ringer ikke til rørlegger når krana lekker, han fikser den selv. Det er neppe verre at en lege gir seg selv en trimetoprimkur for en enkel cystitt. Hvor grensen går, når det blir uforsvarlig, kan vi drøfte senere. Men vår lave legesøkning er antagelig også et uttrykk for dårlig rolleflexibilitet, en uuttalt angst for å komme i rollen som hjelpetrengende. Det er meget vanskelig for de fleste av oss å legge fra oss *legen* på venterommet, og gå inn til en kollega som *pasient*. Naken. Ydmyket. Ydmyk.

Den kierkegaardske Ydmygelsen vi ikke klarer på hengi oss til i møte med pasienten, klarer vi altså heller ikke å hengi oss til for egen del. Vi tror at det å trenge hjelp er det samme som å være hjelpeløs, og det kan vi ikke tåle. Vi vil tilbake til lekene, til hjelperrollen, til de små kickene, til at noen trenger oss.

En del eldre leger begår selvmord når de blir syke. Kanskje fordi de vet prognosen og vil gjøre kort prosess. Kanskje fordi de ikke klarer tanken på å bli pasienter. Er det å bli prisgitt andre i bokstavelig forstand en skjebne verre enn døden?

Jeg bor i et lite lokalsamfunn, og treffer mange pasienter utenom arbeidstid. Men da er de ikke pasienter. Den giktbrudne atrieflimmerpasienten jeg treffer tjue minutter hver måned viser seg å være f.eks. formann i skyttarlaget, høyt

elsket bestefar, tidligere ordfører og dessuten en habil fisker. Ibland vanker det et par hjemmerøkte makreller til doktoren, for han vet at sånt kan jeg ikke noe med.

Tjue minutter hver måned er han min pasient. Resten av tiden er han noe helt annet. Han er ikke prisgitt meg, men setter pris på meg, for han vet at den hjerteffermeren kan være skummel og det er godt jeg passer litt på. Men det koster ham ikke æren å gå inn døren på kontoret mitt og la meg forvalte den lille delen av ham som er syk.

Sic transit gloria mundum

Vår rolle som hjelpere bærer altså i seg en slagside overfor dem vi skal hjelpe, ved at vi, uten å være klar over det, definerer dem som noe annet enn oss selv, og i verste fall som et middel til å vise fram vår egen fortrefelighet. Mer alvorlig – i det vi definerer vanlige dødelige som noe annet enn oss, har vi samtidig fjernet oss selv fra en del av livet som vi ikke kan slippe unna.

Og kanskje aller verst: Definerer vi oss ut selv fra den rollen vi tror vi har i andres liv, ut fra den daglige rus og bakrus, risikerer vi å sitte tomme og fattige tilbake den dagen sverdet faller. Fordi vi ikke tør å se vår egen indre uendelighet.

Er du der du er?
Er du
der du er? Er du
ikke
der du
er? Gå
dit du er, jeg venter
på deg
– der. (4)

Referanser

1. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien, C.A. Reitzels Forlag, 1859
2. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. Psychol Med. 2005 Jun;35(6):873–80. http://www.legeforeningen.no/asset/25697/2/25697_2.pdf
3. Søren Kierkegaard asa Victor Eremita. Samlede værker Bind 2. Enten – Eller. Et Livs-Fragment. Drachmann, Heiberg og Lange, København 1843
4. Jan Erik Vold: Bok 8. Liv, Gyldendal 1973
5. Damokles var en hoffmann som mente kongen (Dionysos) hadde alt: makt, penger ... han måtte være verdens lykkeligste menneske. Kongen lot ham overta sin plass. Damokles kjente seg først beåret, men ble skremt da han over hodet sitt så et sverd henge i et hestehår.
6. Notater fra en trett lege I-IV. Utposten 3 og 4, 2000 og nr. 3, 2004. <http://www.uib.no/isf/utposten/2000nr3/utp00301.htm>, <http://www.uib.no/isf/utposten/2000nr4/utp00406.htm>, <http://www.uib.no/isf/utposten/2003nr1/utp03105.htm>
7. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3527–32 u. http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=460967

ILLUSTRASJONS FOTO: LIV FRIS-LARSEN



Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: pernille.nylehn@isf.uib.no

Glucophage[®]

metformin



1000 mg

**Ny pakning
180 tabletter**

...enkelt for pasienten

Max. dose pr. døgn = 3000 mg
Snitt dose UKPDS = 2500 mg

CardioMetabolic Care

Merck
Linstowsgt. 6
0166 Oslo
Tlf. (+47) 23 20 11 00
Fax. (+47) 23 20 11 09
www.merck.de

Se preparatomtale side 20



Allmennmedisinsk forskning

Ørkenvandring til vårløsning

AV JØRUND STRAAND

Praksisfelt, fag og forskning – hvordan er sammenhengene?

Fra tid til annen opplever vi fortsatt at noen faktisk spør om vi egentlig har bruk for forskning i allmennpraksis. Vi hører derimot aldri at noen spør tilsvarende om berettigelsen av for eksempel kardiologisk eller nevrologisk forskning. Så hvorfor da om allmennmedisinsk forskning? Svaret kan ha sammenheng med at det spesielt blant en del sykehusspesialister fortsatt synes å være slik at enkelte lever i den villfarelsen at allmennmedisin slett ikke er et eget, selvstendig fag i medisinen. At allmennmedisin i stedet utgjøres av et faglig lappeteppes av lånte småbiter fra de *egentlige* fagene. Og da kan man jo logisk nok bare få med seg litt relevant forskning fra de andre, nærmest på kjøpet.

For hvordan kan allmennmedisin være et selvstendig fag så lenge vi ikke har ett bestemt organsystem eller en bestemt kroppsåpning å konsentrere oss om? Heller ikke er det slik at vår virksomhet begrenser seg til å praktisere en bestemt diagnostisk eller terapeutisk metode. Da ser man bort fra det faktum at det å måtte forholde seg til alt og alle, faktisk er et viktig særtrekk ved allmennmedisinen. At vår faglige verktøykasse er like rikholdig og variert som de kliniske problemstillingene er et annet kjennetegn ved faget.

Et tredje særtrekk har med epidemiologien i det allmennmedisinske praksisfeltet å gjøre. Fordelingen mellom helse og uhelse i førstelinjesettingen avviker som kjent radikalt fra de sorterte og finsorterte problemstillinger representert ved pasienter i henholdsvis sekundær- og tertiærhelsetjenesten. Som innlagt pasient i sykehus er man syk inntil det motsatte er bevist, mens i allmennpraksis er hovedregelen ofte den motsatte: man er frisk inntil det motsatte er bevist. Mens sykehuslegen naturlig nok legger størst vekt på at en diagnostisk test skal kunne knipe alle de syke, vil det for allmennpraktikeren være vel så viktig at testen kan *avkrefte* mistanke om sykdom hos de friske. Det store antall medisinske problemstillinger som bare diagnostiseres og behandles i allmennpraksis, er nok et særtrekk ved allmennmedisinen.

Andre særtrekk ved allmennmedisinen kunne vært nevnt, som for eksempel det at kontinuitet og innhold i lege-pasi-



Jørund Straand (født 1951), er cand med fra Bergen 1977, dr.med samme sted i 1999. Arbeidet som allmennpraktiker siden 1981 og er spesialist i allmennmedisin (sist gang fornyet i 2005). Ansatt ved seksjon for allmennmedisin i Bergen 1988 til 2000, fra 2000 ved Seksjon for allmennmedisin i Oslo der han er professor i allmennmedisin og seksjonsleder. Periodepraktiserende fastlegevikar på Lillestrøm legesenter.

ent-forholdet er annerledes enn i spesialisthelsetjenesten og den nære forbindelsen mellom praksisfelt og lokalsamfunn.

Disse og andre særtrekk ved allmennmedisinen forklarer langt på vei hvorfor allmennpraktikerens arbeidsteknikker på mange områder ofte må være ganske forskjellige fra det vi kjenner fra organspesialistene.

I sum begrunner de hvorfor allmennmedisin er og må være et eget klinisk fag i medisinen. Et selvstendig fag med en egen klinisk virksomhet og et eget kunnskapsgrunnlag. Men uten en genuin utdanning og forskning på fagets egne premisser, er allmennmedisin fortsatt verken et akademisk eller et vitenskapelig fag. Utdanningen har vi etter hvert fått god dreis på. Nå er det forskningen som trenger et løft. For: uten forskning intet fag.

Hva er allmennmedisinsk forskning?

I 1990 formulerte Dag Bruusgaard følgende pragmatiske definisjon av allmennmedisinsk forskning: «formulering og besvarelse av spørsmål i allmennpraksis, spørsmål og svar av betydning for allmennpraksis og gjerne av betydning for medisinsk praksis generelt».

Hvorfor trenger vi *egentlig* allmennmedisinsk forskning?

Praksisfeltet trenger å jourført viten om den allmennmedisinske klinikk. Dette er først og fremst nødvendig for å gjøre en bedre jobb for pasientene. Forskning er nødvendig for å forbedre vår kliniske praksis. Sentralt her er det å styrke klinikerens handlingsgrunnlag, fra synsing og enkelterfaringer til i størst mulig grad å være tuftet på dokumentert viten.

Forskning er dessuten en forutsetning for å kunne gi relevant undervisning i allmennmedisin. Dette gjelder både for grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen.

For det tredje trenger myndigheter og samfunn allmennmedisinsk forskning for å få et bedre beslutnings- og styringsgrunnlag for helsetjenesten. Allmennmedisinen utgjør hovedfaget i den primærmedisinske grunnmuren i helsevesenet. Et velfungerende helsevesen er helt avhengig av velfungerende allmennpraksis. Om for eksempel allmennlegene bare gjør jobben sin litt dårligere på ett bestemt område og henviser videre til annenlinjetjenesten tre i stedet for to av 100 aktuelle pasienter, betyr dette faktisk en 50 prosent økning i antall henviste pasienter. Som vil belaste spesialisthelsetjenesten og bidra til helsekøene. Det er selvfølgelig i samfunnets interesse at problemer løses på laveste effektive behandlingsnivå og at ressurser ikke kastes bort på terapeutiske tiltak som forskning kan vise er uvirksomme. Derfor trenger samfunnet definitivt allmennmedisinsk forskning.

Forskning handler dernest om å styrke faget som akademisk disiplin og dermed vårt omdømme i «det medisinske hus». Men allmennlegene trenger også forskning – for seg selv. Et fag må ha muligheter til å kunne gi interesserte kolleger anledning til faglig fordypning, til å måle krefter med seg selv, i strevet for å skape ny viten. Noen velger forskning av faglig plikt, andre trenger et nødvendig avbrekk fra «samlebåndet» for å forebygge snikende utbrenning, mens atter andre satser på forskning rett og slett fordi det er spennende. Til og med gøy – noen ganger.

Skal alle allmennleger forske?

Selvfølgelig ikke. Men alle allmennleger må forholde seg til kunnskapsproduksjonen i faget. Det betyr at alle må være i stand til å lese, forstå og vurdere kunnskap som formidles i en vitenskapelig artikkel. Og helst kunne skjønne det relevante fra det som er irrelevant. Til dette trengs det et minimum av kunnskap om forskning og om forskningsmetoder. Dette er begrunnelsen for at alle som blir spesialister i allmennmedisin, først må gjennom et ukeskurs om allmennmedisinsk forskning. De som møter på kurset, kommer som regel i utgangspunktet av ren plikt. Fordi alle må ha dette obligatoriske kurset. Men vår erfaring med å kjøre dette kurset i mange år, er at i løpet av kursuka oppdager langt de fleste av kursdeltagerne at forskning både kan være interessant, spennende og ikke minst: relevant.

Slik dette kurset drives de fleste steder, utgjøres et langsgående gruppearbeide en viktig del av kurset. Her skal deltagerne enes om et tenkt forskningsprosjekt som de i parallell med kurset skal utarbeide en så detaljert plan («protokoll») for som mulig. Av og til får gruppa blod på tann, og følger opp prosjektpånen med gjennomføring i «real life».

Finnes det egne allmennmedisinske forskningsmetoder?

Et kjennetegn ved allmennmedisinsk forskning er at det faglige problemfeltet nær sagt er ubegrenset. Dette gjør at allmennmedisinsk forskning kan innebære bruk av mange forskjellige metoder. Både beskrivende, analytiske og eksperimentelle, både kvantitative eller kvalitative. For metodene er forskerens verktøy, og verktøyet må underordnes oppgaven som skal løses og tilpasses det spørsmålet som skal besvares. Men selvsagt finnes det grenser. Allmennpraksis er ikke noe laboratorium og pasientene er ikke forsøksdyr. Kliniske studier må skje i samsvar til de etiske standardene som er fastsatt gjennom Helsinki-deklarasjonen. Men dette passer de forskningsetiske komiteene godt på.

Hvordan starter et forskningsprosjekt?

Forskning er en form for organisert nysgjerrighet. Alle forskningsprosjekt starter ved at man lurar på noe: *Hvem...? Hva...? Hvor mange? Hvor ofte? Hvor mye? Hvilke(n)? Hvorfor? Hvordan kan det ha seg at...?*

Det viktigste og det vanskeligste skrittet i alle forskningsprosjekt er dette første steget fra det man lurar på til at man har omformulert det til et *forskbart* spørsmål. At spørsmålet er forskbart, betyr at man kan undersøke, kartlegge og analysere fenomenet på en måte som vil kunne gi gyldige, helst allmenngyldige, svar. Dette forutsetter kjennskap til hvilke forskningsmetoder som er tilgjengelige – og hva som er praktisk mulig å gjennomføre.

I arbeidet med å omforme det man lurar på til et forskbart spørsmål, erfarer man fort den begrensede gyldigheten i det gamle ordtaket som sier at en dåre kan spørre mer enn ti vise kan svare. Den som har balt en del med forskning, blir snart fristet til å snu på ordtaket: ti dårer kan svare mer enn en vis kan spørre.

Hva er et allmennpraktikerstipend?

Gjennom de nærmere tretti år allmennpraktikerstipendiatordningen har bestått, har dette uten tvil vært den viktigste støtteordningen for at norske allmennpraktikere har kommet i gang med egne, mindre forskningsprosjekt. Mange av de som i dag arbeider ved de allmennmedisinske universitetsseksjonene, startet sin forskerkarriere via denne stipendordningen. Hvert år setter legeforeningen av 36 stipendmåneder på den måten at rundt halvparten deles ut etter søknad hvert halvår. En svært viktig del av det å motta et forskerstipend, er at selv et stipend på bare noen få måneder har en viktig signal- og symboleffekt. Man får en gyldig grunn til å kjøpe seg fri fra andre oppgaver. Og tatt ut på deltid som en eller to dager i uka, kan få stipendmåneder «drøyes» på en måte som gir svært god uttelling av tildelt



Forskning er gøy. I dette tilfellet moro med analog randomisering.

tid. De allmenn- og samfunnsmedisinske universitetsmiljøene har dessuten tatt på seg å stille opp med eller skaffe til veie nødvendig faglig veiledning.

Ordningen forvaltes av Allmennmedisinsk ForskningsUtvalg (AFU) der både legeföreningen og de allmennmedisinske seksjonene er representert. Ordningen har blitt evaluert i to omganger, og konklusjonen begge ganger har vært «lite frø, rik avling». Nærmere informasjon om ordningen finnes på Legeföreningens hjemmesider.

Hvorfor får sykehuslegene så mye mer til forskning?

Mens fastlegeordningen er selve grunnmuren i det norske helsevesenet og allmennlegene utgjør en stor andel av landets leger, utgjør midler til allmennmedisinsk forskning bare smuler av landets samlede ressursbruk til medisinsk forskning. Helseforetaksreformen har bidratt til å synliggjøre at helsetjenesten skal ha ansvar for klinisk forskning. Normen er nå at tre prosent av foretakenes «omsetning» øremerkes forskning. For 2005 ble det således avsatt mer enn 350 millioner kroner til forskning i regi av helseforetakene. Men dette kommer ikke helsetjenesten utenfor helseforetakene til gode. Må vi ikke ha en tilsvarende satsning for allmennmedisinsk forskning? Dette har etter hvert også helsemyndighetene forstått. Tre prosent av årlige utgifter til allmennlegehelsetjenesten i Norge, ville utgjøre vel 160 millioner kroner. Hvordan er så dette beløpet i forhold til hva som de facto stilles til rådighet gjennom de allmennmedisinske universitetsseksjonene?

Hvor mye går til allmennmedisinsk forskning i Norge nå?

I forbindelse med planlegging av allmennmedisinske forskningsenheter (mer om dette under), ble det utarbeidet en oversikt over hvilke ressurser de allmennmedisinske universitetsseksjonene rår over til forskning. Vi har regnet at 50 prosent av vitenskapelig tid går med til forskning og administrasjon av forskning.

Oversikten omfatter faste vitenskapelige stillinger, postdoc-stipendiater og stipendiater «innomhus» på seksjonene. Ansatte ved nasjonale kompetansesentra (NOKLUS og Senter for legevaktsmedisin i Bergen og Distriktsmedisinsk senter i Tromsø) er ikke regnet med. Det samme gjelder for stipendiater som arbeider og lønnes andre steder samt ansatte på det eksternt finansierte etterutdanningsprosjektet Kollegabasert TerapiVeiledning (KTV) i Oslo.

Ellers er det slik at man ved de ulike fakultetene har benyttet *litt* forskjellige satser (lønnstrinn) for de ulike stillingskategoriene. Variasjoner pga dette overstiger neppe mer enn cirka ti prosent.

Oppsummert viser oversikten at til sammen knapt 25 årsverk (48 personer) nå er avsatt til allmennmedisinsk forskning ved de fire seksjonene i Norge. Samlet ressursbruk til denne forskningen utgjør 14 millioner kroner per år (Tabell). Oversikten viser ellers at Seksjon for allmennmedisin i Bergen er i en særstilling og rår over mer en dobbelt så store ressurser til forskning som de øvrige seksjonene til sammen. Et forhold som løfter Bergen opp er et stort antall stipendiater

	UiB	UiO	NTNU	UIT	Til sammen
Antall personer	32	7	5	4	48
Antall forsknings- årsverk	18,4	3,25	1,5	1,6	24,75
Ressurser (1000 kr) til forskning	9900	1872	888	1340	14000

TABELL Personer, årsverk og ressurser til allmennmedisinsk forskning ved de fire allmennmedisinske seksjonene i Norge per mars 2006

innomhus som til sammen bidrar med 12,5 forskningsårsverk. For alle de tre andre universitetsseksjonene er mangelen på forskningsressurser alarmerende. Og for fagfeltet som helhet er gapet opp mot det nivået som gjelder for helseforetakene dramatisk stort. Her må noe gjøres!

Allmennmedisinske forskningsenheter – hva er det og når kommer de?

I løpet av de siste årene har det utviklet seg en samstemmig enighet mellom sentrale helsemyndigheter, legeföreningen og de allmennmedisinske seksjonene om at det er et skrikende behov for å etablere nye ordninger som kan løfte allmennmedisinsk forskning ut av dødvannet. Det er ventet at fruktene av en konstruktiv planleggingsprosess gjennom de siste årene kan høstes alt i løpet av 2006. Den modellen man har landet på er at det skal etableres allmennmedisinske forskningsenheter knyttet til de allmennmedisinske universitetsseksjonene. Forbildet har vært tilsvarende danske forskningsenheter. Den faglige tilknytningen på hvert sted må være intim og symbiotisk mellom forskningsenhet og seksjon. Økonomisk og administrativt gjenstår det i skrivende stund en del ubesvarte spørsmål. For eksempel i forhold til faglig styringsstruktur og nasjonal koordinering. Men det synes klart at vinden blåser i retning av at enhetene vil bli eksternt finansierte prosjekter som skal legges til universitetene. Og at dette skal innebære at ansatte ved forskningsenhetene skal fritas for universitetsoppgaver som det å undervise på legestudiet. Hovedmålet med forskningsenhetene er å drive forskning på allmennmedisinske premisser. Praksisnær forskning forutsetter videre at forskningsenhetene må utvikle kontaktflaten mot praksisfeltet.

I sum vil etablering av slike forskningsenheter representere et paradigmeskifte for allmennmedisinsk forskning i Norge. Med enhetene på plass kan vi forvente plass og armslag for langt flere allmennmedisinske forskere enn hva vi har i dag. Flere kan arbeide i forskernetverk, flere kan ta doktorgrad og flere kan prøve seg på mindre prosjekt i egen praksis. Og alle, både allmennlegene, helsetjenesten, pasientene og samfunnet vil høste fruktene i form av all den oppdaterte, nye viten som vil bli skapt på forskningsenhetene.

Jo så menn! Vi har gode grunner til å glede oss!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2i.net

Lyrica® "Påse"

Antiepileptikum.

KAPSELER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg og 300 mg. Hver kapsel inneholder: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg og 300 mg, laktosemonehydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioxid (E171).

Indikasjon: Perifer neuropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering.

Dosering: Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Neuropatisk smerte: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialysepasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (Cl_{CR}), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (mmol/liter) etter følgende formel: Cl_{CR}(ml/min/1,73 m²) = (140 - alder (år)) × kroppsvekt (kg) / serumkreatinin (mmol/liter).

For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (Cl _{CR}) (ml/min)	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
	Startdose (mg/dag)	Maksimaldose (mg/dag)	
≥ 60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30 - 60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
15 - 30	25 - 50	150	1 eller 2 ganger daglig
< 15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)			
	25	100	maks 3 ganger

* Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregime for å gi mg/dose.

** Supplerende dose gis som enkeltdose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forholdsregler: Ber brukes med forsiktighet av pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktose-malabsorpsjon eller med en spesiell form for hereditær laktasemangel (spiss laktasemangel). Justering av hypoglykæmi behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vekststøtning ved pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke forekomsten av skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bil, bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfalleffekt kan ikke tilstrekkelig dokumentert.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksydon, kan potensielle effekter av etanol og lorazepam, men gir ingen effekt på respirasjonen. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikonseptjonsmidler.

Graviditet/fødsel: Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter ved eksponering over anbefalt human eksponering, dette indikerer en mulig risiko for humane fosterkader. Adskilt prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkas. Skal derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, muntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsesforstyrrelser, tremor, dysartri, parese, syn. Dobbeltblikk, sløret syn. Urogenitale: Erektildysfunksjon. Øvrige: Utmattelse, perifer ødem, følelse av å være full, edem, uormal gange, vekststøtning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofageal reflukssykdom, oral hypostesi. Hud: Svette, papulær hudutslett. Lufteveier: Dyspné, tørrhet i neset. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelsmerter, myalgi, artralgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskelslapphet. Psykiske: Depersonalisering, anor, gasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnighet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, unormale drømmer, økt libido, panikkanfall, apori. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypostesi, synsforstyrrelser, nystagmus, problemer med å snakke, myoklonus, hyperrefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperrefleksi, agesi, brennende følelse, innsensjonstremor, stupor, synkope. Sirkulatoriske: Takykardi, redne, hjerterstopp. Syn: Synsforstyrrelser, tårer, øyne, hvide øyne, tåkesyn, øyemesmerter, synstetthet, økt tåropproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryst, forhøyet alainamintotransferase, forhøyet kreatininfosfatase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelett. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykæmi. Ascites, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kalsvett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalpasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse. Hørsel: Hyperakusis. Lufteveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetørrhet, neseebløding, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hemninger, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyevibrasjon, mydriasis, oscillopsi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelning, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulært blok, sinusstykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenitale: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmerte, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Smerterfulle ødemer, pyreksi, rigor, forhøyet kreatininfosfatase, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalium i blodet, vekststøtning, redusert antall hvite blodlegemer.

Overdosering/forgiftning: Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert overordnede bivirkninger. Behandling av pregabalinoverdoser bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (5-aminometyl-5-metylheksansinsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin bindes til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men mat har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biogjengelighet: 90%, uavhengig av dose. "Steady state" oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer, men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaclearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelseshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: Kapsler: 25 mg: 56 stk. kr 219,10, 75 mg: 56 stk. kr 147,70, 150 mg: 56 stk. kr 485,80, 300 mg: 56 stk. kr 1006,90.

