



Innhold:

LEDER: Om Helens utfordring. Av PETTER BRELIN	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Sidiq Faizi. Av PETTER BRELIN	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: NY ROLLE: Allmennlegen som akutt- medisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Av HELEN BRANDSTORP	6
Nå kre sjeldne akutte utslett hos barn. Av ERLEND TOLAAS	13
Førstemann ut i Telemark. Praksiskonsulent ved lungeavdeling. Av ØYSTEIN LINE	17
Slaget om det norske hus. Z 605.4 Kompleks rehabilitering. Av HARALD SUNDEY	20
Fokus på håndhygiene og infeksjoner hos barnehagebarn. Av GRETE DAATLAND ANDERSEN	26
Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. DEL I Av ELINE THORNQUIST	28
Begjæring om tvangsinnleggelse – hvorfor fastleger noen steder må gjøre det oftere enn fastleger andre steder. Av OLAV NYTTINGNES OG ANNE-GRETHE SKJERVE	33
RAPPORT FRA UGANDA: Apwoyo! Av TIM NANSEN	34
Faste spalter	38

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: petter.brelin@gmail.com

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 Straumsjøen

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:

Helen Brandstorp

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Om Helens utfordring

Sommeren er over, og Norges leger har igjen kastet seg over hverdagens utfordringer. Vi i Utposten håper at du kom hjem fra ferien uthvilt med fulladede batterier og en brennende lengsel etter å kaste deg over de utfordringer som venter på deg frem til neste ferie. Mange av dem vil være forutsigbare. Vi vet blant annet at flere av de menneskene vi vil møte søker oss fordi de har vært utsatt for ulykker, skader, eller vært vitner til traumatiske hendelser. Ganske mange nordmenn opplever dessverre dette. Det er så mange av oss som omkommer brått og uventet at det slår ut på den gjennomsnittlige levealder her i landet. Vi nordmenn liker å sammenlikne oss med svenskene. Det kan være en morsom og styrkende opplevelse, men det er ikke bare under vinter-OL at vi bør se hvordan vi kommer ut av det i sammenlikningen med broderfolket. Kunnskapssenteret har sammenliknet oss med våre brødre og søstre på andre siden av kjølen i rapporten: «Dødelighetsforskjeller mellom Norge og Sverige», som kom i 2005. Dette er en rapport som burde vekke allmenn interesse fordi den viser vesentlige forskjeller mellom de to landene, og derigjennom fokuserer på områder der det er en reell mulighet for å gjøre noe som kanskje kan slå ut på statistikken i form av øket livslengde.

Vi nordmenn dør tidligere enn svensker. En av hovedårsakene til dette er ulykkene. Det er dessverre få som er bevisst denne sammenhengen, og ikke veldig mange som arbeider for å redusere skadene og konsekvensene av de mange ulykkene vi har her i landet.

Vi allmennleger har nok ikke vært i fremste rekke i dette arbeidet. De fleste har kastet seg over alle de andre problemstillingene som yrket byr på og kanskje noen til og med synes at det er greit å slippe denne typen oppgaver. Noen gjør imidlertid en stor innsats for å bedre samfunnets håndtering av ulykker og skader. Kommune- BEST prosjektet som drives av Helen Brandstorp (medredaktør i det magasinet du sitter og leser) trener hele kjeden av helsepersonell til å arbeide best mulig sammen når ulykken skjer. Hun har beskrevet prosjektet i dette nummeret av Utposten. Les det nøye. For her får du en av høstens store utfordringer. Helen (og flere med henne) vil arbeide for at allmennlegen skal bli sentral i den akuttmedisinske kjeden. Hun mener at det er vi som kan diagnostisere, sortere og prioritere både traumer og indremedisinske akutte tilstander. Det er vi som kan holde de lette skadene ute av traumestuene og skille angstanfall fra ustabil angina, slik at sykehusene kan konsentrere seg om de som virkelig trenger det. Da er det kanskje ikke så farlig om intubasjonsteknikken er litt rusten, den teknikken er det sikkert andre som kan bedre enn oss. Hun vil ha oss ut av kontorene, inn i sykebilene og ut til pasientene. Også vi som jobber i byene.

Det er neppe vågalt å spå at dette vil medføre en del diskusjon både blant allmennleger og andre yrkesgrupper i helsevesenet. De som arbeider for en slik utvikling, vil nok finne det vanskelig å kunne forsvare en praksis der vi låser oss mer og mer inne på kontorene for å måle blodtrykk og kolesterol (der er vi ganske gode, svenskene har mer hjertekar-sykdommer), mens sykebilene farer forbi kontordøren vår. Skal vi få respekt for den jobben vi gjør, må vi unngå en utvikling der vi blir tafatte trøstere som ikke kan hjelpe til når det virkelig trengs. Trøste skal vi selvsagt gjøre, men først etter å ha gjort en innsats for å redusere konsekvenser og skader under ulykker.

Hvordan dette kan organiseres slik at også byenes akuttjeneste kan betjenes av allmennleger uten at det går utover ambulansetjenestens responstid, er kanskje noe vanskeligere å se for seg, men fornuftige modeller er ikke umulige å få til. Daglegevakter samlokalisert med ambulansebasen er et eksempel. For at akuttmedisinen i Norge skal bli bra og bedre, må allmennlegene melde seg på banen, skolere seg sammen med ambulansepersonellet slik Best beskriver. Interkommunale legevakter må ta dette innover seg.

En annen som minner oss på at det finnes en verden der ute med utfordringer er Dr. Tim Nansen fra Leger Uten Grenser. Han har skrevet en rapport fra en av de mange glemte konflikter i verden. Han har arbeidet i Nord-Uganda, et av de hardest prøvede områder i verden. Men, håpløsheten har ikke tatt ham, han skriver om sitt arbeide og sine opplevelser med innlevelse og en frisk optimisme som viser oss at det nytter bare man deltar.

Det er en mengde utfordringer der ute. Vi tror at Utposten setter fokus på noen viktige i dette nummeret.

Petter Brelin

Utpostens
dobbeltime

Sidiq Faizi

INTERVJUET AV PETTER BRELIN

Den 25. desember 1979 våknet jeg opp i Norge til en lang frokost for å leke med de nye tingene jeg hadde fått til jul. Mett og trygg oppdaget jeg i løpet av den formiddagen at verden hadde endret seg i løpet av natten.

Den kalde krigen var blitt varm i sentral-Asia. I Afghanistan våknet Sidiq Faizi opp til lyden av russiske stridsvogner som kjørte gjennom gatene. Hjemlan-

det hans var okkupert og med det ble tilværelsen hans fullstendig snudd på hodet. Fremtiden så med ett helt annerledes ut og livet skulle utvikle seg i en retning den unge Sidiq ikke kunne ha forestilt seg i sine villeste drømmer. Han skulle bosette seg i et land han knapt hadde hørt om. Han skulle arbeide som lege for mennesker han da ikke visste eksisterte. Men dit var det langt. Han var 18 år gammel og hadde allerede kommet i gang med medisinstudiene. Fremtiden så lys ut. Han ville bli lege slik at han kunne hjelpe de mange som trengte det i hjemlandet. Han ville bringe landet videre, som en av de privilegerte med både personlige og kulturelle ressurser hadde han hatt den muligheten. Slik gikk det ikke. Han ble revet ut av sitt hjemland, han kunne ikke hjelpe slik han ønsket og det skulle ta mange år før han ble lege. Men lege ble han. Dette er historien om hvordan noen av våre kolleger har hatt en lengre og tyngre vei til fastlegehjemmelen enn oss andre.

Vi arbeider i samme by, vi har vært kolleger i mange år, men jeg vet lite om hvordan du kom deg hit. Hva skjedde den gangen i desember 1979?

–Vi var overrasket og sinte over okkupasjonen. Jeg deltok i en spontan demonstrasjon mot okkupasjonsstyrkene på universitetet. Det var vel kanskje ikke så lurt, vi hadde jo ingen mulighet mot de russiske styrkene som drepte og fengslet mange av mine medstudenter. Det var bare så vidt jeg klarte å rømme. Broren min, som deltok i den samme demonstrasjonen, ble fengslet i åtte måneder. Han hadde en forferdelig tid i fengselet. Faren min fikk til slutt kjøpt ham ut derfra. Etter denne demonstrasjonen måtte jeg rømme byen. Jeg kunne når som helst bli arrestert. Jeg fikk med meg litt penger fra faren min, så sluttet jeg meg til Mujahedin i Kandahar. Der deltok jeg som sykepleier for motstandsbevegelsen helt i fronten, og var flere ganger i strid. Det var en vanskelig tid, vi hadde ikke mat og utstyret var svært dårlig. Flere ganger var jeg helt innpå de fiendtlige

styrkene, livredd for å bli tatt. Etter tre måneder måtte jeg rømme ut av landet. Vi beveget oss mest om natten i ly av mørket og vegetasjonen. Flukten ut av Afghanistan følte seg grunnen ikke så dramatisk. Det jeg hadde opplevd i striden hadde vel herdet meg på en måte. Da jeg kom til grensen, satt jeg meg på en buss som gikk til Quetta i Pakistan der jeg tok inn på et hotell. Jeg var for første gang i et annet land. Det var med blandede følelser jeg kom til byen. Jeg var helt alene og hadde ingen plan for hvordan jeg skulle klare meg. Hotelleieren var naturlig nok skeptisk til å begynne med, han lurte på om jeg var kommunist. Etter at jeg hadde forsikret ham om at jeg var på flukt fra kommunistene, tok han seg av meg som en sønn, og hjalp meg etter noen dager til å komme videre. Med hans hjelp kom jeg meg til Karachi. Der tok jeg også inn på et hotell sammen med noen venner jeg hadde truffet. Som 18-åringer er de fleste ikke så veldig strukturerte. Jeg bodde på hotell, spiste på restaurant og levde et godt liv. I en måned. Da var alle pengene brukt



opp. Jeg var ung, uerfaren, blakk og rådvill. Jeg tok kontakt med noen forretningsmenn fra hjemlandet som hjalp meg med en jobb som handelsreisende mellom Pakistan og India. Det var en bra jobb, jeg reiset mye og handlet med forskjellige varer i begge land, etterhvert la jeg meg opp litt penger.

Du ville ikke bli i Pakistan, hvor ville du flytte?

– Vi som hadde flyktet fra Afghanistan ville alle til Vesten. De fleste hadde et mål om å komme seg til USA, men England og Tyskland ble også ansett for å være bra. Jeg besøkte forskjellige vestlige konsulater hver dag for å søke om asyl, men dette ble ikke innvilget av noen av konsulatene. I et av konsulatene ble vi avvist med at vi ikke kunne få opphold i deres land, fordi vi måtte slåss mot russerne. Jeg fikk inntrykk av at de så på oss som et bolverk mot videre russisk ekspansjon.

Hvordan kom du deg så til vesten?

– En venn av meg kom i kontakt med en iraner som arbeidet i Air France. Denne mannen solgte billetter til vesten mot en ekstra «avgift». Disse billettene var en slags rundtur som kostet oss en liten formue. Vi kjøpte en slik billett hver,

vi fikk også tak i noen reisedokumenter som vi fikk lov å betale for. Det første stoppestedet var Frankfurt der vi søkte om asyl på grensepolitiet kontor. Til å begynne med ble vi bare avvist, men når de forstod at vi var fra Afghanistan, ble vi satt i en buss og kjørt ut av flyplassen. Vi var nervøse under hele flukten og var veldig usikre på hva som ventet oss. Særlig var jeg utrygg under denne bussturen. Vi hadde hørt en rekke rykter om at vi ville bli tatt med til en amerikansk treningsleir for å bli trent til å drive motstandskamp mot russerne for så å bli sendt tilbake til Afghanistan. Jeg ble lettet da jeg så at vi kjørte inn på parkeringsplassen til et hotell der det lekte afghanske barn utenfor. Da skjønte jeg at vi ville få bli i Vesten og at dette ikke var en treningsleir for geriljasoldater.

Du ga ikke opp planen om å bli lege?

– Nei, jeg hadde jo begynt på studiene i Afghanistan, men etterhvert ble det klart at jeg ikke kunne fortsette i Tyskland. De godkjente verken de påbegynte studiene eller min studiekompetanse slik at jeg også måtte ta et studieforberedende år for å vise at jeg dugde til studiet. Det var ikke særlig vanskelig, og i 1986 begynte studiene i Berlin.

Da var du ferdig i -92, var det da rett i jobb?

– Nei, nok en gang fikk storpolitiske hendelser betydning. I 1989 falt muren og Tyskland ble gjenforent. Dermed strømmet det leger fra øst over til vest. Det ble umulig å få fast jobb. Jeg måtte ta vikariater innenfor flere spesialiteter. Jeg siktet inn på kirurgi siden jeg hadde et ønske om å bli hjertekirurg, men det skulle bli umulig i denne perioden og siden ble det aldri aktuelt.

Du fikk også en jobb i nærheten av hjemlandet?

– Ja, en av de første jobbene jeg gjorde var en jobb for ICRC (Røde Kors). Vi arbeidet på et sykehus i Pakistan som lå helt inntil grensen ved Afghanistan. Sykehuset hadde som oppgave å ta seg av krigsskader fra Afghanistan. Vi var et bredt og internasjonalt sammensatt team som det var flott å jobbe sammen med. Men, den jobben hadde jeg ikke så lenge. Det var lagt noen urimelige begrensninger på vårt arbeide på dette sykehuset. En kveld fikk vi melding om at det kom inn tjue hardt skadede pasienter. Det viste seg at det var et bryllupsfølge som hadde kjørt på en landmine inne på den andre siden av grensen. Det var en forferdelig situasjon, mange av de skadde var barn og unge. Dette var skader som ikke var resultat av direkte krigshandlinger. Da fikk vi ordre om ikke å behandle pasientene. Vi to som hadde vakt kunne selvsagt ikke akseptere at vi ikke skulle behandle alvorlig skadde mennesker som ba om vår hjelp. Vi behandlet dem så godt vi kunne, men dette var et klart brudd på våre ordre. Vi var ikke overrasket da vi neste dag fikk sparken.

Og da var det hjem til nye vikariater?

– Ja, det begynte å bli slitsomt med alle disse kortvarige jobbene. Jeg hadde hatt jobber i kirurgi, akuttmedisin, indremedisin, og hadde til og med et engasjement som Hiv-forsker i en periode.

Til slutt havnet du altså i Norge?

– Ja, en kollega og jeg satt og leste i et tysk medisinsk tidskrift der det var en flott annonse som reklamerte for Norge som arbeidssted. Det var i den perioden myndighetene i Norge søkte etter tyske leger som kunne jobbe i Norge. Kollegaen min sendte en forespørsel for oss, men vi la vel ikke så veldig mye i det. Til vår store overraskelse kom det tilbud om ansettelse allerede etter en uke. Norsk-kurs fikk vi i Berlin. Etter kurset begynte jeg på en jobb i Bardu.

Det må ha vært litt av en kontrast. Du har bodd i Quetta, Karachi, Frankfurt og Berlin. Hva syntes du om å komme til Bardu?

– Jeg syntes jeg kom til paradiset. Det var det vakreste stedet jeg har bodd. Naturen og menneskene var helt fantastiske. Jeg kunne fiske og gå på jakt hver dag.

Men, du flyttet allikevel?

– Ja, foreldrene mine bor i Sverige, og min kone synes nok at Bardu ikke var det mest sentrale sted vi kunne bo. Derfor flyttet vi til Halden etter en periode i Hov i Land.

Hvordan synes du det er å jobbe som lege i Norge?

– Jeg synes det er enestående bra. Leger i Norge jobber mye mindre enn de stedene jeg har jobbet før. Bra betalt er det også. I tillegg opplever jeg at pasientene er hyggelige og beskjedne. De fleste jeg møter behandler meg med respekt og er lette å forholde seg til. Jeg har brukt en stund på å bygge opp listen min, men nå er den full og jeg har mer enn nok å gjøre. Jeg er fornøyd med at alle de som står på listen min har søkt meg på egen hånd. Jeg er overrasket over hva norske pasienter finner seg i. Jeg har møtt flere pasienter som jeg synes kunne ha sagt tydeligere fra om at de ikke har fått den tjenesten de burde ha, men de er beskjedne og tilbakeholdne, og ønsker ikke å klage. Men, det er ikke alltid så lett å være utenlandsk med en fremmed bakgrunn. Til å begynne med var språket et problem for meg, det er nok en del skepsis til utenlandske leger blant nordmenn. Fortsatt merker jeg at de som ikke kjenner meg, er tilbakeholdne til å begynne med. Etter en stund er de både hyggelige og imøtekommende. Enkelte tillegger meg nok også litt «magiske» evner.

Magiske?

Ja, det synes jeg jo er litt snodig, nesten komisk. Det er ikke mye magisk ved meg! Jeg synes jeg merker at enkelte ser på min bakgrunn og mitt opphav med en forventning om at jeg skal ha kunnskap som ikke er vanlig i vesten og dermed ha andre evner enn leger fra Norge. Særlig litt eldre norske pasienter virker som de har slike oppfatninger.

Det er kanskje en slags forventning til «gammel asiatisk» kunnskap?

– Ja, kanskje. Jeg kan vel si at det er litt uvant med den typen forventninger.

Du arbeider mye med folk fra andre land?

– Ja, det er vel sikkert naturlig for folk fra fremmede kulturer å søke en lege som ikke er norsk. Jeg liker dette arbeidet, og tror at min bakgrunn kanskje kan være hensiktsmessig i arbeidet med disse pasientene som kan være krevende. De er ofte mer diffuse i symptombeskrivelsen, de har en annen referanseramme som jeg synes jeg kjenner igjen. Det tar tid å arbeide med en slik pasientgruppe, men jeg opplever det

som meget hyggelig og givende. Jeg har til og med vært i bryllup til pasienter fra fremmede kulturer.

Men, noen afghanske pasienter har du ikke?

– Nei, her i Halden bor det knapt noen andre afghanere. Mine pasienter kommer fra store deler av verden, men hjemlandet mitt har jeg ingen fra.

Du har hatt en del kontakt med hjemlandet på annen måte?

– Ja, jeg har i noen år fungert som helserådgiver for de lokale myndigheter i Kandahar. Byen, ja hele landet, har et desperat behov for å få organisert et bedre helsevesen. Dette har medført at jeg har vært i byen et par ganger i året.

Arbeidet har vært ulønnet og jeg har finansiert dette selv. Nå er imidlertid sikkerhetssituasjonen forverret, samtidig synes jeg at det er veldig vanskelig å få gjennomført de nødvendige endringer, slik at jeg ikke lenger vil være så aktiv i denne sammenhengen. Jeg synes at det meste av det arbeidet som drives er ineffektivt, og at det kaster svært lite av seg. De hjelpeorganisasjonene jeg har sett bruker svært mye til administrasjon og oppfølging av sine prosjekter, lite av det som bevilges går til dem som trenger hjelpen.

Planer for å flytte tilbake?

– Nei, nå har jeg familien og jobben her. Jeg trives i Norge, og har ingen planer om å flytte tilbake.



Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. 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.



AV HELEN BRANDSTORP

Ny rolle: Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt

Jostein Gaarder skriver dette i sin nydelige førjulsbok *Julemysteriet*¹:

«Det er nøyaktig to måter å bli vis på. Den ene måten er å reise ut i verden og se så mye som mulig av Guds skaperverk. Den andre måten er å slå rot på ett bestemt sted og studere alt der så nøye som mulig. Problemet er bare at det er komplett umulig å gjøre begge deler på en gang.»

I samme sekvens skriver han om de gamle murene i et utkikkstårn. De kan til slutt bli lei av utsikten. På den annen side har de opplevd hvordan mennesker har kommet og gått, og det har kanskje gitt innsikt.

Jeg har, med utgangspunkt i min personlige uro over å ikke kunne løse de akuttmedisinske oppgavene godt nok, gjort både det ene og det andre, vært på ett sted og vært i bevegelse. De siste åtte årene har jeg studert både mitt eget legevaktssystem i Tana og Nesseby, samt vår lokale overlevelseskjede inn mot Kirkenes sykehus. I tillegg har jeg reist rundt til andre. Min lille visdom består nå i at jeg tror vi vaktleger skal strebe etter en lederposisjon med utsikt som gir oversikt og

innsikt. Utsikten får vi ved å være i posisjon til å se og observere, ved å være tilstede der det skjer. Dette gjelder i det meste av allmennmedisinen, selvfølgelig også innen akuttmedisin.

Vi har valgt en jobb som hjelpere, og når nøden er størst er plikten vår å hjelpe etter pasientens behov og egen evne. Oppgaven med å lede, kommunisere med mange og ha oversikt evner vi godt, er min observasjon og erfaring.² Ved samhandling med andre er det dessuten legens plikt, etter helsepersonelloven, å diagnostisere og bestemme behandling.³

Håndtering av bærer, oksygenflasker og masker vil ofte ambulansepersonellet kunne mer elegant, og det er fint. En god leder behøver ikke nødvendigvis stå med hendene fulle og prøve å fylle alle roller på en gang. Som Gaarder sier, det er komplett umulig å gjøre begge deler på en gang.

Jeg tror legens rolle er som leder og den beste lederposisjonen er et skritt til siden, for best mulig oversikt.

Og ambulansetjenesten vil faktisk ha oss med ut igjen!



Er forskjell i kjøretøy avgjørende?



