

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1994

ÅRGANG 23



**Hva slags
allmennmedisinske institutt
trenger vi?**

- 223** *Eystein Straume*
Leder: Hva slags allmenntilleggsinstitutt trengjer vi?
- 224** *Helge Worren*
Intervju med Per Isachsen
- 227** Christians-drápa
- 228** Allmenntilleggspraksis i en velstandskommune
- 230** *Helge Worren*
Det gode liv i allmenntilleggspraksis – finnes det?
- 233** Utposten for 10 ár siden
- 234** *Petter Ógar*
Mens vi venter på stortingsmeldingen...
- 237** *Torill Enger Karlsen*
Etikk og metodar i det førebyggjande helsearbeidet
- 240** *Brev fra periferien*
Hypnose i allmenntilleggspraksis
- 242** *Bokmelding*
Litterära läkare
- 242** Smil i hverdagen
- 243** *Bokmelding*
Den psykiatriske pasient og loven
- 244** *Tor Claudi*
En drosjesjåfør til besvær
- 249** *Helge Worren*
Fibromyalgi – en umulig «diagnose»
- 252** *Utpostens edb-spalte*
Bruk av EDB-journal
- 254** Forfatterveiledning

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25.

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Betty Pettersen

Kræmmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 08 32 25

22 04 24 08

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 81 04

Fax: 78 45 84 46

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Ógar

6790 Hornindal

Tlf. privat: 57 87 95 76

Tlf. arbeid: 57 87 94 86

Fax: 57 87 95 73

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22.

Abonnement:

Kr 300,- pr. ár.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s

Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?



Norsk allmennmedisin feirer åremålsdager, det skrives bøker og holdes taler om hvordan allmennmedisin har vokst frem og sogar blitt akademisk godt forankret. Pionerene hyldes og skyves ut i mørket. Nye krefter skal overta.

For tiden er denne prosessen mest synlig i Oslo. Generasjonsskiftet i hovedstadens akademiske allmennmedisin kommer samtidig med at Institutt for allmennmedisin flytter inn i nye lokaler.

Sett fra en utpost gir det som nå hender hverken grunn for glede eller begeistring. Pionerånden er borte. Jeg kjenner ikke lenger den sugende undringen da faget tok form og kom ut av mørket og inn i lyset. Humerfeldt og Borchgrevink forlot prestisjetunge posisjoner på indremedisinske universitets-klinikker og Bentsen viste oss at data fra allmennpraksis var viktige og kunne brukes i vitenskapelig arbeid. Det ble en gylden tid med smittsom begeistring og tro på fagets muligheter. Sett herfra nådde prosessen sitt høydepunkt da McWhinney ble æresdoktor i

Oslo med sin pasientsentrerte kliniske metode.

Så ble det stille. Generasjonsskifte, flytting til nye lokaler og taushet. Forstemmende rykter og moll-stemte, svake ekko om innbyrdes kranjel og kiving når hit opp. Historien har lært at pendelen svinger. Det er som en naturlig rytme i all utvikling. De tause tider har også sin misjon. Det er tid for ettertanke og besinning. Hvor går veien videre, hva skal vi ta med oss av det gamle og hvor skal vi hente nytt? Fra utposten er det tid for å spørre: hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?

Instituttet må kunne hegne om det beste som var og samtidig være åpen for nye impulser og ideer. Det må både kunne bevare og fornye. Allmennmedisinens tid som enfant terrible i det akademiske miljø er forbi. Betales instituttet nå prisen for å være godtatt? Den prisen nemlig at universitetets spilleregler må godtaes. Instituttet innlemmes i gruppen av samfunnmedisinske fag og ufarliggjøres med nærmest fraværende ledelse og med

forpliktelser overfor etablerte akademiske spilleregler. Det er pasientene og primærhelsetjenestens møte med pasienten som gir instituttet legitimitet og ikke de akademiske spillereglene. Nå ser det ut for at instituttet fjernes fra sin berettigelse og sin grobunn.

Den tause tiden må erstattes av en levende samtale om hva slags institutt vi trenger.

Vi trenger *ikke* et institutt som er seg selv nok og som bare tjener som arnested for de av oss som vil leve ut sine muligheter innenfor en konserverende akademisk tradisjon.

Fagets legitimitet forbyr en slik utvikling.

Intervju med Per Isachsen

«Mitt engasjement på andre felt
har betydd mer for kontakten med folk flest
enn min doktorgjerning»



Tidligere kommunelege Per Isachsen (f. 1923) er fortsatt aktiv som kommunelege. Det er stadig behov for vikar for en av de seks legene i Nord-Aurdal, og for tiden er han vikar på sin gamle arbeidsplass ved legesenteret på Fagernes. Han gikk av med pensjon i fjor og er så avgjort nestor blant legene i Valdres, hvor han er født, oppvokst og har vært distriktslege/kommunelege siden 1967. Han har med andre ord opplevd hele den rivende utviklingen innen primærhelsetjenesten i disse årene sett fra grasrota. Han er kjent for sitt engasjement for primærhelsetjenesten og ikke minst for å være en spredder av den gode stemning og det gode humør. Han er også politisk aktiv, og har den senere tid vært varaordfører i Nord-Aurdal.

Per Isachsen har nettopp hatt en jaktuke i fjellet. Han snakker varmt om naturopplevelser og kameratfelleskap. Vi ba ham derfor om å sende oss et bilde fra jakten.

Tekst: Helge Worren

Etter et kommunevalg måtte du nærmest over natta ta avgjørelsen på om du ville fortsette som helsesjef eller gå inn i politikken. Hva tenkte du da?

Ja, det var en vanskelig avgjørelse. Jeg kunne jo ikke fortsette å være

helsesjef (og dermed etatsjef) hvis jeg skulle være politiker. Jeg valgte som du skjønner det siste og gikk over til å bli kommunelege II. Jeg tenkt vel som så at kanskje kunne jeg gjøre en god jobb for primærhelsetjenesten også fra politikerposisjon. Det er ikke uten videre enkelt å være fagmann og politiker samtidig. I politiske kretser blir man lett mistenkeliggjort – «nå

tenker du mest som lege» – og at man går sin egen stands ærend. Det kan derfor lett bli litt skuespill i dette, hvor man må spille en mer forsiktig rolle enn det saken og egen fagbakgrunn skulle tilsi. Det kan vel også lett bli slik at helsetjenesten selv kan bli litt skeptisk og tro at nå er det politikeren Per som snakker.

Mange opplever at samfunnsmedisinen arbeider i motbakke. Hva tror du er årsaken til det?

Jeg er ikke sikker. Det var jo en enorm interesse for dette feltet for ca. 10 år siden da Lov om helsetjenesten i kommunene ble innført. Alt skulle bli så bra når styringen av primærhelsetjenesten kom over på kommunen. Det virker som interessen har forsvunnet. Jeg opplever at mye har druknet i byråkrati, detaljstyring, tungroddhet, papir og møter. Før loven fikk vi vel funderte direktiver fra Helsedepartementet. Nå skal hver kommune sitte og lage sine egne planer og direktiver, mer eller mindre på halvstuderte røveres vis. Av og til får jeg inntrykk av at siste nr. av Det Beste har vært lagt til grunn.

Du opplever altså at vi har tapt noe da Lov om Helsetjenesten i kommunene ble innført?

Jeg tror i hvert fall vi som leger har tapt posisjon. Jeg tror nemlig at for å få utført noe er posisjon og autoritet viktig. Ikke for posisjonen og autoritetens skyld i seg selv, men for det redskap det er for å få gjennomslagskraft.

Posisjon kan jo være forbundet med fjernhet. Du er imidlertid kjent for å ha en utrolig god og nær kontakt med befolkningen.

Det ligger nok litt i genene. Jeg er jo dessuten født og oppvokst i dette området. Jeg har mange gode venner som ikke tar meg så høytidelig. Mitt engasjement på andre felt har betydd mer for kontakten med folk flest enn min doktorgjerning. Jeg opplevde mye mer gjennomslagskraft i forhold til f.eks. helse spørsmål i den tiden jeg var formann i idrettslaget enn jeg gjør som helseopplyser på doktorkontoret. Jeg tror medisinerstudiet og evt. påfølgende sykehustjeneste indoktrinerer oss og gjør oss tankemessig fjern fra vanlige folk. Når vi da slipper ut og snakker til folk

som om vi fortsatt snakket til medisinerstudenter eller sykehuskolleger, da blir det vanskelig. Ta f.eks. gjennomslagskraften du har for å få folk til å ta sine medisiner. Før det er gått 3 kvarter, har jo folk lagt om doseringen. Kontakt er helt avgjørende for den innflytelse vi har som doktor. Vi lærer for lite om dette i studiet og på kurs.

Det har vært mye snakk om utbrenthet blant kolleger. Bør temaet snart være utbrent?

Det er tydeligvis in og snakke om hvor synd det er på oss. Jeg ønsker ikke å bagatellisere. Jeg vet at det er kolleger som har det vondt. Jeg lurer imidlertid ofte på om unge leger egentlig har vært motivert for det studiet de har gjennomført. Er de mentalt forberedt på at de kommer til å møte på tøffe situasjoner og må ta mange vanskelige avgjørelser? Det slår meg at mange yngre kolleger nærmest er overrasket, i hvert fall overveldet, over det

ansvar de har. Når det f.eks. ropes etter krisepsykiater, bør vel svaret oftere være: Han/hun sitter her nå. Jeg har av og til spurt: Visste dere hva dere gikk til? Svaret er ofte nei. Jeg lurer på om det ikke hadde vært mye bedre med obligatorisk tjeneste på institusjon eller lignende før studiet som portør, pleiemedhjelper eller rompevasker enn all verdens 6-ere til artium. I tillegg selvfølgelig til at selve medisinerstudiet på en helt annen måte bør realitetsorientere og forberede de vordende leger til hva de går til.

Hva betyr det for deg å være en god kollega?

Jeg tror det er vanskelig å være kollega. Det er lett å være en illojal kollega. Kun et lite rynk på øyenbrynet eller en sleivbemerkning kan være nok til at pasienter eller andre kolleger kan tolke det som kritikk av kollega. For den kollegaen som er utsatt for dette, kan det være en belastning han/hun må leve med i lang tid. Vi kunne jam-

«Som kolleger gjelder det å spille på samme lag... (Per Isachsen til høyre, Ingvar Stokstad til venstre).



men trengte et kurs i å være kollegial. Åpenhet og jevnlig kontakt i pasientsammenheng har jeg opplevd som fruktbar. Ikke minst opplevde jeg et fint kollegialt samspill med Ingvar Stokstad (tidl. kommunelege i Nord-Aurdal). Vi gikk stadig inn til hverandre og konsulterte om pasienter, gjerne mens pasienten var tilstede. Jeg opplevde faktisk at pasientene syntes det var ok. Som kolleger spilte Ingvar og jeg på hverandres styrker og svakheter. Ingvar er jo kunnskapsrik, og jeg pleide ofte å si «Du som kan så mye...». Med alderen har jo jeg erfaringen, og han pleide ofte å si til meg «Du som har sett så mange pasienter...» Denne kollegiale kontakt i pasientsammenheng betyr mye for å bryte ned prestisjebARRIERER og etablere god kommunikasjon.

Mange kolleger føler at ditt gode humør gjør det godt å være sammen med deg. Bruker du dette bevisst også i pasientsammenheng?

Det har alltid falt naturlig for meg og jeg utnytter det som den ressurs det er. Jeg opplever at humor er med på å gi perspektiv på hverdagens gleder og sorger.

Du har levd i primærhelsestjenesten i nær en mannsalder. Utviklingen har vært tildels enorm. Dette går vel rette veien?

Utviklingen går i bølger, syns jeg. For snart 25 år siden var jo «Utposten» m/Siem og Wium og Co. et signal om at det gikk den rette veien. Rekrutteringen begynte å bedre seg (selv var jeg eneste søker til distriktslegejobben på Fagernes i 1967, få år etterpå hadde vi nærmere 15 søkere til distriktslege II-jobb). Siden har vi fått spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Jeg opplever vel at vi nå er nede i en bølgedal igjen, i hvert fall når vi ser på rekrutteringen til legestillinger her i dalen. Jeg tror det skyldes minst to forhold. Det ene er at det virker

som det er in å hetse helsepersonell, ikke minst leger, særlig i massemedia. Å snakke om den «dumme doktoren» som tjener 14 millioner eller som har dumma seg ut eller som skal ha tatt livet av noen, er mye bedre stoff enn de mange allmennpraktikere som sliter og gjør en god jobb. Det andre er at arbeidsforholdene innenfor sykehus virker mer regulert. Ikke minst er det langt mer beskyttende å jobbe på sykehus, og det virker som det er vanskelig å komme seg ut når man først har kommet seg innenfor murene. Sykehuskolleger er dessuten ikke utsatt for de mer eller mindre tilfeldige pasientkontakter primærleger kan få, ikke minst når man er primærlege i det samme miljø man bor. For meg virker det som om vi er i ferd med å få tre typer leger. Den ene typen er typen tekniker/naturvitenskapsmenneske på sin hals, den andre er av typen psykiater, sosialmedisiner eller lignende, og så som den tredje kommer allmennpraktikeren som skal forsøke å forene alle retninger og se en helhet.

Du stiller deg kritisk til den helseopplysning vi doktorer driver. Hva mener du med det?

Jeg har vel sagt litt om dette før. Det er viktig med god kontakt med pasientene, men kan ikke se at vi klarer dette godt nok. Jeg forstår lite av det legesøkningsmønster vi nå har. Før klarte vi rimelig bra å dekke det såkalte behov for legetjenester i kontortida og legevakt var stort sett øyeblikkelig hjelp. Nå renner det over på kontoret med pasienter på dagtid og i tillegg renner det på med allverdens også på legevakt fra den samme befolkning. Vi gjorde en undersøkelse her i Nord-Aurdal som viste at det i løpet av 3 år hadde vært en økning på 30% i antall konsultasjoner og kontakter på legevakt. Innbyggertallet har ikke økt, heller litt tilbake. Jeg kan heller ikke skjønne at befolkningen er blitt sykere. Hva har vi gjort

med folk? Hva slags helseopplysning er det vi driver? Gjør den folk usikre og uselvtendige? Det er selvsagt noe i at hver pasient krever mer enn før og at vi nok også takler problemene annerledes. Allikevel er dette et tankekors for meg.

Du har vært en forkjemper for å beholde fødestuen på Fagernes (betjener hele Valdres). Slike fødestuer må da være en sagablott?

Jeg synes ikke det. I tillegg til å være et faglig godt sted – vi har bl.a. ultralyddiagnostikk, er det viktig å ha dette som en base for de ukompliserte flergangsfødende og når veien over fjellet til sykehuse på Gjøvik og Lillehammer blir for lang. Vi skal heller ikke undervurdere betydningen av at familie kan komme på daglig besøk når fødeplassen er lokal. Ikke minst viktig er det å ha en slik fødestue for rekrutteringen av jordmødre til regionen. Uten en slik faglig base for jordmødrene i distriktet, har vi ingen jordmødre ute i Valdreskommunene heller. Det vil selvsagt være regionale forskjeller med hensyn til syn og behov for lokale fødstuer, men her i Valdres vil det være skjebnesvangert å miste den.

Jeg forstår at det er full krig når det gjelder AMK-sentralen. Fører du an? Det er vel neppe min rolle, men jeg er engasjert. Jeg opplever at vi vil miste nærheten og kontakten med legevakten hvis AMK-opplegget blir gjennomført. Vi har nå etablert en god vaktentral på Fagernes, og som er et interkommunalt samarbeid i regionen. Denne vaktentralen er foruten å være en kommunikasjonssentral også etter hvert blitt et senter for ambulansetjenester, redningstjenester og ledsagertjenester. Jeg er redd for sentralisering når gode lokale ordninger allerede er etablert. □

Christians-drápa

av Pétur Pétursson allmennpraktiker Akureyri, Island

1. september 1994

Aldur hárum höldi
heldur vel fer, efdum.
Teitur kynni knú tir
kátur og örlátur.
Yndi oft hann tendrar,
andans sveiflar brandi.
Lætur sókn í leiknum
lækna hersi fræknum.