Sist endret: 01.02.2006

Referanser:

- 1) Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001 Feb 1;344(5):363-70.
- 2) Heliovaara M, Impivaara O, Sievers K, Melkas T, Knekt P, Korpi J, et al. Lumbar disc syndrome in Finland. J Epidemiol Community Health 1987 Sep;41(3):251-6.
- 3) Khorrami S, Patsalides A, Parada S, Salehi V, Moeggen JM, Max MB. Topiramate in chronic lumbar radicular pain. J Pain 2005 Dec;5(12):829-36.
- 4) Schofferman J, Reynolds J, Herzog R, Covington E, Dreyfuss P, O'Neill C. Failed back surgery: etiology and diagnostic evaluation. Spine J 2003 Sep;13(9):400-3.
- 5) Kaki AM, El-Yasri AZ, Yousef E. Identifying neuropathic pain among patients with chronic low-back pain: use of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs pain scale. Reg Anesth Pain Med 2005 Sep;30(5):422-8.
- 6) Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Godkjent av Den norske lægeforenings sentralstyre 28.10.2003
- 7) Preperomentalen
- 8) Sabatowski R et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with PHN. Pain 1999;82:89-97.
- 9) Dworkin RH et al. Pregabalin for the treatment of PHN. A randomized, placebo-controlled trial. Neurology 2003;60:1274-83.
- 10) Richter et al. Relief of painful DPN with pregabalin: A randomized, placebo controlled study. Pain 2005;114:253-260.
- 11) Lesser et al. Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized, controlled trial. Neurology 2004;63:2104-10.
- 12) Rosenstock et al. Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain 110(2004):628-38.
- 13) French et al. Dose-response trial of pregabalin adjunctive therapy in patients with partial seizures. Neurology 2003;60:1831-37.



Pfizer for bedre helser

Modifenac 75 mg

-eneste diclofenacpreparat som kombinerer både
hurtig og langvarig smertelindring

25 mg entero-coated pellets

Modifenac inneholder pellets med entero-coating som er < 1 mm store og som inneholder finfordelt diclofenac. I duodenum går 1/3 av pelletene i oppløsning i løpet av 10 minutter og diclofenac frisettes hurtig. Max. serumkonsentrasjon oppnås i løpet av en time.

50 mg depotpellets

To tredjedeler av pelletene har en coating som gjør at det bygges opp en diffusionsmembran i nærvær av tarmsaft. Væsken penetrerer porene og løser opp aktivt diclofenac som diffunderer ut. Dette fører til en kontrollert frisetting av diclofenac over 12-24 timer.



Indikasjoner:

Artrose, Rheumatoid Artritt, Juvenil Rheumatoid Artritt, Mb. Bechterew.

Dosering (voksne):

1 kapsel 1 - 2 ganger daglig

Ved sterke smerter: 2 kapsler som engangsdose om morgenen.



creating value in pharmaceuticals

Actavis Norway AS, Postboks 278, 3421 Lierskogen, Telefon 32 22 50 00

Modifenac Alpha

Antiflogistikum.

ATC-nr.: M01A B05

T KAPSLER MED MODIFISERT FRISSETTING 75 mg: Hver kapsel inneh.: Diclofenac, natr. 75 mg (25 mg i enterosolubel form, 50 mg i depotform), const. q.s. Fargestoff: indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Reumatoid artritt, Juvenil reumatoid artritt, Artrose, Mb. Bechterew.

Dosering: Voksne: 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smerter, spesielt om morgenen, kan 2 kapsler tas samtidig. Ved akutte smerter bør kapslene tas før måltider for å få så hurtig innsettende virkning som mulig. Kapslene skal svelges hele med rikelig væske.

Kontraindikasjoner: Ulcus pepticum. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke gis om acetylsalisyk, andre NSAID eller analgetika har forårsaket allergiske manifestasjoner som astma, urticaria eller akutt rhinitt. Graviditet i 3. trimester.

Forsiktighetsregler: Hvis mavesår eller gastrointestinal blødning oppstår skal behandlingen avbrytes. Kan maskere symptomer på ulcus. Forsiktighet utvises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulcerøs kolitt, Crohns sykdom, SLE, hematopoieseforstyrrelser, samt pasienter med alvorlige leverforstyrrelser. Forsiktighet bør utvises ved bronkialastma fordi symptomene kan forverres. Da prostaglandiner er viktige for å opprettholde nyreperfusjonen, bør ekstra forsiktighet utvises hos pasienter med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon, spesielt ved samtidig diuretikabehandling og ved redusert plasmavolum. Blod, lever- og nyrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Hvis forhøyede leverfunksjonsverdier vedvarer eller forverres, skal preparatet seponeres. Hepatitt kan oppstå uten prodromale symptomer. Forsiktighet bør utvises ved hepatisk porfyri, da anfall kan utløses. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnervøse bivirkninger bør advares mot biljåring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner. Preparatet kan virke midlertidig hemmende på blodplateaggregasjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktisk/anafylaktoide, kan oppstå. Kan redusere fertilitet hos kvinner og anbefales derfor ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Seponering bør vurderes hos kvinner som har problemer med å bli gravide eller som utredes for infertilitet.

Interaksjoner: Samtidig behandling med digoksin kan gi økt plasmakonsentrasjon av digoksin. Samtidig bruk av kaliumsparende diuretika kan gi økt kaliumnivå i serum. Samtidig inntak av andre NSAIDs kan øke bivirkningsfrekvensen. Dosejustering av antidiabetika kan være nødvendig ved samtidig bruk. Kramper er rapportert ved samtidig bruk av NSAIDs og kinoloner. Ved samtidig administrering av kolestipol eller kolestyramin reduseres absorpsjonen av diklofenac, og preparatene bør gis med flere timers mellomrom. (I: M01A antiinflammatoriske midler og antireumatika (ekskl. steroider), M01A B05 diklofenak)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Kontraindisert i 3. trimester pga. risiko for følgende effekter på fosteret: Kardiopulmonal toksisitet (prematur lukking av ductus arteriosus, pulmonal hypertensjon), renal dysfunksjon som kan føre til nyresvikt og oligohydramnion. Moren og det nyfødte barnet kan få forlenget blødningsstid, selv ved lave doser. Reaktiviteten kan hemmes og dermed forsinke forlengelse fødselen. Bruk tidlig i svangerskapet kan gi økt risiko for abort, kardiovaskulære misdannelser og gastroschisis. Skal derfor ikke brukes i 1. og 2. trimester hvis ikke strengt nødvendig. Kvinner som prøver å bli gravide, eller er gravide i 1. og 2. trimester, bør få lavest mulige dose over kortest mulig tid. Overgang i morsmelk: Går over i liten grad. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Epigastrisk smerte, kvalme, brekninger, diaré, abdominale kramper, dyspepsi, flatulens. Hud: Utslett. Lever: Økning i transaminaser. Sentralnervesystemet: Hodepine, svimmelhet, anoreksi. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning (hematemesis, melena, blodig diaré), gastro- eller intestinalt sår med eller uten blødning eller perforasjon. Hud: Urticaria. Lever: Hepatitt. Sentralnervesystemet: Søvnighet. Sirkulatoriske: Ødem. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som astma, anafylaktiske reaksjoner inkl. hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolytisk anemi, aplastisk anemi, agranulocytose. Gastrointestinale: Akutt stomatitt, glossitt, esofaguslesjoner, diafragmaligende intestinalstrikurer, lidelser i nedre del av maven som non-spesifikk hemoragisk kolitt og forverring av ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bullas erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt toksisk epidermolysis), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), hårfall, fotosensibiliseringsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sanseforstyrrelser, inkl. parestesier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, søvnbesvær, irritabilitet, kramper, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykiske reaksjoner, synsforstyrrelser (tåkesyn, diplopi), redusert hørsel, tinnitus, smaksforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpasjon, brystmerter, hypertensjon, hjertesvikt. Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri, interstisiell nefritt, nefrotisk syndrom, papillær nekrose. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som vaskulitt, pneumonitt. Aseptisk meningitt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme og oppkast. Cerebrale symptomer (svimmelhet, hodepine, ataksi stigende til koma og kramper). Påvirkning av lever- og nyrefunksjon, hypotensjon, respirasjonsdepresjon, ev. koagulasjonsforstyrrelser. Behandling: Støttende og symptomatisk. Absorpsjon bør hindres så raskt som mulig etter overdosering ved maveutømming og bruk av aktivt kull.

Pakninger: Enpac: 20 stk., 100 stk.

T: 17e, 35a).

T TABLETTER 500 mg, 850 mg og 1000 mg: Hver tablett inneh.: Metformin, hydrochlorid. 500 mg, resp. 850 mg og 1000 mg, const. q.s.

Indikasjon: Behandling av diabetes mellitus type 2 hos voksne, spesielt hos pasienter med overvekt når adekvat kostregulering og fysisk aktivitet alene ikke gir tilstrekkelig glykemisk kontroll. Glucophage kan brukes alene eller i kombinasjon med andre perorale diabetespreparater, eller med insulin. Det ble vist en reduksjon av komplikasjoner i forbindelse med diabetes hos overvektige pasienter med diabetes type 2, som ble behandlet med metformin som førstelinjehandling etter mislykket forsøk med diett alene.

Dosering: Monoterapi og kombinasjon med andre perorale diabetespreparater: Vanlig startdose er 1 tablett 500 mg eller 850 mg 2 eller 3 ganger daglig enten i løpet av eller etter et måltid. Etter 10-15 dager bør dosen justeres basert på resultatene av blodsuktermålingene. En langsom økning av dosen kan forbedre den gastrointestinale toleransen. Anbefalt maksimaldose er 3 g metformin daglig. Hos pasienter som får en høy metformindose (2-3 g pr. dag), er det mulig å erstatte 500 mg tablett med en 1000 mg tablett. Hvis overgang fra et annet peroralt diabetespreparat planlegges, skal behandlingen med det andre midlet avsluttes og behandling med metformin startes som angitt over. **Kombinasjon med insulin:** Metformin og insulin kan gis i kombinasjon for å oppnå en bedre kontroll av blodsukkeret. Metformin gis i vanlig startdose med 1 tablett 2-3 ganger daglig, men insulin dosen tilpasses i forhold til resultatene av blodsuktermålingene. Eldre: Nyrefunksjon er potensielt nedsatt hos eldre pasienter. Derfor bør metformindoseringen tilpasses pasientens nyrefunksjon. Regelmessig kontroll av nyrefunksjonen er nødvendig. **Barn:** I fravær av kliniske data, bør ikke preparatet gis til barn. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for et eller flere av innholdsstoffene. Diabetisk ketoacidose, prekomma diabetikum. Nyreinsuffisiens (kreatinininnhold >135 µmol/liter hos menn og >110 µmol/liter hos kvinner). Akutte tilstander som medfører risiko for nedsatt nyrefunksjon f.eks. dehydrering, alvorlige infeksjoner, sjokktilstand, undersøkelser med intravaskulær injeksjon av joderte kontrastmidler. Akutt og kronisk sykdom som kan forårsake vevshypoksi, som f.eks. hjerte- eller lungeinsuffisiens, nylig hjerteinfarkt, sjokktilstand. Levercelleinsuffisiens, akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. Amning.

Forsiktighetsregler: Melkesyreacidose: Melkesyreacidose er en sjelden, men alvorlig stoffskiftet komplikasjon (høy dødelighet uten rask behandling) som kan forekomme ved opphopning av metformin. Rapporterte tilfeller av melkesyreacidose under metforminbehandling har primært skjedd hos diabetespasienter med en signifikant nyreinsuffisiens. Forekomsten av melkesyreacidose kan og bør reduseres ved kontroll av også andre risikofaktorer som ustabil diabetes, ketose, forlenget faste, alkoholmisbruk, levercelleinsuffisiens, samt enhver tilstand assosiert med hypoksi. **Nyrefunksjon:** Da metformin elimineres via nyrene bør serumkreatinin bestemmes før behandlingen starter og deretter kontrolleres regelmessig. Minst 1 gang i året hos pasienter med normal nyrefunksjon, minst 2-4 ganger årlig hos pasienter med serumkreatininivå i øvre del av normalområdet og hos eldre pasienter. Nedsatt nyrefunksjon hos eldre pasienter er hyppig og asymtomisk. Spesiell forsiktighet bør utvises i situasjoner hvor nyrefunksjonen kan bli forverret, f.eks. i starten av en diuretisk eller blodtrykksnedsenkende behandling eller behandling med en NSAID. **Injeksjon av jodholdige kontrastmidler:** Ved røntgenundersøkelser med intravaskulære injeksjoner av jodholdige kontrastmidler, og med den potensielle nyreinsuffisiens disse produktene kan medføre, bør metforminbehandling seponeres før eller ved begynnelsen av undersøkelsen. Behandlingen skal ikke gjenopptas før 48 timer etter undersøkelsen, og kun etter at nyrefunksjonen er kontrollert og funnet normal. **Kirurgiske inngrep:** Behandling med metforminhydroklorid bør seponeres minst 48 timer før et planlagt kirurgisk inngrep med full anestesi, og bør vanligvis ikke gjenopptas før 48 timer etter inngrepet. **Øvrige forsiktighetsregler:** Alle pasientene bør fortsette dietten med et jevnt karbohydratinnhold om dagen. Overvektige pasienter bør fortsette med et kalorifattig kosthold. De vanlige biologiske diabeteskontrollene bør foretas regelmessig. Metformin brukt alene medfører aldri hypoglykemi, men forsiktighet anbefales hvis det brukes i kombinasjon med insulin eller sulfonylureapreparater. Metformin monoterapi fører ikke til hypoglykemi, og antas derfor ikke å påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter må derimot være klar over risikoen for hypoglykemi hvis metformin brukes i kombinasjon med andre antidiabetika (sulfonylurea, insulin eller repaglinid). **Interaksjoner:** Økt risiko for melkesyreacidose ved akutt alkoholforgiftning, spesielt i følgende tilfeller: Faste eller feilemning, levercelleinsuffisiens. Unngå inntak av alkoholholdige drikker eller alkoholholdige legemidler. Ev. forekomst av funksjonell nyreinsuffisiens i forbindelse med intravaskulær injeksjon av jodholdige kontrastmidler kan føre til akkumulering av metformin og risiko for melkesyreacidose. Glukokortikoider (systemiske og lokale), beta2-agonister og diuretika har iboende hyperglykemisk aktivitet. Informer pasienten og skjøp kontrollen av blodsukkeret, spesielt i begynnelsen av behandlingen. ACE-hemmere kan føre til redusert blodsukternivå. (I: A10BA02, metformin) **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Ingen relevante epidemiologiske data er i dag tilgjengelige. Dyrestudier viser ikke noen skadelige virkning i forbindelse med graviditet, embryonisk eller fetal utvikling, fødselsprosess eller postnatal utvikling. I det øyeblikk svangerskap overveies og under svangerskap, bør ikke diabetes behandles med metformin, men med insulin for å holde blodsukternivået på et nivå så nær opp til normalt som mulig for å redusere risikoen for fostermisdannelse i forbindelse med unormale blodsukternivåer. Overgang i morsmelk: Metformin utskilles i melken til ammende rotter. Lignende informasjon er ikke tilgjengelig for mennesker. Det bør tas en beslutning om hvorvidt amningen skal avbrytes eller metformin skal seponeres, ved å ta i betraktning hvor viktig preparatet er for moren. **Bivirkninger:** Gastrointestinale symptomer som kvalme, brekninger, diaré, buksmerter og nedsatt appetitt (>10%). Disse bivirkningene forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og avtar som regel spontant i de fleste tilfeller. For å motvirke fordøyelsesproblemer anbefales det å ta metformin som 2 eller 3 daglige doser enten i løpet av eller etter måltidene. **Hyppige (>1/100):** Metallsmak i munnen. **Sjeldne (>1/1000):** Mildt erytem hos enkelte overfølsomme individer. Nedsatt absorpsjon av vitamin B12 med nedsatt serumkonsentrasjon, er observert hos pasienter ved langvarig behandling med metformin, og viser seg vanligvis å være uten klinisk betydning. Melkesyreacidose (0,03 tilfeller/1000 pasientår) forekommer svært sjelden. **Overdosering/Forgiftning:** Selv med metformindoser opp til 85 g, er det ikke blitt observert hypoglykemi, men derimot er det oppstått melkesyreacidose under disse betingelsene. Stor overdosering eller ledsagende risikoer ved metformin kan føre til melkesyreacidose. Melkesyreacidose er en medisinsk nødsituasjon, og må behandles på sykehus. Den mest effektive metoden for fjerning av laktat og metformin er hemodialyse.

Egenskaper: Klassifisering: Metformin er et biguanid med antihyperglykemisk effekt, som senker både basal og postprandial plasmaglukose. Metformin stimulerer ikke insulinsekresjonen, og fremkaller dermed ikke hypoglykemi. **Virkningsmekanisme:** Metformin virker muligens via tre mekanismer: 1. Reduserer leverens glukoseproduksjon ved å forhindre glukoneogenese og glukogenolyse. 2. Ved å øke følsomheten overfor insulin, som forbedrer det perifere opptaket og utnyttelsen av glukose i musklene. 3. Ved å forsinke glukoseopptaket fra tarmen. Metformin stimulerer den intracellulære glykogensyntesen ved å virke inn på glykogensyntase. Metformin øker transportkapasiteten til alle typer membranglukosetransportører (GLUT). Uavhengig av dens påvirkning på blodets glukoseinnhold har metformin gode effekter på lipidmetabolismen hos mennesker. Metformin reduserer det totale kolesterolinnholdet, LDL-kolesterol og triglyseridnivået. **Absorpsjon:** Etter peroralt inntak nås T_{max} innen 212 time. Absolutt biotilgjengelighet av metformin 500 mg eller 850 mg er ca. 50-80%. Absorpsjonen er mettbar og ufullstendig. C_{max} oversteg ikke 4 µg/ml selv ved høyeste dose. Inntak av mat minsker absorpsjonsgraden (40% lavere C_{max} og en 25% reduksjon i AUC) og forsinket absorpsjonen noe (T_{max} økte med 35 minutter). Den kliniske relevansen av disse reduksjonene er ukjent. **Fordeling:** Plasmaproteinbindingen er ubetydelig. Gjennomsnittlig distribusjonsvolum: 63-276 liter. **Halveringstid:** Ca. 61/2 time. Det antas at farmakokinetikken er ikke-lineær. Ved vanlige doser og dosering nås «steady state»-plasmakonsentrasjonen etter 24-48 timer, og er vanligvis lavere enn 1 µg/ml. **Metabolisme:** Metformin utskilles uforandret i urin. Det er ikke påvist metabolitter hos mennesker. **Utskillelse:** Renal clearance av metformin er > 400 ml/minutt, hvilket indikerer at metformin elimineres ved glomerulær filtrering og tubulær sekresjon. Via fæces: Ca. 20-30% ved normaldosering. Ved nedsatt nyrefunksjon reduseres renalclearance proporsjonalt med kreatininclearance og halveringstiden for eliminering økes, noe som fører til økte metforminnivåer i plasma.

Pakninger og priser: 500 mg: 400 stk. kr. 202,-, Endose: 100 stk. kr. 70,70, Enpac: 100 stk. kr. 70,70, 850 mg: 200 stk. 148,80, Endose: 100 stk. kr. 87,80, Enpac: 100 stk. kr. 80,-, 1000 mg: Enpac: 60 stk. kr. 60,- Enpac: 180 stk. kr. 180,20.

Utposten trykker i dette nummeret flere artikler om selvmord.

Lavrantz Kyrdaalen drøfter legens møte med den suicidale, hvordan legen kan vurdere selvmordsfare og hvilke grep legen kan ta for å gjøre risikoen for selvmord minst mulig. Helen Brandstorp beskriver det lokale hjelpeapparatets innsats i forbindelse med en selvmords-epidemi i Tana og Torgeir Gilje Lid skriver om oppfølging av pasienter etter selvmordforsøk i Stavanger. Ingvar Bjelland skriver om depresjon og selvmordsfare blant barn og unge.

Selvmord og selvmordsforsøk er dramatiske og tragiske hendelser. For den suicidale, for familien og det nære nettverket og for lokalsamfunnet. Og for hjelperne, og ikke minst allmennlegen som ofte spiller en nøkkelrolle i forhold til den som ser selvmordet som en vei ut av sin lidelse. Derfor handler selvmord om det tragiske. Men det handler også om at livet må gå videre. Og om at mennesket er bygd for å tåle det forferdelige, og for å reise seg etter katastrofen.

Artiklene fokuserer på ulike sider av denne problematikken, og gir innspill til refleksjon

og ettertanke.

Ivar Skjæie

TRENT TEAM, FOR DET TRISTESTE

AV HELEN BRANDSTORP

Det ble en tung sommer i Tana i fjor. Det var tid for det tragiske flere ganger i hele den lyse årstiden. Eldre leger sier at sommer og midnattssol er tid for kriser, ulykker, det triste. Rart, tenker en søring. Det skulle vel være tiden for glede og sorgløse netter ved elva og på fjellet? Tiden da sola og livet gir i rikt monn.

I sommeren som gikk erfarte vi det de eldre hadde fortalt. Flere suicid og en dødsulykke preget oss langt etter at dagene var blitt kalde og sola forsvunnet igjen. Livet tok. Og vi var ikke forberedt.

De gode erfaringene

I det følgende vil jeg allikevel forsøke å få frem de gode erfaringene vi gjorde oss, i en spredt bebodd bygd på ca 3000 innbyggere, beliggende langt mot nordøst i det samiske kjerneområdet. Jeg har valgt å snakke med tre av de som var sentrale i arbeidet, litt til forskjellig tid. Men de er allikevel alle bærere av en kriseteamsånd de er stolte av. Selv var jeg med i den første delen av sommeren og bruker mine egne refleksjoner også. Jeg kunne snakket med flere, men det var disse som var der jeg var, denne vårvinteren, når ting var på avstand og sola igjen varmet.



ANNA-BERGITTE HENRIKSEN

Hun er selv fra Tana, hun er helsesøster og har også jobbet som psykiatrisk sykepleier tidligere i karrieren. Leketerapi ble hennes nye oppdagelse, og det har hun reflektert rundt i ettertid. Det er spennende å følge barns prosess over tid, gjennom tegning og lek, forteller hun. Kanskje spesielt tegning. Man kan se at sterke følelser som for eksempel aggresjon får komme ut, bli tydelig og fylle rommet. Barnet forteller på sin måte. Enkelte sterke inntrykk hos barn jeg har jobbet med, har jeg så sett blitt vagere, mindre viktige for hver time. En bearbeiding av det opplevde har fått skje. Noen barn foretrekker lek med figurer, ofte som en slags barnets rekonstruksjon. Gjennom figurer får barnet vise mye av det som opptar det. Man må følge godt med for å kunne tolke tankene.

I team med en lege, i samme rom som foreldre og legen samtalte, har helsesøsteren lekt med barn i krise. Dette var lek hun ikke var kurset for i forkant. Anna-Bergitte har mye etterutdanning og erfaring, men tegning og lek som terapi i kriser var nytt. Hun var spent på forhånd, leste ivrig i en bok om barn og sorg og spurte etter råd. Erfaringene ble altså mange flere enn hun, eller noen annen, hadde tenkt seg.

Det gikk fint. Store barn tegner selv, og de er lette å jobbe med, forteller Anna-Bergitte. De mindre må man kanskje hjelpe å tegne, hjelpe å uttrykke seg. Av og til må man tegne selv også, i dialog med de minste. Noen barn vil sitte på fanget til en av foreldre mens de leker eller tegner, andre trenger å være i et annet rom med åpen dør. Anna-Bergitte har erfart at barn kunne være sårt opptatt av å skjerme foreldrene fra det vonde.