Som en slags «reisende i akuttmedisin i allmennpraksis», gjennom prosjektet Kommune-BEST⁴, har jeg møtt mange akuttmedisinske team i deres hjemkommuner i Nord-Norge. Møtene med fastlegekolleger der de arbeider til daglig, med ambulanspersonell i forskjellige helseforetak og sykepleiere og helsesekretærer på mange ulike helsesentre og legekontor, har gitt meg tro på at rolleavklaring er viktig i fagfeltet vi strever litt med for tiden, – akuttmedisinen. Det synes som legens rolle er litt uklar og dårlig definert. Dette gjør at de andre yrkesgruppene roller blir tilsvarende uklare, og oppgavene noe tilfeldige fra gang til gang.

Mange er også stemmene som hevder at legene trekker seg bort fra dette fagfeltet, og at ambulanspersonell tar over.⁵ Sist i juni kom denne påstanden fra Riksrevisjonen, som har sett på «akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten».⁶ De så nettopp og utelukkende fra spesialisthelsetjenestens perspektiv.

Ulik praksis i by og land

Det er forskjell på bykommuner og distriktskommuner, er en vanlig påstand i allmennlegemiljøene. Organiseringen må bli forskjellig!

Mye av Nord-Norge er distrikt med lange avstander, mine erfaringer farges selvfølgelig av det. Men vi har da også byer å trekke erfaringer fra her oppe, se VGs forside fra Tromsø i sommer: Lege på stedet. Viktig der og da, og også i tiden etterpå.⁷

Uansett, det er klart at det er forskjell på Tana, Tromsø og Trondheim. Det skilles imidlertid overhodet ikke på by og land i «Forskrift om krav til akutt

medisinske tjenester utenfor sykehus»⁸. Forskriften kom i fjor vår, og er kanskje ikke veldig godt kjent blant andre enn ambulansepersonell av landets helsepersonell? Kravene til legene er ikke mange eller spesifiserte, men to er klare nok. Helsepersonellovens paragraf om forsvarlighet er også interessant.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus krever:

1. Alltid en lege med helseradio knyttet til nødradionettet i alle kommuner; vaktlegen.
2. Aktørene i den lokale akuttmedisinske kjeden skal samtrene. Både nivåene i helsevesenet skal trene sammen, og det skal trenes med de andre aktuelle etatene.

Loven om Helsepersonell. § 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Sentralisering

På den grisgrendte bygda er det ofte en selvfølge at vi er med ut fra kontoret for å hjelpe «våre». Vi har ingen hjelpere å avse og ingen av våre å miste. Slik er det i alle fall på

Geir i Sør-Varanger: mer sjarmerende enn skummel...



sitt beste. Legen kan føle seg personlig rammet dersom ikke pasienthåndteringen går så bra som mulig utenfor sykehus. Pårørende eller pasienten treffer man igjen på butikken.

Trenden med å sentralisere legevaktjenestene i større, interkommunale legevakter (IKLV) er i ferd med å endre dette bildet. Distriktskommuner jobber sammen om å drive en felles legevakt, åpen utenom ordinær kontortid. Der geografien og økonomien tilsier at det er hensiktsmessig, håper man å rekruttere og stabilisere leger ved redusert vaktbelastning, mer hjelpepersonell og utstyr. Alternativet med å øke antallet fastleger i hver kommune med forskningsmidler, kan bli en spennende alternativ løsning for å redusere vaktbelastningen. For denne nye sentraliserings-tanken i IKLV er en utfordring for akuttmedisinen. Teamene legene jobber i på dagtid erstattes av helt andre på vaktid, fordi man er et annet sted. Klare roller og gode samarbeidsevner blir enda viktigere. Særheter vil ikke forstås eller aksepteres så lett utenfor legens eget «revir». I tillegg øker avstandene til mange av pasientene, og her må bakvakt i periferien stille opp når det behøves. Hvilke klare kriterier eksisterer for det?

Ønsket om service fra pasientenes side øker kanskje også. Mens de små kommunale legevaktene kan klare å skape en forståelse for at legen må ut og hjelpe de som er mest syke først, så kan det innad i større befolkningsgrupper oppstå en lavere grad av solidaritetsfølelse og økt fremmedgjørelse. Egne krav hos den syke blir kanskje viktigst. Man kjenner mest på egne plager, og orker ikke ta innover seg andres i det store fellesskapet. Presset på vaktlegen i form av antall pasienter som skal sees på i løpet av en vakt, øker når befolkningsgrunnlaget øker. Det er upraktisk å avbryte jobben inne på legevakta når det sitter pasienter i kø. Pasienter som kanskje i tillegg har reist langt.

Spesialisering

Byene har oftest enda større pasientpopulasjon per legevakt enn distriktene. Ikke bare er befolkningen vesentlig større i byene enn i distriktene, antallet hjelpere er større også. Kanskje er det da naturlig med en slags økt spesialisering? Legen tar seg av listen sin og ambulansen det akutte, legevakten de som kommer seg dit. **Problemet er at ambulansetjenesten, nettopp i de store byene, begynner å si høyt at de ikke er kompetente til et slikt ansvar.**⁹ Etter år med en kraftig oppgradering av ambulansetjenesten faglig, er det naturlig at den tjenesten sammenliknes med andre helsepersonellgrupper som i mange år allerede er blitt hørt og regulert. Sjøførene er blitt fagpersonell og vil ha ordnede forhold. Med økt andel kvinner i tjenesten, kan man også tenke seg utvikling bort fra eventuelle «machoholdninger».



Turnuslege Silje i Loppa kommune har lederrollen med oversikt, et skritt til siden.

Allmennlegens følelse av forpliktelse til å rykke ut synes mange steder visket ut av handledyktig ambulansepersonell. Dresser med gullstjerner og gullstriper, ubesværet håndtering av radio og apparatur med lys og lyd gjør inntrykk. Klare meninger vinner der legen tenker mer diffust, med flere eventualiteter i hodet.

Kanskje er ambulansetjenesten også mer ivrige i byer med kort vei til sykehus? **Det kan virke effektivt å «få pasienten inn», selv om nettopp den praksisen kan koste samfunnet dyrt.** I England har man snudd trenden av den grunn. Silingen av lege før innleggelse er på vei tilbake. Med bedre diagnostikk og behandling utenfor sykehus kan man unngå unødvendige prøver og dyre undersøkelser på sykehus.

Men få snakker om den prisen i Norge, og vi lar oss narre til å tro at ambulansepersonalet kan tingene bedre enn allmennlegen, de har jo det nevnte utstyret, kjører fortere og har et mye smalere fagfelt enn oss. De har spisskompetansen. Det kan virke som vi glemmer alle de flere årene vi har mer i utdanning, at vi har dybde- og breddekompetanse. Å stå der uten prangende uniform og uten enkle, tydelige beslutninger gjør oss så puslete... Trøstig jobber vi heller videre på pasientlisten, i god tro på at vi egentlig ikke behøves der ute.

Kanskje blir vi ikke varslet engang. En AMK-sentral som ikke kjenner vaktlegenes kompetanse, kan fort fokusere kun på ambulansetjenesten. De er jo organisert i samme helseforetak. Og kun få har protestert på denne praksisen, til nå.

Rammer

Hvordan vil vi så ha det? Hvilke grep må til?

Noen beslutninger er tatt allerede og rammene som til nå er lagt, peker i én retning.

- Forskriften om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus krever samtrening. Slik samtrening gir en lokal, tverrfaglig kompetanseheving og kvalitetssikring, som gjør det mer attraktivt å forsøke seg i det virkelige liv. Kollegaomsorgen styrkes sannsynligvis også med denne samtreningen. Trygghets- og trivselsskaping blant alle typer helsepersonell, oppsummerte vi i Tana og Nesseby, etter fokus på tverrfaglig kompetanseheving.¹⁰
- Ledende talspersoner i de store ambulansetjenestene (Oslo, Bergen, Stavanger) ønsker å ha med allmennlege ut, og de vil jobbe for det, på lag med oss. De mener ambulansepersonell svært ofte får ansvar og oppgaver som er mye større enn de har utdanning til. Mulighetene for å nekte er minimale, og kulturen har ikke vært tilstede for det, så langt. Første nasjonale konferanse om dette planlegges i november i år.
- Krav til obligatorisk emnekurs i akuttmedisin i allmennlegers videre- og etterutdanning fra 2012, taler for at vi igjen skal ut på den banen, ut i den veigrøfta, ut til hjemmene og stedene der folk jobber.¹¹
- Turnuslegene i distrikt skal fra i år få tilbud om legesvaktkurs med hovedvekt på akuttmedisin. Det har SHDir bestemt, etter en undersøkelse om hva turnuslegene syntes var vanskeligst i tjenesten.¹² Skal vi være gode rollemodeller for de unge og rekruttere dem til den mest spennende spesialiteten av alle, kan vi ikke ignorere faget



– Best trening i Hasvik.
Åse kan sin ABCDE.

akuttmedisin. Denne fagbiten fenger og skremmer nemlig ofte de unge. Det erfarer vi som jobber med de nye kursene for turnusleger. Det er evner innen faget som skal redde de jevnaldrende eller yngre fra stor skade eller død i traumer. Det er tempo, team og kunnskap i dette faget som skal redde myokard, lunger og hjerner når det er krise. «Katastrofetenking» er de godt opplært i etter mange år med sykehusleger som lærere. Akkurat på dette feltet er det nyttig. På flere universitet er det bare akuttmedisinen som har egne aktive studentorganisasjoner.

Ledelse. Hvorfor?

Der flere mennesker gjør noe sammen, er det automatisk en som har mer å si enn de andre, det er en som er litt mer sjef. Helt flate organisasjoner finnes ikke, biologien taler imot. Og forsøker man på dette, vil man erfare at organisasjonen blir ekstremt ineffektiv når uforutsette hendelser oppstår, og noen må da ganske enkelt få oversikt, beslutte og lede de andre.

I akuttmedisinen kan man føle at situasjonen er litt kaotisk på grunn av mange ukjente og uvante forhold. Det kan være vanskelig å finne sikre diagnoser, klare behandlingsregimer, den beste logistikken i en setting som aldri er lik en annen. Uforutsette hendelser oppstår ofte i disse jobbene. I tillegg skal man jobbe sammen med andre yrkesgrupper. Ikke bare skal vi samarbeide med andre typer helsepersonell, men også med andre etater, som politi og brann/redningspersonell. De har gjerne en litt fremmed jobbkultur fra vår egen, og ofte en litt annen lederstil.

Ledelse. Hvem?

En bør altså defineres som leder i helseteamet, og jeg tror det bør være den med mest erfaring i tverrfaglig ledelse. Den som er vant til å beslutte på usikkert grunnlag, og den som er vant til effektivt å skaffe seg en så god oversikt som mulig over nye problemstillinger. Få jobber så effektivt, er så beslutningsdyktig og er i kontakt med så mange forskjellige yrkesgrupper som allmennlegen i den jevne hverdag inne på kontoret, tror jeg. Gode på skriftlige notater er vi også. Alle telefonene, alle avbruddene av noen som «bare må spørre om», alle de uklare sykdomsbildene som må få en avklaring i løpet av en kort time, gir verdifull kompetanse for det litt annerledes arbeidet utenfor kontoret.

Ambulansepersonellet har kanskje flere kurs i akuttmedisin, men de har ofte lite tverrfaglig ledererfaring. De jobber nok oftere med politi og brann/redning, så her er de ofte viktige for kommunikasjonen. Ambulansepersonell er i tillegg gode til å følge prosedyrer, og har gode manualer. Men de er ikke opplært til å avvike fra algoritmene eller å beslutte tiltak med alvorlige konsekvenser. Det er der allmennlegens breddekompetanse kommer til nytte. Ambulansepersonellet jobber ved å gjenkjenne symptomer og stabilisere vitale funksjoner. Men det er legen som skal fatte beslutning om diagnose og behandling ved samhandling. Å behandle en pasient er mer enn å stabilisere vitale funksjoner. For meg er det tydelig at vi til sammen kan bli et bra team.

Ambulansepersonellet gjør, som nevnt, stadig oftere tiltak de egentlig ikke er helt kompetente til, i følge dem selv.¹³ Jeg vet ikke om mange leger som virkelig sørger for at det ikke får skje under sin vakt, i sin kommune, på sin pasient i bilen på vei til legevakt eller sykehus. Vet vi godt nok hvilken kompetanse våre medhjelpere i sykebilen har? Det er hvert helseforetak som har systemansvaret for ambulansetjenestens arbeid. Men pasientansvaret er vårt, dersom vi har vært i kontakt med en pasient i vår kommune. Pasientansvaret til den enkelte pasient har vi til denne er inne på sykehus. Altså også under transport.

Dersom vaktlegen forbigås eller ikke svarer på oppkall, kan ambulansepersonellet støtte seg til en AMK-lege, som gjerne er en anestesilege i vakt på sykehus med AMK-funksjon. Ikke overalt er dette en godt etablert funksjon. Vikarbruken er stor også på anestesivdelinger. AMK-funksjonen er sentralisert de siste årene, så AMK-legen kan umulig ha våre lokalkunnskaper eller geografikunnskaper. AMK-legen har heller ikke mulighet til å se pasienten for delegasjoner gies, eller råd formidles via radio eller telefon, slik mange av oss ikke liker å praktisere god medisin.

Ledelse. Hvordan?

En god leder er den som holder gruppen samlet med en plan for arbeidet, får hvert enkelt medlem til å yte sitt beste samt representerer utad. Det kreves trening i å kunne lede godt og i å bli ledet. En vennlig tone, klare beskjeder og ros fungerer. Et annet godt tips er «time out», der leder oppsummerer og gir tydelig åpning for innspill. Her skapes fruktbar følelse av tillit og respekt, i tillegg til ryddige forhold for meningsutveksling. Oversikten får leder ved sin posisjon litt til siden, og ved å delegerer oppgavene med monitorering og også enkle undersøkelser.

Gode og systematiske beskrivelser med eksakte funn, gjerne tallverdier med utvikling over tid, gir god kommunikasjon i overlevelseskjeden. Og ved kommunikasjon inn på sykehus er det igjen en fordel at legen tar ansvar. Det er sannsynligvis mye lettere for en vaktlege ute å få snakke med en overlege inne, enn det kan være for andre yrkesgrupper. Historiene om dårlige meldinger inn til AMK er mange. Misforståelser oppstår lettere når en melding går gjennom mange ledd, med forskjellig ordbruk og «stammespråk». En erfaren bakvakt kan derfor fort få vanen med å avvente situasjonen og så agere først når egen assistentlege har sett på pasienten og rapporterer. Mottaket på sykehus blir ikke optimalt.

Det optimale mottaket på sykehus er ikke med bare en lege tilstede, det er mange! Her inne er det også vaktleger. Disse slipper fremdeles det de holder på med og iler til de sykeste pasientene der de er. Men som Mads Gilbert sier i et kursre-

ferat i *Tidsskriftet* nr 16: «Akuttsykehusene er en «død» ressurs uten gode prehospitale akuttkjeder.»¹⁴

Det er altså utenfor sykehus, i de lokale akuttmedisinske teamene, man nå bør sette inn ressursene når det gjelder akuttmedisinske tilstander. Rammene i lovverket peker i en og samme retning. Organisasjonene til både leger og ambulansepersonell er enige. Nå er det bare å begynne å se på praksisen.

Referanser

- 1 Gaarder, Jostein. Julemysteriet. Aschehoug & Co, 1995, s 82
- 2 Brandstorp, Helen. Dette er ikke en anmodning, det er en ordre. Fastleger tar ledelsen. Utposten nr 7, 2005
- 3 Loven om helsepersonell. §4. Forsvarlighet
- 4 www.bestnet.no
- 5 Gilbert, Mads. Allmennlegen må være en aktiv akuttmedisinsk ressurs, Utposten nr 3, 2004
- 6 Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005–2006)
- 7 Giæver, Anton. Leder på Tromsø legevakt. Personlig meddelelse
- 8 FOR 2005–03–18 nr 252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- 9 Personlige meddelelser på SHdirs konferanse om ambulanseutdanning, mai 2006
- 10 Brandstorp, Helen. Akuttmedisin der man henger med, – bushmedisin på vidda. Prosjektrapport, Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin. 2002
- 11 Vedtatt i Dnlf's sentralsyre, juni 2006
- 12 Kolloen, Grethe. Underdirektør i Shdir. Personlig meddelelse
- 13 Haugen, Jan Erik, ambulansejef Sykehuset Buskerud HF. Personlig meddelelse
- 14 «Samfunnsmedisinsk engasjement i nord.» Tidsskr Nor Lægeforen nr.16, 2006;126

Kjell & Kjell i Kvenangen tester CPAP'en.





SELEXID®

pivmecillinam



Velger du «grønt» eller «rødt» når du behandler urinveis- infeksjoner (UVI) empirisk?

	% resi- stente E. coli*, isolat fra urin	smal- spek- tret	øvre og nedre UVI	bruk i hele svanger- skapet	bakteri- cid	pro-drug (inaktivt før ab- sorpsjon)	peni- cillin
Selexid®	2,3	+	+	+	+	+	+
ampicillin/amoxicillin	25,0	÷	+	+	+	÷	+
ciprofloxacin	2,3	÷	+	÷	+	÷	÷
nitrofurantoin	1,6	÷	÷	+	÷	÷	÷
trimetoprim	16,2	÷	+	÷	÷	÷	÷
trim-sulfa	18,6*	÷	+	÷	+	÷	÷

* isolat fra blodkultur

Selexid® – anbefalt til empirisk behandling av UVI, både i allmennpraksis og institusjon¹⁻³!

Selexid® – dokumentert nedbrytbart i naturen⁵!

Ref:

1. Smittevernloven. Håndbok Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn. Oslo 1999: 47-55. <http://www.helsetilsynet.no>
2. Smittevernloven. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsetilsyn. Oslo 2001: 48. <http://www.helsetilsynet.no>
3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://antibiotika.helse.no/>
4. NORM/NORM-VET 2004. Tromsø/Oslo 2005: 53, 76.
5. Halling-Sørensen, B et al. J Antimicrob Chemother 2000; 46 (Suppl. S1): 53-8.

C Selexid «LEO»
Aminopenicillin.
19, 38

ATC-nr.: J01C A08 og J01C A11

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg. Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Mecillinam 400 mg. II) Hetteglass: Sterilt vann 6 ml. J01C A11. **TABLETTER**, filmraserte 200 mg. Hvert sett inneholder: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer: J01C A08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering: Peroralt:** Tablettene tas med rikelig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tablett (200-400 mg) 3 ganger daglig. **Akutt ukomplisert cystitt:** 1-2 tablett (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt kortidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakteriuri. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose gis. **Parenteralt:** Voksne: 400 mg 3-4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner gis dobbel dose, eller inntil 60 mg/kg/døgn. Barn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Oppløsningen er svært sur. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæsken tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. (slow-drip) i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metylmalonsyre, propionsyracidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminmangel. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvækt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskellmasse. Gjensatte, korte behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos ellers friske vil gi en reduksjon av karminlagrene til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecillinam. Penicilliner kan i meget sjeldne tilfeller redusere absorpsjonen og deriv effekten av p-piller. (I J01C betalaktamantibakterielle midler, penicilliner). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Det ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør allikevel utvises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidsrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminnivå ved at morens karminnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). **Overgang i morsmelk:** Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger: Injeksjonsvæske:** Sjeldne (<1/1000): Hud: Allergiske reaksjoner. **Tabletter:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. øvrige: Muskeltrekninger p.g.a karminmangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smalspektret aminopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «pro-drug», er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver. Ikke kryssresistens med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdsvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og H.influenzae. Øst Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanisme:** Bactericid. Hemmer celleveggensyntesen, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergistisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **Absorpsjon:** Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 (g/ml) etter ca. 1 time. 400 mg mecillinam som i.m. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/ml). **Proteinbinding:** 5-10 %. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23 % av gitt dose kan påvises som metabollitter. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsikret ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Infusjonsløsningen skal anvendes innen 6 timer etter tilberedning. Rekonstituert injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. Andre opplysninger: Mecillinam fjernes ved dialyse. Infusjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre infusjonsvæsker. **Pakninger og priser (per 01.01 2006):** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 807,00. Tabletter: 100 stk. kr 488,50. Enpac: 20 stk. kr 120,30, 30 stk. kr 167,00.



LEO Pharma AS
Lilleakerveien 25, 0283 Oslo
Telefon +47 22 51 49 00 – Telefax +47 22 51 49 01
www.leo.no

© LEO april 2006.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

MELSON GRAFISK AS, 1658 TORP

Nokre sjeldne akutte utslett hos barn

AV ERLEND TOLAAS

Dei fleste utslett ein møter i ein almenpraktikarkvardag eller på ei legevakt er forholdsvis uskyldige, og dei fleste har god erfaring med å takle desse. Av meir alvorlege utslett, vil ein almenpraktikar reagerer raskt på petekkier som ein kan sjå ved meningokokksjukdom. I denne artikkelen presenterast eit knippe andre sjeldne utslett som ein, sjølv om dei er sjeldne, bør vere merksam på, og som bør vurderast ØH av hudlege og / eller pediater.

I Eczema herpeticum

Ved eczema herpeticum blir eit atopisk eksem sekundærfisert med herpes simplex virus type 1 (HSV-1). Ofte skjer dette i ansiktet, på halsen eller brystregionen.

Typisk finn ein utbreidde vesikler med sentral inndraging. Desse sprekk seinare med danning av utstansa småsår. Sårar er sviande og smertefulle, og blir dekte av krustar eller kan flyte saman til større flater.

