



Innhold:

INTRO: Profesjonell – personlig – privat.	
SAMTALE MELLOM HELEN BRANDSTØRP, PETTER BRELIN, KARIN FRYDENBERG OG IVAR SKJEE	1
Lege og syk selv – hvorfor skammer jeg meg?	
AV VIGDIS MOE CHRISTIE	4
Det du ikke torer å snakke med kollegaen din om, er truleg ikke profesjonelt!	
AV GEIR SVERRE BRAUT	10
Duell med Napoleon.	
AV Siri Steine	14
Om vedlikehold av leger. En privat bruks- anvisning. Reisebrev fra en kollega i faglig eksil.	
AV BENTE ASCHIM	21
Flerdimensjonal, men logisk sammenheng.	
AV OLAF GJERNLØW ÅASLAND	24
– Noen betraktninger.	
AV TOR JACOB MOE	27
Blander vi kortene?	
AV SNEFRID MØLLERSEN	29



Partner for bedre helse

PROTONPUMPEHEMMEREN **SOMAC®** (PANTOPRAZOL) **GIR**

- ▶ rask og effektiv tilheling av GERD -lesjoner¹
- ▶ rask lindring av symptomer ved refluksykdom¹
 - 65% av pasientene var kvitt alle symptomene etter 10 uker med Somac 40 mg¹)

Somac® 40 mg er effektiv ved erosiv GERD¹.

- ▶ Ved bruk av Somac® 20 mg eller 40 mg opprettholdes tilhelingsraten ved langtidsbehandling².



SOMAC®
PANTOPRAZOL

Se preparatsmitale og referanser på side 8

Ref nr: 0771/2006



Profesjonell personlig privat

Legens – og særlig allmennlegens – arbeid består i møter med andre mennesker. Møter der vi i større eller mindre grad bruker oss selv som instrument og redskap. Disse møtene er en del av vår fagutøvelse og er derfor profesjonelle. Men vi kan – ikke minst på mindre steder – også ofte ha flere berøringspunkter med pasienten enn det fagmessige. Vi kan være naboer, medlemmer i samme idrettslag eller kommune-styre, eller til og med omgangsvänner. Det vil si at vi har en privat relasjon i tillegg til den profesjonelle. Og som fagutøvere blir vi også engasjert i våre pasienter og berørt av deres lidelse. Ofte følger vi våre pasienter gjennom livsfaser og lange tidspenn. Slik blir forholdet til pasienten også personlig. Like fullt er legens relasjon til pasienten en profesjonell rolle.

Årets julenummer dreier seg om disse tre p'ene – profesjonell, personlig og privat. Bidragsyterne har fått disse tre stikkordene, og har ellers stått fritt. Vi håper dette skal gi gode leseopplevelser og grunnlag for refleksjon og ettertanke.

Som en introduksjon har fire av Utpostens redaktører utvekslet synspunkter på legens forhold til de tre p'ene:

HELEN: Det er alt for mye profesionalitet i helsevesenet! Folk føler seg ikke hørt, sett eller forstått. Ikke minst hører vi dette som et problem når det gjelder andre leger enn fastlegen. Jeg tror en profesjonell rolle ofte er for distansert. Legen objektiviserer pasienten og skaper unødvendig avstand. Ikke noe nytt i dette, men kanskje er det på tide å omdefinere ordene, – kanskje har vi allmennleger gjort det allerede?

IVAR: Hva mener du da med profesionalitet? Må den nødvendigvis være distansert? Jeg ser det ikke slik. Det profesjonelle går på rollen vi har som lege når vi forholder oss til en pasient – og står ikke i motsetning til å være personlig, men den står i motsetning til å være privat.

HELEN: Alle møter mellom mennesker blir best hvis møtet skjer mellom to som er like mye til stede, som har like mye makt i situasjonen, like mye trygghet og ansvar. Dette er mitt utgangspunkt for å møte folk der mitt yrke er viktig, spesielt når jeg er på jobb. Samtidig innser jeg at faktorene oftest er svært skjevt fordelt, og jeg tror da at jeg forsøker å gjøre noe med det, skape en ramme der det blir mest mulig likeverd. Det ansvaret tar nok jeg alt overveiende i mine konsultasjoner.

Som lege har jeg tatt en utdannelse og bestemt meg for at jeg skal hjelpe folk som kommer til meg med sine problemer. Det er mest problemer. Noen ganger betyr det å dele glede også, som gravide, på helsestasjonen eller førerkortattester til spreke eldre. I hvert møte i mitt liv vil jeg forsøke å gjøre det beste ut av det, – uansett arena, uansett om mennesket får betegnelsen pasient, venn, søster eller ektefelle. Det betyr ikke at jeg alltid er blid og raus og klarer hjelpe folk videre, være god. Dårlige dager, dårlig tid, eller harde prioriteringer gjør at møtene mye oftere enn jeg skulle ønske er destruktive og ikke gode.

KARIN: Jeg har langvarige forhold til mange pasienter med varme følelser for mange, nærmest vennskapelige, men de er ikke egentlig vennskapelige fordi jeg ikke forventer at pasientene skal stille opp for meg, men jeg skal stille opp for dem. Selv om vi på mange måter er likeverdige, er det samtidig et veldig ulikeforhold, jeg skal holde min private person i bakgrunnen (hvis det ikke blir spurt spesielt etter den), mens hele konsultasjonen handler om hele eller deler av pasientens private person. Jeg skal bruke mine personlige og profesjonelle kunnskaper til å hjelpe pasienten med dennes private problemer. Jeg har makt i forhold til pasienten, det gjør denne veldig sårbar og mitt ansvar for å holde de rette grensene mellom «personlig» og «privat» er viktig og strengt. Likevel er ikke skillett alltid absolutt og sikkert forskjellig fra doktor til doktor: hvor privat kan jeg være og allikevel beholde kontroll over grensene, fokus på pasientens problemer og bevissthet på den store makten jeg har som behandler, rådgiver og konsultert fagperson i pasientens private verden?



HELEN: I legejobben kommer folk til meg og jeg møter dem som Helen som har en viss erfaring, utdannelse, verktøy. I tillegg har jeg etiske legeforplikteleser og et forvaltningsansvar for fellesgoder. Forpliktelsene og ansvaret er stort sett integrert i hele meg og jeg klarer vanskelig å skille dem fra egne verdier. Heldigvis. Det er følelsene mine jeg i stor grad kan lytte til for å vite om jeg er i takt med verdiene mine eller ei, om jeg klarer hjelpe godt eller ei.

Det er noen klare forventninger i møtet på kontoret, eller i hjemmet til en pasient. Pasientene har et ørpende jeg skal forholde meg til. Tiden satt opp til konsulasjonen gir en viktig ramme. Da bruker jeg det jeg kan for å hjelpe pasienten. Best blir det altså om vi møtes som likeverdige mennesker. Mennesker lærer best om de har verdighet i behold. Mennesker snakker lettere sant dersom rammene er trygge, følelsen av underlegenhet minimal. Slik er det også på café med venninner. Slik er det i selskap med søsken, og i hjemmet med min nærmeste.

Jeg tror jeg stadig lærer om livet og går videre i møte med mennesker på alle arenaer. Forventingene er forskjellige til «tema». På Legekontoret er ikke mine anliggender viktige, men kanskje heller ikke på caféen hvis en venn har et problem. Noen ganger har jeg en avtale med en pasient på café. Dette møtestedet kan være mindre farlig og hjelpe samtalet videre.

IVAR: Like fullt er det etter mitt syn et klart skille mellom det personlige og engasjerte i møtet mellom legen og pasienten, og det private. Både profesjonelle og private møter er – eller kan være – personlige. Men det profesjonelle og det private er slik jeg ser det, to forskjellige roller eller kvaliteter i møtet. Av og til er begge kvaliteter til stede samtidig, som når vi er lege for våre nærmeste eller for venner. Dette merker vi intuitivt når vi må være lege for et menneske som vi har private emosjonelle bindinger til. Vi går da fra en rolle (venn, ektefelle, far, datter osv.) til en annen (legen). Selv om vi er den samme personen og har den samme kjennskapen til den andre, er kvaliteten i relasjonen en annen. Som et ekstremt eksempel: Du snakker med en venninne om dette eller hint, så ber hun deg kjenne på en kul i brystet hun nettopp har merket – du vil umiddelbart og intuitivt merke rollebyttet. Og for meg vil en samtale med en nærliggende i en livskrise være klart annerledes enn med en pasient i en tilsvarende situasjon. Og svært ofte vil det – over tid – ikke være mulig å innehå begge roller i forhold til et annet menneske.

PETTER: Jeg tror ikke det er så lett, og heller ikke så viktig, bestandig å sette opp grenser for sin profesjonalitet. Jeg er ikke sikker på at dette er begreper som fungerer så godt for å avgrense kontakten mellom en lege og hans pasient. Det vil alltid være pasienter som står spesielt nær, pasienter vi har

kjent i mange år, og som vi sikkert har et slags privat forhold til, men der forholdet primært og i hovedsak er profesjonelt. Det er de få «hjertebarna» (i alle aldre) der vi strekker oss litt lenger, der vi kanskje aksepterer at de kan ta kontakt med oss utenfor kontortid fordi vi gjerne vil være tilgjengelige, hjelpe litt ekstra, og være med for å få livet på beina igjen.

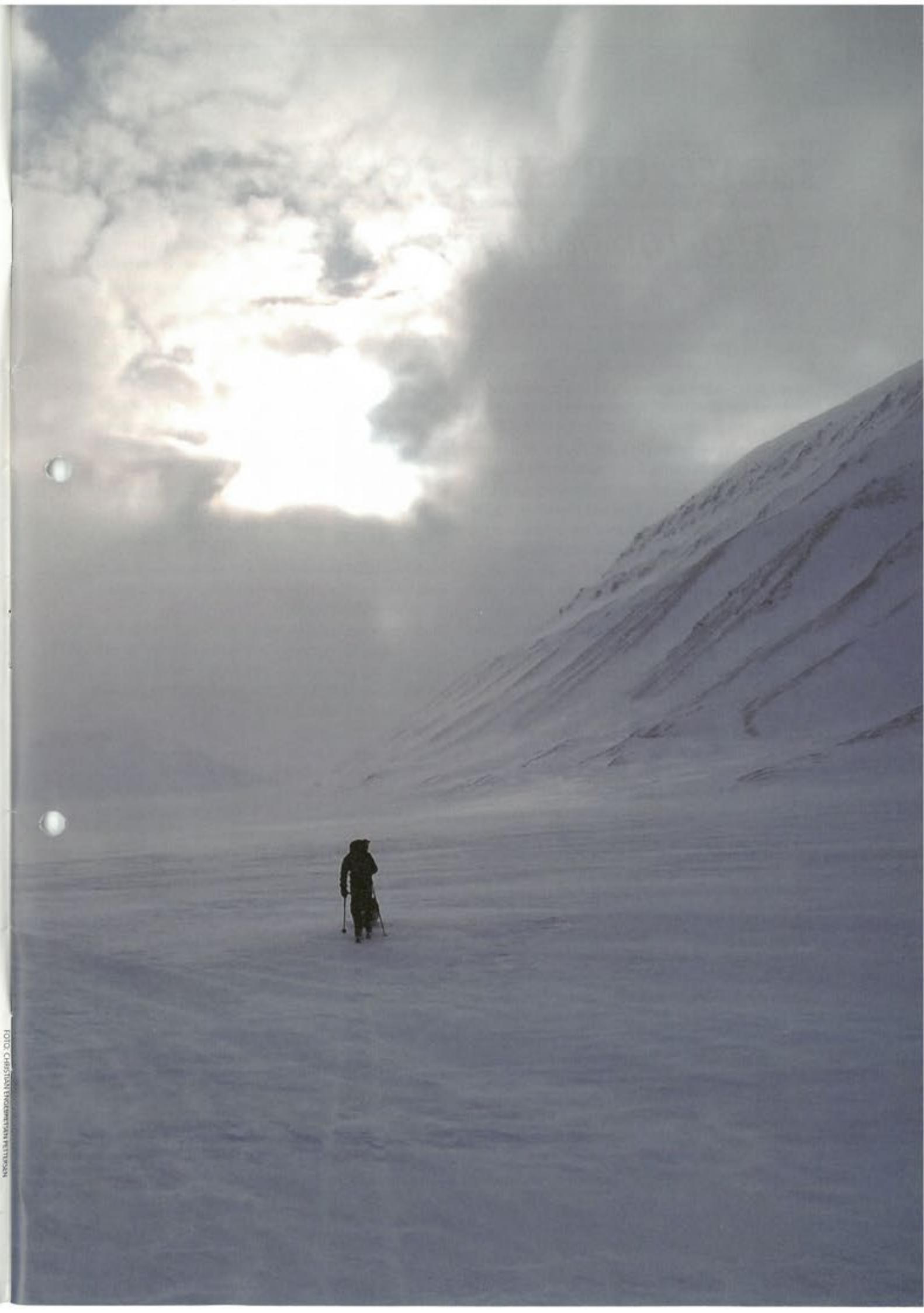
Vi har vel alle pasienter som har usedvanlig vanskelige liv, der vi ser at det ene traumet har avløst det andre. Jeg tror at vi i all hovedsak er preget av profesjonalitet i kontakten med slike pasienter. Vi behandler deres somatiske sykdommer, de kommer til ordinære konsulasjoner og vi deltar i tverrfaglige fora som vi ville gjort med en hvilken som helst annen pasient. Men, konsulasjonene er selv sagt preget av en personlig tilknytning fordi vi har kjent hverandre lenge og fordi pasienten stoler på oss og kjenner oss. Jeg mener at deler av kontakten kan være privat uten at det kompromitterer konsulasjonen og den videre kontakten med pasienten.

Mitt ståsted er at vi har en forpliktende jobb. Nesten alltid er det avgrensede, greie problemstillinger som ikke krever annet enn en vennlig, profesjonell doktor som møter pasienten med respekt og folkeskikk. En gang i blant må man vise folk at de betyr noe, også for oss. Jeg tror vi skal tørre å vise dem at vi er bekymret for dem, at vi bryr oss om dem, og at dette betyr noe for oss.

En ytterst sjeldent gang må vi tåle at pasienter får en støtte som går ut over arbeidstid og rent legearbeid. Vi skal aldri bli invaderende, aldri klamme og intime, men noen pasienter kan vi nok slippe litt inn på oss.

KARIN: Ved den type forpliktelse du her beskriver, Petter, som også går utover vanlig kontortid og er ganske omfattende i forhold til tid og sted og kontaktform, ville jeg være redd for å bli spist opp av krav som jeg ikke greide å svare på etter hvert, selv om det var greit til å begynne med. Jeg ville være redd for å bli utslitt av det. Denne angsten er nok noe av grunnen til avgrensningen min i forhold til mer private krav fra pasienter, selv om jeg også gir ut mobilnummeret mitt i noen tilfeller.

IVAR: Jeg er ikke uenig med deg, Petter, men det du her beskriver er en profesjonell, personlig engasjert doktor, og jeg tror nok du også vet forskjell på din rolle som privat person, og som profesjonell lege. Det du her viser er at vi i forhold til noen pasienter både har en profesjonell og en privat rolle. Det vil vi aldri kunne unngå, og vi bør vel heller ikke nødvendigvis se på det som noe negativt. Men det avgjørende er at vi ser forskjellen på disse rollene – og denne forskjellen er slik jeg ser det, kvalitativ og ikke kvantitativ – selv om ikke pasienten gjør det.





Lege og syk selv – hvorfor skammer jeg meg?

AV VIGDIS MOE CHRISTIE

«Det er jo forferdelig hva det henger igjen i gamle myter og tabuer og skam og skyld hos oss leger. Villa Sana er med til å fjerne mytene.»
(En lege som har vært på kurs på Villa Sana.)

Det er mange «pasienthistorier» som florerer blant leger. De er til god underholdning leger i mellom. Det kan være om en pasient som har misforstått bruksanvisningen. Eller en som ikke har forstått hva legen rådet henne til å gjøre. Pasienten i disse historiene er helst en kvinne. Men så en dag viser det seg at legen selv er blitt sykmeldt og kanskje til og med befinner seg i en seng på et sykehus. Legen har rett og slett gått over i pasientenes rekker.

Jeg har i to forskjellige sammenhenger prøvd å belyse hvordan leger opplever å selv bli syke: I boken «Syk lege» (Christie 2001) har jeg ved en rekke eksempler vist hvor vanskelig, pinlig og skamfullt det føltes for de 88 legene som var mitt materiale, å selv ha blitt alvorlig syke. Det kom også frem at de prøvde å skjule at de var leger eller at de var syke. Ja, noen prøvde så lenge å benekte overfor seg selv og andre at de var syke, at det kunne gå på livet løs. Jeg tar med her noen utsagn fra disse legene. Jeg intervjuet 39, og 49 skrev sin egen sykehistorie.

