

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1988

ÅRGANG 17



Hovedtema: De "ubestemte" sykdommene

VEIEN BLIR TIL MENS VI GÅR....

Mange sier at kvinner mangler ambisjoner. Det er ofte riktig - men ikke alltid. Vi i den nye redaksjonen har ambisjoner om å lage et godt tidsskrift - både ved å ta vare på tradisjoner, og ved å holde øyne og sinn åpne for utviklingsmuligheter. Men våre ambisjoner er forankret i jordnær realisme (som ikke skal forveksles med falsk beskjedenhet) - vi er nybegynnere, og har tenkt å ta tiden til hjelp.

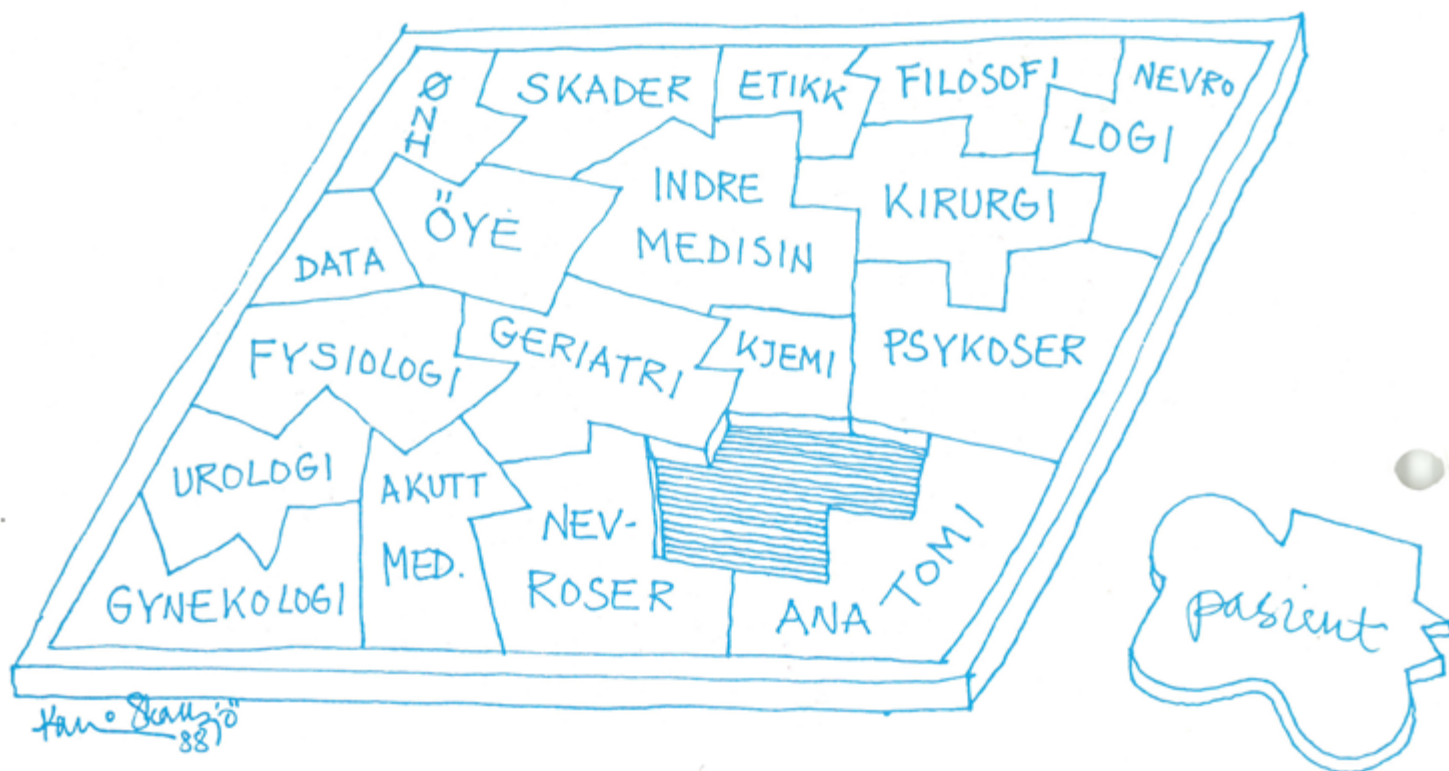
Underveis trenger vi kommentarer. Utpostens lesere er ikke bare våre oppdragsgivere, men også våre viktigste samarbeidspartnere. Skriv til oss

hvis du har en ide som kan gjøre bladets innhold eller utseende bedre. Vi vil gjerne være i bevegelse.

Den som har begge beina på jorda, står stille. Den visjonære allmennpraktiker må i hvert fall ha det ene beinet på bakken, men samtidig aldri stivne i endelige og absolutte svar. Evne til undring og åpenhet er nødvendig for å forstå og forvalte de allmennmedisinske problemstillingene vi foreløpig har for lite kunnskap om - f.eks. de "ubestemte" sykdommene, som dette nummeret handler om.

Ambisjonen er å være underveis....

Kirsti Malterud



UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD

Mette Brekke
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr. år. Trykkeri: Rema Voss Offset. Lay-Out og sats på Desktop Publishing: Brevik Design NGD, Bergen.

UBESTEMT - FOR HVEM?

Den populære pasient lider av sykdommer vi kjenner igjen og forstår oss på - sykdommer der vår jobb som lege er enkel og effektiv. Nyrestein. Et kutt i hodebunnen. En skikkelig pneumoni. Det er godt med symptomer som lar seg klassifisere, og som vi forstår opphavet til. Først da kan vi yte meningsfylt behandling og forebygging. Det er lett å føle seg flink som lege da.

Det er verre for pasienten som kommer til allmennpraktikeren med et mer uspesifikt symptom, som kanskje passer dårlig inn både i ICD-9, ICHPPC og ICPC. Vondt både her og der, kanskje slapp også, ihvertfall er det noe som ikke er slik det skal være med pasientens helse. Legens jobb er vanskeligere, for plagene passer ikke inn i sykdomsbilder vi har lært om. Det er problematisk å fortolke årsaken til symptomene, og vi finner ikke noe galt på prøvene. Kanskje kaller vi det funksjonelt, eller sier til pasienten at hun ikke feiler noe. (Det er oftest kvinner som lider av slike plager). Eventuelle behandlingstiltak kan bli vilkårlige. Forebygging virker umulig. Det er lett å føle seg dum eller sliten som lege da.

I klassifikasjonssystemene kalles slike sykdommer "ubestemte symptomer og plager" eller "andre". Men det er ikke sikkert de er så ubestemte som de kan virke ved første øyekast. Det er i hvert fall ikke sikkert at de er like ubestemte

for pasienten som for legen. Men det er en kjensgjerning at disse pasientene ofte vekker resignasjon og oppgitthet hos legen. Dette er et dårlig utgangspunkt for god allmennmedisinsk diagnostikk og behandling.

Det er kanskje heller ikke så sikkert at slike plager alltid behøver å forbli så ubestemte. Den erfarne allmennpraktiker med et skarpt blikk for mønstre og sammenhenger kan komme til å gjenkjenne noen slike "ubestemtheter" på en måte som etterhvert gjør dem mere forståelige, tilgjengelige og håndterbare. Mange av oss har våre spesialiteter - syndromer vi synes vi kan noe om og forstår oss på, selv om de mangler et godt medisinsk navn. Dette er allmennmedisinsk empiri, som kan bli byggesteiner for allmennmedisinsk teori hvis vi klarer å legge dem tilrette i den faglige grunnmuren.

De "ubestemte" sykdommene kan gjøres mer bestemte hvis vi klarer å beskrive deres særpreg og ytringsformer. Vellykkete intervensjonserfaringer kan også gi forståelse omkring deres dynamikk og forløpsformer.

Kanskje er helseplager av denne typen det aller mest allmennmedisinske som finnes. Det kan være plager som oppstår i grenselandet mellom hverdagsliv og sykdommer, selv om de etterhvert kan utvikle seg til invalidiserende funk-

sjonshemninger. Personlig tror jeg ikke en psykososial forståelse gir fasiten alene. Min egen erfaring er at allmennpraktikeren overfor disse plagene må mobilisere all sin tradisjonelle medisinske kunnskap, forenet med all sin allmennmedisinske erfaring, fantasi og tenkemåte.

Av og til får en velkjent ubestemt plage et nytt navn som forvandler symptomene til en "ekte" medisinsk tilstand. Fibromyalgi er et aktuelt eksempel. Det nye navnet gir legitimering til dem som bærer plagene - de blir ikke lenger regnet som plagsomme hypokondere, fordi plagene deres omsider heter noe ordentlig. Men en sykdom som bare kjennetegnes av et deskriptivt navn som ikke innebærer noen årsaksforståelse eller intervensjonsmulighet, inviterer til resignert kronifisering. Vi som er allmennpraktikere behøver ikke stoppe opp på samme stadium som de medisinske døperne - de som nøyer seg med å gi tilstanden et navn.

Vårt privilegium er at vi ferdes i et felt som er fullt av signaler som kan gjøre det "ubestemte" mer bestemt. Hvis vi lærer oss å lytte. Og vi kan lære atskil- lig av pasientene våre, og av hverandre. Slik kan ny medisinsk kunnskap vokse fram.

Kirsti Malterud

SOMATISERINGS- FORSTYRRELSE

Kvinne født i -48. Oppveksten preget av sykdom, da far hadde diabetes mellitus og seinere inf. cordis. I -78 døde han av cancer pancreatis. Vår pas. var et følsomt barn, flink og pliktoppfyllende. Realskole-handelsskole-kontorjobb. Giftet seg med lærer i -68. En sønn født i -71. Hjemmeværende til -80, da hun tok halv kontorpost.

I graviditeten ble det påvist glukosuri, hun ble innlagt til glukosebelastning. Man fant en blodsukkerkurve som lå innenfor det normale, men "glukosurien gir mistanke om en pre-diabetisk tilstand, og man vil ha ny belastning etter avsluttet laktasjon".

Og ved ktr. i -72: "Normal toleranse, men ganske lett glukosuri etter 1 1/2 t. En meget tidlig manifestasjon av diabetes kan ikke utelukkes. Anbefalt ktr. ca annenhvert år."

- 72: innlagt for bartolinitt
- 73: pyelonefrit

- 79: langvarig bronkitt
- 79-87:24 epikriser fra sykehus-avd. og poliklinikker (inkl. 1 fra rekreasjonshjem og 1 fra psykolog):

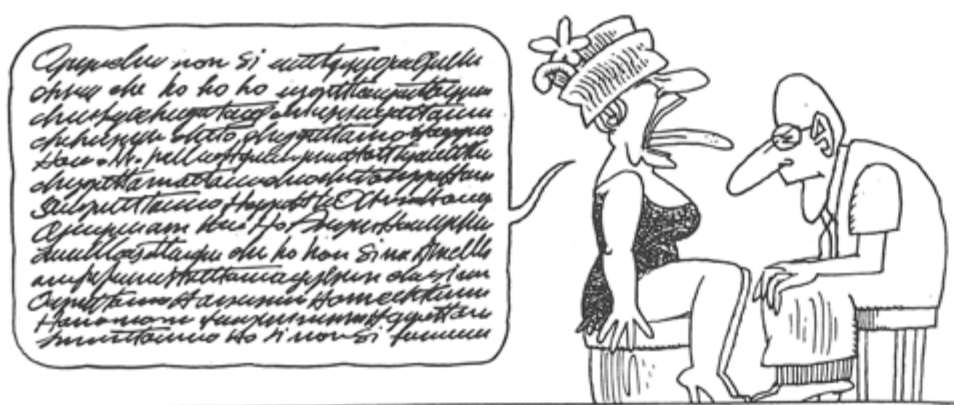
DIAGNOSENE:

- obs hypoglykemi (til slutt konkludert med normale forhold)
- thoracic outlet syndrome (til slutt avkreftet, etter en rekke undersøkelser og vurdering av operasjon)
- lumbago/ischialgi
- cholecystolithiasis (gjort cholecystectomi etter tilfeldig påviste galleblærekonkrementer i forbindelse med rtg-u.s. av annen årsak)
- ganglion på ve. håndledd (operert)
- retroflexio uteri (gjort antesuspensio)
- adenomyosis uteri (gjort uterus-exstirpasjon, funnet normale forhold i opr.preparatet)
- sekretorisk otitt? (funnet n.f.)
- obs dyspepsi (funnet n.f.)

- underlivssmerter (samme som før operasjonene, nå tilskrevet adhe-ranser - omentectomi overveid)
- fibromyalgi (-85)
- obs urinveier (funnet n.f.)
- øresus (funnet n.f.)
- obs svimmelhet, nærsynkope, hjer-tebank, epilepsi (gjort beh.forsøk med fenytoin, men diagnosen avkreftet)

Under alle disse sykehusopphold har hun selv sagt gjennomgått et utall av diagnostiske prosedyrer. Som eks. kan nevnes rtg. urografi og cystoskopi i -79, -84 og -86, med normale funn hver gang.

I tidsrommet -79 til nov. -87 nittini konsultasjoner ved kommunalt legesenter. Dessuten fysioterapi, kiropraktorbeh. og kurbadopphold flere ganger pr år. I tillegg kontakt med homeopat, "healer", naturopat osv. Helt arbeidsufør fra -85, innvilget uførepensjon i -87.



I dag: Vedvarende og sterke smerter i all muskulatur, særlig i nakke/skuldre/armar. Også hyppig smerter i urinveier/underliv og fordøyelsesbesvær. Av og til flimring for øynene, følelse av å besvime, hjertebank. Konstant hodepine, er trøtt, slapp og svimmel. Klarer ikke annet husarbeid enn lett matlaging. Selv det å røre i en gryte er for mye for henne. Hele hennes tilværelse er sentrert omkring symptomene. Sosialt isolert, men medlem av fibrosittforeningen.

Undersøkelse: 39 år gammel kvinne, velstelt, høflig og hyggelig. Intelligent. Ikke uten humor og selvironi. Svært slank. Diverse operasjonsarr. Stram og øm i all muskulatur, beveger seg forsiktig og stivt.

KOMMENTAR:

Pas. har en klassisk somatiseringsforstyrrelse. Hun tilfredsstillt med glans kriteriene i tabell 1 (T. E. Quill, JAMA des. -85)

Man kan spekulere over utløsende årsaker:

- mye sykkelighet i oppveksten?
- "overkontroll" av glukosurien i svangerskapet?
- farens død av ca. pancreatis i -78 (tilstanden "eksploberte" fra -79)

Hun har hatt en årelang vandring i medisinen verden før hennes "egentlige" diagnose ble stilt og konsekvensen

av den ble tatt. Hvorfor? Igjen spekulasjoner:

- tilstanden ukjent for leger?
- hun presenterer strikt somatiske symptomer som legen er "drillet" til å ta på alvor. Legen er redd for å overse noe.
- Hun er intens, pågående og svært bevisst på at hennes plager er somatiske og at hun skal utredes. Hun er helt avvisende til antydninger om noe "psykisk".
- Hun oppsøker flere leger i en travel gruppepraksis. Ingen lege tar seg bryet med å vurdere hele hennes sykehistorie. Oversikt og helhetssyn mangler, og diagnosen kan dermed heller ikke stilles.

ÅPENBARE KONSEKVENSER AV DENNE FEILBEHANDLINGEN:

- betydelige kostnader
- stor fare for bivirkninger og komplikasjoner
- fastlåsing av symptomer
- elendig lege-/pas.forhold ("Å, nei, ikke henne nå igjen", krangel om tiltak, pas. føler seg avvist, får ikke tillit til legen)

MULIG LØSNING?

Spørsmål: Går det an å få til et lege-/pas.forhold som er nyttig og som

oppleses positivt av begge parter?(Ærlig) svar: JA. Men hvordan?

- 1) Erkjenne tilstanden. Diagnosen krever et visst tidsforløp. Men på ett tidspunkt må man velge å stille den.
- 2) Betrakt diagnosen som en reell og "positiv" diagnose. Den har sine egne kjennetegn- den avhenger ikke bare av at symptomene mangler andre forklaringer.
- 3) Ta konsekvensen av denne diagnosen like mye som av en hvilken som helst annen.
- 4) Forklar pas. hva som feiler henne- at dette er plagsom og erkjent tilstand (og ingen mindreverdige simuleringstilstand).
- 5) Slutt utredningskarusellen og jakten på nye behandlingsforsøk. Du vet nå forklaringen på hennes symptomer - dette må du kunne stå inne for. Forklar og avtal dette med pas.
- 6) Avtal regelmessige konsultasjoner uavhengig av symptomer. Nå når dere begge vet hva som feiler henne, trenger hun en fast og varig legekontakt. Konsentrer deg om hennes livssituasjon og mestringsvegne, ikke om symptomer.
- 7) Klar å leve med at du ikke vil få hennes plager til å forsvinne, men at du likevel vil være hennes støtte.

*Hopp på kassen, ta seg en kopp kaffe og se på
denne lille, sønnen, som er kommet til
sykehuset. Han er kommet til sykehuset
for å se på den lille, sønnen, som er
kommet til sykehuset. Han er kommet til
sykehuset for å se på den lille, sønnen,
som er kommet til sykehuset. Han er
kommet til sykehuset for å se på den
lille, sønnen, som er kommet til sykehuset.
Han er kommet til sykehuset for å se på
den lille, sønnen, som er kommet til sykehuset.*



DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR SOMATISERINGS- LIDELSE

A. A history of physical symptoms of several years duration beginning before the age of 30.

B. Complaints of at least 14 symptoms for women and 12 for men, from the 37 symptoms listed below. To count a symptom as present the individual must report that the symptom caused him or her to take medication (other than aspirin), alter his or her life pattern, or see a physician. The symptoms, in the judgement of the clinician, are not adequately explained by physical disorder or physical injury, and are not side effects of medication, drugs or alcohol. The clinician need not be convinced that the symptom was actually present, eg, that the individual actually vomited throughout her entire pregnancy: report

of the symptom by the individual is sufficient.

SICKLY: Believes that he or she has been sickly for a good part of his or her life.

CONVERSION OR PSEUDONEUROLOGIC SYMPTOMS: Difficulty swallowing, loss of voice, deafness, double vision, blurred vision, blindness, fainting or loss of consciousness, memory loss, seizures or convulsions, trouble walking, paralysis or muscle weakness, urinary retention or difficulty urinating.

GASTROINTESTINAL SYMPTOMS: Abdominal pain, nausea, vomiting spells (other than during pregnancy), bloating (grassy), intolerance (eg. gets sick) of a variety of foods, diarrhea.

FEMALE REPRODUCTIVE SYMPTOMS: Judged by the individual as occurring more frequently or severely than most women: Painful menstruation, menstrual irregularity, excessive bleeding, severe vomiting throughout

pregnancy, or causing hospitalization during pregnancy.

PSYCHOSEXUAL SYMPTOMS: For the major part of the individual's life after opportunities for sexual activity: sexual indifference, lack of pleasure during intercourse, pain during intercourse.

PAIN: Pain in back, joints, extremities, genital area (other than during intercourse): pain on urination: other pain (other than headaches).

CARDIOPULMONARY SYMPTOMS: Shortness of breath, palpitations, chest pain, dizziness.

* (The American Psychiatric Association)

**Kommunelege Mette Brekke
2640 Vinstra.**



"UBESTEMTE" PLAGER ETTER VIRUSINFEKSJON

Dette autentiske brevet kan kanskje lære oss mer om de ubestemte plagene -?

Til dr.X frå NN.

Dei siste 4-5 åra har eg vore til lege, hjå deg og andre, svært mange gonger, fordi eg har vore slapp og uopplagt etter at eg hadde mononucleose (kyssejuka) for snart 5 år sidan. Eg har aldri fått noko form for hjelp. Det einaste som har vorte gjort er at det har vorte teke mange prøvar, utan resultat. Eg har alltid fått stilt den diagnosen at eg var frisk. Men i likhet med så mange andre ungdommar som får øydelagt ungdomstida si p.g.a ettervirkningane etter

denne virusen, var eg ikkje frisk. Ca. 4 år av siste ungdommen min "sov eg bort" fordi dei vanlege legane ikkje ville høyre på meg. Eg prøvde jo til slutt sjølvstapt andre vegar, for frisk måtte eg bli. Eg har prøvd ein del behandlingar, og eg har no fått hjelp frå ein naturmedisinar. Eg er no så godt som frisk, og eg reknar med å bli heilt bra innan kort tid.

Grunnen til at eg skriv dette brevet er at eg ikkje ønskjer at andre skal gå igjennom det eg har gjort. Når eg ser tilbake no, skjønar eg ikkje korleis eg heldt ut det livet eg levde. Difor ber eg deg, og viss eg kunne, alle legane i Noregs land: Ikkje avfei slike problem som eg hadde som "nervar". For det er ikkje

berre eg som har hatt det slik etter kyssejuka. Men det er svært få som har vore så heldige som eg, og fått hjelp. Eg kan ikkje skjønna anna enn at det må finnast noko om dette innan moderne legevitenenskap heller, så eg har aldri heilt forstått grunnen til at det skal vera så vanskeleg å få hjelp.

Men marerittet er snart over for min del. Håpar ikkje det blir så vanskeleg å få hjelp for dei som får denne sjukdommen i framtida!

Med helsing

NN

ANOMALIER I DEN KLINISKA MEDICINEN

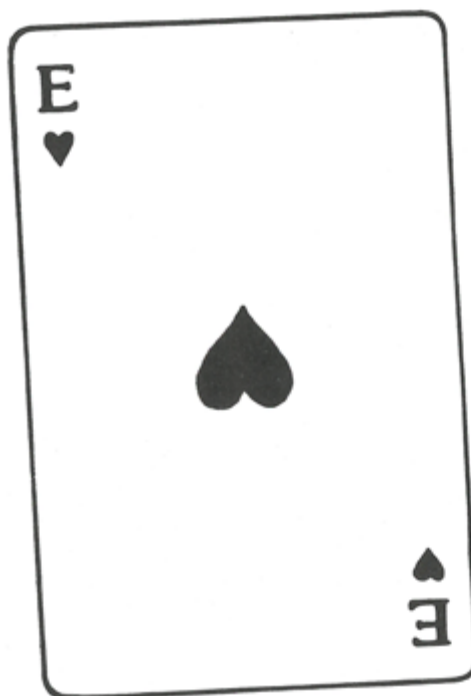
Nils Lynøe er dansk/svensk allmennpraktiker, tilknyttet Socialmedicinska Institutionen ved Umeå Universitet. Hans interesse for de ubestemte sykdommene og anomaliene har særlig vokst fram i diskusjoner blant kolleger i en allmennmedisinsk forskningssirkel i Umeå.



