



Innhold:

LEDER:	
Hva skjer'a?	1
AV HELEN BRANDSTORP OG PETTER BRELIN	
UTPOSTENS DOBBELTTIME:	
Intervju med Pernille Bruusgaard.	2
AV HELEN BRANDSTORP OG PETTER BRELIN	
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:	
Tilgjengelighet og prioritering.	6
AV TROND EGIL HANSEN	
Hoftesmerter som ikke skyldes hofteleddartrose.	12
AV SATYA P. SHARMA	
Behandling av acne vulgaris i allmennpraksis.	20
AV ERLEND TOLAAS OG DAG SOLLESNES HOLSEN	
Hedret med Kongens gull.	26
AV HELEN BRANDSTORP	
Fotfeste i nord – forståelse og viten.	27
AV EIVIND MEROK	
BILL GATES HAR SKJØNT DET: Fattigdom i sør har med vår helse i nord å gjøre.	34
REFERERT AV HELEN BRANDSTORP	
Prisutdeling under Primærmedisinsk uke 2006.	39
Rapport fra PMU 2006.	40
AV KARIN FRYDENBERG	
ALLMENNEMEDISINSK FORSKNING:	
Jeg er lesbisk – trenger legen å vite det?	42
AV MARI BJØRCKMAN	
BOKANMELDELSE:	
Journalistikk handlar om å finne små bitar og stykke som kan gi eit sannare bilete!	45
AV GEIR SVERRE BRAUT	
Faste spalter	46

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergyn. 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:

Jan-Ardt Skjold/Arrangement Support (nr. 7)

Layout/ombrekning:

Morten Hernas, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Hva skjer'a?

Noe skjer. Det er ganske sikkert. Det samfunnet vi er en del av endrer seg. Faget vårt endrer seg. Og vi? Endrer vi oss? Selvsagt gjør vi det. Kanskje ikke alltid så lett å få øye på eller ha tid til å reflektere over? Men endringer skjer hele tiden, vi er i bevegelse. Stillstand er umulig. Utposten presenterer i dette nummeret glimt av to forskjellige legeliv, en eldre lege og en yngre lege, to kjønn og to motpoler i geografisk tilknytning.

Eystein Straume representerer det lange, kontinuerlige og sterkt forpliktende legelivet. Han har mottatt Kongens gull for sin innsats i mange år som kommunelege i Loppa og fylkeslege i Finnmark. Mange vil si at han har viet sitt liv til legegjerningen, hans prosjekt har vært stort og omfattende. Om fisket i havet er dårlig, har det vært en sak som han har kjent på sammen med pasientene, som en deltager i den befolkningen han var satt til å hjelpe. Han har brydd seg om utdanning av nye leger, om debatten i lauset og om hvordan samfunn og helse henger sammen. Han har vært med i den tiden vi bygget vårt fag og etablert både allmennmedisinen og helsevesenet som viktige premissleverandører og sentrale maktfaktorer i samfunnet.

Fagfolk, som han, har klart dette i en så sterk grad at helsevesenet nå er Norges største industri. Vi forsyner oss med god appetitt av samfunnets ressurser. Dette har vært en utvikling som i stor grad har gått uimotsagt fra politikerhold. Få har stilt spørsmål ved helsevesenets berettigelse. Det som er ment godt, virker godt, ser de ut til å mene, samtidig som statistikken ikke har vist antydning til samsvar mellom ressursbruk i helsevesenet og sykkelighet, levealder og lykke i befolkningen de siste par tiår.

Fagfolk har alltid, men kanskje litt lavmælt, stilt spørsmål ved egen aktivitet og eget system. Pernille Bruusgaard er en av dem som vil snakke høyt! Hun tviler på dette enorme vesenets berettigelse. Vi har intervjuet henne for å formidle hennes inntrykk av og tanker om helsevesenet. Hun opplever et system som lover ting som systemet selv ikke kan holde. Hun ser et system hun opplever moraliserende og fordømmende, uten at det kommer noe positivt ut av det for den systemet skal ta vare på, pasienten. Pernille mener at systemet har for stor innflytelse og tar både ansvar og selvrespekt fra pasientene. Dette store helsevesenet vil hun bygge ned.

Ser vi det store norske vesenet i et globalt perspektiv, slik deltagerne på Norads fattigdomskonferanse gjorde i oktober, så er det tydelig at vi må prioritere ressursene bedre. Trond Egil Hansen reflekterer også rundt prioriteringer og knytter dette til tilgjengelighet. Et parameter vi stadig blir målt etter og som derfor har stort fokus.

Men for å tørre å gjøre gode prioriteringer, tørre å løfte blikket utover vår egen liste og egen dagsplan, må vi ha et trygt fundament å stå på. Det er Eystein Straumes anliggende. Og fundamentet kan ikke baseres på annet enn tro, vi må velge å tro på noe for å bygge vårt fundament. Den positivistiske vitenskapen kommer til kort. Vi kan ikke vite sikkert!

Hva tror den unge legen på, - den opplyste som har prøvd alt og som ikke har knyttet seg til en befolkning i et øysamfunn? Hva skal man tro på når man vet hvor liten rolle vi egentlig spiller for folks helse. Kanskje koker det ned til det unike og skapende Møtet Mellom Mennesker?

Felles for Pernille og Eystein, slik vi ser det, er at de elsker sine pasienter. Viljen til å gjøre godt er frukten av ekte kjærlighet, - og hva som er godt vil vi alltid måtte lete etter. Kanskje er det derfor vi drives fremover, er i bevegelse. Vi vil leve en dag til.

Helen Brandstorp og Petter Brelín

Utpostens
dobbeltime

Stats-helsekirka tyner sin egen menighet!

Pernille Bruusgaard

INTERVJUET AV
HELEN BRANDSTORP OG PETTER BRELIN

Utposten er interessert i å finne understrømmene i norsk allmennmedisin. Vi forsøker å finne de tydelige og sterke stemmene. En av redaktørene (HB) hørte en veldig tydelig og frisk stemme på allmennmedisinsk uke i vår. «Tøff og klok, talte de etablerte midt i mot.»

Denne tydelige stemmen tilhører Pernille Bruusgaard. Pernille har trass sin unge alder og relativt få år som lege, rukket å få et bredt erfaringsgrunnlag fra svært forskjellige sider av helsevesenet. Hun har arbeidet som kommunelege på Geilo, vært et år på Kunnskapssenteret for helse-tjenesten og hun har jobbet som assistentlege ved en anestesilogisk og en medisinsk avdeling. En periode jobbet hun på Oslo legevakt, og hun har vært fastlege i studenthelsetjenesten ved BI og Blindern. Nå finner hun mening i sitt arbeid som sykehjemslege og i Frelsesarmeens rusomsorg i hovedstaden. I tillegg har hun en periode i NSAMs styre med seg. Med denne bakgrunnen kan man trygt si, som en større Oslo avis, at denne legen har solid bakgrunn for egne meninger.

Utposten inviterte derfor seg selv til et møte, og Pernille valgte en av hovedstadens mest tradisjonsrike brune kafeer. Lorry var stedet der hun presenterte sin analyse av det norske helsevesenet for Utposten. Damen hadde nylig holdt innlegg på fagmøte i Norsk selskap for filosofiske praktikere, – et møte der hun drøftet helsevesenet med denne nye faggruppen. Trenger vi å nevne at filosofene var rystet over styringsverktøyet DRG-poeng på sykehus, for ikke å nevne takstsystemet som premierer de fastlegene som gjør raskest jobb!? Og sykeliggjøring. Hele tre timer hadde de diskutert heftig den kvelden. Så kom hun for å møte oss. Og Pernille har energi og klarer godt å være tilstede der hun fysisk er. Engasjementet varer lenge, fikk vi erfare.



Pernille er rask med å mene noe også i vårt selskap. Helsevesenet er for stort. Helsevesenet er blitt den nye, strenge autoriteten som alle må lytte til. Den rollen som kirken tidligere hadde med å dømme folks liv og deres handlinger, er nå overtatt av et stadig ekspanderende helsebyråkrati. I tillegg kan vesenet by på frelsen, oppskriften på «Det gode (og riktige) liv».

Det er da ingen mening i at helsevesenet skal fortrenge så mye av de andre samfunnssektorene, ta så mye fra fellesskapet som vi gjør i Norge! Ressursbruken på helsevesenet i Norge er kanskje høyest i verden. Vi bruker bare litt mindre ressurser enn USA, målt i BNP per innbygger. Med andre ord er det relative forbruket noe høyere i USA, mens det absolutte forbruket kanskje er høyere hos oss. Samtidig er det ingenting som tyder på at nordmenn blir mer tilfredse. Snarere tvert i mot er det økende usikkerhet, utrygghet og følelse av uhelse i befolkningen.

– En rolle som tidligere tiders kirke, det må du presisere.

Helsebyråkratiet invaderer folks liv med sin moralisme og skremselspropaganda, og sin strenge fordømming av de

som ikke følger våre råd. Vi gjør mange utrygge og nervøse ved de tingene vi sier og det vi gjør. Vi fratar folk deres tro på egenomsorg og ansvar for eget liv, vi objektiviserer og gjør dem avhengige av oss. Hva vet vi egentlig om bivirkningene av dårlig samvittighet? Noen er «rettroende» og blir hyllet for sin gode livsførsel. Men likevel er ingen garantert et evig liv i helse-himmelen! Dessuten omfatter helsevesenet alle. Vi har fått en slags «Helse-statskirke» der vi alle er pasienter. Ennå er det veldig sært å melde seg ut av denne statskirken! Er det overhodet mulig?

– Hvem er det som har ansvar for denne utviklingen?

Ja, pasientene er det ikke. De finner ikke på av seg selv at de har krav og rettigheter som er urealistiske. De blir opplært til å søke lege en gang til dersom de er usikre. Har du en kul som fastlegen din sier er ufarlig, stol ikke på henne. Søk en annen! Dette er omkvedet fra spesialister, professorer, private og offentlige tilbydere. Alle som setter fokus på helse er med på å øke folks forventninger. Det er ingen som ser på lyter og død som en naturlig prosess lenger. Se på Helsedirektoratet, der er det fullt av helseinformanter som skremmer befolkningen til å søke stadig mer av helsevesenets tjenester.



Da jeg jobbet i studenthelsetjenesten, kom helt friske unge jenter for GU, for sikkerhets skyld! Gjerne flere ganger i året. Fulle av angst venter de at vi skal finne et eller annet der oppe, som vi ikke fant forrige gang, og som er fryktelig farlig. Har de smerter i magen, undersøkes de grundig med blodprøver og ultralyd og spesialistundersøkelser inntil alt er gjort og ingenting er funnet. Da er pasientene enda mer overbevist om at noe er virkelig galt. Når intet er funnet, er det ikke fordi at hun er frisk, for symptomene har hun jo fortsatt... Jeg opplever at mange unge lever strengt etter Helsedirektoratets anbefalinger, – så når jeg spiser sunt og trener regelmessig – hvorfor føler jeg meg slapp da...?

Allmennlegene er også skyldige i den helseangsten vi erfarer hos friske folk. Hvis vi synes folk oppsøker legevakta for ofte, bør vi først gå i oss selv! Hva signaliserer vi til pasienten når vi velger å undersøke eller ta blodprøver for sikkerhets skyld? Gir vi ikke da et meget sterkt signal om at heller ikke vi er trygge? Vårt eget behov for å sikre oss, planter vi i pasienten. De fanger opp våre følelser, slik vi fanger opp deres. Vår usikkerhet bekrefter pasientens egen. Slik skaper vi oss kunder. Og slik skaper vi vår egen irritasjon og bidrar til en massiv feilprioritering av ressurser. Mer til de friskeste! De som er godt opplyste og selv har følt på alt vi ikke kan være helt sikre på, vil komme igjen og igjen. Og vi er medskyldige!

Pernille Bruusgaard er inspirert av samfunnsmedisineren Fugelli og av de radikale allmennlegene på 80 tallet. Hun hadde dem i hjemmet sitt, som datter av en av NSAMs grunneleggere. I NSAM styret har hun imidlertid ikke lyst til å jobbe videre. For mye fokus på å følge andres agenda, mener hun. For liten mulighet til å mene noe selvstendig i det offentlige rom. For mye byråkrati! Nå føler hun seg helt fri til å snakke og mene det hun vil. Og hun liker å provosere, liker å få folk til å tenke. Intellekten må brukes og det trenger motstand for å brynes, slår Pernille fast. Hva med denne «overskriften» fra Bruusgaard: Det er alt for korte ventetider på poliklinikkene!

Tenk deg et smertefullt kne på en ung og utålmodig person. Denne utålmodigheten bekreftes av oss ved straks å sende pasienten videre til spesialistene. Der gjøres artroskopi før man vet ordet av det. Vi har ikke tid til å vente på kroppens egen leging, på at det skal gå over, vi har heller ikke tid eller verktøy for å ta den samtalen det krever. I sentrale strøk får du en slik undersøkelse raskt, i alle fall hvis du betaler litt ekstra. På en effektiv uke har kneet da ikke rukket å lege seg selv, men heller fått en kanskje unødvendig undersøkelse som lager arr. Samtidig har den unge lært seg at en slik undersøkelse må til hver gang kneet gjør vondt. Ventetid er bra. Det gir tilstander tid til å gå over og det siler pasientene. Det beskytter dem mot våre unødvendige og kanskje til og med skadelige intervensjoner, i vår behandlingsiver og gleden i å «hjelpe».



Eksempelene er mange og samtalen vipper nesten over i at ingenting er nødvendig å undersøke noen ivrige minutter, det meste er naturlig og går over av seg selv. Vi besinner oss og finner at det faktisk er et poeng i å oppdage kreft, behandle hjertesykdommer og infeksjoner, tilstander der vi kan hjelpe folk. Det er faktisk en del vi kan hjelpe med. Hvordan løse dette, gjøre vår jobb, uten å sykeliggjøre?

Vi må bli bedre til å bruke anamnesen. Der finnes mye nyttig informasjon. Hvordan fungerer kroppens naturlige funksjoner, og i hvilke situasjoner opplever pasienten symptomene? Hvor er det egentlig «skoen trykker»? En felles forståelse for problemet er viktig. Vi må vise at vi stoler på pasientene, for at de skal kunne stole på oss. Vi er de profesjonelle i denne relasjonen og derfor ansvarlige for å opprette tillit og respekt.

Men vi faller raskt tilbake til at vi gjør for mye, og vår ivrige lege lister raskt opp bivirkninger av intervensjoner fra fastlegene:

- Normaltilstander blir sykeliggjort
- Helsehjelp-avhengighet og kronifisering
- Alderdom med overfokus på sykdom og medisiner

God helse er ikke lenger middelet men selve målet, og det settes likhetstegn mellom god helse = et godt liv. Pernille utdyper:

Med en slik definisjon kan vel ingen med kronisk sykdom tørre å kjenne seg lykkelige. Videre kan ingen som føler seg ulykkelige tro at helsen er god. Livets tristhet må bety sykdom. Heldigvis er det mange veier til et godt liv, – frisk eller syk!

Et annet tankekor for Pernille er at sykemelding = en hvile-pause

Hva gjør det med oss når sykdom er den eneste legale grunnen til å få en pause i livet? Leter vi ikke da etter sykdom for å kunne stoppe opp litt? Hvis livet byr på utfordringer og tempoet må bremses, ja, så kjenner man godt etter og finner smerte i kroppen. I stedet for å løse det virkelige problemet, fokuserer man alt man kan på denne smerten, fordi den legitimerer sykemeldingen. Samtalen hos legen er om smerten, og hjemme må man også holde fokus for å forsikre seg om at man fortjener hvile.

Ikke rart et en uskyldig tendinitt i en arm kan ta over et halvt år, tenker redaktøren. Denne engasjerte kvinnen kommer rett fra et foredrag og diskusjon med filosofer til en lang samtale med oss på Lorry, derfra bærer det rett videre til nye møter med mer engasjement, brede analyser og heftige diskusjoner. Vi håper og regner med at hun vil fortsette med det i mange år fremover. Det trengs!



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse.

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

Tilgjengelighet og prioritering

AV TROND EGIL HANSEN

Prioriteringer er en del av allmennlegens hverdagsarbeid. Prioriteringene gjøres i en strøm av henvendelser på telefon, ved oppmøte, ved konsultasjoner og besøk. Det dreier seg først og fremst om kontakt med pasienter, men også kontakt med pårørende, og henvendelser fra samarbeidspartnere. Prioriteringene kommer til uttrykk gjennom faglige vurderinger, behandlinger, råd og henvisninger. Prioriteringene er en integrert del av hverdagsarbeidet, og ofte lite synlige for lege, pasient eller samfunn.

Tilgjengelighet er nødvendig for prioritering. Pasientene må nå frem for å få fortelle om sine plager før prioriteringer kan gjøres. Samtidig vil en grenseløs tilgjengelighet til allmennlegen være feil prioritering av allmennlegens tid. En tid som ellers kunne brukes til faglig godt arbeid, herunder prioriteringsarbeid, i kontakt med pasienter ansikt til ansikt på kontoret. Den grenseløse tilgjengeligheten fører til at legen ikke blir tilgjengelig for noen. Tilgjengelighetskravet kan heller ikke gå ut over legens behov for regulert arbeidstid, herunder muligheten til å ta nødvendige pauser i løpet av arbeidsdagen.

Jeg ønsker meg større bevissthet om bruk av tilgjengelighetsbegrensninger som prioriteringsvirkemiddel. Hvilke prioriteringer gjør vi og hvilke prioriteringer ønsker vi å gjøre? Hvem gjør vi oss tilgjengelig for, og hvem blir direkte eller indirekte avvist ved at vi gjør oss, eller gjøres, utilgjengelige for dem? Fungerer våre tilgjengelighetsbegrensninger slik at prioriteringsmålene oppfylles, eller virker de stikk motsatt?

Tilgjengelighetsbegrensninger brukes på mange måter. Mange opplever at de må begrense sin tilgjengelighet for å verne seg mot travelhet. Opplevelsen av å ha det for travelt kan synes å være gjennomgående i hele helsevesenet. Det



Trond Egil Hansen,

født 1959.

Spesialist i allmennmedisin fra 1990.

Fastlege Fana bydel, Bergen kommune.

Leder for Allmennlegeforeningens fag-

utvalg (som nedlegges 31/12-06).

Styremedlem i NSAM (som oppløses 31/12-06)

Nestleder i Norsk forening for allmennmedisin

(som starter opp 1/1-07 og overtar opp-

gavene til fagutvalget og NSAM).

fremstår ofte som en travelhetstevling, hvor alle ledd i helse-tjenesten fremstiller det som nettopp de er de som har det aller mest travelt, og av den grunn må verne seg mot ytterligere pågang, eller må skyve arbeidsoppgaver over på andre. De kan ikke alle ha rett i at de selv er de aller travleste, og jeg tror ikke dette er en hensiktsmessig måte å møte travelheten på.

Populasjonsansvar

I fastlegeordningen har hver lege med fastlegeavtale et populasjonsansvar. Hver enkelt lege og hver enkelt pasient vet nøyaktig hvem som hører sammen med hvem. Legen er ikke bare lege for de pasienter som til enhver tid velger å kontakte henne/ham, men er også kontinuerlig lege for sin pasientpopulasjon. Fastlegen har ansvar for allmennlegetjenester til alle som har henne/ham som fastlege. I en pasientpopulasjon vil det også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan vi skal forholde oss til det?

Ansvar for å være tilgjengelig for egen pasientpopulasjon er en helt sentral del av det å ha et populasjonsansvar. Kravet om tilgjengelighet står sentralt i publikums forventninger. Manglende tilgjengelighet er det som fastlegene oftest blir kritisert for. En lege med lang ventetid, kan ønske å se på dette som et tegn på popularitet. Lang ventetid er nok heller et tegn på at legen har for mange pasienter på listen i forhold til kapasitet og/eller organisering. Tilgjengelighets-



kravet må være styrende for listestørrelsen: Hvor mange pasienter kan en lege betjene og både ha akseptabel ventetid og levelig arbeidstid og arbeidssituasjon for egen del?

Prioriterte oppgaver

Legen kan imidlertid ikke etterkomme et grenseløst krav om tilgjengelighet. Kravet til legens tilgjengelighet går på bekostning av de arbeidsoppgavene legen holder på med. Lege med akuttansvar må selvfølgelig hele tiden være disponibel for kontakt om akutte situasjoner og være forberedt på å avbryte det som hun/han holder på med for først å håndtere det som haster mest. Men også utenom dette blir legene stadig avbrutt i sine gjøremål av henvendelser fra pasienter, fra legens egne medarbeidere, fra andre leger og fra eksterne samarbeidspartnere. Det er nødvendig å være tilgjengelig for slike henvendelser for smidig samhandling, men det kan ta overhånd slik at legen aldri kan få arbeide med noe uavbrutt. Hvis legen hele tiden skal være tilgjengelig for alle, vil hun/han i realiteten ikke være tilgjengelig for noen. Et ubegrenset tilgjengelighetskrav kan på denne måten føre til et tilgjengelighetstyranni hvor man blir helt ute av stand til å fungere.

Lege-pasient-møtet

Jeg mener at legen først og fremst må være tilgjengelig for pasienten i møtet mellom lege og pasient. Det er ikke mulig

å være tilgjengelig for alle andre samtidig uten at det går på bekostning av dette.

Vi har vel alle opplevd at konsultasjoner blir ødelagt av avbrytelser, som for eksempel innkommende telefoner. Det kan være medarbeider som har henvendelser som hun ikke vet om kan vente, det kan være samarbeidspartnere eller pasienter som ikke har anledning til å ringe igjen senere, eller bli oppringt på et senere tidspunkt. Innkommende telefoner med pasient tilstede betyr store personvernutfordringer. Men aller mest tar det legens oppmerksomhet bort fra, og gjør dermed legen utilgjengelig for, den tilstedeværende pasienten. Å ta opp igjen konsultasjonen der den glapp, lykkes slett ikke alltid. De fleste leger bestreber seg derfor på å ikke la konsultasjoner avbrytes av innkommende telefoner. Det gjør dem utilgjengelig for alle som ønsker å ringe til legen på samme tidspunkt, men er åpenbart en riktig prioritering.

I allmennlegens virke både som fastlege og som legevaktslege ligger alltid et prioriteringsansvar. Hun/han må fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester/legevaktjenester totalt sett blir best mulig dekket. For å oppnå dette må legen styre sin virksomhet ut fra andre kriterier enn til enhver tid å svare på etterspørsel. Prioriteringens enkle logikk er at å si

ja til noe, innebærer nei til noe annet. Det kan være et foreløpig, eller endelig nei, da noe av det lavere prioriterte kan gjøres etter det som er høyere prioritert, mens andre ting slett ikke bør gjøres.

Prioriteringens begrunnelse

For pasientene innebærer dette at de reelt sett må konkurrere med populasjonens øvrige medlemmer om legens tid og innsats. Det er da helt nødvendig at de kan være mest mulig trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimeslige hensyn og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller ut fra hvem som roper høyest.

Etterspørsel og behov for legetjeneste

I en pasientpopulasjon er det ikke fullt samsvar mellom etterspørsel og behov for legetjenester. Det vil være etterspørsel uten reelt behov, og åpenbart vil det i en pasientpopulasjon også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan vi skal forholde oss til underforbrukerne er nok det vanskeligste spørsmålet.

Jeg tror ikke at vi skal innkalle og undersøke alle. Det er en selvsagt pasientrettighet å ikke ha legekontakt, og ikke la seg undersøke og behandle, selv om det foreligger et medisinsk behov. Vi må ikke opptre slik at denne rettigheten krenkes. I forhold til underforbrukerne må imidlertid fastlegen selv være aktiv med å presentere seg og gjøre seg tilgjengelig. Det gjelder spesielt i forhold til pasienter med

mindre synlige behov (eldre, unge, psykisk syke, kronisk syke, terminale, fattige eller ressursvake) som ikke selv ber om hjelp. Legene må sette pasienter med små krav, men store behov, foran ressurssterke med store krav og små behov. Jeg har ikke noe fasitsvar på hvordan dette skal gjøres i praksis, men vi må organisere vår virksomhet og vår tilgjengelighet med dette for øye.

Legen må forholde seg til den etterspørsel som eksisterer i pasientpopulasjonen etter hennes/hans tjenester. Etterspørsel er som nevnt ikke det samme som behov. Mye av etterspørselen reflekterer selvsagt åpenbare behov, men ikke alt, da mye av etterspørselen ikke reflekterer reelle medisinske behov. Uansett hva etterspørselen viser seg å reflektere, er det imidlertid den vi møter og må forholde oss til. Det er vanskelig å skille ut etterspørsel uten reelt behov for så å styre unna. Det vi derimot kan styre, er hva vi tilbyr som svar på ulike typer etterspørsel.

Tilgjengelighet for førstekontakt – telefontilgjengelighet

God tilgjengelighet for førstekontakt, for at pasienten skal få presentert problemet, er helt essensielt. Dette er nødvendig blant annet for å oppdage nyoppstått sykdom tidlig. Det er uheldig å ha tilgjengelighetsbegrensninger på et nivå før problemstillingen er presentert og vurdert. Inngangen til våre tjenester er i det daglige styrt av helsesekretær, men bak skal ligge legen sine holdninger og de retningslinjer hun/han har gitt medarbeiderne å arbeide etter.