Riddari leifturröddu
ruddi braut óstuddur.

Höldur fræ a heldur
hildi frá, sá mildi.
Höfn er stór fyr stafni,
stefnu hefur gefna.
Horfir fram hervanur
hjörvatú r gjörvilegur.
» essum rekk vi >ökkum,
>rykkt er drápustykki.

Skaldet er Pétur Pétursson
allmennpraktiker Akureyri, Island.

Christians drápa oversatt till norsk.
(Linn Getz, allmennpraktiker, Trondheim)

Alder høver høvdingen
styrken bare stiger
Varm i hug han knytter
vennskap glad og gavmild
Glød han ofte tenner
åndens sverd han svinger
Faget fint gikk fremad
der høvdingen ledet ferden

Tanken klar og røsten ren
ryddet veien blant de første

Milde kunnskaps kriger
gir nå fra seg roret
Framfor stavnen stille havn
alders fred vil høvding friste
Stridsmann stor som mangt har sett
skuer ennå fremad
Denne mann vi takker
nå er dråpen kunngjort!

Versemålet er «dróttkvæ i
i li hendum».

Dróttkvæ i (kvæ i = kveda om drott
= hov, hirdfolk)

Li hendur (intrim med to genomgå-
ende enskilda konsonanter i
begynnelsen og slutten av to par-
rede verslinjer)

Aldur hárum höldi/heldur vel fer,
efdum.

8 hendingar (8 verslinjer)
3 tvílidir (tre to-deler i hver linje),
2 stu lar og 1 höfu stafur (Stavrim).
To og to linjer knyttet sammen til
et linjepar, med to trykksterke
stavelser to «topper» i første linjen
med samme framlyd som den
første i andre linjen (Aldur hárum

höldi/heldur)

Kenningar (Poetisk språk, s.s. Höldur
fræ a = kunnskapens høvding =
professoren)

Christians drápa, översättning (til
svenska) från ord til ord

Aldur (ålder) hárum (gammal) höldi
(høvding)

heldur (passar) vel fer (bra), efdum
(han ökar i kraft eller energi).

Teitur (glad) kynni (bekantskap) knú tir
(knyter ihop)

kátur (glad) og örlátur
(gívmild, generös).

Yndi (glädje) oft (ofta) hann tendrar
(tänder)

andans (åndens) sveiflar (svänger)
brandi (svärd).

Lætur vel (far väll) sókn (att söka fram) í

leiknum (i kriget)

lækna (läkare) hersi (hövding) fræk-
num (berömd). Riddari (riddare)
leifturröddu (med den starka, snabba
røsten) ruddi (bröt) braut (gatan)
óstuddur (ensam).

Höldur (man, høvding) fræ a (kun-
skapens = professorn) heldur (far)
hildi (krig) frá (från), sá (den) mildi
(milda, nådiga).

Höfn (havn) er stór (stor) fyr (framför)
stafni (stäven)

stefnu (kurs) hefur (har) gafna (fått,
klar).

Horfir (ser) fram (fram mot framtiden)
hervanur (krigsvan)

hjörvatú r (krigare) gjörvilegur (stärk,
atletisk).

» essum (denne) rekk (man) vi (vi)
>ökkum (tackar),

>rykkt (tryckt, dokumentera) er drápu-

I anledning Chr, Borchgrevinks 70-årsdag

Allmennpraksis i en velstandskommune

Mel: «Mot i brystet»

Forfattet ved Inst. for Allmenmedisin, UiO

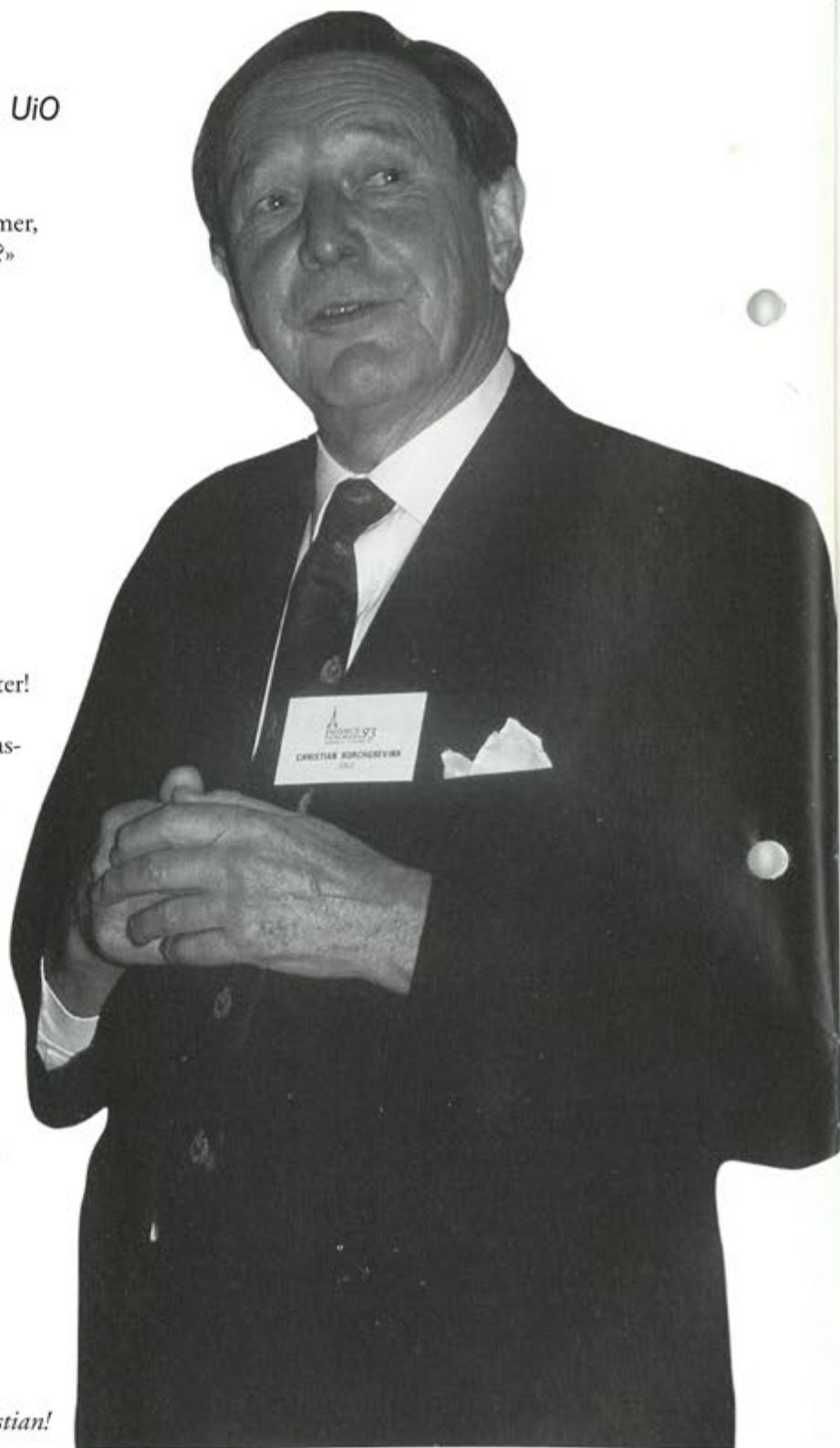
Sting i brystet, kul i pannen, verk i ben og armer,
ryggen stiv og blikket matt – «når blir jeg bra?»
Voks i øra, kalde føtter, stans i alle tarmar
slike saker er det doktor'n tar seg av.

Hold nå farten der –
Ingen pauser her –
La dem se vi er av rette slag!
Tåle mas og tåle stress og tåle syt og harme,
slike folk vil våre pasienter ha!

Sykemelding og P-piller og pen`cillin og plaster!
Ha´kke time, men jeg må få komme inn!
Førerkortet nesten gått ut, skjønner du det has-
ter?
Å, dessuten blør jeg av spiralen min.
Ektemann berserk –
Unge øreverk –
«Selv jeg senger, for jeg er´kke strek!»
Dette skal vi bakse med til noen oss avlaster
eller finner opp vidunderterapi!

Nettverksarbeid, egenomsorg, helsekunn-
skap, livsstil!
Nittiåras nøkkelord i krisetid.
Kurativ? Nei, bare tull, det har vi ikke råd til.
Helsestellet legges ned og vi får fri.
Hvem skal kjede seg?
Ikke du og jeg!
Det blir nok for oss å høre på.
Nye tanker, tegn i tiden er en lyst å sluke,
aller best de smaker når de slukes rå!

Takk for forberedelsene på dette, Christian!



Tøff mot bakterier...



© Tony Stone Images

...ikke mot pasienten

Akutt konjunktivitt rammer oftest barn og eldre – pasientgrupper hvor du vet at kombinasjonen god effekt, compliance og sikkerhet er avgjørende for behandlingsresultatet. Trygghet for hurtig innsettende- og god behandlingseffekt er avgjørende for ditt valg av medikament.

Med Fucithalmic oppnår du baktericid

effekt overfor de vanlig forekommende øyepatogener ved akutt konjunktivitt. Mikrokrystallinsk fusidin i en vandig, viskøs suspensjon gir en depotvirkning som sikrer effektiv, baktericid døgnkonsentrasjon av fusidin i tårevesken med bare 2 ganger daglig dosering.

Og du kan være trygg på at behandlingen fullføres.

Fucithalmic®

fusidin øyedråper/engangspipetter 1%

Bare to ganger daglig

Fucithalmic «LEO»
Antibiotikum.

ATC-nr.: S01A A13

ØYEDRÅPER 1%: 1g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkonklorid 0,1 mg, natriummedetat 0,5 mg, carbomer, mannitol, natriumhydroksid, sterilt vann til 1g.

ØYEDRÅPER engangspipetter 1%: 1 engangspipette inneh.: Fusidinsyre 2 mg, natriumacetat, carbomer, mannitol, natriumhydroksid, sterilt vann til 0,2 g.

Egenskaper: *Klassifisering:* Antibiotikum med god penetrasjonsevne. Det oppnås en baktericid effekt overfor vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staph. aureus og Staph. epidermis uavhengig av penicillina-seproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Fusidin frigjøres gradvis da den vandige suspensjonen av mikrokrystallinsk fusidinsyre er formulert som viskøse øyedråper. Depotvirkningen medfører at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig.

Virkningsmekanisme: Hemmer bakterienes proteinsyntese. *Absorpsjon:* God penetrasjon gjennom cornea.

Indikasjoner: Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker.

Kontraindikasjoner: Allergi overfor innholdsstoffene.

Bivirkninger: Lett, forbigående svie kan forekomme. Allergiske reaksjoner er svært sjeldne.

Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser.

Dosering: En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. Ved normal dosering rekker 1 engangspipette til behandling av begge øyne.

Pakninger og priser: 5 g kr 51,10. Engangspipetter: 12 x 0,2 g kr 70,70.



Løvens kemiske Fabrik A/S
Postboks 7186 Homansbyen,
0307 Oslo
Tlf. 22 46 58 15

Det gode liv i allmennpraksis – finnes det?

Tekst: Helge Worren



Helge Worren er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Privatpraktiserende allmennpraktiker i Nittedal. Redaktør i Utposten.

Da jeg nevnte for en kollega at jeg skulle på Kongsvoldseminaret (14.–16. april i år) hvor temaet var «Legerollen – Det gode liv i allmennpraksis?», kom han kjapt med 2 kommentarer: 1) «fins det?» og 2) «det må bli et kort seminar» (med glimt i øyet). Såvel hans første kommentar som selve seminaret har for min del ført til mye tankevirksomhet, selvransakelse og mange samtaler, ikke minst med kolleger. «Life is now» har vært et viktig incitament.

Det fins ingen oppskrift for det gode liv, heller ikke for det gode liv i allmennpraksis. Det gode liv er en høyst subjektiv og personlig

størrelse, som viser store variasjoner. Dernest er det høyst forskjellig hva selve begrepet «det gode liv» betyr. Det er åpenbart noe mer enn trivsel, selv om dette for mange er en viktig ingrediens. Til tross for dette uklare og sprikende utgangspunkt tillater jeg meg å filosofere litt over temaet.

Er det gode liv i allmennpraksis noe annerledes enn det gode liv ellers? Det er mange fellestrekk vil jeg tro, men ethvert yrkesliv vil ha sine særtrekk. Ikke minst i en tid hvor temaet utbrenthet blant kolleger nærmest kan gi inntrykk av å være en yrkessykdom, er det på sin plass å nevne dens motpol, nemlig det gode liv. Det er viktig å oppmuntre til positiv tenkning uten å henfalle til idyllisering eller realitetsbrist. Muligens pendler vi i sterkere eller svakere grad mellom disse motpoler gjennom livet?

«Det gode liv i allmennpraksis består av en helhet med mange innbyrdes avhengige deler»

Det er få som sier at det er én faktor og kun denne som utgjør det gode livet for dem. De aller fleste av de kolleger jeg har snakket med oppgir en lang rekke ingredienser og at disse er innbyrdes mer eller mindre avhengig av hverandre.

«Det gode liv i allmennpraksis består i å lære seg å leve med det vanskelige, det uløselige»

Leger har vært vant til å være gode problemløser helt siden skoledagene. Å møte det uløselige og det vanskelige vil ofte virke som en

kraftig provokasjon, som kan gjøre legen fortvilet, usikker og frustrert. Han kan komme til å ty til like-som-løsninger, men uten at problemene blir mindre av det. Ikke minst med dagens sykdomspanorama med sterke innslag av psykososiale problemer, vil det vanskelige og uløselige være hyppig forekommende. Å lære seg å leve med en slik situasjon kan være en kilde til vekst. Det er sagt at legen først viser hva han duger til når han står overfor det vanskelige, uløselige. Gode og nære kolleger som man kan ha pasientsamarbeid/-kontakt med, vil være svært nyttig. Psykiateren Glin Bennet sier i sin bok (1) at en viktig forutsetning for å kunne klare en doktorgjerning uten å stå i fare for å brenne ut er å kunne kjenne på sin egen sårbarhet («Only the wounded doctor can heal»). Noe kan bare eksistere i kraft av det motsatte (Glin Bennet: «You can only burn out if you are on fire!»), og dermed blir det viktig for erkjennelsen av det gode liv at man også erkjenner det som kan føre til utbrenthet. Det er viktig for leger, ikke minst allmennpraktikere å erkjenne at det er menneskelig også for dem i blant å føle seg hjelpeløse.

«Det gode liv i allmennpraksis består i de mange muligheter til å komme nær innpå livet»

Da jeg tok opp temaet det gode liv i en veiledningsgruppe, var dette det utsagn som kom sterkest frem. For meg som veileder en svært god og optimistisk opplevelse. Det ble fremhevet hvilken unik posisjon vi

som allmennpraktikere står i. Dypt menneskelige ting kommer vi tett innpå ofte bare etter kort tids kjennskap med pasienten. Vi får gjerne godt kjennskap til både familie og nettverk. Flere uttrykte at dette ga en god følelse for mennesker i sin alminnelighet. Vi befinner oss ofte i en situasjon hvor vi får kjennskap til tragiske og vanskelige sider av menneskelivet. Av og til kan vi allikevel – og paradoksalt nok – oppleve en nærmest god følelse, nesten på linje med en god tragedie på teateret. Ikke fordi vi mangler medfølelse, men utfra en ærbødighet for livet.