På tegningene er ofte detaljer viktige. Noen små ting kan feste seg og bli stort i et lite barnehode. Tålmodig bør dette lyttes til av en «som orker», og en som ikke barnet må ta ansvar for.

Anna-Bergitte Henriksen, helsesøster i Tana.

Plutselig kan det være nok tegning for den minste, pauser med helt annet innhold er nødvendige og styres av barnet selv. Men så er det terapeutens oppgave å lokke barnet tilbake til tegningen. Anna-Bergitte valgte hele tiden å sitte stødig ved tegnebordet eller ved lekene. Hun ville ikke være en vanlig leketante.

Begravelser kan man også tegne

Prestens hvite kjole, Bibelen, kisten og det sorte hullet der kisten skal senkes er elementer å ta med. Gode forberedelser og god innsikt er nyttige for barn som ellers lett blir forvirret i dette «voksne» ritualet. Det har vært godt for Anna-Bergitte å oppleve at denne forberedelsen har gitt barna mestringsfølelse i virkeligheten.

Skoler og barnehage bør informeres om terapien. Det må skapes forståelse for at noen barn, som voksne, ikke vil betro seg til mange om det vanskeligste. I sommer var det hos Anna-Bergitte at det vonde ble tegnet og lekt. Her var rommet for det. Barnehagen kan kanskje heller være stedet der barnet tar fri fra det vonde. Fri fra sørgende foreldre er også viktig.

Tegne- og leketerapien kan foregå regelmessig, over flere uker. Anna-Bergitte gjorde det slik at hun og foreldre sammen fant ut når det var på tide å avslutte.

Anna-Bergitte fikk en rolle i det hun kaller «barnefamilieteamet» sammen med en erfaren kommuneoverlege. Dette teamet var en del av det større kriseteamet, og Anna-Bergitte synes det var klokt å la to og to jobbe sammen. Det var hun vant til fra før også.

Det er støttende å være to, både for det faglige, men også for egne personlige vansker som kan komme under intens jobbing. Lufting av egen frustrasjon og kollegastøtte gjøres best med de en jobber tett med, tror hun.

HELEN BRANDSTORP

Dette er meg, innflytter sørfra. Jeg er kommunelege 2 og har vært med i noen kriser i Tana. Som kona til presten har det av og til blitt dobbel dose.

Min gode erfaring fra i sommer var å få lede kriseteamet i de første krisene. Det var ferietid, og mange var på ferie. Vårt utgangspunkt var ikke en sterk kriseteamsånd. Det var gått en stund siden siste gang det var stor tragedie i

bygda. Noen var kommet og gått i stillinger, og noen var lei av å stå nokså alene i krisearbeid.

Varsomt tok vi fatt, det var ingen vei utenom. Vi få som var igjen på jobb måtte ta oppgaven. Det som løste opp knuten, der alle satt og følte de hadde nok annet å gjøre, var et felles tegneprosjekt. Vi tegnet et stort tre.

Et stort slekts- og nettverkstre var det vi laget, og alle kunne bidra til det. Sammen kjente vi til de fleste familiene som var rammet og alle barna ved navn og omtrentlig alder. Stoltheten over at vi fikk til et så detaljert tre, bare ved vår lokalkunnskap, var viktig for følelsen av felleskap og mestring. En slags yrkesstolthet vokste frem og med den en ansvarsfølelse overfor krisen i vår bygd, hos våre folk.

Vi samlet oss bokstavelig talt ved treet, og fortsatte med det noen ganger under arbeidet med den første tragedien. Oppgavene vi påtok oss var ikke større enn at vi trodde det skulle gå. Vi krevde lite av hverandre, men avventet tillitsfullt at den enkelte fikk bestemme over egen innsats. Og det gikk bra. Teamet var etablert.

Ganske raskt fikk vi behov for å møtes for å tegne et nytt tre. Vi klarte det igjen. Oversikten var virkelig god. Navnene på de berørte hadde ansikt i våre tanker, vi så dem og følte med dem. Ny runde med ansvarsfordeling og på nytt en underliggende mestringsfølelse fordi treet ble så godt å sitte ved. Vi hadde krefter. Vi kjørte lange veier til hjem i vår vidstrakte kommune, og vi snakket lenge. På en måte var det godt å hjelpe når en selv var trygg, ved det felles treet.

Helen Brandstorp, kommunelege 2 i Tana.





Inger Anne Kristoffersen, ungdomsmor og leder i hjelpetjenesten.

INGER ANNE KRISTOFFERSEN

Hun var egentlig i annen jobb i sommer, men ble kontaktet for å ta seg av ungdommen i bygda. Det visste man hun var god til. Hun hadde vist det mange ganger i den kommunale psykiatritjenesten og som leder på hjelpetjenesten. Inger Anne er fra Tromsø, og hun er kul nok til å fenge de unge. Hun er ungdoms-mor, belevd og vár nok til å fange opp de unges signaler. Inger Anne er kjapp, hun kan hive seg rundt, bokstavelig talt, og hun får mange unge folk inn i

sin bil. Kriseteamet fikk hennes hjelp nettopp fordi hun forstod at her må det handles. Hun ble med. Inger Anne reflekterer i ettertid over det at slike som henne trengs også i et kriseteam. Noen må sitte trygt i stolen og tenke, være de stødige, de samlende. Men noen må også agere raskt, tørre å hoppe.

Inger Anne ble sammen med vikarpresten nok et team i kriseteamet. De ble «ungdomsteamet». Presten hadde mye erfaring med suicid fra sin hjembygd Karasjok, og med sin trygge basis ble han en støtte for Inger Anne. De to «var overalt». De to var der ungdom var. De plukket dem opp, kjørte dem til viktige steder. De var på internett, de var med på sms, de var på klubben, de var på skatebanen.

«Dere får ikke spre mer gale rykter!» formante Inger Anne. Rykteflommen via sms kan bli enorm og nok til å gjøre hvem som helst litt gal.

«Var han så snill? Er det snilt å ta sitt eget liv» sa presten strengt. Heltestatus for en som er drept i en bilulykke kan gå an, men ikke når det gjelder selvmord.

«Nå må noen lufte denne hunden»

Guttene fikk oppgaver å løse, praktiske ting som gjorde at de var til nytte for de som trengte det. Jentene var mye mer verbale. De fikk snakke og de fikk skrive.

Inger Anne var tydelig voksen, med respekt for de unge, og hun fikk tydelig tillit og respekt tilbake. Kanskje avverget hun epidemien fra å spre seg. De betrodde seg til Inger Anne, om små og større ting. Hun lyttet, leste og stolte på sin uro og oppsøkte uten nøling, uten tanke for arbeidstid, de hun trodde kunne være ustabile. «Vi har ingen å miste» var hennes budskap.





Aino Snellmann, lege fra finsk side av Tanaelva.

AINO SNELLMANN

Hun bor på finsk side av Tana elva. Hun er lege og hun tenker seg godt om før hun snakker og handler. Aino gir trygghet. Aino har veldig mye erfaring.

Hun ville fortelle om en minnestund ungdommene hadde laget på slutten av sommeren. Den var sterk for henne. Minnestunden var ute, den var åpen for alle og alle kom. Der på skatebanen ble mikrofoner rigget opp.

Røff rap fra ungdommens egen produksjon ble spilt og jentenes tale lest opp. Minnestunden var villet av ungdommen selv og den ble laget mye av de unge selv, men med Inger Anne og prestens styrende hånd på hele tiden. De måtte stole på sin tidligere erfaring i møte med skepsis fra andre.

Heltestatus og søt-suppe forbudt

Gode forberedelser for de som ville bli sterkest berørt. Det ble det en felleskapsbyggende samling. Det ble en gruppedynamikk der mange bidro, der de voksne ledet, men der de unges uttrykk fikk gjelde. Savnet og smerter kom frem så sterkt at alle forstod at dette ikke må skje igjen. Tana skal bli et sted man tar vare på hverandre. Det skal vi klare sammen.

Vi vet at tragedien rammer oss igjen. Det vil skje uventet og urettferdig. Men nå er vi trent og litt mer forberedt. Trent team ... for det meste.

FURST



Utfyllende informasjon
og oppdatert blåbok på
www.furst.no

Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

- akkreditert laboratorium
- god service
- tilgjengelig fagkompetanse
- kurstilbud
- IT-støtte og råd
- hentetjeneste
- kundestøtte



Hovedkontor:

Søren Bulls vei 25, 1051 Oslo
Tlf 22 90 95 00 - Fax 22 90 96 06
Sentralbord betjent til kl. 16.00

Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

Furuset: Søren Bulls vei 25
Oslo Sentrum: Dronningensgt. 40
Majorstuen: Kirkevn. 64 B, 3. etg.
Ski: Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)
Sandefjord: Holmbrua 2 (Søebergkvartalet)

For flere opplysninger

Kontakt markedsgruppen, tlf 22 90 96 69
eller markedsgruppe@furst.no

Ansvarlig lege: Dr. med. Kjell Torgeir Stokke, spes. i medisinsk biokjemi

Vurdering av SELVMORDSFARE

AV LAVRANTZ KYRDALEN

Om selvmord

I disse tider og i dette land
Burde der ikke være mørke aftner
Endsige høje broer over floden
Eller timen mellom nat og morgen
Og den hele vinter ydermer,
Det er for farligt.
Ti når man ser al den jammer
Smider man uden minste
Betænkning
Sit uutholdelige liv væk.

Fra «Digte» av Bertold Brecht.



Lavrantz Kyrdaalen

er pensjonert psykiater og har arbeidet som distriktlege 3 år, overlege og avdelingsoverlege ved psykiatrisk avdeling på Gjøvik i 30 år. Mastergrad i helseadministrasjon 1993, og arbeidet i 1997 som koordinator for utdanningsprosjekt for spesialistkandidater i psykiatri i Kambodsja og som Medical Officer ved IOM (International Organization for Migration) i Kambodsja. Han arbeider nå deltid ved behandlingsinstitusjon for rusmisbrukere.

Vurdering og behandling av suicidale pasienter er en av de vanskeligste oppgaver vi som helsearbeidere står overfor i vårt daglige arbeid enten vi arbeider i primær- eller i spesialisthelsetjenesten. Denne artikkelen vil ta for seg forskjellige sider ved selvmordsproblematikk, men kan selvsagt ikke integrere alle sider. Hovedvekten vil bli på kliniske aspekter. Det vi har kunnskap om, mestrer vi generelt bedre i møtet med de vanskelige utfordringene i pasientbehandling.

Offisiell selvmordsstatistikk viser at selvmordsraten i Norge er synkende. I 2003 døde 11,0 per 100 000 ved selv-

mord, mens det samme tallet i 1999 var 19,5. Menn har en tredoblet selvmordsrate sammenlignet med kvinner.

Risikofaktorer

Av psykiske lidelser er det særlig stemningslidelsene depresjon og bipolar lidelse som er signifikant knyttet til økt selvmordsfare. Nyere forskning har redusert anslaget og har funnet risikoen for selvmord hos deprimerte til å være 3,4–6 prosent i løpet av livet for alle deprimerte pasienter (Aarre 2006). Likevel, depresjon er en klar risikofaktor i vurdering av selvmordsfare.



Schizofrene pasienter har generelt økt dødelighet sammenlignet med befolkningen ellers (Melle og Barrett 2006). Den viktigste årsaken til den økte dødeligheten er den høye suicidraten hos de schizofrene. Anslag basert på metastudier antyder en forekomst på omtrent fem prosent, mens i andre studier er forekomst av selvmord over ti prosent. (Melle og Barrett 2006). En slik erkjennelse bør føre til økt fokus på tidlig diagnostikk og behandling av denne lidelsen.

Rusmisbruk er en kjent risikofaktor. Komorbiditet med psykiske lidelser øker risikoen. I en nylig publisert norsk studie (Landheim, Bakken, Vaglum 2006) ble det funnet at i et materiale bestående av 260 misbrukere angav 47 prosent at de hadde gjort suicidforsøk. I denne studien ble spiseforstyrrelser, agorafobi og alvorlig depresjon funnet å være sterkt og uavhengig assosiert med det å ha forsøkt å begå selvmord. Men selvmord og selvmordsrisiko er ikke bare knyttet til psykisk sykdom. Eksistensielle kriser knyttet til f.eks. ensomhet, skilsmisser og andre viktige relasjonsbrudd, arbeidsledighet og alvorlig kroppslig sykdom kan, sammen med dårlig utviklede mestringsstrategier, øke risikoen for selvdestruktive handlinger.

Tidligere selvmordsforsøk øker risikoen for å dø av selvmord. Det er derfor viktig for helsetjenesten å ha en «aggressiv» holdning til forbygging av selvmordsadferd, og erkjennelse og håndtering av slik adferd når den foreligger.

Hvordan vurdere faren for selvmord?

I all behandling av mennesker er *relasjonsbygging* viktig for kvaliteten av den jobben vi som leger gjør. Det gjelder ikke minst i forhold til den suicidtruede pasient. Suicidalintensjon er i mange tilfeller skam- og skyldbelagt, og forbundet med svær ambivalens, samtidig som livet kjennes så vanske-

lig at handlingsrommet når det gjelder valg av alternative løsninger ikke er synlig for pasienten. Følelsen av egenverd er lav og sårbarheten for avvisning tilsvarende høy. Dette er det viktig å ta hensyn til i kommunikasjonen med pasienten. For å få tilgang til pasientens indre liv er det nødvendig at legen respektfullt, empatisk og lyttende nærmer seg pasienten med det mål for øyet å kunne oppfattes av pasienten som et menneske som forstår, og som ønsker å støtte og hjelpe. Det kan være vanskelig av flere grunner som vi skal se på senere, men bare på den måten kan legen få innpass slik at det kan skje en positiv påvirkning av pasienten, og dermed reduksjon av selvmordsfaren. Som nevnt ovenfor har de fleste selvmordstruede pasienter en ambivalens i seg, og denne gir oss som hjelpere en mulighet for påvirkning.

Mehlum (2001) har formulert spørsmål som en vurdering av selvmordsrisiko bør kunne gi svar på. Noe modifisert er spørsmålene:

- **Hvorfor vil pasienten ta sitt liv?**
- **Hvor alvorlig er suicidalfaren?**
- **Er pasienten fortsatt suicidal**
(hvis suicidforsøk er utført)
- **Har pasienten en alvorlig psykisk lidelse?**
- **Hvilke hjelpetiltak må settes inn?**

Hvorfor vil pasienten ta sitt liv?

Svarene på dette spørsmålet får en lettest hvis en ber pasienten fortelle om hva i livet som er så vanskelig at hun/han ikke ønsker å leve. Noen vil kunne gi spontane svar på et slikt spørsmål, andre, som f.eks. den alvorlig deprimerede og hemmede pasient, vil være lite spontan og i alle fall trenge lang tid før et svar kommer. Atter andre sier klart at de ikke ønsker å fortelle om bakgrunnen for sin intensjon. Av og til kan kommunikasjonen fremmes ved at legen kommuniserer at hun/han oppfatter at pasienten må ha det svært vanskelig; – f.eks. ved en kommentar som «jeg skjønner at det må være noe som er veldig vondt når du tenker at du ikke vil leve mer». – I mange tilfeller er det andre enn pasienten selv som formidler informasjon om bakgrunnen for situasjonen. Det kan være at pårørende bringer pasienten til legen på bakgrunn av den faren de oppfatter, eller det kan være venner eller kolleger som følger pasienten. Det vil da ofte være nyttig å spørre pasienten om det er greit at den/de som følger er med på samtalen og hjelper pasienten å fortelle om det som er bakgrunnen for at selvmordstankene/planene er der. Det er viktig for tillitsforholdet lege/pasient at kommunikasjonen med tredje personer skjer i full åpenhet. Innhentes f.eks. informasjon fra pårørende, etter pasientens samtykke, over telefon bør pasienten få informasjon om hva som er formidlet om henne/han i telefonsamtalen. For å få tak i den informasjonen som kan gi svar på dette spørsmålet, og som også vil være viktig i de videre vurde-



ringene, er det viktig at samtalen skjer i en fysisk rolig atmosfære og at legen så langt det er mulig skjermes for avbrytelser i form av telefoner, banking på døren etc. Besvarer av slike avbrytelser kan få pasienten til å føle seg ikke tatt på alvor, men avvist. Det vil kunne oppleves som en bekræftelse på pasientens opplevelse av lavt egenverd og øke suicidalrisikoen.

Hvor alvorlig er suicidalfaren?

Dette er selvsagt et sentralt spørsmål i enhver vurdering av suicidale pasienter. Er suicidalintensjonen nøye gjennomtenkt eller er den oppstått som en plutselig impuls, kanskje under ruspåvirkning? Har pasienten et rusproblem? I så fall representerer det en risikofaktor for suicid på samme måte som psykiske lidelser som nevnt tidligere. Foreligger det konkrete planer for hvordan et suicid skal gjennomføres? Hvis så er tilfelle, har pasienten gjort forberedelser til handlingen og kanskje skrevet avskjedsbrev og lagt til rette for ikke å bli oppdaget? Ved konkret planlegging vil suicidalfaren måtte anses som svært alvorlig. Hvordan ser pasienten på sin livssituasjon? Gir hun/han uttrykk for håpløshetsfølelse, dvs. utelukkende negative forventninger til livet så anses det som en prediktor for suicid (Suominen et al 2004). Som tidligere nevnt er tidligere gjennomført suicidforsøk også en klar risikofaktor. Dette er det derfor viktig å klarlegge. Vær konkret, detaljert og direkte i vurderingssamtalen med pasienten. Først da blir informasjonen nyanisert og utfyllende slik at grunnlaget for vurdering av alvorlighet blir godt. I noen tilfeller vil en oppdage at en slik detaljert gjennomgang med pasienten om problemer, tanker og følelser har en terapeutisk verdi i seg selv. Pasienten får anledning til, sammen med legen, å reflektere over situasjonen, satt ord på de ofte forvirrende og skyldbelagte følelsene, og får på den måten hjelp til å se seg selv og sin situasjon utenfra. Det kan mobilisere egne alternative mestringsstrategier som med hjelp og støtte utenfra kan være tilstrekkelig til at suicidfaren avtar. Ofte vil en se at pasientens suicidalintensjon henger sammen med en uttalt følelse av hjelpeløshet. Kartlegging av hva i pasientens situasjon vedkommende trenger hjelp med, og signalisere vilje og evne til å bidra, er en viktig terapeutisk intervensjon, og vil også gi verdifull informasjon om hvor påvirkelig pasienten er av støtte utenfra. Den dypt melankolsk deprimerte vil f.eks. ikke være påvirkelig av slik støtte, men fastholde sin suicidalintensjon som den eneste løsningen på situasjonen vedkommende opplever.

Har pasienten en psykisk lidelse?

Det er grundig dokumentasjon for at alvorlige psykiske vansker representerer en risikofaktor for suicid. Særlig gjelder dette for alvorlige depresjoner, schizofreni og rusproblemer. Men også andre alvorlige psykiske vansker må an-



tas å kunne ha samme effekt på suicidalitet selv om det foreligger mindre dokumentasjon for dette. Det blir derfor i vurdering av suicidfare, og i senere vurdering av tiltak, vesentlig at dette spørsmålet er besvart når konklusjon på vurderingen skal trekkes. Særlig viktig er det å vurdere graden av depresjon. I noen tilfeller vil klinisk inntrykk gi grunnlag for slik vurdering, men i mange tilfeller vil det være nyttig å bruke en vurderingsskala som f.eks. MADRS (Montgomery og Åsbergs depresjonsskala). Likeledes må det vurderes om pasienten har det vi kaller en realitetsbrist eller ikke. Er det slik at det vi hører fra pasienten sammenholdt med egen vurdering av situasjonen tyder på at pasienten ikke har en intakt evne til å vurdere sin situasjon i samsvar med realitetene. I så fall kan det dreie seg om en psykotisk tilstand eller en alvorlig personlighetspatologi. Synes det å foreligge kognitiv svikt, – hukommelsessvikt, forvirring etc. Særlig hos eldre vil bruk av MMS (Mini Mental State Examination) være et hjelpemiddel til kartlegging av kognitiv vurdering. Foreligger der et rusmisbruk? I så fall hvor langvarig og alvorlig? Har pasienten kanskje nylig blitt utskrevet fra psykiatrisk behandling/institusjon. Meehan et al (2006) har i sin studie fra England funnet at suicid skjedde hyppigst hos tidligere innlagte de første to uker etter utskrivelse.

Hvilke hjelpetiltak må settes inn?

Avhengig av de funn en gjør i vurderingssamtalen vil en raskt måtte ta stilling til hvilke hjelpetiltak som trengs for å hindre at pasienten gjør alvor av sin intensjon. I noen tilfeller hvor en som hjelper gjennom en grundig vurderingssamtale får god kontakt med pasienten, og vurderer den akutte faren for suicid som ikke så alvorlig, kan det å gjøre avtale om videre tett oppfølging, f.eks. om en samtale neste dag, om involvering av pasientens familiære nettverk eller et profesjonelt hjelpeapparat som f.eks. kriseteam i kommunen, være en adekvat intervensjon. Har pasienten en alvorlig sinnslidelse, d.v.s en psykotisk tilstand enten i form av en psykotisk depresjon eller annen psykose, eller en er i tvil om slik tilstand foreligger, vil det som regel være riktig å legge pasienten inn akutt i en psykiatrisk institusjon. Det kan skje frivillig hvis pasienten vurderes til å være i stand til

å samarbeide om et slikt opplegg, men i mange tilfeller vil en innleggelse mot pasientens vilje være riktig. Er det ikke tvil om alvorlig sinnslidelse legges pasienten da inn etter § 3.1 i Psykisk helsevernloven, men er det tvil om alvorlig sinnslidelse foreligger kan begjæring om innleggelse skje etter § 3.6, dvs. innleggelse til nærmere observasjon og vurdering. Husk viktigheten av at de riktige formalia blir fremskaffet ved tvangsinnleggelser. I noen tilfeller hvor pasienten er påvirket av rusmidler og fremsetter suicidalintensjon, vil også innleggelse til observasjon og nærmere undersøkelse mot pasientens vilje være nødvendig fordi det er vanskelig å vurdere evt. underliggende psykiatrisk patologi og alvoret av fremsatt suicidalintensjon mens pasienten er i rus. Flertallet av suicidale pasienter kan likevel innlegges i psykiatrisk institusjon frivillig. Dette gjelder mange med depressive tilstander og pasienter i eksistensielle kriser. Ofte vil det å bli tatt vare på gjennom en innleggelse trygge pasienten og gjøre det mulig å mobilisere hjelpeapparatet utenfor institusjon for oppfølging og videre hjelp etter utskriving. I det hele tatt er god hjelp til selvmordstruede mennesker avhengig av et tett og godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det betyr at primærhelsetjenesten bør ha lett tilgang til vurdering i spesialisthelsetjenesten av pasienter de er i tvil om de bør innlegges, eller for innleggelse når det er nødvendig, og at spesialisthelsetjenesten får tilsvarende lett tilgang til rask oppfølgingsavtale for pasienten når denne skrives ut fra institusjon. – Det hender at en har en pasient foran seg som ikke vurderes som psykisk syk, og hvor grunnlaget for innleggelse med tvang ikke umiddelbart synes tilstede, men hvor pasienten nekter ethvert samarbeid og fastholder at hun/han vil ta sitt liv. Da må det vurderes om det er grunnlag for tiltak med hjemmel i nødretten for å hindre at pasienten gjør alvor av sin intensjon. Et tiltak kan da være å mobilisere pasientens familienettverk, kanskje mot vedkommendes vilje, for å bistå med overvåking av pasienten til andre adekvate tiltak kan iverksettes. I noen slike tilfeller vil det være grunn til å være i tvil om pasienten har intakt realitetstestende evne, selv om det ikke kan påvises direkte psykotiske symptomer, og innleggelse til observasjon og undersøkelse etter Psykisk helsevernlovens § 3.6 kan være riktig.