Min andre tilnærming som jeg her særlig vil fortelle om, er en intervjuundersøkelse av leger som alle har vært på Villa Sana. Ofte alene, men også sammen med Bodil Nielsen (dansk allmennlege), har jeg hatt syv personlige samtaler og 14 lange telefonsamtaler med tilsammen 21 leger. De fleste av legene har vært på et fem dagers kurs på Villa Sana, hvor det har vært inkludert en og en halv times personlig samtal med psykiater. Andre av legene har vært der kun én dag, til en sekstimers samtale med psykiater. Noen få har deltatt på begge deler.

Vi kom i kontakt med legene gjennom annonser i Utposten og i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Her gjorde vi det klart at: «Vår lille undersøkelse er helt selvstendig, men i full forståelse med Villa Sana». 21 respondenter er mindre enn vi hadde ønsket, men det var ikke flere som tok kontakt. Det er viktig å merke seg at svarene de gir, er påføl-



Vigdis Moe Christie

er tilknyttet Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Hun har utgitt flere bøker: «Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer», «Den andre medisinen: alternative utøvere og deres pasienter», «Apoteket – handel eller helse?» «Samliv og nærmiljø.» Samt en rekke artikler.

lende ensartede, og ikke minst at de stemmer med utsagn fra de 88 legene i mitt tidligere materiale. (Christie 2001)

Vi må regne med at noen av legene som har svart på våre annonser, kanskje har tatt kontakt med oss nettopp fordi de er takknemlige for oppholdet på Villa Sana og vil gi noe tilbake til lederen Dag Lunde. De syntes alle han gjorde en usedvanlig flott jobb.

Legene intervjuet vi på deres arbeidsplass eller hjemme hos dem. De som bodde langt unna Oslo, hadde vi lange telefon samtaler med. Samtalene bidrar til å sette lys på og tydeliggjøre vanskeligheter som mange leger opplever ved å bli syke eller helt nedslitte, og å måtte søke hjelp. Det har kanskje vært det viktigste temaet. Legene fortalte også om oppholdet på Villa Sana, og hvordan de syntes det var å være der.

Analysen vil i alt vesentlig være begrenset til en tematisk ordning av legenes egne utsagn, og jeg lar legene selv komme mest mulig til orde. Jeg hadde en liste med spørsmål, men unngikk lengst mulig å bruke den. Det viktige var å få legene til selv å fortelle. Jeg er helt enig med legen Balint (1957) som skriver: «If you ask questions, you will get answers and nothing else».

Er skam det motsatte av ære?

«Jeg vet ikke om noe latterligere enn en lege som dør av noe annet enn alderdomssvakhet.»
Voltaire

Det kan for noen føles ærefullt å være blant dem som får de beste karakterene når videregående er slutt. De kan seile inn på medisinerstudiet, hvis *det* er deres fremtidsønske.



Det å ta doktorgraden står det respekt av. Mange har stor doktor-middag med taler og champagne. Det å bli overlege eller professor føles også for mange ærefullt. Det passer ikke inn i dette bildet å bli syk. Å være sliten, eller til og med nesten utslitt, kan enda gå an; men for en lege å gå inn i pasientenes rekker er ikke lett. Fallet oppleves dypt. Det gjelder i beste fall å skjule det, eller i alle fall å bagatellisere situasjonen. En lege skal være sterk, rask, sunn og frisk.

Olav Rutle var den første legen som allerede i 1988 skrev meget personlig om utslitthet i «Utsikt fra stupet». Ole Fyrand (1992) skrev: «Ekstra vanskelig er det for mange leger å vise svakhet. De har et slags robusthetsideal å leve opp til.» Kari Noer (1993) er inne på det samme. Det er ikke bare for norske leger at det er skamfullt eller vanærende å bli syk. Det samme finner vi i litteraturen bl.a. fra Danmark (B. Nielsen 2001), England (O. Sacks 1984), Sverige (G. Tunström 1997) og USA (M. LaCombe 1995). Mc Kevitt og Morgan (1997) har som overskrift på en artikkel: «Illness does not belong to us», og her skriver de: «Noen leger, beskrev forlegenhet, følelse av skyld og nederlag over at de som leger skulle ha bukket under for sykdom.» Men noen av dem de intervjuet, følte ikke skam ved å ha blitt syke, men de følte seg dømt av sine kolleger fordi de var syke. Leger skal klare press, stress og sykdom. David Roy (1987) og Ole Fyrand (1992) er inne på det samme.

Krav en setter til seg selv som lege

«Ikke så lett å snakke om at en er sliten. En må yte ekstra – være på hugget. Skam å ikke klare det. Det burde være lov å være sliten.»

Dette er et sitat fra en av legene som har vært på kurs på Villa Sana. Han forteller at han ringte meg med en gang han så annonsen i Tidsskriftet: «Men du skjønner det er ikke ofte jeg tar meg tid til å skumme gjennom Tidsskriftet. De blir gjerne liggende der i en bunke og gi meg dårlig samvittighet.»

Da han ringte meg, hadde han det så travelt at vi fikk ikke avtalt et tidspunkt for et telefonintervju. Senere ringte jeg utallige ganger, før jeg fikk napp. Vi hadde en hyggelig samtale som varer i vel en halvtime. (Telefonsamtalene med de øvrige legene har gjerne vart i en til to timer.)

Han er fornøyd med oppholdet på Villa Sana: «Kunne godt tenkt meg å være der en uke til. Jeg var sykmeldt noen uker og hadde aktiv sykemelding i vel to og en halv måned. Jeg var utbrent og deprimert. Utbytte av oppholdet hadde jeg virkelig.»

Mens han snakker, hører jeg i bakgrunnen at han blir minnet om et barn som snart må hentes. «Leger setter store krav til seg selv. Vi krever at vi skal klare mye. Denne holdningen

er utbredt blant leger. Det er et stort nederlag å ikke takle jobben. Å gjøre alle til lags er vanskelig. Det er krav fra kona, familien, sjefen, kollegene, pasientene. Det er mange halvt utbrente leger som kommer til Villa Sana, tror jeg.» Jeg hører han igjen blir minnet om «nå må ungen hentes!»

Det hele er som en illustrasjon av de krav som settes til en lege i dag, tenker jeg, og spør: «Hvorfor blir så mange leger utbrente tror du?» Han ramser opp mange svar på mitt siste spørsmål, mens jeg skriver som en rasende for å få med meg alt han sier. «Leger har høye krav til seg selv. Ja, dette er jo sett ut fra egen synsvinkel da,» sier han litt sjeneret i stemmen. Men så kommer det klart og greit i en utrolig fart med en helt annen bestemt stemme. Kanskje hadde han skrevet ned momentene på forhånd?

«Leger har høye krav til seg selv. De vil lykkes. Konkurrerer om å være den beste blant legene. Gir mye av seg selv. Sykepleierne er flinkere til å passe på hverandre, tror jeg. Leger er individualister. Det er konkurranse innen arbeidsgruppene. Hardhudet må du være om du skal bli til noe.»

Stemmen i bakgrunnen; er blitt høylidt: «Nei, nå må han hentes.» Men han fortsetter med sine tilhuggete hovedsninger: «Du viser hva du er god for i det du presterer. Føler at det blir satt store krav til deg hele tiden.» Men så avslutter han: «Nå må jeg hente en unge. Ha det godt. Farvel.» «Farvel!» roper jeg, men dessverre for sent.

En allmennmedisiner forteller at han og familien for øvrig har divergerende oppfatninger: «Det er jo et stresset yrke og familieliv har vi jo stort sett, bortsett fra telefoner til alle døgnets tider. Og jeg vil ikke avvise noen så lenge vedkommende er i nød; men min familie klager over at det er altfor mange henvendelser i privattiden» (Christie 2001).

En lege sier i løpet av samtalen: «Du skal være tilgjengelig, du skal ikke kjenne etter hvordan du har det selv. Men du skal gjøre jobben din, svare når telefonen ringer, og rykke ut hvis det er nødvendig og sånn?» (Christie 2001).

Hensynet til pasienten må komme først. Legen selv kommer som nummer to, som sitatene viser. Men når det er sagt, må det innrømmes at det er meget sjeldent i løpet av samtalen at pasientene nevnes. Det er som oftest bare når jeg spør direkte. Det er kollegene de er mest opptatt av på godt og vondt.

«Det kalles jo kurs»

*«Det kalles kurs, ikke behandlingsopplegg.
Det tror jeg er klokt.»*

Det er flere som i løpet av samtalen fremhever det positive i at oppholdet på Villa Sana defineres som et kurs. Som en sa:



«Det var nok en meget god idé at det ble definert som kurs. Da var det en mindre bøyg for oss å bestemme oss for å dra. Det var nok bevisst og gjennomtenkt, det gjorde noe med holdningen vår». Senere i samtalens kommer han flere ganger tilbake til dette: «Det vil alltid være en bøyg å ta kontakt for å få hjelp. At det var Legeforeningen som stod bak, betød også noe.»

På mitt spørsmål: «Er det noen du spesielt nødig vil skal få vite om ditt opphold på Villa Sana?» er det en av legene som svarer: «Nei, egentlig ikke. Jeg har tenkt annerledes nettopp fordi det er jo et kurs jeg har vært med på. Men det med Modum Bad er verre, det nevner jeg ikke. Jeg snakker om Villa Sana, men for øvrig er dette jo ikke noe jeg snakker om da.»

Det er få som nevner Modum Bad. Men én fortalte i løpet av samtalens vår: «Det var en dag vi skulle spise middag på Modum Bad. Det ligger bare noen steinkast unna på det samme området. Det var en i gruppen som grudde seg veldig til det. Han spurte meg: Tror du vi skal spise sammen med pasientene? Det blir kjempetøft. Jeg visste ikke, men det viste seg at det var med de ansatte vi skulle ha middag, den ene dagen.»

To av legene som ble intervjuet, fortalte uavhengig av hverandre at de ikke ville spørre om veien til Modum Bad. Den ene sa: «Å stoppe i Modum tettsted og spørre om veien til Modum Bad – det gjør en bare ikke. Men jeg fant da frem til slutt.»

«Syntes du det var litt skamfullt, litt pinlig?»
«Ja, tenk deg da.»

En annen var opptatt av skiltene på de små turveiene: «Vi gikk mye turer med staver. Vet du hva det sto på skiltene? 'Til Nervesanatoriet' sto det. Det likte jeg ikke. Det var unødvendig.»

«Hva synes du det skulle stå da?»
«Til Modum Bad, for eksempel.»

Redselen for å bli sykeliggjort

«Jeg har ikke fortalt noen om oppholdet på Villa Sana. Jeg er redd for stigmatisering.»

«Føler du deg sykeliggjort i egne eller andres øyne ved å ha dratt til Villa Sana?» spør jeg, og får de forskjelligste svar: «Sykeliggjort...?» Han tygger litt på det. «Det signaliserer jo svakhet da. Det er ikke kultur for det, særlig ikke bland leger. Psykiske plager er aller vanskeligst, det er langt inn dit. Det viktigste er at man selv tar kontakt, direkte – utenom fastlegen. Derved blir man ikke sykeliggjort...» Han tenker litt før han legger til: «i alle fall ikke i egne øyne.»

«Jeg følte meg litt sykeliggjort fordi de på Villa Sana ordnet Cipralex, et antidepressivum, i tre måneder. Men det virket ikke, så jeg holdt opp. Det var nok mer min hustru som hadde psykiske problemer, hun fikk også Cipralex. Jeg synes Villa Sanas markedsføring burde gå på livskriser, utbrenthet og samlivsproblemer.»

«Dag Lunde foreslo at jeg skulle komme til et kurs på Villa Sana etter samtalens med ham. Men jeg hadde en følelse av at de kursene var for utbrente leger og kriser og depresjon. Jeg opplevde jo ikke meg selv som utbrent. Men det gikk opp for meg under kurset at jeg gjemte min depresjon bak jobben, bak travelheten der. Jeg fikk råd i gruppen at jeg skulle bekjempe 'mitt eget superego'. Jeg fortalte ikke årsaken til at jeg var på Villa Sana, men noen i gruppen gjettet det nok....» Hun stopper opp litt, men så legger hun til: «Det var på en måte en anerkjennelse, følte jeg, at oppholdet var gratis.»

La meg ta med to som ikke følte seg sykeliggjort. En sa kort og greit: «Nei, jeg følte meg ikke sykeliggjort. Lærte noen håndgrep for å overleve og at man kunne gjøre noe ved det, og det var nyttig.»

«Nei, jeg føler meg ikke sykeliggjort; det var jo et kurs.»

«Å få være gal med de gale»

«Vi skammer oss over å være syk. Utbrent er ikke så verst å være, det viser jo at vi har stått på. Men psykisk syk, det går ikke an for en lege.»

Hun sier videre i vår samtal: «Jeg synes at legekolleger er veldig tøffe med hverandre. Vi er store og sterke og mestrer alt, og helst vil vi gjøre mer og tar ekstravakter. Vi skal ta hurtige beslutninger, og vi skal også forske. Man kan lett føle at man ikke klarer å henge med. Derfor var det på en måte, for min egen verdighets skyld, utrolig viktig for meg å få lov til å sitte sammen med noen andre leger som tør å trekke frem et annet bilde av oss leger. Og som også synes at dette livet, det er bare for meget – nå må jeg ha hjelp. Det viktigste for meg er at jeg kunne få et annet syn på leger ved å få lov til å snakke med dem når de var 'down'. Å få være gal med de gale,» sier hun med et glimt i øyet. «Og på Villa Sana opplevde jeg at de var meget flottere og helere og ærligere mennesker enn det jeg opplever i et sånt morgenmøte, i slik et stabsmøte, på et vanlig kurs, – da er de smarte folk, som jeg blir skremt av.»

Litt senere i samtalens sier hun: «De som er utbrente, ser en på en måte litt opp til; det er nesten litt tøft det. Det betyr jo at de har jobbet og stått på. Men å være psykisk syk for en lege, det er virkelig lavstatus det.» Hun tenker seg litt om. «Jeg følte at noen av mine kolleger på kurset var nedlatende overfor psykiatrien. Det var så sterkt, både det at det var en spesialitet de var nedlatende overfor, men også at dette på



en måte sperret dem selv fra å få den hjelp en kunne se at de kunne ha glede av. Det er forferdelig hva som henger igjen i gamle myter, tabuer, skam og skyld.

To av kollegene jeg var i gruppe med, var meget yngre enn meg, de hadde en stor motstand mot psykiatrien. Hvordan presenterer faget seg i legeutdanningen, kan man spørre seg? Hvor forferdelig må det ikke være å være psykisk syk, og den som skal hjelpe deg, er en du ikke vil ha kontakt med? »

Hun blir veldig ivrig mens hun snakker om dette: «Derfor må Villa Sana forbli ikke sant? Hvis det er en så utbredt negativ oppfattelse av psykiatrien i legestanden, og legeforeningen samtidig sier at leger faktisk også får psykiatriske problemer, så kan man si at, om ikke annet, så kan Villa Sana være med til å fjerne myten. Du skulle sett hvor dårlige to av de i gruppen var. Den ene ble innlagt en måned etter oppholdet, på grunn av et alvorlig suicidalforsøk. Så dårlige er de og vil allikevel ikke ha hjelp av en psykiater.»

Det helt personlige er det aller vanskeligste

«Jeg kjenner ingen som har vært på Villa Sana. Det sier noe om hvor vanskelig det er å snakke om egen svakhet.»

En lege forteller fra sitt opphold. De var åtte leger med forskjellige spesialiteter: «Det som slo meg var at alle sa det var problemer på jobben, alt for mye å gjøre og så videre. Da det var oppsummering til slutt den siste dagen – da var det en i gruppen som sa at han hadde personlige problemer. Ikke før den aller siste dagen kom vi alle endelig frem med personlige ting som i virkeligheten var grunnen til at vi var der. Det lå dypt. Det var for oss det aller vanskeligste å være åpne på. En sa: «Det ga mye tanker. Ting kom ut av skapet. Det gjorde meg veldig godt.»

«Var fem dager passe lenge synes du?» spør jeg en av legene. «Ja, de som ikke klarer det da, må ha personlig profesjonell hjelp. 'Alle har sin sang', som vi sier her nordpå. Vi kom videre, mange kom med oppsiktstvekkende erkjennelser. Du får høre hva andre sliter med. Jeg har fått orden på saker og ting. Jeg har vært hos psykolog også, det var også god hjelp. Der var jeg etter oppholdet på Villa Sana.»

En av legene sier med overbevisning i stemmen: «Virkelig langvarig sykemelding kunne et par av de som var der ha endt med om de ikke hadde kommet til Villa Sana, det tror jeg helt sikkert. Det er så sterkt tabubelagt dette med psykiske vanskeligheter.»