Viss det dreier seg om eit førstegongsutbrot av HSV-1, har barnet ofte allmensymptom med feber, irritabilitet og lokal lymfeknutesvulst. Ved seinare utbrot av HSV-1 kan allmensymptom mangle. Ubehandla kan eczema herpeticum utslettet breie seg også til hud utan eksem.



Erlend Tolaas

Cand. med. UiB 1992
Autorisasjon som lege 1994
Kommunelege II i Bremanger Kommune
1995–1999
Hudavdelinga, Haukeland sjukehus
mai 1999 – no
Nuværande stilling: Overlege

Viktige moment:

- Har barnet eller andre familiemedlemmer hatt «forkjølelsessår» / herpes simplex labialis?
- Rødt auge? Var for lys? Viss eczema herpeticum involverer nervus ophtalmicus (obs affeksjon av nasetippen) må augelege raskt sjå til barnet for å utelukke keratitt.
- Aseptisk meningoencephalitt er ein sjelden komplikasjon. Nakke- eller ryggstivhet / omtåka sensorium / irritabilitet?

Ved mistanke om eczema herpeticum bør barnet vurderast av hudlege og / eller pediater samme dag. HSV blir påvist ved dyrkningsprøver. Eczema herpeticum blir behandla med aciclovir i.v. Sekundære bakterielle infeksjonar blir behandla med antibiotika jf. resistensskjema.

II Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

Barna som får SSSS er oftast yngre enn 6 år, og hyppigast spedbarn. SSSS skuldast i dei fleste tilfelle *Staphylococcus aureus* faggruppe 2, som dannar eit sirkulerande exotoxin

som gjev løysning av øvre delar av epidermis. Hos spedbarn kan desse bakteriane kolonisere nasofarynx, navlestump eller konjunktiva. Ein finn då ikkje alltid lokale infeksjons-teikn. Hos større barn finn ein ofte eit infeksjonsfokus, ofte hud. Før SSSS bryt ut kan barna vere irritable, ha feber, sår hals eller konjunktivitt. Huda blir så diffust raud og smertefull, ofte først i fleksurer og rundt kroppsåpningar. Innan ett til to døgn dannar det seg slappe sterile bullae som sprekk lett. Resultatet er «rynket» hud som løsnar frå underlaget ved lett trykk / drag (Nikolskys teikn) med danning av fuktige erosjoner som minner om brannsåar («scalded skin»). Nikolskys teikn er ved SSSS ofte til stades også på tilsynelatande normal hud. Allmentilstanden til desse borna er redusert.



Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

BEGGE BILETE UTLÅNT FRÅ PROF. SVEN HELLAND, HUDAVDELINGA, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Viktige moment:

- Ved raud og øm hud, sjekk Nikolskys teikn.
- Leit etter infeksjonsfokus

Borna må hospitaliserast. Med penicillinase-stabilt penicillin intravenøst, adekvat hudstell og understøttande behandling går SSSS attende i løpet av ei til to veker.

III Henoch-Schönlein purpura (HSP)

HSP er ein *systemisk* småkarvaskulitt av IgA-type hos barn i alderen 5–15 år. Hos to tredelar av pasientane finn ein holdepunkt for ein føregåande øvre luftvegsinfeksjon. HSP affiserer oftast hud, tarm, ledd og nyrer.

Hudfunn:

På setet og framme på leggane kjem det først raude papler, som i løpet av et til to døgn utviklar seg til palpabel purpura (petekkier og ekkymoser) ofte med svart nekrose i sentrum. Legg- og fotødem er vanleg.



Henoch-Schönlein purpura (HSP)

COPYRIGHT FRANZ RITUELI, MD, DERMATLAS, WWW.DERMATLAS.ORG

Symptom og funn frå andre organsystem:

- TARM: Buksmerter. Kvalme- og oppkast. Evt. gastrointestinal blødning.
- LEDD: Arthritt, ofte oligoarthritis i ankel- eller kneledd. Arthralgier.
- NYRER: Forbigåande mikroskopisk hematuri og/eller proteinuri hos opp til 50 prosent. Sjelden nefritt eller nefrotisk syndrom. HSP gjev sjelden kronisk redusert nyrefunksjon.
- HSP er ein uvanleg (3 prosent) årsak til akutt skrotum hos barn, og er ein differensialdiagnose til testistorsjon!

Pasientar bør vurderast av pediater og / eller hudlege, helst samme dag. HSP varer gjennomsnittleg i 3–4 veker. Prognosen er god. Behandlinga er i dei fleste tilfelle sengeleie, hydrering og eventuelt NSAID viss leddverk. Behandling med perorale kortikosteroider er omdiskutert.

IV Kawasaki syndrom

Dette er ein *systemisk* vasculitt hos barn, der 80 prosent er yngre enn fem år. Kawasaki syndrom er ein klinisk diagnose som krev at eit sett av kriterier er oppfylte (sjå nedanfor). Ubehandla vil 25 prosent utvikle aneurysmer på coronar- kar, med fare for seinare stenosing. Tidleg behandling med intravenøs immunglobulin og acetylsalicylsyre er effektiv og gjev god prognose.



Kawasaki syndrom

COPYRIGHT PETER NOWE, MD, DERMATLAS, WWW.DERMATLAS.ORG

Tenk på Kawasaki syndrom ved uavklart diagnose og følgende sett av funn:

- Feber i minst fem døgn
- Utbredt polymorft utslett, kan være urticarielt, morbilliformt eller scarlatiniformt.
- Rødme og ødem i handflater og fotsålar. Skjeller av etter ca. to veker.
- Rødme i farynx, raude og sprukne lepper, jordbærtunge
- Konjunktivitt utan puss
- Forstørre lymfeknutar på halsen.

Kawasaki syndrom er ein systemisk vasculitt som kan påvirke ei rekkje organ. Ein kan blant anna sjå leverdysfunksjon (stigande ALAT), diare, magesmerter og arthritt.

Kawasaki syndrom kan mistolkast som eit viralt exanthem. Kawasaki syndrom kan også vere vanskeleg å skilje frå bakteriell infeksjon. Leukocytose og forhøga CRP er vanleg. Steril pyuri kan mistolkast som UVI.

Særleg spedborn kan vere irritable, og presentere eit ufullstendig sjukdomsbilete. Ved tvil om barnet kan ha Kawasaki syndrom bør barnet vurderast av pediater, helst samme dag.

V Stevens- Johnson syndrom (SJS) Toxisk epidermal nekrolyse (TEN)

Dette er akutte og alvorlege reaksjonsmønster i hud og slimhinner med nekrolyse av heile epidermis. SJS og TEN blir i dag sett på som grader av same sjukdomsprosess. Den «mildare» SJS gjev løysing av < ti prosent av kroppshuda, overgangsformer SJS-TEN 10–30 prosent, ved TEN > 30 prosent. TEN og SJS er oftast medikamentutløyste, og startar då 1–14 dagar etter inntak. Sjelden kan tilstandane vere kobla til infeksjonar så som *Mycoplasma pneumoniae*, eller ein finn ikkje noko utløysande årsak.

Klinikk:

Allmentilstanden til born med SJS og TEN er redusert.

Før debut av utslett kan borna i en til tre dagar ha feber, svelgsmerter / sår hals eller såre auge. Deretter kjem eit diffust raudt utslett, av og til kokarde-liknande («target lesions»), som så flyt saman til bullae og det løsnar store heilhudsfal.

SJS og TEN involverer slimhinner med hemorragisk sår-danning på lepper, konjunktiva, munnhole, genitalia o.a. Dette i motsetning til SSSS og Kawasaki syndrom som ikkje gjev slimhinnesår.



Kawasaki syndrom



Kawasaki syndrom



Stevens-Johnson syndrom



Toxisk epidermal nekrolyse

BILETE UTLEANT AV PROF. SVEIN HELLAND, HJUDAVDELINGA, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEH.

For allmenpraktikaren blir hovedpoenget:

- Rødt og ømt progredierende utslett med allmensymptom: Test Nikolskys teikn: epidermolyse?
- Sjå etter slimhinnesår (lepper, oralt, genitalt, konjunktiva).
- Medikament-inntak? (spør særleg etter antibiotika, NSAID, antiepileptika)

Pasientane må hospitaliserast umiddelbart, TEN-pasientar på brannskadeavdeling. Mortaliteten er 5–30 prosent. Behandlinga er først og fremst symptomatisk. Mistenkt(e) medikament skal seponerast. Vidare diskuterer ein nytten av tidleg behandling med høgdose intravenøs immunoglobulin.

Takk til kollegaer ved Hudavdelinga, Haukeland Universitetssjukehus, for gode innspel og kommentarer til artikkelen.

Referanser:

1. Bologna et al, *Dermatology*, 2003
2. Wetzel, S. *Eczema herpeticum*, *Hautartz* 2004 55:646–652
3. Patel G. *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. Diagnosis and management* Am J Clin Dermatol 2003, 4(3):165–175
4. Trapani S. et al *Henoch-Schonlein purpura in childhood: Epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of the literature* Semin Arthr Rheum 2005 35:143–153
5. Jane C Burns *Kawasaki syndrome* Lancet 2004;364 533–544
6. Helle R *Risikofaktorer ved Kawasaki sykdom* TDNLF 2004;124 1764–1766
7. Klevberg S. *Forekomst av Kawasaki sykdom* TDNLF 2004;124 1774–1775
8. Sandaker Blom U. *Kawasaki syndrom* TDNLF 2000;120: 3540–3543
9. Sehgal V. *Toxic epidermal necrolysis (TEN) Lyell's syndrome* Journal of Dermatological Treatment, 2005;16 278–286

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: erlend.tolaas@helse-bergen.no

**15. NORDISKA KONGRESSEN I ALLMÄNNLÄKESKAPET
REYKJAVÍK**

Welcome to the 15th Nordic Congress of General Practice

Reykjavik • Iceland • June 13-16 • 2007
www.meetingiceland.com/gp2007
 E-mail: gp2007@hi.is • Phone: + 354 588 97 00 • Fax: + 354 588 97 01

Logos: The Icelandic College of Family Physicians, Actavis, Icelandic Association of General Practitioners, Department of Family Medicine.

Photo: Freysteinn G. Jonsson

Førstemann ut i Telemark

Praksiskonsulent ved lungeavdeling

AV ØYSTEIN LINE

Allmennlege og praksiskonsulent Øystein Line, i samarbeide med lungelege Anne Marie Gabrielsen, og med støtte av allmennlege Kristin Prestegaard i hele prosessen, forteller her om erfaringene han gjorde i 2002–2003.

Prosedyregruppa i Telemark legeförening har siden 1988 arbeidet for å bedre samarbeidet mellom allmennlegene og sykehusavdelingene i fylket. Gruppa utarbeider og reviderer kontinuerlig prosedyrer for samhandling (Prosedyrepermen i Telemark) (1) med vekt på kvaliteten av allmennlegenes henvisninger. Den arrangerer Prosedyrekurs – dagskurs hvor fokus er dialog mellom sykehuslegene og allmennlegene om aktuelle samhandlingsprosedyrer; det siste for å bedre implementeringen av de nye prosedyrene.

Gruppa har fulgt utviklingen av Praksiskonsulentordningen både i Norge og i Danmark (2,3,4), og fikk i 2001 fylkeskommunale midler til å gjennomføre et prosjekt med praksiskonsulent. Dette ble gjennomført på lungeseksjonen ved daværende Telemark Sentralsykehus.

Øystein Line forteller:

Prosjektet gikk ut på å prøve og bedre kvaliteten på henvisninger fra allmennlegene til lungeseksjonen ved å foreta en intervensjon. Jeg foretok en evaluering av kvaliteten av henvisninger våren 2002, gjorde intervensjon høsten 2002 og evaluerte på nytt henvisningskvaliteten våren 2003.

Jeg skal fortelle litt om metodene og diskutere resultatene, men kan allerede nå si at det kom endringer i kvalitetsparametre etter intervensjonen. I tillegg ble prosjektet en verdifull erfaring for både undertegnede og sykehuspersonalet som var med i prosjektet. Jeg skal nå gjøre greie for hvordan prosjektet ble lagt opp.

FØRSTE FASE: Vurdering av henvisninger.

Våren 2002 leste jeg 100 fortløpende eksterne henvisninger til lungepoliklinikken. Disse ble skåret etter et skårssystem. (4) 52 av de 100 henvisningene gjaldt astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Disse henvisningene ble i tillegg skåret på kvaliteten av de medisinske opplysningene hvor standarden var tilgjengelige prosedyrer fra Prosedyregruppa i Telemark. Disse prosedyrene var nylig oppdatert i henhold til GOLD guidelines (5).



KRISTIN
PRESTEGAARD



ØYSTEIN LINE



ANNE MARIE
GABRIELSEN

SKÅRSKJEMA 1

Skjema for evaluering av henvisninger generelt

A. Henviste avdeling og henvisende lege.

(Adresser, tlf og andre administrative data)

- 0 POENG: Helt mangelfulle data
- 1 POENG: Manglende legeidentifikasjon eller avdelingsidentifikasjon eller stempel
- 2 POENG: Tydelig markert

B. Pasientidentifikasjon

- 0 POENG: Uleselige og helt mangelfulle data
- 1 POENG: Delvis mangelfulle vesentlige data (p.nr, navn)
- 2 POENG: Enkelte mangler, for eksempel fullstendig adresse
- 3 POENG: Perfekte data, inklusive maskinskrevne

C. Diagnose

- 0 POENG: Helt mangelfull og verdiløs
- 1 POENG: Leselig, delvis relevant
- 2 POENG: Perfekte og maskinskrevne data

D. Opplysninger/Anamnese

- 0 POENG: Håndskrevne, uleselige og helt mangelfulle opplysninger
 - 1 POENG: Leselige, maskinskrevne men med ves. mangler
 - 2 POENG: Leselige, maskinskrevne med delvis manglende opplysninger som forutsetning for en korrekt konsultasjon.
 - 3–5 POENG: Helt perfekt henvisning (små skjønnhetsfeil tillatt)
- MAKSIMALE POENG: 12.

SKÅRSKJEMA 2

A. Medisinering

- 0 POENG: Mangler opplysninger
- 1 POENG: Angir medisinnavn uten dosering
- 2 POENG: Dosering angitt

B. Røykanamnese

- 0 POENG: Ikke angitt
- 1 POENG: Angitt

C. Målinger

- 0 POENG: Ingen målinger
- 1 POENG: PEF
- 2 POENG: Spirometriske målinger

D. Anamnese/undersøk

- 0 POENG: Lite opplysninger
 - 1 POENG: Mangelfull anamnese
 - 3–5 POENG: Inneholder yrkesanamnese, allergianamnese, familieanamnese, rtg thorax og evt. relevant allergiutredning
- Er svært utfyllende og relevant.

MAKSIMALE POENG: 10

ANDRE FASE: Intervensjonen.

Denne ble foretatt høsten 2002. Den besto av tre elementer.

1. Alle allmennlegene i Telemark fikk et brev hvor bakgrunnen for prosjektet ble beskrevet. Legene ble utfordret til å forbedre innholdet i anamnesen med konkrete opplysninger om medisiner, røykevaner og aktuell problemstilling, samt oppgi verdiene av spirometrimålinger. Prosedyrene om kronisk obstruktiv lungesykdom og astma fra Prosedyrepermen var vedlagt.
2. Tilbakemelding ble gitt på henvisninger som hadde konkrete mangler, og der lungelegen ønsket supplerende opplysninger for å kunne ta stilling til prioriteringsgrad. Henvisende lege fikk konkrete forslag til supplement til innholdet i henvisningen. Dessuten ble det ofte foreslått tiltak som kunne gjøres i ventetid på time i henhold til Prosedyrepermen for Telemark legeforening. Det ble sendt 23 tilbakemeldinger på de 100 henvisningene. Henvisende leger fikk da et brev som forklarte årsaken til at de fikk tilbakemelding, og med forsikring om at pasienten uansett ble satt på ventelisten.
3. Kun én lege sendte supplerende opplysninger tilbake, men forslagene fra lungelegen til tiltak i ventetiden ble ofte tatt til følge. Det kom kun én negativ kommentar til de 23 tilbakemeldingene.

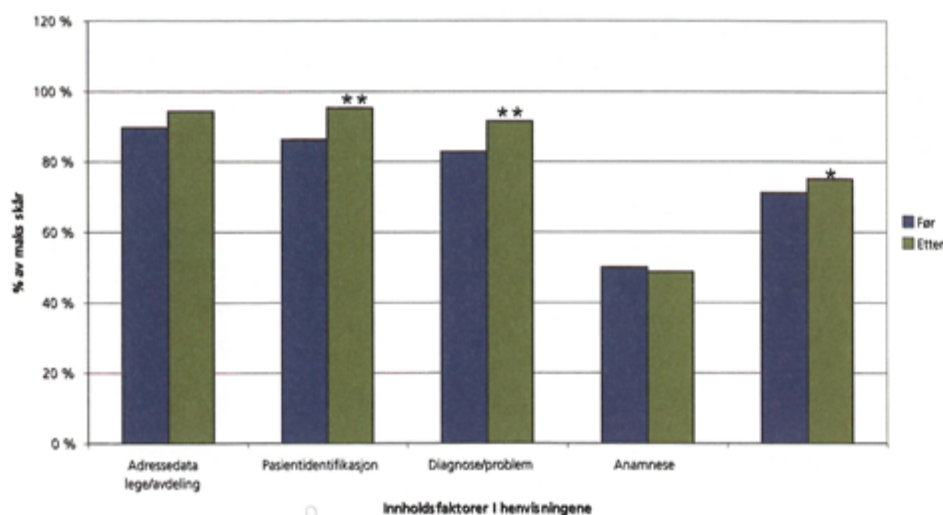
Våren 2003 ble skåringen gjentatt med samme antall (100 og 52) nye henvisninger.

TREDJE FASE: Resultater

Alle henvisningene.

Evalueringen av alle de 100 henvisningene viste at det jevnt over var meget god kvalitet på basale opplysninger som av-

Kvalitet på alle henvisningenes innhold før og etter intervensjon



sender, pasientdata og diagnose. (Over 80 prosent av mulig maksimal skår) Imidlertid var skåringen noe lavere på klinisk viktige opplysninger som anamnese, generelle opplysninger og problemstilling. (50–80 prosent av maksimal skår). Som en ser av figur 1, kom det en bedring på de områdene som fra før skåret høyt (adressedata lege/henvisende avdeling, pasient ID og diagnose.) Det var statistisk signifikant forskjell på pasient ID og diagnose. Anamnesen forble uforandret i kvalitet, og oppnådde en skår på ca. 50 prosent av det oppnåelige. Det var signifikant bedring av totalskår på henvisningskvalitet. (Figur 1) (Tabell 1).

Henvisninger vedrørende astma og KOLS

Kvaliteten på de 52 henvisningene som gjaldt astma og kronisk obstruktiv lungesykdom ble også vurdert. Jeg fant før intervensjonen lave skår på røykeopplysninger, utførte spirometrimålinger og anamnese. Opplysninger om pasientens medisiner skåret knappe 70 prosent av maks skår før og etter intervensjonen, mens alle de andre gruppene viste bedring. Det var signifikant bedring på røykeanamnese, anamnese og på totalskår. (Figur 2) (Tabell 2).

Oppsummering

Resultatet viser ikke store endringer, og det samstemmer med andre som har gjort noe lignende (6). Når det gjelder anamnestiske opplysninger, kom det ingen eller liten en-

TABELL 1. Endringer i henvisningenes kvalitet før og etter intervensjon uttrykt ved P-verdi

Undersøkte variabler	P-verdi
Adressedata lege/avdeling	0.068
Pasientidentifikasjon	<0.001**
Diagnose/problem	0.006**
Anamnese	0.975
Totalt	0.037*

TABELL 2. Endringer i astma- og KOLS-henvisningenes kvalitet før og etter intervensjon uttrykt ved P-verdi

	P-verdi
Medisiner	0.801
Røyking	0.019*
Målinger	0.239
Anamnese	0.028*
Totalt	0.024*

Asthma KOLS: Kvalitet på henvisninger før og etter intervensjon

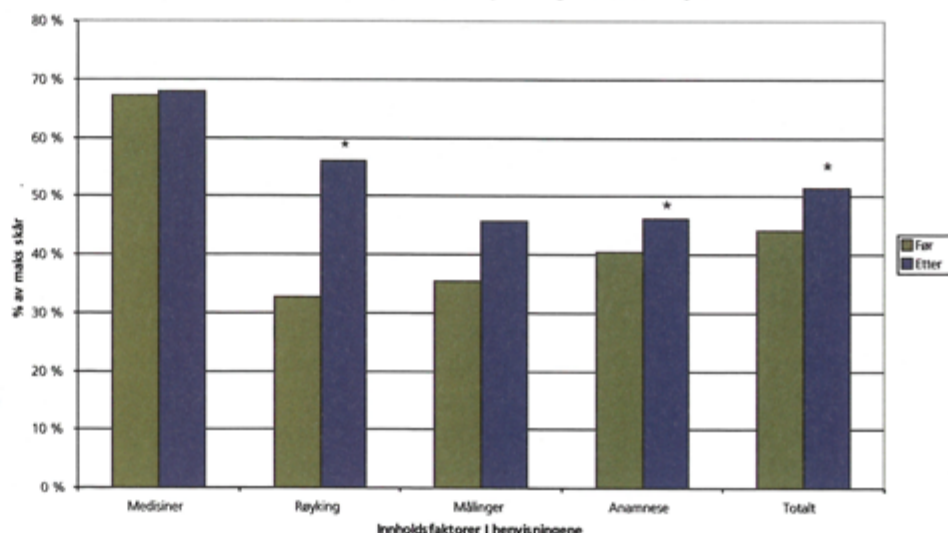


FIG. 2

Undersøkelsen indikerer at det er potensiale for forbedring av henvisningskvalitet mellom 1.- og 2.-linjetjenesten og at metoden som er brukt, kan være en verdifull infalls-vinkel for praksiskonsulenter.