Hjelperens egne reaksjoner

Det er få situasjoner som aktiverer helperens egen hjelpeløshet sterkere enn møtet med selvmordstruede pasienter.

Det kan skyldes at pasienten projiserer sin egen hjelpeløshet på helperen, men kan også skyldes manglende kunnskap og ferdigheter i håndteringen av slike kriser. Det vi kaller motoverføring, dvs. bevisste og ubevisste følelser en som helper kan få i forhold til pasienter, vil kunne påvirke vår holdning til pasienten slik at de vurderinger vi gjør ikke ivaretar alle sider ved problematikken. Det vil føre for langt å gå dypere inn på denne problematikken her, men det er særlig viktig i forhold til selvmordstruede pasienter at vi som leger er klar over den kraft slike motoverføringsreaksjoner kan ha, og som kan lede til irrasjonelle reaksjoner og vurderinger. Unnlater vi f.eks. å se det vi burde se? Disse pasientenes ambivalens gjør dem spesielt sårbare for holdninger som signaliserer avvistning. Samtidig er suicidalitetsvurderinger tidkrevende og passer kanskje dårlig inn i en travelt allmennpraktikers hverdag. Det kan lett føre til bevisste og ubevisste avvistningsreaksjoner. Det å stille seg undrende til egne følelser og reaksjoner i møtet med pasienten er alltid viktig for å kunne sortere ut hva som hører til hva.

Dessverre vil det være slik at selv samvittighetsfulle undersøkelser, vurderinger og hjelpetiltak ikke alltid er nok til å hindre at enkeltpasienter lykkes i å ta sitt liv. Det er også for helperen et alvorlig traume og utløser sorg som kan bidra til at en stiller grunnleggende spørsmål om egen rolle som lege. I slike situasjoner er det viktig at en får hjelp av en god kollega som kan hjelpe en med å sortere tildels forvirrende tanker og følelser som kan være overveldende, og at en slik støtte vedvarer lenge nok. Som helpere er vi også sårbare, ikke minst i situasjoner som dette.

Referanser

1. Aarre T. (2006). Depresjon og sjølv mord. Suicidologi nr. 1, 13–15.
2. Melle I.; Barrett E. (2006). Schizofreni og suicidalitet. Suicidologi nr. 1, 10–11.
3. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. (2006). What characterize suicide attempters who commit suicide? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. A study of treatment seeking substance abusers in Norway. Eur. Addict. Res. 12(2). 102–8.
4. Mehlum L. (2001). Hvordan vurderer vi selvmordsrisiko? Suicidologi nr. 2, 5–7.
5. Suominen et al. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. BMC Psychiatry 2004; 4:11.
6. Meehan J et al. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. British Medical Journal of Psychiatry, 188, 129–134.

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

Oppfølging etter selvmordsforsøk

Om utfordringer i kvalitetsarbeidet

AV TORGEIR GILJE LID

Bakgrunn

Rogaland psykiatriske sykehus og Sentralsykehuset i Rogaland (slått sammen til Stavanger Universitetssykehus i dag) drev sammen med Stavanger og de øvrige kommunene på Nord-Jæren prosjektet «Videre Sammen» i årene 2000–2003, med årlige seminar på Sola som en viktig arena. Første runde dreide seg om forbedring av samarbeidet mellom Akutt-mottak på SiR og RPS, andre runde om grensesnittet mellom sykehuset og kommunene, og siste runde om oppfølgingen i kommunene. Stavanger kommune startet i løpet av denne prosessen som første lokale kommune arbeidet med å utvikle nye rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk.

Plan for selvmordsforebygging

Stavanger kommune laget i 1997 en plan for selvmordsforebygging. Den ble plassert i en skuff hvor den siden ble liggende, en ikke ukjent skjebne for planer. Denne planen la bl.a. opp til at pasienter etter selvmordsforsøk skulle følges opp av kriseteam i bydelene, men det ble ikke sørget for at slike team ble opprettet i alle bydelene og at de fulgte opp pasienter som planlagt. Det var heller ikke gode rutiner for å fange opp aktuelle pasienter. Få år etter at planen ble laget ble ordningen med bydelskriseteam avvirket. Stavanger kommune har i dag et sentralt kriseteam, hovedsakelig for de større hendelser. I tillegg har kommunen Livskriseshjelpen på Legevakten, for personer i ulike livskriser. Den er åpen ettermiddag og kveld alle dager.

Hvor brenner det?

Da «Videre sammen» aktualiserte problemstillingen igjen ble det etter hvert klart at vi trengte en mest mulig konkret og praktisk plan, ikke en generelt selvmordsforebyggende plan. Vi ønsket å starte der behovet var størst. Fra Obs-posten i somatisk akuttmottak, hvor pasienter med alvorlig selvmordsforsøk og selvskading innlegges ble det rapportert om store vansker med å sikre oppfølging etter utskri-



Torgeir Gilje Lid

spesialist i allmennmedisin.
Fastlege og deltids samfunnsmedisiner i Stavanger. Tidligere redaktør i Utposten. Godkjent veileder i allmennmedisin. Har laget billedpakken «Bilder fra klinisk praksis» sammen med fotograf Rune Eraker. Styremedlem i Rogaland legeförening.

velse. Alle skal vurderes av psykiater neste morgen, men det hender at pasienten stikker av før det. Også ved utskrivelse på vanlig dagtid var det ofte vanskelig for personalet å skaffe time for oppfølging. De ansatte i Obs-posten opplevde dette svært ubehagelig. I tillegg forteller litteraturen oss at risikoen for nytt selvmordsforsøk er størst den første uken og inntil fire uker etter et alvorlig selvmordsforsøk, men at den også forblir høyere i mange år etterpå. Det var derfor åpenbart at kommunen ikke først og fremst trengte en ny plan for selvmordsforebygging, men en strategi for å fange opp pasientene med størst risiko.

Vet vi hva som virker?

Det er vanskelig å forske på selvmordsforebygging fordi det kreves veldig store grupper for å påvise små forskjeller, samtidig som selvmordsatferd og -hyppighet også påvirkes av mange andre faktorer enn helsevesenets strategier for forebygging. Det finnes få gode studier, og de som foreligger har ofte ekskludert høyriskopasienter. Ingen strategi har dokumentert effekt på dødsrisiko. Men Cochrane-databasen kommer likevel med en klar anbefaling til hva en god oppfølging etter alvorlig selvmordsforsøk bør inneholde. Sentrale faktorer i følge Cochrane er vurdering av psykiater før utskrivelse og at pasienten ikke skrives ut før oppfølging er planlagt. I tillegg framheves nødvendigheten av tilgang på veiledning og rådgivning for allmennleger samt et lavterskeltilbud for de som ikke greier å følge opp avtaler. En

prospektiv kohortstudie fra Storbritannia publisert i British Medical Journal påviste halvert gjentakelsesrisiko de første 12 ukene etter innleggelse for alvorlig selvmordsforsøk i gruppen som fikk psykososial vurdering hos psykiater før utskrivelse, kontrollert for alle andre faktorer. Fra Norge vet vi at lavterskeltilbud kan fungere godt, og det var naturlig for Stavanger også å se på erfaringene fra Bærumsmodellen.

Hva har vi å rutte med?

Vi startet arbeidet med å lage en liten gruppe bestående av kommunepsykolog, psykiatrisk sykepleier fra hjemmebaserte tjenester, leder av livskrisehjelpen og bydelsoverlege, med sistnevnte som leder. Det var klart at det ikke lå noen friske penger i potten. Vi var enige om at de måtte bygge på tilgjengelig kunnskap og erfaring, og at vi måtte bruke de ressursene vi allerede hadde. I Stavanger ville det si fastlegene, psykisk helsearbeider i de ulike bydelene og Livskrisehjelpen.

Prossessen

Vi startet med litteratursøk og med å se på ulike norske prosjekter. Faglig leder for Bærumsmodellen var også i Stavanger på et seminar for å fortelle om deres erfaringer. Vi bestemte tidlig at målgruppen skulle være pasienter med så alvorlig selvmordsforsøk at de ble innlagt i Obs-posten. Dernest måtte de ikke være akutt suicidale eller psykotiske, hvilket forutsatte at de var vurdert av psykiater før utskrivelse. Slik vurdering ved liason-psykiater var allerede etablert rutine ved Obs-posten. Pasienter med alvorlig suicidalitet, men uten alvorlig selvmordsforsøk blir som vanlig vurdert av legevakt eller fastlege og evt. innlagt.

Målet var altså å gjøre en bedre jobb for de raskt utskrevne pasientene som hadde størst risiko for nye selvmordsforsøk. En viktig utfordring ble derfor å lage gode meldingsrutiner fra Obs-posten. De måtte være enklest mulig, siden Obs-posten må forholde seg til mange kommuner. Vi ønsket også å kunne gjøre opp status underveis og vi måtte derfor etablere en rutine for registrering. Det var også viktig at det var et lavterskeltilbud. Normalt er et lavterskeltilbud et behandlingstilbud som er lett å oppsøke for pasienten, men vi ble raskt enige om at i denne sammenhengen måtte tilbudet på en eller annen måte oppsøke pasienten. Litt mer uklart var det om vi skulle følge Bærumsmodellen og legge opp til hjemmebesøk, eller om det var godt nok å kontakte pasienten på andre måter.

Rutinene

Obs-posten skal ved utskrivelse lage avtale innen en uke for pasienten hos fastlege eller hos annen behandler som de allerede er tilknyttet. Oppdatert liste over fastlegenes hjemmelige telefonnummer foreligger. Obs-posten skal også melde alle pasientene til Livskrisehjelpen, med navn, fødselsdato, metode og avtalt oppfølging. Pasientene informeres om dette, og de som motsetter seg eller stikker fra Obs-posten meldes anonymt til Livskrisehjelpen. Hvis pasienten skrives ut uten å ha fått avtalt oppfølging, men uten å motsette seg melding videre, blir det Livskrisehjelpens oppgave å lage avtale for oppfølging.

Livskrisehjelpen skal ringe alle pasientene tre til fire dager etter utskrivelsen for å tilby hjemmebesøk ved psykisk helsearbeider i pasientens bydel. De som takker nei til dette, skal få tilbud om å komme til samtale på Livskrisehjelpen. Oppfølging utover den første uken vil være individuell og kan foregå hos fastlege, poliklinikk og/eller psykisk helsearbeider i bydelen. Ved opiatoverdose med mulig suicidal hensikt tilbys oppfølging ved Helsestasjonen for rusmisbrukere. Pårørende skal ved behov også tilbys hjelp med oppfølging. Ved selvmord skal pårørende alltid tilbys hjelp med oppfølging.

Får vi det til?

Det er ikke nok å lage gode rutiner, de må også følges opp for å unngå at de bare samler støv i en skuff. I de årene rutinene har vært i bruk har vi støtt på flere problemer. Opptelling etter et års drift viste at det i månedene juni-august ikke ble meldt noen til Livskrisehjelpen. Obs-posten forklarte dette med ferietid og mange vikarer. Sommeren etter minnet vi Obs-posten på dette før ferien startet. Antallet meldte saker har oftest ligget på tre til fem pr. måned, hvorav ca. en tredjedel ikke har ønsket videre hjelp.

Første halvår 2005 ble det nesten helt stille igjen. Psykiske helsearbeidere i kommunen rapporterte at de over lengre tid ikke hadde fått meldt pasienter. Det viste seg at et nytt prosjekt for oppfølging av unge med rusrelaterte innleggelser hadde «fortrengt» oppfølging etter selvmordsforsøk. Dette prosjektet hadde en prosjektmedarbeider som møtte ukentlig på Obs-posten, noe som førte til at det var mye lettere å huske dette for de ansatte enn oppfølgingen etter selvmordsforsøk.





Bak- og forside på første versjon av brosjyren som deles ut på obs-posten ved utskrivelse. Avtalt oppfølging skrives opp inni, brosjyren er på størrelse med en liten notisblokk.

Stavanger kommune har som andre kommuner omorganisert hyppig, også etter innføringen av rutinene, noe som har gitt nye utfordringer for oppfølgingen. Livskrisehjelpen har ofte tilbudt pasientene time hos dem i stedet for hjemmebesøk ved psykisk helsearbeider i bydelen. Inntrykket er at det har vært lettere for pasienten å takke ja til dette, men det har vi ingen sikker kunnskap om. Vi vet heller ikke om pasienten møter til avtalt time hos fastlegen eller annen behandler.

Hva nå?

Det er vanskelig å lage gode rutiner som etterleves i praksis, spesielt når det bare handler om et forsøk på forbedring av vanlig hverdagspraksis og ikke et prosjekt som tilføres ekstra ressurser. Rutinene må konkurrere om oppmerksomheten med mange andre gode formål, og det i en travel hverdag hvor det ofte er stor gjennomtrekk av folk. Stadige omorganiseringer både i kommunene og på foretaksnivå gir nye utfordringer.

Rutinene har vært justert i tråd med organisatoriske endringer i kommunen, men vi jobber nå med en grundigere re-

visjon av rutinene. Vi ønsker for det første å vurdere om vi skal lage rutiner også for oppfølgingen utover den første uken, i stedet for at det avgjøres individuelt. Dernest ønsker vi å se på om det er spesielle grupper som krever et tettere opplegg, for eksempel ungdom. Til slutt vil vi se på arbeidsdelingen mellom Livskrisehjelpen og psykisk helsearbeider i bydelen.

Kvalitetsforbedring byr på kontinuerlige utfordringer, spesielt når ulike instanser og nivåer skal finne bedre måter å gjøre jobben sammen på, uten å tilføres ekstra ressurser. Men slik er oftest virkeligheten, og det er mulig å forbedre hverdagspraksis.

Referanser

- The Cochrane Library: Deliberate self-harm, 1998
- Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm, 1999
- Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of ... 1999
- Kapur N et al. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study; BMJ 2002; 325: 866-7
- Selvmordsforebyggende arbeid, Bærumsmodellen. Statens helse-tilsyn 4-94, utredningsserie.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: giljelid@online.no

Lyrica® - med godkjent indikasjon perifer nevropatisk smerte⁸

- I et omfattende klinisk studieprogram har Lyrica vist seg å ha følgende egenskaper⁽⁸⁻¹³⁾
 - Reduserer perifer nevropatisk smerte
 - Opptil 85% av pasienter har rapportert global bedring ved bruk av Lyrica
 - Effekt sees innen én uke og vedvarer
 - Enkel dosering
 - 75 mg, 150 mg eller 300 mg to ganger daglig
 - Ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner

Nevropatisk smerte ved korsryggsmerter

Rundt 2/3 av den voksne befolkningen vil en eller annen gang være plaget av korsryggsmerter. Heldigvis er plagene forbigående hos de aller fleste, men hos 10-15 % vedvarer plagene ut over normal tilhelingstid ⁽¹⁾.

Smerter i korsryggen kan ha sitt utspring i mange spinale strukturer, som ligamenter, fasettledd, anulus fibrosus, spinale nerverøtter m.fl. ⁽¹⁾.

Nevropatisk smerte hos pasienter med korsryggplager er ikke uvanlig. Faktisk så er kronisk radikulære ryggsmerter det vanligste nevropatisk smertesyndromet hos personer over 30 år, med en forekomst på mer enn 4,5 % ^(2,3). Nevropatisk smerte hos denne pasientgruppen er altså langt mer vanlig enn nevropatisk smerte ved postherpetisk nevralgi og smertefull diabetesnevropati ⁽³⁾. Hos pasienter med "Failed back surgery" har forekomsten av nevropatiske smerter blitt anslått til ca. 10 % ⁽⁴⁾.

En studie av pasienter med kroniske nevropatiske ryggsmerter viste at 75 % av pasientene hadde dysestesi (ubehagelige sanseopplevelser ved normal, harmløs berøring av huden), mens 64 % hadde paroksysmale smerter ⁽⁵⁾. Dysestesi er et hyppig symptom ved nevropatiske smerter, men finnes sjelden hos pasienter med mer rene nociceptive smertetilstander.

Ved kroniske korsryggsmerter er trolig blandingstilstander, der smertebildet inneholder både nociceptive og nevropatiske komponenter, det langt vanligste ⁽⁵⁾.

I de tilfeller hvor smerten har en nevropatisk karakter i tillegg til den nociceptive, bør derfor behandling som har vist effekt ved nevropatisk smerte brukes da tradisjonelle smertestillende ofte har liten eller ingen effekt på nevropatisk smerte ⁽⁶⁾.

Depresjon hos barn og unge

Utredning og behandling

AV INGVAR BJELLAND

Behandling av barn og unge med psykiske vansker blir ofte betraktet som en spesialist-oppgave. Til en viss grad er det rett. Men det er faktisk en god del fastlegen også kan bidra med, både i utredningen og i behandlingen, også ved depressive tilstander.



Ingvar Bjelland

dr. med. Spesialist i psykiatri.
Lege i spesialisering, BUP sentrum,
Haukeland Universitetssykehus

Symptomer

De viktigste symptomene ved depressive lidelser er tristhet (senket stemningsleie), manglende evne til å glede seg og manglende energi/initiativ. Minst to av disse må være tilstede for å kunne stille depersjonsdiagnosen. Hos barn kan tristhet være erstattet med økt irritabilitet. I tillegg har barnet vanligvis flere av følgende symptomer: Søvnproblemer, nedsatt appetitt/vekttap, tretthet fysisk og mentalt, indre uro, konsentrasjonsvansker, overdreven skyldfølelse, selvnedvurdering, håpløshet og selvmordstanker. Barn og unge kan i forbindelse med en depresjon også ha psykotiske symptomer (hallusinasjoner og vrangforestillinger).

Yngre barn har ikke fullt utviklete kognitive funksjoner for å oppfatte og uttrykke hvordan de har det, og deres følelsesmessige problemer kan derfor gi seg mer uttrykk i hode- og mageverk, rastløshet/overaktivitet/uro og irritabilitet. En

kan ellers se at bagateller blir store, uoverkommelige vansker som kan utløse sterke emosjonelle reaksjoner som raserianfall eller gråt.

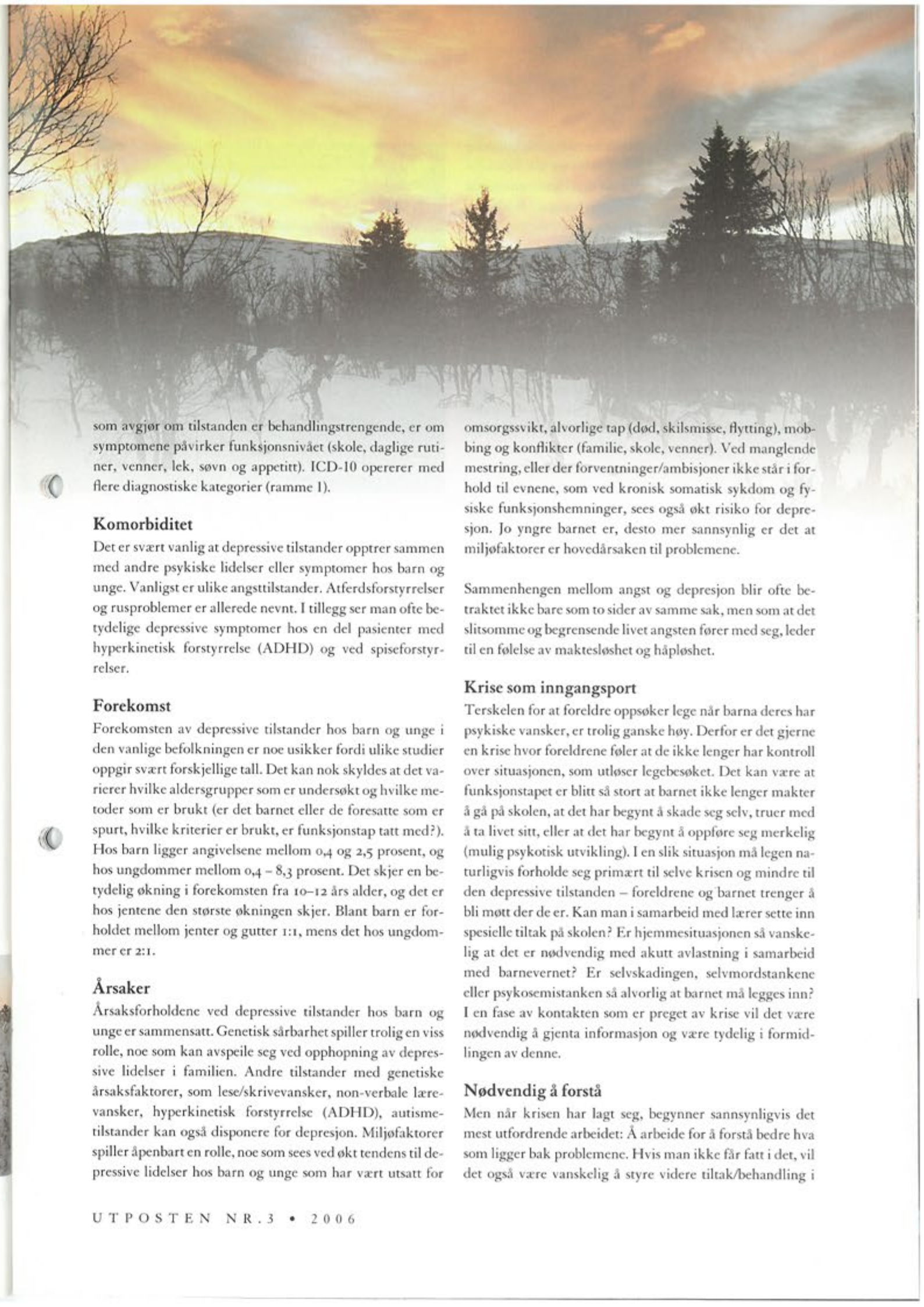
Hos ungdommer kan også ulike somatiske plager som hode-, mage-, rygg- og muskelverk være tegn på depressiv utvikling. Man ser dessuten ofte tegn til redusert kapasitet som gir seg utslag i lavere tålegrense, aktivitetsnivå og innsats på områder hvor de tidligere har vist stor interesse. Ungdommer gir dessuten ofte uttrykk for kjedsomhet heller enn at krav overstiger deres mestringsevne. Både atferdsvansker og rusmisbruk kan sees også hos ungdommer med en depressiv tilstand.

Det er ingen skarpe grenser, men heller flytende overgang, mellom normalitet og patologi ved depresjon. Det

RAMME I

Depressive lidelser i ICD-10

- F32 Depressiv episode (lett, moderat eller alvorlig, uten eller med psykotiske symptomer)
- F33 Tilbakevendende depressiv lidelse (lett, moderat eller alvorlig, uten eller med psykotiske symptomer)
- F34 Vedvarende stemningslidelse (dystymi)
- F31 Bipolar lidelse
- F43.2 Tilpasningsforstyrrelse, depressiv reaksjon
- F41.2 Blandet angst og depresjon
- F92 Depressiv atferdsforstyrrelse



som avgjør om tilstanden er behandlingstrengende, er om symptomene påvirker funksjonsnivået (skole, daglige rutiner, venner, lek, søvn og appetitt). ICD-10 opererer med flere diagnostiske kategorier (ramme 1).

Komorbiditet

Det er svært vanlig at depressive tilstander opptrer sammen med andre psykiske lidelser eller symptomer hos barn og unge. Vanligst er ulike angsttilstander. Atferdsforstyrrelser og rusproblemer er allerede nevnt. I tillegg ser man ofte betydelige depressive symptomer hos en del pasienter med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og ved spiseforstyrrelser.

Forekomst

Forekomsten av depressive tilstander hos barn og unge i den vanlige befolkningen er noe usikker fordi ulike studier oppgir svært forskjellige tall. Det kan nok skyldes at det varierer hvilke aldersgrupper som er undersøkt og hvilke metoder som er brukt (er det barnet eller de foresatte som er spurt, hvilke kriterier er brukt, er funksjonstap tatt med?). Hos barn ligger angivelsene mellom 0,4 og 2,5 prosent, og hos ungdommer mellom 0,4 – 8,3 prosent. Det skjer en betydelig økning i forekomsten fra 10–12 års alder, og det er hos jentene den største økningen skjer. Blant barn er forholdet mellom jenter og gutter 1:1, mens det hos ungdommer er 2:1.