«Det gode liv i allmennpraksis består i å kunne filosofere»

Kollega John Nessa har på en god måte legitimert (2) å filosofere som en matnyttig geskjeft. «Det er

lov til å tenke seg om.» Han ser nærmest på filosofering som en type egenomsorg, «åndelig føde». Det kan være nyttig å tenke seg om med hensyn til sin egen lege-rolle. Er den demokratisk eller autoritær? Doserer jeg eller er jeg konsulent? Tør jeg ta ansvar? Å sette grenser (3) kan være nyttig å tenke over. Noen vil oppleve det som en negativ aktivitet. Det kan imidlertid betraktes som en nødvendig prioritering, hvor et nei også innebærer et ja til noe annet. Grensesetting vil ikke bare være viktig i forhold til hva tid og krefter tillater, men også i forhold til egen kompetanse. «Pønketiden» kalte en eldre professor ved en av våre universitet den tiden som ble borte ved effektiviseringstiltak. Jeg tror han mente at det var en verdifull tid som gikk tapt – en tid hvor kreativitet, nytenkning og kursjus-

tering kunne skje. Filosofering skjer ofte fruktbart sammen med kolleger, men av og til på ens egen «tenkeloft» alene (møte med seg selv?). Det bør være legitimt å se på bevisstgjøring som en del av den faglige utvikling, i hvert fall hvis allmennpraktikeren ser på seg selv som et viktig (det viktigste?) redskap i praksisen.

«Det gode liv i allmennpraksis består i et godt arbeidsmiljø»

Den viktigste ingrediensen i et godt arbeidsmiljø er kollegene og medarbeiderne. Å være god kollega er ikke bare snakk om lojalitet og hygge i sosial sammenheng, men oppmuntring og støtte i sorger og gleder i hverdagen. Mange er nok heldige her, men altfor ofte hører vi dessverre om kollegaforhold som i beste fall er «nøytrale», i verste fall direkte nedbrytende. Leger er neppe annerledes enn folk flest her. Allikevel kan ingen forstå en lege som en lege. Ikke minst er den kollegiale støtte viktig i en allmennpraksis på grunn av allmennpraktikerens nærhet til mennesker og menneskeskjebner. I beste fall kan en god kollega være en av de aller viktigste ingrediensene i det gode liv i allmennpraksis. Videre kan medarbeiderne på kontoret være alfa og omega for trivselen. De kan utgjøre forskjellen på en levelig og trivelig praksis og en praksis hvor kaos og mistrivsel råder. Stell godt med dem – også for din egen skyld. I et godt arbeidsmiljø inngår den gode tone og det gode humør. Det kan ikke bestilles, men må arbeides aktivt med fra alle hold.

«Det gode liv i allmennpraksis består i trivelige kontorlokaler og hensiktsmessig utstyr»

Et slikt utsagn vil neppe være det som topper de fleste allmennpraktikers liste over gode-liv-artikler. Allikevel er det mitt inntrykk at mange setter stor pris på å være i trivelige omgivelser («jeg blir i så





godt humør av disse fargene»). Flere har også uttrykt glede over å ha fått data på kontoret. Jeg har gjennom årene sett ganske mange legekontor. Om ikke nødvendigvis ryddighet fører til gledesutbrudd, kan jeg forstå at rot kan føre til det motsatte – i hvert fall hos samarbeidende kolleger eller medarbeidere. Selv om jeg står i fare for å bli oppfattet som pedant, tør jeg påstå at mange allmennpraktikere er noen rotehuer. Noen vil påstå at dette er arvelig, men skjebnen kan da ikke være så hard at ikke noe forbedring kan skje?

«Det gode liv i allmennpraksis består i faglig utvikling og frihet»

Hver dag blir vår faglige nysgjerrighet utfordret. Vi har enestående muligheter for utvikling og læring, såvel innenfor som utenfor legekontorets vegger. Kurstilbudene er tildels overveldende og med Fond II i ryggen har vi en helt enestående ordning. Hva dette betyr for den faglige utvikling og trivsel kan man bare skjønne når man hører om andre land hvor kurs og finansieringstilbud nærmest er ikke-eksisterende. Den faglige frihet oppleves også som et stort gode. Selv ikke veiledende handlingsprogrammer kan hindre oss i å føle

en forpliktelse og mulighet til å tenke selv. Dermed ikke ment og sagt at slike programmer ikke kan være nyttige.

«Det gode liv i allmennpraksis består i et godt liv utenfor allmennpraksis»

Det vil være de som sier at uten et godt liv utenfor allmennpraksis vil et godt liv i allmennpraksis være utenkelig. De fleste vil neppe være fullt så bastant. Allikevel har jeg inntrykk av at mange ser på livet utenfor kontorets vegger som svært viktig. Hva som inngår i dette vil være høyst forskjellig, men stikkord som familie, venner og økonomi vil ofte stå sentralt. Selv ikke for en doktor vil det gode liv nødvendigvis være det vi vanligvis forbinder med det sunne liv. Trivselen er helt avgjørende. Et risikofritt liv finnes ikke, og for mange, også doktorer, er et liv preget av spenning med et visst nivå av risiko selve kjernen i det gode liv.

Sluttord

Jeg har nå gått gjennom en del type utsagn som går igjen i de uformelle samtaler jeg har hatt om det gode liv. Er dette en beskrivelse av utopi? Er det momenter som ikke passer deg? Det kan godt

være. Så forskjellige er vi. Jeg vil allikevel påstå at jeg har berørt en del vesentlige punkter som for mange allmennpraktikere er kilder til det gode liv. Det gode liv i allmennpraksis er ikke nødvendigvis noe man har eller ikke har for tid og evighet. Det er noe man må jobbe med og stadig bevisstgjøre seg pånytt. Det har vært sagt at vi er det vi er i kraft av de mennesker som omgir oss og som vi har et forhold til. Det gode liv i allmennpraksis eksisterer ikke i isolat, men midt blant levende mennesker. □

Helge Worren
Langmyrgrenda 59b
0861 Oslo

Litteratur

- 1) Glin Bennet: *The Wound and the Doctor*. Secher and Warburg. London 1987.
- 2) John Nessa: *Korleis kan filosofi bli eit matnyttig reiskap for klinikaren?* *Utposten* 1994 nr. 4, s. 158–159.
- 3) Eivind Vestbø: «Det får vera grenser». *Eit innlegg om praksisprofil*. *Utposten* 1994, nr. 4, s. 142–147.

Mens vi venter på stortingsmeldingen...

Helsepolitiske vårslipp – II

Av Petter Øgar

I forrige nummer av Utposten ble Legeforeningens siste helsepolitiske utspill «Fra medisinsk kunnskap til bedre helse» (1) kommentert. Her gis en presentasjon og vurdering av «Helsepolitisk plattform» (2) fra Kommunenes Sentralforbund (KS). Det er mer enn underlig at KS har ligget så lavt i det helsepolitiske terrenget så lenge når en vet at helse- og sosialtjenestene utgjør omtrent halvparten av aktiviteten i kommunesektoren. Med dette utspillet får vi tro det varsles en mer aktiv rolle.

Helsepolitisk plattform

Helsepolitisk plattform er resultatet av et tverrpolitisk utvalgsarbeid. På denne bakgrunn er det oppsiktsvekkende fritt for liberalistisk og høyreorientert tankegodt. Det er ment å være et policydokument og danne grunnlag for lokale helsepolitiske debatter. Det skal senere følges opp med en konkret handlingsplan. Heftet har som underlagsmateriale seks utviklingsprosjekter. Disse foreligger som egne temahefter (3-8).

De helsepolitiske problemstillinger er behandlet under følgende overskrifter:

- Prioriteringer – et svar på utfordringene
- Egenomsorg og forebygging i det helsefremmende arbeidet
- Organisering og finansiering av helsetjenesten – valg av veier

- Utfordringer og virkemidler
- Samarbeid og samordning
- Pasientrettigheter og valgfrihet
- Personell – nøkkelen til målet

Problemstillingene blir beskrevet med noe ulike vinklinger som munnner ut i spørsmål som forutsettes drøftet i lokale helsepolitiske fora. KS tilkjenner likevel viktige synspunkter i sentrale spørsmål.

Fylkekommunens uanгриpelighet

På samme måte som Legeforeningens utspill bærer preg av en verden sett gjennom fagforeningens briller, bærer Helsepolitisk plattform preg av en verden der fylkeskommunens verneverdighet er urokkelig. Riktignok er argumentasjonen mange steder god, men på noen sentrale områder bagatelliseres problemene utilatelig.

Behovet for statlige føringer og styringsmidler undervurderes i betydelig grad. Konflikten mellom hensynet til kommunenes frihet og hvor langt storsamfunnets toleranse for lokale ulikheter skal strekke seg berøres f.eks. på det nærmeste ikke. I funksjonsdelingen av helse-tjenester på sykehusnivå synes det å være rimelig stor enighet om at regionen er den minste fornuftige planleggingsenhet. De problemer regional planlegging møter vis-à-vis selvstendige fylkeskommuner synes ikke erkjent. For de fleste andre synes det rimelig opplagt at forutsetningen for en vellykket regional helseplanlegging er sterke statlige føringer og styringsmidler.

På ett område slår KS hardt og trolig riktig tilbake. Det gjelder myten om gjestepasientordningen som årsak til helsevesenets elendighet. Kritikken mot gjestepasientordningen baserer seg mye på troen om at det finnes ledig behandlingsskapasitet i andre fylker. Det er som regel ikke tilfelle. Norsk Institutt for Sykehusforskning har vurdert ordningen og konkluderer med at den er mye bedre enn sitt rykte. Det er heller ikke holdpunkter for at den resulterer i urasjonell oppbygging av spesialiserte tilbud i eget fylke.

Prioriteringens problemer

Sentrale problemstillinger knyttet til prioritering drøftes på en kortfattet, men god måte. I motsetning til Legeforeningen stilles det grunnleggende spørsmål om ressursbruken er godt nok fordelt i helsevesenet på de ulike tjenesteområder. Er det f.eks. en riktig fordeling mellom primærhelsetjenesten og den stadig mer spesialiserte og høyteknologiske sykehusmedisinen?

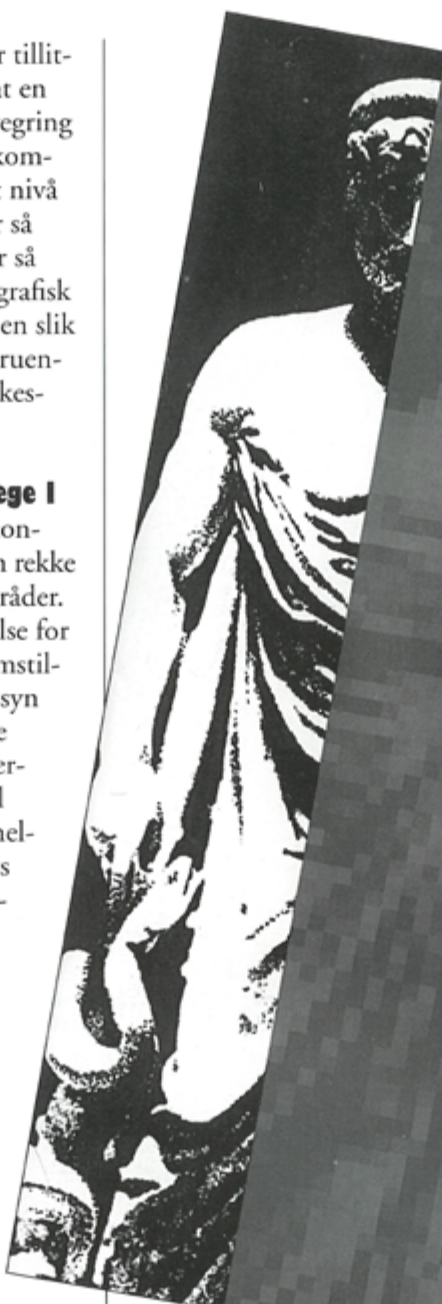
Legene får faktisk godkjent attest for sin vilje til prioritering mens den politiske beslutningsvegring erkjennes som et problem. Undersøkelser viser at politikere stort sett ikke ønsker å velge noen hvis dette betyr at andre må velges bort. Dette skal endres ved at prioriteringsbehovet skal synliggjøres for befolkningen, og ved at det skal etableres fylkesvise møteplasser der fagfolk, brukere og politikere skal drøfte problemer knyttet til prioritering. Disse løsningene

virker ikke spesielt klare eller tillitvekkende. Det nevnes ikke at en viktig årsak til prioriteringsvegring og beslutningsimpotens på kommunalt og fylkeskommunalt nivå kan være at politikerne sitter så nær de som rammes eller har så mange utenforliggende, geografisk betingede hensyn å ta. Men en slik erkjennelse vil vel virke for truen på det kommunale og fylkeskommunale selvbilde.

Fritt fram for kommunelege I

Helsepolitisk plattform demonstrerer betydelig innsikt på en rekke av helsevesenets problemområder. Flere steder vises stor forståelse for samfunnsmedisinske problemstillinger, og det tilkjennegis et syn på helsetjenesten som mange samfunnsmedisinere i primærhelsetjenesten uten videre vil kunne slutte seg til. Primærhelsetjenesten som helsevesenets fundament og den grunnleggende betydning av et godt samarbeid mellom de ulike nivåene i helsevesenet slås fast. Erkjennelsen av primærhelsetjenestens rolle kommer fram når spørsmålet reises om kommunehelsetjenesten bør involveres i styringen av sykehusene.

Men det skinner også gjennom at KS mangler eller ikke har oppdaget tjenlige verktøy for å realisere mange av de gode intensjonene og at kontakten med det samfunnsmedisinske fagmiljø i kommunene må ha vært mangelfull. Blant annet har en skjønt at forebyggende helsearbeid forutsetter samarbeid med og for en vesentlig del skjer i andre sektorer enn helsesektoren. Men når kultursektoren trekkes fram som det eneste eksempel, viser det at man fortsatt har litt å lære. Her burde det være fritt fram for samfunnsmedisineren, som kommunenes mest kompetente fagperson på en rekke av de områder det her er snakk om, å markedsføre seg som et velegnet verktøy.



Kommunenes Sentralforbund Helsepolitisk plattform

KOMMUNE
FORLAGET

Mangelen på fylkesdekkende kommunale fora

Et grunnleggende problem for KS er imidlertid mangelen på fylkesdekkende fora som kan ivareta kommunenes interesser på en legitim og politisk, administrativ og faglig tilfredsstillende måte. Noen universalløsning er ikke funnet, men det kan nevnes at vi i Sogn og Fjordane har høstet gode erfaringer med vårt kommunelege I-forum som et faglig, fylkesdekkende forum (9).

Samordning av trygd og tjenester

KS ønsker systematisk utprøving av ordninger med desentralisert myndighet og ansvar for en del trygdeytelser på den måten at kommunesektoren får delansvar for en del trygdeutbetalinger. Selv om tankegangen har flere sterke sider, er det også betenkeligheter som kommer for dårlig fram. Er det f.eks. etisk riktig å prioritere arbeidsdyktige personer framfor ikke arbeidsdyktige som eldre og

barn? Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å gjøre flere arbeidsdyktige er også diskutabel i den nåværende sysselsettingssituasjon.

Personell – nøkkelen til målet

KS griper på en mye klarere måte enn Legeforeningen fatt i sammenhengen mellom tilgangen og utdanningen til helsepersonell og helsevesenets mulige virkemåter:

«Utdanninger må tilpasses brukernes og helsetjenestens helhetlige behov. KS vil ta initiativ overfor nasjonale helsemyndigheter for å sikre at utdanning og rekruttering av legespesialister er i samsvar med de behov vi står overfor i helsesektoren. Spesialiseringsgraden må vurderes. Arbeidsgiver må kunne stille krav om basiskompetanse i hovedspesialitetene, og vaktordningene i sykehus bør knyttes til disse.»

Dette er brennbare formuleringer.

Finansieringsformer

KS kommer med flere interessante og kontroversielle synspunkter på

alternative finansieringsformer i helsevesenet. Det ligger utenfor min ambisjon å gå inn på og ta stilling til de ulike løsningsforslag, men det kan fort konstateres at KS og Legeforeningen har nokså ulike synspunkter her. Argumentene mot stykkprisløsninger i sykehus vekker interesse. KS viser til at en har oppnådd betydelige produktivitetssøkninger uten stykkpriscentiver – selve kronargumentet for stykkpris. Det er også klare grenser for hvor sterke incitamenter en bør gi til poliklinisk virksomhet på annenlinjenivå på grunn av de vridningseffekter det kan ha både i forhold til LEON-prinsippet og i forhold til pasienter på sykehusene som ikke kan nyttegjøre seg polikliniske tjenester. Diskusjonen om stykkpris skal vi nok få glede av ennå i lang tid.