Hva har vi lært?

Som praksiskonsulent har jeg lært at det er spennende og interessant å komme inn i en sykehusavdeling. Det er ikke

dring etter intervensjon, mens det kom en reell bedring av faktaopplysningene i henvisningene. Dette kan tyde på at intervensjonen gjorde legene mer oppmerksomme på hvilke faktaopplysninger som burde være med. Den manglende effekten på anamneseopplysningene kan skyldes at leger i utgangspunktet er vant til å skrive kortfattede notater på pasienter de har kjent i lang tid. Disse notatene brukes i henvisningene da det er tidsbesparende å klippe og lime i datajournalen. Allmennelegene sitter nok på en god del opplysninger som kunne ha vært interessante for lungespesialistene, men som ikke kommer fram i henvisningene.

Det var gledelig å se forbedringen på de anamnesticke opplysningene i de 52 henvisningene som ble vurdert i forhold til astma og kronisk obstruktiv lungesykdom. I tillegg var det klar bedring av informasjon om røykevaner og verdier på spirometriske målinger.

Antall henvisninger til lungepoliklinikken ble halvvært i månedene etter at man iverksatte intervensjonen. Kan dette bety at legene i større grad anskaffet spirometer, som igjen gjorde dem bedre i stand til å monitorere behandlingen selv? Kan det tenkes at legene ble mer oppmerksomme på Prosedyrepermen i Telemark på grunn av informasjonen som man fikk tilsendt? Kan et slikt prosjekt bidra til at allmennlegene selv behandler pasientene mer etter gjeldende retningslinjer? Ble allmennlegene mer bevisstgjort på hvilke pasienter de selv kunne behandle og hvilke som burde videresendes?

Dette vil i så fall kunne føre til at de «riktige» pasientene henvises poliklinisk, og at ventetiden dermed reduseres. Vi ser for oss gevinster både for den enkelte pasient og rent helseøkonomisk.

lett å få til statistisk signifikante endringer, i den grad det er målet. Det er viktig å ha en plan for hva man skal gjøre mens man er ansatt ved sykehusavdelingen. Et «forskningsprosjekt» av light-typen, eller et tyngre prosjekt, er gode alternativer. Til et tyngre prosjekt trengs forskningsveiledning.

«Første mann ut i Telemark» er fornøyd med at det er satt igang en viktig prosess med PKO i Telemark. Jeg fortsetter fra høsten 2006 på en annen avdeling.

Lungeavdelingen erfarte at de kunne bruke Prosedyrepermens lungeprosedyrer i sitt svar tilbake til allmennlegen når kvaliteten på henvisningen var for dårlig. På den måten ble det nyttig å be om supplerende opplysninger. En slik dialog er verdifull for flyten av pasientinformasjon begge veier. Når helsenettet blir mer tilgjengelig for toveis kommunikasjon, ligger det store muligheter her.

Begge parter lærte at samhandling i seg selv er av verdi og vi tror at utvidelse av denne type ordninger vil være verdifullt i framtida.

Referanser:

1. Prosedyrepermen i Telemark 2002 utgaven. www.gruk.no
2. Dagfinn Carlsen. Praksiskonsulentordning ved sjukehus i Rogaland. Utposten nr 3, 2001
3. Unni Ringberg. Praksiskonsulenten – en konsulent på sykehus fra allmennpraksis. Utposten nr 6, 2004
4. Praksiskonsulenter. Evalueringsrapport 1991–92 Odense og Nyborg Sygehuse. Fyns Amt, Danmark
5. Gold guidelines 2001 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.com)
6. Campbell et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. BMJ 2004;328:1060–1061.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: oystein.line@heistad-legekonor.no

Slaget om det norske hus

Z 605.4 Kompleks rehabilitering

AV HARALD SUNDBY

«Tett som hagl, nå som før. Men ikke mulig å si noe sikkert om nytilkomne forandringer»
Vi er på Slagenhetens røntgenmøte, en vanlig morgen en vanlig mandag i Midtnorges største by. Hverdagene på Slagenheten starter oftest der, på røntgenvisning. I hovedsak for gjennomsyn av hjerter. Våre pasienters hjerter.

For det er nærmest som en obligatorisk inngangsbillett å regne på denne avdelingen. At hjernen din saumfares med CT-trommelens fem millimeter tykke snitt. Så når vi nå skulle opp og hilse på helgens innsig av nye mer eller mindre slagrammede pasienter, satt vi allerede med mye informasjon med hensyn både til deres grå og hvite substanser. Dette visste de. Og var spente, rimeligvis. Jeg syntes jeg ofte kunne merke at det også kunne gjøre dem litt spake. Kanskje er undersøkelsens potensial som en *svært privat* og avkledd prosedyre noe undervurdert, selv om det indre av hjernen kan undersøkes med klærne på?

Når det gjaldt Kåre L. sin hjerne, var det altså ikke kommet til så mye nytt. I alle fall ikke på helgens bilder. Og godt var det, for han var en ganske velkjent gjest ved avdelingen fra flere tidligere innleggelse. Det var lett å følge røntgenlegens assosiasjoner. I deler av hjernestamme og tilgrensende områder lå de mange lakunære, små infarktene tett i tett. Gjerne tett som hagl.

Konsultasjon versus visitt

Denne Slagenheten hadde på denne tiden bygget seg opp omdømme som banebrytende, og et flaggskip for sykehusets armada av avdelinger og seksjoner. Man kunne vise til dramatiske bedringstall både når det gjaldt overlevelse og funksjon hos de slagrammede. I forskningen var det vanskelig å sette fingeren på ett spesielt revolusjonerende tiltak eller en årsaksfaktor. Det var det å bli behandlet i en egen spesialavdeling som virkelig gjorde en forskjell. Et sentralt



Harald Sundby

Utdannet ved Universitetet i Trondheim, ferdig 1990, kommunelege i Skogdal. 1993–98, ass.lege St.Olavs hospital. 1998–2002, fra 2002 spes. i allmennmedisin og fastlege for 1200 pasienter ved Kalvskinnets Legesenter, i sentrum av Trondheim. Universitetslektor 40 % ved med. fak. NTNU. Gift, 4 barn.

grep var enkelt nok å samle dem, i stedet for som tidligere å la dem ligge spredd på de forskjelligste avdelinger, der det var plass. Det er vel det som stadig oftere kalles *å ta disse pasientene på alvor*.

Jeg for min del hadde havnet her som del av sykehusåret mitt i allmennmedisinsk spesialisering. Nå, etter at noen år er gått, ser jeg at dette var en karrierefase med visse tilpassningskrav. Noen års allmennpraksis hadde oppøvet en del klinisk erfaring. Derav noe bedret vurderingsevne. Redselen for å være helt på jordet var blitt mindre. Men de sykeste pasientene hadde jeg jo fått for vane å sende fra meg. Nå, som assistentlegevikar på medisinsk avdeling måtte jeg ta tak nettopp der. Gå i mottakelsen, ta imot og overta behandlingen av de sykeste. Dessuten skifte arbeidsmetode ganske kraftig. Etter allmennlegeårene var konsultasjon blitt innarbeidet som den viktigste arbeidsmetoden. Nå var det visitt og prosedyrer som gjaldt. Det skal nevnes at det på Slagenheten eksisterte en grunnleggende trøndersk atmosfære av «å gjøre hverandre gode». Så assistentlegen fra førstelinje hadde strengt tatt mindre å frykte enn han fryktet.

Bare noe lell?

Nok om Slagenheten, sykehusåret og assistentlegevikaren med visse tilpassningsproblemer.

Tilbake til Kåre L. Han var 72 år og enkemann. Fra før klinisk sett forbausende lett svekket av slagmarken i hjernestammen. Litt trippende gange, generelt litt treg og ustø.

Greide seg selv hjemme med god margin. Sykepleierne kunne rapportere: «kanskje litt mer gangproblemer den første dagen, men nå synes vi han er omtrent som før». Så dette kunne ha vært et nytt lakunært infarkt, eller bare «noe lell». Som det heter her i landsdelen. I alle fall ikke stort å gjøre. Kåre L hadde for lengst fått den blodfortynnende og slagforebyggende behandling som var å tilby. Han var også fra før utredet mer enn tilstrekkelig.

Men om han verken hadde blikkparese eller synsfeltutfall, på visitten syntes jeg likevel å merke noe i blikket hans. For så vidt i hele væremåten. Han framsto som en slagen mann. Selv ikke nyheten om at dette kanskje ikke var noe nytt slag gjorde noen særlig forskjell, så det ut til. Av mangel på noe mer fornuftig å foreslå, ble vi enige om å ta en prat på undersøkelsesrommet litt senere på dagen.

Ladning med hagl

I følge de gode, gamle klinikerne ligger det meste i sykehistorien. Jeg ville kanskje utvide med å si «syke- og livshistorien», og oppfatter dette som kjernepensum.

Samtalen med Kåre L tok halvannen time. Men da var jeg også om-sider kommet i en slags posisjon til å forstå helsa hans noe bedre. Dette var ikke «bare noe lell». Det var flere funn i denne hjernen enn CT bildene gav til kjenne. La meg presentere utfyllende anamnese i kortversjon:

Kona døde etter noen måneders sykeleie, for fire år siden. Tre sønner. Yngstemann var adoptivsonn fra Asia. Kåre L hadde drevet det ganske stort i møbelomsetning. Kvalitetsmøbler, høyere prisklasse. Eldstesønnen tok over forretningen for noen år siden. Han hadde vært igjennom skilsmisse og pengeproblemer. Butikken var blitt solgt til en

møbelkjede. Barna var ikke på talefot. Kåre L savnet kona si, og fortalte om imaginære samtaler med henne hver dag, der han satt i den store, tomme villaen. I huset sto mest mulig urørt. Ikke minst garderobeskapene hennes. Forandret han på noe, ville dette kunne slette ut sporene etter kona. Så dette virket fastlåst. Så fastlåst at et spørsmål om selvmordstanker virket logisk. Det ble en avklarende inner-tier i denne samtalen. Planene var ganske klare. Haglgeværet i kjelleren pekte seg ut. Han holdt det ladet. Tanken på en slik nødutgang lindret litt.

Det var visse fastlåste forhold også med hensyn til den videre oppfølgingen.

Kåre L ga uttrykk for at det var fint å få snakket ut. Han var enig i at i alle fall sorg var endel av helsebildet hans. Han var mer skeptisk til dette med depresjon. Det hørtes psykiatrisk ut. Psykiatrisk oppfølging var helt uaktuelt. Nå hadde han lagt alle kortene på bordet. Det fikk holde. Uten at han sa det helt direkte, kunne jeg fornemme det ganske tydelig. Han ville være slagpasient.

Jeg fikk litt å tenke på. Pussig nok følte jeg meg litt mer på hjemmebane. Dette liknet endel på det jeg var vant til. I neste samtale ble det heldigvis fruktbare forhandlinger. Kåre L delte bekymringen for haglladningspreget i hjernestammen.

Han forsto også den kanskje enda større bekymringen min om det han hadde fortalt om hagla. Han forsikret meg om at han egentlig ville leve videre. «Det blir for tøft for familien». Vi diskuterte om det kunne være slik at dyp sorg kunne disponere for hjerneslag. Jeg tok noen medisinske reservasjoner. «Det er vel ikke akkurat vist at det er slik...». Det var ikke så viktig for Kåre L. Han så en ny mulig utvei. Vi ble enige om at det mest blodfortynnende vi nå kunne foreta oss, var å kalle inn alle barna til en felles samtale.



Selv i de beste familier

Det blir av og til sagt at vi leger også bør ty til andre bøker enn faglitteraturen. For å bli kloke og gjøre gode behandlingsinnsatser. På Slagenhetens møterom ble Kåre L. og barna samlet for først gang på tre år. Deres møte etterlot et behov hos meg for å ty til Bibelen. Jeg fikk lyst til å friske opp kapittelet om Kain og Abel. Heldigvis var det en sykepleier med, så vi kunne debriefe litt sammen.

Igjen kortversjonen: Eldstemann virket mest sint og mest frustrert. Jeg visste at Kåre L. hadde sett for seg noe helt annet enn møbelkjeder. Storebror plasserte seg demonstrativt med ryggen mot den adopterte yngstemann. Jeg visste at han i sin tur var Kåre L. sin støttespiller blant barna. Han hadde fortalt meg at han ville at denne yngstesønnen skulle overta huset. Men han jobbet i Posten. Han hadde ikke økonomi til det. Dessuten ville han ikke bo der.

«Det huset er alt for stort for oss, og å overta det vil jeg ruinere meg på. Og broren min kommer til å gå helt bananas» fortalte han meg på et litt senere tidspunkt.

Mellom der en tredjemann, som hadde distansert seg helt. Stridstemaene var mange og dype. Hovedtema: Hva med fars helse? Og hva med huset, som forfalt og ikke skulle røres? Dessuten: hva med alt det andre?

«Så nå ser du hva vi sliter med i vår familie». Det var Kåre Ls resignerte kommentar mot slutten. Og det var det faktisk en viss enighet om i denne familien. Det var ikke så bra med familiesamholdet etter at Kåre Ls kone døde.

Det å være lammet

Jeg var innvirket i slagrehabilitering på noe av sitt mer komplekse. Ingen veldig gode, nye blodfortynnende tiltak pekte seg ut. Men jeg hadde merket meg at Kåre L. hadde en viss sans for metaforer og sammenhenger. I vår neste samtale på undersøkelsesrommet prøvde jeg en reformulering: «I forhold til CT bildene har du vært heldig. Du har fått lite lammelser. Slik jeg oppfatter problemet ditt, er din situasjon først og fremst preget av en nesten total handlingslammelse?»

Det ble litt forløsende. Han kjente seg igjen i den lammelsen. Vi analyserte videre.

«Du skjønner det, doktor H, i vår familie var det kona som ordnet med alle slike ting.

Jeg tillot meg nå en «skjære igjennom» strategi. Basert verken på Bibelen eller Slagenhetens prosedyrer. Mest basert på ønsket om en avklaring, tror jeg.

«Jeg synes dette virker veldig komplisert, Kåre L. Eller kanskje ikke så komplisert, likevel. Jeg tror du må ta et valg.»

«Du mener jeg må kvitte meg med huset?»

«Siden du spør så direkte: Ja, det tror jeg. Jeg ser det faktisk slik at hvis du ikke gjør det, tror jeg du enten gjør alvor av det med hagla, eller at du om ikke lenge får et STORT hjerneslag.»

Jeg følte jeg hadde dekning for min analyse og mine råd. Kåre L. respekterte min tydelighet. Men han syntes fortsatt det var et vanskelig valg. Han ville ha tenkepause. Helst noen uker. Så vi søkte ham over til et rek. hjem. Der fikk han plass nesten på dagen. Det kan ha vært ønsketenkning, men jeg syntes skritt lengden virket noe lengre da han tasset ut til drosjen. Da hadde han tatt meg i handa på at han ikke ville foreta seg noe desperat.

Sånn sett tasset også Kåre L. med det ut av mitt medisinske ansvarsområde. Det knyttet seg selvsagt likevel en viss spenning fra min side om hvordan dette ville gå. Yngstesønnen, som altså kjørte med post, dukket opp av og til i Vestibyen. Han fortalte at det gikk riktig så bra. Kåre L. var egentlig en sosial kar, og på rek. hjemmet trivdes han visst overraskende godt.

Valgets kvaler

Jeg mener å ha observert et visst fenomen knyttet til allmennlevers spesialistutdannings-betingede gjesteoopptredener i sykehusmiljøene. Noen av dem forblir annenlinjens menn – og kvinner. De kommer ikke ut igjen. Det skal nå som nødvendig digresjon



nevnes at assistentlegevikaren på Slagenheten på denne tiden selv strevde med problemer som krevde sin avklaring. Det vil ikke være riktig her å gå i detaljer. Men blant annet dreidde valgene seg om en framtid som indremedisiner, eller som allmennlege. Dessuten om framtidig bosted.

Fire uker etter utskrivelsen var Kåre L på telefonen. Han ba om at jeg som hans lege søkte om fire nye uker for ham på rek. hjemmet. Han trengte mer tid. Jeg var strengt tatt ikke legen hans lenger, men tenkte han fikk få den tiden han trengte. Han ringte igjen etter fire nye uker. Som et unntak, fortalte han, kunne han få enda en måned i rekonvalesens. Hvis legen mente det var nødvendig. Så da fikk han det.

Etter dette hørte jeg ikke mer fra Kåre L. Noen uker senere fikk jeg pussig nok tilsendt et salgsprospekt over en større villa i byens bedre strøk. Jeg forsto etter hvert at dette måtte være huset til Kåre L. Jeg hadde ikke bestilt noen salgsprospekter. Jeg regnet derfor med at dette var hans subtile måte å fortelle meg at han hadde tatt sitt valg. I henhold til legens råd. Men min mor, som bor utenbys, ringte dagen etter. Hun lurte på om dette kunne være noe for oss. Hun hadde tatt litt tak i dette med de litt uavklarte framtidsplanene våre. Hadde satt seg i kontakt med eiendomsmegler her i byen. I vår familie er det muligens også slik at det er hun som ordner med slike ting. Men la oss si det slik: Vi så ikke dette som noen mulig løsning. Dette huset hadde heller ikke vi økonomi til. Meget langt i fra. Men jeg innrømmer at jeg pustet litt lettet ut. På vegne av Kåre L og hans familie.

Godfot-praksis

Kåre L fikk etter hvert en fin moderne leilighet, med gode pensjonistnaboer. Igjen i følge sønnen i Postverket. Det kan ha fungert slagforebyggende. Han dukket visstnok ikke opp igjen på Slagenheten. Etter endel år dukket navnet hans riktignok opp under dødsfallannonsene. Men der havner vi med navnet vårt alle som en. Før eller siden. Det finnes ingen rehabiliteringstiltak mot akkurat den utveien.

Hvordan det gikk med assistentlegevikaren? Omsider tok han til vettet. Det er jo her i Trøndelag at også «godfot-teorien» fant sin form. Man bør holde seg til sin lest. Brukes til det som passer best. For meg er ikke det visitt og prosedyrer. Det ble konsultasjon, og alt det andre som hører allmennmedisinen til. Det har jeg ikke angrert på en time.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: har-su2@online.no

Lyrica Pfizer
Antiepileptikum.

KAPSLER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg: Hver kapsel inneholder: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), stannoksid (E171).

Indikasjoner: Perifer neuropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering. Behandling av generalisert angstlidelse hos voksne.
Dosering: Doseringsområdet 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. Generalisert angstlidelse: 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Startdose 150 mg daglig. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg daglig etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til 450 mg daglig. Maksimaldose på 600 mg daglig gis etter ytterligere en uke. Behov for behandling bør vurderes jevnlig. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke uavhengig av indikasjon. 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 (μmol/liter) etter følgende formel: $Cl_{cr}(ml/min) = (1,23 \times (140 - \text{alder} (år))) \times \text{kroppsvekt (kg)} / \text{serumkreatinin (μmol/liter)}$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
(Cl _{cr} (ml/min))	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	enkeltdose**

*Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet 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 og ungdom anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller med en spesiell form for arveredit laktasemangel (lappisk laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykæmi behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke faren for skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Pasienter bør unngå forsikring ved bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallsfrihet er ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponeringssymptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diaré, influensasyndrom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksykodon, kan potensielt øke effekten 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 antikoagulasjonsmidler.
Graviditet/Amning: 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 fosterskader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skiller imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, intimitet, sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsessvaks, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, slør, syn. Urogenitale: Erektile dysfunksjoner. Øvrige: Utsattelse, perfert end, følelse av å være full, ødem, uormal gange, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesophageal refluks, oral hypostesi. Hud: Svette, populelt hudutslett. Luftrør: Dyspné, tørrhet i nasen. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, kramper, hevelse i ledd, muskelsmerter, myalgia, artralgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskelsvikt. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnleshet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, uormale drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypostesi, synsfeltforstyrrelser, nystagmus, talevansker, myoklonus, hyporefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agues, bremlende følelse, intensjonstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, redme, hettetokter. Syn: Synsfeltforstyrrelser, tørre øyne, klovne øyne, tåkesyn, øyesmerter, synstørrelhet, økt tårepdukasjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryt, forhøyet alaniminotransferase, forhøyet kreatininfosforase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelett. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøytropeni. Gastrointestinale: Hypoglykæmi. Askes, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolyse. Hørsel: Hyperakusis. Luftrør: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseseblading, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hjerneing, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotoposi, øyemittasjon, mydriasi, oscillopsi, endret dybdesyn, perfert synstap, skjelling, synklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrioventrikulært blokk, sinusakykardi, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenital: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmerte, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarca, enskaddem, hoven tunge, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalsium i blodet, vektreduksjon, redusert antall hvite blodlegemer.