Årsaker

Årsaksforholdene ved depressive tilstander hos barn og unge er sammensatt. Genetisk sårbarhet spiller trolig en viss rolle, noe som kan avspeile seg ved opphopning av depressive lidelser i familien. Andre tilstander med genetiske årsaksfaktorer, som lese/skrivevansker, non-verbale lærevansker, hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), autismetilstander kan også disponere for depresjon. Miljøfaktorer spiller åpenbart en rolle, noe som sees ved økt tendens til depressive lidelser hos barn og unge som har vært utsatt for

omsorgssvikt, alvorlige tap (død, skilsmisse, flytting), mobbing og konflikter (familie, skole, venner). Ved manglende mestring, eller der forventninger/ambisjoner ikke står i forhold til evnene, som ved kronisk somatisk sykdom og fysiske funksjonshemninger, sees også økt risiko for depresjon. Jo yngre barnet er, desto mer sannsynlig er det at miljøfaktorer er hovedårsaken til problemene.

Sammenhengen mellom angst og depresjon blir ofte betraktet ikke bare som to sider av samme sak, men som at det slitsomme og begrensende livet angsten fører med seg, leder til en følelse av maktesløshet og håpløshet.

Krise som inngangsport

Terskelen for at foreldre oppsøker lege når barna deres har psykiske vansker, er trolig ganske høy. Derfor er det gjerne en krise hvor foreldrene føler at de ikke lenger har kontroll over situasjonen, som utløser legebesøket. Det kan være at funksjonstapet er blitt så stort at barnet ikke lenger makter å gå på skolen, at det har begynt å skade seg selv, truer med å ta livet sitt, eller at det har begynt å oppføre seg merkelig (mulig psykotisk utvikling). I en slik situasjon må legen naturligvis forholde seg primært til selve krisen og mindre til den depressive tilstanden – foreldrene og barnet trenger å bli møtt der de er. Kan man i samarbeid med lærer sette inn spesielle tiltak på skolen? Er hjemmesituasjonen så vanskelig at det er nødvendig med akutt avlastning i samarbeid med barnevernet? Er selvskadingen, selvmordstankene eller psykosemistanken så alvorlig at barnet må legges inn? I en fase av kontakten som er preget av krise vil det være nødvendig å gjenta informasjon og være tydelig i formidlingen av denne.

Nødvendig å forstå

Men når krisen har lagt seg, begynner sannsynligvis det mest utfordrende arbeidet: Å arbeide for å forstå bedre hva som ligger bak problemene. Hvis man ikke får fatt i det, vil det også være vanskelig å styre videre tiltak/behandling i

riktig retning. I den grad fastlegen kjenner til familien og nærmiljøet, har hun/han en posisjon for en slik forståelse som spesialisthelsetjenesten ofte ikke har. Det vil imidlertid vanligvis være nødvendig med en tverrfaglig og -etatlig tilnærming for både en god utredning og behandling. Både psykologiske, sosiale og medisinske faktorer kan være av betydning for å oppnå et godt resultat.

Utredning: Finne årsaksfaktorer

Poenget med å gjøre en utredning er å finne faktorer som er av betydning for å forstå den depressive utviklingen og som mer eller mindre kan påvirkes i ulike tiltak/behandling. Ulike *sårbarhetsfaktorer* kan være mulig genetisk disposisjon (familieanamnese), tidlige tilknytningsforhold/omsorgssituasjon, tidligere traumatiske erfaringer, utviklingsforstyrrelse av språk og andre spesifikke ferdigheter/evner eller generelle evner, somatiske funksjonsforstyrrelser eller sykdommer. *Utløsende faktorer* kan være knyttet til familiesituasjon eller relasjoner til jevnaldrende eller skolesituasjonen. Man må også vurdere om allerede kjente somatiske tilstander og medikamenter (for eksempel p-piller) kan ha en innvirkning på den depressive tilstanden. Det bør også gjøres en vurdering av mulig nevrologisk eller endokrin (for eksempel thyreoidea) forstyrrelse eller mangeltilstand (folat, B12 (homocystein, metyl-malonsyre) og jern (Hb, ferritin)). I en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk vil man i tillegg gjøre en mer presis diagnostikk av den depressive tilstanden og evt. komorbide lidelser. Dessuten vil man kunne utføre ulike former for observasjon av barnet og vurdering av personlighetsfaktorer og kognitive og språklige evner.

Behandling

Ved lette til moderate depresjoner hos barn og unge vil en enkel intervensjon i form av regelmessige samtaler med pasienten og evt. foreldrene med fokus på her og nå situasjonen og psykososiale miljøtiltak være tilstrekkelig. En viss tverrfaglig og -etatlig virksomhet hvor man har kontakt med skole, PPT og evt. barnevern, vil også være aktuelt. Det er med andre ord en behandling som skulle være overkommelig for en interessert og engasjert allmennlege. Ved mer alvorlige depressive tilstander, evt. med annen komorbid psykisk lidelse, selvsykdom, selvmordsfare eller mistanke om psykose, vil det være nødvendig med henvisning til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Fellestrekk ved vellykkede behandlingsformer

Noen fellestrekk går igjen ved behandlinger som har vist seg å være effektive ved depressive lidelser:

- Behandlingen er aktiv og støttende
- Det gis informasjon om lidelsen og hvordan den kan forstås og mestres



- Behandlingen er strukturert og rettet mot pasientens aktuelle problemer
- Pasienten lærer spesifikke metoder for å mestre problemene, metoder som også kan anvendes utenfor og etter terapien

Psykososiale miljøtiltak

Ut fra utredningen kan en finne faktorer i pasientens miljø som er direkte utløsende, opprettholdende eller disponerende for tilstanden. Dette kan være ytre forhold i familie, skole eller gjelde forhold til venner /fritid. Det kan også dreie seg om spesifikke utviklingsforstyrrelser som har gitt langvarige vansker i fungering på skole og/eller sosialt. Arbeid rettet inn mot vansker i familien eller på skolen, vil da være sentrale tiltak.

Deltagelse i dagligdagse og sosiale aktiviteter vil gjerne ha en normaliserende effekt på barnet/ ungdommen, og gi opplevelse av mestring. På grunn av energitap og nedsatt konsentrasjon kan barnet ha behov for at læresituasjonen tilpasses slik at det fortsatt kan ha en mestringsopplevelse. Det kan for eksempel være aktuelt med lettelse i mengde stoff som skal læres, prøver og hjemmearbeid. Fritak eller delvis fritak fra skole bør kun unntaksvis anbefales, da det kan forsterke opplevelsen av manglende mestring, om ikke fritaket erstattes med annen aktivitet. I enkelte tilfelle kan det være aktuelt å drøfte med foreldrene muligheten til å følge barnet tettere opp hjemme for en periode.

Informasjon om depresjonen gir barnet/ungdommen kunnskap om deres reaksjoner. Denne orienteringen kan gjerne gis til pasienten sammen med foreldre/foresatte, slik at de deler kunnskapen. Foreldre vil ofte også ha spørsmål

og ønske råd om hvordan de best mulig kan møte vanskene hos barnet/ungdommen, og ha behov for veiledning og støtte i sin foreldrerolle.

Behandling i barne- og ungdomspsykiatrien

Ikke-medikamentell behandling

I spesialisthelsetjenesten vil man i tillegg kunne tilby mer depresjonsspesifikk behandling/terapi med fokus på endring av uhensiktsmessige, depressive tankemønstre og/eller uhensiktsmessige måter å forholde seg til andre mennesker. Dette kan skje i individualkontakt, sammen med foreldre/andre familiemedlemmer eller i grupper med andre ungdommer med liknende problemer.

Medikamentell behandling

Hensikten med en medikamentell behandling er tilstrekkelig symptomlindring for at pasienten blir i stand til å nytte seg seg annen behandling som mer retter seg mot psykososiale forhold og egen mestring. Det vil være aktuelt ved alvorlig depresjon med uttalt funksjonstap, evt. selvmordsfare og ved psykose. Men det kan også overveies ved moderat til alvorlig depresjon når ikke-medikamentell behandling ikke har ført til vesentlig symptombedring.

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) regnes som de eneste aktuelle preparatene, og for tiden (april 2006) er det kun fluoksetin (FONTEX®, FLUOXETIN®) som av Statens Legemiddelverk er anbefalt til behandling av depresjon hos barn og unge. Dosering av fluoksetin er 20 mg daglig, men kan økes ved manglende respons (se under). Før oppstart av behandlingen skal pasient og foresatte informeres om mulige bivirkninger og forventet effekt. Den antidepressive effekten inntreffer sjelden før etter to uker, og det kan ta opptil åtte uker før den merkes. Det vil imidlertid være aktuelt å vurdere doseøkning om det ikke har inntrådt noen tegn til respons etter fire uker. Ved manglende respons vil det dessuten være aktuelt å ta blodprøve for serumanalyser av fluoksetin da det kan være at pasienten bryter ned medikamentet uvanlig raskt, eller mer vanlig, ikke inntar medikamentet regelmessig, eller i det hele tatt.

Selv om det har vært reist tvil om forholdet mellom effekt og bivirkninger ved citalopram (CIPRAMIL®, CITALO-

PRAM®), escitalopram (CIPRALEX®), fluvoksamin (FEVARIN®) og sertralin (ZOLOFT®), kan de være aktuelle som andrevalg om optimalisert dosering av fluoksetin ikke gir effekt. Disse preparatene anbefales ikke som førstevalg ved depresjoner før ytterligere avklaring foreligger.

Den medikamentelle behandlingen bør foregå ni til tolv måneder. Generelt bør SSRI trappes ned forsiktig, men pga. den lange halveringstiden til fluoksetin er det ikke nødvendig ved dette preparatet. Ved tilbakefall av den depressive behandlingen etter seponering, kan det være aktuelt med videre langtidsbehandling over ytterligere ett til to år.

Preparater som venlafaksin (EFEXOR® og EFEXOR depot®) og paroksetin (SEROXAT® PAROXETIN®) har vært assosiert med økt forekomst av suicidal atferd hos barn og unge, og skal derfor ikke brukes i denne aldersgruppen. Trisykliske antidepressiva regnes ikke lenger som aktuell behandling hos barn og unge pga. manglende påvist effekt, hyppigere og plagsomme bivirkninger og toksisitet.

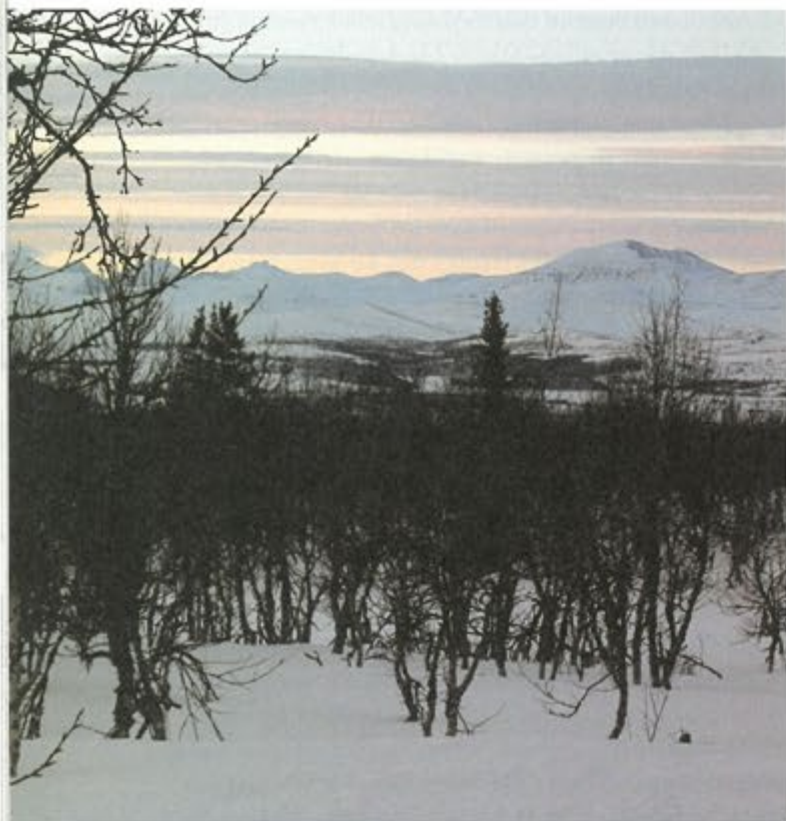
Selvmondsfare

Barn og unge med alvorlige depresjoner har ofte en sterk følelse av håpløshet og intens psykisk smerte. Tanker om døden og et ønske om å slippe å leve er gjerne heller regelen enn unntaket. Raten (insidens) for selvmord for unge mellom 15–19 år er i Norge (1990–92) 18,6 per 100 000 gutter per år og 6,3 for jenter. Raten i alderen 10–15 år er betydelig lavere og ligger godt under en for jenter og omkring to for gutter. Raten for selvmordsforsøk er mange ganger høyere. Ved en stor undersøkelse i Sør-Trøndelag 1989–91, fant man en rate på 100 per 100 000 per år for gutter og 229 for jenter.

Vurdering

Selvmondsfare skal vurderes hos alle pasienter som rapporterer depressive symptomer, selvfølgelig ved første gangs samtale, men også videre i forløpet av behandlingskontakten. En vanlig intervjueteknikk er «Selvmordsstigen» hvor man begynner med spørsmål som «Synes du det er tungt å leve?» og hvor man så gradvis nærmer seg suicidaliteten og kan ende opp med spørsmål om detaljerte planer for selv-





mordet (grad av intensjonalitet). Man bør i tillegg innhente opplysninger fra foresatte og evt. andre, som for eksempel lærer.

Å vurdere hvor alvorlig selvmordsfaren er, blir et skjønsspørsmål, det foreligger ikke metoder som kan «måle» alvorlighetsgrad. En rekke opplysninger må sammenholdes og vurderes. Både for å få en best mulig vurdering og, ikke minst, få en følelsesmessig avlastning, er det hensiktsmessig å drøfte vurderingen med en kollega.

En del forhold som har vist seg å øke selvmordsfaren, er spesielt viktige å ta med i vurderingen i tillegg til pasientens suicidale intensjonalitet: Tidligere selvmordsforsøk, pågående rusing, dårlig impulskontroll, irritabilitet/agitasjon, mani/hypomani, høyt angstnivå, manglende evne til å få overblikk, psykotiske symptomer, ustabil omsorgssituasjon, dårlig kommunikasjon mellom barn og foreldre, tidligere selvmord i familien, skyldfølelse, opplevd håpløshet og opplevd krenkelse eller ydmykelse. De første to til tre ukene av en medikamentell antidepressiv behandling kan også være en periode med økt risiko for selvmord pga. økt aktivisering/angst før den antidepressive virkningen setter inn.

Håndtering

- De foresatte skal informeres og delta i håndteringen av barnet/ungdommen.
- Pasienter hvor det vurderes at selvmordsfaren er alvorlig/overhengende, skal legges inn som øyeblikkelig hjelp og ivaretas inntil selvmordsfaren er vurdert å være tilstrekkelig redusert.
- Hvis selvmordsfaren vurderes å være tilstede, men moderat, og de foresatte kan ivareta omsorg/sikkerhet ved tettere oppfølging enn vanlig og ved å fjerne farlige medikamenter og våpen, kan pasienten følges opp poliklinisk. Det må advares mot den hemningsløsende virkningen av alkohol, beroligende medikamenter og andre rusmidler. I perioden mens selvmordsfaren er høyest, vil det være hensiktsmessig å tilby relativt hyppige samtaler, både for løpende vurdering av selvmordsfaren, men også for støttende behandling. Både barn/ungdom og foresatte må informeres om hvor de kan henvende seg om det oppstår en forverring av situasjonen utenfor kontortid.

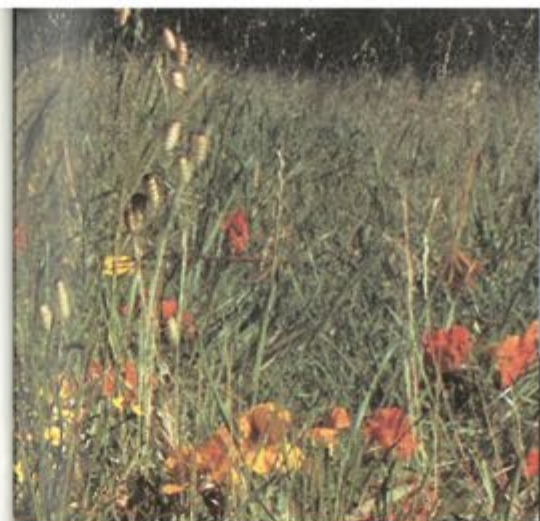
Oppsummering/konklusjon

Symptomer på depressive lidelser hos barn og unge har mange likhetstrekk med tilsvarende tilstander hos voksne, men i stedet for senket stemningsleie kan økt irritabilitet forekomme. Hos de yngre barna kan psykosomatiske plager i form av magesmerter og hodepine, samt økt uro være uttrykk for utvikling av en depressiv tilstand. Det er viktig å se etter problematiske psykososiale forhold og evt. spesifikke lærevansker eller andre psykiske lidelser, som for eksempel ADHD, som mulige årsaksfaktorer. Behandlingen bør i første omgang fokusere på situasjonen her og nå i form av samtaler og psykososiale tiltak hvor både foresatte, skole og evt. barnevern involveres. Fastlegen kan med sin spesielle kjennskap til familie og offentlige tjenester rundt pasienten spille en sentral rolle i diagnostikk og behandling av barn og unge med depresjon.

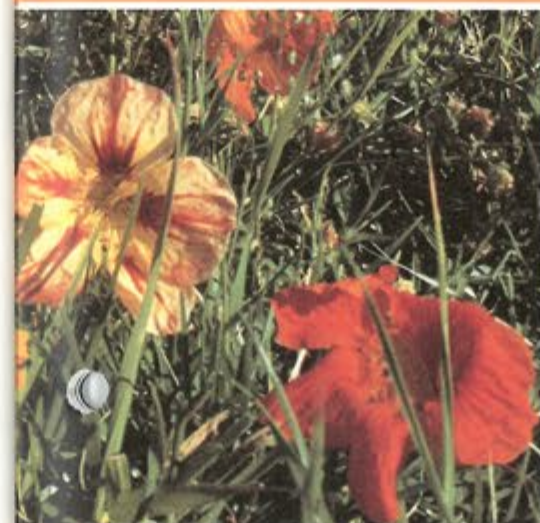
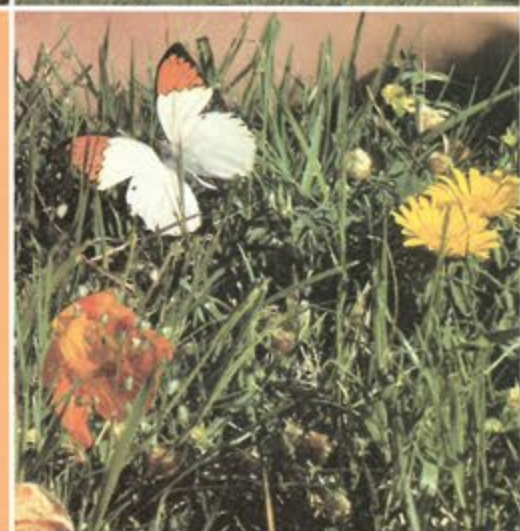
Litteratur

- Hafting M, Garløv I. Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2006; 126: 299–301
- Meret Juul Sørensen og Per Hove Thomsen. Om Børn og Unge med depression. I Skyggers Land. 2003. Hans Reitzels Forlag. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forenings veileder, kapittel om affektive lidelser. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=4610>
- Statens Legemiddelverk. Depresjon hos barn og ungdom. Oppdatert terapianbefaling. 2005–04–25. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16948.aspx
- Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 4/2002: Temanummer om depresjon

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@online.no



Yasmin - den ledende p-pillen i Norge



Den eneste p-pillen med gestagenet drospirenon

Ved terapeutisk dosering har drospirenon antiandrogene og milde antimineralkortikoide egenskaper, en farmakologisk profil som ligger nært opp til det naturlige hormonet progesteron ¹⁾.

Ref. 1: SPC



UN 05-69

ADHD

Hvorfor fastlegene skal engasjere seg i behandlingen av

AV TERJE TORGERSEN

Innledning

ADHD (=attention-deficit/hyperactivity disorder) er en medfødt og sterkt genetisk betinget funksjonsforstyrrelse i hjernen. Den korrekte norske betegnelsen etter ICD-10 er F 90.0. Hyperkinetisk forstyrrelse, men det har blitt vanlig å bruke begrepet ADHD både blant fagfolk og ellers i samfunnet. Et symptombylle dominert av konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet skal ha vært tilstede i betydelig grad siden før fylte sju år. Plagene skal være omfattende og gi individet funksjonssvikt på flere områder. Symptombildet ble første gang beskrevet i medisinske tidsskrifter for over 100 år siden. Prevalens blant barn er tre til fem prosent, mens den hos voksne er to til tre prosent. Ofte foreligger samsykelighet som atferdsforstyrrelse, lærevansker, angst, depresjon og autistiske trekk. Hos den tredjedel som har dårligst prognose kan man i ungdomstida få en destruktiv utvikling med antisosiale trekk, kriminalitet, rusproblemer og funksjonssvikt i forhold til utdanning, jobb og sosiale relasjoner. I en nylig publisert artikkel har undertegnede vist forekomsten av slike alvorlige forløp i en pasientpopulasjon i Nord-Trøndelag (1). Prognosen er imidlertid høyst varierende, og rundt en tredjedel kan i voksen

alder fungere helt normalt, mens en annen tredjedel har lette eller moderate plager. Behandling med dokumentert effekt er bl.a. ulike pedagogiske tiltak, foreldreveiledning og sentralstimulerende medisiner. Forskning på fiskeolje viser lovende resultater. Effekten av sentralstimulerende medisiner ble oppdaget allerede i 30-åra. Metylfendinat



Terje Torgersen

Overlege, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.

som korttidsvirkende tabletter (Ritalin og Equasym) eller som depottabletter (Concerta) er mest brukt, men dekstroamfetamin i tablettform brukes også en del.

Omstridt diagnose

Det er for tiden stor interesse rundt ADHD. De siste ukene har det vært flere oppslag i aviser og TV, og ulike grupper er på banen med sterke meninger om hvordan man skal forholde seg til tilstanden. Mange er kritiske både til selve diagnosen og ikke minst den medikamentelle behandlingen. Økningen av barn, ungdom og voksne som får diagnosen har vært svært stor det siste tiåret. Samtidig har myndighetene åpnet for at fastlegene skal ha et større ansvar for behandlingen. Det er derfor viktig for fastlegene å ha noe grunnleggende kunnskap om ADHD og behandlingen av tilstanden.