På dette nivået trenger vi prioriteringsverktøy. Prioritering kan fra legens side ikke begynne før pasienten har fått kontakt og presentert problemet. Tilgjengelighetsbegrensninger for kontakt per telefon må unngås fordi det avviser blindt. Men i forhold til det å få time, og spesielt å få time når det passer, er prioritering helt nødvendig. Redusert telefontilgjengelighet betyr at man ikke kjenner behovene til de som ikke kommer gjennom. Å bruke redusert telefontilgjengelighet som prioriteringsvirkemiddel, eller som metode for å verne seg mot travelhet, blir et rent lotteri. Jeg hører ofte påstander om at "De som virkelig trenger det, ringer igjen". Men har vi noen dokumentasjon på det? Det er større grunn til å tro at det kan være motsatt, at de som er svekket av sykdom, ikke orker å ringe gjentatte ganger, og de som er mest sårbare og utrygge, gir seg raskest. At pasientene oppnår kontakt og får fortelle hva det gjelder, er en helt nødvendig forutsetning for riktig prioritering.

Manglende telefontilgjengelighet er det som fastlegene oftest blir kritisert for. Jeg vil hevde at mye av kritikken mot fastlegers telefontilgjengelighet tildels er urimelig. De aller fleste telefonhenvendelser besvares raskt av medarbeidere.





Evalueringen av fastlegeordningen viste at telefontilgjengeligheten var blitt bedre enn før. Pasientene er allikevel mindre fornøyd med telefontilgjengeligheten enn før. Det kan derfor oppfattes å være et forventningsproblem. Registreringer av telefontrafikk viser at trafikken har økt mye, og det er en stor opphopning av telefoner like etter kontorets åpningstid om morgenen. Når mange ringer samtidig, er det ikke alltid mulig å besvare alle telefonene samtidig. Det oppstår en samtidighetskonflikt som de fleste legekontor har vansker med å løse. Men som nevnt, de aller fleste telefonhenvendelsene blir besvart raskt.

Hvordan er telefontilgjengeligheten hos dere?

Alle fastleger bør imidlertid ta stilling til dette, helst på bakgrunn av registreringer fra egen praksis. Hvor mange innkommende telefoner blir ikke besvart? Ringer de samme igjen og får svar senere? Hvordan fordeler det seg innenfor kontorets åpningstid? Hvis det er spesielle tider hvor det er mye ubesvarte telefoner, er det mulig å allokere mer ressurser til telefonen på disse tidene?

Bør en etablere alternative måter å ta kontakt? Nye elektroniske kommunikasjonsformer har kommet og kan være egnet, enda flere kommunikasjonsformer vil sannsynligvis komme i tiden fremover. Å ta i bruk slike kommunikasjonsformer for pasientkontakt kan imidlertid føre til en ny

type skjevprioritering. Disse kommunikasjonsformene beherskes ikke av alle, og det er sannsynligvis slik at de beherskes dårlig av en del av pasientene med de største behovene for legetjenester. Det må påses at det å ta i bruk nye kommunikasjonsformer ikke fører til en prioritering av de mest kommunikasjonskompetente på bekostning av de som ikke har denne kompetansen.

Tilgjengelig for samarbeidspartnere

Allmennlegene må også være tilgjengelig for samarbeidspartnere. Fastlegen er blitt «en adresse for ansvar» for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc. Alle har en forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Det foreligger sannsynligvis et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på disse områdene. I fastlegeordningen må allmennlegene være på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Pasientens lege bør være en selvstendig deltaker på slike tverrfaglige arenaer, i hvert fall hvis pasientens behov for helsetjenester er et tema, eller hvis pasientens helsetilstand er en premiss for diskusjonen. Ikke desto mindre er vi selv nødt til å sette grenser for samarbeidet omkring pasienter, hvis ikke vi skal legge opp til en praksis der vi ser pasienter halve dagen og sitter i møter resten.

Tid brukt til offentlig legearbeid

I henhold til Rammeavtalen om allmennpraksis i fastlegeordningen, kan kommunen pålegge legen deltidstilling innen allmennmedisinsk offentlig legearbeid, begrenset oppad til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Denne muligheten har kommunen brukt i begrenset grad, og det blir ofte i offentlige dokumenter hevdet at kommunene burde bruke denne bestemmelsen mer, blant annet for å få dekket behov for legetjenester på sykehjem og innen forebyggende tjenester. Det er påfallende at det ikke samtidig gjøres oppmerksom på at dette vil svekke legens mulighet til å være tilgjengelig for de som legen er fastlege for. Jeg synes disse forholdene har for liten oppmerksomhet. Særlig vil større sykehjemslegetillinger kombinert med tilsvarende mindre hjemmel som fastlege, innebære betydelig redusert tilgjengelighet i fastlegevirksomheten.

På liknende måte vil en høy vaktfrekvens, med hyppig behov for hvile etter nattevakt, redusere legens tilgjengelighet som fastlege på dagtid.

Egenandel som prioriteringsvirkemiddel

Egenandelene på allmennlegetjenester gjør allmennlegen mindre tilgjengelig enn ønskelig for mange, selv om egenandelene ikke er høye i forhold til samfunnets generelle kostnadsnivå. Om egenandelen er lav i forhold til prisen for å gå til frisør, er imidlertid lite interessant. Vi bør interessere oss mer for egenandeler som prioriteringsvirkemiddel, og som tilgjengelighetsbegrensning. Egenbetaling brukes bevisst for å begrense etterspørselen, da man antar at det alltid vil være en tendens til overforbruk av gratistjenester. Egenandeler kan også brukes som et prioriteringsvirkemiddel ved at man kan styre etterspørselen ved å legge større egenandeler på lavt prioriterte helsetjenester enn på høyere prioriterte helsetjenester.

De siste ti årene er egenandelene hos allmennlege nesten doblet. Egenbetaling for våre tjenester skyldes mest fellesskapets manglende vilje til fullfinansiering. De senere års økninger har ikke vært helsepolitisk begrunnet, men er gjort for å skape balanse i statsbudsjettet.

Egenbetaling som prioriteringsinstrument har svært betenkelige sider. Sykdom rammer ofte skjært, mennesker med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager. Egenandeler rammer de med svak betalingssevne hardest. Det må antas at egenbetaling i større grad begrenser etterspørselen fra dem med store behov, enn fra dem med mindre behov for gode helsetjenester. Egenbetaling som priorite-

ringsinstrument bør derfor brukes med stor varsomhet. Enkelte pasienter og pasientgrupper opplever at egenandelene er en barriere for å oppsøke lege og få nødvendig helsehjelp. Allmennlegetjenestene er befolkningens inngangsport til helsetjenesten. Derfor vil egenandelene på allmennlegetjenestene ramme helt blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandelene avskjærer muligheten til konsultasjon med fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet, slik at prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten ikke blir mulig.

For å unngå utilsiktede virkninger av egenbetaling, vil det være vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester, blir skjermet.

De senere års stadige egenandelsøkninger har ført til at spesielt ungdom ikke er godt nok ivaretatt med hensyn til å gjøre fastlegen tilgjengelig for dem. Ungdom i alderen 12–20 år, som i dag må betale vanlig egenandel, er underforbrukere av fastlegens tjenester. De kan ha behov for kontakt med fastlegen for problemer hvor det kan være vanskelig å be om penger fra foreldrene til egenandelen. Eksempler på dette kan være psykiske og psykososiale problemer, problemer i forbindelse med overgrep/vold, suicidalitet, spiseforstyrrelser, eller problemer knyttet til seksualitet, prevensjonsbehov. At ungdom kan få lettere tilgang til hjelp hos fastlegen for slike problemer, må prioriteres høyt.

Konklusjon

Det bør gjennomføres en bred vurdering av egenandelssystemet. Spesielt bør egenandeler som reduserer muligheten for å få presentert og vurdert problemet hos fastlegen, unngås. Utsatte pasientgrupper må skjerms for egenandeler.

Tilgjengelighetsbegrensninger er prioriteringsvirkemiddel, enten vi erkjenner det eller ikke. I prioriteringsdiskusjonene er det viktig å sette dette på agendaen. Vi må bevisstgjøre oss selv og våre samarbeidspartnere om hva vi gjør oss tilgjengelig for og hva som blir direkte eller indirekte avvist. Vi må skaffe oss kunnskap om hvordan våre tiltak for tilgjengelighetsbegrensning virker på ulike grupper, hvilke implisitte og eksplisitte prioriteringskriterier vi bruker, og hvilke virkemidler som er egnet for å gjennomføre prioriteringene.

Denne diskusjonen er nødvendig både for å prioritere riktige, og fordi fastlegens og legevaktlegens tilgjengelighet ikke kan måles mot et grenseløst tilgjengelighetskrav.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: trond.egil.hansen@broadpark.no



DICLOCIL[®]

dicloxacillin

Ved infeksjoner med penicillinasedannende stafylokokker



Bristol-Myers Squibb

For preparatomtale se side 55

HOFTESMERTER

som ikke skyldes hofteleddartrose

AV SATYA P. SHARMA

Med hoftesmerter mener man smerter i hofte, bekken, lyske, større deler av setepartiet og øvre lårregion. Hofteregeionen er en «tung» region å jobbe med. Strukturene ligger ofte dypt og er vanskelig tilgjengelig palpatorisk. Overførte smerter fra andre regioner i nærheten kompliserer problemet ytterligere. Smerter i hofteregeionen har ikke sjelden opphav fra lumbalkolumna, dvs smertene er overførte smerter fra ryggen^{1,2,3,4}.

I denne artikkelen vil vi forsøke å få frem en systematisk måte å undersøke et hofteledd på og komme med mulige behandlingsforslag. Aseptisk caput nekrose av femur, hofteleddsartrose og piriformis syndrom er ikke diskutert i artikkelen og en henvises til andre tekster⁵ eller elektroniske kilder som NEL⁶ for en kortfattet men tilstrekkelig omtale av nevnte tilstander.

Forekomst

I en amerikansk allmennpraksis utgjør pasienter med hoftesmerter ca 0,61 prosent, dvs én pr. 164 konsultasjoner eller en konsultasjon pr. en til to uker⁷. I en amerikansk undersøkelse (NHANES III) rapporterte 14,3 prosent av personer over 60 år alder at de har hatt signifikante hoftesmerter siste seks uker. 18,4 prosent av de som ikke deltok i fysiske aktiviteter på fritida siste måned, hadde hatt hoftesmerter i motsetning til 12,6 prosent i gruppen som var engasjert i fysisk aktivitet på fritida⁸. Løpere har rapportert årlig hofte- eller bekkensmerter og -skade fra to prosent til 11 prosent⁹. Blant yngre sportsutøvere er hofteskade vanligst blant balletdansere, fotballspillere og løpere, henholdsvis 44 prosent, 13 prosent og 11 prosent¹⁰.

Den kliniske undersøkelsen

Start med *observasjon* så snart pasienten kommer inn til konsultasjonsrommet. Man legger merke til ansiktsuttrykk

Satya P. Sharma

født 1954 i India. Fysioterapiutdanning 1976, New Delhi. Kom til Norge i 1977. Eksamen i ortopedisk medisin hos James Cyriax i London i 1982. Medisinsk embetseksamen 1988, Universitetet i Bergen. Kommunelege II og I i Masfjorden kommune 1990–95. Helsesjef i Åsane bydel, Bergen 1995–96. Arbeidet ved Rolland legesenter i Åsane bydel, Bergen siden 1996. Spesialist i allmennmedisin – og samfunnsmedisin. Nå fastlege. MSc Ortopedisk Medisin 2006, Middlesex Universitetet i London. Leder i NSAMS referanse gruppe for muskel- og skjelettlidelser. Underviser medisinerstudenter ved UIB og allmennleger i muskel- og skjelettlidelser.



(smerte), holdning og gange. Hoftesmerter gir lett utslag på gange pga vektbæring. Eldre pasienter med hofteleddsartrose i noe avansert stadium går ofte med hofteleddet i utadrotasjon sammen med en viss halting. En svakhet (ruptur/parese) av gluteus medius vil føre til Trendelenburgsgange. Gange med utadrotasjon hos yngre kan skyldes epifyseavløsning.

I *anamnesen* spørres det om yrke, sportslige aktiviteter og hobby. Hos eldre er slitasjegikt/artrose vanligst, hos yngre voksne er det vanligere å finne bursitter og tendinitter. Hos barn under tiårsalder bør man ha i mente Calve-Legg Perthes.

Smertelokalisasjon og eventuell spredning

Lokale og avgrensede smerter er vanligvis superfisielle og kan være pga muskeloverstrekk. Diffuse smerter over

større områder ofte er enten fra dypt beliggende strukturer eller overført fra nabostrukturer. Disse kan være fra lumbosakral columna, ilio-sakralledd eller gluteal bursitt. Ut fra smertespredning kan man dele lokalisasjon i tre kategorier.

Fremre hoftesmerte inkludert lyskesmerte

Hofteleddsartrose er den vanligste årsaken for fremre hofte/lårsmarter. Siden hofteleddet hovedsakelig er L2- og L3-innervert, blir derfor smerten overført til disse dermatomene. Lambert et al. fant hofteleddsartrose som vanligste årsak til hoftesmerte i allmennpraksis¹¹. Birill et al registrerte at blant pasienter over 40 år med ny episode av hoftesmarter, hadde 44 prosent tegn på hofteleddartrose¹². Avaskular nekrose av caput femur og inflammatoriske artritter gir også fremre hoftesmarter. Psoasbursitt er en uvanlig årsak for fremre hoftesmarter. Aktivitetsrelaterte tilstander inkluderer stress-brudd hos idrettsutøvere og nylig oppstått labrumskade hos yngre idrettsutøvere. Tendinitter i adduktormuskulaturen, musculus rectus femoris, musculus sartorius og musculus gluteus medius tendinitt er vanlig i overbelastningsrelatert idrett. Fremre hoftesmerte kan også være overførte smerter fra L1-rot og ligamentum ilio-lumbale, lumbal duramater. Viscerale tilstander som appendisitt, hernie og gynekologiske tilstander kan referere smerter til lysken. Avulsjonsfraktur av spina iliaca superior, trokanter minor og os pubis er uvanlige årsaker til fremre hoftesmarter. En annen årsak kan være corpus librum i hofteledd.

Laterale hoftesmerte

De vanligste årsaker er overførte smerter fra lumbal duramater. Gluteal bursitt og trokanterbursitt kan gi lokale og utstrålende smerter fra hofte-regionen. Affeksjon av traktus iliotibialis vil også kunne provosere laterale hoftesmarter.

Bakre hoftesmerte

Disse kan deles i to:

- 1) Smerter i setepartiet, som kan være i øvre og nedre setepartiet, og smerter som stråler nedover baktil på lår og legg. Smerter i øvre setepartiet er som oftest fra L1, L2 og L3-roten, mens smerter i nedre setepartiet, er fra S1 og S2. I tillegg kan det være durale smerter som vanligvis er multisegmentelle, også kalt ekstrasegmentell, og kan gi refererte smerter til setepartiet.
- 2) Ilio-sakralledd og sakrale leddbånd kan også gi smerter posteriort. Ischiadicusbursitt og tendinitt ved tenoperiostutspring ved tuberositas ischiadicum kan referere smerter nedover posteriort.

Piriformis syndrom er også aktuell differensialdiagnose, det er da innklemning av isjiasnerven idet den passerer gjennom musculus piriformis.

Anamnese

- Alder er relevant for visse tilstander i hofte-regionen. Hos barn under ti år bør en være oppmerksom på Calvé-Legg-Perthes-sykdom. Hofteleddssynovitt er også vanlig hos barn under ti år. Smerter pga degenerative forandringer er vanlig i middelalder og oppover.
- Lokalisasjon av smerter gjør det lettere å tenke på mulige årsaker som beskrevet ovenfor. Lokale og relativt overfladiske smerter kan tyde på en mindre muskel-overstrekk eller liten ruptur, mens diffuse og dype smerter kan tyde på større lesjon eller inflammasjon, eventuelt overførte smerter som nevnt tidligere.
- Hvor lenge har smertene vart og hvordan startet de? Kom de brått eller gradvis? Smerter fra degenerative forandringer kommer ofte gradvis og øker i intensitet. Smerter fra bursitt starter også gradvis og øker i intensitet, men mye raskere enn smerter fra degenerative forandringer. Smerter som øker raskt i intensitet, er ofte alvorlige og må utredes videre. Disse kan være forårsaket av infeksjoner/abscess eller malignitet.
- Var det en skade eller kom det uten noen åpenbar årsak? Dersom skade: kom smertene spontant eller etter en tid?
- Er symptomene stillingsavhengige? Bursittsymptomer kan ofte komme hvis bursae blir klemte, som ved sitting eller ved å ligge på siden.
- Natlige smerter kan tyde på større inflammasjon eller alvorligere tilstand.
- Plutselige elektrisk støtaktige smerter nedover benet med følelse av svikt i hofte, er som oftest fra corpus librum. Hos unge omkring 17-årsalder kan dette tyde på osteochondritt dissecans, hvor et område i ben ved leddet smuldrer i småbiter, og disse bitene fungerer som corpus librum. Følelse av svikt under vektbæring, f. eks. ved gange, kan tyde på parese. Smerter i hofte-regionen i forbindelse med hoste og nysing kan tyde på overførte smerter fra LS-columna.
- Utelukk også claudicatio intermittens og nevrogen claudicatio (spinal stenose).
- Spør om andre medisinske tilstander, affeksjon av andre ledd og eventuelle gjennomgåtte operasjoner m.t.p. eventuelle metastaser.

Hofteundersøkelse

Det er viktig å avklare om det foreligger affeksjon av selve hofteleddet eller andre ikke-kontraktile strukturer, som kapsel eller bursae. Eller er det kontraktile strukturer som er blitt rammet, for eksempel muskler, muskel-sene-overgang, sener og senefester? Ikke-kontraktile strukturer testes med passive bevegelser, mens kontraktile strukturer testes med isometriske tester.

Generelt forsøker man å utføre både passive og aktive tester i den stilling som pasienten allerede ligger i, slik at man unngår å endre undersøkelsesstilling på pasienten hele tiden.

Det kan være hensiktsmessig å begynne hofteundersøkelsen med lumbale bevegelser, dvs aktiv ekstensjon, begge sider sidefleksjon og fleksjon i stående stilling. Dersom noen av disse bevegelser provoserer smerter i ryggen, i hofteregionen eller nedover mot en ekstremitet, bør dette legges merke til. Veldig ofte er hoftesmerter overførte smerter fra ryggen. Det blir ofte oversett fordi pasienten klager over smerter i hofteregionen og ikke i ryggen.

Passive bevegelser

Passive bevegelser tester ikke-kontraktile strukturer som kapsel, synovium, bursae og leddbånd. Man vurderer:

- bevegelse
- smerter
- endefølelse

Endefølelse er den følelse man får når man når slutten av passiv bevegelse i leddet. Vanligvis er kapsel elastisk og endefølelsen er elastisk i et normalt ledd, dvs selv om man har nådd slutten av bevegelsesutslag, kan man likevel tøy leddet litt til.



FIGUR 1 Passiv hoftefleksjon

Låret presses mot abdomen. Endefølelse er elastisk ved normal ledd. Hendene kunne med fordel vært plassert på låret bak kneleddet. Dette for å unngå eventuell provosere smerter i kneet.

Sign of Buttock^{1,2}

Vanligvis har passiv hoftefleksjon mer bevegelsesutslag og mindre ubehag eller smerte ved bøyd kne enn ved strakt kne. Dette endres til det motsatte ved positiv «sign of buttock», dvs det er mer smerte og muligens mer innskrenket bevegelse ved hoftefleksjon med bøyd kne enn ved strakt kne. Dette kalles for «positiv sign of buttock». Ved videre test av bevegelser finner man en ikke-kapsulært mønster. Funnet tyder på alvorlig patologi ved hofte region, som for eksempel abscesser i regionen, osteomyelitt i øvre femur, septisk bursitt og malignitet enten primært eller metastaser i os ilium.



FIGUR 2 Passiv hofteabduksjon

På dette bildet stabiliseres høyre hofte-kam, mens venstre ben føres bort fra midtlinjen. Alternativt kan man holde på låret like proksimalt for kneleddet og føre låret ut parallelt med benkeflate, dvs null grad av fleksjon.



FIGUR 3 Passiv hofteadduksjon

På dette bildet bevegtes venstre strake ben mot høyre ben, passivt.



FIGUR 4 Passiv medialrotasjon

Hofte og kne er flektert til 90 grader. Fotenden dras ut mot eksaminatoren, mens låret står stabilisert.



FIGUR 5 Passiv lateralrotasjon

Fotenden beveges mot midtlinjen. Som alltid registrerer man endefølelse-smerter, samt bevegelighet.

Ved artritt eller kapsulitt får man hard endefølelse. En slags bråstopp. Dette kjenner man best ved hofteleddsartrose, der man får hard endefølelse i medial rotasjon først og deretter abduksjon, fleksjon og ekstensjon. Vanligvis forblir lateral rotasjon normal selv i avansert artrose i hofteleddet.

Dersom bevegeligheten virker redusert, bør man sammenligne med det normale siden. Bevegelsesmønsteret i en kapsulitt/artritt eller hofteleddsartrose vil være:

- mest reduksjon av passiv medialrotasjon
- noe reduksjon av hofteabduksjon
- noe reduksjon av hoftefleksjon
- mindre reduksjon av ekstensjon
- lite eller ingen reduksjon av passiv lateralrotasjon

Dette kalles for kapsulært mønster for hofteleddet og betyr at pasienten har kapsulitt/ artritt/artrose. Hver ledd har sitt eget kapsulære mønster. Kapsulært mønster i skulderledd er for eksempel det motsatte av hofteleddet.

Isometriske tester

Isometriske bevegelser tester kontraktile strukturer dvs muskel, muskel-sene-overgang, sene og senefeste.

- Isometriske tester utføres så langt som mulig med ekstremiteten i midtstilling av normal bevegelsesutslag
- Det ytes maksimal kraft fra pasienten, og han oppfordres til å gjøre det også underveis
- Eksaminator har en stabil stilling for å kunne være like sterk som pasienten. I noen tilfeller kan det bety at en må gi større vektarm til pasienten



FIGUR 6 Isometrisk hoftefleksjon

Med hofte og kne flektert til 90 grader og pasientens legg hvilende på eksaminatorens arm, drar pasienten kneet mot sin brystkassen maksimalt.



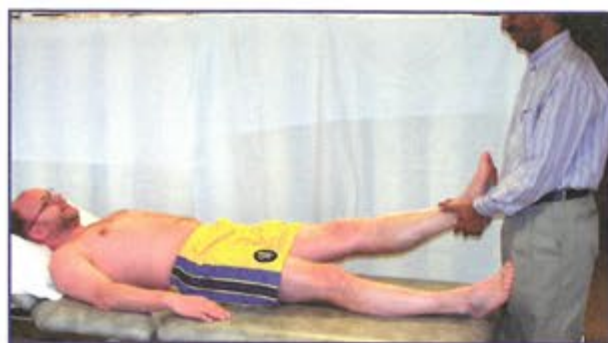
FIGUR 7 Isometrisk hofteabduksjon

Pasienten drar bena fra hverandre, mens eksaminatoren gir motstand.



FIGUR 8 Isometrisk hofteadduksjon

Eksaminatoren plasserer knytneven mellom begge knærne, mens pasienten presser knærne sammen.



FIGUR 9 Isometrisk hofteekstensjon
Pasienten presser benet ned mot benken.



FIGUR 13 Isometrisk knefleksjon
Merk stabilisering av hofte/lår



FIGUR 10 Isometrisk hofteinnadrotasjon
Pasienten presser leggen ut, mens eksaminatoren gir maksimal motstand



FIGUR 14 Isometrisk kneekstensjon
Stabilisering av låret er viktig.



FIGUR 11 Isometrisk hofteutadrotasjon
Pasienten presser leggen innover mot eksaminatorens motstand.



FIGUR 15 Aktiv kneekstensjon som beholdes i denne stilling for eventuell å utløse claudicatosymptomer i hoftemuskulatur.



FIGUR 12 Passiv medialrotasjon i mageliggende stilling

Behandling av hoftesmerter

Trochanter bursitt (akutt eller kronisk)

Bursa ligger over trochanter majus, mellom ben og traktus iliotibialis, ved festet av gluteus medius og tensor fascia latae. Bursitt kan forårsakes ved direkte traume, enten slag eller fall på siden, og overbelastning f. eks. hos løpere. Dette er den vanligste årsak til hoftesmerter hos sportsutøvere¹⁴. Dersom det har vært fall og det er tegn på hevelse, kan det foreligge hematom og det bør aspireres.

Smerter kjennes nedover underekstremitet ved gange eller jogging. Det kan også være smertefullt å ligge på siden. Ved klinisk undersøkelse vil passiv abduksjon, passiv adduksjon



FIGUR 16



FIGUR 17A



FIGUR 17B

og noen ganger passiv fleksjon kunne provosere smerter. Isometrisk abduksjon kan være smertefull. Tidlig injeksjon med kortison er indisert pga dens effektivitet i lindring av smerter og tilfredstillende varighet av effekt¹⁵. Det er indikasjon for kortisoninjeksjon ved akutt og kronisk inflammasjon, assosiert bursitt ved artrose, reumatoid artritt, trauma og overbelastningsforhold¹⁶.