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

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metylheksaninsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosyre). 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 redusert C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 25 timer, men med likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: ~90%, uavhengig av dose. «Steady state» oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tålerelatende 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-enantiomen. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelsestettheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 219,10. 75 mg: Enpac: 14 stk. kr 147,70. 56 stk. kr 485,80. 150 mg: Enpac: 14 stk. kr 208,10. 56 stk. kr 734,50. 225 mg: Enpac: 56 stk. kr 870,70. 300 mg: Enpac: 56 stk. kr 1006,90. **Slut endret: 13.07.2006**

Referanser:

1. Preparatomtalen
2. Pohl RB et al. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol 2005;25:151-8
3. Rickels K et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam Arch Gen Psychiatry 2005;62:1022-30
4. French et al. Neurology 2003;60:1631-37
5. Folketrygdløvens § 5-14
6. Folketrygdløvens § 5-22

Pfizer

Partner for bedre helse

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakervolen 28
Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

Nyhet!

Lyrica® - nå med godkjent indikasjon generalisert angstlidelse (GAD) hos voksne¹

- Representerer en helt ny virkemekanisme innen behandling av GAD¹
- Gir signifikant reduksjon i Hamilton Anxiety Rating (HAM-A) score i løpet av én uke^{2,3}
- Gir signifikant forbedring av både somatiske og psykiske symptom ved GAD^{2,3}
- Har ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner^{1,4}

Dosering¹

<i>Startdose:</i>	<i>75 mg x 2</i>
<i>Etter én uke:</i>	<i>150 mg x 2</i>
<i>Etter ytterligere én uke:</i>	<i>225 mg x 2</i>
<i>Maks dose:</i>	<i>300 mg x 2</i>

Dosereduksjon er nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon, se tabell i FK-teksten



Refusjonsmuligheter^{5,6}

§ 5-22- Bidragsordningen

- Pasienten får dekket 90% over 1600 kr
- Legen trenger IKKE søke, og skriver ut Lyrica® på vanlig hvit resept
- Pasienten tar selv med seg kvittering fra apoteket til sitt lokale trygdekontor

§ 5-14 (§10a)

- Spesialister kan også søke
via §5-14 (§10a), pkt.18

LYRICA®
PREGABALIN

For preparatomtale og referanser se side 23

Utposten starter en ny serie i dette nummeret. Vi vil fokusere på forskning i allmennmedisinen ved å presentere forskjellige prosjekter som er ferdige, eller som er under gjennomføring. Først ut er Grete Daatland Andersen, som viser et godt eksempel på at forskning i allmennpraksis kan være relevant og oversiktlig, samtidig som det kan gi nyttig kunnskap.



GRETE DAATLAND
ANDERSEN

Født: 24.03.53 i Asker
Studert i Oslo 1982-
1988, var sykepleierut-
dannet fra før, jobbet
da de fleste årene på
Rikshospitalet med avd
B. Vært bedriftslege
5-6 år, kommune-over-
lege i Ringsaker fra
1998, 40% kommune-
overlege og 60% all-
mennlege. Spesialist
i samfunnsmedisin
og allmennmedisin.

Fokus på håndhygiene og infeksjoner hos barnehagebarn

AV GRETE DAATLAND ANDERSEN

Hvorfor jeg ville forske

Jeg har jobbet i allmennpraksis i ti år, og nylig blitt spesialist i allmennmedisin. Et av de obligatorisk kursene er «Forskning i allmennpraksis». Dette kurset tok jeg i Bergen for et par år siden. Her var engasjerte forelesere, og jeg merket meg spesielt ordene: «Hvis du har et område du har lyst til å finne ut litt mer om, så ta kontakt med ditt nærmeste universitet. Om de ikke finner ditt tema interessant, kontakt oss i Bergen.» Jeg fikk inntrykk av at universitetet ville være veiledere hvis jeg hadde et prosjekt de også syntes kunne være interessant.

I tillegg til å være fastlege for 970 pasienter, har jeg 40 prosent stilling som kommuneoverlege i Ringsaker kommune med ca 32 000 innbyggere. En av mine viktigste oppgaver er å være medisinsk faglig rådgiver for kommunens helsetjeneste og andre som etterspør slike råd. Jeg vil at mine råd skal være faglig godt forankret. I en så stor kommune og med så liten stilling som kommuneoverlege er det mest meningsfylte å velge bestemte tema eller prosjekter å jobbe med hvert år.

I følge smittevernloven skal kommunelegen bistå helsepersonell og andre i kommunen i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Barnehager har «utmerket» seg spesielt som arena der smittsomme sykdommer overføres i stor grad. I min legepraksis opplever jeg stadig at småbarn i barnehager, nyansatte i barnehager, foreldre/besteforeldre med barn i barnehager søker lege pga hyppige infeksjoner

hos seg selv eller barna. Jeg tror at det ikke er et «nødvendig onde» å være mye syk som liten. Barn i barnehage og foreldre kan slippe unna mange smittsomme sykdommer bare de rette smitteverntiltak gjennomføres.

På sykehusene har man i år gjennomført en kampanje for å redusere overføringen av sykehusinfeksjoner. Her anbefales spritvask fremfor vask med såpe og vann. De har tenkt seg at infeksjonsfrekvensen vil bli redusert med 20 prosent. Denne kampanjen ga meg ideen å prøve ut det samme på barnehager i vår kommune. Jeg satt med spørsmålet: Vil en så enkel intervensjon som gjennomføring av spritvask i barnehagene i stedet for bruk av såpe og vann redusere infeksjonstendensen blant barnehagebarn? Jeg fant ingen undersøkelse som kunne si meg noe om det. For å få svar var det nødvendig å lage en undersøkelse selv.

Slik gikk jeg fram

Siden jeg visste at jeg ikke ville få til dette på egen hånd, tok jeg kontakt med institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Jeg sendte en mail med forespørsel om de var interessert å veilede meg i et framtidig prosjekt om bruk av spritgel til håndhygiene i barnehager. Jeg fikk positivt svar derfra, og fikk oppnevnt en veileder. Deretter laget jeg en prosjektbeskrivelse hvor jeg formulerte min hypotese, og beskrev hvordan jeg tenkte meg hele forskningsperioden. Jeg valgte meg tre barnehager som skulle få

handvask med spritgel, og valgte tre kontrollbarnehager, til sammen ble det ca 300 barn. På forhånd hadde jeg beregnet at med dette antallet ville jeg kunne avdekke en reduksjon i infeksjonshyppighet på 20 prosent. Alle barnehagene fikk utdelt spørreskjemaer som de skulle dele ut til foreldre hver gang de hadde hatt syke barn. De ansatte var veldig samarbeidsvillige, og jeg fikk en svarprosent på 95 fra de syke, og er nå i ferd med å få inn svar fra foreldrene til barn som var friske i prøveperioden. Alle data blir lagt inn i statistikkprogram, og ved hjelp av programmet kan jeg finne svar på om det hjelper å bruke spritgel til håndvask i barnehager. I tillegg kan jeg hente fram for eksempel hvilke andre variabler som kan påvirke infeksjonshyppigheten.

Jeg føler at det er i dataanalysingen de store utfordringer ligger, men her får jeg god hjelp fra veilederen. Jeg håper at dette arbeidet er klart rett over sommeren. Deretter vil jeg begynne å skrive en artikkel til Tidsskriftet for den norske lægeforening.

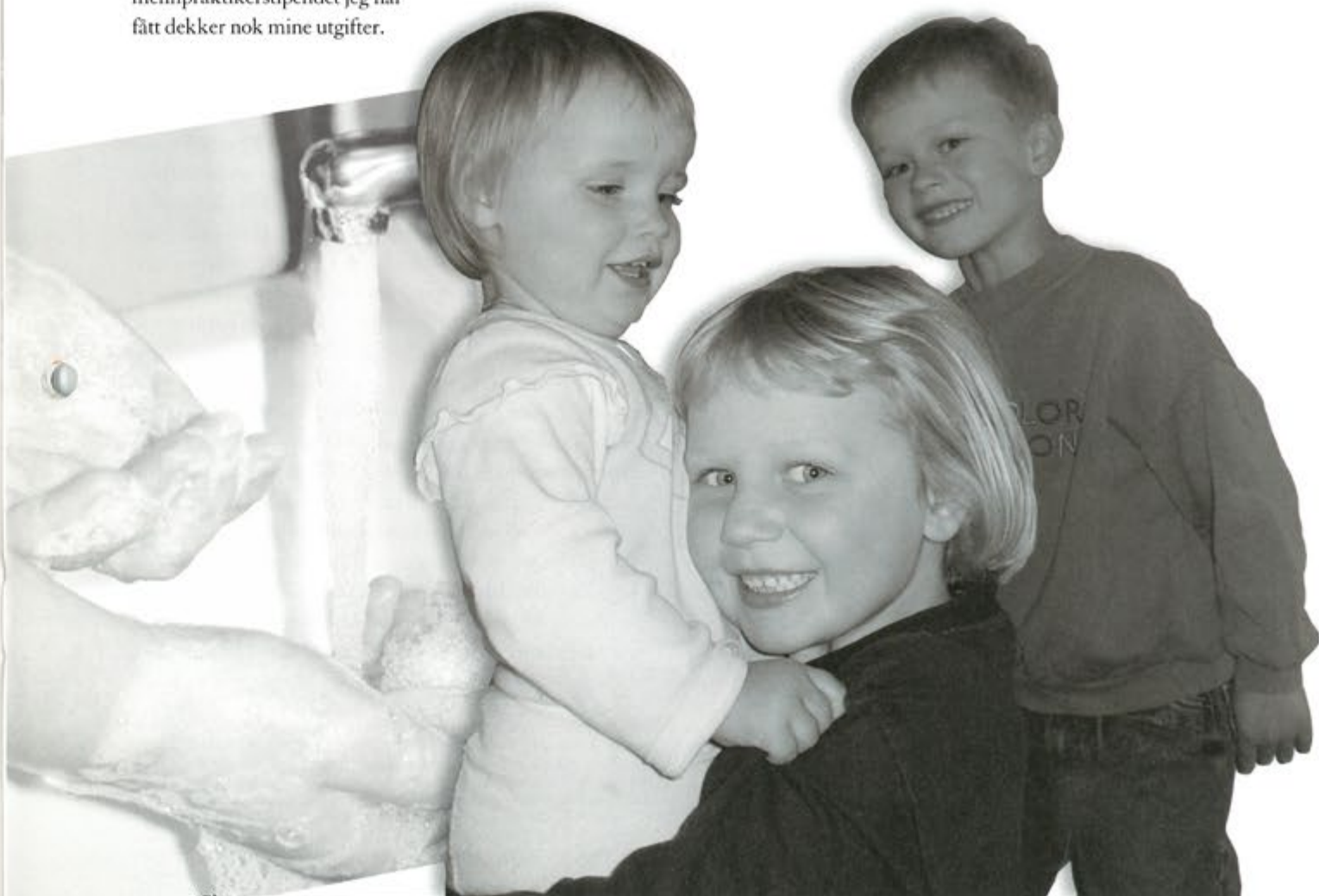
Prosjektet har ikke vært særlig kostnadskrevende, så allmennpraktikerstipendet jeg har fått dekker nok mine utgifter.

Hva jeg synes om å forske

Jeg synes dette har vært en morsom og spennende periode. Jeg har fortsatt tre dager i uken med pasienter, så uken er variert. Jeg gleder meg til å kunne konkludere min lille studie, uansett hva resultatet blir. Jeg er ingen statistiker og føler meg temmelig grønn som forsker, men det er bare å ta utfordringene etter hvert som de kommer. Hjelp får jeg når jeg trenger det fra min veileder ved universitetet.

Til alle som har en ide om et mulig forskningsprosjekt: Det er bare å sette i gang!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
grete.d.andersen@ringsaker.kommune.no



ILLUSTRASJONSFOTO: GRACIA VICTORIA

ILLUSTRASJONSFOTO: MONICA ENGBRETSSEN

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

– tenkning og tilnærming

DEL I: KJENNETEGN, PRINSIPPER, FRAMGANGSMÅTER

Innledning

Psykomotorisk fysioterapi skiller den fra tradisjonelle tilnærmingsmåter til sykdom, plager og lidelser. I to påfølgende artikler vil jeg omtale tradisjonen både som forståelsesform og konkret metode. I den første artikkelen skisseres noen grunnleggende tanker og prinsipper, sammen med en kort redegjørelse for framgangsmåter. I den andre artikkelen presenteres en kasuistikk. Den følges av noen sammenfattende refleksjoner der jeg også berører aktuelle utfordringer i dagens samfunn.

Psykomotorisk fysioterapi må henvises spesielt fra lege. Legers kjennskap til denne tilnærmingen er derfor avgjørende for hvem som henvises til en psykomotoriker. Det er hovedgrunnen til at jeg vil forsøke å få fram sammenhengen mellom tenkning og praksis.

Starten – grunnlaget – kjennetegn

Grunnlaget for den psykomotoriske tradisjonen ble lagt gjennom et nært samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i perioden 1947–1953.

Braatøy var både kliniker og teoretiker. Han orienterte seg bredt i litteraturen, ikke minst i psykoanalytiske og psykodynamiske teorier, og han systematiserte sine kliniske erfaringer og tanker i mange publikasjoner. Mest kjent er «De nervøse sinn», utgitt som to bøker i 1947 (1). De har fungert som en viktig inspirasjonskilde i det psykomotoriske miljø.

Bülow-Hansen var først og fremst kliniker, og hennes form var muntlig og kasuistisk. Unntaksvis skrev hun ned sine erfaringer. Hun formidlet sin kompetanse gjennom demonstrasjon og veiledning i konkrete praksissituasjoner og ved å fortelle om pasienteksempler. «Bülow» som vi kalte henne, ble hyppig benyttet i den videreutdanning som etter hvert ble bygget opp, og hun var aktiv lenge etter at hun gikk av med pensjon.



Eline Thornquist

Fysioterapeut, spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, professor II Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag

Det kan nevnes at etter Braatøys død i 1953, samarbeidet Bülow-Hansen videre med psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødahl. Dette var et samarbeid hun selv fremholdt som viktig for at arven fra tiden med Braatøy skulle bevares og videreføres.*

Siden Braatøys tanker og tekster har hatt stor innflytelse på den psykomotoriske tradisjon, vil jeg knytte en kommentar til dem før jeg går videre.

Braatøys bidrag

Braatøys bøker er rike på detaljerte beskrivelser og praksisnære betraktninger (se spesielt 1–3). Gjennom en rekke pasienthistorier formidler Braatøy sin innsikt i samspillet mellom kroppslige og psykiske prosesser. Han poengterer hvor viktig det er fange opp pasienters meddelelser – de kroppslige som de verbale, og han gjør seg til talsmann for kliniske og kroppslige tilnærmingsmåter til ulike former for somatiske og psykiske problemer. Gang på gang under-

* I de første tiårene foregikk opplæringen i stor grad i og gjennom praksis, kombinert med kortvarige kurs. Videreutdanningen ble gradvis utvidet, og mer strukturert og formalisert. Først foregikk den i regi av Norske fysioterapeuters forbund, fra 1990-årene ble den overført til det offentlige høyskolesystemet. Dagens videreutdanningsopplegg er preget av en integrering av teori og praksis, og foregår ved flere av landets høyskoler (Oslo, Tromsø og Trondheim). Veiledning i praksis og egenbehandling utgjør fortsatt en sentral del av utdanningen. I dag er det i underkant av 400 psykomotorikere i Norge. Flertallet arbeider i østlandregionen, men det er en viss spredning over hele landet. De fleste arbeider på private institutter, men stadig flere ansettes i offentlige institusjoner.

streker han betydningen av individualisering, av å forstå og møte den enkelte pasient – ikke kun som et eksemplar av arten x, y eller z. Bøkene kan leses som en oppfordring til å skjerpe sansene – «kunne se med ørene og lytte med øynene» (1), og videre til å hente kunnskap og perspektiver fra ulike fagområder.

Tankegrunnlaget i Braatøys bøker er omtalt og drøftet i en del publikasjoner (se for eksempel 4–6). Med dagens blikk er det lett å se svakheter ved denne litteraturen, som for eksempel at Braatøy skriver seg inn i en tradisjonell psykoanalytisk referanseramme som i dag er forlatt, og at han til dels opererer med (nevro)fysiologiske forklaringsmodeller som ikke lenger er holdbare. Videre berører han mange grunnlagsspørsmål på til dels uavklarte måter. Jeg går ikke inn i de mange og omfattende spørsmål som reiser seg i forlengelsen av Braatøys teorigrunnlag. Det viktigste i denne sammenheng er å få fram at Braatøy har bidratt til å utvide betydningen av kroppens rolle i menneskelig liv. Hans bøker fortjener derfor å bli lest også i dag.

Navnet

På et tidlig tidspunkt ble behandlingen omtalt som «Avspenning ad modum Aadel Bülow-Hansen», men Bülow-Hansen ville ikke at den skulle knyttes til person. Den viktigste innvendingen faglig sett, er at ordet «avspenning» ikke dekker det behandlingen går ut på. Behandlingen dreier seg om en kroppslig *omstillingsprosess* der endringer av muskulære spenningsforhold inngår som en integrert del av en mer omfattende forandringsprosess. Psykomotorisk fysioterapi er altså noe annet og mer enn en avspenningsmetode.

Det første leddet *psykomotorisk* har vært gjenstand for mye diskusjon. Mange mener det er uheldig ved å antyde at det psykiske kommer først. Dessuten gir *motorisk* snevre assosiasjoner. En har imidlertid ikke funnet fram til et godt alternativ. Som i fysioterapi generelt, er det kroppen som er utgangspunkt og innfallsvinkel. Det spesielle med den psykomotoriske tilnærmingen er hvordan kroppen forstås, og hvordan kroppssynet gjenspeiler seg i praksis – i konkrete framgangsmåter og i tolkning av kroppslige forhold.

Betegnelsen psykomotorisk *behandling* ble brukt i flere tiår. For å tydeliggjøre at det var fysioterapeuter som benyttet denne form for tilnærming ble betegnelsen psykomotorisk *fysioterapi* introdusert på 80-tallet. Denne betegnelsen er også mer dekkende siden en behandling aldri settes i gang uten en forutgående undersøkelse.

I det følgende baserer jeg meg på skriftlige kilder og egne erfaringer fra ulike sammenhenger. Jeg legger vekt på fel-

lestrekkene i tenkning og praksis, og oppgir noen kilder som – til tross for ulikheter i form og innhold – kan sies å formidle kjernen i den psykomotoriske tradisjon (7–10).

Vurderingsgrunnlag og indikasjonsområde

Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Det betyr i praksis at enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen uansett hva slags symptomer og plager pasienten har. Lokale problemer sees i sammenheng med kroppen som helhet, og en er opptatt av hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdelar og funksjoner.

Videre tas utgangspunkt i at kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre. De kliniske implikasjonene av dette er at kroppen betraktes som bærer av liv og historie, og at en i behandlingen spiller bevisst på at kroppen både uttrykker og regulerer følelser.

Alle faglige valg og vurderinger tas på grunnlag av det dynamiske vekselspillet internt i kroppen og mellom kropp og følelser. Her tillegges pasientens respirasjon spesielt stor betydning.

Behandlingen sikter som nevnt mot en kroppslig omstillingsprosess. Respirasjonsomstillingen er det viktigste momentet i behandlingen. Den settes igang på indirekte vis, ikke via aktive respirasjonsøvelser og dirigering av pusten.

Indikasjonsområdet for psykomotorisk fysioterapi er først og fremst alle former for belastningslidelser og funksjonsproblemer i muskelskjelett-systemet, såkalte psykosomatiske sykdommer og mindre alvorlige former for psykiske lidelser. I løpet av de omtrent 60 årene denne spesielle behandlingsformen har vært praktisert, har det vist seg at den har hatt god virkning for mennesker med andre plager også. I dag arbeider psykomotorikere med et bredt spekter av funksjonsproblemer: kroniske smertetilstander, revmatiske lidelser, astma og andre former for pustebeviser, psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad som spiseforstyrrelser, tabuiserte traumer, angst og depresjon.

Psykomotorikere er imidlertid lite opptatt av pasientenes diagnoser i og for seg. Det er først på grunnlag av en undersøkelse det er mulig å svare på om den enkelte pasient vil ha nytte av den omstilling en behandling innebærer.

Mer om vurderingsgrunnlag og blikk

Sentrale spørsmål i all form for behandling er dette: Hva er det fagutøvere ser etter og med hvilket blikk? Hva er det viktig å tilpasse seg, og utfra hva slags forståelse?

Som det skulle fremgå over, betraktes kroppen som et sammensatt fenomen og som uttrykksfelt. Mange har forståelse for at kroppen uttrykker følelser; vi viser glede og sinne, sorg og fortvilelse.

Færre synes å ha erkjent at vi mennesker også kan bremse og regulere følelser og følelsesuttrykk med kroppen – med pust og muskulatur, bevegelser og stillinger. Det som ikke blir en protest og et skrik kan bli spenninger i legger, i strupe og kjeve, det vil si at følelsesuttrykket – utbruddet – bremses. Men det kan også dreie seg om en dypere og mer omfattende bremsing: Redselen som nesten tar overhånd kan bremses med pust og bevegelse, det vil si selve følelsen dempes før impulsen til skrik og protest melder seg. Slike tilpasninger skjer som regel ubevisst – og utenfor vår kontroll. Som Braatøy skriver, har vår kropp «lagt seg til vaner som vi ikke selv kan huske opprinnelsen til» (1938:30).