Medicoppslag

La oss først se på noen av medicoppslagene. Mange er bekymret for den sterke økningen i bruk av sentralstimulerende medikamenter i Norge. Vi ligger på topp i Europa når det gjelder forbruk. Noen hevder at medisiner er en lettvinnet løsning som bør unngås. «Brennpunkt» forsøkte nylig å forklare økningen med tette bånd mellom legemiddelindustrien og legene. Andre peker på at forhold i skolen, som økt teoretisering og stillesitting, og mindre struktur og autoritet, gjør det vanskeligere å ha ADHD i våre dager. Kravene til utdanning for å komme inn i arbeidslivet øker, og det er blitt tøffere for sårbare personer å bli værende i jobb. Andre faktorer er økende tilgang på rusmidler, flere oppløste familier, og generelt mindre struktur og orden i samfunnet. Enkeltpersoner har stått fram i media med triste historier om manglende hjelp og forståelse, med til dels katastrofale følger for den enkelte. Samtidig så

delindustrien og legene. Andre peker på at forhold i skolen, som økt teoretisering og stillesitting, og mindre struktur og autoritet, gjør det vanskeligere å ha ADHD i våre dager. Kravene til utdanning for å komme inn i arbeidslivet øker, og det er blitt tøffere for sårbare personer å bli værende i jobb. Andre faktorer er økende tilgang på rusmidler, flere oppløste familier, og generelt mindre struktur og orden i samfunnet. Enkeltpersoner har stått fram i media med triste historier om manglende hjelp og forståelse, med til dels katastrofale følger for den enkelte. Samtidig så

ADHD-barn savner omsorg
Kariene Farnes har opp den stuevis skolebarnsomsorgen av ADHD-barn. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

Høyt oppe med ADHD
FORD: ANDRÉ MELAN Et barn som har ADHD har 7 ganger høyere risiko for å bli tatt ut av skolen på Vakkert skole i Trondheim. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

Spiller data med hjernen
Bjørger Farnes har tatt en uventet vending etter at han begynte å spille data. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

ADHD-kurs virker
Forskning viser at oppfølging av barn med ADHD og deres familier har en positiv effekt. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

På kanten av sammenbrudd
Vår familie var i ferd med å bryte sammen, sier barnepappa John. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

Barnas behov må settes først
Behandling av ADHD. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

Åpen debatt om ADHD er viktig
Åpen debatt om ADHD er viktig. Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

BRENNPUNKT

De umulige barna
De umulige barna er i ferd med å bli en gulgrube for legemiddelfirmaene. Salget av ADHD-medisin er 10-doblet i løpet av de tre siste årene.

Publisert: 07.03.2006 09:42. Oppdateret: 07.03.2006 14:31.

Av Cecilie Ellingsen og M. Patricia Clayford

- Det er helt fantastisk at en liten kropp kan gjøre oss voksne så ut som han gjør, sier Line Nordland. Hun er moren til Even på seks år. Han har nettopp fått diagnosen ADHD.

Even farer rundt i huset, klatter i bokreolen og river i stykker leseboken til storebroren Roger. Foreldrene hans er utslitt og trenger hjelp, men er usikre på hva slags behandling som er den beste.

ADHD-medisin: Kan de styrke barns hjerne? Behandling av ADHD: Hvordan kan vi hjelpe barn med ADHD? Les artikkel i: Tidsskrift 25. mars 2006, 90-94. Angrens sak 19. Desember-2005.

vi i Aftenposten nylig flere eksempler på ressurssterke personer med ADHD, som både med og uten sentralstimulerende medikasjon fungerte godt og fikk brukt de kreative sidene ved ADHD til noe positivt.

Hva skyldes økningen?

Det er riktig at antall pasienter som får diagnosen ADHD og behandling med sentralstimulerende medikamenter har økt kraftig. De siste tallene tyder på at rundt 0,9 prosent av barn og unge får behandling med sentralstimulerende medikamenter i dag. Sett i forhold til en prevalens på tre til fem prosent tyder dette ikke på noen overbehandling foreløpig. Økningen har funnet sted i en periode hvor satsingen på psykisk helsevern for barn og unge har vært stor. Antall barne- og ungdomspsykiatere ble doblet fra 1995 (114) til i dag (227). Antall polikliniske konsultasjoner i BUP ble også nesten doblet i samme periode. Legeforeningen har kjørt et såkalt gjennombrudds-prosjekt for å bedre diagnostikken av ADHD. Siden 1997 har det også vært lovlig å behandle voksne med sentralstimulerende medikamenter, og flere tusen har fått diagnose og tilbud om behandling i voksen alder. Den sterke økningen i medikamentell behandling bør derfor ikke overraske noen.

Samfunnsforhold gjør det vanskeligere å ha ADHD

Det er etter min mening positivt at ADHD diskuteres bredt. Forskning har vist at psykososiale problemer gir dårligere prognose, og samfunnet kan derfor gjøre mye for å bedre situasjonen til personer med ADHD. Det er allikevel beklagelig at noen tror at selve årsaken til ADHD ligger i psykososiale forhold og blant annet derfor går sterkt ut mot medisiner med sentralstimulerende medisiner. Det blir som å nekte å behandle et barn med astma fordi det lever i et område med luftforurensing som forverrer astmaen. Det er meget godt dokumentert at ADHD er sterkt genetisk betinget, og at det for de fleste pasientene foreligger en medfødt funksjonsforstyrrelse i hjernen. Dette betyr selvsagt ikke at alle skal ha medisiner. De aller fleste pasientene, uansett aldersgruppe, vil trenge ulike psykososiale tiltak. Slike tiltak kan også være tilstrekkelig for mange. Andre vil trenge medisiner en periode av livet. Jeg vil i fortsettelsen fokusere på den medikamentelle behandlingen.

Hvorfor behandle ADHD medikamentelt?

Effekten av ritalin og andre sentralstimulerende medisiner er meget godt dokumentert gjennom 50 års forskning. Effekt i forhold til placebo er svært mye høyere enn for de fleste andre medisiner uansett fagfelt (over 70 prosent respons mot placebo 10–20 prosent). Effekten er dokumentert både på kort og lang sikt for barn og unge, mens det for voksne foreløpig er lite dokumentasjon på langtidsbehandling. Medikamentell behandling har effekt ikke bare på



ILLUSTRASJONSFOTO: LEAH-ANNE THOMPSON

symptomene, men også på funksjonsnivå knyttet til skole, jobb og sosialt samspill. Det er ikke minst økende dokumentasjon for at behandlingen beskytter ungdom mot å utvikle rusmisbruk og kriminalitet. Bivirkningene er små både for barn og voksne. Hvis man følger de enkle rutiner som gjelder for somatisk utredning før oppstart (somatisk status med puls og blodtrykk, EKG med fokus på QT-tid, enkle blodprøver) er det en meget trygg behandling som både pasient og pårørende ofte er svært fornøyd med.

Fastlegene må på banen

Hittil har det vært spesialisthelsetjenesten som har stått for diagnostikk og det meste av behandlingen. Med den store tilstrømming av pasienter er det nå helt nødvendig at fastlegene tar større del av behandlingsansvaret. Ansvar for utredning og diagnose skal fortsatt ligge hos spesialisthelsetjenesten, og likeledes behandlingen av de vanskeligste tilfellene. Mange fastleger kvier seg for å søke om forskrivingsansvar for sentralstimulerende medikamenter. Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag sendte derfor i fjor ut et spørreskjema til 103 fastleger i fylket, for å kartlegge kunnskap, erfaring og interesse for behandling av pasienter med ADHD. Vi ville også se hva slags tiltak for kompetanseheving legene ønsket. 80 prosent av legene svarte at de hadde en del eller mye interesse for temaet ADHD. Mange mente at de hadde en del kunnskap om tilstanden og erfaring med pasientgruppen, og da særlig når det gjaldt ADHD hos barn og unge. Til tross for ganske stor interesse og en del kunnskap og erfaring, svarte hele 60 prosent at de ikke

hadde noe ønske om å forskrive sentralstimulerende medikamenter. Kun 4,9 prosent hadde mye eller svært mye ønske om forskrivingsansvar. Det var imidlertid stor interesse for kompetansehevinge tiltak, slik som poenggivende lokale kurs og smågrupper.

Det er sikkert mange årsaker til at fastlegene følger utrygghet med å ta ansvar for behandling med sentralstimulerende medisiner. Forskriving av slike medisiner er regulert av narkotikavgivningen, og innebærer bruk av A-reseptor og søknad om spesiell forskrivingsrett. Mange pasienter har omfattende problemer som krever utstrakt samarbeid med andre instanser, noe som kan kreve en del tid, møter, osv. Risikoen for at noen pasienter har atferdsproblemer og kanskje rusproblemer kan også bety en del.

Fastlegens rolle

Jeg håper imidlertid at mange fastleger etter hvert vil se at de kan ha en viktig rolle i behandlingen av ADHD. Fastlegene er vant til å ha ansvar for langtidsoppfølging av medikamentell behandling. De har også en tradisjon for å se helheten i et menneskes liv, og kunne ivareta somatiske problemer som mange med ADHD også sliter med. Jeg vil anbefale fastlegen å definere sin rolle klart og særlig ta ansvar for medisineringsen og det somatiske. Andre deler av oppfølgingen overlates i hovedsak til andre instanser. Prøv å bidra til at det blir etablert godt fungerende ansvarsgrupper og individuelle planer i starten av behandlingen, da sparer man ofte mye arbeid i det videre forløp. Krev av oss i spesialisthelsetjenesten at vi er lett tilgjengelig for veiledning og at vi raskt tar ansvar når det er nødvendig. Ved historie på rusmisbruk eller mistanke om rusmisbruk; vær konsekvent på bruk av urin misbruksprøver. Følger legen seg presset, utsatt for trusler eller har sterk mistanke om mislighold av medisineringsen, trekk inn spesialisthelsetjenesten og andre instanser, slik at man slipper å være alene om saken.

Fastlegene har med sin lokale forankring og langsiktige perspektiv en unik mulighet til å holde kontakten med disse pasientene i de kritiske ungdomsårene, da det er spesielt viktig at risikopasienter får nødvendig oppfølging, inkludert medisineringsen. Å forhindre at risikoungdom faller ut av behandlingssystemet og utvikler et alvorlig forløp med rus, antisosialitet og funksjonssvikt er enormt viktig for individet og dets omgivelser. Det er også store summer å spare for samfunnet ved å hindre slike forløp. En ungdom som havner ut i rusmisbruk og kriminalitet som vedvarer langt opp i voksen alder, vil kunne koste samfunnet et tosifret millionbeløp.

Sosial- og helsedirektoratet ga i høst ut en meget god *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD* (2). Denne gir en oppdatert og forskningsbasert gjennomgang av tematikken, samtidig som den er kortfattet og meget praktisk i utforming og innhold. Den inneholder all den informasjon legen trenger for å søke spesiell forskrivingsrett og ta ansvar for behandling med sentralstimulerende medikamenter. For videre detaljer omkring medikamentell behandling viser jeg til denne.

Referanser

1. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. Nord J Psychiatry 2006; 60:38-43.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. 11/2005. Bestillingsnummer IS-1244. Kan også lastes ned fra www.shdir.no.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: terje.torgersen@hnt.no

Yasmin® Schering AG

Yasmin®

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon, 3 mg, ethinylestradiol, 30 µg, lactos, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebotabletter.

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Dosering: 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettedager starter et nytt brett. I løpet av de tablettedagene inntreffer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra feltet merket start på riktig ukedag. (I tillegg med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonsblødning (bortfallsblødning). Yasmin 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær skade, myokardinfarkt) eller prodromaltillstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vaskulære trombotiske tilstander, f.eks. antitrombin-III-mangel, protein C-mangel eller -resistens, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupsantikoagulanter). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Mistanke om eller kjente maligne tilstander i genitale organer eller brystene hvis disse er påvirkelige av seksuallsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-piller. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtryksmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasset den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-piller avbrytes (ved elektiv kirurgi minst fire uker før og at den ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig rømmisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, røyking, dyslipoproteiniemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med kardiovaskulære komplikasjoner, omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt). Økning i hvor ofte migræneanfallet inntreffer og hvor kraftige anfallet er (kan være prodromaltillstander for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familiehistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmautendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleransen, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tablettene og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettedag, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjons: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonsen kan utsettes ved først å ta de lyse tablettene og så kaste brettet uten å ta de hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Ved bruk av andre medikamenter som kan gi økt serumkalium, må pasienten testes for serumkalium i løpet av den første behandlingstiden. (Se G03A A12 p-piller)

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og sammensetningen av morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metaboller kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ømme bryst. Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Hodepine, nedstemthet. Sirkulatoriske: Migræne. Urogenitale: Menstruasjonsforstyrrelser, mellomblødning, leukoré, vaginal candidiasis. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger. Hud: Akne, eksem, kløe. Neurologiske: Forandringer i libido. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon. Urogenitale: Vaginitt. Øvrige: Væskeretensjon, endring i kroppsvækten. Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Væskende bryst. Hørsel: Hypakusis. Luftrøir: Astma. Sirkulatoriske: Tromboembolier.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Ethinylestradiol: Ca. 45%. Ethinylestradiol gjennomgår en betydelig først-pass-metabolisme med store individuelle forskjeller. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Ethinylestradiol: 98%. Fordeling: Tilsvarende distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Ethinylestradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: Ca. 27 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabollutskillelsen via urin og feces er på rundt 40 timer. «Steady state» for drospirenon oppnås etter 7-14 dager. Ethinylestradiol: Plasmaclearance for ethinylestradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabollutskillelsen er 20 timer. Metabolisme: Mestparten av drospirenon omdannes i lever. Hovedmetabollittene i plasma er de sure formene av drospirenon. Ethinylestradiol omdannes fullstendig. Utskillelse: Via urin og feces.

Pakninger og priser: Datopakk: 3 x 21 stk. 227,40. 3 x 28 stk. 219,90. Sist endret: 05.04.2005

SCHERING

Nest beste allmennlege i verdens største land!

I Utpostens nr. 1 i fjor presenterte vi kollega Sergey Shukin på øya Kegostrov, nær Archangelsk i Nord Russland. To leger fra Finnmark fortalte om sitt på besøk hos allmennlegen. Besøket var ledd i et utvekslingsopplegg som Institutt for Samfunnsmedisin i Tromsø administrerer. Man ønsker fra norsk side å bidra i Russlands egen satsing på primærhelsetjenesten.

Sergey er alene lege på en øy med 3000 innbyggere og han foretar sykebesøk til fots! Han jobber stadig for å forbedre sin praksis og samarbeid med andre helsearbeidere på øya. Engelsk lærer han seg også.

Denne vinteren stilte Sergey opp i en nasjonal skriftlig konkurranse for allmennleger i Russland. En lege fra Moskva vant, men vår kollega, helt i utkanten av dette på enorme landet, tok sølv!

Dette er mailen fra Sergey:

I want to inform you interesting news. The last week in Moscow there was a competition: «The Best doctor of

year». In competition participated about 500 doctors from all regions of Russia. In section: «The best GP doctor», the first place has borrowed the doctor from Moscow, and the second place the commission has recognized me. This recognition is not only my job, but also job of all our collective, my colleagues, of administration of polyclinic. Participation and job in the international project were taken into account in summarizing competition.

Sergey

Vi gratulerer!!



- C Seretide "GlaxoSmithKline" ATC-nr.: R03A K06
Adrenepilum + kortikosteroid
T INHALASJONSAEROSOL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aev. salmeterol, 25 µg og fluticason, propion, 50 µg, resp. 125 µg og 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).
T INHALASJONSPULVER 50/100 i Diskus, 50/250 i Diskus og 50/500 i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, aev. salmeterol, 50 µg og fluticason, propion, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Indikasjoner: Astma. Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indikert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV₁ <50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodialiserende legemidler.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebyggjes ved gurgling av hals og skyling av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptompiggende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksal bronkospasme kan inntruffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodialiserende til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativt terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodialiserende med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruget av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tilleggsende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggbehandling med systemisk kortikosteroid eller et anti-biotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved lang-

tidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Det har vært sjeldne rapporter om økninger i blodglukosenivåer, dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter med diabetes mellitus i anamnesen. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose. Inhalasjonspulver: Hjelpestoffet laktosemohydrat inneholder 0,1-0,2 % melkeprotein. Det må vises forsiktighet hos pasienter med allergi mot melkeprotein.

Interaksjoner: Ritonavir (hypotensiv CYP 3A4-hemmer) kan gi sterk økning i plasmakonsentrasjonen av fluticasonpropionat og sterk reduksjon i serumkonsentrasjonen av kortisol. Cushings syndrom og binyrebark-suppresjon er rapportert ved samtidig bruk av ritonavir, og kombinasjonen bør derfor unngås. Andre CYP 3A4-hemmere gir uvesentlig (erytromycin) eller mindre (ketokonazol) økning i systemisk eksponering for fluticasonpropionat, uten merkbart reduserte serumkonsentrasjoner av kortisol. Det skal likevel vises forsiktighet ved samtidig bruk av sterke CYP 3A4-hemmere, f.eks. ketokonazol, pga. potensiell fare for økt systemisk eksponering for fluticasonpropionat.

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

Bivirkninger: Som for salmeterol og fluticasonpropionat hver for seg. Tremor, hodepine og palpitasjoner er vanlig, som regel forbigående og avtagende ved jevnlig dosering. Hyppige (>1/100): Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet og irritasjon i svelg. Palpitasjoner, hodepine, tremor og muskelskramper. Mindre hyppige: Kutane hypersensitivitetsreaksjoner. Takykardi. Sjeldne (<1/1000): Paradoksal bronkospasme. Hypersensitivitetsreaksjoner med symptomer som angioedem (hovedsakelig i ansikt og svelg), respirasjonssymptomer (dyspnø og/eller bronkospasme) og anafylaktiske reaksjoner. Artralgi og myalg. Arytmier (inkl. abnormiteter, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler). Angst, søvnproblemer, søvndrøyer inkl. hyperaktivitet og irritabilitet (hovedsakelig hos barn). Hyperglykemi. Mulige systemiske effekter er: Cushings syndrom, karakteristisk kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebark-suppresjon, vekstretardasjon hos barn og ungdom, nedsatt ben tetthet, katarakt og glaukom.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Dersom bruk av høyere enn godkjent dose fluticasonpropionat har pågått over lengre tid, er betydelig suppresjon av binyrebarken mulig. Det har vært meget sjeldne rapporter om akutte adrenale kriser, hovedsakelig hos barn eksponert for høyere enn godkjente doser over lengre perioder (flere måneder eller år). Dersom det oppstår karakteristiske inkluderer hyperglykemi, med påfølgende nedsatt bevissthet og/eller kramper. Slikasjoner som potensielt kan utløse akutte adrenale kriser inkluderer eksponering for traume, kirurgi, infeksjon eller enhver hurtig reduksjon av dosen inhalert fluticasonpropionat. Behandling: Antidot ved symptomer på overdosering av salmeterol, er kardioselektive betablokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasi-

enter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig kortikosteroidterapi opprettholdes.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (fluticason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmeterol). Virkningsmekanisme: Fluticasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodialiserende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Det er vist at flere pasienter behandlet med Seretide oppnådde astmakontroll, enn pasienter behandlet med inhalert kortikosteroid alene. Generelt ble disse effektene observert tidligere for Seretide enn for inhalert kortikosteroid alene og ved en lavere dose kortikosteroid. Det er også vist at kontroll av astmasymptomene kan opprettholdes med en lavere dose kortikosteroid i Seretide sammenlignet med inhalert kortikosteroid alene. Absorpsjon: Fluticasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Fluticasonpropionat: I plasma ca. 90%. Fordeling: Fluticasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Fluticasonpropionat: Reseptorkomplekset i lungene: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Fluticasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Fluticasonpropionat: Hovedsakelig via feces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via feces.

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

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Et tellerwerk viser antall resterende doser gjennom et vindu bak på inhalatoren: se pakningsvedlegg. Pasienter som har koordineringsproblemer ved bruk av inhalasjonsaerosol bør bruke et inhalasjonskammer som hjelpemiddel. Metallbeholderen må ikke utsettes for vann.

Rekvireringsregel: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være institutt ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være institutt ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være institutt ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr 340,00, 25/125: 120 doser kr 488,00, 25/250: 120 doser kr 641,80, Inhalasjonspulver: 50/100 i Diskus: 60 doser kr 367,60, 3 x 60 doser kr 1033,90, 50/250 i Diskus: 60 doser kr 496,70, 3 x 60 doser kr 1421,20, 50/500 i Diskus: 60 doser kr 627,00, 3 x 60 doser kr 1812,30.

T: 291.30a/7.

Sist endret: 01.02.2006. SPC av 14.11.2005. Priser av 01.06.2005.

Ref. 1. Seretide Summary of Product Characteristics (SPC)

2. Bateman ED et al. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 836-844.



GlaxoSmithKline

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

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter, filmrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioxid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

T Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjon: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

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. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. 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. Generalisert angstlidelse: Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. Eldre >65 år: Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetitering anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metabolerere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. 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: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. Suicidrelatert oppførsel (suicidalsk tanker og suicidal tendenser), og flegmatisk (særlig aggresjon, opposisjonell atferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. I tillegg foreligger det ikke langtids sikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En 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. Depresjon assosieres med et økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer til signifikant bedring inntreffer. Siden bedring kanskje ikke inntreffer de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være et økt risiko for selvmordssadferd ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordssadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordssadferd på behandlingstid, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utvilsomt at en økt risiko for selvmordssadferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men en økning i sikkerheten ved å bruke escitalopram i tillegg til tidligere behandling. Det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hypotensjon, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan senke blodtrykket (f.eks. antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkløsende antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tilkøpidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsforlengelse. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombineringen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at noen 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 monoaminoksidasehemmer (MAOI), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOI-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOI (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOI (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOI påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) 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 krampetterskelen (f.eks. andre antidepressiva (trykkløsende, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tiokantener og butyrofenoner), meflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med lithium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinering med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboleris av CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP-2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potensert generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamin, lansoprazol, tilkøpidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitoring av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboleris av 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 metaboleris av CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiaridin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol gir en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjons toksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-fetotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringsreaksjoner, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte barn gravide kvinner SSRI helt fram til fødselen: Instabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltone, vedvarende gråt, døs og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponerings-syndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. Overgang i morsmelk: Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amning anbefales derfor ikke under behandling.

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 seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnsløshet, søvnproblemer, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørrelse, anoreksi. Hud: Utsllett, ekkymer, kløe, angioedem, sopp. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hypotensjon, utstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smakforandringer, søvnforstyrrelser, sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, analytisk 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, søvnsløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-enderinger med ST-T-enderinger, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilasjon. 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.

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyest 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasje for å beskytte mot lys. Dråper brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60, Dråper: 28 ml kr. 283,60. T: 180).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: januar 2006

Referanser:
1. Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. Pharmacology & Toxicology 2001; 88: 282-286.
2. Auguier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2003; 7: 259-268.
3. Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. Drugs of the Future 2001; 26(2): 115-120

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com - www.lundbeck.no

Ebixa® memantin

- Verdt å huske!

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

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

TABLETTER, filmrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

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

Dosering: Behandlingen bør initieres og veledes 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 eller kvelden) 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/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksamfetorfan 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 vegetarisk, eller stort inntak av syreaytralisierende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorikjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorikjøretøy eller betjener maskiner. **Interaksjoner:** 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 deksamfetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmakonsentrasjoner. Redusert ekskresjon av hydrokloridiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloridiazid er mulig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. 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 lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og søvnsløshet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Øvrige: Tretthet. Anfall er rapportert svært sjeldent.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten inntak av opptil 400 mg memantin (oral) med virkninger på sentralnervesystemet (trastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampor, søvnsløshet, stupor og bevisstløshet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patofysiologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. **Steady state-plasmakonsentrasjoner** fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (C_{clear}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9.

Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **Pakninger og priser:** Dråper: 50 g 782,00. Tabletter: 30 stk. 527,30, 50 stk. 790,40, 100 stk. 1546,40.

Sist endret januar 2006.
Basert på godkjent SPC november 2005.

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

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 91 300 800
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com



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

DISTRIKTSMEDISIN

«For to år siden skjøt vi opp en rakett, i fjor så vi den fly i rommet, og nå lurte jeg hvor den skal lande» sa Helge Lund på seminar om Distriktsmedisin for to år siden. Raketten har fortsatt ikke landet. Hvor den ble av er ikke lett å si, men Utposten følger sporet av den.

Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSDM) har atter en gang arrangert seminar. Ved tidligere møter har det blitt diskutert hva distriktsmedisin er, og hvilke forskningsprosjekter som er aktuelle, mulige og relevante. Hensikten med årets møte var å diskutere hva et nyopprettet Nasjonalt senter for Distriktsmedisin skal drive med og hvordan det skal organiseres.