Om man strikt tillämpar ett renodlat medicinsk betraktelsesätt på allmänmedicinska patienter, så uppstår en rad konstiga situationer och fenomen. Genom att provocera fram sådana situationer och fenomen är det möjligt att närmare studera skillnaden mellan den sjukhusorienterade medicinen och allmänmedicinen. Därmed kan man skapa underlag för en precisering och artikulering av allmänmedicinens särart och speciella forskningsfält.

De flesta har någon gång spelat kort och vet att den vanliga kortleken har 52 kort i fyra olika serier bestående av hjärter, ruter, spader och klöver. Serierna med hjärter och ruter är röda och serierna med spader och klöver är svarta. Det finns olika regler för hur de enskilda

spelen ska spelas. Men de spel som kan spelas med denna vanliga kortlek förutsätter att varje kort har sin bestämda innebörd. Föreställ dig att du sitter och spelar bridge och plockar upp dina kort i handen. Det näst sista kortet du plockar upp ser ut såhär:



Först märker du kanske inte att det är något lurrt med dette kort. Om du lägger vikt ved färgen och kortets valör placerar du det på platsen där spaderess skulle ha varit, men lägger du vikt vid formen placerar du kortet där hjärteress skulle ha varit. Om du inte redan har ett normalt hjärteress eller spaderess så är det inte säkert att du upptäcker det konstiga kortet förrän du ska använda det under spelets gång.

Både begreppet hjärteress och spaderess är oproblematiske, självklara och entydiga för alla som spelar kort medan ett svart hjärteress är något som vid första anblicken kan förefalla vara en

synvilla. Om vi stöter på fenomenet ännu en gång så kan vi inte längre avvisa det som en synvilla. Kortet blir inte bara ointressant för vårt kortspel, utan det blir störande och vi måste lära oss att bortse från det. Mot bakgrund av vår uppfattning av vad en kortlek är kan vi beteckna det svarta hjärteresset som en **anomali (1)**.

ETT (VETENSKAPLIGT) SAMHÄLLE

En anomali är således ett fenomen som inte passar in i sitt sammanhang. Med sammanhang menas en social och kulturell gemensam uppfattning om hur världen är sammansatt. Anomalier förutsätter likt tabun både bestämda världsuppfattningar, gudsuppfattningar, människouppfattningar, moraluppfattningar och samhällsuppfattningar. I Edens lustgård var allting tillåtet utom att äta av kunskapens träd. Herren förbjöd Adam och Eva att beröra dette träd, han tabubelade trädet. Att beröra eller nämna något som är tabubelagt, d.v.s som är heligt eller okränkbart straffas mycket strängt.

På liknande sätt finns det i ett vetenskapssamhälle vissa saker som är tabubelagda. Det finns bestämda tänkesätt som är förankrade i en bestämd uppfattning av hur världen, människan eller samhället är beskaffade. Dessa uppfattningar definerar för forskarsamhället vilka aspekter av världen som är intressanta och forskningsbara. Det finns i vetenskapssamhället också normer för hur man ska forska och hur man ska presentera sina resultat. Ett vetenskapssamhälle innehåller vad man idag kallar ett **paradigm (1,2)**. Om paradigmet fokuserar på få aspekter av ett

kunnskapsobjekt så ökar ofta det vetenskapliga djupet, men samtidigt ökar också risken för anomalianhopning.

Samtidigt som ett vetenskapligt paradigm möjliggör och i de flesta sammanhang är förutsättningen för forskning, så kännetecknas det också av stor rigiditet och repressivitet. Ovanstående illustrerar mest de sistnämnda förhållandena, vilket inte är en tillfällighet eftersom vi här ska intressera oss för paradigmatens begränsningar och dess avigsidor, anomalier.

KRITISKA SITUATIONER.

Om nu anomalier är avigsidor, undantag och ofta ointressanta fenomen varför ska vi då intressera oss för dem? Det finns flera anledningar till detta. Vetenskapshistoriskt har det visat sig att anomalier spelar en stor roll för utvecklingen och artikulerandet av en nytt paradigm. Anhopningen av anomalier och förekomsten av andra kritiska förhållanden inom paradigmat är betydelsesfulla i perioder av vetenskapliga omvälvningar och kan i många fall bidra till att försätta paradigmat i en krissituation.

En schweizisk allmänläkare, A Wick, har i en artikel lyft fram en antal kritiska situationer där den kliniska kunskap som lärs ut vid våra universitetskliniker har visat sig "kontraproduktiv" i vissa karakteristiska allmänläkarssituationer (3). Wick menar att om vi som allmänläkare tillämpar det kliniska paradigmat så uppnår vi det motsatta av det vi hade avsett. Vi båda över- och underbehandlar patienterna i stället för att ge dem optimal behandling. Den svenska allmänläkaren Carl Edvard Rudebeck säger att den kliniska medicinen i många fall är ett direkt hinder för att optimalt hjälpa patienter i allmänpraxis (4). D.v.s den kunskap som anses vara basen för hela vår verksamhet som allmänläkare uppfattas av Wick och Rudebeck inte bara som inadekvat. De menar att den kliniska kunskapen ofta är direkt kontraproduktiv (5).

Även om allmänmedicinen har etablerats som en egen akademisk disciplin så har allmänmedicinen inte manifesterat sin särart i ett eget paradigm. Släktskapen med den kliniska medicinens

paradigm är dock så påtaglig att såväl allmänmedicinens praxis som forskning är präglade av det kliniska paradigmat. Att närmare studera de kritiska situationer och anomalier som skapats av det kliniska paradigmat kan således vara av stort intresse för allmänmedicinen i dess försök att utveckla ett eget paradigm.

DET KLINISKA PARADIGMET

Anomalier är aldrig anomalier i sig, utan alltid anomalier i förhållande till det paradigm som "producerar" dem. En bestämning av kliniska anomalier aktualiserar behovet av en karakteristisk av det kliniska paradigmat. Jag ska här inskränka mig till att förtydliga det kliniska paradigmatets forskningsmetodologi.

Centrala aspekter hos det kliniska paradigmat framträder tydligt i den kontrollerade kliniska undersökningen. Denna innebär i sin enklaste form en jämförelse av två grupper av patienter, en experimentgrupp som får aktiv medicinsk behandling och en kontrollgrupp som får skenbehandling eller så kallad placebobehandling. Det paradoxala är emellertid att även placebobehandlingen ger upphov till en effekt, den så kallade placeboeffekten. Om det visar sig att effekten i gruppen som fått aktiv behandling är signifikant högre än effekten i gruppen som fått placebobehandling så anses effekten av den testade aktiva behandlingen vara reell.

Det kliniska paradigmatets rationalitet bygger dock både på en empirisk/statistisk dokumenterad och validerad realeffekt, och på en antagen förståelse av de bakomliggande mekanismerna. En teoretisk förståelse av dessa mekanismer är det som gör det möjligt att tolka och acceptera de empiriska data (6). Den kontrollerade undersökningen visar tydligt vad det kliniska paradigmat definierar som intressant och vad som definieras som ointressant. Det intressanta är det som kan göras till föremål för test i ett kontrollerat försök och där man kan isolera en realeffekt. Placeboeffekten däremot uppfattas som irrationell och ointressant. Placeboeffekten sätts s a s inom parentes trots att den hör hemma i sammanhanget. Placeboeffekten kan alltså kallas en anomali.

I en sammanställning av 22 kontrollerade undersökningar av smärtbehandling visade det sig att placeboeffekten varierade mellan 54-56%, och det helt oberoende av om det var svaga (t ex acetylsalicylsyra), medelstarka (t ex kodein) eller starka (t ex morfin) analgetika (7). Placeboeffekten har här nästan karaktär av en naturkonstant. I en sammanställning av 31 placebokontrollerade undersökningar vid behandling av ulcus duodeni med en H2 antagonist visade det sig att placeboeffekten varierade mellan 10% och 95%. I 20 av de 31 undersökningarna var placeboeffekten den dominerande (8).

Placeboeffekten tycks här variera med många olika parametrar, bland annat spelar läkar-patientförhållandet en stor roll. Den ökade användningen av den kontrollerade kliniska undersökningen gör att vi med den engelska allmänläkaren Ian McWhinney hävda att placeboeffekten är en klinisk superanomali (9); den har genomslagskraft i många olika kliniska situationer (placeboeffekten kan imitera vilken effekt som helst).

NOCEBO "BACILLEN"

Placebo betyder "jag kommer att glädjas" och är uttryck för en positiv förväntansseffekt på en given behandling. En negativ förväntansseffekt kan kallas för noceboeffekt; nocebo betyder "jag kommer att skada". Denna effekt är lika stark som placeboeffekten, bara med motsatt förtecken. Det mest extrema uttrycket för noceboeffekt är den så kallade woodo-döden, där övertramp av ett tabu straffas med döden dock utan att delinkventen avrättas av någon bödel. Delinkventen är s a s sin egen bödel utan att han/hon aktivt suiciderar. Vederbörande dör på "mystiskt" vis (10).

Nocebofenomenet spelar sannolikt en stor roll vid uppkomsten och utvecklingen av flera sjukdomar. När vi inom det kliniska paradigmat fokuserar på etiologi och patogenes ser vi bort ifrån nocebofenomenet. Noceboeffekten är djupt integrerad i dessa processer, i analogi med placeboeffekten som alltid finns integrerad i en behandlings totaleffekt. Patogena mikroorganismer och andra skadliga ämnen påverkar eller tränger sig in i kroppen på olika sätt.

eller påverkar "kroppen" på ett något annat sätt, t ex genom örat som ljud. Inte som buller, men däremot som meningsbärande ljud, d.v.s som språk. Jag ska ge exempel på detta i nästa avsnitt.

Nocebofenomenet är liksom placebofenomenet en anomali. En anomali som på många sätt är mer intressant än placebofenomenet. Under det att placeboeffekten är en anomali sett med det kliniska paradigmet "ögon" så är placebofenomenet inte längre en anomali basaltvetenskapligt sett, d.v.s neurofysiologisk/biokemiskt sett. Som biprodukt till utvecklingen av smärtsyndrom på 70- och 80-talet har man även råkat kasta ljus över några av placebo-effektens biokemiska ekvivalenter (11). Nocebofenomenet däremot finns det ingen förklaring till och varken ett prekliniskt/basaltvetenskapligt eller ett kliniskt paradigm visar fenomenet det intresse det förtjänar.

man tog upp sådana frågor så hade man lagt märke till att patientens tarmsjukdom förvärrades (12); d.v.s enbart genom att tala med patienten om hur han/hon har det hemma eller på arbetet så kan man förvärra patientens symptom. Att åstadkomma eller förvärra redan befintliga symptom enbart genom att nämna vissa meningsbärande ord är uttryck för noceboeffekt. Med andra ord hade man här gjort en förvetenskaplig observation av en anomali.

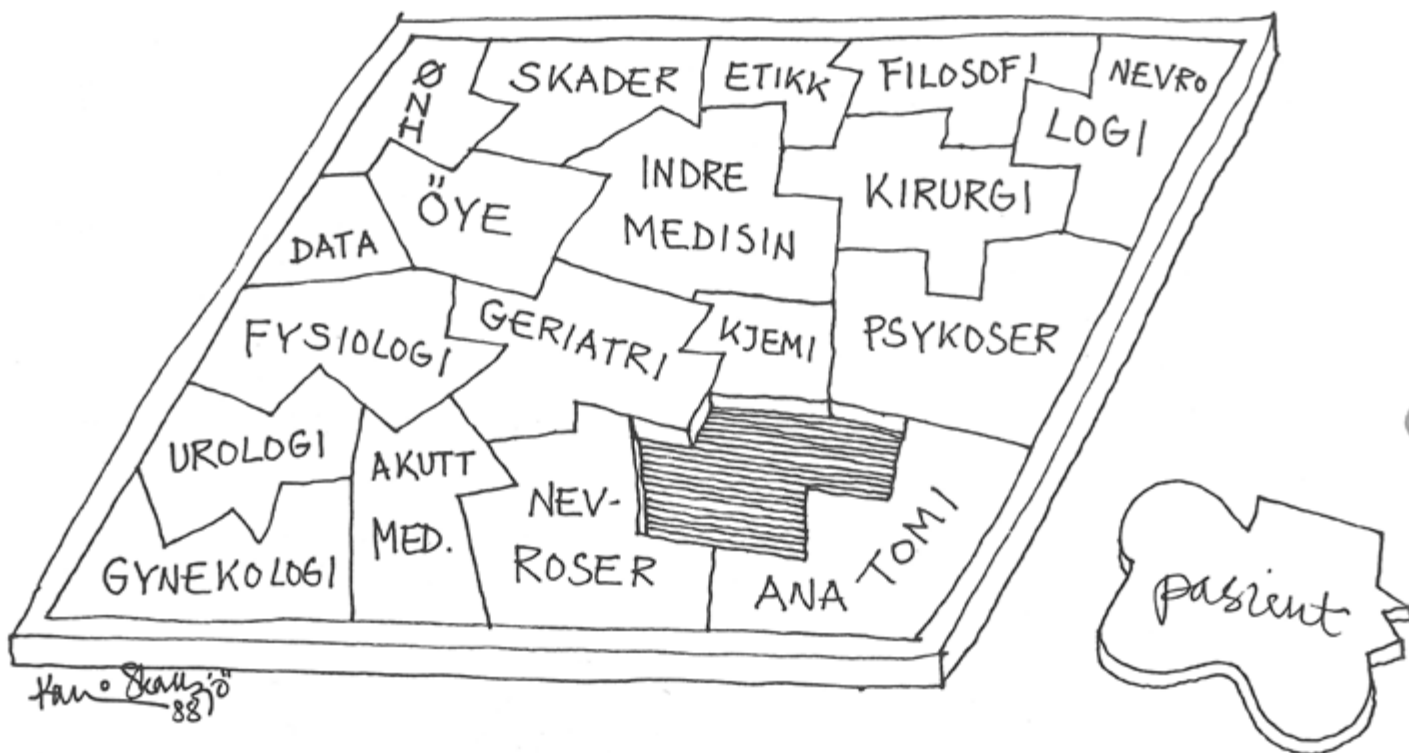
På en konsensuskonferens om depression slog en av experterna fast att depressiva tillstånd orsakas av biokemiska förändringar i hjärnan och att ett symptom på depression är skuld-känslor. Experten påpekade samtidigt att det var viktigt att berätta för patienterna om detta orsaksamband. Experten hade nämligen lagt märke till att man härigenom kunde minska patientens skuld-känslor och därmed även dämpa depressionen. Enbart genom att tala till

sjukdom. Läsaren kan säkert själv bidra med några. För att få ett intryck av omfattningen och betydelsen av anomalierna pågår just nu en sammanställning av ungefär 70 medicinska anomalier, vilka har kommit fram genom intervjuer av kollegor med god förankring i det kliniska paradigmet (14).

AVSLUTANDE KOMMENTAR

Inom det kliniska paradigmet är ett symptom ett symptom på en bakomliggande sjukdomsprocess som optimalt sett kan beskrivas eller förklaras i biomedicinska termer (15). I speciellt den allmänmedicinska praktiken finns ett stort antal patienter som söker för symptom där de eventuellt bakomliggande processerna inte kan beskrivas uttömmande i biomedicinska termer.

KLINISK MEDISIN



EXEMPEL

För en tid sedan gick jag på en gastroenterologisk avdelning där man tog för givet att colitis ulcerosa är en rent somatisk sjukdom. Att fråga patienten hur han hade det hemma eller på arbetet var enligt denna uppfattning överflödigt. Som ett kuriosum påpekade man att om

patienten om sjukdomens natur kunde man påverka de bio-kemiska processerna i hjärnan på ett gynnsamt sätt (13). Att åstadkomma en förbättring genom att enbart säga vissa ord till patienter är uttryck för placeboeffekt.

Det finns många fler liknande exempel på förvärring, uppkomst och bot av

Symptomen är mot bakgrund av det kliniska paradigmet att uppfatta som symptom som inte är symptom på något. Ofta avvisas symptomen som funktionella tillstånd, hysteri, simulering mm. Symptomen är med andra ord att betrakta som anomalier.

Begrep som bakomliggende sjukdomsprocess, etiologi och patogenes är centrala i det kliniska paradigmet klassifikation och förståelse av vad sjukdom är. Eftersom de adresslösa symptomen är ofta förekommande i den allmänmedicinska vardagen, så är det av stor vikt att man vid utvecklingen av ett eget allmänmedicinskt paradigms tar hänsyn till och kanske utgångspunkt i anomalier och de aspekter som det kliniska paradigmet inte beaktar. Placebo och nocebofenomen och besläktade fenomen kan bilda intressanta utgångspunkter för ett sådant arbete.

Inför uppgiften att utveckla och artikulera ett allmänmedicinskt paradigms som inte lämnar för många anomalier kvar, krävs ödmjukhet och öppenhet inför den verklighet vi befinner oss i som allmänmedicinare. Vi måste försöka orientera oss i denna verklighet och vi måste vara beredda att "smutsa ner oss" vetenskapligt sett och ta tag i vardagsbegreppen och de förvetenskapliga observationerna, anomalierna.

NOTER OCH REFERENSER

1. I sin bok De vetenskapliga revolutioners struktur (Doxa, Lund 1979) introducerar vetenskapsfilosofen Thomas Kuhn båda begreppet anomali, kris och paradigms. De flesta av hans tankar är preciseringar vad som redan framförts av den polska läkaren Ludvik Fleck 1939. Se referens (2).
2. Fleck L, Genesis and Development of av Scientific Fact, Chicago 1979.
3. Vick A. Kritische Situation in der Allgemeinpraxis. Allgemeinmedizin 1986; 15: 11-15.
4. Rudebeck CE. Vet jag vad jag bör veta? SFAM-nytt, 1982; 2: 76-78.
5. I en undersökning av allmänläkarnas produktivitet mätt i antalet besök per läkare per år, uppstod som en biprodukt en stor samling anomalier. Uppkomsten av dessa anomalier var en direkt följd av att vi använde oss av ett renodlat kliniskt paradigms vid bedömningen av om et besök kunde spjälkas upp i flera problem. Sr Lynøe N, Mattson B. Att mäta primärvård problem och möjligheter, Allmänmedicin 1985; 2: 60-62.
6. Wulff H, Andur Pedersen S, Rosenberg R. Philosophy of Medicine, Blackwell Scientific Publication, Oxford 1987.

7. Tursky B. The 55% analgesic effect. Real or Artifact? I: White L, Tursky B, Schwartz GE, eds. Placebo Theory, Research and Mechanism. New York, The Guilford Press, 1985.
8. Moerman DE. General medical effectiveness and human biology: Placebo effects in the treatment of ulcer disease. Med Anthropol Q 1983; 14: 3-16.
9. McWhinney IR. Changing Models: The Impact of Kuhns Theory on Medicine. Family Practice 1983, 1: 3-8.
10. Cannon WB. "Woodo" Death. American Anthropologist 1942; 44: 169-81.
11. Kaada, B. Placebo-gåten mot sin lösning? Tidskr Nor Lægeforen 1986; 106: 635-41.
12. Lynøe N. Ett teoretisk perspektiv på primärvården. Allmänmedicin 1986; 3: 119-22.
13. Lynøe N. Consensusbegreppet mångtydigt. Läkartidningen 1986; 83: 54-5.
14. Lynøe N. Anomalikatalog. Under bearbetning. Förväntas utkomma i rapportserie från Socialmedicinska Institutionen, Umeå Universitet under våren 1988.
15. Birke G. Symptom Diagnos, Stockholm 1987.

Niels Lynøe
Socialmedicinska
Institutionen, Umeå Universitet,
S-901 85 Umeå, Sverige.

annonse

Ennå ikke utsolgt UTPOSTENS almenmedisinske problemserie -



med seks kliniske oppgaver, løsninger, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,- (fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

"Problemløsning"
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100,- til

Navn

Adresse

TANKER OM KJEMISKE LØSNINGER PÅ KVINNE- HELSEPROBLEMER



Åsa Rytter Evensen er cand.med. fra Oslo 1967, bydelslege ved Røa helse- og sosialsenter fra 1975 og vikarierer nå i halv stilling som amanuensis ved Inst. for allmennmedisin i Oslo. Hun var forskningsstipendiat 1981-85 med eldreomsorgsprosjektet "Aksjon venteliste". Hun har bred erfaring med helseopplysning fra massemedia (radio, frokost-TV, ukebladet *Kvinner* og *Klær*), og har ikke påtrengende fritidsproblemer.

Klø, svi og brennekjerring er en respektløs svensk betegnelse på en pasienttype vi alle kjenner. Det er kvinnen med alle vondt-ene, hun som gjør oss så fortvilet fordi

- vi sjelden finner en somatisk årsak til hennes plager
- behandlingen vi foreslår ofte har kortvarig eller ingen effekt
- hun ofte kommer tilbake med de samme eller nye klagen, igjen og igjen

-hun får oss til å føle oss hjelpeløse og udyktige, fordi vi hverken greier å helbrede henne, lindre eller trøste.

ADA er en annen kvinnetype som er gjenganger på våre kontorer. ADA ble lansert i en legemiddelannonse for noen år siden. Blek, forknytt, vel middelaldrende og ufiks var det tydelig hun ikke greide å se verden i øynene. Hun led av Angst, Depresjon og Asteni, åpenbart en mangel på flupentixol i følge fabrikanten som sto bak annonsen.

Klø, svi og brennekjerringen opptrer under mer akademiske betegnelser når vi sender inn våre praksisregistreringer til en eller annen ivrig forsker eller våre trygdekasseregninger når vi trenger penger. Avhengig av vår sykdomsforståelse og vår dypere kjennskap til pasienten rubriserer vi henne under samlediagnosene muskel/skjelettsykdommer, psykiske sykdommer eller muligens sykdommer i urogenitalsystemet om det er i underlivet smertene hennes sitter. ADA er psykisk sykdom. I Rutles undersøkelse Pasienten fram i lyset(1) utgjorde psykiske sykdommer, muskel/skjelettsykdommer og urogenitale sykdommer 33,4% av diagnosene hos kvinnene. I Nylennas studie (2) var tilstander i muskel/skjelettsystemet,

kvinnelige genitalorganer inkludert bryst og psykiske tilstander hovedårsaken til møtet mellom pasient og lege hos 41,4% av kvinnene. Selv om disse tallene ikke gir noe direkte uttrykk for hvor stor andel kvinner med kroppslig kløe, svie og brenning og kvinner med tilsvarende sjelelig pine utgjør av våre pasienter, gir de en pekepinn om at andelen må være betydelig.