Helsepolitisk plattform er et dokument alle kommuneleger i samfunnsmedisinske stillinger og andre helsepolitisk interesserte leger bør gjøre seg kjent med. □

*Kommunelege I Petter Øgar,
6790 Hornindal*

Litteratur

1. Den norske lægeforening. Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Organisering og finansiering av helsetjenester. Den norske lægeforening, 1994.
2. Kommunenes Sentralforbund. Helsepolitisk plattform. Med fem ledsagende temahefter. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
3. Mo TO, Buhaug H. Legespesialister – problemstillinger og utfordringer. SINTEF NIS, KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
4. Vareide PK. Alternative modeller for organisering av helseektoren. SINTEF NIS, KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
5. Elstad JI. Trygd og tjenester – utredning om overføring av trygdemidler til kommuner og fylkeskommuner. Institutt for sosialforskning (INAS), KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
6. Kommunenes Sentralforbund. Prioriteringer i helsevesenet. KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
7. Fanghol K. Helsepersonell – status og framtidige utfordringer. Nordland fylkeskommune, KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
8. Mo TO, Buhaug H. Mot en avtalebasert gjestepasientordning? SINTEF NIS, KS Forskning. Kommuneforlaget, Oslo 1994.
9. Øgar P. Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane. Utposten 1993; 22: 88-9.

Har du en helt spesiell Utpost?

Ta med deg UTPOSTEN,
bladet for allmenn- og
samfunnsmedisin.

Abonnement bestiller du hos:
RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.
Tlf.: 63 97 32 22. Fax: 63 97 16 25



Utposten for 10 år siden

Vi har igjen vært ute med saksen og klippet fra tidligere UTPOSTEN, denne gang fant vi denne lille artikkelen (UTPOSTEN 5/1984) om legen som pasient, skrevet av en tidligere UTPOSTEN-redaktør Ola Lilleholt. Fortsatt er lege som pasient forsømt, men forhåpentligvis kan de initiativ som nå er tatt for å få igang *Lege for lege*-ordninger være et riktig skritt. Det er på tide at noe skjer, vil noen si, noe denne gamle artikkelen (og flere artikler i samme nr. av UTPOSTEN) også kan tyde på.

TEMA:



Når legen blir pasient

VÅR AVMAKT

Av Ola Lilleholt

I denne utgaven av Utposten trekker vi fram et tema som har vært diskutert ut i et periferi hos mange leger: egne helseproblemer. Vi har så smått kommet registrerte aktiviteter på forskningsfeltet. Vi har i form av begrepet "burn-out" eller utbrenthet, slike ord og begreper som slår bevis. Et "burn-out" kan bidra til at legene mister sin interesse for sin egen helse, men denne effekten kan være for alvorlig at det oppstår en faktisk følelse av utbrenthet og utmattelse, "burn-out" er et slikt ord som vanlig er mer tilfredssettende og opplysende.

Bibelske ord "Lage, lag dig selv" (eller "hjelp dig først selv, for du lager andre") ligger som et ubevisst dictum inne i de fleste av oss og influerer nok våre handlinger mer enn den rasjonalitet vi presterer i hverdagen ellers. Dette dictum, eller denne myten, er en farlig brems både i forhold til somatiske og nervøse plager. Vi vet så inderlig vel at det er god mentalhygiene å bearbejde problemer og konflikter, eventuelt også å ta en kamp heller enn å vente til de er så massive at en har bare ett alternativ: den resignerte avmakt.

Her i Utposten tror vi ikke at noen idag har innsett nok til å tegne et sannferdig bilde av den norske legestands mentale og fysiske helseforhold. Kanskje er det ikke så konstruktiv å samle detaljerte data til en slik statusprosess. Vi ønsker snarere å åpne døret for kolleger som opplever avmakt i forhold til sin egen fysiske tilstand og å åpne øyne og hjerter hos dem som har krefter til overs.

Her er så mange spørsmål, og de mest fundamentale er som leger står i en særstilling i forhold til pasientrollen og når det gjelder morbiditet. Trøst vil alle uten videre være enige i at det både er problematisk å bli pasient hos en kollega og å ha kolleger i til behandling. Artiklene i dette nummeret av Utposten skulle også underbygge dette.

Spørsmålet om legers, og spesielt norske, legers morbiditet, er vanskelig. Under forarbeidet til dette nummeret ble det gjennomført et "Medlinesøk" på publikasjonene om helsepersonell og legers sykkelighet. Vi fant hundrevis av artikler om dette temaet fra de siste år og må konstatere at det i internasjonal perspektiv er stor aktivitet i dette feltet. Boka "The Impaired Physician" av Schreiber og Boyce (som til nå utgitt) er en og inneholder virkelig medlemslister til internasjonale konferanser. Boka tar særlig for seg legers og medisinske studenter nervøse tilstander og problemer og midtproblemer. Her finner en at den amerikanske legeforening (AMA) har lagt ned et stort arbeid på å organisere tilbud for leger med helseproblemer. I de fleste stater er det i faget av de siste år etablert "Impaired Physician Programs". I USA ser det ut, at

at mange legefamilier har problemer. Kvinnelige medisinske studenter har større hyppighet av suicid enn mannlige studenter. Hyppigheten av suicid i mannlige leger er sannsynligvis nok så lik den som er i de kvinnelige foretaksleider. Mannlige leger har suicidhyppighet omtrent lik den som finnes hos mannlige leger, noe som ligger adskilt over tall for kvinner i befolkninga ellers. Risikoen for medikamentavhengighet er 10-15 ganger større for befolkninga generelt. Hyppigheten av alkoholmisbruk er 10-15 ganger større i befolkninga ellers.

Argeu Børner har gjort en studie av 119 suicid hos leger i Tyskland i Oberbayern i perioden 1963-78. Dersom insidens av suicid i befolkninga standardiseres for kjønn settes til 100, kan insidensene svarende til 100 hos kvinnelige leger, 292 hos kvinnelige tannleger og 158 hos kvinnelige leger. En insidens av suicid på 125 hos mannlige leger var ikke statistisk signifikant i dette materialet. Det er også interessant å merke seg mønstret i alder hos de mannlige legene var over 55 år, alle mannlige legene under 55 år, de kvinnelige tannlegene legene var i alderen 45-65 år.

Det er naturligvis søkt å finne lignende situasjoner hos den amerikanske og i forhold til et slikt spørsmål. Psykiater Eivind Haga har i observasjoner som tyder på at leger har problemer som foregår i forbindelse med deres egen helse og familier og kommentert legers problemer slikt "burn-out" gleder som følger med økonomisk standard, synes legers popularitet på et marked å bygge på en

Vi må ikke glemme at norsk i jenseis og sammenfall med utleg i disse tider gjennom byttingsgrad som helt i formlene både mannlige kvinnelige legers arbeidssjøn. Observasjoner tyder på at tilbake kan vise seg utvilsomt og vil følelsesfullt hold til de problemene som overfor i nær framtid.

Etikk og metodar i det førebyggjande helsearbeidet

Tekst: Torill Enger Karlsen



Torill Enger Karlsen, 31 år, sosiolog frå Oslo -93 og hjelpepleiar frå Bergen - 83. 10 års praksis frå golvet i ulike delar av helsevesenet. Skreiv hovudoppgåve i sosiologi om kjønn, makt og sex frå eit kvinneperspektiv. Er for tida tilsett som førstekonsulent på avdeling for helseopplysning i Statens helseundersøkingar. Har spesielt engasjement i samfunns- og folkehelse sett frå perspektiv til kvinner, klasse og by-land problematik.

«For i sannbed at kunne hjelpe en anden, må jeg forstå mere end han – men dog først og fremmest forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjælper min merviden ham slet ikke.»

Søren Kierkegaard, 1859.

Krefregisteret og Norske Kvinners Sanitetsforening har i samarbeid gåande eit forskingsprosjekt om ungdom og røyking, der det inngår ein massemediakampanje retta mot ungdom i alderen 14 til 25 år, «Prosjekt 14 – 25». Buskerud er prøvefylket for opplegget. Kampanjen tek i bruk verkemiddel som er etisk kontroversielle. Generelt kunne eg ønskje meg meir debatt kring metodar og etikk i det førebyggjande helsearbeidet.

Respekt for folk

Det er ingen tvil om det gode føremål med «Prosjekt 14-25». Vi treng nye verkemiddel i kampen mot røyking, som framleis i 1994 tek 7500 norske liv kvart år (1). Det er heller ingen tvil om at kvinner ligg etter menn i røykje-åtfærd. Både hoppa dei på røykemoten seinare enn menn, og no er dei seinare enn menn til å slutte (2). Eg er sjølvsgat for ei pågåande helseopplysningsverksemd mot sigarettroyking, men målet heilag-gjer ikkje eit kvart verkemiddel i denne kampen, sjølv om føremålet er aldri så godt. For det første meiner eg at massemediakampanjen til «Prosjekt 14-25» ber preg av herredømme og manglande *respekt* for folka ein prøver å nå fram til. For det andre er eg uhyre skeptisk til å nytte reklamebransjen sin bruk av sjokkerande verkemiddel for å få forbrukarane til å reagere.

ved noen av de generelle etter-
utdanningskursene? Kan det også
være hensiktsmessig å opprette
"impaired physicians" programs"
på fylkes- eller regionalt plan i
regi av legeforeninga?

Litteratur:

Scheiber SC & Boyle BB: The im-
paired physician. Plenum Medical
Book Company, New York, 1983.
Dette er en svært informativ og
oversiktlig bok som vesentlig
handler om legers psykiske
problemer.

Rhawy A: Über den Selbstmord von
119 Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten
und Zahnärztinnen in Oberbayern
von 1963 bis 1978. Doktor-
avhandling ved Max-Planck-Institu-
tut für Psychiatrie, München
1983. Denne publikasjonen er ikke
i salg og forfatteren har ikke
flere eksemplarer. Interesserte
kan få låne utpostens til
gjennomsyn. Den har vært omtalt
av prof. Nils Retterstøl i Tids-
skriftet nr. 4/1984, 106, VII.

Baga T: Hjelpelese hjelpe-
legen som psykiatrisk pasient.
Nordisk Medicin 1982; 97: 273-4.

Baga E & Abrahamson P: Psyk-
iateren og psykiaterens familie.
Nord Psykiat Tidskr 1982; 36:
159-63.

Bjelland I: Familierapeutens egen
familie. Focus på familien, 1983;
79-71.

Sanseinntrykka vi får frå massemedia og reklame, fungerer slik at vi gradvis venner oss til og tolererer det som i byrjinga var sjokkerande for oss. I neste omgang må vi ha enda sterkare saker for å få oss til å reagere (3). Eg trur ikkje ei slik utvikling er bra for det helsefremjande arbeidet som tek sikte på å få inn meir omtanke og solidaritet mellom folk.

Jenter er dumme og deilige

Den første kampanjerunden gjekk i 1992 og var retta mot unge jenter. Om nokon ikkje skulle kjenne til kampanjane, skal dei her få plakattekstane:

- «Tallenes tale er klar: Norske gutter skjønner stadig mer. Og norske jenter skjønner stadig mindre.
- Lærerne burde satse mest på gutta. Nå er det jo påvist at jenter ikke er istand til å tenke logisk.
- Man kan ikke be jenter bestemme viktige ting. De skjønner jo ikke de enkleste sammenhenger.»

Plakatane hadde forutan tekst, ulike nærbilete av unge jenter som røykjer. Særleg den eine plakaten viser ei jente som poserer med trutmunn identisk med korleis det kommersielle kvinnebilete spelar på sex. Generelt tykkjer eg plakatan har budskapet: «Jenter er dumme og deilige».

No er innvendinga mot mi tolking at kampanjen er *meint* å skule provosere, og at det ikkje har vore reaksjonar av denne typen som eg kjem med, som tek plakatan bokstaveleg. Likevel vil eg hevde at det er store grupper i samfunnet som er berarar av kvinnesynet «dum og deilig». Desse gruppene er òg eksponert for kampanjen, og for dei er ikkje budskapet provoserande eller oppsiktsvekkjande. Det forsterkar berre ei haldning som allereie er der. Denne påstanden vil eg grunnje ved å vise til den stadig aukande bruken av sexposererande kvinnekropp i

reklame generelt, og at den tradisjonelle kvinnerolla er sterkt på offensiven i reklame for hushaldsartiklar (Marknadsføringslovas § 1, 2.ledd) (4).

Ein mann i 40 åra eg kjenner hadde òg sett plakatan, og han sa det slik: «Det er det jeg alltid har sagt, kvinnfolk er dummere enn oss mannfolk.»



Han fleipa ikkje. Vi kjem i ein situasjon der offentlege helseopplýsingstiltak faktisk kan bidra til å auke fordommane som andre offentlege instansar arbeidar for å få fjerna.

Elitesamfunnet

Den andre kampanjerunden gjekk no i 1994 og var retta mot ungdomsgruppa generelt, begge kjønn. Den hadde òg ei klar melding til vaksne røykjarar på arbeidsmarknaden:

- «Samfunnet kan ikkje skaffe arbeid til alle – Sett røykerne bakerst i køen – Røykerne er framtidens tapere på arbeidsmarkedet. For hvordan kan de vente at en arbeidsgiver skal ansette en røyker når han vet hvilke problemer det fører med seg?
- Vi har ikke råd til å la all ung-

dom få gunstige studielån – Noen bør betale høyere rente – Røykerne misbruker stipendier sine – de kjøper sigaretter for skattebetalernes penger og skaffer seg helseproblemer – Det er dyrt – La dem betale regningen selv

- Det finnes ikke skoleplasser til alle som vil ha – Noen må holdes utenfor – Røykerne skader seg selv og de vet det, det betyr at de ikke vil ta til seg lærdom – Hva skal de med en skoleplass?»

Den franske samfunnsvitaren Pierre Bourdieu er mest kjent for si gruppering av menneskeleg veremåte og tenkjemåte inn i såkalla habitusar, med utgangspunkt i kapitalomgrepet (5). Kapital kan vi her omsetje med bagasje eller ballast. Habitus er vår samansetjing av økonomisk, sosial og kulturell/informativ kapital. Habitusen vi har, famnar med andre ord meir enn det tradisjonelle omgrepet om klasse. Bourdieu gjev ei god analyse av korleis det er samsvar mellom dei sosiale strukturane folk leve under og dei mentale strukturane vi har. Dette inneber mellom anna at vitskaplege og litterære idear alltid har politiske funksjonar. Dei vert reiskap for herredømme.

Forsking og forvaltning gjev både føringar til politiske avgjersler, og er normdannande for den såkalla allmenne samfunnsmoral. Verken folk frå arbeidarklassen, arbeidslause eller ungdommar er representert i desse normleiane samfunnsinstitusjonane. Det vert ei stadig tydelegare utvikling at røykjarane finst nettopp i arbeidarklassmiljø, blant arbeidslause og unge kvinner. Om vi skal gå utifrå at Bourdieu har rett i at vi ikkje berre tenkjer og handlar utifrå dei vilkåra vi lever under økonomisk, men og sosialt og kulturelt, så har kampanje- og aksjonsformer at typen Prosjekt 14-25 preg av manglande innsikt og respekt for dei «belasta» befolkningsgruppene ein sjølv ikkje tilhører.

Røyk betre enn piller og alkohol?