Teknikk

Pasienten ligger på den friske siden med moderat fleksjon i hofte og kne, mens den affiserte siden ligger i ekstendert stilling (FIGUR 16, 17A OG 17B). Palper fram trokanter majus. Det er ofte palpasjonsømheter. Marker med neglen et punkt i midten av det ømme området. Stikk inn i det merkede punktet over trokanter majus, og nålen føres inn helt til en treffer ben. Man bruker «no-touch» teknikk, dvs at man ikke berører planlagt innstikkssted med fingre etter vask. «No-touch» teknikk er standard for alle injeksjoner for å forbygge infeksjoner. Nålen dras litt ut, ca 2 til 3 mm og infiltrasjon gis med Xylokain 1 prosent (10 mg/ml) og Triamcinalone 20 mg, med en total løsning på ca fire ml. Pasienten bør unngå overbelastning i en uke og deretter gradvis tilbakeføring til vanlig aktivitet.

Gluteal bursitt

Det er flere gluteale bursae som ligger spredt mellom gluteal maximus og medius og over os ileum. Pasienten klager over smerter i hofte-region og i nærheten av trochanter major, med spredning av smerter posterior og lateralt ned mot ankelen. Smertene er diffuse og kan virke sviende. Gange, ståing i lengre perioder, å sitte med bena i kryss og trappegang kan provosere smerter. Det kan være smertefullt å ligge på smertesiden om natten.

Det kan være smerter ved passiv innadrotasjon, passiv fleksjon og passiv abduksjon; smerter også ved isometrisk abduksjon og isometrisk ekstensjon. Smerter ved passiv medi-

alrotasjon samt isometrisk utadrotasjon kan indikere at bursa er affisert ved festet for musculus piriformis. Smerter ved passiv fleksjon og passiv abduksjon samt isometrisk abduksjon kan indikere affeksjon av bursa mellom gluteus maximus og gluteus medius. Palpasjon sammenlignes med motsatt siden.

Teknikk

Infiltrasjon gis som infiltrasjon med Prokain 5 mg/ml (total mengde væske 15–20 ml; bestilles fra Haukeland sykehus apotek; alternativt Marcain 0,125 mg/ml: total mengde ikke over 10 ml) eller Xylokain 0,5 prosent (5 mg/ml etter fortykning av 10 mg/ml med fysiologisk saltvann; i alt 10 ml løsningen) sammen med 20 mg Triamcinalone som kan eventuelt gjentas etter to uker. Forskjellige tekster^{10,11,12,13} anbefaler varierende mengde Prokain fra 20–40 ml. Prokain er et gammeldags lokalanesthetikum, som er svakere enn xylokain og har en kortere halveringstid og er trolig minst toksisk.

OBS: På grunn av relativt større mengde lokalanesthetikum kan pasienten ha en falltendens, trolig pga anestheticum effekt på musculus gluteus medius, som under anestheticum effekt ikke fungerer optimalt. Pasienten bør derfor følges til venteværelset og vente i ca 20 minutter og ikke forlate kontoret inntil vedkommende er fri for falltendens. Pasienten bør helst vente med bilkjøring. Infiltrasjon gis med «pepperingsteknikk». Man drar inn og ut og infiltrerer i forskjellige vinkler som om man infiltrerer alle hjørner på en kube. Løsningen settes inn når nålen er på vei ut. På denne måten klarer man spre løsningen mellom muskellagene for musculus gluteus maximus, gluteus medius og gluteus minimus og over os ileum.



FIGUR 18

Lateral tilgang (FIGUR 18)

Brukes når smerter ligger noe høyere over hofte-regionen. Pasienten ligger på magen og det mest ømme punkt er lokalisert. Nålen, ca åtte cm lang, føres inn horisontalt inn-til en treffer ben, trekkes tilbake et par mm før infiltrasjon.



FIGUR 19

Alternativ tilgang (FIGUR 19)

Pasienten kan ligge på siden med den smertefulle siden opp og med lett fleksjon i kne og hofte. Det ømme området palperes. Punkteres i midten av det ømme området og en infil-trerer derfra, som beskrevet ovenfor.

Ilio-psoas bursitt

Det er sjelden årsak til fremre hoftesmerter. Som alle andre bursitter, kan denne også vedvare i måneder og år. Teknisk noe vanskelig å infiltrere, og beskrives derfor ikke her. En må nesten ha direkte instruks for å utføre infiltrasjonen.

Corpus librum ved hofteledd

Corpus librum karakteriseres ved at pasienten plutselig kjenner elektrisk støtaktige smerter fra hofte og ned i benet og føler at bena svikter under seg. Kan av og til føre til fall,



FIGUR 20

men vanligvis klarer man å hinke seg til støtte. Dette kan gå over for plutselig å komme igjen uten forvarsel. En slik anamnese hos en 17-årig burde føre til et røntgenbilde av hofte for å se etter osteokondrose som er vanlig i denne gruppen og man relativt ofte vil finne et benet fremmedlegeme. Corpus librum hos eldre er ofte i forbindelse med artrose i leddet, men hos yngre voksne kan det være bløtvevs corpus librum. Man kan forsøke å manipulere hofte ved akutt låsning. Pasienten selv har vanligvis lært å «riste det løs».

Lesjoner av kontraktile strukturer

Adduktortendinit

Vanligvis er overbelastning eller direkte trauma årsaken til lesjonen. Smerter kjennes høyt opp mot lysken. Smerter kan provoseres med passiv abduksjon, som vil strekke på festet eller med isometrisk adduksjon. Foretrukket behandling er tverrfriksjonsmassasje, som kan utføres av fysioterapeuter. Man kan også velge å gi kortisoninjeksjon.

Injeksjonsteknikk (FIGUR 20)

Pasienten ligger på ryggen. Man identifiserer smertestedet med isometrisk adduksjon og palpasjon. Lesjonen ligger vanligvis ved tenoperiostfestet, som er ca to fingerbredde bredt. Det gis 20 mg Triamcinalone pga større bredde av senen. Det kan være en fordel å gi lokalanestesi 1 ml Xylokain 10 mg/ml i huden og over senefestet før endelig infiltrasjon med Triamcinalone. Dette holder pasienten i ro når man gir injeksjon med Triamcinalone.

Pasienten hviler i én uke og begynner belastning gradvis. Full belastning avventes inntil det ikke er smerter ved tøyning og ved isometrisk adduksjon.

Hamstringstendinit eller ischialbursitt

Disse to tilstander kan opptre hver for seg eller kan være til stede samtidig. Vanligste årsak er overbelastning eller fall på sitteknuten. Man kan plassere pasienten enten på magen

med kne hengende ut av kanten som støttes på en krakk. Alternativt kan pasienten ligge på siden med affisert siden opp. Hofta er lett flektert, mens kne kan være ca 90 grader flektert. Palper tuberositas ischiadicus.

Tverrfriksjonsmassasje hos fysioterapeuter å foretrekke først. Også her kan man ved manglende helbredelse da prøve kortisoninjeksjon:

Infiltrasjon gis med fem cm gønn nål og nålen føres parallelt til senen inntil denne treffer ben. Infiltrasjon gis her med Triamcinalone 20 mg og Xylokain, total væskemengde 1,5 til 2 ml.

Dersom mistanke om bursitt med direkte fall som årsaken, kan det gis litt større mengde løsning f. eks. 3 til 4 ml. Hvilke etter injeksjon en uke og deretter oppstart av aktivitet gradvis samt forsiktig tøyninger. Noen anbefaler relativ hvile i to uker.

Hovedbudskap

Ofta er smerter i hofte-regionen overførte smerter fra ryggen. En enkel undersøkelse av lumbale bevegelser er derfor lurt å gå gjennom før hofteundersøkelse. Hoftesmerter spesielt ved hofteleddartrose overføres ofte til kneet. Palpasjon bør foretas bare etter funksjonell undersøkelse. Det er vanlig med palpasjonsømheter i hofte-regionen og må derfor alltid sammenlignes med den motsatte siden. Bursitter kan vedvare måneder og år uten behandling og selv om de ikke er de vanligste årsakene for hoftesmerter, kan de innvirke sterkt på livskvalitet. En bør sørge for å ha tilstrekkelig lengde på nål (fem cm, seks cm og åtte cm) for å infiltrere bursitter i hofte-regionen. Korrekt diagnose fører ofte til gode resultater!

Referanser

1. Cyriax, J. Textbook of Orthopaedic Medicine. Vol 1, (8th Ed) Oxford: Bailliere Tindall 1982
2. Cyriax's Illustrated Manual of Orthopaedic Medicine, Butterworth/Heinemann, 2nd edition 1993.
3. Hamer A. Pain in the hip and knee ABC of rheumatology. BMJ 2004;328:1067-9.
4. Margo K, Drezner J Motzkin D. Evaluation and management of hip pain: An algorithmic approach. J Fam Pract. 2003 Aug; 52(8):607-17.
5. Hunniskår S. Allmennmedisin. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
6. Johannessen T. Norsk elektronisk legehåndbok utgave 14. 2005
7. National Ambulatory Medical Care Survey. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 1995. CHS CD-ROM series 13, no. 11. Issued July 1997.
8. Van Mechelen W. Running injuries. A review of the epidemiological literature. Sports Med 1992; 14:320-335.
9. Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, Bathon JM, Bartlett SJ, Andersen RE. How common is hip pain among older adults? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. J Fam Pract 2002; 51:345-348.
10. Scopp JM, Moorman CT. The assessment of athletic hip injury. Clin Sports Med 2001; 20:647-659.
11. Lamberts H, Brouwer HJ, Marinus AFM, Hofmans-Okkes IM. The use of ICPC in the Transition project. Episode-oriented epidemiology in general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, eds. International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press; 1993:45-93.
12. Kesson M, Atkins E. Orthopaedic Medicine - A Practical Approach. Butterworth-Heinemann. 1998.
13. Ombregt L, Bisschop P, Veer ter H J, Van de Velde T. A System of Orthopaedic Medicine, WB Saunders Company Ltd. 1995.
14. Adkins s, Figler R. Hip pain in athletes, Am Fam Physician 2000;61:2109-18.
15. Shbeeb MI, O'Duffy JD, Michet CJ Jr, O'Fallon WM, Matteson EL. Evaluation of glucocorticosteroid injection for the treatment of trochanteric bursitis. J Rheumatol 1996;23:2104-6.
16. Cardone D, Tallia A. Diagnostic and Therapeutic Injection of the Hip and Knee Am Fam Physician 2003;67:2147-52.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: satya.sharma@isf.uib.no

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Behandling av ACNE VULGARIS i allmennpraksis

AV ERLEND TOLAAS OG DAG SOLLESNES HOLSEN

Acne vulgaris er ein inflammatorisk hudsjukdom som råkar minst 80 prosent av tenåringer, hyppigast gutar. Dei fleste vil vere meir eller mindre plaga av acne i fleire år, ofte fram til 20–25 års alder. Seint debuterande acne (acne tarda) opptre hyppigast hos kvinner. Det er veldokumentert at acne kan føre til psykososiale vanskar, til dømes sosial fobi og depresjon.

Kunnskap om patofysiologien ved acne er nyttig for å forstå sentrale behandlingsprinsipp: I 7–8 års alderen aukar mengda sirkulerande androgener (adrenarke). Dette stimulerer pilosebaceous kjertler til produksjon av sebum (talg). Huda blir då feitare og meir glinsande, såkalla seborre. Gjennom puberteten aukar avstøytinga av keratinocyttar i hårfollikelen, og det dannar seg ei propp av keratin og sebum. Denne mikrokomedonen veks i løpet av åtte veker til ein synleg kvit komedon, eventuelt med punktforma mørk åpning mot hudoverflata (i daglegtale kalt «hudorm»).

I dag blir mikrokomedoner sett på som utgangspunktet også for inflammatorisk acne: *Propionibacterium acnes* er ein anaerob bakterie som spaltar triglycerid (i sebum) til frie fetttsyrer. Ein kan påvise bakterien i varierende mengder i ein mikrokomedon, men først eit stykke ut i puberteten. *P. acnes* har kjemotaktisk verknad på CD4 lymfocyttar og granulocyttar, som trengjer gjennom og svekkar follikkelveggen. Til slutt kan follikkelveggen briste og proinflammatoriske substansar i mikrokomedonen kjem då ut i vevet. Resultatet er inflammatoriske (røde) papler eller papulopustlar; ved meir omfattande og djupare inflammasjon også noduler.

Moderne acnebehandling er retta mot mikrokomedoner, inflammasjon, *P. acnes*, og i nokre tilfelle sebumproduksjon. Det einaste preparatet som virkar på alle desse mekanismene er isotretinoin (Roaccutan®) som blir brukt ved alvorleg acne. I praksis er det difor naudsynt å nytte fleire preparat i kombinasjon når ein behandlar acne.



Erlend Tolaas

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



Dag Sollesnes Holsen

født 1962 i Bergen.
Cand. med. UiB, 1988.
Ansatt Hudavdelingen, Haukeland sykehus fra 1992.
Spesialist i hud- og veneriske sykdommer 1997.
Er nå seksjonsoverlege ved Hudavdelingens poliklinikk, Haukeland universitetssykehus.

Viktige preparat i acnebehandling

- **Lokale retinoider** hindrar danning av nye mikrokomedoner og har ein viss antiinflammatorisk effekt (særleg adapalen). Bør vere «grunnsmøring» hos dei fleste pasientar med acne. Eignar seg til vedlikeholdsbehandling, gjerne samanhengande i fleire år. Vi brukar helst adapalen (Differin®), då dette preparatet er betre tolerert enn tretinoin (Aberela®).
- **Benzoylperoxyd (BPO)** er antibakterielt, og reduserer risiko for utvikling av resistente *P. acnes*. BPO bør inngå som ein del av behandlinga ved inflammatorisk acne, i alle fall i periodar, og særleg ved bruk av antibiotika. Kan misfarge hår og klede.
- **Antibiotika** som nyttast i acnebehandling, har antibakteriell og antiinflammatorisk effekt. Klindamycin (Dacilin® liniment/emulsjon) kan brukast lokalt i periodar på to til tre månader om gongen ved mild inflammatorisk acne, helst saman med BPO og lokalt retinoid. Lo-

Preparat	Antikomedogent	Antibakteriell	Antiinflammatorisk	Sebumreduksjon
Lokalt retinoid	Ja	Nei	Ja (adapalen)	Nei
Benzoylperoxyd (BPO)	(Ja)	Ja	Nei	Nei
Antibiotika	Nei	Ja	Ja	Nei
Cyproteronacetat + ethinyløstradiol (Diane®)	Nei	Nei	Ja	Ja
Azelainsyre	(Ja)	(Ja)	Nei	Nei
Isotretinoin (Roaccutan®)	Ja	Ja	Ja	Ja

TABELL 1

kale og systemiske antibiotika skal ikkje kombinerast p.g.a. auka risiko for utvikling av resistente *P. acnes* og *Staphylococcus epidermidis*. Monoterapi med antibiotika gjev auka risiko for resistens mot dei same bakteriane, og dårlegare klinisk effekt. Behandlingstida med systemiske antibiotika ved acne er omdiskutert. Vi tilrår tetracycliner i *to til seks månader*, med seponering ved markert betring av inflammatoriske teikn.

Acne og sol

Acne betrar seg ofte merkbar om sommaren. Retinoider gjev tynnare hud og ein blir då lettare solbrent. Det er ikkje naudsynt å bruke lokalt retinoid i lengre finversperiodar eller på solferie. Likeeins vil dermatolog helst behandle med Roaccutan® i vinterhalvåret. Tetracycliner kan av og til vere fotosensibiliserande og gje utslett, sjeldnare foto-onykolyse.

Generell viktig informasjon til pasienten med acne

- Ver tålmodig! Lokale preparat treng ofte åtte til tolv veker for å ha markert effekt (det tar åtte veker å utvikle ein komedon).
- Lokale middel skal smørast over *heile* området, ikkje berre på synleg acne. Ved bruk av lokale retinoider er ei bønnesor mengde nok i ansikt og panne.
- Lokale middel er irritative i varierende grad. Ved svie, sår hud eller rødme: Reduser applikasjonsfrekvens, smør på kun eit tynt lag, prøv krem i staden for gel, emulsjon i staden for liniment.
- Gelformulering er uttørrande og er førsteval ved uttalt seborre.
- Emulsjon- eller kremformulering er førsteval ved tørr hud.
- Kun forsiktig bruk av mild såpe, dytte tørt. Unngå skrubbing og gnikking av huda!
- Ved absolutt behov for kosmetikk bør denne vere pudder eller vere vassbasert.
- Det er ikkje sikkert vist at kosthald (feit mat, sukker) påvirkar acne.

Behandling i praksis

Dei følgjande pasientdøma viser ei praktisk inndeling av mild, moderat og alvorleg acne med kommentarer og behandlingsslag. Det eksisterer ulike graderingssystem for acne, men desse er etter vår meining upraktiske i klinisk kvardag. Til dømes kan mild acne (for legen) opplevast som ei stor påkjenning for pasienten.



Pasient 1

11 år gammal jente med talrike kvite, og enkelte svarte komedoner i panne, på nase og kinn.

BEHANDLINGSFORSLAG: Lokalt retinoid kveld + eventuelt BPO morgon. Ho har mild acne med overvekt av komedoner. Basisbehandlninga blir lokalt retinoid som smørast på heile det affiserte hudområdet om kvelden. Lokale retinoider kan vere irritative og gje rødme og svie, særleg dei første vekene av behandlinga. Bruk då kun ein liten mengde og smør tynt lag annankvar eller tredjekvar kveld i starten. Velg krem i staden for gel.



Pasient 2

14 år gammal gutt med spredte røde papler og papulopustlar i ansikt og panne. Få komedoner. Ikkje acne på bryst og rygg.

BEHANDLINGSFORSLAG: Lokalt retinoid kveld + BPO morgon + evt. klindamycin lokalt. Det er lurt å kombinere lokalt retinoid (gjerne adapalen) med BPO, særleg viss pa-

sienten også har inflammatorisk acne. BPO finst i fleire formuleringar (krem, gel, dusjgel). Dusjgel som skyllest av etter ca. fem minutt gjev minst hudirritasjon.

Ved manglande effekt av lokalt retinoid + BPO etter åtte til ti veker, kan ein supplere med klindamycin emulsjon eller liniment. *Langvarig bruk av tre lokale preparat er vanskeleg å etterleve for mange pasientar; ofte vil ein då i staden behandle med systemisk antibiotikum.*

Pasient 3



16 år gammel gutt med multiple røde papler og papulopustlar i ansiktet og på øvre del av bryst og rygg. Ein del komedoner. Ingen noduløse element. Nokre få hudsøkk, såkalla «ishakke»-arr, på begge kinn.

BEHANDLINGSFORSLAG: systemisk antibiotikum (tetracyclin) + lokalt retinoid + BPO. Pasient 3 har moderat acne. Trunkal acne er i utgangspunktet lettast å behandle med systemisk antibiotikum, oftast eit tetracyclin. Antibiotika hindrar ikkje danning av komedoner, og skal kombinerast med lokalt retinoid og gjerne også BPO. Kva tetracyclin ein vel er ei smaksak. Vi brukar stort sett lymecyclin (Tetralysal®), som er dyrare enn oxytetracyclin (Oxytetral®), men kan takast uavhengig av måltid. Startdosen for Tetralysal® bør vere 300 mg x 2, og for Oxytetral® 500 mg x 2. Tetracycliner bør brukast i ein avgrensa periode, ofte to til fire mnd. *Pasientar som ikkje responderer på systemisk antibiotikum bør som hovudregel tilvisast dermatolog (sjå også pasientdøme fire).* Ved mistanke om tetracyclin-resistente *P. acnes* kan dermatolog vurdere å bruke eit anna antibiotikum med antiinflammatorisk eigenskap, til dømes erythromycin. Det kan og vise seg naudsynt å behandle med isotretinoin. *Rask tilvising til dermatolog er særleg viktig viss pasienten har stor tendens til arrdanning.*

TILLEGGSKOMMENTAR: Vedlikeholdsbehandling ved acne
Når inflammatorisk acne er stabilisert, er det eit godt råd å halde fram med lokalt retinoid (adapalen) i lang tid, gjerne kombinert med BPO om morgonen.

Pasient 4

28 år gammel kvinne som dei siste to år har fått acne i ansiktet. Sjølv opplever ho huda som svært feit («skinnande»), og ho ønskjer også laserbehandling av auka hårvekst på overleppe. Ho har uregelmessig menstruasjon. I ansiktet har ho røde papler, seborre, få komedoner. Mulig hirsutisme, men ingen viriliseringsteikn.

BEHANDLINGSFORSLAG: Diane® (cyproteronacetat + ethinyløstradiol). Både persisterande og seint debuterande acne er hyppigast hos kvinner. Kvinner, også tenåringer, med acne som ikkje svarar på behandling med systemisk antibiotikum bør utgreiast for hyperandrogenisme. Ta då S-androstendion og / eller S-testosteron samt SHBG. Ved mild eller moderat hyperandrogenisme kan ein behandle med Diane®, så langt det ikkje føreligg generelle kontraindikasjonar mot p-piller. Behandlinga kan styrast av allmennlege. Diane® kan kombinerast med lokalt retinoid og BPO. Opp til ein tredel av kvinnene med hyperandrogenisme kan ha såkalla polycystisk ovarialsyndrom (PCO). Ved behandlingsresistent acne og påvist hyperandrogenisme og/eller infertilitet og/eller hirsutisme, bør kvinna tilvisast gynekologisk vurdering med ultralyd. Merk at i sjeldne tilfelle kan eksplosiv utvikling av acne eller hirsutisme, eventuelt virilisering, skuldast ovarial- eller binyretumor. Hormonanalyser viser då ofte høge verdier for S-androstenedion / S-testosteron eller binyrehormonet DHEAS. Pasienten må då snarast råd vurderast av endokrinolog.

TILLEGGSKOMMENTAR: Acne og prevensjon

Tetracycliner kan teoretisk svekke effekten av p-pille, og pasienten må informerast om dette. Hos kvinner med prevensjonsbehov, kan ein vanleg p-pille vere god behandling av mild og moderat acne. Det er østrogenkomponenten som har effekt på acne. Velg om mulig ein p-pille med eit *lavan-drogen* progesteron som til dømes desogestrel eller drospirennon.

Pasient 5



16 år gammel gutt med eksplosiv utvikling av acne i ansiktet og på truncus siste tre måneder. Ein finn mange noduløse element som er ømme, og nokre av desse skil ut puss. Også mange komedoner. Pasienten er mutt og gjev eit depressivt inntrykk.

BEHANDLINGSFORSLAG: Isotretinoin? Halv-ØH henvisning til dermatolog.

Pasient 5 har alvorleg noduløs acne med stor risiko for arrdanning. Dei fleste dermatologar vil i dag behandle slike pasientar direkte med isotretinoin (Roaccutan®). Ver og merksam på at pasienten kan ha utvikla ein behandlingskrevjande depresjon grunna acne. Dette bør kartleggast av allmennpraktikar, til dømes med taking av MADRS. Nokre hevdar at Roaccutan® i sjeldne tilfelle kan utløyse alvorleg depresjon; dette er omdiskutert.

TILLEGGSKOMMENTAR: Kva er alvorleg acne?

Med alvorleg acne meiner ein vanlegvis (1) noduløs acne eller (2) annan acne med risiko for betydeleg og varig arrdanning. Mange dermatologar vil også inkludere mildare former for acne som fører til psykisk sjukdom hos pasienten.

Behandling med systemisk antibiotikum skal som hovudregel vere prøvt før ein vurderer Roaccutan-kur. Men, som pasientdøme 5 viser, kan det kliniske biletet gjere det naudsynt

å behandle direkte med isotretinoin. Roaccutan® er teratogent, og behandling av kvinner i fertil alder krev sikker prevensjon og nøye oppfølging etter fastlagde retningslinjer. Hypertriglyceridemi og lett forhøga leverfunksjonsprøver er relativt hyppige bivirkningar av isotretinoin. Roaccutan® skal kun skrivast ut av dermatolog. Det er imidlertid naturleg at prevensjonsbiten blir styrt av allmennpraktikar.

Pasient 6

32 år gammel kvinne som ønskjer henvisning til dermatolog for å få Roaccutan®. Ho har prøvt «alle» lokale middel og dessutan tetracycliner i eit halvt år utan effekt på acne. Ho opplever tilstanden som uakseptabel. Ved undersøking gjer ein kun sparsomme funn: Nokre få og små røde papler, enkelte av desse oppklorte og skorpebelagte. Ingen komedoner.

BEHANDLINGSFORSLAG: Henvise dermatolog til second opinion.

Det er ikkje samsvar mellom symptom/funksjonsnedsetjing og objektive funn. Pasienten kan gjerne ha såkalla acne excorieé, kjenneteikna ved at mild acne blir oppklort med danning av små, skorpebelagte sår. Tilstanden blir klassifisert som ein psykodermatose.

TILLEGGSKOMMENTAR: Acne og somatiseringstilstander

I sjeldne tilfelle kan pasientar som presenterer lite acne, men invalidiserande symptom ha ein somatiseringstilstand, såkalla *kroppsdysmorfisk lidning*, der pasienten opplever deler av kroppen som unormal eller defekt. Det er naturleg at allmennpraktikar følgjer slike pasientar over tid. Pasientane nektar ofte tilvising til psykolog eller psykiater. Pasientane bør undersøkast av dermatolog, for ei best mogleg vurdering av hudlidinga. Ein kan med god grunn hevde at desse pasientane har alvorleg acne, og i nokre tilfelle vil det vere rett å behandle med isotretinoin.