Blar vi i disse kvinnenes journaler, finner vi at de har visse fellestrekk. De er tykke og inneholder mange notater. Det ligger ofte en bunke svar fra røntgenlaboratorier, klinisk/kjemiske laboratorier og forskjellige spesialister i journalen. Sjelden gir disse svarene oss en pekepinn om årsaken til kvinnenes plager. Det er tydelig at vi har henvist til de ulike undersøkelsene for ikke å overse alvorlig somatisk sykdom, selv om vi etter hvert må ha mistet troen på at vi ville få et svar.

Ser vi på tiltakene vi har iverksatt for disse kvinnene, vil vi også finne likehetpunkter. Mange av dem har vært til en uendelig serie fysikalske behandlinger og opphold i kurbad og rekreasjonshjem. De har etter tur forsøkt de forskjellige non-steroide antiflogistika som har vært lansert. Ofte har de endt opp med en basisdosering av Paralgin forte, som gjerne forskrives per telefon med jevne mellomrom om vi har kjent pasienten tilstrekkelig lenge. Ikke sjelden kombineres Paralginen med et benzodiazepinpreparat, et lettere ataraxikum og et sovemiddel.

ADA og klø/svi/brennekvinnene fyller mange av oss med ambivalens. På den

ene siden synes vi synd på dem. Vi vet at livet ikke kan ha fart pent frem med dem og vi skulle inderlig ønske at vi kunne ha tilbudt dem mer effektiv behandling. For hver gang vi forsyner dem med en ny dose smertestillende og beroligende medisiner, kjenner vi uro. Er de i ferd med å utvikle et legemiddelmisbruk, slik at vi bidrar til å skape et enda større problem enn de allerede har? Medisinene vi gir dem demper noksymptomene deres for en kort stund og kan bidra til at de holder tilværelsen ut. Men så lenge vi ikke angriper årsaken til plagene, driver vi bare med kosmetikk på virkeligheten. Med de ressursene vi har til rådighet, kan vi bare tilby et fåtall pasienter årsaksrettet behandling, samtalerterapi hos oss selv, psykolog eller psykiater. Et flertall må nøye seg med medikamentene.

Parallelt med medlidenheten, ønsket om å hjelpe og følelsen av utilstrekkelighet kjenner mange av oss aggressjon overfor gjengangerkvinnen med de ubestemte plagene. Hun tar uforholdsmessig mye av vår tid, og hun sliter oss ut psykisk med sine stadige gjentakelser av de samme problemene. Samtidig kjenner vi at vi bare beveger oss på overflaten av det det hele dreier seg om, og skulle vi dukke ned i dypet, kunne vi bruke all vår tid og energi. Egentlig har vi ikke noe annet valg enn å fortsette å skrive ut medisinene, så utilfredsstillende det enn er. Noen krefter må vi ha igjen til de andre pasientene våre.

Legemiddelstatistikken i Norge angir ikke om det er ulikheter i forbruket av non-steroide antiinflammatoriske, smertestillende preparater og benzodiazepiner mellom kjønnene. Fra undersøkelser i Norge og andre land vet vi imidlertid at 2/3 av benzodiazepinbrukerne er kvinner(3). Dette forholdet avspeiles i legemiddelreklamen. Mens annonsene for non-steroide antiinflammatoriske og smertestillende medisiner er kjønnsnøytrale, skiller annonser for nerveberoligende medisiner, antidepressiva og sovemidler seg ut ved å henspille på kvinner som brukere. Som regel er de avbildede kvinnene forsagte og deprimerte eller fylt av angst og panikk, de har enda ikke fått vidundermedisinen x. Betablokkerreklamene har en flokk spreke menn på startstreken når deres glimrende blodtrykkssenkende egenskaper skal fremheves. Men når underteksten er: "og hjertet banker som det skulle sprenges", selv mennesker uten organisk hjertesykdom kan få tachycardi, ledsages teksten av et bilde av en forpint utseende kvinne. Dersom det opptrer en lege i reklamen, dreier det seg alltid om en mestrende utseende ung mann. Den omvendte situasjonen, en trett, ubarbert og forknytt mann hjulpet av en mestrende kvinnelig lege har aldri vært presentert i en norsk legemiddelannonse. Heller ikke har man sett følgende tekst under bildet av en mann som denger en kvinne: Denne tragedien kunne vært hindret om han bare hadde fått ...

Disse annonsene har to budskap: at det er kvinner som ikke mestrer tilværelsen, og at der finnes enkle kjemiske løsninger på kompliserte problemer. I hvor stor grad vi lar oss påvirke av dem er vanskelig å si. De som bruker penger på å lage dem, ville neppe gjort det om de ikke hadde tro på slagkraften i dem.

Den kjønnsdiskriminerende reklamen skal selvfølgelig ikke hindre oss i å bruke disse midlene der de kan gjøre nytte for seg. De overveielserne vi må gjøre før vi griper til reseptblokken dreier seg imidlertid ikke bare om stoffenes kjemiske fordeler og ulemper. Enhver bruk av benzodiazepiner, antidepressiva, ataraxica og også smertestillende medisiner kan ha virkninger som går langt ut over de rent farmakologiske egenskapene.

Vi bør drøfte følgende spørsmål med pasienten før behandlingsstrategien legges opp:

a) Kan bruken av medisiner svekke drivkraften til å fjerne lidelsens årsak?

Har vi foran oss en kvinne som lever med konflikter hun har ressurser til å gjøre noe med? Har hun en ektefelle eller samboer som mishandler henne? Har hun en taus livsledsager, som gir lite av seg selv i forholdet? Tar hun på seg en syndebykkrolle, slik kvinner så lett gjør?



b) Kan bruken av medisiner undergrave en allerede vaklende selvtillit, som trolig er årsaken til så mye kvinnelig lidelse?

Om små gutter sier man: Han kan nok, om han bare vil. Om småpiker heter det: Hun vil så gjerne, men hun kan ikke. Psykologer har beskrevet en mestringsorientert mennesketype, som er bevisst tidligere suksesser, regner med ny fremgang og oppsøker utfordringer. Motsatsen er en hjelpeløs mennesketype, som har glemt egne suksesser eller betrakter dem som betydningsløse og som unngår utfordringer. Det er flest hjelpeløse kvinner og flest mestringsorienterte menn. Trenger kvinnen foran oss hjelp til å bli mer mestringsori-

entert, å bli minnet om egne suksesser og oppmuntret til å søke utfordringer?

c) Kan bruken av medisiner gjøre at kvinnen bare fortsetter å strekke seg lenger enn fellen rekker fordi hun aldri har lært seg til å sette grenser?

Mye tyder på at kvinnen med alle de diffuse smertene er utslitt, av tungt og dårlig betalt dobbeltarbeid, av å være alene med ansvar, av alltid å sette andres behov foran egne. Trenger hun hjelp til å si mer nei til andre og mer ja til seg selv i stedet for Paralgin forte. Trenger hun hjelp til å finne ut hva hennes egne behov er?

d) Kan bruken av medisiner forlenge sorg og smerte fordi de hindrer bearbeidelse av de dypeste følelser på det tidspunktet de skal bearbeides?

Kan det hende pasienten ber om en kjemisk trøst fordi det er mangel på menneskelig varme? Vil hun ha medisiner fordi hun ikke har tillit til at omgivelsene kan tåle å se hennes sorg. Gjemmer hun på hemmeligheter som ikke er til å bære, som incest?

e) I videre forstand, innsnevrer vi vår felles toleranse for det som er annerledes med kjemiske støtdempere mot følelsesutbrudd?

For oss som er interessert i kvinnehelse og tror at det dreier seg om noe mer enn kolesterol og midje-stussmål, er det ikke tilstrekkelig å gjøre spørsmålene ovenfor til et privat anliggende for den enkelte pasienten. De må systematiseres, danne grunnlaget for hypoteser i medisinsk kvinneforskning. Det finnes for mange kvinne med legemlig og sjelelig kløe, svie og brenning til å ignorere de påtrengende spørsmålene som melder seg om hva kvinnerollen og kvinners kår i samfunnet betyr for kvinnehelsen.

La "den heliga oron", som Solveig von Scoultz skriver om være en drivkraft som slipper gjennom vår port:



MIN TIMME ÄR KORT

Den heliga oron slog på min port.

*Jag har inte tid, jag bakar mitt
bröd*

degen jäser, ugnen är röd.

Vänta, såsom du väntade förr.

*Den heliga oron gick från min
dörr.*

Den heliga oron tog i mitt lås.

*Träd mig ej nära, ett barn ar fött,
det suger mitt blod, min marg, mitt
kött.*

Lämna mig ensam med min son.

Den heliga oron gick därifrån.

Den heliga oron stod i mitt hus.

*Såg du ej skorstenens bråda rök?
Jag sopar min sjuka grannes kök.
Barnen gråter. Men tack att du
kom.*

Den heliga oron vände om.

Den heliga oron satt vid min säng.

*O, ar det du? Nu ar jag trött.
Jag skulle älskat dig ung eller dött.
Ville du något? Min timme är kort.*

*Den heliga oron gick gråtande
bort.*

Litteratur:

1. Rutle O. Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetenesta. Oslo: Statens institutt for folkehelse/Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1-1983.

2. Nylenna M. Cancer - a challenge to the general practitioner. Oslo: The Norwegian Cancer Society, Department of General Practice, University of Oslo, 1986.

3. Fugelli P, Robak OH, Bjørndal A. Benzodiazepiner, tall og tanker. I: Medicinsk årbog 1983. København: Munksgaard forlag, 1983.

Åsa Rytter Evensen
Røa Helsecenter, boks 59 Røa,
0701 Oslo 7

NORDISK KURS FOR ALLMENNPRAKTIKERE

EMNE: HELSE OG SYKDOM HOS ELDRE.

TID: Søndag 23.oktober 1988 kl.16 til
onsdag den 26.oktober 1988 kl.17.

STED: Scanticon Kolding, Danmark.

FORMÅL: Kursets formål er å formidle ny og aktuell viten om helse og sykdom hos eldre. Samtidig ønsker man å utnytte samværet mellom allmennpraktikere fra de nordiske land til diskusjon av mulighetene for å utnytte ny viten om eldre i praktisk legearbeid.

FORM: Deltagerne vil før kurset få tilsendt skriftlig opplegg fra foredragsholderne. Ved møtet suppleres det utsendte materialet med muntlig orientering. Emnet vil etterpå bli diskutert i grupper.

KURSKOMITE:

Allmennpraktiserende lege, dr.med.Gert Almin, Holbæk.
Allmennpraktiker Åsa Rytter Evensen, Oslo.
Dosent, med.dr.Birgitta Hovellius, Lund.
Professor, dr.med.Carl Erik Mabeck, Århus.
Professor, med.dr.Gösta Tibblin, Uppsala.

PROGRAM:

Søndag 23 oktober:

Overlege, dr.med.Marianne Schroll: 'Nye ældre'.
Hvordan bliver vi gamle efter år 2000.
Gruppearbeid: Om å være lege for den gamle og familien.

Mandag 24 oktober:

Psykolog Boo Johansson og praktiserende læge, dr.med.Gert Almind: Senil demens og normal psykisk aldring.
Professor med.dr.Gösta Tibblin, allmennpraktiker Åsa Rytter Evensen og praktiserende læge, dr.med.Gert Almind:
Nye oppgaver i primærvården.
Gruppearbeid: Den egen alderdom.

Tirsdag 25 oktober:

Dosent Per-Oluf Bitzen: Diabetes.
Overlege, dr.med.Kim Frost Larsen: Synsproblemer hos eldre.
Psykolog Svein Olav Daatland: Eldre som ressurs i eldreomsorgen.
Professor dr.med.Knut Laake: Farmakoterapi hos eldre.
Overlege Henning Kirk: Osteoporose og fraktur.

Onsdag 26 oktober:

Professor dr.phil.Knut Erik Tranøy: Etske problemer vedrørende behandling og omsorg hos eldre.

DELTAGERE: 100 allmennpraktikere fra de nordiske land.

KURSAVGIFT: D.kr.3600, som inkluderer kost og losji på Scanticon Kolding i enkeltværelse m.bad.

PÅMELDING: Skriftlig påmelding til Institut for almen medicin, Århus universitet, Finsengade 10, 8000 Århus C.Danmark.

PÅMELDINGSFRIST: mandag 6 juni 1988.

Nærmere opplysning om kurset kan fås ved henvendelse til
Åsa Rytter Evensen, Røa Helsecenter, Boks 59, 0701 OSLO 7,
tlf. (02) 504390.

SMERTEFULLE FETE LEGGER

Det har alltid undra meg at vi ikke har noen organspesialister for fettvevet, - ja, biokjemikeren og endokrinologene har naturligvis "delinteresser", - men klinikerne? Kanskje det kan ha sammenheng med at etterspørrelsen er liten; problematisk fett er i stort monn et kvinnespørsmål, og som sådant enten bagatellisert eller forvist uti kosmetologien. Eller hva skal vi tro når syndromet "smertefulle fete legger", som ble beskrevet første gang i 1940, ikke senere er omtalt i medisinsk litteratur før 1974?

Vi burde kanskje undre oss over hvorfor kvinner ikke presenterer seg med denne problemstillinga i praksis. Er syndromet ikke-eksisterende i Norge i 1988, mon tro?

SYNDROMET

Allen og Hines (1) beskrev et kliniske syndrom karakterisert ved smertefull, generalisert hevelse i leggene. De benevnte tilstanden "Lipødem", og fant den initialt bare hos kvinner. Senere er samme syndrom beskrevet også hos menn (2).

ETIOLOGI

Flere dårlig avgrensede tilstander som affiserer fettvevet omkring leddene er beskrevet, - særlig gjelder det fettvevet nær kneleddene. Disse tilstandene, som antas å representere gradforskjeller av samme sykdom, er i litteraturen gitt en rekke betegnelser. Reumatologene Eiman og Swezey (3) har foreslått en klassifikasjon av disse tilstandene (tabell 1).

TABELL 1
KLASSIFIKASJON AV SMERTEFULLT LEDDNÆRT FETTVEV

A) EXTRA-ARTIKULÆRT:

- 1) Juxta-artikulær adiposis dolorosa (også kjent som :)
- a) pannikulitt
- b) Dercum's sykdom)

B) INTRA-ARTIKULÆR:

- 1) Hoffa's sykdom
- 2) Premenstruelt vannretensjonssyndrom

C) LIPØDEM

Med unntak av de intra-artikulære lesjonene, hvor hevelsen i fettputen trolig skyldes mikrotraumer og hormonell påvirkning av væsketransporten i fettvevet, er de smertefulle leggenes etiologi obskur. Ved Dercum's sykdom - en tilstand som er karakterisert ved leddnære fettansamlinger, asteni og andre psykiske og nevrologiske symptomer, er endokrine dysfunksjoner rapportert i et stort antall tilfeller (4).

Hittil har det eneste konsistente abnorme funn vært strukturelt atypisk fett i de smertefulle områdene. Betydningen av dette er ukjent. Blomstrand og medarbeidere (5) fant delvis og total blokkering av fettsyresyntesen hos to pasienter med Dercum's sykdom. De har framsatt den hypotese at den progredierende adipositas skyldes en defekt i forbruket av langkjedede fettsyrer.

SYMPTOMER

Hovedproblemet er hevelse i leggene. Denne hevelsen er generalisert og symmetrisk, og inntar hele underkremittet med unntak av foten. Leggenes utseende minner om venestase etter en lang dag i gående og stående, bare at hevelsen og verken

ikke gir seg i hvile. Hevelsene er vanligvis assosiert med smerte som aksentueres i gående/stående og i varmt vær.

Trykk mot medialsiden av øvre del av leggene er smertefullt, ofte i en slik grad at pasienten unngår å hvile leggene mot hverandre.

I de typiske tilfellene har hevelsene vært tilstede i årevis før de bringes til lege. Ofte, - men slett ikke alltid, kan pasienten fortelle om generell vektøkning. Det fremheves i litteraturen at disse pasientene er ekstremt sensitive med hensyn til leggenes utseende.

DIAGNOSTIKK

Den kliniske diagnosen byr vanligvis ikke på noe problem. Hevelsene er alltid bilaterale, generaliserte, og viser ingen tegn til reduksjon ved elevasjon. Ved palpasjon finner en en spesiell løs tekstur. Pitting er minimal, - hvis overhodet tilstede. Direkte trykk gir smerte, og tommel-pekefingergrep om hud og subcutant fettvev gir akutt ubehag. Side-lengs applisert trykk skal gi "pig-skin"-fenomen. Huden er ellers normal av utseende. Generell adipositas kan forekomme.

Viktige differensialdiagnoser er: lymfødem, Hoffa's sykdom og premenstruelt vannretensjonssyndrom. (Teoretisk også venestase, men i praksis byr ikke dette på noe problem.)

Lymfødem affiserer vanligvis bare den ene ekstremiteten, og som regel vil en finne underliggende årsaker. Ødemet er ellers karakterisert av markert pitting, og spesielt i tidlig fase reduseres hevelsen ved elevasjon. I typiske tilfeller mangler også trykksmerten.

Juxta-artikulær adiposis dolorosa er definert som en lokalisert ansamling av smertefullt fettvev omkring ett eller flere ledd, hyppigst knærne. Dette er en tilstand som oftest finnes samtidig med andre kneleddslidelser, spesielt gonartrose. Juxta-artikulær adiposis dolorosa (JAD) varierer i alvorlighetsgrad fra det som har vært kalt pannikulitt, eller "fibro fatty syndrome of the knee", - til Dercum's sykdom, hvor flere ledd er affisert og det foreligger samtidige systemsymptomer (6-8).

Hoffa's sykdom er en inflammatorisk hyperplasi av det normale fettvevet i kneleddet, den infrapatellære fettputen. Denne fettputen er konisk av form, og finnes mellom femur, tibia og patellarse-nen. Den er synovialkledd, og projiseres inn i leddet hvor den endrer form med bevegelsene i kneleddet. Symptomene er smerter på medialsiden av kneet, hvor en kan palpere fettansamlinger(10).

Premenstruelt vannretensjonssyndrom karakteriseres av smerter og hevelser i begge knær. Smerten lindres i typiske tilfeller av høyhælte sko, fordi hyperekstensjonen i leddet begrenses og trykket mot den oppsvulmede fettputen derved avtar.

BEHANDLING

Behandlingstilbudet for slike tilstander er utilfredsstillende. Vektreduksjon og diuretika er vanligvis uten effekt. Kompresjonsbandasje kan gi en viss lindring, men symptomene residiverer såsnart kompresjonen oppgis.

KONKLUSJON

Og hva er så hensikten med å beskrive et slikt syndrom, som nesten ingen leger kjenner, - som ingen pasienter

klager over, og hvor behandlingsmulighetene er dårlige ?

Bare at jeg undrer meg på :

1) Når kvinner ikke søker lege for slike problemer, kan det skyldes at de synes det er flaut? At eksessivt fettvev, som jo i vår kultur har en tendens til å vekke latterlige og negative assosiasjoner gir så lav sjølfølelse at det tåles mye smerte før plagen bringes til lege?

2) Eller kan det være slik at kvinner ikke forventer seg noen hjelp eller forståelse med slike problem, og derfor ikke definerer det som "vårt bord" ? Eller kanskje senser at vi ikke ser på det som vårt bord, at vi på det som en ikke-tilstand, et ikke-symptom hjemmehørende i ukebladspaltene og syklubben?

3) Hvis det er slik at dette er en neglisjert og ikke uvanlig kvinneplage, burde vi medisinere ikke da i forebyggende øyemed være advokater for en endring av vår kulturs kvinneideal ?

Det kunne sannelig være et gode i seg selv for flere av oss !

LITTERATUR:

1. Allen EV, Hines EA. Lipedema of the legs: a syndrome characterized by fat legs and orthostatic edema. Staff Meetings of the Mayo Clinic 1940; 15: 184-7.
2. Stallworth JM, Henniger R, Jonsson HT, Rodriguez O. The Cronically Swollen Painful Extremity. A Detailed Study for Possible Etiological Factors. JAMA 1974; 228; 13: 1656-9.
3. Eisman J, Swezey RL. Juxta-articular adiposis dolorosa: What is it? Report of 2 cases. Ann Rheum Dis 1979; 38 (5): 479-82.
4. Olsen B. Dercum's sykdom (adiposis dolorosa). En glemt enhet? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1820-2.
5. Blomstrand R, Juhlin L, Nordenstam M, Ohlsson R, Werner B, Engstrøm J. Adiposis dolorosa associated with defects of lipid metabolism. Acta Dermatovener 1971; 51: 243-50.
6. Dercum FX. Three cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervous symptoms - Adiposis dolorosa. Am J Med Sci 1892; 104: 521-35.
7. Muller W. Die Panniculose. Zeitschr Rheum 1973; 32 (5): 169-76.

8. Kling DH. Juxta-articular adiposis dolorosa. Its significance and relation to Dercum's disease and osteo-arthritis. Arch Surg 1973; 34: 599-630.

9. Smillie IS. Diseases of the knee joint. Churchill Livingstone. 1st ed. Edinburgh and London 1974.

Fylkeslege Berit Olsen
Fylkeslegekontoret,
Damsveien 1, 9800 Vadsø

KVALITATIV ERFARING I ALLMENNPRAKSIS BE- LYST VED 3 EKSEMPLER

Eivind Vestbø er cand.med. fra Oslo 1970. Etter et år som privatpraktiserende lege i Strand kommune har han fra 1974 arbeidet som distriktslege I/kommunelege I i Finnøy kommune like nord for Stavanger. For tiden arbeider han som ass.lege ved Psykiatrisk avdeling, Sentralsjukehuset i Rogaland, men vender tilbake til sin gamle stilling (da også som helsesjef) fra juni 1988.



NSAM's årsmøte 1987 var viet kvalitative aspekter ved allmennmedisinsk forskning. Mye av tilfanget til denne forskningen hviler i dag urørt i legekunstens fang. Medisinsk filosofi, antropologi, atferdsfagene og etikk er gode allianser når en vil nærme seg denne forskningen. Minst like viktig er likevel den allmennmedisinske erfaring.

Arrangementskomiteen ønsket et innlegg om denne på årsmøtet. Vi var usikre på hvordan saken skulle gripes an. Jeg forsøkte å konkretisere problemstillingen med å sette ord på 3 ulike erfaringsområder fra egen praksis. Eksemplene var fragmentariske og enkeltstående. Det ble likevel til at jeg ble bedt om å holde innlegget på årsmøtet. I ærbødighet for den store mengde god håndverkskunnskap hos allmennpraktikere flest, vil jeg likevel få lov til å gjenta mine betraktninger for Utpostens lesere.