Muskelspenninger og tilbakeholdt respirasjon, bremsing av følelser og kroppslige uttrykk generelt, inngår i vanlig emosjonell og sosial tilpasning til egne og omgivelsenes forventninger og krav. Poenget er dette: Kroppslige vaner og væremåter har en funksjon i psykologisk og sosial forstand. Enhver spenning skal derfor ikke «fjernes» og oppstramete eller oppgitte kroppsholdninger, forsiktige eller anstrengte bevegelser heller ikke «korrigeres».

I blant kan vi alle trenge å bite tennene sammen, lukke oss for verden, holde protesten, skriket eller gråten tilbake, mens vi i andre situasjoner, sammen med andre mennesker, kan uttrykke oss fritt. På denne bakgrunn er det altså ikke et mål å være avspenst til enhver tid. Det som er viktig er å kunne veksle – kunne stå på, kunne beherske seg, men også å kunne gi etter, slippe seg til – avhengig av situasjon og sammenheng. Det er her nøkkelbegrepene i den psykomotoriske tradisjon – *fleksibilitet og omstillingsevne* – kommer inn i bildet. De viser til kroppslig frihet og ledighet, og det er kroppens/personens evne til variasjon og tilpasning en ser etter og orienterer seg ut fra i praksis.

Mangel på slik variasjon og tilpasning sees i sammenheng med kroppens rolle i *reguleringen* av vårt følelsesliv. Det er *gjensidigheten* mellom kropp og følelser som er så avgjørende å forstå: Kropp og følelser betraktes som gjensidig bindende og gjensidig frigjørende. Grovt og forenklet sagt:

- Å slippe seg til kroppslig, er å slippe til følelser og følelsesuttrykk.
- Å bremse seg kroppslig, er å bremse og holde følelser og følelsesuttrykk tilbake.

Her vil jeg understreke at det ikke bare dreier seg om de sterke følelser og de dramatiske uttrykk, men også om

hverdagslivets små og store påkjenninger. Og jeg vil understreke tidsaspektet: Det er det *vedvarende* ved kroppslig bremsing og holdthet som er uheldig, og som kan føre til at kroppen mister fjæring, spenst og ledighet. Det kan i neste omgang bidra til utvikling av slitasjeforandringer i ledd, sener og muskulatur, og til forskjellige former for problemer – lokale som generelle, funksjonelle som strukturelle.

Dette bringer oss over til en viktig erkjennelse: Det som er funksjonelt i ett perspektiv, kan være ufunksjonelt i et annet perspektiv. Kroppslig bremsing og beredskap kan fortolkes som en form for funksjonell tilpasning og emosjonell beskyttelse, som en mer eller mindre hensiktsmessig tilpasning til påkjenninger i livet – til en vanskelig aktuell livssituasjon og/eller til tidligere traumatiske livserfaringer. Men kroppslig bremsing og kontroll vil over tid bidra til at kroppen belastes uhensiktsmessig. En ledig kropp i balanse gir seg selv gunstige impulser, og det ligger til rette for god kroppsbruk. Dersom kroppen derimot er holdt og i ubalanse, er det en tendens til at ubalansen forsterkes. Kroppen har hva som kan kalles en form for logikk, vi har å gjøre med henholdsvis positive og negative selvforsterkende prosesser. Å snu uheldige selvforsterkende prosesser er derfor viktig, men det er avgjørende hvordan dette skjer.

Framgangsmåter

Ofte fremstilles behandlingen som en omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust, men en slik fremstilling er ufullstendig. Det er via kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser en omstillingsprosess settes i gang, og i tråd med tenkningen som er skissert over, omfatter selve omstillingsprosessen mer enn forandringer i muskelskjelett-system og respirasjon. Som en integrert del av den kroppslige omstillingsprosessen skjer også følelsesmessige forandringer, og ofte endrer andre kroppslige funksjoner seg, ikke minst autonomt innerverte funksjoner, som temperaturregulering og fordøyelse.

Siden behandlingen er av inngripende karakter, legges det som nevnt vekt på en grundig undersøkelse før en eventuell behandling starter opp. Hensikten er få et inntrykk av kroppens/pasientens omstillingsevne. Undersøkelsen innebærer derfor samtidig en form for prøvebehandling ved at en forsøker å forandre og omstille kroppen. Forsøket er imidlertid moderat og forsiktig. Selve omstillingsprosessen ønsker en ikke å få i gang før en har vurdert om behandling er aktuelt.

Hvis undersøkelsen viser at pasienten er i en uttalt og lite omstillbar beredskapstilstand, blir en klassisk form for psykomotorisk behandling betraktet som kontraindisert. En regner i slike tilfeller med at forsøk på omstilling kan

aktivisere følelser og minner som kan være overveldende og vanskelig for pasienten å håndtere, og/eller at det fører til forsterkning av den kroppslige beredskapen, noe som i neste omgang kan gi ytterligere plager. Alternativet kan være andre former for fysioterapi, og/eller en kan bruke psykomotoriske prinsipper og legge vekt på forankring og stabilitet, ikke på omstilling.

I den klassiske formen for behandling går en langsomt fram, og behandlingsforløpet strekker seg gjerne over lengre tid. Vanligvis foregår behandling en gang i uken eller sjeldnere. Mellom hver behandling arbeider pasienten med øvelser og bevegelser for å understøtte og stabilisere den omstillingsprosessen som er satt i gang. Å endre kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre krever pasientens aktive deltakelse, og det er helt avgjørende å gi slike omstillingsprosesser tid.

Virkemidler – prinsipper – spillet i behandlingen

Virkemidlene som brukes er bevegelser og øvelser, samt ulike former for massasje og sansestimulering. Massasjen omfatter forskjellige former for manuelle grep og passive tøy- og strekkebevegelser. Det som i første rekke skiller massasjen i psykomotorisk fysioterapi fra annen form for massasje, er grepenes forhold til pusten. Løsgjørende massasjegrep tilpasset pasientens respirasjon virker frigjørende, men massasje kan anvendes på mange måter, eksempelvis på tvers av pasientens respirasjonsrytme og med store utstrykningsgrep slik at den hovedsaklig virker beroligende og dempende, eller i et raskt tempo og med mer kraft for å stimulere kroppskontakt mm.

Øvelser er aktive og ledet aktive. Ikke minst benyttes likende rotasjons- og strekkebevegelser for å hjelpe og «modellere» pasienten inn i nye og mer hensiktsmessige stillinger og bevegelsesmønstre. Det legges vekt på å arbeide med pasientens forhold til tyngdekraft og underlag, og på å stimulere fri og uanstrengt strekk i kroppen. Å tilpasse innsats, og samspille med tyngdekraftens virkning på kroppen – å *la seg* bevege, slippe seg til uten å bremse bevegelsene – inngår i all behandling. Sjelden utøves bevegelser mot motstand.

Ensidig trening frarådes. Tanken er at dette kan bidra til å fastlåse uheldige spennings- og bevegelsesmønstre og vanskeliggjøre omstillingsprosessen. Pasientene oppfordres derimot til variert aktivitet – gå, sykle, svømme.

To behandlingsprinsipper fremholdes ofte:

- Enhver behandling inkluderer hele kroppen. Det følger av tenkningen om kroppen som en funksjonell og sam-

spillende enhet. Gode spennings-, belastnings- og balanseforhold kan ikke etableres ett sted uavhengig av forhold i kroppen forøvrig. En veksler derfor mellom direkte og indirekte påvirkning av lokale og generelle forhold i den hensikt å fremme gunstige samvirkende prosesser.

- Det andre hovedprinsippet er at enhver behandling starter med bena – med fundamentet. Å etablere god forankring – å stå godt på egne ben – i bokstavelig og opplevelsesmessig forstand, anses som forutsetninger for fri funksjon.

Hvordan pasienten reagerer, bestemmer omstillingens omfang og tempo. Alle slags kroppslige og verbale reaksjoner betraktes som potensielt viktige. Størst vekt tillegges som nevnt pasientens måte å puste på. Det er frihet og spontanitet i pusten terapeuten hele tiden ser etter og tilpasser seg.

Spillet i behandlingen kan antydes: Reagerer pasienten for eksempel på løsgjøring av mimikk med fleksjonstendens i bena og tilbakeholdt pust, tolkes det som uttrykk for at han/hun trenger sin kroppslige beskyttelse. Terapeuten følger opp med å gå tilbake til bena og arbeider med stabilitet og forankring. Svarer pasienten derimot med frigjørende sukk og frie strekkebevegelser, går en videre med frigjørende behandling, løsgjøring og strekkstimulering. Blir pasienten urolig og sover dårlig etter behandlingen, og/eller lukker seg kroppslig med pust, muskulatur og bevegelser eller reagerer med autonome reaksjoner, reguleres behandlingen ved å legge mer vekt på virkemidler som fremmer forankring og stabilitet, det vil si det legges vekt på vekt bærende stillinger og aktive øvelser med vekslende muskelarbeid og holdefunksjoner, og lite på benkebehandling med massasje, strekkstimulering og øvelser med passive avspenningsmomenter.

Det en tilstreber i behandlingen er en kropp i bevegelig balanse, det vil si en kropp som er stabil og stødig, samtidig som den er ledig – en kropp som samspiller med, og hverken bremser eller siger sammen av tyngdekraftens virkning på kroppen. Kontrasten er såvel en oppstrammet og stiv kropp, som en aktivt lukket og sammenkrøket kropp, og en mer oppgitt og sammensunket kropp.

Å opprettholde stående og sittende stilling krever relativt liten muskulær innsats hvis ledd er i mellomstilling og kroppssegmentene i god balanse i forhold til hverandre. En rank og ledig kroppsholdning gir ledd og muskulatur, sirkulasjon og respirasjon gunstige betingelser, og representerer skånsom belastning av ulike vevsstrukturer samtidig som den gir adekvat stimulering av proprioepsjon. En kropp i bevegelig balanse innebærer store frihetsgrader

for postural tilpasning og kontroll, i motsetning til både oppstrammende og oppgitte kroppsholdninger.

Gode – det vil si stabile og dynamiske – utgangstiltinger er bestemmende for kvaliteten av alle bevegelser, for kroppens innstilling overfor en oppgave, for koordinert arbeid i ulike kroppsdelar (tenk for eksempel på skulder/arm bevegelser i forhold til kroppens posisjon og justeringsevne).

Begrunnelser for en del av det kroppslige samspillet som her er antydning, kan en finne i forskjellige naturvitenskapelige fagområder, spesielt i biomekanikk, (nevro)fysiologi og nevrobiologi. Vi berører kunnskap som står sentralt i fysioterapi generelt, og referansene som kunne oppgis er utallige. Det jeg vil fremheve i denne sammenheng er at den psykomotoriske tradisjonen ikke ser bort fra slik kunnskap, men setter den inn i en spesiell sammenheng. Å være i kroppslig balanse kan i et psykomotorisk perspektiv ikke forstås uavhengig av personens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer. Vi er tilbake til grunnlaget i tradisjonen.

Litteraturliste fåes ved henvendelse til forfatteren: Eline.Thornquist@fagmed.uit.no

Norsk arbeidsmedisins forening i samarbeid med Norsk lungemedisins forening inviterer til kurs om

Arbeidsbetingede obstruktive lungesykdommer

Svalbard 18.–22. april 2007

Henrik Nordman fra Helsinki vil forelese om astma og Kjell Torén fra Göteborg om KOLS. Dessuten blir det noen norske innslag og anledning til grubebesøk for den som vil.

Kurset søkes godkjent for arbeidsmedisin, lungemedisin og allmennmedisin.

KURSKOMITE: Malcolm Sue-Chu, Bjørn Hilt, Knut Erik Andersen og Håkon Lasse Leira.

Det vil bli rikelig tid til å oppleve Svalbard under kurset.

NÆRMERE OPPLYSNINGER:
Kontakt Håkon Lasse Leira 91847971

FORELØPIG PÅMELDING TIL:
Eli Berg Hansen
Den norske lægeforening
eli.berg.hansen@legeforeningen.no

Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum ATC-nr.: N06A B10

Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder 5 mg escitalopramsalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandisid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder 10 mg escitalopramsalat tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjon: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikklidelse 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. Panikklidelse 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 og 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 metabolisere 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. Suicidaltanker og suicidalitet (suicidale tanker) og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell adferd 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 langsids 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 selvmordsadferd ved avslutning av antidepressiv behandling. Escitalopram kan påvirke selvmordsadferd hos pasienter med selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsadferd, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utilstrekkelige data angående risiko for selvmordsrelatert adferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nye opplysninger bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at 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 hypotonemi, som eldre, cirrotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hypotonemi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkløslige antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tilklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndet. F.eks. 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 serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og utsepreparater 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. Pasienter bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (MAOI), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOI-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonerg 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. F.eks. risiko for serotonerg syndrom er kombinert med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinert med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetærskelen (f.eks. andre antidepressiva (trykkløslige, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tioxantener og butyrofenoner), melflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinering med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via 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 potent 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, fluvoksamin, lansoprazol, tilklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via disse enzymer, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmavivlene for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-fatotoksiske 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 seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- 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, gispning. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnighet, søvnforstyrrelser, søvnforstyrrelser. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hypotonemi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonerg syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon, Galaktori, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmatte, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnforstyrrelser, bevissthetslapphet, krampor, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, 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 ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyst 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasje for å beskytte mot lys. Dråperne 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: 185).

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

Begjæring om tvangsinnleggelse

– *hvorfor fastleger noen steder må gjøre det oftere enn fastleger andre steder...*

AV OLAV NYTTINGNES, rådgiver, Rådet for psykisk helse
ANNE-GRETHER SKJERVE, leder av samfunnsavdelingen, Rådet for psykisk helse

En rapport fra Helsetilsynet dokumenterte nylig at det er en dramatisk forskjell i risiko for å bli tvangsinnlagt avhengig av hvor i Norge du bor. Kan rapporten også kaste lys over mulige veier mot lavere tvang?

I Utposten 2/2006 har Anders Svensson en viktig gjennomgang av Tvangsinnleggelse som en allmennmedisinsk utfordring.

Et av spørsmålene han diskuterer er hvorfor tvang brukes så ofte i Norge. Han trekker frem forhold som alvorlighetsgrad, dårlig med akuttplasser, eller at akuttavdelinger ønsker pasienten på tvangsparagraf for å sikre at behandlingen kan vare over tid. Dette kan være mekanismer som fremmer tvangsbruk, men disse forholdene er vel til stede også i en del andre land. I og med at bruken av tvang varierer sterkt mellom ulike helseforetak i Norge, kan informasjon om denne variasjonen brukes for å forstå hvorfor noen foretak bruker tvang overfor mange mennesker, mens andre klarer seg med betydelig mindre tvangsbruk.

Nylig publiserte Helsetilsynet en omfattende rapport som kan kaste et mer kunnskapsbasert lys over situasjonen (4/2006). Rapporten er tilgjengelig på www.helsetilsynet.no. Den bygger på SINTEFs pasienttelling fra november 2003 (SINTEF helse 3/04) og inneholder tall over hvor mange som var innlagt i psykisk helsevern fra ulike opptaksområder på en gitt dag.

Tallene fra rapporten viser en dramatisk forskjell i risiko for å havne under tvungent psykisk helsevern avhengig av hvor du bor. En viktig indikator på omfang av tvang er hvor stor andel av befolkningen i et opptaksområde som til enhver tid er tvangsinnlagt. Ved Sykehuset Asker og



ILLUSTRASJONSPOTO: LEVA GRØNVEGEN

Bærum er situasjonen slik at seks per 10 000 var det. Det høres kanskje i utgangspunktet lite ut, men i Blefjell, Ringelike og Psykiatrien i Vestfold, tre små helseforetak i Helse Sør, greier de seg med litt over en per 10 000! Det er ikke 20 eller 30 prosent mindre enn Sykehuset Asker og Bærum, men en femtedel eller en sjettedel!

Legges det oftere inn på tvang fordi det er få frivillige plasser? Ser man nærmere på tvangstallene, ser man at høy tvangsbruk ikke ser ut til å skyldes mangel på andre døgnplasser. For eksempel har sykehuset Asker og Bærum over 21 per 10 000 innlagt i døgnomsorg, landsgjennomsnittet er 15, mens Vestfold greier seg med mindre enn syv per 10 000 (og har 80 prosent belegg på akuttavdelingene). I alle fem helseregioner toppes tvangsbruken i helseforetaket med flest innlagte per 10 000, altså i området med flest tilgjenge-

lige døgnplasser for både frivillig og tvungen behandling. De som er tvangsinnlagt i foretak med lave tvangsrater ser ikke ut til å bli underlagt lengre tvangsinnleggelser eller større andel tvangsbehandling.

Hvis vi ser nærmere på foretakene med lav tvangsbruk i Helse Sør, ser vi at dette er spesielle foretak. Blefjell og Ringerike er små foretak, og ved nærmere undersøkelse viser det seg at disse foretakene ikke selv har ansvar for sykehusavdelingsfunksjoner. Man kunne kanskje tro at dette er en ulempe som gir svakere kvalitet på det samlede tjenestetilbudet. Samtidig vil foretakene Blefjell og Ringerike få hovedfokus på hvordan Distriktspsykiatrisk senter fungerer; dette blir hovednivået i disse foretakene. «Det styrker oss i troen på at det er viktig å satse på DPS-nivå og starte med tidlig reaksjon», sier de fra Blefjell. «Vi forsøker å lage tilbud til brukere før de trenger en tvangsinnleggelse». Vestfold har omtrent tilsvarende tvangstall, men totalansvar som inkluderer sykehusavdelingsfunksjonen. Vestfold har vakt nasjonal oppsikt for prioriteringen av DPS-nivået. De legger også vekt på at hver enkelt ansatt og hvert enkelt tjenestetilbud må ta ansvar for og kunne svare for det samlede tilbudet for den enkelte bruker. Tvangsstatistikken kan tyde på at det kan være mulig å redusere behovet for tvangsinnleggelser ved å legge fokus og ressurser i utvikling av tvangsfrie alternativer som oppleves som en attraktiv løsning for ansatte, brukere og pårørende.

Dette kan også bidra til bedre samspill mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. «Vi tør mer hvis vi vet at vi har spesialisthelsetjenesten i ryggen», sier det iblant fra ansatte i psykisk helsearbeid i kommunene. Et kommunalt tjenesteapparat og et DPS som har tillit hos brukerne og som svarer «ja» når mennesker henvender seg om hjelp er en forutsetning for å ha forsøkt et frivillig tilbud. Og forsøk på frivillighet som ikke fører frem er en viktig forutsetning for at tvungent psykisk helsevern skal være lovlig. Foretakene med lav tvang ser nettopp ut til å ha lagt vekt på at det skal være reelle og tilgjengelige frivillige tilbud. Vi oppfordrer Utpostens lesere til å laste ned rapporten og sjekke situasjonen i sine opptaksområder. Praktiserer du i et område med høy tvangsbruk, går det jo an å etterspørre reelle frivillige alternativer hos helseforetaket. Tvangsstatistikken kan tyde på at det er en farbar vei mot lavere behov for tvungent psykisk helsevern!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olav@psykiskhelse.no

Apwoyo! - Hei

AV TIM NANSEN i *Leger uten grenser*

Vips, så er tre måneder gått her i Uganda. Det kjennes som jeg har vært her en liten evighet, selv om dagene flyker avsted. Norge er ikke et annet land, snarere en annen planet, en annen dimensjon, en annen tidsregning, en annen...

Jeg er blitt 37 og har hittil skrytt av at jeg har rukket å få litt livserfaring, men må nok driste meg til å si at de siste ukene har jeg ikke opplevd maken til. Og jeg har en følelse av at det nok ikke er siste gang jeg må justere min vurdering av egen erfaringsmengde.

Huha, så skjevt skjebnen kan dele ut kort. Den som tror at alle mennesker er født med like muligheter til et godt liv, får bestille seg billett ut av sin lune stue. Regnsesongen er begynt med påfølgende økning i malaria og døde barn, diaré, underernæring, trommemager fulle av mark, snørr, HIV, tuberkulose, alt i uskjønn forening. Og for å toppe det hele er den stadige trusselen fra LRA (Lords Resistance Army = Herrens Motstandsarmé) en utslitende og demoraliserende del av hverdagen til menneskene i disse leirene. Siden 1986 har LRA i Nord-Uganda drevet en geriljakrig mot myndighetene og terrorisering av sivilbefolkningen. LRA «verver» nye rekrutter ved å stjele barn for å trene dem opp til soldater eller koner (Ifølge Unicef er 80 prosent av soldatene deres barn). For å innledningsvis bryte ned disse barna (slik at de blir mer samarbeidsvillige og lettere å oppdra i LRA's ånd), blir mange tvunget til å hugge eller slå ihjel sine søsken eller foreldre mens de andre bortførte barna må se på. Andre handlinger fra LRA er å angripe landsbyer, skjære av folks kroppsdeler (lepper, ører, nese), deretter henrette alle bortsett fra en som blir mutilert og sendt naken til neste landsby som skrekk og advarsel. LRA's politiske mål er å styrte regjeringen og innføre et styre som lever etter de ti bud. Hale-lujah... En nylig offentliggjort rapport sier at de årlige sivile dødstallene her i Nord-Uganda er tre ganger høyere enn i dagens Irak.