Sjølvs om kunnskapsformidling om helserisiko ved røyking må halde fram og sikkert kan betrast, veit vi at folk i stor grad røyker på trass av kunnskap dei har. Dei handlar mot «bedre viten». Ikkje fordi dei er dumme, men fordi det som Bourdieu peiker på, er andre mekanismar og føringar som medverkar til våre tanke- og handlingsval. Dette er sosiologi på sitt mest grunnleggjande. Gruppekultur og konformitetspress forklarar ein del, men like viktig vil eg hevde at konsentrasjonen av røyking i arbeidarklassemiljø, blant ungdomar og arbeidslause har å gjere med forverra levekår og usikker framtid (2,6). Røyk opplevast å vere roande, nedstressande og som ein hjelper til å bevare kontroll og dempe aggresjon. Same kva forskning måtte seie om kroppen sine fysiologiske verknader av røyk, er den subjektive opplevinga at røyken gjev ønska effekt. Røyking er eit folkehelseproblem og den strategien som er mest effektiv for betring av folkehelsa er strukturelle tiltak som går direkte på folk sine levekår (7). Heilt klart er det mykje å oppnå ved å få trendsetjarar i ulike risikogruppe til å formidle anti-røykje haldning i sitt miljø, eller om dei røyker, at dei sjølv stumpar røyken. Utover denne faktoren, er det slik at det krev overskot for menneska både å *unngå* helseskadande stimuli, og å *endre* livsstil om ein allereie har risikoatferd. Både røyk, mat, alkohol, piller og narkotika, er kjende fluktveggar frå hard røyndom. Det er mykje lettare for eit menneske med god utdanning, fast arbeid, trygg økonomi, god bustad, ressurssterke sosiale nettverk og sjølvstendig og meningsfullt arbeid å la vere å byrje å røykje, eller stumpe røyken, enn det er for eit menneske som ikkje har noko av denne basisen.

Ein eg kjenner seier det slik: « – Jeg hadde holdt opp å røyke, jeg. I nesten et år hadde jeg klart det, men så tårna det seg opp med

problemer. Dødsfall i familien, unga som blir gåanes uten arbe når skolen er slutt. Alltid er det noe. Når en jobber på engasjement, eller på sysselsettingsmidler over flere år, strever som bare rakkern og tier om urettferdighet og ei lønn det ikke går an å leve av, for at en, hvis en bare er tålmodig, med tid og stunder kanskje kan få en fast stilling med bedre lønn. – Når en sliten om kvelden står over oppvaska, det ringer på døra og utafør står pol`ti med ransakingsordre fordi sønnen i huset på 19 år har vært med på et biltjuveri og er blitt arrestert. – Ja, da trenger`n noe å holde seg gående på. Mengdene med kaffe er ikke nok i lengda. Om en skal velge mellom røyk, piller eller alkohol, så er det tross alt best å ty til røyken...»

Helsearbeid skal følgjast av nestekjærleik og audmjukskap

Professor Per Fugelli skriv: «Helsearbeid bør formgis av: Nestekjærighet, – Samhold, – Respekt for enkeltmenneskets rett til å råde over egen tilværelse. Mennesker skal møtes med hjelp, ikke dom, med forståelse, ikke pisk. (...) Den egentlige årsaken til de sosiale sykdomsforskjellene er: En politikk som deler folket i en tilfreds majoritet med god utdanning og god inntekt, og en mer og mer forkommen underklasse bestående av arbeidsløse, gjeldsofre, sosialklienter, innvandrere, unge som skolen stenger ute, alene-mødre, kronisk syke og uføre som trygdenedskjæringene gjør fattige» (8).

Avslutningsvis vil eg gjerne få sitere 5 av 50 køyrereglane som den nordamerikanske helseorganisasjonen STAT (Stop Teenage Addiction to Tobacco) bruker i sitt anti-røykje arbeid:

- «18. Forgive yourself once mistakes have been made.
19. Learn from mistakes. Never make the same one twice.
20. Realize that others on your side will make mistakes.
21. Forgive them their mistakes. Pray they learn from them.

22. Try very hard not to say «I told you so»» (9).

Med dette meiner eg at Prosjekt 14-25 er eit døme på vanskane vi har i helseopplysningsarbeidet generelt, og arbeidet for eit røykfritt samfunn spesielt. Det er her lett å velje den passive løysinga: «La dei røykje». Utfordringa ligg i å balansere mellom verkemiddel som på den eine sida er effektive, og på den andre sida ikkje får utilsikta negative konsekvensar.

*Torill Enger Karlsen
Statens helseundersøkingar,
Afdeling for helseopplysning
Postboks 8155 Dep., 0033 Oslo.*

Litteraturkjelder:

1. Handlingsplan for Røykfrie skoler. Oslo: Kyrkje og undervisningsdepartementet, 1993.
2. Graff-Iversen S, Thürmer H, Valbø A. Hvorfor kvinner røyker, når menn slutter? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111:3521-3.
3. Karlsen TE. Den pornografiske kultur. Hovudoppgåve i sosiologi. Oslo, Universitetet i Oslo, 1993.
4. Orientering om praksis: Kjønnsdiskriminerande reklame. Oslo: Forbrukarombodet, 1994.
5. Bourdieu P, Wacquant JD. Den kritiske ettertanke – Grunnlag for samfunnsanalyse. Oslo: Det Norske Samlaget, 1993.
6. Opp i røyk? Hvem – hva – hvor mye. Om tobakksbruk i Norge. Oslo: Statens tobakkskaderåd, 1991.
7. Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ (red.). Mellom påbud og påvirkning. Oslo: ad Notam Gyldendal 1994.
8. Fugelli P. Hva gjør vi med folkehelsefiende nummer 1? Tobakkulosepidemien. Helsenytt for alle 1994; 1:12-3.
9. 50 (not so) easy ways to beat tobacco at the state level. Tobacco-Free Youthreporter, Springfield, MA, USA. 1994; 6:7.



Hypnose i allmennpraksis

Hypnosekursene som holdes i Bergen, er lagt til den mørke og triste senhøsten, og kanskje var dette noe av grunnen til at jeg hoppet på mitt første kurs for nybegynnere i hypnose høsten 1988. Tiden var da inne for at jeg som helse-sjef/kommunelege 1, fikk lyst på litt avbrekk i den grå kommunalforvaltningen og de stadige tilbakevendende pasientene. Det var med blandede forventninger jeg tok fatt på denne «sidegrenen» av allmennpraksis – men kjære lesere, jeg har ikke angret en dag.

Jeg vil ikke gjøre noe forsøk på å belære leserene om hva hypnose er, det kan dere finne ut i litteraturen, eller helst som meg, dra til Bergen når høsten blir tung. Men jeg vil dele noen kliniske erfaringer om hva dette verktøyet kan brukes til, og komme med erfaringer om fallgruver som jeg selv har vært nenedom.

Først litt om fallgruvene. Det er vel slik med meg som det er med mange andre kolleger at vi har våre «vanskelige» pasienter. Der vi føler vi ikke strekker til for behandling og ikke når det målet vi setter oss, og som vi opplever at pasienten krever. For denne typen pasienter er det alltid kjærkomment med ny kunnskap – et nytt verktøy som kunne snu opp ned på den fastlåste og kronifiserte tilstanden. Ikke begynn med hypnose på en slik pasient – du er garantert fiasko.

Men jeg måtte jo selvsagt begynne med den tyngste pasienten jeg hadde – en kvinne med kroniske ryggsmarter og operert

tre ganger, der ortopedien i epikrisen sist sier «vi har ikke mer å tilby denne pasienten, videre oppfølging hos egen lege». Pasienten hadde like store forventninger til behandlingen som jeg hadde, og det var ikke problemer hverken med motivasjon eller hypnotiserbarhet. Men effekten ble det så som så med, hun ble nesten smertefri under hypnosen, men så like vond etter på. Den eneste gevinsten var så langt at nå dreide konsultasjonene seg om hypnose og ikke om stadig jakten på «noe» som kunne ta vekk ryggsmertene. Og sånn sett ble det en lette, men jeg ble ikke særlig bestyrket i min tro på hypnose som et særlig godt terapeutisk verktøy.

Heldigvis dukket det opp en pasient med sterke smerter i nakken og med utstråling ut i høyre arm, smertene hadde kommet som et kast på henne etter en konflikt med venninnen. Jeg kjente pasienten rimelig godt fra før, og hun var av den typen som lett fikk symptomer i muskelskjelettsystemet når hun hadde problemer.

Etter et par runder hos turnuskandidaten med antiflogistica og analgetika, ble vi enige om å forsøke hypnose som behandling, pasienten var ikke uenig i mitt resonnement om at det var konflikten som gav spenning som igjen gav smerter.

Under hypnosen fikk pasienten instruksjoner om at armen og nakken ble tyngre og tyngre, dernest gikk vi over til å få de samme kroppsdeler mer og mer følelsesløse og at smertene til slutt rant ut

fra nakken gjennom skulder, albue og ut i fingrene og så forsvant de ut i løse lufta. Pasienten gav meg tilbakemelding under hele hypnosen at så var tilfelle. Her bruker jeg ofte teknikken som går ut på at dersom pasienten føler det slik som jeg sier det, så gir pasienten konkret tilbakemelding, f.eks ved å gi tegn med en finger. Etter dette ble hun vekket, eller tallet opp igjen. Jeg passet på å legge inn den såkalte posthypnotiske effekten; at det samme vil være tilfelle – her smertefriheten – når hun våkner.

Og etter at hun våknet reiste hun seg fra benken, beveget på armen som var helt smertefri, hun var «helbredet» og selvsagt strålende fornøyd. Turnuskandidaten som var med som observatør, stod igjen som et levende spørsmålsteget – og jeg selv ble like overrasket, men forsøkte ikke å vise det. Fra erfaringene med den kronisk plagede ryggen passet jeg på å si noe om at det kunne hende at smertene vil komme igjen, men da var det greit med en ny behandling. Jeg fikk desverre rett i dette med residivet, men hun var smertefri i tre dager. Men da hun kom igjen hadde hun fått pareser i den ene hånden. Det som jeg tolket som spenningssmerter var en ekte cervicobrachialgi som nå er operert og sånn sett ferdig. Denne kasuistikken viser en kombinasjon av en fallgruve og en bekreftelse for meg på at hypnosen virkelig virket; feil diagnose i første omgang, men samtidig en klar bekreftelse på at hos noen kunne den analgetiske effekten bli så sterk som her.

Etter denne ene stimulerende erfaringen begynte jeg en spennende vandring inn i de muligheter som hypnose kunne brukes til: Enurese hos barn (helst over 7 år – og mor/far tilstede ved første behandling), fobier hos barn og voksne og angstproblemer. De siste årene har jeg begynt å bruke det på pasienter med svært lav selvfølelse, der behandlingen består i hovedtrekk å styrke selvfølelsen – egostyrkende terapi. Denne siste pasientgruppen får i tillegg støtte-samtaler.

Anoreksi og bulemi som ikke er for langt kommet har jeg også gitt meg ut på. Her er det fortsatt for tidlig å si noe om langtidseffekten, men hos tre av pasientene er behandlingen avsluttet.

All den tid det helt klart er et umettelig marked for denne formen for behandling – tenk på alle muskelskjelettplagene – har jeg i

liten grad markedsført at jeg gir slik behandling. Jeg er fristet til å si til pasienter som har fått behandling «Ikke fortell det til noen», som «Mesteren» sa i sin tid. (Jeg må nok innrømme at jeg også har gjort det til noen – og det har vel en viss terapeutisk effekt i seg selv.)

Oppsummering:

Hypnose brukt kritisk og på de riktige indikasjoner er et både nyttig og ikke minst effektivt redskap til bruk i allmennpraksis, og min anbefaling er at de som finner dette interessant og spennende – ta et kurs og begynn!

Det er hovedsakelig gjennom egen erfaring man lærer. Og det er fullt mulig å utvikle metoden til noe som kan være et godt alternativ til f.eks. medikamenter eller langvarige og gjentatte konsultasjoner med kroniske pasienter. Og

ut fra en pragmatisk allmennpraktiker's syn, så kan mange psykiske plager kureres ved denne formen for symptombehandling. Man må i slike sammenhenger være forberedt på at andre symptomer og avdekning av mere dypere problemer kan dukke opp – og det må man også være villig til å følge opp.

Den eneste kontraindikasjonen er i grunnen psykosetruede pasienter og feil diagnose. Selvsagt er det i denne behandlingen særdeles viktig med et godt tillitsforhold mellom lege og pasient.

Dersom flere leger innenfor et rimelig geografisk område begynner å drive med denne form for behandling, ville det helt sikkert være nyttig med en lokal forening der en kunne utveksle erfaringer. □

Rennesøy 10. september 1994

Ole Jøssang

Bydelsoverlege, Stavanger



ABORT?

Ser du tvil hos kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet? Ønsker du at kvinnene skal ha et godt beslutningsgrunnlag før de tar sitt valg ???

Ta kontakt med AAN-rådgivningskontor for gravide.

- * AAN har utdannede rådgivere med erfaring
- * AAN gir klientene god tid i samtale
- * AAN gir klientene oppdatert og saklig informasjon ut fra sosial-, trygde- og abortlov.
- * AAN tilbyr praktisk hjelp og støtte under og etter svangerskapet.
- * AANs tjenester er gratis.

For mer informasjon ring 22 41 82 50 eller ta kontakt med nærmeste AAN-kontor.

Alternativ til Abort i Norge består i dag av 23 rådgivningskontor for gravide. AAN er som organisasjon livssyns- og politisk uavhengig. Organisasjonen har bred politisk støtte og fikk for 1994 9,4 millioner kroner i statsstøtte. AAN har ca. 600 frivillige medarbeidere som gjør det mulig å tilby praktisk hjelp som barnevakt og weekendforeldre. AANs mål er at organisasjonens arbeid skal bidra til å redusere antall aborter i Norge.



Meld av Geir Sverre Braut

Forlag: Läkartidningen, 1994
172 sider. SEK 160,-.

Dette er ei uvanleg og spanande bok som bør vera av interesse for alle litterært interesserte legar. Indremedisinaren Lars Erik Böttiger har, som han seier i innleiinga, sett saman eit personleg og subjektivt utval av omtalar av personar som har to ting felles – dei har medisinsk utdanning og dei har vorte kjende som forfattarar av andre saker enn faglitteratur.

I utvalet har han gått attende til Francois Rabelais på 1500-talet og endar opp med dagsaktuelle Eva Ström frå Sverige. Han har teke eit breitt utval frå ulike land. Berre ein svensk greier han seg med, og har såleis vald å hoppa over P C Jersild. Spanande er det

LARS ERIK BÖTTIGER

Litterära läkare

at han har fått med Paal-Helge Haugen, sjølv om han seier at Haugen skriv på eit språk (nynorsk!) som berre vert brukt i ei norsk avis. Slike feil skjemmer.

Böttiger er deskriptiv i si framstilling. Han skriv med klinikarens sans for å få detaljopplysningar festa til papiret. Utan kjeldetilvisingar, får nokre av tekstane eit visst anekdotisk preg over seg. Eigentleg er det ikkje noko gale i det, sjølv om eg nok kunne ha ønska meg ei meir analytisk vinkling: Kva har det hatt å seia for forfattarskapen til desse eminente forfattarane at dei har medisinsk bakgrunn? I omtalen av egyptiske Nawal El Saadawi legg Böttiger opp til ein analytisk innfallsvinkel når han siterer henne i at ho etter ei tid som lege kjende at litteraturen var eit kraftigare våpen enn medisinen. Dette er spennande og pirrar

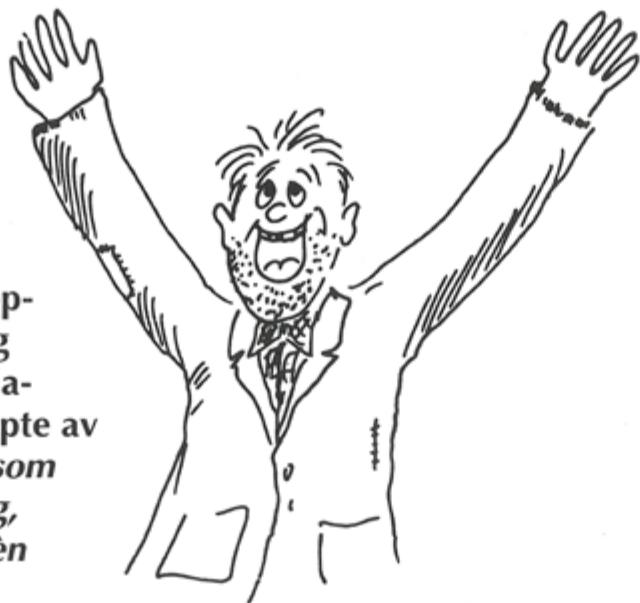


sjela til ein samfunnsmedisinar. Er det slik at desse menneska som er omtala her i boka, har gjort noko for folkehelse og levekår gjennom forfattarskapen sin?