Jeg er selv en dårlig snekker. I Rogaland sier vi "treneva". De selvlagde knaggene som jeg skal henge mine betraktninger på, er derfor både spinkle, skjeve og sitter løst på veggen. Jeg kaller dem etter tur for bærebølgen, den tredje alternativ og den sosio-kulturelle nevrose.

BÆREBØLGEN:

"The final common path" for all innsats, kunnskap og ferdighet i allmennpraksis, er påvirkning. Våre medisiner er raffinerte, våre teknikker kan være eksakte og vår innsikt kan være stor. Alt dette produseres på trygg grunn gjennom systematisk oppbygget viten.

Men dersom den gode vare skal komme pasienten til gode, må den bæres til pasienten over en dyp kløft ved hjelp av en spinkel bro. Broen vil alltid være en feltbro. Den må alltid monteres ad hoc, og mer eller mindre improvisert. Det vi kan gjøre oss håp om, er å forbedre broens deler og trene oss i improvisert sammensetning. Et annet bilde på feltbroen over kommunikasjonskløften, er bærebølgen.

Jeg innbiller meg at den absolutt nødvendige forutsetning for at jeg skal lykkes som allmennpraktiker, er at det oppstår en bærebølge mellom meg og mine pasienter. Først når denne er tilstede, kan jeg modulere den med min allmennmedisinske erfaring og kunnskap. Et av de viktigste spørsmål jeg som allmennpraktiker kan stille meg, blir da dette: Hvordan oppstår og styrkes denne bærebølgen sett fra legens side? Jeg har to svar som delvis overlapper hverandre på dette spørsmål.

Det første svaret er at bærebølgen henter sin energi fra det allmennmedisinske håndlag. Som den kirurgiske teknikk, kan også dette håndlaget forbedres, men ikke læres fullt ut. Alle kan ikke bli flinke kirurger. Kanskje er de rent personlige kvalifikasjoner like viktige for allmennpraktikeren som for kirurgen. Bør vi derfor fokusere mer på det allmennmedisinske håndlag? Vil en bedre karaktisering av dette, og en markedsføring av det, få den ukvalifiserte til å snu i tide?

Dersom min forestilling om den naturgitte utrustning aksepteres, blir det neste store spørsmålet om denne utrust-

ning kan forbedres. Jeg tror personlig det, og dette blir da mitt andre svar.

Stadig blir jeg slått av fellestrekk ved de av mine konsultasjoner og lege/pasient forhold som tilsynelatende er vellykkede. Det synes da å oppstå en bærebølge som får sin spenning i et kraftfelt mellom motpoler. Disse er: lik/ulik, svak/sterk og nær/fjern.

Jeg må ha noe til felles med mine pasienter. Til en viss grad må jeg dele deres verdier, holdninger, vaner, klesdrakt, språkdrakt o.s.v. Men den mest kraftfulle av alle likheter, er likevel felles subjektiv erfaring. Dersom jeg greier å være empatisk i møte med pasientens depresjon, sorg eller angst, har jeg fått en venn for ikke å si en pasient for livet. Men likhet er ikke nok for bærebølgen. Den krever også motpolen ulikhet. Jeg må også være doktoren med kunnskaper, holdninger, atferd og bakgrunn som er annerledes. Jeg må også være profesjonell. Likheten forankrer bærebølgen i pasienten. Ulikheten forankrer bærebølgen i den medisinske tradisjon som representerer trygghet og håp for pasienten.

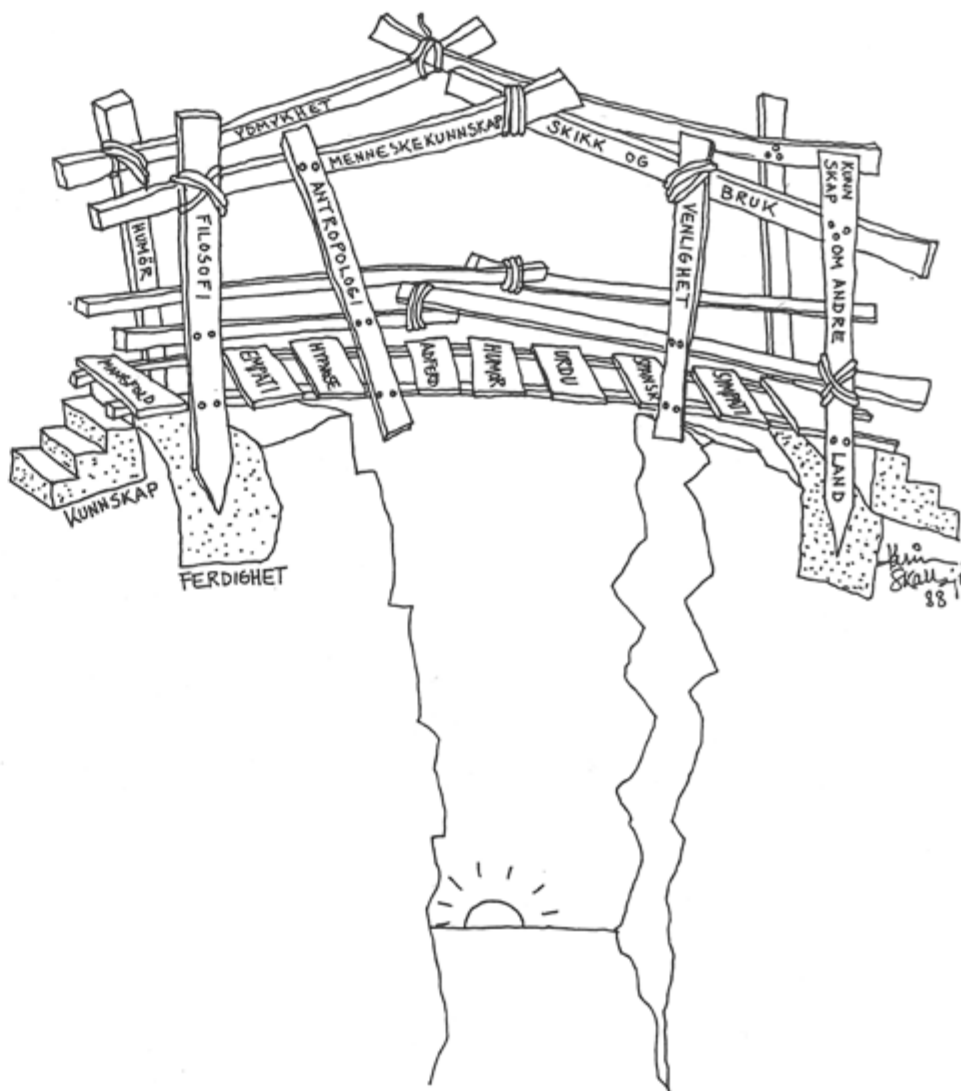
Det andre kraftfeltet som spenner bærebølgen ut er motpolene svak/sterk. Jeg må ikke være for flink, for veltalende, for systematisk, for pratsom eller for selvtilfreds. Bærebølgen brer seg lettest horisontalt, og pasienten føler seg liten. Jeg må oppføre meg analogt med den gamle dames utsagn på forkontoret etter konsultasjonen. "Det var ein gilde doktor, han skremmer ingen". Men samtidig må jeg også være sterk. Uten styrke for midles ingen trygghet, og trygghet er en udiskutabel faktor i lege/pasient forholdet. Jeg må være pålitelig og bevare hodet i kritiske situasjoner. Jeg må ikke nekte sykebesøk av personlige årsaker. Jeg må være sterk nok til at befolkningen kan rekne med meg, når det gjelder. Jeg må også kunne ta konflikter med pasienter/familier uten å bli for personlig, og jeg må kunne bilegge disse på en profesjonell måte.

Analogt med lik/ulik og svak/sterk må jeg også vise nærhet i forholdet til mine pasienter. Jeg kan av og til med fordel dele personlige opplevelser med dem. Jeg kan til og med styrke bærebølgen med til en viss grad å gi uttrykk

for egne hverdags-problemer. Men motpolen kommer inn også her. Det personlige har klare grenser. Legerollen setter disse. Jeg må være distansert nok til at pasientene kan utlevere seg og eksponere seg. Distansen blir en nødvendighet for pasientens integritet. Hverdagen blir således en balansegang i kraftfeltet lik/svak/nær - ulik/sterk/fjern. I den grad jeg greier vandringsen i dette minefeltet, vil jeg lykkes i mine bærebølgebestrebelse.

DET TREDJE ALTERNATIV:

Mitt annet eksempel har med mine pasienters holdninger til sykdom å gjøre. Deres tankegang strukturerer seg omkring en dualistisk begrepsmodell. Det gis kun to alternativer for dem. Disse er organfeil, eller "bare nerver". Den veldefinerte organfeil er symptomene Mercedes. Den åpner dører, gir sympati og ukomplisert sekundær gevinst. Nervene derimot, har i den sykdomskultur jeg kjenner, lett for å gli sammen med hypokondriet, syteskapet og det



falske spill. Min gardbruker som har stelt sitt fjøs i høyfebril tilstand, lyser opp dersom jeg tar ordet lungebetennelse i min munn. Han har da fått rosende omtale for sin tapperhet. Den sosiologiske vrede og ignoranse blir derimot ofte den til del som ikke på klart vis kan skyve organet foran seg. Bemerkningen om "bare nerver", ligger da på lur.

Men hvor mange av våre pasienter er det som kan få sin diagnose i dette noe enkle system? Hva med konversjonens, endorfinets, mistrivselens og livsproblemene alternativ. Dette er det tredje alternativet som mine pasienter oftest kommer inn under. Ulykken er imidlertid at ingen har fortalt dem om det tredje alternativet. Den suksessrike biologiske apparatfeils medisin har forført mine pasienter og gitt dem fritak fra skyld og ansvar med på kjøpet. Ukepressen selger også godt på alternativ 1. Paramedisinen omgjør det tredje til det første alternativ med reduksjonistisk pondus. Mine pasienter er altså utsatt for en massiv holdningspåvirkning. Det tredje alternativ fornektes. Resultatet er en tillitskrise lege/pasient. Vi snakker ikke samme språk. Det nytter liksom

ikke lenger bare å så. Vi må pløye marken først.

I et forsøk på å pløye marken, har jeg holdt en del kurser i helseopplysning på en litt utradisjonell måte. I disse kursene har jeg prøvd å lansere det tredje alternativ som gangbart og logisk for grupper av mine pasienter. Når plutselig dets eksistens går opp for noen av dem, oppleves dette som en forløsning. Noen erfarer at symptomer blir lettere å bære, andre merker symptomlette, og hos enkelte blir symptomene sogar borte. Jeg opplever også en øket tiltro og trygghet i forholdet til meg. Gjennom brev og samtaler etter slike kurs får jeg inntrykk av at holdningsendringer av denne type oppleves som vesentlige for pasientenes erkjennelse av seg selv og andre.

På kontoret er jeg av og til oppe i fastlåste situasjoner med skalte problem-pasienter. Det tredje alternativ lar seg også da av og til markedsføre. Alle kjenner vel den mistroiske somatiserende pasient med alle de negative undersøkelser, som stadig er på vakt mot psykologisering og psykiatriske diagnoser. Dersom slike pasienter aksepterer og forstår den tredje muligheten, kan

hun/han bevare selvrespekten uten å være farlig organsyk. Det er skapt en ny plattform som vi sammen kan arbeide ut fra.

DEN SOSIOKULTURELLE NEVROSE:

Mitt tredje og siste eksempel har med faktorer av sosial og kulturell art som er med på å gi meg forståelse og derigjennom påvirkningskraft overfor mine pasienter. Først må jeg gi noen kulturelle bakgrunnspremisses. Noe flåsete og summarisk kan følgende sies. Snillhet er en dyd. Arbeidsomhet er høyt æret. Materialistiske behov skal og bør dekkes. Det er ikke særlig mandig å vise følelser eller å snakke om dem. Kvinnen skal oppfylle sin biologiske rolle, og skal gjerne ha skjør samvittighet.

Innenfor denne ramme går ofte den typiske historie som følger. En biologisk innstilt kvinne med skjør samvittighet møter en snill, arbeidsom og litt taus mann. Partnerskapet medfører

Mindiab[®] gir
type 2 diabetikeren
mer normal insulinfølsomhet - med mindre
mulighet for langvarig
hypoglykemi.

tilfredsstillelse av materialistisk behov, som pent hus, god mat, pene klær, ordentlige unger, bil og ferier. Alle disse behov erkjennes av omgivelsene. Grunnleggende psykiske behov som anerkjennelse, innflytelse og kontakt erkjennes imidlertid ikke like lett. Følgelig står kvinnen i fare for ikke å få disse behov tilfredsstilt.

Det oppstår da ofte en vag følelse av mistriivsel. Kvinnen ser seg om etter en forklaring, men finner ingen. Hun har det jo så godt. Hun blir derfor nødt til å venne blikket mot seg selv, og opplever seg da ofte som brysom og utakknemlig. Omgivelsene har kanskje allerede begynt å gi tilbagemelding på at hennes misnøye er oppfattet og mislikt - og nedvurderingsprosessen katalyseres. Som om ikke dette var nok, vokser ofte mannens anseelse som snill og forståelsesfull, og dette legger ytterligere resiprok belastning på kvinnen. Kraften i hennes frustrasjon er likevel ikke temmet med dette. Det er nå dekket for det første somatiske symptomer som ofte dukker opp brått, uventet og kanskje dramatisk. Konversjonens signaleffekt erkjennes imidlertid ikke. Symptomene blir derimot tatt på somatisk alvor av

den snille mannen. Kone og mann forenes i et nytt og tilsynelatende meningsfylt fellesskap. Symptomene får ikke bare det vanskelige til å falle på plass i et gjenkjennelig mønster. Det blir også et virkemiddel for indirekte kommunikasjon. Dagligdagse samlivsproblemer som kunne blitt løst i åpenhet, forblir nå uløste i sitt somatiske fengsel. Ektefellene kommuniserer fra nå av innenfor en reduksjonistisk organkultur. I neste omgang vender de seg mot hjelpeapparatet, som regel allmennpraktikeren. Dersom spesialistrunddansen startes, trer en ny og mektig faktor inn på scenen, nemlig den felles ytre fiende. Denne er helsevesenet som ikke greier oppgaven å finne ut hva kvinnen feiler. Fellesskapsfølelsen ektefellene imellom øker og symptomet blir enda viktigere. Ekteparet har således fått en formidabel sekundærgevinstpakke. Denne inneholder en akseptabel forklaring av det vanskelige og angstfylte, den fanger opp og nøytraliserer spenning og øker fellesskapsfølelsen. Nevrosen fikseres.

Jeg har sett ektepar på alle trinn i denne prosessen. To ganger har jeg grepet inn på et tidlig stadium og våget en konkret

undervisningspreget "innsiktsterapi" i trekant sammenheng. Jeg har da lagt vekt på de kulturelle og gruppepsykologiske krefter som ovenfor beskrevet. I begge tilfeller mener jeg å ha unngått den reduksjonistiske bakevje, med et rimelig etterfølgende samliv for ektefellene til følge. På senere trinn av prosessen har jeg imidlertid nøyhet meg med mer forsiktige støttesamtaler. Alt tyder da på at måltidet er fortært, og at lite kan gjøres om igjen.

Slik som dette kunne vi fortsette med våre eksempler, hver og en av oss. Jeg vil imidlertid slutte med en henstilling om å ta vare på de subjektive erfaringer, sette ord på dem og fordøye dem. Vi skal ikke glemme at på vår arbeidsplass er luften full av kvalitative levende data, mens våre tidsskrifter bugner av kvantitative døde.

**Kommunelege Eivind Vestbø,
Kommunelegane i Finnøy,
4160 Judaberg**

Mindiabetes 2

Mindiab er et nytt tablettalternativ med virkestoffet glipizid. Mindiab gir mer normal insulinproduksjon, -følsomhet og blodsukkererdi. Og med en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.



C Mindiab: Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg resp. 5 mg, const. q.s.

Indikasjoner: Diabetes mellitus type II (ikke-insulin-avhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

T Kontraindikasjoner: Diabetes mellitus type I (insulin-avhengig), og ved følgetilstander som ketoacidose, særlig precoma og coma diabeticum. Graviditet og amning. Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon. Ved alkoholisme, dårlig ernæringsstilstand eller ved spesielle belastninger (større traumer, operative inngrep, febrile tilstander) kan omstilling til insulin være indisert.

Bivirkninger: Gastrointestinale besvær som diaré, gastralg og nauzea. Allergiske hudreaksjoner. Blodbildeforandringer: agranulocytose og trombocytopeni er i sjeldne tilfeller rapportert med sulfonyleurea-preparater, og bivirkninger av denne type kan ikke utelukkes med glipizid.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi og folinger kan opptre som følge av interaksjoner, overdosering, dårlig ernæringsstilstand, nedsatt leverfunksjon og nyreinsuffisiens. Ved alvorlige infeksjonssykdommer og større kirurgiske inngrep kan, i likhet med andre perorale antidiabetika, effekten være noe usikker. I slike tilfeller bør insulinterapi overveies.

Interaksjoner: Spesiell forsiktighet bør iakttas når glipizid administreres samtidig med visse andre legemidler som kan tenkes å potensere den blodsukkersenkende effekten. Dette gjelder fenylbutazon og oxyfenbutazon, probenecid, salicylpreparater, sulfonamider, kloramfenikol, kumarinderivater samt beta-reseptorblokkere.

Dosering: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne i minst 4-6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig oppdelt på 1-3 doseringer. Tablettene bør tas ca. 30 min. før måltid.

1) Nyinnstilling: Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 7-10 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret, økes dosen etappevis med 7-10 dagers mellomrom.

Pakninger og priser: Tabletter 2,5 mg: (hvite, uten delestrek): 100 stk. (trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk. (glass) kr. 229,65. 5 mg: (hvite, med delestrek) 100 stk. (trykkpakning) kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.

T:5

**FARMITALIA
CARLO ERBA**
Postboks 53 - 1371 Asker
Telefon (02) 79 07 60

EN FORSTÅELSE AV DET UFORSTÅELIGE - ELLER: HVORFOR DET ER BEDRE Å SPØRRE HVORDAN ENN HVORFOR

Harald Kamps er 36 år, gift, 2 barn. Medisinsk eksamen i Bonn 1975. Turnustjeneste i Hamar og Sortland, deretter 1 år psykiatri, 1 år husfar og 1 år anestesi. Fastlønnet kommunelege i Bjugn fra 1982.



"Doktor, jeg er hardt rammet av en forkjølelse, hva kan være årsaken?"
"De er nok blitt angrepet av et virus."
"Jaha, har De et middel mot det?"
"Nei, vi har enda ikke noe våpen mot virus sykdommer, De må nok prøve å mobilisere Deres egen motstandskraft."

Dette er en liten smakebit av vår krigerske hverdag, hvor sykdommer oppleves som en alvorlig trussel og hvor vi leger prøver å smi våpen som kan nedkjempe fienden. Vi hjelper et stakkars offer langs våre linjer eller søker hjelp i annenlinjetjeneste når vi måtte gi tapt. Vi har sluttet å være følsomme for krigsvokabularet vårt og oppfører oss som tapre ryttere i en ensom krig. Det er ikke rart at vi opplever pasienten som fiende når vi etter mange

år på slagmarken er gått tomt for krutt og føler oss utbrent.

Språket avslører hvordan vi (i vår medisinske tradisjon) tenker nemlig i linjer hvor det onde, sykelige er på den ene siden og det gode, frisk (og vi) på den andre. Eller med årsaken (f.eks. det angripende virus) ved den ene enden og virkningen (influenza) ved den andre enden.

Vi driver et intenst etterretningsarbeid bakom linjene, registrerer symptomer og katalogiserer bitene i sykdomsklassifikasjoner. Vårt bilde av mennesket er preget av erfaringer fra anatomisalen som formidler hvordan tingene er kroppen som noe uforanderlig. Myten blir at "bare vi kjenner alle bitene, kan vi beskrive helheten".



Problemet med en slik fremgangsmåte er at vi mister sammenhengen, det å veie og måle. Beskrive enkeltdele forteller oss ingenting om hvordan delene henger sammen. Vi oppdager plutselig at det finnes sykdommer som vi ikke forstår. Heldigvis er det mange som opplever dette som en krise av vår forståelse, og ordet "paradigmeskiftet" er Utpostens lesere forlenget fortrolige med.

Jørgen Jørgensen vant 1. prisen i Utposten Essaykonkurranse 1985 for sin beskrivelse av sykdom og helse, og hans krav om nye paradigmer.

Nødvendigheten av en slik forandring av vår forståelse skal jeg ikke utdype her, det må være nok å vise til kildene som f.eks. psykiateren George Engel, som i 1977 beskrev konturene av en ny medisinsk modell eller den allmenne medisinske sjefsideolegen McWhinney, som hevdet at mindre prestisjetunge fag, som allmenne medisin eller psykiatri kom til å gå foran i det nødvendige paradigmeskiftet.

Min oppgave her blir å vise hvordan vi kan formidle til pasientene hvordan tingene henger sammen. At livet er en prosess i stadig forandring og at motsetningene mellom god og dårlig, frisk og syk, sterk og svak, glad og trist er drivkraft i denne forandringen.

Jeg pleier å be pasientene som lider av "uforståelige" symptomer om å bli med på et tankeeksperiment:

Forestill deg en spiral. La oss tenke at tingene henger sammen som i en spiral. Rister jeg nederst i denne spiralen forplanter denne forandringen seg oppover ved at "spiralbitene" påvirker hverandre.

(En teoretisk digresjon i parentes: Grunnlaget for denne tankegangen er von Bertalanffys systemteori som hevder at alle nivåene i levende systemer er forbundet med hverandre i en hierarkisk forbindelse, slik at forandringer på et nivå fører til forandringer på andre; (1.ordens kybernetikk).

Liv Haugen og Per Stensland skrev i 1985 en artikkel i Utposten om Systemteori i allmennpraksis. Eller dere legger artikkelen til side og leser de neste 4 ukene Gregory Batesons Ånd og Natur.)

Nå er mennesket ingen stiv spiral, men et levende system. Levende systemer har den egenskap at de gjenskaper seg selv hele tida og prøver å gjenopprette en balanse. Den tilsynelatende stabiliteten i systemet er som linedanserens, den opprettholdes ved ustanselige korreksjoner av balansen.