Det er flere av informantene, i begge mine studier, som tar opp at det ikke er lett å oppsøke lege, særlig ikke for psy-

kiske vanskeligheter: «Det er egentlig de psykiske tingene som har vært vanskelig for meg. Og de er kanskje de vanskeligste å gå til en kollega med også. Hadde jeg hatt vondt i ryggen eller en vond skulder hadde det vært lettere. Jeg vet jo at kolleger har kommet i samme situasjon og har tatt livet av seg. Ja, jeg har følt at jeg var veldig syk, men jeg jobbet videre og burde da gått sykmeldt lengre. Burde ha kommet bort. Nå føler jeg meg frisk, men jeg går til psykolog faktisk.» (Christie 2001)

«Hadde du noe utbytte av oppholdet?»

«Det var utrolig viktig for meg, det oppholdet på Villa Sana.»

På spørsmålet om han har hatt utbytte av oppholdet på Villa Sana, er svaret: «Ja absolutt! Ikke sikkert at vi hadde levd under samme tak i dag om vi ikke hadde vært der.»

En annen sier: «Jeg vil gjerne ta ny kontakt med Villa Sana om jeg trenger det. De har virkelig erfaring med å skille jobb og privatliv også. Å få tilbud om å komme til Villa Sana før ting blir helt galt, er viktig. Sammen med mange andre ting så kan livssituasjonen bli for vanskelig for mange leger. Men kommer *de* til Villa Sana? Du må ta et initiativ selv. Det er ikke *de* som ligger lengst nede som drar dit, de har ikke krefter eller initiativ til det. Tilbud før ting blir helt galt, er viktig.» gjentar han.

En av intervjupersonene ringte meg og var helt panegyrisk over oppholdet hun hadde hatt for fem år siden. Jeg skrev ned så fort jeg kunne: «Villa Sana var en milepæl i mitt liv. Jeg hadde en samtale med psykiater, det åpnet øynene mine. De siste fem årene etter at jeg var der, er de beste i mitt liv. Lederene er helt uvanlige mennesker. Du må stole på de andre som er der samtidig med deg. Du kler deg jo helt naken. Du må kunne stole fullstendig på de andre. Gruppen fungerte kjempebra.»

Noen uker senere møttes vi og fortsatte samtalen. Da brukte jeg lydbåndopptager: «Det var mens jeg var på Villa Sana at jeg virkelig forsto at jeg ikke passet til å være allmennlege. Da jeg i gruppen fortalte om min arbeidssituasjon, var det en som sa: 'Det der hadde jeg aldri klart. Jeg synes din arbeidssituasjon er helt umulig'. Det var som en lettelse å høre. Jeg hadde følt meg mislykket i alle de jobbene jeg hadde hatt som allmennmedisiner. Et forferdelig ansvar. Jeg tror de fleste som drar til Villa Sana er allmennmedisiner. Nå er jeg bedriftslege. Passer meg meget bedre, nå kan jeg bare henvise de som er syke til fastlegen deres. Det som åpnet mine øyne helt, var det Dag Lunde siterte: 'Alle behøver ikke være en nydelig rose, du skal ikke føle skam fordi du er en tulipan'. Slike ting var det Dag brukte som eksempler. Det hele var så fint!»



Somac ALTANA Pharma AG

Syrepanhemmer, saltsyresekretionshemmende middel.

T ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: Hver enterotablett innholder Pantoprazol-metansyklhydrat tilsvarende pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, magnesium 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffe. Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titanoksid (E 171), 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). PULVER TIL INJEKJONSVAESKE, oppløsning 40 mg: Hvart hetteglas innhold: Pantoprazol 40 mg, natriumcitratstabilitetshjelpestoff, natriumhydroksid.

Indikasjoner: 20 mg: Behandling av mild refloksykoden og tilhørende symptomer (f.eks. sitt oppstøt og halstebein). Langtidshandling av refloksykoden inkl. tilbakefallsykoden. Fordøyning av gastrroduodenale induert av ikke-selektive ikke-steroids antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling. 40 mg: Behandling av duodenale, ventrikelsår og refloksosofagit. Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskrekjon. Kontertertoblast: Tillegg til antiretrovirus behandling når endokring av Helicobacter pylori hvor volumet skal utvides ved ulcusykoden.

Dosering: Enterotabletten sveleges hele med litt vann ca. 1 time før froken. Tablettene må ikke knuses eller tygges. Mild refloksykoden og tilhørende symptomer (f.eks. sitt oppstøt og halstebein): Anbefalt dose 20 mg daglig, vanligvis i 4 timer. Ytterligere 4 ukers behandling dersom bedring ikke sees. Langtidshandling av refloksosofagit inkl. tilbakefallsykoden: En endokringdose på 20 mg daglig anbefales, med økning til 40 mg daglig ved tilbakefall. Etter bedring av tilbakefall kan denne reduseres til 20 mg. Behandlingen bør ikke pågå i mer enn 1 uke i tiden før vurdering av førelsrisiko, da effekten ikke vil bruke over flere uker før klaring. Refloksosofagit: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 timer. I de tilfellere der lesjonen ikke er tilbake, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Fordøyning av gastrroduodenale induert av NSAIDs hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling: Anbefalt dose 20 mg daglig.

Duodenale: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 2 timer. I de tilfellere der det ikke er tilbake, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Ventrikelsår: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 timer. Ved tilbakefall eller manglende effekt av antiflat regime, bør resistansbestemmelser finnes sted for annenmiddele behandling instituert.

Annenmiddele behandling: Pantoprazol 40 mg + amoksicillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Langtidshandling av Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskrekjon: Behandlingen bør starte med en endokring på 80 mg. Derefter kan denne justeres etter behov i høst syreskrekjonen. Ved dozer >80 mg i dagset døges doven og gis 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dozen til >160 mg i dagset er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Endringstidsvarighet bør tilpasses patientens behov. Purer til injeksjonsvæske: I de tilfellere der pasienten ikke kan behandles peroralt, anbefales 40 mg pr. dag gitt som i.v. injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dersom rask kontroll av syreskrekjon er påkrevd, er et standost på 2-30 mg i.v. tilstrekkelig til å senke syreskrekjonen til <10 mol/L/min innen en time. Så snart peroral behandling annes mulig, bør i.v. behandling stoppes, og peroral behandling begynne. Klinikkforandringer hos eldre pasienter og pasienter med nedsett myrefunksjon annes ikke å være klinik relevante, og dosisjustering er derfor ikke nødvendig. Pantoprazol deliveres i svaret tilstede utstrekning.

Kontraindikasjoner: Overseinsfistig for innholdsstoffene. Ved modert til alvorlig nedsett lever- eller nyrefunksjon skal kombinasjonsbehandling ved erklaring av Helicobacter pylori ikke gis, da det føredelg ikke foreligger sikkerhet og effekt for bruk til disse pasientene.

Forsiktighetsregler: For behandlingstart må cancer syngofi eller cancer ventriculi utslakkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dannede forenkle diagnosene. Ulcussymptomer skal først gang verifiseres ved rutinen eller endoskop. Refloksosofagit skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med barn mangler. Ved stell nesten leverfunktjon med leverenzymmer og ørvirkende jernvitt, spesielt ved langtidshandling. Ved forhøyde leverenzymverdier skal behandlingen med preparatet avlyses. Pasienter med alvorlig nedsett leverfunktjon bør ikke få høyere doser enn 20 mg pantoprazol. Bruk av 20 mg for å forebygge gastrroduodenale induert av NSAIDs bør kun gis til pasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for utvikling av gastrointestinale komplikasjoner. Dette økte risikoen skal vurderes i t.h. individuelle risikofaktorer, f.eks. høy alder (>65 år), tidligere tillid av gastro- eller duodenale eller gastroneurale blodårene i over del. I langtidshandling på rotte er det etter behandling med pantoprazol i dover som tilfeldig gir fullstendig hinnning av saltsyreskrekjonen, sett forskjellen av ECL-cell hyperplasi og ECL-cell karzinoider. Disse forandringerne er sett i sammenheng med de økte gastrinavkaller som oppstår sekundært til markert syreskrekjonsbedring. Disse funn annes ikke ha klinisk betydning ved korttidshandling. I.v. administrering anbefales bare per parenteral behandling ikke brukes. Dosen på 40 mg daglig bør ikke overskrives hos eldre pasienter og hos pasienter med myrefysisk. Ved Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskrekjon, kan pantoprazol redusere absorpsjonen av vitamin B12 (cyanokobalamin).

Interaksjoner: Pantoprazol synes å ha lavt potensiale for å påvirke farmakokinetikken til andre legemidler. Dens absorpsjon av de legemidlene er pH-avhengig (f.eks. ketokonazol), kan absorpsjonen endres ved særlig administrering. Muligheten for interaksjoner med legemidler som metaboliseras via cytochrome P-450-systemet kan ikke utslakkes. Nøm til isolerte tilfeller av forbindninger i INR er rapportert ved samtidig bruk av fenprocoumon og warfarin. Pasienter som behandles med kloramfenikol skal kontrolleres med protrombin tid-INR etter start av behandling, ved avsluttet behandling eller ved unregelmessig bruk av pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsknings test en svak embryotokisk effekt, samt en postnatal effekt ved eksponering gjennom latkogen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hypotensjon (ca 1/100). Abdominalsmerte, diaré, forstoppling og gassdempelse. Hodepine. Mindre hypotensjoner. Kvalme/brekkningar. Sværmelhet, synsforkrysser (skjermt syn). Allergiske reaksjoner som utslipp og kle. Sjeldne (<1/1000): Munstørhet. Artralgi. Leukopeni, trombocytopeni. Odore, feber, depresjon og muskulærk. Analylaktiske reaksjoner inkl. analylaktisk sjekk. Alvorlig hepatocellulær skade som kan føre til galssott eller leverfusk. Økte leverenzymmer (transaminaser, -GT) og forhøyede triglycerider. Interstitiell nefritis. Urticaria, angioedem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Lydlos syndrom, fotosensitivitet.

Overdosering/Forgiftning: Opplysninger om overdose har ikke innebefattet foreligger ikke. Intravenøs miktdoser på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolkes god. Behandling: Symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Pantoprazol er et substituert benzimidazol som doborerheng hemmer rekreasjon av saltsyre i maveslikken gjennom sin spesifikke virking på syrepannen i parietalcellene. Pantoprazol er en katal. substans som foreligger som et racemat. Begge enantiomerne er aktivt mot syrepannen. Kjemi og fysiske: Pantoprazol aksumeras i parietalcellene nære muko. Her fordeles det til en aktiv form, et syklist sulfenamid, som spesielt hemmer H⁺-K⁺-ATP (syrepannen). Pantoprazol harrer basell så vel som stimulert syreskrekjon. Behandling med pantoprazol gir økt ventrikelsår og derved økt gastrprodukjon. Gastrinsekretion er proporsjonal med syreprodukjonen og er reversibel. Pantoprazol virker dobbelt til receptoraktivitet og kan påvirke saltsyreskrekjonen unavhengig av type starmats (oxytetrak, histamin, gastrin). Effekten er langvarig og reversibel ved at nye enzymer dannes. Pantoprazol er sterkt inaktiv ved pH >3, og full farmakologisk og terapeutisk effekt kan derfor kun oppnås i aktive syreskrekjonsparietalceller. Absorpsjon Pantoprazol utøver innen farmakokinetikk i dosemassen 10-80 mg. Enterotablett: Raskt og fullständig i tarmarten. Biologigedelighet er ca 77% og hvelven AUC eller Cmax plakkvis av samtidig fedtentant. En fordel ved absorpsjonen kan dermed oppstå. Maks. plasmakoncentration (1-1,5 g/ml og 2-3 g/ml) nås ca. 2-3 timer etter administrering av en entotablett på 20 mg og 40 mg. Nødet er også samme ved oralt dosering. Pantoprazol er utstøtt i urin og administreres derfor i form av mavesustentante tabletter. Proteinbinding: Ca. 95%. Fordeling: Distribusjonsvolym: Ca. 0,15 liter/kg. Halvlevetid: Ca. 1,1 time i plasma. Metabolisme: Fullständig i lever via cytokeram P-450-systemet. Utstøttelse: Clearance er ca. 0,1 liter/min/kg. Ca. 80% av metabolitene utskilles i urin, resten i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Opplysningen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemi og fysiske stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet begynne umiddelbart. Brukeren er ansvarlig for lagringstid og lagringstidspunkt om preparatet ikke benyttes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerte sanitetsbelagelser.

Andre opplysninger: Piller til injeksjonsvæske opploses i 1 ml natriumchlorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Opplysningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumchlorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukos infusionsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Rikteringsprinsipp: Langtidshandling skal være instituert ved sykdoms eller av spesialist i gastroenterologi.

Pakninger og priser: Enterotablett: 20 mg: Engpac: 14 stk. kr 102,20, 56 stk. kr 527,10, 40 mg: Endose: 100 stk. kr 971,-, caps: 14 stk. kr 161,80, 28 stk. kr 296,80, 56 stk. kr 558,90. Piller til injeksjonsvæske: Hettegl: 5 stk. kr 404,30. T: 41b).

Referatur: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halslaryngologi eller pediatri, eller på tils. spesialavdelinger eller spesialpoliklinikk i sykehus. Ved senere forskriving av annen lege skal vedkommende legge føre opp på responset hvilken institusjon/spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Diagnosens refloksosofagit forutsettes verifisert ved osmotograf.

Sist endret: 07.08.2006

Referanser:

- Gillespie et al., 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastroesophageal Reflux Disease-related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38 (4) 332-340
- Richter J.E. et al. Prevention of erosive oesophagitis relapses with pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 567-575.



Partner for bedre helse™

Konklusjon

La meg som avslutning si: Legestanden, denne gruppen som tilsynelatende sitter på den grønne gren, hvordan kan det ha seg at så mange av dem føler at de ikke mestrer det å selv bli syk? Er det kanskje slik at jo høyere du stiler, jo større dine forventninger til deg selv er, jo vanskeligere er det å takle motgang?

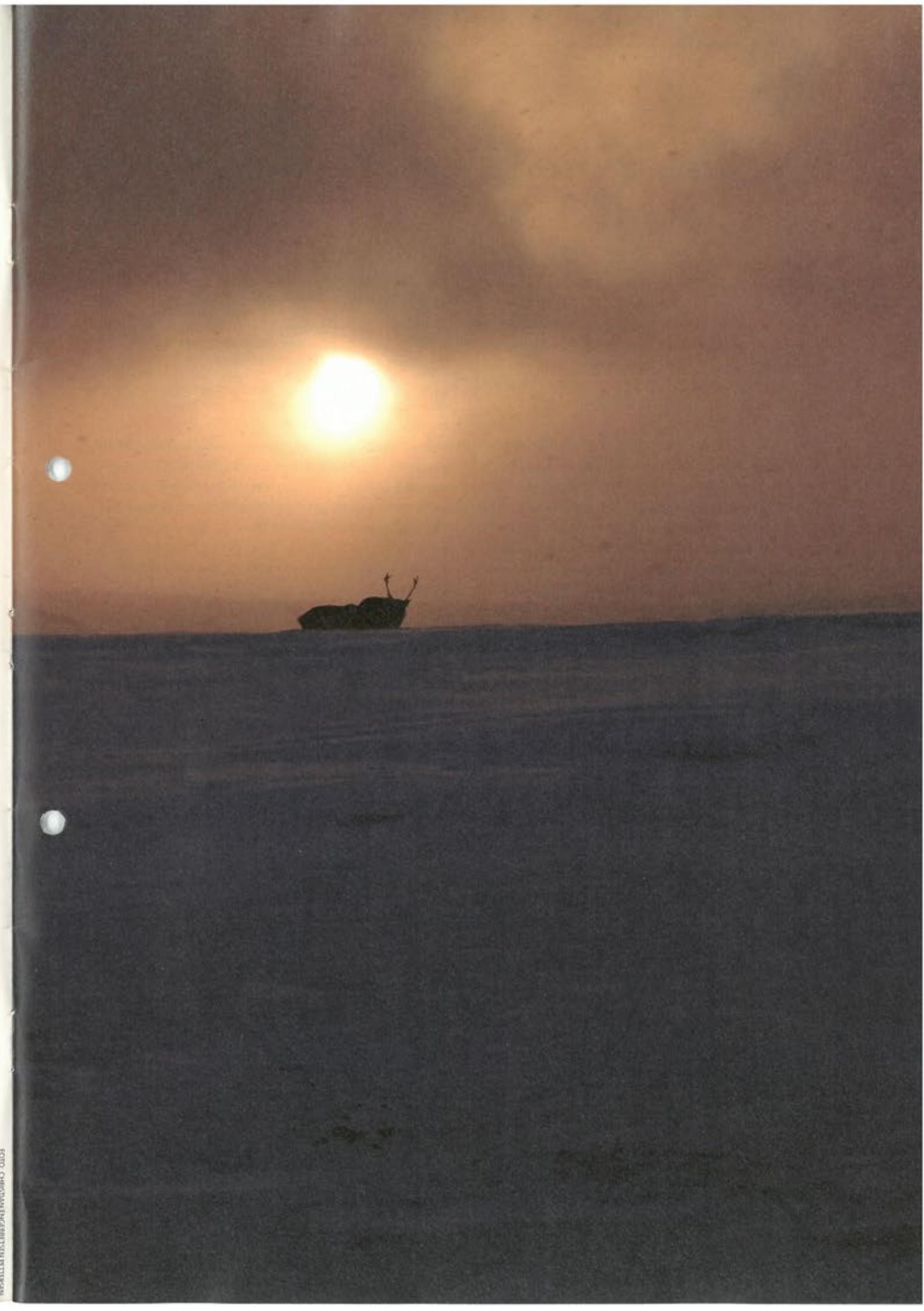
Bør for eksempel det at leger blir syke og kanskje særlig psykisk syke, omtales og diskuteres i større grad i løpet av medisinerstudiet? Har legene i studietiden fått en slags «forakt for svakhet» – for det å være pasient og måtte motta hjelp? Kan dette være en avspeiling av et generelt problem i vårt samfunn at sunnhetsidealet blir satt så høyt at pasienter kan føle at de får et slags mindreverdighetsstempel? At pasienter kan få skyldfølelse ved å ha blitt syke. At mange pasienter plages ved å bebreide seg selv med at hadde de levd sunnere, så hadde de ikke blitt syke. At det er deres egen skyld at de er blitt til byrde for samfunnet. For leger vil slike tanker ramme om mulig enda stertere, de kan føle at de burde jo i alle fall visst bedre.