Før jeg kom til Uganda forestilte jeg meg at leirene her i Nord-Uganda var som de jeg så i nyhetene fra Darfur og Goma og slike steder med deres pressenninger og plastikktrekk og provisoriske teltimitasjoner og tett med

mennesker. Men leirene her i Uganda har eksistert i mange år, de er ikke lenger «midlertidige», de består av små leirhus og murhus med stråtak. Latrinene stikker opp mellom dem som små firkantede dunstbomber, og de finnes i alle fasonger, farger og materialer alt etter hvem som har satt dem opp, Leger Uten Grenser – murstein og blikk, Unicef – grå plast, Coopi – hvit plast, de fastboende – leire, strå og oppskårede plastdunker. Store, grønne skyggefulle mangotrær fulle av modne og umodne mangoer forårsaker for tiden en strøm av unger med brukne armer og ben etter fall fra trærne i søken etter litt søtt. Berg av avfall lever sitt eget liv i tillegg til å livnære geiter, høns, kuer, ender, kalkuner, fluer, firfisler, bikkjer og unger. Hist og her ser man blikktak som markerer en skole eller helsesenter eller den lokale leirsjefen.

På dagtid drar de fleste voksne ut av leiren for å dyrke sine jordflekker i nærheten av deres gamle landsbyer. Noen våger seg til å overnatte der, men sover da i buskene, ikke i husene i tilfelle LRA skulle komme. De gjenværende i leirene er stort sett unger og gamle.

Ungene er nydelige. De fleste lar seg ikke bli mer møkkete enn de allerede er. En gang iblant ser man en unge som nettopp har vært offer for en mors iherdige såpebruk gakkende rundt i en nydelig kjole med rosa tyll og kryll eller en bukse med press og sleng man bare ser i Wam og Wennerød-filmer. Klærne bærer riktignok preg av å ha blitt båret av de siste fire generasjoner i familien, men det gjør absolutt ingenting! Herlig.

En hvit fyr i «hagen» deres bringer fram hyl – MOOOO-NOOOOO!!!!!! – og føttene deres går som trommestikker mellom husene for å se på meg, samtidig som de må si fra til kompisene, samtidig som de ikke vil miste meg av syne et sekund, samtidig som de gliser og ler, samtidig som de dytter sine venner foran meg med skrekkblandet fryd, samtidig som de ler seg skvatte av mine grimaser som de prøver å etterlikne.

Min engelske sykepleier, Vicky, og jeg har ansvaret for allmennklinikkene i seks av de mange leirene med internt fordrevne i Lira distrikt (Amugo, Aromo, Aloï, Agweng, Omoro, Apala). Klinikken i leirene blir til daglig betjent av nasjonalt ansatte, og vi påser at de drives etter Leger Uten Grenses standard.

Leger Uten Grenser har vært i Uganda siden 1982. I tillegg til vårt prosjekt, driver Leger Uten Grenser klinikker i Kitgum distrikt (fem leire) og i Pader (to leire). Videre drives et TFC (Therapeutic Feeding Centre) her i Lira for alvorlig underernærte barn med en kapasitet på 360 barn.

Mandag til fredag tilbringer vi i en leir. Det bedrives undervisning, utstyr oppgraderes, personalspørsmål besvares, rutiner gjennomgås og oppgraderes der det lar seg gjøre. Direkte pasientbehandling utføres av Vicky og meg dersom situasjonen krever vår innsats. Fredag ettermiddag og lørdag tilbringes på kontoret med statistikk, bestillinger, korrespondanse og annet kontorarbeide. Søndagen blir forsøkt holdt hellig med fokus på volleyball, badminton, en bok, god mat, sosialisering og en og annen film, men tiden strekker ikke alltid til, så litt kontortid på søndag er mer en regel enn et unntak.

Forrige uke ble tilbrakt i Omoro, en leir for IDPs (internally displaced people), altså ikke flyktninger med alle deres juridiske og humanitære rettigheter og status som sistnevnte gruppe har.

På avreisedagen fredag kom en vordende mor (gravid i uke 17) til klinikken med vaginalblødninger og magesmerter. Jeg fant det best å ta henne med til sykehuset i byen, stablet henne på en madrass på gulvet i bilen omgitt av fire andre mødre med deres syke, tynne, underernærte unger + min jordmor som også skulle til byen. På veien passerte vi en Unicef-støttet klinikk som stoppet oss og spurte om vi kunne ta med nok en vordende mor (ca. uke 28) med vaginalblødninger og magesmerter. Moder II ble lagt anførtes med moder I på madrassen, og av gårde bar det en halvtimes tid. Blant barnegråten og klynkingen hørtes så et stønn, jordmor sa noen rare ord, sjåføren stoppet bilen, jeg løftet på skjortet til moder II og der lå en grå slapp og livløs liten klump på størrelse med en aubergine delvis inntyllet i fostersekken. Jordmor og jeg fikk frigjort auberginen fra hinnen, jordmor mumlet at den ikke ville leve lenge, auberginen fikk hjertekompresjoner og et velrettet dask bak som forsaket en inhalasjon som ville høstet beundring fra enhver dreven pot-røyker, og vips så begynte auberginen å sprelle og skrike. Det lille jentefrøet kom vel fram til sykehuset en time senere, ble der lagt i en kuvøse med tre andre jevnstore, og hun lever visst ennå. Moder I har visst ennå ikke født og er fortsatt på sykehuset og er stabil med et levende vesen innabords.

I leirene bor vi på et innhegnet område med egen kokk og vakt. Hyttene våre (tukuls) er små, bestående av mur med stråtak, men de er koselige og holder regnet unna for det meste. Myggnettingen sørger for stort sett fredelige netter, men den hindrer dog ikke sengeloppene i å kose seg. Etter mørkets frambrudd får vi ikke bevege oss utenfor vår lille innhegnede tomt av hensyn til sikkerheten. Maten varierer fra leir til leir, men alt i alt er maten god bestående av ris, bønner, posjo (maisgrøt/pudding/kake/klump) og en og annen trå høne.

Dusjen kommer fra en vanndunk med påmontert dusjhode under åpen himmel. Det er ganske deilig å dusje i vann oppvarmet fra dagens sol mens man betrakter både Sørkorset, Orion, Gemini og de andre utallige stjerner vi har over hodene våre.

Våre bevegelser til og fra leirene må klareres fra hovedkvarteret i forkant. Kontakten foregår over radio. Vi har også med oss en satelittefon i tilfelle radiokontakt ikke oppnåes. Sikkerhetssituasjonen anses for tiden å være stabil og relativt trygg i motsetning til perioden november – mars hvor Leger Uten Grenser ikke kunne besøke klinikkene på grunn av uro og trusler fra LRA. Klinikken ble da drevet med «fjernkontroll» hvor medisiner ble sendt med offentlig transport til klinikkene. Kvaliteten på helsetjenestene i denne perioden sank slik at det nå er nok å ta tak i i klinikkene.

Teamet her inne i Lira er en fin liten bande å jobbe sammen med. Her er folk fra Holland, Tyskland, Skottland, England, El Salvador, Italia, Afghanistan og USA. Om søndagene går det på omgang mellom oss å lage et deilig måltid fra sitt hjemland. Min tur var forrige søndag, og i mangel av lammehoder og rått fisk i bøtte, lagde jeg geit-i-kål. Faderlige råd fra oven i bakøret sikret det norske kjøkken evig anerkjennelse i Lira og videre kretser.

I går morges stod avreise fra Amugo for tur etter en fin uke. En mor kom til klinikken med sitt fem dager gamle barn som hadde pustevansker. Ingen feber, resp.lyder bilat., men insp.og eksp. stridor, cyanotisk, slapp. Pustet såvidt for egen maskin, men Vicky og jeg var sterkt i tvil om vi skulle ta med dette barnet på en to timers humpete biltur med liten sjanse for overlevelse. Ingen oksygen, ingen bagging, ingen trakeostomi-muligheter. Vi stablet bilen full av alle de som allerede skulle være med (fem kvinner + tre barn + en ansatt som skulle til byen), puttet mor og barn inn sammen med syke-

pleieren min og skulle til å lukke døren da Vicky ropte at ungen ikke lenger pustet. Førte sekunder med kompresjoner, livskys (fri oversettelse fra engelsk), et stille moderblikk, tre dusin øyne inni og utenfor bilen og en bjefende bikkje gjorde susen. Pusten, hjertet, fargen og viljen kom tilbake. Jeg hentet to grønne veneffloner for en nød-trakeostomi, men Vicky sa at ved å dra litt i nakken samtidig som hun bøyde hodet temmelig langt bakover, adskillig lengre tilbake enn vi hittil hadde forsøkt, det så snålt ut, fikk barnet igjen luft og greidde å puste selv. Nødtraken ble utsatt (men satt løst i hylsteret!). Døren ble lukket og vi kjørte til utkanten av leiren for å vente på sikkerhetsklarering fra basen, og det tok tre uendelige kvarter før vi endelig fikk grønt lys til å kjøre.

Etter fem minutters kjøretid begynte en mor å kaste opp. Oppkast er visst mer smittsomt enn meslinger, og snart kastet de opp om hverandre der bak. Bakerst satt Vicky med ungen på fanget med barnets hode i den snåle stillingen og øynene fastlåst på barnet. Aldri tok hun øynene fra barnet, ikke engang da sjåføren gjorde en trippel tsjulp med bilen for å unngå en ku. Hun klaget ikke, flyttet ikke på seg, spydde ikke og beholdt roen. Hun har min evige respekt, beundring og takknemlighet!

Moren til barnet begynte etter hvert å synge svakt en slags bysselallesang. Snart stemte den ene moren etter den andre i med både 2. og 3. stemme. Det var så vakkert og livgivende, og samtidig en underlig opplevelse å sitte i et 2,5 tonn monster som dundret av gårde fylt av stille sang. Halvannen time senere ankom vi sykehuset. Sjefen vår var innom sykehuset i dag og kunne melde om en levende og kvikk liten kar med fin pust og god livsgnist.

Huha!!

Bota beeeeeeeer! (gonatt)

Dr. Tim

Vil du jobbe for Leger Uten Grenser for en dag?

Akkurat nå venter utallige mennesker verden over på å bli behandlet av en lege. For mange står det om livet. Millioner av dem sitter ikke på noe venterom. De har ingen kolapp. De venter forgjeves. Utenfor kameraenes søkelys og glemt av verden.

Det er disse menneskene TV-aksjonen Leger Uten Grenser skal fokusere på. Frem mot innsamlingsdagen den 22.10.06 skal vi vise det medisinske arbeidet Leger Uten Grenser gjør, for å gi de mest sårbare i verden oppmerksomhet.

Hvert år utgir Leger Uten Grenser en oversikt over verdens 10 mest under-erapporterte humanitære kriser – de som media ikke dekker og som verden glemmer. Inntektene fra TV-aksjonen 2006 skal gå til medisinske nødhjelpsprosjekter i glemte kriser i land som Somalia, Den demokratiske republikken Kongo, og Nord-Uganda.

Vi arbeider der behovet er størst for å gi de mest sårbare den medisinske behandlingen de ellers ikke ville ha fått. Vi forsøker også å få til en forbedring av deres livssituasjon ved å si i fra til omverdenen om det vi ser og forteller om overgrep og urettferdighet.

Synlighet er en forutsetning for å få til en bedring i disse situasjonene.

Leger Uten Grenser erfaring er at mediedekning kan ha en svært positiv innvirkning på hjelpearbeid.

Du kan bidra til TV-aksjonen

Vi vil invitere deg til å bli lege for felt for en dag. Vi ber deg om å sette av en dag i løpet av de siste to ukene før TV-aksjonen for å arbeide for Leger Uten Grenser. Deler av det du tjener denne dagen blir gitt til Leger Uten Grenser, f. eks ca 100 kr pr pasient. (Gir du over 500 kroner til Leger Uten Grenser i løpet av 2006, kan du få skattefradrag for dine gaver. Dette gjelder for beløp opp til 12 000 kroner. Du vil få brev med mer informasjon om dette fra Allmennlegeforeningen.

Det er også meningen at pasienten denne dagen skal få informasjon om de glemte krisene. Vi vil også knytte lege-for-felt aktiviteten opp mot interaktive nettsider.

Les mer om TV-aksjonen Leger Uten Grenser på www.legerutengrenser.no

Øyunn Holen

Lege

TV-aksjonen Leger uten Grenser

Tlf: 23 31 66 87

e-post: oyunn.holen@oslo.msf.org



Partner for bedre helse

LIPITOR® 80 mg

- dokumentert større
klinisk gevinst hos
pasienter med
koronarsykdom^{1,2,3}



Koronarsykdom

Refusjonskriterier:

Alle pasienter med behov for medikamentell lipid-senkende behandling skal bruke simvastatin med mindre andre refusjonsberettigede lipidsenkende legemidler må brukes av tungtveiende medisinske grunner. Dette må i så fall begrunnes i journalen.



LIPITOR®
atorvastatin

Power You can Trust

«Flyktninger og asylsøkere i helsetjensten»

Boken om flyktninger og asylsøkeres helse, er en lenge etterlengtet samlet oversikt over en stadig voksende utfordring for norsk helsevesen. Andelen av innbyggere med ikke norsk etnisk bakgrunn vokser stadig, og vårt helsevesen takler ikke alltid dette like bra.

Forfatteren, Reidun Brunvatne, har lang erfaring innenfor dette området, og viser stor kunnskap og engasjement i sitt arbeide. Listen over litteratur er omfattende og viser at det ligger et betydelig arbeid bak.

Boken gir en god oversikt over lover og forskrifter som er aktuelle for norsk helsevesen i møtet med flyktninger og asylsøkere. Det blir også forklart forskjellen mellom asylsøkere og de forskjellige typer flyktninger. Her er det en del forvirring blant helsepersonell.

Boken er rik på eksempler fra forfatterens egen praksis. Enkelte skjebner er så dramatiske at det er vanskelig å ikke bli revet med. Norge som mål for flyktninger og asylsøkere, har en relativt kort historie.

Nytt for mange er at flyktninger og asylsøkere også blir gamle! Dette er omhandlet i et eget avsnitt i boka. Forfatteren gir også råd til kommunale myndigheter om hvordan helsetjenesten for denne gruppen bør organiseres.

Boken er først og fremst en lærebok, men er så velskrevet at det er vanskelig å legge den fra seg når man først har begynt å lese i den!

Innholdsfortegnelsen er detaljert, og gjør det lett å finne frem. Boken egner seg derfor også godt som oppslagsverk. I tillegg er det et stikkordregister som letter arbeidet ytterligere.

Språket i boken inneholder nødvendigvis en del faguttrykk, men disse er forklart på en lettfattelig måte, slik at helsepersonell på alle nivåer lett kan lese den.

I forbindelse med innføringen av introduksjonsprogrammet for flyktninger, har helsevesenet fått enda en utfordring. Behovet for dokumentasjon av fravær ved sykdom har økt, og flere flyktninger vil oppsøke helsevesenet.

Kommunenes arbeid med smittevern er mange steder knyttet til flyktninger og asylsøkere. Boken gir på dette området viktige bidrag.

Boken anbefales brukt på alle nivåer innen helsevesenet.

Tore Arne Martinsen

Kommuneoverlege i Nøtterøy, Stokke og Andebu



Modifeno Alpha
Antifogistiskum.
ATC-nr.: M01A B05

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

Indikasjon: Reumatoid artritt. Juvenil reumatoid artritt. Artrrose. Mb. Bekkerver.

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 acetylsalicylsyre, andre NSAID eller analgetika har forårsaket allergiske manifestasjoner som astma, urticaria eller akutt minnt. 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 ulcus, 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 bilkjøring 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 administrasjon 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 diklofenac)

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/forlenge 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 intestinalstrikturer, lidelser i nedre del av maven som non-spesifikk hemoragisk kolitt og forverring av ulcusar kolitt eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bullas erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt toksisk epidermolýse), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), hårvort, fotosensibiliseringsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sanneforstyrrelser, inkl. parestesier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, sømbsvør, irritabilitet, kramper, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykotiske reaksjoner, synsforstyrrelser (takkesyn, diplopi), redusert hørsel, tinnitus, smaksforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpasjon, brystmerter, hypertensjon, hjertesvikt, Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri, interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, papillær nekrose. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som vaskulitt, pneumonitt, Aseptisk meningitt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme og oppkast. Cerebrale symptomer (svimmelhet, hodepine, ataksi sligende 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 maveetømming og bruk av aktivt kull.

Pakninger Enpac: 20 stk., 100 stk.

T: 17e), 35a).

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

Aldri har et dikt truffet meg så hardt som dette. Et rom står avlåst hører hjemme i samlinga *En annen sol* fra 1989. Dette er boka der Falkeid skriver seg inn i sorgen over å ha mistet en datter. En sorgfull samtale. Jeg har falt for Kolbein Falkeids lyrikk og deler derfor dette diktet med Utpostens lesere.

Tusen takk til Ann-Kristin Sokke for stafettpinnen som tok turen fra Myre til Kløfta. Sender utfordringa videre til Lisbeth Homlong, tidligere studentaviskollega, nå fastlege i Bergen.

Gøril Sollie

Et rom står avlåst

Jeg lengter etter deg.
Et rom står avlåst i kroppen min.
Alle tingene dine fins der og avtrykkene
av det korte livet ditt, flyktige
som skygger på snøen i måneskinnet.
Nøkkelen har jeg og går inn
med sekunders mellomrom. Jeg tar på alt
og taler uten ord med tomheten,
en kronisk lytter.

Jeg lengter etter deg
også fordi du var likest meg. Uten deg
går jeg alene med vranglynnet mitt.
Alt som var fint i meg og nå falmer
bar du som en tidlig sommerdag, et flott
langtidsvarsel. Også lavtrykkene mine
langt vest i deg kunne hope seg opp.
Av og til
kolliderte vi og værlagene våre. Skybrudd
og solgangsbris tørnet sammen. Men oftest
hang dagene våre som enige
søskenperler på kjedet.

Lengter etter deg.
Hverken vær eller dager løper mer.
Og tomheten svarer aldri.

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 diffusjonsmembran 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.



actavis
creating value in pharmaceuticals

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

Historie fra legevaktlivet i 1985

*Historier fra
virkeligheten*

En innlandsbygd i Norge.

Telefonen ringer en iskald onsdag ettermiddag i mars. Jeg tar den.

– Hallo, er det du, dokter?

– Ja.

– Har du vakt?

– Ja, jeg har da det.

– Du må komme og se på bror min.

– Å, er han dårlig?

– Du dokter, jeg trur han er veldig dårlig.

– Ja vel.

– Du dokter, jeg trur han er dau.

– Å, hvor er han, da?

– Vi trur han er på do.

– Hvor er det?

– Bak låven, men vi har ikke hatt nerver til å gå rundt og se.

– Jeg får komme opp og se da.

Jeg fikk veibeskrivelse og dro opp til et fjernt hjørne av bygda. Der sto det to bekymrede mennesker, en ca. 60-årig søster og en jevn gammel bror på tunet av et småbruk, i snøen og kveldssola.

– Hallo, er det dokteren?

– Ja.

– Du må gå og finne'n sjøl. Jeg er halvt sjukmeldt for nerverne, så jeg kan ikke bli med.

– Når så dere ham sist da?

– På mandag kl 10, da gikk han over garden til do. Han går alltid på do kl 10, og vi andre søskena bor der oppe på nabogården og så'n på mandag, siden har vi ikke sett'n. Husdøra er låst, så vi har ikke fått sett inne. Han låser alltid døra når han går på do.

Jeg gikk alene rundt låven og fant utedøra lukket med krok på innsida. Jeg fikk tak i kroken med bilnøkkelen og lirket den opp. Broren satt der. Han hadde sittet der i to døgn i kulda.

Han døde nok på mandagen.

Jeg gikk tilbake til søsknene og fortalte at han var bak der og spurte om vi skulle prøve å få ham inn i huset.

– Du får gå og hente nøkkelen som han har i lomma.

Jeg gikk og fant nøkkelen og vi låste oss inn i det nedkjølte huset. På kjøkkenbordet sto det et frossent speileggmåltid.

– Men, du dokter, han har jo nettopp gått ut, for det står mat på bordet.

Jeg sa jeg mente speilegget nok ville blitt stående der selv om det var gått enda noen dager til.

– Å ja, det ville vel det.

– Vi må vel få ham inn fra doen.

– Du dokter, du må nok bære bror vår inn i huset, for jeg har dårlig rygg sjøl.

Han så jo ganske tung ut, er det ingen andre i nærheten?

– Jo, du kan jo spørre'n Oskar i huset der borte.

Jeg gikk dit; ingen hjemme. Jeg gikk tilbake til søskenparet.

– Du dokter, jeg har tenkt på at han Oskar kan jo ikke klare denna jobben han, for'n Oskar er jo over 80 år. Da tilkalte jeg ambulansen selv om det ikke var håp om overlevelse.

PS. Dette er kun et referat og ikke hverken ironi eller harselas.

Erling Egenæs



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!*

Liktørner

– finnes det behandling som virker?

Liktørn kan være svært plagsomt selv om vi leger vel ikke føler at dette er blant de mest presserende oppgaver vi stilles ovenfor – men: Hvem kan si de har godt dokumenterte behandlingsforslag for denne lidelsen? Det er jo ofte slik at jo flere behandlingsalternativer som finnes for en tilstand, jo dårligere effekt har de! «Prøv liktørnplaster eller gå til fotterapeut» er vel det vanligste svaret pasientene får fra oss.

Så har man plutselig en pasient som ikke gir seg: «Hverken liktørnmiddelet eller fotterapeuten helbredet meg, det gjør så vondt å gå på liktørnen min at jeg hemmes i mitt daglige virke, du må da kunne skjære den bort?» Og mange av oss har vel latt seg friste til nettopp det: å fjerne den harde hudbiten kirugisk – med lite hell: etter få måneder er den der igjen, like gjenstridig og stor (om ikke større!), like hard og vond å gå på.