(En teoretisk ekskurs fører oss denne gangen til Maturana og Førster som er viktige bidragsyttere til en 2.ordens kybernetikk. I en annen ordens kybernetikk beskrives hvordan vi som tilskuer opplever vår egen virkelighet. Det bidraget som antakelig er lettest tilgjengelig for norske lesere er Lynn Hoffmanns artikkel: "Mot en "2.ordens" systemisk familierapi". Artikkelen gir mye igjen for strevet å lese den. Artikkelen om en "2.ordens" systemisk allmenne medisin er fortsatt uskrevet.)

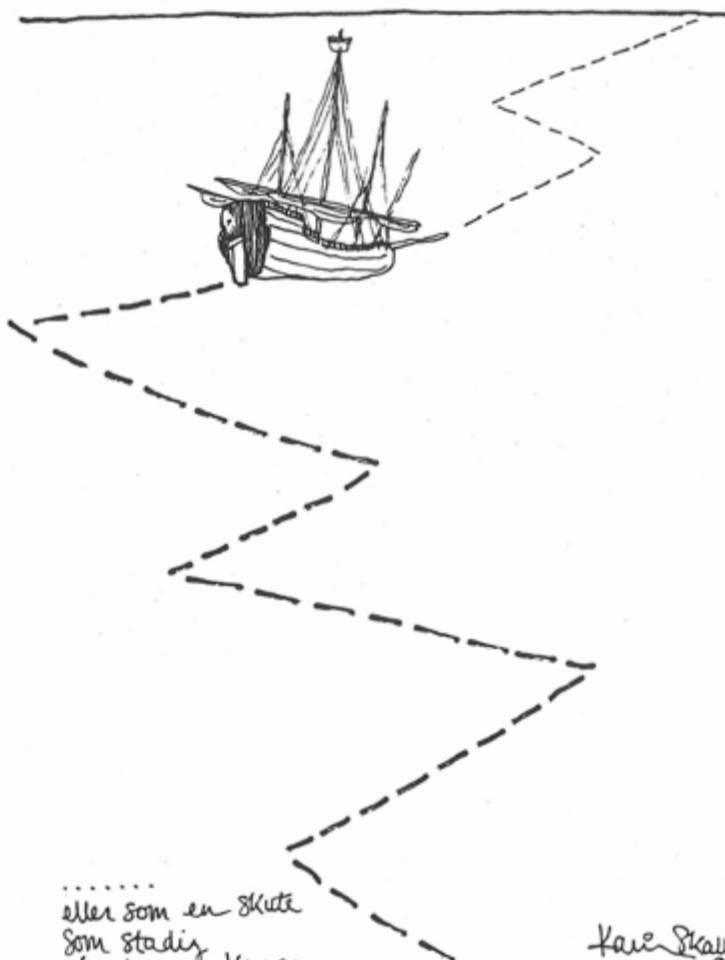
La oss se på forskjellige nivåer i kroppspiralen. Vi begynner med cellen strukturen for kroppens stoffskifte (hvor vi allerede vet mye om dens sirkulære organisering), og stadig er beskjeftiget med å gjenskape formen og bibeholde den pålagte oppgaven. Blir det mange nok celler, skjer det plutselig et sprang og vi befinner oss i en annen etasje av "kroppen", celler blir til organer (muskler, skjelettet, fordøyelsesorganer). Igjen levende systemer med en uendelig rytme. De bygger seg ned og bygger seg opp igjen med forskjellig hastighet. Pankreas fornyer seg f.eks. hvert døgn, maveslimhinnen trenger 3 døgn til en slik jobb, mens huden ikke har slikt hastverk, den bruker minst ett år. Innevevd i dette samspill av organer er et annet livs-viktig nettverk, nervesystemet vårt.

Dette nettverk av interagerende neuroner står i tett kontakt med kroppen, blir påvirket av dens forandringer og utløser forandringer.

(Deling av kropp og sjel er en oppfinnelse av middelalderke kirkefyrster.) "Bare nerver" finnes ikke.

Dette systemet av et levende system som kalles menneske lever ikke som Robinson Crusoe på en ensom øy. Den finner partner (venner, livspartner). Igjen et vell av samhandlingsmønstre: positive og negative, men alle har som mål å opprettholde partnerskapet. Partnerskapet kan gjøre et nytt kvalitativt hopp, og blir en familie. Nye samhandling med muligheter til individuell vekst og med fare for undertrykking og mishandling. Familiesystemet har sine egne regler, den skal opprettholdes. Mange pasienter betaler en dyr pris for dette målet.

Vi kan gjerne utvide perspektivet til enda mer, samfunnet vi lever i som ska-



.....
eller som en skute
som stadig
korrigerer kursen

Kare Skalljø
88

Pharm



Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Boks 234 - 1322 Høvik

Allergi?

Pharmacia testsystem hjelper deg

Pharmacia har gjennom en årrekke forsket og utviklet blodprøvebaserte tester for allergi-testing. Testene utgjør et 3-delt system som sammen med anamnesen danner et godt grunnlag i det videre arbeid for pasienten:

1. Total IgE: - PHADEBAS IgE PRIST
- IgE RIA
- IgE ULTRA NY!
- IgE RIACT NY!
2. PHADIATOP («Ja/nei» test ved mistanke om inhalasjonsallergi). NY!
3. Allergenspesifikk IgE:
PHADEBAS RAST

Total IgE

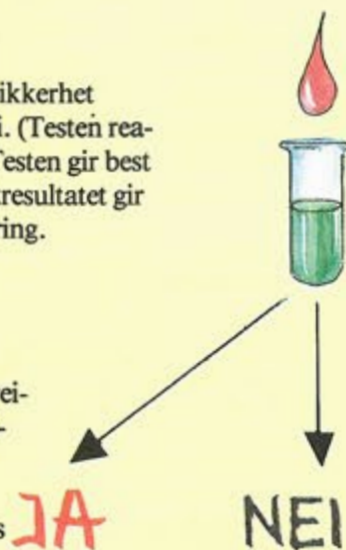
IgE konsentrasjonen korrelerer ikke alltid med atopisk sykdom, men en forhøyet total IgE indikerer at pasienten kan være allergisk. (Kan også skyldes parasittinfeksjon.) Dersom sykdomsbildet har gitt deg grunn til å mistenke inhalasjonsallergi kan du rekvirere: PHADIATOP.

PHADIATOP

Phadiatop er en test som med stor sikkerhet stadfester/avviser inhalasjonsallergi. (Testen reagerer ikke på matvare-allergener.) Testen gir best resultat hos personer over 7 år. Testresultatet gir et godt grunnlag for RAST-rekvirering.

PHADEBAS RAST Allergenspesifikt IgE:

For å gi en optimal behandling og veiledning er det nødvendig å være sikker på hva pasienten er allergisk mot. Dette kan påvises med prikktest og/eller RAST. Det finnes nå mulighet til å teste på ca. 200 forskjellige allergener. (Den diagnostiske verdi er ikke like stor hos alle.)



For ytterligere opplysninger om Pharmacias allergitester ring (02) 54 90 95 eller send inn kupongen.

Ja takk, jeg ønsker mer informasjon om allergitestsystemet fra Pharmacia.

pr. brev Ring meg

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

Telefon: _____

Kupongen sendes Pharmacia Norge A/S, Sandviksveien 26, Postboks 234, 1322 HØVIK. Merk konvolutten «Allergi».

per rom for utfoldelse. Reglene som samfunnet styres etter er på samfunnets premisser og opplevelsen av dette samfunnet knytter en ny omdreining til spiralen vår. Vi skal stoppe her, uten å ha kommet til endepunktet i spiralen. Det finnes mange spennende sammenhenger bortenfor begge "endepunkter". Cellene styres av kromosomer som gir oss et direkte bilde av spiralen, og i den andre enden har vi kulturforskjeller og jorda vår med dens ønske om økologisk balanse.

Det er viktig å formidle at hvert nivå på denne spiralen fungerer helt perfekt, isolert sett. Så lenge systemet lever, prøver alle nivåene å bidra med en passende løsning. Og det finnes aldri bare en måte å løse et problem på. Jo mere fleksible etasjene er, jo mere villig de er til å bidra med nye løsninger, desto sunnere er hele systemet. Jo lettere bevegelsen flyter i spiralen uten at det går på bekostning av formen, desto bedre er det. Stive partier fører til knirk. Stive muskler, stivnete meninger, fastgrodde familiemønster betyr fare for sykdom.

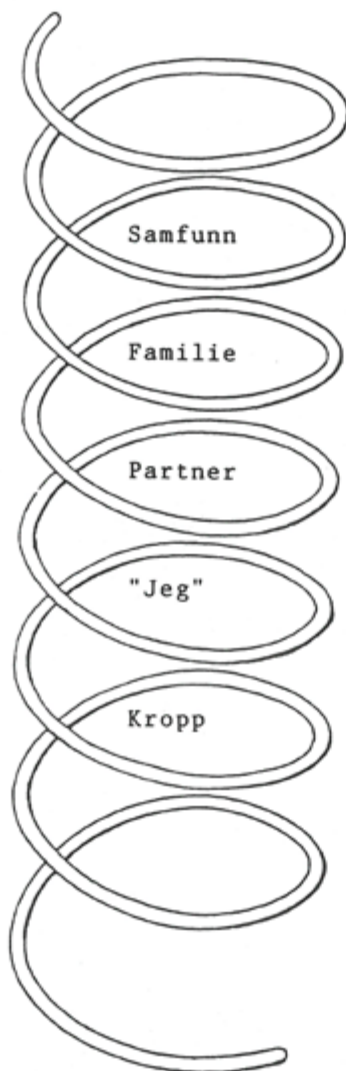
Hvordan brukes den modellen i konsultasjonen? Jeg pleier å legge fram et ark med spiralen som beskriver en 2.ordens kybernetikk, dvs. hvor opplevelsen gjøres til gjenstand til diskusjon og hvor nivåene beskrives som:

- **kropp** (som begrenses til symptomgivende organer),
- **"Jeg"** (hva er det som kjennetegner meg som individ?),
- **partner** (hvordan opplever jeg min partner),
- **familie** (hvordan tror jeg at jeg blir påvirket av min familie),
- **samfunn** (som inneholder først og fremst arbeid og økonomi).

Arket er ellers påført rubrikker for negative og positive påvirkningsmuligheter, konsultasjonen brukes til å tegne et kart over sammenhenger. Et spørsmål om familien oppleves ikke som jakt etter mulige årsaker med dens moralske implikasjoner, ("Du er skyld i dette selv"), men som et forsøk på å få med helheten. Rekkefølgen på årsak og virkning blir tilfeldig.

La oss ta et eksempel: Det dreier seg om en 40 år gammel kvinne som oppsøker legekantoret, ofte p.g.a plagsomme leddsmarter. En dag bestemmer vi oss for å se på helheten og etter 15 min. samtale har vi laget en liste over de

tingene som påvirker henne på en negativ måte. Konsultasjonen kan



deretter i sterkere grad fokusere på positive påvirkningsmuligheter uten at man underkjenner symptomenes alvorlighet. Pas. kan f.eks. få med seg "kartet" hjem og liste opp selv muligheter hvordan systemet kan påvirkes på de forskjellige nivåene. Konsultasjonsprosessen flyttes på denne måten hjem og kan utløse forandringer der.

En annen pasient skal vise det: Det er en 50 år gammel kvinnelig pasient som har "brukt opp" flere leger og psykologer for sine angstplager. Hun bruker Sobril for å kunne gå i butikker og av og til drikker hun mye. Hun er i tillegg en gjenganger hos fysioterapeuten p.g.a hodepine og nakkesmerter. Etter en konsultasjon hvor vi prøver å sette symptomene hennes i en større sammenheng får hun med seg "spiralarket" hjem, og etter 14 dager kan vi i en ny konsultasjon ta fatt på hennes mulig-

heter til å påvirke livssituasjonen på en positiv måte. Kartet ser da slik ut:

påvirker negativt

dårlig økonomi, å bli 100% "ufør"

føler meg presset av forventninger, bebreidelser

dårlig sexliv, snakker ikke sammen

lite tid for meg selv
skyldfølelse
negat.kroppsføl.

muskelsmerter, for lite søvn, dårlig kondis

- **Samfunn:** En halvdagsstilling som jeg kunne trives med.
- **Familie:** Bedre kontakt med ungene mine, slippe å gå rundt med konstant dårlig samvittighet i forhold til familien.
- **Partner:** Lære å snakke sammen og forstå hverandre, få et bedre seksualliv. Bli respektert og satt pris på. Få mere hjelp uten å mase og bli sint. Forstå og interessere meg mere for hans jobb.
- **Jeg:** Ønsker å trives mere her, og godta at jeg skal være her. Få være mer impulsiv og meg selv. Litt fritid for meg selv. Opparbeide selvtillit. Klare meg uten medisiner.
- **Kropp:** Prøve å komme over kompleksene mine med kroppen min. Begynne å trene i svømmehallen en gang i uka. Ønske at hormonbehandling hjalp mot mine plager som overgangsalderen medfører.



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk.
kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60.
30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til *barn:* Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag. *Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).*

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT: 300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakolinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2: a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostastisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) Mårdh. Møller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) A. Pines et al.: *Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) Carenfelt & Lundberg: *Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) L. Forslin & Danielson et al.: *Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.*

Konfrontert med en slik liste er det viktig at terapeuten ikke tilbyr sine tjenester som problemløser og kommer med mange gode forslag, men bruker sin kompetanse til å skape en ramme som gir rom for endring hos pasienten.

Modellen kan også bidra til å formulere innhold i den allmenntilleggs klinikk. For å ta noen få eksempler: Den kan minske vår innsikt i sykdommer. Den kan gjøre oss mindre skræslende der hvor vi tror at vi forstår alt. Lærebøkene forteller oss at influensa skyldes influensavirus. Men hvorfor ble jeg syk lille julaften? Virus og bakterier er daglig innom kontoret.

Den offentlige debatten om AIDS er preget av at HIV-infeksjonen betraktes alene som en virusinfeksjon og angriper immunsystemet. Etter hvert blir vi klar over at vi må utvide vårt perspektiv for å kunne forstå at viruset fører til større forandringer i hele systemet.

Den kan øke vår forståelse. Fibromyalgi er en sykdom vi ikke forstår oss på. Nå strides vi om fibromyalgi skyldes at "kvinnene strekker seg for langt" eller om det skyldes minsket surstoff-opptak i ømme muskelpunkter eller for mye substans P i spinal-væsken eller om det skyldes en forandring av søvnmønsteret. Sannheten ligger i helheten, det nytter ikke å sende pasienten ut i joggeløypa eller forskrive antidepressiva så lenge ektemannen drikker opp månedslønnen og slår barna. Men det kan være nok å forskrive et sovemiddel for å gi kvinnen kraft nok til å gjøre noe med kroppen sin og til å få til forandring i samlivet sitt.

Modellen utvider samtidig våre terapeutiske muligheter, det gjelder å være fantasifull og finne de påvirkningsmuligheter som kan utløse en forskjell. Finner vi et tiltak som passer, er det som å kaste en stein i vannet, det får ringvirkninger.

Å tenke i spiraler kan være løsningen for mennesker som er fastlåst i onde sirkler. Å tenke i spiraler kan bidra til at vi slutter å oppføre oss som soldater i en fortapt krig, men at vi lærer oss selvforvar. Her gjelder det å utnytte "angriperens" energi og gjøre det onde til det gode.

Kommunelege Harald Kamps
7160 Bjugn

Sobril® "KabiVitrum"

Oxazepam

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Oxazepam, 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angst-dempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisme uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døgn. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

Indikasjoner: Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

Kontraindikasjoner: Sjukketilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

Bivirkninger: Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av excitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, sløvhets og uklar tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholkere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av krampor kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iaktas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid (T_{1/2} hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (1:55E hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).

Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

Overdosering/Forgiftning: Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet. LD₅₀ for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 10 mg: 25 stk. 18,30, 100 stk. 53,30. 15 mg: 25 stk. 23,80, 100 stk. 71,20, 250 stk. 156,00. 25 mg: 25 stk. 27,10, 100 stk. 83,70, 250 stk. 168,30. (Pr. 1/3 88)

KabiVitrum



Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Sobril[®]
Oxazepam

fjerner angst, uro og spenning



HORNBERG & OTTERLEI AS

Sobril[®] - Enkel metabolisering.
- Ingen aktive metabolitter.
- Kort biologisk halveringstid.



VI ER MANGE.....

Utpostens nye redaksjon presenterte seg selv i forrige nummer. Men vi er ikke alene. Vi har også med oss en redaksjonskomitee som skal sikre leserne og oss selv at det hverken blir for mye eller for lite. Redaksjonskomiteen skal

- sørge for at Utposten fanger opp det som til enhver tid foregår over hele landet i norsk primærhelsetjeneste
- sikre bredde og dybde i stoffvalg og presentasjon
- oppdage og sette fart i hittil ukjente skrivetalenter blant kolleger land og strand omkring, og formidle kontakt med redaksjonen
- bidra med ideer, korrektiv og litt arbeid i ny og ne

For at dette skal være mulig, må dere som leser Utposten kjenne redaksjonskomiteens medlemmer. Her følger derfor en

PRESENTASJON AV REDAKSJONSKOMITEÉN :

Gunn Aadland



startet sin allmennmedisinske løpebane på Træna på Helgeland. Var der 1 1/2 år, inklusive distriktturnus. Fra 1982 i Vågsøy kommune i Nordfjord. Først 2

år som kommunelege i Måløy, siden i delt kommunelegepraksis på Bryggja - en sving på riksvei 15 langs Nordfjord. Tre viltre unger som legger beslag på det meste av fritida, - og for tida er den viktigste motvekt mot "utbrenning".

Berit Austveg



Arbeidet ved Helsetjeneste for innvandrere fra 1976, et allmennhelsesenter for innvandrere som av forskjellige grunner har hatt vansker for å få sine tjenester andre steder. Kontorets oppgaver er i dag bl.a. å drive konsulenttjenester. Av spesielle interesser: medisinsk antropologi. Har arbeidet spesielt med torturete, helseopplysning, prosjekt om prevensjonsveiledning til innvandrere.

Elise Klouman Bekken



F.1947. Cand.med. Oslo 1973. Turnus Bærum sh, Oslo komm.legevakt, Balsfjord. Allmennpraktiker Mortensnes helse- og sosialsenter (Tromsø) 1977-82. 1983-87 bydelslege Oslo

komm.legevakt, allmennlegeseksjonen, 1986-87 ledende allmennpraktiker samme sted. Allmennpraktiker Dnlf 1986. Fra mai-87 generalsekretær i Landsforeningen mot AIDS. Interesser : spørsmål i skjæringspunktet mellom medisin, samfunn og politikk, internasjonale spørsmål. 2 perioder i Komiteén for internasjonale spørsmål i Den norske kirke. Medlem i regjeringens nedrustningsutvalg.

Kari Bjørneboe



Barne- ungdomspsykiatri, Oslo helse- råd, 2 år. Bydelslege Oppsal helse- og sosialsenter, Oslo fra 1978. Spesialist i allmennmedisin. Spesielt opptatt av medisinsk kvinneforskning, særlig i relasjon til primærhelsetjenesten. Medarrangør i 1. norske og 1.nordiske seminar i medisinsk kvinneforskning.

Åsa Rytter Evensen



Oslo Helseråds avd. for barnepsykiatri 1970, Cambridge Guidance center, Massachusetts, USA 1971. Privat all-

mennpraksis 1972-75, bydelslege Røa 1975-82. Forskningsstipendiat, NAVF/Oslo Helsråd 1982-85, undersøkte sykehjemssøkeres situasjon i Oslo. I ferd med å fullføre skrivearbeidet. Fra okt-86 amanuensisvikar i halv stilling ved Institutt for allmennmedisin, Oslo samt halv stilling bydelslege. Fra nov-87 full stilling bydelslege Røa. Interesser: eldreomsorg, kvinnehelse, sexologi.

Signe Flottorp



Født i 1954, med. embedseksamen i Oslo 1979. Sykehusturnus i Arendal, distriktturnus på Vestvågøy i Lofoten. Etter endt turnustjeneste i september 1980 distriktlege/kommunelege i Stamsund på Vestvågøy til september 1985. 1 års sykehustjeneste på psykiatrisk avd. 6B, Ullevål. Fra januar 1987 bydelslege på Holmlia helsesenter. For tiden i svangerskapspermisjon, skal etter denne være bydelslege på Klemetsrud helsesenter. Styremedlem i Norsk selskap for allmennmedisin 1983-87. Formann i Nordland legeforening 1984-1985.

Reidun Førde



Fødd 1950 i Høyange; i Scgr. Cand.med. Oslo 1978. Turnus Oslo/Stor-Elvdal. Ass.lege med. avd,

gyn/obst. 1979-84. Fra 84 privat allmennpraksis Rygge. Gift, 4 barn: 1973-87.

Synnøve Grønn



45 år. Spesialist i allmennmedisin. Fra 1974 allmennpraksis i Blomsterdalen, Bergen. 1982-83 ass. overlege/konst. overlege avd. for allmennmedisin i Bergen kommune. Leder for Kontor for prevensjon, seksualopplysning og hjelp i abortsaker 1977-86. Varamedlem Fylkesnemda i Hordaland 1977-85. Skolelege fra 1974. Tilsynslege sykehjem fra 1984. Spesielt opptatt av spørsmål vedrørende primærhelsetjenesten i vid forstand, familieplanlegging, eldreomsorg, video-filming, reiser, hagebruk, kokekunst.

Marit Bjartveit Krüger



F. 1952. Cand.med. Trondheim 1979. Turnus Ringerike sykehus, Brønnøysund. Distriktlege Hammerfest 1981-85. Helsejef Sørøysund 1983-85. Kommunelege II-vikar Levanger 1986. Allmennpraktiker Dnlf. P.t. Psyk. avd., Innherred sykehus. Styremedlem Norsk psykiatrisk forening fra okt-87. Interesser: forebyggende helsearbeid, kommunikasjon, forskning, administrasjon, farmakologi. Ser i øyeblikket kombinasjonen psykiatri/allmennpraksis som en god løsning.

Beate Lupton



F. 1947, cand.med. Sveits/Oslo 1973. Turnus i Mosjøen/Honningsvåg. Ble Finnmarks-frelst, og har vært distriktlege/kommunelege I i Båtsfjord siden 1974. MSc i Community Medicine Skottland 1982 - av den grunn spesialist i samfunnsmedisin på overgangsregler. Svært interessert i helsepolitikk, off. helsearbeid og allmennmedisin. Styremedlem OLL. Har sittet i kommunestyret i 12 år. Gift med Neill (fornorsket skotte), 4 barn 0-15 år - klarer stort sett å fylle dagen.