I tillegg kommer det at i utføringen av legeyrket vil mange, muligens de fleste leger, prøve å distansere seg fra sykdom. Distansen blir for mange av dem en del av den profesjonelle væremåten. De blir til slutt totalt uforberedt på at de selv en dag kan føle seg tvunget til å søke hjelp, at de selv vil bli defnert som pasient. De blir plutselig revet ut av den verden der sykdom og svakhet ikke kunne ramme dem. For noen kan denne overgangen bli overveldende.

Takk til alle legene som har brukt tid og energi for å dele sine erfaringer med meg. Og takk til dem som har gitt fruktbar oppmuntring og støtte.

Litteratur

- Balint, M., 1957: The doctor, his patient and the illness. London: Pitman.
Christie, V.M. 2001: Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer. Oslo: Unipub forlag.
Fyrand, O. 1992: Legen – i teknikkens eller menneskets tjeneste? Oslo: Gyldendal.
LaCombe, M., (red.) 1995: On being a doctor. ACP: Philadelphia, Pennsylvania.
McKevitt, C. og Morgan, M., 1997: «Illness doesn't belong to us.» J. Royal Soc. Med. 147: 491-495.
Nielsen, B., 2001: Legen som patient. Månedsskr. Prakt. Lægegern.: Lægeforeningens forlag.
Noer, K., 1993: Når kvinnelige leger blir syke. Foredrag på kvinnedeseminar. Mars. Voksenkollen, Oslo.
Roy, D., 1987: Deal with problem colleagues. Brit. Med. Journ. 295, Nov 7.: 1190-92.
Rutle, O., 1988: «Utsikt fra stupet.» Utposten 17: 313-317.
Sacks, O., 1984: A leg to stand on. New York: Harper & Row.
Tunstrøm, G.; 1997: «Ronden känns som en fördömkujelse.» Intervjuet av Giesecke. Läkartidningen 94: 3578-3581.





Det du ikkje torer å snakke med kollegaen

AV GEIR SVERRE BRAUT

Profesjonell, personleg og privat er eit kraftfullt sett med ord. Ikkje berre ber det med seg den retoriske krafta som ligg i triaden; det spelar også på bokstavrimet, alliterasjonen, med p i starten av kvart ord. Men denne korte teksten skal ikkje gå djupare inn i det lingvistiske eller retoriske ved denne treeininga av ord. Poenget her er å skilje mellom dei tre fenomena som desse orda speglar tilbake på. Dette er vensleg kunnskap i alt arbeid der ein kjem i nær kontakt med andre menneske.

Utgangspunktet for ei vidare drøfting med relevans for helsestesta, kan gjerne vere todelt. For det første vil kravet til profesjonalitet som ligg i § 4 i helsepersonelloven vere avgrensande, eller kall det gjerne dimensjonerande, for korleis helsepersonellet skal handle i møte med pasientane. For det andre vil dei gjensidige forventningane til kvarandre hos dei personane som samhandlar, påverke opplevinga av samhandlinga. For å sjå nærrare på dette siste først, kan det vere høveleg å nytte seg av omgrepene rolle slik det ofte blir brukt i samfunnssfaga.

Rollen som profesjonell

Ein vanleg brukt definisjon av omgrepet rolle er forventningane til ein person i ein gitt situasjon. Forventningane kan stillast av ein sjølv, eller av andre. Dersom det ikkje er



FOTO: MAGNE BRAATEN, HESSETILSYNET

Geir Sverre Braut

Assisterande direktør i Helsetilsynet. Fylkeslege i Rogaland sidan 1994. Spesialist i samfunnsmedisin (1997). Han har folkehelseutdanning frå Nordiska hälsovårds högskolan (NHV) i Göteborg (1991). Tidligere redaktør i Utposten (1992–1997).

samsvar mellom dei forventningane som blir stilte til ein person frå ulike hald, er det duka for konflikt. Dette er så openert at det mest er naivt å skrive meir om det. Likevel hender det gong på gong at såre situasjonar oppstår i det levande livet nettopp fordi det blir stilt ulike forventningar frå ulike hald til korleis ein skal handle i ein gitt situasjon. Dersom dette spraket i forventningar ikkje blir avklara og handtert, ligg mistydingane snart klårt i dagen og skapar uro i samhandlinga.

Det tilhøyrer den mest klassiske kliniske kunnskapen at fallhøgda er stor, både fagleg og emosjonelt, når legen gir eit medisinsk råd til ein arbeidskollega eller nabo som spør om eit eller anna problem i forbifarten. Dei fleste vil vel legge til grunn at det er den «private» som spør den «profesjonelle». Men er det no alltid slik at den profesjonelle opple-



din om, er truleg ikkje profesjonelt!

ver det nett slik i den aktuelle situasjonen? I alle fall er det ikkje alltid at den profesjonelle sørger for å etablere rammer som sikrar at svaret blir gitt på ein profesjonell måte. Mest utan vilkår vil det alltid ligge til den profesjonelle å sørge for å avklare kva rammer som skal gjelde for samhandlinga i eit gitt tilfelle.

I andre situasjonar er spelet mellom det profesjonelle og det private meir pikant. Kva med bruk av personlege (eller private?) symbol i den profesjonelle rollen? Døme på dette kan vere noko så alminneleg som å ha bilet av ektefelle og barn på kontoret. Noko meir potent i vår tid kan vere bruk av religiøse symbol som til dømes eit kors i smykke rundt halsen.

Her er vi ved mitt *første poeng*: Det profesjonelle og det private kan nyttast som rolleomgrep. Det er eit rolleskilje mellom det profesjonelle og det private, men det personlege strekkjer seg inn i begge desse rollene. Det personlege er såleis ikkje eit rolleomgrep, men meir relatert til kven eg er som menneske. Sjølv sagt skal det personlege også nyttast i den profesjonelle rollen, men innhaldet i og arten av det personlege må avgjerast ut frå ei vurdering av kva som kan hindre eller hemje det profesjonelle i å kome fram. Det personlege må ikkje få ta merksemda bort frå det profesjonelle.

Det personlege må ha som funksjon å støtte opp under det profesjonelle.

Kravet om fagleg forsvarleg verksemd

Første avsnittet av § 4 i helsepersonelloven lyder slik:

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

Det er dei seinare åra skrive ganske mykje fornuftig i norsk juridisk og helsefagleg litteratur om korleis dette lovkravet skal forståast allment sett og i særlege situasjonar. Det skal ikkje gjentakast her.

Men det *andre poenget* mitt er å hevde at denne regelen ikkje berre handlar om fagleg grunngjevne handlingar i instrumentell forstand. Regelen handlar om den forventninga som andre skal kunne ha til helsepersonell når det gjeld deira forståing av rolla si. Dette kjem fram gjennom bruken av verbalen *forventes*, men kan også tolkast i forlenginga av omgrepet *omsorgsfull hjelp*. Det er såleis ikkje nok at ein handlar ut frå god fagkunnskap. Handlinga må også kunne stå sin rollemessige prøve. Handlar ein slik som ein vil kunne forvente av helsepersonell? Og handlar ein slik at ein har pasientens beste klårt for seg?





Det er ikkje berre den norske lovgjevinga som er slik. Dei nyaste retningslinene for *good medical practice* frå General Medical Council i England som gjeld frå 13. november 2006 er veldig tydeleg når det gjeld dette forholdet (http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/content.asp).

Ein kan ha god instrumentell fagkunnskap til dømes når ein kjenner følgjande trekk ved eit fagfelt:

- Den historiske utviklinga; den longitudinelle konteksten
- Gangbare forståingsmåtar; modellapparatet
- Oppfatningar om verksame metodar; arbeidsmåtar

Det er dette som til dømes ligg i omgrepet «vetenskap och beprövad erfarenhet» i den svenska hälso- och sjukvårds-lagen. Men for å vere profesjonell kjem noko i tillegg.

Helsepersonellets profesjonelle rolle er relatert til eit snevert normsett, «den tronge porten» for å nytte ein allegori. Dette profesjonelle normsettet er allment sett mykje snevrare enn det som elles vil gjelde i privatlivet. Det du kan tillate deg å gjere og seie i heimen eller i eit lystig lag med vene og kollegaer, kan gjerne falle langt utanfor det du kan tillate deg i konsultasjonen.

For å smake litt på kva som kjem i tillegg til det faglege hjå den profesjonelle, kan ein søkje hjelp hos den svenske psykologen Ulla Holm. Ho gav i 1995 ut ei bok med tittelen *Det räcker inte att vara snäll* (Natur och Kultur). Utgangspunktet for boka er ein kvalitativ studie av ei rekke profesjonelle, hovudsakleg legar, som har fått problem med rolleutøvinga si. I boka skisserer ho to krav til ein profesjonell handlemåte (sidene 54–55):

- Den profesjonelle må akseptere at relasjonen til pasienten ikkje er jamlig og gjensidig.
- Den profesjonelle må vere medviten om eigne behov og kjensler.

I praksis tyder dette på at ein kan vere fagleg i møte med sine nærmeste familie og venner, men då står profesjonaliten på spel. Like eins er konsultasjonen ikkje staden der den profesjonelle eksponerer sine eigne lengslar eller livskriser. Dette støtter opp om påstanden min ovanfor om at det profesjonelle og det private ikkje kan flyte over i kvarandre.

Det er spennande, men eigentleg ganske tragisk, å kunne konstatere at når Statens helsetilsyn kallar tilbake autorisasjonar frå helsepersonell, skjer det mest alltid i lys av profesjonalitetomgrepet om vi skal nytte det ovanstående som klassifikasjonsgrunnlag. Mykje sjeldnare er det fagleg svikt i instrumentell forstand som fører til at autorisasjonar blir kalla tilbake. Dette er ikkje berre røynsler frå Noreg. Tilsvarende ser ein også i andre land, t.d. USA.

Og kva så då?

Det profesjonelle oppstår og blir dyrka i ein kollegial, sosial kontekst. Det betyr at ein som profesjonell knapt kan drive forsvarleg utan alltid å relatere verksemda si til det andre med same faglege bakgrunn ville ha gjort i tilsvarende situasjon. Ein prøve på dette kan vere å stille kontrollspørsmållet: *Kva trur eg at kollegaen min ville ha sagt om eg fortalte korleis eg gjorde?* Om eg ikkje torer spørje andre, er eg truleg utanfor det profesjonelle handlingsrommet.

Men den store farene er knytt til dei gongene vi ikkje ein gong torer formulere spørsmålet i våre eigne tankar. Korleis kome vidare her, veit eg knapt. Kanskje det kan finnast to vegar å gå for dei fleste av oss?

For det første gjeld det å vere nysgjerrige på korleis eg sjølv koplar det profesjonelle og det personlege. Ikkje minst her er den kollegiale dialogen og vegleingssituasjonen til nytte. Når brukar eg meg sjølv og mine eigenskapar til styrking av samspelet med den andre? Når nytta eg samspelet med den andre til å vinne noko for min eigen person? Det er slett ikkje alltid motstrid mellom desse to innfallsvinklane, men det kan vere det. Det er til dømes stor skilnad psykologisk sett mellom å møte ein pasient med empati eller å identifisere seg med vedkommande. Det siste kan lett bli den hjelpesøkjande som søker hjelp hos ein som sjølv treng støtte.

For det andre kan det vere verdt å tenkje over kva delar av mitt liv som eg ønskjer å halde privat. Det er sjeldan grunn til å trekke private opplevingar inn i det terapeutiske rommet, men det kan også vere verdt å tenkje over om ein allment sett i vår tid bør vere litt meir påhalden med å eksponere det private i forhold til arbeidsarenaen. Om ein har eit bevisst forhold til det personlege, trur eg ikkje det vil føre til eit kaldare eller meir paranoid arbeidsmiljø. Snarare tvert om, det vil kunne dyrke fram arbeidstakrar med tillit til seg sjølv og som er bevisste på kva som skil det private frå det personlege. Diverre ser det ikkje ut til at straumane i tida verkar i same retning. Dette kjem til dømes til uttrykk gjennom massemedia si ekstreme eksponering av det private.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gsb@helsetilsynet.no



FOTO: INGRID SOLBERG



DUEL med Napoleon

AV SIRI STEINE

For første gang i sitt liv ble hun akutt oppmerksom på eget kroppsspråk, og på hvor absurd vanskelig det var å gjøre noe med det. Rommet var varmt og luften sto stille, men hun hadde både armer og bein knyttet om sin egen akse som om hun frøs.

«Pust», sa hun til seg selv. «Legg ansiktet i likegyldige folder, tenk på noe annet, noe hyggelig».

«Noe hyggelig?»

«Ja, noe som du skal gjøre senere, noe å se frem til, en fin opplevelse, mennesker som er glad i deg, som bryr seg om deg».

«Nei».

Det prikket bak øyelokkene og hun presset høyre tommelfinger mot venstre overarm og visste at hun tankemessig nå var i velkjent farvann, men på ville veier. Hun var i ferd med å bli emosjonell. En dødsspiral i det rommet som hun var i nå, hvor følelser var synonymt med svakhet og hvor seier betyddet overlevelse – betydd kontroll – betydd makt. Som hun måtte beholde.

Hun tillot seg å senke øyelokket og holde det nede i noen sekunder. Hørselen fanget inn lydene utenfra, av en passerende trikk og ropende barn. Inne i rommet suste det fra en datamaskin, de harde to-fingrete anslagene mot et tastatur, papirrasling. Knirkingen fra en sliten kontorstol brakte henne lynkjapt tilbake i situasjonen, hun foldet hendene hardt i fanget, festet blikket på brilleinfatningen vis à vis og lot munnen trekke seg opp til en anelse av et lite smil som hun av erfaring visste kunne være avvæpnende.

«Hvis jeg forstår deg rett, så føler du deg ikke egentlig syk, alle prøver er normale, men du ønsker å ta en pause fra jobben på noen uker, som et slags forebyggende tiltak så og si».

Siri Steine

f. 1952. Medisinsk embeteksamen i Tyskland i 1979, spesialist i allmennmedisin i 1989, medisinsk doktorgrad 1994, utdannet veileder i klinisk kommunikasjon fra The American Academy for Physician and Patient (USA, 2000). Arbeider som fastlege ved Markveien legesenter i Oslo. Hun er engasjert i undervisning og veiledning, spesielt rundt lege-pasient-forholdet og kommunikasjon. Beveger seg gjerne i skjæringspunktet mellom kunst og medisin. I tillegg til noveller har hun også laget kortfilmer og undervisningsprogram.



Stemmen var nøytral, ansiktet vennlig men hun fanget skepsisen likevel, hun leste det av linjen mellom skuldrene og den omhyggelige formuleringen.

Det lå et spørsmål i luften. Etter mange år i krigsterrenge visste hun bedre enn å besvare det. Hun visste av bitter erfaring hvordan forklaringer førte til unnskyldninger - førte ut på viddene - førte til selvkudd. Derfor ble hun sittende tilsynelatende rolig og avventende mens hun mentalt skubbet ballen over på den andre banehalvdelen. Sekundene kom og gikk og gjorde tausheten krevende, og hun visste at første terskel var overvunnet da han plukket den opp og sa; «Jeg forstår at arbeidslivet stiller tøffe krav om dagen. Vi hører det for så vidt ganske ofte. Hvordan det kan tære på.»