Pasient 7

25 år gammel kvinne, gravid veke 12. Fortel om «urein» hud heile livet. No oppbluss av acne i ansiktet. Ho har mange røde papler og enkelte papulopustlar i ansikt og panne. Ein del komedoner. Ingen noduløse element.

BEHANDLINGSFORSLAG: Azelainsyre 15–20% (krem eller gel) to gonger dagleg. Acne kan forverrast i graviditet. Berre lokale acne middel bør nyttast. Azelainsyre (Skinoren®, Finacea®) er trygt i heile graviditeten og kan etter nokre veker gje ein moderat effekt. Det same gjeld for BPO og for klindamycin til lokal bruk. Lokale retinoider er kontraindiserte sjølv om teratogen effekt av adapalen ikkje er sikkert vist.

Kva med arrdanning?

Gode behandlingsformer eksisterer ikkje. Nokre gonger kan arr eksiderast kirurgisk. Steroidinjeksjoner kan forsøkast i hypertrofiske arr og keloid etter acne. Resultata ved bruk av kjemisk og kirurgisk peeling, samt laserbehandling, er usikre og per i dag kan ein ikkje tilrå slik behandling. Hovudpoenget er å behandle acne på eit tidleg nok tidspunkt, før arrdanninga skjer.

Referanser

- Zaenglein A, Thiboutot D: Expert Committee Recommendation for Acne Management *Pediatrics* 2006;118:1188–1199
- Wirth F.A: Approach to acne vulgaris UpToDate april 2006
- Simpson N.B & Cunliffe W.J.: Disorders of the Sebaceous Glands *Rook's Textbook of dermatology* 2006, Chapter 43
- Gupta M.A.: Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatological Disorders *Am J. Clin Dermatol* 2003;4 (12):833–842

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



Partner for bedre helser™

Foto: Bladhuset

Opdag

Ref. nr. 1275-2005



Noen smerter er ikke som andre

-Noe av det verste med sykdommen min er smertene og de sterke medisinene jeg må ta for å døyve dem. Smertene føles til tider forskjellig, men jeg plages kanskje mest med **de brennende og sviende smertene** jeg har i operasjonssåret. For eksempel er jeg livredd for at datteren min på 1 år skal komme nær operasjonssåret når hun leker eller bare vil ha en kos.

Kvinne 38 år, operert for cancer ovarii med metastaser.*

Lyrica®

Nyhet!

- nå med godkjent indikasjon perifer og **sentral** nevropatisk smerte⁵

Nevropatisk smerte er i dag en del av hverdagen for mange pasienter og kan medføre en betydelig redusert livskvalitet. Dette er ofte intense og betydelige smerter forårsaket av skade eller dysfunksjon i nervesystemet.¹ I mange tilfelle vil pasientene også lide av søvnforstyrrelser, angst og/eller depresjon.^{2,3} Nevropatisk smerte kan forårsakes av mange forskjellige sykdommer som

varierer fra kreft til diabetes. Tradisjonelle smertestillende er ofte uten effekt på nevropatisk smerte⁴. Lyrica® har rask og vedvarende effekt, ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner, oftest milde til moderate bivirkninger og enkel 2-gangs dosering.^{5,6,7,8,9,10,11,12}

Vil du vite mer? Besøk www.pfizer.no

Se preparatomtale og referanser på side 49

LYRICA®
PREGABALIN
Mindre smerte. Mer liv.⁶⁻¹²



Hedret med Kongens gull

AV HELEN BRANDSTORP

Mangeårig kommunelege i Loppa, Eystein Straume, har fått kongens fortjenestemedalje i gull, en utmerkelse for nasjonal innsats til en distriktslege med fotfestet på den ytterste utpost! Vi gratulerer!!

I statuttene heter det at «fortjenestemedalje i gull kan i særlige tilfeller utdeles som belønning for en livsinnsats av landsomfattende betydning».

Nå har ikke Eystein bare vært i Loppa i sitt yrkesaktive liv, men i størsteparten har han vært der. Vestlendingen kom til øykommunen nordpå som nyutdannet i 1972 og ble fylkeslege i Finnmark 25 år senere, i 1997. I sommer tok hans ektefelle, Karin Straume, over som fylkeslege. Eystein har selv gått over i pensjonistenes rekke.

Dette er merittene som er oppført som grunnlag for utmerkelsen, i følge lokalpressen:

- 1988 godkjent spesialist i samfunnsmedisin og veileder i allmennmedisin
- 1995 engasjert av Fylkeslegen i Finnmark (det var da Bjørn-Inge Larsen) som prosjektleder for samfunnsmedisin-utdanningen i fylket
- Høsten 1997 utnevnt fylkeslege i Finnmark
- Etter statlig omorganisering av etaten ble han i 2003 direktør i helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannen

i Finnmark og samtidig leder for Helsetilsynet i Finnmark

- Tillitsvalgt i Finnmark legeforening i to perioder
- Tre perioder i kommunestyret i Loppa
- Medredaktør av Utposten (!)

En ukes tid etter overrekkelsen inviterte Sosial og helsedirektoratet, sammen med Helsetilsynet til Samfunnsmedisinske seminar i Vadsø, der fylkeslegeparet Straume bor. Blant prominensen av direktoratsfolk og fylkesleger, var også Utposten invitert for å dekke det hele, sammen med den unge «samfunnsmedisingruppa» i Finnmark. Det ble en fin blanding «god gammel årgang» og ny vin.

Kommunelege i Hasvik og forsker Eivind Merok sa det slik:

Eystein er kjent som en «reflekterende samfunnsmedisiner» der de fleste av universets variabler er legitime å stoppe opp for, og temaene er valgt i samarbeid med ham. Det er et mål med seminaret å få flere til å stoppe opp for «Eysteins variabler».

Vi bringer i dette nummeret Eivind studie av sin kollega Eysteins legeliv, som et glimrende eksempel på faglig kvalitet, reflekterende søken etter mening i tilværelsen og rikdom i erfaringer funnet på den ytterste utpost.



Fotfeste i nord

– forståelse og viten

AV EIVIND MEROK



Teksten er en forkortet versjon av et foredrag holdt under samfunnsmedisinsk seminar i Vadsø 12.–13.10.2006. En av hensiktene med seminaret var å hedre tidligere fylkeslege i Finnmark og primærlege i Loppa, Eystein Straume.

Jeg ser deg for meg. Du er i havnen i Øksfjord: I slitt kjeledress av falmet blått bomullsstoff med et brunt lærbelte spent om livet. I beltet den obligatoriske tollekniven. Du pusler og jobber med båten; din karakteristiske Åfjordbåt. Det må være en lørdags formiddag. Været er godt. Folk spaserer til butikken, rusler nedom deg på flytebryggen for en prat, noen kommentarer og utveksling av råd og vink. Du arbeider tilsynelatende langsomt, grundig, tålmodig og nøyaktig. Det er en lukt av tjære og linolje omkring deg, av tauverk; denne lukten slipper liksom aldri taket i deg. Den sitter vel i huden, i håret, i skjegget. Når jeg tenker på deg, kommer denne karakteristiske lukten av trebåt tilbake.

Jeg ser deg om bord i legebåten. Sammen med mannskapet, Odd og Knut, fremme i styrhuset. Hvert sitt kaffekrus i nevene. Mens jeg kjemper med å holde likevekten i den tunge sjøgangen, prater dere om været, om vindretning, om straumskavler, om sjøfugl, fisk og om folk. Fortellingene ruller langsomt og sikkert ut av dere. Dere er tre mennesker av samme stykke. Sjøfolk alle tre. Trygge på havet, selv om dere nok også kjenner redselen og har respekt for det som er større enn alt menneskelig.

Eivind Merok

Turnuslege og kommunelegevikar i Loppa 1985. Kommunelege i Hasvik 1986–96 pluss deltid fra 2003. Stipendiat og forsker Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø fra 1996. Produsent for fire dokumentarfilmer om helse- og sykdomsforståelse 1999–2004. Medredaktør for boken «Mellom nostalgi og avantgarde – distriktsmedisin i moderne tid» 2005. Nå forsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, ISM, Universitetet i Tromsø.



Jeg ser deg gå i land i Sør-Tverrfjord midt i januar, for snart 22 år siden. Jeg har kjent deg et par timer kun. Du går langs snødekt bygdevei fra kaien med den svarte utekontorvesken i venstre hånd. Du skritter rolig av gårde med høye brune lærstøvler mens du ser og tar inn. Du går gjennom et lite samfunn ved en fjord helt nord og vest i Europa. Havet like utenfor, og du er på vei til et hvitmalt sanitetshus et par hundre meter fra kaien. Der skal dagens utekontordag finne sted. Og jeg får min første pasient på tomannshånd. På min fødselsdag.

Liv og død

En gang på 1970-tallet dør en kvinne i sitt hjem i vestre Loppa kommune. Ektemannen er hos henne, hun bærer navnet Else. Distriktslegen er på vei til sitt kontor. Det er like før han skal gå til kontoret. Ektemannen, Hans, ringer og meddeler dødsbudskapet. Else hadde sovnet inn i løpet av natten, men Hans hadde ventet til morgenen med å ringe. Legen stokker om på dagens gjøremål, og ser for seg en båtreise på tre timer hver vei og to–tre timer på land. Hele kontordagen ville gå med til oppdraget med å stadfeste døden og delta i de ritualer det medførte. Under sjø-

reisen ut til Else snakker legen og mannskapet på to på doktorbåten om henne, om det livet hun hadde levd. De ser, de lytter, de forteller og slurper kaffe. De stemmer seg inn på møtet med Else, Hans og nabokonene, som doktoren forventer skal fylle det lille huset der den døde ligger på kammeret innenfor kjøkkenet.

Doktoren møter noen lokale fiskere i stoa når de ankommer. De greier garn, er i fargesterke oljehyrer, og tilbyr praktisk hjelp når det er kommet så langt. De har allerede funnet frem sleden for å kunne trekke den avdøde på vårens siste snøflekker ned til fjæra og hennes siste sjøreise. Legen gjennomfører sine plikter, han gjør sine samtaler, tar seg tid ved kjøkkenbordet sammen med ektemannen som nå er i ferd med å bli enkemann. Det blir så sendt bud til fiskerne om at de kan bringe sleden med sykekurven opp til huset. Doktoren forteller:

Liket pakkes inn med rent sengetøy, og så skal Else forlate sitt hjem. Men den lille stuen ble aldri bygd for at noen skulle bæres derfra, dørene er for smale til det, rommene for små til at sykekurven kan vris inn. Heller ikke går det å få den inn gjennom vinduene. Det blir min jobb å få Else ut. Jeg løfter henne opp og bærer henne i fanget ut til sykekurven, som er plassert utenfor huset. Varsomt legges hun ned, dynen som lå i kurven, bres over henne, og vi er klare til å gå. De fargesprakende fiskerne tar høytidelig fatt i tauene til sleden og begynner å manøvrere den frem på vinterens siste snøflekker. Nabokonene med lommestørker i øynene følger etter, Hans holder seg til meg bakerst i

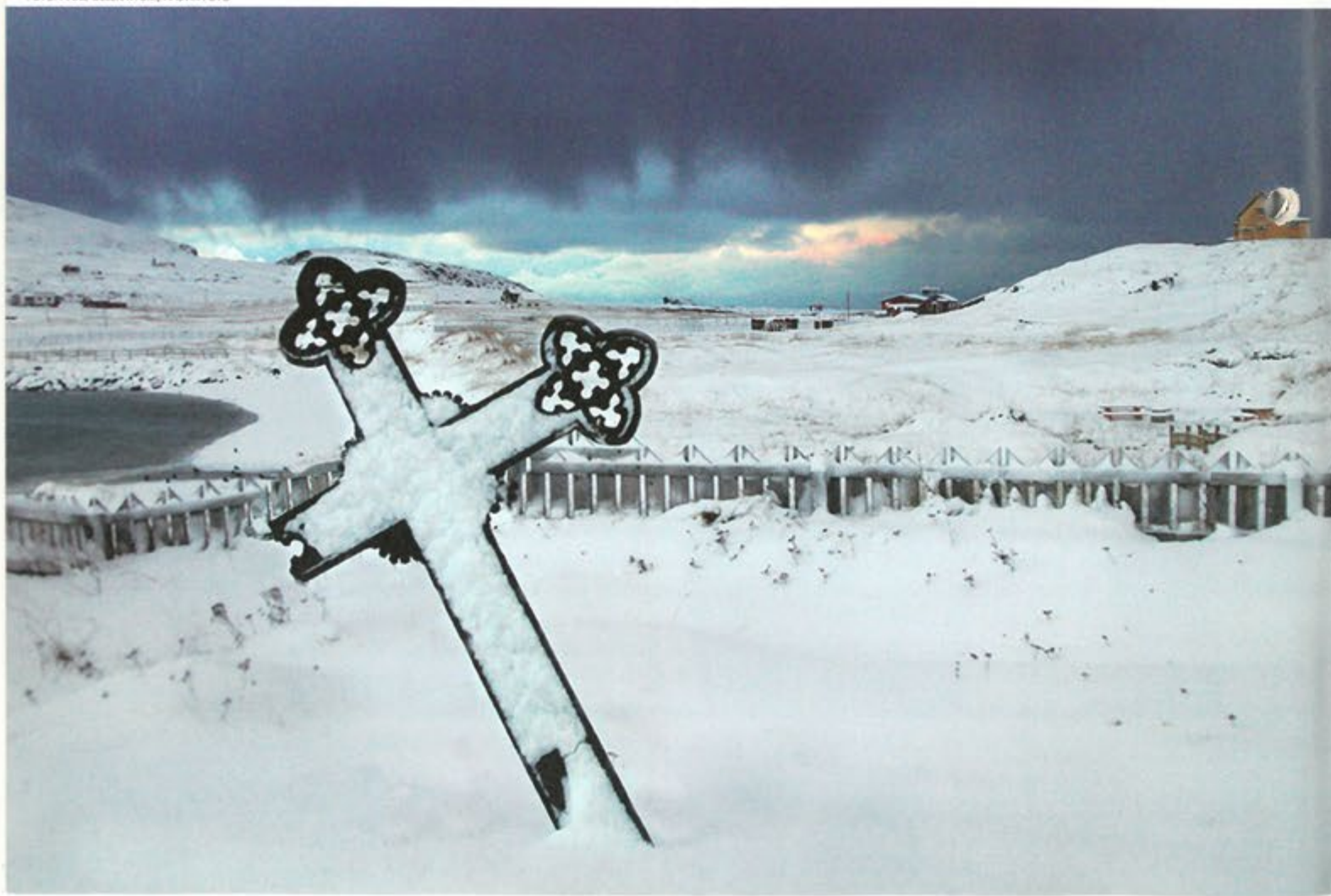
følget. Og bak oss samler det seg en flokk sauer som stille følger. «Alle var glad i Else,» tenker jeg og ser at dynen som er lagt over liket, er storblomstret og fargesterk». (Straume 2005:108).

Dette resymerer i korte trekk den innledende fortellingen i Eysteins essay i boken «Mellom nostalgi og avantgarde – distriktsmedisin i moderne tid», som utkom i 2005. Fortellingen bærer overskriften «Liv og død», og inneholder i sin fortettede form mange av de temaer Eystein vil at vi skal ta inn over oss. Men den inneholder fremfor alt den ultimate verdi Eystein mener skal ligge til grunn for enhver god lokalsamfunnsmedisin: Legens nærhet til og deltakelse i folks liv og stedets liv.

Lokalsamfunnsmedisin

Lokalsamfunnsmedisin er et av Eysteins originale begreper. Det står for en kvalitet ved samfunnsmedisinen som Eystein er overbevist om ikke må gå tapt. Begrepet består av tre ord: Lokal – samfunn – medisin. Men Eystein forstår det som sammensatt av to ord: Lokalsamfunn og medisin. Altså en medisinsk virksomhet utført innenfor rammene av et lokalsamfunn. Han sammenfatter her to virksomheter som lege og to spesialiteter som ofte opptrer atskilte, nemlig allmennmedisin og samfunnsmedisin. Eystein beskriver, i foredraget han holdt til Finnmarkskolleger i mars i år, alle de konsultasjoner han har hatt i lukkede rom med enkeltmennesker om alle livets tilskikkelser:

FOTO: ANNE OLSEN RYUM, HASVIK FOTO



Fra det mest intime til næringssorger og bekymringer om kald krig og storpolitiske hendelser. (Straume 2006)

Denne enorme summen av inntrykk og viten måtte han lagre og bearbeide et annet sted. For å kunne forstå og finne mening: For pasientene og for seg selv i sitt eget arbeid. Dette andre stedet ble den offentlige legen, samfunnsmedisinen. Utfordringen ble å bearbeide alle disse inntrykk og finne arenaer der innsikten kunne omsettes til handling. Dermed var han i ferd med å bli lokalsamfunnsmedisiner. Men det var den allmennmedisinske erfaringsrikdom som gav samfunnsmedisinen lokal legitimitet og troverdighet. Det var erfaringene fra ansikt-til-ansikt-møtene som gav lokalsamfunnsmedisinen sin egentlige og særegne forankring. Eystein fortsetter i det samme foredraget:

Samfunnsmedisinen var ikke mindre viktig, men når han slapp taket i allmennmedisinen, så mistet han fast grunn å stå på, og var uforståelig. Du må stå på noe for å forstå!

Han formulerer her sin egen, og kanskje fagets, dype splittelse: Forholdet mellom vitenskapelig kunnskap på den ene side og menneskelig eksistens og spørsmålene om mening og sammenheng på den annen. Eystein påpeker at allmennmedisinen har det lille spørreordet «hvordan» som medhjelper. Dermed vet han hvordan alt skal lages og bygges. Da står han på trygg naturvitenskapelig grunn. Lokalsamfunnsmedisinen spør «hvorfor»? Dette er et spørsmål om mening og sammenheng. «Og all vitenskap svikter!», sier Eystein. «Hva gjør vi med den betydelige eksistensielle erfaringen og innsikten som våre pasienter har gitt oss?» Og han fortsetter:

Hvorfor-spørsmål er spørsmål som krever en annen metode enn den naturvitenskapelige for å kunne besvares. For å få svar på spørsmål om mening så må vi våge spranget over i troens verden. (...) lengselen etter mening og fast grunn å stå på er sterkere enn noensinne. (...) å tro er at jeg bestemmer meg for et sted å stå, slik at jeg kan forstå og finne mening. (Straume 2006)

Her kommer Eystein med en utfordring mange har hatt problemer med å ta inn over seg. Han lanserer troen som et løsningsforslag på splittelsen mellom vitenskapelig kunnskap og eksistensens meningsaspekt. Noen har tolket dette som en religiøs appell: Et spørsmål om religiøs stillingtagen. Jeg tror denne tolkningen er for snever, og at vi dermed tar for lett på den oppgaven vi her står overfor. For å kunne drøfte dette nærmere må vi kort innom Eysteins vitenskapskritikk og det som kan kalles hans etiske bevisstgjøring.

Fag- og vitenskapskritikk

Eystein bedriver grunnleggende fag- og vitenskapskritikk. Han er kritisk til en allmenn- og samfunnsmedisin som kun oppfatter seg som naturvitenskapelig fundert. Dette har vært et tema for Eystein helt siden jeg lærte han å kjenne i 1985. På slutten av 1980-tallet var han opptatt av paradig-

metori og behovet for et paradigmeskifte for medisinen, i hvert fall for allmennmedisinen. Han skriver i 1990:

Vi som arbeider i primærhelsetjenesten står nærmere virkeligheten enn våre kolleger i de ulike institusjonene. Dette gir oss spesielle muligheter og et spesielt ansvar. Det synes ikke som om de anerkjente metodene i vårt fag fanger opp den virkeligheten som vi ser, og vi må derfor være frimodige nok til også å søke andre tilnæringsmåter. (Straume 1990: 102).

Og de hjelpende spørreordene «hvorfor» og «hvordan» var allerede til stede for 16 år siden:

Vår berettigelse beror på at vi forstår hvorfor og hvordan kunnskap om mennesket er viktig. Ærefrykt for livet og meningen med tilværelsen er nært knyttet til dette» (ibid.)

Eystein etterlyser på den ene side andre tilnærminger til kunnskap, og på den annen side bruker han uttrykk som «ærefrykt for livet» og «meningen med tilværelsen». Når det gjelder en utvidet form for kunnskap, ser han dette for seg innenfor det han benevner som «hermeneutisk metode» der også begreper som «livsverden» er sentrale for ham. Han skriver i boken:

Så er distriktsmedisin dette underlige faget som er svært handlingsorientert, men som likevel støtter seg på hermeneutisk metode. Den pasientsentrerte og hermeneutiske metode har ikke funnet sitt organisatoriske substrat ennå. Kan distriktsmedisinen bli dette etterlengtede og nødvendige leddet i norsk helsevesen? (Straume 2005: 112)

Ja, det er interessant at Eystein setter sin lit til retninger innen filosofi og vitenskap der livsverden og hermeneutikk er sentrale begreper. Men jeg tolker Eysteins anliggende som dypere enn dette. Hans prosjekt er mer av etisk art enn av kunnskapsteoretisk art. Han maner seg selv og oss til å tenke dypere enn å skolere oss innenfor kvalitativ forskning og hermeneutiske tilnærminger til kunnskap. Han ser basis for vår virksomhet i hvordan vi forholder oss til Den Andre. Deretter kommer spørsmålene om kunnskap, tilnærming til kunnskap, metodologiske overveielser osv. Dette skal vi belyse ved å skissere den klassiske motsetning mellom å være en deltaker eller en tilskuer.

Deltakar eller tilskodar

Eystein står i en sterk tradisjon når det gjelder å være kritisk til i hvilken grad en naturvitenskapelig grunnorientering kan hjelpe oss videre i forhold til spørsmål om mening og sammenheng. Den tyske filosofen Edmund Husserl kan kalles fenomenologiens grunnlegger, og var den som lanserte begrepet livsverden. I den siste boken han skrev, formulerer han en setning som kunne vært Eysteins:

In unserer Lebensnot hatte diese Wissenschaft – so hören wir – uns nichts zu sagen. (Husserl 1996: 64). I vår livsnød hadde denne vitenskapen, blir det sagt, intet å si oss. (overs.)

I Eysteins versjon lyder det slik:

Samfunnsmedisineren, slik jeg beskriver han, spør hvorfor. Og all vitenskap svikter! (Straume 2006)

Den vitenskapen Husserl sikter til, er den positivistisk orienterte. Positivismekritikeren kanskje fremfor noen i Skandinavia, vossingen Hans Skjervheim, er en viktig forbundsfelle for Eystein. I det klassiske essayet «Deltaker og tilskodar» (Skjervheim 1957) gir Skjervheim sin versjon av positivisme:

Generelt skal eg tala om objektivisme når den objektivierende holdningen vert absolutert, det vil seia når ein berre vil sjå alt under synsvinkelen fakta og faktisitet. Eit anna namn på det same er positivisme. (Skjervheim 1996:78)

Skjervheim er nådeløs i forhold til reduksjonismen innenfor et positivistisk vitenskapssyn:

Det positivistane har att, er den resten som ein har, når alt det som eksistensielt sett er det viktigaste, er skore bort. (Skjervheim 1996:79)

Skjervheim skiller mellom det

(...) å delta, lata seg engasjera, og på den andre sida å konstatere, å objektivere. (...) Om ein difor objektiviserer si omverd, dei andre og samfunnet, så stiller ein seg utanfor, samfunnet framtrer då som det for ein sjølv framande, det framande er nettopp det som ein ikkje deltek i, eller er i stand til å delta i. (Skjervheim 1996:80)

I et slikt perspektiv fremtrer de andre og samfunnet som determinerte, som om de følger ubrytelige «naturlover». Men fra deltakerstødet er ikke alt forhånds-determinert. Da skal en nettopp selv være med og avgjøre og påvirke, da skal vi selv determinere. Forutsetningen for å oppfatte seg selv eller verden som determinert, er «Entfremdung» – fremmedgjøring.

Uløselig forbundet med alternativet, deltakelsen, er engasjementet. Engasjement i denne betydningen er ikke å forstå som en følelse, noe vi er og ikke er, noe vi slår av og på. Engasjement er ifølge Heidegger en grunnstruktur ved den menneskelige eksistens.

Det vi kan velja, er kva vi vil lata oss engasjera i, eller vi kan lata andre velja for oss. (...) Det første som må veljast, er sjølv å ta valet. (Skjervheim 1996:81)

Og den menneskelige eksistens er ikke, sier Skjervheim, et anliggende for psykologien, sosiologien eller medisinsk-vitenskapelig kunnskap:

Eksistensen sin tilhaldsstad er i det etiske. (Skjervheim 1996:85)

Valget kan ingen ta fra oss. Det er ikke dermed sagt at eksistensen blir enkel, kanskje tvert i mot. Men poenget her er at oppmerksomheten rettes mot etikken før den rettes mot hva den vitenskapelige kunnskap kan bidra med.

Hva betyr så dette for våre spørsmålsstillinger?