Anne Kathrine Nore



F. 1949, Asker. Cand.med. Oslo 1979. Turnus Narvik, Sør-Varanger. Distriktlege Sør-Varanger 82-86. Allmennpraktikerstipend 3 mndr 1986. Bydelslege Sandaker fra 86. P.t. sykehustjeneste (geriatrisk rehabilitering). Hovedinteresser av faglig art: forebyggende arbeid i området prevensjon/sexologi, allmennmedisinsk teori/ideologi.

Anne Wyller Shetelig



F. 1946. Cand.med. Oslo 1971. Med.avd. Regionsykehuset i Trondheim 1973-76, amanuensis i indremedisin 1976-79, distriktslege II i Klæbu fra 1979. Opptatt av og tidvis frustrert over kombinasjonsdoktores skjebne og muligheter i kommunehelsetjenesten, spesielt innen forebyggende arbeid blant barn og unge. Glad i å administrere og tror på tverrfaglig samarbeid. Liker allmennpraksis, men tynges av "omnipotensen" samt kravet om tilgjengelighet, og har behov for praksispauser i perioder. "Håndballfrelst" og glødede i lokalt idrettslag som trener, B-lagsspiller, basar- og bingoleder.

Karin Skallsjø



F. i Malmø 1942. Interiørarkitekt 1965, fysioterapeut 1967, cand.med. (Oslo) 1976. Allmennpraktiker i Markveien Legesenter, Oslo, fra 1980. Interessert i hyperbar medisin, har vært dykkerlege på marinbiologisk ekspedisjon til Panama. Tegner, maler og fotograferer, og har holdt flere utstillinger. Har funnet opp Trombo-Tråkk, et apparat for tromboseprofylakse. Rehabiliterer sitt gamle hus på Rodeløkka, og har nettopp skaffet seg sveiseapparat for å lage smijemssaker. Illustratør i Utposten.

Inger Marie Steinholt



Allmennpraktiserende lege i privat gruppepraksis i Kongsberg fra 78. Tidl. allmennpraksis Mortensnes helse- og sosialsenter, Tromsø (76-78). Dessuten erfaring fra helsestasjons-, skolelege-, bedriftslege- og prevensjonsarbeid. Interessert i allmennmedisinsk faglig standard, å få til toveis kommunikasjon med spesialister, kvinneforskning, og nysgjerrig på paramedisinsk virksomhet. Dessuten musikk (Dylan!), jogging, skjønnlitteratur, strikking, og alt som er godt.

WORLD HEALTH ORGANISATION/EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH WORKSHOP "FROM CHAOS TO CLARITY"

A Course on Research Methodology for Primary Health Care Workers
Villa San Sermo, Vicenza, Italy

25. Sept. - 1. Oct. 1988

Kurset er beregnet på personell i den primære helse- og sosiale tjeneste, som ønsker en innføring i allmennmedisinsk forskning. Det blir et internatkurs. Kursavgift inkl. opphold og alle måltider vil bli ca \$ 300. Ytterligere informasjon kan fåes fra:

Dag Bruusgaard, Institutt for allmennmedisin, Fredrik Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Telefon: 02/559210

UTPOSTENS ESSAY- KONKURRANSE 1988

Konkurranseregler:

For fjerde gang inviteres Utpostens lesere til å være med i konkurransen om Essay-prisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4-ark og bare på den ene siden av arket. Bruk dobbelt linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør være minst 10 manussider, men ikke mer enn 15 manussider. Bruk Vancouver-reglene ved bruk av litteraturreferanser. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening

beskriver Vancouver-reglene i sin manuskriptveiledning. Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Anonymisering:

Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen. Forfatterens navn skal derfor ikke framgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet, og vedlagt manuskriptet skal det følge en lukket konvolutt. Konvolutten merkes utvendig med manuskriptets tittel, og inni konvolutten ligger opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer.

Tidsfrist:

Manuskriptene sendes til Utposten, 5890 Lærdal og skal være redaksjonen i hende innen 20. august 1988.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av allmennpraktiker Eli Berg, professor Per Fugelli, redaktør Magne Nylenna og allmennpraktiker Inger Marie Steinholt.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) blir tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1988 kan rettes til Utposten, 5890 Lærdal.

SORBANGIL®

SORBANGIL «KabiVitrum»

Nitropreparat

Tabletter: 5 mg og 20 mg.

Hver tablett inneh.: Isosorbidi dinitras 5 mg resp. 20 mg, const. q.s.

Egenskaper: Klassifisering: Organisk nitratester med virkning på brystmerter forårsaket av koronar hjertesykdom. Sannsynlig virkningsmekanisme: Sulfhydrylgrupper i den glatte muskulaturs «nitratreseptorer» reduserer organiske nitratestere, og dette gir relaksasjon av glatt muskulatur. Den tonusnedsettende effekten reduserer således den venøse tilbakestrømmingen til hjertet og hjertets arbeid minskes. Dette bedrer det misforhold som foreligger mellom hjertets oksygen-behov og -tilførsel. Dermed reduseres eller forsvinner anginoide smerter. Hjertets arbeid under svikt blir mer effektivt når fylningstrykket minsker. Ved oppstartning av behandlingen senkes også det arterielle trykk. Effekten er forbigående og gir liten vedvarende reduksjon av det arterielle trykk. Absorpsjon: Effekten har en durasjon på opptil 6 timer og inntreffer like hurtig som etter tilførsel av nitroglycerin, dersom man tygger tablettene. Tablettene er utformet som tyggetabletter med hurtig og sikker effekt ved kupering av angina pectoris-anfall. Ved profylaktisk bruk skal tablettene svelges hele. Metabolisme: Denitreres raskt ved hjelp av glutathion – organisk nitrat reduktase – i lever. Utskillelse: Hovedsaklig i urin av de aktive metabolittene.

Indikasjoner: Angina pectoris. Hjertesvikt.

Kontraindikasjoner: Hypotensjon. Alvorlig anemi. Øket intrakranielt trykk. Nitratintoleranse. Cerebral arteriosklerose.

Bivirkninger: Blodtrykksfall, «flushing» og hodepine minsker vanligvis etter få dagers bruk eller etter dosereduksjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises hos pasienter med mekanisk obstruksjon av blodstrømmen, spesielt ved aorta- eller subaortastenose. Pasienter med akutt sviktende høyre ventrikel kan få kraftig blodtrykksfall av nitrater. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier også forsiktighet ved trangvinklet glaukom. Både start og seponering av behandling med høyere doser bør skje langsomt.

Kortvarig nedsatt effekt/toleranse kan utvikles grunnet forbruk av sulfhydrylgrupper i nitratreseptorene f.eks. ved hyppig eller høy dosering.

Interaksjoner: Nitropreparat i kombinasjon med alkohol kan gi utilsiktet hypotensjon som følge av vasodilatasjon.

Barbituratmedikasjon kan øke metaboliseringshastigheten pga. enzyminduksjon. Metaboliseringen er glutathionavhengig – og inntak av større mengder organisk nitrat kan tømme leverens glutathionlagre og derved forsinke inaktiveringen i betydelig grad.

Dosering: *Angina pectoris:* Individuell. Profylakse 5–30 mg 3–4 ganger daglig i forbindelse med måltid. Tablettene svelges hele. Kupering av anfall: 5–10 mg (tablettene tygges istykker og beholdes i munnen). *Hjertesvikt:* Individuell. Vanligvis 30–40 mg 3–4 ganger daglig. Tablettene svelges hele. Høyere dosering kan av og til være nødvendig for å oppnå ønsket effekt. For å unngå nitrohodepine kan det være nødvendig å begynne med noe lavere startdose og siden øke dosen gradvis til ønsket effekt.

Pakninger og priser: 5 mg 100 tabl. kr. 34,90

250 tabl. kr. 64,40

20 mg 100 tabl. kr. 123,70

250 tabl. kr. 256,50

6/87

KabiVitrum

Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01



SORBANGIL

ISOSORBIDDINTRAT

HORNBERG & OTTERLEIF AS

HJERTESVIKT



20-40mg x 3-4

Høyere dose kan være nødvendig
for å oppnå ønsket effekt

For ytterligere opplysninger
se felleskatalogen

KabiVitrum



PASIENTINFORMASJON I ALLMENNPRAKSIS

Gjennom massemedia får vi stadig inntrykk av at pasienter får lite informasjon fra helsepersonell ved legebesøk eller sykehus-innleggelse. Formålet med denne undersøkelsen var å studere hvordan pasientene oppfatter informasjonen de mottar i forbindelse med konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger.

- Hvilken informasjon mottas og hvilke personellgrupper er engasjert?

- Betyr den avsatte tid til informasjon noe?

- Blir det brukt pedagogiske hjelpemidler og i så fall betyr dette noe?

- Kan det beskrives kjennetegn på pasientgrupper som er særlig tilbøyelig til å oppleve informasjon som mangelfull?

METODE

Undersøkelsen foregikk i tidsrommet mars-april 1977 hos i alt 2 distriktsleger og 4 privatpraktiserende leger, hvorav 4 arbeidet i legesentra og 2 var solopraktiserende leger/distriktsleger. Samtlige leger fikk 20 spørreskjemaer hver som skulle utfylles av pasienter etter at de var ferdige med konsultasjonen og skulle forlate legekantoret. Kontorsøster skulle gi pasienten skjemaet. Dette skulle skje fortløpende slik at alle skjemaene ble delt ut i løpet av en arbeidsdag. Legen skulle ikke vite hvilken dag dette skjedde. Når pasienten hadde fylt ut skjemaet, skulle det leveres i ekspedisjonen i lukket konvolutt før pasienten forlot kontoret. Etter muntlig utsagn fra de deltagende kontorsøstre nektet ingen pasienter. De legene som deltok kunne senere bekref-

te at ingen av dem visste om at undersøkelsen foregikk før den var avsluttet.

Barn under 12 år og voksne med sterkt nedsatt cerebral funksjon ble unntatt fra undersøkelsen (hvor mange dette gjaldt ble dessverre ikke registrert). De deltagende leger var alle menn mellom 32 og 38 år.

Når en valgte å benytte et spørreskjema, henger dette sammen med at en fant intervjueteknikk for tidkrevende. Ved å la pasienten fylle ut skjemaet like etter konsultasjonen, trodde man at man ville oppnå høyest svarprosent.

Spørreskjemaet besto av i alt 20 spørsmål som blant annet omfattet opplysninger om type konsultasjon, informasjon om årsak til plage/sykdommer og undersøkelser, medikamenter, bruk av disse og bivirkninger. Forståelse, anvendt tid til informasjon, og bruk av pedagogiske hjelpemidler, samt hvem av helsepersonalet som ga informasjon.

MATERIALE.

Av i alt 113 returnerte skjemaer måtte 3 forkastes da de ikke inneholdt opplysninger om kjønn. Totalmaterialet består

derfor av besvarelsene fra 110 pasienter som vist i tab.1.

Kvinner dominerer materialet og spesielt aldersgruppen 20-49 år, som utgjør 44% av totalmaterialet. En videre oppsplitting av denne aldersgruppen viste at kvinner 19-25 år utgjorde halvparten av denne gruppen.

RESULTATER

Besøk hos legen

For 28% av pasientene var dette første besøk hos legen for den aktuelle plage, og for 56% var det en kontroll etter tidligere besøk. På spørsmål om legen "fant noe galt ved undersøkelsen", svarte 20% ja, 11% visste ikke og 60% oppga at legen ikke hadde påvist "noe galt".

Opplysning om årsaken til pasientens plager

Nærmere 72% svarte "de hadde fått vite årsaken til deres plager og resultater av undersøkelsen". 16% mente de ikke hadde fått vite dette. Denne gruppen økte med stigende alder, slik at det gjaldt hver annen mann i aldersgruppen 50 til 70 år, og 2/3 av kvinnene over 70 år.

TABELL 1.

PERSONER SOM DELTOK I UNDERSØKELSEN FORDELT PÅ ALDER OG KJØNN

ALDERSGRUPPE	KVINNER	MENN	SUM
0-19 ÅR	7	1	8
20-49 ÅR	48	18	66
50-69 ÅR	13	18	31
69 +	3	2	5
TOTAL	71	39	110

Bruk av medikamenter

Tab. 2 viser en oversikt over de som svarte "ja" på spørsmålet "Skal De bruke medisiner?".

Medikamentforskrivningen var størst til kvinner. Samtlige kvinner over 50 år oppga at de hadde fått utskrevet medisiner. Av de som skulle bruke medikamenter, svarte 94% at de fikk vite hvilke medisiner de skulle ta og 90% hadde fått informasjon om hvorfor medisinen skulle tas. Mange, 48% svarte at de ikke hadde fått vite noe om hvilke bivirkninger medisinen kunne ha. Både når det gjelder manglende informasjon om type medisin, bruk av denne og bivirkninger, økte dette med stigende alder for begge kjønn.

TABELL 2.

PERSONER SOM BRUKTE/SKULLE BRUKE MEDISINER

ALDERSGRUPPE	KVINNER	MENN	SUM
0-19 ÅR	2	1	3
20-49 ÅR	19	11	30
50-69 ÅR	13	12	25
69 +	3	1	4
TOTAL	37	25	62

Forsto pasienten opplysningene?

86% av pasientene svarte at opplysningene angående deres plager var gitt dem på en forståelig måte. Ingen mente det ble brukt for mange medisinske faguttrykk og 81% syntes det var avsatt nok tid til opplysningene. Blant de 6 av pasientene som mente at opplysningene om sykdommen ikke var forståelig nok, hadde 4 pasienter ikke fått vite årsaken til plagene, videre hadde de ikke fått tilstrekkelig informasjon om bruken av medikamentene, og generelt var det gitt for liten tid til opplysningene.

15% mente det ble gitt for liten tid til opplysningene. Dette var økende med stigende alder, spesielt blant menn. Blant de som mente det ble gitt for liten tid til opplysningene, var det 40% som ikke hadde fått vite årsaken til plagene.

Ønsket pasientene flere opplysninger om plagene?

30% av pasientene hadde ønsket at det ble gitt flere opplysninger, spesielt var dette hyppigere hos kvinner i alderen 20 til 49 år, 40%.

Ønsket om flere opplysninger var noe større i gruppen der legen fant noe galt enn der det ikke ble påvist noe. 40% hadde ikke fått vite årsaken til sykdommen/plagene. Omfanget av medikamentbruk og av informasjon om medikamentbruken var det samme både hos de som ønsket og de som ikke ønsket flere opplysninger. Det samme gjaldt forståelsen av opplysningene. 44% av de som ønsket flere opplysninger mente det var gitt for liten tid til opplysningene.

Hvem skulle gi opplysningene?

På spørsmålet hvem burde gi opplysningene, hadde 81 pasienter krysset av

for legen på spørreskjemaet, 10 for sykepleieren og 2 for legesekretæren. Noen pasienter hadde krysset av dobbelt og enkelte hadde ikke besvart dette spørsmålet.

Bruk av audiovisuelle hjelpemidler

12% av pasientene oppga at det ble brukt bilder, tegninger og lignende som ledd i informasjon fra legen for å forklare deres tilstand. Kvinner oppga oftere enn menn at slike hjelpemidler var brukt. Kun hos 2 av de ialt 13 pasienter dette gjaldt, ble det funnet noe galt ved undersøkelsen. Pasientens evne til å oppfatte årsaken til sykdommen/plagene, medikamentenes bruk og anvendelse, var ikke mindre i denne gruppen enn blant de som ble informert ved hjelp av slike hjelpemidler. Det samme gjaldt forståelsen av informasjon og ønske om flere opplysninger om sykdommen. 25% av alle pasientene mente det ville være lettere å forstå informasjonene hvis det ble brukt bilder

og figurer - langt flere av kvinnene (1/3) enn av mennene (1/6).

Bruk av andre hjelpemidler

19% hadde fått skriftlig veiledning, brosjyrer og/eller ble henvist til bestemte bøker som inneholdt opplysninger om deres sykdom. I denne gruppen hadde flere fått vite årsaken til plagene, 83% Det var færre i denne gruppen som skulle bruke medikamenter, 37%, enn gjennomsnittet. Av disse hadde samtlige fått vite hvorfor og hvordan medisinene skulle tas. Forståelsen av informasjonen var den samme, noen flere ønsket mer tid til opplysningene, 20%, og 43% ønsket at flere opplysninger hadde blitt gitt. Det var flere kvinner enn menn i denne gruppen, spesielt yngre kvinner, 1 av 2. 36% av alle pasientene ønsket at det ble gitt skriftlig veiledning, brosjyrer eller henvisning til bøker. I denne gruppen mente færre at de hadde fått vite om bi-virkningene som medikamentet hadde, og flere syntes også at det var gitt for liten tid til opplysningene, 21% mot gjennomsnittet 7%.

Avtalt legekonsultasjon

For 60% var det avtalt ny legekonsultasjon, 52% av pasientene hadde ny avtale.

DISKUSJON

Undersøkelsen bygger på besvarte spørreskjema. Pasientene gir uttrykk for hvordan de oppfatter informasjon. Man kan ikke si noe om hvilke informasjoner som ble gitt. Pasientenes motiver for legebesøk er forskjellige, likeledes de undersøkelser og behandlingsopplegg som er følgen av disse.

Materialet er forholdsvis lite og preges av tildels sterk kvinnedominans sammenlignet med tidligere studier (1,4). Dersom man tar hensyn til at samtlige leger som deltok i undersøkelsen praktiserer i drabantbyområder eller distrikter like nær Trondheim, er det nærliggende å tro at for mange av de unge kvinners vedkommende dreier det seg om svangerskapskontroller. Dette er også vist i en tidligere studie (9).

Svarprosenten i undersøkelsen er høy. I gjennomsnitt var ca. 5% av spørsmålene ubesvart. Ingen spørsmål pekte seg

ut med lav besvarelse. Dette tyder på at spørsmålene i seg selv var forståelige.

Det valgte tidspunkt like etter konsultasjon, kan ha gitt utslag i "happiness" over at alt var i orden ved undersøkelsen, likeledes følelsen av takknemlighetsgjeld og lojalitet til legen og ha forskjøvet resultatet i falsk positiv retning. Muligheten for det motsatte er selvsagt også tilstede. Noe overraskende finner man at kun 26% av pasientene anga at det ble funnet noe galt ved undersøkelsen. I relasjon til at 56% av pasientene var til kontroll etter tidligere konsultasjoner, er vel dette naturlig.

"Hva feiler det meg?" er for de fleste pasienter et meget sentralt spørsmål, kan hende det viktigste. At 16% av pasientene ikke hadde fått vite dette og at 6% ikke visste om de hadde fått vite dette, virker mye, spesielt når en tar med at 6% ikke besvarte spørsmålet. I andre studier (7,6) har man også sett det samme. At pasientene ikke er informert om diagnosen er ofte den viktigste innvending mot informasjonen som gis.

Studier av medikamentforskrivning i allmennpraksis (5) i vårt land har tidligere vist at kvinner bruker mer medisiner enn menn. Noe oppsiktsvekkende i denne undersøkelsen finner man likevel at samtlige kvinner over 50 år skulle ta medisin. Pasientene hadde i høy grad fått informasjon om bruksanvisning og bruksområde, og dette står noe i kontrast til det faktum at halvparten av pasientene ikke hadde fått noen opplysninger om eventuelle bivirkninger eller medisinene har/kunne ha. Dette er et spørsmål de fleste pasienter også i andre studier (2) ønsker å få besvart. Dersom man listet opp samtlige bivirkninger fra Felleskatalogen, ville sannsynligvis ingen våge å ta medisinene kan man innvende, men et realistisk opplysningsnivå er likevel å gi beskjed om de bivirkninger som vanligvis inntreffer. 25-60% av pasientene i utenlandske studier tar ikke medikamentene som forskrevet (3). Det er mulig at et fornuftig informasjonsarbeid kan gi pasientene bedre og varige motiver i så måte.

En stor andel av pasientene mente at opplysningene var gitt på en forståelig måte. Dette er en subjektiv oppfatning og sier egentlig ikke hva pasientene oppfatter. Det er interessant at ingen pasienter syntes det ble brukt for mange

medisinske fag-uttrykk. Dette kan tyde på at disse primærlegene talte et folkelig språk.

En hører og leser ofte at pasienter klager over at de får for lite tid hos legen. At kun 15% av pasientene i denne undersøkelsen ga uttrykk for dette, er overraskende og gledelig. Legen er fortsatt den i pasientens øyne som bør gi informasjonen. Dette sier vel mer om pasientens forventninger til legestanden enn hvem som kvalitetsmessig ville egne seg best. Likevel er det verd å minne om at ordet doktor egentlig betyr lærer, og at vi sannsynligvis vil kunne henvende oss til lydhøre, motiverte elever. Undersøkelsen viser at bilder og tegninger relativt sjelden blir brukt som hjelpemiddel ved informasjon. Man fikk videre ingen holdepunkter for at bruk av sådanne midler kunne bedre forholdet og forståelsen av opplysningene. Denne typen materiell ble brukt oftere hos kvinnelige pasienter, og de var også mer positivt innstilt til dette enn mennene.

Brosjyrer og skriftlig veiledning mottok hver 5. pasient i undersøkelsen. Samtlige i denne gruppen som skulle bruke medisiner oppga å ha fått opplysningene om medikamentets virkemåte og bruksanvisning. Tidligere studier (8) har kunnet påvise at skriftlig informasjon har kunnet øke compliance til medisiner ved for eksempel kortere antibiotika-kurer.

En stor del av pasientene skulle komme tilbake til kontroll hos legen, og det er vel sannsynlig at de ved senere besøk også fikk ytterligere informasjon. De fleste hadde også fått time til kontroll.

KONKLUSJON

I store trekk synes pasientene å være fornøyd med informasjonen de får ved besøk hos den allmennpraktiserende lege. Den avsatte tid til informasjon er tilfredsstillende og språket som brukes inneholder ikke for mange medisinske faguttrykk. Trolig kan undersøkelsen vise at om noe positivt skal gjøres, må det være å gi mer opplysning om vanligvis ventede bivirkninger og generelt gi mer tid og oppmerksomhet til eldre pasienter.