Denne gangen ble møtet flyttet fra Sommarøy til Tromsø og kanskje er det et tegn i tiden. Fra et isolert sted ute i havgapet, inn til byen. Fra isolasjon til åpenhet. Fra et sted for refleksjon og ettertanke til storbyens aktivitet og utålmodighet.

Inviterte fagfolk fra hele landet var tilstede. Folk med kunnskap om, erfaring fra, innflytelse på og interesse for distriktsmedisin var tilstede. Der var selvutnevnte distriktsmedisinere (hva nå det måtte være) fra hele landet, forskere, fylkesleger, fastleger, noen samfunnsmedisinere og representanter for tunge medisinske aktører som Sosial- og Helsedirektoratet og Helse Nord.

Nasjonalt senter for Distriktsmedisin er finansiert av staten gjennom Sosial- og Helsedirektoratet, av Helse Nord og av Universitetet i Tromsø. Som kjent har prosessen frem til et nasjonalt senter vært lang. Det er fortsatt ikke endelig avklart om bevilgningene fra staten og Helse Nord er permanente, og denne usikkerheten har forsinket og komplisert arbeidet. Når man møtes for å diskutere hva et slikt nasjonalt senter skal drive med er det naturlig å spørre dem som skal betale kalaset.

Jon Hilmar Iversen, avdelingsdirektør ved avdeling for primærhelsetjenester, Sosial- og Helsedirektoratet, delte sine tanker med forsamlingen. Det er åpenbart at Sosial- og helsedirektoratet har store ambisjoner. De mener at Nasjonalt senter for Distriktsmedisin skal være en «kunnskapsproduserende, kunnskapsbasert samfunnsaktør i distriktene og kommunene». Med tanke på de begrensede midler som står til disposisjon er dette muligens en noe ambisiøs målsetting.

Finn Henry Hanssen, ansvarlig for samhandling i Helse Nord, var noe mer forsiktig. Han mener at NSDM ikke kan være en politisk aktør, men en faglig aktør som skal legge til rette for nettverk og lage arenaer for faglige utviklingstiltak. Helse Nord har selv sagt egeninteresse i at NSDM fungerer

godt. Samhandling er et av helseforetakenes satsingsområder, noe som stiller ekstra store krav når det er langt fra fastlege (=distriktsmedisinere) til sykehus. Debatten om lokalsykehus og sentralisering av helsetjenester er en het potet i Nord-Norge, og et nasjonalt senter for Distriktsmedisin kan bidra aktivt til å finne gode løsninger og til å evaluere dem.

Finn Henry Hanssen mener at senteret skal «utvikle og formidle kunnskapsgrunnlaget for bærekraftig medisinsk virksomhet i utkantsstrøk». Han avsluttet sitt innlegg med å si at «helsetjenester i utkantsstrøk kan ikke være heroisk, men faglig begrunnet».

Toralf Hasvold representerte Universitetsmiljøet. Han tok utgangspunkt i Universitets hovedoppgaver, forskning og undervisning. Han antydte at siden NSDM er en del av Universitetet så er det egentlig ikke så mye å diskutere hvilke oppgaver som senteret skal ha. Toralf Hasvold satte etableringen av et nasjonalt senter for distriktsmedisin i et historisk perspektiv. Etableringen av Universitetet i Tromsø i 1974 var begrunnet en styrking av distriktene. NSDM skal selvsagt videreføre denne arven.

Hva mente da deltakerne? Det var stor enighet om at utfordringene for helsetjenesten i distrikts-Norge er store, og at et nasjonalt kunnskapssenter for distriktsmedisin kan bidra til å løse noen av problemene. NSDM er en videreføring og utvidelse av de to tidligere prosjektene som Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø var ansvarlig for, Ressurskommuneprosjektet og Program for fagutvikling og forskning i Nord-Norge. Stabilitet og rekruttering av leger er fortsatt en stor utfordring, og flere av deltakerne mente at dette må være senterets hovedfokus.

At NSDM bør forske var der stor enighet om. Spørsmålet er om NSDM skal fokusere på forskning, og på den måten skape interesse og entusiasme for distriktsmedisin, eller om man skal man drive nettverksbygging og fagutvikling, og dermed skape interesse for forskning.

Allerede i 2004 var der en viss utålmodighet blant deltakerne på Sommarøyseminaret. I år var utålmodigheten til å ta og føle på. Det er på tide å ta steget fra tanke til handling. Handling krever ressurser – ikke bare penger, men menneskelige ressurser. Utfordringen blir derfor å gjøre senteret relevant for målgruppa, det vil si de mange fastleger som arbeider ute i småkommunene rundt om i landet. De som er distriktsmedisinere. Og det betyr at senteret må bevege seg ut fra universitetsmiljøet.

Ivar Aaraas, som er konstituert leder for NSDM har lovet å presentere senteret i Utposten til høsten. Da får vi vite hvordan senteret skal organiseres og hvilke oppgaver som skal prioriteres.

Anders Svensson

Hvorfor akseptere ukontrollert astma?

Med SERETIDE® oppnådde 41 % "total kontroll"^{1,2}
og 71 % ble "godt kontrollert"²

I definisjonen av "Total Kontroll" skulle følgende kriterier være oppfylt i 7 av 8 uker:

Ingen daglige symptomer
Ingen behov for anfallsmedisin
Ingen oppvåkninger på grunn av astma
Ingen forverrelser

Ingen legevaktsbesøk
Ingen behandlingsrelaterte bivirkninger*
Normal lungefunksjon**

* Pasienten skal ikke ha noen behandlingsrelaterte bivirkninger som fører til endring i astmamedikasjon.

** Lik eller større enn 80 % av forventet verdi

Tabellen er utarbeidet av GlaxoSmithKline AS.

For referanser og preparatomtale, se side 43.

Sør-Afrika

februar 2006

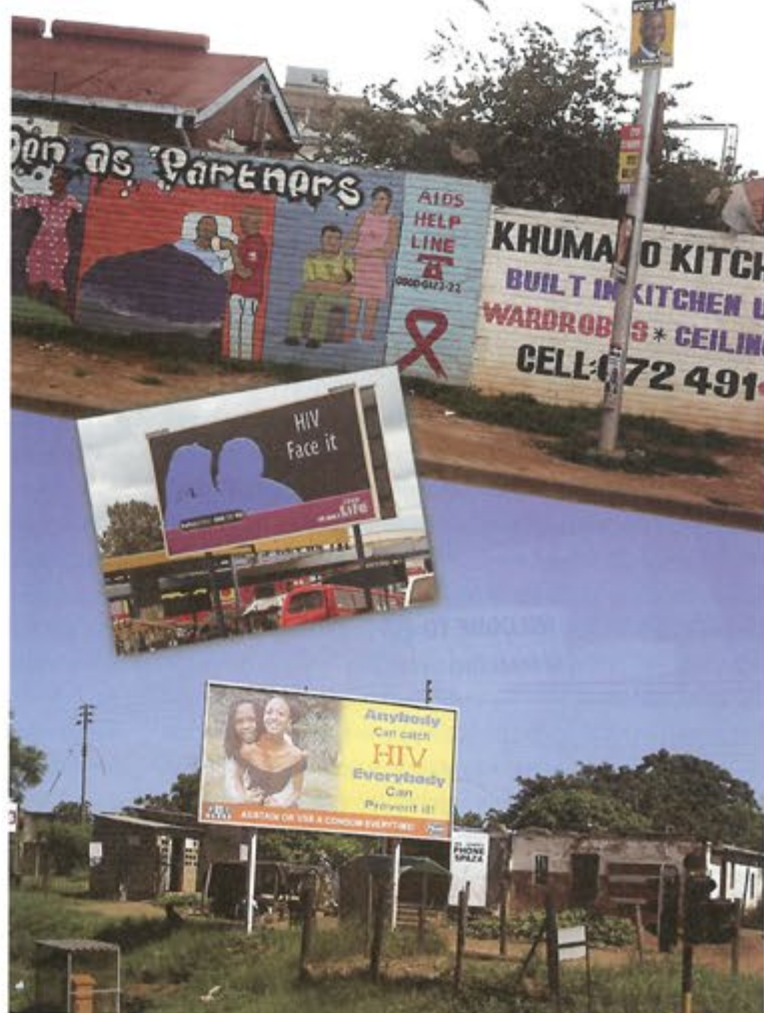
Verden er full av kontraster. I Norge er forventet levealder ca 80 år. I det sørlige Afrika er den i flere land ca 40 år. Grunnen er AIDS. I Swaziland er over 40 prosent av gravide kvinner HIV-positive, i Sør-Afrika om lag 25 prosent. Jeg besøkte Sør-Afrika i vinter. Å gå rundt på et marked i Manzini i Swaziland og vite at en tredjedel av menneskene du ser rundt deg sannsynligvis er HIV-smittet – det gir deg spesielle følelser og tanker. Om «oss» og «dem».

Fokuset på AIDS i det offentlige rom var framtrepende. Mens vi var det, døde den kjente og populære kvinnelige direktøren i Sør-Afrikas ledende fotballklubb av en «AIDS-related disease», tretti år gammel. Dette ble slått stort opp i aviser og TV – på en positiv og inkluderende måte, og framtrepende fotball-personligheter fra hele verden deltok i begravelsen i Johannesburg. At familien fortalte åpent om omstendighetene rundt hennes sykdom og død, ble framhevet som spesielt positivt, bl.a. av Nelson Mandela.

Åpenhet er et nøkkelpunkt i kampen mot AIDS. Bildene viser offentlige oppslag og plakater fra Soweto og Swaziland.

Ivar Skjæie

Historier fra
virkeligheten



Ground Floor, New Nurses Home, Chris Hani Baragwanath 989 9840

YOU MAY NOT HAVE THE SAME HIV STATUS AS YOUR PARTNER

SUPPORT EACH OTHER TEST TOGETHER

FREE Couple Counselling and HIV Testing





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Pimecrolimus (elidel) hos barn med atopisk eksem



Atopisk eksem er den hyppigst forekommende hudsykdommen i barnealderen. Det antas at 10–15 prosent av alle barn utvikler atopisk eksem. Ikke sjelden ser man samtidig forekomst av andre atopiske sykdommer som astma og allergisk rhinokonjunktivitt. Primær årsak til atopisk eksem er ukjent, men genetisk disposisjon er avgjørende. Målsetningen med lokalbehandling er å normalisere huden ved å hemme betennelsesreaksjonen (1).

Pimecrolimus (Elidel krem) ble registrert i Norge i september 2003, og representerer sammen med tacrolimus (Protopic salve) en ny gruppe immunmodulerende legemidler til lokalbehandling av atopisk eksem. Virkningsmekanismen er den samme for disse midlene som for ciklosporin. Pimecrolimus er et lipofilt antiinflammatorisk makrolaktam-derivat og en celleselektiv hemmer av dannelsen og frisettingen av pro-inflammatoriske cytokiner. Pimecrolimus bindes med høy affinitet til makrofilin-12 og hemmer den kalsiumavhengige fosfatasen kalcineurin. Dermed blokkeres syntesen av inflammatoriske cytokiner i T-celler. Den immunsuppressive effekten er raskt reversibel (1,2).

Pimecrolimus er indisert for bruk hos pasienter over to års alder med mild til moderat atopisk dermatitt (eksem). Preparatet skal brukes ved korttidsbehandling av tegn og symptomer samt som intermitterende langtidsbehandling for å forhindre oppblussing. I henhold til rekvireringsregel skal preparatet kun forskrives av dermatologer og leger med utstrakt erfaring i behandling av atopisk dermatitt med immunmodulerende terapi, og kun forskrives til pasienter som ikke kan benytte lokale steroider (1,2).

Effekt hos barn

Den kliniske dokumentasjon for pimecrolimus ble gjennomgått og kritisk evaluert i desemberutgaven 2004 av

det uavhengige franske tidsskriftet *Prescrire* (3). Statens legemiddelverk har også publisert en vurdering av preparatet (6). Effektvariablene som ble brukt i studiene var Eczema Area Severity Index (EASI, prosent gjennomsnittlig forandring av kliniske tegn og kroppsareal involvert), behandlers vurdering (Investigator's global assessment, IGA), pasientens opplevelse (Subject's overall evaluation, SOE) og «score» på kløe (0–3).

Dokumentasjonen består av data fra flere komparative studier hos barn og voksne med mild, moderat eller alvorlig atopisk dermatitt (IGA score 2 eller høyere) (3). Alle studier som er utført på barn sammenligner pimecrolimus krem med den samme kremen uten virkestoff (placebo) og ikke med standardbehandling, som er kortikosteroider. Dette er en svakhet ved dokumentasjonen (3–5).

Pimecrolimus ble sammenlignet med placebo i tre dobbeltblinde multisenterstudier av seks ukers varighet. Hver av studiene inkluderte ca 200 barn ned til tre måneders alder (to studier med barn i alderen 2–17 år, den tredje med yngre barn i alderen 3–23 mnd) (3,6,7,8). Indikasjon var eksaserbasjoner av mild eller moderat atopisk dermatitt. I to av disse studiene var pimecrolimus signifikant bedre enn placebo på primær effektvariabel (IGA), men ikke i den ene studien med barn i alderen 2–17 år. Pimecrolimus var signifikant bedre enn placebo på sekundære effektvariabler (EASI og kløe) i alle tre studiene. I studier med voksne pasienter hvor pimecrolimus er sammenlignet med moderat til sterke kortikosteroider finner man at kortikosteroidene er signifikant mer effektive enn pimecrolimus (3,6).

Foruten de tre nevnte korttidsstudiene ble pimecrolimus sammenlignet med placebo i to dobbeltblinde 1-års studier hos til sammen 964 barn (en studie med barn i alderen 2–17

år, den andre studien med yngre barn i alderen 3–23 mnd) med mildt, moderat eller alvorlig eksem (3,6,9,10). Pasientene brukte pimecrolimus/placebo to ganger daglig i tillegg til fuktighetskrem, og gikk over til bruk av en moderat potent steroidsalve/krem ved oppbluss av eksem. Det primære endepunktet var antall oppblussinger som nødvendiggjorde bruk av steroidsalve de første seks måneder, deretter ved 12 måneder. Sammenlignet med placebo reduserte pimecrolimus antall oppblussinger av eksem og dermed behovet for tilleggsbehandling med lokale steroider. Oppblussingene ble signifikant redusert ved mildt til moderat eksem, men ikke ved alvorlig eksem. Pimecrolimus ga remisjon av eksem så lenge behandlingen pågikk, men basert på andre kilder kan oppblussing forventes hos de fleste pasienter kort tid etter seponering (3,6,9,10).

Bivirkninger

De mest vanlige bivirkningene er reaksjoner på applikasjonsstedet, noe som i følge preparatomtalen (SPC) er rapportert hos ca. 19 prosent av pasienter behandlet med pimecrolimus og hos 16 prosent av pasienter i kontrollgruppene. Disse reaksjonene oppstår som regel tidlig i behandlingen, er av mild/moderat grad og kortvarige. Brenning eller varm følelse på applikasjonsstedet er en svært vanlig bivirkning, mens irritasjon, kløe, erytem og hudinfeksjoner (follikulitt) er vanlige bivirkninger (2,6). I en studie med 713 barn i alderen 2–17 år fant man at pimecrolimus ga signifikant økt antall virale hudinfeksjoner, noe som indikerer nedsatt immunforsvar i huden (9).

En potensiell fordel med pimecrolimus krem er at produktet ikke har ført til hudatrofi i kliniske studier og vil kunne være egnet for pasienter som har fått uønskede bivirkninger av langvarig bruk av potente steroider eller har atopisk dermatitt på steder med svært tynn hud.

Produsenten, Novartis Pharma, har i en nylig publisert oversiktsartikkel analysert data angående sikkerhet og tolerabilitet ved bruk av pimecrolimus hos barn i alderen 3–23 måneder (11). Dokumentasjonen omfatter seks kliniske studier med til sammen 1098 pasienter. Forekomst av bivirkninger presenteres som insidenstetthet (ID-ratio), angitt som bivirkninger per 1000 pasient-måneder. Analysen finner statistisk signifikant forskjell mellom aktiv behandling og placebo kun for bivirkningen «teething», altså tannfrembrudd (ID-ratio 71.3 vs placebo 35.2). For totalt antall fungale bivirkninger (ID-ratio 14.3 vs placebo 6.7) og viralt utslett (ID-ratio 19.0 vs placebo 11.7) finner man ikke statistisk signifikante forskjeller. Høye verdier for den relative risiko og brede konfidensintervall gir en indikasjon på at pasientgrunnlaget i materialet er for lite i forhold til insidens av disse bivirkningene. For noen av bivirkningene i

materialet, som utelukkende har opptrådt i behandlingsgruppene (candida, mollusum contagiosum, eczema herpeticum og sti på øyelokket) har man ikke foretatt noen statistisk analyse (11).

Kreftisiko ved bruk av pimecrolimus?

Amerikanske legemiddelmyndigheter (FDA, Food and Drug Administration) har siden tacrolimus og pimecrolimus kom på markedet i 2002 og frem til utgangen av 2004 mottatt 29 rapporter om hudkreft og lymfekreft. Syv av disse tilfellene gjaldt barn under 16 år. Det er også sett økt risiko for kreftutvikling i flere dyrearter. På denne bakgrunn gikk FDA ut med en advarsel vedrørende bruk av produktene (12,13).

Det er ikke sikkert fastslått om det foreligger økt risiko for utvikling av kreft hos mennesker ved bruk av disse preparatene, men det er grunn til å vise forsiktighet (14). Tidsskriftet *Prescrire* går så langt som å si at den beste måten å redusere risikoen på er å unngå å forskrive disse immun-dempende legemidlene, som etter deres syn ikke frembyr noen terapeutiske fordeler i forhold til kortikosteroider (3,13).

Ved søk i WHO sin internasjonale bivirkningsdatabase (15) finner man 22 rapporterte tilfeller av neoplasmer ved samtidig bruk av pimecrolimus. Alle rapportene er fra året 2005. Dataene gjelder alle aldersgrupper. De mest frekvente bivirkningsdiagnosene er non-hodgkin's lymfom, maligne hudneoplasmer og malignt lymfom. Det understrekes at disse dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringssystemet og heller ikke dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemiddelet og bivirkningen.

Produsenten anfører at data fra kliniske studier og erfaring etter bruk av pimecrolimus en prosent krem hos mer enn fem millioner pasienter siden 2001 ikke har bevist at det foreligger en økt risiko for kreft. Det er igangsatt en epidemiologisk studie hvor man om noen år forventer å få konklusive data angående sikkerhet ved bruk av pimecrolimus (11).

Europeiske legemiddelmyndigheter har nylig gjennomgått eksisterende sikkerhetsdata vedrørende topikal bruk av legemidler som inneholder tacrolimus og pimecrolimus i behandlingen av atopisk eksem. Konklusjonen er at fordelene ved bruk av disse substansene fremdeles vurderes som større enn ulempene (16).

Statens legemiddelverk anbefaler følgende retningslinjer vedrørende forskrivning av tacrolimus (Protopic) og pimecrolimus (Elidel) (12,16):

- Disse legemidlene skal bare brukes til pasienter eldre enn to år som har mild til moderat sykdom (gjelder Elidel) og

moderat til alvorlig sykdom (gjelder Protopic) når behandling med topiske kortikosteroider ikke bør eller kan brukes. Dette kan for eksempel være fordi området som skal behandles ikke egner seg for kortikosteroid behandling (slik som ansikt og hals), fordi kortikosteroider ikke virker, eller fordi pasienten ikke tolererer dem.

- Bare leger med erfaring i diagnose og behandling av atopisk eksem bør starte behandlingen.
- Protopic og Elidel må bare påsmøres i et tynt lag på affiserte hudområder.
- Kontinuerlig langtidsbruk bør unngås. Behandlingen bør pågå inntil eksemet er blitt bedre eller borte, og deretter avsluttes.
- Diagnosen atopisk eksem bør re-evalueres og differensialdiagnoser vurderes dersom symptomene ikke bedres, eller blir verre, under behandlingen.
- Disse legemidlene bør ikke brukes til immunsupprimerte voksne eller barn.
- Disse legemidlene bør ikke appliseres på lesjoner som er potensielt maligne eller premaligne. Forskriver bør merke seg at presentasjon av T-celle-lymfomer (CTCL) kan feildiagnostiseres som atopisk eksem.

Legen bør være nøye med å informere pasienter/pårørende om den mulige risikoen ved bruk av Elidel og Protopic, samt hva pasientene skal være oppmerksomme på når det gjelder bivirkninger.

Referanser

1. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (17.2.2006).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Elidel krem. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 23.6.2004).
3. Prescrire Editorial Staff. «Pimecrolimus. Me-too: Too many risks, not beneficial enough in atopic dermatitis». *Prescrire Intl*. 2004; 13 (74): 209–212.
4. Williams H. Another vehicle-controlled study of 1 % pimecrolimus in atopic dermatitis: how does it help clinicians and patients, and is it ethically sound? *Arch Dermatol*. 2002; 138 (12): 1602–3.
5. Garside R et al. The effectiveness and cost-effectiveness of pimecrolimus and tacrolimus for atopic eczema: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2005; 9 (29): iii, xi–xiii, 1–230.
6. Statens legemiddelverk. Legemiddelanmeldelse: «Elidel. Legemiddelverks vurdering av legemidlet Elidel». (1.9.2004). http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_15710.aspx (17.2.2006).
7. Eichenfield LF et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46 (4): 495–504.
8. Ho VC et al. Safety and efficacy of nonsteroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. *J Pediatr*. 2003; 142 (2): 155–62.
9. Wahn U. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in children. *Pediatrics*. 2002; 110 (1 Pt 1): e2.
10. Kapp A et al. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a nonsteroid anti-inflammatory drug. *J Allergy Clin Immunol*. 2002; 110 (2): 277–84.
11. Paul C. et al. Safety and tolerability of 1 % pimecrolimus cream among infants: experience with 1133 patients treated for up to 2 years. *Pediatrics*. 2006; 117 (1): e118–28.
12. Statens legemiddelverk. «Elidel og Protopic: Bekymring for mulig kreft-risiko» (18.3.2005) http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_17396.aspx
13. Prescrire Editorial Staff. «Cancer risk with topical pimecrolimus and tacrolimus». *Prescrire Intl*. 2005; 14 (80): 223.
14. Ormerod AD. Topical tacrolimus and pimecrolimus and the risk of cancer: how much cause for concern? *Br J Dermatol*. 2005; 153 (4): 701–5.
15. Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabase, søk 21.02.2006.
16. Statens legemiddelverk. Atopisk eksem – nye presiseringer om riktig bruk av Elidel (pimecrolimus) og Protopic (tacrolimus) (30.3.2006). http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_19666.aspx

Werner Frøysnes

APLF kurset Legen og medarbeideren

8.–10. juni 2006 Quality Hotel Arcticus, Harstad

Påmelding snarest til:

RMR kursarrangør,
Sjøbergvegen 32, 2050 Jessheim
E-POST: rmtove@online.no – TEL.: 63 97 32 22

Torsdag 8. juni

- 09.00–10.00 Registrering
10.00–10.15 Åpning/Kaffe
10.15–11.00 Fem års jubileum for fastlegeordningen!
Hva har vi lært?
v/Jan Emil Kristoffersen, leder APlf
11.00–13.00 «Hva strever vi med på vårt legekontor?»
Innledning v/ Helle Dunker
13.00–14.30 Lunsj
14.30–15.15 Hvordan kan vi sammen bedre
telefontilgjengeligheten?
v/Kristin Prestegaard
15.15–15.30 Kaffe
15.30–16.15 Hvordan tenke nytt i forhold
timeboka og ventliste?
v/ Lasse Folkvord
19.00 Båttur med Anna Rogde
(Egen påmelding til dette)

Freitag 9. juni

- 09.00–09.45 Hvem har du egentlig ansatt? v/Tove Rutle og Sissel Sørbye
09.45–13.00 «Hvordan gjenkjenne alvorlig akutt sykdom, hvordan prioritere rett, hva haster mest, hva er de viktigste primære tiltakene, og hvilke feil er unngåelige» v/anesilege Birgitte Sterud
13.00–14.00 Lunsj
14.00–17.00 «Peking Duck» – en teater improvisasjon over kinkige situasjoner i et legekontor hvor kursdeltakerne er med på å styre ferden. Medvirkende: skuespiller Annika With, skuespiller Trine Wiggen, pianist Torfinn Kleive og fastlege Svein Slagsvold
19.00 Festlig middag med prisutdeling

Lørdag 10. juni

- 09.00–10.00 Samarbeid mellom legekontoret og sykehuset,
både på et mer overordnet nivå og rundt den enkelte pasient.
v/Unni Ringberg og Unn Jensen
10.00–10.15 Praktiske oppgaver
10.15–10.30 Kaffepause
10.30–12.00 Hvordan er livet, og hva er utfordringene
som allmennpraktiker og medarbeider?
v/Sigrid Hensrud og Greta Heimgard
12.00–12.15 Avslutning.