Trass i ovannemnde kritikk, er boka vel verd sine svenske kroner 160; også for dei som før har lese nokre av portretta i Läkartidningen.



Det var vekkesmøte. Stemningen var stor. Forsamlingen var i ekstase. Møtelederen prøvde imidlertid å få oppmerksomheten og overdøve hallelujaropene da han ropte av full røst: *Vil alle som skal ha lunsj i dag, vennligst ta ned èn hånd!*





STÅLE ESKELAND

Den psykiatriske pasient og loven

En innføring i lov om psykisk helsevern. 2. utgave.

Meld av Geir Sverre Braut.

TANO forlag, 1994.
223 sider. NOK 265,-.

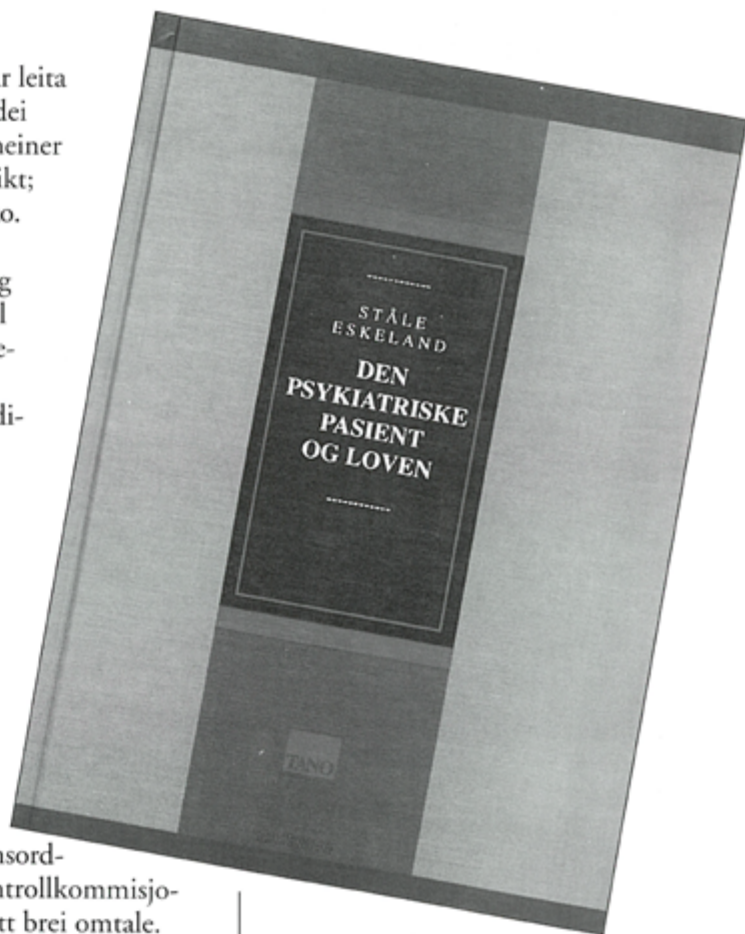
Denne boka kjem no endeleg i ny utgåve etter at første utgåva kom for over ti år sidan. Ho er ei bok for dei som ønskjer meir enn ei kortfatta bruksrettledning i rett prosedyre ved tvangsinnleggingar; ei bok for spesielt interesserte, vil nokre seia. Men i dag, med desentralisert psykiatri, bør det vera mange i denne flokken. Målet med boka er tredelt. Ho skal vera ei lærebok, eit hjelpemiddel i dagleg arbeid og stimulera til fagutvikling.

Såleis er det noko trist at forfattern har vald å avgrensa innhaldet til det som kan grunngjevast ut frå lov om psykisk helsevern og såleis tilhøyrer dei fylkeskommunale tenestene. Ein del uløyste problem som ein møter i den kommunale helsetenesta manglar såleis omtale. Mest vesentleg i så måte er forholdet mellom psykiatriske lidingar og psykisk utviklingshemming. Sjølv om andre har skrive mykje og bra om dette, bør det koma med til tredje utgåve. Eit oversiktleg og greitt kapittel om psykisk helsevern for personar som er dømde til fengselsstraff eller sikring, kan tena som mønster.

Boka har fullt opp av sterke sider. Ho er logisk oppbygd og den analytiske innfallsvinkelen med gode kjeldetilvisingar, gjer at teksten framstår som truverdig.

Fanden i meg har leita etter saksfeil på dei områda der eg meiner eg har god oversikt; utan å finna noko.

Kapitlet om tvangsbehandling med lækjemiddel («tvangsmedisinering») er formelt sett i orden. Medisinen saknar noko meir om dei materielle vilkåra for tvangsbehandling. Likeins er kapitlet om tilbod og etterspurnad i det psykiske helsevernet tynt. Ved omtalen av tilsynsordningane, har kontrollkommissjonen med rette fått brei omtale. Rolla til fylkeslegane og Helsetilsynet som tilsynsorgan er kort nemnde, utan at forfattern har kome inn på den ulovfesta klagesaksbehandlingen som desse instansane driv, også i forhold til psykiatrien. Fylkeslegen er nemnd mellom dei «etterfølgjande» kontrollordningane. Dette er nok i samsvar med slik det har vore. Tilsynsloven seier likevel at fylkeslegen skal føra tilsyn for at svikt i helsetenesta skal kunna unngåast. Det hadde ikkje vore til skade om Eskeland hadde analysert dette noko nærare, slik han har gjort



med mengdevis av andre relevante forhold. Men kanskje nett dette syner ein veikskap med juridisk metode brukt i helsesektoren – det er lettare å påvisa forhold i strid med loven hjå dei som har gjort noko enn hjå dei som ikkje har gjort noko!

En drosjesjåfør til besvær

En kasuistisk beskrivelse av vår elendige livsstil og det metabolske syndrom

Tekst: Tor Claudi



Tor Claudi er cand. med. fra Oslo 1973. Har stort sett arbeidet i Bodø siden der han nå er kommunelege. Spesialist i indremedisin og allmennmedisin. Interessert i diabetes fra det tidspunkt man slapp å smake på urinen for å påvise glukosuri. Medlem av NSAM's diabetesgruppe fra 1992.

Drosjesjåføren

Han kommer inn på kontoret og starter med å fortelle at det er kona som har bestilt timen. Han føler seg egentlig i bra form og synes ikke det er nødvendig å bry en travelt opptatt lege. Riktignok har han følt seg litt trett og i litt dårlig form det siste året, men «det er vel bare at jeg jobber for mye». Drosjesjåfør, 46 år gammel, gift, tre barn som alle har flyttet hjemmefra, røyker 1 1/2 pakke tobakk i uka (kanskje litt mer av og til).

Etter at ungene har flyttet blir det så som så med spisingen, han er en flittig kunde på et av byens gatekjøkken. Da han var i militæret var vekta ca. 70 kg, men han mener han har gått opp endel nå. Han beveger seg lite, tar en pils i ny og ne. Han er yngst av fem søsken, moren hadde aldersdiabetes og det er endel hjertesykdom på farssiden. Begge foreldrene er døde. Han har ikke vært hos lege på mange år, og vi har ikke tidligere journalopplysninger på ham. Vil gjerne ha en «helsjekk» når han først er hos legen. En venn av ham døde nylig plutselig «av hjertet», og dette har skremt ham noe.

Han er visuelt bedømt lett overvektig, og skjorta under tobakkspungen i brystlomma spriker litt mellom knappene. BT 152/96, normale hjerte- og lungefysikalia. Vekt 85 kg, høyde 180 cm. Vi blir enige om å ta noen blodprøver og avtaler ny kontroll etter 3 uker. Blodprøvene av interesse for den følgende problemstilling viser kapillær glukose: 6,5 mmol/l (ikke fastende) og total kolesterol: 6,4 mmol/l.

Mange bekker små...

Er nå dette egentlig så galt? Blodglukosen ligger litt høyere enn laboratoriets referanseverdi, men han var jo ikke fastende. Totalkolesterol på 6,4 mmol/l er heller ikke skremmende høyt. Han røyker, sannsynligvis mer enn de 1 1/2 pakkene han oppgir, men situasjonen virker ved første øyekast ikke avskrekkende. Eller gjør den kanskje det? Pasientens problem er at han har flere risikofaktorer som opptrer samtidig. Det er med andre ord grunn til å gå hans totale risiko-profil nærmere etter i sømmene.

Hans tilfeldige kapillære glukose på 6,5 mmol/l gir, når den opptrer sammen med andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, grunn til nærmere utredning. Det avtales derfor time til peroral glukosetoleransetest. Vi tar samtidig HDL-kolesterol og fastende prøve til bestemmelse av triglycerider. Det tas også liv- og hoftemål for å bestemme liv/hofteratio. Denne er 1,06. Glukosetoleransetest viser fastende plasmaglukose på 5,2 mmol/l og etter to timer 9,2 mmol/l. Fastende triglycerider

Metabolsk syndrom foreligger ved samtidig forekomst av to eller flere kriterier:

- Abdominal fedme/overvekt
- Glukoseintoleranse/type 2-diabetes
- Økt insulinresistens med kompensatorisk hyperinsulinemi*
- Lipidforstyrrelser med lav HDL kolesterol og forhøyde triglycerider
- Hypertensjon

* Måling av insulinresistens utføres ved en såkalt glucose-clamp teknikk og gjøres kun i forskingsøyemed.



er 3,1 mmol/l og HDL-kolesterol 0,9 mmol/l. Gjentatte blodtrykksmålinger av medhjelper viser gjennomsnittsverdi på 148/96.

«Fornyett» vurdering

Hvordan vurderer jeg dette? Systolisk blodtrykk ligger i NSAM's «grønne sone» (1) mens det diastoliske er i grenseland. Totalkolesterol er lett forhøyet, men HDL er lavt og triglyceridene forhøyet. Ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol er hele 7,1. Risikoen for hjerte- og karsykdom øker med økende ratio, og denne bør ligge under 5. Glukoseverdiene i glukosetoleransetesten viser at han har nedsatt glukosetoleranse. Hans BMI (Body Mass Index; vekt i kg dividert på høyde målt i meter i 2. potens) er 26 kg/m². Grensen for adipositas hos menn er 27. Liv/hofteratio på 1,06 er imidlertid for høyt. Videre har han familiær opphopning av diabetes på morssiden og hjerte- og karsykdom på farsiden.

Konklusjon: Pasienten har grenseblodtrykk, patologisk glukosemetabolisme, atherogen lipidprofil og ugunstig fettfordeling. Han tilfredsstiller kriteriene til metabolsk syndrom, og hans risiko for hjerte- og karsykdom er betydelig forhøyet.

Metabolsk syndrom.

Samtidig forekomst av nedsatt glukosetoleranse eller type 2-diabetes og hypertensjon, lipidforandringer, fibrinolyse- og koagulasjonsforstyrrelser og abdominal fedme gir økt risiko for kardiovaskulær sykdom og død. Insulinresistensen synes å være en fellesnevner i denne sykdomsutviklingen (2, 3, 4). Når minst to av disse tilstandene forekommer samtidig, kaller en det metabolsk syndrom, se figur 1. Syndromet kalles også bl.a. syndrom X, athero-trombogent syndrom og insulinresistenssyndrom.

Abdominal fedme

Denne er relatert både til insulinresistens og til forhøyet triglyceridverdier og er sannsynligvis et

uttrykk for økt intraabdominal fettmengde. Dette fettet synes å være spesielt metabolsk aktivt. Abdominal fedme vurderes best ved måling av liv/hofte ratio (synonymt med midje/hofteratio og waist/hip ratio). Livmålet tas i navlenivå og hoftemålet ved største omkrets omkring hoftene. Bruk et bøyeleg metallmålebånd. Ratio bør være < 1,0 hos menn og < 0,9 hos kvinner.

Glukoseintoleranse

Både type 2-diabetes og nedsatt glukosetoleranse kjennetegnes ved redusert insulinmediert glukoseopptak i perifert vev, særlig i muskulatur. Dette skyldes som regel økt insulinresistens. Det er i flere forsøk påvist at livsstilsomlegging og særlig økt fysisk aktivitet hos personer med nedsatt glukosetoleranse bedrer glukosemetabolismen og reduserer risikoen for utvikling av type 2-diabetes (5-8).

Økt insulinresistens

Økt insulinresistens ser ut til å være sentralt i det metabolske syndrom. Man finner økt insulinresistens både hos friske slektinger til type 2-diabetikere, hos friske barn av hypertonikere og hos behandlede hypertonikere. Hvorvidt det er insulinresistensen i seg selv eller den kompensatoriske hyperinsulinemien som er forklaringen på den økte forekomst av hjerte- og karsykdom er uklart. Overvekt og særlig abdominal fedme øker insulinresistensen, mens økt fysisk aktivitet reduserer den (7). Det er også påvist at sigarett-røyking øker insulinresistensen.

Lipidforstyrrelser

Totalkolesterol er ofte bare lett forhøyet, men man vil finne endringer i atherogen retning med lave HDL verdier; < 1,2 mmol/l og ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol > 5. Triglyceridverdiene er ofte for høye; > 1,7 mmol/l

Hypertensjon

Blodtrykksforhøyelsen hos pasienter med metabolsk syndrom er

ofte relativt beskjeden. Diastolisk blodtrykk i området 90-104 mmHg sammen med glukoseintoleranse og/eller lipidforstyrrelser gir en betydelig økt risiko for utvikling av koronarsykdom (9).

Hva gjør vi med drosjesjåføren?

Om ikke insulinresistens er roten til alt ondt, har den sannsynligvis stor betydning når det gjelder utviklingen av det metabolske syndrom. Vår pasient er overvektig, røyker, han mosjonerer lite, har en atherogen lipidprofil og en moderat diastolisk hypertensjon. Alt dette påvirker insulinresistensen eller påvirkes av insulinresistensen i ugunstig retning. Behandlingsstrategien vil derfor være å forsøke å endre flest mulig av disse faktorer i gunstig retning og der ved redusere risikoen for senere utvikling av hjerte- og karsykdom. Som de store moralister vi ofte er, er meldingen klar. Han bør: Mosjonere! Gå ned i vekt! Slutte å røyke! Spise sunnere! Og forøvrig kan han gjøre som han vil.

Vår rolle som premissleverandør

Hva hans livsstil betyr i forhold til risiko for senere hjerte- og karsykdom bør klargjøres og formidles uten de store moraliserende overtoner. Er han overhodet interessert i å gjøre noe med situasjonen? I hvilken grad han vil gå inn i dette bør være hans eget valg. Fjellklartreter vet de tar en risiko, men denne er sannsynligvis veloverveiet og premissene/risikoen er kjent. På samme måte må vår pasient få et reelt valg mellom livsstil og sykdomsrisiko, og det er viktig at premissene for valget er klare.