Det kunne hun innrømme. Generaliseringen kom som en gavepakke og hun bygget på alliansen for det den var verdt. For selvfolgelig var det slik det var. Spikeren på hodet. Slitsomt. For alle. Hverdagssresset som sykdomsutløsende faktor. Som en stor verkeb yell på samfunnets rumpe. Legen var kommet dit i livet hvor han gjerne husket det som var før. Den gang man gikk ubedt på besøk til hverandre, og hadde oseaner av tid mellom potetplukking, saftkoking og de hjemmelagete sildekakene i sesongen.



Men timelisten var full og han måtte videre. Han visste at forespørselen egentlig var et maskert krav, og var gammel nok til å tillate seg et lite øyeblikk med undring over hvorfor han ikke følte seg mer provosert. Det var ellers en følelse han ikke var fremmed for. Alle disse menneskene som alltid skulle skyve ansvar for eget liv over på andre, på samfunnet, på ham som trygdeverkets forlengete arm. Han observerte henne med lett fornyet interesse mens han vanemessig fulgte samtalens velkjente mønster; om muligheter for tilrettelegging, avlastende kollegaer eller gradert sykemelding? Hun avslo, som han visste at hun ville gjøre, etter tilsynelatende å ha tatt alle forslag opp til genuin vurdering. Dessverre, ikke forenelig med hennes oppgaver, ingen til egentlig å ta over, umulig å få til i praksis.

Nei. Han ble sittende litt som for å vinne tid, som om han funderte på hvordan han skulle gripe dette an. Han følte beslutningsstyrken hennes, og visste at han bare paraderte, men fikk seg likevel ikke til å gå videre.

«Jeg er trett,» tenkte han.

Det var ingen ukjent tanke. Spesielt mot slutten av uka. I tillegg hadde stemningen av blomstrende minnetaler og kollektive tårer fra begravelsen dagen før ikke helt sluppet taket.

Vennskapet hadde hatt lange og mange røtter, fra de som ivrige tenåringer satt sammen i dobbeltsulleren. Vennen hadde vært året eldre, og ledet an. Hadde dradd ham etter seg gjennom ungdomsopprør, damesjekking og studier. Alltid snusende nysgjerrig mot muligheter og utsikter. Som ikke alltid ble til noe, det var sant, men entusiasmen hadde vært smittende, og legen selv hadde solide klyper med salt og edruelighet i sin egen sjelelige bagasje.

Nå hadde vennen lagt på røret. Bokstavelig talt. Han hadde løpt inn fra hagen og de hadde funnet ham sammensunket på arbeidsrommet. Karakteristisk nok. Det var gjort et poeng av det, i noen av talene. Hans arbeidsvilje og ytelsesevne som hadde vært formidabel. Sett utenfra. Han hadde etterlatt seg kone og tre barn. Forvirrete unger, som hadde suget til seg alle gode ord og beskrivelser av denne faren, som hadde vært like uforståelig som selvfølgelig i barneperspektivet.

Han hadde bøyd ryggen og hilst på dem med klosset hjelpe-løshet stilt overfor deres mistenksomme hudløshet. Enken kjente han bedre, og i tillegg kom erfaringer fra andre lignende møter ham til hjelp. Både håndtrykk, blikk og ansiktsuttrykk hadde røpet hvor hun var. Det hadde vært en stivhet og vaktsomhet i henne, som om hun sto på spranget til angrep. Hun hadde vært sint. Harmdirrende og heftig

rasende. Han hadde ikke egentlig blitt overasket, men styrken i det var overraskende, og det hadde tatt ham litt tid å fordøye dette åpenbare bruddet på forventning og konvensjoner. Kledd i svart hadde hun stått som en påle festet til bakken, mens vinden hadde gitt håret en uro som det eneste synlige tegnet på bevegelig liv. Under den uendelige strømmen av medfølende hender var hun blitt brattere og brattere i nakken, som et varsel om tynnslitt tålmodighet og sviktende kontroll.

Han hadde tatt varselstrekanten på alvor og trådd til. Hadde plassert seg til fortengning av mange ivrige og konkurrerende omsorgspersoner, og hadde holdt seg ved hennes side gjennom rekesmørbrød og kondolansetaler, mens han under dekke av varsom omtanke hadde tatt henne hardt i armen og hvisket nøytrale ord i øret hennes når uroen i henne truet med å ta overhånd.

«La dem prate. La dem bare prate.»

Han ante, mer enn han visste, hva det dreide seg om, og en ubehagelig følelse av delaktighet ble forsterket av hans egen kones taushet i bilen på vei hjem.

Han hadde lett etter ord til forsoning eller forklaring mens det usagte, «må det alltid være deg?» i all sin tvetydighet hadde lagt seg som en sperre mellom dem.

En underlig fornemmelse av famlende leting etter noe udefinert hadde sittet i ham siden, og gjennom morgenens rutiner hadde han tatt seg i å lengte etter noe som han ikke visste hva var. Han hadde ristet det av seg da han kom på kontoret. Det skulle bli godt med helg.

«Hva vil du bruke tiden til?»

Kvinnen midt i mot satte blikket i ham, og han så av den lille forandringen i pupillene hennes at hun ble overasket. Han var overasket selv. Det var ikke et spørsmål han hadde planlagt å stille, ikke slik, men når det nå var sagt, så kjente han at han var spent på svaret. Det ble stille. Hun fuktet leppene og han lente seg litt fremover som for å høre bedre etter.

Hun skjønte at hun var i mål. Det hun hadde kommet for var innen rekkevidde, og alt var under kontroll. Det hadde ikke kostet mer hun hadde vært forberedt på å gi, og hun var fortsatt intakt. Den uunngåelige blodprøven selvfølgelig, men ingen strafferunder med blodtrykksapparat og stetoskop, og ikke flere nærgående spørsmål enn hun hadde klart å parere. Med sin blanke anamnese hadde hun gitt få innganger. Selvfølgelig kunne hun ha gjort det enklere for seg med noen oppdiktete plager og symptomer. Ryggsmerter, senebetennelser, selv overgangsplager kunne vært rime-

lig, og ikke direkte usant, heller. Men det kunne invitert til invaderende spørsmål og avkledd håndtering, til nærgåenhet på eget liv og fremmede hender mot egen kropp. Selv nå, med skuldre som langsomt sank på plass, kjente hun motstanden som en styrende stålfjær i ryggsøylen.

«Hva vil du bruke tiden til?»

Han var plutselig kommet ubehagelig nært. Samtidig sanset hun oppriktighet, og kjente at små varselsklokker begynte å ringe. Hans autentiske undring landet spørsmålet udetonert bak forsvarer hennes.

Hva hun skulle bruke tiden til? Hun skulle ikke dra på oppdagelsesferd til Kina, ikke ta nybegynnerkurs i spansk eller male med akvarell. Hun hadde vært så opptatt av å komme bort, trekke pusten og finne fast grunn, at hun ikke hadde tenkt lenger enn det. Et øyeblikk kjente hun den velkjente følelsen av utilstrekkelighet og satte fart på tankevirksomheten for å finne noe som kunne gi et fornuftig, passende, tilfredsstillende og avsluttende svar. Hun merket forventningen, og hørte stillheten som et sus for ørene. Hun var tørr i munnen og helt tom i hjernen. Det eneste som kom for henne var en løsrevet strofe fra en sang, og ukarakteristisk nok fant ordene veien til munnen hennes uten at

hun hadde tenkt at de skulle dit, og hun hørte seg selv si: «Time is a healer».

Han rykket ikke tilbake, men tok ordene inn i samme foroverbøyde posisjon.

«Ja, er den det?», sa han tenksomt, etter en liten pause, og i et kort øyeblikk følte hun en absurd lengsel etter bare å synke ned og legge alt ut, i dette trange, rotete og alt for varme rommet.

Så var øyeblikket over, han bøyde seg over tastaturet, mens hun løftet hodet og rutinert registrerte den hårløse flekken i bakhodet hans og de tallrike leverflekkene på håndbaken. Han avsluttet sykemeldingen som ble to uker lenger enn han egentlig hadde tenkt, og rakte den ut mot henne idet hun reiste seg, i avskjedsmodus.

«Stillingsbetegnelsen», sa han, med et siste overblikk mot skjemaet, det har vi glemt å registrere. Hun kneppet igjen jakken og hang vesken over skuldrene før hun rakte ut hånden mot sykemeldingen uten å se på ham.

«Lege», sa hun. «Jobben min. Å være lege. Det er det jeg er.»

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

FÜRST



Utfyllende informasjon
og oppdatert blåbok på
www.furst.no

Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

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



Hovedkontor:

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

Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

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

For flere opplysninger

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

Ansværlig lege: Dr. med. Kjell Torgeir Stokke, spes. i medisinsk biokemi



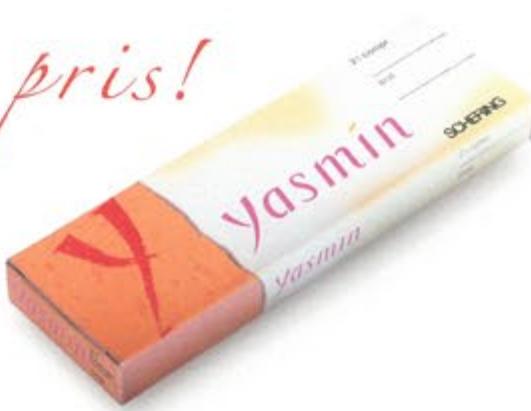
FOTO: INGRID SOLBERG



Takk og farvel...

Trionetta¹ avregistreres **1. januar 2007.**

takk og pris!



Verden går **fremover**:

Etter 25 år på markedet utgår Trionetta til fordel for nye, bedre og mer moderne p-piller. Monofasiske p-piller, som har samme hormondose gjennom hele syklusen (ref SPC Yasmin²), gjør det enklere å utsette menstruasjonen og lettere å komme "på sporet" ved glemte p-piller.

Ref 1: Trionetta (lmg 50-125 µg + ee 30-40 µg). Ref 2: Yasmin (drospirenon 3 mg + ee 30 µg).





Profesjonell
personlig
privat

Om vedlikehold av leger

*En privat bruksanvisning.
Reisebrev fra en kollega i faglig eksil*

AV BENTE ASCHIM

Jeg har lest et sted at leger når sin faglige topp ti år etter at de er ferdig uteksaminerte fra doktorskolen. Her kan jeg begynne å drøfte hva det vil si å være «faglig på topp». Men det er ingen grunn til å polemisere mot et dårlig uttrykk eller tallet ti, for da mister jeg mitt startsted for denne teksten. Forskning viser at vi ikke alltid avlærer oss det som er utdatert av tidligere kunnskap, at vi glemmer en del av det vi har kunnet tidligere og at vi ikke plukker opp ny kunnskap som yngre kolleger har fått på studiet.

I en alder av 53 år, med snart 28 år bak meg som lege, har jeg derfor for lengst passert toppen. Det er ingen flere fjell å bestige. Men jeg har jo lang klinisk erfaring, jeg har opparbeidet mye kompetanse som jeg kan flyte videre på som lege. Dette børger for kvalitet! Og jeg forsøker da å følge så noenlunde med? De neste 14 årene som lege ser jeg for meg et slettelandskap med vidi utsyn både bakover og framover og med klar luft og høy himmel hvor jeg kan vandre fredelig til jeg når det forjettet landet: Pensjonstilværelsen. Landet det drømmes om, snakkes om, som planlegges både på det private og politiske plan for tiden, blant mine jevngamle, også blant leger.

Men det finnes et worst-case-scenario for siste del av yrkeslivet: en (nærmest, men ikke helt) usynlig nedoverbakke som yrkesaktiv. Hvorfor skulle jeg være annerledes enn andre leger som det er forsket på? Kan jeg risikere at manglende kunnskap, mindre nysgjerrighet og redusert engasjement vil gå utover mine kolleger og mine pasienter fram til den dagen alle, inkludert meg selv, puster lettet ut over at yrkeslivet er et avsluttet kapitel?

Tankene på dette skremte meg, nok til å finne fram til en av mine yndlingsbøker: «Zen og kunsten å vedlikeholde en motorsykkel» av Robert Pirsig, amerikansk forfatter og



Bente Aschim

Fastlege Fagerborglegene i Oslo, spesialist og veileder i allmennmedisin, deltidsstilling som veilederkoordinator i Legeforeningen. (Privat: 3 barn, bosatt på Vålerenga med datter og katt.)

filosof. Boka har støvet ned siden jeg leste den på 80-tallet. Den beskriver en reise på motorsykkel gjennom USA; en far med sin elleveårige sønn, året er 1968. Boka kom ut i 1974 og er fortsatt en bestselgende kultbok. Jeg-personen er intenst opptatt av å vedlikeholde sin gamle motorsykkel. Han er også lidenskapelig interessert i å utforske verdier, han leter både i østlig filosofi og bland de gamle grekere. Særlig opptatt er han av å finne ut hva begrepet *Kvalitet* innebærer. Motorsykkelvedlikehold er en metafor: I realiteten er dette en bok om å vedlikeholde seg selv som menneske.

På hvilken måte trenger jeg vedlikehold utover resertifisering av spesialiteten hvert femte år? Hva er kvalitetene i mitt doktorliv og hva er i ferd med lydløst å forvitre? På hvilken måte bevarer jeg en god lege-pasientrelasjon uten å bli utslitt, kynisk, kunnskapsløs og uengasjert? Hva må vedlikeholdes og hva må læres på nytt? Hvor finnes kilder til ny kunnskap og kompetanse? Kanskje spørsmålet heller er *hvorutan* enn hvor: For er det ikke snart for sent å endre seg? Er det mulig å legge om vaner – i min alder?

Med disse spørsmålene i hodet mitt ønsket jeg meg min egen private motorsykkeltur. Uten førerkort for motorsykkel måtte jeg gjøre noe annet. Jeg har gått inn et selvvalgt medisinsk eksil denne høsten. Reisen ble mindre eksotisk

enn Pirsigs, men utfordrende nok!. Med en god vikar på plass, med støtte fra kolleger, med hyggelige kommentarer fra pasienter gikk jeg hjem og lurtet på hva jeg skulle gjøre resten av mitt liv. Jeg hadde to målsetninger:

- 1) Jeg trengte en audition på pensjonsalderen.
- 2) Jeg trengte å planlegge seniortilværelsen.

For å vri på en formulering om familier: Alle leger er ulykkelige på samme måten («For mange skjemaer, for mye byråkrati, for lange arbeidsdager, for krevende pasienter») men vi er lykkelige på forskjellige måter. Det er det som kalles kvalitet i Pirsigs filosofi:

Det han mente med kvalitet var noe annet enn subjektivt behag. Kvalitet er noe som reduserer subjektiviteten. Kvaliteten hever oss over oss selv og får oss til å bli oppmerksom på omverdenen... Kvalitet er ikke en ting. Den er noe som finner sted. En begivenhet.

Hvordan gikk det så å være ikke-doktor? Og hva har jeg lært om meg selv og min legerolle?

Det første jeg lærte handlet om forholdet til mine pasienter: jeg er oppriktig glad i de fleste av dem. Til nå har jeg trodd at jeg var avhengig av min daglige dose pasienter og at jeg ville lide av alvorlig abstinens når jeg ikke lenger satt på kontoret mitt og tok i mot «mine». Slik gikk det ikke. På under en måned klarte jeg å glemme brukernavn, passord og koden på alarmen.

«Jeg savner dem ikke, pasientene» sa jeg, både beskjemmet og bråkjekt. «Og de savner ikke deg» svarte en kollega kjapt. Jeg innrømmer at jeg likte ikke at han sa det. Innerst inne tenkte jeg at han tok feil. Dette var tross alt en time-out, ikke game over!

Men jeg lærte også at jeg savnet selve doktorrollen. Jeg liker å være en del av et team, å være ventet, å finne en liste på skrivebordet som strukturerer dagen. Jeg trives å være i en sammenheng hvor jeg ikke behøver å bestemme dagsorden for meg selv hver dag. Profesjonsrollen handler om mer enn pasientrelasjonen: Det er en kvalitet i det å føle seg som en familie på kontoret, det er en kvalitet som sitter i veggene. En kvalitet som også pasientene gleder seg over. Jeg hadde en pasient som hadde sterke anklager mot meg, men sa: «Jeg vet ikke om jeg slutter likevel, det er så hyggelige medarbeidere her».

Lysten til å lese faglitteratur begynner å komme tilbake. Det er den gamle erfaringen om at det man ikke *med*, det er lettest å gjøre.