Kurskomite: Bente Aschim, Helle Dunker, Torfinn Kleive og Tove Rutle

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

Takk til utfordrer Eivind Meråk. Han har inspirert meg til å bruke tid på å bli kjent med enkeltmenneskenes kultur og livshistorier for å se deres sykdommer og plager i lys av dette.

Valget er klart; det må bli et dikt av Nils Aslak «Aillohas» Valkeapää (1943–2001). Han var en internasjonalt anerkjent samisk multikunstner født i Karesuando i Sverige. Hans arbeid med musikk, lyriske verk, billedkunst og skulpturer har hatt en stor betydning for det samiske samfunnet.

Han uttrykker med enkle ord en ydmykhet, ro og stolthet over livet her i Sàpmi som jeg kjenner meg igjen i, og ønsker å bære med meg. Hans dikt er ofte grafisk framstilt i bøkene. Bokstavene kan for eksempel minne om en rein-

flokk i vandring. Mange av hans dikt er mer som en del av en større helhet, enn et enkelt dikt. Når jeg leser, hører og ser hans ord og bilder, ser jeg for meg endeløse, bølgende vidder – og jeg får en følelse av uendelig god tid. Et friggjørende avbrekk fra hverdagen som fastlege!

Diktet «Ruoktu vaimmus» forteller meg noe om identitet og tilhørighet. Det sier noe om hvor vanskelig det kan være å beskrive livet sitt for et annet menneske med en annen kulturbakgrunn. Jeg tenker på det når jeg hører min samisktalende áhkku (bestemor) på venterommet før hun skal inn til legen. Legen er for henne oftest en fremmedkulturell, uansett om han er fra Asker eller Iran. Áhkku er ikke så opptatt av hvilket medikament legen vil foreskrive for hennes angina, men hun er alltid spent på om hun og legen klarer å komme fram til en felles forståelse av problemet hennes ...!

Risten Utsi

«Heimen min er i hjertet mitt
og den flytter med meg

I min heim lever joiken
der høres barnelatter
Bjellene klinger
hundene gjør
lassoen plystrer
I heimen min bølger
koftekanter
samejentenes bellinglegger
varme smil

Heimen min er i hjertet mitt
og den flytter med meg
Du vet det bror
du forstår søster
men hva skal jeg si til de fremmede
som brer seg ut overalt
hva skal jeg svare på spørsmålene
fra dem som kommer fra en annen verden

Hvordan skal man forklare
at man ikke bor noe sted
eller likevel bor
men mellom alle
disse viddene
og at du står i senga mi
doet mitt er bak buskene
sola er lampe
innsjøen er vaskefat»

«Mu ruoktu lea mu váimmus
ja dat johtá mu mielde
Mu ruovttus eallá luohti
gulo mánáid illudeapmi
Biellut skállet doppe
beatnagat cillet
suohpan njurggasta
Mu ruovttus slivggodit
láddegávtti healmmit
sámi nieiddaziid biddojuolggit
liegga modji
mu ruoktu lea mu váimmus
ja dat johtá mu mielde»

Jeg avslutter med et lite vârdikt av
henne fra samlingen Fabler, frost, 1981.

Vår

Jeg bærer sparken og pulken på låven
putter blâswix og klister i et spann
vasser trassig i småsko på isete veier
så sørpa spruter
midt i mai.
Breier så ut mine hvite lår
for nordavinden.
Hufsende på en vasstrukken barflekke
med håret utslått
speider jeg etter sommerfugler.
– Det er ei rå me alt, sier jeg
og går løs på vinteren med øks.

Jeg vil utfordre min veileder fra turnus-
tida i Tana, Sigrun Winterfeldt.

Diktet t.v. er fra «Ruoktu vaimmus» Dat o.s./ «Vindens veier»
Tiden Norsk Forlag 1990. Gjendiktet fra samisk av Laila Stien.



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

Å takle siste del av livet

Jeg har lært mye av mange, mest av pasientene mine. Det høres ut som en fluske, men som de fleste flusker er det nok sant. Ikke alt jeg har lært har hatt en direkte biomedisinsk tilknytning. Noe har jeg lært som jeg håper jeg kan bruke selv, i mitt eget liv.

Rolf lærte meg at du skal være takknemlig for de gode dagene. Selvsagt skal du det. Takknemlig for de gode årene, og forberedt på de dårlige. Et idealt som vi ikke er uenige i, noen av oss. Samtidig som vi sier dette, ber vi en stille bønn om et langt lykkelig liv med en rask og smertefri død. For, lidelse er ikke likt fordelt. Lidelsen er ingen egalitær humanist. Noen lider mer enn andre. Mye mer. Vi har alle fulgt pasienter som går i år etter år med lidelsen som følge. Å stå ved siden av en pasient som stadig rammes uforståelig, urettferdig og gjerne på nye måter er ikke lett. Vi skal gi omsorg og trøst i en situasjon der det er vanskelig å se noen positive sider og komme med trøstende ord. Sånn var det med Rolf. Han lærte meg mange ting, mest lærte han meg at det går an å snu bitterhet til takknemlighet og desperasjon til aksept. Jeg møtte ham for mange år siden. Rolf var en sterk og munter mann i 40 årene. Han hadde en bakgrunn som akademiker, friluftsmann og kulturelt engasjert person. Han levde et aktivt liv med kona og 2 jenter. Inntil han ble syk. Han hadde utviklet noen store perianalabscesser som måtte skiftes daglig etter kirurgi. Det var slik jeg ble kjent med Rolf. Han var en munter og livskraftig mann av utenlandsk herkomst. Det varte og rakk, men etter mye skiftinger, reoperasjoner og behandling ble han bra av disse abscessene. Året etter kom han med smerter i ryggen. Bildene viste betydelig spinal stenose. Av en eller annen grunn progredierte dette raskt slik at han ganske snart nesten ikke kunne gå. Han måtte opereres. Operasjonen var slitsom og rekonvalesenttiden lang. Resultatet ble ikke helt som håpet. Han kunne aldri mer gå lenger enn noen hundre meter, men holdt han seg helt i ro var smertene under kontroll. Det gikk et par år, han tilpasset seg etter hvert sin nye tilværelse, men mye av overskuddet var borte. Da fikk han påvist coloncanceren. Han måtte opereres igjen. Operasjonen gikk bra. Fra et kirurgisk synspunkt. Vi så aldri noe mer til denne sykdommen. Men, igjen var det et smertefullt og plagsomt postoperativt forløp. Nå begynte angsten å dominere tilværelsen. Etter hvert med sterke depressive innslag. Han orket ikke lenger å se det verdifulle i tilværelsen og søkte hjelp for dette. Hjelpen hjalp ikke noe særlig. Verken primærlegen eller psykologen klarte å hjelpe Rolf med fø-

lelsen av at tilværelsen hadde lite å by på og at han var hardt rammet. Etter en stund gikk det allikevel noe bedre. Han tilpasset seg sin nye tilværelse, fant en del aktiviteter han trivdes med og lysnet litt opp. Da kom hjerteinfarkt. Et lite infarkt. Ikke noe å bry seg om, sa indremedisinerne. Rolf så det ikke sånn. Han synes det hadde vært nok. Nå var det nye runder med undersøkelser og operasjoner. Det gikk greit det. Fra et teknisk synspunkt. Nå tok det lang tid før han kom seg igjen. Dette var en tung tid, men også nå begynte det å lysne etter hvert. Det ble såpass bra at han for en gangs skyld dro på ferie. På den lille øya der han ferierte ble Rolf lagt inn med progredierende lammelser og hodepine. Han ble overflyttet med ambulansefly. Glioblastoma multiforme sa sykehuslegen i Norge. Du har mindre enn 4 % sjanse for å overleve sa han. Altså 96 % sannsynlighet for ikke å overleve la han forklarende til. Av en eller annen grunn ble Rolf allikevel både operert, bestrålt og fikk kjemoterapi. Da han kom hjem var han ikke til å kjenne igjen. Nedbrutt, engstelig og syk. Benzodiazepinene var det eneste som hjalp ham å komme igjennom dagene. Et langt sykeleie fulgte. Han visste hvilken vei det gikk, vi andre visste det også. Mens dagene gikk endret fokuset seg for Rolf. Han visste han skulle dø. Nå ville han gå igjennom dette livet. Det livet han hadde hatt og som var blitt så vondt de siste årene. Det vonde lot han ligge. Det gode tok han frem. Som bilder. Rolf hadde mange bilder. Han kjøpte seg en fotoskanner. Han satt mange timer hver dag med bildene, skanneren og pc-en. Han begynte med barne- og ungdomsbildene. Han scannet et og et bilde. Her og der la han til en kommentar eller et navn til bildet. Noen ganger smilte han bare gjenkjennende og gikk videre. Han scannet seg gjennom ungdomstid, forelskelser, arbeid og fest. Han gjennomlevde småbarnstiden, det hektiske familielivet når ungene var små og han og kona var i fullt arbeid. Ukene gikk hjemme hos Rolf mens årene gikk inn i datamaskinen. Jentene ble store på skjermen foran ham. De flyttet ut og fikk egne familier. Rolf fulgte med. På slutten dukker det opp nye blide og bekymringsløse mennesker foran ham, barnebarna. Da var Rolf veldig syk. Han var sykere enn noen gang, men allikevel mer harmonisk og sterkere enn jeg tror jeg hadde sett ham tidligere. De siste bildene ble skannet bare noen uker før han døde. Han viste meg stolt resultatet av dette, sitt siste prosjekt. En CD med bilder fra livet. Livet han og hans nærmeste hadde hatt sammen, det livet som hadde vært fylt av utfordringer, latter og glede. Det ble en verdig avskjedspresang til familien. *Petter Brelinn*

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 «slik gjør (nå) 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!*

Vedlikehold av Schiøtz tonometer

Etter å ha tatt over en praksis med en del utstyr av både ny og gammel dato, tok jeg en dag fram et gammelt Schiøtz tonometer som lå i hylla for å se hva slags forfatning dette var i. Det så tilsynelatende greit ut, men da jeg så på noen papirer som lå i esken, så jeg en vedlikeholdslapp stemplet øyeavdelingen på Haukeland i 1971. Det var lenge siden! Kunne jeg i det hele tatt stole på målingene fra dette tonometeret? Og hvor ofte må tonometrene sendes inn for vedlikehold?

Da jeg bor i byen, tok jeg meg like godt en tur til laboratoriet på øyeavdelingen på Haukeland, som har landsdekkende funksjon på vedlikehold av tonometre, for å få en liten leksjon i godt stell av disse. Jeg fikk vite at det ikke er noen spesielle regler på hvor ofte tonometrene må sendes inn til vedlikehold. Noen sender inn en gang i året, noen betydelig sjeldnere, kanskje noe avhengig av bruk og eget vedlikehold. Det som blir gjort ved innsending er, foruten grundig rensing, kontroll av nullpunkt og skalajustering av tyngde mot en gitt standard skala.

Tonometrene kan sendes til: Tonometerkontrollen, Øyeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen. Vedlikeholdet koster 125,- pr tonometer + porto.

Kanskje er det flere med meg som trenger en repetisjon av renhold og egenkontroll av tonometre, jeg deler derfor min nye kunnskap med Utpostens lesere (oppskrift ligger også ofte i etuiet):



Kontroller jevnlig, helst før hver måling:

- **Nullpunkt:** viserens skalaposisjon når instrumentet står vertikalt på testblokk skal være null.
- **Friksjon:** Tonometeret holdes horisontalt med skalaens nullpunkt nederst. Drei det langsomt inntil tappen glir spontant. Tonometerets lengdeakse skal da danne en vinkel mindre enn 25 grader med horisontalplanet. Er vinkelen større, må tonometeret rengjøres.

Rengjøring av tonometeret, anbefales gjort etter hver gang det brukes: Skru av og fjern tappens holdemutter. Skyll en piperenser i sprit og rengjør hele tappkanalen grundig med denne. Rengjør også selve tappen med sprit. Etter lufttørring og remontering kan du gjenta friksjonsprøven.

Sterilisering før bruk på pasient: Flamber fotplata i spritflamme i ca 10–15 sekunder, lufttørk.

Gunhild Felde

SOLSTRANDFONDET

Forskningsfond for allmennpraktiserende leger på Vestlandet

Fondet ble etablert i 1992 av Aplf og Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, og kan yte støtte til allmennmedisinsk forskning på Vestlandet. Støtten gis som refusjon av konkrete utgifter knyttet til forskningsprosjekt. Det gis ikke generell prosjektstøtte, heller ikke støtte til studieopphold eller kongresser. For år 2006 kan totalt utdeles inntil kr. 16 000,-.

Søknad om tilskudd sendes: Fondsstyre for Solstrandfondet v/Gunnar Tschudi Bondevik, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Kalfarveien 31, 5018 Bergen. Søknaden skal være en side med kort prosjektbeskrivelse og opplysninger om utgiftenes art og bakgrunn.

Søknadsfrist: 1. september 2006.

BRYNJAR JACOBSEN

FORBIFARTEN

STILLING VIKAR I FASTLEGEPRAKSIS ARBEIDSSTED ARNA LEGEKONTOR, BERGEN



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født og oppvokst på Frosta, Nord-Trøndelag. 37 år gammel.
Glad i musikk, film, bøker, kunst (inkl fotball), mat og reiser.
Studert medisin i Tromsø. Uteksaminert 1998. Ellers halvstudert røver innen matematikk, fysikk og psykologi. Tropemedisin Uppsala 2001.
Gift med Elisabeth, et barn, og hun heter Tora.

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

Etter kun tre måneder som vikar, går det vel mest i «Vikaren til dr. Erichsen», eller hvis de har blitt riktig godt kjent med meg: «Vikaren til dr. Truls»...

Hva gir deg mest glede?

Sex med kona!

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

Privat er det vel å legge seg litt tidligere enn jeg gjorde før, og på jobben er det å begynne litt seinere med den første pasienten.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg kan møte pasientene mine der de er, og bistå dem med det de trenger hjelp til, så lenge jeg kan stå inne for det, medisinsk sett.

Når gjør du uviktig arbeid?

Ofte, og jeg har en sterk følelse av at papirarbeid er overrepresentert.

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

Forskning på vaksiner og nye medisiner med tanke på sykdommer i tredje verden, da disse er svært lite prioritert i en verden der profitt er målet og betalingsevne er pasientens viktigste kjennetegn.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Blid og mye bedre!

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

Ja, men da må man vite å kunne kontrollere sinnet og kombinere det med en svært saklig begrunnelse for hvorfor man blir sint. Jeg har blitt sint og vist det delvis en gang, da jeg jobbet på Oslo Legevakt. Da ble jeg litt høyrøstet, svært tydelig i argumentasjonen, og brukte mye energi på å oppføre meg profesjonelt. Jeg dokumenterte hele hendelsen fryktelig nøye etterpå.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Sannsynligvis matematiker, men drømmen var en gang å reise rundt i verden med legeveske og båndopptager, og kombinere legegjerning om dagen med musikknologisk kulturminnesamling om kvelden.

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

Min kone. Se punkt 2.

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?

Vanskelig, vanskelig. Hvilke tær skal man trække på?

Jeg tror jeg hadde tatt pengene som skal gå til Prevenir-vaksinen og brukt dem pluss litt ekstra på å ruste opp og skjerpe kravene til legetjenestene på sykehjemmene.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Kvalitetssikring av medisinsk praksis og av praksisdrift.

Hvilket sykehus er Norges beste?

«I'm taking the Fifth, here.» (On counsel's advice, I invoke my right under the Fifth Amendment not to answer, on the grounds I may incriminate myself.)

Hvilke erfaringer fra din tid i «Leger uten Grenser»

har du hatt mest nytte av i ditt arbeide som allmennlege?

Jeg jobbet i Abkhasia ved Svartehavet i 2002, og ledet der et prosjekt som administrerte gratis helsetjenester og medisiner i allmennpraksis og på sykehus til den fattigste delen av befolkningen (ca 22000 mennesker) i Abkhasia. I mitt nåværende arbeid som allmennpraktiker har denne erfaringen gitt meg et mer nyansert syn på vårt eget helsevesen. Det har blitt lettere å se hvor privilegerte vi er, og at både leger og pasienter er litt bortskjemte, ved at vi forventer at helsevesenet skal kunne møte alle våre ønsker, og helst øyeblikkelig. I Abkhasia fikk f.eks. pensjonistene ca åtte kr i måneden fra staten, og mange hadde ingen familie igjen pga borgerkrigen med Georgia. Hvis man ble syk, og måtte innlegges på sykehus, måtte familie og venner dra på apoteket og kjøpe medisinen de trengte i sykehusbehandlingen. Du kunne betale for et røntgenbilde, hvis du var rik, men UL, CT og MR fantes ingen steder. Slik var og er situasjonen innen de fleste deler av Abkhasias helsevesen. Det er skremmende at forskjellene i helsetilbud mellom nasjoner er så store, og at så lite blir gjort for å bedre situasjonen for verdens fattige.

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

Siri Foss. Studenthelsetjenesten ved Universitetet i Oslo.

Hvilke helseproblemer preger norske studenters hverdag?

Hva kan gjøres for å bedre helsetilbudet for studentene?

Samhandling i fødselshjelp og kvinnesjukdomar

Olav Rutle sitt 5. Minnesymposium

Kurs no B-22016 Den norske lægeforening



KURSSTAD/-TID:

Norsk Bremuseum 6848 Fjærland, 24. og 25. august 2006.

MÅLGRUPPE: utdanningskandidatar og ferdige spesialistar i allmenn-medisin og fødselshjelp og kvinnesjukdommar.

PÅMELDING: koordinatorkontoret,

Den norske lægeforening innen 20. juni 2006.

E-post: koordinatorkontoret.bergen@legeforeningen.no

KURSAVGIFT: Kr. 1600,- for leger, kr. 3200,- for ikkje-leger, lunsj og kaffi-utgifter kjem i tillegg.

GODKJENNING: 17 timer, valfritt utdannings- og etterutdannings-kurs for spesialitetane allmennmedisin og fødselshjelp og kvinnesjukdommar.

KURSPROGRAM

Torsdag 24. august 2006:

- 10.00 Velkommen v/kursleiarane: fastlege Johan Nyhammer, Askvoll, overlege Jostein Tjugum, Lege i spesialisering Tom Guldhav (begge: Førde sentralsjukehus, Kvinneklinikken)
- 10.10 Fosterdiagnostikk i tidleg graviditet. Kva misdanningar? Innhald i og målsetjing med undersøkingar v/overlege Torbjørn Eggebø, Stavanger universitetssykehus, Kvinneklinikken
- 10.30 Fosterdiagnostikk – informasjon til paret som ventar barn. v/fastlege Mariann Kapstad, Førde
- 10.45 Genetisk rettleiing/ultralyd- og blodprøve. Undersøking ved fosterdiagnostikk v/Torbjørn Eggebø
- 11.30 Fostervatn – og/eller morkakebiopsi anno 2006. v/Torbjørn Eggebø
- 11.50 Misdanningar oppdaga i sein graviditet. Tiltak – oppfølging v/overlege Randi Mette Steen, Førde sentralsjukehus, Kvinneklinikken Torbjørn Eggebø
- 12.05 Graviditet/fødsel og overvekt. Vekt og kostråd v/fastlege Tom Guldhav
- 12.45 PAUSE
- 13.00 Nye nasjonale retningslinjer i bruk av Helsekort for gravide. Praktisk/teoretisk gjennomgang. Kva er nytt, og kva er borte? v/ førsteamanuensis og fastlege Atle Klovning, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjon for allmennmedisin
- 13.40 LUNSJ
- 14.40 Helsekort for gravide – framhald. Atle Klovning
- 15.25 Praksiskonsulentordning – formalisert samhandling mellom helsetenestenivåa. v/fastlege og representant for praksiskonulentordninga Odd Kvamme, Leirvik legesenter
- 15.50 PAUSE
- 16.05 Graviditetskontrollane – samhandling kommunejordmor – fastlege – spesialist v/Odd Kvamme
- 16.20 Kasuistikkar – gruppediskusjonar og gjennomgang med forelesarpanel
- 17.00 Minneforelesing – open for publikum.
Det gode møtet: Grunnstoffet tilitt. v/professor Per Fugelli, Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og sosialmedisin. Seksjon for medisinsk antropologi og sosialmedisin.

25. august 2006:

- 08.30 Døden i det sosialmedisinske laboratorium. v/Per Fugelli
- 09.15 Lindrande behandling ved underlivskreft hjå kvinner. Fastlegetiltak og samarbeid v/Jostein Nyhammar
- 10.00 PAUSE
- 10.15 Lindrande behandling til gynekologiske kreftpasientar. Definisjon og målsetjing. Tiltak – samhandling v/kreftsjukepleiar Kristin Vassbotn Guldhav, Førde sentralsjukehus, Tom Guldhav
- 11.00 Framfall. Definisjon – diagnostikk. v/lege i spesialisering Øystein Helland, Førde sentralsjukehus, Kvinneklinikken
- 11.20 Framfall. Førebyggjande tiltak – årsaker. Bakgrunn for terapitilbod. v/Jostein Tjugum
- 11.30 Praksiskonsulentarbeid generelt ved kvinnesjukdommar. Tiltak ved framfall. v/Odd Kvamme
- 12.00 LUNSJ
- 13.00 Behandlingstilbod for framfall. Konservativ – kirurgi. v/Øystein Helland
- 13.30 Råd – sjukemelding etter framfallsoperasjon. Oppfølging. v/Jostein Tjugum
- 13.45 Gruppeinformasjon/-diskusjon omkring framfallsbehandling hjå fastlegen. Ringtypar – storleikar. Tilpassning og kontrollar. v/kursleiarane
- 15.00 PAUSE
- 15.20 Preventivmiddel. Rådgiving og typar. Dei yngre og eldre kvinnene. v/lege i spesialisering Camilla Hovig, Førde sentralsjukehus kvinneklinikken
- 15.50 Hormonsubstitusjon i klimakteriet og i seniet. Anno 2006. Generell – lokal – tablettar – plaster. v/Tom Guldhav
- 16.05 Sluttord – kommentarar. v/kursleiarane
- 16.15 SLUTT PÅ DET FAGLEGE PROGRAMMET

OVERNATTING BESTILLAST SJØLV:

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

AKTIVITETER:

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

TA KONTAKT MED RMR KURSARRANGØR

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

Cipralex[®]

Rask, effektiv, selektiv^{1,2,3}



Se preparatoriale og referanser, se side 44

www.cipralex.com

Lundbeck



Cipralex
escitalopram

Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom^{1,2}



Redusert pleiebehov

Ebixa® reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til dem som fikk placebo.³

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

Utvidet indikasjon!
Når MMS $\leq$ 20



Ebixa®

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

For referanser og preparatomtale, se side 44