Deltakeren og tvileren

Eysteins eksempel er nettopp det å foreta valget. Han valgte deltakelsen som sitt grunnprinsipp, og åpnet seg opp for en eksistens som lokalsamfunnsmedisiner som ble langt fra enkel:

For meg var årene i Loppa mer slitsomme enn jeg ønsker å bli minnet på, men de var også meningsfulle, de ga tilhørighet og sammenheng, og de var identitetsskapende. (Straume 2005:119)

Eystein har i sine tekster også fremstått som en tviler. Han har tvilt på om han har handlet rett i enkelttilfeller. Og han har i ettertid vært kritisk til sin egen virksomhet som lege som bærer av såkalt moderne verdier med troen på fornuften, fremskrittet og det frie individ. Han har reflektert over om han ved sin moderniseringsiver har bidratt til å oppløse velfungerende lokalsamfunn:

Markedstilpassing og liberalisering er kommet i stedet for nærhet til råstoffet og fellesskap. Individualisering og hver enkelts maksimering av egen nytte er veien å gå til det gode liv for alle. Og jeg undrer meg på om det jeg stod for som ung og moderne lege i et tradisjonelt samfunn, hadde i seg en spire til de omveltningene som kom. Det gjør meg i så fall til medskyldig. Jeg ønsket å hjelpe, men hadde jeg i meg stoffet som førte til fralflugging og nedleggelse? (Straume 2005:118)

Men på tross av slit og tvil; deltakelsens prinsipp, og anerkjennelsen av det tilhørende engasjementet, åpnet også opp for erfarings- og kunnskapsverdener som ikke lot seg begrepsfeste innenfor medisinsk tankegang. Eysteins prosjekt ble derfor også å bidra til en form for konstruktiv fagkritikk med et klokkeklart ståsted: Så nært det levde livet som mulig, og samtidig med et blikk for betydningen av samfunnsmessige og politiske drivkrefter.

Eystein har gjort en rekke erfaringer som deltaker i lokalsamfunnet, og som utøver av lokalsamfunnsmedisin, som har gitt ham ubehag og som har reist spørsmål. Grunnleggende spørsmål. Hans primære evidenserfaring har ikke vært statistisk signifikans. Han har derimot prøvd ut begreper, ideer og forklaringsmodeller på den virkelighet han har stått midt inne i. Dette betyr ikke at Eystein avviser epidemiologi og statistikk, basalfag og klinisk kontrollerte forsøk. Tvert om. Men han har smertelig erfart behovet for et fundament for den legefaglige dømmekraften: Et fundament som kan rettleder samfunnsmedisinerens kunnskaps-søken, hennes handlinger og hennes solidaritet.

Fotfeste i nord

Mitt grep har vært å ta utgangspunkt i Eysteins virksomhet i det levende livet, i min relasjon til ham som turnuslege og senere som kommunelege i nabokommunen og bruke tekstene hans som støtte for refleksjonen. På dette viset nådde vi frem til deltakeren som er å forstå som en motsetning til tilskueren. Eller med Eysteins egne ord:

Morgendagens leger kan velge om de vil være fotografer eller fortellere. (Straume 2005:119)

FOTO: ANNE OLSEN RYUM, HASVIK FOTO



Eystein blir i en viss forstand eksemplarisk som legen som kom utenfra, søringen, som ble merket av noe han ikke kunne unnslipe. Den lokale virkelighet, eksistensen, tok tak i han og dro han inn i et engasjert forhold til pasienter, mennesker og sted. På en måte er fotfestet i nord noe som viser seg frem som en mulighet for oss, som vi må gripe på ny og på ny, gjennom små hverdagslige handlinger. Og så en dag undres vi kanskje over at vår egen livsstrategi er blitt til en annen enn den vi dro nordover med. Samfunnsmedisineren, og mer spesifikt lokalsamfunnsmedisineren, med fotfeste i nord oppdager i kritiske øyeblikk hvor den egne lojaliteten ligger, nemlig der du opplever at du har ditt fotfeste.

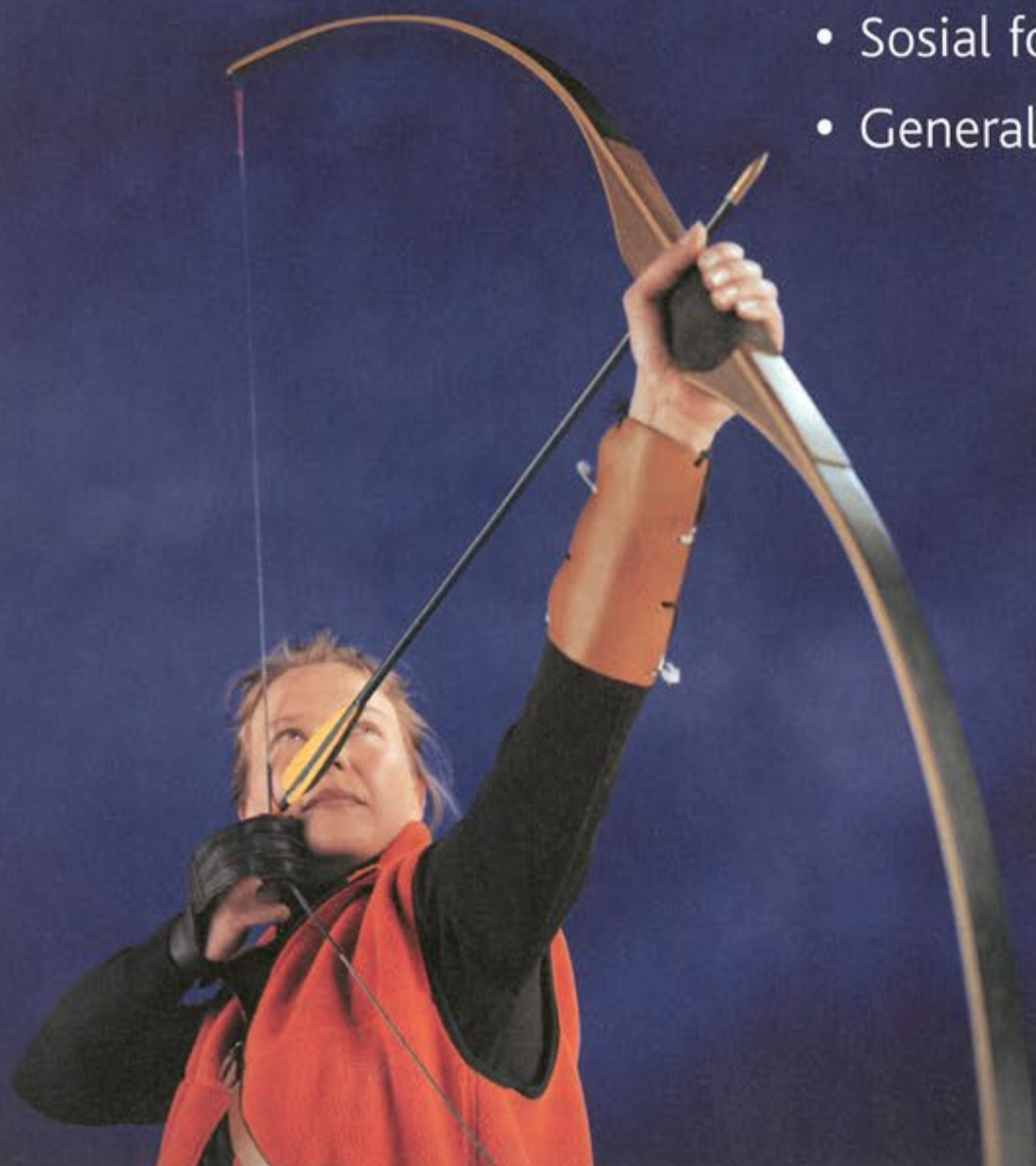
Hvilken utfordring er gitt oss som er yngre enn Eystein? Et moment som slår meg etter gjennomlesningen av Eysteins tekster, er hans sterke stillingtagen i forhold til det nære, til

de stedbundne som ikke tilhører en globalisert elite. Han vil ha oss til å ta parti, til å delta der vi er. Ikke til kun å skumme fløten ved å tilegne oss den nødvendige kompetanse i Finnmark for å komme oss videre i livet. Og senere på trygg avstand å kunne kokettere i undervisning og i selskapslivet med anekdoter fra vår tid på storhavet, på vidda, i bygda, blant «folket». Han vil se oss som reelle deltakere som er villige til å ta ansvar for stedet, lokalsamfunnet og regionen. Han vil at vi skal satse, ta en risiko, og ikke «shoppe videre i opplevelser» når det butter imot. Han vil ha oss til å ta inn over oss den lokale kunnskapen og se «den kompetente finnmarking». Vi må lære språket å kjenne, anerkjenne tilpasningsdyktigheten, ta inn over oss historien, og bære den med oss når vi skal være med og skape fremtiden. Dette er likegyldig om vi velger vårt fotfeste i nord, vest, øst eller sør. Han vil ha oss til å ta stilling! Til å ta vårt valg og tro på det!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: eivind.merok@ism.uit.no

Cipralex®

- Depresjon
- Panikklidelse
- Sosial fobi
- Generalisert angstlidelse



Se preparatomtale på side 51



utposten

– fordi vi fortjener det!

Møter med kolleger en skulle tro visste bedre, gjør det nødvendig å invitere til en liten fem-minutter om bladet du leser nå.

Noen usanne myter

- Utposten er ikke bare for og av distriktsleger.
- Utposten er ikke et NSAM blad.
- Utposten har ikke en redaksjon der alle er radikale eller sosialister.
- Utposten er ikke bare for de ekstremt flinke og ordentlige.

Noen viktige sannheter

- Utposten er 100 prosent dugnad av og for allmennleger og samfunnsmedisinere.
- Utposten tar inn stoff fra kolleger i hele landet, i alle aldre og fasonger.
- Utposten er 100 prosent uavhengig av alle organisasjoner.
- Utposten er 100 prosent avhengig av sine abonnenter.

Litt historikk

Bladet Utposten oppstod på kjøkkenet til noen leger i havgapet på Nordmøre i 1972 da Harald Siem og Per Wium hadde hjemmeværende og hjelpende fruer. Pioneerene protesterte mot beslutninger tatt i hovedstaden og gikk ofte modig og høyt ut, berettes det. Redaksjonen har siden blitt byttet ut hvert femte år, helt udemokratisk ved at avtroppende redaksjon velger den neste. Allikevel snakker man om at det på den måten oppstår noe nytt med hver redaksjon, som en fugl Fønix opp fra en askehaug,

For di bladet er en dugnad fra og for grasrota, mener mange at bladet er typisk norsk. I alle fall finnes det ikke dess like noe sted. Vår uavhengighet er unik! Med den begrunnelsen ble fem årganger av Utposten bundet inn i skinn og overrakt en forvirret egypter i dress på biblioteket i Alexandria i 2002. Anitra var der sikkert også og danset for «Peer».

Dagens redaksjon

Vi har det først og fremst veldig gøy når vi treffes to til tre ganger i året. Telefonmøter er ikke så gøy, det er mer jobb... Vi kommer fra Nord, Vest, Midt og Øst, fra by og land. Aldersspenn fra midt i 30-årene til midt i 50-årene. Vår uunnværlige sekretær, Tove Rutle, har vært uunnværlig for flere redaksjoner og er med der det skjer, ellers også.

Vi lar oss engasjere av svært forskjellige ting, og vi prøver å engasjere folk vi treffer der vi ferdes. Bredde, glede og undring er stikkord, – faglig bredde, glede og undring.

Har du noe å berette, noe du vil fortelle eller noe du mener? Skriv da vel!

Mailkontakt er vi drillet i, nå på fjerde året. Vil du kontakte oss, så bruk mail. Det er så enkelt og bråker ikke! Liker du Utposten, kan du også forsøke å verve en kollega, for å sikre drift videre.

Vi vil lage et godt blad for, om og av oss allmennleger, – ikke elitistisk eller urealistisk. Da trenger vi deg og de du kjenner!

utposten

Blad for all
menn- og
samfunns-
medisin



Innhold

Årsrapport 2000	1
Utposten og NSAM	2
Utposten og distriktsleger	3
Utposten og samfunnsmedisin	4
Utposten og allmennlege	5
Utposten og helse	6
Utposten og forskning	7
Utposten og utdanning	8
Utposten og arbeid	9
Utposten og kultur	10
Utposten og sport	11
Utposten og fritid	12
Utposten og miljø	13
Utposten og økonomi	14
Utposten og politikk	15
Utposten og samfunn	16
Utposten og helse	17
Utposten og utdanning	18
Utposten og arbeid	19
Utposten og kultur	20
Utposten og sport	21
Utposten og fritid	22
Utposten og miljø	23
Utposten og økonomi	24
Utposten og politikk	25
Utposten og samfunn	26
Utposten og helse	27
Utposten og utdanning	28
Utposten og arbeid	29
Utposten og kultur	30
Utposten og sport	31
Utposten og fritid	32
Utposten og miljø	33
Utposten og økonomi	34
Utposten og politikk	35
Utposten og samfunn	36
Utposten og helse	37
Utposten og utdanning	38
Utposten og arbeid	39
Utposten og kultur	40
Utposten og sport	41
Utposten og fritid	42
Utposten og miljø	43
Utposten og økonomi	44
Utposten og politikk	45
Utposten og samfunn	46
Utposten og helse	47
Utposten og utdanning	48
Utposten og arbeid	49
Utposten og kultur	50
Utposten og sport	51
Utposten og fritid	52
Utposten og miljø	53
Utposten og økonomi	54
Utposten og politikk	55
Utposten og samfunn	56
Utposten og helse	57
Utposten og utdanning	58
Utposten og arbeid	59
Utposten og kultur	60
Utposten og sport	61
Utposten og fritid	62
Utposten og miljø	63
Utposten og økonomi	64
Utposten og politikk	65
Utposten og samfunn	66
Utposten og helse	67
Utposten og utdanning	68
Utposten og arbeid	69
Utposten og kultur	70
Utposten og sport	71
Utposten og fritid	72
Utposten og miljø	73
Utposten og økonomi	74
Utposten og politikk	75
Utposten og samfunn	76
Utposten og helse	77
Utposten og utdanning	78
Utposten og arbeid	79
Utposten og kultur	80
Utposten og sport	81
Utposten og fritid	82
Utposten og miljø	83
Utposten og økonomi	84
Utposten og politikk	85
Utposten og samfunn	86
Utposten og helse	87
Utposten og utdanning	88
Utposten og arbeid	89
Utposten og kultur	90
Utposten og sport	91
Utposten og fritid	92
Utposten og miljø	93
Utposten og økonomi	94
Utposten og politikk	95
Utposten og samfunn	96
Utposten og helse	97
Utposten og utdanning	98
Utposten og arbeid	99
Utposten og kultur	100

utposten

Blad for all
menn- og
samfunns-
medisin



Innhold

Årsrapport 2000	1
Utposten og NSAM	2
Utposten og distriktsleger	3
Utposten og samfunnsmedisin	4
Utposten og allmennlege	5
Utposten og helse	6
Utposten og forskning	7
Utposten og utdanning	8
Utposten og arbeid	9
Utposten og kultur	10
Utposten og sport	11
Utposten og fritid	12
Utposten og miljø	13
Utposten og økonomi	14
Utposten og politikk	15
Utposten og samfunn	16
Utposten og helse	17
Utposten og utdanning	18
Utposten og arbeid	19
Utposten og kultur	20
Utposten og sport	21
Utposten og fritid	22
Utposten og miljø	23
Utposten og økonomi	24
Utposten og politikk	25
Utposten og samfunn	26
Utposten og helse	27
Utposten og utdanning	28
Utposten og arbeid	29
Utposten og kultur	30
Utposten og sport	31
Utposten og fritid	32
Utposten og miljø	33
Utposten og økonomi	34
Utposten og politikk	35
Utposten og samfunn	36
Utposten og helse	37
Utposten og utdanning	38
Utposten og arbeid	39
Utposten og kultur	40
Utposten og sport	41
Utposten og fritid	42
Utposten og miljø	43
Utposten og økonomi	44
Utposten og politikk	45
Utposten og samfunn	46
Utposten og helse	47
Utposten og utdanning	48
Utposten og arbeid	49
Utposten og kultur	50
Utposten og sport	51
Utposten og fritid	52
Utposten og miljø	53
Utposten og økonomi	54
Utposten og politikk	55
Utposten og samfunn	56
Utposten og helse	57
Utposten og utdanning	58
Utposten og arbeid	59
Utposten og kultur	60
Utposten og sport	61
Utposten og fritid	62
Utposten og miljø	63
Utposten og økonomi	64
Utposten og politikk	65
Utposten og samfunn	66
Utposten og helse	67
Utposten og utdanning	68
Utposten og arbeid	69
Utposten og kultur	70
Utposten og sport	71
Utposten og fritid	72
Utposten og miljø	73
Utposten og økonomi	74
Utposten og politikk	75
Utposten og samfunn	76
Utposten og helse	77
Utposten og utdanning	78
Utposten og arbeid	79
Utposten og kultur	80
Utposten og sport	81
Utposten og fritid	82
Utposten og miljø	83
Utposten og økonomi	84
Utposten og politikk	85
Utposten og samfunn	86
Utposten og helse	87
Utposten og utdanning	88
Utposten og arbeid	89
Utposten og kultur	90
Utposten og sport	91
Utposten og fritid	92
Utposten og miljø	93
Utposten og økonomi	94
Utposten og politikk	95
Utposten og samfunn	96
Utposten og helse	97
Utposten og utdanning	98
Utposten og arbeid	99
Utposten og kultur	100

utposten

Blad for all
menn- og
samfunns-
medisin



Innhold

Årsrapport 2000	1
Utposten og NSAM	2
Utposten og distriktsleger	3
Utposten og samfunnsmedisin	4
Utposten og allmennlege	5
Utposten og helse	6
Utposten og forskning	7
Utposten og utdanning	8
Utposten og arbeid	9
Utposten og kultur	10
Utposten og sport	11
Utposten og fritid	12
Utposten og miljø	13
Utposten og økonomi	14
Utposten og politikk	15
Utposten og samfunn	16
Utposten og helse	17
Utposten og utdanning	18
Utposten og arbeid	19
Utposten og kultur	20
Utposten og sport	21
Utposten og fritid	22
Utposten og miljø	23
Utposten og økonomi	24
Utposten og politikk	25
Utposten og samfunn	26
Utposten og helse	27
Utposten og utdanning	28
Utposten og arbeid	29
Utposten og kultur	30
Utposten og sport	31
Utposten og fritid	32
Utposten og miljø	33
Utposten og økonomi	34
Utposten og politikk	35
Utposten og samfunn	36
Utposten og helse	37
Utposten og utdanning	38
Utposten og arbeid	39
Utposten og kultur	40
Utposten og sport	41
Utposten og fritid	42
Utposten og miljø	43
Utposten og økonomi	44
Utposten og politikk	45
Utposten og samfunn	46
Utposten og helse	47
Utposten og utdanning	48
Utposten og arbeid	49
Utposten og kultur	50
Utposten og sport	51
Utposten og fritid	52
Utposten og miljø	53
Utposten og økonomi	54
Utposten og politikk	55
Utposten og samfunn	56
Utposten og helse	57
Utposten og utdanning	58
Utposten og arbeid	59
Utposten og kultur	60
Utposten og sport	61
Utposten og fritid	62
Utposten og miljø	63
Utposten og økonomi	64
Utposten og politikk	65
Utposten og samfunn	66
Utposten og helse	67
Utposten og utdanning	68
Utposten og arbeid	69
Utposten og kultur	70
Utposten og sport	71
Utposten og fritid	72
Utposten og miljø	73
Utposten og økonomi	74
Utposten og politikk	75
Utposten og samfunn	76
Utposten og helse	77
Utposten og utdanning	78
Utposten og arbeid	79
Utposten og kultur	80
Utposten og sport	81
Utposten og fritid	82
Utposten og miljø	83
Utposten og økonomi	84
Utposten og politikk	85
Utposten og samfunn	86
Utposten og helse	87
Utposten og utdanning	88
Utposten og arbeid	89
Utposten og kultur	90
Utposten og sport	91
Utposten og fritid	92
Utposten og miljø	93
Utposten og økonomi	94
Utposten og politikk	95
Utposten og samfunn	96
Utposten og helse	97
Utposten og utdanning	98
Utposten og arbeid	99
Utposten og kultur	100

Bill Gates har skjønnet det:

Fattigdom i sør har med vår helse i nord å gjøre

REF.: HELEN BRANDSTORP

Fattigdom gir dårlig helse og dårlig helse gir fattigdom. Fattigdommen i verden representerer et problem for oss alle ved det at fattigdom skaper arnested for epidemier, fattigdommen og urettferdigheten avler kriminalitet, vold og krig og mennesker med dårlig helse kan ikke delta i de globale fellesoppgavene. De trenger ofte hjelp utenfra, fra folk som er heldigere. Allikevel hevdes det at «Health is probably the most confused area in development».

Norad inviterte 18. oktober til sin årlige fattigdomskonferanse. Spesielt i år var at teamet var spisset til fokus på Helse. Kanskje har vår helseinteresserte Statsminister Jens noe med det valget å gjøre? Hans engasjement for bedre og lettere tilgang på vaksiner er godt kjent. Mor/barn-helse er også noe han taler om internasjonalt. Under hans regjering har Norsk Forskningsråd fått økt sin bevilgning til programmet Global helseforskning (GLOBHEL) fra 20 mill. til 80 mill. Det gjør vel heller ikke noe at han har en habil doktor-søster vegg-i-vegg på hjemmefronten!

Alle landets leger var invitert til denne åpne konferansen via legeföreningens internettside, men det ble nok en konferanse for spesielt interesserte. Ca. 200 deltagere med ulike yrkesbakgrunn fant veien til eksklusive Aker Brygge for å snakke om helseproblem i verden, sett spesielt i sammenheng med fattige land. Stedet ble en kontrast til ettertanke. Eller som onde tunger vil kunne hviske; typisk Norad.

Hva er så Norad?

Kort sagt: et direktorat under UD som jobber med utviklingsarbeid gjennom NGO's (non-governmental organizations)



Slik presenterer de seg selv på hjemmesiden

Norad er direktoratet for utviklingssamarbeid (Norwegian Agency for Development Cooperation), under Utanriksdepartementet (UD). Poul Engberg-Pedersen er direktør i Norad.



Direktør i Sosial- og helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen og Dr Francis Onasera i Global Health Workforce Alliance.

Fagetat

Fagetaten Norad skal bidra til effektiv forvaltning av bistandsmidler og sørge for at det Norske utviklingssamarbeidet kvalitetssikrast og evaluerast. Norad skal vere Noregs nytenkande fagmiljø i kampen mot fattigdom i nært samarbeid med nasjonale og internasjonale fagmiljø. Norad har tidlegare hatt ansvar for forvaltninga av stat-til-stat samarbeidet. UD tok over dette ansvaret 1. april 2004. Ved årsskiftet overtok departementet også ansvaret for alle ambassadar som har bistandsoppgåver og tidlegare var administrert av Norad.

Rådgeving og debatt

Fagetaten skal bidra med faglege råd om effektiv oppfølging av Regjeringens handlingsplan for bekjemping av fattigdom og arbeidet med FN's Tusenårsmål¹. Etaten skal utvikle og levere uavhengig fagleg kompetanse, bidra aktivt til faglege diskusjonar og vere i front internasjonalt innan utvalde fagområder.

¹ Fra www.tusenarsmalene.no: I 2000 kom FN med sin oppskrift på hvordan man kan bekjempe fattigdommen i verden. Oppskriften er Tusenårsmålene; åtte felles mål som skal nås innen 2015.

1: Eradicate extreme poverty and hunger; 2: Achieve universal primary education; 3: Promote gender equality and empower women; 4: Reduce child mortality; 5: Improve maternal health; 6: combat HIV/AIDS, malaria and other diseases; 7: Ensure environmental sustainability; 8: Develop a global partnership for development

Alle FN's medlemsland skrev under på Tusenårserklæringen, noe som gjorde Tusenårstoppen et stor historisk begivenhet. Tusenårsmålene representerer noe nytt fordi de er konkrete, tidbestemte og målbar. De åtte målene representerer en rettesnor og en prioriteringsliste for både FN, nasjonale myndigheter og organisasjoner som jobber for å redusere verdens fattigdom. Tusenårsmålene representerer noe nytt også fordi de ansvarliggjør alle land, fra de rikeste til de fattigste. Tusenårsmål nr 8 handler om hvordan vi kan oppnå mål nr 1-7, altså hvordan vi kan muliggjøre en fattigdomsreduksjon gjennom endrede rammebetingelser for de fattige landene.

Samarbeid og tilskot

Etaten skal finansiere, samarbeide med og ha kunnskap om organisasjonar, institusjonar og bedrifter. Kopling av organisasjonskunnskap og fagleg rådgiving skal bidra til å heve nivået på tenestene til Norad gjennom auka tilfang av erfaringar. Dei norske samarbeidspartnarane til Norad er bistands- og humanitære organisasjonar, bedrifter, fagforeiningar, kultur- miljø, forskingsmiljø, ambassadar, statlege etatar og institusjonar.

Fattigdomskonferansen

Tre hovedtema var satt på plakaten.

- Helsepersonell og kapasitetsbygging: nøkkelen til et godt helsevesen
- Legemidler og vaksiner for fattige land: Flaskehalsar og mulige løsninger
- Fattige kvinners helse: Makt og avmakt, fordelig og ulikhet.