Noe av det viktigste er kanskje likevel at mitt private jeg har funnet et rom og en plass. Det er mange aktiviteter som

gjør meg glad, fornøyd, fyller dagene og får meg til å sogne tilfreds om kvelden. Jeg visste det selvfolgelig også tidligere, men rakk aldri å nyte det. Å bruke lang tid med avisene, høre på radioen, pusse opp et rom, be venner på middag, lese lyrikk, gå turer, pugge franske verb. Jo, Pirsig har rett: «Kvalitet er en begivenhet.» Jeg tror jeg består audition til pensjonsalderen.

Dette ble en privat fortelling, men se her: Hvordan står det til med dere mine allmennmedisinske kolleger? Det er 4313 av oss pr. dags dato, hvorav ca. 2400 er spesialister, de fleste i allmennmedisin. Andelen kvinner i legeyrket øker, men den relative økningen blant kvinner i allmennmedisin øker ikke tilsvarende. Andelen spesialister i allmennmedisin er svakt synkende. Som gruppe er vi gjennomsnittlig blitt tre år eldre i løpet av de siste ti årene. Gjennomsnittsalderen er 48,1 år. 45,4 prosent av allmennlegene har fylt 50 år. Halvparten av oss er over 48 år, om noen få år vil halvparten være over 50!

Er det et problem for norsk allmennmedisin at vi er en aldrende populasjon og at så mange har begynt med nedtrappingen? Min rattleder Pirsig er opptatt av at man må ha den rette «Geist» (i meningen «ånd/sjel») i det man gjør. Det greske ordet *enthousiasmos*, opprinnelsen til ordet *begeistring*, betyr bokstavelig oversatt «å ha theos i seg». *Theos* betyr Gud – eller kvalitet? Har jeg selv lyst til å gå til en lege som har mistet entusiasmen for faget og pasientene og som rolig tar de siste hvileskjærene før målsnoren brytes og pensjonen innkasseres? Jeg ønsker selv en lege som ser meg, møter meg, følger meg inn i diagnosen og videre i rehabiliteringen hvis nødvendig, som ikke gir seg hvis jeg trenger en som står på. Skal mine pasienter forvente mindre?

Så derfor, for de av dere som ønsker å unngå å bli sure gamle kjerringer eller gretne gamle gubber, her deler jeg noen forslag. Disse passer for meg i dag og kanskje for noen andre i morgen. Om jeg klarer å gjennomføre dem når jeg er tilbake i praksis, får tiden vise! Jeg har skrevet «deg» for ikke å bli for privat, men egentlig er utgangspunktet «meg».

Du kan beholde kvaliteten i lege-pasient-forholdet ved å:

- Tillate deg å ta det litt roligere. Du har råd til det.
- Se at pasienten er på din banchalvdel, gi uttrykk for det.
- Ikke bli engstelig, ikke vis utålmodighet, la deg for all del ikke kjede. Det finnes spennende historier i alle mennesker. Du må bare stille de riktige spørsmålene.
- Stopp opp når det skjærer seg med en pasient, gjerne med en kollega. Start med det viktigste: Hvordan er min relasjon til pasienten? Hva er det som mangler i vårt samarbeide? Spør pasienten! Hvis vi kommer på bølgelengde igjen og reparerer relasjonen, så vil diagnosen, behand-

lingen og rehabiliteringen være enklere for begge, både lege og pasient.

Du kan beholde kvaliteten i kollegaforholdet, særlig til de yngre ved å:

- Si ofte: Dette kan du bedre, vil du hjelpe meg?
- Si aldri til noen som har en tanke å dele med deg: Dette har allerede stått på EYR. Dette sto i en artikkel i Utposten, dette kan du lese om i...
- Si så sjeldent som mulig at det var mer entusiasme og idealisme før (les: da vi var unge) og at dugnadsånden er død.
- Innrøm at du gjør feil og fortell om dem.

Du kan beholde kvaliteten i eget liv ved å:

- Innse at de store prosjektene kanskje er lagt bak deg. Finn noen små eller mellomstore prosjekter som får deg til å løfte blikket utover hverdagen. La det være noe som betyr noe for flere enn deg selv.
- Ikke slite med adjektivene i superlativ form: best, flinkest, raskest, rikest. Men bruk gjerne de komparative formene: «Jeg vil bli bedre til..... f.eks. å informere pasientene.... enn jeg har vært tidligere»
- Fri deg fra de modale hjelpeverbene: skulle – burde – måtte. Det har vært nok sjefer i livet ditt til nå. Overta styringen selv.
- Tro at du fortsatt har betydning. Du er ikke uunnværlig, men du gjør en forskjell.
- Tørre å utfordre sannhetene i ditt eget liv: Hver gang du tenker: Jeg har ikke noe valg, så forsøk å ta det valget du tror du ikke har og følg det helt ut i tankene. I vår tid, i vårt land, i vårt yrke har vi alltid valgmuligheter. Det er en luksus vi ikke skal gi fra oss.
- Le mer, gjerne sammen med pasientene dine.
- Lytt gjerne på andres råd, men lag dine egne overlevelsesregler.

Å bli eldre er det heldigvis noen som har opplevd før oss. Og de hadde verken avtalefestet pensjon eller nedtrappingsplaner. Men også de visste at livet er begrenset i dager og at utfordringen er å fylle disse dagene med noe som gir både en selv og andre glede.

Hør en nonnes bønn fra 1700-tallet :

Herre, du vet bedre enn jeg at jeg er blitt eldre og at en vakker dag er jeg blitt gammel. Fri meg fra den ulykksalige uvanen å tro at jeg for en hver pris må uttale meg ved enhver anledning om ethvert emne. Frigjør meg fra trangen til å ordne opp i andres saker. Gjør meg omtenksom, men ikke lunefull, hjelpsom, men ikke påtrengende...

La meg få være forholdsvis omgjengelig. Ikke så at jeg vil være noen helgen – de helgenene jeg kjennen, er temmelig vanskelige å omgås – men sure gamle mennesker er et av djævelens mesterstykker. Gi meg evnen til å se gode ting på uventete steder og talenter i uventete mennesker. Og gi meg, Herre, den nådegave å kunne fortelle dem det. Amen.

Dette var min utfordring til meg selv – og kanskje til noen andre. God jul!

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

C
Ebixa «Lundbeck»
Middel mot demens.
ATC-nr.: N06D X01

DRÄPER, opplosning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbát (E 202), sorbitol, renset vann.

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg:

Hver tablet inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

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

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/ldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosisen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablet/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablet/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablet/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablet/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablet/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <40–60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadinv, ketamin eller dekstrometorfan bør unngås pga. risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort innntak av syrenøytralisierende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesykdom (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøyde. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsætte evnen til å køre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmyolytiske stoffer som dantrolen eller boklofen, kan modifisere desses effekter og dosejustering kan være nødvendig.

Samtidig bruk av memantin og amantadinv, ketamin og dekstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotokskisk psykose.

Andre legemidler som cimetidin, ranitidin,

prokainamid, kinin og nikotin innebefører en mulig risiko for akte plasminovær.

Redusert ekskresjon av hydroklorotiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklorotiazid er mulig. Enkeltstiller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitøring av protrombinetid er INR anbefales.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet om at det er helt nødvendig og etter naye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme.

Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hypopig. (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Mindre hypopig.

Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gang. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkeltstiller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstaner og selvmord, og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Et tilfelle av overdosering (selvmordsforsøk) overlevde pasientens inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (rastleshet, psykose, synhallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og bevissthetsløshet) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamatgerne neurotransmitter, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse.

Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon.

Absorpasjon: Absolutt bioaktivitetsgrad ca. 100%. t_{max} oppnås etter 3–8 timer.

«Steady state»-plasmakonsentrerasjoner fra 70–150 ng/ml (0,5–1 µmol) med store interindividuelle variasjoner.

Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg.

Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal $t_{1/2}$ 60–100 timer. Total clearance (C_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkaliske urin kan bli redusert med en faktor på 7–9.

Metabolisme: Ca. 80% gjennomsenes som moderssubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles.

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

Sist endret 12. oktober 2006.

Basert på godkjent SPC april 2006.

Referanser:

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

H. Lundbeck A/S

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

www.ebixa.com



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



Flerdimensjonal, men logisk sammenheng

AV OLAF GJERLØW AASLAND

Olaf Gjerløw Aasland presenterer seg selv:

Jeg er 62 år, instituttsjef for Legeforeningens forskningsinstitutt og professor (II) på Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Jeg har vært byde/slege på Romsås helse- og sosialsenter, sosiallege i Oslo kommune, familieterapeut på Familiekontoret i Christiesgt. (Oslo), spesiallege på Ullevål sykehus psykiatrisk avdeling XVI, overlege i Statens edruskapsdиркторат, og spesialrådgiver i Sosialdepartementet. Fra 1992 har jeg jobbet med Legekårsundersøkelsen, et tre-årig forskningsprogram som gikk over i Legeforeningens forskningsinstitutt, grunntfinansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Der forsker vi på legenes helse og afterf. Se www.legeforeningen.no/lefo. Mitt heftige sidespor er å samle og restaurere gamle trekspill, særlig bandoneoner (det argentinske tangotrekspillet som egentlig er tysk). I sommer hadde jeg i forbindelse med Festspillene en historisk utstilling med 30 bandoneoner på Bergen museum, kulturhistorisk avdeling, se http://bergenmuseum.uib.no/utstilling.php?seksjon=utstilling&kat_id=2&utst_i



Den første tanken jeg fikk med dette oppgitte temaet var endimensjonal, at det er et kontinuum, eller noen skal inni hverandre, fra profesjonell via personlig og til den innerste private kjernen. Men ved nærmere ettertanke har jeg kommet til at det er en flerdimensjonal, men logisk sammenheng mellom disse tre p-ordene. Holder vi oss til pasient-lege, eller klient-hjelper perspektivet, er den ypperste graden av profesjonalitet etter min mening den som evner å ta med både klientens og hjelperens private forhold i interaksjonen, uten at dette oppleves som invasivt eller utidig. Balanseringen av det profesjonelle mot det private styres av det personlige, eller personligheten. Det er denne modellen jeg vil utforske her.

Privat og profesjonell – mellom nærhet og distanse

Det første hintet om en slik dynamikk fikk jeg da jeg ganske ung og uerfaren var tilsynslege på et sykehjem. Det gikk jeg visitt til alle beboerne en gang i uken, og slet virkelig med å si noe meningsfylt og profesjonelt til hver enkelt. Jeg kunne jo for eksempel ikke si «nå blir du nok snart frisk og kan dra hjem». Men så oppdaget jeg til min skrekk at det spilte absolutt ingen rolle hva jeg sa *bare jeg sa noe*. Dette var en ny erkjennelse for en ung mann som var vokst opp i en nøktern legefamilie der man stort sett ikke sa noe uten at man hadde noe viktig på hjertet.

Senere ble erkjennelsen av at det profesjonelle ofte kunne spille på lag med det private regelmessig forsterket, som for eksempel en gang jeg var veileder for en gruppe idealistiske og entusiastiske mennesker som arbeidet med de dårligste rusmiddelmisbrukerne. De fleste var ufaglærte, noen var

vernepleiere eller sykepleiere. Etter hvert som jeg fikk god innsikt i deres arbeidshverdag så jeg til min forundring at de som hadde best resultater med misbrukerne, i den forstand at misbrukerne fikk bedre livskvalitet, var de som konsekvent blandet det profesjonelle og det private. Det gikk gradvis opp for meg at jeg som veileder ikke først og fremst skulle reise pekefingeren og understreke hvor viktig det var å opprettholde den «terapeutiske distansen», men snarere hjelpe dem å håndtere en situasjon der det private og det profesjonelle nødvendigvis grep inn i hverandre, og hvor det private sannsynligvis var det viktigste.

Menneskekontakt, eller i noen tilfeller voksenkontakt, er ofte en nødvendig forutsetning for at behandling eller rehabilitering skal virke. Men menneskekontakt er en størrelse som vanskelig kan forskrives eller doseres, og som sjeldent inngår som konkret element i behandlingskjeder eller individuelle behandlingsplaner. Bo- og arbeidskollektivene for behandling av rusmisbrukere er en god illustrasjon på dette. Behandlerne med sine familier lever sammen med misbrukerne 24 timer i døgnet, og den dokumenterte effekten bunner både i at de unge misbrukerne for første gang opplever en situasjon som kan minne om en vanlig familiesituasjon, og i at det stiller krav på en helt annen måte enn hva de tidligere har opplevd. Jeg har meget stor respekt for dem som gir år av sitt familieliv til denne typen arbeid, samtidig som jeg innsier at vi trenger mange flere slike overskuddsmennesker dersom vi skal kunne hjelpe alle unge som aldri fikk oppleve vanlig familietrygghet.

Jeg har nylig vært veileder for en doktorgradskandidat som skrev om sykepleierstudentenes motivasjon og sosialis-



ring. Hun gjorde noen kvalitative intervjuer der hun forsøkte å finne hva studentene egentlig mente når de sa at det «å jobbe med mennesker» var et viktig motiv for studievalg. Hun fant at de som sa at de gjerne ville jobbe med mennesker var studenter som ønsket og trengte selvkrefte. Pasienter som ikke ga ros eller anerkjennelse var mindre interessante. Kanskje er det av og til slik i helseprofesjonene at den blinde hjelper den halte, at lege og pasient passer sammen som hånd i hanske?

Men nærlhet kan bli for tett, for privat. De fleste leger har opplevd at når de har seg selv eller en av sine nærmeste som pasient kan det gå riktig galt. Det er særlig to forhold som forstyrrer. Det ene er at pasienten ikke har den nødvendige respekten for legen og dermed ikke kan velge å se legen som en allmektig og feilfri hjelper, noe som mange pasienter ønsker. Det andre er at forholdet blir for tett til at legen greier å tenke rasjonelt og didaktisk, og dermed risikerer å bomme grovt på diagnoser eller behandling. Det ligger mye dyrekjøpt erfaring bak advarselsen mot å være lege for seg selv eller sine nærmeste.

Personlighet – hva er det?

Jeg velger her å tolke uttrykket personlig som noe som har med personligheten å gjøre, selv om det også kan brukes i andre betydninger. Med personlighet mener jeg karaktertrekk som kjennetegner en person, og som kan være meget stabile over tid, og vanskelig – men ikke umulig – å endre. Alle har vi en personlighet, og våre personligheter er like forskjellige som vårt utseende. Men på samme måte som vi er høye, lave, blonde, rødhårete, tykke eller tynne, finnes det også noen grunnleggende personlighetskategorier. Det er glidende overganger fra personlighetstype til personlighetsforstyrrelse. De mest alvorlige personlighetsforstyrrelsene er etter min mening de hvor evnen til å forstå og føle hvordan andre mennesker har det mangler.

I forskningen på legenes holdninger og atferd har vi særlig benyttet fire personlighetsdimensjoner: *intensitet (intensity)*, *sårbarhet (neurotic vulnerability)*, *tvangspreg (obsessive-compulsive)* og *realitetssvakhets (psychotism)*. De fleste legene har en passe porsjon intensitet som gjør dem uredde og kreative, nok sårbarhet til å kunne bli skuffet og ha medfølelse, såpass mye tvangspreg at de sjekker viktige funn to ganger, og svært lite realitetssvakhets. Noen leger er så høye på sårbarhet og tvangspreg at de har problemer med å innrømme feil eller å be om unnskyldning. Noen leger er så intense at de blir arrogante og lite lyttende, og noen er så realitetssvake at de gjør som strutsen når det oppstår en vanskelig eller ubehagelig situasjon. Vi har vist empirisk at realitetssvake leger opplever flere subjektive helseplager. Vi har også vist at leger som er høye både

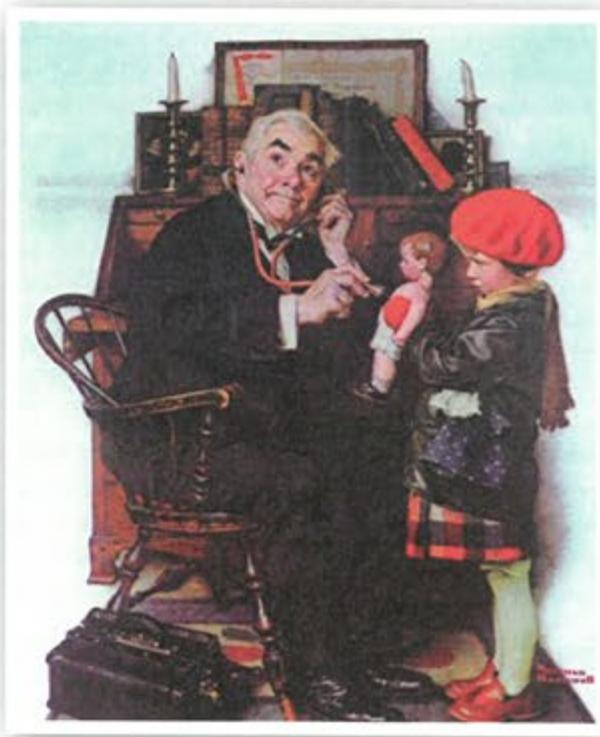
på intensitet og sårbarhet rapporterer at de oftere har opplevd å være involvert i tilfeller med alvorlig pasient-skade.