LITTERATUR

1. Bentsen, B.G: *Illness and General Practice*. Universitetsforlaget, 1970 og 1986.
2. Eklund, L. et al: *Hypertonikers ønskemål om lakemedelsinformasjon*. Nordisk Medisin, 1976, vol. 91, nr.4, s. 113-115.
3. Fitzgerald, J.D: *The influence of the medication on compliance with therapeutic regimes*. Sachet and R. Brian Heynes edition. The Johns Hopkins University Press. Baltimore & London 1974.
4. Fugelli P: *Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst*. Universitetsforlaget, 1978.
5. Fugelli, P: *Bruk av legmidler på Værøy og Røst*. Universitetsforlaget, 1978.
6. Francis, V. et al: *Gaps in Doctor-Patient communication*. New England Journal of Medicine, 1969, vol.280, nr.10, 535-540.
7. Hellestrøm, K. & Leid, B: *Vad vet pasienter om sine sjukdomar og deras medikamentella behandling*. Lakartidningen, 1976, vol. 73, nr.11, 968-970.
8. Morris, L.A: *Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: A literature review*. American Journal of Public Health, 1979, vol. 69, nr.1, 47-52.
9. Øgar, B: *Pasienter i norsk allmennpraksis*. Universitetsforlaget, 1977.

**Allmennpraktiker DNLF
Aage Bjertnæs
Risvolla legesenter,
7000 Trondheim**

ARBEIDSSEMINARET ALLMENNEMEDISINSK KVINNEFORSKNING - FRA IDE TIL PROSJEKT

**Kommunelege Helle Jørstad
Gotteberg
Holmen legekontor, postboks
253, 6101 Volda.**

Seminarer fant sted under kalde, vakre vinterdager på Soria Mória i tiden 3. - 5. desember 1987. Deltakere, forelesere og ressurspersoner ble ønsket velkommen til en verdenshistorisk begivenhet, nemlig det første seminarer i allmennmedisinsk kvinneforskning.

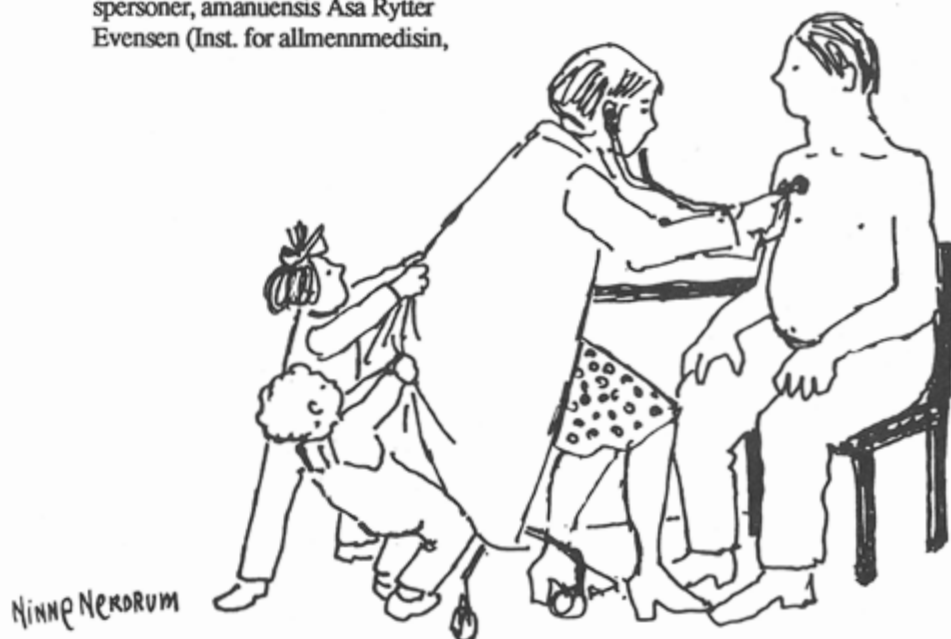
Det var knyttet mye spenning og forventning til seminarer, forventninger som til fulle ble innfridd. Planleggerne medisinalråd Anne Alvik (Helsedirektoratet/Styringsgruppen NAVF Program for allmennmedisinsk forskning), førsteamanuensis Kirsti Malterud

(Inst. for allmennmedisin, Bergen), daglig leder Aina Schjøtz (NAVF's sekretariat for kvinneforskning og kvinner i forskning) og forsker Kitty Strand (Inst. for forebyggende medisin, Oslo) skal ha all ære av et vellykket seminar. Seminarer var arrangert av NAVF's sekretariat for kvinneforskning og kvinner i forskning i samarbeid med NAVF Program for allmennmedisinsk forskning.

Deltakere var kvinner tilknyttet allmennmedisin, de fleste allmennpraktikere. En deltaker var jordmor. Alle hadde konkrete prosjektideer, og noen var allerede godt igang med et prosjekt. På seminarer deltok en stor andel ressurspersoner, amanuensis Åsa Rytter Evensen (Inst. for allmennmedisin,

Oslo), prof. Ragnhild Husby (Inst. for samfunnsmedisin, Tromsø) og førsteamanuensis Hanne Haavind (Psykologisk inst., Oslo). De deltok aktivt under seminarer og bidro til å øke det faglige utbyttet for den enkelte.

Etter åpningen av seminarer gav hver og en av deltakere, forelesere og ressurspersoner en grundig presentasjon av seg selv og sine ideer. Dette skapte fortgang i prosessen med å bli kjent, og både gruppearbeid og plenumsdiskusjoner kom lett igang. Seminarer var inndelt i forelesninger og gruppearbeid, og det var avsatt rikelig tid til diskusjon, noe som snart skulle vise seg å være en fornuftig disposisjon av tiden.



Ninne Nerdrum

I forelesningsform ble prosedyren fra ide til prosjekt gjennomgått. Kirsti Malterud startet med "Din egen problemstilling", om betydningen av å klargjøre og avgrense denne, samtidig som man tar vare på den opprinnelige ideen. Hanne Håvind fortsatte med "Redskaper og veivalg - om betydningen av å velge metode som egner seg til å besvare de spørsmål som følger av den problemstillingen du vil utforske". Ragnhild Husby tok opp ulike problemstillinger knyttet til veiledning, og Kitty Strand snakket om utforming av protokoll. Åsa Rytter Evensen og Aina Schiøtz belyste problemer med å rydde tid og skaffe penger til å drive med forskning i allmennpraksis.

Som eksempler på gjennomførte prosjekter utført av kvinnelige leger i allmennpraksis presenterte Ellen Myraker og undertegnede sine prosjekter med vekt på ide, avgrensning, praktisk gjennomføring og erfaringer underveis.

Det var avsatt mye tid til gruppearbeid, der arbeidsoppgavene tok utgangspunkt i den enkelte deltakers prosjekt. Ressurspersonene deltok i gruppearbeidet, og mange av deltakerne fikk med seg nyttige og nødvendige råd til det videre prosjektarbeidet.

Gjennomgående for deltakerne var ønske om og behov for å beholde kontakten med den kliniske hverdag. Det var også her prosjektideene hadde sitt utspring. Deltakerne var spredt bostatt, hvorav flere i kommuner beliggende langt fra et universitets- og forskningsmiljø. Behovet for å komme sammen med andre forskningsinteresserte kvinner innen allmennmedisin er stort, spesielt gjelder det de av oss som bor perifert. Det kontaktnettet som er i ferd med å etablere seg mellom kvinner med forskningsinteresse innen medisinsk kvinneforskning oppleves som særdeles verdifullt med plass både for veilettede forskere og allmennpraktikeren med en ide. Det er rom for å utvide nettet.

Seminaret gav økt kunnskap om selve forskningsprosessen og ny inspirasjon til å gå videre med en ide eller et prosjekt. Behovet for et oppfølgingsseminar har allerede meldt seg. Vi ser fram til dette. Takk til dere som gjorde seminaret til en realitet.

TRINORDIOL®

gir en meget god cycluskontroll (1,2)
gir minimal vektendring (2,3)
gir liten påvirkning på metabolismen (4,5)

TRINORDIOL «KabiVitrum»
Antikonsepsjonsmiddel.

ATC nr. G 03 A B 03

Tabletter: Hver brun tablett inneholdt: Levonorgestrel 50 µg, ethinyløstradiol 30 µg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver liten hvit tablett inneholdt:** Levonorgestrel 75 µg, ethinyløstradiol 40 µg, const. q.s. Hver gul tablett inneholdt: Levonorgestrel 125 µg, ethinyløstradiol 30 µg. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver stor hvit tablett inneholdt:** Const. q.s. (placebo).

Egenskaper: Klassifisering: Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjons p-pille. Redusert total hormondose gjennom cyclustilpasset hormontilførsel. **Bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert.** God cycluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. **Pearl indeks 0.03, inklusive pasientfeil 0,21.**

Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. Endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. **Absorpsjon:** Hurtig absorpsjon med maksimal serumkonsentrasjon, levonorgestrel: 1 til 2 timer, ethinyløstradiol: Ca. 1 time etter inngitt.

Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 24 timer, ethinyløstradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Både ethinyløstradiol og levonorgestrel metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Overgang i morsmelk: Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Kontraindikasjoner: Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Organisk hjertefeil. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson-syndrom, Rotorsyndrom, graviditetsikterus i anamnesen. Verifisert eller mistenkt cancer mammae eller østrogenavhengige tumorer. Udiagnostisert genital blødning. Graviditet, hypertensjon, sigdcelleanemi, porfyri. Herpes gestationis i anamnesen. Forverring av otosklerose under tidligere p-pillebruk eller graviditet. Hyperlipoproteinemi.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Blådningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, depresjon og synsforstyrrelser. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi). Forandringene kan ytre seg som akutte buksmerter eller tegn på intraabdominell blødning.

Forsiktighetsregler: Før behandling institueres foretas grundig generell og gynekologisk undersøkelse inklusive mammaeundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kontrollen gjentas regelmessig. Cytologiske prøver tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år.

Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes ved tegn på ikterus.

Hvis mulig seponeres 14 dager før kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt trombose-risiko. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke stabilisert cyclus, samt kvinner med oligomenore eller sekundær amenore bør helst anvende annen for prevensjon. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning to på hverandre følgende cykler skal graviditetstestet utføres. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon brukes i tillegg til den av cyklus. Effekten kan reduseres ved oppkast og diare. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: (I:6 e, I:68 e antikonsepsjonsmidler).

Dosering: 21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntrener en menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding). Med dette doseringsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablett.

28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag. Den første tablett tas fra rødt felt utfor den aktuelle uke. De følgende tabletter tas i pilenes retning på samme tidspunkt hver dag inntil alle tablette er oppbrukt.

De første 14 dagene av 1. behandlingscyclus skal man supplere med annet, ikke-hormonelt antikonsepsjonsmiddel. Fortsett behandling: Man går direkte over på neste brett og begynner på nytt i det røde feltet (på samme uke) som man startet opp med det første brettet). Behandlingen fortsetter således kontinuerlig også under den menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding) som vanligvis vil inntre mens man tar tablettene i rødt felt. Da den siste tablett med hormoner alltid vil komme på en fredag vil den påfølgende helg som regel være blødningsfri.

Pakninger og priser:

3 x 21 tabl.	70,00	3 x 28 tabl.	70,00
6 x 21 tabl.	134,60	6 x 28 tabl.	134,60
13 x 21 tabl.	269,40	13 x 28 tabl.	269,40

1. Upton G.V.: Int. J. Fertil 28: 121-140 (1983).
2. Ulstein M. et al.: Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 63: 233-236 (1984).
3. Cullberg G. et al.: Contraception 26 (3): 229-243 (1982).
4. Fotherby K.: Contraception 31 (4): 367-394 (1985).
5. Skouby S. O. et al.: Am. J. Obstet. Gynecol. 153 (6): 495-500 (1985).

Bruksanvisning følger hver pakning.

KabiVitrum



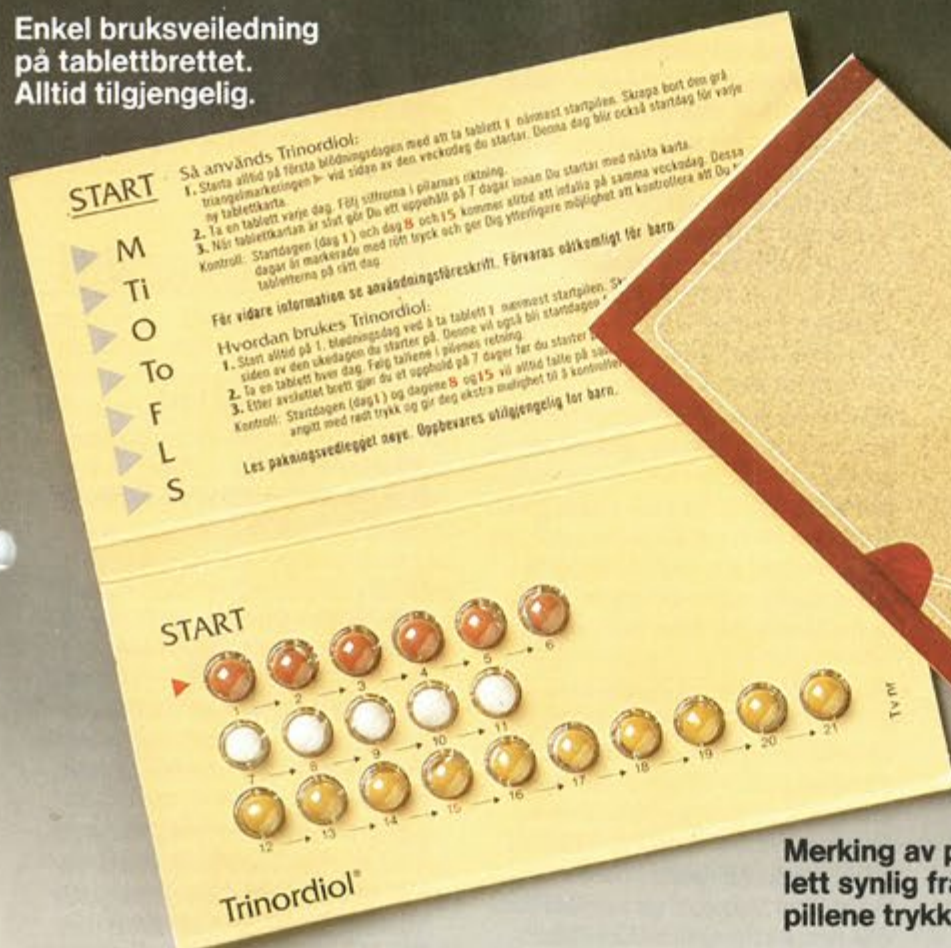
Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01.



TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

Enkel bruksveiledning
på tabletbrettet.
Alltid tilgjengelig.



Foldepakning:
beskytter pillene.
Diskret pakning.

Merking av pillene er
lett synlig fra den siden
pillene trykkes ut.

Enkel bruksveiledning på brettet sikrer riktig bruk av p-pillen

KabiVitrum



BOKANMELDELSER

KREFTDIAGNOSTISK HÅNDBOK FOR ALLMENNPRAKSIS

Knut Arne Holtedahl:

Kreftdiagnostisk håndbok for allmennpraksis. Tano 1987. 100 sider. anmeldt av:

Kjell Haug

Inst. for allmennmedisin, Ulriksdal 8C, 5009 Bergen

Utredning og kontroll av kreft har hatt en sentral plass i allmennmedisinsk fagutvikling i de senere år. Vi har hatt korttidsstipend for allmennpraktikere ved onkologiske sentra, en rekke kurs om kreft i allmennpraksis og en egen arbeidsgruppe (Kreft-allmennpraktikergruppen). Det er også publisert en bok om kreft i allmennpraksis og en metodebok om utredning og kontroll av kreft i løpet av de siste årene (1,2).

Kreft er en sjelden sykdom i allmennpraksis. De fleste allmennpraktikere ser bare 5-10 nye tilfeller hvert år og for de enkelte organsystemer kan det gå flere år mellom hver gang vi ser et nytt tilfelle. Dette kan derfor virke som en noe underlig prioritering i et klinisk fag som har et stort behov for systematisert fagutvikling. Denne tilsynelatende mangel på sammenheng mellom hyppighet og faglig interesse har sin forklaring i at vi som leger tenker på kreft langt hyppigere enn det som de epidemiologiske data skulle tilsi.

Hvordan hadde vår måte å tenke på endret seg om kreft ikke fantes eller om vi hadde enkle og effektive behandlingstilbud til alle kreftpasienter? Det ville hatt store konsekvenser for vår hverdag som klinikere. Ikke fordi vi ville hatt færre pasienter eller mindre å gjøre. Men vi ville nærme oss de diffuse og uklare sykdomstilstandene på en helt annen måte uten frykt for å overse en mulig fatal lidelse. Hvor mange pasienter sender vi ikke til røntgen og endoskopi hvert år for å utelukke en malig lidelse? Hvor

mange pasienter med psykososiale problemer blir behandlet som somatiske pasienter fordi vi "først må utelukke at pasienten ikke har kreft". Det ligger enorme utgifter og enorme muligheter for besparelser på dette området. Hvis vi skal utelukke kreft hos alle pasienter som oppsøker oss vil helsevesenet bryte sammen. Vi må akseptere og lære oss å leve med en rimelig grad av usikkerhet. Samtidig må vi bruke de ressurser vi har til disposisjon på en slik måte at det virkelig er risikopasientene vi utreder.

Det er dette problemkomplekset som er utgangspunktet for Knut Arne Holtedahls "Kreftdiagnostisk håndbok for allmennpraksis". Boka forsvarete betegnelsen håndbok. Den er meget kortfattet, til dels i stikkordform og formatet er så lite at den passer i enhver frakkelomme. Boka er oversiktlig og ordnet etter de enkelte organsystemene. Den tar derfor ikke utgangspunkt i de enkelte symptomer, noe som selvsagt hadde vært mer spennende, men samtidig en mye større faglig utfordring. For de fleste organer presenterer han kreftrelevante symptomer uten at han går inn på å beskrive de enkelte symptomers prediktive verdi. Der hvor kjente risikofaktorer foreligger er disse i noen grad nevnt. For hvert organ har han et avsnitt om diagnostiske poeng og forslag til hva allmennpraktikeren selv kan gjøre og hvilke pasienter som bør henvises.

Med sin kortfattede form sier det seg selv at boka ikke kan være heldekkende for problemområdet kreftdiagnostikk i allmennpraksis. Forfatteren har gjort sine egne utvalg og jeg synes enkelte ganger det blir vel kortfattet. Allikevel vil jeg hevde at hvis alle kolleger fulgte de råd Knut Holtedahl gir i sin lille bok, ville flere kreftpasienter få en raskere og mer adekvat utredning, samtidig som mange andre pasienter ville slippe plagsomme og kostbare undersøkelser "for å utelukke kreft".

Denne håndboka må også sees som et kjærkomment bidrag i den allmennmedisinske fagutviklingen. Vi trenger mange slike håndbøker også innen an-

dre deler av klinisk allmennmedisin. Det er viktig arbeid som blir gjort når en sammenfatter egen lesning, egne erfaringer og ikke minst egen forskning i en håndbok. Det appellerer til kritisk tenkning av egne rutiner også hos andre lesere. Nye håndbøker vil komme og vil kunne gjøres ennå bedre. Til slutt vil en kunne sammenfatte disse håndbøkene med hva som ellers er skrevet og sagt til en klinisk lærebok i allmennmedisin.

LITTERATUR:

1. Nylenna M, Gundersen S, Johannesen JV (red.). Kreft i allmennpraksis. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.
2. Haug K, Dahl O (red.). Metodebok for leger. Utredning og kontroll av kreft. Bergen/Oslo GHE-K/rapport nr. 2 1986.

GERIATRI I PRAKSIS

Knut Laake:

Geriatr i praksis.

Universitetsforlaget 1987

Anmeldt av:

Jørund Straand

Inst. for allmennmedisin, Ulriksdal 8C, 5009 Bergen

Det er ikke så altfor lenge siden at man bare tok imot pasienter yngre enn 65 på de britiske universitetssykehusene. Britene har imidlertid fått rev i seilene og geriatrifaget har nå en solid posisjon i den akademiske medisinen. Noe annet med Norge: da Universitet i Tromsø ble etablert i 1972, hadde man såvidt "oppdaget" allmennmedisinen. Geriatrifaget ble ikke tatt opp i det akademiske selskap før ganske nylig. Det kan nesten se ut som om det er en slags omvendt proporsjonalitet mellom fagets bredde og betydning, og tidspunktet for når det blir universitetsfag. I denne sammenhengen fungerer universitetene som konserverende institusjoner,

bremseklosser for fagutvikling.

Vi har de siste årene fått geriatriske avdelinger ved flere av de største sykehusene, og geriatri er blitt universitetsfag både i Oslo og i Bergen. Rett før årsskiftet kom den første norske lærebok i geriatri for leger: "Geriatrici i praksis" av Knut Laake. Han er professor ved geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus. Boka er utgitt på Universitetsforlaget i serien allmennpraktikerbiblioteket".

Og dette er virkelig en bok om geriatri i praksis. Forfatteren bekrefter det inntrykk han gir som foredragsholder: å være en generalist med både bakkekontakt og bredde i framstillingen, men som likevel vet å ta med ny viten eller stoff fra basalfagene der dette er relevant.

"Geriatrici i praksis" er oversiktlig delt inn i 9 hovedavsnitt med tilsammen 43 korte kapitler. Ta det med ro: sidetallet overskrider såvidt 200. Et stikkordregister gjør det lett å slå opp. Når det gjelder de mest vanlige medikamentene, brukes handelsnavnet. Boka bruker med andre ord samme språk som praktiseren.

Innledningsvis skriver Laake om det lagspill som må til for at tiltakskjeden overfor den gamle pasienten skal fungere. Dette fordrer en legerolle der legen ikke ser på seg selv som enerådende, men som et medlem av et tverrfaglig team der "de andre" har like mye å si som en selv. Legens holdninger overfor de gamle er helt avgjørende for det terapeutiske resultatet. Laake advarer både mot den uinteresserte legen, den autoritære legen, den infantiliserende legen som behandler pasienten som småbarn, - og den overbeskyttende legen. Forfatteren tar til orde for en demokratisk legerolle, slik vi kjenner den fra allmennmedisinsk debatt og "Aksjon publikum".

Et eget kapittel er viet den medisinske undersøkelsen av den gamle pasienten. Her går det gjennom en vanlig journal med sykehistorie og status praesens. Underveis følger små praktiske vink om forhold av spesiell betydning hos de gamle.