Dette er alle tema der Norge spiller en tydelig rolle i verdenssamfunnet og har mulighet for å påvirke. La oss kikke litt nærmere på de tre hovedtemaene

Helsepersonellproblemet

Helsepersonelltilgangen er grovt skjevfordelt i verden. Der barnedødligheten er høyest, er det færrest helsepersonell. Der barnedødligheten er lavest, er det flest. Tallene fra SHdir som er gjengitt i graf 1 nederst på siden taler tydelig.

Det er 57 land verden med akutt helsepersonellmangel, i følge WHO. De mener det trengs 4,6 millioner helsepersonell for å rette opp dette! Dette er helsepersonell som vi i Norge kunne hatt nytte av til våre oppgaver, men som andre fattigere land har enormt mye mer nytte av. Et av problemene i verden er at helsepersonell i de fattigste landene

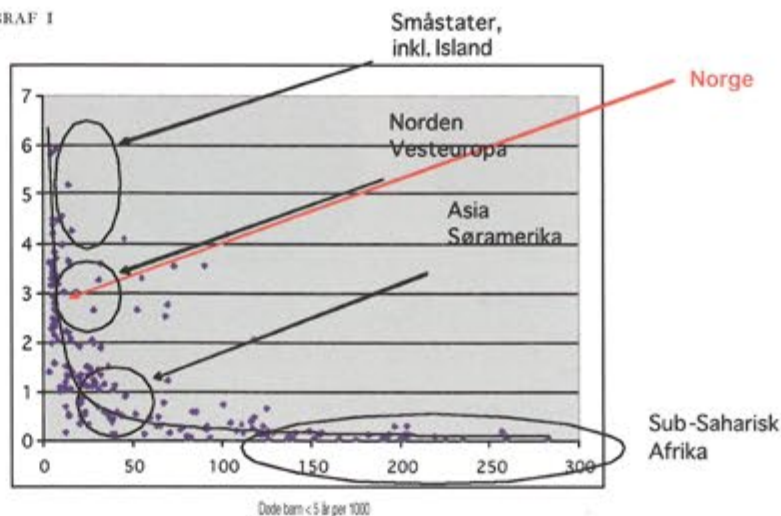
ofte reiser fra hjemlandet etter endt utdanning, til rike land. Bedre arbeidsvilkår og levekår gjør dette til et fullt forståelig valg, selv om vi vet at de fleste av oss ønsker bo nær slekt og venner, og i områdene der vårt folk «alltid har bodd». Noen blir igjen til tøffe arbeidskår og stor risiko for selv å bli syk. En del helsepersonell må også skaffe inntekt ved annen «business» og «no do»-problematikk med betydelig ineffektivitet er resultat mange steder. Legen handler med eiendom i stedet for å redde liv! Det oppstår onde spiraler; mistillit til helsevesenet som er dårlig og som av myndigheter og folk får enda vanskeligere vilkår.

Som aktør i FN og WHO har vi markert oss og tatt initiativ til arbeid med helsepersonellmangel i fattig land gjennom nyopprettede Global Health Workforce Alliance i WHO. Leder Dr Francis Omaswa fra Uganda, berømmet både kollega Sigrun Møgedal og spesialrådgiver Tore Godal for sine viktige roller. Norge gir penger til dette, sammen med andre land som Canada, samt Melinda & Bill Gates.

Sosial og helsedirektoratets direktør, Bjørn-Inge Larsen pekte på helsepersonellproblem som et globalt problem:

- Norge har selv store utfordringer de neste 40 årene pga demografiske utfordringer og økende forventninger i befolkningen
- Vi må handle lokalt og tenke globalt: rydde i eget hus slik at vi ikke er en belastning på andre
- Vi kan bidra til en sunnere internasjonal helsepersonellpolitikk i nært samarbeid med WHO og andre internasjonale aktører
- Vi har etablert et godt helsesystem innen personellfeltet i Norge. Erfaringer fra Norge kan nyttiggjøres også i andre land, samtidig som vi har mye å lære av familienettverkets rolle innen helse og omsorg

GRAF 1



Vår eldrebølge og egne store forventninger til helsevesenet, gjør at vi vil trenge fortsatt betydelig økt arbeidskraft. Gjennomsnittlig årlig vekst av helsepersonellpoolen i Norge er allerede på 6700! Av brukte midler fra bruttonasjonalproduktet ligger vi nå på plass nr to, etter USA. Av leger som får autorisasjon er allerede ca. 50 prosent utenlandske. Brain drain fra fattigere land er på mange vis naturlig, men bør kunne reguleres noe. Larsen listet opp flere muligheter.

- Utdanne nok helsepersonell selv
- Ved behov for arbeidsinnvandring til Norge: Selv ta ansvar for helseutdanningen av innvandrerne
- Forstå de fattige landenes situasjon
- EPOC
- Arbeide for å motvirke fattigdom
- Påvirke forståelsen av økonomi og økonomisk handlingsrom
- Støtte helsesystemutviklingen
- Støtte utdanningen av helsepersonell (pålegge bindings-tid?)
- Bidra til kapasitetsbygging
- Norsk personell som arbeider i utviklingsland kan også undervise
- Godkjenne undervisningsopphold i utviklingsland som del av spesialistutdanning
- Drive egne utdanningsinstitusjoner i utviklingsland?
- Øke stipendordninger for utdanning av personell fra utviklingsland

Vaksiner

Meslinger og influensa er to store årsaker til betydelig barnedød som kunne vært unngått. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) jobber med dette og hevder følgende på hjemmesiden:

Vaksinering er blant de aller mest kostnadseffektive helsetiltak vi kan gjøre for å forebygge sykdommer hos barn og voksne. Vaksiner er ikke bare et gode for hvert barn, men også for samfunnet som helhet fordi det reduserer sykdomsbelastningen. Fortsatt er det mer enn 30 millioner barn som ikke blir vaksinert i løpet av sitt første leveår.

Tore Godal er Jens Stoltenbergs spesialrådgiver, og ble presentert som hjernen bak GAVI. Norge satser på å være en tung støttespiller til denne alliansen også, igjen sammen med bl.a. Melinda og Bill Gates.

Legemidler

På samme måte som med helsepersonell, så er legemiddeltilgangen og bruken minst der behovet er størst. Kunnskapssenteret presenterte dette bildet (graf 2):

Dessuten forskes det frem flest og best (?) legemidler på sykdommer som de rikeste rammes av. Og lege-

middelindustrien beskyldes i tillegg for dumping av mindre gode legemidler til fattige land, der de lite opplyste kundene bruker sine ytterst få midler på unyttige tabletter.

Direktør på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, John-Arne Røttingen, listet opp disse mulige tiltakene:

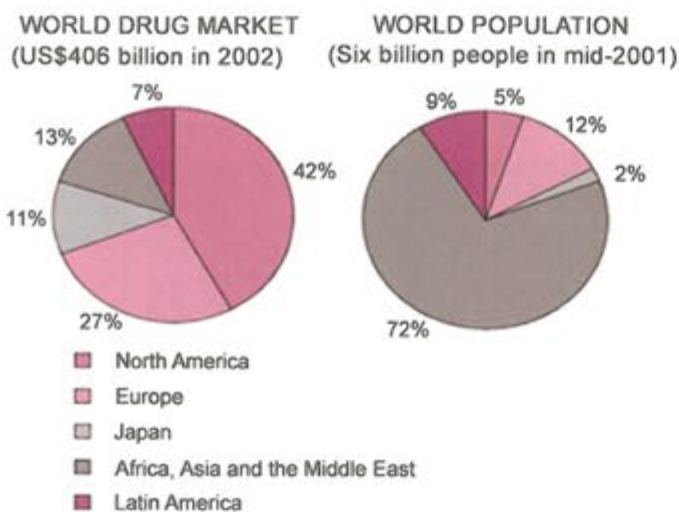
- Offentlig finansiering av FoU
- Offentlig-privat samarbeid
- Patentering (TRIPS)
- Frivillig eller tvungen lisensiering (TRIPS)
- Subsidiering (fra giverland)
- Donasjoner (fra industrien)
- Insentiver
 - innkjøpsfond, garantier for markedsandel
- Helsesystemutvikling

Røttingen trakk frem flere forkortelser for organisasjoner der Norge er med; WHO, TDR, GAVI, Stop TB, GFATM, GFHR, AHPSR. Vi har god mulighet for å påvirke politikkutformingen, mener han, men er bekymret for i hvor stor grad dette er faglig forankret. Ikke uventet, fra det holdet, kanskje. Dessuten etterlyste han en bred tilnærming (se fremstilling på graf 3 på neste side).

Fattige kvinners helse

Kvinnens helse og overlevelse har direkte konsekvenser for deres barns helse og overlevelse. Denne gruppen kan derfor sees på som et samlet satsningsområde, og organisasjonen The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Den globale legemiddelfordelingen



Sources: IMS Health/Population Reference Bureau

GRAF 2

GRAF 3

Bred tilnærming nødvendig



gjør det.

Dette er igjen en ny, stor, samlande organisasjon, opprettet i 2005 da WHO, UNICEF og Redd Barna i USA slo sine mor/barn-arbeid sammen. Tidligere helseminister i Mosambik, Dr. Francisco F. Songane er leder og han var i Oslo. Dataparet Gates støtter også dette initiativet.

Dr Songane understreket HIV-epidemiens tragiske følger. HIV gir økt barseldødlighet pga. infeksjoner, men også re-

duisert helsehjelp til de nybakte mødrene pga. smittefrykt og personellmangel. Jordmødre og gynekologer dør oftere av AIDS enn andre helsepersonell.

For den tidligere helseministeren, som har styrt helse-systemet i et afrikansk land, var det viktig å fortelle ivrige hjelpere i et rikt land følgende oppskrift til god hjelp:

- godt lederskap
- god koordinering
- EN felles plan
- internasjonal vilje til å hjelpe
- bygge videre på det som allerede er i landet

Oppsummeringen

Kollega Ling Merete Kituyi, nå konsulent i FN systemet, men som lenge hadde allmennpraksis i Nairobi, Kenya, oppsummerte konferansen. Hun sa det slik:

Norge er troverdige i dette globale arbeidet som en «honest broker». Vi har ikke egen legemiddelindustri å ta hensyn til, vi har et sterkt tradisjonelt fokus på menneskerettigheter, vi tør å ha et kvinnefokus og vi tør å snakke om ulik fordeling. Et av de første norske ordene min afrikanske mann lærte seg var «urettferdig».

Global utpost

Appell fra Harald Siem, helsediplomat:

Fastlegene har sine lister, distriktslegene hadde sine distrikt. Epidemiologene spør etter nevneren først, før de interesserer seg for telleren. Sånn er det kanskje for helsedirektører? De ser til landegrensene, og der slutter ansvaret.

Men ikke nå lenger.

Det er ikke nytt at den medisinske vitenskapelige utvikling er internasjonal. Internasjonale studier og fagkongresser innen medisinske fag har lenge vært verdifulle elementer for utviklingen her hjemme. Det som er nytt, kanskje særlig tydelig de siste ti årene, er at det neppe er et eneste samfunnsmedisinsk felt her hjemme som ikke er berørt av globaliseringen. Vi må i økende grad forholde oss til det som

skjer ute, og vi vil, og her er det snakk om nasjonens vilje, vi vil påvirke de globale strømningene. Ikke bare i egeninteresse, som for eksempel i smittevernarbeidet (eksepler er fugleinfluenza og verdensøkonomien, eller tuberkulose i nærområdene), og ikke bare de humanitære aksjonene til nødstedte, men også, og det er viktig, også samfunnsmedisinske områder som overvekt, rus, røyking, helsepersonell, prising av medikamenter, beredskap og ulykker – det aller meste.

Vi er i en gunstig situasjon i Norge.

Vi har en statsminister som er personlig engasjert i Tusen-årsårmålene for kampen mot fattigdom, og da særlig mål

Harald Siem

født 1941, var med å grunnlegge Utposten da han var distriktslege i Aukra 1972. Arbeidet i 1980-årene ved Institutt for allmennmedisin UIO og ved Stadsfysikatet i Oslo. Ti år i Geneve, migrasjon og helse, IOM og nødhjelp, WHO. Sekretariatsleder for aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen 2000–2004. Nå leder for sekretariatet for internasjonal helse i SHdir.

nummer fire som skal få ned barnedødeligheten til en tredjedel innen 2015. Til det skal Norge bidra med en milliard kroner hvert år framover.

Vi har en utenriksminister som har arbeidet tre år i Verdens helseorganisasjon, og som nå har satt i gang et samarbeid med en håndfull kolleger utenriksministere for å se på hvordan helse som tema kan brukes i utenrikspolitikken. Utenrikspolitikk kan ofte være konfrontasjoner og konfliktløsning, mens helse oftest er et samarbeidstema med vinn-vinn som resultat.

Og vi har en direktør i Sosial- og helsedirektoratet som i høst ble valgt inn i styret for regionalkomiteen i WHO, i den såkalte Standing Committee. Valgt for tre år, i en god posisjon til å påvirke elementer i helsepolitikken både i regionen, men etter hvert også globalt, gjennom styret i WHO, og innflytelse på de mange nye råd, allianser og konsortier som nå utgjør det man kaller den nye arkitekturen til det globale helsearbeidet.

Jeg vil nevne tre temaområder som er viktige for oss alle, og som krever samhandling og internasjonale løsninger:

Helsepersonellkrisen i sør. Særlig afrikanske stater tappes nå for helsepersonell, som ikke bare forsterker AIDS-katastrofen, men som truer det som måtte være av helsestell, selv det mest elementære. Samtidig som vi ikke kan nekte enkeltmennesker å søke forbedringer i sin egen livssituasjon må vi finne en politikk som gjør trekk-kreftene i rikere land mindre sterke i forhold til de kreftene som vil holde helsepersonell tilbake i de land hvor de bor, er utdannet og har en avgjørende oppgave. Helsepersonell-krisen innehar elementer av dagens migrasjonsproblematikk generelt, og et stort tema også innen temafeltet helsesystemer.

Legemidler, priser og patenter. Prisen på ett års behandling av AIDS har falt fra ti tusen dollar til tre hundre per år i noen land, takket være større innkjøp ad gangen, tydeligere konkurranse og kvalitetssikring av generiske produkter, dvs legemidler hvor patentbeskyttelsen har gått ut. Temafelter er et spenningsfelt mellom stimulering til innovasjon, gjennom patentbeskyttelse, og liv og død i fattige land. Det gjelder ikke bare AIDS, men også i høy grad tuberkulose og en lang rekke sykdommer som kan behandles også i fattige land dersom prisen ikke er uoverkommelig.

Sosiale determinanter og helse. I Norge har vi snakket og skrevet mye om sosial ulikhet og helse de siste årene; overraskende ble det påvist at velferdsstatene i nord i større grad enn andre land, så en økning i forskjeller, målt i dødelighet og sykkelighet. Det er nå et større globalt engasjement for å klarere kunne beskrive de sosiale faktorer som skaper

uhelse. Vi begynte med fysiske forhold, jord, luft, ild og vann. Nå retter interessen seg mer mot individets tilhørighet i fellesskapet, følelsen av å bli sett, nettverk for omsorg, muligheten for å treffe gode valg. Det er et paradoks og en utfordring at å bedre dette forutsetter en samfunnsutvikling som er stikk i strid med utviklingen av det globale markedet, konkurranse og den sterkeste rett.

Jeg har nevnt tre store og kompliserte temafelt. Men den internasjonale agenda inneholder mange punkter, fra normer og klassifikasjoner, informasjonssystemer og ernæring (regulering av sukkerholdig og annen kaloririk mat til barn), utryddelse av poliomyelitt og pasientsikkerhet. Temat som har betydning for oss, og som vi ønsker å påvirke. Vi er ubeskjedne i vår overbevisning om at verdier vi bringer til torvs; likeverd, innsyn og toleranse, skal gjennomsyre det internasjonale arbeidet.

Jeg har nevnt statsminister, utenriksminister og direktør. Ikke uten betydning, men helt hjelpeløse hvis ikke deres merkesaker, de sakene som de setter lyset på, hvis ikke disse sakene engasjerer bredt. Det gjør de, men det er rom for forbedringer. Budskapet om at vi nå i større grad må se utover landegrensene går også til deltakere i den norske primærhelsetjenesten. Kallet går også til dere, og det vil være en glede å se personer med bakgrunn i norsk primærmedisin som i økene finner å kunne engasjere seg, konkret og praktisk, i global helse.



Prisutdeling under Primærmedisinsk uke 2006

Løvetannprisen er en pris Norsk selskap for allmennmedisin i år har delt ut for 21. gang! Denne prisen skal deles ut til en allmennpraktiker som har gjort en innsats for faget allmennmedisin. «Dette kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk...» sier kriteriene.

Forskningsprisen er en pris Allmennmedisinsk forskningsutvalg bedømmer, med utgangspunkt i presentasjonene under forskningsdagen på henholdsvis Nidaroskongressen og Primærmedisinsk uke. Dette er en pris hvor hver av de allmennmedisinske foreningene; LSA, Allmennlegeforeningen og NSAM bidrar med kr. 5000 hver. Den tredje prisen er NSAMs forfatterstipend.

Forskningsprisen



I år delte AFU ut to priser i forbindelse med forskningsdagen på PMU 2006. Førsteprisen på kr 10000 ble tildelt smittevernoverlege i Kristiansand, **Dagfinn Haarr** for hans foredrag: «Fastlegen – dop- langer eller livredder? Opiatbehandling av rusmiddelavhengige i allmennpraksis». Han fikk prisen for forskning og formidling av sitt langvarige arbeid med narkomane pasienter i Kristiansand.

Han har gjennom mange år klart å beholde en dyp interesse og entusiasme for arbeidet med en utsatt og krevende pasientgruppe. Han fikk også prisen for god formidling av sitt forskningsarbeid, ikke minst på forskningsdagen. Andreprisen på kr 5000 ble tildelt fastlege i Stavern, **Inger Johansen** for foredraget: «Rehabilitering av eldre i et kommunalt opptreningssenter – virker det?». Hun fikk prisen for sin forskning om rehabilitering av eldre pasienter med slag og ortopediske tilstander med behov for opptrening. Hun gjennomfører en systematisk undersøkelse av hvor stor nytten er av rehabilitering for denne viktige og ressurskre-

vende pasientgruppen. Arbeidet er knyttet til en deltidsstilling knyttet til et senter for rehabilitering i Larvik kommune.

Løvetannprisen 2006 ble tildelt Fredrik Langballe

I begrunnelsen ble det sagt at: Fredrik Langballe har vært en lokal kraft og et idésentrum i mange år. På google står det blant annet at kandidaten er varamedlem til nasjonalt diabetes forum, er kontaktperson for turnuskandidater i området, har arbeidet med prosjektrapport om etablering av interkommunal legevakt, var med i en av arbeidsgruppene i ELIN prosjektet, som arbeidet med funksjonskrav til e-resepter. Fastlegekollegaen i kandidatens kommune skriver i sin anbefaling:

Fredrik Langballe har gjort et utrettelig arbeid for å bedre det allmennmedisinske arbeid i vår kommune. Han har engasjert seg i alle fasetter av faget både faglig, organisatorisk, samfunnsmedisinsk og teknisk med bruk av hjelpemidler, radiokommunikasjon, mobiltelefoni når det ble mulig og før det var vanlig, datajournal via Profdoc osv. Hans innsats har resultert i at primærhelsetjenesten i vår kommune har vært optimal gjennom mange år. Han har jobbet i vår kommune i ca. 27 år nå og har aldri sluttet å engasjere seg for faget.



NSAMs Forfatterstipend 2006 ble tildelt Edvin Schei

NSAMs forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Stipendet er ment som en inspirasjon og anerkjennelse til forfattere med bokprosjekter som bidrar til fagets vekst. Edvin Schei skriver boka, «Hva er medisin», med kapitler som

- Medisin som viten, teknikk og prosedyre
- Lidelse, helse og sykdom som levd erfaring
- Lege-pasientforholdet – makt og omsorg

NSAM synes det er riktig at det nettopp er en allmennmedisin (og ikke for eksempel en indremedisiner eller kirurg) som skriver en generell bok om medisin. Edvin Schei (bildet) har i en rekke sammenhenger bidratt til samfunnsdebatt og en humanistisk refleksjon over faget medisin. Gjennom kurs og møter har han gitt mange medisinere, ikke minst allmennpraktikere, nye tanker og utvidet horisont.





Rapport fra PMU 2006

Gikk av stabelen på Soria Moria fra 23.–27. oktober. Ny deltagerrekord med 1029 deltagere; 649 leger og 380 medarbeidere. Et flott arrangement med et variert tilbud av kurs for leger og medarbeidere, og et like variert og rikholdig kulturelt program! Kurstilbudet spente fra kognitiv terapi til skulder/albue-kurs, fra laboratorie til ledelseskurs, fra akuttmedisin til palliativ medisin og mye annet, til sammen 24 forskjellige kurs, de fleste kliniske emnekurs. Kulturen er viktig for å ramme inn og inspirere, og det var alt fra cello og Bach-suiter til jazz og rock, teater om et nevrotisk liv og høytlesning av en vakker novelle om livets slutt, dansekurs og operette! Et både dystert og optimistisk syn på allmennmedisinen i fremtiden ble skissert av Per Hjortdahl i Olav Rutles minneforelesning. På festmiddagen holdt Aslak Bråtveit en varm, vakker, morsom og magisk festtale, mens Tove Rutle som toastmaster, greide å holde tråden tross to danske «servitører» mange hysteriske innfall!



Per Hjortdahl



Aslak Bråtveit



Vi overvar masse flotte diskusjoner både i forelesning og utenfor i pausene, en del gruppearbeid og mye interaktivitet med summe grupper, rollespill og aktiv deltagelse slik kurslederne drømte om. Det har vært en uke i samarbeidets og samhandlingens ånd mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin, mellom akademi og praksis, og mellom leger og medarbeidere.

Oppgitt interessekonflikt: Medlem av Hovedkomiteen for PMU 2006.

Her er noen små klipp fra noen deltagere på noen av kursene. Jeg har spurt dem alle om: Hva synes du om kurset generelt, og er det noe spesielt du vil trekke frem?



Mariann
Karlsson og
Line Strand

KURS NR 1: Laboratoriet i allmennpraksis

Mariann Karlsson og Line Strand,
legesekretærer ved Stadion Legesenter i Skien.

Alt i alt et kjempefint kurs. Foredraget om hjertemarkører var for vanskelig for oss legesekretærer, og det kunne foreleser godt ha informert om. Vi skal referere fra kurset for våre kolleger når vi kommer hjem, og vi tar med oss nytt om hygiene. Nå var det spesielt interessant å høre om stikk-skader og hygiene ved blodprøvetagning.

Torbjørn Solheim

KURS NR 3: Palliasjon og praktisk symptomlindring

Torbjørn Solheim,
fastlege ved Rosendal Helsecenter i Rosendal

Et lærerikt kurs. Godt sammensatt program. Praktisk nyttig innhold. Spesielt viktig og bra tema var kommunikasjon med pasient om alvorlig sykdom.





Nina Arntzen

KURS NR 5: Preventiv kardiologi

Nina Arntzen,
fastlege ved Sarpsborgveien Legekontor i Råde

Dette har vært interessant og aktiviserende; både formen, interaktiviteten og spissformuleringene som gir stoff til ettertanke fremover. Samtidig er jeg blitt tryggere på eget arbeid med preventiv behandling.



Gisle Smith

KURS NR 7: Nytt og nyttig om gynekologi i almenpraksis

Gisle Smith,
fastlege ved Bogerud Legesenter i Oslo.

Godt kurs med veldig mye faglig innhold, men litt for tett med for lite anledning til diskusjon. Foredraget om overgangsplager, behandling og risiko var godt og overbevisende i retning av mer hormonell behandling, men min skepsis stiger seg raskt igjen etter at jeg først ble besnåret av en dyktig foredragsholder.



Trude Bakke

KURS NR. 11: Allmennlegene i ledelsen!

Trude Bakke,
fastlege ved Stovner Legesenter AS i Oslo.

Dette var et relevant kurs for meg som ikke har noe særlig ledelserfaring, men åpenbart også relevant for dem med mer erfaring. Det har vært lett å være aktivt deltagende og dermed lære mer. Jeg synes det har vært en passe blanding av foredrag, som brakte mye ny kunnskap og andre som fikk oss til å diskutere erfaringer vi allerede hadde.



Harald Børve

KURS NR. 15: Den nye svangerskapsomsorgen

Harald Børve, fastlege i Bergen

Jeg har fått en generell oppdatering i svangerskapsomsorg. Kurset er interaktivt og humoristisk, som en god ramme rundt det faglige.



Anne Siri Ødegård

KURS NR. 17: Infeksjonsmedisin i almenpraksis

Anne Siri Ødegård,
helsesekretær ved Rådhusgaten Legegruppe i Jørpeland.

Varierte hvor nyttig dette kurset har vært for medarbeidere, mer tilpasset leger. (Men den andre dagen viste seg å bli bedre!) Det er veldig bra kultur og ramme rundt kursene. Det er flott at leger og medarbeidere er blandet, også når man gjør gruppearbeid.



Unni Gundersen

KURS NR 18: Fet eller bare litt lubben

Unni Gundersen,
helsesekretær ved Sjøsandens Legesenter i Mandal.

Jeg var på kurs om organisering av legekontor i går og det var veldig bra, samtidig som det var viktig å være der sammen med to leger jeg jobber sammen med. Dette kurset her har hatt noen veldig inspirerende foredragsholdere. PMU-arrangementet er bra! Det ligger fint med turmuligheter, og er bra sosialt.