«Disruptive physicians»

Dette uttrykket brukes av amerikanske og kanadiske kolleger om leger som har en uakseptabel atferd i forhold til pasientene sine. Det kan dreie seg om alt fra et litt ustyrlig temperament til seksuelle overgrep eller drap. Årsakene til slik uakseptabel atferd kan være flere, men som regel dreier det seg enten om en ekstrem stressituasjon der legen mer eller mindre har mistet kontrollen, eventuelt kombinert med rusmiddelmisbruk, eller en personlighetsforstyrrelse der legen mangler evne til empati og innlevelse.

Antallet leger med denne problematikken synes å være økende. Dette skyldes nok først og fremst at forventningene til legers atferd har endret seg vesentlig i løpet av mindre enn en generasjon. Mens brysk og ubehovlet atferd tidligere ble tolerert så lenge legen gjorde jobben sin, «han er jo så god til å operere», stilles det nå stadig høyere krav til kommunikasjonsevne og pasientbehandling. Flertallet av klagesaker på leger dreier seg faktisk om denne typen hendelser.

Det er nødvendig med en betydelig styrking av kollegiale spilende funksjoner. Med det mener jeg ordninger der leger gir hverandre konstruktiv tilbakemelding på kommunikasjon og pasientbehandling, nettopp for å unngå ubehagelige og kritikkverdige situasjoner. Profesjonskollektivets vilje og evne til selvdisiplinering har tradisjonelt vært en





viktig del av kontrakten mellom samfunnet og profesjonene, som myndighetene nå i økende grad selv tar over fordi de opplever at legene ikke ønsker eller greier å ta ansvaret for denne viktige siden av profesjonalisten.

Fra pidestall til etisk skammel

Den opphøyde status som leger har hatt, særlig gjennom de siste to-tre generasjonene, har vært både kunstig og uheldig. Den representerte først og fremst en maktulikhet der legen var en suveren hersker over pasienten. Egentlig er det underlig at det har tatt så lang tid å innse at dette er et meget dårlig utgangspunkt for medisinsk behandling. Fremdeles vil nok de fleste leger være uenige i et utsagn som «pasienten er ekspert på seg selv». Det profesjonelle synes fremdeles å være et slags veterinærmedisinsk ideal der legen i så stor grad som mulig skal greie å stille diagnosen og gjennomføre behandlingen uten å måtte snakke med pasienten, bortsett fra gjennom en programmert dialog om livsvaner og naturlige funksjoner. Datamaskinen og bøkene er en mye viktigere informasjonskilde enn pasienten selv. Og for all del – ikke bli for privat!

Med den tradisjonelle opphøyde legeatferden har dette sikkert vært gode og nødvendige råd, og kanskje enda viktigere i en tid da leger kan bli saksokt for det meste som har med pasientbehandling å gjøre. Vi har falt ned fra pidestallen, er litt fortumlet, og vet ikke riktig hvilken vei vi skal gå. Vi beskytter oss foreløpig bak et skjold av kunnskapsbasert medisin, med nye vanskelig oversetbare honnørord som *accountability* og *empowerment*.

Men en viktig bit gjenstår altså, nemlig integreringen av det private i det profesjonelle. For å hjelpe pasienten må vi forstå pasientens lidelse. For å forstå pasientens lidelse må vi kombinere våre profesjonelle og våre private erfaringer. Dette er gammel erkjennelse:

At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der.

Dette er hemmeligheden i al hjelpekunst, enhver, der ikke kan det, er selv en indbildung, når han mener at kunne hjelpe andre.

For i sandhed at kunne hjelpe en anden må jeg forstå mere end han, men dog først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjälper merforståelse ham slet ikke. Vil jeg alligevel gøre min merforståelse gældende, så er det fordi jeg er forfængelig eller stolt, at jeg i grunden i stedet for at gavne ham egentlig vil beundres af ham, men al sand hjälp begynder med en ydmygelse.

Hjälperen må først ydmyge sig under den, han vil hjälpe og derved forstå, at det at hjälpe ikke er at herske, men at tjene, at det att hjälpe ikke er at være den herskende, men den tålmodigste, at det att hjälpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret og ikke forstå hvad den anden forstår.

(Søren Kierkegaard 1813–1855)

Den etiske skammelen er den vi leger må skaffe oss for å kunne rage litt opp over de fleste. Denne skammelen har fire ben: medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeids-evne og en høy etisk standard. Når vi greier vi å håndtere det private på en profesjonell måte er vi på vei.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olaf.aasland@legeforeningen.no





**Profesjonell
personlig
privat**

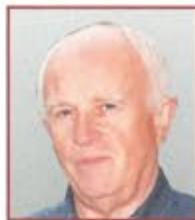
– Noen betraktninger

AV TOR JACOB MOE

Denne triaden som enhver av oss beveger oss i, har etter min erfaring svært ulik definisjon hos ulike grupper av helsepersonell. En rimelig felles forståelse av innholdet er av betydning når vi skal samhandle med kolleger og andre helsearbeidere i det tverrfaglige rom.

I begrepet profesjonell legger jeg den bakgrunn som vår utdannelse og etterutdannelse har gitt teoretisk, ferdighetsmessig og ikke minst de holdningene vi er bærere av. Den er ikke identisk, selv om vi alle er leger av utdannelse. Men der er felles trekk i det vi har som bagasje. I dette legger jeg en basisforståelse av hva et menneske er, både i somatisk og mentalt perspektiv. Gjennom et legeliv vil mange av oss, ikke minst primærlegen, være i kontakt med mange av ytterpunktene i det et menneskeliv kan inneholde, og møte meget varierende menneskeadferd, slik at det med en betydelig rett kan uttrykkes, at intet menneskelig er oss fremmed. Det som gir oss profesjonalitet, er det foran nevnte, men i tillegg den måten vi integrerer våre erfaringer fra dette i vår personlighet. Den gamle lege i litteratur og på film, fremstilles jo ofte som en person som har en grunnleggende varm og forsonet holdning til mennesket, i alle dets måter å opptre på. Som profesjonell vet jeg hva som er min oppgave og hva jeg kan gjøre i forhold til det menneske som søker meg som lege. Jeg vet hvilke grenser som gjelder for min adferd. Jeg vet hva som er viktig i møte med pasienten. Jeg er klar over hva som er pasientens behov, og mine behov. Det siste vil hjelpe meg til å unngå å trå over grenser, som krenker, fornærmer eller gjør pasienten utilpass eller engstelig. Jeg vet at jeg ikke må utnytte pasienten. I tillegg forventes det av meg at jeg ikke blir moraliserende, men at jeg er i balanse i forhold til det pasienten kommer med.

Personlig betyr i min forståelse at vi er nærværende og tilstede overfor pasienten og pårørende. Vi forventes å legge til rette for at det virkelig blir et møte med det menneske som kommer inn gjennom vår dør, nesten uten unntagelse. Er det slik? I min erfaring er det forbausende hvor mange



Tor Jacob Moe

Spesialist i psykiatri. Tidligere avd. overlege ved psykatrisk avd, Haukeland Universitets-sykehus. Jobbet mange år som psykiater ved Radiumhospitalet. Nå avd. overlege ved Olaviken sykehus, Bergen.

pasienter som kjenner seg tatt vel i mot og som kan være kritisk mot legestanden, men positiv til «min lege». Det henger sammen med at den enkelte pasient har kjent seg møtt, ikke av et system, men av en person, på en god måte. At konsultasjonen virkelig blir «et møte», er prøvestenen på at jeg har hatt en effektiv kommunikasjon, og at pasienten har opplevet seg sett og tatt på alvor i forhold til det som brakte hun eller ham til legen.

Privat representerer for meg to dimensjoner i møte mellom pasient og lege. Det er pasientens mulighet, og på en måte rett, å være privat i forhold til legen. Det innebærer at hun eller han kan velge å legge frem for legen det som er viktig, uansett. Å få legge frem det aller mest private, ofte såre og vanskelige, til en annen person, der man kjenner på trygghet nok til våge det, kan gi viktig og varig hjelp for den det gjelder. For legen kan dette gi en opplevelse av spesiell karakter, nærmest som «gyldne øyeblikk». Det samme den andre veien, er det ikke åpning for. Legen skal som en regel ikke legge frem egne private ting. Det må pasienten skånes for. Pasienter som utsettes for legens private forhold, kan iblant oppleve noe slik som invaderende og ubehagelig. Det er ingen jevnbyrdighet når vi befinner oss i dette vare landskapet. Vi er som leger den som tar imot og reflekterer sammen med, eller velger ikke å kommentere. Vi må gå til andre når det gjelder våre private forhold.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
tor.jacob.moe@olaviken.no



FOTO: JO SKEIE HERMANSSEN



Profesjonell
personlig
privat

Blander vi kortene?

AV SNEFRID MØLLERSEN

Privat, personlig og profesjonell. Blander vi kortene? Er vår profesjonalitet best tjent med at vi trekker klare grenser mellom den profesjonelle og den private delen av livet? Eller kan det være slik at for strikse grensoppganger hemmer det å kunne gjøre en god jobb? Bør de profesjonelle brillene våre ligge igjen på kontoret når vi går fra jobb, slik at vi kan møte menneskene uten å måtte ta hensyn til forventninger og krav som tilligger yrkesrollen vår? Kan vi, når vi bor i små samfunn, forvente at menneskene omkring oss vil klare å skille mellom privatpersonen og den profesjonelle personen? Klarer vi å fungere i to roller samtidig, på en god måte? Kanskje er det enda vanskeligere å svitsje mellom to roller i samfunn som er så små at de private sosiale arenaer og relasjoner uvergjelig overlapper de profesjonelle arenaer og relasjoner?

Temaet «privat, personlig og profesjonell» signaliserer sammenheng, dilemmaer og motsetninger. Temaet berører egne forpliktelser, behov og ønsker, både som privatperson og som fagperson. Temaet berører klienters/pasienters behov og ønsker. Og temaet berører nærmiljøets, venners og families behov og forventninger.

Det kan være vanskelig å se hvor grensene går mellom det profesjonelle, det private og det personlige, for eksempel mellom profesjonell og personlig omsorg, eller mellom privat og profesjonell kontakt og tillit. Det kan være vanskelig å ha klart for seg når sammenblanding av det personlige og det profesjonelle skjer etter eget behov eller om man følger en oppfordring fra andre. Er det for eksempel en selv som har behov for å snakke om hvor travelt man har det, eller er det viktig informasjon for klienten/pasienten? Vi kan la oss lede av «magefølelsen» og håpe at motivene er redelige. Vi kan lage en oppskrift som kjennes faglig og etisk komfortabel ut, og la den styre oss. Eller vi kan godta at dette er komplekst, og at det er viktig å tenke gjennom det vi gjør i overgangene mellom det private, det personlige og det profesjonelle.



Snefrid Møllersen

spesialist i klinisk psykologi.
Jobbet som psykolog i Finnmark siden 1976.
Ansatt på Psykiatrisk poliklinikk i Kirkenes, DPS for Øst-Finnmark.

Jeg startet min tilpasning til yrkeslivet for lenge siden som anleggskokk, miljøarbeider, vasker, kontorhjelp, trafikk-teller og litt til. Jeg gjorde jobben jeg var betalt for, skiftet tøy og gikk hjem og levde livet for de pengene jeg hadde tjent. Hva jeg gjorde og var privat, hadde liten betydning for arbeidet mitt. Det jeg jobbet med influerte lite på privatlivet mitt. Jeg hadde to forskjellige roller, og de forstyrret ikke hverandre. Jobb og privatliv var to forskjellige verdener.

En dag ble jeg psykolog. Utkant-psykolog. Og noe ble annerledes. Selv om jeg lukket kontordøra og gikk fra jobb, fortsatte folk å betrakte meg som «psykologen». Selv om jeg satt i psykolog-hamen på jobb, var det mange som snakket til den private Snefrid. Jeg merket at jeg justerte meg etter psykolog-rollen på fritida, og jeg merket at jeg snakket med klienter ut fra våre relasjoner i ikke-jobb-sammenhenger. Det var naturlig. Rett som det var kjentes det helt feil. Jeg snakket med gamle erfarte kollegaer sørpå. De rådet meg til å ikke blande rollene. Holde privat avstand til klientene, og finne min omgangskrets utenfor klientenes sosiale nettverk. Det ville bli en svært liten omgangskrets. Det ville dessuten påvirke yrkesrollen min. I et samfunn der «alle vet alt om alle», stiller man seg selv utenfor hvis man markerer distanse til de sosiale nettverkene. Man mister viktig lokalkunnskap om samfunnslivet, om kulturen og de forholdene menneskene lever under, – kunnskap som har betydning for hvordan man behersker jobben. Dessuten hindrer man folk i å benytte den vanlige fremgangsmåten



lokalsamfunnet har når de skal finne ut av hvem psykologen er, og hva psykologen kan brukes til.

Profesjonalitet er knyttet til det som er faglig riktig og hensiktsmessig. Det er en kompetanse i å kunne la sin oppreten, – sine handlinger og ord, sine utspille og reaksjoner – bli styrt av faglig hensiktsmessige vurderinger og målsettinger. Altså i motsetning til å bli styrt av personlige holdninger, følelser og ønsker, eller å bli forført av andres interesser.

Personlig nærlhet til klient/pasient kan lett virke forstyrrende på en profesjonell behandler-relasjon. Det kan føre til dilemmaer mellom ønsket om å være venn og bli likt og nødvendigheten av å følge profesjonelle rutiner og ta faglig funderte avgjørelser. Det kan føre til overidentifisering med klientens/pasientens situasjon og forkadre objektive faglige vurderinger og rasjonell bruk av behandlingsmetoder. Det kan også forstyrre private relasjoner, fordi den informasjonen man får om klienten/pasienten fort går langt utover hva man vanligvis vet om sine venner og bekjente. Som profesjonell behandler kan man kanskje ta av og på den private og profesjonelle hatten, alt etter om situasjonen er jobb eller fritid. Men klienten/pasienten har ikke det samme forhold til hattene, og har ingen klare kriterier for å sortere psykologen og privatpersonen fra hverandre.

I mange sammenhenger kan de fungere fint, men det kan også skape utsynghet i en del situasjoner.

Det psykologiske hovedverktøyet er samtalemetoder og samspillprosesser. En viktig forutsetning for behandlingsprosessen er kontakt og tillit (terapeutisk allianse). Terapeutens personlighet og holdninger skinner gjennom i hvordan man utøver sin profesjon. Det er profesjonelt nyttig å ta hensyn til, integrere og utnytte ens personlige egen-skaper i den måten man håndterer de psykologiske verktøyene på. Samtidig må den personlige stilens tilpasses verktøyene, og tilpasses klientenes/pasientenes behov.

Det psykologiske behandlingsverktøy kan sammenliknes med en strukturert og målrettet utgave av elementer i den gode, alminnelige samtalen omkring et problem. Overfladisk sett er jobben å prate med folk, spørre, svare, lytte, observere, kommentere, foreslå, rådgi osv. Dvs på flere måter likner det en samtale med en nær venn. For begge parter. Rammene rundt samtalen: de fysiske betingelsene, avmålt tid, betaling, rollefordelingen mellom den som yter hjelp og den som får hjelp, markerer at behandlingsrelasjonen er avgrenset og av profesjonell karakter. Innenfor disse rammene er kontakten, det private tema, og samtalens personlige preg et nødvendig bidrag til det faglige formål med behandlinga.



Når rammene brytes, er det en risiko for at blandingen av det profesjonelle, private og personlige forkludrer faglighet i vurderinger og handling. Hvis man, som behandler, legger opp til fysiske betingelser og tilgjengelighet/tidsbruk som likner det tilbuddet man gir sine venner, hvis man er uklar mht. hvem sitt liv, hvem sitt problem og hvem sine fortellinger som skal ráde grunnen, bør man skjerpe seg og være ekstra árváken. Da bør man tenke gjennom den faglige begrundelsen for «avviket», og spørre seg om det tjener pasientens behov eller er for egen bekvemmelighets skyld.

Min erfaring har vært at når samtalen/konsultasjonen er tydelig ikledd en profesjonell ramme, gir det både en selv og pasienten større trygghet. Den profesjonelle rammen tillater intim psykologisk kontakt, beskytter behandlinga fra uønskede forstyrrelser fra livet utenfor terapi-rommet, og er en garantist for at det som skjer i terapien ikke slipper ut av terapi-rommet.