Gjennomføring

Dersom han er interessert i å endre livsstil, må han selv være med på å avgjøre hvor det er rimelig å starte. Mosjon, vektreduksjon og røykestopp samtidig er kanskje for mye

forlangt. Start for eksempel med en kostanamnese med tanke på eventuelle kostendringer. Man kan med en motivert pasient oppnå både vektreduksjon og bedring av lipidprofilen med relativt beskjedne endringer av kosten. Det er viktig at kostendringene tar utgangspunkt i pasientens egen kost. Ferdigtrykte kostlister bør forkastes. Pasienten bør registrere det han spiser over en periode. Diskuter endringer ut fra dette. Det er viktig at pasienten selv kommer med forslag til et realistisk vektmål. Mosjon bør om mulig inngå samtidig. Ikke alle, kanskje kun svært få, synes jogging er toppen av meningsfylt aktivitet. Hvilke aktiviteter har han tidligere hatt glede av? Mosjon må ha en lystside ellers er det umulig å gjennomføre. Dørstokkmila kan være lang, særlig til å begynne med. Pasienten vil trenge oppmuntring og oppfølging. Kanskje medhjelperne kan gjøre dette bedre enn legen?

Røyking er sannsynligvis den enkeltfaktoren som betyr mest når det gjelder pasientens risiko for hjerte- og karsykdommer. Å slutte å røyke er som kjent ikke lett, særlig ikke dersom det skal skje samtidig med vektreduksjon. Pasienter som skal prøve å slutte å røyke greier det aldri. Det har derfor liten hensikt å prøve å slutte. Be heller pasienten om å vente til han er motivert for å slutte. Å kutte ut røken samtidig som ektefellen fortsetter, er vanskelig. Motiver begge i de samtalene/gruppene der ektefellen er med.

Behandlingsmålene for vekt, BT, lipider og røyking bør skrives ned. Det har liten hensikt å starte på et behandlingsopplegg eller en livsstilsomlegging uten at målene er konkretisert. Pasienten bør ha sin kopi av de samme mål.

Oppfølging

Oppmuntring er viktig. Medhjelperne kan også benyttes til dette. Ukentlig veiing på laboratoriet kan ofte være like bra som Grete Roe-

de. Oppfølging av mosjon o.l. kan også gjøres av medhjelpere. Må pasienten kjøre til legekontoret? Til jobb? Gruppeundervisning av pasienter med felles problemer er ofte mer effektivt enn individuelle samtaler. Husk å ta med ektefellen både i gruppeundervisning og i individrettet informasjon. Regelmessige legekonsultasjoner er også nødvendig med tanke på oppmuntring og oppfølging, men kontrolløren (og refseren?) kan man også hente fram når det er nødvendig.

Etikken

Er det riktig å vektlegge livsstilsomlegging og eventuelt medikamentell behandling hos en pasientgruppe som føler seg friske og hvor harde fakta om sammenheng mellom livstilsendringer og reduksjon i mortalitet er meget sparsomme (10)? Bør man kartlegge risikoprofilen med tanke på liknende intervensjon hos søsken og eventuelt barn av pasienter med type 2-diabetes og metabolsk syndrom?

Det er etterhvert kommet solid dokumentasjon på at type 2-diabetes er en livsstilssykdom og at fornuftig kost og mosjon kan forhindre utviklingen av denne sykdommen. Det ser også ut til at den forebyggende effekten slår sterkere ut hos pasienter som er disponert for å utvikle type 2-diabetes. Pasienter med nedsatt glukosetoleranse og pasienter med type 2-diabetes i nær familie hører til denne gruppen. Etter mitt syn bør dette få konsekvenser når det gjelder å lete aktivt etter disse pasientene i vår praksis.

Vi bør i vår iver etter å endre folks livsstil også ha nedenforstående lett humoristiske, men dog alvorlige sitat fra den australske epidemiologen Paul Zimmet i mente: «If you give up smoking, drinking and loving, you don't live longer, life just seems longer».

*Kommunelege Tor Claudi,
Skogsveien 22,
8021 Bodo.*

Referanser

1. Holmen J. et al. Høyt Blodtrykk NSAM's handlingsprogram. Utredningsrapport nr. U 3-1993 Seksjon for helsetjenesteforskning Samfunnsmedisinsk forskningscenter Verdal.
2. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-1607.
3. Holmen J. Nedsatt glukosetoleranse som risikofaktor for hjerte- og karsykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1700-3.
4. DeFronzo R, Ferannini E. Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 1991; 14: 174-94.
5. Sartor G, Schersten B, Carlström S, Melander A, Norden Å, Persson G. Ten-year Follow-up of Subjects with impaired glucose tolerance. *Diabetes* 1980; 29: 41-9.
6. Nilsson PM, Lindholm LH, Schersten BF. Life style changes improve insulin resistance in hyperinsulinemic subjects: A one year intervention study of hypertensives and normotensives in Dalby. *J of Hypertension* 1992; 10: 1071-8.
7. Helmrach SP, Ragland DR, Leung RW, Pfaffenbarger RS. Physical activity and reduced occurrence of Non-insulin dependent diabetes mellitus. *New Engl J Med* 1991; 325: 147-52.
8. Manson, JA, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA* 1992; 268: 63-67.
9. Castelli WP. Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham study *Am J Med* 1984; 76: 4-12
10. Hjermand I, Byre KV, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; 2: 1303-10.

NUELIN DEPOT

(TEOFYLLIN)

ANTI-INFLAMMATORISK EFFEKT...

- Teofyllin virker som en immunmodulator. ① ②
- Teofyllin inhiberer inflammatoriske ③ mediatorer som PAF, histamin og leucotriener.
- **NUELIN DEPOT. MARKEDETS RIMELIGSTE RENE TEOFYLLIN-DEPOTPREPARAT.**

Referanser:

- ① B. Shoat et al. Clinical allergy 1983, 13.
- ② Fink et al. Clinical allergy 1987, 17.
- ③ Felleskatalogen Nuelin Depot 1992.

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

3M Pharma

Postboks 100
2013 Skjetten
Tlf. 63 84 75 00



FIBROMYALGI

– en umulig «diagnose»

En personlig kommentar med utgangspunkt i rapport fra Norges Forskningsråds konferanse 27.–28. september 1993

Tekst: Helge Worren

Norgesmester i allergologi Kjell Aas har lært oss mye om allergi. Han har bl.a. lært oss at allergi mot svigermødre (i hvert fall hvis vi mangler foto) ikke teller som ekte allergi. Finnes det uekte allergener vi reagerer med en slags «allergi» på?

Jeg minnes en kar som en gang var hos meg på kontoret. «Du doktor, e' trur e' har vørti allergisk», sa han. «Å jasså», sa jeg «hva er du blitt allergisk for?» «E' trur e' har vørti allergisk overfor arbe'», sa mannen som det ikke hadde lykkes å attføre tilbake til arbeid etter mange års innsats fra diverse hold.

Når ordet «fibromyalgi» nevnes i endel doktorsammenhenger, får jeg av og til følelsen av at vi doktorer er rammet av den samme type «allergi» som min tidligere pasient. Vi puster oppgitt ut, får et lett flakkende blikk og prøver å skifte tema, eventuelt kommer med en lang og detaljrik beskrivelse av en pasient man tror har denne «diagnosen» og som man ikke kommer noen vei med. Det virker som det rokker ved noe av det innerste i oss. Vi som er så vant til å fikse det meste kjapt og greit fra den dagen vi var flinkest i klassen. Det var tankevekkende da jeg spurte noen kolleger om å uttale seg om fibromyalgi, hvilken respons jeg fikk. De fleste følte at de ikke kunne nok om det og helst ikke ville uttale seg om det, i hvert fall ikke

uten at de hadde sjekket en del kilder. Muligens var jeg uheldig med utvalget av de jeg spurte. Muligens spurte jeg ikke mange nok. Uansett får jeg følelsen av at vi her sitter med en tilstand eller «diagnose» som mange av oss føler seg svært uvel med. Tidvis kan kolleger få anfall av galgenhumor når dette nye «allergenet» nevnes, noe som neppe er uttrykk for manglende medfølelse med de pasienter som rammes, men mer er et uttrykk for frustrasjon over egen impotens.

Det var derfor med en viss forventning jeg i vår mottok rapporten fra Norges Forskningsråds Nasjonale Konferanse om Fibromyalgi. Konferansen ble holdt for nærmere ett år siden, nærmere bestemt 27.–28. sept. 1993. Nå får vi vel en opprydding i denne hengemyr av en tilstand/«diagnose»?

Konferansen skulle besvare et sett med 7 spørsmål og et ekspertpanel var utpekt til å utarbeide anbefalinger utfra det som fremkom. Spørsmålene var:

- 1) Hva er fibromyalgi og hvordan kan tilstanden avgrenses og diagnostiseres?
- 2) Hvor vanlig er fibromyalgi?
- 3) Hvilke forhold skaper og opprettholder fibromyalgi?
- 4) Hvordan skal fibromyalgi behandles?
- 5) Hvordan er prognosen ved fibromyalgi?
- 6) Hvilke trygdemessige konsekvenser kan/bør fibromyalgidiagnosen ha?

- 7) Hvilke forsknings- og dokumentasjonsoppgaver er viktige innen dette feltet?

Etter min mening gode og sentrale spørsmål. Men hva så med svarene? Det er ikke meningen å virke harsellerende, men det er fristende å oppsummere alle svarene i ett ord: UKLART. Det er imidlertid både urettferdig og usaklig overfor temaet og ekspertpanelet å stoppe der. Det gis tildels ganske utfyllende svar, men svarene vil allikevel stikkordmessig kunne gis slik:

- Spml. 1: Uklart, fyller ikke kriteriene for en vitenskapelig sykdomsdiagnose.
- Spml. 2: Avhengig av diagnostiske kriterier som brukes. Ofte kvinner enn menn. Sannsynligvis 3% i befolkningen, 10% i aldersgruppen 20–49 år. Høyere tall i Norge enn i andre land, f.eks. Danmark og Finland.
- Spml. 3: Uklart, sannsynligvis samspill mellom mange faktorer. Fibromyalgi flere tilstander?
- Spml. 4: Siden årsak uklar, vanskelig med effektiv behandling. Sannsynlig bredspektret og flerfaglig tilnærming nødvendig for å komme videre.
- Spml. 5: Lite å bygge på av materiale. «Brenner» den ut?



- Spml. 6: Her må funksjon vektlegges mer enn diagnose. Pasienten har krav på en bred utredning og trygdeetatene må kunne stole på behandlende leges grundighet. I tvilstilfelle bør det innhentes uttalelse fra annen lege, fortrinnsvis spesialist i allmennmedisin.
- Spml. 7: Det bør legges opp til et bredt og omfattende forskningsprogram.

I rettferdighetens og saklighetens navn, bør kolleger som vil se nærmere på hva rapporten sier skaffe seg den.

Er vi så like langt?

Mitt umiddelbare svar var ja. Ved nærmere ettertanke og gjennom-

lesning av rapporten er jeg ikke helt enig med min første spontane reaksjon. Det er viktig å sette fingeren på hva som er vanskelig, hva som er uklart og hva man bør gjøre videre for om mulig å gjøre det mindre vanskelig og mer klart. Forskningen står sentralt. Det forutsettes at resultatene av denne forskningen gjøres forståelig og tilgjengelig for oss som treffer pasientene med denne tilstanden. I mellomtiden må vi gjøre så godt vi kan uten å havne i en behandlingsmessig nihilisme, noe også rapporten advarer mot. Det hersker jo ingen tvil om at tilstanden er en høyst reell og funksjonsnedsettende lidelse – selv om den er kompleks og vanskelig å forstå. Heri ligger vel også dilemmaet som gjør at vi kan bli frustrert? Det utfordrer hele vår tenkemåte (diagnosekultur) innenfor medisinen. Det høres svært fornuftig ut når rap-

porten sier at fibromyalgi bør forstås utfra minst 3 perspektiv: medisinsk, psykologisk og sosio-kulturelt. Jeg ble glad for rapportens uttalelse når det gjelder trygd. Selv om jeg skjønner trygdevesenets hodepine med sitt krav til såkalt objektive kriterier, bør ikke også disse pasienter ha krav på å la eventuelt tvil komme dem tilgode? Manglende avklaring på trygdespørsmålet (når det er aktuelt) virker etter min mening direkte anti-terapeutisk. Personlig har jeg hatt en viss nytte i sin alminnelighet å la fokus være på menneskers livsskjebne fremfor pasienters sykehistorie. For meg er det mer enn fagre ord, fordi dette perspektivet gir et mer helhetlig bilde av de jeg møter og stiller ikke nødvendigvis krav til løsning. Behovene går desto sterkere i retning av lindring, støtte og trøst.

Hva mener du? □

as NorMedica

er en av landets ledende leverandører av medisinske utstyrs- og forbruksvarer!

SE VÅRE HØSTTILBUD:

Kaps mikroskop	÷ 20%
Medinet trillebord m/skuff	÷ 20%
Heine oto/oftalmoskop og diagnostisk utstyr	÷ 10%
Alle Bollmann legevesker i ekte lær	÷ kr. 500,-
Tympanometer GS 137 m/printer	Kr. 18.910,- inkl. mva.
Spirometer Microlab 3300 MK-3 m/datautgang	Kr. 19.825,- inkl. mva.

*Tilbudspriser på
undersøkelsesbenker og undersøkelseslamper.*

Tilbudene er gjeldende t.o.m. 30. 11. 1994.

Kontakt spesialfirmaet for allmennpraktikeren:

as NorMedica

Konsul Lorcks gt. 16
Pb. 1435, 7002 Trondheim
Tlf.: 73 51 12 00
Fax: 73 51 70 80

as NorMedica avd. Grenland

Bjørndalsjordet 67
3736 Skien
Tlf.: 35 59 90 89
Fax: 35 59 53 85



Når nettene blir lange...

UTPOSTEN's edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p). Fax: 56 14 40 42.

E-post cc:Mail 56 14 29 96 – E-post: G=john S=leer P=ccmail

A=telex C=no

Bruk av EDB-journal

Tekst: Bjarne Bråtveit



Bjarne Bråtveit er kommunelege i Suldal i Sand kommune. Han har arbeidet mye med tilrettelegging og bruk av EDB-journal. Han har tatt utfordringen å skrive om sine erfaringer. Vi vil presentere dette som to artikler i dette og neste nummer av Utposten.

Då EDB-journal (Profdoc) blei innført på kommunelegekontoret i 1991 hadde me fylgjande mål og forhåpningar:

1. Ein ryddigare og meir oversiktleg journal.
2. Auka sikkerheit mot feilbehandling, særleg feilutskrivning av medisiner, samstundes som reseptfornyng skulle forenklast.

3. Praksisoversikt og kommuneoversikt. Kommunelegekontoret dekkjer nær all primærlege-teneste i kommunen.
4. Mulighet for overvaking av risikogrupper, innkalling av pasientgrupper eller aldersgrupper og liknande.

Det viste seg raskt at me ikkje automatisk nådde desse måla gjennom innføring av EDB-journal. For å nå dei to fyrste måla var det nødvendig med betydeleg innsats for å koma fram til ein fornuftig og einsarta bruk av journalen (føringskonvensjonar). For å henta fram og kunne behandla statistisk dei data som er av interesse for oss har me brukt to andre EDB-program; Rapportgeneratoren R&R og statistikkprogrammet NSD-stat. R&R blir og brukt til overvaking og innkalling av grupper. Me trur våre erfaringar kan vera til nytte både for nye og gamle brukarar av EDB-journal, og vil difor kort presentere dei viktigaste erfaringane me har gjort.

Tidlegare sjukdomar som arbeidsredskap

Det har vore diskutert om tekstdelen i ein EDB-journal bør vera strukturert eller i fri tekst. Vår erfaring er at tekstjournalen etter få år er eit lite praktisk redskap for å få oversikt over pasientar med ei komplisert sjukehistorie og mange journalnotat. Det er tungvint og

lite oversiktleg å bla i ein EDB-journal, som etter få år kan bli svært lang.

For å ha ein oppdatert oversikt (resymé) er det nødvendig med eit skjermbilde der alle notat til ei kvar tid kan endrast («Tidlegare sjukdomar» i Profdoc). På 1-3 skjermbilder (1/3 – 1/1 A4-side) kan ein her få ei utfyllande og velredigert anamnese. Ved henvising/inleggning plukkar ein ut dei avsnitta som har interesse nett då. Om epikrisar skal skrivast inn i journaldelen som resymé, lesast inn med scanner eller lagrast i papirjournal er av mindre interesse. Det viktigaste er å ajourføre tidlegare sjukdommar og medisinalista når ein mottar epikriser.