Karin Frydenberg



I serien om allmennmedisinsk forskning, presenterer vi i dette nummeret Mari Bjørkman og hennes arbeid. Hun har brukt en kvalitativ metode som er fremmed for mange av oss. Men hun leverer her et solid argument for at dette er en god metode dersom den blir anvendt på riktig måte.



Jeg er lesbisk

– trenger legen å vite det?

AV MARI BJØRKMAN

Jeg jobber som fastlege i Oslo og jeg har jobbet i allmennpraksis siden jeg ble ferdig lege for 13 år siden, unntatt året med sideutdanning. Jeg har alltid ment at allmennpraksis er faglig krevende på en spesiell måte. Man jobber alene, tar viktige avgjørelser, og man må selv være pådriver for å holde en høy faglig standard. Jeg synes det er spennende med evidensbasert medisin, og jeg prøver å være bevisst på hva jeg gjør og hvorfor når jeg behandler pasienter i min praksis.

Imidlertid vil jeg tro at mange praktikere er enige når jeg påstår at det på kontoret skjer mye som ikke lar seg fange opp av forskningen, som ikke kan være evidensbasert. Møtet mellom de to menneskene som sitter i rommet, de to personlighetene, i de to rollene, gjør noe med både pasient og lege.

Ettersom jeg selv har en lesbisk levemåte og dermed har ekstra god kjennskap til hvor utleverende det noen ganger kan være å fortelle om sin seksuelle orientering, og hvor fremmed fra seg selv man kan føle seg hvis man blir sett på og omtalt som heteroseksuell, ble jeg nysgjerrig på hva dette har å si i møtet mellom lege og allmennpraktiker. I allmennpraksis er ærlighet og tillit mellom partene en forutsetning. Videre er det viktig for pasienten å føle seg sett og anerkjent av legen, har jeg tenkt.

Med kvalitativ metode lar det seg gjøre å utforske problemstillinger som ikke kan telles eller måles. Man kan få innblikk i menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, motiv,

holdninger. Som eksempel kan jeg nevne en kvalitativ studie jeg fant svært interessant, som omhandlet compliance – hvorfor følger ikke pasientene våre anbefalinger til tross for høy risiko for hjertekarsykdom? Med større innsikt i pasientenes tanker om dette kan vi kanskje oppnå en mer effektiv måte å motivere pasienter på, eller kanskje vi skal tone ned nytteløst arbeid som kun produserer dårlig samvittighet? Innsamling av data kan gjøres på ulike måter, for eksempel individualintervju, gruppeintervju, skrevne historier eller observasjon av samhandling. Gruppeintervju, som jeg har gjort, gjør bruk av interaksjonen mellom deltakerne, og er særlig egnet til å få fram verdier og normer innen en marginalisert subgruppe. Det blir lettere å snakke om tabubelagte tema fordi de er felles for deltakerne i gruppa. Kravene til bl.a. validitet (hva sier forskningen noe om), relevans (hva kan kunnskapen brukes til) og overførbarhet (kan forskningen si noe mer generelt om mennesker utover informantene) er de samme som ved kvantitativ forskning. For eksempel kan man ikke overføre funnene til alle lesbiske kvinner hvis man bare har intervjuet lesbiske milliardærer. Parallelt med kvantitativ forskning er også at funnene står sterkere hvis de er vist av andre forskere, eller hvis det er bred enighet blant informantene. Forskjellig er at kvantitativ forskning også søker å bringe fram mangfoldet av meninger, det kan være viktig å få belyst en oppfatning som går på tvers av gruppens norm. Videre redegjør man mer inngående for forskerens for forståelse, fordi den kan påvirke for eksempel retningen intervjuet tar. Kvantitative forskere har også for forståelse, den er kanskje mindre synlig og nedfeller seg mer automatisk i for eksempel valg

av hvilke lukkede spørsmål man tar med og hvilken metode man velger for analyse og presentasjon av data.

En kullvenninnne satte meg i forbindelse med professor Kirsti Malterud i Bergen. Malterud har skrevet lærebok om kvalitativ forskning, og hun har selv forsket bl.a. på problemstillinger innen kvinnehelse. Malterud sa seg villig til å være min veileder, og jeg fikk et allmennpraktikerstipend for tre måneder. Det gikk greit å finne en god vikar, og det var en luksus å sette seg ned og lese faglitteratur og tenke i timer om gangen! Det var også en forutsetning for meg å få kontor plass på Institutt for allmennmedisin på Universitetet i Oslo, med kollegialt samvær i lunsjen og tilgang til utallige tidsskrifter. At Malterud jobber i Bergen, og mitt prosjekt egentlig tilhører der, har gått greit i og med utstrakt epost korrespondanse.

Jeg gjennomførte et gruppeintervju med seks lesbiske kvinner. Det ble tatt opp på lydbånd, og Malterud og jeg analyserte teksten sammen. Resultatene var ganske tydelige, synes jeg, og i tråd både med hva jeg trodde på forhånd og med internasjonal forskning. Ja – det er viktig for pasienten å kunne fortelle om sin lesbiske orientering, og ja – det er viktig hvordan legen er i konsultasjonen. Det å være lesbisk oppleves ofte som en del av ens identitet og personlighet, og det å åpne seg om det blir derved både viktig og følsomt for kritikk. Jeg har skrevet ferdig et manuskript og sendt det inn til et engelskspråklig tidsskrift for vurdering.

Dette prosjektet har gitt en del «spin-off» effekter. Jeg har holdt foredrag om temaet i Skeive studenters forening, på Grunnkurs 3 om forskning i allmennpraksis, som internerundervisning for sykehusgynekologer og lignende. Det har også gitt inspirasjon til videre forskning, og jeg arbeider nå for å kunne forske en dag per uke ved siden av fire dager ukentlig i praksisen. Det er kliniker jeg er, men å kunne vie en dag i uken til kritisk tenkning og å finne flere svar, er en sann glede. Jeg tror også at denne «sideforskningen» og kontakten med det allmennmedisinske universitetsmiljøet bidrar til å opprettholde et skarpt blikk på egen klinisk praksis som en bivirkning. Fokus for min forskning vil fortsatt være lesbiske kvinner og helse.

UTPOSTEN
TETT PÅ!



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

BOK *anmeldelser*



Journalistikk handlar om å finne små bitar og stykke som kan gi eit sannare bilete!

Anne Hafstad. *På helsa løs?*
Når pressen tar pulsen på Helse-Norge.
Kristiansand: U-forlaget, 2006.

Anne Hafstad har skrive bok om helsejournalistikk. Boka er i første rekkje rekna på journalistar. Men etter å ha lese henne meiner eg at helsepersonell ikkje berre vil ha nytte, men også moro av å lese særleg siste del av teksten.

Dei første kapitla gjev eit oversyn over dei store trekka ved helsepolitikken og organiseringa av helsetenesta i Noreg. Deretter følgjer eit kapittel om forskingsformidling, før boka blir avslutta med nokre meir metodisk prega kapittel om kritisk journalistikk.

Boka er velskriven. Etter mi vurdering lukkast forfattaren godt i forhold til føremålet med å klargjere utfordringar i møtet mellom to ganske ulike kulturar. Boka har haugevis av praktiske tips for journalistar. For helsepersonell gir desse gode innfallsvinklar til forståing av journalistens arbeidsmetodikk. Hafstad nyttar i hovudsak eigne døme. Dette er sjølvsgatt ei fallgrop, men så lenge det er gjort med så skikkeleg handverk som her, er det ok.

Tematikken i boka er stort sett retta inn mot sjukehus, fastlegar og førebyggjande arbeid. Såleis saknar eg døme frå pleie- og omsorgstenesta. Kommunane som system kjem såleis litt i bakgrunnen av helseføretaka. Dette er litt synd, for eg trur at det ikkje minst vil vere vesentleg for den allmenne journalisten i Noreg å vere merksam på den viktige rolla kommunane har for å sikre folk forsvarlege tenester av tilstrekkeleg omfang.

Om eg skulle ønskt meg delar av boka som obligatorisk pensum for absolutt alle journalistar, må det vere presentasjonen av ulike epidemiologiske design (side 81 ff) og etikkdrøftinga (side 119 ff). Dette er perler. Men her er då også Hafstad på heimebane, både som journalist og som tidlegare medisinsk forskar.

Helsejournalistikk er ferskvare. Det er også denne boka eit døme på. Nokre av dei faktiske opplysingane om helseforvaltninga i første del av boka, er endra på dei få månadene sidan boka kom ut. Det gjeld organiseringa av Sosial- og helsedirektoratet. Nokre stader er det mindre faktafeil, som er meir skjemmande på ein god tekst enn direkte villeiande. Det gjeld til dømes namnet på psykisk helsevernloven (s. 28) og bruken av legeloven, som er oppheva (s. 158).

Eg vurderte om eg var ugild til å skrive denne bokmeldinga i og med at eg er omtala i boka (s. 177). Eg valde å skrive. Spannande var det å lese om eiga aktørrolle. Dels fordi teksten kring det eg kan kontrollere samsvarar med mi forståing av faktum, men også dels fordi teksten gav meg bitar av ny informasjon som gjorde at saker og ting eg har stussa over fall på plass. Ja, så dette er vel nettopp journalistikkens styrke; ikkje nødvendigvis på presentere den heilskaplege sanninga, men å få på plass bitar som folk flest, fag og forvaltning ikkje har, ikkje ser eller ikkje kan få tak i sjølv. Kanskje ei julegave til den som «har alt», og som ikkje orkar lese romanar i jula?

Geir Sverre Braut

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Takk til Lisbeth Homlung for stafettpinnen! Å bli kontaktet av deg vekket mange gode minner fra tiden i Bergen og i studentavisen Incisura. Håper avisen vår fortsatt lever! Lyrikk er for meg i høyeste grad en periodesyssel. Men minst en gang i uken leser jeg poesi, takket være Helge-lyrikk fra Skotselv... For noen år siden arvet jeg fjerde-utgaven av Wildenveys samlede, utgitt i 1941. Jeg vil tro at det er avgjørende for mitt valg av forfatter i denne stafetten. Humor er gjennomgående i mye av Wildenveys diktning, og derfor er han lett og like. Jeg finner stadig frem hans trebinds diktsamling og morer meg over hans betraktninger. Jeg har valg ut to av de diktene jeg gjerne leser igjen og igjen. Selv om han er gjennomsyret at humor, er diktene hans alltid skrevet med en ettertenksom undertone.

I tanker

I haven vandrer en prestemann.
Han tenker alvorlig på Gud.
Da lister lett over gangens sand
en søt liten sommerens brud.

Og presten slår øinene op og ser
at piken er såre skjønn
«Barn,» si'r presten, «se, presten ber,
og du forstyrrer hans bønn.»

«Jeg var på vei til min elskede, jeg»
si'r piken med senkte blikke.
«Jeg tenkte på ham og jeg så dig ikke.
Og da er det underligt rart av dig
som tenkte på Gud, – at du så mig.»



Selma

Og det er liten Selma,
hun er ærlig verd en sang.
Det er henne, som jeg elsker,
det er Selma denne gang!

Hun er vårens unge, Selma,
som fra himlen fikk sitt blikk
drysses nye, gyldne stjerner
over hver en vei jeg gikk.

Hun har svermet gjennom hager
og i sommermarken grønn.
Hun har lært i livets skole
å bli svikefull og skjønn.

Og hun synger glade sange
om en kjærest hist og her,
og det er mange, mange
som har Selma mektig kjær.

Og jeg elsker også Selma,
skjønt hun bryr seg niks om mig;
men det er samme pokker,
for jeg elsker henne jeg!...

Og Gud bevare Selma!
Det blir all min salmesang.
Navnet skjemmer ingen,
det er Selma – denne gang.

Jeg vil gjerne sende stafettpinnen videre til en kollega som i stor grad har bidratt til at jeg valgte allmennmedisin som fag, Bjørg Renaa. Vi delte kontor under min distriktsturnus på Jessheim, og hun ble også min veileder i allmennmedisin.

Åge Slyngstadli



LARS

Legens siger og nederlag

Eg står att på gongen overvelda og fortumla. Bak ryggen min døra til Sigurd, han der inne med den søte og skarpe smaken i munnen, synleg nøgd med samværet då eg gjekk.

I fyrste og andre etasje lange gongar med dører inn til rom med sjukeheimsbuarar. Eg kallar dei pasientar, det kan virka som om det er dårleg helse som er fellesnemnaren, men fellesnemnaren er einsemda. Dei fleste har hatt sterk helse i mange år, det er dei overlevande som bur her. Ektefeller, sysken, svograr er døde, mange har mist born. Nokre har born som er pensjonistar. Det er skralt med pårørande som kan sjå etter ein gamal som har sviktande sansar og rørsleevne.

Den som kunne gleda ein til med ein liten konjakkdram! Kven kunne trengja den kveiken?

Lars ligg på naborommet. Sjur er død, Kjell er flink til å vitja han. Dei tri ugifte brørne budde i lag, arbeidde i lag både på meieriet og på sjøen. Lars var ein munter og prat-sam mann, men så kom slaget. Han vart kløyvd: Høgre sida av andletet, høgre del av kroppen vart han framand, han trenga og slepa på denne uregjerlige kroppen i preikestol og gåstol. Nå ligg han anten på benken eller sit i rullestol. Orda forsvann. Logopeden og sjukepleiarane har prøvd å lokka fram orda, men dei vil ikkje koma, berre einskilte få ord og grynt. Humøret forsvann, han har vorte trist. Kjell har vore flink å vitja han, han har til og med hyrt båt og teke han med på fjordtur.

Lars kunne trengja ein konjakk!

Eg stod for nokre månader framme i sjukeheimsstova og hadde andakt ein sundag. Der hadde me sunge noko i lag, eg hadde lese opp eit stykke frå ei gamal lesebok, sidan eit evangeliestykke or nytestamentet. Nå har eg kontrabassen min ved venstre sida og eg står og syng utover dei levde andlet og lagnader:

Med Jesus vil eg fara på livsens ferd i lag,
Gud, lat den samferd vara, alt til min døyand dag!
Det er mi høgste æra, det er mi største ros,
hans fylgjesvein å vera, og vandra i hans ljøs!

Lars sit der nede, han er sidesigen i rullestolen sin, høgre munnvik heng som vanleg, men munnen rører seg, han syng! Eg kan høyra dei malmfulle orda or ein munn med sviktande evner. Frå minne og barndom kjem orda strøy-mande gjennom eit sviktande nervesystem og brøyter seg veg ut i nåtida, til stova på sjukeheimen. Tårene renn ned-

etter kinna hans, minnene er fulle av verdi, av meining. Nå må eg konsentrera meg for å klara halda fram:

Min Jesus, sannings stjerna, lys opp min mørke veg!
Mitt hjarta vil så gjerne få fylgja etter deg.
Du lyser enn i verdi som før frå Betlehem.
Ver du mitt ljøs i verdi, til heim med deg eg kjem!

Alle fem versa vert songne, eg set bassen frå meg med ærefrykt. Som muskar har eg hatt nokre flotte opplevingar av samklang, dette er ein av dei kjenslesterkaste musikkerfar-ringar eg kan minnast.

Lars kunne trengja ein konjakk!

Eg snur til døra hans, bankar på. Ingen lyd innefrå, eg opnar døra:

«Lars! ... Det er eg, Bråtveit, som kjem inn»

Lars ligg i senga med andletet mot vegg. Det tykkjst ikkje som han har høyrte helsinga mi.

Eg held konjakkflaska i høgre handa, legg venstre handa på aksla hans og rører ved han. Han snur seg tungt i senga idet eg held fram:

«Vil du ha ein konjakk?»

Augo smalnar raskt, andletet rasar saman og frå det djupaste i mannen bryt eit rungande «NEI» fram. Det slår meg på munnen og handa som var eg ein uskikkeleg unge.

Eg rasar frå den nyss opphøgde siger til den djupaste tapsbotn. Kva var det som skjedde?

Meiner å minnast at eg prøvde å stotra fram eit «orsak meg» medan eg tusla fortumla ut or rommet.

Seinare fekk eg snakka litt meir med Lars sine kjenningar. Etterkvart fekk eg eit noko utvida bilete av livet hans. Så langt eg kjende til, var både Sjur og Kjell takksame for å kunna ta seg ein skjenk. Det var gonger då Lars kunne mislika dette. Sjølv var han totalfråhaldsmann og fungerte nok som ein fest-brems i brorflokk. Då eg song Blixsalmen trefte eg ei åre i livet hans. Når så doktor Bråtveit nokre månader etter brått stod over han svingande konjakkflaska kan eg berre ana korleis Lars sin ideologi vart brått og voldsomt utfordra.

På denne korte tida gjekk eg gjennom ein lærdom om å finna den tilpassa respons, sidan fall eg i den velkjende grøfta å generalisera erfaringa, for så å prøva gjennomføra ein reprise. På ny kom erfaringa om at det er den tilpassa respons, skreddarsaumen, som fører fram.

Legen er utsett for å falla i all slag dårskap, eg vert lett sjølvtrygg, innbilske, klarer ikkje fokusera på «hin enkelte». Kor vakkert å oppleva når responsen er tilpassa, kor platt når det er legens behov som er inspirasjonen.

Aslak Bråtveit

PS: Pasientar er rause menneske, dei kan tilgi.



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Selektive serotoninopptakshemmere og blødning

Spørsmål til RELIS

Jente 15 år startet med Zoloft® (sertralin) for ca. seks md. siden. Står nå på 200 mg daglig, hun ble antagelig raskt trappet opp. To måneder etter oppstart fikk hun løs avføring og har blitt utredet for blod i avføring. Negativ gluten, ikke tegn på inflammatorisk tarmsykdom. Ingen andre legemidler, men omega-3 tilskudd. Lege spør om det kan være bivirkning av sertralin, tidsaspektet tatt i betraktning.

Foreløpig er assosiasjonen mellom selektive serotoninopptakshemmere (SSRIer) og blødning begrenset til observasjonsstudier og kasuistikker, og bakgrunnsstøy (confounding factors) er derfor mangelfullt beskrevet (1–3). Men flere av studiene omfatter store pasientmaterialer fra gode registre og bortsett fra manglende informasjon om livsstilsfaktorer og bruk av reseptfrie legemidler, må assosiasjonen sies å være godt dokumentert, spesielt på gastrointestinal blødning (2). Man antar at SSRI gir en ca. tre ganger økt risiko for gastrointestinal blødning gitt alene. Med underliggende faktorer som tidligere sår, kreft, alkoholisme mm. eller f.eks. samtidig bruk av ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs), kortikosteroider, antikoagulantia m.fl. er risikoen mye høyere. Risiko antas å øke med dosen og med graden av serotoninhemming (3). Aktuelle SSRIer med sterkest serotoninhemming er fluoksetin, paroksetin og sertralin. Wessinger og medarbeidere har i et materiale fra USA (multisenter, kasuskontrollstudie) sett på sammenhengen mellom bruk av et SSRI og innleggelse pga. gastrointestinal blødning (4). Denne bekrefter at det er en assosiasjon mellom SSRI og gastrointestinal blødning og finner også en tidligere ikke påvist sammenheng mellom SSRI og nedre gastrointestinal blødning.

Det er bred enighet om at mekanismen bak blødningseffekten skyldes blokkering av adenosintrifosfat (ATP)-mediert aktiv transport av serotonin inn i blodplatene (5,6). Prosessen tilsvarer den som sørger for opptak av neurotransmittere i nerveceller. Platereseptoren er av subtype 5-HT_{2A}. Serotonins rolle i platene er å fremme plateaggregasjon (3–7). Det er antagelig slik at de effekter som er beskrevet stort sett er sekundære til redusert serotoninopptak i platene. Klinisk forløp støtter også denne teorien (7). Blødningskomplikasjonene er vanligvis ikke omfattende, blodtapet begrenset, krever sjelden blodtransfusjon og forsvinner kort tid etter seponering av SSRI. Type blødning beskrevet er ofte typisk for redusert platefunksjon så som blå flekker, petekkier eller purpura, neseblødninger, ekkymose eller hematomer. SSRIer er også assosiert med økt risiko for perioperative blødninger. De fleste rapportene indikerer at lokalisasjonen først og fremst er overflatisk, men også større blødninger er rapportert. Kontrollerte studier har oftest sett på sammenheng med gastrointestinale blødninger (2,7,8). Serotonin spiller en rolle også i tarmmotilitet og er involvert i regulering av kar-konstriksjon og -dilatasjon, særlig kar i slimhinner (5).

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!*

Undervisning på legekontoret

*nødvendig næring i det daglige arbeidet,
men ikke alltid enkelt å få til*

Hvorfor internundervisning? Av fire grunner: god kvalitet på tjenestene til befolkningen, godt arbeidsmiljø, sikre rutiner og det at det er inspirerende. Disse er gjensidig avhengig.

Vi ønsker **god kvalitet** på tjenestene vi tilbyr våre pasienter. Den er avhengig vår faglighet og samhandling innad på legekontoret. Det sies ofte at kvaliteten i en kjede ikke blir bedre enn det svakeste ledd. Felles internundervisning med leger og medarbeidere øker den felles forståelsen av hverandres arbeidsfelt, bedrer vår felles forståelse av leger og medarbeidere som et team og gjør det lettere å presentere felles faglige og praktiske prosedyrer til befolkningen. Det ligger et potensial i å trekke faglige vekslere både på medarbeidere og andre leger i praksisen. Vi er ofte sårbare små enheter med et lite faglig miljø, og det gjør internundervisning minst like viktig som i større bedrifter, men kanskje vanskeligere å gjennomføre.

Godt arbeidsmiljø krever gode samarbeidsrutiner og noen gode samarbeids- og utviklingsarenaer. Arbeidet i praksisen krever et nært samarbeid med medarbeiderne, mens vi ofte ikke arbeider så nært med de andre legene i praksisen. Mange av oss har langvarige partnerskap, med stabilitet i lege- og medarbeiderstaben, og behovet for stadig frisk faglig innsprøytning er stort både for leger og medarbeidere. For arbeidsmiljøet er det også fordeler med en viss likhet i verdier, faglig forståelse og enighet om noen prioriteringer. Noen av disse må gjennomdrøftes og gjøres skriftlig for å kunne følges av både leger og medarbeidere.

For å sikre anledningen til å arbeide med punkt 1 og 2, er det nødvendig å ha en fast tid avsatt til internundervisning. Som arbeidsgivere og ledere har vi leger et ansvar både for egen og for medarbeideres faglige oppdatering. Det er i tillegg prosedyreendringer, kontroller og for eksempel medikamentforskrivningsendringer som gjør det nødvendig og viktig å ha internundervisning. Og så er internundervisning utfordrende og av og til gøy...

Hvordan gjennomføre det?

Uten **fast avsatt tid** og enighet om at internundervisning er viktig, blir det ikke noe av det. Når man driver allmennpraksis blir man revet mellom alt som skulle vært gjort; akutt sykdom, kurs og møter som kommer imellom og individuelle behov for prioritering av andre ting i øyeblikket. Samtidig er vi små bedrifter som selv bestemmer om vi vil prioritere disse ikke-produktive gjøremål. Derfor er den første bøygen å få satt av en bestemt tid til undervisning (og personalmøter), som alle holder «hellig» slik at den ikke spises opp av andre ting. Denne tiden må også gjøres kjent, slik at pasienter og andre respekterer den og ikke forstyrrer oss uten ved akutt behov.

Vi har satt av en fast time i uken, fredag morgen, som brukes til personalmøter, internundervisning og av og til møte med samarbeidspartnere. Denne timen har stått på ukeplanen vår i 20 år. Til tross for årelang kamp for denne timen, er det perioder i året hvor det er vanskelig å få gjennomført internundervisning.



Den neste bøygen er en **kontinuerlig plan over faglige tema**. Det er mitt ansvar å sette opp en plan hvor vi ruller en del temaer og tar opp aktuelle faglige temaer. Det er viktig at det er én bestemt som har ledelsesansvar for dette, fordi det ellers smuldrer bort i tidligere nevnte krav og muligens doktorsens mer materielle behov. Vi har satt av en klokke i uka med rom for personalsaker først. Så har vi en innledning over et aktuelt faglig tema og deretter diskusjon. Det legges opp praksisnært, og vi har ganske lav terskel på hvor godt man skal ha forberedt seg, fordi det ellers blir for tungt å få gjennomført.

Eksempler på tema: Når vi har vært på kurs refereres de i den grad det er av felles interesse. Fordi vi har turnuslege, er det naturlig å ta opp en de grunnleggende faglige temaer som BT-behandling, diabetes, antibiotikavalg ved div. infeksjonssykdommer etc. Det er nyttig for oss alle med grunnleggende diskusjoner om gamle sannheter. Prosedyrer ved hjertestans eller akutt skade skal være et tema hvert halvår. Fagforeningssaker, samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten og forskriftsendringer, er eksempler på stadig tilbakevendende temaer. Hvem som innleder går på omgang, etter eget temaønske, – lystprinsippet så langt det går.

Gammel vane og innarbeidede selvfolgeligheter sløyer og er en fiende også i dette samlivet, og det går ikke like knirkfritt hele tiden. Spesielt er det en utfordring år etter år å sette internundervisning og personalmøter foran andre ting som presser på. Men denne timen er en fritime, både sosialt og faglig, og føles som godt lim i praksisen, selv om undervisningen ikke er like intens hele tiden.