Uansett anstrengelser for å opptre ryddig og gjøre linjene og overgangene mellom det private og det profesjonelle tydelig, vil man alltid forblí én person med to roller. Personlige egenskaper skiftes ikke ut selv om man skifter rolle. Dette blir ekstra tydelig når man lever og jobber i små samfunn der overlappingen mellom de private og de profesjonelle arenaer er

vanlige, og der menneskene er generelt interesserte og engasjerte i hverandres liv og levnet. Det man gjør privat påvirker folks forventninger til en som fagperson, negativt, så vel som positivt. Sosiale fellesskap (naboskap, barn i samme skole, felles venner, yrkesmessig samarbeid) kan bli en barriere for å skape nødvendig profesjonelle distanse. Potensielle klienter/pasienter kan oppleve personlige og private relasjoner som en trussel mot behovet for anonymitet. Behandleren kan oppleve at den informasjonen man har fått om klienten/pasienten i den profesjonelle relasjonen, forkludrer den private relasjonen på en ubehagelig eller uforutsett måte.

I behandlerrollen er grenseoppgangene mellom å være profesjonell hjelper og å være medmenneske en utfordring. Utenfor behandlerrollen er det en utfordring å balansere privatlivet i forhold til de konsekvenser det kan få for hva andre tenker om en og forventer av en som fagperson. Man er aldri helt privat, og aldri helt profesjonell. Kunsten er kanskje å finne de gode blandingsforholdene, og allikevel ikke bli skuffet når man merker at det innimellom allikevel blir konflikter mellom det private, personlige og profesjonelle.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
snefrid.mollersen@helse-finnmark.no

C Trionetta Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A B03

TABLETTER: Hver brun tablet inneh.: Levonorgestrel, 50 µg, ethinylestradiol, 30 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablet inneh.: Levonorgestrel, 75 µg, ethinylestradiol, 40 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Hver gul tablet inneh.: Levonorgestrel, 125 µg, ethinylestradiol, 30 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). En pakning inneholder 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter. I pakningen med 28 tabletter er det, i tillegg til 21 tabletter med virkestoff, også 7 store hvite placebotabletter. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablettene skal tas i rekkefølgen avnist på pakningen. 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens 1. dag og fortsetter med 1 tabletter hver dag i 21 dager. Etter 7 tabletterfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tabletterfrie pausen på 7 dager inntreffer en menstruasjonslignende blodning (bortfallsblodning). Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablet. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens 1. dag og fortsetter med 1 tabletter hver dag i 28 dager. Den første tabletten tas fra feltet merket start på niktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Derefter tas 1 tablet daglig uten opphold. De store hvite tabletene på slutten av brettet er placebo og mens kvinnen tar disse, kommer en menstruasjonslignende blodning (bortfallsblodning). Trionetta 28 tabletter tas kontinuerlig. (En går direkte over på neste brett uten opphold.) Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablet. **Kontraindikasjoner:** Eksisterende eller tidligere venos eller arteriell trombotisk/tromboembolisk hendelse (f.eks. dyp venetrombose, lungeemboli, hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulær skade. Eksisterende eller tidligere prodrom på trombose (f.eks. transitorisk ischemisk attakk, angina pectoris). Migræne med fokale neurologiske symptomer i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige og multiple risikofaktorer for venos eller arteriell trombose kan også utgjøre en kontraindikasjon. Pankreatitt eller tidligere pankreatitt dersom denne var assosiert med alvorlig hypertriglyceridemi. Eksisterende eller tidligere alvorlig hepatisk sykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert. Eksisterende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkede maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner (f.eks. i genitale organer eller bryster). Udiagnostisert vaginalblodning. Kjent eller mistenk gravitet. Overfølsomhet for ett eller flere av innholdsstoffene. **Forsiktigheitsregler:** Venos tromboembolisme (VTE) manifester ved dyp venetrombose og/eller lungeemboli, kan forekomme ved bruk av kombinasjons-p-piller. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. For behandling institueres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familielanamnese. Kontrollen gjentas årlig. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det hos familiemedlemmer allerede i yngre år har forekomm tromboemboliske sykdommer (f.eks. dyp venetrombose, slaganfall, hjerteinfarkt). Cytologiske prøver tas etter screeningprogrammet. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Røking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodprop, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner bør sluttet å røke hvis de vil bruke p-piller. Friske, ikke-rekende kvinner uten økt risiko for hjerte-karsykdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opprette tegn på tromboemboli (f.eks. akutte brystsmerter, tungpustethet, sys- eller hørselsforstyrrelser, smerte og hevelse i en eller begge underkremmelen) under behandlingen, skal preparatet seponeres straks og pasienten undersøkes nøyde. Likeledes seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Hvis mulig seponeres 4 umer for kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt trombosisk. Kan nedsette glukosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, migræne, epilepsi, otosklerose, chorea minor. Ved markant blodtrykksstigning og ved økning av epileptiske anfall før preparatet seponeres. Oppkast eller diaré kan føre til fullständig absorpsjon. Hvis tabletene tas mer enn 12 timer før sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablet, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblodning i den første normale tabletterfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Fortsett på de siste 10 aktive tabletene (de gule) på et nytt brett uten den vanlige tabletterfrie perioden. 28 tabletter: Placeobrettet på påbegynt brett utelates. Det startes deretter direkte på de 10 siste aktive tabletene (de gule) på et nytt brett. Utsettelsen kan fortsette i maks. 10 dager inntil de gule tabletene på det nye brettet er brukt opp. Regelmessig intakt gjennopptas etter vanlig 7 dagers tabletterfrie periode (for 21 tabletters brett) eller placeboperiode (for 28 tabletters brett). **Interaksjoner:** (I): G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Må ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Går over. Østrogen og gestagener kan redusere mengden samtid endre sammensetningen av morsmelken. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** **Bryster:** Ømhet, smerte, forstørrelse, sekresjon. **Gastrointestinale:** Kvalme, oppkast og andre gastrointestinale plager. **Hud:** Ulike hudidelser (f.eks. utslett, erythema nodosum, erythema multiforme). **Sentralnervesystemet:** Hodepine, migræne, endret libido, depresjon/humorendringer. **Syn:** Intoleranse for kontaktlinser. **Urogenitale:** Endret vaginalsekresjon. **Øvrige:** Væsketensjon, endret kroppsvekt, overfølsomhetsreaksjoner. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Trefasisk estrogen/gestagen kombinasjonspille. Syklustilpasset hormontilselser har muliggjort reduksjon av den totale hormondosen i løpet av en syklik. God sykluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl index 0,12-0,34. Virkningsmekanisme: Hemming av egglosning og endringer i sekresjonen fra livmorhalsen. Absorpsjon: Maks. serumkoncentration: Levonorgestrel: 1 time. Etinylestradiol: Ca. 1,3 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Levonorgestrel: Så godt som fullständig. Etinylestradiol: Ca. 45% med en stor interindividual variasjon på 20-65%. Proteinbinding: Levonorgestrel: Ca. 98,6%. Etinylestradiol: Ca. 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Levonorgestrel: Ca. 128 liter. Etinylestradiol: Ca. 2,8-8,6 liter/kg. Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 22 timer. Etinylestradiol: Ca. 10-20 timer. Plasmaclearance: Levonorgestrel: 1,0 ml/minutt/kg. Etinylestradiol: 2,3-7 ml/minutt/kg. Metabolisme: Levonorgestrel metaboliseres fullständig via kjente steroidmetabolisme-mekanismer. Etinylestradiol gjennomgår presystemisk konjugering både i slimhinnen i tynntarmen og i leveren. **Utskillelse:** Via urin og galle. Oppbevaring og holdbarhet: Skal ikke oppbevares over 25°C. Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 21 stk. kr 96,40, 6 x 21 stk. kr 166,00, 13 x 21 stk. kr 327,40, 3 x 28 stk. kr 95,70, 6 x 28 stk. kr 164,60. **Sist endret:** 23.10.2005

C Yasmin Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablet innneh.: Drosiprenon, 3 mg, ethinylestradiol, 0,03 mg, lactos., const. q.s. **Fargestoff:** Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tabletene placebotabletter. Indikasjoner: Antikonsepsjon. **Dosering:** 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens første dag. Det skal tas 1 tablet daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tabletterfrie dager startes et nytt brett.

I løpet av de tabletterfrie dagene inntreffer vanligvis en bortfallsblodning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablet. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblodningens første dag og fortsetter med 1 tablet hver dag i 28 dager. Den første tabletten tas fra feltet merket start på niktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Derefter tas 1 tablet daglig uten opphold. De hvite tabletene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blodning (bortfallsblodning). Yasmin 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablet.

Kontraindikasjoner: Graviditet, Venetrombose, nærværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær skade, lungeemboli), Arterietrombose, nærværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromalstilstander (f.eks. angina pectoris og forbipågående ischemisk hjertesykdom). Tilstede værelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose; Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi, Anvelig eller ervervet predispozisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. antitrombin-III-mangel, protein C-mangel eller -resistens, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Nærværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisians eller akutt nyresyk. Tidligere eller nærværende levertumorer (god- eller ondartede). Mistanke om eller kjente maligne tilstander i genitale organer eller brystene hvis disse er påvirke av seksualsteroider. Ikke-diagnosert vaginal blodning. Tidligere migræne med lokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktigheitsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venes blodprop (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er hoyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. For behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familielanamnese, blodtrykksmåling og en gynækologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venose tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venos tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-piller avbyttes (ved elektiv kirurgi minst fire uker før) og at den ikke gjennopptas for 2 uker etter fullständig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, reykning, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atriflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røke. Ved mistanke om eller bekrefet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstrender som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflamatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulceros kolitt). Økning i hvor ofte migræneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallene er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Tilfeller av levertumorer har forekomm. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blodninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diognosen hvis alvorlig smerte i ovre abdømen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blodning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyceridemi eller med en familial historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulceras kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmaatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinsistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-/galaktosemalabsorpjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tabletene. Oppkast eller diaré kan føre til fullständig absorpsjon. Hvis tabletene tas mer enn 12 timer før sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablet, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblodning i den første normale tabletterfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold: 28 tabletter: Mentruasjonen kan utsettes ved først å ta de lysegrønne tabletene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tabletene. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Ved bruk av andre medikamenter som kan gi økt serumkalsium, må pasienten testes for serumkalsium i løpet av den første behandlingsiden. (I: G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan innvirke på mengden av og endre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utsikles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100); Endokrine: Ømme bryst. **Gastrointestinale:** Kvalme. **Urogenitale:** Vaginitt. **Øvrige:** Vaskeretensjon, endring i kroppsvekten. Sjeldne (<1/1000): **Endokrine:** Vækende bryst. **Horsel:** Hypakus. **Auftveier:** Astma. Sirkulatoriske: Tromboembolisme. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. **Absorpsjon:** Maks. serumkoncentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: **Drosiprenon:** 76-85%. Etinylestradiol: Ca. 45%. Proteinbinding: Drosiprenon: 95-97%. Etinylestradiol: Ca. 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drosiprenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinylestradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drosiprenon: Ca. 27 timer. Plasmaclearance for drosiprenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittskillelsen via urin og fæces er på ca. 40 timer. Etinylestradiol: Plasmaclearance for etinylestradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittskillelsen er 20 timer. Metabolisme: Mesteparten av drosiprenon omdannes i lever. Etinylestradiol omdannes fullständig. **Utskillelse:** Drosiprenon: Via urin og fæces. Etinylestradiol: Via urin og gall. Oppbevaring og holdbarhet: Skal ikke oppbevares over 25°C. Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 21 stk. kr 231,70, 3 x 28 stk. kr 223,70. **Sist endret:** 04.04.2006



c Azilect® "Teva"

MAO-B -hemmer • ATC-nr.: N04B D02

TABLETTER 1 mg: Hver tablett inneholder Rasagilinmesilat tilsv. rasagilin 1 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Behandling av Parkinsons sykdom, som monoterapi (uten levodopa) eller som tilleggsbehandling (med levodopa) hos pasienter med doseavhengige fluktusjoner. **Dosering:** 1 mg 1 gang daglig med eller uten levodopa. Kan tas med eller uten mat. Eldre: Dosejustering er ikke nødvendig. Barn og unge (<18 år): Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Nedsett nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig behandling med andre monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere) eller pitidin. Alvorlig nedsett leverfunksjon. **Forsiktigheitsregler:** Samtidig bruk av rasagilin og fluoksetin eller fluvoxamin bør unngås. Det bør gå minst 5 uker fra seponering av fluoksetin og til behandling med rasagilin påbegynnes. Det bør gå minst 14 dager mellom seponering av rasagilin og til behandling med fluoksetin eller fluvoxamin påbegynnes. Samtidig bruk av rasagilin og dekstrometorfan eller sympathicomimetika (f.eks. efedrin, pseudoefedrin), anbefales ikke. Forsiktighet bør utvises når behandling påbegynnes ved lett nedsett leverfunksjon. Bør unngås ved moderat nedsett leverfunksjon. **Interaksjoner:** Interaksjon ved samtidig bruk av MAO-hemmere og fluoksetin, fluvoxamin, sympathicomimetika, dekstrometorfan og antidepressiva. Fordi rasagilin har MAO-hemmende effekt, bør antidepressiva gis med forsiktighet. Samtidig administrering av rasagilin og ciprofloxacin (CYP 1A2-hemmer) øker AUC av rasagilin med 83%. Potente CYP 1A2-hemmere kan påvirke plasmanivået av rasagilin og bør administreres med forsiktigheit. Risiko for at plasmanivået av rasagilin hos røykere kan bli nedsett pga. induksjon av CYP 1A2. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Kliniske data for eksponering under graviditet er ikke tilgjengelig. Forsiktighet anbefales ved bruk til gravide. Overgang i morsmekl: Ukjent. Eksperimentelle data indikerer hemming av prolaktinsekresjonen, og melkeproduksjonen kan derfor hemmes. Forsiktighet anbefales når preparatet gis til ammende. **Bivirkninger:** Vanligste bivirkning ved monoterapi er hodepine. Hyppige (>1/100): influensalignende symptomer, sykdomsfølelse, nakkesmerter, allergiske reaksjoner, feber, angina pectoris, dyspepsi, anoreksi, leukopeni, artralgi, artritt, depresjon, vertigo, rhinitis, konjunktivitt, kontaktdermatitt, vesikulo-bullast utslett og vannlatingsbesvær. Ved tilleggsterapi er det i tillegg rapportert dyskinesier, abdominalsmerter, skader etter ulykker (primært fall), postural hypotensjon, forstoppelse, oppkast, munterrhet, seneskjedebennelse, vekttap, dystoni, unormale drømmer, ataksi, utslett. Sjeldne hendelser er hjerteinfarkt og cerebrovasculær hendelse. I tillegg er hudkreft rapportert hos ca. 1% av pasientene med Parkinsons sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen dødsfall er rapportert. Teoretisk kan en overdose gi hemming både MAO-A og MAO-B. Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv MAO-B-hemmer. **Virkningsmekanisme:** Potent, irreversibel selektiv MAO-B-hemmer som kan gi økt ekstracellulært nivå av dopamin i striatum. Det forhøyde dopaminnivået, og derved den økte dopaminerge aktiviteten, er sannsynligvis årsaken til effektene på dopaminerg motorisk dysfunksjon. Absorpsjon: Raskt. Cmax etter ca. 0,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 36%. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding ca. 60-70%. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum 243 liter. Halveringstid: Terminal halveringstid 0,6-2 timer. **Metabolisme:** Nesten fullstendig i leveren via CYP 1A2. Rasagilin metaboliseres ved N-dealkylering og/eller hydroksylering til 1-aminoindan, 3-hydroksy-N-propargyl-1-aminoindan og 3-hydroksy-1-aminoindan. Utskillelse: Primaert via urin (62,6%), sekundært via fæces (21,8%). Total utskillelse (84,4%) etter 38 dager. <1% skiller ut uforandret i urin. **Pakninger og priser:** 28 stk. kr. 1.087,20. 112 stk. kr. 4.095,40.

Sist endret: 30.09.2005

T: 16 d)

Refusjon for Azilect® gis kun i kombinasjon med levodopa/dekarboksylasehemmer hos pasienter med fluktuerende Parkinsons sykdom og motoriske "end-of-dose"-fluktusjoner som ikke kan stabiliseres med levodopa/dekarboksylasehemmer (gjelder fra 1. april 2006).

www.azilect.com

Nytt legemiddel!

Monoterapi og tilleggsbehandling ved Parkinsons sykdom



1 tablet 1 mg 1 gang daglig

TEVA
TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LTD.

Lundbeck

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

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



Redusert pleiebehov

Ebixa® reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til dem som fikk placebo.³ Ebixa® er godkjent for behandling av pasienter med **moderat til alvorlig grad** av Alzheimers sykdom.

Utviklet indikasjon!
Når MMS ≤ 20

Lundbeck  Ebixa®
memantin

Ebixa®

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