Kirurger som kan mer enn sin egen grenspesialitet er blitt en sjelden vare (og hvilken gren/kvistspesialitet hører forresten en liktørn til?). På vårt lokalsykehus finnes heldigvis denne sjeldne utgaven av arten: Overlege Øyvind Moen returnerte min søknad om kirugisk hjelp for en liktørn jeg ikke hadde klart å fjerne, med følgende budskap: Ikke forsøk kirugi på denne lidelsen, det virker aldri! Grunnen til at liktørnplaster ikke virker er dels at dype liktørner ikke nåes av den etsende effekten et slikt plaster gir, dels at pasienten pga. langsom fremgang ikke holder ut lenge nok med egenbehandling. Skal plasteret virke, må man klippe til en bit av plasteret som er stor nok til å dekke liktørnen og feste denne med et hefteplaster. Plasteret må skiftes hver kveld og før nytt legges på skal man med en fingernegl eller et skarpt redskap skrape av den døde (hvite) huden som nå dekker liktørnen. Behandlingen skal foregå i 2–4 uker.

Noen når ikke målet da heller, og nå må det sterkere lut (syre!) til: Klippe et hull som er like stort som liktørnen i en

sportstapebit, legg denne over aktuell hud slik at liktørnen ligger i hullet som er laget, så legger pasienten på et lite fnugg/en knivsodd

krystallinsk salicylsyre over liktørnen.

(NB! Etsende stoff, på frisk hud vil dette stoffet lage hull i huden!). Dekk så til med nok en tapebit slik at salicylsyra holdes på plass. Gjenta dette hver kveld, igjen må pasienten huske på å skrape av død hud så den nye salicylsyra legges på «frisk» del av liktørnen.

Min pasient syntes opplegget var gammeldags og arbeidskrevende og var lite fornøyd da han ble sendt hjem med denne oppskriften. Desto mer fornøyd var han ved neste kontroll da liktørnen var forsvunnet som dugg for solen!

Til slutt: Hva er en liktørn? Navnet tyder jo på noe dramatisk, men få føler vel at døden banker på døra med en slik plage! Mikroskopisk finner man hyperkeratose, og siden kroppsvekten gir høyt trykk i huden i fotsålene, «gror den innover» i huden. Mange mener det opprinnelig har vært en fotvorte som har mistet sitt vortepreg pga. trykk ved bruk av foten. Man ser nemlig også effekt av samme behandling på fotvorter, men på barn bør man vel være ekstra forsiktig med slik behandling, siden de jo har relativt tynn hud også under føttene.

Jannike Reymert



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 farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Mesalazin, sulfasalazin og graviditet

Spørsmål til RELIS

En kvinne med Crohns sykdom bruker mesalazin (Pentasa) depottabletter og sulfasalazin (Salazopyrin) stikkpiller. Hun planlegger nå graviditet, og det er behov for informasjon om eventuell risiko for fosteret.



ILLUSTRASJONSFOTO: KNUD NIELSEN

Generelt er aktiv inflammatorisk tarmsykdom i svangerskapet assosiert med lav fødselsvekt, høyere forekomst av spontanabort, prematuritet og perinatale komplikasjoner. Ved slike sykdommer er effekten av aktiv inflammasjon på barnet antatt å være mer skadelig enn eventuelle effekter av legemiddelbehandlingen. Behandlingen justeres ofte for å indusere eller opprettholde remisjon i svangerskapet (1).

Mesalazin

Den godkjente preparatomtalen sier at mesalazin passerer placentabarrieren, men at det ikke er observert teratogen effekt i dyrestudier. Den begrensede erfaringen ved bruk under graviditet tillater ikke en vurdering av mulige skadelige bivirkninger. Det har vært rapportert om blodsykdommer (leukopeni, trombocytopeni og anemi) hos nyfødte barn hvis mødre har blitt behandlet med mesalazin (2).

Andre kilder angir at det ikke er holdepunkter for at mesalazin har teratogen effekt (3,4,5). Mesalazin anses som førstevalg ved behandling av gravide kvinner med inflammatoriske tarmsykdommer (1), og nytten av behandling i svangerskapet oppveier en mulig økt risiko for fosteret (6).

Sulfasalazin

Sulfasalazin er et sulfonamid som splittes i azobindingen av bakteriene i kolon til de to hovedmetabolittene sulfapyridin og mesalazin (5-aminosalisylysyre) (7).

De godkjente preparatomtalene har forskjellige anbefalinger vedrørende bruk til gravide for henholdsvis peroral og rektal behandling med sulfasalazin:

- Preparatomtalen for stikkpillene sier at publiserte studier indikerer ingen teratogene effekter av sulfasalazin. Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter på foster. Risiko ved bruk sulfasalazin under graviditet vurderes som liten (7).
- Preparatomtalen for enterotablettene sier at publiserte studier indikerer ingen teratogene effekter av sulfasalazin. Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter på foster. Oral sulfasalazin hemmer absorpsjon og metabolisme av folsyre og kan medføre folsyremangel. Skadelige effek-

ter på svangerskapsforløpet eller fosteret kan derfor ikke helt utelukkes. Oral sulfasalazin skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke den terapeutiske nytten for moren oppveier den potensielle risikoen for fosteret (8).

I Norsk legemiddelhandbok anbefales folsyretilskudd ved behandling med sulfasalazin (4). Slikt tilskudd kan redusere den teratogene risikoen av sulfasalazin og andre folsyreantagonister med liknende virkning (9,10). Flere kilder angir at det trolig ikke finnes risiko for teratogene effekter (1,4,5,9). Det skilles her ikke mellom rektal og peroral behandling. Sulfasalazin kan brukes hvis nødvendig, selv om det ikke lenger er førstevalg (1).

Forsiktighet ved bruk i siste trimester på grunn av risiko for hyperbilirubinemi og kjerneikterus hos den nyfødte har vært vanlig anbefaling fordi andre sulfonamider har gitt gulsott. Det er imidlertid ikke rapportert kjerneikterus og alvorlig neonatal gulsott hos barnet, selv når moren brukte sulfasalazin helt frem til fødselen. Risikoen ved bruk av sulfasalazin synes derfor å være nokså teoretisk (4,9).

Konklusjon

Adekvat behandling av gravide kvinner med inflammatoriske tarmsykdommer og tett oppfølging under graviditeten er viktig for fosterets utvikling. Det er ikke holdepunkter for teratogene effekter av mesalazin. For sulfasalazin er anbefalingene i litteraturen noe forskjellige. Behov for folsyretilskudd til gravide kvinner som behandles med sulfasalazin og grunnlag for forsiktighet ved bruk av dette legemidlet i tredje trimester er diskutert.

Referanser

- Schaefer C, editor. Drugs during pregnancy and lactation 2001; 1st ed.: 156–7.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Pentasa depottabletter. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 21. september 2005).
- RELIS database 2006; spm.nr. 3770, RELIS Vest. (www.relis.no/database).
- Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (30. juni 2006).
- Källen B, Källen K. Läkemedel och fosterskador. <http://www.janus-info.se/gravreg/> (30. juni 2006).
- Briggs GG, Freeman RK et al, editors. Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk 2005; 7th ed.: 1010.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Salazopyrin stikkpiller. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 7. desember 2004).
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Salazopyrin EN enterotabletter. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 7. desember 2004).
- Briggs GG, Freeman RK et al, editors. Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk 2005; 7th ed.: 1632–5.

Hanne Stenberg-Nilsen, cand. pharm og Tanja Holager, cand. pharm.

RELIS Sør, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF



Lipitor® (rosuvastatin) er et statin. ATC-kode: C10AA05. TABLETTER 20 mg, 40 mg, 80 mg og 120 mg. Hver tablett inneholder 20 mg, 40 mg, 80 mg eller 120 mg statin. Anvendelsesområdet: Behandling av hyperkolesterolemia og forebygging av kardiovaskulære sykdommer.

Indikasjon: Hyperkolesterolemia og forebygging av kardiovaskulære sykdommer. Dosering: Pasienter skal settes på standard doser basert på deres totale kolesterolnivå og risikofaktorer. Behandlingen skal justeres etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg, 40 mg, 80 mg eller 120 mg daglig. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Kontraindikasjoner: Allergiske reaksjoner eller intoleranse mot noen av de aktive ingrediensene eller hjelpeemnene. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Forsiktighet: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Interaksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Effekter og bivirkninger: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Oppbevaring: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Graviditet/Amning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Bivirkninger: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Legemiddelinteraksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering/Forgiftning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Legemiddelinteraksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering/Forgiftning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Legemiddelinteraksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering/Forgiftning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Legemiddelinteraksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering/Forgiftning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Legemiddelinteraksjoner: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

Overdosering/Forgiftning: Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov. Behandlingen skal settes på 20 mg daglig ved start, og doseringen skal økes etter behov.

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

Lærerike kasuistikker

En lærerik kasuistikk

**..og hun sang «Lift me» i duett med Sivert
Høiem i Madrugada..., etter at hun hadde
smadret motparten i fotballspill og fikk premie
som banens beste spiller: «Hun gjorde
en spesielt god jobb som høyreback»...
Før jul «åpnet hun hele konserten med en
Maria Carey-liknende tolkning av «Joyful»...**

(sitat lokalavisa)

Min venninne på 19 år har vist at det går an å leve med og i sykdom og smerte uten å bli styrt av det. Hun er en fighter. En ekte en; med hele seg. Det er hun for det hun er i seg selv; måten hun lever med sykdommen sin på, formidlingsevnen hun har; og hvordan hun på veien har vist fastlegen sin, medarbeiderne våre og familien sin at «livsgleden skal ingen få ta fra meg»! Ane er min «lærerike kasuistikk» til Utpostens lesere.

Ane er født og oppvokst i en flott stor søskenflokk. Jeg kjenner hele gjengen; det er mye glede, mye omsorg for hverandre der. Fra Ane var bitte liten har hun i likhet med søsknene hatt atopisk sykdom. Familien har levd sunt med denne; det har ikke vært slik at astma og eksem har satt grenser for utfoldelse. Glede over naturen og glede over

musikk- og kulturengasjement har stått høyt i kurs hos dem i flere generasjoner. Etter ungdomsskolen var det helt naturlig for Ane å velge «fotballinja». For henne var det en utfordring, ikke en hindring, at hun var rågod både i fotball og musikk! Hun er ikke stor og maskulin. Hun er liten og nett, men i den vesle feminine kroppen skjuler det seg sener, muskler og sterk vilje. Hun er en kanon på banen- og har en sangstemme som altså er funnet å kunne erstatte Madrugadas Ane Brun!

Like over tusenårsskiftet ble Ane hengslete. Hun var forkjølet, preget av sin atopiske lidelse langt utover det vi var vant med. Allergisesonngen gikk ikke helt over; pusten ble ikke mye bedre, snuen lettet ikke og kløen i øynene ble ikke «nesten ikke noe» til tross for adekvat behandling.

Det ble mange besøk på legekontoret; mange glass blod ble tappet. Alt mellom himmel og jord sjekket. Det eneste vi fant å henge oss opp i, var en lav Hb. Men det var vel ikke så underlig, siden hun hadde gått med infeksjon over tid? Ane fikk behandling for luftveisinfeksjoner, for eksacerbasjoner av astmaen, eksemmet...hun var sliten og trøtt. Men hun klagde lite. Hun var bare så «puslete», og vi opplevde henne som syk («gammeldoktoren» kan tillate seg å si slikt når jeg har kjent pasienten fra hun var i mors liv! Jeg kjenner henne!). Hun tapte seg. Hun var fra før slank; hun ble mager. Det var ingen mageplager, ingen symptomer som kunne peke i retning andre lidelser. Hun var ikke «så syk» at det var aktuelt med innleggelse. Vi to legene på kontoret drøftet sammen, med kolleger, og med foreldrene. Ane ble sjekket ekstra i ferien. Det bokstavelig talt hanglet, og familiens planlagte fjelltur kokte ned til små dagsturer.



Men så ble Ane lagt inn en kveld; akutt syk, med høy feber og med smerter og aktiv infeksjon i magen. Til tross for dette tok det lang tid på sykehuset før man stilte diagnosen: Crohns sykdom. Det ble måneder på sykehus. Fotballen rullet på skolen. Ane, mor og far strevde seg mot jul- på sykehuset! Ane fikk behandling med Remicade og Imurel, kom ukentlig eller oftere innom hos meg for å ta blodprøvene sine. Hun klaget ikke, sutret ikke, sørget ikke ved å trekke seg ut av kameratflokket. Hun holdt fast på fotball, som hun måtte ha pause fra, og på sanggleden. Hun endte på sykehus andre juledag, hun og mor. Hun fikk behandling med intravenøs antibiotika. Vi hadde tro på at det skulle gi henne litt «pause», men i magen herjet sykdommen, en striktur utviklet seg og sykehusspesialistene planla operasjon. Vi i første linje fungerte som supportere og «hverdagskontrollører»; en viktig rolle det også. Men så: Ane ble igjen innlagt med frostanfall og brekninger til tross for at hun stod på aggressiv behandling. Det endte med ileocecal reseksjon «au chaud». Det gikk bra. Jeg fjernet (med glede) klipsene fra laparotomien på en mager, men blek og svært fattet jente. For et år siden kom det et nytt slag; en fistel. Den ble skylt, daglig i ukevis hjemme, og på legekontoret. Ane befant seg samtidig i rollen som pasient, skoleelev og aktiv i lokalmiljøet. Hun meldte seg aldri ut. Nå har det vært «bare humira» i et år. Ane er ferdig med videregående skole. Hun har fullført det på normal tid. Hun måtte ikke slutte i fotballklassen, hun bidro til og med som banens beste spiller i det lokale fotballaget her i vår. Hun sang solo «Joyful» i desember, og altså nå sist «Lift me» med Madrugada.

Dette er ikke et «eventyr»; det er en levende historie fra en alminnelig praksis på landet. Det er en lærerik historie om legens smerte ved å lete etter diagnosen uten å finne den, men også legens privilegium over å få følge pasienten gjennom smerten på veien, forsøke å være bindeledd mellom første- og andre linje, mellom foreldre og pasient, og faktisk kjenne noen tårer forsiktig i øyekroken når den unge damen fyller kirken med sin stemme som kommer fra dypet: «Joyful».

Ane har vist meg hvordan selv unge kan leve med sykdommen sin som en av de andre vennene, gå foran voksne og slitne og uten å bruke ord fortelle oss at «jeg er meg, og jeg greier det hvis dere støtter meg».

Hvis leseren lurer på om Ane har en egen plass som går utenpå «bare lege for» hos meg, kan de gjerne spørre! Jeg får helt sikkert lov av Ane, mor og far å si «ja».

Og fordi denne historien er svært lett gjenkjennelig, har jeg innhentet samtykke fra ANE til å trykke den i Utposten. Hun har lest teksten og godkjent den. Navnet «Ane» er fiktivt. Pasienten har et annet navn i folkeregisteret og journalen.



Anne Mathilde Hanstad

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

– korttidsstillinger ved kreftavdelinger for allmennpraktiserende leger

Den Norske Kreftforening har overført lønnsmidler fra 2005 til 2006 på 3 stillinger à 3 måneder, for allmennpraktiserende leger ved en av de onkologiske avdelingene på:

Det Norske Radiumhospitalet, Ullevål universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, St. Olavs Hospital eller Universitetssykehuset i Nord Norge.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet, og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktiserende og sykehuset innen dette feltet.

Stipendiet er tilsvarende lønnstrinn 49. Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin. Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av året etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klinisk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås hos de respektive avdelingsoverleger. En kortfattet begrunnet søknad på brevark eller e-post med påføring av eksamensår og årstall for godkjent spesialitet, samt angivelse av ønsket tjenestested sendes: Norsk selskap for allmennmedisin v/ Tove Rutle, Sjøbergvegen 32, 2050 Jessheim, e-post: rmrtove@online.no, Tlf 63 97 32 22

Søknadsfrist er snarest og senest 5. oktober 2006. Spørsmål angående stipendiet kan rettes til Tove Rutle

OLE ANDREAS HOVDA

STILLING FASTLEGEVIKAR OG TEOLOGISTUDENT
ARBEIDSSTED ROTNESLEGENE, NITTEDAL I AKERSHUS



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

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

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

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

Hva gir deg mest glede?

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

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

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

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

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

Når gjør du uviktig arbeid?

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

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

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

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

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

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

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

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

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

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

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

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

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

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

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

Hvilket sykehus er Norges beste?

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

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

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

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

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

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

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Detrusitol SR Pfizer

Muskarinerseptorantagonist

ATC-nr.: G04B D07

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

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

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

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ubehandlet trangvinkeglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

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

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

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

Bivirkninger: Hyppige ($>1/100$): Gastrointestinale: Munnørst, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brekninger/opkast. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, søvnløshet, parestesi. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodepine, tretthet, brystmerter. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Penfart odem, allergiske reaksjoner. Sjeldne ($<1/1000$): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioedem, hjertesvikt.

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

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

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

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

T: 40a).

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

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helse

"...jeg tar det neste gang!"

Når menn kommer til legen sin med vannlatingsbesvær, tenker man ofte prostata.

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutløpsobstruksjon har overaktiv

blære og at opp til 33% av mennene med blæreutløpsobstruksjon fortsatt har plager med overaktiv blære etter kirurgiske inngrep mot obstruksjon.

Det er derfor viktig at man tenker på flere årsaker enn prostata når man ønsker effektiv behandling av vannlatingsproblematikk hos menn.¹



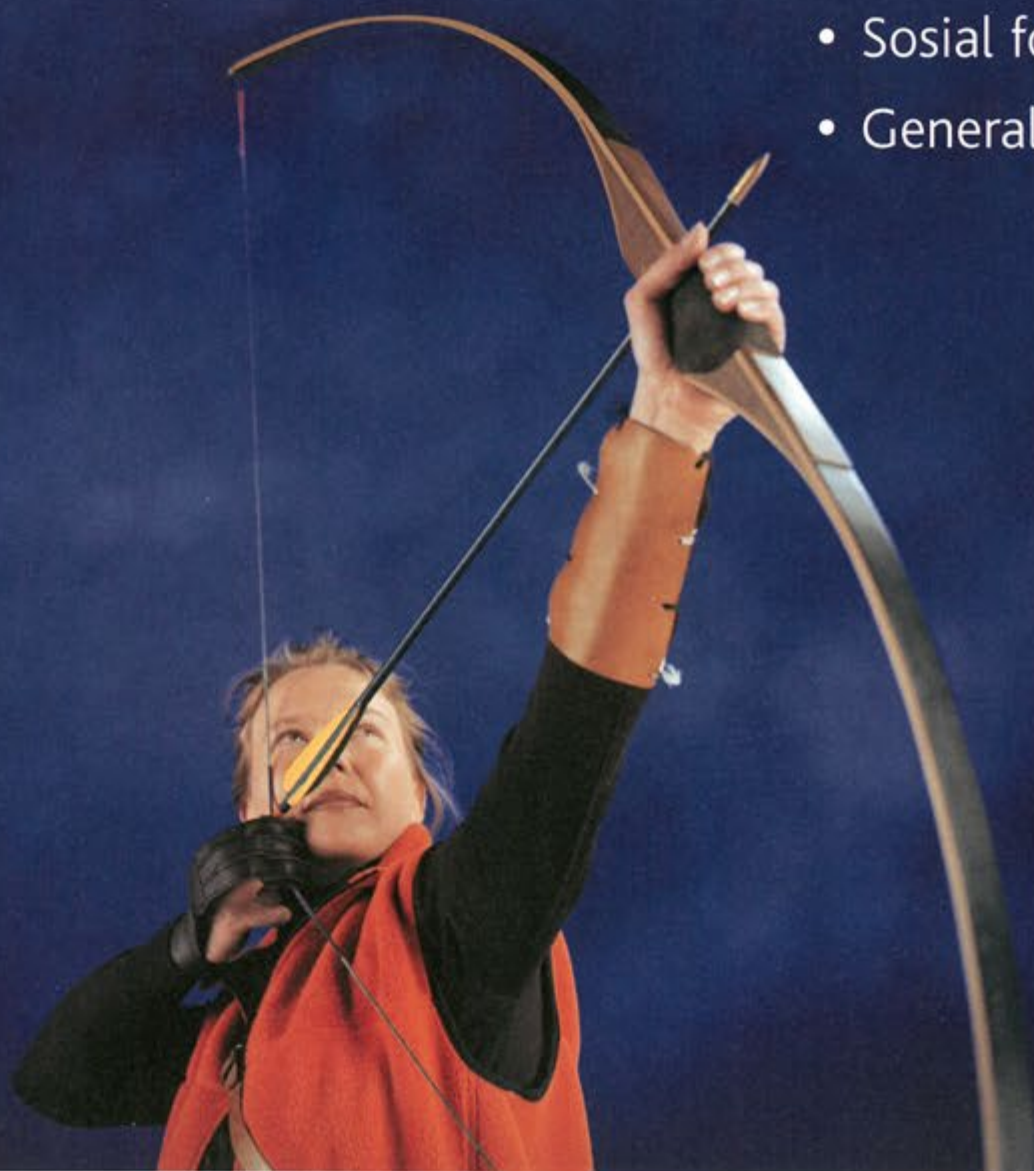
Enkel dosering
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol[®] SR**
tolterodine tartrate

1. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659

Cipralex®

- Depresjon
- Panikklidelse
- Sosial fobi
- Generalisert angstlidelse



Se preparatomtale på side 32