Karin Frydenberg

Ciprallex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramkalsat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer, fargestoff, Titanoksid (E 171). Tabletter 10 mg med delstrek.

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

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

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. Depressive episoder: Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Panikktilstand med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder.

Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptombedring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig.

Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons.

Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Generalisert angstlidelse: Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. Eldre >65 år: Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra oppmerksomhet ved dosering 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 metaboliserende 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. Suicidalitet oppfølges (suicidalsøk og suicidal 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 langtidssikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekt, modning samt kognitiv- og affektutvikling. 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 en 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 en økt risiko for selvmordstanker og selvskadning ved behandling med antidepressiva. Dersom det oppstår selvmordstanker/afled eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkløse antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAID), tilkøpelin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombineringen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for 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 utepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt intens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og rytmiskorrelerte EKG-variabler. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (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 (peligilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOI (RIMA) moclobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOI påbegynnes. Pga. risiko for serotonerg syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selektiv (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 (trykkløse, SSRI), neuroleptika (fenotiaziner, tiokantener og butyrofenoner), melflokin og buspiron. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med lithium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinering med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som 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, tilkøpelin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitoring av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, floridazid og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang (placenta): Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-fetotoksiske effekter, men ingen økt incidens 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 affektforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Initiativitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, diaré og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponeringssyndrom. 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, giesping. Metabolisk: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Savnsløshet, sømnløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi, hode. Utslett, ekkyrmoser, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolisk: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonerg syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smakforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsførstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-enderinger med ST-T-enderinger, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold lave luftveier, adekvat oksygening 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 ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 70 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00. 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40. Endose: 49 stk. kr. 330,60. Dråper: 28 ml kr. 283,60. T: 180).

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

Sist endret: januar 2006

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 Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens!

*Lærerike
kasuistikker*

Differensialdiagnoser ved hoftesmerter

– TRE KASUS FRA VALDRES

Vondt i hoftene er ingen sjelden plage. I førstelinjetjenesten føler jeg det viktig å diagnostisere de som kan ha nytte av kirurgi. Vi ser at pasienter med til dels invalidiserende plager, kan få en svært god livskvalitet etter at de har blitt operert. Selv legger jeg vekt på om pasienten har nattlige smerter og om funksjonsevnen er betydelig nedsatt, ikke minst i forhold til fritidsaktiviteter. Her i Valdres har vi rike muligheter til friluftsliv, noe befolkningen vet å sette pris på. Dersom man ikke lenger klarer å gå i fjellet, på jakt og lignende, er det en betydelig reduksjon av livskvaliteten.

Blant dem som har vært innom med vondt i hoftene, har jeg hatt tre pasienter med liknende symptom-bilde, men hvor det viste seg at det var tre forskjellige årsaker, som krevde tre forskjellige inngrep. Det var en utfordring for meg å finne ut av dette og sørge for at de fikk rett behandling. De kliniske symptomene gir ikke entydig svar på diagnosen, og som alltid er det viktig å ta seg tid til grundig anamnese og systematisk undersøkelse. Røntgen ga svaret i kun et av tilfellene, slik at man må vurdere annen billediagnostikk dersom plagene vedvarer uten at man har funnet fornuftig forklaring. Alle tre er operert. To er blitt så bra at de har gjenopptatt fritidsaktiviteter som de tidligere bedrev, men som hofteplagene satte en stopper for. Alle tre er menn mellom 60–76 år. To var pensjonister, en er fortsatt yrkesaktiv.

Pasient 1 oppsøkte meg tidlig i 2004 til rutinekontroll. Jeg kjente han godt, men ikke fra besøk på kontoret da han tidligere stort sett hadde vært frisk. Han hadde smerter inni hofta, spesielt inn mot lysken. Dette hadde kommet gradvis det siste halve året uten foranledning, ikke traume. Han

hadde smerter både når han var i ro og ved aktivitet. Også smerter om natta, samt startvansker fra morgenen, men det gikk seg noe til utover dagen. Ingen familiær belastning med hofteplager. Han brukte ingen faste medikamenter og røykte ikke. Ved us. hadde han noe vaggende gange. Vansker med å bøye seg, klarte med mye besvær og få på seg skoene etter us. Smerter i den ene hofta ved fleksjon og rotasjon, men sidelik og normal ab- og adduksjon. Normal nevrologi, Laseque negativ, god perifer sirkulasjon. Andre hofte var normal. Alle blodprøver var normale med SR 5 og CRP < 8. Revmaserologi også neg. Rtg. av begge hofter viste normale ossøse og artikulære forhold. Da han også hadde hatt murring i ryggen, ble det tatt rtg. lumbalcolumna som viste mulig Mb. Scheuerman, ellers ingen patologi.

Pga. mistanke om hernie ble han så henvist til ultralyd. Man påviste her et inguinalhernie. Radiologen mente det kunne forklare hans smerter og anbefalte operasjon. Denne ble gjennomført to måneder etter at han var hos meg første gang. Man fant et stort preperitonealt lipom som ble fripreparert ned til indre lyskeåpning. Mulig lite lateralt brokk, det ble lagt inn Bard plugg. Ellers ikke påvist andre brokk, spesielt ikke femoralt.

Ved kontroll en måned etter operasjonen, var han fortsatt betydelig plaget av smerter, følte ikke at brokkoperasjonen hadde gjort situasjonen bedre. Pga. langvarig, uavklart smerteproblematikk ble han henvist til MR lumbalcolumna, hofte og lår. MR lumbalcolumna viste kun beskjedne deg. forandringer. MR av hoften viste høysignalforandringer i caput og collum femoris forenlig med avaskulær nekrose. På bakgrunn av dette ble pas. vurdert av ortoped

med tanke på proteseoperasjon. Etter å ha drøftet pas. inngående i ortopedmiljøet, ble man enige om å behandle han konservativt og se det an. Da ny MR etter seks mnd. viste progressjon av nekrosen, samt at han stadig var betydelig plaget med smerter og innskrenket bevegelse, ble det forsøkt operasjon med oppboring til det patologiske området. Dette bedret situasjonen såpass at han var tilbake på jobb etter et snaut år.

Pasienten er siden fulgt av ortoped. Ved siste kontroll sept. 06 var tilstanden i hofta nærmest uendret, men det var tilkommet en viss artroseutvikling, som nok kan indikere at det trolig ender med protese i hofta en eller annen gang. Han er selv godt fornøyd og i jobb slik at man har klart å opprettholde god livskvalitet, til tross for et langtrukket og komplisert sykdomsforløp.

Pasient 2 oppsøkte meg høsten 04. Han hadde kjent hjerte-karsykdom, hadde hjerteinfarkt for snaut ti år siden. Bruker fast ASA, ACE-hemmer, betablokker og statin, har på dette vært velregulert og i fin form. Tidligere storøyker, men hadde sluttet for noen måneder siden. Før det aktuelle var han ivrig til å gå turer, ikke minst i skog og mark. Pga. hans hjerteplager fulgte jeg han regelmessig opp og kjente han derfor godt. Han er en traust kar, og som mange andre her i Valdres, forsnakker han seg ikke.

Han beskrev for meg at han hadde fått økende plager med hofta siste tre måneder. Dette hadde kommet gradvis uten foranledning, ikke traume. Han beskrev smertene mer lateralt i hofta, også noe utstråling ned lateralt og på baksiden av låret. Han hadde ikke smerter når han var i ro, ikke plaget om natta. Smertene kom raskt når han skulle gå, spesielt i motbakke. Han benektet krampetendens, men beskrev at han ble fort sliten i beinet når han skulle gå. Ingen startvansker.

Ved us hadde han noe vaggende gange. Klarte greit å bøye seg for å ta på seg skoene etter us. Han var ikke palp. øm i hofta, spes. ikke øm over trochanter. Normal og sidelik beveg. i begge hofter, men angir smerter ved bevegelse i ytterstillingene i affisert hofte. Normal nevrologi, Laseque negativ. Perifer vaskulær status ble ikke tatt. Blodprøver tatt samme dag viste forhøyet SR (62), men norm CRP (< 8). Blodsukker 5,5. Øvrige prøver inkl. urinsyre var normal.

Pas. ble henv. rtg (enklest for ham, da vi har digitalisert rtg-apparat her på Fagernes) for å avklare artrose/artritt. Rtg. viste ingen patologi.

Ved kontroll etter en mnd tok jeg en grundigere anamnese. Det kom frem at han fikk smerter når han gikk > 50–100

meter, spesielt ille når han gikk i motbakke. Smertene begynte i leggen og bredde seg opp i hofta, ikke som han ga uttrykk for ved første konsultasjon, at det startet i hofta. Dersom han hvilte avtok smerten, slik at han igjen kunne gå 100 meter.

Ved us var det smertefulle beinet kaldt fra midt på leggen. Det var norm. og sidelik hudfarge, men tydelig nedsatt kapillær fylning. Svakere puls i a. femoralis på affisert side, ikke palp. puls distalt for lysken.

Han ble på bakgrunn av dette henvist karkirurg. Ankelindex affisert side var 0,64, mens den var 1,05 på det andre beinet. MR angio viste en svært trang stenose, evt. totalokklusjon i iliaca communis på affisert side, samt noe stenose i iliaca externa samme side. Relativt bra kar distalt, med kun beskjedne forandringer.

Fire måneder etter at han var hos meg, ble det gjort PTA med innsetting av stent x 2 i h. bekkenstamme, samt PTA i h. femoralis superficialis og poplitea. Angiografisk vellykket, ankelindex etter operasjonen var 1,0 begge bein.

Pasienten har siden vært fulgt opp hos karkirurg, og ved kontroll feb. 06 var han godt fornøyd. Gangdistansen var tilfredsstillende, og han følte selv at han kunne gå og være i aktivitet det han ønsket.

Pasient 3 er også en aktiv pensjonist, som er glad i gå i skog og mark. Meget god fysisk form, hadde gått både Birkebeineren og syklet Trondheim–Oslo. Han brukte ingen medikamenter og røykte ikke. Han oppsøkte meg for et drøyt år siden, etter at han hadde vært hos fysioterapeut. «Bestillingen» var egentlig en kortisonsprøyte, da han selv mistenkte at han hadde senebetennelse. Han fortalte meg at han hadde fått økende smerter i begge hofter, spesielt høyre. Dette hadde kommet gradvis uten foranledning, ikke-traume. Han lokaliserte smertene mest til lysken, men også på lateral siden av låret, derfor av fysioterapeuten tolket som trochantertendinit. Smerter både i aktivitet og i ro. Han hadde startvansker og måtte hjelpe til med armene når han skulle reise seg. Det var ingen familiær belastning med hofteplager.

Ved us. hadde han vaggende gange med halting. Betydelig nedsatt bevegelse, både ved rotasjon samt ab- og adduksjon, klarer ikke å krysse h. bein over v. Det var betydelige smerter ved bevegelse i ytterstillinger. Ingen atrofi og normal perifer nevrologi.

Han ble henvist røntgen, som viste bilateral artrose med nedsatt brusk, subchondral sclerose og randpålcinger h.

KENNETH GUTTERUP

FORBIFARTEN

STILLING ALLMENNLEGE

ARBEIDSSTED STASJONSBYEN LEGESENTER, ØSTFOLD



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Vålenga gutt som har flytta til Fredrikstad.

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

De fleste bruker etternavn. Fornavn blir litt for kompis etter min smak.

Hva gir deg mest glede? Barna mine.

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

Spise frokost hver dag.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når pasienten gir meg en klem og sier takk.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg kjenner at jeg stresser.

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

Hvordan langtidssykemeldte kunne utnytte sine under-vurderte ressurser bedre, og føle seg verdifulle.

forts. lærerike kjasustikker

side. På bakgrunn av dette ble han henvist til ortoped og senere operert med protese i begge hofter, først i høyre der han var mest plaget.

Ved siste kontroll hos meg nå i september var han godt fornøyd. Han hadde trent seg opp og kunne gjenoppta en del av de aktiviteter som han tidligere drev med.

Som vi her ser, kan vondt i hofta være så mangt. Jeg har bevisst utelatt frakturer, nevrologi og flere andre årsaker til hofteplager, men valgt disse tre historiene som likner i mye.

Hofteplager med smerter og innskrenket bevegelse er ofte såpass invalidiserende at man må redusere sitt aktivitetsnivå betraktelig. Jeg har her beskrevet tre aktive karer, «i sin beste alder», som hver på sin måte fikk hjelp av moderne kirurgi, slik at de kunne gjenoppta aktiviteter som hofteplagene hadde satt en stopper for. Å hjelpe disse pasientene er meget takknemlig, noe som gjør at jeg nok en gang ikke anger på at jeg ble allmennpraktiker.

Tor Inge Kristianslund, Fagernes

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Stående, uten huskelapp, og med god hygiene.

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

Det må være lov. Man kan ikke være helt selvutslettende heller. Men, man bør si ifra på en rolig og saklig måte som viser at man fortsatt er legen

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Da hadde jeg vært popstjerne!

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

Ingvar Wilhelmsen. Da kunne han underholdt meg med sitt vanvittig morsomme foredrag

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?

Forebyggende arbeid mot psykiske lidelser blant barn og unge får helt klart mer. Bittelittegranne mindre på alt det andre.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Forebyggende arbeid mot psykiske lidelser, livsstilssykdommer og fedme blant barn og ungdom. (Vi høster som vi sår.)

Hvilket sykehus er Norges beste?

Sykehuset i Østfold Fredrikstad. De har fått ufortjent mye kritikk.

Spørsmål fra Benny Adelved:

Jeg har hørt at du ved siden av å være lege driver med mye annet bl.a. å holde sommerleir for barn. Kan du fortelle oss mer om det?

Som gammel Hudøy-gutt elsker jeg konseptet feriekoloni. Jeg ønsker derfor å viderebringe erfaringen til Østfold. Sarpsborg kommune har vært generøse og gitt god økonomisk støtte to år på rad til «Coolonien». Målet er ganske enkelt å gi barn og unge en minnerik sommerferieopplevelse.

Forslag til neste intervjuobjekt.

Line Brekke.

Spørsmål til henne: Du engasjerer deg mye i jobben med narkomane. Dette er en krevende gruppe å jobbe med. Hva driver deg?

Diclocil

Bristol-Myers Squibb Penicillinaseresistent penicillin. J01CF01

INFUSJONS-/INJEKSJONSSUBSTANS 500 mg, 1 g og 2 g: Hvert hetteglass inneh.: Dicloxacillin. natr. aeqv. dicloxacillin. 500 mg, resp. 1 g et 2 g. **KAPSLE** 250 mg og 500 mg: Hver kapsel inneh.: Dicloxacillin. natr. aeqv. dicloxacillin. 250 mg, resp. 500 mg. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **PULVER TIL MIKSTUR** 12,5 mg/ml: 1 ml inneh.: Dicloxacillin. natr. aeqv. dicloxacillin. 12,5 mg, sacchar. 500 mg, natr. benz. (E 211), const. q.s. Sukkerholdig. Miksturen tilberedes på apotek for utlevering. Ananassmak. **Egenskaper:**

Klassifisering: Semisyntetisk penicillin. Syrestabilt. Virkningsmekanisme: Hemmer bakterienes celleveggsyntese. Virker baktericid. Absorpsjon: Etter 1-2 timer oppnås serumkonsentrasjoner på ca. 15 µg/ml (etter 500 mg peroralt). Proteinbinding: 96 %. Fordeling: Gir gode konsentrasjoner i leddvæske, benmarg og sårsekret. Halveringstid: I serum ca. 45 minutter. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Ca. 2-3 µg/ml opprettholdes i ca. 4 timer. Utskillelse: I løpet av 6 timer er ca. 65 % av peroral dose utskilt med urinen. **Indikasjoner:** Infeksjoner med penicillinasedannende stafylokokker f.eks. sårinfeksjoner, abscesser, osteomyelitt og sepsis. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Kvalme, oppkast, dyspepsi, flatulens, diaré, utslett, kløe. Alvorlige allergiske reaksjoner som f.eks. anafylaksi er rapportert, men er sjeldne ved peroral terapi. Sjeldne (< 1/1000): Heshet, nysing, pseudomembranøs kolitt, halsbrann, øsofagitt, ulcerasjon, eosinofili, hemolytisk anemi, agranulocytose, nøytropeni, leukopeni, granulocytopeni, trombocytopeni, benmargdepresjon, feber, myalg, artralgi. Tromboflebitt og lokal smerte er rapportert etter intravenøs injeksjon. Forhøyede serumkreatininværdier er rapportert ved profylaktisk bruk av høye doser til eldre pasienter som har gjennomgått totalplastikk. Årsakssammenhengen til dikloksacillin er ikke helt klarlagt. **Forsiktighetsregler:** Da forhøyet serumkreatininværdier er rapportert ved profylaktisk bruk av høye doser til eldre pasienter som har gjennomgått totalplastikk, bør nyrefunksjonen kontrolleres før og under behandling med dikloksacillin. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal dosen generelt reduseres. Antagelig er pasienter som er overfølsomme mot cefalosporiner også overfølsomme mot penicilliner. Da det er begrenset erfaring ved bruk til premature og nyfødte, kan det ikke gis doseringsanbefalinger til denne aldersgruppen. **Graviditet/Amming:** Ingen kjent risiko ved graviditet. Utskilles i morsmelk i liten grad. Forsiktighet bør utvises ved behandling av ammende. **Interaksjoner:** Effekten av warfarin/dikumarol kan reduseres ved samtidig behandling med dikloksacillin. I sjeldne tilfeller kan systemiske antibakterielle midler redusere absorpsjonen av p-piller. Penicilliner kan inaktivere aminoglykosider in vitro og dette kan gi falskt lave resultater ved aminoglykosidmålinger i serum. (I: 39e antiinfektiva, 54e penicilliner, 54e dikloksacillin). **Dosering:** Peroral dosering: Voksne og barn (> 40 kg): 500 mg 3-4 ganger daglig. Ved større og alvorlige infeksjoner kan døgndosen økes til 6 g. Barn 20-40 kg: 250 mg 3-4 ganger daglig. Barn (< 20 kg): 50 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Ved alvorlige infeksjoner fordobles døgndosen. Preparatet bør ikke tas sammen med måltider. Kapslene svelges hele. Parenteral dosering: Voksne og barn (> 40 kg): 500 mg 3-6 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan døgndosen økes til 6 g. Barn (< 40 kg): 50 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Ved alvorlige infeksjoner fordobles døgndosen. Ved dosering til premature og nyfødte, se Forsiktighetsregler. Dosering ved nedsatt nyrefunksjon: Da dikloksacillin utskilles ved såvel glomerulær filtrasjon som tubulær sekresjon, bør intervallet mellom dosering forlenges ved redusert nyrefunksjon. Dosen reduseres dersom neurologiske symptomer oppstår. Såfremt den endogene kreatininclearance er mellom 15 og 30 ml/minutt, bør døgndosen ikke overskride 4 g. Er kreatininclearance under 15 ml/minutt, bør døgndosen ikke overskride 2-3 g. **Oppbevaring og holdbarhet:** Miksturen er etter tilberedning holdbar 2 uker i kjøleskap og 3 dager ved værelsestemperatur. **Andre opplysninger:** Tilberedning av oppløsninger: Diclocil til injeksjon og infusjon 1 g, inneholder ca. 2 mmol (mekv) Na⁺, hvilket tilsvarer ca. 15 ml natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Intravenøs injeksjon: 500 mg løses i 5-7,5 ml sterilt vann. 1 g løses i 10 ml sterilt vann. 2 g løses i 20 ml sterilt vann. 500 mg administreres over en periode på 3-5 minutter og 1 g, resp. 2 g administreres over minst 5 minutter. Oppløsningen skal brukes innen 4 timer. Intravenøs infusjon: 500 mg løses i 5-7,5 ml sterilt vann. 1 g i 10 ml og 2 g i 20 ml sterilt vann og blandes deretter med ønsket infusjonsvæske. Tilberedte oppløsninger er holdbare 8 timer i værelsestemperatur, alternativt 16 timer i kjøleskap, i natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml og i glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Intermitterende infusjon: 1 g, resp. 2 g løses i 100-250 ml natriumklorid 9 mg/ml og infunderes i løpet av 30-60 minutter. Brukes umiddelbart.

Pakninger og priser: Infusjons-/injeksjonssubstans: 500 mg: 10 hettegl. kr 191,50. 1 g: 5 hettegl. kr 191,50. 2 g: 5 hettegl. kr 313,10. Kapsler: 250 mg: 50 stk. kr 247,60. Enpac: 30 stk. kr 156,60 100 stk. kr 460,70. 500 mg: Endose: 100 stk. kr 708,70. Enpac: 30 stk. kr 235,40 50 stk. kr 371,90. Mikstur: 150 ml kr 88,70.



Bristol-Myers Squibb

Veritasveien 26, Pb 464, 1323 Hovik
Telefon 67 55 53 50, Telefaks 67 55 53 52

Beslutninger under usikkerhet

Distriktsmedisinsk konferanse, Nasjonalt Senter for distriktsmedisin

STED: Solstrand Hotell, Os.

TID: 29.–30. mars 2007

MÅLGRUPPE: Kommuneleger og allmennpraktikere, praksislærere, turnusveiledere, spesialistveiledere, praksiskonsulenter.

MÅLSETTING: Distriktsmedisinsk arbeid innebærer å ta beslutninger under usikkerhet. Vi ønsker å gi anledning til å diskutere dette både med hjelp av eksterne innledere og ved å presentere forskning som utgår fra NSDM.

KONFERANSELEDERE: Helge Lund, Per Stensland, Elisabeth Swensen, Eivind Vestbø.

PÅMELDING TIL PER BAADNES: Per.Baadnes@ism.uit.no

DELTAKER TALL: 50 (først til mølla...)

PÅMELDINGSFRIST: 1. februar 2007

KURSAVGIFT: kr 1600,–

Konferansen er søkt godkjent med 10 poeng tellende til legers videre og etterutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Torsdag 29. mars:

Kaffe serveres fra kl 1030

- 1100 Velkommen. Kursmålsetting.
- 1115 En helsepolitikk for distriktene – har vi det?
Erling Kjekstad, journalist, Avisa Nationen
- 1200 Kommentar til Kjekstad – diskusjon
- 1230 Lunsj
- 1330 Distriktsmedisinsk klinikk – et usikkerhetsprosjekt. Eivind Merok, stipendiat
- 1415 Beslutninger under usikkerhet:
Hva vet vi om hvordan legene tenker?
Peder Halvorsen, stipendiat.
- 1500 Det var uro og usikkerhet som fikk meg til å forske på akuttmedisin. Hvordan planlegger jeg forskningsprosjektet?
Helen Brandstorp, stipendiat
- 1600 Fellesdiskusjon
- 1700–1800 Anders Forsdahls minneforelesning. Prisen
- 2000 Festmiddag

Fredag 30. mars

- 0900 Unge leger i distrikt: Kompetanse og rammebetingelser. Hva gjør Legeforeningen?
Gisle Roksund, NFA
- 0940 Diskusjon
- 1030 Handlingskrav og ivaretagelse av kvalitet ved beslutning tatt under usikkerhet.
Geir Sverre Braut, Assisterende Helsedirektør.
- 1130 Status presens og planer videre.
Ivar Aaraas, Professor, leder av NSDM
- 1230 Lunsj

C Detrusitol SR Pfizer

Muskarinreseptorantagonist.

ATC-nr.: G04B D07

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

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

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

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

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hystusier, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes for 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 reaksjonssvnen kan påvirkes. Skjerpert 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 antikoagulerende legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-hemmere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antiepileptika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

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

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

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

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering vurderes etter 2–3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 (2–6).

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 unødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i feces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uomdannet og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

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

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

Ti: 40a).

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

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helse

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 2B

Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

"...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



SELEXID®

pivmecillinam



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

	% resi- stente E. coli*, isolat fra urin	smal- spek- tret	ovre og nedre UVI	bruk i hele svanger- skapet	bakteri- cid	pro-drug (inaktivt for 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.

T: 19, 38

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Mecillinam 400 mg. II) Hetteglass: Sterilt vann 6 ml. J01CA11. TABLETTER, filmrasierte 200 mg: Hvert tablett inneholder: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering: Peroralt:** Tablettene tas med riklig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tablett (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. **Akkutt ukomplicert 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 bakteruri. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/dag 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 innel 60 mg/kg/dag. Barn: 20-40 mg/kg/dag 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 svakt sur. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæsken tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i x (x=slow-drip) i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. Osofusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metylmalonsyre, propionsyreacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminmangel. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjenta, korte behandlingskur (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lenger) 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 nylødte barn etter behandling. Det bør allikevel vises 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 munnefloraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensiblisering. **Bivirkninger: Injeksjonsvæsker:** Sjeldne (<1/1000): Hud: Allergiske hudreaksjoner, øymer, muskeltrekket p.g.a karminmangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smaltpekret 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 upro-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. Forholdvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og Hinfuenteae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanisme:** Bactericid. Hemmer celledelingssyklusen, angreipunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk 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 (gjenn. 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 metabolitter. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Injeksjonsløsningen skal anvendes innen 6 timer etter tilberedning. Rekonstituert injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. Andre opplysninger: Mecillinam fjernes ved dialyse. Injeksjonsløsningen 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. Tablett: 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 Trade names mentioned belong to the LEO Group.

MELSON GRAFIK AS, 1658 TOPP