Bruk av laboratoriemenyen

Det meste som kan uttrykkjast i tal eller som ein prøve som er positiv eller negativ, bør innskrivast i laboratoriedelen, uavhengig av om denne prøven blir tatt på laboratoriet eller hjå legen. Fordelen med dette er at prøven/testen då lett kan hentast fram att på ein oversiktleg måte i kolonnar («Oversikt prøvar» i Profdoc). Like sjølvsgagt som at Hb, SR og kolesterol blir registrert som laboratorieprøve, like sjølvsgagt bør det vere at blodtrykk, høgde, vekt og BMI blir registrert her. Laboratoriedelen kan og med fordel nyttast til å registrera t.d. retinopati og nevro-pati ved diabetes, tobakksrøyking,

intraokulært trykk og synsstyrke. For å sjå behandlingseffekt er det og praktisk å skilla mellom blodtrykk målt under behandling og blodtrykk målt før behandling eller i medikamentfrie periodar, t.d. som BTSYS/BTDIA ubehandla og BTSYB/BTDIB under medikamentell behandling. Bruk konsekvent opsjonen for kort laboratorieprøvenavn, det vil seie fem teikn. 10 teikn er upraktisk.

Slik bruk av laboratedelen vil i stor grad fjerne behovet for hypertonijournal, diabetesjournal eller grafiske framstillingsmuligheter. Det vil og bli mykje lettare å drive eigenkontroll/statistikk, t.d. vil opplisting av BTSYB og BTDIB vise korleis hypertoni-pasientane er regulert. Ein vil kunna få meir ut av statistikkdelen i PRSTAT, men framfor alt vil det bli lettare å bruka rapportgenerator (t.d. R&R) til å hente ut data, som igjen kan overførast til statistikkprogram.

Valgfrie dose-respons-tabellar

Det er og praktisk å bruke laboratedelen for å overvake behandlingseffekt som blir målt med ein eller fleire prøvar, t.d. antikoagulasjonsbehandling med Marevan. Lag ein prøve som heiter MAREV der Marevandosene i mg pr. veke er oppført og KTRDA for intervall i veker til neste kontroll. Ved å henta oversikt over TT, MAREV og KTRDA får ein tre fine søyler som

viser samanhengen mellom Marevandose og TT. (Doseringsskjema og veiledning for Marevanbehandling der Marevandosene er angitt i mg pr. veke kan ein få frå Nycomed. Dette blir anbefalt fordi det gjer det langt enklare å finne rett dosering.) Tilsvarande kan brukast for Prednisonbehandling ved polymyalgi.

Medikamentregistrering

EDB-journal gir ingen garanti for at fornya reseptar gir rett dosering, men med rett bruk av reseptmenyen er det mulig å sikra at doseringa blir lik den som sist er blitt ordinert. Den vanligaste feilen er at doseendringar/medikamentskifte blir notert i journalteksten og ikkje i reseptmenyen. For å væra sikker på at hjelpepersonellet skriv ut rett dosering, må sist utskrevne resept og dosering angitt i faste medisiner væra rett. Dette kan ein berre sikre ved at det blir skreive ut ein ny resept ved alle doseendringar. Ved å setja antall lik «0» har ein markert at dette er ei doseendring og ikkje vanleg reseptutskrivning. Husk å gjera dette når epikriser blir motatt! Er preparatet registrert som fast medikament, sikrar ein og at doseringa der er den same som i tidlegare medisiner. Seponering av faste medikamentar må registrerast som seponering og ikkje berre noterast i friteksten.

Konklusjon

Dei fleste greier til vanleg ikkje å bruke meir enn 3-4 skjermbilde. Konsekvent og fornuftig bruk av «Tidlegare sjukdomar», resept- og laboratiemenyen saman med diagnoseregisteret vil gi en oversiktlig journal som er enkel i bruk, gir god sikkerhet mot feilutskrivning av medikamentar, og som gir mulighet for praksisevaluering på høgt nivå. Journaldelen skal ein sjå på som den juridiske dokumentasjonen for behandlinga, men opplysningar som ein ynskjer å bruke som hjelp i framtidig behandling eller som ein ynskjer å kunne henta ut att systematisk seinare, bør registrerast andre stader.

Ved bruk av R&R og NSD-stat vil det for dei aller fleste væra eigne ferdigheter og ikkje programma som begrensar kva oversiktar som kan hentast ut. Skal ein få noko ut av desse programma må ein rekne med å spandere på seg 2-3 kurs av til saman ca. seks dagars varighet, pluss eigeninnsats og øving på kveldstid. I tillegg til den faglege nytten får ein ein morsom hobby. Rapportar utvikla ein stad kan, eventuelt med modifikasjonar, køyrast ut også på andre legekontor. Dette vil væra enklart dersom ein brukar felles føringskonvensjonar og felles prøvenavn. Interesserte kan få tilsendt våre føringskonvensjonar og aktuelle Profdoc-filer.

*Kommunelege Bjarne Bråtveit,
4230 Sand.*



Kor lenge har du sove?

Dette vågar du,
slå augo opp
og sjå deg ikring?
Jau, du er her,
her i denne verdi,
du drøymmer ikkje,
ho er slik du

ser henne, tingi her
er slik.
Slik?
Ja, nett slik,
ikkje onnorleis.
Kor lenge har du sove?

Olav H. Hauge

Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det, Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspalter, Intervjuer, Brev fra periferen, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarkskysten), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

Innsending av tekst til Utposten;

Manuskriptet

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskriving. En tekstsider i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrivne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din *sammen med papirmanus* med angivelse av *hvilket tekstbehandlingsprogram* du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstsider i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, farge-fotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

Innskriving av tekst på F&E

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abatast skal Abatastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: sakprosa i sammenheng. Bruk tekstbehandlingsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. *ikke* bruk koder som sentrering, uthevet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plassering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avsnitt markeres med retur tast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være *ett* mellomrom, ikke to eller null. *Foran* disse tegnene skal det *ikke* være ordmellomrom.

2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988:1190-3.

3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatortasten *ikke med ordmellomrom*. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

4. Overskrifter

Artikkeloverskrifter skrives med uthevet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthevet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellom to klammer på denne måten>.

Mellomtittel i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Er artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomtittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understreking.

5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekes.

Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelens tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller små ensides innlegg skrives navnet til slutt.

Ved «større» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

Målrettet astma-behandling: Opptil 30% deponering i målorganet¹⁾

PULMICORT TURBUHALER "DRACO"

Kortikosteroid

ATC-nr.: R05B A02

INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose. *Hver dose inneh.*: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et. 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulverinhalator (turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe- eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasmakonsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nås etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretslopp inaktiveres i leveren (første-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, hoste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svelg kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervøsitet, ure og depresjon samt adferdsforstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binyrebarksuppresjon. I terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktighetsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøye. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitt, eksem, muskel- og leddsmerter) på grunn av minskt generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med fornyet systemisk behandling. **Graviditet/amming:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved dosereduksjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. I mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved mildere former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **≥ 6 år:** 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 200 µg pga. fare for binyrebarksuppresjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugg. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasymptomene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidavhengige pasienter** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved **overgang fra peroral steroidbehandling**, gis Pulmicort (i høydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosen av oralt steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmales ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt åndedrag via munnstykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjenne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 330,90. 200 µg/dose: 200 doser kr. 343,70. 400 µg/dose: 50 doser kr. 307,10, 200 doser kr. 926,70. (01.08.94) T: 2, 30

BRICANYL TURBUHALER "DRACO"

Adrenergikum

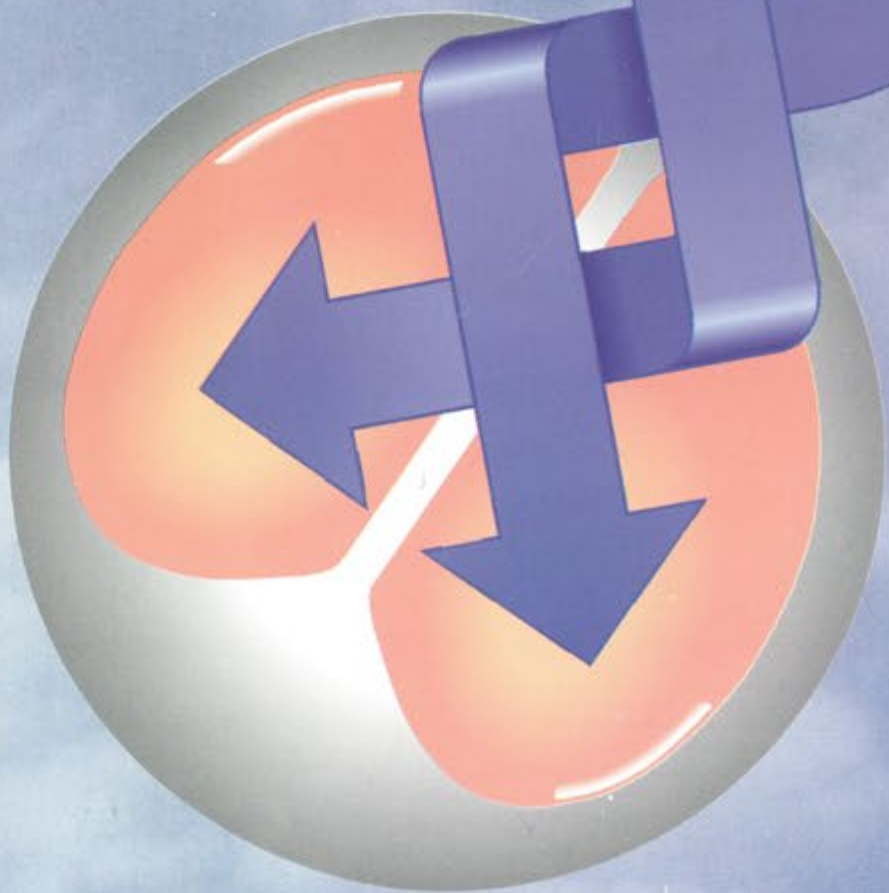
ATC-nr.: R03A C03

INHALASJONSPULVER: 0,25 mg/dose og 0,5 mg/dose. *Bricanyl Turbuhaler: Hver dose inneh.*: Terbutalin sulf. 0,25 mg resp. 0,5 mg. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv beta₂-stimulator. **Virkningsmekanisme:** Virker i terapeutiske doser hovedsakelig på beta₂-reseptorene i bronkialmuskulaturen. Øker nedsett mucociliar transport. Stimulering av beta₂-reseptorene i uterusmuskulaturen gir relakserende effekt. Virketid: Inhalert terbutalin virker i løpet av få minutter. Effekten varer opp til 6 timer. Turbuhaler er en pulverinhalator som inneholder 200 doser rent terbutalinsulfat dvs. ingen hjelpestoffer. Hver dose tilmales ved vridning av inhalatoren, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndingsluften ned i lungene. Kravet til inhalasjonsteknikk (som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol) er eliminert. Turbuhaler er effektivt også under et akutt astma-angrep. **Absorpsjon:** Ca. 20-30% av tilført dose deponeres i lungene ved normal inhalasjons-hastighet. **Indikasjoner:** Bronkospasme ved bronkialastma, kronisk bronkitt, emfysem og andre lungesykdommer hvor bronkokonstruksjon er en kompliserende faktor. Sekretstagnasjon grunnet nedsett mucociliar transport som f.eks. ved kronisk bronkitt og cystisk fibrose. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene. **Bivirkninger:** Tremor og palpitasjoner, spontant reversibilt i løpet av 1-2 ukers behandling. Etter bruk av inhalasjonsaerosol/inhalasjonsvæske er bronkospasmer sett i sjeldne tilfelle. Dette er ikke observert etter bruk av Turbuhaler. Urtikaria og eksan- tem kan forekomme. Pga. inhalasjonsaerosolens innhold av freoner som drivgass, har man hos noen pasienter sett et fall i FEV1 umiddelbart etter doseinntak. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med ukontrollert hypertensjon. Diabetes-pasienter som starter med samtidig terbutalin-terapi bør få sjekket sitt blodsukker nøye pga. faren for hyperglykemi. Systemisk bruk av beta₂-stimulatorer i store doser kan gi rytmeforstyrrelser hos pasienter med koronar hjertesykdom, hypertrofiisk kardiomyopati. Ved all inhalasjons-terapi bør pasientens inhalasjonsteknikk søkkes regelmessig. Ved bruk av forstøverapparat bør den optimale dose justeres for hvert enkelt apparat. Pasienten skal oppfordres til å kontakte lege dersom effekten av behandlingen blir dårligere, da gentatte inhalasjoner ved alvorlige astma-angrep ikke må utsette starten av annen viktig terapi. **Graviditet/amming:** **Overgang i placenta:** Ingen teratogen effekt er påvist i dyreforsøk. Generell forsiktighet i første trimester anbefales. **Overgang i morsmelk:** Passerer over i morsmelk, men noen effekt på barnet er lite sannsynlig ved bruk av terapeutiske doser. **Interaksjoner:** Betablokkere, fremfor alt ikke-selektive, kan redusere eller helt oppheve effekten av beta₂-stimulatorer. **Dosering:** Individuell. Vanlig dosering: **Inhalasjonspulver:** 0,25 mg/dose. **Voksne og barn over 12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 6 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 24 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,25-0,50 mg (1-2 inhalasjoner) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 4 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 16 doser pr. dogn. **0,50 mg/dose: Voksne og barn over 12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller inntil 3 doser pr. doseringstilfelle. Maks. 12 doser pr. dogn. **Barn 3-12 år:** 0,50 mg (1 inhalasjon) ved behov eller hver 6. time. I alvorlige tilfeller kan 2 inhalasjoner tas ved samme doseringstilfelle. Maks. 8 doser pr. dogn. **Overdosering/Forgiftning:** Mulige symptomer: Hodepine, ure, tremor, toniske muskelkramper, palpitasjoner, arytmier, Av og til blodtrykkstall. Hyperglykemi, laktacidose, hypokalemi (vanligvis ikke behandlingstrengende). **Behandling: Lette til moderate tilfeller:** Reduser dosen - øk deretter dosen sakte dersom en sterkere bronkospasmodisk effekt er ønskelig. **Alvorlige tilfeller:** Magetømming, aktivt kull. Bestem syre-base balansen, blodsukker og elektrolytter. Hjertefrekvensrytme og -trykk monitoreres. Metabolske forandringer korrigeres. En kardioselektiv betablokker (f.eks. metoprolol) anbefales til arytmi-behandlingen. Betablokkere bør brukes med forsiktighet pga. muligheten for å induisere bronkial obstruksjon. Dersom den beta₂-medierte reduksjon av perifer vaskulær motstand vesentlig bidrar til et blodtrykkstall, bør et volumøkende medikament gis. (F-65d symptommetika). **Andre opplysninger:** Det er viktig å instruere pasienten mht. riktig bruk av preparatet. Ved forskrivning til små barn er det spesielt viktig å forsikre seg om at disse er i stand til å følge instruksjonene i bruksanvisningen. **Forskrivningsregel:** Inhalasjonsvæske: Behandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i indremedisin, pediatri, lungesykdommer eller øre-nese-halsykdommer. **Pakninger og priser:** Inhalasjonspulver: 0,25 mg: 200 doser kr. 128,80. 0,5 mg: 200 doser kr. 190,80. (01.08.94) T: 2, 30

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS, Postboks 1, 1471 Skårer
Telefon 67 90 15 90, Telefax 67 90 08 78

Målrettet astma- behandling:



Opptil 30%
deponering
i målorganet
med Turbuhaler[®]

Ref. 1)

Budesonid
Pulmicort[®]
⊗ Turbuhaler[®]

Terbutalin
Bricanyl[®]
⊗ Turbuhaler[®]