Før vi gir et nytt legemiddel til en gammel, bør vi tenke etter om tilstanden kan være en bivirkning av eksisterende medikasjon. Skal vi instituere eller se-

ponere? Her er "Geriatrici i praksis" en nyttig veileder og "kokebok". Boka bærer tydelig preg av forfatterens inngående kunnskap i praktisk farmakoterapi, og er gjennomsyret av matnyttige tips og "medikamentvettregler" ved de forskjellige tilstander. Stor vekt er lagt på alle de vanlige bivirkningene vi ikke oppdager, - simpelthen fordi vi ikke tenker på dem. Laake understreker betydningen av at det er en lege, fortrinnsvis allmennlegen, som bør ha totalansvaret for all medikasjonen hos den gamle pasienten.

Det slurves mye i demensdiagnostikken. I psykogeriatriciavsnittet understrekes det at man ikke kan stille diagnosen aldersdemens uten at den mentale svikt har vart i over 6 mndr. De viktigste årsakene til akutt mental svikt, konfusjon, er satt opp i en oversiktlig tabell. Depresjon underdiagnostiseres i stor grad hos gamle og kan være utløst av legemidler (Aldomet, steroider, betablokkere). Antidepressiva til demente? Forsiktig - fare for konfusjon! Start med små doser og øk langsomt opp.

Parkinson-syndromet blir ofte oversett hos den gamle og istedet feiltolket som alderbetinget skrøpeligheit. Selv små doser nevroleptika mot svimmelhet (Stemetil, Torecan, Trilafon), kvalme (Primperan) eller søvnproblemer (Vallergran) kan gi markert parkinsonisme hos følsomme individer. Var vi klar over det?

Apoplexi kan også skyldes hypotensjon, f.eks. i søvne. Laake antyder at så mye som 20% av alle hjerneslag skjer på denne måten. En av årsakene: overbehandling med antihypertensiva. Behandlingsgrensene for hypertensjon hos eldre er fremdeles omstridt. Laake gir gode retningslinjer for nedtrapping og seponering av disse medikamentene der dette er indisert. Han minner oss om at andre medikamenter også har blodtrykksenkende effekt: antidepressiva, høydosenevroleptika og antiparkinsonmidler.

Infeksjoner hos gamle er viet et eget kapittel. Av og til vil man være i tvil om pasienten er febril og medtatt p.g.a. en infeksjon i luftveiene eller i urinveiene. Da er det godt å få vite at penicillin skilles ut i urin og virker der så godt at den også tar knekken på en eventuell urinveisinfeksjon forårsaket av E. Coli. Ikke

alltid finner vi årsaken til høy SR hos en medtatt pasient. Forsøk da med en v. bramycinkur. Virker ikke dette, kan man forsøke en kortvarig steroidkur.

Jeg har her plukket ut et knippe av de råd og tips som finnes i denne boka. Det er mange fler å ta av. Boka tar sikte på å gi leseren en praktisk veileder i medisinsk eldreomsorg, - det gjør den. Jeg har bare oppdaget en uklarhet: i inkontinensavsnittet kan man få det inntrykk at også engangs stikkklaken kan skrives på blå resept. Trygden dekker bleier og andre oppsamlingsanordninger man "bærer på seg". Men altså ikke stikkklaken - ennå.

Det er mye å lære. Grunnutdannelsen hjelper oss lite, og vi må bare erkjenne at vi ikke er flinke nok. Likevel: der hvor vi har gjort våre erfaringer etter prøving og feiling, er det godt å få se på trykk at det er jo slik det skal gjøres! Laake beskriver problemene slik vi kjenner dem igjen fra praksis. Boka er en understrekning av det nære slektskapet mellom allmennmedisin og geriatri. Det er derfor ingen tilfeldighet at boka er utgitt på allmennpraktikerbiblioteket. Den er dessuten lettlest, egner seg både på lesesal, i fergekø og på nattbordet. Anbefales.

KAN HELSE MARKEDS- FØRES? ERFARINGER FRA EN HELSEMESSE

Jørn Ruud er f. 1946, og har eksamen fra Bergen 1971. Var 1 år ved Hamar sjukehus og 1 år som ass.fylkeslege i Hedmar. Fra 1975 har han vært distriktslege i Stange, og er nå kommuneoverlege samme sted. Spesielt interessert i undervisning og helseopplysning.



Vi forbauses stadig over at helsetilbudene "på kanten" lett lar seg markedsføre til en skare av akriske kjøpere. Her er det åpenbart liten plass for opplysning om manglende effekt og tvil-somme bivirkninger. Tilbudene er fantastiske, hverken mer eller mindre.

I vår profesjonelle objektivitet er vi oppdratt til nøkternhet, vi tilstreber nøytral informasjon om våre tjenester, og ingen tendensiøse plakater eller annonsetekster. Budskapet forteller at medisinen virker slik og slik, men på den annen side kan den ha utilsiktede virkninger ...

Denne drepende nøytralitet tror jeg vi også har trukket med oss inn i helseopplysningen. I tillegg kommer fort pekefingeren fykende og står dirrende under nesen til tilhøreren: Du må passe deg! Du må ikke! Selvfølgelig er Bud-

skapet så viktig at folk burde forstå å stille seg i kø, og vente tålmodig på tur hos helseopplyseren.

NY STRATEGI

Må helseopplysning være så kjedelig? Vi følte behov for å angripe utfordringen fra en annen vinkel enn den tradisjonelle.

Hva med å stille opp der hvor folk fantes, og møte dem på deres egne premisser? Vi innså at mellom de daglige drypp av velmente råd, var det også behov for skippertak som virkelig syntes et stjerneskudd som glimtet til. Ved å gå i allianse med andre som ville fremme god helse, kunne vi i praksis vise hva et utvidet helsebegrep innebar. Ikke minst kunne vi konkretisere alle de diffuse og tåkelagte ordene vi selv har problemer med å definere:

helseopplysning, livsstil, riktig ernæring, ulykkesforebyggende tiltak, profylakse.....

Kanskje kunne vi for en gangs skyld beholde pekefingeren i lomma, og si: Kom og se, her er vårt enestående tilbud til deg om en bedre helse! Håpet var at vi kunne vinne kampen om folks oppmerksomhet i informasjonsflommen, i alle fall for en stund.

HELSEMESSEN TAR FORM

Helsedager er forsøkt flere steder i landet og det entydige budskap har vært: Gå i gang, dere har intet å tape! Vi valg-

te å satse på en tradisjonell messemødel, hvor messen ble knyttet opp til et fast årlig arrangement: Stange-dagene. Helsemessen ble lagt i et sentralt fest/møte lokale, hvor disponibelt areal var 4-500 m.

Et viktig element i planleggingsfasen var samarbeid mellom kommunens helsetjeneste, organisasjonene og næringslivet. Forberedelsen ble drevet av et programutvalg med medlemmer fra Gamerhallen, Brannkassen, Trygg Trafikk, Helsestasjon og Helserrådet. Sekretariatet ble lagt til helserådet.

Finansieringen var også et spleiselag, med bidrag fra helseopplysningsmidler og næringslivet med det lokale forsikringselskap som hovedsponsor. Det ble engasjert en teknisk arrangør, som tok hånd om klargjøring av stands, plakater og reklamemateriell, logo og T-skjorter. Sett i ettertid kunne vi ikke klart oss uten denne hjelpen, især fordi alt skulle foregå innenfor en kort tidsramme.

Programutvalget selekterte aktuelle utstillere som passet med helsemessens ide og tema. Ca 45 invitasjoner ble utsendt, hvor vi tillot oss å komme med enkelte tips. Utstillerne ble bedt om å konsentrere seg om en enkelt presentasjon, evt. velge ett til to tema eller tiltak. Videre ble det foreslått at utstillingen måtte være konkret, slik at publikum kunne bruke sansene og smake, luke, se, høre eller prøve.

En seminardel var aktuell å knytte til messen, men i markedsføringens ånd, valgte vi å satse på sammensatte videoforestillinger istedet.

Et vesentlig poeng var å sørge for forhåndstale i media. Hovedoppslagene var blant annet:

- kutt hjertekøene før de skapes!
- 600 barneulykker i Stange hvert år!
- helsetjenesten i Stange på utstilling - har de for lite å gjøre?

Etter en tidkrevende (og frustrerende) innsats satt vi igjen med 2-3 avissider og en times morgensending i lokalradioen.

DET FERDIGE PRODUKT

Etter en meget hektisk innspurt i beste dugnadsånd ble helsemessen åpnet. Da var 38 utstillere, 12 organisasjoner og video-avdeling på plass. I løpet av 2 dager med 12 timers åpningstid, passerte 3.500 besøkende gjennom lokalene. I nedslagsområdet bor anslagsvis 10-12.000 mennesker. Skolene arrangerte ekskursjoner og brukte utstillingen som temaoppgave i ulike fag. På arrangørsiden stilte 200-250 personer opp, delvis på skiftordning.

For at publikum lettere skulle orientere seg, ble messen delt i 6 seksjoner.

1. "FOLKEAKSJONEN" MOT ULYKKER (6 utstillere) - f.eks.:

TRYGG TRAFIKK - Hva kan gjøres for å sikre barna i trafikken?
STANGE OG ROMEDALEN
BRANNKASSE - Hva kan du gjøre for å unngå skader? Du har vel montert røkvarsler?

2. SUNN MAT OG DRIKKE (8 utstillere) - f.eks.:

STANGE VIDEREGÅENDE SKOLE/husstellinja - Hva er sunt kosthold? Lag din egen frokostblanding!
KNUTSTAD OG HOLEN A/S - Nordmenn har fått dilla, fisk skal være grilla!

3. HJELP TIL SELVHJELP (6 utstillere) - f.eks.:

TELEVERKET - Teletekniske hjelpemidler for tale- og hørselshemmede.
STANGE APOTEK - Medisinskapet, innhold og sikring. Hjelpemidler ved urinlekkasje.

4. TRIM FOR LIVET (4 utstillere) - f.eks.:

HEDMARK IDRETTSKRETS - Idrett og helse. Opptrening av hjertepasienter.



HAMAR OG OMEGN HELSESPORTSLAG - Mosjonstilbud for funksjonshemmede.

5. HELSETJENESTEN (14 utstillere) - f.eks.:

LEGETJENESTEN - Har du for høyt blodtrykk eller kolesterol?
Kanskje du bør justere livsstilen?
SIFF - Godt drikkevann, hva er det?
HELSE- OG SOSIALUTVALGET - Hør om kommunens helseplan, og si din mening om helsetjenesten!

6. FRIVILLIGE ORGANISASJONER (12 utstillere) - f.eks.:
NORSK FORENING FOR MENTAL HELSE
ROMEDAL FRIVILLIGE SYKEPLEI-FORENING

BUDSKAPET - NÅDDE DET FRAM?

Det paradoksale i vår markedsføring av helse, var at vi ikke ønsker økt forbruk av varer og tjenester. Det vi ønsker er et redusert forbruk, og iallefall riktigere bruk av helsetjenester.

Har vi noen mulighet til å måle om befolkningen tar vare på sin helse og bruker våre tjenester fornuftig? I beste fall blir det snakk om indirekte mål: hvordan står det til med helsefremmende tiltak i kommunen?

Vårt inntrykk var at helsemessens helse på sakskartet hos folk flest. Her møtte alle grupper opp - også de som utgjør den kjente frafallsprosenten i alle forebyggende framstøt. Mange fikk øynene opp for hvor omfattende helsebegrepet er: Er det noen sammenheng mellom promillekjøring og helse, da?

Folk var begeistret over den direkte og uformelle kontakt de fikk med helsepersonellet. Vi aner at vår enetale dialog blir endret til en mer fruktbar dialog hvor helsevaner er legitimt samtaleemne. På ett område har vi vært opptatt av omsetning, nemlig i matvarebransjen. De lokale forretningene melder om en omsetningsøkning fra -86 til -87 på 30-40% for varegruppene fisk, frukt og grønnsaker. kanskje har vår allianse med fisk og grønnsaksbransjen spilt en viss rolle for denne gledelige utviklingen.

I de hektiske messedagene bredte det seg en stemning som ikke var programmert. Den gamle dugnadsånden var gjenoppstått. Helsepersonell og mange andre glødet for et felles mål, og ingen diskuterte timelister og profesjonsgrenser. Denne positive opplevelsen var alene god lønn for strevet.

**Kommunelege Jørn Ruud,
Stange helsesenter, 2310 Stange.**

LURE LØSNINGER OG FIKSE FINESSE

I denne spalten inviterer vi kolleger til å dele sine egne smarte erfaringer med andre. Vi vet at alle har sine spesialiteter, f.eks. innen praksisorganisering, timebestillingssystemer, telefonrutiner, bruk av utstyr.

Spalten kan gjerne også benyttes som kontaktformidling, hvis du har en god ide som fortjener et bredere samarbeid videre.

I så måte er spaltens urpremiere et godt eksempel på hva vi ønsker oss:

BILLIG MIKRO-DATAMASKIN PÅ LEGEKONTORET - INVITASJON TIL SAMARBEID.

Allmennpraktiker
Egil Henrik Lehmann,

Kva gjer vi, når og korleis? Spørsmålet om kvalitetskontroll i allmennpraksis er aktuelt som aldri før. For å skaffe seg grunnlagsmateriale må vi samle inn opplysningar og lage lister, oversikter, statistikk. Litt kan ein gjere for hand, men slikt arbeid har lett for å stogge avdi det tek mykje tid.

I spesialistgruppa i Haugesund gjorde vi ei registrering av forskriving av B-preparat. Vi førde lister for hand, og resultatet var ganske tankevekkande. Fleire av oss fekk hug til å halde fram med å registrere, men ein vik tilbake for arbeidet.

Nå er det oppfunne noko som heiter datamaskiner. Kan det vere hjelp å hente der?

I ei skuff på loftet mitt låg det ein liten heimecomputer av merket Commodore 64, innkjøpt til ein gymnasiast-son som nå er reist frå reiret. Kunne denne brukast?

Det kunne ho. Eg trudde dette var eit leiketøy, men det viste seg å vera ein svært brukbar mikrocomputer. Den har vist seg i stand til å fordøye eit enkelt Basic-program for resept-skriving og registrering.

Kanskje det finst kollegaer som også har ein Commodore 64 på loftet eller i stova? I så fall sender eg med glede ei ut-listing av programmet eller ein kasset.

Ved sida av sjølve datamaskinen trengst det ein skrivar til ca kr. 3000 og ein skjerm til ca kr. 1000. Med andre ord, relativt billig utstyr som kan førast rett til utgift i praksis-rekneskapen.

Det ville vere moro å samarbeide med kollegaer om å utnytte slikt utstyr.

Adressa mi er:
Kirkegt. 188, 5500 HAUGESUND
Tlf. 04-724205 eller 04-711328.

N · Y · H · E · T

Nå kan Bayer tilby en ny og raskere soppbehandling!

Arne, Datt & Kaland

Kun en applikasjon pr. dag fordi Mycospor absorberes hurtig.

ANTIMYKOTIKUM

KREM 1%: 1 g inneh.: Bifonazol 10 mg, sorb. monostear., polysorbat. 60, cetac. artific., ceto-stearyl alcohol, 2-octyldodecanol et alcohol, benzylic. q.s., aq. purif. ad 1 g.

EGENSKAPER: **Klassifisering:** Imidazolderivat til dermatologisk bruk med bredt antimykotisk virkningsspekter. Virksomt mot dermatofytter, gjær-, mugg- og andre sopparter. Ved angitt dosering har bifonazol fungicid effekt. **Virkningsmekanisme:** Bifonazol bevirker en hemming av ergosterolsyntesen, og griper inn på to forskjellige trinn. Ergosterol er en essensiell bestanddel i soppenes celledemembran. Idet tilstrekkelig høye konsentrasjoner av bifonazol i huden kan gjenfinnes mer enn 24 timer etter applikasjon, kan bifonazol doseres en gang daglig. **Absorpsjon:** Kremen penetrerer lett huden, men absorberes i meget

liten grad over i blodbanen.

INDIKASJONER: Alle dermatomykoser forårsaket av dermatofytter (Trichophyton-, Epidermophyton- og Microsporumarter), gjær- (Candida-), mugg- og andre sopparter. Ptyriasis versicolor, Erythrasma. Dermatoser med sekundærinfeksjon av sopp.

KONTRAINDIKASJONER: Overømfintlighet overfor bifonazol.

BIVIRKNINGER: Tolereres vanligvis godt. I sjeldne tilfeller kan en se hudreaksjoner.

FORSIKTIGHETSREGLER: Krem skal ikke komme i berøring med øynene.

DOSERING: Påsmøres tynt på de aktuelle hudområder en gang daglig, fortrinnsvis før sengetid, gnis godt inn. Som regel vil en liten mengde (1/2 cm fra tuben) være nok til å dekke en flate tilsvarende en håndflate. Behandlingen fortsettes selv

om de subjektive plagene forsvinner. Vanlig behandlingstid: Mykoser på kropp, hender og hudfolder: 2-3 uker. Fotmykoser, mykoser mellom tærne: 3 uker. Overflatiske candidamykoser på huden: 2-4 uker. Ptyriasis versicolor og erythrasma: 2 uker.

ANDRE OPPLYSNINGER: Av hygieniske grunner bør huden vaskes og tørres godt før behandlingen.

PAKNINGER OG PRISER: Krem: 15 g kr. 59,30.

Bayer



Olav Rutle
Slettmark 2

1341

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

2050 JESSHEIM

Nr 2 1988

INNHold:

LEDER

side 50

Kirsti Malterud

KASUISTIKK SPALTEN: SOMATISERINGSFORSTYRRELSE

side 52

Mette Brekke

"UBESTEMTE " PLAGER ETTER VIRUSINFEKSJON

side 55

Anonym pasient

ANOMALIER I KLINISK MEDISIN

side 56

Niels Lynøe

TANKER OM KJEMISKE LØSNINGER

side 60

Åsa Rytter Evensen

SMERTEFULLE FETE LEGGER

side 64

Berit Olsen

KVALITATIV ERFARING I ALLMENNPRAKSIS

side 66

Eivind Vestbø

EN FORSTÅELSE AV DET UFORSTÅELIGE

side 70

Harald Kamps

REDAKSJONSKOMITÉEN PRESENTERES

side 78

ESSAYKONKURRANSEN 1988

side 81

PASIENTINFORMASJON I ALLMENNPRAKSIS

side 84

Aage Bjertnæs

SEMINARREFERAT

side 87

Helle J. Gotteberg

BOKANMELDELSER

side 90

Kjell Haug og Jørund Straand

KAN HELSE MARKEDSFØRES?

side 92

Jørn Ruud

LURE LØSNINGER

side 94

Egil H. Lehmann

For å oppnå begge mål i behandling av søvnforstyrrelser

Halcion®

(triazolam)



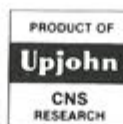
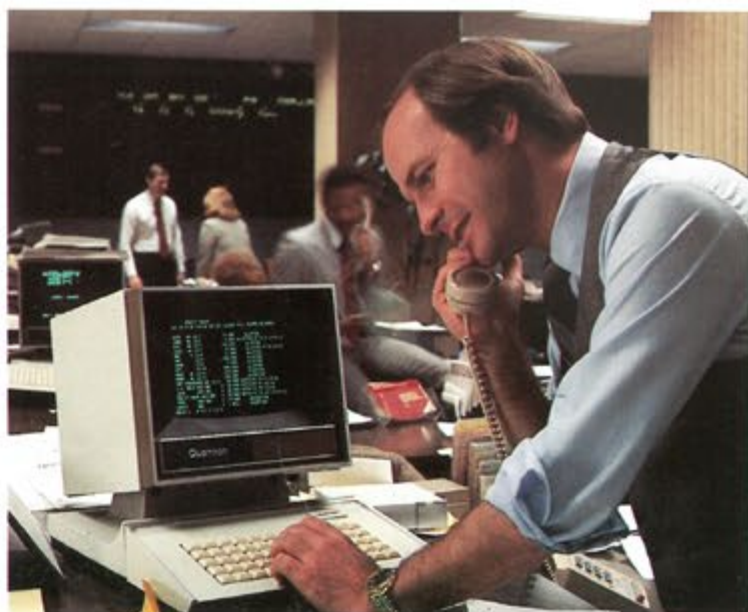
MÅL 1 = Kort innsovningstid og bedre søvnkvalitet*



For nærmere opplysninger
se Felleskatalogen

* »Preparatkort HALCION«
Nytt fra Statens
Legemiddelkontroll
15. sept. 1983

**MÅL 2 =
Pasienten opplagt
neste dag***



Registrert varemerke: HALCION

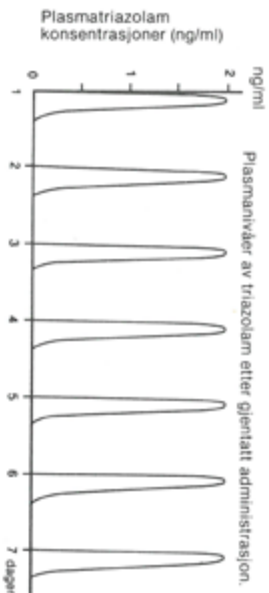
Upjohn Informasjon,

Boks 6749, St. Olavs Plass
0130 OSLO 1
Tlf. 02-207220

Halcion®

(triazolam)

Ingen akkumulering med 2,3 timers halveringstid



B Hypnotikum

Tabletter:

Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin, 0,25 mg: Indigotin.

Egenskaper:

Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir noen akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7-3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i faeces. **Overgang i placentalmorsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:

Alle typer søvnløshet, både vanskeligheter med å falle i søvn og hyppige og/eller tidlige oppvåkninger. Akutte og kroniske medisinske situasjoner som krever rolig søvn.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåketet, svimmelhet, ørthet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

⚠ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig

ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til dreglende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). (!: 51 e benzodiazepiner).

Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125-0,5 mg ikke før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25-0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25-0,5 mg. **Geriatriske pasienter:** 0,125 mg (økes trinnvis til 0,25 eller 0,5 mg ved behov). **Hospitaliserte pasienter:** 0,25-0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 16,10 - 30 tabl. kr. 31,45 - 100 tabl. kr. 77,80 - 10 x 100 tabl. kr. 722,15.
0,250 mg: 10 tabl. kr. 19,30 - 30 tabl. kr. 37,60 - 100 tabl. kr. 101,10 - 10 x 100 tabl. kr. 955,15.

Halcion®
(triazolam)

Doseringsanbefaling.

VOKSNE

0,25 mg - 0,5 mg
ved sengetid

GERIATRISKE PASIENTER

0,125 mg
(økes til 0,25 mg eller 0,5 mg
ved behov)
ved sengetid

0,125 mg

0,25 mg